



**NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASI
FÖVQƏLADƏ HALLAR NAZİRLİYİ**

**FÖVQƏLADƏ HALLARDA
İLK YARDIM**

(Xilasedicilər və yangınsöndürənlər üçün metodiki vəsait)

Naxçıvan-2018

FÖVQƏLADƏ HALLARDA İLK YARDIM
(xilasedicilər və yanğınsöndürənlər üçün metodiki vəsait).

Bu vəsait Naxçıvan Muxtar Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyinin Mülki müdafiə işinin təşkili şöbəsi tərəfindən nazirliyin struktur qurumlarının “Tibbi hazırlıq” dərslər proqramlarına müvafiq olaraq işlənib hazırlanmışdır.

Metodiki vəsaitdə Naxçıvan Muxtar Respublikası ərazisində ehtimal olunan təbii fəlakətlərin, texnogen qəzaların və digər bədbəxt hadisələrin nəticələrinin aradan qaldırılması zamanı xilasedicilər və yanğınsöndürənlər tərəfindən göstəriləcək ilk yardımın həcmi və göstərilmə qaydası, həmçinin fəvqəladə halların psixoloji aspektləri şərh olunur.

Metodiki vəsait xilasedicilər, yanğınsöndürənlər və əhaliyə ilk yardım göstərilməsini tədris edən digər mütəxəssislər üçün nəzərdə tutulub.

Redaktor: **polkovnik Qasimov Emin İsrail oğlu**
*Naxçıvan Muxtar Respublikası Fövqəladə Hallar
Nazirliyinin Mülki müdafiə işinin təşkili şöbəsinin rəisi*

Naxçıvan Muxtar Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyi “Fövqəladə hallarda ilk yardım”. Naxçıvan-2018. “Əcəmi” Nəşriyyat-Poliqrafiya Birliyi, 264 səh.

4700000000
053-2018

© “Əcəmi” 2018

GİRİŞ

Gündəlik həyatımızda hər bir insan peşəsindən və bilik səviyyəsindən asılı olmayaraq ilk yardımı göstərməyi bacarmalıdır. Fövqəladə hadisələr baş verdikdə insanların xilas edilməsi çox zaman vaxtında, məqsədyönlü surətdə aparılan ilk tibbi yardımdan asılı olur. Bəzi hallarda lazımı məlumatın olmaması zərərçəkmiş insanların həyatı üçün təhlükəli olan ağırlaşmalara səbəb olur. Yadda saxlamalıyıq ki, vaxtında və düzgün aparılan ilk tibbi yardım xəstəliyin inkişafını ləngidir, gələcək ağırlaşmaların qarşısını alır. Zərərçəkmişə ilk yardım göstərildikdən sonra yaxınlıqda olan tibb məntəqəsinə çatdırılmalıdır.

Təbii fəlakətlər zamanı insanlarda duyğu, düşüncə və davranış dəyişikliyi, iştahasızlıq, həyəcan, oyanıqlıq, şübhə, depressiya (ruh düşkünlüyü), əsəbilik, ağlama, gücsüzlük hissi, baş ağrıları, yuxubasma, yardım edənə qarşı inamsızlıq, yardım qəbul etməmək və s. hallar yaşanır. Belə halların baş verməməsi üçün, insanların maariflənməsi, müxtəlif fəvqəladə vəziyyətlərə qarşı əvvəlcədən hazırlıqlı olması vacibdir. Fəlakət zonasına düşmüş insan özünü ələ almalı, təmkinli və bacarıqlı olmalı, şəxsi fəaliyyəti ilə ətrafdakılara nümunə olmalıdır ki, təlaş və çaxnaşma düşməsin.

Hər hansı zədə (əzilmə, sıniq, yanıq və s.) almış və ya qəfildən xəstələnmiş şəxsin həyatını xilas etmək və sağlamlığını bərpa etmək üçün ona göstərilmiş ilk yardımın böyük əhəmiyyəti vardır. İstənilən vaxtda və məkanda



baş verə biləcək bədbəxt hadisə və qəfil xəstələnmə vəziyyətlərində yaxınlıqda tibb işçisi olmaya bilər və bu zaman digər şəxslər zədələnənlərə ilk yardım göstərməyə borcludurlar. Özünü itirmək və bacarıqsızlıq zədələnənlərin vəziyyətini bir qədər də ağırlaşdırma bilər. Bəzi hallarda (məsələn, şok, bayılma, güclü qanaxma və s.) bir neçə dəqiqə ərzində ilk yardım göstərilməzsə, zərərçəkmiş şəxsin həyatını itirə bilər. Bu zaman hətta çağırılan “təcili yardım” xidməti də onu xilas etməyə çata bilməz. Belə hallarda məhz göstərilən ilk tibbi yardım zərərçəkənin nəinki sağlamlığını, həmçinin həyatını da xilas edə bilər. Ona görə hər kəs həkim gələnə qədər ilk yardım göstərmək qaydalarını öyrənməli və bilməlidir. Həkimlərin təsdiq etmələrinə görə, vaxtında və düzgün göstərilən ilk tibbi yardım, əksər

hallarda istənilən, hətta ən ağır travmalarda belə, zərərçəkmişin sağlamlığında fəsadların qarşısını almağa imkan verir. İlk növbədə yerinə yetirilməli olan təxirəsalınmaz tədbirləri üç əsas qrupa bölmək olar.

Birincisi, zərərçəkmişə xarici zədələyici amillərin (elektrik cərəyanı, aşağı və ya yuxarı hərarət, ağır təzyiq altında sıxılma və s.) təsirinin dərhal aradan qaldırılması və onun əlverişsiz şəraitdən uzaqlaşdırılması (sudan, yanan və ya qaz dolmuş yerdən çıxarılması).

İkincisi, alınmış travmanın növündən və xarakterindən asılı olaraq dərhal tibbi yardımın göstərilməsi (qanaxmanın dayandırılması, süni tənəffüs verilməsi, ürəyin qapalı masajı, yaralara sarğı qoyulması və s.).

Üçüncüsü, ən qısa müddətdə zərərçəkmişin yaxındakı tibb müəssisəsinə çatdırılması. Bu zaman çox ehtiyatla davranmaq, yaxud hadisə yerinə təcili tibbi yardım çağırmaq lazımdır.

İlk yardım göstərərkən hadisə yerini diqqətlə nəzərdən keçirmək, şəraiti qiymətləndirmək və elə etmək lazımdır ki, yardım edən özü də zərərli təsirə məruz qalmasın (elektrik cərəyanı, uçqun və s.). Zərərçəkmiş düşdü-yü əlverişsiz şəraitdən elə ehtiyatla çıxarmaq lazımdır ki, o, əlavə travma almasın, vəziyyəti ağırlaşmasın. Onu sakit bir yerdə uzatmaq, bel kəmərinə və yaxalığını boşaltmaq, üstünü örtmək və tibbi yardım çağırmaq lazımdır.

Beləliklə, gündəlik həyatımızda baş verən qəzalar və ya təbii fəlakətlər zamanı insanlar həyatı təhlükəli vəziyyətlərlə qarşılaşırlar. Vaxtında və düzgün göstərilmiş ilk yardım bir çoxlarının həyatını xilas edə bilər.

FÖVQƏLADƏ HALLARIN TƏRİFİ VƏ TƏSNİFATI

FÖVQƏLADƏ HALLARIN TƏRİFİ

Fövqəladə hal – insan tələfatına, insanların səhhətinə və ya ətraf mühitə ziyan vurulmasına, əhəmiyyətli maddi itkilərə və insanların həyat fəaliyyəti şəraitinin pozulmasına səbəb ola biləcək və ya səbəb olmuş hərbi əməliyyatlar, qəza, təbii və ya digər fəlakət nəticəsində müəyyən ərazidə yaranmış vəziyyətdir.

Fövqəladə halın mənbəyi – təhlükəli təbiət təzahürü, qəza və ya təhlükəli texnogen hadisə, insanlar, kənd təsərrüfatı heyvanları və bitkilər arasında geniş yayılan infeksiya xəstəlikləri, həmçinin müasir zədələyici vasitələrin tətbiqi nəticəsində yaranmış və ya yara biləcək fəvqəladə haldır.

Fövqəladə halların nəticələrinin aradan qaldırılması dedikdə fəvqəladə hallar baş verdiyi zaman insanların həyatının xilas edilməsi, onların sağlamlığının qorunması, ətraf mühitə dəymiş zərərin və maddi itkilərin minimuma endirilməsi, fəlakət zonasının lokallaşdırılması və onlara xas olan amillərin aradan qaldırılması məqsədi ilə həyata keçirilən axtarış-xilasetmə, qəza-xilasetmə və digər təxirəsalınmaz tədbirlər nəzərdə tutulur.

FÖVQƏLADƏ HALLARIN TƏSNİFATI

Fövqəladə halların təsnifatında zərərçəkənlərin sayı, həyat fəaliyyəti pozulmuş insanların sayı, maddi ziyanın miqdarı və fəlakət zonasının miqyası nəzərə alınmışdır.

Fövqəladə hallar miqyas və nəticə etibarlı ilə lokal, yerli, regional, dövlət əhəmiyyətli və transsərhəd olur.

Lokal fəvqəladə hallar zamanı zərərçəkənlərin sayı 10 nəfəri keçmir və ya 100 nəfərdən artıq insanın həyat fəaliyyəti pozulmur və ya fəvqəladə halların vurduğu maddi ziyanın miqdarı minimum əmək haqqının 1 min. misli həcmindən artıq olmamaqla və fəlakət zonası obyektin istehsalat və ya sosial əhəmiyyətli ərazisindən kənara çıxmır.

Yerli fəvqəladə hallar zamanı zərərçəkənlərin sayı 10 nəfəri keçir, lakin 50 nəfərdən çox olmur və ya 100 nəfərdən 300 nəfərə qədər insanın həyat fəaliyyəti pozulur və ya fəvqəladə halların vurduğu maddi ziyanın miqdarı minimum əmək haqqının 1 min. misli həcmindən artıq olmaqla, lakin 5 min misli həcmindən artıq olmur və fəlakət zonası yaşayış məntəqəsi, şəhər və rayon ərazisindən kənara çıxmır.

Regional fəvqəladə hallar zamanı zərərçəkənlərin sayı 50 nəfəri keçir, lakin 500 nəfərdən çox olmur və ya 300 nəfərdən 500 nəfərə qədər insanın həyat fəaliyyəti pozulur və ya fəvqəladə halların vurduğu maddi ziyanın

miqdarı minimum əmək haqqının 5 min misli həcmindən artıq olmaqla, lakin 0,5 mln. misli həcmindən artıq olmur və fəlakət zonası respublikanın iki rayonunun ərazisini əhatə edir.

Dövlət əhəmiyyətli fəvqəladə hallar zamanı zərərçəkənlərin sayı 500 nəfəri keçir və ya 1000 nəfərdən artıq insanın həyat fəaliyyəti pozulur və ya fəvqəladə halların vurduğu maddi ziyanın miqdarı minimum əmək haqqının 0,5 mln. misli həcmindən artıq olmaqla və fəlakət zonası respublikanın iki rayonunun ərazisindən kənara çıxır.

Transsərhəd fəvqəladə hallar zamanı fəlakət respublika ərazisindən kənara çıxır və ya fəvqəladə hal xarici dövlətin ərazisində baş verməsinə baxmayaraq, Azərbaycan Respublikasının da ərazisinə təsir göstərir.

Fəvqəladə hallar zamanı aşağıda göstərilən üç vəziyyətdən biri yarana bilər:

- birinci halda fəvqəladə halların nəticələrinin aradan qaldırılması üçün yerli resurslar kifayət qədərdir;
- ikinci halda yerli resurslar kifayət qədər olmur və fəvqəladə halların nəticələrinin aradan qaldırılması üçün qonşu regionların köməyinə ehtiyac olur.
- üçüncü halda fəvqəladə halların nəticələrinin aradan qaldırılması üçün respublikanın resursları (lazım gəldikdə xarici dövlətlərin köməyi) cəlb olunur.

TƏBİİ FƏLAKƏTLƏR

Yaranma mənbəyindən və xüsusiyyətlərindən asılı olaraq fəvqəladə hallar aşağıdakı qaydada təsnifatlandırılır: təbii, texnogen, ekoloji və sosial xarakterli.

Cəmiyyətin normal fəaliyyətini pozan, insanların həyatını, maddi nemətlərin saxlanılmasını təhlükədə qoyan, qəfildən baş verən istənilən hadisə fəlakət adlanır.

1. İki fəlakət növü mövcuddur: təbii və texnogen

- Təbii fəlakətlərə aiddir: zəlzələ, sel, qasırğa, tufan, su daşqınları, meşə yanğınları, qar uçqunları və s.
- Texnogen fəlakətlər insanlar tərəfindən törədilir. Bunlara aiddir: yanğın, partlayış, ətraf mühitin kimyəvi və radioaktiv çirklənməsi, yol-nəqliyyat hadisələri, ictimai münaqişələr, silahlı qarşıdurmalar və s.

2. Fəlakətin nəticələri bir neçə göstəricilərlə müəyyən olunur:

• *fəlakətin tipi*– bu zaman dağıdıcı təsirin intensivliyi, davam etmə müddəti, nəticəni aradan qaldırmaq üçün cəlb olunmuş güc və vasitələrin sayı nəzərdə tutulur;

- *fəlakət rayonlarında zərərçəkənlərin sayı*– təkcə ölənlər deyil, eyni zamanda tibbi yardıma real ehtiyacı olanlar, evsiz-əşiksiz qalanlar da nəzərdə tutulur;
- *fəlakətin baş verdiyi ərazi*– yerin relyefi, yolun, körpülərin olması, yaşayış yerinin tipi nəzərdə tutulur;
- günün vaxtı;
- *resurslar* – nə qədər resurs səfərbər etmək və onları fəaliyyətə gətirmək imkanları nəzərdə tutulur;
- *sosial, iqtisadi və siyasi amillər*.

3. Fəlakətin tipindən asılı olan tibbi problemlər:

- zəlzələ zamanı əsasən sınıqlara, travmatik amputasiyalara, yumşaq toxumanın zədələnmələrinə, baş beyin travmasına, uzun müddətli sıxılma sindromuna rast gəlinir;
- vulkan püskürməsi zamanı toksiki və tez alışan qazların, tüstünün inhalyasiyasına, yanıqlara rast gəlinir;
- qar uçqunları, tufanlar zamanı soyuma, donma, boğucu qazlarla zəhərlənmələrə (uçqun altında qalıb qapalı şəraitdə isinmək üçün nə isə yandırmaq nəticəsində) rast gəlinir;
- yanğın və partlayış zamanı yanıqlara, tüstünün inhalyasiyasına, travmalara rast gəlinir;
- xeyli insan kütləsi toplanmış yerlərdə əzilmələrə, dəlib keçən yaralanmalara daha çox rast gəlinir.

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ KONSTITUSİYASINDAN ÇIXARIŞ

Maddə 112. Fövqəladə vəziyyət tətbiq edilməsi.

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti təbii fəlakətlər, epidemiyalar, epizootiyalar, böyük ekoloji və başqa qəzalar baş verdikdə, habelə Azərbaycan Respublikasının ərazi bütövlüyünün pozulmasına, dövlətə qarşı qiyama və ya dövlət çevrilişinə yönəldilən hərəkətlər edildikdə, zorakılıqla müşayiət olunan kütləvi iğtişaşlar yarandıqda, vətəndaşların həyatı və təhlükəsizliyi, yaxud dövlət təsisatlarının normal fəaliyyəti üçün qorxu törədən digər münaqişələr meydana gəldikdə Azərbaycan Respublikasının ayrı-ayrı yerlərində fövqəladə vəziyyət tətbiq edir və bu barədə qəbul etdiyi fərmanı 24 saat müddətində Azərbaycan Respublikası Milli Məclisinin təsdiqinə verir.

Beləliklə, fövqəladə vəziyyət ancaq Azərbaycan Respublikasının Prezidenti tərəfindən tətbiq edilir.

ƏHALİNİN SAĞLAMLIĞININ QORUNMASI HAQQINDA AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANUNUNDAN ÇIXARIŞ

Maddə 22. Fövqəladə hallarda ziyan çəkmiş və ekoloji şəraitin əlverişsiz olduğu ərazilərdə yaşayan vətəndaşların sağlamlığının qorunması sahəsində hüquqları.

Fövqəladə vəziyyət elan olunmuş yerlərdə ziyan çəkmiş və ekoloji şəraitin əlverişsiz olduğu ərazilərdə yaşayan vətəndaşların qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada pulsuz tibbi yardım, sanatoriya-kurort, bərpa müalicəsi almaq, dərman vasitələri, immunobioloji preparatlar və tibbi məmulatlarla təmin olunmaq, eləcə də həyat və sağlamlıq üçün təhlükəli amillərin aradan qaldırılması məqsədi ilə gigiyenik və əks epidemik tədbirlərdən istifadə etmək hüquqları vardır.

Fövqəladə hallarda insanların xilas edilməsində və tibbi yardım göstərilməsində iştirak edərkən ziyan çəkmiş vətəndaşların pulsuz müalicə, o cümlədən sanatoriya-kurort müalicəsi və reabilitasiyanın bütün növləri ilə təmin olunmaq, qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada müavinət almaq hüquqları vardır.

ƏHALİYƏ BƏDBƏXT HADİSƏLƏR ZAMANI TİBBİ YARDIM GÖSTƏRİLMƏSİNİN HÜQUQİ ƏSASLARI

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ KONSTITUSİYASINDAN ÇIXARIŞ

Maddə 41. Sağlamlığının qorunması hüququ

1. Hər kəsin sağlamlığını qorumaq və tibbi yardım almaq hüququ vardır.

2. Dövlət müxtəlif mülkiyyət növləri əsasında fəaliyyət göstərən səhiyyənin bütün növlərinin inkişafı üçün zəruri tədbirlər görür, sanitariya-epidemiologiya salamatlığına təminat verir, tibbi sığortanın müxtəlif növləri üçün imkanlar yaradır.

3. İnsanların həyatı və sağlamlığı üçün təhlükə törədən faktları və halları gizlədən vəzifəli şəxslər qanun əsasında məsuliyyətə cəlb edirlər.

ƏHALİNİN SAĞLAMLIĞININ QORUNMASI HAQQINDA AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANUNUNDAN ÇIXARIŞ

Əhalinin sağlamlığının qorunması hər bir insanın fiziki və ruhi sağlamlığının mühafizəsinə, onun fəal uzun ömürlüyünün artırılmasına, tibbi yardımla təminatına yönəldilmiş siyasi, iqtisadi, hüquqi, elmi, tibbi, sanitariya-gigiyena xarakterli tədbirlərin məcmusundan ibarətdir. Bu Qanun əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində vətəndaşlarla dövlət orqanları, eləcə də dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə sistemlərinin subyektləri arasında yaranan münasibətləri tənzimləyir.

Maddə 1. Əhalinin sağlamlığının qorunmasının əsas prinsipləri.

Əhalinin sağlamlığının qorunmasının əsas prinsipləri aşağıdakılardır:

- əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində insan və vətəndaş hüquqlarına dövlət təminatı və bu təminatla bağlı hüquqi və fiziki şəxslərin məsuliyyəti;
- əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi;
- tibbi-sosial yardımın hamı üçün mümkünlüyü;
- sağlamlığın itirilməsi zamanı vətəndaşların sosial müdafiəsi.

Maddə 27. Tibbi müdaxilədən imtina edilməsi.

Qanunvericilikdə nəzərdə tutulan hallar (təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın zəruri olduğu hallar) istisna olmaqla, vətəndaşın və ya onun qanunni nümayəndəsinin tibbi müdaxilədən imtina etmək, yaxud onun dayandırılmasını tələb etmək hüququ vardır.

Maddə 28. Razılığı tələb olunmadan vətəndaşa tibbi yardım göstərilməsi.

Özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı tələb olunmadan vətəndaşa qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada tibbi yardım (tibbi müayinə, hospitalizasiya, nəzarət etmək, izolyasiya etmək) göstərilməsi ətrafdakılar üçün təhlükəli xəstəliklərə tutulan, ağır ruhi pozuntulardan əzab çəkən, yaxud ruhi xəstəlik nəticəsində ictimai təhlükəli əməl törədən şəxslərə aid edilir. Həmin şəxslərə tibbi yardım göstərilməsi haqqında qərar həkim tərəfindən qəbul edilir.

Maddə 33. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım.

Vətəndaşlara təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım təcili tibbi müdaxilə tələb edən hallarda (bədbəxt hadisələr, travmalar, zəhərlənmələr və digər xəstəliklər) mülkiyyət formasından asılı olmayaraq təcili yardım tibb müəssisələri, eləcə də qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada ilkin tibbi yardım etməyə borclu olan şəxslər tərəfindən göstərilir.

Dövlət tibb müəssisələrində təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım pulsuzdur.

Özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər təxirəsalınmaz tibbi yardım ehtiyacı olan şəxslərə pulsuz tibbi yardım göstərirlər.

Vətəndaşın həyatı üçün təhlükə yarandıqda onu yaxınlıqdakı tibb müəssisəsinə çatdırmaq üçün tibb işçisi hər hansı nəqliyyat vasitəsindən pulsuz istifadə etmək hüququna malikdir. Vətəndaşın tibb müəssisəsinə çatdırılması barəsində tibb işçisinin qanuni tələbindən imtina edən nəqliyyat vasitəsinin sahibləri, yaxud digər vəzifəli şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

Yol-nəqliyyat hadisələri zamanı müvafiq polis xidməti əməkdaşları zərərçəkənlərə təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərməyə və onları tibb müəssisələrinə çatdırmağa borcludurlar.

Maddə 39. İnsanın ölüm anının müəyyən edilməsi.

İnsanın ölüm anını tibb işçisi (həkim, feldşer) təsdiq edir. İnsanın ölüm anının müəyyən edilməsi, reanimasiya tədbirlərinin dayandırılması meyarları və qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 57. Vətəndaşların sağlamlığına vurulan ziyanın ödənilməsi.

Vətəndaşların sağlamlığına zərər vurulduqda təqsirkar şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada və həcmdə ziyanı ödəməyə borcludurlar. Vurulan ziyanın ödənilməsi tibb və əczaçılıq işçilərini qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş intizam, inzibati, yaxud cinayət məsuliyyətindən azad etmir.

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ CİNAYƏT MƏCƏLLƏSİNDƏN ÇIXARIŞ

Maddə 142. Xəstəyə kömək göstərməmə.

➤ Qanunvericiliyə və ya xüsusi qaydalara müvafiq olaraq xəstəyə kömək etməyə borclu olan tibb işçisi tərəfindən üzrlü səbəblər olmadan xəstəyə tibbi yardım göstərməmək nəticəsində onun sağlamlığına az ağır zərər vurma – şərti maliyyə vahidi məbləğinin üç yüz mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə bir ilədək müddətə islah işləri və ya bir ilədək müddətə azadlığın məhdudlaşdırılması və ya altı ayadək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

➤ Eyni əməllər nəticəsində zərərçəkmiş şəxsin sağlamlığına ağır zərər vurma – üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə iki ilədək müddətə islah işləri və ya iki ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

➤ Eyni əməllər zərərçəkmiş şəxsin ölümünə səbəb olduqda – üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Maddə 143. Təhlükədə qoyma.

Həyat və sağlamlığı üçün təhlükəli vəziyyətdə olan və özünü qorumaq üçün tədbir görmək imkanından məhrum olan şəxsi bilə-bilə köməksiz qoyma, əgər həmin şəxsi köməksiz qoyan onun qayğısına qalmalı idisə və ya onun özü zərərçəkmiş şəxsi həyat və sağlamlığı üçün təhlükəli vəziyyətdə qoyduqda, zərərçəkmiş şəxsə kömək göstərmək imkanı olduğu halda bunu etmədikdə – şərti maliyyə vahidi məbləğinin üç yüz mislinədək miqdarda cərimə və ya bir ilədək müddətə islah işləri və ya altı ayadək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

İLK YARDIM

1. Terminologiya. İlk yardım nə deməkdir.

İlk tibbi yardımın göstərilməsi məsələsini araşdıran Beynəlxalq Ekspert Komissiyası ilk yardım dedikdə, təsadüfi şahid tərəfindən (və ya zərərçəkənlə) minimal tibbi ləvazimatlarla və ya onsuz (əl altında olan vasitələrlə), vəziyyəti qiymətləndirdikdən sonra göstərilən yardımı nəzərdə tutur. “İlk yardım” termini beynəlxalq termindir, əksər ölkələrdə istifadə olunur.

İlk yardım hər hansı bir qəza və ya həyati təhlükəli bir vəziyyətdə həkimlərin köməyi təmin edilənə qədər həyatın xilas olunması və ya vəziyyətin dahada pisləşməsinin qarşısını almaq məqsədilə hadisə yerində tibbi vəsait axtarmadan, mövcud qüvvə və vasitələrlə edilən dərmansız tətbiqlərdir. Bununla yanaşı ilk yardım döyüş meydanında, zədələnmə ocağında və xəsarətə uğrayanın özü, yoldaşları tərəfindən, habelə, tibb heyəti tərəfindən göstərilir. Zədələnən adamların həyatının xilas edilməsi, çəkdikləri əzabın yüngülləşdirilməsi və əmək qabiliyyətinin bərpa edilməsi onlara göstərilən ilk yardımın tez və düzgünlüyündən asılıdır.

Tibbi yardımdan fərqli olaraq, *ilk yardımı* istənilən şəxs göstərə bilər. Müəyyən kateqoriyaya aid olan şəxslər üçün ilk yardımın göstərilməsi müvafiq qanun və qaydalara əsasən vəzifə borcu hesab olunur. Bunlar Naxçıvan Muxtar Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyinin, Dövlət Yanğın Təhlükəsizliyi İdarəsinin, Xüsusi Riskli Xilasetmə Xidmətinin və s. Qurumların əməkdaşları, hərbiçilər, əməyin mühafizəsi mütəxəssisləri, tibb işçiləri, hadisənin şahidləri, nəqliyyat vasitələrinin sürücüləri və sairə şəxslərdir. Hadisənin şahidi hadisə yerində nə edəcəyini bilmədikdə və ya zərərçəkənə (xəstəyə) lazımı yardım göstərmək iqtidarında olmadıqda, o, kömək çağırmalı və sonra təcili tibbi yardım xidmətinə zəng etməlidir. Bunun üçün təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyasının 103 nömrəli telefon nömrəsinə və ya Fövqəladə Hallar Nazirliyinin Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” qaynar xəttinə kömək üçün müraciət etməlidir. Belə müraciət ilk yardımın tərkib hissəsidir.

İlk yardımın prioritetli məqsədləri

- həyati təhlükəni ortadan qaldırmaq;
- həyati funksiyaların davam etdirilməsini təmin etmək;
- xəstə və ya yaralının vəziyyətinin pisləşməsinə önəlmək;
- yaxınlaşmanı asanlaşdırmaq.

Zərərçəkənə (xəstəyə) yardım göstərmədikdə və ya onu təhlükəli vəziyyətdə qoyduqda, Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsi müvafiq məsuliyyət nəzərdə tutur.

2. İlk yardımın vacibliyi

Xəstəxanayaqədərki dövrdə hadisə yerində zərərçəkənin həyatı ona göstərilən ilk yardımın keyfiyyətindən asılıdır. Tez bir zamanda – ürəyin və tənəffüsün qəflətən dayanmasının ilk dəqiqələrində, digər hallarda isə –1 saat (yəni “qızıl vaxt”) ərzində və yüksək səviyyəli ilk yardımın ardıcıl göstərilməsi əlillik və ölüm hallarının sayını azaldır.

İlk yardım, zərərçəkənə göstərilən yardımın ən vacib mərhələsidir. Aydın məsələdir ki, hadisə zamanı heç bir tibbi nəqliyyat vasitəsi tibb işçiləri ilə həmin anda hadisə yerində peyda olub, tibbi yardım göstərə bilməyəcək. Bədbəxt hadisənin ilk anında hadisə yerində ilk yardım zərərçəkənə özü, sağ qalan hadisə iştirakçısı ilə qarşılıqlı, hadisənin təsadüfi şahidi, daha sonra hadisə yerinə gələn xilasedicilər, yanğınsöndürənlər və təcili tibbi yardım işçiləri göstərilir.

Buna görə də əhalinin geniş təbəqələrinə ilk yardımın əsaslarının öyüldülməsi əsas məqsəd olmalıdır və onlara ölkəmizdə qəbul olunmuş təhsil standartları və tədris protokollarına uyğun təlimlər keçirilməlidir. İlk yardımın göstərilməsi bütün dövlət strukturları üçün eyniləşdirilməlidir. İlk yardım müasir tələblərə cavab verməli, standartlara uyğun olmalı, daim inkişaf etdirilməli, müvafiq hüquqi sənədlərə əsaslanmalıdır.

Müvafiq qurum tərəfindən hər mərhələ üçün yardımın həcmi və yardım göstərənlərin səlahiyyəti daxilində müəyyən edilmiş işin hüdudu və həddi müəyyən edilməlidir. Məsələn, xilasedicinin göstərdiyi ilk yardımın həcmi çərçivəsinə bədənə daxil olmuş yad cisimin (bıçaq, dəmir, taxta parçası və s.) çıxardılması daxil deyil.

İlk yardım – birbaşa zədələnmə ocağında yaralı və xəstələrin halını yüngülləşdirə biləcək tədbirlər kompleksidir. İlk yardım bilavasitə hadisə yerində və ya onun yaxınlığında xüsusi və əlaltında olan vasitələrdən istifadə etməklə göstərilir. Vaxtında, düzgün göstərilən ilk yardım zərərçəkənin həyatını xilas edib, sonradan baş verə biləcək fəsadları azaldır. Qəza vəziyyətində ilk yardım göstərmək üçün aşağıdakı müxtəlif üsullardan istifadə etmək lazımdır. Adamın əynindəki yanan paltarın söndürülməsi, süni tənəffüs verilməsi, tənəffüs üzvlərinin və qanaxmaların müvəqqəti olaraq dayandırılması, yara və yaxud yanığı yerini sonrakı kirlənmədən qorumaq üçün yara və yanığı yerinə sarğı qoyulur. Zəhərləyici maddələr olduqda əleyhqaz geydirilir və zəhərə qarşı xüsusi antidot verilir.

Hadisə qəfildən baş verdiyi üçün zərərçəkənə ilk yardım ətrafda olan insanlar (bundan sonra xilasedicilər, yanğınsöndürənlər) göstərməlidirlər. Onlar nəinki ilk yardımın göstərilməsini mükəmməl bilməli, həmçinin fəvqəladə hadisələr zamanı (zərərçəkənlərin sayı 3 nəfərdən çox olduqda) hadisə yerində çeşidləməni və ilk yardım təşkil etməyi bacarmalıdırlar. Xilase-

dicilər mütəmadi, iki ildən bir attestasiyadan keçirilməli və ilk yardımın göstərilməsi üzrə tədbirlərə daima hazır olmalıdırlar. Onların əsas və son məqsədi zərərçəkənlərin həyatını xilas etməkdir. Hər bir zərərçəkən özünü müdafiə olunmuş və etibarlı əllərdə hiss etməlidir.

3. Zədələnmənin növündən asılı olaraq ilk yardım

Zədələnmənin növündən asılı olaraq ilk yardım tədbirləri müxtəlifdir. Fövqəladə hallarda əsas zədələnmə növləri aşağıdakılardır: travmalar (zədələnmələr), termiki yanıqlar, radiasiya zədələnmələri, kəskin kimyəvi zəhərlənmələr, psixoemosional pozğunluqlar, epidemiyalar, kombinə olunmuş zədələnmələr (mexaniki – termiki, radiasiya – termiki, radiasiya – mexaniki və s.), bədbəxt hadisələr (boğulma, günvurma, istivurma, ilan sancması, məişət zəhərlənmələri). Bunları şərti olaraq iki profilə bölmək olar: cərrahi və terapevtik.

Cərrahi profilə bu travmalar aiddir: mexaniki zədələnmələr, uzunmüddətli sıxılma sindromu, sümük sınıqları, xarici qanaxmalar, yanıqlar və s.

Tez-tez rast gələn terapevtik profilli zədələnmələrə isə radiasiya zədələnmələri, kəskin zəhərlənmələr, psixo-emosional pozğunluqlar və kütləvi infeksiya xəstəlikləri, həmçinin xroniki xəstəliklərin ağırlaşması aiddir.

4. Kiçik yaşlı uşaqlara yardım göstərilməsinin xüsusiyyətləri

Xilasetmə işlərinin təşkili və uşaqlara yardım zamanı mütləq bir çox faktorları bilmək vacibdir. Ekstremal şəraitlərdə uşaqlarda özü-özünə və qarşılıqlı tibbi yardım aparılmır, ona görə də ilk yardım xilasedicilər və tibb işçiləri tərəfindən ilk növbədə uşaqlara göstərilməlidir. Uşaqların zədələnmə ocaqlarından çıxarılması və təxliyəsi yaxşı olar ki, qohumlarının (tanişlarının), yaşlı adamların müşayiəti ilə həyata keçirilsin. Beş yaşına qədər uşaqların vəziyyəti imkan verirsə, zədənin lokalizasiyasından və xarakterindən asılı olaraq onlar zədələnmə ocağından mütləq əl ilə çıxarılmalıdır.

Kiçik yaşlı uşaqlar çox həssasdırlar və dərhal sizin inamsızlığınızı hiss edə bilərlər. Zədələnmənin uşağın etibarını qazanmağa çalışın, əvvəlcə onun inandığı adamla, imkan daxilində valideynləri ilə söhbət edin. Əgər valideyn sizə qulaq asır və inanırsa, bu inam uşağa da keçir. Əsas odur ki, uşaq nə baş verdiyini və sizin nə etmək istədiyinizi başa düşsün. Uşağı atadan, anadan və ya inandığı adamdan ayırmayın.

HƏYAT FƏALİYYƏTİNİ TƏMİN EDƏN ƏSAS TƏDBİRLƏR

Xəstəxanayaqədərki dövrdə zərərçəkənin həyatı ona göstərilən ilk yardımın keyfiyyətindən asılıdır. Tez və yüksək keyfiyyətli ilk yardımın ardıcıl göstərilməsi əlillik və ölüm hallarının sayını azaldır. İlk növbədə həyatı vacib orqan və sistemlərin təhlükəli zədələnmələri müəyyənləşdirilərək, o istiqamətdə ilk yardım göstərilməlidir. Belə ki, tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası) beynin oksigenlə təchizatını pozduğuna görə daha tez ölümlə nəticələnir, nəinki hər hansı bir qanaxma. Bir sözlə, ilk yardımın göstərilməsi ardıcıl olmalı və ilk növbədə həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlərin həyata keçirilməsinə yönəlməlidir.

Bədbəxt hadisələr və digər xoşagəlməz hallar müxtəlif yerlərdə və şəraitdə baş verə bilər. Həyat üçün ən təhlükəli hal və ölümü yaradan səbəb ürəyin və ya tənəffüsün ani dayanmasıdır. ABŞ və Kanadada ildə təqribən 350000 insana ürəyin ani dayanması səbəbindən ilk yardım göstərilir. Onlardan təxminən yarısı ev şəraitində baş verir. Miokard infarktından baş verən ölümlərin 2/3 hissəsi xəstəxanayaqədərki dövrdə olur.

Bədbəxt hadisələr zamanı ilk yardımın göstərilmə şərtləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- zərərçəkəni həyat üçün təhlükəli vəziyyətdən çıxarmaq;
- təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər ilk yardımın göstərilməsini davam etdirmək;
- zərərçəkəni təcili tibbi yardım briqadasına təhvil vermək.

Hər bir insan ürəyin və tənəffüsün ani dayanması zamanı ilk yardım göstərməyə hazır olmalıdır.

Ürəyin və ya tənəffüsün ani dayanması tez-tez ölümlə nəticələnir. **Ölüm** zamanı huş itir (qıcıqlara cavab olmur), tənəffüs dayanır, böyüklərdə və uşaqlarda yuxu və bud, körpələrdə isə bazu arteriyasında nəbz təyin edilmir. Ürəyin ani dayanmasının ilk 4-6 dəqiqəsində geri dönməsi mümkün olan klinik ölüm, bu vaxt ərzində ilk yardımın göstərilməsi gecikərsə, geri dönməsi mümkün olmayan bioloji ölüm baş verir.

* Böyüklərdə ürəyin ani dayanması ürəkdə olan səbəblərdən baş verir və birincildir. Ürəyin ani dayanmasının ilk 4-6 dəqiqəsində qanda ürək və beyin toxumasını lazımi miqdarda təmin edən oksigen olur. Bu səbəbdən vaxtında edilən döş qəfəsinin kompressiyası (sıxılması) klinik ölümün geri dönməsini mümkün edir. Əksər hallarda klinik ölümün müddəti ətrafdakı hərərət normal olduğu zaman 4-6 dəqiqə, soyuq şəraitdə 10 dəqiqə, xroniki xəstəliyi olan insanlarda 3-4 dəqiqə davam edir.

* Uşaqlarda ürək dayanması adətən digər amillərdən (tənəffüs çatışmazlığı, bradikardiya, şok və s.) başvermə səbəbinə görə ikincili olur. Bu səbəbdən **ürək dayanmasının qarşısını almaq üçün** bu kimi problemlə uşaqların vaxtında aşkar edilməsi vacibdir. Buna görə də uşaqlarda sağ qalma zəncirinin birinci addımı qeyri-ürək mənşəli xəstəlikləri vaxtında araşdırıb, qabaqlayıcı (profilaktik) tədbirlər görməkdir. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda ürək dayanmalarına gətirən tənəffüs çatışmazlığı, bradikardiya və şok qandakı oksigenin miqdarının azalmasına hətta ürək dayanmasından əvvəl səbəb olur. Uşaqların ürəyinin və beyninin lazımi miqdarda oksigenlə təmin edilməsi üçün döş qəfəsinin kompressiyası mütləq ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə ahəngdar (sinxron) şəkildə birgə aparılmalı və ikinci şəxsin köməkliyi ilə həyata keçirilməlidir.

İLK YARDIMIN ƏSASLARI

Zərərçəkənə ürəyin və tənəffüsün ani dayanmasının (klinik ölümün) ilk dəqiqələrində hadisə yerində ilk yardımı ancaq bədbəxt hadisənin bilavasitə şahidi göstərə bilər. Çox vaxt hadisə baş verərkən yaxınlıqda heç kim olmur və ya zərərçəkən gec aşkar olunur.

Döş qəfəsinin kompressiyası, tənəffüs yollarının keçiriciliyinin təmin edilməsi və ağciyərlərin süni ventilyasiyasının birgə aparılması ürək-ağciyər reanimasiyası (ÜAR) adlanır. Reanimasiya – yenidən həyata qaytarma, diriltmə, canlandırma deməkdir. Ürəyin ani dayanmasının ilk 4-6 dəqiqəsində (klinik ölüm vaxtı) aparılan ÜAR zərərçəkənin həyat fəaliyyətini bir müddət təmin edir və bəzi hallarda qəflətən öləni yenidən həyata qaytarır (dirildir). Ürəyin defibrilyasiyası diriltmə şansını artırır. Zərərçəkənin ürək fəaliyyəti, tənəffüsü və huşu bərpa olunarsa o, yenidən həyata qaytarılmış hesab olunur.

1. Xilasedicinin təhlükəsizliyi

Xilasetmə əməliyyatlarını həyata keçirərkən ən vacibi xilasedicinin ikinci qurbana çevrilməməsidir.

Xəstələrə və zərərçəkənlərə ilk yardım göstərən xilasedici özü də təhlükəyə məruz qala bilər. Təhlükə riski xilasedicini hər an izləyir.

Buna görə də yardım göstərməzdən əvvəl hadisənin şahidi olub-olmadığınızdan asılı olmayaraq, öz təhlükəsizliyinizi, sonra isə zərərçəkənin təhlükəsizliyini təmin edin. Hadisənin şahidi olduqda belə, tələsmədən öz təhlükəsizliyinizə (elektrik xətti, zəhərləyici maddə, ilan, əqrəb və s. ola bilər) əmin olduqdan sonra yardım göstərin.

*** Hadisə yerinin təhlükəsizliyinin qiymətləndirilməsi**

Xilasedicinin təhlükəsizliyi hadisə yerinin və onun ətrafının (hadisə yeri, yol hərəkəti, hava, elektrik xətləri, ildırım) qiymətləndirilməsi ilə baş-

layır. Xilasedici **hadisə yerinə daxil olmamış** hadisə yeri haqqında məlumat toplamalıdır.

Xilasedici üçün ən vacibi özünün sağlamlığı və təhlükəsizliyidir. Hadisə yerində zərərçəkənə yaxınlaşmağın təhlükəsiz olub-olmadığını əvvəlcədən bilmək lazımdır.

Hadisə yerində iki və daha çox huşsuz vəziyyətdə zərərçəkən olduqda (zəhərləyici qaz, toksiki maddə və s.), həmin əraziyə xüsusi geyimlə daxil olmağınız məsləhətdir.

Bəzi hallarda hadisə yerinə daxil olmaq təhlükəlidir: əraziyə qaz sızması; toksiki maddələrlə təmas (sintetik materialların yanması nəticəsində əmələ gələn toksiki maddələr, tüstü, zəhərləyici qazlar və s.); dağıntıların başvermə təhlükəsi; kəsici alətlərin olması; elektrik cərəyanı təhlükəsi; yanğın; partlayıcı vasitələrin olması; ağır avadanlıq və texnikanın istifadəsi ilə aparılan xilasetmə əməliyyatları; zərərçəkən tərəfə gedən yol örtüyünün təhlükəli olması (su, buz, sürüşkən yer, qeyri-sabit yol, bataqlıq, palçıq və s.); nəqliyyat vasitələrinin intensiv hərəkəti; hava şəraiti; elektrik xətlərinin mövcudluğu; ildırım; qablardan (butulka, şüşə, plastik qab və s.), nəqliyyat vasitələrindən (çən) zəhərləyici kimyəvi materialların və toksiki maddələrin tökülüb ətrafa yayılması; yol-nəqliyyat vasitəsinin qeyri-stabil (aşma təhlükəli) olması və s.

Hadisə yerində üzərində xəbərdaredici nişan olan hər hansı bir çənə, konteynerə, alovun, tüstünün olmasına, şübhəli mayenin yerə tökülməsinə fikir vermək və hər zaman diqqətli olmaq lazımdır. Bəzi hallarda xilasedicilərin təhlükəsizliyini təmin etmək üçün müvafiq xidməti qurumlara müraciət edilməlidir. Xilasedicinin təhlükəsizliyi təmin olunduqdan sonra o, hadisə yerinə daxil olub yardım göstərə bilər.



Tüstü və ya kimyəvi maddələr havada olan oksigeni əvəz etdiyinə və özünə birləşdirdiyinə görə oksigen çatışmazlığı yarada bilər. Bu da xilasedici üçün çox təhlükəli hesab olunur. Hətta cinayət törədilən hadisə yerində xilasedici təcavüzə məruz qala bilər. Ona görə zərərçəkənə yaxınlaşmadan əvvəl hüquq mühafizə orqanlarının əməkdaşları hadisə yerinin təhlükəsizliyini təmin etməlidirlər.

*** Ağır əşyaların və zərərçəkənlərin qaldırılması zamanı təhlükəsizliyin qiymətləndirilməsi**

Xilasedicilər ağır əşyaların və zərərçəkənlərin qaldırılması və yerdəyişməsi zamanı lazımı üsullardan istifadə etmədikdə müxtəlif xəsarətlər ala bilərlər. Ən ağır xəsarət onurğanın zədələnməsidir. Ağırılıq qaldırarkən əsas güc onurğa sütununa (belə) yox, ayaqlara düşməlidir. Yükün ağırlıq mərkəzi mümkün qədər xilasedicinin bədəninə yaxın olmalıdır. Yerdəyişmə zamanı dönmə hərəkəti ayaqlarla həyata keçirilməlidir (gövdəni, onurğanı çevirmədən). Əgər yükün ağırlıq mərkəzi xilasedicinin belindən aşağı və ya çiyindən yuxarı düşərsə, xəsarət alma riski artar. İmkan olan yerdə yükü dartmaq yox, itələmək məqsədəuyğundur.

Diqqət! Ağırılıq qaldırarkən onurğa düz olmalı, güc ayaqlara düşməli, yükün ağırlığı gövdəyə yaxın olmalı, yüklə dönmə hərəkəti isə ayaqlar vasitəsilə həyata keçirilməlidir.

*** Yol-nəqliyyat hadisəsinin baş verdiyi ərazinin təhlükəsizliyi**

Yol-nəqliyyat hadisələri xilasedicilərin həyatı üçün bir çox təhlükələr yarada bilər: yanğın, təhlükəli materialların və yanacaq çəninin partlaması, elektrik cərəyanı təhlükəsi, nəqliyyat vasitələrinin intensiv hərəkəti və s. Belə hallarda ilk yardım göstərilməsi üçün hadisə yerinə daxil olmazdan əvvəl hadisə yerinə yol-nəqliyyat hadisələrinin nəticələrini aradan qaldırmaq üçün xüsusi hazırlıq keçmiş müvafiq orqan əməkdaşları dəvət olunmalıdırlar.

*** Bioloji substansiyalardan və yoluxucu xəstəliklərdən qorunmaq**

Zərərçəkənin bütün ifrazatları (selik, qusuntu, sidik, nəcis, qan və s.) infeksiya mənbəyi kimi qiymətləndirilməli və onlarla təmasın qarşısı alınmalıdır. Xilasedici özünü yoluxucu xəstəliklərdən qorunmalı, bunun üçün qoruyucu vasitələrdən, geyimlərdən, birdəfəlik maskadan və əlcəkdən istifadə etməlidir.

CAB (Canlandırma, Açıq tənəffüs yolları, Birbaşa nəfəs vermək) reanimasiyası zamanı xilasedicinin infeksiyalara yoluxma ehtimalı mümkündür, lakin bu risk çox azdır. Hadisələrin 80%-i ev şəraitində, yaxın qohum və ailə üzvləri arasında, ən çox da kiçik yaşlı uşaqlarda rast gəlinir. Ailə üzvləri öz yaxınlarına ağızdan-ağıza süni tənəffüs verib, həyata qaytaracağı xəstəliyə yoluxmaqdan üstün tuturlar.

“Ağızdan-ağıza” süni tənəffüs üsulu effektiv və təhlükəsiz olub, bir çox insanın həyatını xilas etmişdir. Onilliklərlə aparılan təcrübələr bu metodun həm zərərçəkənlər, həm də xilasedicilər üçün təhlükəsiz olduğunu sübut etmişdir. Zərərçəkən reaksiya vermirsə və ya onda tənəffüsün dayanması müşahidə olunursa, təcili həyata keçirilən “ağızdan-ağıza” süni tənəffüs

zərərçəkənin həyatını xilas edə bilər.

Xilasedicinin zərərçəkənlə kontaktı (təması) qısa müddətli olduğu üçün, “ağızdan-ağıza” süni tənəffüs zamanı infeksiyanın ötürülmə riski olduqca azdır. Buna baxmayaraq ağciyərlərin süni ventilyasiyasını (ASV) apararkən qoruyucu vasitələrdən və ya xüsusi maskalardan istifadə etmək məqsədəuyğundur. Digər tərəfdən, süni tənəffüsün ləngidilməsi yolverilməzdir. Belə hallarda xilasedicinin necə hərəkət edəcəyi onun özündən asılıdır.

İlk yardımı həyata keçirərkən qoruyucu sədd vasitələrdən və ya birtərəfli qapaqlı (klapan) olan maskadan istifadə edilməsi tövsiyə edilir. İki qoruyucu vasitə qrupu mövcuddur: maskalar və üz üçün qoruyucu örtüklər. Zərərçəkənin nəfəsi ilə təmasda olmamaq üçün maskaların böyük əksəriyyəti birtərəfli qapaqla (klapanla) təchiz edilmişdir.



Xəstəliklərdən qorunmaq üçün gigiyena qaydalarına əməl etmək lazımdır (əlləri sabunla yumaq, təmizliyə riayət etmək, vaxtlı-vaxtında yuyunmaq, dezinfeksiyaedici məhlullardan geniş istifadə etmək, istifadədə olan tibbi avadanlığı təmiz saxlamaq və s.).

Mikrobların yayılmaması üçün ilk yardım göstərməzdən əvvəl və sonra əllərinizi yuyun. Əlləri azı 20 saniyə axar su altında sabunla yuyub yaxalayın. Əllərin təkrarən çirklənməməsi üçün əllərinizi təmiz dəsmal, salfetlə, quruducu cihazla və s. qurutduqdan sonra kranı kağız salfetlə bağlayın. Sabun olmadıqda əvəzinə müxtəlif dezinfeksiyaedici məhlullardan istifadə edin.

Xilasedici ilk yardım göstərərkən xalat, əlcək, gözlük (eynək) və maskadan istifadə etməlidir. Əllərinizdə sıyrıntı, çat və ya kəsik olarsa mütləq əlcək geyinin. Əlcək olmadıqda sukeçirməyən material (polietilen paket) geydikdən sonra zərərçəkənə yardım göstərin. Qoruyucu vasitə olmadıqda yaranı sarıdıqdan sonra əllərinizi təmiz yuyun. Doğuş zamanı və ya çoxlu ifrazat olduqda (qan, nəcis, qusuntu və s.) xalattan istifadə etmək məsləhətdir. Üz maskası isə həmişə lazım olan qoruyucu vasitədir.

*** Aseptika və antiseptika**

Antiseptika –yaraya düşmüş mikrobların müxtəlif üsullarla məhv edilməsidir.

Aseptika – yaraya mikrobların düşməsinin qarşısını almaq üçün görülən profilaktik tədbirlər sistemidir.

Yaraların mikrobla çirklənməsinin qarşısının alınmasında antiseptika və aseptikanın əhəmiyyəti böyükdür.

İlk yardım mərhələsində yaraya mikrobların düşməsinin qarşısını almaq üçün yara ilə təmasda olan bütün vasitələrin təmiz olması vacibdir. Sarğı materialının yara ilə təmasda olan hissəsinə əl və digər vasitələrlə toxunmayın. İmkan olduqda steril əlcəkdən istifadə edin və əllərinizi təmiz yuyun. Maska olmadıqda yardım göstərərəkən, ağızdan yaraya mikrobların düşməməsi üçün yaranın üzərinə danışmayın, öskürüb-asqırmayın.

Zərərçəkənə yardım göstərdikdən sonra istifadə olunmuş ləvazimatlar – əlcəklər də daxil olmaqla, polietilen paketlərə və ya tullantılar üçün nəzərdə tutulmuş xüsusi konteynerlərə atılmalıdır. Hadisə yerində tapılan odlu silah, kəsici-deşici alət və vasitələri hüquq-mühafizə orqanının nümayəndəsi gələnə qədər olduğu kimi saxlayın.

*** *Geyim ləvazimatlarının soyunma qaydaları***

Əlcəklər bilək nahiyəsindən tutulub tərs üzünə çevirməklə çıxarılır. Əlcəyi manjet tərəfindən tutub çıxarın və əlcəkli əlinizdə saxlayın. Əlcəksiz əlinizin iki barmağını əlcəkli əlinizin manjetinin içərisinə yerləşdirin. Birinci əlcək ikinci əlcəyin içərisində qalmaq şərti ilə onu əlinizdən çıxarın. İşlənmiş əlcəkləri xüsusi konteynerə (bioloji təhlükəli tullantılar qutusu) qoyun. Konteyner olmadıqda, bioloji təhlükəli tullantılar üçün ayrılmış yerə qoyun.

Maska və xalat mədə, qan və s. möhtəviyyatla bulaşdıqda eyni qayda tətbiq olunur (tərs üzünə çevirməklə soyunmaq lazımdır). Xilasedicilərin bəzi xəstəliklərə (tetanus, hepatit-B, vərəm və s.) qarşı peyvənd olunması məsləhət görülür.

2. Zərərçəkənin təhlükəsizliyi

Zərərçəkəni yerindən yalnız ehtiyac olduqda tərpədin. Zərərçəkənin vəziyyətinin ilkin qiymətləndirilməsi hadisə yerinin qiymətləndirməsindən və xilasedicinin hadisə yerinə yaxınlaşma anından başlayır. Xilasedici hadisə yerinə baxış keçirib, öz təhlükəsizliyinə əmin olduqdan sonra, zərərçəkənin və ətrafdakı müşahidəçilərin həyatına əlavə təhlükə olmadığını müəyyən edir.

Əgər ilk yardım yanan evin, elektrik xəttinin yaxınlığında və ya suda göstərilmişdirsə, xilasedici öncə özünə və zərərçəkənə təhlükəsiz yer seçməlidir.

Vaxt itirmədən zərərçəkənə hadisə yerində ilk yardımın göstərilməsi daha səmərəlidir. Yardımın keyfiyyətli göstərilməsi mümkün olmadıqda (məsələn suda defibrilyasiyanın aparılması və s.), zərərçəkənin yerdəyişməsini etmək olar. Baş və boyun nahiyəsindən travma almış zərərçəkəni tərpət-

mək və silkələmək olmaz, çünki belə hərəkətlər onurğa beyninin zədələnməsinin ağırlaşmasına səbəb ola bilər.

Travma almış zərərçəkəni təhlükəsiz ərazidən başqa yerə köçürmək olmaz. Ümumiyyətlə, zərərçəkən nəfəs alırsa, qanaxması dayandırılıbsa və başqa təcili ilk yardıma ehtiyacı yoxdursa o, təcili tibbi yardım briqadası gələnədək yerindən tərpədilməməlidir.

Kütləvi hadisələrdə (zərərçəkənin sayı üç nəfərdən artıq olarsa) birinci növbədə həyat fəaliyyətinin təmin olunmasına ehtiyacı olanlar müəyyən olunmalı və ilk növbədə onlara DRCABD alqoritmi əsasında tibbi yardım göstərilməlidir. Xilasedici hadisə yerində qan içində kömək istəyən zərərçəkəni görüb, ona kömək göstərməyə tələsərək özünün və zərərçəkənin təhlükəsizliyini təmin etməyi unutmamalıdır.

Xilasedici ilk növbədə hadisə yerinə ümumi baxış keçirməli və hadisə yerini qiymətləndirərək, bu barədə məlumatı Naxçıvan Muxtar Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyinin Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” qaynar xəttinə çatdırmalıdır.

Hadisə yerinin təhlükəsizliyini müəyyən etdikdən sonra təhlükə olarsa, təhlükəni aradan qaldırmaq və ya zərərçəkəni təhlükəsiz yerə keçirmək lazımdır. Məsələn, yanma təhlükəsi olan nəqliyyat vasitəsində xilasetmə işləri yalnız xilasedicilər üçün təhlükə olmadıqda həyata keçirilməlidir. Yanma təhlükəsi olan avtomobilin akkumulyatorunun mənfi (–) naqili dərhal ayrılmalı və qəzaya uğramış nəqliyyat vasitəsinin stabil (sabit və tərpənməz) vəziyyətdə saxlanması üçün müvafiq tədbirlər görülməlidir.

Daha sonra zərərçəkən təcili olaraq (ilk yardım göstərilmədən) nəqliyyat vasitəsindən çıxarılmalıdır. Zərərçəkən nəqliyyat vasitəsindən uzaqlaşdırdıqdan sonra təhlükəsiz yerə aparılmalı və orada ona ilk yardım göstərilməlidir. İlk yardım göstərilərkən meteoroloji amillər (soyuq hava, külək, yağış və s.) nəzərə alınmalıdır, çünki bunlar zərərçəkənin səhhəti üçün ciddi problemlər yarada bilər.

Diqqət! Xilasedici üçün hər hansı bir təhlükə olduqda risk etmək məsləhət görülmür. Birinci yerdə xilasedicinin, ikinci yerdə zərərçəkənin, üçüncü yerdə digər insanların təhlükəsizliyi durur.

FÖVQƏLADƏ HALLARIN PSIXOLOJİ ASPEKTLƏRİ

Böhranlı vəziyyətə düşən insanlar psixoloji və emosional gərginliyə məruz qalır. Nəticədə isə bu, bəzi insanlarda daxili ehtiyatların səfərbər olunması ilə müşayiət olunursa, bəzilərində əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsinə, səhhətinin pozulmasına, fizioloji və psixoloji stress təzahürlərinin yaranmasına gətirib çıxarır.

Bu fərqli təzahürlər insanların fərdi xüsusiyyətlərindən, əmək şəraitindən, baş verən hadisələr barədə xəbərdar olmaqdan və təhlükənin nə dərəcədə ağır olması barədə anlayışın olmasından asılı olaraq dəyişir. Fövqəladə hadisələr zamanı mənəvi davamlılıq və insanın psixoloji durumu həlledici rol oynayır. Bunlar isə özünə inam, psixoloji hazırlıq və böhranlı hallarda düşüncəli, ehtiyatlı davranışla müəyyən edilir.

Təbii fəlakətlər, böyük qəzalar və onların faciəvi sonluqları insanların bir çoxunda emosional oyanıqlıq yaradır və zərərçəkmişlərə yardım etmək, maddi dəyərləri məhv olmaqdan qorumağa hazır olmaq üçün mənəvi-psixoloji hazırlıq, mətanət və qətiyyət tələb edir.

Dağıntının ağır mənzərəsi, ruh düşkünlüyü və həyat üçün bilavasitə təhlükələr insanların psixologiyasına mənfi təsir edir. Bəzi hallarda bütün bunlar normal düşünmə prosesini pozur, insanın öz üzərində nəzarəti itirməsinə səbəb olur ki, bu da onun qeyri-müəyyən, qeyri-ixtiyari davranışlarına gətirib çıxarır.



Göstərilən yardımların, aparılan xilasetmə işlərinin keyfiyyəti xilasedicilərin mənəvi - psixoloji davamlılığından az asılı deyil. Buna görə də onların mənəvi-psixoloji hazırlığına diqqət yetirmək lazımdır. Psixoloji cəhətdən hazırlıqsız, davamsız insanlarda fəvqəladə hadisələr qorxu hissi yaradır və onların bəziləri hadisə ocağından qaçmağa səy göstərir, bəziləri isə sütləşmə ilə müşayiət olunan psixoloji şok vəziyyətinə düşür. Normal düşünmə qabiliyyəti pozulur, insan öz davranışlarına nəzarəti tam və ya qismən itirir. Bu zaman fizioloji təzahürlər müxtəlif formada yaranır. Məsələn, bəzi insanlarda göz bəbəkləri genişlənir – qorxudan gözləri böyüyür, tənəffüs, ürək döyüntüləri tezləşir, periferik damarlar daralır - qar kimi ağarır, soyuq tər yaranır, əzələlər boşalır qolları yanına düşür, dizləri bükülür, səs tembri dəyişir, bəzən isə danışa bilmir. Bu cür hallarda ürək-damar fəaliyyətinin kəskin pozulmasından ölüm hallarının baş verməsi də müşahidə olunur.

Bu cür vəziyyət bir neçə saatdan bir neçə sutkayadək davam edə bilər. Zəlzələlərin və texnogen qəzaların nəticələrinin aradan qaldırılması zamanı hadisə yerində bəzən süstləşmiş, məqsədsiz dolaşan insanlara da rast gəlmək olar.

İnsanların bu cür davranışına gətirib çıxaran səbəblər

baş verən hadisənin gözlənilməz olması;

fəlakətin mümkün olan nəticələrinin və xarakterinin bilinməməsi;

bu cür şəraitlərdə davranış qaydaları barədə vərdişlər və təcrübənin olmaması;

zəif mənəvi-psixoloji hazırlıq.

ƏHALİNİN TİBBİ VƏ PSIXOLOJİ MÜDAFİƏSİ

Tibbi və psixoloji müdafiə - fəvqəladə halın zədələyici amillərinin əhaliyə və xilasedicilərə mümkün təsirlərinin qarşısının alınması və ya maksimum zəiflədilməsi məqsədilə həyata keçirilən kompleks tədbirlərdir. Bura aşağıdakı vəzifələr daxildir:

- zərərçəkmişlərə tibbi yardımın göstərilməsi üçün tibbi vasitələrin istifadəsinin öyrədilməsi və birbaşa tətbiq edilməsi;
- fəvqəladə halın zədələyici amillərinin mənfi təsirlərinin qarşısının alınması və ya zəiflədilməsi üzrə sanitar-gigiyenik və epidemiya əleyhinə tədbirlərin keçirilməsi;
- əhalinin və xilasedicilərin psixoloji hazırlanmasında iştirak etmək, fəlakət zamanı və sonra zədələnmişlərdə stress vəziyyətin aradan qaldırılması və azaldılması üçün uyğunlaşma mexanizmlərinin formalaşdırılması.

İstənilən şəxs fəvqəladə halın iştirakçısı ola bilər. Onda daxili resursların təzahürləri (səfərbər edilməsi və ya əksinə, zəifləməsi) onun mənəvi və psixoloji dayanıqlılığı ilə şərtlənir. Yaranmış şəraitdə bir şəxsin şüurlu, ardıcıl və inamlı hərəkətlərə hazır olması onun psixoloji vəziyyətindən birbaşa asılıdır. Xilasetmə işlərinin hansı müddətdə və keyfiyyətlə aparılması xilasedicinin mənəvi-psixoloji hazırlığından az asılı deyil. Psixoloji cəhətdən hazırlıqsız insanlarda qorxu hissi və təhlükəli yerdən qaçmaq arzusu, digərlərində isə əzələlərin gərilməsi ilə müşayiət olunan psixoloji şok yaranır. Bu zaman normal düşüncə prosesi pozulur, duyğu və iradənin üzərinə şüurun nəzarəti zəifləyir və ya tamamilə itirilir. Sinir prosesləri (oyanma və ya keyimə) müxtəlif yollarla özlərini göstərir. Təhlükənin gözlənilməzliyi, təbii fəlakətin və ya qəzanın mümkün nəticələrini və belə vəziyyətdə davranış qaydalarını bilməmək, baş verənlərə qarşı mübarizədə təcrübə və bacarıqların olmaması, zəif mənəvi və psixoloji hazırlıq - bunların hamısı psixi pozğunluqların meydana gəlməsinə gətirib çıxarır. Onlardan qaçınmaq üçün, ekstremal şəraitdə fəaliyyətə hazır olmaq, psixoloji dayanıqlılığın, möhkəm iradənin formalaşması üçün xilasedicilərin daimi təliminə ehtiyac var. Buna görə psixoloji hazırlığın əsas məzmunu zəruri psixoloji keyfiyyətlərin aşılması və inkişafı hesab olunur. Buradakı təlimin əsas məqsədi müəyyən bir regionda, yaşayış məntəqəsində və ya obyektə yarana biləcək real şəraitlərə maksimum yaxınlaşmaqla dərslərin keçirilməsidir. Özünü idarə etmə, səbr etmə, mürəkkəb və təhlükəli vəziyyətdə səbri düşünmək qabiliyyətini özündə tərbiyə etmək xüsusilə vacibdir. Təbii fəlakət rayonunda yalnız şifahi sözlərlə bu xüsusiyyətləri özündə tərbiyə etmək mümkün deyil. Lazımi bacarıqlara və psixoloji dayanıqlığa nail olmaq, emosional-iradə təcrübəsi almaq üçün yalnız və yalnız təcrübə keçmək lazımdır. Bu səbəbdən əhali ilə, xüsusən xilasedicilərlə dərslər keçərkən təkcə sözlərlə, hadisələri izah etməklə, videomaterialların və slaydların göstərilməsi ilə kifayətlənmək olmaz. Xilasetmə işlərinin elə üsul və metodlarını öyrənmək lazımdır ki, az bir vaxt ərzində daha çox insanın həyatını xilas etmək mümkün olsun. Bunun üçün insanların psixoloji hazırlıq səviyyəsi də ən vacib amillərdən biridir. Xüsusən qəza və ya fəlakət anında baş verən ən kiçik qarışıqlıq və qorxu şiddətli və bəzən də dözülməz nəticələrə gətirib çıxara bilər.

Sülh və müharibə dövrlərində ehtimal olunan fəvqəladə hallarda əhali arasında sanitariya itkilərinin azaldılması və ya qarşısının alınması, eləcə də tibbi-müalicə müəssisələrinin imkanlarının olması vacib məsələ kimi ön plana çəkilir. Bu problemləri həll etmək üçün əhalinin və tibb işçilərinin tibbi-psixoloji mühafizəsi üzrə kompleks tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Son onilliklərdə cəmiyyətimizin həyatında baş verən müxtəlif xarakterli və miqyaslı fəvqəladə halların sayının artması müşahidə olunmaqdadır.

Eyni zamanda belə hadisələrin ekstremal təsirinə məruz qalan insanların sayı da sürətlə artır. Ekstremal təsir dedikdə bu cür şəraitlərdə insanların qarşılaşdığı elə mənfi təsirlər başa düşülür ki, bu zaman insan psixikası mümkün həddə qədər fəaliyyət göstərir və həmin təsirlərdən sonra onun fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərində müəyyən dəyişikliklər baş verir. Bütün fəvqəladə hallarda insanın mənəvi dözümlülüyü və psixoloji vəziyyəti həlledici rol oynayır, istənilən böhranlı vəziyyətdə onun düşünülmüş, inamlı və ardıcıl hərəkətlərini müəyyən edir.

Təbii və texnogen xarakterli fəvqəladə hallar (təbii fəlakətlər, qəzalar, terror aktları və s.) əhalinin əhəmiyyətli qruplarının həyatı, sağlamlığı və rifahı üçün təhlükəli bir mühit yaradır. Belə təsirlər böyük dağıntılar yaratdığından bir çox hallarda faciəvi xarakter daşıyır, çoxlu sayda adamların ölümünə, yaralanmasına və əzab çəkməsinə səbəb olur. Eyni zamanda belə hallarda insanlar psixi zədələr alır və nəticədə psixoloji hərəkətlərində pozuntular əmələ gəlir.

Fəvqəladə halların psixi zədələyici amillərinə aşağıdakı komponentlər daxildir:



Əslində, istənilən fəvqəladə hal onun xarakterindən və miqyasından asılı olmayaraq psixi zədələyici amillər yarada bilər. Hərbi qarşıdurmalar, dağıntılar, qəzalar və insan ölümü mənzərələri fəvqəladə halların psixi zədələyici amilləri sayılır. Zədələnmiş insanların orqanizminə psixi zədələyici amillərin mənfi təsirlərinin artması səbəblərindən biri insanın psixoterapevtik müalicəsi sahəsində mütəxəssislərin kifayət qədər az olmasıdır.

Əsəb-psixi pozğunluqların inkişaf dinamikasına təsir göstərən amilləri, onların meydana gəldiyi vaxtdan asılı olaraq sxematik olaraq üç qrupa bölmək olar:

*** Fövqəladə hal yarandıqda əsəb-psixi pozğunluqların inkişaf dinamikasına təsir göstərən amillər.** Bu dövrdə fəvqəladə halın yarandığı andan xilasetmə işlərinin təşkili müddətində onun təsiri davam edir. Əsəb-psixi pozğunluqların inkişafı fəvqəladə halın xüsusiyyətlərini əks etdirən amillərin birləşməsindən, eləcə də hər bir adamın fərdi reaksiyasından, sosial və təşkilati tədbirlərdən asılıdır. Güclü ekstremal təsir bu anda insanın həyat instinktlərinə (özünü qoruma) təsir göstərir və əsasən qeyri-patoloji reaksiyaların inkişafına, onun əsasını təşkil edən müxtəlif intensivlikli qorxu hisslərinin yaranmasına səbəb olur.

*** Fövqəladə hal sovuşduqdan sonra əsəb-psixi pozğunluqların inkişaf dinamikasına təsir göstərən amillər.** Bu dövr xilasetmə işlərinin aparılması müddətini əhatə edir. Bu zaman əsəb-psixi pozğunluqların yaranmasına zərərçəkənlərin fərdi xüsusiyyətləri, onların həyatı təhlükə altına alan halları, stress təsirləri, xüsusən doğmalarını itirməsi, ailə üzvləri ilə əlaqəsinin olmaması, evinin və əmlakının dağılmasını bilməsi daha çox təsir göstərir.

*** Fövqəladə halın müxtəlif mərhələlərində əsəb-psixi pozğunluqların inkişaf dinamikasına təsir göstərən amillər.** Bu dövrdə təhlükəsiz rayonlara təxliyə olunmuş zərərçəkmiş şəxslərin bir çoxunda yaranmış mürəkkəb vəziyyətin emosional işlənməsi, öz duyğularını və həyəcanı qiymətləndirmək, zərərlərin özünəməxsus "hesablanması" hissləri yaranır. Bu zaman dağıntı rayonunda və ya təxliyə (evakuasiya) yerində yaşayan insanlarda həyat stereotipinin dəyişməsi ilə bağlı yaranan psixi zədələyici amillər də öz aktuallığını saxlayır. Bu amillər xroniki olmaqla nisbətən davamlı psixogen pozğunluqların yaranmasına şərait yaradır.

Beləliklə, fəvqəladə hallar zamanı əsəb-psixi pozğunluqların qeyd olunan mərhələlərinin inkişafı və kompensasiyası üç qrup amillərdən - vəziyyətin xüsusiyyətlərindən, baş verən hadisəyə fərdi cavabdan, sosial və təşkilati tədbirlərdən asılıdır. Ancaq vəziyyətin inkişafının müxtəlif dövrlərində bu amillərin əhəmiyyəti eyni deyil. Təqdim olunan məlumatlar göstərir ki, zaman keçdikcə fəvqəladə halların təbiəti nisbətən əhəmiyyətini itirir, fundamental əhəmiyyətə malik tibbi və sosial-psixoloji yardımın göstərilməsinə, həmçinin təşkilati amillərə tələbat artır. Bunlardan belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, fəvqəladə haldan zərərçəkmiş insanların psixi sağlamlığının qorunması və bərpa məsələsinin həllinə dair sosial proqramlar çox önəmlidir.

STRESS VƏZİYYƏTİ

Stress – insan orqanizminin yüksək fiziki və psixi gərginliyi nəticəsində baş verən xüsusi halıdır. Bu zaman orqanizmdə fiziki, psixi və psixoloji dəyişikliklər meydana gəlir. Canlı varlığın əqli fəaliyyətini və fizioloji funksiyalarını pozan müxtəlif növ qıcıqlandırıcılar stressə səbəb ola bilər. Bu, orqanizmin müxtəlif qıcıqlara olan fərdi reaksiyasıdır. Stress zamanı əqli və fiziki funksiyalar öz fəaliyyətini azaldır.



Bəzi insanlar müəyyən hadisəni və vəziyyəti stress üçün güclü mənbə hesab etdikləri halda, bəziləri isə bu hadisə və vəziyyətə qətiyyətlə əhəmiyyət verirlər. Burada əsas rol insanın yaranmış vəziyyəti qəbul etmə (dərək etmə) forması və bu vəziyyətə nə dərəcədə əhəmiyyət verməsidir. İnsan şəxsiyyətinin formalaşmasında onun həyat təcrübəsi stressə qarşı müqavimət göstərməkdə mühüm rol oynayır.

Stress reaksiyasını ətraf mühit deyil, insanın yaranmış vəziyyətə reaksiyası yaradır.

İnsan müxtəlif hallarda stress vəziyyətinə düşə bilər:

kütləvi hadisələrdə zərərçəkənlərin sayının onlara yardım göstərənlərdən çox olması;

körpələrin və uşaqların müxtəlif dərəcəli xəsarətlər alması;

amputasiyalar;

ölüm;

körpələrin, uşaqların, yaşlıların, valideynlərin (ər, arvad) üzərində törədilmiş zorakılıq;

həmkarın xəsarət alması, ölümü, onlara qarşı törədilmiş zorakılıq.

Stress zamanı boyun nahiyəsində əzələ ağrıları, əllərdə gərginlik, qarında ağrılar olur, əllər və ayaqlar soyuyur, göz bəbəkləri genişlənir, tənɡənəfəslik, nəbz tezləşməsi, tərləmə müşahidə oluna bilər.

Fövqəladə hallar zamanı insanlar müxtəlif stress vəziyyətinə düşə bilər. Belə zərərçəkənlərin ilk yardıma ehtiyacı olur. Xilasedici stressə hazır olmalı və müxtəlif stress vəziyyətləri ilə üzləşməzdən əvvəl onları araşdırmalıdır. Zərərçəkənə qayğı və diqqət göstərilməsi xilasedicinin özünün fiziki, psixoloji və emosional cəhətdən hazır olduğunun göstəricisidir.

Fövqəladə hallar zamanı həm xilasedicilər, həm də zərərçəkənlər stress vəziyyətinə düşə bilər. Bu kimi hallarda xilasedicinin fəaliyyətinin səmərəsi onun hazırlıq səviyyəsindən konkret olaraq asılıdır.

ÖLÜM VƏ ÖLMƏ PROSESİ

Ölüm elə bir faktır ki, biz onunla gec və ya tez mütləq rastlaşacağıq. Ölüm hadisəsinə heç kim, o cümlədən xilasedicilər, mərhumun qohumları, yaxınları və s. biganə qalmırlar. Ölüm faktına müxtəlif insanların münasibəti fərqlidir. Bu, normal kədərlənmə prosesidir. Kədərlənmə prosesində oxşarlıqlar mövcuddur. Kədərlənmə prosesinin 5 (beş) mərhələsi vardır. Bu prosesləri bilməklə, siz kiminsə dərdinə şərik olub, insanların ən yaxınlarının ölümü ilə bağlı keçirdiyi hissləri yaxşı başa düşüb, onlarla tez bir zamanda ünsiyyət yarada bilərsiniz. Kədərlənmə prosesinin keçdiyi mərhələləri bildikdə, insan müəyyən dərəcədə özü də təsəlli tapır, başqalarına da təmkinli olmağı məsləhət görür.

İnkaretmə – birinci mərhələdir. İnanmamaq, baş vermiş ölüm faktından qorxmaq hadisəyə ilkin və təbii münasibətdir. Ağır xəstələnmiş və ya xəsarət almış insanın ölməsi nəticəsində kədərə məruz qalmış insanın bu faktı özündən uzaqlaşdırmasına, şok vəziyyətinə düşməməsinə yardım edən qoruyucu bir mexanizmdir.

Qəzəb - Sevimli bir insanın ölüm faktı bir çox hallarda onun yaxın qohumlarında qəzəb hissi yaradır. Çox vaxt onlar belə bir sual qarşısında qalırlar “ Niyə mən? ”. Xilasedicilər bu qəzəbin ilk hədəfinə çevrilə bilər. Bu zaman sakit və təmkinli olmaqla bərabər, kədərlənmək də təbiidir. Belə hallarda insanların qəzəbini və ya kobudluğunu şəxsi inciklik kimi başa düşmək lazım deyil. Fəlakət anında dünyasını dəyişmiş insanların qohumları ilə ünsiyyət yaratmağa, onlara qulaq asmağa çalışın. Özünüzü müdafiə etməyə çalışmayın. Səbirli olun və ölən insanın yaxınlarına, qohumlarına təsəlli verin. Soyuqqanlılığınızı saxlayın.

Depressiya - Bu, ümumkədər, ümitsizlik və peşmançılıq mərhələsidir.

Qəbuletmə (razılaşma) - Bu, kədər lənənin sonuncu mərhələsidir. Adətən, bu vəziyyətə qohum və yaxınlarından fərqli olaraq, ölümcül halda olan insan daha tez düşür. Bu zaman ona havadarlıq etmək, təsəlli vermək və onu başa düşmək lazımdır.

Xilasedici həm ölümcül halda olan insanlarla, həm də onun qohum və yaxınları ilə davranış qaydalarını bilməlidir. Ölümcül halda olan insanın tələblərinə həmişə diqqət yetirməli və ona hörmətlə yanaşmalı, təklikdə qalıb ona nəzarət etməli, ünsiyyət yaratmalıdır.

Ölümcül halda olan insanın tələblərinə qayğı ilə yanaşmaq lazımdır. Bu vəziyyətdə olan insanı inandırmaq lazımdır ki, ona mümkün olan bütün yardımlar göstəriləcək. Onun qohumlarını da başa salıb inandırmaq lazımdır ki, zəruri olan tədbirlər artıq görülməkdədir. Xilasedicinin səsi sakit, qəti və lazım gəldikdə inandırıcı olmalıdır. Ölümcül halda olan insan və onun qohumlarının dediklərinə diqqətlə qulaq asın. Onlara yalan vədlər verməyin. İmkan verin ölümcül halda olan insan, onun ailə üzvləri və qohumları öz qəzəblərini, narahatlıq hissələrini və əsəblərini nümayiş etdirdinsinlər və beləliklə onlardan azad olsunlar.

İNSANIN ANATOMİYASI VƏ FİZİOLOGİYASININ ƏSASLARI

İNSAN ORQANİZMİNƏ SİSTEMLİ YANAŞMA

Zərərçəkənlərin vəziyyətlərini düzgün qiymətləndirmək və onlara ilk yardım göstərilməsinin qayda və üsullarını öyrənməzdən əvvəl qısa olaraq insan anatomiyası və fiziologiyasının əsasları ilə tanış olmaq lazımdır.

İnsan bədəninin anatomiyası və fiziologiyasını bilmədən bədbəxt hadisə zamanı zərərçəkənə ilk yardım göstərmək çətinləşir.

Hər bir canlı orqanizmin əsas quruluşunu hüceyrələr təşkil edir. Quruluşuna və funksiyasına görə oxşar olan hüceyrələr ayrı-ayrı toxumaları təşkil edir. İnsan orqanizmində 4 növ toxumalar mövcuddur: epitel (dəri, selikli qişalar), birləşdirici (sümüklər, bağlar və s.), əzələ və sinir. Hüceyrələr toxumaları, müxtəlif toxumaların birləşməsi isə orqanları yaradır. Orqanlar funksiyalarına görə sistemlərə daxil olur.

İnsan orqanizminin əsas sistemləri aşağıdakılardır: dayaq-hərəkət sistemi, tənəffüs sistemi, ürək-damar sistemi, həzm sistemi, ifrazat sistemi, müdafiə sistemi, sinir sistemi, hissiyyat sistemi və daxili sekresiya sistemi.

Bütün bu sistemlər mürəkkəb şəkildə bir-biri ilə əlaqədar olub, vahid bir orqanizmi təşkil edir. Əgər hər hansı bir orqanda dəyişiklik baş verirsə, bu, orqanizmin ümumi fəaliyyətinə təsir göstərir. Orqanizmin tamlığı sinir-humoral tənzimlə təmin olunur.

DAYAQ-HƏRƏKƏT SİSTEMİ

Dayaq-hərəkət sistemi sümüklərdən, əzələlərdən və bağlardan ibarətdir. Sümüklərin birləşməsi skeleti əmələ gətirir ki, bu da insan bədənində forma verir, dayanıqlı olmasına və həyati vacib daxili orqanların mühafizəsinə xidmət edir. Xilasedici bu sistemlərin əlaqəsini, anatomik oriyentirini (səmtini) bilməlidir.

1. İnsanın skeleti

Sümük sistemi bədənə forma vermək və həyati vacib daxili orqanları müdafiə etməyə xidmət edir. Bu sistem müxtəlif ölçülü və formalı sümüklərdən ibarətdir. Sümüklər oynaqlar vasitəsilə bir-birinə bağlanır. Əzələlər, vətərlər və bağlar oynaqları saxlayır.

Skelet (yunanca skeletos – qurumuş) bədəndə olan sümüklərin cəmini təşkil edir. Yaşlıların skeleti 200-dən çox sümükdən ibarətdir, çəkisi 5–6 kq olub 34-ü tək, qalanı cütdür. İnsan skeleti 4 hissədən ibarətdir: kəllə, gövdə, yuxarı və aşağı ətraf sümükləri.

Kəllə– beyin və üz hissələrinə bölünür. Kəllə sümükləri daxildə yerləşən beyni qoruyur. Üz bir neçə sümükdən təşkil olunub. Onlardan ən böyüyü yuxarı və alt çənə sümükləridir. Kəllə onurğa ilə birləşir.

Gövde skeleti onurğadan, 12 cüt qabırğadan və döş sümüyündən ibarətdir.

Onurğa 33 fəqərədən təşkil olunub: 7 boyun, 12 döş, 5 bel, 5 oma, 1 büzdüm sümüyü (4 fəqərənin birləşməsi). Onurğanın içərisində kanal var, orada onurğa beyni yerləşir. Bu 33 fəqərə onurğa beynini qoruyur və bədənimizi şaquli vəziyyətdə saxlayır. Onurğa sütunu oma ilə qurtarır və çanağa birləşir.

Döş qəfəsi 12 cüt qabırğadan, döş sümüyündən və onurğanın 12 döş fəqərəsindən təşkil olunub. 12 cüt qabırğa döş qəfəsinin yan divarlarını təşkil edir, ucları ilə öndə döş sümüyü və arxada 12 döş fəqərəsi ilə birləşir. Axırını iki cüt qabırğa döş sümüyü ilə birləşmir (sərbəst qabırğa). Qabırğalar və döş sümüyü ürək və ağciyər daxil olmaqla həyatı vacib orqanları müdafiə edir. Onlar həmçinin qarın boşluğunda qaraciyəri və dalağı da müdafiə edirlər.

Döş sümüyü döş qəfəsində orta ön xətt üzrə yerləşir. Döş sümüyünün aşağı hissəsi **xəncərəbənzər çıxıntı** adlanır və ürək-ağciyər reanimasiya tədbirlərinin aparılmasında oriyentir kimi mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Aşağı ətraf sümükləri çanaq və bir cüt azad aşağı ətraf sümüklərindən təşkil olunub. Aşağı ətraf sümükləri bədənin şaquli (vertikal) vəziyyətdə durmasını və hərəkətlərini tənzimləyir.

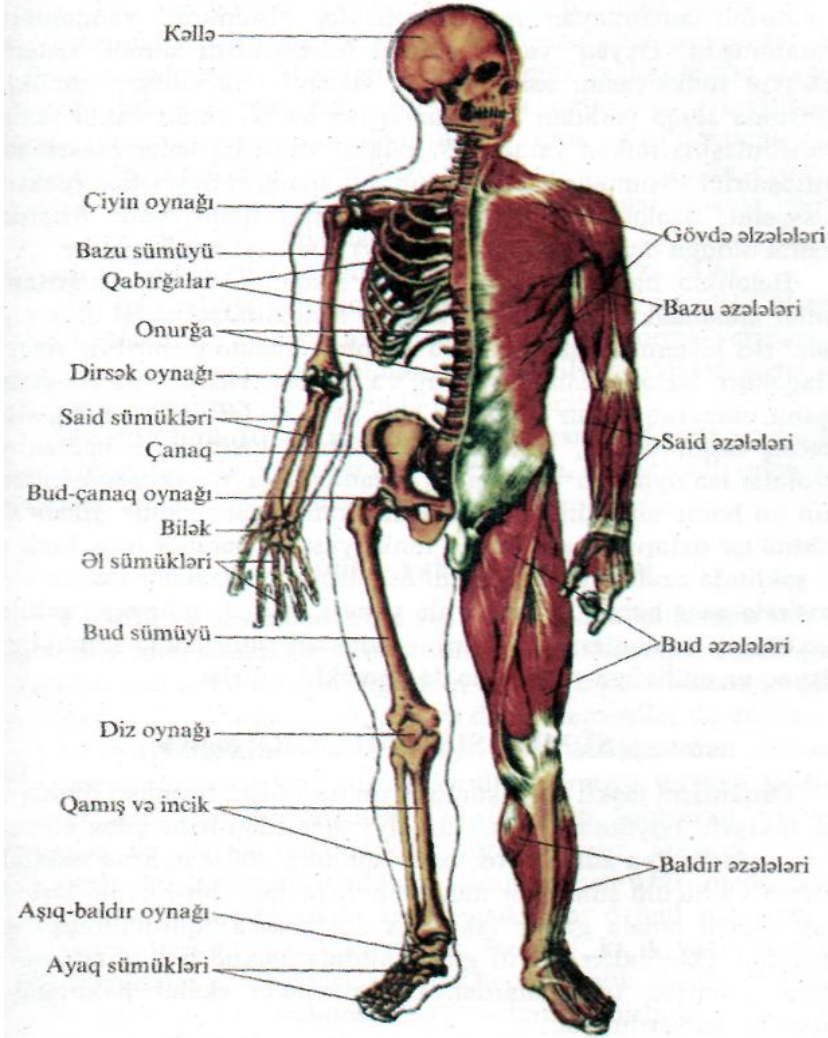
Çanaq piyalə formasında olub bədənin bütün yuxarı hissəsini üzərində saxlayır. Çanaq arxadan onurğa və büzdüm sümüyü ilə, yanlardan isə bir cüt azad aşağı ətraflarla birləşir. Çanaq sidik kisəsini, bağırsağın aşağı şöbəsini, uşaqlıq və yumurtalığı müdafiə edir.

Aşağı ətraf sümükləri bud sümüyü, diz qapağı, baldır sümükləri (qamış və incik) və ayaq sümüklərindən (ayaq daraqarxası, ayaq darağı və ayaq barmaqları) ibarətdir.

Aşağı ətraf oynaqları:

- **bud-çanaq oynaqı** bud sümüyünü çanaqla birləşdirir;
- **diz oynaqı** bud sümüyünü diz qapağı, qamış və incik sümükləri ilə birləşdirir;
- **aşıq-daban oynaqı** qamış, incik sümüklərini ayaq sümükləri ilə birləşdirir.

DAYAQ-HƏRƏKƏT APARATI



Yuxarı ətraf sümükləri yuxarı ətraf qurşağı və bir cüt azad yuxarı ətraf sümüklərindən təşkil olunub.

Yuxarı ətraf (çiyin) qurşağı kürək və körpücük sümüklərindən ibarətdir.

İki körpücük sümüyü döş sümüyü və kürəklər arasında dayaq yaradıb yuxarı ətrafları saxlayır.

Yuxarı ətraf sümüklərinə bazu sümüyü (qolun yuxarı hissəsi), bazu önündə said sümüklər (mil və dirsək) və əl sümükləri (bilək, əl darağı və barmaqlar) aiddir.

Yuxarı ətraf oynaqları:

- *çiyin oynaqı* bazu sümüyünü kürək və körpücük sümükləri ilə birləşdirir;

- *dirsək oynaqı* bazu sümüyünü mil və dirsək sümükləri ilə birləşdirir;
- *mil-bilək oynaqı* mil və dirsək sümüklərini əl daraqarxası sümükləri ilə birləşdirir.

2. Əzələ sistemi

Bu sistem bədənə forma verir, hərəkəti tənzimləyir və daxili orqanları qoruyur.

Üç növ əzələ mövcuddur:

Hərəkəti tənzimləyən iradi skelet əzələləri insanın öz iradəsi ilə yığılıb açılır, bədənin formasını və hərəkətini tənzimləyir. Bu əzələlərin işi bilavasitə beyin və sinir sisteminə tabedir. İnsan öz istəyi ilə bu əzələləri yığır və açır.

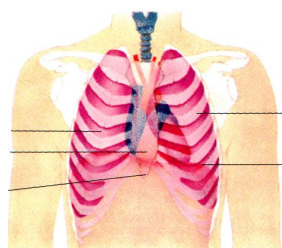
Qeyri-iradi əzələlər (saya əzələ toxuması) insanın iradəsindən asılı olmayaraq avtonom (vegetativ) sinir sistemi ilə tənzimlənir (yığılıb açılır).

Bu əzələ toxuması damarların divarında, bronxlarda (tənəffüs yollarında), sidik-cinsiyyət sistemində, mədə və bağırsaqlarda olur.

Ürək əzələsi yalnız ürəyə xas olan xüsusi əzələdir. Bu əzələ unikal funksiya yerinə yetirir: ürəyin avtomatizminə səbəb olur, yəni ürək orqanizmdən kənarda olduqda da bir müddət öz fəaliyyətini fizioloji məhlulun təsiri ilə davam etdirir. Bundan əlavə ürək əzələsi sinir impulslarını və qanın qovulmasını tənzimləyir.

TƏNƏFFÜS SİSTEMİ

Bu sistemin həyati vacib funksiyası – oksigeni (O_2) toxumalara çatdırıb, karbon qazını (CO_2) orqanizmdən xaric etməkdən ibarətdir.

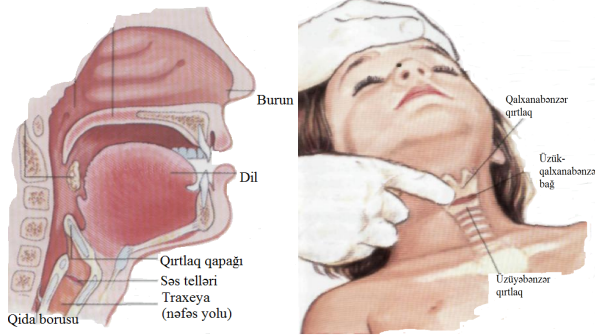


Oksigen bütün toxumalar və hüceyrələr üçün həyati vacib qazdır. Oksigensiz həyat yoxdur. Beyin hüceyrələri 5–6 dəqiqə ərzində oksigenlə təmin edilməzsə, beyin toxumalarında gedən çürümə proseslərinin qarşısını almaq mümkün olmur. Maddələr mübadiləsi zamanı hüceyrələr oksigeni mənimsəyir və əlavə məhsul kimi karbon qazını xaric edir. Karbon qazı əlavə məhsul kimi ağciyərlər vasitəsilə bədənə çıxarılır. Bu funksiyaların hər hansı birinin pozulması hüceyrələrə məhvedici təsir göstərir, dağılmasına səbəb olur və bu da nəticədə ölümə gətirib çıxarır.

1. Tənəffüs sisteminin anatomiyası

Tənəffüs sisteminin anatomiyası – *ağız və burun boşluğundan* başlayır. Bu boşluqlar arxada *burun-udlaq* və *ağız-udlaqla* birləşir. Yuxarı tənəffüs yollarında hava tozdan təmizlənir, nəmlənir və isinir.

Udlaq–hava və qida (su) keçirməyə xidmət edir. Buna görə burada tənəffüs yollarının tutulması ehtimalı çoxdur. Dil, ağız boşluğunda yerləşdiyinə baxmayaraq, tənəffüs sisteminə aid deyil, lakin o, tənəffüs yolunun tutulmasına səbəb ola bilər. Udlağın aşağı hissəsində qırtlaq yerləşir.



Qırtlaq–üzüybənzər, qalxanabənzər, qırtlaq qapağı və s. Qığırdaqlardan təşkil olunub.

Qırtlaq qapağı udlaqdan aşağıda yerləşir. Onun forması yarpaq şəklindədir və udqunma zamanı qidanın və suyun traxeyaya düşməsinə imkan vermir. Qırtlaq qapağın altında traxeyaya keçid var. Qırtlağın bu yerində səs telləri yerləşir. Bu, tənəffüs yollarının ən dar yeridir.

Traxeya (nəfəs yolu) – döş qəfəsində yerləşir və sonradan iki bronxa ayrılır.

Hava sol və sağ ağciyərlərə və sonra daha xırda bronxlara və bronxiollara – qan kapilyarları ilə əhatə olunmuş alveollara daxil olur. Alveolların divarından venoz qandan karbon qazı ayrılır, oksigen isə alveol havasından qana daxil olur.

Ağciyərlər (sol və sağ)–döş qəfəsində plevra kisələrinin daxilində yerləşir. Plevra kisəsi havasızdır, onlarda təzyiq mənfiyədir. Döş qəfəsinin və ağciyərlərin zədələnməsində hava plevra kisəsinə daxil olduğu üçün tənəffüsdə problem yaranır. Ağciyərlərdə qaz mübadiləsi gedir: oksigen alınır və karbon qazı xaric olunur. Döş qəfəsinin genişlənməsi nəticəsində ağciyərlərin elastik toxuması dartılır və hava nəfəs yollarına daxil olur. Sakitlikdə tənəffüsün sayı dəqiqədə 12–18 dəfədir, bu zaman ağciyərlərdən dəqiqədə 5–8 litr hava keçir. Fiziki gərginlik ağciyər ventilyasiyasını artırır.

Diafraqma– döş qəfəsini qarın boşluğundan ayıran möhkəm əzələ qatıdır. Onun əsas funksiyası qabırğaarası əzələlərlə birlikdə tənəffüs prosesində iştirakıdır. Ventilyasiya bu havanın ağciyərlərə daxil və xaric olmasıdır. Hava ağciyərlərə döş qəfəsində yaranan mənfi və müsbət təzyiq hesabına daxil və xaric olur.

2. Tənəffüs sisteminin fiziologiyası

Ağciyərlərin əsas məqsədi oksigenlə zəngin olan havanı kapilyarlara sormaq, sonra ağciyərlərdə oksigeni karbon qazı ilə əvəz etmək və karbon qazı ilə zəngin olan havanı ağciyərlərdən xaric etməkdir. Diafraqma aşağı düşür, döş qəfəsi genişlənir və nəticədə hava ağciyərlərə daxil olur və qaz mübadiləsi gedir (*nəfəsalma*). Havada olan oksigen ağciyərlərin damarlarına keçir, karbon qazı isə qan damarlarından alveollara çıxır. Bundan sonra diafraqma yuxarı qalxır – döş qəfəsinin divarı sıxılır, hava ağciyərlərdən çıxır (*nəfəsvermə*).

3. Uşaqların tənəffüs sisteminin xüsusiyyətləri

Uşaqlar qrupuna – yenidoğulmuşlar (bir neçə saat öncə doğulmuş uşaq), körpələr (yenidoğulmuşla bir yaş arasında olan uşaq) və bir yaşdan cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlar daxildir.

Yenidoğulmuş və körpə uşaqların tənəffüs sistemi xüsusi diqqət tələb edir, çünki onlarda tənəffüs yollarının tutulması (obturasiyası) çox asanlıqla baş verir. Böyüklərdən fərqli olaraq, onlarda tənəffüs sisteminin bütün hissələri kiçikdir, dil isə nisbətən böyükdür. Traxeya kiçik diametrlə və elastik olduğuna görə tez əyilib qatlana bilir. Yenidoğulmuş və körpə uşaqların ölümü çox vaxt tənəffüs sisteminin fəaliyyətinin pozulması nəticəsində baş verir.

ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİ

Ürək-damar sisteminin əsas funksiyası oksigeni və qida maddələrini toxumalara çatdırmaq və maddələr mübadiləsi məhsullarını toxumalardan çıxarmaqdır. Ürək-damar sistemi ürəkdən və qan damarlarından (arteriyalar, venalar, kapilyarlar) ibarətdir.

1. Ürək

Ürək döş sümüyü ilə onurğa arasında, 2/3 hissəsi döş qəfəsinin sol tərəfində, 1/3-i isə sağ tərəfində yerləşir. Ürəyin əsas funksiyası qanı bütün orqanizmə qovmaqdır.

Ürək 4 kameradan ibarətdir: yuxarı hissəsi iki (sağ və sol) qulaqcıqdan, aşağı hissəsi iki (sağ və sol) mədəcikdən ibarətdir. Sağ qulaqcıq karbon qazı ilə zəngin olan qanı bütün bədənə qəbul edir və sağ mədəciyə ötürür. Sağ mədəcik karbon qazı ilə zəngin olan qanı damarlarla ağciyərlərə çatdırır və orada karbon qazı oksigenlə əvəz olunur. Oksigenlə zənginləşən qan ağciyər damarları ilə sol qulaqcığa, oradan isə sol mədəciyə daxil olur. Sol mədəcikdən qan bədənə orqan və toxumalarına ötürülür.

Qulaqcıqlarla mədəciklər arasında, mədəciklərlə damarlar arasında qapaqlar var. Qapaqların vəzifəsi qanın geri qayıtmasının qarşısını almaqdır.

Normada ürək yığılmalarının sayı dəqiqədə 60–80 dəfə təşkil edir. Ürə-

yin yığılması zamanı arteriyalarda təzyiq 120 mm c.süt. (c.süt. – civə sütunu) yaxın olur, ürək boşalan zaman isə təzyiq 60–70 mm c.süt. təşkil edir.

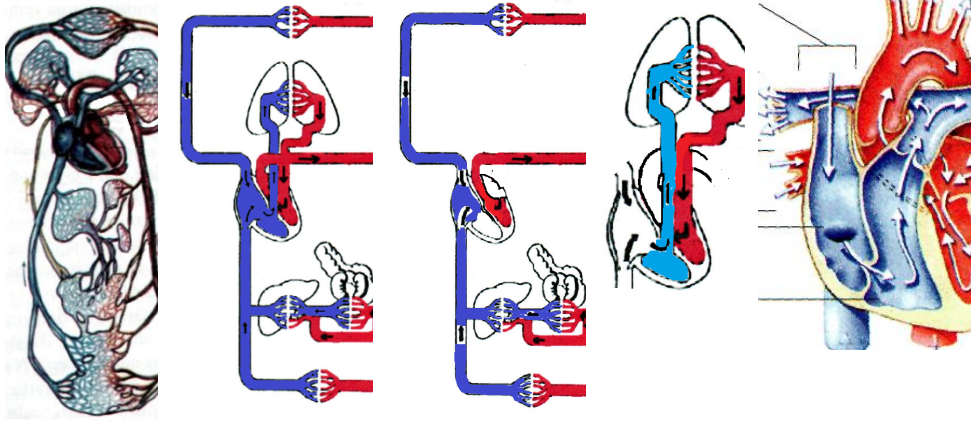
2. Qan damarları

Qan damarları arteriyalardan, venalardan və kapilyarlardan təşkil olunmuşdur. Bu damarlar vasitəsilə qan bütün orqanizmə çatdırılır. Ürəkdən başlayan damarlar arteriya adlanır, ürəyə qayıdan damarlar isə vena adlanır.

Damarlar böyük və kiçik qan dövranını əmələ gətirir.

➤ *Böyük qan dövranı*- ürəyin sol mədəciyindən başlayır və ürəyin sağ qulaqcığında qurtarır. Ürək yığıldıqda oksigenlə zəngin olan qanı ürəyin sol mədəciyindən aortaya vurur. Bir dəqiqə ərzində ürək aortaya 3,5 litrdən 5,5 litrədək qan vurur. Qan, aortadan diametri tədricən azalan arteriyalara, oradan isə arterial qanın toxumalar və orqanlar üzrə sonuncu yolu olan kapilyarlara daxil olur. Beləliklə ürək oksigenlə zəngin olan qanı bütün bədən hüceyrələrinə arteriya və kapilyar damarlar vasitəsilə çatdırır. Buradan isə karbon qazı ilə zəngin olan qanı venalar vasitəsilə ürəyin sağ qulaqcığına çatdırır.

✓ *Kiçik qan dövranı*- ürəyin sağ mədəciyindən başlayır və ürəyin sol qulaqcığında qurtarır. Ürək yığıldıqda karbon qazı ilə zəngin olan qanı ürəyin sağ mədəciyindən arteriyalar vasitəsilə ağciyərlərə çatdırır. Qan ciyərlərdən keçərək karbon qazını verib oksigenlə zənginləşərək, ürəyin sol qulaqcığına ağciyər venaları vasitəsilə qayıdır. Daha sonra qan sol qulaqcıqdan sol mədəciyə daxil olur, buradan isə yenidən qanın böyük dövranı başlanır.



Böyük və kiçik qan dövranı

Böyük qan dövranı

Kiçik qan dövranı

Ürək kameraları

Qırmızı rəng – oksigenlə zəngin olan qan. Göy rəng – karbon qazı ilə zəngin olan qan.

* *Arteriyalar* – nisbətən qalın divarlı olub, əzələvi boru şəklindədir. Onlar oksigen və qida maddələri ilə zəngin qanı ürəkdən orqanizmin toxuma və hüceyrələrinə çatdırır. Ürək özü də öz arteriyaları ilə qidalanır, bu damar-

lar tac (koronar) damarlar adlanır. Arterial qan oksigenlə zəngin olduğu üçün al qırmızı rəngdədir. Bəzi arteriyaların pulsasiyasını (nəbz) dəri səthində barmaqla hiss etmək mümkündür. Onlar çox böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Qan dövranını qiymətləndirmək məqsədi ilə əsas 5 arteriyanın yerini bilmək vacibdir.

✓ *Yuxu arteriyası* – beyni qanla təchiz edir. Onu boyun nahiyəsində, traxeyadan sağ və sol tərəfdə barmaqlarla hiss etmək mümkündür: başı arxaya əyib şəhadət, orta və adsız barmaqları udlağın (hülqumun) üzərinə qoyaraq özünüzə (döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə) tərəf çəkin.

✓ *Bud arteriyası* – aşağı ətrafları qanla təchiz edir. Onu qasıq nahiyəsində, hər iki tərəfdə budla qarının bükümündə hiss etmək olar.

✓ *Mil arteriyası* – yuxarı ətrafin aşağı hissəsini qanla təchiz edir. Onu baş barmaqdan bir az yuxarı, biləyin ön nahiyəsində, saidin aşağı 1/3 hissəsində hiss etmək olar.

✓ *Bazu arteriyası* – yuxarı ətrafin yuxarı hissəsini qanla təchiz edir. Onu bazunun içəri səthində, dirsəklə çiyin oynaqının arasında hiss etmək olar. Bu, ən çox uşaqlarda böyük əhəmiyyət kəsb edir.

✓ *Ayaqarxası arteriya* – ayaqüstü nahiyənin orta hissəsində hiss olunur. Böyüklərdə normada sistolik təzyiq 120, diastolik təzyiq 80 mm c.süt. olur. Qan təzyiqini ölçmək mümkün olmadıqda, böyüklərdə nəbz təyin edilməsi ilə minimal sistolik təzyiqi müəyyən etmək olar. Mil arteriyasında nəbz olduqda minimal sistolik təzyiq – 80, bazu – 70, bud – 60, yuxu – 50 mm c.süt. hesab olunur.

✓ *Venalar* – divarı nisbətən nazik olub, karbon qazı və maddələr mübadiləsi məhsulları ilə zəngin olan qanı periferiyadan ürəyə daşıyır. Bu məhsullar sonradan ağciyərlərdən xaric olur. Karbon qazı ilə zəngin olduğu üçün venoz qan tünd qırmızı və ya şabalıdı rəngdə olur.

✓ *Kapilyarlar* – arteriyalarla venaları birləşdirən ən kiçik damarlardır. Bu kiçik damarlar oksigenlə karbon qazının mübadiləsini tənzimləyir.

SİNİR SİSTEMİ

Sinir sistemi bütün orqan və sistemlərin fəaliyyətini tənzimləyir, orqanizmlə ətraf mühit arasında əlaqə yaradır. Sinir sistemi baş beyin, onurğa beyin və periferik sinirlərdən ibarətdir. Beyin ali psixi funksiyaları, təfəkkürü, emosiyaları və eyni zamanda əzələlərin iradi olaraq yığılmasını tənzim edir. Baş beyin həm də qeyri-iradi əzələlərin (mədə-bağırsağ traktında) yığılmasını tənzim edir.

Sinir sistemi əsas **mərkəzi** və **periferik** olmaqla iki yerə ayrılır.

✓ *Mərkəzi sinir sistemi* - baş beyindən (kəllə daxilində yerləşir) və onurğa beynindən (onurğa sütununda yerləşir) ibarətdir.

✓ *Periferik sinir sistemi* - hissiyyat və hərəki olmaqla, iki yerə ayrılır. Hissiyat sinir sistemi informasiyasını bədənin müxtəlif yerlərindən onurğa və baş beyinə çatdırır. Hissiyat sinirlərinin sonu dəridə, əzələlərdə və ya hər hansı bir orqanda yerləşir, qıcıqları qəbul edir. Hərəki sinir sistemi informasiyanı onurğa beyni və baş beyindən bütün sistem və orqanlara çatdırır. Məsələn: yanıq zamanı ağrı qıcığı hissiyyat sinirləri ilə onurğa beyninə, oradan da qıcıq hərəki sinirlərlə müvafiq əzələlərə ötürülür, nəticədə əzələlər yığılır və bədənin yanan hissəsi istilik mənbəyindən aralanır. Orqanizmin qıcığa qarşı belə reaksiyası **refleks** adlanır.

DİGƏR SİSTEMLƏR

➤ *Həzm sistemi*-orqanizm üçün lazım olan qidalı maddələri mənimsəyir. O, ağız boşluğu, udlaq, qida borusu, mədə, nazik, yoğun və düz bağırsaqlar, qarın boşluğunun ən böyük vəziləri olan qaraciyər və mədəaltı vəzidən ibarətdir. Həzm prosesi mədə-bağırsaq traktının müxtəlif şöbələrində ağız suyu, mədə və bağırsaq şirələrinin hesabına baş verir. Nazik bağırsaqdan qana qidalı maddələr sorulur, sorulmayan hissə isə yoğun bağırsaqlar vasitəsilə orqanizmdən xaric olur.

➤ *Sidik sistemi*-sidik orqanları bədənədən suyun və duzun artığını, habelə maddələr mübadiləsindən sonra əmələ gələn zərərli maddələri sidiklə orqanizmdən xaric edir. Sidik orqanlarına böyrəklər, sidik axarları, sidiklik (sidik kisəsi) və sidik kanalı aiddir.

➤ *Cinsiyyət sistemi* - cinsi orqanlardan ibarətdir. Kişi və qadın cinsiyyət sistemi mövcuddur.

➤ *Duyğu orqanları* (*görmə, müvazinət-əşitmə, qoxu, dad, dəri*) vasitəsilə orqanizm daxili və xarici qıcıqları qəbul edir və sinir impulslarına çevirir, öz növbəsində görməni, eşitməni, hissiyyatı, qoxunu və dadı təmin edir. Dəri, bədənin səthini örtərək onu xarici təsirlərdən (isti, soyuq) qoruyur, bakteriyalar və mikroorqanizmlərə qarşı sədd yaradır. Dəri vasitəsilə orqanizmdən müxtəlif duzlar, azot qalıqları və s. xaric olunur. Dəri ilə sutka ərzində 500 ml tər ifraz olunur. Dəri bədən temperaturunu tənzimləyir (orqanizmdən istilik itkisinin 82%-i dəri vasitəsilə baş verir). Dəri sinir ucları ilə zəngindir və ətraf mühitin qıcıqlarına (toxunma, hərərət, təzyiq, ağrı və s.) reaksiya verir və bütün ətraf mühitdən alınan informasiyanı baş və onurğa beyninə ötürür.

➤ *Daxili sekresiya vəziləri* (*qalxanabənzər, mədəaltı, böyrəküstü, hipofiz, cinsiyyət və başqaları*) müxtəlif orqanların funksiyasını tənzim etmək üçün qana xüsusi maddələr (hormonlar) ifraz edir. Həmçinin orqanizmi daxili və xarici mühit dəyişikliklərinə uyğunlaşdırır.

DÖŞ QƏFƏSİNİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Döş qəfəsinin zədələnmələri səbəbindən baş verən ölüm halları həyat üçün təhlükə yarada bilən bütün travma növlərindən baş verən ölüm hallarının 20–25%-ni təşkil edir. Döş qəfəsinin zədələnmələri, adətən, döş qəfəsinin küt travması və boşluğa işləyən (keçən) yaralardır. Müharibə zamanı döş qəfəsi travmalarının əsas səbəbi güllə yaralanmaları olduğu halda, sülh dövrü və müasir sivilizasiya şəraitində yol-qəza hadisələri travmalarının əsas səbəbidir. Döş qəfəsinin travmatik zədələnmələri ağciyərin, qan damarlarının və ya ürəyin sıxılması və ya parçalanması nəticəsində baş verir.

Ürək yaralanmaları çox təhlükəli olur və adətən ölümlə nəticələnir. Plevra boşluğuna keçən yaralar ağciyərin zədələnməsinə və pnevmotoraksa səbəb olub tənəffüsün pozulmasına gətirib çıxarır. Döş qəfəsinin yarası müxtəlif səviyyəli daxili və xarici qanaxma yaradır. Adətən, zərərçəkən hər dəfə nəfəs alan zaman yaradan fişilti eşidilir. Belə səs döş qəfəsinin deşilmiş yaralarının ilkin əlamətidir.

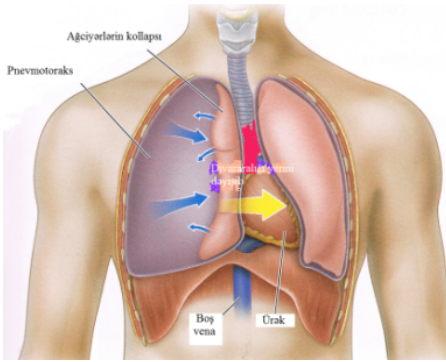
Döş qəfəsini dələn yaralanmalarda ən çox rast gələn **hemotoraks, gərgin və ya açıq pnevmotoraks, ürəyin cırılması, döş qəfəsinin flotasiyasıdır**. Hemotoraks – plevra boşluğuna qanın toplanması. Pnevmtoraks – plevra boşluğuna havanın toplanması. Flotasiya – əsmə, çalxalama, yırgalama.

Bədbəxt hadisələr zamanı yardım göstərənlər nəzərdə saxlamalıdırlar ki, döş qəfəsi zədələnmələri zamanı yardımın əsas məqsədi ürək və ağciyər fəaliyyətinin bərpa olunması, qanaxmaya nəzarət, döş qəfəsinin immobilizasiyası, ağrının azaldılması, zədələnməmiş ağciyərin ventilyasiyasının yaxşılaşdırılması, yanaşı gedən zədələnmələrin müalicəsindən və sepsisin profilaktikasından ibarətdir. Sepsis yunan sözü olub, çürümə – qanda mikrobların olması deməkdir.

Diqqət: Döş qəfəsinin nüfuzedicı yaraları həm döş qəfəsinin həm də qarın boşluğunun yuxarı hissəsində yerləşən orqanların zədələnməsi ilə nəticələnmə bilər. Təcili tibbi yardım xidmətinə zəng vurmağı unutmayın.

1. Gərgin pnevmotoraks

Pnevmtoraks – plevra boşluğuna havanın toplanmasıdır. Bu, plevranın küt travma və ya boşluğa nüfuzdən yaralanması zamanı baş verə bilər. Həmçinin ağciyər vərəmi, absesi (irin toplanması) və s. Ağciyər xəstəlikləri olanlarda, 20-40 yaşlı arıq və hündür insanlarda, tütün çəkənlərdə öz-özünə əmələ gələn (spontan) pnevmotoraks törənir.



Havanın bir istiqamətdə yalnız plevra boşluğuna daxil olması və geriyyə çıxılmaması döş qəfəsində gərginlik yaradır və bu, gərgin pnevmotoraks adlanır. Sadə pnevmotoraksdan (aşağıya baxın) fərqli olaraq, gərgin pnevmotoraks zamanı plevrada olan dəlikdən hava plevra boşluğuna nəfəsalma zamanı daxil olur, lakin nəfəsvermə zamanı hava plevra boşluğundan

xaric olmur və qapaq (“klapan”) deffekti yaranır. Belə halda hava plevra boşluğunda hər nəfəsalma aktında toplanmaqla yuxarı və aşağı boş venaları sıxıb, qanın axarına maneə (obstruksiya) törədir, nəticədə ürəyə qayıdan qanın miqdarı azalır və **obstruktiv şok** əmələ gəlir.

Ürək döş qəfəsinin əks tərəfinə doğru yerini dəyişir. Zərərçəkənin qan təzyiqi aşağı düşür və müvafiq tədbirlər görülmədikdə belə hal qəfləti ölümlə nəticələnir. Gərgin pnevmotoraks küt travma zamanı dəlib keçən zədələnməyə nisbətən daha çox rast gəlinir, çünki dəliyin olması daxilə sorulan havanın asanlıqla plevra boşluğundan xaric olmasına imkan verir.

Gərgin pnevmotoraks adətən qəflətən, sürətlə inkişaf edir. Əksər hallarda fiziki gərginlik, öskürək, kəskin nəfəsalma fonunda “xəncər” ağrısı, təngnəfəslik, öskürək meydana çıxır. Ağrı çiyinə yayılır. Əlamətlər nəfəsalma və fiziki gərginlik zamanı artır. Gərgin pnevmotoraks qorxu hissi, soyuq tərlə müşayiət olunur.

* Gərgin pnevmotoraksın əlamətləri

- Döş qəfəsinin pnevmotoraks olan tərəfində qəflətən baş verən ağrının olması. Ağrı çox vaxt kürəyə, çiyinə və ya qarına yayılır.
- Öskürəndə köpüklü qırmızı qanın olması.
- Dodaqların, dırnaq və dərinin göyərməsi (sianoz).
- Yaradan köpüklü qanın gəlməsi.
- Müəyyən hallarda nəfəs aldıqda döş qəfəsinə sorulan havanın səsi.
- Tənəffüsün tezləşməsi, təngnəfəslik, hava çatışmazlığı, sianozun (göyərmə) olması.
- Qan dövranı pozğunluğu, qan təzyiqinin aşağı düşməsi.
- Nəbzin tezləşməsi (taxikardiya).
- Dərialtı emfizemanın (boyunun və sinənin yumşaq toxumalarının arasına havanın yığılması) olması ağciyərlərin zədələnməsindən xəbər verir.
- Travma əlamətləri –qançır, sınımış qabırğanın xırıltısı.

- Döş qəfəsinin qeyri-simmetrik olması, zədələnmiş tərəfin tənəffüsdən geri qalması.
- Traxeyanın zədəyə əks olan tərəfə yerdəyişməsi.
- Boyun venalarının şişməsi (gərginləşməsi).
- Obstruktiv şok (tıxanmadan yaranan şok).

*** Gərgin pnevmotoraks zamanı ilk yardım**

Gərgin pnevmotoraks təcili müdaxilə tələb edir. Müvafiq yardım göstərmədikdə zərərçəkənin vəziyyəti ağırlaşsa bilər. Çünki zədələnmiş ağciyər öz funksiyasını yerinə yetirə bilmir və tənəffüs daha da çətinləşir. Əsas diqqət tənəffüs probleminə yönəldin:

- belə hallarda dərhal təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin;
- bütün zərərçəkənlərə maska vasitəsilə oksigen verin;
- şok ehtimalını azaltmaq üçün tədbirlər görün;
- sağlam tərəfdə tənəffüs adekvat alınsın deyərək, zərərçəkəni travma aldığı tərəfi üstə uzadın.

Pnevmotoraks qeyd edilən bütün zərərçəkənlər təcili olaraq xəstəxanaya çatdırılmalıdırlar.

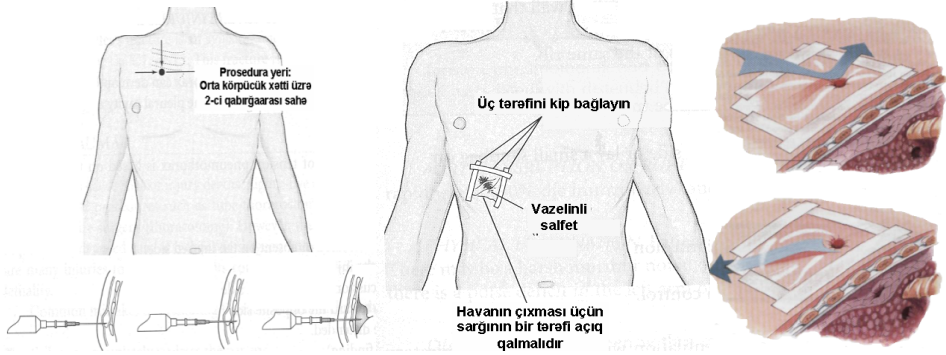
*** Xüsusi hazırlıq keçən xilasedici tərəfindən göstərilən yardım**

Tibb işçiləri gərgin pnevmotoraks olan tərəfdə auskultasiyada (fonendoskopla qulaq asdıqda) tənəffüsün zəifləməsini və ya eşidilməməsini, perkussiyada (tıqqıldatmaq, döyücləmək vasitəsilə bədənin müxtəlif yerlərinin müayinəsi) zədələnmiş nahiyədə timpanik səs (baraban səsi – böyük boşluğun olmasını göstərir hava ilə dolu mədə və bağırsağ, ağciyər absesi (irin toplanması), kaverna və s.) eşidə bilərlər. Gərgin pnevmotoraksı təyin etmək üçün rentgenoloji müayinə tələb olunmur. Diaqnoz yalnız obyektiv müayinənin nəticələri əsasında qoyulmalıdır.

- Tibbi yardım ləngidilməməlidir.
- Bütün zərərçəkənlərə maska vasitəsilə 100%-li oksigen verilməlidir.
- Pnevmtoraks qeyd edilən bütün zərərçəkənlər təcili xəstəxanaya çatdırılmalıdırlar.

Döş qəfəsinin dekompressiyası (sıxılmanın aradan qaldırılması – döş qəfəsinin 2-ci qabırğaarası nahiyədə orta körpücük xətti üzrə iynə ilə deşilməsi – şəkil 1) tibb işçisi və ya xüsusi hazırlıq keçən xilasedici tərəfindən aparılmalıdır. Açıq pnevmotoraksda döş qəfəsində daxili təzyiğin artmasının qarşısını almaq üçün kip, hermetik qapayıcı vasitə qoyulmalıdır.

2. Açıq pnevmotoraks



Şəkil 1. İynə ilə döş qəfəsinin punksiyası (deşilməsi)
Şəkil 2. Üç tərəfli sarğıın qoyulması. Kip (hermetik) qapayıcı vasitənin qoyulması.

Açıq pnevmotoraks boşluğa işləyən iti alət və ya güllə yarası zamanı döş divarında açılan dəliyin diametri traxeyanın diametrinin 2/3-nə bərabər olduqda baş verir. Diafraqma və qabırğa arası əzələlər yığılan zaman hava bronxlara deyil, müqaviməti az olduğuna görə diametri traxeyanın diamet-rindən böyük olan yara dəliyindən plevra boşluğuna sorulur. Bu ciddi tənəffüs pozğunluğuna səbəb olur.

* Açıq pnevmotoraksın əlamətləri:

- hər tənəffüs aktında döş qəfəsinə dəlikdən havanın daxil və xaric olması;
- zədə olan tərəfdə tənəffüs küylərinin zəifləməsi;
- öskürdükdə köpüklü qırmızı qanın olması;
- dodaqların, dırnağın və dərinin göyərməsi (sianoz);
- yaradan köpüklü qanın gəlməsi;
- müəyyən hallarda nəfəs aldıqda döş qəfəsinə sorulan havanın səsi.

* Açıq pnevmotoraks zamanı ilk yardım

Döş qəfəsinin nüfuzedicilə yaralanması zamanı yaranı tampon, bükülmüş tənzif və s. sarğı materialı ilə kíp örtün ki, havanın keçməsinə imkan olmasın. Sonra vazelin yaxılmış salfet, bir parça polietilen plyonka, polietilen torba və ya çoxqatlı nazik alüminium təbəqəsini dəri üzərindəki dəliyin üstünə qoyub, ətrafına 3 tərəfdən (bir küncü boş qalmaq şərti ilə) leykoplastır vasitəsilə qapayıcı sarğı qoyun (Şəkil 2).

Belə sarğı nəfəs alma zamanı havanın daxil olmasının qarşısını aldığı kimi, açıq küncün hesabına da nəfəs verməkdə havanın xaric olmasına imkan yaradır. Tibb işçisi tərəfindən ilk tibbi yardım həyata keçirildikdən sonra,

zədə olan tərəfdə plevra boşluğuna drenaj borusu yeridilir və döş divarında-
kı yaranın tamlığı bərpa edilir.

Sağlam tərəfdə tənəffüs adekvat alınsın deyə, zərərçəkəni travma aldığı tərəfi üstə uzadın.

3. Qabırğa sınıqları

Qabırğalara travmatik qüvvənin təsiri nəticəsində onlarda sınıq baş verir. Sadə qabırğa sınıqları ağır döş qəfəsi travmalarının ən çox rast gəlinən nəticəsidir. Qabırğa sınıqları ondan dərində yerləşən orqanların (pnevmotorak-
sın baş verməsi), yaxud dalaq və qaraciyərin (9,10 və 11 qabırğa sınıqları zamanı) zədələnməsi baxımından əhəmiyyətlidir. Sınıq olan sahədə həssaslıq, krepitasiya (xırıltılı səsi), qansızma və yerli əzələ gərginliyi yaranır. Soltərəfli qabırğa sınıqları 20% hallarda dalaq zədələnməsi, sağtərəfli qabırğa sınıqları 10% hallarda qaraciyərin zədələnməsi ilə birlikdə qeyd edilir.

***İlk tibbi yardım.**

- Ağrıya nəzarət! Ağrılar uzun müddət davam edir (1–2 həftə)
- Dərindən nəfəsəlmənin təmin olunması. Ağrı kəsicilərin təyin olunmasından sonra sınımış qabırğalar təsbit edilməli və zərərçəkən gün ərzində heç olmasa 2–4 dəfə öskürməlidir.
- Kəmərlər, lentlər, döş qəfəsinin ekskursiyasını məhdudlaşdıran dairəvi (sirkulyar) sarğılar əks göstərişdir.

4. Döş qəfəsinin flotasiyası

Döş qəfəsinin flotasiyası (əsmə, çalxalama, yırgalama) 2 və daha artıq sahədə 3 və ya daha artıq qabırğanın sınması, ağciyərin əzilməsi zamanı baş verir. Bunun nəticəsi kimi döş qəfəsində sərbəst hərəkət edən çalxalanan sahə əmələ gəlir, ventilyasiya pozulur. Flotasiya ağır fəsadlarla və ölümlə nəticələnə bilər.

*** Döş qəfəsinin flotasiyasının əlamətləri**

- Döş qəfəsinin palpasiyasında (əllə yoxlanmasında) çoxsaylı qabırğa sınıqları təyin edilə bilər.
- Diqqətli müşahidə zamanı döş qəfəsinin divarında hər tənəffüs aktında əks istiqamətdə hərəkət edən sahənin olması aşkar edilə bilər.
- Hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması) əmələ gəlir.

*** Döş qəfəsinin flotasiyasında ilk tibbi yardım**

Döş qəfəsinin flotasiyası zamanı aşağıdakı tədbirlər görülməlidir:

- təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin;
- zərərçəkəni zədələnməmiş tərəfi üzərində uzadın və ya həmin yerə qumla doldurulmuş kiçik kisə qoyun;
- zədələnməmiş nahiyəni enli yapışqanlı lentlə təsbit edin;
- imkan olduqda mümkün qədər tez oksigen verin;

- maye qəbulunu məhdudlaşdırın;
- tənəffüs yollarını açıq saxlayın;
- lazım olduqda aspiratordan (sormağ üçün cihaz) istifadə edin;
- zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırın.

5. Körpücük sümüyün sınığı

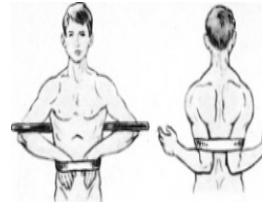
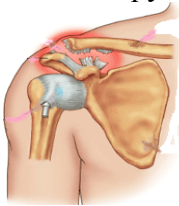
Körpücük sümüyünün küt travması onun sınığına və ya körpücük sümüyü ilə akromial çıxıntı arasında olan bağıq qırılmasına səbəb olur. Zərərçəkən bazu önü (dirsəklə pəncə arasındakı hissə) və dirsəyi sağlam əl ilə tutub, gövdəyə sıxır. Zərərçəkənə baxış keçirərkən həmin nahiyədə deformasiya, açıq zədə, ağrı və şişkinlik olub-olmadığını müəyyən edin.



Körpücük sümüyünün sınığı həmin nahiyənin əllənməsi ilə təyin edilir və sınaq nahiyədə kreptasiya (xırıltılı səsi), qeyri-normal hərəkətilik, çiyin qurşağında hərəkətin məhdudlaşması qeyd olunur. Sınımış sümüklərlə artıq hərəkət etməməli, çünki damarlar zədələnib, qanaxmaya səbəb ola bilər. Sınığı müəyyən etmək üçün həkim tərəfindən rentgenoloji müayinə aparılmalıdır. Körpücük sümüyünü kürək sümükləri ilə birləşdirən bağların qırılması nəticəsində körpücük sümüyü yuxarı və qabağa qalxır və qalxan tərəfə batdıqda royal (piano, qarmon) klavişi kimi düşüb qalxır ("klaviş" simptomu).

Körpücük sümüyü döş sümüyünə birləşdiyi yerdən burxulduqda isə o, dəri altından çox aydın qabarıq. Döş-körpücük oynaqının ayrılması həmçinin, yalnız qolun boyundan asılması ilə müalicə edilə bilər. Ən sadə üsul dirsəyi saxlayıb, zədələnmiş ətrafın barmaqlarını sağlam çiyin üstünə qoyub, ona rahatlıq yaratmaqdır.

Körpücük sümüyü döş sümüyünə birləşdiyi yerdən burxulduqda isə o, dəri altından çox aydın qabarıq. Döş-körpücük oynaqının ayrılması həmçinin, yalnız qolun boyundan asılması ilə müalicə edilə bilər. Ən sadə üsul dirsəyi saxlayıb, zədələnmiş ətrafın barmaqlarını sağlam çiyin üstünə qoyub, ona rahatlıq yaratmaqdır.



Körpücük sümüyünün sınıqları adətən, 8 şəkilli sarğı və ya qolun asılması ilə müalicə edilə bilər.

Uşaqlarda və yaşlı insanlarda adətən, ləçək sarğı vasitəsilə düz bucaq altında zədələnmiş ətrafı boyundan asırlar, başı zədələnmiş tərəfə əyirlər. Belə sarğı yuxarı ətraf qurşağında əzələ gərginliyini zəiflədir, sınımış körpücük sümüyünün sümük fragmentlərinin (hissələrinin) hərəkətini və

ağrını azaldır. Əl altında sarğı materialları olmadıqda zərərçəkənin əllərini dirsəkdən büküb, arxaya çəkin. Kürək nahiyəsinə dirsəklərin altına hər hansı bir ağacı elə qoyun ki, zərərçəkən onu dirsəkləri ilə saxlaya bilsin. Belə vəziyyətdə körpücük sümüyü sınımış zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırın. Bərpa dövrü və sarğılar açıldıqdan bir ay sonra da zərərçəkən ağırlıq qaldırma- malı və sərt çarpayıda yatmalıdır. Cərrahi müalicə yalnız açıq sınıqlar za- manı və ya dəridə yaralanma zamanı göstərişdir.

6. Travmatik asfiksiya

Döş qəfəsinin ağır dərəcəli sıxılması (üzərindən avtomobil keçməsi kimi) döş qəfəsi daxili təzyiqin qəflətən yüksəlməsinə səbəb olur. Sıxılma zaman bir neçə digər yanaşı zədələnmələr (qabırğa sınması və s.) ola bilər.

Travmatik asfiksiyada dərialtı qanaxma, nöqtəvi qansızma, torlu qişada qansızma, üz nahiyəsində ödem müşahidə olunur. Digər zədələnmə- lər qeyd edilmədikdə, bu patologiya zamanı ağrıkəsicilərdən başqa tibbi yar- dım tələb olunmur.

7. Döş qəfəsi divarlarının əzilməsi (kontuziyası)

Döş qəfəsinin küt travması əzələ və yumşaq toxumalarda qansızmalara və ödemə səbəb olur.

Əzilmə palpasiya (əllə yoxlama) və baxış zamanı aşkar edilir. Döş qə- fəsi divarının əzilməsi qabırğa sınığında olduğu kimi müalicə edilir (yalnız ağrıkəsicilərlə). Zərərçəkən ağrıların uzun müddət davam etməsi barədə (2 həftədən 3 aya qədər) məlumatlandırılmalıdır. Döş qəfəsinin travması olan zərərçəkənin xəstəxanaya təyin edilmə qərarı həm döş qəfəsində, həm də başqa yerdə baş vermiş zədədən asılıdır. Yuxarıda qeyd olunan hər hansı ciddi döş qəfəsi zədəsi alan zərərçəkən istənilən halda xəstəxanaya yerləş- dirilməlidir.

Döş qəfəsini dəlib keçən yaralanmalar zamanı bunları etmək qadağandır:

- yaranı su ilə yumaq;
- yaraya tərkibində spirt olan dərman preparatları (yod, spirt) tökmək;
- yaraya məlhəmlə sarğı qoymaq və hər hansı bir dərman (yod, spirt, antibiotik və s.) tökmək;
- yaraya pambıq qoymaq;
- yaraya batmış yad cisimi, sümük qırıntılarını, qan laxtasını xaric etmək;
- yaradan çıxmış hər hansı orqanı itələyib geriye qaytarmaq;
- yaradan çıxmış orqanın üzərinə soyuq qoymaq;
- yaradan çıxmış orqana birbaşa təzyiq tətbiq etmək və ya təzyiqedici sarğı qoymaq;
- zərərçəkənə maye və qida vermək.

DÖŞ QƏFƏSİNDƏ BAŞ VERƏN AĞRILARDA İLK YARDIM

1. Döş qəfəsində ağrı

Döş qəfəsində ağrı ən çox rast gəlinən haldır. Əksər hallarda döş qəfəsində ağrılar ürək mənşəli olur. **Döş sümüyünün** (sinənin) **arxasında və ürək nahiyəsində** narahatlıq verən **təzyiqedici** (sinə üstünə yükün qoyulması), **yandırıcı** (göynədici), **sıxıcı** (deşici) **ağrılar** sakitlik və gərginlik stenokardiyası, miokard infarktına xas olan səciyyəvi ağrı əlamətidir.

Çox vaxt ağrı sol qola, boyunun sol yarısına, kürəyə, çənəyə, çiyinə ötürülür. Ağrı ilə əlaqədar xarakter xüsusiyyət (jest) xəstənin ovucunu sinəsi üzərinə sıxmasıdır. Ağrı adi narahatçılıqdan, xoşagəlməz hissiyyatdan (diskomfort) sinənin dözülməz dərəcədə əzilməsi hissinə qədər çata bilər. Xəstədə yüngül ürək tutması belə, ölüm qorxusu hissi ilə müşayiət olunur.

Əgər ağrı 5 dəqiqədən 15–20 dəqiqəyədək davam edərsə, fiziki (psixosomasiyalı) gərginliyi kəsdikdən və ya nitroqliserin qəbul etdikdən sonra azalıb, tədricən keçərsə bu, stenokardiyadır. Bir dəqiqədən az davam edən ağrı stenokardiya xas deyil. Otuz dəqiqədən artıq davam edən ağrı isə miokard infarktından xəbər verir.

Döş qəfəsində qeyri-travmatik ağrıları olan xəstələr tibbi yardım üçün ən çox müraciət edənlərdir.

Döş qəfəsində baş verən ağrının ən təhlükəli ürək tutmasıdır.

2. Döş qəfəsində baş verən ağrıya yanaşma

Məqsəd xəstənin vəziyyətindən asılı olmayaraq döş qəfəsində ağrı olanlara (xüsusən ürək nahiyəsində–döş sümüyünün arxasında) ilk yardımın vaxtında və adekvat (tam uyğun) göstərilməsidir. Xilasedici üçün ağrının mənşəyini təyin etmək vacib deyil. Əsas–xəstənin vəziyyətini qiymətləndirməkdir.

Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə xarici baxış keçirilməlidir. Reanimasiya tədbirləri lazım olmadıqda, xəstənin həyat əlamətləri (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi) qiymətləndirilir. Hər hansı qeyri-normal göstərici təkrar yoxlanılmalı və bu hal davam edərsə, ölçü götürülməlidir. Bu göstəricilər norma daxilindədirsə, müvafiq şəkildə xarici baxış davam etdirilməli, xəstənin anamnezi (tibbi tərcümeyi-hal) toplanmalıdır. Həyat əlamətləri qeyri-stabil olan və ya ağır xəstəlik qeyd edilən hallarda qiymətləndirmə tezləşdirilməli və başa çatdırılmalıdır.

Sorğu keçirərkən risk amillərini müəyyən edin. Döş qəfəsində ağrıdan şikayət edən və risk amilləri olan xəstələr daha çox diqqət tələb edir.

Risk amilləri aşağıdakılardır: 45 yaşdan yuxarı olanlar, kişi cinsi, irsi meyllilik (ailədə 50 yaşına qədər miokard infarktının olması), qan təzyi-

qi, tütünçəkmə, piylənmə, şəkər xəstəliyi, qanda xolesterinin yüksək olması, psixoemosional gərginlik, ürəyin işemik xəstəliyi, ürək çatışmazlığı.

Burada insan həyatı üçün təhlükəli və təcili tibbi yardım tələb edən kəskin miokard infarktı, stenokardiya, aortanın laylanması (anevrizması), ağciyər emboliyası və başqa ürək-damar xəstəlikləri ola bilər. İnkişaf etmiş ölkələrdə ürək-damar xəstəlikləri ölümün əsas səbəbini təşkil edir. Məhz buna görə də döş qəfəsində ağrının ciddi və ya qeyri-ciddi səbəbdən meydana çıxmasını araşdırmaq olduqca vacibdir.

Diqqət! Anamnezin toplanması döş qəfəsində olan ağrının qiymətləndirilməsi üçün ən vacib şərtir.

Anamnezi düzgün toplamağa çalışın.

3. Ürək tutmalarının əlamətləri

*** Ağrının davamlılığı:**

- bir dəqiqədən az davam edən ağrı ürək mənşəli və stenokardiya xas deyil;
- ağrı 5 dəqiqədən 15-20 dəqiqəyədək davam edərsə, fiziki (psixoemosional) gərginliyi kəsdikdən və ya dilaltına nitroqliserin qəbul etdikdən sonra (3 dəqiqə ərzində) azalıb, tədricən keçərsə bu, stenokardiya;
- otuz dəqiqədən artıq davam edən uzunmüddətli ağrı miokard infarktından xəbər verir və fiziki və psixoemosional gərginliklə əlaqədar olmaya bilər.

*** Ağrının xarakteri:**

- ağrı narahatlıq verən *təzyiqedici* (sinə üstünə yükün qoyulması), xoşagəlməz olur;
- ağrı *yandırıcı* (göynədici) və bəzi hallarda olduqca şiddətli olur;
- ağrı *sıxıcı* (deşici), darıxdırıcı olur və bəzi hallarda döş qəfəsində xoşagəlməz hissiyyət (diskomfort) müşahidə olunur.

*** Ağrını meydana çıxaran amillər:**

- əksər hallarda ağrılar fiziki yükə və psixoemosional gərginlikdən sonra yaranır (əvvəllər belə halın olub-olmaması, hansı dərmanların ona kömək etdiyi müəyyənləşdirilir).

*** Ağrının miqyası, dəqiq lokalizasiyası (yerləşməsi):**

- bir çox hallarda, ağrı döş sümüyünün arxasında, sinənin mərkəzində hiss olunur;
- dəqiq lokalizasiyası olmayan küt və daima sızıldayan ağrılar çox vaxt ürək mənşəli olur.

* **Ağrının irradiasiyası (ağrı hissini zədələnmiş yerdən kənara yayılması):**

- ağrı hər iki qola (çox vaxt sol qola), boyuna, kürəyə, alt çənəyə, çiyinə yayılır.

* **Ağrının tənəffüs aktı ilə əlaqəsi:**

- nəfəsalma zamanı ağrının artması plevrit, perikardit, pnevmotoraks, əzələ, sümük-oynaq xəstəliklərində müşahidə olunur.

* **Tənəffüsün çətinləşməsinin mövcudluğu:**

- tənəffüs, boğulma, tənəffüs aktında problemlər;
- ürək çatışmazlığında ("ürək astması") nəfəsalma, bronxial astmada isə nəfəsvermə çətinləşir.

* **Başgicəllənmə, bayılma, huşun qararıqlaşması və tam itməsi.**

* **Tərləmə:**

- qəfildən güclü (profuz) tərləmə, üzün dərisi tərləmə nəticəsində nəm olur.

* **Ölüm qorxusu:**

- yüngül ürək tutması olanda belə xəstədə ölüm qorxusu hissi müşayiət olunur.

* **Güclü ürəkbulanma, qusma.**

* **Güclü zəiflik.**

* **Nəbz tezləşməsi ("çapma" ritmi).**

* **Qan təzyiqinin aşağı düşməsi (hipotenziya).**

Ürək tutmalarının hər hansı bir əlaməti olduqda, vaxt itirmədən yardım göstərin.

Qadınlarda, yaşlılarda və şəkərli diabeti xəstəliyi olanlarda ürək tutmasının xarakterik əlamətləri, məsələn, sinədə ağrı, qıvcırma və ya həzmin pozulması kimi əlamətlər az olur. Bu qrupdan olan insanlar kürəkdə, çənədə, boyunda və ya çiyində narahatlıq hiss edirlər. Onlar, həmçinin tənəffüs, ürək bulanma və ya qusma kimi hallardan şikayət edirlər. Bəzi insanlar ürək tutmalarına diqqətlə yanaşır, digərlərinin isə ürək tutmalarına laqeydliyi miokard infarktına və ani ölümə gətirib çıxarır. Döş qəfəsində ağrıdan şikayət edən xəstələrə xüsusi diqqət yetirilməlidir və onlarda miokardın kəskin infarktı olmadığına əmin olmaq lazımdır.

5. Ürək tutmalarında ilk yardım

Döş qəfəsində ağrısı olanlara çox ağır vəziyyətdə olduqlarını düşünüb, yardım göstərin.

Xəstədə və ya özünüzdə ürək tutmalarının əlamətlərindən hər hansı biri bir neçə dəqiqədən çox davam edərsə müvafiq ardıcılıqla yardıma başlayın.

Ciddi təhlükələrin qarşısını almaq üçün aşağıdakı tədbirləri görün.

* *Xəstəyə rahatlıq yaradın.* O, heç bir hərəkət etməməli, məşğuliyyətinə fasilə verməli, sükan arxasında olduqda nəqliyyat vasitəsini dayandırmalı, oturaq və ya uzanmış vəziyyət alıb, dincəlməlidir. Həkim gələnə qədər xəstə tərپәнməməlidir, ona onun üçün rahat olan vəziyyət verilməlidir və o, sakitləşdirilməlidir.

* *Təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin.* Defibrilyator əldə edin. Zəng etmək mümkün olmadıqda, xəstəni yaxınlıqda yerləşən və kardioloji xidmət göstərə bilən tibbi müəssisəyə çatdırın.

Diqqət!

* Mənşəyi aydınlaşana qədər, döş nahiyəsində olan bütün ağrılar ciddi qəbul olunmalıdır.

* Döş nahiyəsində ağrısı olanların hamısına mütləq aspirin və nitroqliserin (dil altına) verilməlidir.

Kimdəsə ürək tutması əlamətlərindən hər hansı biri müşahidə edilərsə, yuxarıda sadalanan tədbirləri görün.

DÖŞ QƏFƏSİNDƏ AĞRININ SƏBƏBLƏRİ

Tibb işçisi döş qəfəsinin auskultasiyasını (fonendoskopla qulaq asmaq), palpasiyasını (əllə yoxlamaqla ağrılı nöqtələrin, qabırğa sınıqlarının, onurğa xəstəliklərinin təyini) və perkussiyasını (tıqqıldatmaq, döyəcləmək vasitəsilə bədənin müxtəlif yerlərinin müayinəsi) aparıb, insan həyatı üçün təhlükəli və təcili tibbi yardım tələb edən xəstəlikləri müəyyənləşdirməlidir (stenokardiya, kəskin miokard infarktı, aortanın ləylanması – anevrizması, ağciyər emboliyası, pnevmotoraks, pnevmoniya). Onlar üçün ağrının başlanğıcı və inkişafı haqqında təfəsilatlı məlumatın toplanması mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Döş qəfəsində ağrılar müxtəlif səbəblərdən olur.

Stenokardiya—döş nahiyəsində 15 dəqiqədən az davam edən, miokard infarktına oxşayan, istirahət və ya nitroqliserin qəbulundan sonra keçən vaxtaşırı (periodik) davamlı ağrılardır.

Miokardın kəskin infarktı—döş qəfəsi nahiyəsində 15 dəqiqədən çox davam edən ağrılar, hansı ki, bəzi hallarda əllərə, çiyinə və boyuna yayılan təzyiqli hissi kimi özünü göstərir.

Aortanın laylanması(anevrizması)—döş qəfəsində və kürək nahiyəsində qəfildən dəşici ağrı hissi (əsasən 50–70 yaş arası arterial hipertenziyası olanlarda).

Ağciyər emboliyası—plevral ağrı, təngnəfəslik, taxipnoe (tezləşmiş səthi tənəffüs), bəzən qan hayxırma və taxikardiya.

Qida borusunun cırılması—boğaz və döş qəfəsində ağrı hissi, dərialtı emfizema.

Gərgin pnevmotoraks—ağır təngnəfəslik və plevral ağrı, ağciyərlərə qulaq asdıqda tənəffüsün birtərəfli zəifləməsi (eşidilməməsi), perkutor timpanik səs (döş qəfəsini tıqqıldatdıqda təbil səsin eşidilməsi), boyun venalarının şişməsi. Belə hallarda tibb işçisi və xüsusi hazırlıq keçən xilasedici vaxt itirmədən uzun iynə ilə döş qəfəsinin punksiyasını (deşilməsini) aparmalıdır, bu da dekompressiya adlanır (bax: “Döş qəfəsinin zədələnmələri”).

Spontan pnevmotoraks (xəstəlik səbəbindən ağciyərin cırılması) – ağrı və təngnəfəslik (adətən, 20-40 yaşlı kişilərdə rast gəlinir).

Ürəyin tamponadasi—artan təngnəfəslik və boyun venalarının genişlənməsi (döş qəfəsində ağrıların mövcud olub-olmaması).

Pnevmoniya—qızdırma, öskürək və progressivləşən təngnəfəslik.

Bundan başqa döş qəfəsində ağrıların səbəbi qida borusunun patologiyaları (o cümlədən cırılması), perikardit, ürək qapaqlarının xəstəliyi, döş qəfəsində ağrılar, osteoxondrit, plevrit, mədəaltı vəzin və ya öd kisəsinin iltihabı (pankreatit/xolesistit) və s. patologiyalar ola bilər.

DÖŞ QƏFƏSİNDƏ SÜMÜK VƏ ƏZƏLƏ MƏNŞƏLİ AĞRILARIN SƏBƏBLƏRİ

Döş divarında olan ağrılar, döş qəfəsi ağrılarının əsasını təşkil edir. Bu halda döş qəfəsinin (gövdənin) hərəkəti zamanı (öskürək, tənəffüs hərəkətləri və s.) ağrılar kəskinləşir.

DÖŞ QƏFƏSİNİN KOMPRESSİYASI

ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİ

ÜRək-damar sisteminin əsas funksiyası oksigeni və qida maddələrini orqanizmin hər bir hüceyrəsinə çatdırmaqdır. O, həmçinin karbon qazının və lazımsız maddələrin orqanizmdən xaric olunmasında iştirak edir. Ürək-damar sistemi ürəkdən və qan damarlarından (arteriyalar, venalar, kapilyarlar) ibarətdir.

* *Anatomiya və fiziologiya*

ÜRək əzələvi üzv olub, döş qəfəsində yerləşir. Ürək qanı arteriya və vena damarları vasitəsilə bütün bədən üzrə dövr etdirir.



Arteriyalar – qanı ürəkdən bədən digər nahiyələrinə aparən qan damarlarıdır. Ürəkdən başlayan damarlar arteriya adlanaraq qanı ürəkdən ağciyərlərə və bədən digər nahiyələrinə çatdırır. Ürəyə qayıdan damarlar isə vena adlanır. Arteriyalar kiçik damarlara şaxələnir. Bu damarlar öz növbəsində mikroskopik kapilyarlara parçalanır. Kapilyarlar bədən bütün hüceyrələrinə qan daşıyır və onları oksigenlə təmin edir. Qandakı oksigen hüceyrələrə sərf olunduqdan sonra karbon qazı ilə zəngin olan qan venalar vasitəsilə ürəyə qayıdır. Ürəyin sağ mədəciyi qanı ağciyərlərə vurur və orada qan oksigenlə zənginləşib ürəyin sol mədəciyinə qayıdır. Bu dövretmə *qan dövrəsi* adlanır. Ürəyin nasos (vurma) funksiyasını təmin edən proses təqəllüs (yığılma) adlanır və mərkəzi sinir sistemi tərəfindən idarə olunur. Bu da ürəyin müntəzəm işləməsinə təmin edir. Orqanizmin normal fəaliyyəti üçün ürək müntəzəm işləyərək hüceyrələri oksigenlə təmin etməlidir.

* *Qanın tərkibi və miqdarı*

Qan maye hissədən – plazmadan və onun içərisində üzən qan hüceyrələrindən (formalı elementlərdən): eritrositlər (qırmızı qan cisimcikləri), leykositlər (ağ qan cisimcikləri), trombositlərdən və s. ibarətdir. İnsanlarda qanın ümumi həcmi normada bədən çəkisinin 6–8%-ni təşkil edir, yəni 4,5–6,1 litr olur.

Eritrositlərin tərkibində olan hemoqlobin oksigeni toxumalara, karbon qazını isə toxumalardan ağciyərlərə daşıyır. Leykositlər orqanizmin mikrob-lardan, bakteriyalardan, viruslardan və s. yad maddələrdən qorunmasında mühüm rol oynayır, yəni immuniteti təmin edir. Trombositlər qanın laxta-

lanmasında iştirak edir. Qanın maye halı və qapalı sistemdə dövr etməsi həyat fəaliyyətinin vacib şərtlərindən biri olub, qanın laxtalanma sistemində əsaslanır. Bunun nəticəsində dövr edən qan maye halında saxlanılır və qan tromblarının (qan laxtasının) vasitəsilə zədələnmiş damar mənfəsi qapanır, qanaxma dayanır və qan dövrünün tamlığı bərpa olunur. Arterial qan oksigenlə zəngin olduğu üçün al qırmızı, venoz qan karbon qazı ilə zəngin olduğu üçün tünd qırmızı rəngdə olur.

*** Qan dövrünün dayanması**

Ürəyin və ya tənəffüsün birdən dayanması ani ölümə nəticələnir. Ani ölüm zamanı huş itir (qıcıqlara cavab reaksiyası olmur), tənəffüs olmur, ürək dayanır (iri arteriyalarda nəbz təyin edilmir). Ürəyin ani dayanmasının ilk 4–6 dəqiqəsində klinik ölüm baş verir. Bu dövrdə ilk yardım göstərilməsi yubanarsa, geri dönməsi mümkün olmayan bioloji ölüm baş verir.

Həyat üçün ən təhlükəli hal ürəyin ani dayanmasıdır. Ürəyin ani dayanmasının ən başlıca səbəbi ritm pozğunluğundan yaranan mədəcik fibrilyasiyası (ürək əzələləri titrəyir – səyriyir) və ya mədəcik taxikardiyasıdır. Ürək dayandıqda qan dövr etmir və nəbz təyin edilmir. Bu zaman vaxt itirmədən qan dövrünü bərpa etmək üçün ürək-ağciyər reanimasiyası (ÜAR) başlanmalı və defibrilyasiya aparılmalıdır.

Qan dövrünün effektivliyini öyrənmək məqsədi ilə yuxu, bud, mil və ya bazu arteriyasında nəbzi yoxlamaq lazımdır. Nəbz aydın təyin edildikdə onun sayına, ritminə, dolğunluğuna və gərginliyinə fikir verin.

Nəbz vurğularının dəqiqəlik sayını bilmək üçün nəbzi 6 saniyə sayıb 10-a və ya 10 saniyə sayıb 6-ya vurmaq lazımdır. Yaxşı dolğunluqlu və ritmik nəbz ürək fəaliyyətinin müsbət işindən, zəif nəbz isə qan dövrünün pozulmasından xəbər verir.

CANLANDIRMA – qan dövrünün bərpası.

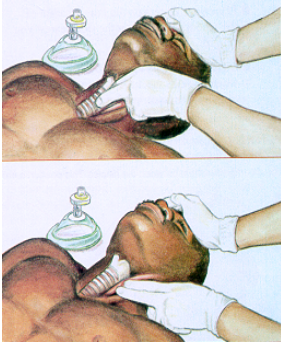
Yardım göstərərək xilasedici canlandırma (qan dövrünün bərpası) mərhələsində 3 mühüm işin öhdəsindən gəlmək lazımdır: qanaxmanın dayandırılması; döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı); dövrüyədə olan qanın həcmnin bərpa edilməsi. Reanimasiya (yenidən həyata qaytarma, diriltmə) zamanı döş qəfəsinin kompressiyası həmişə ön yerdə durmalıdır.

1. Nəbz təyin edilməsi

Huşunu itirmiş zərərçəkəndə ürək-ağciyər reanimasiyasına (ÜAR) başlamamışdan qabaq qan dövrünü qiymətləndirin – nəbzi təyin edin. Zərərçəkəndə nəbz təyin edilməsinə sərf olunan vaxt 5 ən çoxu 10 saniyə olmalıdır.

Böyüklərdə nəbz 5–10 saniyə ərzində təyin edilməlidir. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda və körpələrdə nəbz 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilmirsə və ya dəqiqədə 60-dan azdırsa ÜAR-ı başlayın. Uşaqlarda döş qəfəsinin kompressiyası əsas götürülərək eyni zamanda mütləq süni tənəffüs verilməlidir.

* Böyüklərdə və 1 yaşdan yuxarı uşaqlarda nəbz yuxu və ya bud arteriyalarında təyin edilir



Yuxu arteriyasında nəbz təyin edilməsi:

- boyun fəqərələrinin travmasına şübhə olmadıqda, başı arxaya əyin;
- şəhadət, orta və adsız barmaqları xirtdəyin (hülqumun) üzərinə qoyun;
- barmaqları bir yerdə *qırtlaq qığırdağının* üzərindən aşağı, özünüzə tərəf sürüsdürərək, döş-körpük-məməyəbənzər əzələyə tərəf çəkin.

Bud arteriyasında nəbz təyin edilməsi:

- bud arteriyasında nəbzi qasıq nahiyəsinin hər iki tərəfində təyin etmək olar;
- əlin iki barmağını budun içəri hissəsinə, qalça və qasıq sümükləri arasındakı məsafənin ortasına və bud-çanaq büküşünün aşağısına qoyun.

* Körpələrdə (29 gündən 1 yaşadək) və yenidoğulmuşlarda nəbz bazu arteriyasında təyin edilir



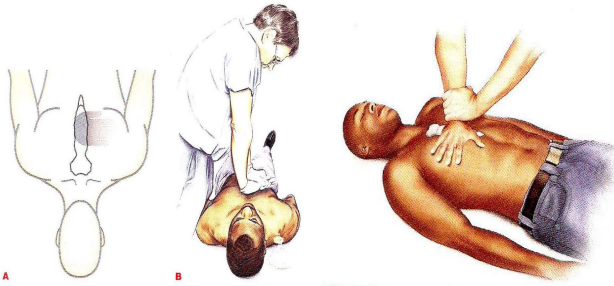
Körpələrdə nəbz bazu arteriyasında şəhadət və orta barmaqlarla bazunun iç səthinin ortasında (dir-səklə çiyin arasında) yüngülcə sıxmaqla təyin edilir. Körpələrin boynunun qısa və enli olması yuxu arteriyasında nəbz vurğularının təyin edilməsi çətinləşir və tənəffüs yollarının sıxılma (boğulma) ehtimalı artırır.

Buna görə körpələrdə yuxu arteriyasında nəbz təyin edilməsi məsləhət görülmür.

Nəbz 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilmirsə və ya dəqiqədə 60-dan azdırsa döş qəfəsinin kompressiyası əsas götürülərək, ürək-ağciyər reanimasiyasına başlanmalıdır.

2. Döş qəfəsinin kompressiyası aparılacaq nahiyə

Kompressiya aparılacaq nahiyə və onun aparılma texnikası zərərçəkənin yaşından asılı olaraq fərqlənir.



A. Döşün mərkəzi, döş sümüyünün üstü
B. Döş qəfəsi kompressiyasının 1-ci üsulu

Döş qəfəsi kompressiyasının 2-ci üsulu



Körpələr və yenidoğulmuşlarda kompressiya aparılacaq nahiyyə

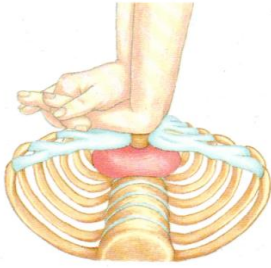
Ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR-ı) aparmaqda məqsəd həyati vacib orqan və sistemləri süni surətdə oksigenləşmiş qanla təmin etmək və beyin hüceyrələrində gedə biləcək geri dönməyən proseslərin qarşısını almaqdan ibarətdir. ÜAR zərərçəkən aşkar olduğu yerdə aparılmalıdır. Zərərçəkən arxası üstə bərk müstəvi səth üzərinə uzadılmalıdır. Baş və ya boyun zədələnməsindən şübhələnirsinizsə, zərərçəkəni üzü yuxarı çevirəndə başı, boyunu və gövdəni bir xətdə saxlamağa çalışın. Xilasedici zərərçəkənin çiyin səviyyəsində, yerdə yardım göstərdikdə isə dizi üstündə dayanmalıdır.

Döş qəfəsinin kompressiyası aparılacaq nahiyyə:

- böyüklərdə döş qəfəsinin mərkəzində döş sümüyünün aşağı hissəsində;
- bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlara döş sümüyü cisminin aşağı yarısında;
- körpələrdə və yenidoğulmuşlarda döş sümüyünün aşağı üçdəbir hissəsi iki döş giləsi arasındakı xətdən bir barmaq eni qədər aşağıda yerləşir.

DÖŞ QƏFƏSİNİN KOMPRESSİYASININ APARILMA TEXNİKASI

Huşunu itirmiş (qıcıqlara cavab verməyən) və nəbzi 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilməyən zərərçəkənə lazımsız edilən döş qəfəsinin kompressiyası nisbətən az ziyanlıdır, nəinki gecikdirilmiş kompressiya.



Döş qəfəsinin kompressiyasını apararkən ürək döş sümüyü ilə onurğa arasında sıxılıb qanı damarlara qovur və ürək (döş qəfəsi) nasosu işə düşür. Ürək (döş qəfəsi) nasosu qanı venalardan sorub yenidən ürəyə daxil olmasına imkan verir və kompressiyalar zamanı qan dövranı bərpa olunur.

Hər kompressiyadan sonra döş qəfəsindən əli çəkmədən onun yenidən genişlənməsinə (tam yerinə qayıtmasına) imkan verin. Döş qəfəsi tam yerinə qayıtmasa ürək nasosunun sorma qabiliyyəti azalır və qan dövranı zəif bərpa olunur. Döş qəfəsinin kompressiya və dekompressiya vaxtları təqribən bərabər olmalıdır.

Döş qəfəsinə göstərilən təzyiğin dərinliyi:

körpələrdə təqribən 4 sm;

uşaqlarda azı 5 sm;

böyükklərdə isə 5 sm-dən artıq, 6 sm-dən çox olmamaq şərti ilə.

I. Böyükklərdə döş qəfəsinin kompressiyasının aparılma texnikası

Böyükklərdə döş qəfəsinin kompressiyası iki əllə aparılır. Əllər döşün mərkəzinə döş sümüyünün aşağı hissəsinə qoyulur. Bu yerin tez müəyyən edilməsinə çalışın. Bu mümkün olmadıqda, aşağı ətrafa yaxın əlin iki barmağını xəncərə-bənzər çıxıntının üzərinə, digər ovcun proksimal (biləyə yaxın) hissəsini isə şəkildə göstərilən qaydada döş sümüyünün aşağı hissəsinə qoyun.

1. Əllərin döş sümüyünün üzərinə qoyulmasının 2 üsulu:

I üsul: bir əl digər əlin üzərinə qoyularaq barmaqlar qıfıl şəklində bir-birinə keçirilir və döş sümüyünün aşağı hissəsinə qoyulur. Aşağıdakı əlin barmaqları yuxarıya, “cənnətə” baxmalıdır;

II üsul: bir əl digər əlin biləyindən yapışaraq döş sümüyünün aşağı hissəsinə qoyulur.

Aşağıdakı əlin barmaqları yuxarıya, “cənnətə” baxmalıdır.

2. Qollar dirsək oynaqından tam açılmalıdır (dirsək oynaqı bükülməməlidir).

3. Döş qəfəsinin kompressiyası **fasiləsiz rejimdə sərt və tez-tez**, dəqiqədə **100–120 arası** tezliklə olmalıdır.

4. Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbir dərinliyinə qədər sıxılmalı (**böyükklərdə 5 sm-dən artıq, 6 sm-dən çox olmamaq şərti ilə**) və hər kompressiyadan sonra döş qəfəsindən əli çəkmədən onun yenidən genişlənməsinə (tam yerinə qayıtmasına) imkan verilməlidir.

5. Hər 30 kompressiya etdikdən sonra zərərçəkənin tənəffüs yollarını açıb **2 ardıcıl uğurlu** (döş qəfəsini qaldıran) süni tənəffüs verin. Hər nəfəsvermə 1 saniyədən artıq olmalıdır.

6. Böyüklərə yardım göstərənlər tək, iki nəfər və daha çox olduqda da ÜAR 30:2 nisbətində aparılır.

7. 30 kompressiyanı təxminən 18 saniyə və ondan az müddətdə etmək lazımdır. Kompressiyaları ucadan sayın. Döş qəfəsinin kompressiyasını edən xilasedici döş qəfəsinə etdiyi təzyiqləri ucadan saymalıdır ki, digər xilasedici süni tənəffüsün başlama vaxtını bilsin.

Döş qəfəsinin sıxılma ritmi “ƏSGƏR” sözünün dəfələrlə təkrarına uyğundur. Üç dəfə döş qəfəsini sıxaraq “ƏSGƏR” sözünü təkrarlayıb ritmi tutun və sayla 4, 5, 6 ... davam edin. 30 kompressiyadan sonra 2 ardıcıl uğurlu süni tənəffüs verin.

8. Döş qəfəsi kompressiyalarını edərkən kompressiyaların arasındakı hər hansı bir fasilə 10 saniyədən artıq olmamalıdır və tənəffüs vermək üçün fasiləyə ehtiyac yoxdur.

9. Kompressiyanın tənəffüsü 30:2 və 15:2 nisbəti **bir dövr** hesab edilir.

10. Hər 5 dövrdən (2 dəqiqədən) bir nəbzi yoxlayın. Nəbz aydın təyin edildikdə, təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər, tənəffüs yollarını açıb yalnız hər 5–6 saniyədən bir 1 uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) nəfəs verin (dəqiqədə 10–12 nəfəs).

11. Hər bir elektroşokdan (cərayandan) qabaq və dərhal sonra, döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ÜAR-ı təcili yenidən başlamaq lazımdır. Nəbzi və ritmi yoxlamağa vaxt sərf etməyin.

12. Hər 5 dövrdən (2 dəqiqədən) bir, yardım göstərənlər iki nəfər və çox olduqda yerlərini dəyişmədən, uzağı 5 saniyə ərzində funksiyalarını dəyişməlidir. Bunu defibrilyator analiz etdiyi müddətdə etmək olar.

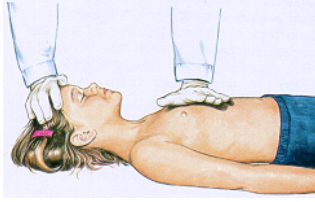
II. Bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlarda döş qəfəsinin kompressiyasının aparılma texnikası

Uşaqların, o cümlədən yenidoğulmuşların ürəyinin və beyninin lazımı miqdarda oksigenlə təmin edilməsi üçün döş qəfəsinin fasiləsiz rejimdə kompressiyası(sıxılması) mütləq ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə sinxron şəkildə (eyni zamanda) aparılmalı və ikinci şəxs tərəfindən həyata keçirilməlidir.

Çox kiçik uşaqlarda döş qəfəsinin kompressiyası bir ovcun proksimal (biləyə yaxın) hissəsi ilə, bir az böyük uşaqlarda iki əllə aparılır. Əlin biləyə yaxın hissəsi döş sümüyünün aşağı yarısı üzərinə qoyulur.

1. Döş qəfəsinin kompressiyası **fasiləsiz rejimdə, sərt və tez-tez, dəqiqədə 100–120 arası** tezliklə aparılmalıdır.

2. Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbiri dərinliyinə qədər sıxılmalı (uşaqlarda azı 5 sm.) və hər kompressiyadan sonra döş qəfəsindən əli çəkmədən onun yenidən genişlənməsinə (tam yerinə qayıtmasına) imkan verilməlidir.



Xilasedici tək olduqda ÜAR bütün yaşlarda, yenidoğulmuşlar istisna olmaqla, 30:2 nisbətində aparmalıdır (30 kompressiya və 2 uğurlu döş qəfəsini qaldıran nəfəs).

- Xilasedicilər iki nəfər və çox olduqda ÜAR uşaqlarda 15:2 nisbətində aparılır (15 kompressiya və 2 uğurlu döş qəfəsini qaldıran nəfəs). Hətta intubasiya edildikdən sonra ÜAR 15:2 nisbətində davam etdirilməlidir.

4. Döş qəfəsinin 15 kompressiyasını təxminən 9 saniyə və ondan az müddətdə etmək lazımdır.

Üç dəfə döş qəfəsini sıxaraq “ƏSGƏR” sözünü təkrarlayıb, ritmi tutun və sayla 4, 5, 6 ... davam edin. 15 kompressiyadan sonra 2 ardıcıl uğurlu süni tənəffüs verin.

5. Kompresiyanın tənəffüsə nisbəti (30:2 və 15:2) **bir dövr** hesab edilir.

III. Körpələrdə döş qəfəsinin kompressiyasının aparılma texnikası

Tədbirlər bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlardakı kimi aparılır.

1. Kompresiya olunacaq yer – iki döş giləsi arasındakı xətdən 1 barmaq eni qədər aşağıdadır (bax şəkilə).

2. Kompresiya etdikdə döş sümüyünün **xəncərəbənzər çixıntısına təzyiq etməyin**.

3. Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdə biri dərinliyinə qədər sıxılmalı (körpələrdə təqribən 4 sm) və hər kompressiyadan sonra döş qəfəsindən əli çəkmədən onun yenidən genişlənməsinə (tam yerinə qayıtmasına) imkan verilməlidir.

4. Başı stabil saxlayın.

5. Xilasedicilər iki nəfər və çox olduqda “Döş qəfəsini əhatə etmə texnikası” – hər iki əlin baş barmağı ilə olunan kompressiya. Xilasedici bir yaşadək uşaqlarda döş qəfəsini əlləri ilə tam əhatə etdiyindən kompressiyaların dərinliyini və göstərilən təzyiği tənzimləyə bilər.

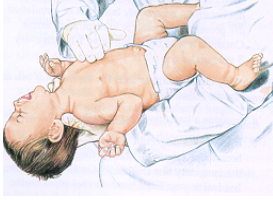


Bu üsul seçim üsuludur. Bu üsulla kompressiya etdikdə damarlarda daha yüksək sistolik qan təzyiği yaranır və qan dövranı daha yaxşı bərpa olunur:

- hər iki əlin 4 barmağı onurğanı təsbit etmək üçün kürək altına salınır;

- uşağın döş qəfəsi əllərlə tam əhatə olunur və döş sümüyünə ritmik basılır;
- kompressiya olunacaq yerə baş barmaqların ucları yanbayan, çox kiçik körpələrdə isə, üst-üstə qoyulur.

6. Xilasedici tək olduqda döş qəfəsinin kompressiyası bir əlin iki barmağı (orta-adsız və ya orta-şəhadət)ilə aparılır.



Bu üsuldən iri bədənli uşaqlarda, xilasedicinin barmaqları qısa olduqda, tək yardım göstərildikdə və ya göbək venasına inyeksiya etmək üçün üçüncü xilasedici cəlb edildikdə istifadə olunur:

- * orta-adsız və ya orta-şəhadət barmağın ucları sıxılma nöqtəsində saxlanılır;
 - * ikinci əllə onurğa hərəkətsiz saxlanılır (təsbit edilir);
- döş sümüyünə yalnız şaquli istiqamətdə ritmik təzyiq edilir.
- * Körpələrdə (yenidoğulmuşla bir yaş arasında olan uşaq) nəbz 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilmirsə və ya dəqiqədə 60-dan az olduqda ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) 30:2 nisbətində başlayın. İkinci xilasedici gələrsə ÜAR-ı 15:2 nisbətində davam edin.

IV. Yenidoğulmuşlarda döş qəfəsinin kompressiyasının aparılma texnikası

Yenidoğulmuşlarda döş qəfəsinin kompressiyası körpələrdə olduğu kimi iki barmaqla aparılır.

1. Döş qəfəsinin hər 3 sıxılmasından sonra 1 süni tənəffüs verilməlidir, mümkündürsə 100%-li oksigenlə. Bir dəqiqədə 120 hərəkət edilir –90 kompressiya və 30 süni tənəffüs. İki saniyə (1 dövr) ərzində ürək-ağciyər reanimasiyası 3:1 nisbətində ABC abreviaturası (Açıq tənəffüs yolları, Bir-başə nəfəs, Canlandırma) ardıcılığı ilə davam etdirilir. Ürəyin dayanması ürək funksiyasının pozulması ilə əlaqədar olarsa, ÜAR-ın 15:2 nisbətində aparılması daha səmərəlidir.

2. Döş qəfəsinin kompressiyasını edən xilasedici digər xilasedicinin süni tənəffüsü başlama vaxtını bilməsi üçün, döş qəfəsinə etdiyi təzyiqləri ucadan saymalıdır – “**Bir** və **İki** və **Üç** və **Nəfəs** və”.

3. Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdə biri dərinliyinə qədər sıxılmalı və dəqiqədə 100–120 arası tezlikdə olmalıdır.

QANAXMANIN SAXLANILMASININ VACİBLİYİ

*** Qanaxma**

Qanaxma travmadan sonra ölümə səbəb olan və müalicəyə tez tabe olan bir haldır. Xarici qanaxma orqanizmin başqa zədələnmələrindən fərqli olaraq gözlə görünür və çox həyəcan yaradır. Qanaxma tez bir zamanda əl və barmaqlarla yaranı və ya damarları sıxmaqla, ətrafları yuxarı qaldırmaq və ya maksimal bükməklə, yaraya sıxıcı sarğı, pnevmatik şin və ya turna-qoymaqla dayandırılmalıdır. Digər üsullar kömək etmədikdə, son vasitə kimi turnadan istifadə olunmalıdır. Turnadan tez-tez istifadə etmək məsləhət görülmür, çünki o, ətraf damarları sıxıb, toxumaların qidalanmasını pozur.

Daxili qanaxmanın müəyyən edilməsi çətinlik törədir. Buna baxmayaraq istər xarici, istərsə də daxili qanaxmaların klinik mənzərəsində ümumi və yerli əlamətlər ayırd edilir. Bu ilk növbədə özünü nəbzin tezliyində, dəri örtüyünün rənginin və bədən hərəkətinin dəyişməsində büruzə verir.

Adətən nəbz yuxu, bud və bazu arteriyalarında qiymətləndirilir. Nəbzi yoxlayarkən onun sayına, ritminə və dolğunluğuna fikir verin. Dolğun, ritmik və sayı normal olan nəbz qanaxmanın olmadığını göstərir. Sayı dəqiqədə 100-dən artıq olan sapvarı nəbz qanaxmanın erkən əlamətidir. Nəbzin olmaması CAB reanimasiyasının aparılmasının zəruriliyini göstərir.

Dərinin rəngi qanaxmanın olub-olmadığı barədə bir çox məlumat verə bilər. Dərisinin rəngi çəhrayı olan zərərçəkənlərdə nadir hallarda qan azlığı ola bilər. Qan axması olan zərərçəkənin dərisi və selikli qişası kəskin azalır. Dəri soyuq olub yapışqanlı tərlə örtülür. Arterial təzyiq enir, sidik ifrazı azalır, tənəffüs tezləşir və səthiləşir, huşun səviyyəsi dəyişilir, maddələr mübadiləsi pozulur. Ağır hallarda burunun ucu, dodaqlar və dırnaqlar göyümtül rəngdə olur (sianoz). Dərinin kül rəngli olması çoxlu miqdarda, azı 30% qanın itirilməsinə işarədir. Bu halda bədən hərəkəti aşağı enir.

*** Dövr edən qanın həcmnin bərpası**

Qanaxma zamanı bədəndə dövr edən qanın həcmi (normada 4,5–6,1 litr) azalır. Dövr edən qanın həcmnin bərpası təcili tibbi yardım briqadası tərəfindən həyata keçirilir.

*** Reanimasiyanın fəsadları:**

- qabırğaların sınıması;
- döş sümüyünün sınıması;
- qaraciyərin, ağciyərin, ürəyin travmatik zədələnməsi;
- pnevmotoraks.

Fəsadların əmələ gəlməsi reanimasiya tədbirlərinin dayandırılmasına əsas vermir.

AĞCIYƏRLƏRİN SÜNİ VENTİLYASIYASI

BİRBAŞA NƏFƏS VERMƏK – tənəffüsün bərpası

Böyüklər qrupu: –yeniyetmələr (cinsi yetkinlik yaşından yuxarı uşaqlar) və böyüklər daxildir.

Uşaqlar qrupu: –yenidoğulmuşlar (bir neçə saat öncə doğulmuş uşaq);
– körpələr (yenidoğulmuşla bir yaş arasında olan uşaq);
– bir yaşdan cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlar.

Cinsi yetkinlik əlamətlərinə oğlanlarda döş qəfəsi və ya qoltuqaltı tüklərin olması, qızlarda süd vəzinin hər hansı bir inkişafı daxildir.

Yardım göstərəkən xilasedici hadisə yerinin təhlükəsizliyini qiymətləndirin, təhlükə yoxdursa zərərçəkənin qıcıqlara cavab reaksiyasını yoxlayın və eyni zamanda tənəffüsü normal–qeyri-normal olduğuna görə dəyərləndirin. Zərərçəkən qıcıqlara cavab vermirsə (huşunu itirib), nəfəs almır, qeyri-normal nəfəs alır və ya yalnız boğulursa bu, ürəyin dayanmasından xəbər verir. Ürək dayanması təyin edilən kimi 10 saniyə ərzində döş qəfəsinin kompressiyası (sıxılması) başlanmalıdır. Döş qəfəsinə 30 kompressiya etdikdən sonra zərərçəkənin tənəffüs yollarını açıb **2 ardıcıl uğurlu süni tənəffüs** verilməlidir. Nəfəs verərkən döş qəfəsinin qabarması (qalxıb-enməsi) müşahidə olunursa, bu, *uğurlu nəfəs* sayılır.

Ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) apararkən döş qəfəsinin kompressiyasına tez başlanmalıdır və bu, həmişə ön yerdə durmalıdır, çünki zərərçəkən nəfəs almadıqda onun ağciyərləri və qan damarlarında olan oksigen ehtiyatı ÜAR-ı döş qəfəsinin kompressiyası ilə başlamağa kifayət edir. Döş qəfəsinin 30 kompressiyasına 18 saniyədən az vaxt sərf olunur və bu, tənəffüsün verilməsində heç də ləngimə sayılmır. Körpələrə və ya uşaqlara ÜAR-ı iki xilasedici apararsa bu vaxt daha da qısa ola bilər.

“Birbaşa nəfəs vermək” mərhələsində xilasedici 3 mühüm işin öhdəsindən gəlməlidir:

- ağciyərlərin süni tənəffüsünü (ventilyasiyasını) aparmaq;
- tənəffüsün normal olmasına nəzarət etmək;
- oksigen vermək (mümkün olarsa).

1. Ağciyərlərin süni ventilyasiyası (ASV)

Tənəffüsün olub-olmadığını yoxladıqdan və tənəffüs yollarının keçiriciliyini bərpa etdikdən (“açıq tənəffüs yolları”) sonra nəfəs yoxdursa, zərərçəkənin tənəffüsünü bərpa etmək üçün birbaşa nəfəs verərək ağciyərlərin süni ventilyasiyasını aparmaq lazımdır.

Zərərçəkən nəfəs almadıqda onun oksigen ehtiyatı ancaq ağciyərlərdə və qan damarlarında olur. Nəfəsalma zamanı ağciyərlərə daxil olan havanın tərkibində 20–21% oksigen olur. Nəfəsvermə zamanı isə xaric olan havada oksigenin miqdarı 15–16 % təşkil edir. Yəni tənəffüs zamanı 4–5% oksigen sərf olunur. Deməli, ağızdan-ağıza nəfəs verdikdə zərərçəkən kifayət qədər oksigenlə təmin olunur.

* Xilasedici aşağıdakı üsullarla ağciyərlərin süni ventilyasiyasının aparılmasını bacarmalıdır:

- birbaşa “ağızdan-ağıza” və ya “ağızdan-buruna”;
- sədd vasitəsilə “ağızdan-ağıza”;
- ağız-udlaq (orofarinqial) və burun-udlaq (nazofarinqial) hava ötürücüləri ilə;
- üz maskası vasitəsilə “ağızdan-ağıza”;
- torba-maskası (Ambu kisəsi) vasitəsilə.

Ağızdan-ağıza və ağızdan-buruna nəfəsvermə ən tez effekt verən və çox istifadə olunan üsuldur. Onilliklərlə aparılan təcrübələr bu üsulun həm zərərçəkən, həm də xilasedici üçün təhlükəsiz olduğunu göstərmişdir. Tarixdə bu üsuldan istifadə zamanı HIV/AIDS və ya hepatitlə heç bir yoluxma qeydə alınmamasına baxmayaraq, xüsusi avadanlıq və vasitələr olan yerdə onlardan istifadə etmək daha məqsədəuyğundur. Süni tənəffüs verilməsi üçün qoruyucu vasitənin olması şərt deyil. İnsanın xilas edilməsi naminə ağızdan-ağıza süni tənəffüs verilməsindən yayınmayın. Xilasedicinin zərərçəkənlə kontaktı, adətən, qısamüddətli olur və ağızdan-ağıza nəfəsvermədə infeksiyanın ötürülməsi nadir hallarda müşahidə olunur. Nəbzi təyin edilən, lakin qıcıqlara cavab (reaksiya) verməyən zərərçəkəndə tənəffüsün dayanması müşahidə edilirsə, təcili həyata keçirilən “ağızdan-ağıza” nəfəsvermə onun həyatını xilas edə bilər. Bu zaman vaxt itkisinə yol verərək maska və ya digər qoruyucu vasitə axtarmaqla, yaxud qoruyucu vasitənin təlimatını oxumaqla tənəffüsə başlamağı ləngitmək olmaz.

Sədd vasitəsi üz üçün qoruyucu örtükdür. Ağızdan-ağıza nəfəs verdikdə zərərçəkənin dodaqları ilə təmasda olmağın qarşısı alınır.

Ağız-udlaq (orofarinqial) və burun-udlaq (nazofarinqial) hava ötürücüləri dilin qatlanması səbəbindən baş verən yuxarı tənəffüs yolları obstruksiyanın (tutulmasının) qarşısını alır.

Maska süni tənəffüsün aparılmasında geniş istifadə olunur. Zərərçəkənin ağızından çıxan havanın xilasedicinin ağzına keçməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə maskaların böyük əksəriyyəti bir tərəfli klapanla təchiz olunmuşdur.

Özüdüzələn kisə (Ambu kisəsi) –maska və elastik rezervuardan (torbadan) ibarətdir. Bu cihaz effektiv nəfəsvərmə üçün kifayət qədər həcmə malikdir və xilasedicinin digər üsullarla süni tənəffüs verməsinə ehtiyac qalmır.

Körpələrin və uşaqların reanimasiyasında qoruyucu vasitələrin istifadə qaydaları böyüklərdə olduğu kimidir.

TƏNƏFFÜSÜN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

1. Zərərçəkənin nəfəs alıb-almadığını yoxlayın

Tənəffüs yollarını açıdıqdan sonra tənəffüsü normal – qeyri-normal olduğuna görə dəyərləndirin. Xilasedici, zərərçəkən tənəffüs edən zaman havanın hərəkətini hiss etməklə yanaşı, döş qəfəsinin qalxıb-enməsinə fikir verməlidir.

- danışa bilən, öskürən və ya ağlayan insanın nəfəs yolları açıqdır və o, sərbəst nəfəs ala bilər. Zərərçəkən nəfəs alırsa, tənəffüsün sayına, ritminə, dolğunluğuna, döş qəfəsinin hərəkətinin simmetrikliliyinə, yardımçı əzələlərin tənəffüsdə iştirakına, nəfəs alan və nəfəs verən zaman qeyri-adi tənəffüs küylərinə fikir verilməlidir. Küylü tənəffüs nəfəs yollarının tutulmasından (obstruksiyasından) xəbər verir. Fit, xırıltı, xoruz səsləri traxeyanın və qırtlağın hissəvi tutulmasına işarədir. Bronxial astmada nəfəsvərmə, ürək çatışmazlığında isə nəfəsalma çətinləşib, tənəffüsləşməyə gətirib çıxarır. Tənəffüsün məhdudlaşması hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması) törədir və bu səbəbdən toxumaların oksigenlə təchizatı azalır.

-qıcıqlara cavab verməyən (huşunu itirmiş) zərərçəkənin **sağ olduğunu təsdiq edən əlamətlər** (aydın hiss olunan nəbz, normal nəfəs, öskürək və ya hər hansı bir hərəkət) yoxdur və o, nəfəs almır, qeyri-normal nəfəs alır (o cümlədən aqonal tənəffüs), yalnız boğulur, tənəffüslənir – bu, ürəyin dayanmasının ilk dəqiqələrindən xəbər verir. Ürək dayanması təyin edilən kimi 10 saniyə ərzində döş qəfəsinin 30 kompressiyasından (sıxılmasından) sonra, zərərçəkənin **nəfəs yollarını açıb** 2 ardıcıl uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) süni nəfəs verin;

* **Kritik vəziyyətlərdə tənəffüs aktında yaranan problemlərin səbəbləri:** ürək tutması; tənəffüs çatışmazlığı, boğulma; tənəffüs yollarında yad cisimin (çənə sınıqlarında sınımış sümüklərin fraqmentləri, huşunu itirmiş vəziyyətdə dil, mədə möhtəviyyatı – qusuntu) olması; baş beyinin travması; narkotik maddələrin və spirtli içkilərin hədsiz qəbulu; udlağın və qırtlağın kəskin ödemə (allergiya, anafilaksiya, termiki və kimyəvi yanıqlar); infeksiya (udlaq arxası abses (irin toplantısı), inaq, difteriya, epiqlotit – qırtlaq qapağının iltihabı). Belə vəziyyətlər tənəffüs çatışmazlığına gətirib çıxarır və spesifik müalicə tələb edir.

* **Tənəffüs çatışmazlığının əlamətləri:** tənəffüsün çətinləşməsi; tənəffüsün azlığı; küylü səthi tənəffüs; “məcburi vəziyyət” – yardımçı əzələlərin tənəffüsdə iştirakı (zərərçəkənin oturaq vəziyyət alıb, əllərini dizləri üstə qoyub, yuxarı ətrafları təsbit etməsi); ağız-burun üçbucağının göyümtül rəngə çalması (sianoz); döş qəfəsinin divarlarının qeyri-adekvat hərəkətləri (nəfəsalma zamanı döş qəfəsi daxilə dartılır); boğulma – boyunun ətrafında əllərin xarakterik vəziyyəti (“boğulmanın universal nişanı” – boğulan boğazını ovcu ilə sıxır); burun pərlərinin genəlməsi; nevroloji statusun (huşun) dəyişməsi; qorxu hissi; nitqin çətinləşməsi.

2. Ağciyərlərin süni ventilyasiyasının düzgün aparılma meyarları:

- havanın hərəkəti hiss edilməlidir;
- döş qəfəsinin (sinənin) qalxması izlənməlidir;
- tənəffüsün düzgün tezliklə verilməsi daim nəzarətdə saxlanmalıdır;
- süni tənəffüs döş qəfəsinin qalxmasını təmin etməlidir;
- artıq havalandırmaya yol verilməməlidir;
- tənəffüs qısa, asta, ardıcıl, hərəsi 1 saniyədən çox olmalıdır.

3. Normal və qeyri-normal tənəffüsün sayı

Yaş qrupu	Normal	Qeyri-normal
<i>Böyükələr</i>	12 – 18	< 12 və 24 <
<i>8 yaşdan yuxarı uşaqlar</i>	12 – 20	< 12 və 24 <
<i>8 yaşa çatmamış uşaqlar</i>	12 – 30	< 12 və 35 <
Körpələr	30 – 40	< 25 və 60 <
Yenidoğulmuşlar	40 – 50	< 35 və 60 <

Qeyri-normal tənəffüsün son həddi böyükələrdə və cinsi yetkinlik yaşından yuxarı uşaqlarda dəqiqədə 8, cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlarda 10, körpələrdə 20-dir.

4. Yaşdan asılı olaraq aşağıda göstərilən tezliklərdən az olmaya-raq nəfəs verilməlidir:

- böyükələrdə (cinsi yetkinlik^{1*} yaşından yuxarı uşaqlar və böyükələr) dəqiqədə 10–12 nəfəs^{2*};
- körpələrdə və bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlarda dəqiqədə 20 nəfəs;
- yenidoğulmuşlarda (bir neçə saat öncə doğulmuş uşaq) dəqiqədə 40 nəfəs.

^{1*} Cinsi yetkinlik əlamətlərinə oğlanlarda döş qəfəsi və ya qoltuqaltı tüklərin olması, qızlarda süd vəzinin hər hansı bir inkişafı daxildir.

^{2*} Tənəffüsün dəqiqəlik sayını (TS) bilmək üçün tənəffüsü 6 saniyə ərzində sayıb 10-a və ya 10 saniyə ərzində sayıb 6-a vurmaq lazımdır.

BÖYÜKLƏRƏ BİRBAŞA NƏFƏSVERMƏ

Böyüklərə yardım göstərənlər tək, iki nəfər və daha çox olduqda da ÜAR 30:2 nisbətində aparılır (30 kompressiyadan sonra 2 ardıcıl uğurlu süni tənəffüs). Zərərçəkəndə boğulma ehtimal edilirsə öncədən 2 dəqiqə ərzində ilk yardım göstərmək, məhz bundan sonra təcili tibbi yardım briqadası çağırmaq lazımdır. Öncə tənəffüs yollarının keçiriciliyini iki üsuldən (“baş arxaya, çənə irəli” və ya “çənə irəli”) biri ilə açın.



-*ağızdan-ağıza* nəfəs verərkən zərərçəkənin burnunu baş və şəhadət barmaqla bərk sıxıb (verilən hava burundan çıxmasın), onun dodaqlarını öz dodaqlarınızla kip örtün.

-*ağızdan-buruna* nəfəs verərkən zərərçəkənin çənəsini qaldırın, ağzını onun alt dodağı ilə örtüb (verilən hava ağızdan çıxmasın), onun burnunu öz dodaqlarınızla kip örtün. Qaldırılan çənə tənəffüs yollarının açıq olmasını təmin edir.

Ağızdan-buruna nəfəsvermə “ağızdan-ağıza” nəfəsvermənin istifadəsi mümkün olmadıqı halda həyata keçirilir.

Hər nəfəsvermə döş qəfəsinin gözlə görünən dərəcədə qabarması ilə nəticələnə bilər. Nəfəs verdikdən sonra ağzınızı zərərçəkənin xarici nəfəs yollarından ayıraraq, onun passiv nəfəs verməsinə imkan verin. Əgər zərərçəkənin döş qəfəsi hər nəfəsvermə zamanı qalxıb enirsə və havanın çıxması hiss edilirsə, deməli, ağciyərlərin süni ventilyasiyası düzgün aparılır.

Nəfəsvermə zamanı tənəffüs yollarının daim açıq olması üçün başı bir vəziyyətdə saxlayın.

1. Döş qəfəsinin qalxmasını təmin edəcək qədər başlangıç süni tənəffüsün verilməsi

Başlangıç (ilk) süni tənəffüsün verilməsi – iki uğurlu ardıcıl nəfəs vermək deməkdir.

*Birinci uğurlu nəfəs verdikdən sonra zərərçəkənin passiv nəfəs verməsinə təmin edirik (ağzımızı çəkirik) və dərhal ikinci uğurlu nəfəs veririk. Birinci nəfəsin uğurlu olması nəfəs yollarının açıq olduğunu göstərir.

* Əgər birinci nəfəs uğurlu deyilsə, deməli nəfəs yolları dillə tutulub. Başın vəziyyətini dəyişin (bir az arxaya və ya qabağa) və təkrarən nəfəs verin. Xilasedici tək olduqda çalışmalıdır ki, kompressiyaların arasındakı fasilə 10 saniyədən artıq olmasın.

a) Başın vəziyyətini dəyişdikdən və təkrarən nəfəs verdikdən sonra döş qəfəsində qabarma müşahidə edilirsə, deməli, nəfəs yolları dillə tutulmuşdur. İkinci uğurlu nəfəs verin. Tənəffüs yolları açıq, lakin nəfəs verdikdə döş qəfəsi qalxmayan halda ***nəfəsi müsbət təzyiq altında*** daha böyük həcmə, yaxud daha böyük təzyiqlə verin.

b) Başın vəziyyətini bir neçə dəfə dəyişdikdən sonra da verilən nəfəs ***uğursuzdursa***, deməli, yad cisim nəfəs yollarını tutub və havanın ağciyərlərə daxil olmasına mane olur. Döş qəfəsinin kompressiyasını davam edin və hər 30 kompressiyadan (1 dövr) sonra ağız boşluğunu yoxlayın və yad cisim yoxdursa, başın vəziyyətini dəyişdirin və ***iki uğurlu nəfəs*** verin. Hər dəfə tənəffüs yolunu açanda zərərçəkənin ağızını nəfəs vermək üçün geniş açıb, yad cismə görə baxın. Asan xaric ola biləcək yad cismi barmaqla çıxarın. Əgər yad cisim görünmürsə, ÜAR-ı davam edin. Hər iki dəqiqədən bir nəbzi yoxlayın.

2. Böyüklərdə 2 süni tənəffüs hər 18 saniyədən bir verilməlidir

Zərərçəkən birinci nəfəsi 2 tənəffüs arasında, ikinci nəfəsi 2-ci tənəffüsdən sonra (1-ci kompressiya zamanı) verir. Hər 5 dövrdən və ya hər 2 dəqiqədən sonra nəbzi və tənəffüsü yoxlayın. 30 kompressiya və 2 süni tənəffüs 1 dövr sayılır. İki xilasedici olduqda hər 5 dövrdən və ya hər 2 dəqiqədən bir kompressiya edən və süni tənəffüsü aparən rollarını dəyişməlidirlər. Bu yerdəyişmə 5 saniyə ərzində edilməlidir.

* Ola bilər ki, xilasedici sinənin qalxıb-enməsini görsün, lakin tənəffüs yollarının tutulması səbəbindən nə havanın çıxdığını eşitsin, nə də hava axını hiss etsin. Havanın bu cür reflektor olaraq acgözlüklə “udulması” ürəyin ani dayanmasını göstərir və aqonal (canvermə) tənəffüs hesab olunur. Qeyri-adekvat hal olduğuna görə ürək-ağciyər reanimasiyası (ÜAR) aparılmalıdır.

* Diş protezlərini yerində saxlayın. Onlar ağızda karkas yaradıb, süni tənəffüsün aparılmasına kömək edir. Ağızda boş və ya sərbəst olan, laxlayan, diş protezi isə çıxarılmalıdır, çünki o, boğazın arxasına düşərək, tənəffüs yollarını tuta bilər.

3. Nəbz olduqda ağciyərlərin süni ventilyasiyasının aparılması

Huşsuz zərərçəkəndə nəbz vurguları aydın təyin edildikdə, lakin sərbəst tənəffüs olmadıqda və ya ürək-ağciyər reanimasiyasından (ÜAR) sonra nəbz bərpa olunubsa, təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər tənəffüs yollarını açıb, yalnız hər 5–6 saniyədən bir 1 uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) nəfəs verin (dəqiqədə 10–12 nəfəs). Hər 2 dəqiqədən bir nəbzi yoxlayın.

UŞAQLARA BİRBAŞA NƏFƏSVERMƏ

1. Cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlara birbaşa nəfəsvermə

Cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqların və körpələrin tənəffüs yolları kiçik ölçülü olduğu üçün nəfəsvermə müqavimətlə qarşılır. Bunu nəzərə alaraq döş qəfəsinin qalxmasını təmin edəcək qədər verilən nəfəs kifayət hesab olunur. Cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlarda və böyük yaş qrupuna aid körpələrdə “ağızdan-ağıza” və “ağızdan-buruna” nəfəsvermə böyüklərdə olduğu kimi aparılır.

2. Körpələrə (bir yaşına çatmamış uşaqlara) birbaşa nəfəsvermə

Tənəffüsə nəzarət böyüklərdə olduğu kimi aparılır.

Körpələrdə dil böyük, qırtlaq qapağı uzun olur, səs telləri bir qədər öndə yerləşir.



Körpələrdə nəfəsvermə “ağızdan-ağıza və buruna”, “ağızdan-ağıza” və “ağızdan buruna” üsulu ilə aparılır. Körpənin ağızını və burnunu öz dodağınızla kip örtün və döş qəfəsinin qalxmasını təmin edəcək qədər **iki uğurlu nəfəs** verin.

Körpələrin burun dəliklərinin kiçik ölçülü və adenoidlərin nisbətən böyük olmasını nəzərə alaraq nəfəs vermək üçün burun-udlaq (nazofarinqial) hava ötürücülərindən istifadə olunması məsləhət görülmür. Əksinə ağız-udlaq (orofarinqial) hava ötürücüləri əlverişli hesab olunur və hava ötürücüsünün uzunluğu ağız bucağından qulaqsırğalığına və ya alt çənənin bucağına qədər seçilir.

Əgər nəbz bərpa olubsa hər 3–5 saniyədən bir 1 nəfəs verin (dəqiqədə 12–20 nəfəs).

Hər 2 dəqiqədən bir nəbzi yoxlayın.

3. Yenidoğulmuşlara nəfəsvermə

Yenidoğulmuşlara “ağızdan-ağıza və buruna” nəfəsvermə körpələrdə olduğu kimi aparılır. Ağciyərlərin süni ventilyasiyası yenidoğulmuşun ilkin reanimasiyasını apararkən əsas tədbirdir.

Tənəffüs yollarını açıqdən sonra tənəffüsün bərpası dövrünə keçilir:

- müsbət təzyiq altında ağciyərlərin süni ventilyasiyasına başlayın;
- ventilyasiyanı 250–500 ml özdüzələn kisə (Ambu kisəsi), maska və ağız hava ötürücüləri ilə aparın;
- təchizat imkan verirsə sərbəst axınla dəqiqədə 5–8 litr oksigen verin;
- dəqiqədə 40–60 dəfə süni ventilyasiya aparın;

- ağciyərlərin süni ventilyasiyasını vals ritmində aparın. “Bir” sayına Ambu kisəsi sıxılır nəfəs verilir, “İki – Üç” sayına Ambu kisəsi buraxılır. Ventilyasiya ritmi ucadan sayılır.

DİGƏR MƏLUMATLAR

1. Havanın mədəyə daxil olmasının qarşısının alınması

Həddən artıq havalandırmaya yol verməyin! Həddən artıq havalandırma-ya yol verdikdə döş qəfəsində daxili təzyiq artır, ürəyə venoz qanın sorulması ləngiyir. Digər tərəfdən artıq havalandırma havanın mədəyə daxil olmasına səbəb olur. İki dəqiqədən artıq, çox sürətli və fasiləsiz nəfəsvermə havanın mədəyə daxil olaraq, onun köpməsinə səbəb olur. Mədənin köpməsi diafraqmanı qaldıraraq, döş qəfəsinin tənəffüs zamanı normal hərəkətini məhdudlaşdırır, ağciyərlərin həcmi azalır. Mədəyə daxil olan hava qusma və mədə möhtəviyyatının (maye, qusuntu maddələri) ağciyərlərə sorulma (aspirasiya) təhlükəsini yaradır. Mədəyə yığılmış havanı xaric etmək üçün mədəyə burundan nazoqastral və ya ağızdan yoğun mədə zondu (borusu) salınır.

Mədənin köpməsinin qarşısını almaq üçün döş qəfəsinin qalxmasını təmin edəcək qədər qısa, ardıcıl, hərəsi *bir saniyədən artıq olmaqla* yavaş sürətlə nəfəs vermək lazımdır. Beləliklə, qusma və aspirasiya (mədədən və ya qida borusundan möhtəviyyatın ağciyərlərə sorulması) ehtimalı azalır.

Diqqət! Ambu kisəsi vasitəsilə müsbət təzyiqlə nəfəsvermə düzgün aparılmadıqda həddən artıq havalandırmaya yol verilir. Hava ötürücüləri və qeyri-yardımcı vasitələr bəzi fəsadları azaldır, lakin havanın mədəyə daxil olmasının qarşısını ala bilmir.

2. Tənəffüsə nəzarət

Tənəffüsün normal olub-olmaması alınan xəsarətdən və aparılan tədbirlərdən asılıdır.

* Adı çəkilən xəsarətlər və xəstəliklər **tənəffüsün qeyri-normal olmasına səbəb olur:**

- ağciyərlərin zədələnməsi, pnevmoniya (sətəlcəm), pnevmotoraks, hemotoraks* və s.

Pnevmtoraks – plevra boşluğuna (kisələrinə) havanın dolması. Hemotoraks – plevra boşluğuna qanın yığılması;

- döş qəfəsinin qapalı və açıq zədələnmələri;
- diafraqmanın cırılması, iflici və s.

* Adı çəkilən tədbirlərin düzgün aparılmaması **tənəffüsün qeyri-normal olmasına səbəb olur:**

- tənəffüs yollarının tam açılmaması;
- burunun (ağzın) bərk sıxılmaması və dodaqların kip örtülməməsi;

- maskanın və ya Ambu maskasının düzgün istifadə edilməməsi;
- döş qəfəsinin qalxmasını təmin edəcək qədər nəfəsin verilməməsi;
- nəfəsin bir saniyədən az müddətdə verilməsi.

3.Oksigenlə təminat

Zərərçəkənlərin ürək və ağciyər fəaliyyəti zəiflədiyi üçün hüceyrələrin oksigenlə təminatı kəskin azalır. Buna görə bütün xəsarət alanlara və tənəffüs çatışmazlığı olan zərərçəkənlərə imkan daxilində vaxt itirmədən balon vasitəsi ilə oksigen verilməlidir. Ürəyin dayanması zamanı isə toxumaların progressiv hipoksiyası (orqanizmdə oksigenin azalması) müşahidə olunur, bu da oksigenə tələbatı artırır. Oksigen ağızdan-ağıza verilən havada cəmi 16–17% təşkil edir və buna görə də, hətta döş qəfəsinin düzgün aparılan kompressiyası da (ürəyin qapalı masajı) beyni və həyat üçün vacib orqanları oksigenlə tam təmin edə bilmir.

Qanın zəif dövriyyəsi və qanda oksigenin aşağı səviyyədə olması orqanizmdə maddələr mübadiləsini kəskin pozur və orqanların fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur. Buna görə zərərçəkənlərdə tənəffüsün və ürəyin dayanması və ya bu orqanların fəaliyyətinin zəifləməsi hallarında oksigen mütləq güclü axınla verilməlidir (xüsusən uşaqlara). Tənəffüs yolları qurumasın və qatılaşmış bronx ifrazatı ilə tutulmasın deyə imkan daxilində verilən oksigeni nəmləndirin. Oksigen maska, Ambu kisəsi və başqa vasitələrlə verilə bilər. Oksigenin verilmə sürəti və miqdarı zərərçəkənin vəziyyətindən, yaşından, istifadə olunan vasitələrdən asılıdır. Oksigen beyin, ürək və s. orqanlarda maddələr mübadiləsini tənzimləyir və zərərçəkəni ağır vəziyyətdən çıxarmağa kömək göstərir.

Əlavə oksigenlə aparılan ventilyasiya orqanların oksigenə tələbatını kifayət qədər təmin edir və buna görə də verilən nəfəsin həcmi bir qədər az ola bilər.

QARIN BOŞLUĞUNUN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Qarın zədələnmələri açıq və qapalı ola bilər. Bu zədələnmələrə yanaşma müxtəlifdir. Bununla belə, istənilən halda küt və ya dəlib keçən travma zamanı ölüm çox vaxt daxili qanaxma nəticəsində baş verir. Qarın nahiyəsi döşün altı və çanaqdan yuxarı olan sahəni əhatə edir və sümüklərlə mühafizə olunmadığı üçün asanlıqla zədələnir. Zədələnmə zamanı, o cümlədən dəlib keçən yaralanmada dalaq, qaraciyər, nazik bağırsaqlar, mədə, yoğun bağırsaq, mədəaltı vəzi, böyrəklər, sidik kisəsi, iri damarlar, qadınlarda isə uşaqlıq da zədələnir. Qarının küt travması əsasən yol nəqliyyat hadisələri və idmanın kontakt (təmas) növlərində rast gəlinir. Küt travmalar zamanı əsasən qaraciyər və dalaq zədələnir. Nüfuzedici travmalara daha çox güllə yaralanmaları və deşici alətlə yaralanmalar zamanı rast gəlinir. Qarın boşluğunun müayinəsi kiçik çanaqda və beldə hematomanın təyin edilməsi üçün aparılır.

Uşaqlarda qaraciyər və dalaq böyük olub, qabırğaların altından çıxdığına görə qarının travmasında onlar tez zədələnirlər. Qaraciyər qarın boşluğunun yuxarı, sağ tərəfində, dalaq isə sol tərəfində yerləşən qanla zəngin orqanlardır. Onlar müəyyən dərəcədə aşağı qabırğalarla mühafizə olmaqlarına baxmayaraq, zədələndikdə güclü qanaxma verirlər. Mədə və bağırsaq zədələnmələri qarın boşluğunun infeksiyasına səbəb ola bilər. Qarın boşluğu zədələnmələrində ağrı olur, bəzən zərərçəkən huşunu itirə bilər.

Hadisə yerində qarın boşluğu travmalarını qiymətləndirmək çətin olur. Buna səbəb huşun itməsi və digər travmaların olmasıdır. Çoxlu sayda xəsarət alan zərərçəkəndə müxtəlif zədələnmələr, o cümlədən, qarın boşluğu orqanlarının travması, daxili qanaxma və hipovolemik şok ola bilər.

*** *Qarın divarını dəlib keçən yaralanmalar zamanı ilk yardım:***

- təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin;
- belin zədələnməsindən şübhələnilirsinizsə, zərərçəkəni ehtiyatla arxası üstə uzadın;
- qarın əzələlərinin gərginliyini azaltmaq məqsədi ilə zərərçəkənin dizlərini yavaşca büküb, imkan daxilində dizlərinin altına yastıq və ya qatlanmış əd-yal qoyun;
- ayaqlarını hərəkət etdirmək ağrıya səbəb olarsa, onları tərpətməyin;
- yaranın ətrafından geyimi kənar edin;
- yaranın üzərinə tarım olmayan nəm, steril sarğı qoyun (ılıq su istifadə etmək olar);
- mümkündürsə, sarğının üzərini sərbəst şəkildə plastik örtüklə örtün;
- istiliyi saxlamaq üçün qatlanmış dəsmal ehtiyatla sarğının üzərinə qoyun;
- zərərçəkən öskürəndə və ya qusanda bağırsaqların qarın boşluğunun ya-

rasından bayıra çıxmasının qarşısını almaq üçün əl ilə sarğının üstündən yararı ehtiyatla sıxıb saxlayın;

- infeksiyanın yayılmasını minimuma endirin;
- şok əleyhinə tədbirlər görün (qarın boşluğuna daxili qanaxma nəticəsində hipovolemik şok baş verə bilər);
- zərərçəkəni soyuq və istidən qoruyun;

*** *Qarın divarını dəlib keçən yaralanmaları zamanı bunları etmək qadağandır:***

- yararı su ilə yumaq;
- yaraya tərkibində spirt olan dərman preparatları (yod, spirt) tökmək;
- yaraya məlhəmli sarğı qoymaq və hər hansı bir dərman (yod, spirt, antibiotik və s.) tökmək;
- yaraya pambıq qoymaq;
- yaraya batmış yad cisimi, sümük qırıntılarını, qan laxtasını xaric etmək;
- yaradan çıxmış hər hansı orqanı itələyib geriyyə qaytarmaq;
- yaradan çıxmış orqanın üzərinə soyuq qoymaq;
- yaradan çıxmış orqana birbaşa təzyiq tətbiq etmək və ya təzyiqedici sarğı qoymaq;
- zərərçəkənə maye və qida vermək.

BAŞ BEYİN VƏ ONURĞA BEYNİN TRAVMALARI

ÜMUMİ MƏLUMAT

Gənclər arasında xəstələnmə və ölüm səbəblərinin əsasını mərkəzi sinir sisteminin zədələnmələri təşkil edir. Bütün yaş qruplarında travmatik beyin zədələnməsinin riski qadınlara nisbətən kişilər arasında iki dəfə çoxdur. Yol-qəza hadisələri, təcavüz və yıxılma travmatik beyin zədələnməsinin əsas səbəbləridir. Bir çox sənaye cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə odlu silah yaralanmalarının təxminən 2/3 hissəsi sui-qəsdlər nəticəsində baş verir. Travmatik beyin zədələnməsinin əsas səbəbi yaşdan asılı olaraq dəyişir. Baş beyin və onurğa beyni ilə birlikdə sümük, həm də yumşaq toxumalar zədələnilir və zədənin miqyasını təyin etmək çətin olur.

* Baş beyin və onurğa beynin zədələnməsindən aşağıdakı hallarda şübhələnmək lazımdır:

- zərərçəkənin öz boyundan yuxarı olan yüksəklikdən yıxılması;
- zərərçəkənin naməlum səbəblərdən huşunu itirmiş halda tapılması;
- başın və ya gövdənin deşilmiş yarası (bıçaq, güllə və s.);
- başa, boyuna və ya gövdəyə təzyiq edən güclü küt qüvvənin təsiri;
- zərərçəkənin hərəkət edən avtomobildən yıxılması;
- zərərçəkəni ildırım vurması.

1. Mərkəzi sinir sistemi zədələnmələrinin əlamətləri

Baş, boyun və ya bel zədələnmələrinin müəyyən əlamətləri vardır.

Bu əlamətlər ilk baxışdan görünə və ya sonradan yarana bilər:

- huşun ağırlaşması (keyləşmə, sopor, koma), yaddaşın qəfildən itməsi, qıç olma, epilepsiya (tutma), bayılma, görmənin pozulması, tarazlığın itməsi;
- ümumi beyin əlamətləri (ürəkbulanma və ya qusma, davamlı baş ağrısı, başgicəllənmə, qulaqlarda küy);
- baş, boyun və ya bəldə güclü ağrı və ya gərginlik;
- ətraflarda hissiyatın və bədənin hər hansı hissəsinin hərəkətinin tam və ya qismən itməsi;
- başda və boyunda qeyri-adi şiş və ya batıq nahiyənin olması;
- başda, gözlər ətrafında və ya qulaqların arxasında qançırların olması;
- qulaqda və ya burunda qanın və ya digər mayenin mövcudluğu;
- başda, boyunda və ya bəldə kəskin xarici qanaxma;
- zədələnmə nəticəsində tənəffüsün pozulması.

Zərərçəkənin huşu – özünü, ətraf mühiti və zamanı dərk etməsi ilə müəyyən edilir. Zərərçəkənin huşunda olan dəyişiklik beyin zədələnməsinin fərqləndirici nişanıdır. Huşun dəyişməsinin digər səbəbləri də nəzərə alınmalıdır (hipoksiya, dərman, hipoqlikemiya, insult, hipotermiya, dəm qazı ilə

zəhərlənmə). Beyin zədələnməsinin gecikmiş və ya uzunmüddətli əlamətlərinə (hətta cüzi zədələnmələrdə) baş ağrıları, yaddaşın itməsi, davranış və psixoloji disfunksiyalar aiddir.

Mərkəzi sinir sistemi zədələnmələrinin əlamətlərində başda skalp (baş dərisi) zədələnməsi, skalp hematoması, kəllə sümüyünün basılmış sınıqları və ya üz nahiyəsinin travması kimi baş zədələnməsinin aşkar əlamətləri ola bilər.

Başın travmasında ən əsas müayinə metodu rentgenoloji, tomoqrafiya üsulu ilə yoxlanma və xəsarət alanın diqqətli müşahidəsidir.

2. Zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi

Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə xarici baxış keçirilməlidir. Birincili baxışda mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin olub-olmamasını aşkar etmək üçün qısa nevroloji müayinə aparılır. Birincili baxış mütləq zərərçəkənə boyun yaxalığının qoyulması ilə başa çatmalıdır. Sonra reanimasiya tədbirləri lazım olmadıqda ikincili baxışa keçib, həyat əlamətləri (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi) qiymətləndirilir. Hər hansı qeyri-normal göstərici təkrar yoxlanmalı və bu hal davam edərsə, ölçü götürülməlidir. Bu göstəricilər norma daxilindədirsə, müvafiq şəkildə xarici baxış davam etdirilməlidir və zərərçəkənin anamnezi (tibbi bioqrafiyası) toplanmalıdır. Həyat əlamətləri qeyri-stabil olan və ya xəsarət qeyd edilən hallarda qiymətləndirmə sürətləndirilməlidir və tez bir zamanda başa çatdırılmalıdır.

İkincili baxışda müəyyən edilmiş xəsarətlərə müvafiq ilk tibbi yardım (sınıqların immobilizasiyası, sargıların qoyulması və s.) göstərilməlidir.

Zədələnmənin növü, baş vermə vaxtı, huşun itməsi, ürəkbulanma, nevroloji əlamətlər, qıcolma, spirtli içki və dərman qəbulu, allergiyanın olub-olmadığı və s. məlumat bir yerdə qeyd edilib, təcili tibbi yardım işçilərinə çatdırılmalıdır.

BAŞ BEYİN TRAVMASI

Aşağıdakı hallarda başın travmasından şübhələnmək lazımdır:

- hündürlükdən yıxıldıqda;
- başından güclü zərbə aldıqda;
- suya baş vurduqda;
- avtomobili idarə edərkən zərbə aldıqda;
- yüksək cərəyan vurduqda;
- avtomobil, velosiped və ya motosikletlə qəza keçirib və dəbilqəsiz olduqda ya da dəbilqəsi sındıqda.

Baş beyin zədələnmələrinin ümumi əlamətləri:

- zərərçəkən reaksiya vermir, ancaq inildəyir və hərəkət edir;
- yuxulu və ya huşsuz vəziyyətdədir;
- qusur (geri qaytarır);
- baş ağrısından şikayət edir;
- görmədə çətinlik çəkir;
- yeriyərkən və ya bədənin hər hansı bir hissəsini hərəkət etdirərkən çətinlik çəkir;
- qıcolmalar (tutmalar) olur.

Baş beyin travması zamanı başın tüklü hissəsi, kəllə qapağı və beyin zədələnə bilər. Baş beyin travması qapalı və açıq ola bilər. Başın açıq travmaları zamanı dərinin və kəllə sümüklərinin tamlığı pozulur, qanaxma baş verir. Qapalı baş beyin zədələrində isə dərinin tamlığı pozulmur. İlk baxışda bu cür zədələnmələr qeyri-ciddi görünə bilər. Ancaq bu hal ağır beyin zədələnməsini gizlədir. Başın qapalı zədələnməsi zamanı başın dərisinin şişməsi (ödem) və baş beyinin sıxılması müşahidə edilə bilər.

Baş travmalarında, baş üzərində açıq yaranın olması həmişə xəsarətin ağırlığını müəyyənləşdirmir. Ola bilsin ki, açıq yaralar olmayan hallarda da kəllədaxili qanaxma təhlükəsi olsun. Qanın kəllə daxilinə yığılması beyinin sıxılmasına və onun funksiyalarının ağır dərəcədə pozulmasına səbəb ola bilər. Xoşbəxtlikdən, baş beyin kəllə sümükləri ilə ətraf travmalardan qorunur. Huşun itməsi ilə nəticələnən hər hansı baş beyin travması təcili tibbi yardım tələb edir. Ona görə də huşun itməsi, ürək bulanma və qusma ilə nəticələnən hər bir baş travması olan zərərçəkən mütləq həkim tərəfindən müayinə olunmalıdır.

Baş zədələnmələrinin aşağıdakı növləri var: skalpın kəsilmiş yarası, kəllə sınıqları, beyin zədələnmələri.

1. Skalpın kəsilmiş yarası

Skalp (baş dərisi) yarasından qanaxma böyük həcmdə qan itkisinə (xüsusilə də uşaqlarda) səbəb ola bilər. Bu, skalpın zəngin arterial qan təchizinə malik olması nəticəsində baş verir. Buna görə də təcili olaraq qanaxmanı dayandırın. Yaranı yad cisimlərin ola bilməsi ehtimalına görə yoxlayın. Əgər yad cisim kəllə sümüyünə batmışsa, onu yaradan çıxarmayın, iri bükmə qoymaqla onun vəziyyətini stabilləşdirin və ətrafına sarğı qoyun ki, tərpənməsin.

2. Kəllə sınıqları

Kəllə əsas sınıqlarının obyektiv əlamətləri 6–12 saat ərzində inkişaf etməyə bilər.



- Göz yuvası ətrafına (periorbital) qansızma (eynək simptomu və ya “yenot gözləri”) kəllə əsasının sınıqlarının klassik diaqnostik əlamətidir.
- Qulaq arxası ətrafda qansızma.
- Onurğa beyni mayesinin (likvorun) qulaqdan və burundan axması.
- Bəzi hallarda eşitmənin pozulması.
- Təbil pərdəsinin arxasında qanın yığılması (xəstəxanada təyin olunur).

Diqqət! Baş beyin travmasından dərhal sonra burundan və ya qulaqdan zəif şırnaqla axan qanla qarışmış maye görünə bilər. Bu çox ciddi baş beyin travmasının aparıcı əlamətidir və mayenin beyindən sızmasını göstərir. Mayenin axmasının qarşısını almaq məsləhət deyil. Belə hallarda mayeni ancaq yumşaq salfetlə ehtiyatla silin.

3. Beyin zədələnmələri

Beyin zədələnmələrinə beyin sarsıntısı, beyin əzilməsi, beyin sıxılması aiddir.

*** Beyin sarsıntısının əlamətləri:**

- huşun itməsi 5 dəqiqədən az müddət ərzində;
- ümumi beyin əlamətləri (ürəkbulanma, qusma, baş ağrısı, başgicəllənmə);
- normal nevroloji status (Qlazqo koma şkalası ilə 14–15 bal).

Zərərçəkəndə ciddi başgicəllənmə, davamlı qusma və ya huşunda dəyişiklik olduqda o, 2–24 saat ərzində müşahidə altında saxlanılmalıdır.

*** Beyin əzilməsinin əlamətləri:**

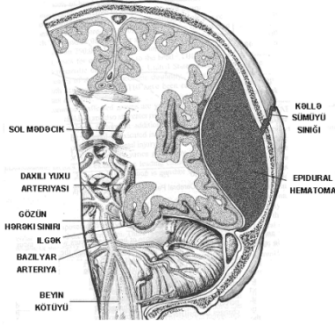
- huşun itməsi bir-iki saatdan bir neçə gün və ya aya qədər davam etməsi (Qlazqo koma şkalası ilə 8–13 bal);
- ümumi beyin əlamətləri (ürəkbulanma, qusma, baş ağrısı, başgicəllənmə);
- beyin yarımkürəsindən məhəlli əlamətlər.

*** Beyin sıxılması (beyin hematomaları və beyin ödem)**

Beynin zədələnməsi qanaxmaya, baş beyin hematomasına (qançır) səbəb ola bilər. Kəllə genişlənmə bilmədiyi üçün kəllədaxili təzyiq artır, bu

isə huşun qaranlıqlaşmasına və itməsinə, həmçinin tənəffüs və ürəyin dayanmasına səbəb ola bilər.

Qısamüddətli huşun itməsindən sonra zərərçəkən özünə gəlir və onun şikayətləri olmaya bilər və həmçinin bir neçə həftə ərzində hematoma əlamətləri müşahidə edilməyədə bilər. Lakin hematoma böyüyüb, beyini sıxır və bu, huşun itməsinə, hətta ölümə səbəb ola bilər.



Başın ağır dərəcəli zədələnməsinin digər əlamətləri:

- bəbəklərin qeyri-bərabər olması;
 - zədələnmiş tərəfdə bəbəyin genişlənməsi;
 - zədələnmənin əks tərəfində ətrafların iflici;
 - postural ("postur" ingilis sözü olub poza, vəziyyət deməkdir) motor cavab;
 - beyin mayesi və ya beyin toxumasının xaric olması ilə müşayiət olunan açıq zədələnmələr;
 - kəllə sümüklərinin basılmış sınığı;
- nevroloji statusda dəyişikliklər (əmin olun ki, bu, hipoksiyanın və şokun nəticəsi deyil).

Beyinə qanaxma başın rentgen və kompüter tomoqrafiyası zamanı aşkar edilir.

4. Baş zədələnməsində istifadə olunan digər tibbi yardım üsulları:

- şok halları istisna olmaqla maye yeridilməsini məhdudlaşdırın;
- kəllədaxili təzyiqin yüksəlmə əlamətləri olduqda zərərçəkənin baş tərəfini 30–45° qaldırın;
- ağrını kəsmək üçün parasetamoldan başqa hər hansı narkotik analgetik istifadə etməyin;
- şok olduqda yardım göstərib, səbəbini axtarın.

Başın zədələnməsi olan xəstələrin müalicəsinin ən əsas məqsədi ikincili hipoksiyanın, hipotenziyanın və kəllədaxili təzyiqin yüksəlməsinin qarşısının alınmasıdır.

*** Məsləhətlər**

Baş zədələnməsi ciddi yanaşma tələb edir. Yeni simptomlar və gözlənilməyən ağırlaşmalar travmadan sonra saat və ya hətta gün ərzində inkişaf edə bilər. Birinci 24 saat çox əhəmiyyətli olduğundan, bu müddətdə zərərçəkən tək qalmamalıdır.

Aşağıdakı hallar baş verdikdə diqqətli olun və mütləq həkimə müraciət edin:

- yuxululuğun artması və ya oyanmanın çətinləşməsi (yuxu vaxtı zərərçəkəni hər 2 saatdan bir oyadin);
- ürəkbulanma və ya qusma;
- qıc olma;
- burun və qulaqdan onurğa beyni mayesinin axması (likvoreya);
- kəskin baş ağrısı;
- bir tərəfli zəiflik;
- iki görmə, bəbəyin genəlməsi və s.;
- nəbzın zəifləməsi və ya sürətlənməsi;
- qeyri-adi tənəffüs;
- şişkinliyin həddindən çox artması.

Travma yerində şişkinlik olduqda, dəsmala bükülmüş buz qoyun. Qidalanma adi qaydada olmalıdır. Spirtli içki qəbulu bir həftə məsləhət gö-rülmür. Yuxu gətirici və ağrı kəsici (parasetamoldan başqa) preparatları bi-rinci 24 saatda qəbul etməyin.

ONURĞA BEYNİNİN TRAVMASI

Onurğa sümükləri onurğa beynini qoruyur. Onurğa beyni bədənə baş beyin arasında siqnalları ötürür və insanın hərəkət etməyinə məsuliyyət da-şır. Onurğa beyni zədələnsə, ola bilsin ki, zərərçəkən ətraflarını hərəkət etdirə bilməsin və ya bədənə müəyyən hissələrində hissiyatı itirsin.

Boyun nahiyəsinin küt travması tipik olaraq yol qəza hadisələri nəticə-sində baş verir, lakin bu travma növü eləcə də idmanla bağlı travmalar za-manı, boğulma, yanğın nəticəsində, yumruq yaxud təpiklə zərbə və travma-tik manipulyasiyalar zamanı (fəqərələrə kobud təzyiq), yıxılmalarda, zorakı-lıq, küt alətlərlə zədələnmələrdə, asılmada, suya baş vurduqda qeyd edilir.

• Küt travmanın patologiyası

Sürücü qoruyucu kəməri bağlamadıqda avtomobil qəzası zamanı başın arxaya açılmış şəkildə kəskin hərəkəti baş verir və boyunun ön hissəsi sükan sütunu ilə qarşı-qarşıya gəlir. Təhlükəsizlik kəməri boyunu küt travmalardan müəyyən qədər müdafiə edir, lakin bu kifayət etmir. Təhlükəsizlik kəməri-nin çiyinə təzyiq etməsi nəticəsində ikincili olaraq kəllə damarlarının və nə-fəs borusunun zədələri baş verir.

Dəlib keçməyən travmalar zamanı qan damarları müxtəlif mexanizm-lər nəticəsində zədələnə bilər. Bilavasitə güc damarların tamlığını poza bi-lər. Onurğanın boyun hissəsinin həddən artıq rotasiyası və ya arxaya açılma-sı arteriya və venaların dartılmasına və nəticədə cırılmasına səbəb olur. Kəl-lə əsasının sınıqları zamanı yuxu arteriyasının sümükdaxili hissəsi zədələnə

bilər. Boyunun ön hissəsinin, xüsusilə də üzüyəbənzər qığırdaq nahiyəsində sıxılması qırtlağın və ya traxeyanın dağılmasına və qida borusunun onurğa sütununa sıxılmasına səbəb ola bilər.

Boğulma– asılma nəticəsində (bədənin hissəvi və ya tam şəkildə boyun üzərində asılması), iplə boğulma, əllə boğulma və postural (zərərçəkənin mövqeyi – vəziyyəti ilə əlaqəli) boğulma. Postural boğulma uşaqlarda rast gəlinir və boyun nahiyəsinin obyekt üzərində təsbit olunması və bədənin ağırlığının boyun üzərinə düşməsi nəticəsində baş verir. Onurğanın boyun hissəsinin və onurğa beyninin zədələnməsi yalnız bədən uzunluğundan çox olan məsafədən asılma zamanı qeyd edilir. Asılma zədələri zamanı ölümün əsas səbəbi sadəcə asfiksiya deyil. Boyun nahiyəsində onurğanın sıxılaraq qırılması həmişə ölümlə nəticələnir.

Travma barədə zərərçəkəndən, yaxınlıqda olan müşahidəçilərdən soruşun. Travma hadisəsini yaradan vəziyyəti aydınlaşdırın, zədələnmədən sonra keçən müddəti müəyyən edin və xəstənin həqiqi vəziyyətini təsdiq edin. Hadisə zamanı zərərçəkənin qan və huşunu itirməsini müəyyən edin. Hər hansı bir preparat və ya spirtli içki qəbul etməsini dəqiqləşdirin. Boyun travması yol nəqliyyat hadisəsi nəticəsində baş verdikdə qoruyucu kəmərin istifadə edilməsi, zərərçəkənin yol nəqliyyat vasitəsində yerləşmə vəziyyəti (sürücü qismində və ya ön, arxa yerlərdə), hava yastıqlarının açılması, avtomobilə dəyən zədələr (sükanın sütunu və ön şüşənin tam olması və ya sınıması) barədə soruşun.

*** Onurğa beyninin travması olan zərərçəkənin qiymətləndirilməsi**

Əgər zərərçəkən danışa bilirsə, aşağıdakı sualları verin: Nə baş verib? Haranız ağrıyır? Boyununuz və ya beliniz ağrıyır? Əlinizi, ayağınızı tərپədə bilərsiniz? Əlinizə, ayağınıza toxunduqda hiss edirsiniz?

1. Onurğa beyninin zədələnməsinin əlamətləri:

Onurğa beyninin zədələnmələrində müxtəlif əlamətlər özünü büruzə verə bilər. Bunlar onurğa beyninin zədələnmə dərəcəsiindən asılıdır. Onurğa beyninin zədələnməsində artıq hərəkət tənəffüsün ani dayanmasına səbəb ola bilər. Buna görə boyun yaxalığı qoymaq və tam sakit vəziyyət yaratmaq lazımdır. Boyun nahiyəsinin travmaları zamanı əlamətlərin gec meydana çıxmasını nəzərdən qaçırmayın.

*** Aşağıdakı əlamətlər olduqda zərərçəkənə qarşı çox diqqətli olmaq lazımdır.**

- Zərərçəkən 65 yaşında və ya daha yaşlıdırsa.
- Travma nəticəsində yumşaq toxumalar zədələnilsə. Bunlara başın və boyunun zədələnməsi, çiyin qırşağı, kürək, qarın boşluğu və aşağı ətrafların zədələnmələri aiddir.

- Avtomobil və ya velosiped qəzası keçiribsə.
- Hündürlükdən yıxılıbsa.
- Zərərçəkənin xüsusən başında və boynunda digər ağrı verən zədələri varsa.
- Ətraflarda zəiflik, keyimə hissi, süstlük, gizilti hissləri, hərəkət məhdudluğu, tam hərəkətsizlik müşahidə edilərsə. Aşağı və ya yuxarı ətrafda hissiyyatın itməsi və ya ətrafların iflici (paralici).
- Ətraflarda titrəmə, zəiflik, qıdıq gəlmə müşahidə olarsa.
- Ağrı hissiyyatı ancaq körpücük sümüyündən yuxarıda təyin edilərsə.
- Boyun, döş, bel fəqərələri nahiyəsində hissiyyat artarsa.
- Zərərçəkənin boynunda və ya belində ağrı olarsa. Hərəkət zamanı onurğa və ya ayaqlarda güclü ağrının olması. Belə zərərçəkəni tərpənməyə qoymayın və ağrı reaksiyasını dəqiqləşdirmək üçün onu tərpətməyin. Ağrı vaxtaşırı təkrarlana bilər (fasiləli).
- Ağciyər çatışmazlığı – əgər boyun fəqərələrində zədələnmə varsa. Diafraqmal tənəffüs.
- Hissi və reflektor funksiyaların tam pozulması olarsa (sidik və nəcis ifrazının qeyri-iradi olması).
- Sərxoş və ya huşu dağınıq görünürsə, tam ayıq deyilsə;
- Priapizm (qeyri-iradi ereksiya) müşahidə edilərsə.

İmkan daxilində zədələnmənin mexanizmini və zərərçəkənin nevroloji statusunu aydınlaşdırın. Əgər nevroloji statusda dəyişiklik yoxdursa, immobilizasiya olunmuş boyun nahiyəsi həssaslıq, ödem, qansızma, əzələ spazması, başın qeyri-normal vəziyyəti və traxeyanın yerdəyişməsinə görə müayinə olunmalıdır.

Diqqət! Zərərçəkənin hərəkət etməsi, hissiyyatın itməməsi, fəqərələr nahiyəsində ağrının olmaması boyun zədələnməsini inkar etmir.

**** Distributiv şok – qan axınının paylanmasının pozulması.***

Səbəbləri: nevroloji faktordur (vazomotor iflic).

Vazomotor iflic səbəbindən baş verən **distributiv şok** hipotenziya, bradikardiya və hipotermiyadan ibarət triada şəklində təzahür edir. Şok ən çox onurğa beynində simpatik yolların qırılması və parasimpatik sinir sisteminin tonusunun artması nəticəsində inkişaf edir. Simpatik sinir sisteminin təsirindən damarlar büzülür (adrenalin ifrazında olduğu kimi), parasimpatik sinir sisteminin tonusu artdıqda venoz damarlar genişlənir, onların tutumu artır və bu qan dövranı çatışmazlığına gətirir.

2. Məsləhətlər

- Onurğa zədələnmələrində zərərçəkən imkan daxilində aşkar edilmiş vəziyyətdə saxlanılmalıdır.

- Zərərçəkənin başını və boynunu ancaq ürək-ağciyər reanimasiyasına (QAR) ehtiyac olduqda, zərərçəkən qusduqda və ya tənəffüs çətinləşdikdə, yaxud təhlükə zonasından çıxarmaq üçün ehtiyac olduqda hərəkət etdirilməlidir.
- Birincili baxış mütləq zərərçəkənə boyun yaxalığının qoyulması ilə başa çatmalıdır. Onurğa beyninin zədələnməsini inkar edən kimi, boyun və baş nahiyəsini immobilizasiya etmək lazımdır. Müvafiq immobilizasiyaya sərt boyun yaxalığı, uzun lövhə və başın yan fiksasiyası aiddir.
- İlk tibbi yardım zərərçəkənin iflicinə (onurğa beyninin ikincili zədələnməsinə) səbəb olmamalıdır.
- **Əgər onurğanın boyun nahiyəsinin zədələnməsinə şübhə varsa və rengenoloji müayinə aparmağa imkan yoxdursa zərərçəkən arxası üstə sərt lövhənin üzərində hərəkətsiz uzadılmalıdır.**
- **Boyun yaxalığı qoyulduqdan sonra zərərçəkən lövhə üzərində immobilizasiya olunmuş vəziyyətdə xəstəxanaya göndərilməlidir.**
- **Zərərçəkəni yerdəyişməsi 4–5 nəfərin köməkliyi ilə aparılmalıdır.**

BAŞ BEYİN VƏ ONURĞA BEYNİN TRAVMALARI ZAMANI İLK YARDIM

Baş beynin və onurğa beynin travmaları zamanı ilk tibbi yardımın tez və düzgün göstərilməsi sonrakı müalicənin nəticəsinə birbaşa təsir edir. Baş, boyun və bel zədələnmələri həyat üçün təhlükəli vəziyyət törədə bilərlər. Başın və ya boyunun ciddi zədələnməsi zamanı ürəyin və tənəffüsün ani dayanması mümkündür. Belə zədələnmələrdə sinir, tənəffüs və ürək-damar sistemlərinə ciddi nəzarət olunmalıdır və tibbi yardım onların fəaliyyətini saxlamağa yönəlməlidir.

Həyati vacib şərtlərdən biri beyində adekvat qan dövranının təmin edilməsidir.

Kömək gələnə qədər aşağıdakı yardımı göstərin.

1. Zərərçəkəni bir xətt boyu sabitləşdirin

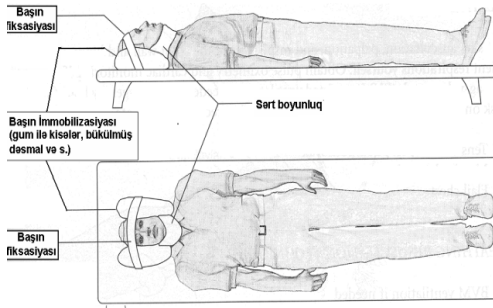


Zədələnməmiş nahiyənin boyun yaxalığı, bel lövhəsi və ya əlaltı vasitələrlə hərəkətsizləşdirin.

Baş, boyun və ya belin artıq hərəkəti, onurğa beyninin həmişəlik zədələnməsinə səbəb ola biləcəyinə görə, zərərçəkənə mümkün qədər hərəkətsiz vəziyyət vermək lazımdır. Başın və boyunun hərəkətini azaltmaq üçün “bir xətt boyu sabitləşdirmə” üsulundan istifadə olunur.

Başı və boyunu iki əllə tutun ki, hərəkət etməsin. Bir xətt boyu sabitləşdirmə apararkən əlləri zərərçəkənin başının hər iki tərəfinə ehməlcə qoyub, başı bədənə stabil bir xətt boyu olan vəziyyətə gətirin və ixtisaslı kömək gələncə qədər bu vəziyyətdə saxlayın. Lazım gələrsə ürək-ağciyər reanimasiyasını aparın. Zərərçəkənin bədəninin aşağı hissəsinin hərəkət etməsinə imkan verməyin. Bu, zərərçəkənin daha bir ciddi zədə alınmasına səbəb ola bilər. Bəzi hallarda zərərçəkənin başını onun bədənini ilə bir xəttə gətirmək olmur. Belə hallarda zərərçəkəni aşkar edildiyi vəziyyətdə qoymaq lazımdır.

Diqqət! Bütün tədbirlər və müdaxilələr zamanı onurğanın boyun hissəsinin immobilizasiyası vacibdir.



Boyun və başın immobilizasiyasını tamamlayın. Xilasedicilərdən biri baş beyin travması alan xəstənin başı tərəfində durub (daşınmada, xərək və ya lövhə üstündə), başın bədənə sinxron hərəkətinə cavabdeh olmalıdır. Zərərçəkəni çevirərkən baş, boyun və bədənini bir xətt boyu saxlayıb, onları bir istiqamətdə hərəkət etdirin. Boyunun və belin burulmasına yol verməyin və başı gövdənin orta xətti ilə bir saxlayın.

2. Tənəffüs yollarının açıq saxlayın

Tənəffüsü yoxlamaq üçün zərərçəkəni heç də arxası üstə çevirmək lazım deyil. Ağrıdan qışqırma, tənəffüs hərəkətləri və ya nəfəs almanın səsi zərərçəkənin tənəffüsünün olmasını bildirir. Huşunu itirmiş zərərçəkəndə **dirilik əlamətləri** (qıcıqlara cavab, adekvat – tam uyğun nəfəs, öskürək, hər hansı bir hərəkət və ya nəbz) olarsa, bu onun sağ olduğunu göstərir. Belə halda ilk tibbi yardıma ehtiyac yoxdursa, ona “bərpa vəziyyəti” (recovery position) verilməlidir və ya zərərçəkən adekvat nəfəs alırsa, aşkar etdiyiniz vəziyyətdə saxlayın. O, nəfəs almırsa və ya bunu müəyyən edə bilmirsinizsə, zərərçəkəni ehtiyatla arxası üstə çevirin. Bu zaman belin burulmasına imkan verməyin. Əgər zərərçəkən qusmağa başlayırsa, zərərçəkəni sol və ya sağ tərəfi üstə uzadın ki, tənəffüs yolu açıq qalsın. Bu hərəkət iki nəfər tərəfindən icra olunduqda zərərçəkənin baş, boyun və belinin hərəkətinin mümkün qədər məhdudlaşdırılması asanlaşır.

3. Xarici qanaxmanı dayandırın

Baş və boyunun bəzi zədələnmələri zamanı yumşaq toxumalar da zədələnilir. Boyundan çoxlu qan damarları (yuxu arteriyaları və boyun venaları) keçdiyi üçün zərərçəkən qısa müddətdə çoxlu qan itirə bilər. Əgər zərərçək-

kəndə xarici qanaxma vardırsa, sarğı və birbaşa sıxma vasitəsilə onu dayandırın. Hər iki yuxu arteriyasını eyni zamanda sıxmayın və boyunun ətrafına sarğı qoymayın, çünki bu, beyinin oksigenlə təmin olunmasını məhdudlaşdırır və ya tamamilə dayandıra bilər.

4. Huşun dəyişməsinə nəzarət edin

Müntəzəm olaraq zərərçəkəni müayinə edib, dəyişiklikləri qeyd edin. Nevroloji müayinə başın zədələnməsi olan zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsinin əsas hissəsidir və mütləq aparılmalıdır. Baş zədələnməsi olan zərərçəkənin tez-tez müayinə edilməsi onun vəziyyətinin yaxşılaşması və ya pisləşməsinin təyin edilməsi üçün vacibdir. Ciddi nevroloji pozğunluğun əlamətlərinə huşun səviyyəsinin ağırlaşması (keyləşmə → sopor → koma və ya Qlazqo koma şkalasının 2 və daha çox bal azalması), baş ağrılarının artması, bəbəyin birtərəfli genişlənməsi və birtərəfli zəiflik aiddir. Əmin olun ki, hipoksiya və şok huşda olan dəyişikliklərin əsas səbəbi deyil. Başın və boyunun vəziyyətini stabilləşdirən zaman zərərçəkənin huşunun səviyyəsinə və tənəffüsünə nəzarət edin.

5. Tənəffüsə nəzarət edin

Yüksək həcmdə oksigen verin. Tənəffüs sürətli və qeyri-müntəzəm ola bilər. Başın və ya boyunun zədələnməsi sinənin sinirlərini və əzələlərini iflic edir, tənəffüs dayanar. Belə olan halda süni tənəffüs tətbiq etmək zəruridir.

6. Bədən hərarətini normal saxlayın

Baş və ya belin ciddi zədələnməsi bədən hərarətini tənzimləmə mexanizmini poza bilər. Bədən həddindən artıq istinin və soyuğun təsirinə məruz qaldıqda zərərçəkənin vəziyyəti tez pisləşərək, həyat üçün təhlükə yaradıb, ölümlə nəticələnə bilər. Bu səbəbdən zərərçəkəni hipertermiya (həddindən artıq qızdırma) və hipotermiyadan (həddindən artıq soyuma) qoruyun.

7. Yanaşı gedən zədələnmələri axtarın

Üzərində əzələ təbəqəsi və piy qatı olmaması üzündən baş asanlıqla zədələnə bilər. Baş zədələnməsi ehtimal edilən zərərçəkəni nəzərdən keçirərək şişmiş və ya göyərmiş yerləri axtarın. Lakin şişmiş, əzilmiş və ya yumşaq sahələrə birbaşa təzyiq tətbiq etməyin.

ƏZƏLƏ VƏ ƏTRAF SÜMÜKLƏRİN ZƏDƏLƏNMƏSİ

ÜMUMİ MƏLUMAT

Ortopediya aid (insan bədəninə qazanılmış deformasiyası) zədələnmələr və ya sümük zədələnmələri ən çox yol nəqliyyat hadisəsi və yıxılan zaman rast gəlinir və müraciətlər arasında birinci yeri tutur. Belə travmalar bəzi hallarda dəlib-keçən olur və politravma (iki və iki zədədən çox zədə) ilə müşayiət olunur.

Ortopediya aid zədələnmələr ancaq qanıtırmə səbəbindən zərərçəkənin ölümünə gətirib çıxarır. Beləliklə, qanaxmanı dayandırdıqdan sonra digər təhlükəli zədələnmələr olduqda (qarın, döş qəfəsi, baş beyin), ortopediyaya aid zədələnmələr təxirə salına bilər. Bud və çanaq sümüklərinin sınıqları çox hallarda daxili qanaxmalara səbəb olur. Çanaq qanaxmaları adətən, çanaq sümüklərindən və ya çanaq venalarından olur.

Müəyyən edilmişdir ki, bud sümüyünün sınığı zamanı 1–1,5 litrə qədər, çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı 1,5–3,0 litrə qədər xarici qanaxma olmadan, qan itkisi ola bilər. Qan hüceyrəarası sahələrdə, əzələlərdə və s. yerdə yığılır.

Ani, erkən və gecikmiş ölümlər

Ölümlər 3 qrupa bölünür: ani, erkən və gecikmiş.

- **Ani ölüm** böyük damarların, ürəyin və ağciyərlərin ciddi zədələnməsi, eləcə də travmalar zamanı orqanizmin daxili üzvlərinin ağır zədələnməsi nəticəsində baş verir.
- **Erkən ölüm** zədələnmə anından 15 dəqiqədən 6 saata qədər olan müddət ərzində hər an baş verə bilər. Bu həyatı vacib orqanların oksigen təchizatının pozulması, mərkəzi sinir sisteminin massiv zədələnmələri nəticəsində baş verir. Zərərçəkənlər adətən ölüm ayağında xəstəxanaya gətirilir və ağciyər, ürək-damar sisteminin çatışmazlığı nəticəsində ölürlər;
- Travma nəticəsində **gecikmiş ölüm** zədə aldıqdan bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər keçən müddətdə baş verib, əsasən şok, poliorqan çatışmazlığı və sepsis (sepsis yunan sözü olub, çürümə deməkdir – qanda mikrobların olması) nəticəsində baş verir.

ZƏRƏRÇƏKƏNİN VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Zədələnmələrdə əsas məsələ zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsidir. Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə xarici baxış keçirilməlidir.

Zədə almış zərərçəkəndə **birincili baxış** keçirərkən ilk növbədə qanaxmanı dayandırın.

İkincili baxış həyat əlamətlərinin (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi) qiymətləndirilməsi ilə başlanmalıdır. Əmin olmaq lazımdır ki, alınmış zədələr həyatın və ya ətrafın itirilmə təhlükəsini yaratmır. Bura aiddir: damarlardan qanaxma, parçalanmış zədələnmələr, ağır açıq sınıqlar, amputasiya, ətrafın çoxsaylı sınıqları və çıxıqlar. Sonra “təpədən dırnağa kimi” ümumi baxış keçirilməlidir.

Ümumi baxışı keçirərkən bədənin normal görünüşünə və hissiyyat qabiliyyətinə fikir verin. Başdan başlayaraq bütün bədəni gözdən keçirin. Bədənin iki tərəfini bir-biri ilə müqayisə edin. Sonra ehtiyatla bədənin hər bir hissəsini yoxlayın. Yumşaq toxuma zədələnmələrini, sınıq və çıxıq sahələrini nəzərdən keçirib, qeyd edin. Əgər baş və bel zədələnməsi ehtimalı və ya ağrıyan, yaxud narahatlıq törədən yerlər varsa, həmin nahiyələri hərəkətsizləşdirin.

Ümumi baxışı başdan başlayaraq boyun, çiyinlərə, sinəyə və s. doğru davam edin.

Əzələ-sümük zədələnmələri zamanı aşağıdakı əlamətlərdən biri və ya bir neçəsi ola bilər:

- zədə alınması (yol nəqliyyat hadisəsi, yıxılma, bədənə zərbə və s.);
- deformasiya, açıq zədə, ağrı, şişkinlik;
- yaradan sümük uclarının çıxması;
- zədə alınan vaxt sümüklərin çatlama və ya sınma səsinin eşidilməsi;
- zədə alan sümüklərdə narahatlıq hissi;
- zədələnmiş hissənin normal istifadəsinin qeyri-mümkünlüyü;
- sümüklərin qeyri-stabilliyi;
- dərinin rənginin dəyişməsi (əvvəlcə dəri qırmızı rəngdə görünür və qan dərinin səthinə sızdıqca qançıra çevrilir);
- zərərçəkən tərəfindən zədələnmiş nahiyənin qorunması və rahat vəziyyətdə saxlanılması;
- sınmış sümüklərin bir birinə sürtülmə xırıltısının (krepitasiyanın) eşidilməsi və ağrının olması;
- ətraf zədələndikdə əl və ya ayaq barmaqlarında hissiyyatın olmaması (hissiyatın olmaması, ağrı kimi, çox ciddi zədələnmə əlamətinə işarədir);
- ətraf damarlarda nəbzın itməsi;
- hipovolemik (bəzi ədəbiyyatda travmatik) şokun əlamətləri (dərinin avazıması, soyuması (üşütmə) və nəm olması, nəbzın sayının artması (sürətli, zəif, sapvarı nəbz), böyüklərdə dəqiqədə 100-dən artıq olması).

Əzələ-sümük zədələnməsinə şübhə olmadıqda müvafiq şəkildə xarici baxış davam etdirilməlidir və xəstənin anamnezi (tibbi bioqrafiyası) toplanmalıdır. Həyat əlamətləri qeyri-stabil olan və ya xəsarət qeyd edilən hallarda qiymətləndirmə sürətləndirilməlidir və tez bir zaman başa çatdırılmalıdır.

İkincili baxışda müəyyən edilmiş xəsarətlərə müvafiq ilk yardım (sınıqların immobilizasiyası, sargıların qoyulması və s.) göstərin.

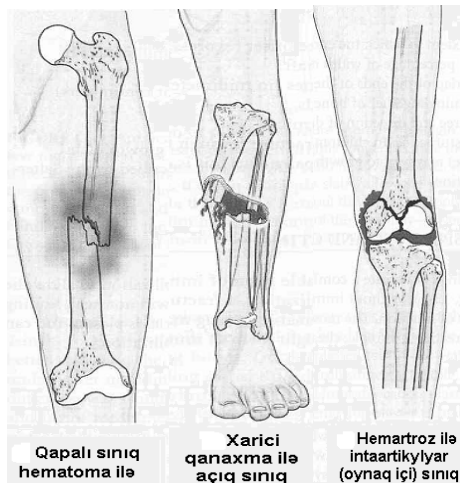
*** Hadisə yerində imkanlarınızı qiymətləndirin və komanda yaradıb işə başlayın.**

Bir qayda olaraq, travma almış xəstənin effektiv qiymətləndirilməsi və müalicəvi tədbirlərin idarə olunması üçün effektiv çalışma bilən bir komandaya ehtiyac vardır. Bu komandada hər bir şəxsin rolu və cavabdehliyi əvvəlcədən müəyyənləşdirilməlidir. Komanda üzvləri arasında vəzifə bölgüsü onların sayından və bacarıq dərəcəsindən, eyni zamanda travma almış zərərçəkənlərin sayından, həmçinin mövcud tibbi vəsaitlərdən çox asılıdır. Komandanın hər hansı bir üzvü hadisə yerində ona aid vəzifəni həyata keçirməlidir. Komanda üzvlərindən biri hospitala təxliyə olunacaq zərərçəkənlər barəsində məlumatları əldə etməlidir.

DAYAQ-HƏRƏKƏT SİSTEMİ TRAVMALARININ TƏSNİFATI

Dayaq-hərəkət sisteminin 4 əsas travma növü vardır: sınma; çıxma; burxulma; gərilmə.

1.Sınıq. Sümük toxumalarının tamlığının anatomik pozulması (qırılması və çatlaması) sınıq adlanır.Sümüklərə təsir edən travmatörədici qüvvələr sümüyün sınmasına və ya oynaqlarda çıxıqlara səbəb olur. Sınıqlar nadir hallarda həyat üçün təhlükə törədə bilirlər, hər hansı iri sümüyün (bud, çanaq) sınması sümükətrafi və yumşaq toxumalarda ciddi qanaxma və hipovolemik şokla nəticələnə bilər. Əzilmə ciddi zədələnmənin (sınma, çıxma) əlaməti ola bilər.



Sümük və oynaqın 2 növ zədələnməsi mövcuddur: açıq (xarici qanaxma ilə açıq sınıq) və qapalı (hematoma ilə qapalı sınıq). **Açıq sınıqlar** zamanı dərinin tamlığı pozulur.

Dəridə olan zədələnmə ilə sümük sınığı arasında əlaqə yaranır. Bu zədələnmələrdə sümük və yumşaq toxumalar infeksiya riskinə məruz qalır. Adətən açıq sınıqlar sınımış sümüyün şiş uclarının dərinə və ətrafda olan yumşaq toxumaları yarması ilə nəticələnir. Açıq sınıq həm də hər hansı əşya, o cümlədən odlu silahla yaralanma, dərinə deşməklə sümüyü sındırdığı zaman baş verir.

Qapalı sınıqlarda dərinin tamlığı pozulmur. Qapalı sınıqlara daha çox təsadüf edilir və burada xarici qanaxma olmur. Adətən qapalı sınıqlarda göyermə və şişkinlik olur.

Hər 2 növ zədələnmə nəzərəcarpacaq qanitirməyə səbəb ola bilər.

* **Zədələnmənin mexanizmi**

Travmalarda yardımın düzgün göstərilməsi üçün əvvəlcə əsas, sonra isə yanaşı zədələnmələr araşdırılmalıdır. Bunun üçün zədələnmənin mexanizmini, hadisəyə səbəb olan və bədənə təsir edən qüvvənin gücünü və təzyiqli istiqamətini bilmək vacibdir. Bunları bilməklə zədələnmənin ağırlığını və təsir etdiyi sahəni (o cümlədən daxili zədələnmələri) müəyyən etmək olar.

Sümük və oynaqların zədələnməsi 3 birincili qüvvənin təsiri ilə bağlı olur. Düz qüvvələr birbaşa sümük və oynaqlara təsir edib, onları zədələyir. Qeyri-düz qüvvələr bədənin bir hissəsinə təsir edib, digər hissəsini zədələyir. Çarpazlaşan qüvvələr əhəmiyyətli dərəcədə zədələnmələrə səbəb ola bilər.

Yol nəqliyyat hadisələrində təsir mexanizmindən asılı olaraq müxtəlif zədələnmələrə rast gəlmək olar. Yol nəqliyyat vasitələri baş-başa toqquşduqda sürücü qabağa doğru atılır və diz oynaqları avtomobilin cihaz lövhəsinə dəyib, bud-çanaq oynaqının sınığı ilə nəticələnmə bilər. Yanlardan zərbə qabırğa və bud-çanaq sümüklərinin sınıqlarına gətirib çıxarır. Hadisənin təsir mexanizmini zərərçəkəndən, ətraflarda olan şahidlərdən və ya ətrafa və zərərçəkənə baxış keçirdikdə müəyyən etmək olar.



Yuxarı ətraflar bədənin ən çox zədələnən hissələridirlər. Bu zədələnmələr müxtəlif yollarla baş verə bilər. Ən çox təsadüf edilən səbəb, qollar uzanıqlı vəziyyətdə yıxılmaqdır. Yıxılan insan instinktiv olaraq əllərini və

qollarını açmaqla yxılmasının qarşısını almaq istədiyindən, bu nahiyələr bədənə ağırlığın təsirinə məruz qalırlar. Bu qüvvə gərilməyə, sınığa, əlin, biləyin, saidin, dirsəyin, qolun və ya çiyinin çıxmasına səbəb ola bilər.

2. Çıxıq

Çıxıq – sümüyün oynaqdakı normal vəziyyətindən ayrılması və ya yerini dəyişməsidir. Çıxıqlar güclü qüvvənin təsiri nəticəsində baş verir. Bu qüvvə sınımaya və ətraf nahiyədəki sinir və qan damarlarının zədələnməsinə səbəb ola bilər. Çıxıq oynağın deformasiyası ilə müşahidə olunur. Çıxmış sümüyün ucu qeyri-normal şişkinliyə və ya çökəkliklərə səbəb olur. Zərərçəkən zədələnmiş oynaq hərəkət etdirə bilmir.

3. Burxulma

Burxulma – oynaqdakı bağların və digər toxumaların tamamilə və ya qismən zədələnməsidir. Oynağı təşkil edən sümüklərin öz normal hərəkət dairəsindən məcburi əks istiqamətdə kənara çıxmasından burxulma baş verir. Oynağı öz məhdud həddlərindən kənara məcbur edən qəflətən güclü zərbə, bağların tamamilə qırılmasına və hətta sümüklərin çıxmasına və sınımasına səbəb ola bilər. Yeniyetmə uşaqlarda bağlar sümüklərdən möhkəm olduğu üçün, sümüklərin sınması ehtimalı daha çoxdur. Zəif burxulmalar tez sağalır və qısamüddətli, azacıq ağrı və narahatlıq hissi ilə müşayiət olunur. Güclü və ya sınıma ilə müşayiət olunan burxulmalar oynaq hərəkət etdirildikdə, adətən ağrıya səbəb olur.

Burxulmalar sınımaya nisbətən fəaliyyət qabiliyyətinin itirilməsinə daha çox səbəb ola bilər. Bağların bərpa olunma qabiliyyəti yoxdur. Ona görə də, gərilmə və ya qırılmış bağlar müalicə olunmadıqda, bu oynağın dayanıqlığını azaldır və onun fəaliyyətini məhdudlaşdırır.

Şişkinlik və oynağın açıq mavi rəngdə olması onun dartıldığını göstərir.

4. Gərilmə

Gərilmə – gərginlik nəticəsində əzələlərin və vətərlərin dartılmasıdır. Ciddi travma sayılmır. Tez bir müddətdə keçib gedir. Vətərlər əzələlərdən sərt və möhkəm olduğu üçün, zədələnmə çox vaxt əzələnin özündə və ya əzələnin vətərə birləşdiyi yerdə olur. Əzələlərin və vətərlərin dartılması adətən gücə düşdükdə, məsələn, ağır əşya qaldırıqda və ya əzələlər çox gərgin işlədikdə baş verir. Belə zədələnmələr həmçinin, qəflətən və tənzim olunmamış hərəkət nəticəsində baş verə bilər. Gərilmə, adətən, boyunun və belin, budun qabaq və ya arxa, baldırın arxa əzələlərini əhatə edir. Boyun, bel gə-

rilməsi xüsusilə ağrılıdır və ona görə də hərəkəti məhdudlaşdırır. Burxulma kimi əzələ və vətər gərilməsi və cırılmasına çox vaxt fikir verilmir ki, bu da yenidən zədələnməyə gətirib çıxarır. Bəzən gərilmə, xüsusilə boyun, bel və budun arxa hissəsindəki əzələlərdə xroniki şəkildə təkrar olunurlar.

ƏZƏLƏ-SÜMÜK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNDƏ İLK YARDIM

Əzələ-sümük zədələnmələri ağrı ilə müşayiət olunmasına baxmayaraq, həyat üçün təhlükə törətmirlər. İlk yardımın düzgün göstərilməsi ağrı hissiyyatının azalmasına və zədələnmənin sonrakı gedişində müsbət təsir göstərir. Bu zaman ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlərin yerinə yetirilməsidir.

Əzələ-sümük zədələnmələrində zərərçəkəni kömək gələncə qədər sakitləşdirin, ruhlandırın.

Sümüyün dəridən çıxmasında və ümumiyyətlə, açıq sınıqlarda yaralanmalarda olduğu kimi ilk növbədə qanaxmanı dayandırın, *ağrını azaldın*, yaranı təmizləyib infeksiyanın qarşısını alın, yaraya və yaranın ətraflarına steril (təmiz) sarğı qoyub, onu təsbit edin ki, sürüşməsin (yerindən qaçmasın).

Açıq sınıqlar zamanı sınımış sümükləri yerinə salmağa və yara yerindən sümük qırıntılarını çıxarmağa cəhd göstərməyin.

Yaraya batmış yad cisim olduqda (bıçaq, şüşə və s.), onu çıxarmayın. Yad cismin tərpədilməsi (çıxarılması) toxumaları daha da zədələyib, qanaxmaya səbəb ola bilər. İri bükmə qoymaqla yad cismin vəziyyətini stabilləşdirin. Cismin ətrafına sarğı qoymaqla qanaxmanı dayandırın.

Təcili tibbi yardım briqadası gələncə qədər sınımış və ağrılı nahiyələri tərpətməyin, sabit qalmasına çalışın, deformasiyaya uğramış hissələri düzəltməyə çalışmayın.

Zərərçəkənin təxliyə edilməsini özünüz icra edəcəksinizsə, ağrını azaltmaq və fəsadların qarşısını almaq məqsədi ilə əl altında olan vasitələrlə sınımış nahiyəni olduğu vəziyyətdə hərəkətsizləşdirin. Sınımış nahiyəni düzəltməyə çalışmayın. Təxliyə zamanı sınımış nahiyənin hərəkətinə imkan verməmək üçün onu əllə tutub saxlayın.

Ağır zədələnmələrdə zədələnmiş nahiyənin hərəkətsizliyini (immobilizasiyasını) təmin edin.

! İmmobilizasiya təmin olunmayana qədər zərərçəkəni tərpətməyin.

! Ağır deformasiyaya uğramış ətrafı təcili tibbi yardım briqadası gələncə qədər həmin vəziyyətdə saxlayın.

Burada ilk yardımın əsas məqsədi zədələnmiş nahiyənin şişməsinin qarşısını almaq və ağrını azaltmaqdır. Zəruri olduqda həkimə müraciət etmək lazımdır.

1. Dinclik (zədələnmiş nahiyyəyə rahat vəziyyət verin)

Dinclik (rahatlıq, istirahət)–hərəkətsizləşdirmək və sarğı qoymaqla həyata keçirilir.

Sınığın növündən asılı olmayaraq ciddi əzələ-sümük zədələnməsində soyuq tətbiq etmək və dikəltmək kimi yardım göstərməzdən əvvəl zədələnmiş nahiyyəni (sınımış sümükləri) hərəkətsizləşdirin (immobilizasiya edin). Immobilizasiya ancaq yaranın işlənməsi və təmiz sarğının qoyulmasından sonra həyata keçirilir.

Ağır zədələri hərəkətsizləşdirmək üçün lövhələrdən və şinlərdən istifadə edin. Immobilizasiyadan sonra, zərərçəkənin rahat vəziyyət almasına kömək edin, zədələnmiş nahiyyəyə soyuq kompres qoyun, onu isti və ya soyuqun təsirindən qoruyun və toxtaqlıq verin.

Məqsəd: ağrını azaltmaq, sınımış sümüklərin yer dəyişməsinə və iti ucları ilə yumşaq toxumaları, əzələləri, qan damarlarını, sinirləri kəsməsinə yol verməmək, qapalı sınıqları açıq sınıqlara çevirməmək, zədələnmiş hissədə qan dövranının pozulma ehtimalını azaltmaq və zərərçəkənin təxliyəsi üçün optimal şərait yaratmaq.

- Əgər baş və ya bel zədələnməsi şübhəsi varsa, zərərçəkəni uzanmış vəziyyətə gətirin.
- Zərərçəkən xəstəxanaya çatdırılan zaman zərərçəkənin tam rahatlığını və hərəkətsizliyini təmin edin.
- Zərərçəkənə köməklik edin ki, o, ən rahat vəziyyəti ala bilsin.
- Sınıq və sınığa şübhə olduqda ətrafi immobilizasiya olunana qədər zədə nahiyyəsindən yuxarı və aşağı hissələrdən iki əllə sabit saxlayıb, onun hərəkətsizliyini təmin edin.
- Zədələnmiş nahiyyənin altına yumşaq bir şey qoyub, ona sakitlik yaradın.
- Əyilmiş və ya deformasiyaya uğramış bədən üzvünü düzəltməyin.
- Dəridən çıxmış sınıq sümüyü tərپətməyin.
- Sınımış sümükləri bərpa etməyə çalışmayın.
- Sınımış sümüklərin qırıntılarını və yad cisimləri yarıdan xaric etməyin.
- Ağrıya səbəb ola biləcək hər hansı hərəkətdən və ya fəaliyyətdən çəkinin. Əgər zədələnmiş hissə ağrı verirsə, zərərçəkən tibb işçisi tərəfindən müayinə olunana qədər həmin hissə hərəkət etdirilməməlidir.
- Oynaq sümükləri sınıqda onu tərپətməyin və olduğu vəziyyətdə immobilizasiya edin.
- Böyük oynaqların (diz və bud) çıxıqları müəyyən edildikdə mümkün qədər tez yardım göstərin.
- Həyatı vacib orqanların funksiyası bərpa olunduqda zərərçəkənə “bərpa vəziyyəti” verin.

2. Soyuq (buz və ya soyuq yaş sarğı – kompres tətbiq edin)

Travmanın növündən asılı olmayaraq təzə əmələ gəlmiş zədə (yara) nahiyəsini soyuq **kompres etməklə** yaxud buz qoymaqla soyudun. Məqsəd: soyuq, qan damarlarını sıxıb (daraldıb), şişkinliyin və qançırın əmələ gəlməsinin qarşısını alır, ağrının və narahatlığın azalmasına səbəb olur.

Buzu və ya soyuq kompresi birinci sutka ərzində tətbiq edin. Əzilmiş nahiyədə buz və ya soyuq kompres 20, ən çoxu 30 dəqiqə saxlanılır və hər 10–15 dəqiqə fasilədən sonra soyudulma təkrarlanır. Sınıqlarda buz və ya soyuq kompresi tətbiq edəndə ehtiyatlı olun, güclü təzyiq zərərçəkənin narahatlığına səbəb ola bilər. İkinci sutkadan əzilmiş nahiyəni isti saxlamaq lazımdır (ultra yüksək tezlikli terapiya – UYT “UVÇ”), isti proseduralar, ağrı-kəsicilərlə elektrod və fonoforez, müalicəvi gimnastika və s.).

Yüngül zədələnmələrdə əzilmiş yerə 20 dəqiqəlik soyuq qoymaq kifayət edir. Adətən 2–3 saata şişkinlik və ağrı azalır.

Buzu və ya soyuq kompresi yaradan bir qədər aralı saxlayın.

Buzdan istifadə

a) Polietilen qovuğu yarısına və ya 2/3 hissəsinə qədər xırda buz parçaları ilə doldurun. Buz qovuğunun ağzını bağlayıb, sarğı materialına (ləçəyə) və ya əl altında olan dəsmala və s. parçaya bükün. Ümumiyyətlə, soyuducuda olan bütün donmuş əşyalardan (dondurulmuş tərəvəzlərdən, xüsusilə noxudlardan və s.) istifadə etmək olar.

b) Parçaya bükülmüş buz qovuğunu əzilmiş nahiyənin üstünə qoyub bintlə, dəsmalla və s. təsbit edin.



Əzilmiş nahiyəni 20 dəqiqə ərzində soyudun və zərurət olduqda polietilen qovluqdakı buzı dəyişin. Buz tətbiq etdikdə donmanın baş verməsindən ehtiyat edin. Buz qovuğu ilə dəri arasına dəsmal qoyun. Buz qovuğunu bir bərəbərdə, müntəzəm təsbit edin.

Soyuq kompresdən istifadə

Soyuq kompresdən də istifadə etmək olar, ancaq bu, buz qədər yararlı olmayacaq. Əzilmiş nahiyə ətraf olduqda onu axar soyuq suyun altına qoyub və ya su rezervuarına (çəninə) salıb, soyudun. Baş, gövdə zədələndikdə zədə nahiyəsinə soyuq kompres qoyun.

a) Tənzifi (flanel, dəsmal və s.) həddindən artıq soyuq suyun içində, suyu özünə çəkənə qədər, isladandan sonra çıxarıb sıxın. Tənzif soyuq və nəm olmalıdır. Ondən su damcıları axmamalıdır. Soyuq və nəm tənzifi əzilmiş nahiyəyə və onun ətraflarına qoyun. Lazımdırsa tənzifi təsbit edin.

b) Hər 5 dəqiqədən bir tənzifi soyuq suyun içində isladib, sıxıb təkrarən əzilmiş nahiyəyə qoymaq lazımdır. Əzilmiş nahiyəni azı 20 dəqiqə ərzində bu cür soyudun.

3.Sıxma (zədələnmiş nahiyəni sıxın)

Zədə almış nahiyəni sıxın. Zədə nahiyəsini qalın qat pambıq, yumşaq əşya ilə (paltar, parça) bürüyüb, ehtiyatla təzyiq göstərərək sarğı qoyun. Yara olduqda əvvəl steril tənzif, sonra pambıq qoyun. Sarğı yaranın üstünü və ətrafını əhatə etməlidir. Sarğı yaradan sürüşərsə, onun üstündən əlavə sarğı qoyun. Məqsəd: qan damarlarını sıxıb şişkinliyi azaltmaq və zədələnmiş nahiyəyə rahat vəziyyət verməkdir.

4. Dikəltmə (zədələnmiş ətrafı qaldırın)

Zədələnmiş ətrafı dikəldin, yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə saxlayın. Məqsəd: zədələnmiş ətrafın dikəldilməsi bu nahiyənin qanla təchizatını və burada qanaxmanı zəiflədir. Nəticədə qançır və şişkinlik azalır. Mümkünsə, zədələnmiş nahiyəni ürək səviyyəsindən yuxarıya qaldırın. Sınıq və çıxıq olduğu nahiyəni ancaq immobilizasiya etdikdən sonra dikəltmək olar.

ŞOK ANLAYIŞI

ŞOKUN TƏSNİFATI

Şok- toxumaların oksigenlə təchizatı ilə onun sərf edilməsi arasında balansın pozulması ilə nəticələnən qan dövranı çatışmazlığıdır. Şok anlayışı və onun izahı hələ də araşdırılmaqda davam edir. Baş verən spesifik hal və müxtəlif vəziyyətlərdən asılı olmayaraq, şokun ilkin mərhələsində xəstəyə yanaşmanın ümumi prinsipləri eynidir. Şok ölümün əsas səbəblərindən biridir.

1. Şokun təsnifatı və səbəbləri

Müxtəlif səbəblərdən baş verən şok 5 kateqoriyaya bölünür.

➤ *Hipovolemik şok* – dövr edən qanın həcmnin kəskin azalması.

Səbəbləri: travma, xarici və daxili (qarın boşluğuna və ya döş qəfəsinə) qanaxma, bud və ya çanaq sümüklərinin sınıqları, arteriya və ya venaların deşilmiş yaralanmaları, yanıq, hipertermiya, qusma və ishal. Böyüklərdə və uşaqlarda geniş yayılmışdır.

➤ *Kardiogen şok* – ürəyin nasos funksiyasının pozulması (qeyri-adekvat olması).

Səbəbləri: miokard infarktı, ürək çatışmazlığı, aritmiyalar (ürək təqəllüsləri ritminin pozulması), ürək qüsurları, suda natamam boğulma, hipotermiya. Bir qayda olaraq böyüklərdə daha çox rast gəlinir. Kardiogen şokun yaranmasının əsas səbəbi aritmiyalardır.

➤ *Distributiv(septik) şok* – qan axınının paylanmasının pozulması.

Səbəbləri: sepsis, hiperreaktivlik (anafilaksiya – allergiya), toksiki vəziyyət, kəskin adrenalin çatışmazlığı, müxtəlif infeksiyon xəstəliklərin ağırlaşmaları, nevroloji faktor (vazomotor iflic). Uşaqlarda daha çox rast gəlinir. Bədənin temperaturu 38°C-dən yuxarı, yaxud 36°C-dən aşağı və qan təzyiqi aşağı olan uşaqlarda septik şokdan şübhələnmək lazımdır (sepsis yunan sözü olub, çürümə deməkdir – qanda mikrobların olması).

➤ *Obstruktiv şok*– qan axarına ürəkdən kənar maneənin olması (ekstrakardial obstruksiyası).

Səbəbləri: ağciyər arteriyalarının emboliyası, ürək cırılması (tamponadası), gərgin pnevmotoraks və s. Uşaqlar üçün xarakterik deyil.

➤ *Dissosiativ şok*– toxumalarda qan dövranının (perfuziyası) və ürəyin dəqiqəlik həcmi normal olduğu halda, hüceyrələr tərəfindən oksigenin mənimsənilməsinin (utilizasiyasının) azalması nəticəsində baş verir (“dissosiatio” –latın sözü olub ayırma deməkdir). Dissosiativ şokun səbəblərinə karbon monoksidlə (dəm qazı) zəhərlənmələr və methemoqlobinemiya aiddir. Qanın tərkib hissəsi olan eritrositlər – qırmızı qan cisimcikləri oksigeni hüceyrələrə hemoqlobin vasitəsilə daşıyır. Ağciyərlərdə hemoqlobin-

dəki iki valentli dəmir oksigeni özünə birləşdirir. Bəzi zəhərli maddələr iki valentli dəmiri oksidləşdirib üç valentli dəmirə – methemoqlobinə çevirir. Methemoqlobin oksigeni özünə birləşdirmək qabiliyyətinə malik deyil. Hemoqlobinin dəm qazı ilə birləşməsindən karboksihemoqlobin əmələ gəlir. Qanda karboksihemoqlobinin və ya methemoqlobinin səviyyəsinin artması şok və sonda ölümlə nəticələnir).



Norma

Hipovolemik şok

Kardiogen şok

Distributiv şok

Obstruktiv şok

Şəkildə göstəriləndiyi kimi **hipovolemik şokda** qanaxma nəticəsində qan dövranı çatışmazlığı baş verir. **Kardiogen şokda** ürəyin nasos funksiyasının pozulduğuna (qeyri-adekvat olduğuna) görə qanın böyük həcmi venoz sistemdə toplanır və qan dövranında iştirak etmir. Bu, qan dövranı çatışmazlığına səbəb olur. **Distributiv şokda** infeksiya, toksin, allergen (allergiya törədən cisim) qan damarına təsir edən mediatorları (vasitəçi) aktivləşdirir ki, onlar da venoz damarları iflic edib, qanın böyük həcmi venoz sistemdə depolaşdırır və qanın paylanmasını pozur. Nəticədə qan dövranı çatışmazlığı baş verir. **Obstruktiv şokda** ağciyər arteriyalarının emboliyasında və gərgin pnevmotoraksda ağciyəərə gələn damarlar sıxılır və qanın axınına maneə törədir, nəticədə qanın böyük həcmi ağciyər damarlarında toplanır. Ürəyə qayıdan qanın miqdarı azalır və qan dövranı çatışmazlığı baş verir. Ürək cırtlmasında (tamponadası) ürək kisəsinə qan dolub, onun fəaliyyətini məhdudlaşdırır və qan dövranı çatışmazlığına səbəb olur.

Beləliklə, səbəbindən asılı olmayaraq bütün şokların əsasında qan dövranının çatışmazlığı durur.

2. Şokun başvermə mexanizmi

Şokun əsasını qan dövranının çatışmazlığı təşkil etdiyindən, qanın tərkibi və miqdarına yenidən nəzər salmaq. Qan maye hissədən – plazmadan və onun içərisində üzən hüceyrələrdən (formalı elementlərdən): eritrositlər (qırmızı qan cisimcikləri), leykositlər (ağ qan cisimcikləri) və trombositlərdən ibarətdir. İnsanlarda qanın ümumi miqdarı normada bədən çəkisinin 6–8% təşkil edir, yəni 4,5–6,1 litr olur. Eritrositlərin tərkibində olan hemoqlobin oksigeni hüceyrələrə, karbon qazını isə hüceyrələrdən ağciyərlərə daşıyır.

Leykositlər orqanizmin mikroblardan, bakteriyalardan, viruslardan və s. yad maddələrdən qorunmasında mühüm rol oynayırlar. Trombositlər qanın laxtalanmasında iştirak edirlər. Qanın maye halı və qapalı sistemdə dövran etməsi həyat fəaliyyətinin vacib şərtləridir. Bunu qanın laxtalanma sistemi tənzimləyir. Bunun nəticəsində dövr edən qan maye halında saxlanılır və zədələnmiş damarlarda dövranın tamlığı qan tromblarının (qan laxtasının) vasitəsilə bərpa olunur.

Qan dövranı sisteminin normal işləməsi üçün qan damarlarında itki olmamaq şərti ilə, damarlar işlək olmalıdır. Adi halda, qan damarları sıxılaraq və ya genişlənərək orqanizmin müxtəlif nahiyələrinə qan axını azaldıb-artıra bilər. Bu imkan verir ki, həyati vacib orqanlar və nahiyələr qanla tam təmin olunsun. Zədələnmələr, o cümlədən sinir sisteminin zədələnməsi, xəstəliklər, infeksiyalar, narkotik maddələrin qəbulu və s. qan damarların ölçüsünü dəyişmək qabiliyyətinin itirilməsinə səbəb ola bilər.

* **Şok dövr edən qanın ciddi həcm çatışmazlığını** yaranan səbəblərdən baş verir. Bu səbəblərdən ən çox təsadüf olunan qanaxmadır. Bunu nəzərə alaraq, **şokun başvermə mexanizmi** qanaxma üzərində açıqlanır.

Belə ki, müəyyən bir yer yaralandıqda qanaxma baş verir və bu barədə məlumat mərkəzi sinir sisteminə çatdırılır. Tez bir zamanda qana damarları büzmək məqsədi ilə adrenalin ifraz olunur və laxtalanma sistemi aktivləşir. Büzülmüş damarlarda tromb əmələ gəlir və qanaxma dayanır. Orqanizm 10–15 dəqiqə ərzində 0,5 litrə qədər qan itirərsə bu heç bir ağırlaşmaya səbəb olmur (doğuş, donor və s.). Qan həcminin müəyyən qədər azalmasını orqanizm tarazlaşdırmağa bilir. İtirilmiş qan həcmi əvəz etmək üçün maye böyrəklərdən, ağciyərlərdən, bağırsaqlardan, hüceyrəarası sahələrdən geriye sorulur. Buna əlavə olaraq, bədən dərhal qan hüceyrələrini hazırlamağa başlayır.

Qanaxma davam etdikdə **dövr edən qanın həcmi kəskin azalır** qan dövranı çatışmazlığı əmələ gəlir. Orqanizm müvafiq tənzimləmə işini apara bilmir. Həyati vacib orqanların hüceyrələri oksigenlə və qida maddələri ilə lazımı qədər təmin olunmur. Beyin, ürək, böyrək, ağciyər, qaraciyər və daxili sekresiya vəzilərini oksigenlə zəngin olan qanla təmin etmək üçün **qan dövranı mərkəzləşir**. Qan dövranı mərkəzləşəndə bütün damarlar tədricən artan spazmaya məruz qalır. Damarların spazması (büzülməsi) nəticəsində damar daxilində olan qan təzyiq altında hüceyrəarası sahələrə süzülür və nəticədə damarlarda dövr edən qanın həcmi bir qədər də azaldır. Qanaxmanı dayandırmaq məqsədi ilə laxtalanma güclənir. Kiçik arterial damarlarda tromblar əmələ gəlir, onlarda qan axını və ürəyə qayıdan **venoz qanın həcmi azalır**. Ürək az həcmdə olan qanı damarlara vurur. Qanaxmada qanın həcmi az olduğundan **qan təzyiqi aşağı düşür** və bədənin oksigenə və lazımı qida maddələrinə olan tələbatını ödəmək üçün ürək sürətini və sıxıl-

ma qüvvəsini artırır. **Taxikardiya** (ürək təqəllüsünün tezləşməsi – ürəyin çox tez-tez vurması) əmələ gəlir və **nəbz tezləşir**. Ürəyin düzgün fəaliyyət göstərməsi üçün bədəndə lazımi miqdarda qan dövr etməlidir. Səbəbindən asılı olmayaraq, bədənin çoxlu miqdarda maye itirməsi ürəyin fəaliyyətinə təsir edir. Ürək əvvəlcə bədənin maye itkisini əvəz etmək üçün öz sürətini artırır və ritmik döyülmə pozulur. Bu halda nəbz qeyri-müntəzəm olur, sonra itir və zərərçəkən ölür.

Diqqət! Taxikardiya (nəbz tezləşməsi) qan dövründə baş verən dəyişiklərin erkən əlamətidir. Normada nəbz sayı yenidöğulmuşlarda dəqiqədə 160-dan, məktəb yaşına çatmamış uşaqlarda 140-dan, məktəb yaşlı uşaqlarda 120-dən, böyüklərdə 100-dən aşağı olmalıdır.

* **Qanaxmada normal halda orqanizmdə kompensator mexanizmlər güclənir** (bütün damarlarda spazma gedir, onlar yığılır, qanın laxtalanması artır). Bu, **mikrosirkulyasiya** (mikros – kiçik) **böhranına** gətirib çıxarır. Damarlarda spazma ilk növbədə dərialtı, əzələ toxumalarında və daxili orqanlarda (döş qəfəsi və qarın boşluğundakı orqanlar) baş verir və qan həyati vacib orqanlara yönəldilir. Əzələ toxuması və dərialtı damarların spazması nəticəsində **dəri avazıyır, soyuyur və nəm olur**.

Kiçik damarlarda baş verən spazma və qanın laxtalanması kiçik tromblar əmələ gətirir, orqanlarda hüceyrələrin qidalanmasını pozur və onların çürümə prosesini sürətləndirir. Şokda hətta, dəri örtüyünün bir hissəsinin çürüməsi barədə məlumat vardır. Qidalanması pozulan orqanlarda çatışmazlıq müşahidə olunur (kəskin ürək, böyrək, qaraciyər, ağciyər, daxili sekresiya vəzilərinin çatışmazlığı və beynin hipoksiyası). Bütün orqanların bu prosesə cəlb olunmasına “poliorqan proses” deyilir (**poliorqan çatışmazlıq**).

Böyrək çatışmazlığı nəticəsində **sidik ifrazı azalır** və bir müddətdən sonra heç olmur (sidik ifrazı normada bir saatda 50 ml olur). **Tənəffüs çatışmazlığı inkişaf edir**, tənəffüs tezləşir və səthiləşir, dəri, xüsusilə də burunun ucu, dodaqlar və dırnağın altı uzun müddət oksigen çatışmazlığından göyərir. **Maddələr mübadiləsi** (metabolizm)**pozulur**:

a) erkən dövrdə tənəffüs alkalozu (qələviləşmə) – qanın turşuluğunun azalması; b) gecikmiş dövrdə metabolik asidozu – qanın turşuluğunun artması müşahidə olunur. **Huşun səviyyəsi məhdudlaşır**. Əvvəlcə zərərçəkənin huşu itmir, lakin onda hərəkət və nitq oyanıqlığı, narahatçılıq və əsəbilik meydana çıxır. Ağrı varsa, ona qarşı reaksiya yaranır. Beynin qanla təchizatının tədricən zəifləməsi nəticəsində psixi pozğunluqlar, ətraf mühitə qarşı laqeydlik müşahidə olunur, qıcığa qarşı reaksiyalar kəskin azalır, yuxuculluq, ümumi tormozlanma baş verir, huşpozulur və tam itir (keyləşmə, sopor və koma).

* **Orqanların bioloji sağ qalma ehtiyatı** mövcuddur. Bəzi orqanların bioloji sağ qalma ehtiyatı bunlardır: yəni qaraciyərin – 15%, böyrəklərin – 25%, eritrositlərin – 35%, ağciyərin – 45%, qanın maye hissəsinin (plazma) 70%-i fəaliyyətdə olmalıdır. Bədən eritrositlərinin 35% itirdikdə yaşadığı halda, plazmanın 30% itirdikdə ölür. Deməli, bədəndə ən vacib olan qanın maye hissəsi – plazmadır.

* **Səbəbindən asılı olmayaraq, şokun əsasında toxumaların oksigenlə təchizatının pozulması** və bunun nəticəsi olaraq maddələr mübadiləsinin pozulması ilə müşahidə olunan kiçik həcmli qan damarlarında spazma və trombların əmələ gəlməsi – mikrosirkulyasiyanın pozulması, damarlarda dövr edən qanın həcmnin azalması – hipovolemiya durur. Buna görə, müxtəlif səbəblərdən asılı olmayaraq, şokun ilkin mərhələsində zərərçəkənə yanaşmada ümumi prinsiplər eynilik təşkil edir:

- damarlarda dövr edən qanın həcmnin bərpası;
- mikrosirkulyasiya böhranının aradan qaldırılması;
- maddələr mübadiləsinin normal vəziyyətə gətirilməsi;
- toxumaların oksigen təchizatının tənzimlənməsi.

ŞOKUN ƏLAMƏTLƏRİ

Tək bir həyati əlamət və ya göstərici ilə şoku müəyyənləşdirmək olmaz. Bir neçə əlamətin olması xəstənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsində böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Şok həyat üçün təhlükəli haldır və bu səbəbdən onun əlamətlərini bilmək vacibdir.

➤ **Dəri** və selikli qişalar kəskin *avazıyır*. 30%-dən artıq qan itirilməsində dəri kül rəngində olur.

➤ Bədənin temperaturu enir, dəri *soyuyur*.

➤ Tərləmə artır və dəri *nəm olur*. Ağır hallarda bədən soyuq yapışqanlı tərlə örtülür.

➤ Şok ağırlaşdıqca arterial qan təzyiqi artıq dərəcədə enir. Şok zamanı sistolik təzyiqdənsə nəbz təzyiqinin ölçülməsinə üstünlük verilir. Nəbz təzyiqi sistolik və diastolik təzyiq arasındakı fərkdir. Şokda nəbz təzyiqi azalır.

➤ Dərialtı venalar təyin olunmur. Mərkəzi venoz təzyiq enir (xəstəxana şəraitində ölçülür).

➤ **Taxikardiya** (ürək təqəllüsünün tezləşməsi – ürəyin çox tez-tez vurması) və aritmiya (ürək təqəllüsləri ritminin pozulması) olur.

➤ **Nəbzın sayı artır** (sürətli, zəif, sapvarı nəbz), böyüklərdə dəqiqədə 100-dən artıq olur.

- Dırnağı sıxanda dırnaq yatağının bir müddət (2 saniyədən artıq) avazımış qalması, kapilyarlardakı qan axınının pozulmasından xəbər verir (mikrosirkulyasiya böhranı).
- Boyun venalarının gərginliyi azalır, dərialtı venalar itir.
- Tənəffüs çatışmazlığı inkişaf edir, *tənəffüs tezləşir* və səthiləşir, dəri, xüsusilə də burunun ucu, dodaqlar və dırnağın altı uzun müddət oksigen çatışmazlığından göyərir.
- *Sidik ifrazı azalır* və bir müddətdən sonra olmur (sidik ifrazı normada bir saatda 50 ml olur).
- Susuzluq, bəzən qusma müşahidə olunur.
- Maddələr mübadiləsi pozulur (qanın turşuluğunun artması).
- Huşun səviyyəsi məhdudlaşır, *huş pozulur və tam itir* (keyləşmə, sopor və koma).

Bunlar pis proqnostik əlamət hesab olunur. Tez bir zamanda qan və qan əvəzedicilərin vena daxilinə köçürülməsi lazımdır. Onun üçün qanaxmanı dayandırıb, zərərçəkəni tez xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır.

Diqqət! (1) Ağır şokun erkən göstəricisi nəbzın tezləşməsi və dərialtı damarların spazmasıdır. Buna görə istənilən travma almış zərərçəkənə soyuqdursa (o, üşüyür) və onun nəbzi tezləşsə – onda şokdur, qeyrisi sübut edilənə qədər.

(2) Travmadan sonra müşahidə olunan qan təzyiqinin aşağı olması (hipotenziya) səbəbi aydınlaşana qədər hipovolemiya kimi qiymətləndirilir.

(3) Huşun səviyyəsi və nəbzın tezləşməsi qan dövrənini qiymətləndirmək üçün əsas sayılır.

(4) Gərgin pnevmotoraks və ürəyin tamponadasında müşahidə olunan obstruktiv şok zamanı boyun venaları gərginləşir.

ŞOKDA İLK YARDIM

Şok zamanı ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD algoritminin yerinə yetirilməsidir.

Yardım göstərərəkən xilasedici işi ardıcıl olaraq mərhələ-mərhələ yerinə yetirməlidir: “Diqqət təhlükə!”, Reaksiya (huşu qiymətləndirmək, huş itibə köməyə çağırmaq), “Canlandırma – qan dövrəninin bərpası”, “Açıq tənəffüs yolları”, “Birbaşa nəfəs vermək” və “Defibrilyasiya” mərhələsi.

Kütləvi hadisələrdə təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər, bütün zərərçəkənlərin vəziyyəti qiymətləndirilməli, xarici baxış keçirilməli və ilk yardım göstərilməlidir.

Şokun təsirini azaltmaq məqsədi ilə həyat üçün təhlükəli halları araşdırıb, aradan qaldırmaq lazımdır. Xarici qanaxma olduqda bioloji substansiyalardan və yoluxucu xəstəliklərdən qorunmaq lazımdır.

İlk yardım şokun səbəbini nəzərə almadan universal aparılmalıdır.

Şokun əlamətlərini müəyyən etdikdə aşağıdakı tədbirləri yerinə yetirin.

- Təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin.
- Qanaxmanı dayandırın.
- Tənəffüsə nəzarəti tənəffüsün tezləşməsi (taxipnoe) zamanı aparın. Taxipnoe zamanı tənəffüs aktında iştirak edən əzələlərin intensiv çalışması nəticəsində süd turşusunun miqdarının artması baş verir ki, bu da maddələr mübadiləsinə öz təsirini göstərir. İdarə olunan süni ventilyasiya və zərərçəkənə emosional rahatlığın yaranması tənəffüs aktında iştirak edən əzələlərin işini azaldır və sağ qalma ehtimalını artırır.
- Zərərçəkənə mümkün qədər tez bir zamanda balon vasitəsilə oksigen verin.
- Huşuna nəzarət edin. Huşunu itirmiş zərərçəkənlərə sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verin.
- Zərərçəkəni uzadın. Beynin qan dövranını yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə zərərçəkənə Trendelenburq vəziyyəti vermək lazımdır (baş aşağı, ayaqlar yuxarı olmalıdır). *Ayaqları təxminən 30 sm yuxarı qaldırın.*
- Zərərçəkəndə ürəkbulanma, tənəffüsün çətinləşməsi, baş, boyun və bel zədələnmələri, oma və ayaqlarda sümük sınmasına şübhə olduqda və ya hərəkət zamanı ağrılar artırsa ayaqları qaldırmayın. Zərərçəkənin vəziyyəti müəyyənləşdirilməyibsə və hərəkət zamanı ağrılar olarsa, onu olduğu vəziyyətdə saxlayın.



Zərərçəkənə toxtaqlıq verin və lazım olan qayğını göstərin – zərərçəkəni mümkün qədər rahat vəziyyətə gətirin, çünki ağrılar şoku ağırlaşdırı bilər. Zərərçəkənin rahat vəziyyətdə qalmasına kömək etməklə ağrıları azaltmaq olar. Zərərçəkəni soyuqdan və istidən qoruyun. Zərərçəkəni dərialtı spazmanın artmaması üçün adyala, yorğana büküb isti saxlayın.

- Əsas zədələnmələrə diqqət yetirin. Lazım olduqda şin və sarğı qoyun.
- Zərərçəkənə su və qida verməyin. Zərərçəkəndə yangı hissi olmasına baxmayaraq, ona yeməyə və içməyə heç nə verməyin. Onun vəziyyəti elə

ciddi ola bilər ki, cərrahiyyə əməliyyatı tələb olunsun. Belə halda mədəbağırısaq sisteminin boş olması məqsədəuyğundur.

- Zərərçəkənə xəsarət yetirə biləcək heç nə etməyin.

- **Şok vəziyyətində olan bütün zərərçəkənləri xəstəxanaya yerləşdirin.**

Şok vəziyyəti təkcə ilk yardım vasitəsilə effektiv olaraq aradan qaldırılmaz. Şok vəziyyətində olan zərərçəkənə mümkün qədər tez, hərtərəfli həkim yardımı göstərilməlidir.

HIPOVOLEMİK ŞOK

Qanaxma adətən travma nəticəsində baş verir. Bunun üçün belə hallarda baş vermiş şoka hipovolemik, bəzi ədəbiyyatlarda travmatik şok deyilir. Qanaxma – travmadan sonra ölümə səbəb olan və müalicəyə tez təbə olan bir haldır. Qanaxmanın ağırlıq dərəcəsi qanaxmanın az və ya çox olmasından asılıdır. Ağır qanaxmalar şok və ölümlə nəticələnir. Xarici qanaxma, orqanizmin başqa zədələnmələrindən fərqli olaraq, gözlə görünür, çox qorxulu həyəcan yaradır. Həmişə DRCABD alqoritminə istinad etmək lazımdır. Belə zədələnmələrdə bioloji substansiyalardan və yoluxucu xəstəliklərdən qorunmaq lazımdır.

İstənilən travma almış zərərçəkənə soyuqdursa (o, üşüyür) və onun nəbzi tezləşib onda şokdur, qeyrisi sübut edilənə qədər. Travmadan sonra müşahidə olunan qan təzyiqinin aşağı olması (hipotenziya), səbəbi aydınlaşana qədər hipovolemiya kimi qiymətləndirilir. Huşun səviyyəsi və nəbzin tezləşməsi qan dövranının qiymətləndirmək üçün əsas sayılır.



Sümüklərin sınığı zamanı damarların kəsilməsindəki kimi qanaxma müşahidə olunur. Sümüklərin sınığında xarici və daxili qanaxma ola bilər. Sümüklərin sınığında aşağıda göstərilən miqdarda qan itkisi olur: topuq 250 ml, bazu 300–500 ml, baldır 300–350 ml, bud 1000–1500 ml, çanaq 2500–3000 ml. Çoxsaylı və mürəkkəb sınıqlarda qan itkisi 3000–4000 ml olur.

Həyat üçün təhlükəli qanaxma – plazmanın 30% itirildikdə zərərçəkən ölür. Bu, təkcə çanaq və ya 2–3 sümüyün sınığında ya da **daxili qanaxma** olduqda baş verir (qaraciyər və dalağın yaralanmaları və s.).

Daxili qanaxmanın əlamətləri xarici qanaxmanın əlamətləri ilə eynidir. Fərq xarici qanaxmanın gözlə görünməsidir.

Şok halında mərkəzi sinir sistemi zədələnmiş nahiyyədən daxil olan hissiyyat qıcıqlarını qəbul etmədiyinə görə zərərçəkən ağrı hiss etmir, qışqırmır, köməyə çağırmır. Belə hallarda zərərçəkənə narkotik ağrı kəsicilər vurulması **əks göstərişdir**. **Narkotik preparat** qan təzyiqini kəskin aşağı

salır və tənəffüsü məhdudlaşdırır. Qanaxmada isə qan təzyiqi onsuz da aşağı olur. Bütün şoklarda olduğu kimi burada da ilk növbədə maye köçürülür. Qan dövrənı bərpa olan kimi mərkəzi sinir sistemi ağır qıcıqlarını qəbul edir və zərərçəkən ağrını hiss edib, narahatlığını bildirir. Bu zaman ona ağrıkəsici vurmaq lazımdır.

Zərərçəkən ağrıdan qışqırırsa, deməli, onda hələ şok əmələ gəlməyib, ona ilk növbədə ağrıkəsici tətbiq edib, daha sonra ilk yardımın digər mərhələlərinə keçmək lazımdır. Ciddi xəsarət alan zərərçəkən qışqırmırsa, deməli, onda şokdur. Belə vəziyyətdə zərərçəkənə yardımı maye köçürməkdən başlamaq lazımdır.

Bütün əzələ-sümük zədələnmələrində – bağların gərilməsində, burxulmada (bağların cırılmasında), dərin qançırılarda (hematomalarda) zədələnmiş nahiyəni hərəkətsizləşdirib, rahat vəziyyət verin, soyuq (buz və ya kompres) tətbiq edin, zədələnmiş nahiyəyə sarğı qoyub sıxın, zədələnmiş nahiyə ətraf olduqda onu qaldırın.

➤ **Hipertermiya** (həddindən artıq qızdırma). Hipertermiyada bədənin həddindən artıq qızmasından tər ilə su, duz itkisi və eyni zamanda maye qəbulunun azalması hesabına dövr edən qanın həcmi kəskin azalır. Hipertermiya elə bir təxirəsalınmaz vəziyyətdir ki, hər itirilən dəqiqə ölümü daha da tezləşdirir.

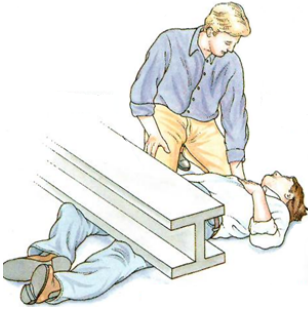
➤ **Qusma və ishal.** Böyüklərdən fərqli olaraq, uşaqlarda qan dövrənının pozulmasının əsasında qusma və ishal nəticəsində baş verən hipovolemik şok durur. 1–2 gün ərzində mütəmadi öyüyüb qusan və ya ishalı olan uşaq diqqət tələb edir. Uşaqlarda qusma və ishal zamanı itirilmiş maye su qəbulu ilə əvəz edilməlidir. Uşaqda güclü qusma və ishal olduqda dərhal təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin.

➤ **Yanıqlarda şok.** Yanıq zamanı bədənin yanımış sahəsindən külli miqdarda maye itirilir və bu dövr edən qanın həcmi kəskin azaldıb, hipovolemiyaya (hipovolemik şoka) gətirib çıxarır. Bu, bədən səthinin 25% artıq sahəsinin yanması nəticəsində baş verir. Bəzi ədəbiyyatda yanıqlar zamanı hipovolemiyadan yaranan şoka yanıq şoku deyilir (bax: “Termiki yanıqlar”).

ƏTRAFLARIN UZUN MÜDDƏT SIXILMASI (Kraş sindromu)

ÜMUMİ MƏLUMAT

Fövqəladə hadisələr baş verdikdə insanların xilas edilməsi çox zaman vaxtında, məqsədyönlü surətdə aparılan ilk yardımdan asılı olur. Bəzi hallarda lazımi məlumatın olmaması zərərçəkənin həyatı üçün təhlükəli olan ağırlaşmalarla nəticələnir və dağıntı zamanı ölüm faizinin artmasına səbəb olur.



Dağıntılar zamanı meydana çıxan yaralanmalardan biri də uzunmüddətli sıxılma (Kraş) sindromudur. Kraş sindromu – uzun müddət böyük mexaniki qüvvənin təzyiqi altında bədənin yumşaq toxumalarının (əzələ, piy qatı, dəri) zədələnməsi nəticəsində inkişaf edir. Sindromun meydana çıxmasına səbəb müxtəlif travmalar ola bilər. Uzunmüddətli sıxılma sindromu daha çox zəlzələlər, müasir silahların istifadəsi zamanı, inşaat meydançaları, şaxta və karyerlərdə baş verən uçqunlar və dağıntılar zamanı rast gəlinir. Ağır mexaniki qüvvə tərəfindən sıxılan yumşaq toxumada əzilmə, dağılma baş verir, meydana çıxan ağrı zərərçəkmişin sinir, ürək-damar, tənəffüs sistemində ciddi pozuntular yaradır. Eyni zamanda əzilmə nəticəsində qansızmalar olur. Sıxılma müddəti uzandıqca sıxılmış toxumaların qan təminatı azaldığı üçün məhv olmağa başlayır. Nəticədə zədə nahiyəsində zəhərli maddələr yaranır. Zədələnmiş şəxs dağıntı altında belə bir vəziyyətdə uzun müddət yaşaya bilər. Şəxsi dağıntıdan azad etdikdə zədə nahiyəsindən zəhərli maddələr toplam surətdə qana sorulmağa başlayır ki, nəticədə həyatı vacib orqanlar zədələnir.

Təbii fəlakət zonalarında iş təcrübələri göstərir ki, zərərçəkənin dağıntı altından mümkün qədər cəld xilas edilməsi heç də həmişə onun xilas edilməsi demək deyil. Bir çox hallarda xilasetmə əməliyyatının düzgün aparılmasına və tibbi yardımın tam həcmdə göstərilməsinə baxmayaraq, dağıntılar altından çıxarılmış zərərçəkən dərhal ölür. Bunun səbəbi bütün orqanlar və sistemlərdə gedən dərin və geri dönməyən dəyişiklərdir.

ƏTRAFLARDA BAŞ VERƏN DƏYİŞİKLİKLƏR

Sıxılma sindromunda baş verən dəyişikliklər iki mərhələlidir: kompressiya və dekompressiya.

1. Kompresiya (sıxılma)

Kompresiyanın əvvəlində ağrı çox güclü olsa da, bir neçə saat keçdikdən sonra küt ağrıya çevrilir. Meydana çıxan ağrı zərərçəkənin sinir, ürək-damar, tənəffüs sistemində ciddi pozğunluqlar yaradır. Eyni zamanda əzilmə nəticəsində qansızmalar əmələ gəlir. Sıxılma müddəti uzandıqca sıxılmış toxumaların qan təminatı azaldığı üçün məhv olmağa başlayır. Nəticədə zədə nahiyəsində zəhərli maddələr əmələ gəlir.

Əgər ətraflar sıxılmadan azad edilməyibsə, zərərçəkənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş ola bilər və o dağınıq altında belə bir vəziyyətdə uzun müddət sağ qala bilər. Ətraflar azad edildikdən (turna qoyulmadan) sonra zərərçəkənin vəziyyəti ağırlaşır, huşu itir. Əllər və ayaqlar soyuq tərlə örtülmüş, avazımsız olur, nəbz zəifləyir və ya təyin olunmur, orqanizmin bütün funksiyaları məhdudlaşır. Sıxılma nə qədər uzun müddət çəkərsə, toksiki zərbə o qədər də güclü olur və ölüm daha tez baş verir.

Kompresiya zamanı qan dövrəni mərkəzləşir, mikrosirkulyasiya pozulur, ətrafların işemiyası artır. Basılıb əzilmiş ətraflarda və sıxılmış damarlarda oksidləşməmiş mübadilədən yaranan və dağılmış toxumaların toksik məhsulları sıxılıb-əzilmiş ətrafda toplanır. Ətraf azad edildikdə, qan dövrəni bərpa olunur və sıxılmış nahiyədə əmələ gəlmiş zəhərli aralıq məhsullar orqanizmə sorulur.

Əzələ kütləsi nə qədər çox zədələnibsə, qana bir o qədər çox toksiki maddələr daxil olur və zərərçəkənin vəziyyətini ağırlaşdırır. 4–6 saat müddətində sıxılmış ətrafda və sıxılma yerindən bir qədər yuxarı əzələlərin nekrozu (ölümü) baş verir. Hüceyrələrdə toksik maddələr artır (mioqlobin – əzələ zülalı, kreatinin, kalium və kalsium ionları, fermentlər və s.). Əzələlər 75% mioqlobin və 65% kalium itirir.

Ətraf azad olduqda toksik maddələr qan dövrəsinə daxil olub distributiv (septik) şokun əmələ gəlməsinə səbəb olur. İlk sutkada sidik açıq-qırmızı rəngdə olur (sidikdə mioqlobin olmasının əlaməti). Sonralar sidik ifrazı azalıb, tamamilə kəsilir, kəskin böyrək çatışmazlığı baş verir. Kəskin böyrək çatışmazlığından zərərçəkənlərin 35–45%-i vəfat edir.

2. Dekompresiya (sıxılmanın götürülməsi)

Dekompresiya mərhələsi ətrafi azad edəndən sonra baş verir. İnsanı dağınıqlar altından azad etdikdə zədə nahiyəsindən zəhərli maddələr toplu surətdə qana sorulmağa başlayır ki, nəticədə həyati vacib orqanlar (ürək, böyrəklər, ağciyər, qaraciyər) zədələnin – beynin ödemi baş verir. Ətraf azad olduqda, zərərçəkənin ətrafından qan dövrəsinə külli miqdarda toksinlər daxil olur və şok halı yaranır. Bütün orqanları və sistemləri əhatə edən (poliorqan) patoloji dəyişiklər müşahidə olunur. Şokun ağırlığı işemiyaya

uğramış ətrafın həcmindən, ötmüş vaxtdan və işemiyanın dərəcəsinə asılıdır. Ətraflarda yaranmış qan və limfa dövrəni pozğunluğundan ödem (şişkinlik) baş verir.

Ətrafı azad edənə qədər zərərçəkənin vəziyyəti elə də ağır olmur. Tədricən zərərçəkənin halı ağırlaşmağa başlayır. Ağrı təkənləri tədricən şiddətlənir, qana sovrulan toksinlər şok əlamətlərini üzə çıxarmağa başlayır, qan təzyiqi düşür. Zərərçəkəni ətraflarda şiddətlənən ağrı narahat edir. Ətrafların hərəkəti məhdudlaşır, rəngi avazıyır, dırnaqlar göyərmiş (sianozlu) olur, nəbz əllənmir. Üzərində qansızmalar və sıxan əşyanın çuxur yeri qalır. Eyni zamanda zədələnmiş ətrafda çoxlu miqdarda maye toplanması da zərərçəkənin vəziyyətinin ağırlaşmasına səbəb olur. Ətraf azad edildikdə 2–3 litrədək plazma toxumalarının arasına süzülür. Ətraf kəskin sürətdə böyüyür, şişir, gərginləşir, əzələlərin konturları itir, ödem (şişkinlik) bəzən elə həddə çatır ki, ətraf bərkliyinə görə ağaca bənzəyir. Ödem xəsarət alan yerdən kənara yayılır, çuxurlar düzəlir, suluqların əmələ gəlməsi müşayiət olunur. Çox zaman topuqda nəbz itir. Ağrı getdikcə şiddətlənir. Azacıq hərəkət sınıq olmasa belə, çox güclü ağrıya səbəb olur. Belə insanlar adətən erkən toksemik (septik) şokdan, sonralar isə böyrək çatışmazlığından vəfat edir. Uzunmüddətli sıxılma (Kraş) sindromun müalicəsi çətin və az effektivdir. Belə insanların 40%-dən çoxu ölür.

Ətrafın uzunmüddətli sıxılma sindromu turmanın qoyulmasından 2 saatdan artıq vaxt keçdikdə də müşayiət olunur. Eyni zamanda sıxılmaya və zədələnməyə qan damarları və başqa toxumalarla birlikdə sinirlər də məruz qalır. Gələcəkdə bu özünü ətrafların fəaliyyətdən və inkişafdan qalmasına, həyat qabiliyyətini itirməsinə gətirib çıxarır.

3. Sıxılma müddəti və proqnozlar

Uzunmüddətli sıxılma sindromunun (Kraş) ağırlığına və proqnozuna sıxılma müddətinin təsiri:

- yüngül hal – ətrafın bir hissəsinin dağıntı altında 4 saatdan az qalması;
- orta ağır hal – iki yuxarı ətrafın və ya bir aşağı ətrafın və ya iki baldırın dağıntı altında 6 saat qalması;
- ağır hal – həmin nahiyələrin dağıntı altında 7–8 saat qalması (zərərçəkənlərin 25–30%-i ölür);
- çox ağır hal – iki aşağı ətrafının dağıntı altında 6 saatdan artıq qalması (əksəriyyəti 2–3 gün ərzində ölür).

Xəstəliyin ilk 2–3 günü ərzində distributiv (septik) şok əlamətləri olur: arterial təzyiq aşağı düşür, tənəffüs və nəbz tezləşir, zərərçəkəndə oyanıqlıq olur. 3–5-ci gün nisbi yaxşılaşma qeyd edilir. 4–7-ci gündən sonra sinir sistemi və böyrəklər zədələnir. Sonuncu dövrdə böyrək çatışmazlığı, zədələnmiş ətrafda güclü ağrılar, qanqrena baş verir.

İLK YARDIM

Uzunmüddətli sıxılma sindromu zamanı ilk yardım kompleks şəkildə aparılır:

- 1) Qısa müddət ərzində zədələnmiş nahiyənin soyudulması, ətrafların immobilizasiyası;
- 2) Elastik kompressiya, zədələnmiş nahiyənin soyudulması, ətrafların immobilizasiyası;
- 3) Travmatik şok əleyhinə tədbirlər;
- 4) Xəstənin yaxınlıqdakı xəstəxananın cərrahi şöbəsinə aparılması.

Xilasətmə əməliyyatlarını həyata keçirərkən ən vacibi xilasedicinin ikinci qurbana çevrilməməsidir. Xilasedici özü də təhlükəyə məruz qala bilər. Təhlükə riski xilasedicini hər an izləyir. Ona görə də yardım göstərməmişdən əvvəl, o, özünün, sonra isə zərərçəkənin təhlükəsizliyini təmin etməlidir.

Xilasedicinin təhlükəsizliyi hadisə yerinin və onun ətrafının qiymətləndirilməsi ilə başlayır. Hadisə yerində zərərçəkənə yaxınlaşmağın təhlükəsiz olub-olmadığını müəyyənləşdirin. Bəzi hallarda hadisə yerinə daxil olmaq təhlükəlidir. Əgər təhlükəyə məruz qalmış insana kömək edə bilmirsinizsə, dərhal peşəkar kömək çağırın.

Zərərçəkən huşunu itiribsə, təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edib, xilasətmə əməliyyatına başlamaq lazımdır. Zərərçəkənin huşu özündədirsə, ilk növbədə onu dağıntılar altından xilas etmək lazımdır. Ehtiyatlı olun. Əmin olun ki, ətraf mühit təhlükəsizdir.

Uzunmüddətli sıxılma sindromu zamanı ilk yardım kompleks aparılır. İlk növbədə zərərçəkənə məqsədyönlü yardım göstərmək üçün soyuqqanlı və diqqətli olmaq lazımdır. Yardım göstərərkən insanın dağıntı altında qalma müddətini bilmək vacibdir.

1. Dağıntı altında yardım

Zədələnmiş insan dağıntı altından qısa müddət ərzində azad olunmalıdır. Zərərçəkənin dağıntıdan azad edilməsi qarşılıqlı köməklə edilir. Buna görə də təhlükə olan zonalarda ilk yardıma aid məlumatlandırılmanın əhəmiyyəti böyükdür. Yardım göstərərkən şəxsin dağıntı altında qalma müddətini bilmək vacibdir. Bu onun vəziyyətinin ağırlığına və xəstəliyin proqnozuna təsir edir.

- İlk növbədə dağıntılar altından zərərçəkənin başını və gövdəsini azad edin. Sonra zərərçəkənin ağız və burnunu yad cisimlərdən təmizləyib, ağız boşluğunu təmiz su ilə yuyun. Süni tənəffüs lazım gəldikdə, hər 5–7 saniyədən bir “ağızdan-ağıza” və ya “ağızdan-buruna”dəqiqədə 8–12 dəfə nəfəs verin. Yaraların işlənməsindən sonra onların üzərinə steril sarğı qoyun.

- Zərərçəkənin ətrafı dağınıq altından ehtiyatla azad edilməmişdən əvvəl və ya etdikdən dərhal sonra zədələnmiş ətraflara turna qoyulur. Jqut olmadıqda əl altında olan vasitələrdən istifadə edilir. Jqutun qoyulması zədələnmiş nahiyədən zəhərli maddələrin geri qayıtmasının qarşısını alır. Düzgün qoyulan jqut zədələnmiş ətrafda şişkinliyin azalmasına səbəb olur. Eyni zamanda qoyulmuş jqut qanaxma təhlükəsini aradan qaldırır.

2. Elastik kompressiya

Zədələnmiş ətrafda şişkinliyin aradan götürülməsi üçün elastik kompressiyadan istifadə edilir. Zərərçəkən dağınıq altından çıxarıldıqdan dərhal sonra elastik bintin köməyi ilə barmaqlarından başlayıb mərkəzə doğru tamamilə sarımaq lazımdır (ayaq – dabandan qasıq büküşünədək, qol – əl barmaqlarından çiyin qurşağınadək). Elastik bint qansaxlayıcı turnaya nisbətən yüngül, sərbəst bağlanır.

3. Ətrafların immobilizasiyası

İlk yardım göstərən zaman zərərçəkənin immobilizasiyası böyük əhəmiyyətə malikdir. Immobilizasiya zədələnmiş ətrafın şinlərdən istifadə etməklə tam hərəkətsizləşdirəli deməkdir. Hətta sınıq olmadıqda belə immobilizasiya mükəmməl aparılmalıdır. Düzgün aparılan immobilizasiya zərərçəkənin daşınması zamanı ağrını, şişkinliyin intensivliyini azaldır və zəhərli maddələrin qana sorulmasını ləngidir. Bu işə şokun inkişafının qarşısını alır. Immobilizasiya üçün standart şinlərdən istifadə olunur. Yumşaq olmaq üçün şinin altına çoxlu pambıq, tənzip, olmadıqda isə paltar qoyulur və bərk sarınır. Şinin uzunluğu iki oynaqı tutacaq qədər olmalıdır. Hazır şina olmadıqda, əl altında olan cürbəcür taxtalardan, budaqdan, kartondan da şina kimi istifadə etmək olar. Onu mütləq hadisə yerində və ehtiyatla qoymaq lazımdır. Çünki ancaq şina qoyulduqdan sonra xəstə bir yerdən başqa yerə aparıla bilər.

4. Zədələnmiş nahiyənin soyudulması

İlk yardım kompleksinə yerli hipotermiya (zədələnmiş nahiyənin soyudulması) ilə başlamaq lazımdır. Zədələnmiş toxumalar soyudulduqda onlarda maddələr mübadiləsinin intensivliyi aşağı düşür, oksigenə tələbat azalır və qan təchizatının müvəqqəti pozulmasına baxmayaraq, dağılmamış yumşaq toxumalar məhv olmur. Bundan başqa hipotermiya ətraflardakı ödem (şişkinlik) azaldır, ağrını zəiflədir. Yayda yerli hipotermiyəni aparmaq çətindir. Belə halda soyuq suda isladılmış dəsmallardan istifadə edilir. Qışda isə qarla doldurulmuş torbalar (paketlər) zədələnmiş nahiyəyə qoyulur. Bud və baldır nahiyələrinə 4-6 belə torba (paket) tələb olunur. Torbalar (paketlər) ətraf üzərinə və yanlarına düzülür. Belə soyudulma 2-4 gün aparılmalıdır. Uzunmüddətli sıxılma sindromu zamanı soyudulma fasiləsiz aparılmalıdır (azad edildikdən başlayıb, ilk yardım və daşınma zamanı).

5. Şok əleyhinə tədbirlər

Vaxtında və düzgün aparılan ilk yardım, o cümlədən zərərçəkənə rahatlıq verilməsi, ətrafların immobilizasiyası, yerli soyudulma, 100%-li oksigenin verilməsi, ağrının qarşısını almaq üçün tədbirlərin görülməsi xəstəliyin inkişafını ləngidir, gələcək ağırlaşmaların qarşısını alır. Beynin qan dövrənini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə zərərçəkənə Trendelenburq vəziyyəti vermək lazımdır (baş aşağı, ayaqlar yuxarı olmalıdır).

6. Zərərçəkənin xəstəxanaya aparılması

Hadisə yerində görülən tədbirlərdən sonra zərərçəkənin huşunun qiymətləndirilməsi AVPU alqoritminin köməyi ilə aparılıb (bax: “Nevroloji status. Qıcolma”), sistematik nəzarət altında saxlanılmalıdır. Zərərçəkən ilk yardım göstərildikdən və ağrıkəsici vurulduqdan sonra yaxınlıqda yerləşən xəstəxananın cərrahi şöbəsinə çatdırılmalıdır. Uzunmüddətli sıxılma (Kraş) sindromun müalicəsi xəstəxanada kompleks şəkildə aparılır. Zərərçəkənin həyatı xəstəxanaya tez çatdırılmasından asılıdır.

İlk yardım göstərilmədikdə, düzgün immobilizasiya aparılmadıqda zədələnmiş toxumaların ölümü baş verir ki, bu da xəstənin ətraflarında qanqrenaya (bədənin bir yerində toxumaların çürüməsi) və həyat üçün təhlükəli ağırlaşmalara səbəb olur.

ƏTRAFLARIN İMMOBİLİZASİYASI

NƏQLİYYAT ŞİNLƏRİ

Nəqliyyat immobilizasiyası – zərərçəkənin səhiyyə müəssisəsinə təxliyə edilməsi üçün xəsarət almış orqana, bədən hissəsinə və ya bütövlüklə bədənə rahatlığın və hərəkətsizliyin yaradılmasıdır.

Məqsəd: ağrını azaltmaq, sınımış sümüklərin yer dəyişməsinə və iti ucları ilə yumşaq toxumaları, əzələləri, qan damarlarını, sinirləri kəsməsinə yol verməmək, qapalı sınıqları açıq sınıqlara çevirməmək, zədələnmiş hissədə qan dövranının pozulma ehtimalını azaltmaq və zərərçəkənin təxliyəsi üçün optimal şərait yaratmaq.

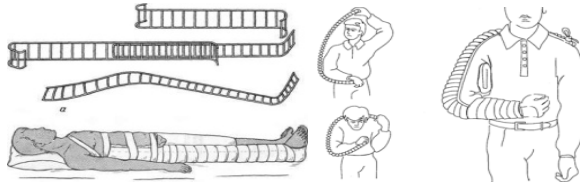
İmmobilizasiya (hərəkətsizləşdirmək) desmurgiyanın bir hissəsidir. Etibarlı immobilizasiyasız zərərçəkəni təxliyə etməyin. Sınığın növündən asılı olmayaraq ciddi əzələ-sümük zədələnməsində soyuq tətbiq etmək və dikəltmək kimi yardım göstərməzdən əvvəl zədələnmiş nahiyəni (sınımış sümükləri) hərəkətsizləşdirin.

- Zədələnmiş nahiyənin hərəkətsizliyini təmin etmək üçün lövhələrdən və şinlərdən istifadə edin.
- İmmobilizasiyasız zərərçəkəni sağlamlığına təhlükə olmadıqda, yerindən tərpətməyin.
- Təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər ağırlı nahiyələri tərpətməyin, ağır deformasiyaya uğramış ətrafı həmin vəziyyətdə saxlayın və düzəltməyə çalışmayın.
- Şin qoyarkən əyilmiş və deformasiyaya məruz qalmış bədən üzvünü olduğu vəziyyətdə saxlayın.
- Sınımış sümük dəridən çıxıbsa, yaranı təmiz sarğı ilə örtün və ehtiyac olarsa, şin qoyun.
- Sümüyün sınmağından şübhə olduqda tədbirləri sınıqda olduğu kimi aparın.

Zərərçəkənin təxliyəsi üçün istifadə olunan şinlər – nəqliyyat şini, müalicə üçün isə – müalicə şini adlanır. Nəqliyyat şinlərin özləri standart və improvizasiya olunmuş şinlərə bölünür.

1. Standartşinlər

Standart nəqliyyat şinlərindən ən əhəmiyyətliyi pilləli, plastmas, pnevmatik və vakuumludur. Standart şinlər təyinatına və konstruksiyasına görə tətbiq edilir.



- Pilləli universal şinlər (Kramer şinləri) – dəmir məftildən pilləkən şəkildə olan bir vasitədir. Bu şin elastiklik və asanlıqla əyilməyi ilə istənilən formanı ala bilir və dezinfeksiya olunur. İstifadə etməzdən əvvəl üzərinə tənziq-pambıq və ya başqa yumşaq əşya qoymaq lazımdır.

- Plastmasdan hazırlanmış nəqliyyat şinləri – yuxarı ətrafi, baldırı və ayağın altı pəncəsini immobilizasiya etmək üçündür. Alüminium armaturu daxil etməklə möhkəmləndirilmiş plastmas zolaqlardan ibarətdir. Yan tərəfdən ayaqqabıda olduğu kimi bağ (şnur) yapışqanlı lent və s. vasitələrlə şini kip bağlamaq üçün deşikləri vardır. Pilləli şinlər kimi elastikdir. Tənziq-pambıq və bintlə üstündən bağlamağa ehtiyac yoxdur. Yuxarı ətrafa qoyulduqda ləçəklə boyundan asılmalıdır.

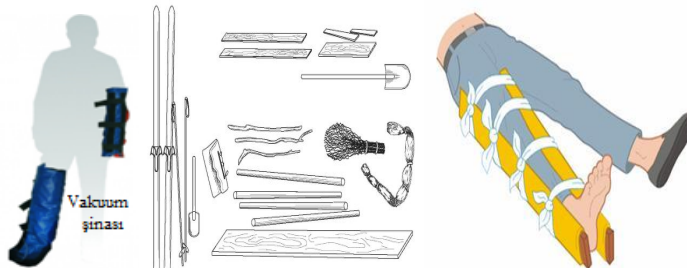
- Tibbi pnevmatik şinlər iki qat nazik polimer pərdədən (plyonka) ibarətdir və nippel vasitəsilə kamera kimi doldurulur. Pnevmatik şinlər boru şəkilində (ətrafi içinə salmaq üçün) və boru şəkilini almaq üçün kənarları bir-birinə bəndlənən olurlar. Pnevmatik şinə hava vurmaqla kameradakı təzyiqlik tədricən yüksəlir və bu ətrafin mülayim və etibarlı təsbit edilməsinə imkan yaradır. Pnevmatik şinlər baldır və saidin zədələnmələrində istifadə olunur.



- Tibbi vakuüm şini içində xırda plastmas qranulları (dənələri) olan iki qat rezin parça örtükdən ibarətdir. Xüsusi sorucu nasosla şinin içindən hava sorularaq vakuüm yaradılır və immobilizasiya üçün lazım olan sərtliyə çatdırılır.

2. İmprovizasiya olunmuş şinlər

Əl altında olan vasitələrdən düzəldilmiş şinlər improvizasiya olunmuş və ya primitiv (sadə) şin adlanır.



Bunlara ensiz taxta parçası, lövhə, ağac, qalın karton, ayaq xizəyi, bel, çətir, faner, metal lövhəcik, qatlanmış qəzetlər və s. misal gətirmək olar.

Bədənin özünü də şin kimi istifadə etmək olar – ayağı ayağa, qolu isə sinəyə (gövdəyə) təsbit etməklə.

NƏQLİYYAT ŞİNLƏRİNİN QOYULMA QAYDALARI

Şinlərin qoyulması zərərçəkənin təkrar baxışı zamanı və ya tibb müəssisəsinə göndərilməsindən əvvəl aparılır. İmmobilizasiya hadisə yerində və mümkün qədər tez müddətdə yerinə yetirilməlidir. İmmobilizasiya etmək mümkün olmadıqda zərərçəkəni aşkar etdiyiniz vəziyyətdə saxlayın.

1. Qanaxmanı dayandırın

Turna qoyulubsa, onun üstünü yumşaq sarğı və şinlə örtməyin. Turna açıldıqda immobilizasiya pozulmamalıdır.

2. İnfeksiyanın yayılmasının qarşısını alın.

-Bütün yaraları işləyib, sarğı qoyun. Şini birbaşa açıq yaranın üstünə qoymayın. Şin qoymazdan əvvəl yaralara sarğı qoyun. Bunun üçün paltarı kəsməklə geyim altında olan yaraların (açıq sınıqlar və s.) üstünü açın. İmmobilizasiyanı ancaq yaranın işlənməsi və təmiz sarğının qoyulmasından sonra edin.

3. Şin qoymazdan əvvəl zərərçəkənin [ağrılarını sakitləşdirin](#).

4. [Hərəkətsizləşdirin](#)

Nəqliyyat şinləri geyimlə ayaqqabıların üstündən və ya çılpaq bədən üzərinə qoyulur.

- şin çılpaq bədənə qoyulduqda onun üstünə zədələnmiş hissənin formasına müvafiq olan yumşaq altlıq qoyun.

- immobilizasiya etdikdə sümüklə təmasda olan yerlərə yumşaq əşya qoyun və yaranan boşluqları yastıq, dəsmal, pambıqla doldurun.

- yuxarı ətrafa şin qoyduqda qoltuq altına pambıqdan hazırlanmış mütəkkə və ya yastıqca qoyun. Ətrafi sinəyə təsbit etdikdə ovucun içinə yastıqca qoyub, sinəyə doğru çevirin və ləçək vasitəsilə boynundan asın.

- topuğun və pəncənin zədələnməsində immobilizasiya üçün yastıq və ya bükülü örtük (adyal) kimi yumşaq vasitələrdən istifadə edin.

5. Şini sağlam ətraf və ya öz üzərinizdə formalaşdırıb (uyğunlaşdırıb), zərərçəkənə tətbiq edin.

6. [Ətraflara fizioloji vəziyyət verin](#):

- yuxarı ətraf üçün: çiyin bədənə gətirilməli və said 90^0 bucaq altında qatlanmalıdır;

-aşağı ətraf üçün: baldırın diz oynaqında qatlanması ilə budun $5-7^0$ çanaq-bud oynaqında qaldırılması;

- onurğa və çanaq üçün sərt səth üzərində (xərək, lövhə) bədən və ətrafların təsbiti aparılmalıdır;

- zərərçəkənin çanaq sümükləri sındıqda sərt səth üzərində uzadıb, diz altı nahiyəyə yastıq qoyulmalıdır.

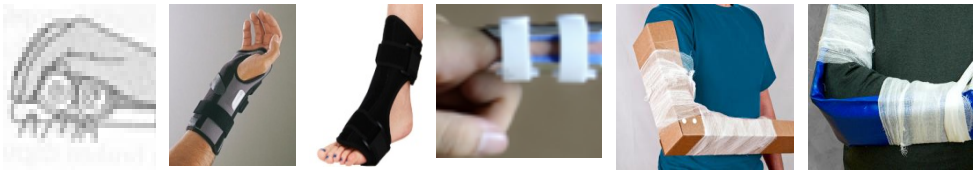
- boyun və baş zədələnməsində boyun yaxalığı qoyub, bütün bədən lövhə üzərində təsbit edilməlidir;

7. Zərərçəkən və ya digər xilasedicinin şini qoymağa kömək etməsi məsləhətdir, çünki zədələnmiş ətraf əllə zədə yerindən yuxarıdan və aşağıdan tutularaq saxlanılmalıdır. Zərərçəkən zədələnmiş yuxarı ətrafa rahat vəziyyət vermək üçün sağlam əlin köməyi ilə sinəsində saxlaya bilər. Zərərçəkən yer dəyişdikdə onun şinli ətrafını əllə tutun.

8. Said və baldır sümüklərinin sınıqlarında iki qonşu oynaq (zədələnmiş nahiyədən aşağı və yuxarıda olanlar), bazu və bud sınıqlarında isə üç oynaq hərəkətsiz vəziyyətə gətirilməlidir. Dirsəkdən qatlanmış qolun immobilizasiyası üçün kiçik bir taxta parçasını diaqonal boyu, şəkildə göstəriləyi kimi qoyun. Şin dirsək və biləkdən bir neçə santimetr kənara çıxmalıdır.



9. Oynaq sümükləri sındıqda onu tərpətməyin və olduğu vəziyyətdə immobilizasiya edin.



10. Şini çoxqatlı ləçək, tənzip sarğısı və digər sarğı materialı ilə bütün ətraf boyu sıx sarıyın. Qan dövranının pozulmaması və ağrının olmaması üçün sarğıni çox sıx etməyin. Düyünləri sağlam nahiyədə bağlayın.

11. Ətraflarda qanın dövriyyəsinə nəzarət edin. Zərərçəkən ağrının güclənməsindən, ətrafın keyləşməsindən şikayət edərsə və onda qan dövrəni pozğunluğu müşahidə olunursa qoyulan şin (sarı) açılıb, yenidən bağlanmalı və ya bir az boşaldılmalıdır.

12. Zədələnmiş ətrafi mümkün qədər bədən səthindən hündürə qaldıraraq saxlayın.

13. Dəridən çıxan sümüyün və ya batmış əşyanın ətraflarını tənzif və ya başqa sarğı materialları ilə doldurduqdan sonra sarıyın. Sümük çıxıntılarına birbaşa təzyiq etməyin. Əlləri açıq yaraya və çıxmış sümüklərə vurmayın.

14. Zərərçəkəni soyuqdan və istidən qoruyun. Soyuq havada zədələnmiş ətrafi örtüklə (adyalla) bükün.

15. Tənəffüsünə və zərərçəkənin huş səviyyəsinin dəyişməsinə fikir verin.

16. Qida və su qəbuluna icazə verməyin.

17. Tibb müəssisəsinə müraciət edin.

Düz qoyulmamış sarğı toxumaları sıxaraq ödem (şişkinlik), yataq yarası, ətrafda qanqrena (toxumaların çürüməsi) və sairə fəsadlar verə bilər. İmmobilizasiya etdikdən sonra zərərçəkənin rahat vəziyyət almasına kömək edin, zədələnmiş nahiyəyə soyuq kompres qoyun, onu isti və ya soyuğun təsirindən qoruyun və sakitləşdirin.

*** Üz və çənə zədələnmələri**

Üz zədələnmələrində burun, almacıq və ya çənə sümükləri sınırlanır. Həmçinin alt çənə yerindən çıxma bilər (burxulma). Əsas təhlükə tənəffüs yollarının sınımış diş, qopmuş toxuma, qan və tüpürcəklə tutulmasıdır. Üzdən zərbə aldıqda kəllə, beyin və boyun zədələnmə bilər. Üz zədələnmələri çox dəhşətli ola bilər. Hətta göz hədəqəsindən çıxaraq, çənə, burun, ağız əyilərək eybəcər forma ala bilər. Toxumaların ödemi (şişməsi) tənəffüsü məhdudlaşdırma bilər.

Çənə sümüyü zədələndə ona təzyiqi azaltmaq üçün başın altına yumşaq əşya qoyun. Çənə sınıqları adətən birbaşa qüvvənin nəticəsi olaraq, çənəyə sarsıdıcı zərbədən sonra baş verir. Lakin bir tərəfli alt çənəyə zərbə digər tərəfin sınığına səbəb ola bilər. Zərbə çənənin görünüşünü də poza bilər (ağız açıq, əsnəmə formasında).

- Tənəffüs yollarını qoruyun. Əsas sınığı təyin edib, yardım göstərin.

- Zərərçəkənin huşu aydındırsa onu başı yuxarı vəziyyətdə oturdun, qan, selik və tüpürcəyi qurudun. Qusma olduqda çənə və başı saxlayın və zərərçəkənin ağızını yumşaq əşya ilə təmizləyin.

- Çənəyə sarğı qoymayın. Zərərçəkən öz sınımış çənəsini yumşaq əşya ilə möhkəm tutaraq xəstəxanaya çatdırılmalıdır.

Zərərçəkənin əsas təxliyə üsulları

- Yuxarı ətraf zədələnmələrində – piyadanın müşayiəti ilə, oturaq və ya xərəkdə uzanmış vəziyyətdə.

- Aşağı ətraf zədələnmələrində – əksərən xərəkdə uzanmış vəziyyətdə.

- Onurğa zədələnmələrində – arxası üstə sərt xərək və ya lövhə üzərində. Ancaq yumşaq xərək olduqda qarını üstə. Unutmayın, düz yer səthi əla şin rolu oynayır.

- Çanaq sümükləri sındıqda – sərt xərəkdə, dizləri bir-birindən aralayıaraq altına döşəkcə qoyulmuş vəziyyətdə (“qurbağa vəziyyəti”);

Huşu aydın olan zərərçəkənin başı və çiyini bir qədər qaldırılmış hündür vəziyyətdə saxlanılmaqla, huşunu itirmiş zərərçəkənə isə – “bərpa vəziyyəti” verilməklə.

QAN DÖVRANINA NƏZARƏT

Barmaqlara qanın işləməsini (mikrosirkulyasiyanı) yoxlamaq məqsədi ilə ətraflara sarğını qoyarkən əl və ayaq barmaqlarının ucları açıq saxlanılmalıdır. Qan axınına heç bir maneə olmadığına əmin olmaq üçün sarğı qoyulan ətraflarda (yuxarı və aşağı ətraf) nəbzi hər 10 dəqiqədən bir yoxlayın. Təkrar yoxlama mütləq olmalıdır, çünki, zədədən dərhal sonra qoyulmuş sarğı həmin nahiyənin həddindən artıq sıxılmasına və şişməsinə səbəb olaraq, mikrosirkulyasiyanı poza bilər.

Sarğının çox bərk qoyulması aşağıdakı əlamətlərlə özünü büruzə verir:

- dəri avazıyır, soyuq olur;
- sonradan dərinin rəngi tünd göyərmiş olur;
- arabis sancma hiss edilir və hissiyyat itir;
- şişkinlik əmələ gəlir;
- ağrı güclənir;
- zədələnmiş ətrafda hərəkət məhdudlaşır.

Çox sıx qoyulan şin və ətrafin sonradan şişməsi qan damarlarını sıxıb, qan dövranını pozur. Ətraflarda qanın dövriyyəsinə nəzarət edin. Bunun üçün sarğıdan barmaqlara doğru istənilən arteriyada nəbzi yoxlayın. Nəbz əllə hiss edilmədikdə sarğını bir qədər boşaldın və yaralı ətrafda qan dövranının bərpa olunmasına imkan verin. Toxumalarda qan dövranının pozulmaması üçün sarğı bərk qoyulmamalıdır. Düzgün qoyulmamış sarğı açılaraq yenidən qoyulmalıdır.

Sarğı qoyarkən onun qan dövranına maneəsinin mikrosirkulyasiyanı yoxlamaqla təyin etmək olar. Əlin (ayağın) dərisinin, yaxud dırnağın üzərindən avazıyana qədər yavaş sıxın. Normada dəri və ya dırnaq mayası üstündən sıxıb-buraxdıqdan sonra əvvəlki rənginə qayıtmalıdır. Əgər dırnaq mayası və ya dəri solğun qalırsa, deməli, sarğı həddindən artıq bərk sıxılıb, yəni gərgindir. Bu zaman sarğını bir qədər boşaltmaq lazımdır. Zərərçəkən dərisinə toxunduqda onu hiss eləməlidir.

QANAXMALAR

QAN DÖVRANI

Qan maye hissədən – plazmadan və onun içərisində üzən hüceyrələrdən (formalı elementlərdən): eritrositlər (qırmızı qan cisimcikləri), leykositlər (ağ qan cisimcikləri) və trombositlərdən ibarətdir. İnsanda normada qanın ümumi miqdarı bədən çəkisinin 6–8%-ni təşkil edir, yəni 4,5–6,1 litr olur. Trombositlər qanın laxtalanmasında iştirak edir. Qanın maye halda olması və qapalı sistemdə dövr etməsi həyat fəaliyyətinin ən əsas şərtidir ki, bu şərti də məhz qanın laxtalanma sistemi yaradır. Nəticədə dövr edən qan maye halında saxlanılır və zədələnmiş damarlarda dövranın tamlığı qan tromblarının (qan laxtası) vasitəsilə bərpa olunur. İnsanın bütün orqan və toxumalarında qan daima dövr edir. Qan dövranı ürək-damar sistemi vasitəsilə həyata keçirilir. Ürək-damar sistemi mərkəzi orqan olan ürəkdən və qapalı boru sistemləri olan qandaşıyıcı damarlardan ibarətdir.

Qan daşıyıcı damarlar sistemi iki növ qan dövranını əmələ gətirir: böyük və kiçik qan dövranı.

➤ *Böyük qan dövranı* ürəyin sol mədəciyindən başlayır və ürəyin sağ qulaqcığında qurtarır. Ürək yığıldıqda oksigenlə zəngin olan qanı ürəyin sol mədəciyindən aortaya qovur. Bir dəqiqə ərzində ürək aortaya 3,5 litrdən 5,5 litrə qədər qan ötürür. Qan, aortadan diametri tədricən azalan arteriyalara, oradan isə arterial qan toxumalar və orqanların sonuncu yolu olan kapilyarlara paylanır. Beləliklə, ürək oksigenlə zəngin olan qanı bütün bədən hüceyrələrinə arteriya və kapilyar damarlar vasitəsilə çatdırır və buradan isə karbon qazı ilə zəngin olan qan yuxarı və aşağı boş venalar vasitəsilə ürəyin sağ qulaqcığına daşınır.

➤ *Kiçik qan dövranı* ürəyin sağ mədəciyindən ağciyər arteriyası vasitəsilə başlayır və ürəyin sol qulaqcığında qurtarır. Ürək yığıldıqda karbon qazı ilə zəngin olan qanı ürəyin sağ mədəciyindən ağciyər arteriyası vasitəsilə ağciyərlərə çatdırır. Qan ağciyərlərdən keçərək alveollarda karbon qazını verib oksigenlə zənginləşir və ürəyin sol qulaqcığına dörd ədəd ağciyər venaları vasitəsilə qaydır.

Daha sonra qan sol qulaqcıqdan sol mədəciyə daxil olur, buradan isə yenidən böyük qan dövranı başlanır.

QANAXMALAR

Qanaxma – damar və ya ürək əzələsinin tamlığının pozulması nəticəsində baş verir. Qanaxma təcili yardım təbabətində ən çox rast gəlinən

patologiyalardan biridir. Bir çox hallarda qanaxmanın səbəbi asanlıqla aşkar edilir (məsələn: travma nəticəsində xarici qanaxma). Qanaxma nəticəsində qanın miqdarının kəskin dərəcədə azalması həyat üçün təhlükəlidir. Çünki toxumalar oksigenin azalması səbəbindən məhv ola bilər. Qanaxma başladıda orqanizmdə kompleks proseslər baş verir. Beyin qan azlığını müəyyən edərək, laxtalanmanı gücləndirir, ətraflarda qan damarlarını sıxıb, oksigenlə zəngin qanı beyin, ürək, ağciyər və həyatı vacib orqanlara verilməsinə yönəldir. Bunu təmin etmək üçün ağciyərlər daha intensiv işləyib, qanı oksigenləşdirir, ürək isə daha çox qanı dövr etdirir. Orqanizm toxumalara daha çox oksigen daşımaq üçün əlavə qırmızı qan hüceyrələri yaradır.

1. Qanaxmanın təsnifatı

*Qanaxmanın növləri

İstənilən damarın zədələnməsi qanaxma ilə nəticələnir. Əgər qanaxma arteriyada baş verirsə – *arterial*, venada baş verirsə – *venoz*, kapilyarlarda baş verirsə – *kapilyar*, daxili parenximalı orqanlarda baş verirsə – *parenximatoz* qanaxma adlanır.



- *Arterial qanaxma* təzyiqlə altındadır və çox sürətli olur. Qan arteriyada böyük təzyiqlə altındadır olduğundan, yara yerindən fəvvarə (pulsasiya, vurğu) kimi axır və laxtalanmanın yaranmasını çətinləşdirir. Bu cür qanaxmanın dayandırılması çətin olduğuna görə çox təhlükəlidir. Qısa müddət ərzində 1–1,5 litr qanın itirilməsi zərərçəkənin ölümünə səbəb ola bilər.

Arterial qan oksigenlə zəngin olduğu üçün al qırmızı rəngdə olur.



- *Venadan qanaxma* dayandırmaq, arteriyadan qanaxmanı dayandırmaqdan asandır. Venalar dəri səthinə yaxın olduğu üçün tez-tez zədələnir. Venadakı qan arteriyadakı qana nisbətən aşağı təzyiqlə altındadır və yara yerindən fasiləsiz şəkildə, yavaş-yavaş, çox vaxt isə damcılarla axır. Yalnız bədənin dərin, məsələn, gövdə və ya baldır venaları zədələndikdə, dayandırılması çətin olan güclü qanaxma baş verir. Bu cür qanaxmanı yaranın üzərinə sıxıcı sarğı

qoymaqla saxlamaq mümkündür. Venoz qan karbon qazı ilə zəngin olduğu üçün tünd qırmızı və ya şabalıdı rəngdə olur.

- *Kapilyar qanaxma* qanaxmanın ən çox rast gəlinən və geniş yayılmış növüdür. Damarların mənfəzi kiçik olduğundan və qan aşağı təzyiqlə axdığından, bu qanaxma çox vaxt zəif olur. Qanaxma aramla qanayan səthə toplanmış çoxlu sayda xırda qan damcılarını şəkildə təzahür edir. Kapilyar qanax-

ma zamanı qan asan laxtalanır (1–3 dəqiqə müddətində). Belə qan arterial qandan rənginin açıqlığına görə fərqlənir.

- **Parenximatoz qanaxma** parenximatoz orqanların (baş beyin, ağciyər, qaraciyər, mədəaltı vəzi, ağciyər, dalaq, böyrəklər, daxili sekresiya endokrin vəziləri) zədələnməsi zamanı müşahidə olunur. Bu orqanlar qan damarları və kapilyarlarla zəngindir. Parenximatoz orqanda zədələnmiş damarlar yığılmır və toxuma vasitəsilə sıxılmaz. Bu zaman bütün yara səthindən qan axır. Ona görə qanaxma güclü, həyat üçün təhlükəli olur. Belə qanaxmalar uzunmüddətli və çox miqdarda olur. Bu cür qanaxmaları saxlamaq adi üsullarla çox çətindir. Qan adətən boşluqlara yığılaraq, orada toplanır (daxili qanaxma).

- **Qarıışıq qanaxmalar** eyni zamanda arteriya, vena və parenximatoz orqanların zədələnməsi nəticəsində müşahidə olunan qanaxmalara deyilir.

2.Xarici və daxili qanaxmalar

Qanaxmalar iki formada – xarici və daxili olur.

Qanın damarlardan və ya ürəkdən xarici mühitə axması xarici qanaxma adlanır.

Qanın damarlardan və ya ürəkdən orqanizmin xarici mühitlə əlaqəsi olmayan bədən daxilinə və daxili boşluqlara (plevra – ağciyər pərdəsi boşluğu, perikard –ürək kisəsi, qarın boşluğu, oynaq boşluğu, beyin mədəcikləri) axması daxili qanaxma adlanır. Xarici qanaxmanı aşkar etmək çətinlik törətmir. Daxili qanaxmada qanaxmanın fiziki əlamətləri görünmür və ya zərbə nəticəsində ancaq qançır yaranır. Bu qanaxmalar ən təhlükəli qanaxma sayılır.

3. Qanaxmanın əlamətləri

Ağır daxili qanaxmada xarici qanaxmadakı kimi eyni əlamətlər mövcuddur:

- narahatlıq və ya yorğunluq hissi;
- zəif və sürətli nəbz (böyüklərdə dəqiqədə 100 vuruqdan artıq);
- dəri avazıyır, soyuq və nəmli olur;
- tənəffüs tezləşir, təngnəfəslik əmələ gəlir;
- zərərçəkəndə ümumi tormozlanma baş verir, huş itir.

Diqqət! Daxili qanaxmalar görünmədiyi üçün çox təhlükəli olur və tez bir zamanda şokla və ölümlə nəticələnə bilər.

*** Xarici qanaxmalarda qan itkisi təhlükəsi olan nahiyələr:**

başın zədələnməsi; üz-çənə zədələri; açıq sınıqlar; digər yumşaq toxumaların zədələnməsi.

XARİCİ QANAXMANIN MÜVƏQQƏTİ DAYANDIRILMASI ÜSULLARI

Qanaxmaların əksəriyyəti yaralanma nəticəsində baş verir. Yaralanmalar zamanı əsas məqsəd qanaxmanın dayandırılması, yaranın infeksiyalaşmasının qarşısının alınması və ağrının azaldılmasıdır.



Güclü qanaxmalarda, qanaxma yara təmizlənməmiş dayandırılmalıdır. Yüngül, həyat üçün təhlükə törətməyən qanaxmalarda sarğı qoymazdan əvvəl yara natrium xloridin 0,9%-li (fizioloji – izotonik) məhlulu ilə (olmadıqda çoxlu təmiz su ilə) təmizlənilib, yuyulmalıdır.

Kəskin qanaxmalarda əsas məqsəd tez bir zamanda qanaxmanın tam dayandırılmasıdır, çünki zərərçəkənin həyatı bundan asılıdır.

Xarici qanaxma açıq yaralarda müşahidə olunur. Bu cür qanaxmalar, adətən, aydın görünür. Kiçik qanaxmalar qanın laxtalanması hesabına özü dayanır. Bəzi hallarda zədələnmiş qan damarlarının mənəfəzi böyük olur və ya qan böyük təzyiqlə axır, qanın laxtalanması bu zaman çətinləşir. Belə hallarda, qanaxma həyat üçün təhlükəlidir. Xarici qanaxmanı adətən dayandırmaq asandır. Qanaxma daimi və müvəqqəti dayandırılır. İlk yardım mərhələsində (hospitallaqədərkə dövrədə) qanaxma müvəqqəti dayandırılır. Qanaxmanın daimi dayandırılması xəstəxana şəraitində həyata keçirilir.

Mümkün olduqda birdəfəlik əlcəklərdən istifadə edin, yardımdan əvvəl və sonra əllərinizi sabunla yuyun.

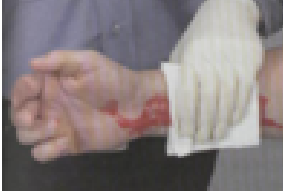
QANAXMANIN DAYANDIRILMASI ÜSULLARI

1. Birbaşa sıxmaq

Xarici qanaxmanın birbaşa sıxmaqla dayandırılmasında əl və barmaqlardan istifadə edilir. Qan axan yeri birbaşa sıxmaqla qanaxma kəsilir və qan laxtasının əmələ gəlməsinə imkan yaranır. Qan laxtası qan axan damarı tutur. Damarın birbaşa sıxılması 10 dəqiqədən artıq olmamalıdır. Sonra sıxılan yer buraxılır və lazım gələrsə, yenidən 10 dəqiqə ərzində sümüyə sıxılır.

Hal-hazırda yara üzərinə birbaşa təzyiqin müxtəlif şəkildə tətbiqi məsləhət görülür. Qan axan damar steril salfet və ya bərk tənzif tampon vasitəsilə yaranın üstündən və ya ətraflarından sıxılır. Steril material olmadıqda qanaxma birbaşa barmaqla və ya əllə sıxılmalıdır. Açıq sınıqlarda sınımış sümük fraqmentləri olduğu üçün qanaxmanın dayandırılmasında birbaşa təzyiq məsləhət görülmür.

- **Əllə sıxmaq.** Qanaxmanı tez dayandırmaq üçün damarı və ya yaranı əllə (barmaqla) sıxın.



İmkan varsayara üzərinə steril və ya təmiz tənzif qoyub, barmaqla və ya əllə birbaşa sıxıb, qanaxmanı dayandırın. Əl altında steril və ya təmiz tənzif olmadıqda onu axtarmağa çalışmayın, qanaxmanı əllə dayandırın. Əgər birbaşa təzyiqliq tətbiq etmək mümkün deyilsə (yarada yad cisimlərin olması və s.), belə hallarda yarıdakı yad cismin hər tərəfindən təzyiqliq göstərməklə qanaxmanı dayandırın.

Qanaxma dayanmadıqda, qoyulmuş steril tənzifi bir qədər qaldıraraq qanaxma yerini dəqiqləşdirdikdən sonra oraya bükülmüş steril tənzif və ya ona uyğun əşya əlavə edib birbaşa sıxın. Yara üzərinə təzyiqliqin tətbiq edilməsi yarıdan qan axınını məhdudlaşdırır və normal laxtalanmanı təmin edir. Ümumi halda yarıya steril sarğı qoymaqla müəyyən təzyiqliqin yarıdılması vasitəsilə qanaxmanı dayandırmaq olar. Zədələnmiş ətraf zərərçəkən və ya xilasedici tərəfindən qorunub, sabit vəziyyətdə saxlanılmalıdır.

- **Barmaqla sıxmaq.** Bu üsuldən istifadə etmək üçün bu və ya digər arteriyanın dərinədə olmadığı və onu sümüyə sıxmanın mümkün olduğu yeri bilmək lazımdır. Belə yerlərdə həmişə nəbz barmaqla hiss olunur.



Bundan başqa, bədəndə məlum nöqtələr mövcuddur ki, arteriya damarlarını barmaqla və əllə sümüyə sıxıb qanaxmanı dayandırmaq olar. Bu nöqtələrin yerini bildikdə, onların axtarışına vaxt itirmədən, qanaxmanı dayandırmaq mümkündür. Arteriyanın yara nahiyəsindən yuxarıda barmaqla sıxılıb saxlanması istənilən şəraitdə qanaxmanı müvəqqəti olaraq dayandırır. Bu, ən sadə və praktik üsuldur. Qanaxmanı zəiflətmək üçün əlavə tədbir kimi bədənin müəyyən nöqtələrində arteriyaları sümüyə sıxmaq üsulundan istifadə etmək olar. Bu nöqtələrə **sıxma nöqtələri** deyilir.

***Arteriyaları sıxma nöqtələri**

➤ Aşağı və yuxarı ətraflarda qanaxmanı dayandırmaq üçün istifadə olunan əsas sıxma nöqtələri **bazu** və **bud** arteriyalarının xüsusi sahələrindədir.

➤ Boyun və başdakı qanaxmalar zamanı **çənəaltı** və yaxud **gicgah** arteriyanı sıxmaq lazımdır. Başın tüklü hissəsindən qanaxma olduqda gicgah arteriyanı gicgah sümüyünə sıxmaq kifayətdir.

➤ Çiyin qurşağı nahiyəsində, çiyində, saitedə qanaxmalar baş verdikdə körpücükaltı nahiyədəki **körpücükaltı** arteriyanı birinci qabırğaya, yaxud da **çiyin** arteriyanı çiyinin daxili səthi boyunca (ikibaşlı əzələnin daxili kənarı boyunca) çiyin sümüyünə sıxmaq lazımdır.

➤ Aşağı ətrafların qanaxması zamanı qasıq büküşündə **bud** arteriyasını sıxmaq lazımdır. Bud arteriyası qasıq büküşünün ortasından keçir.



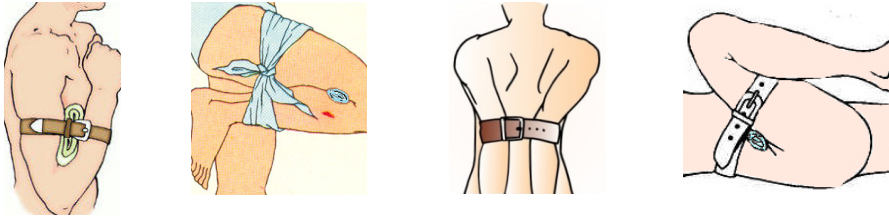
Qasıq büküşünə təzyiq etmək üçün zərərçəkənin dizini əyin və baş barmaqla (yumuruq, pəncə) qasıq büküşünün ortasını sıxın. Zədələnmiş arteriyaları göstərilən yerlərdə olduqca bərk şəkildə bir neçə barmaqla (bud arteriyasını ovucla və ya yumruqla) sıxmaq lazımdır.

2. Ətrafların yuxarı qaldırılması üsulu



Ətrafların yuxarıya qaldırılmış vəziyyətdə saxlanması kiçik damarlarda, əsasən kiçik venalarda baş verən zəif qanaxmaları dayandırmaq üçün istifadə olunur. Əgər əzələ və sümük zədələnməsi yoxdursa, qan axan nahiyəni sıxmaqla bərabər yuxarı qaldırın. Zədələnmiş nahiyənin dikəldilməsi də qan axınını zəiflədir və laxtalanmaya kömək edir. Buna görə də birbaşa sıxmadan sonra zədələnmiş qolu və ya ayağı ürək səviyyəsindən yuxarıda saxlamaq (dikəltmək) məsləhətdir.

3. Ətrafları maksimal büküb qanaxmanı saxlamaq üsulu



Ətrafların oynaqlardan maksimal bükülməsi çox zaman zərərçəkən tərəfindən özünə yardım kimi həyata keçirilir. Ətrafların bu vəziyyətdə saxlanması zamanı bükük yerlərindəki qan damarları sıxılır.

Bükülmüş oynaq çuxuruna pambıq topası, hər hansı parçadan hazırlanan tampon, fərdi paket və ya istənilən elastik yumşaq əşya qoyub ətrafın bükülən hissələrini bir-birinə sıxmaqla təsiri gücləndirmək olar. Bazu nahiyəsində qanaxma zamanı dirsək oynağından, baldır nahiyəsində diz oynağından, bud nahiyəsində bud-çanaq oynağından ətrafları maksimal bükümlə qanaxma saxlanılır.

4. Yaraya sıxıcı (təzyiqedici) sarğının qoyulması

Bəzi güclü qanaxmalar zamanı yaranın birbaşa sıxılması və ətrafın yuxarı qaldırılması qanaxmanı dayandırmağa kömək etmirsə, sıxıcı (təzyiqedici) sarğı qoyun. Qanaxmanı dayandırmaq üçün steril, olmadıqda təmiz materiallardan (salfet, tənzif) istifadə edin. Steril (təmiz) tənzif yaranın üstünü və ətraflarını əhatə etməlidir. Yaranın üzərinə steril salfet (tənzif) qoyduqdan sonra üstündən bintlə və ya başqa sarğı materialı ilə sıxıcı sarğı qoyun.

Sıxıcı (təzyiqedici) sarğılar tamponla və tamponsuz qoyulur

*** Tamponsuz qoyulan sıxıcı (təzyiqedici) sarğı**

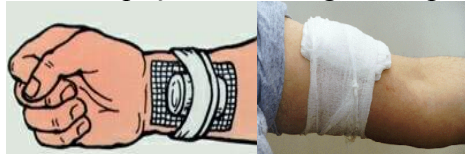
Arteriyalardan fərqli olaraq vena və kapilyarlarda təzyiq nisbətən aşağı olduğundan və dərinədə yerləşmədiyinə görə venoz və kapilyar qanaxmanın qarşısını almaq məqsədi ilə sıxıcı (təzyiqedici) sarğı qoyulan sarğılardan istifadə olunur. Qanaxma olduqda zədələnmiş ətrafı yuxarı qaldıraraq, yaranın üstünə sıxıcı sarğı qoymaq lazımdır.



Qanaxma davam edərsə, birinci sarğını açmadan, üstündən ikinci sıxıcı sarğı qoyun. Əvvəlki sarğını yenisi ilə əvəz etməyin, çünki artıq orada laxtalanma prosesi gedir. Əgər siz sarğını dəyişsəniz, qanaxma artacaq. Bu üsulla bütün kiçik vena və kapilyarlardan olan qanaxmanı dayandırmaq olar. Qanaxma dayanmadıqda, ikinci sarğının üzərindən üçüncü sarğı qoyun.

***Tamponla qoyulan sıxıcı (təzyiqedici) sarğı**

Arteriyalar dərinədə yerləşdiyindən və qan arteriyalarda böyük təzyiq altında olduğundan bəzi arterial qanaxmaları asanlıqla saxlamaq olmur. Bu cür qanaxmaları dayandırmaq üçün sıxıcı sarğını tamponla qoyurlar.



Yaranın üzərinə steril salfet qoyduqdan sonra salfetin üzərinə yaranın ölçüsünə uyğun möhkəm burulmuş tənzifdən və ya hər hansı parçadan hazırlanan tampon qoyun. Tamponu ətrafa tarım sarıyın. Qanaxmanın dayanması üçün tampon yaraya azı 7–10 dəqiqə ərzində möhkəm təzyiqlə sıxılmalıdır. Bundan sonra – ətrafı immobilizasiya edin və ya zərərçəkənə rahat vəziyyət verin.

Bu cür sarğı digər zədələnməmiş damarların fəaliyyətini pozmur, sinir və əzələləri sıxmır. Sarğı yaranın üstündən sürüşərək yerini dəyişərsə və ya qanaxma dayanmaz sarğının üstündən əlavə bir sarğı da qoyun və bərk sıxın. Qanaxma dayanana qədər sıxmağı davam edin.

Bintləmə qaydaları:

- Xəstəyə mümkün qədər rahat vəziyyət vermək lazımdır ki, ağrıları artmasın;
- Bintin hər növbəti qatı özündən əvvəlki qatın eninin yarısını və ya 2/3 hissəsini örtməlidir;
- Bintləmə zamanı bədənin bintlə sarıman hissəsi, xüsusən də ətraflar sarğı qoyulandan sonra olacaqları vəziyyətdə olmalıdırlar. Məsələn, sarğıdan sonra xəstə gəzərsə, diz oynamağına dizin bükülmüş vəziyyətində sarğı qoyulması yarırsızdır;
- Bintin uclarını bədənin sağlam hissəsi üzərində bağlamaq lazımdır.

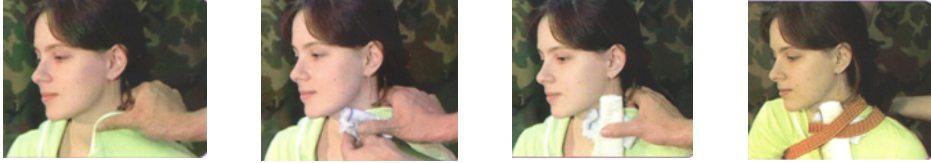
Qoyulan sarğı ətrafda qan dövranının pozulmasıdır! Əgər travmaya məruz qalmış ətrafda keyləşmə hissiyatı yaranarsa, ağrı güclənərsə, şişkinlik artarsa və ya sarğıdan aşağıda dəri göyərməyə başlayarsa, sarğını bir qədər boşaltmaq və ya dəyişmək lazımdır. Sıxılmış vena və kapilyarlarda tez bir zamanda tromb (qan laxtaları) əmələ gəlir və bu səbəbdən də qanaxma dayanır. Bundan sonra zərərçəkənə isti maye içirtmək, lazım olduğu halda ağrıkəsici dərman vermək, istiliyi qorumaq üçün üstünü örtmək və qanaxmanı tamamilə dayandırmaq üçün onu mümkün qədər tez bir zaman ərzində xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır.

Sarğı qoyulduqdan sonra qanaxma davam edərsə, artıq bağlanmağa başlanmış kiçik dərmanları zədələnməmək üçün sarğını çıxarmamaqla, onun üzərindən ikinci, lazım olduqda isə üçüncü sarğını da qoymaq lazımdır. Adətən, hətta güclü venoz və kapilyar qanaxmalar zamanı sarğının üst-üstə üç dəfə qoyulması qanaxmanı dayandırmağa imkan verir.

Arterial qanaxmaya nisbətən venoz qanaxmanı xeyli dərəcədə asan olur və adətən bu zaman jcut qoyulması tələb olunmur. Əgər hətta üst-üstə qoyulan 3 sıxıcı sarğı qoyulması nəticəsində venoz qanaxmanı saxlamaq mümkün olmazsa, qanaxma yerindən bir qədər aşağıda həmin ətrafa jcut qoyulur.

Güclü arterial və qarışıq tipli qanaxma zamanı tez bir zamanda yarıdan təxminən 5 sm yuxarıda olmaqla ətrafa qanaxmanı saxlayan jcut qoymaq tələb olunur. Jcutu ətrafa yalnız güclü arterial qanaxma olduqda, qanaxmanı digər üsullarla saxlamaq mümkün olmadıqda qoymaq lazımdır. Bazuönü sahəyə və baldıra jcut qoymaq olmaz. Çünki bu, sinirin sümüyə sıxılması nəticəsində onun zədələnməsinə, nəticədə isə ətrafin iflic olmasına səbəb ola bilər.

5. Boynun aşağı hissəsində yuxu arteriyasının qanaxması zamanı ilk yardım



Sıxılmış yerə tampon, bint topası və ya bir neçə dəfə qatlanmış qalın parça qoyub, şəkildə göstəriləyi kimi sarğını təsbit edin.

6. Boynun yuxarı hissəsində yuxu arteriyasının qanaxması zamanı ilk yardım

Turnanı qarşı tərəfdəki qaldırılmış qolun üzərindən keçirin.



7. Turnanın qoyulması

Əvvəlcə arteriyayı sıxmaq lazımdır ki, qanaxma dayansın. Bu yolla siz qanaxmanı uzun müddət ərzində saxlaya bilməzsiniz. Qan “fontanı” dayanan kimi, ətrafa turna qoymaq lazımdır. Dərini sıxmamaq üçün turna nazik parça altlığın üstündən və ya 1 paltar qatının üstündən qoyulur. Bilavasitə lüt bədənə turna qoymaq olmaz! Turna altına qoyulan parça büküşlərsiz-hamar olmalıdır.

Əgər lazım olduğu anda əlinizin altında turna olmazsa, bu məqsədlə kəndir, kəmər, şərf, yaylıq, dəsmal, nazik rezin şlanq, bağ, lent, zolaq parçadan da istifadə etmək olar. Bu halda həmin parçanı həlqə şəklində bağlayıb, zədələnmiş yerdən bir qədər yuxarı olmaqla ətrafa keçirir, sonra parçanın həlqəsinə taxta parçası, qələm, karandaş və s. yerləşdirərək, qanayan damar tam sıxılana qədər burmağa başlayırlar.

Bazuönü nahiyədə və əl pəncəsində yara sahəsindəki qanaxmanı saxlamaq üçün ilk növbədə sıx şəkildə bükülmüş pambıq və tənziədən hazırlanmış kiçik mütəkkəni dirsək oynaqının bükücü sahəsinə yerləşdirmək lazımdır. Bundan sonra dirsəyi güclü şəkildə sıxaraq, bilək nahiyəsində nəbz itənədək və yara nahiyəsindəki qanaxma dayananadək bint və ya kəmər ilə bazuönü hissəni bazu hissəsinə sıxaraq bağlayırlar. “Təcili yardım” gələne

qədər xəstəni ehtiyatla yarı oturaq vəziyyətdə uzatmaq, üstünü örtmək, hərəkət etməyə və danışmağa imkan verməmək, qarın nahiyəsinə isə içərisində buz və ya soyuq su olan qrelka qoymaq lazımdır. Daxili qanaxmaya şübhə olduğu halda, xəstəyə nə yemək, nə su, nə də ağrını kəsmək üçün dərman preparatları vermək olmaz.

Turnanın qoyulmasına çox da aludə olmayın. Turnadan istifadə etmək təhlükəlidir. Qanaxmaların dayandırılması üçün turnanın qoyulması axırıncı vasitə olmalıdır. Turna yalnız yuxarıda göstərilən üsullar kömək etmədikdə ancaq tək borulu sümüklər olan ətraflara (yuxarı ətraflarda – bazu sümüyünün, aşağı ətraflarda isə – bud sümüyünün üzərinə) qoyulur. Turnanın istifadəsi arzu olunmaz fəsadlarla nəticələnə bilər. Turnanın düzgün qoymaq heç də asan deyil. O, düzgün qoyulmadıqda, qan damarlarını, sinirləri, yumşaq toxumaları zədələyir və onların qidalanmasını pozur.

Buna görə turna hazırlıqlı xilasedici, yanğınsöndürən tərəfindən istifadə edilməlidir.

Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üçün xüsusi, həm də əl altında olan vasitələrdən istifadə etmək olar. Xüsusi vasitələr: uzunluğu 1–1,5 m olan nazik zolaq şəkilli rezin turna. Əl altında olan vasitələr: bel kəməri, tən-zif, uzununa kəsilmiş dəsmal, burulmuş dəsmal və ya yaylıq, nazik rezin şlanq, bağ, lent, zolaq, parça və s.

***Turnanın istifadə qaydaları**

Turna qanaxmanın müvəqqəti olaraq dayandırılması üçün xüsusi vasitədir. Turna ətrafların iri arteriyalarının zədələnməsi zamanı qoyulur. Turna qoyularkən aşağıdakı qaydalara əməl etmək vacibdir:

- ✓ turna yaradan yuxarı və mümkün qədər ona yaxın qoyulmalıdır;
- ✓ turna qolda dirsəkdən, aşağı ətrafda dizdən aşağı hissələrə qoyulmur;
- ✓ turna qoyularkən ətraflar yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə tutulmalıdır;
- ✓ turna paltarın və ya hər hansı bir yumşaq parçanın (yaylıqın, ləçəyin, dəsmalın və s.) üstündən qoyulmalıdır (bu, dərinin əzilməsinin qarşısını alır, çünki turna həmin nahiyədə dərinin bükülməsinə, bu isə uzun müddət qaldıqda həmin yerdə qan dövranının pozulmasına səbəb ola bilər);
- ✓ turna dolaqları müntəzəm və ardıcılıqla qoyulmalıdır;



- ətrafa turna qoyarkən onun bir hissəsini bərk dartaraq (çəkib uzadaraq) ətrafı elə sıxmaq lazımdır ki, birinci həmlədən (dolaqdan) sonra qanaxma dayansın ya da yaradan aşağıda nəbz itsin (sonrakı dolaqlar ondan əvvəlkinin ancaq bir hissəsini zəif təzyiqlə örtməli və sonda turnanın ucları bir-birinə bərkidilməlidir);

- bu günün tələblərinə və müasir qərb ədəbiyyatına əsaslanaraq, turnanın ətraflarda saxlanılma müddəti ilin soyuq aylarında yarım saatdan, isti aylarda isə bir saatdan artıq olmamalıdır;

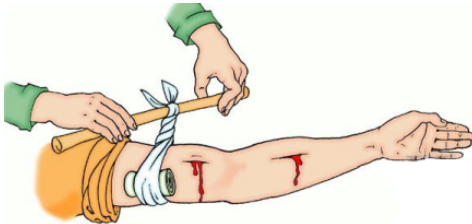
- ✓ turnanın uzun müddət saxlanılması ətrafların iflicinə və toxumaların ölməsinə gətirib çıxarır;
- ✓ turna göstərilən vaxtdan artıq qalarsa onu 5–10 dəqiqə boşaldıb, arteriyanı barmaqla sıxırlar;
- ✓ turnanı təkrar qoyduqda onu əvvəlki yerindən bir qədər yuxarı bağlamaq lazımdır;
- ✓ turna qoyulduqdan sonra onun qoyulma vaxtı (tarix, saat, dəqiqə) yazılıb, turnanın altına qoyulmalıdır (bəzi hallarda vaxtı flamastrla zərərçəkənin altına yazırlar);
- ✓ turna qoyulmuş yaralı dərhal, uzanmış vəziyyətdə tibb müəssisəsinə təxliyə edilməlidir;
- ✓ zərərçəkənin barmaqları (dırnaqları) tez-tez yoxlanılmalıdır (barmaqlar, dırnaqlar göyərsə, turna qısa müddətə bir qədər boşaldılmalı və yaranın ətrafında qan dövrənin bərpa olunmasına imkan yaradılmalıdır);
- ✓ turna düz qoyulubsa, ətraf avazıyır, ağrılı olur və üşüyür;
- ✓ ətraf üşüyərsə və ya hava soyuq olduqda ətrafı isti saxlamaq məqsədi ilə onu adyalla (yorğanla) örtün.

Diqqət! Turnanın qoyulduğu vaxt (tarix, saat, dəqiqə) mütləq qeyd olunmalıdır!

***Əl altında olan vasitələrdən turna əvəzi istifadə qaydaları**

Turna olmadıqda əl altında olan vasitələrdən **turna əvəzi** istifadə oluna bilər: bel kəməri, tənzip, uzununa kəsilmiş dəsmal, burulmuş dəsmal, yaylıq, nazik rezin şlanq, bağ, lent, zolaq, parça və s. Yumşaq əşyaları buraraq sıxmaq üçün çubuqdan və ya ona oxşar alətlərdən istifadə etmək mümkündür. Lazımi təzyiq göstərilməsi üçün əl altında olan vasitədən olan sıxıcının (bundan sonra turna) eni 2,5–3 santimetrdən artıq olmamalıdır.

Mümkündürsə turnanı **xəsərət almış nahiyədən 5 santimetr yuxarıda yerləşdirin**. Əl altında olan sıxıcı vasitə turna kimi paltarın və ya hər hansı bir yumşaq parçanın üstündən qoyulmalıdır.



- Turnanı qoyulacaq yerə boş dolayaraq düşünlən.
- Çubuğu düşünün altından keçirib, qanaxma dayanana qədər burun.
- Turnanın boşalmaması üçün çubuğun uclarını tənziplə ətrafa bərkidin.

- Turnanın qoyulduğu vaxtı qeydə alın.
- Mümkün qədər tibbi yardımını tezləşdirin.

Turnanın qoyulması qanaxmanın tez bir zamanda müvəqqəti olaraq dayandırılmasının əsas üsuludur. Turnanı sıxıcı sarğının köməyi olmadıqda, həyat üçün təhlükə yarandıqda qoymaq məqsədəuyğundur. Bir tərəfdən düz qoyulan turna tamamilə ətrafların qanla təchizatını dayandırır və toxumaların qidalanmasını pozur, digər tərəfdən düz qoyulmayan turna səthdəki venaları sıxaraq qanın ürəyə qayıtmasına maneçilik törədir və nəticədə qanaxma güclənir.

9. Ətraflara şinlərin qoyulması

Qanaxmanın dayandırılması üsullarından biri də, ətraflara şinlərin qoyulmasıdır. Yaralanmış ətrafda hər hansı bir hərəkət qanaxmanı gücləndirir və əlavə damarların zədələnməsinə səbəb olur. Ətrafda qan dövranını (sirkulyasiyanı) azaltmaq üçün şinlərdən istifadə olunur. Belə hallarda ən yaxşı şin hava ilə doldurulmuş pnevmatik şinlərdir. Qanaxmanı tez dayandırmaq üçün pnevmatik şindən istifadə etmək olar. Bütün alətlər şəffaf olmalıdır ki, qanaxmanı müşahidə etmək mümkün olsun.

DAXİLİ QANAXMA

Qanın damarlardan və ya ürəkdən orqanizmin xarici mühitlə əlaqəsi olmayan bədən daxilinə və daxili boşluqlara axması daxili qanaxma adlanır. Cüzi qızarmaya səbəb olan kapilyar qanaxmalar dəri altında baş verir və ciddi təhlükə törətmir. Lakin, arteriya və venalardan güclü qanaxma xeyli qan itkisi ilə nəticələnmə bilər.

Nüfuzedic yara (kəllə, döş, qarın boşluğuna) – hətta küt əşyalarla (daş, çəkil) zərbə, hündürdən yıxılma, hərəkət edən yol nəqliyyat vasitəsinin toxunması nəticəsində daxili orqanların zədələnməsi və güclü daxili qanaxma baş verə bilər. Mədə və bağırsağ xorası, sümüklərin sınması daxili qanaxmaya səbəb ola bilər. Daxili qanaxmalar həmçinin, bıçaq və ya güllənin dərini deşərək daxili strukturları zədələdikdə də baş verir.

Daxili qanaxma, qanın bədənədən xaric olmamasına baxmayaraq, olduqca ciddi və həyat üçün təhlükəlidir. Bu cür qanaxmalarda dövr edən qanın həcmi azalır. Həyat üçün təhlükəli qanaxma plazmanın 30%-i itirildikdə olur və bu zaman şok yaranır. Bundan əlavə, daxildə yığılan qan toxumaları sıxıb (ağciyərlər, qaraciyər, beyin və s.), orqanlara dağıdıcı təzyiqli göstərə bilər. Hər bir ciddi zədə zamanı daxili qanaxma ehtimalını nəzərə alın.

Daxili qanaxmanın sınımış sümüyün hər hansı fraqmentinin qan damarlarını və ya ətraf toxumaları zədələməsi səbəbindən də baş verməsi mümkündür. Orqanizm güclü daxili qanaxmaya nəzarət edə bilmədiyindən şok əlamətləri meydana çıxa bilər. Daxili qanaxmanı müəyyən etmək (əlamətləri çətin aşkar olunduğundan, bu əlamətlərin üzə çıxması müəyyən vaxt tələb etdiyindən) xarici qanaxmaya nisbətən daha çətinədir. Ağır daxili qanaxmalarda, xarici qanaxmalarda olduğu kimi oxşar əlamətlər mövcuddur.

Aşağıdakı hallarda daxili qanaxmadan şübhələnmək olar:

- avtomobil qəzası və ya hündürlükdən yıxılma nəticəsində baş verən xəsarət aşkarlandığında;
- qarın boşluğuna və döş qəfəsinə dəyən xəsarət (qoruyucu kəmərin izinə bənzər qançırıqlar daxil olmaqla);
- top zərbəsi kimi idman xəsarətləri və ya başqa oyunçularla toqquşma;
- xəsarətdən sonra döş qəfəsində və ya qarın boşluğunda ağrılar;
- xəsarətdən sonra qan qusma və ya qan hayxırma;
- xarici qanaxma əlamətləri olmadan şok simptomları;
- bıçaq və ya odlu silah yarası.

* İlk yardım

Daxili qanaxmanı dayandırmaq üçün ilkin yardımın göstərilməsi qanaxmanın hansı nahiyədə olmasından və zədənin ağırlıq dərəcəsiindən asılıdır. Məsələn, qolda qançır varsa, ağrını və şişi azaltmaq üçün zədələnmiş yerə soyuq kompres qoymaq lazımdır.

Əgər daxili qanaxmanın olmasından şübhələnirsinizsə, dərhal həkim çağırın. Ciddi daxili qanaxmanı dayandırmaq üçün ilk yardım göstərən xilasedicinin imkanları məhduddur. Belə ki, adətən zərərçəkənin cərrahi əməliyyata ehtiyacı olur. Buna görə də həkim gələnə qədər aşağıdakı ümumi qayğı qaydalarına riayət edin:

- yaraya zərər vura biləcək heç nə etməyin;
- tənəffüs və huşa nəzarət edin;
- zərərçəkəni soyuqdan və ya istidən qoruyun;
- zərərçəkənə rahatlıq yaradın, onu sakitləşdirin;
- zərərçəkənə toxtaqlıq verin; vəziyyətə uyğun müvafiq qayğı göstərin.

Hər hansı bədbəxt hadisə zamanı həyat üçün təhlükəli qanaxmanın müəyyən edilməsi və dayandırılması vacib şərtədir. Zədələnmiş insanın qanı ilə birbaşa təmasda olmaqdan mümkün qədər çəkinin.

DİGƏR QANAXMALAR

1. Başdan qanaxma

Skalpın kəsilmiş yarası

Skalp (baş dərisi) yarasından qanaxma böyük həcmdə qan itkisinə (xüsusilə də uşaqlarda) səbəb ola bilər. Bu, skalpın zəngin arterial qan təchizinə malik olması nəticəsində baş verir. Başın dərisi bilavasitə kəllə sümüyünün üstündə olduğundan iti, hətta küt alətin təsiri altında skalp cırılır (çapılmış yaralar), yaranın ağzı geniş şəkildə açılır.

Başdan qanaxma qorxulu və həyəcanlandırıcı görünə bilər və bir sıra hallarda belə qanaxmalar çox da təhlükəli olmur. Eyni zamanda bu cür qanaxmalar daha ağır və ciddi zədənin – kəllə sümüklərinin sınığı, beyin zədələnməsinin bir göstəricisi ola bilər. Buna görə də təcili olaraq qanaxmanı dayandırın. Sonra zədələnməni diqqətlə qiymətləndirin, xüsusilə də yaşlı, spirtli içki və dərman (narkotik) qəbul edən zərərçəkənləri. Yarada yad cisimlərin olma ehtimalına görə yoxlayın. Əgər yad cisim kəllə sümüyünə batmışsa, onu yaradan çıxartmayın, iri bükmə qoymaqla onun vəziyyətini stabilləşdirin və ətrafına sarğı qoyun ki, tərپənməsin.

Başın dəri qatı qanla güclü təchiz olduğuna görə zədələnmə halında nəzərəçarpacaq dərəcədə bərk qanaxma baş verir. Uşaqlarda belə yaralanmalar hipovolemik şoka gətirib çıxara bilər. Əgər baş sümüyündə sınıq nəticəsində çuxur yoxdursa, qan axan yeri kəllə sümüyünə barmaqla bir neçə dəqiqə ərzində bərk sıxın və sonra yaraya sıxıcı sarğı qoyun.

Üzün yumşaq toxumalarının zədələnməsi zərərçəkənin həyatı üçün təhlükə törətmir, lakin tənəffüs yollarının keçiriciliyi, baş və onurğa beyin zədələnməsi boyun fəqərələrinin sınması ehtimalı nəzərə alınmalıdır.

Üz və baş nahiyəsində qanaxmalarda zərərçəkənə yanaşma digər qanaxmalardakı yanaşmadan fərqli olmur və ilk yardım demək olar ki, eynidir: birbaşa təzyiq və yaraya steril sıxıcı sarğının qoyulması.

2. Burun qanaxması

Burun zədələri, adətən küt zərbə aldıqda baş verir. Burun daxilində qan damarları cırılır və qanaxmaya səbəb olur. Yüksək qan təzyiqi, hündür-lüyün dəyişməsi, asqırma, burunu qurdaqlama, kobud silmə, soyuqdəymə, qrip də burundan qanaxmaya səbəb ola bilər. Burundan qanaxma xoşagəlməz hal olsa da, adətən həyat üçün təhlükəsizdir. Lakin bəzi hallarda güclü qanaxma şoka gətirib çıxara bilər. Baş beyinin travmasından dərhal sonra burundan və ya qulaqdan zəif şırnaqla axan qanla qarışmış maye görünə bilər. Bu, çox ciddi baş beyin travmasının aparıcı əlamətidir və mayenin beyindən sızmasını göstərir. Mayenin axmasının qarşısını almaq məsləhət deyil. Belə hallarda mayeni ancaq yumşaq salfetlə ehtiyatla silin. Burun qanaması

zamani insanın nə qədər qan itirdiyini demək çətindir, çünki zərərçəkən çox vaxt qanın bir hissəsini udur.

➤ Qanın xaricə axmasına imkan yaradın. Zərərçəkəni oturdub boynunu öna əyərək, başını azacıq qabağa və aşağı sallayın. Boğaza axan qanı zərərçəkən udmamalıdır, onu tüpürməlidir. Qan udulduqda və ya baş arxaya əyildikdə burundan axan qan boğazın arxasından mədəyə yığılıb qusma və mədə möhtəviyyatı ilə tənəffüs yollarının tutulmasına səbəb ola bilər.

➤ Əgər burun sümüyünün sınığı yoxdursa, burun pərlərini (burunun bütün aşağı nahiyəsini) iki tərəfdən 10 dəqiqə ərzində sıxıb saxlayın və burnun yuxarı hissəsinə soyuq kompres qoyun. Bu zaman zərərçəkən ağızla nəfəs almalıdır. Ağızla nəfəsalma sakitləşdirmə effekti də yaradır.

➤ Burunda olan qan laxtalarının qopmaması üçün zərərçəkən danışmamalı, udqunmamalı, öskürməməli, tüpürməməli və finxırmamalıdır.

➤ Burundan qanı silmək üçün ona təmiz dəsmal verilməlidir.



Sonra barmaqları açıb qanın axıb-axmadığını yoxlayın. Əgər qanaxma davam edərsə, təkrar burnun ucunu 10 dəqiqə sıxın. Üç dəfə bunu təkrar edəndən sonra (30 dəqiqə ərzində) qanaxma dayanmazsa zərərçəkən xəstəxanaya çatdırılmalıdır.

Qanaxma dayandırıldıqdan sonra, bir müddət burunu silmək və heç bir müdaxilə etmək olmaz. Çünki belə hərəkətlər qanaxmanın yenidən başlanmasına səbəb ola bilər.

➤ Qanaxma dayandıqdan sonra, azı 1 saat ərzində zərərçəkən ağızla nəfəs almalıdır.

Əgər zərərçəkən huşunu itirərsə, onu sol və ya sağ böyrü üstə çevirin ki, qan burundan axa bilsin və tənəffüs yollarına getməsin. Burun boşluğunda hər hansı yad cismin olub-olmadığına baxın. Əgər belə bir cisim varsa və onu asanlıqla tuta bilərsinizsə, çıxarın. Lakin burun dəliklərinə barmaqla müdaxilə etməyin. Cismin daha da arxaya itələnməsi qanaxma və ya tənəffüs yolunun tutulmasına səbəb ola bilər. Əgər cisim asanlıqla çıxmırsa, tez həkimə müraciət edin.

3.Qulaqdan qanaxma

Daxili qulaqdan qanaxma qulaq pərdəsinin deşilməsindən (perforasiyasından) sonra baş verir.

Səbəblər: qulağa yad cismin daxil olması, başa zərbə, partlayışın təsiri. Qulaq pərdəsi deşilərkən zərərçəkən qulaqda kəskin ağrı hiss edir və karlaşır. Baş beyin travmasının nəticəsində qulaq pərdəsinin deşilməsindən dərhal sonra nazik şırnaqla axan qanla qarışmış onurğa beyinin mayesi (likvor) görünə bilər. Bu, baş beyin travmasının çox ciddi əlamətidir və

mayenin beyindən sızmağını göstərir. Belə qanaxmalarda qulağa heç bir müdaxilə etmədən ancaq mayeni silib qurutmağa icazə verilir.

Belə halda:



- zərərçəkənə yarım oturaq vəziyyət verin;
- mayenin axmasının qarşısını almayın (maye axmasının davam etməsi üçün zərərçəkənin başını zərbə aldığı qulaq tərəfinə əyin);
- ehtiyatla yumşaq salfetlə ancaq mayeni silin;
- steril mələfə və ya təmiz əski ilə qulağı örtüb,

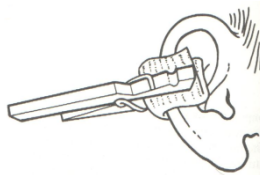
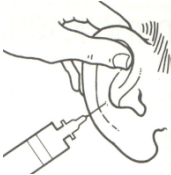
yüngülcə saxlayın (infeksiyalaşmaya imkan verməyin);

- zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırın.

4.Qulaq seyvanının hematoması

Qulaq seyvanının hematoması zamanı qan dəri və qığırdaq arasında toplanır. Yardım göstərilmədikdə hematoma qulağın deformasiyasına səbəb olur. Yardım qulaq seyvanından hematomanın aradan götürülməsinə və orada onun təkrar yığılmamasına yönəldilməlidir.

Hematomanın aşağı nöqtəsi 25G nömrəli iynəli şprislə deyilir və yığılmış qan sovrulur. Hematoma olan yer hər iki tərəfdən salfetlə (tənziflə) bürünür və üstündən qanaxmanı sıxıb dayandırmaq üçün 30–40 dəqiqəlik laboratoriya və ya adi paltar şpilkası (sıxac) qoyulur.



Bu prosedura qulaq seyvanına qanın toplanması kəsilməyə qədər hər gün aparılır.

5.Travmatik diş zədələnmələri və diş çəkilməsindən sonra yaranan qanaxma

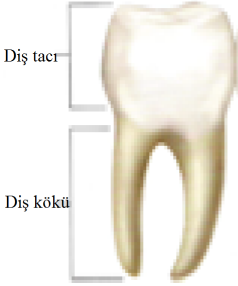
Bütün hallarda: çənə nahiyəsindən xəsarət aldıqda, çənə sümüklərinin sınığından şübhələndikdə, ağızda sınımış, laxlayan və ya qırıq diş olduqda, həmçinin zərbə almış dişin rəngi dəyişdikdə, mütləq diş həkiminə müraciət edin.

Hadisə yerində üz nahiyəsindən xəsarət almış zərərçəkənə **xarici baxış** keçirərkən boğulma təhlükəsinin qarşısını vaxtında almaq məqsədi ilə

ağızda sınımış, laxlayan və ya qırıq dişin olub-olmamasını yoxlayıb, müvafiq tədbirlər görmək lazımdır.

Diş çəkilməsindən sonra yaranan qanaxmada ilk yardımın göstərilməsi.

- yaranı və ya ağız boşluğunu duzlu və ya təmiz su ilə yuyun. Ağız boşluğunu təkrarən yumayın və on iki saat ərzində çox isti içkilər qəbul etməyin, çünki su əmələ gəlmiş laxtanı yerindən qoparıb, təkrar qanaxmaya səbəb ola bilər.



- yerindən qopan diş ağızdan xaric edin. Bunun üçün dişin yerinə qaytarılmasına kömək edəcək bağları zədələnməmək məqsədi ilə, diş kökündən deyil, diş tacından tutub, çıxarın. Sonra onu bir fincan südün və ya təmiz suyun içərisinə qoyub, zərərçəkənlə birlikdə diş həkiminə çatdırın.

- yerindən boşalan diş yerinə oturtmaq üçün zərərçəkənə qatlanmış tənzifin dişləməsinə məsləhət görün.

- boş qalmış diş oyuğundakı qanaxmanı dayandırmaq üçün oraya kifayət qədər qalınsteril tənzif qoyub, dişlərlə tənzifi 20–30 dəqiqə ərzində sıxmağı məsləhət görün. Tənzif sıxılarkən dişlər bir-birinə dəyməməlidir.

- yumşaq toxumalardan və diş ətindən olan qanaxmanı birbaşa təzyiqlə dayandırın. Qanaxma davam edərsə, qeyd olunan əməliyyatları təkrar edin. Bəzən isladılmış birdəfəlik çay paketlərinin dişlənməsi də qanaxmanın dayanmasına kömək edir. Hemostatik (qanaxmanı dayandıran) gel olduqda onu çıxarılmış dişin yerinə yaxın. Ağrıkəsici verin. Göstərilən yardım səmərəsiz olduqda, diş həkiminə müraciət edin.

SARĞI VƏ SARĞI MATERIALLARI

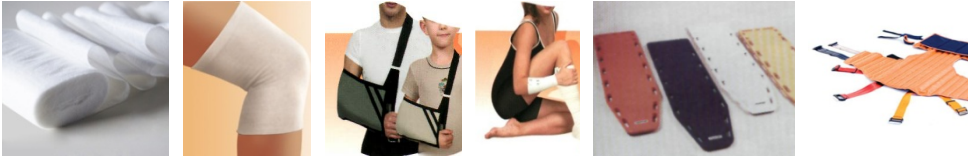
Desmurgiya (“desmos” yunan sözü olub, sarıq, sarğı,bağ deməkdir, “ergon”yunan sözü olub, iş, hərəkət, əməliyyat deməkdir) – sarğılar, onların işlədilməsi, qoyulma qaydası və s. bəhs edən elm sahəsidir. Sarğı ilk yardımın əsas vasitəsi sayılır. Əksər zərərçəkənin müalicəsinin nəticəsi məhz sarğının keyfiyyətindən asılı olur. Hətta, sağlam nahiyəyə səhv, keyfiyyətsiz qoyulan sarğı ağrı, şişmə, göyərmə, narahatlıq hissi ilə yanaşı, daha ağır fəsadlara da səbəb ola bilər.

1. Sarğı materialı

Sarğı materiallarının yaraya yapışması onun mənfi cəhəti olmasına baxmayaraq, sarğı yaranı mexaniki, bakterioloji və s. təsirdən qoruyur, qanaxmanı dayandırır. Onlar asanlıqla qoyulub, çıxarılır. Çalışın steril sarğı materiallarından istifadə edəsiniz. Əks halda, əl altında olan təmiz, tüksüz (xovlu olmayan), yaraya yapışmayan materiallarından istifadə edə bilərsiniz.

***Sarğı zamanı işlənən materialın bərkliyinə görə yumşaq, sərt və xüsusi sarğılar ayırd edilir**

Yumşaq sarğılar. Tənzif, bint, salfet, kətan, bez, parça zolağı, flanel, ləçəkvari sarğı, sapanvari (ucları haçalanmış) sarğı, rezinlənmiş bint, yapışqan və ya yapışqanlı sarğılar, elastik rezin turnalar, tənzif-pambıq, elastik brezent-pambıq şinlər, şəbəkəli (torlu) sarğı, plastır sarğılar (leykoplastır) və s.



Bərk sarğılar.Müvəqqəti immobilizasiya (hərəkətsiz) edici kimi işlədilən taxta, plastmas, pnevmatik nəqliyyat şinləri,uzun və qısa onurğa lövhələri, azad etmə qurğusu, gips və s. Birləşdirici kəməri olmayan bərk sarğılar bədən səthinə yumşaq sarğılarla bərkidilir.

Xüsusi sarğılar.Bandaj, fərqi sarğı zərfi və s.

2.Sarğıların növləri

Sarğılar istifadə məqsədindən asılı olaraq müxtəlifdir.

Qoruyucu (mühafizəedici), örtücü sarğılar yaranın üstünü örtmək üçün istifadə olunur. Xarici mühitin zərərli təsirindən dərini, yaranı, dərman maddələrini və s. qorumaq məqsədilə tətbiq edilir.

Təsbit edici (bərکیدici), möhkəmləndirici sarğılar hər hansı məqsədlə bədən səthinə qoyulan əşyanın (gips, qoruyucu sarğı, şin və s.) yerindən sürüşüb-düşməsinin qarşısını almaq üçün **onun üzərinə bərکیدilir**. Bunlar ləçəkvari, sapanvari, yapışqanlı, bintlə, plastırla və s. təsbit edilən sarğılardır.

Sıxıcı sarğılar bədənin müəyyən hissəsində daim təzyiq yaratmaq, çox zaman isə qanaxmanı dayandırmaq üçün işlədilir.

Hərəkətsizləşdirici (immobilizasiya edici) sarğılar bədənin zədələnmiş nahiyəsinin hərəkətsizliyini təmin etmək üçün tətbiq edilir.

Düzəldici (düzgün vəziyyətə gətirən) sarğılar bədənin lazım olan hissəsinin vəziyyətini düzəldir.

Dartıcı sarğılar – bədənin hər hansı bir hissəsini daim dartan sarğılardır.

2. Yaralanmada qoyulan sarğılar

Yaralanmada qoyulan sarğılarda məqsəd qanaxmanı dayandırmaq, yaranı infeksiyadan qorumaq və ağrını azaltmaqdır. Ciddi qanaxmada yara təmizlənməmiş, qanaxma dayandırılmalıdır. Yüngül, həyat üçün təhlükə törətməyən qanaxmada sarğını qoymazdan əvvəl yara fizioloji məhlulla və ya çoxlu təmiz su ilə təmizlənilib yuyulmalıdır. Yaranın kənarlarını və onun ətrafını yod məhlulu ilə dezinfeksiya etmək məsləhətdir.

Çox zaman sarğı qoyulmasına göstəriş yara və dəri üzərinə qoyulmuş sarğı materialını (salfeti) təsbit etməkdən (sarıyıb bərkitməkdən) ibarət olur. Yara olduqda onun üzərinə mütləq steril və ya təmiz material qoyub, digər materialla (bint, ləçək, leykoplastır, torlu bint və s.) təsbit etmək lazımdır.

***Yaraya qoyulan sarğı iki hissədən ibarətdir:**

- örtücü sarğı – açıq yaranın üstünü örtmək üçün qoyulan hissə;
- təsbit edici sarğı – örtücü sarğını bədən üzərində saxlayan hissə.

4. Ümumi tövsiyələr

- Zərərçəkənə sarğının qoyulma məqsədini izah edin və bunun vacib olduğunu inandırmağa çalışın.
- Sarğı qoyduqda zərərçəkənə rahat, mümkünsə, oturmuş yaxud uzanmış vəziyyət verin. Sarğı möhkəm olsun deyə zərərçəkən özünü və zədələnmiş yeri boş saxlamalıdır. Ətrafdə sabitlik yaratmaq üçün zərərçəkən və ya xilasedicilərdən biri zədə almış ətrafı tutub saxlamalıdır.
- Yara üzərindəki paltar çıxarın, mümkün olmadıqda tikiş yerindən sökün. Ətrafların yaralanması zamanı paltar əvvəlcə sağlam ətraf tərəfdən, sonra isə zədələnən ətraf tərəfdən çıxardın. Sarğı sarıldıqdan sonra paltar əks qaydada, yəni zədələnən ətraf tərəfdən geyindirin.

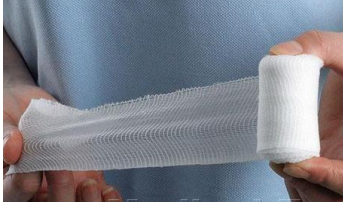
- Zərərçəkənə göstərilən yardıma reaksiyanı görmək üçün, üzünüzü ona tərəf çevirin və sorğu-suala (ağrı varmı, çox sıxırmı və s.) tutun. Sonra sarğının onu narahat edib-etməməyini soruşun. Çox sıx qoyulan sarğı qanla təchizatı pozur və nəticədə ətrafların aşağı hissələrində göyərmə və şişkinlik əmələ gəlir.
- Münasib ölçülü bint götürün. Əksərən, enli sarğı, ensiz sarğıdan yaxşıdır. Sarğı qısa olduqda yenisini götürün. Xəsarət almış nahiyə (xüsusilə də ətraflar) hansı vəziyyətdə qalacaqsa o vəziyyətdə sarıyın.
- Sarğı qoyarkən dəri, damarlar və sinirlərin sıxılıb əzilməməsi üçün oynaq çuxurlarına və sümük çıxıntısı olan dəri səthinə nazik yumşaq pambıq layı və ya digər yumşaq əşya qoyun.
- Ətraflara sarğı qoyarkən onlara funksional baxımdan əlverişli (orta fizioloji) vəziyyət verin.
- dirsək nahiyəsinə sarğı qoyarkən qol düz bucaq (90^0) altında bükülməlidir;
- diz nahiyəsinə sarğı qoyarkən isə ayaq yarım bükülü vəziyyətdə (130^0) saxlanılmalıdır;
- biləyə sarğı qoyarkən barmaqları yarım bükülü vəziyyətdə saxlamaq lazımdır (bu məqsədlə ovuca, tənzifə bükülmüş bir topa pambıq qoyulur və baş barmaq qalan barmaqlara nisbətdə əks vəziyyətdə saxlanılır);
- yanıqlarda əl pəncəsində bütün barmaqlar, ayaq pəncəsində yalnız 1-ci barmaq ayrıca sarınır.

Diyrəkli sarğılar sancaq, lent və yaxud sarğının ucunu iki hissəyə bölüb düyünləməklə bənd edilir. Sarğı sağ budda bərkidilirsə, dairəvi dolağın istiqaməti soldan sağa, sol budda bərkidilirsə sağdan sola olur.

BİNTLƏ QOYULAN SARĞILAR

Bint sarğıları daha münasib və çox yayılmış sarğılardır. Bint yaranın üzərinə qoyulmuş steril salfetin saxlanması, zədələnmiş nahiyənin qorunması və oynaqların sarınması üçün istifadə olunan sarğı materialıdır. Sarğılar müxtəlif məqsədlər üçün istifadə olunur: materialların (tənzif, salfet və digər sarğı) zədə almış nahiyənin üzərində saxlamaq, qanaxmanı dayandırmaq, zədələnmiş yeri hərəkətsizləşdirmək, şişkinliyi azaltmaq.

Fövqəladə vəziyyətdə sarğılar paltarın hər hansı bir hissəsindən və parçasından edilə bilər. Sarğılara verilən tələblərə (hiqroskopiklik – nəmçəkən, elastiklik, məsaməlilik, möhkəmlik, qoyulduğu yerdə lazımı təzyiqin yaradılması və s.) daha çox cavab verdiyinə görə, bint sarğılarından daha geniş istifadə edilir.



Bu məqsədlə müxtəlif uzunluqda və enində tənzip sarğılardan istifadə edilir. Tənzip bintlər asan dartılır və sarıdıqda bədənin formasına görə yaxşı modelləşir. Eni 3 sm-dən 10–20 sm-dək olan lent şəklində tənzip parçasına bint deyilir. Bintin uzunluğu 5–7 metrden artıq olmur. Bintin

eni bədənin hansı hissəsinə sarğı qoyulmasından asılı olaraq seçilir. Əl və ayaq barmaqları çox vaxt ensiz bintlə (3-7 sm); baş, çiyin, said, baldır orta ölçülü bintlə (10–12 sm); döş qəfəsi və bud enli bintlə (14–16 sm) sarınır.

Bintlər steril və qeyri-steril vəziyyətdə buraxılır. Steril bintin örtüyü altındakı nazik sapın sərbəst ucunu dairəvi hərləməklə (çevirməklə) kağız örtük kəsilir, bint açılır. Sarıyarkən bintin baş hissəsi yuxarı tutulmalıdır. Düzgün qoyulmuş sarğı bədənin xəstə yerini tamamilə örtməli, qan dövranını pozmamalı və zərərçəkəni incitməməlidir.

* Sarğının qoyulmasının başlanma mərhələsi

- Bütün bint sarğıları 2–3 dairəvi təsbitedici turlarla başlayır, bint sürüşməsin deyə, ucu 5–10 sm sərbəst saxlanılır və birinci turun üstünə qatlanaraq sonrakı ilə bərkidilir. Sonra dairəvi (əvvəlki dövrəni tamamilə örtür), spiral (çəp istiqamətdə aparılır və əvvəlki dövrənin qismən üçdə-iki hissəsini örtür) və s. bint sarğı qoyulma variantından birini istifadə etmək olar. Konusa bənzər bədən nahiyəsini yaxşı bürüyüb əhatə etmək üçün binti hər 1–2 turdan sonra burub çevirərək sarğıni qoymaq lazımdır.



- Ətrafa sarğı periferiyadan (ətrafın ucundan) mərkəzə (gövdəyə), sağlam yerdən yaraya doğru aparılır.
- Bintin bütün turları əvvəldən axıradək bərabər qüvvə ilə sıxılmalı, venoz durğunluq, şişkinlik və ağrı yaratmamalıdır.
- Bintin turları sarğıdan çıxmamalı, qatlanmamalı, sıxılmamalı, göstəriş olmadan burulmamalı: qırıq, büküş və səliqəsizlik bintin boşalmasına, toxumaların sıxılmasına səbəb olur.

* Sarğı qoyulmanın son mərhələsi

Bint sarğısını binti bərkitməklə tamamlayırlar. Bintin ucu (ucları) müxtəlif üsulla, adətən, yaranın əks tərəfində (sağlam tərəfdə) düyünləmək-

lə, sancaqla, qısqaqla, plastırla və digər üsullarla bərkidilməlidir. Binti düyünləməklə təsbit etmək üçün **onu son sərbəst ucundan 5–10 sm aralı ayırmaq və ya kəsmək, sonra** isə kəsiyi sərbəstucun **axırına** (sonuna) **qədər davam etmək** lazımdır. Binti haçalanmış uclarını bir-biri ilə çarpazlaşdırıb, əks istiqamətlərdə sarğı üzərinə dolandıraraq qarşı tərəfdə düyünləmək lazımdır. Düyün zədədən, oynaqdan, səthi sinirdamar kötöklərindən kənarında bərk sıxılmamalı və sərbəst ucları qısa kəsilməlidir. Əgər bint qurtarıbsa, yeni bintonun üzərinə dairəvi gedişlə bərkidilir və sonra sarıma davam etdirilir. Hər hansı bir nahiyənin hər iki tərəfi zədələnmişdirsə, düyünü nahiyənin ortasında bərkidin. Sarğı qoyulduqdan sonra düyünlərin ucunu sarğının altında gizlədin. Düzgün qoyulmuş sarğıda büküşlər, qırıqlar olmamalı, binti dövrələri sarğıdan ayrılmamalıdır.

LƏÇƏKVARI SARĞILAR

Ləçək hər hansı üçkənc kəsilmiş və ya bükülmüş parçadan düzəldilir.

Standart ləçək 135x100x100 sm ölçülərdə olur. Ləçəyin əsası, ortası, zirvəsi və iki ucları ayırılmalıdır.

İlk yardım zamanı bu sarğılardan daha çox istifadə edilir. Ləçəkvari sarğıları bədənin istənilən nahiyəsinə qoymaq olar. Ləçəklə sarğı çox vaxt yuxarı ətrafların zədələnmələrində, körpücük sümüyünün sınıqlarında istifadə olunur. Ləçəkvari sarğıları birbaşa bədənə və ya qoruyucu (örtücü) sarğının üstündən qoyulur. Ləçək olmadıqda əl altında olan vasitələrdən dəsmal, pencəyin və ya köynəyin ətəyi, qalstuk və s. əşyalardan istifadə oluna bilər.

Said sümüyünə ləçəkvari sarğının qoyulması. Yuxarı ətrafi dirsəkdən düz bucaq altında bükün.



Ləçəyi saidin altından keçirib, onun uzun ucundan birini sağlam qol tərəfdə çiyinin üstünə aşırın. Bu vaxt ləçəyin digər uzun ucu aşağı sallanır, zirvəsi isə dirsəyin altından xaricə çıxır. Ləçəyin aşağı sallanan ucunu xəsarət alan əlin önündən yuxarı qaldıraraq, boynun arxasında ləçəyin digər ucuna bağlayın. Ləçəyin zirvəsini isə dirsəyin ətrafına sarıyaraq, onun önündən sancaqla sarğıya bərkidin.

Baş ləçəkvari sarğının qoyulması. Ləçəyin əsasını (uzun tərəfini) ənsəyə qoyub, ortası ilə baş elə örtülməlidir ki, zirvəsi alına sallansın. Sonra

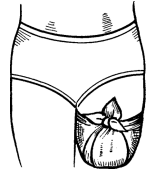
uzun ucları qulaq seyvanlarının yuxarısı ilə arxadan önə aparılıb, alın nahiyəsində bağlanılır. Sonda isə, ləçəyin zirvəsi alında düyünlənmiş ucların altından üstünə qatlanılıb, sancaqla bərkidilir. Başa ləçəklə sarğı qoyduqda zədə yerindən asılı olaraq digər variantlardan da istifadə etmək olar.



Ələ ləçəkvari sarğının qoyulması.

Ləçəyin uzun tərəfini saidə tərəf qoyub, zirvəsinə barmaqları büküb, əlin üzərindən saidə tərəf aparın. Sonra uzun uclarını biləkdə (mil-bilək oynaqda) düyünləyin.

- **Böyük yaralara (güdülə)ləçəkvari sarğının qoyulması.** Ətrafın amputasiyasından sonra güdülə ləçəkvari sarğını qoyduqda ləçəyin uzun tərəfini güdüldən yuxarıya elə qoyun ki, onun ortası güdülü tam örtün. Ləçəyin uzun uclarını düyünləyib, zirvəsini düyünlənmiş uclara bərkidin.



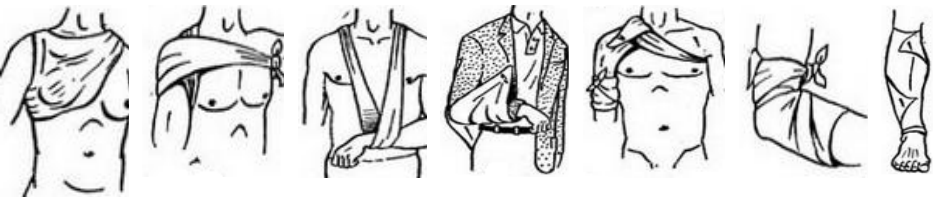
- **Sağrıya və budun yuxarı tərəfinə ləçəkvari sarğının qoyulması.** Ləçəyin zirvəsini belə bağlanmış kəməre elə bərkidin ki, ortası sarğının üzərinə düşsün.

Belə olduqda ləçəyin uzun uclarını budun yuxarı tərəfinə sarıyıb, uclarını bağlayın.

- **Dabana və ayağa ləçəkvari sarğının qoyulması**



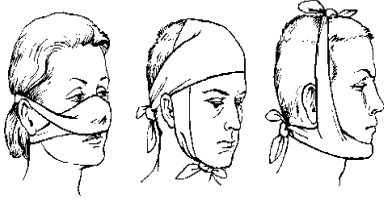
- **Müxtəlif nahiyələrə ləçək sarğılarının qoyulma variantları.**



DİGƏR YUMŞAQ SARĞILAR

1. Sapandvari sarğılar.

Bu sadə tipli sarğılardan olub, baş nahiyəsində daha çox işlədilir.



Bu məqsədlə 75–80 sm uzunluğunda enli bint yaxud parça götürülür və hər iki tərəfindən, ortada 15–20 sm qalana qədər, uzununa kəsilir. Bu zaman sarğının dörd ucu əmələ gəlir. Orta hissəsi zədələnmiş nahiyəyə qoyulur, kəsilmiş uclar çarpazlaşdırılmaqla aşağı uc digər tərəfin aşağı ucu, yuxarı uc isə

əks tərəfin yuxarı ucu ilə bağlanılır. Əksər hallarda sapandvari sarğılar burun, üst dodaq, alın, ənsə, diz nahiyəsinə və alt çənəyə qoyulur.

2. Yapışqanlı sarğılar

Yapışqanlı maddələrlə (leykoplastır, kleol və s.) bərkidilən sarğıların bint sarğılarına nisbətən bir sıra üstünlüyü vardır. Onlar sarğı materiallarının sərf edilməsi baxımından sərfəli, texniki cəhətdən sadədir. Sarğı qoymaq üçün çox vaxt tələb olunmur, zərərçəkəni sıxıb ona əziyyət vermir. Hazırda bu sarğılar geniş tətbiq edilir.

*Plastırlı sarğı

Plastır kimi tanınan yapışqanlı sarğılar kiçik ölçülü yaralar üçün nəzərdə tutulmuşdur. Plastır parça zolağı olub tənzişdən və sellülozadan hazırlanmışdır. Plastırın bir tərəfi yapışqanlı və steril olub yara üzərinə qoyulur. Onlar müxtəlif ölçüdə olur. Xüsusi olaraq barmaqlar, bilək və ayaq üçün istifadə edilir.



Plastırı istifadə etdikdə kağızdan qoruyucu zolaqları üzə yuxarı çıxarın. Sonra onu ortadan üzə aşağı elə əyin ki, qoruyucu zolaqların ucu görünsün. Zolaqları bir-birindən alt qatdakı steril materiala toxunmadan steril material tam görünənə qədər aralayın (zolaqlar tam çıxardılmamalıdır).

Qoruyucu zolaqdan tutaraq steril materiala toxunmamaq şərti ilə yaranın üzərinə qoyun. Qoruyucu zolaqları dartıb çıxaraq plastırın kənarlarını sıxmaqla dəriyə yapışdırın. Yapışqanlı sarğıların sukeçirməyən növləri əldəki yaralar üçün ən yaxşı seçimdir.

*Leykoplastır və kolloid sarğıları

Leykoplastır lentinin eni müxtəlif olmaqla rulonlar şəklində buraxılır. O, quru dəriyə yaxşı yapışır, lakin uzun müddət bədən səthinin üzərinə qaldıqda plastırın altındakı dəri qıcıqlanır, sarğı islandıqda isə (irinlə və s.)

dəridən qopur. Kiçik yaranın üstündə sarğı materialını saxlamaq üçün leykoplastırın parçasını sarğının üzərinə qoyub, plastırın sərbəst kənarlarını dəriyə yapışdırırlar.



Leykoplastır (yapışqan plastır) ətrafa tam sarınmamalıdır. Ətraf leykoplastırla dövrəyə alındıqda toxumaların qanla təchizatı pozula bilər. Bəzi insanların dərisi leykoplastıra həssas olduğu üçün onlardan bu barədə məlumat almaq lazımdır.

Kolloidli sarğılarda yapışdırıcı maddələr salfetin üstünə sürtülərək, dəriyə yapışdırılır.

3. Standart steril sarğılar

* **Qatlanmış steril salfet (steril salfet yastıqcıqları)** qoruyucu (mühafizəedici), örtücü sarğı materialı kimi və sarğı qoyulduqda boşluqları doldurmaq üçün əlavə yumşaq material kimi istifadə olunur. Belə sarğı materialı yumşaq olub bədən səthində istənilən formanı alır. Tənzifin aralarına pambıq qoyduqda, o, qanı və digər ifrazatı özünə yaxşı hopdurur. Yaraya təzyiq etmək lazım gələrsə, (qanaxma və s.) salfet bintlə bərkidilməlidir, digər hallarda salfeti yaranın üstündə saxlamaq üçün leykoplastırdan və s. sarğılardan istifadə edilməlidir.

* **Tənzif-pambıq steril standart sarğılar.** Tənzif-pambıq tənzif üzlü pambıq yastıqcadan və ona tikilmiş bintdən ibarətdir. Hazır standart steril sarğılar müxtəlif ölçülü perqamentli kağız, rezinlənmiş parça və s. zərflərdə (paketlərdə) olur. Qoruyucu zərf zədələnsə sarğı steril hesab olunmur.

- Standart steril sarğının zərfini cırıb açın və bintin sərbəst ucunu tapın. Steril sarğını açıqda sterilliyini qorumaq üçün bintin yara üstünə qoyulan yastıqcaya toxunmayın.

- Bintin istənilən tərəfindən tutub, yastıqcanı yaranın üzərinə qoyun.

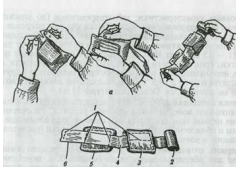
- Əvvəl bintin qısa tərəfini bir dəfə sarıyıb, onun sərbəst ucunu axırda düyünləmək üçün əlinizdə saxlayın.

- Bintin uzun ucunu yastıqcanın üzərindən lazımi qaydada sarıyın.

- Sonra sarğının hər iki sərbəst ucunu bir-birinə bağlayın. Yaraya əlavə təzyiq göstərmək üçün düyünü yastıqcanın üzərində qoyun. Sarğı qoyduqdan sonra qanaxma davam edərsə qoyulmuş sarğını açmadan üzərinə yenisini qoyun. Qanaxma yoxdursa və ancaq yastıqca yerindən sürüşübsə sarğını açıb yenisi ilə əvəz edin.

- Sarğı yaranı və üzərindəki yastıqcanı tamamilə örtməlidir.

* Fərdi steril zərf



Standart steril sarğılara fərdi steril zərf də aiddir.

Fərdi steril zərf yaralanmalar və yanıqlar zamanı ilk yardım üçün nəzərdə tutulub. Onlar rezinlənmiş örtükdən, steril tənzif içərisinə doldurulmuş iki pambıq yastıqcadan və zərfin içinə qoyulan sancaqdan ibarətdir.

Fərdisarğı zərfi açarkən rezinlənmiş örtüyün iç tərəfinə toxunmayın və dəsti açıqda sterilliyini qoruyun.

Döş qəfəsinin nüfuzedicisi yaralanması zamanı və plevra boşluğuna hava daxil olduğu vaxt yaradan qanlı və köpüklənən maye xaric olur. Bu, ağır yaralanmadır. Yaraya havanın daxil olmasının qarşısını almaq məqsədilə belə zərərçəkənlərə yardım göstərən zaman, fərdi sarğı zərfi rezinlənmiş örtüyün iç tərəfi ilə yara bağlanılmalı, sonra isə hər iki döşəkcə yaranın üstünə qoyularaq tənziflə sıxılmalıdır (hermetik sarğı). Əgər yaralanma nəticəsində iki dəlik əmələ gələrsə (giriş və çıxış dəlikləri), hər dəliyə örtüyün bir yarısını və üstündən bir döşəkcə qoyaraq sarımaq lazımdır. Belə zərərçəkənlər yarımoturaq vəziyyətdə təxliyə edilməlidirlər.



4. Şəbəkəli (torlu) sarğılar

Şəbəkəli (torlu) sarğı materialı əsasən steril salfeti və başqa sarğı materiallarını oynaq və barmaqlarda saxlaması üçün istifadə olunan sarğı materialıdır. Bu sarğı 7 ölçüdə satışı buraxılır.

5. Bərk sarğılar

Bərk sarğılar (nəqliyyat şinləri, gips və s.) immobilizasiya və düzləndirmə məqsədilə qoyulur. Ən yaxşı üsul gips sarğısidir. Bu sarğını qoyarkən tez bərkiyən maddələrdən istifadə edilir. İlk yardım göstərərkən immobilizasiya standart şinlər və ya əl altında olan vasitələrlə yerinə yetirilir.

Diqqət! Pambığı bir başa yara üstünə heç vaxt qoymayın. Pambıq ikinci qat kimi (xarici qat kimi) tənzifin, salfetin və digər materialların üstünə qoyulur və ya boşluqları doldurmaq üçün əlavə yumşaq əşya kimi istifadə olunur.

YARALANMALAR VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI İLK YARDIM

ÜMUMİ MƏLUMAT

Mexaniki və digər səbəblərdən dəri və selikli qişaların, dərinə yerləşən toxuma və orqanların tamlığının pozulmasına yara – yaralanma deyilir. Dəri və selikli qişanın üst təbəqəsinin zədələnməsi isə sıyrıq (sıyrıntı) adlanır. Ağrı, qanaxma və yaranın ağzının nə dərəcədə açıq olması yara üçün əsas əlamətlərdir. Yaralanma təhlükəli hal olub, yetirilmiş xəsarət nəticəsində orqanizmdə əmələ gələn dəyişikliklər və toxumaların zədələnməsidir.

Yaralanmalar müxtəlif fiziki və mexaniki təsirlərdən, o cümlədən, itlərin, pişiklərin və digər heyvanların dişləməsi və sancması, termiki və kimyəvi yanıq, donurma və başqa səbəblərdən baş verir.

1. Yaraların təsnifatı

Yaralar nişanələrinə görə təsnif olunur. Zədələnmənin mexanizmi və onu törədən alətin xüsusiyyətinə görə kəsilmiş, deşilmiş, çapılmış, cırılmış, əzilib-didilmiş, parçalanmış, dişlənmiş, zəhərlənmiş və odlu silah yaralanmalarına bölünür. Ağır yaralanmalarda sümüklər, iri damarlar, iri sinirlər, mərkəzi sinir sistemi və digər orqan və sistemlər zədələnə bilər. Zədələr səthi, dərin və bədən boşluqlarına nüfuz edən olur.

Zədələnmələr dəri və selikli qişaların tamlığının pozulmasından asılı olaraq qapalı və açıq olur.

Açıq zədələnmələr. Açıq zədələrdə dəri və selikli qişanın tamlığı pozulur, ağrı və xarici qanaxma müşahidə edilir. Açıq yaralara cırılmış, çapılmış, parçalanmış, didilmiş, sıyrılmış, deşilmiş və s. aid edilir.

Qapalı zədələnmələr. Qapalı zədəküt alətlərin təsirindən dərialtı toxumaların və damarların tamlığının pozulması nəticəsində yaranır. Açıq zədədən fərqli olaraq burada dəri və selikli qişanın tamlığı pozulmur, xarici qanaxma müşahidə olunmur. Qapalı zədələrə əzilmə, gərilmələr, qırılma və partlamalar, fəssiyanın dərialtı partlaması, əzələnin dərialtı qırılması, uzun müddətli sıxılma sindromu (toxumaların uzun müddət müəyyən təzyiqlə altında sıxılması) və s. aid edilir.

Bütün zədələrdə ağrının şiddəti zədələnmə dərəcəsindən asılı olub, əsasən sinir uçlarının zədələnməsindən baş verir. Qanın və limfanın dəri altına yığılması nəticəsində ödem yaranır. Əzələ və vətərlər zədələndikdə hərəkət pozğunluqları yaranır (zədələnmiş orqanın funksiyası pozulur), sinirin zədələnməsi nəticəsində isə həmin orqanda hissiyyat pozulur. Ağır zədələr bəzi hallarda ciddi xəsarətlərlə (sümüklərin sınığı, daxili orqanların zədələnməsi və s.) nəticələnir. Açıq yaralarda müxtəlif dərəcədə xarici qanaxma baş verir, qapalı yaralarda isə qançır əmələ gəlir. Qançır (hematoma) ən sadə

qapalı yaradır. Qançır müəyyən sərhəd daxilində toxumalar arasına qansızma nəticəsində əmələ gəlir. İlk olaraq zədə nahiyəsi yalnız qızarır, müəyyən vaxt keçdikdən sonra həmin nahiyəyə çoxlu qan və digər mayələrin yığılması nəticəsində zədə nahiyəsi şişir və qanın rəngli maddəsi toxumalara çöküb, zədənin tünd qırmızı və ya çəhrayı rəng almasına səbəb olur. Rəngin dəyişməsi və şişmənin dərəcəsi alınmış zədənin ciddiliyindən asılıdır.

2. Yaraların infeksiyalaşması

Yaraların əsas təhlükəsi qanaxma və yaranın infeksiyalaşmasıdır. Bütün təsadüfi yaralar ilkin infeksiyalaşmış olur. İstənilən yarada mikrob mövcuddur. İnfeksiyalaşmış yara – toxumalara mikrobların sirayət etməsi deməkdir. Yara vaxtında təmizlənməlidir. Gövdə və ətraflardakı yaralar 4–6, üzdəki yaralar 24 saatdan gec olmayaraq yuyulub, cərrahi işləmə aparılmazsa infeksiyalaşmış sayılır və ilkin olaraq tikilməməlidir. Ən çox infeksiyalaşmaya məruz qalan nahiyə pəncələr, aşağı ətraflar, əllər, baş-boyun və çox nadir hallarda – üz nahiyəsidir.

YARALARIN NÖVLƏRİ

Cırılma (kəsilmə)



Cırılmış (kəsilmiş) yaraları iti əşyalar – ülgüc, bıçaq, şüşə, dəmir qırıqları və s. törədir. Kəsilmiş yerin kənarı dişli ya da hamar olur. Toxumaların zədələnməsi zamanı müxtəlif həcmdə qanaxma olur. Cırılmış yara – səthi (dərinin kiçik ölçülü çatı), dərin (dərinin və dərin toxumaların deşilmiş zədəsi) və kənarları hamar olmayan, daha dərinə (vətər və damarlara) nüfuz edən ola bilər. Dərin cırılmalar piy, əzələ, vətər qatlarını ayıraraq, sinir və qan damarlarını zədələyə bilər. Sinirlər kəsildiyi üçün ağrı olmaya da bilər. Belə yaralar infeksiyalaşma ehtimalı çox olduğuna görə həyat üçün təhlükəlidir.

Küt alət dərinin, sümüyün üstündən yarıqda da cırılma baş verə bilər (çapılmış yaralar). Məsələn, baş yarıması. Belə yaraların ağızı açıq, kənarları hamar olur. Dəri və dərialtı toxumaların zədələnməsi səbəbindən güclü qanaxma baş verə bilər.

Əzilmiş yaralar. Əzilmiş yaralar – zədələnmiş toxumaların sıxılıb əzilməsi və parçalanması ilə fərqlənir. Əzilmiş yaralar – küt əşyalarla (daş, çəki) zərbə, hündürdən yıxılma, hərəkət edən yol nəqliyyat vasitəsinin toxunması nəticəsində baş verir. Əzilmə zamanı bədən səthindəki toxumalar və daxili orqanlar zədələnə bilər. Bədənin səthində yumşaqtoxumalar əzilərkən ağrı, şişmə və qançır əmələ gəlir. Bunlar səthi əzilmələrin əsas əlamətləridir. Zərbə dəri, dərialtı və dərinde yerləşən toxumaları əzərək kapilyar-



ların tamlığını pozub, qansızmaya səbəb olur. Kapilyarlardan sızan qan öz yerində toxumaları sıxıb əzir. Zərbədən dəri yarıla da bilər, lakin çox vaxt dərinin tamlığı pozulmur. Ciddi əzilmə daha dərinde yerləşən toxumaları və orqanları zədələyə bilər (daxili orqanların zədələnməsi, sümüklərin sınması və s.).

Bu çox hallarda toxumaların dərin zədələnməsi mikroblarla çirklənmə ilə müşayiət olunur və həyat üçün ağır təhlükə törədə bilər. Döş qəfəsinin və qarın nahiyəsinin güclü əzilməsi zamanı daxili orqanlar (ağciyər, qaraciyər, dalaq, böyrəklər) zədələnə bilər. Belə orqanlar zədələndikdən sonra ağrı və çox vaxt qanaxma baş verir. Baş güclü zərbəyə məruz qaldıqda beynin zədələnməsi (əzilməsi, sarsıntısı və sıxılması) mümkündür. Beyin əzildikdən sonra baş ağrısı, ürəkbulanma bəzən isə qusma halları olur, lakin insan huşunu itirmir. Beyin sarsıntısında isə insan huşunu itirir, ürək bulanması və qusma, güclü baş ağrıları, baş gicəllənməsi olur. Beyin sıxılmasında şiddətli baş ağrıları, arası kəsilməz qusmalar olur. Nəbzın sayı azalaraq bir dəqiqədə 40–50-yə çatır (bradikardiya). Zərərçəkənin tədricən halı pisləşir və huşu itir.

Didilmiş, parçalanmış yaralar

Həddindən artıq mexaniki qüvvənin təsiri nəticəsində dərinin bir hissəsinin və bəzi hallarda digər yumşaq toxumaların, qismən və ya tamamilə qoparaq atılması baş verir. Belə yaralar nahamar, kobud çapılmış, cırılıb parçalanmış



olur. Dərinlikdəki yumşaq toxuma qatlarının zədələndiyindən qanaxma çox olur. Qismən qoparılmış dəri parçası asılı vəziyyətdə ola bilər. Yaranın infeksiyalaşma imkanı çoxdur və həyat üçün təhlükə törədə bilər.

Bəzi hallarda, bədənin müəyyən hissələri, məsələn, əl və ayaq barmaqları qopa bilər. Belə zədələnmələr *travmatik amputasiya* adlanır. Bədənin müəyyən nahiyəsinin qopması (travmatik amputasiya) zamanı toxumaların güclü zədələnməsinə baxmayaraq, qanaxma o qədər də çox olmur. Zədə nahiyəsində qan damarları sıxılaraq və dartılaraq qanaxmanı zəiflədir və birbaşa damarları skelet sümüyünə sıxmaqla qanaxma asanlıqla dayandırılır.

Sıyrıq, sürtünmə (sıyrılma)



Sürtünmə (sıyrılma) açıq yaraların ən geniş yayılmış növüdür. Bu, dərinin səthi qatlarının sürtünərək və ya sıyrılaraq açılması və kapilyarların zədələnməsi ilə xarakterizə olunan dəri üzərində qırmızı cızılmalardır. Belə dəri zədələnməsi əksərən uşaq yıxıldıqda əllərin, dizlərin sıyrılması zamanı baş verir. Qanaxma tez dayanır. Yara ağrılı,

dərinin üzəri çirkli və infeksiyalaşmış olur. Belə yaranı sabun və su ilə yuyub, yara üzərinə steril salfet qoyub, bir neçə dəqiqə birbaşa sıxmaqla qanaxmanın qarşısını almaq olar.

Deşilmə (yarılma)



Deşilmiş yaralar bədənə iti uclu deşici əşyaların – iynə, mismar, şüşə parçası, bıçaq, güllə, qəlpə və s. deşib keçməsi nəticəsində baş verir. Belə yaraların dərin kanalları olur, daxilə nüfuz edir, daxili orqanların və ya iri damarların zədələnmələri ilə müşahidə oluna bilər. Dəri adətən daxil olmuş cisim ətrafında qapandığından, xarici qanaxma çox vaxt güclü olmur. Əsas qan damarları və daxili orqanlar zədələndikdə güclü daxili qanaxma baş verə bilər. Kəsilmə-deşilmə yara kəsilmə və deşilmə əlamətləri olan zədələnmədir. Yaranın infeksiyalaşma riski çox yüksəkdir.

Odlu silahla yaralanma



Güllə və qəlpə yaraları – yaraların xüsusi növüdür. Odlu silah yaraları müxtəlif növ odlu silahla (tüfəng, tapança, avtomat, mərmə, qəlpə və s.) törənən yaralardır. Güllə və qəlpə yaraları böyük zədələnmə zonası, daxili orqanların, sinir və damarların travmasına malik olması ilə fərqlənir. Güllənin dəydiyi yerdə yalnız bir girəcəkdir dəliyinə olmasa kor güllə yarası üçün xarakterikdir. Dəlib keçən güllə yarasının giriş və çıxış dəliyi olur. Güllənin giriş dəliyi kiçik, çıxış dəliyi isə ondan təxminən 2–3 dəfə böyük, parçalanmış və dağılmış şəkildə olur.

Qanaxmanın həcmi zədələnmə toxumalardan asılı olur. Toxunub keçən güllə yaraları əksər hallarda alın, çiyin və budun çöl tərəfindən dərinə cızılıb keçir. Bu güllə yarası təhlükəli deyil. Güllə qarın və döş boşluğuna keçərsə, bu daxili orqanların zədələnməsinə səbəb olur. Yaralayıcı vasitə bədən boşluğuna (kəllə, döş, qarın) daxil olursa, yara nüfuz edən, daxil olursa – nüfuz etməyən adlanır. Bəzi hallarda nüfuz edən yaralar böyük damarları və ya daxili orqanları zədələyib, gözə görünməyən qanaxma verə bilər. Belə yaralar, infeksiyalaşma ehtimalı çox olduğuna görə həyat üçün təhlükəlidir.

YARALANMALARDA İLK YARDIMIN ƏSASLARI

Yaralanma səbəblərinin müxtəlifliyinə baxmayaraq, ilk yardım göstərilməsi eynidir. Xilasedicilər müxtəlif şikayətləri olan zərərçəkənlərlə rastlaşa bilər. Əsas – zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsidir. Hədisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə **xarici baxış** keçirilməlidir. **Birincili baxış** aparıldıqdan sonra **reanimasiya tədbirləri**, lazım olmadıqda (ağır zədə sizi ÜAR-dən yayındırmamalıdır) **ikincili baxışa** keçib, həyat əlamətləri (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi) qiymətləndirilir.

Hər hansı qeyri-normal göstərici təkrar yoxlanılmalı və bu hal davam edərsə, ölçü götürülməlidir. Bu göstəricilər norma daxilindədirsə, müvafiq şəkildə xarici baxış davam etdirilməli və zərərçəkənin anamnezi (tibbi bioqrafiyası) toplanmalıdır. Həyat əlamətləri qeyri-stabil olan və ya ciddi xəsarət qeyd edilən hallarda qiymətləndirmə sürətləndirilməli və tez bir zamanda başa çatdırılmalıdır. İkincili baxışdan sonra zərərçəkəndə aşkar edilmiş xəsarətlərə müvafiq ilk yardım aparılmalıdır (sınıqların immobilizasiyası, sarğıların qoyulması və s.).

Yaralanmalar zamanı ilk yardımın məqsədi qanaxmanın dayandırılması, ağrının azaldılması, yaranın infeksiyalaşmasının qarşısının alınması, yaranın işlənməsi və zərərçəkəni tibb müəssisəsinə çatdırmasıdır. Bütün yaraları yoxlayın, qiymətləndirin, qanaxma davam edirsə, vaxt itirmədən dayandırın, yara sahəsini antiseptik məhlullarla yuyub təmizlədikdən sonra aseptik (steril) sarğı qoyun, sınıqları immobilizasiya edin, zərərçəkəni tetanus əleyhinə zərər dərəcəsinə vurulması barədə məlumatlandırın.

Yardım göstərdikdə və təxliyə zamanı zərərçəkənlə ünsiyyət yaradın.

* Qanaxmanı dayandırın

Xarici qanaxmanın dayandırılması müvəqqəti və daimi olur. Xarici qanaxma əksər hallarda zədələnmiş damarın yaxındakı sümüyə və toxumalara sıxılması (əl, sıxıcı sarğı və s.) ilə dayandırılır. Sıxıcı sarğılardan və yaranın tamponlanması (piltələmə) üsulundan istifadə etməklə də qanaxmanı dayandırmaq olar. Əgər qanaxma davam edirsə və digər üsullarla qanaxmanın qarşısı alın bilmirsə, o zaman turnadan, qayışdan, parça burmasından, qısqacdan, qan təzyiqi ölçənin rezin borusundan istifadə edib, qanaxmanı dayandırın.

* Ağrını azaldın

- Zərərçəkənə rahat vəziyyət verin.
- Zədələnmiş nahiyəni hərəkətsizləşdirin (immobilizasiya edin).
- Zədələnmiş nahiyəyə buz, soyuq kompress qoyun.

* Yara sahəsinin hazırlanması

Zədə nahiyəsinə baxış keçirmək üçün həmin sahə açıq olmalıdır. Bu baxımdan başın tüklü hissəsi yaraların işlənməsində problem yaradır. Maneəçilik törədən saçları bəzən kəsmək (qırmaq) lazım gəlir. İslatmaqla (su, betadin və s.) saçları hamarlayanda onları qırmağa ehtiyac olmur. Yara nahiyəsinin qırılması mikrobların yoluxma imkanlarını artırır.

Diqqət! Heç vaxt qaşları qırmayın – tüklər yenidən çıxmaya bilər. Yaranın təmiz qalması üçün yara ətrafının geniş sahəsi təmiz olmalıdır. Məsələn, barmaq yaraları üçün ən azı yaxındakı iki barmağı hazırlamaq lazımdır.



Şəkil: Kirli əllər. Yaranın hazırlanması.

Çox çirki əllər üçün yaranı hazırlayarkən, əvvəlcə steril əlcək yara olan ələ geyindirilir, sonra əlcəyin yara üzərinə düşən hissəsi kəsilir və yara nahiyəsi açılır.

***Yaranın təmizlənməsi, infeksiyanın profilaktikası**

Bir çox yaralanmalarda infeksiyanın profilaktikası üçün antibiotiklərdən istifadə edilməsinə ehtiyac olmur. Yaranı yumaq infeksiyanın profilaktikası üçün yeganə və çox vacib şərtidir. Yaranı (o cümlədən köhnə yaranı) tam olaraq çirkədən, qəlpələrdən fizioloji məhlulla (olmadıqda təmiz su ilə) təmizləyin və sonra şpris şırnağı ilə yuyun. Şırnaq üçün 18–19 ölçülü iynə və 20–30 mlilik şpris yetərlidir. Steril fizioloji məhlul bu məqsədlər üçün yararlıdır. Onun tərkibinə yod qatdıqda (1 litrə 2–3 damcı) o, yaraya düşən mikrobların inkişafını dayandırır, toxumalara toksik təsir göstərmir, lakin yaranın sağalmasını ləngidir. Bu məhlulla yaranın kənarlarını yumaq məsləhət görülür. Üzvi mənşəli hər hansı materialı yara kənarından uzaqlaşdırın.

İnfeksiyalaşmanın qarşısını almaqda antibiotiklərin faydası böyükdür. Zərərçəkəndə antibiotiklərə qarşı allergiya yoxdursa və yara nahiyəsi kiçikdirsə, antibiotik tərkibli məlhəm və kremlərdən istifadə edin, sonra sarğı qoyun. Bu, yaranın infeksiyalaşmasının qarşısını alır və sağalmanı tezləşdirir. 48 saat ərzində sağalma əlamətləri olmayan yaralar infeksiyalaşmış hesab olunur.

İnfeksiyalaşmış yaranın əlamətləri:

- ağrı və həssaslığın artması;
- yaranın ətrafında qızartı, şişkinlik və hərarətin yüksəlməsi;
- irinin olması;
- boyun, qoltuqaltı və ya qasıq nahiyəsində limfa vəzilərinin şişməsi;
- limfa vəzilərinə gətirən limfa damarlarının üzərində zəif dəri qızarması;
- sonralar qızdırma əlamətləri tər, susuzluq (yangı), titrəmə, üşütmə və uzun müddətli dərin yuxu.

- Diqqət!** 1. Qatı məhlullar və hidrogen-peroksidlə yaranı yumayın. Onlar yaranın gec sağalmasına səbəb olur.
2. Bütün açıq yaralarda, xəstəxanadan kənar doğuşlarda, yanıqlarda, donvurmada, dişləmələrdə *tetanus aleyhinə immünizasiya edilməlidir*.

3. İt və digər heyvan dişləməsində *tetanus əleyhinə immunizasiyadan* əlavə olaraq, *quduzluğa qarşı vaksin* vurulmalıdır.

***Yaraya sarğı qoyulması**

- Yaradan böyük olan sarğıdan istifadə edin. Pambığı birbaşa yaranın üstünə qoymayın (toxundurmayın).
- Bir çox yaralarda sarğının qoyulmasında quru tənzip bintlərdən və ya xüsusi yapışdırıcı zolaqlardan istifadə edin. Sıyrıntılarda, dırnaq yataqlarında, dəri parçalanmalarında yapışmayan sarğılardan istifadə edilməsi məsləhətdir (vazelin, kseroform, telfa). Antibiotik tərkibli məlhəmlərdən istifadə yardımçı ola bilər, lakin həmişə vacib deyil. Yaralanan ətraf aktiv olmalıdır.
- Əgər yaranın kənarları çox gərilməmiş deyilsə və zərərçəkən yarasını üç gün ərzində islatmayacağına, o zaman xüsusi yapışdırıcı steril zolaqlardan istifadə edərək yaranın kənarlarını bitişdirin. Yaranın ortasından başlayaraq yara kənarları yapışdırılır.
- Sarğıni 3–5 gün ərzində açılmamış saxlayın ki, yarada qranulyasiya (yaranın tədricən təzə toxumalarla örtülməsi, bitişməsi) baş versin. Eyni zamanda yaranın infeksiyalaşma ehtimalı kəskin azalır.
- Plastik cərrahiyyə əməliyyatına ehtiyacı olanları ixtisaslaşdırılmış şöbələrə göndərin.
- Bədənin səthindəki toxumaların əzilməsində sıxıcı sarğı və buz qoyun. Əzilmiş yerə rahatlıq verin.
- Daxili orqanların əzilməsində əzilən yerə buz qoyun və zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırın.
- Beyin əzilməsi və sarsıntısı zamanı zərərçəkənə tam rahatlıq yaradın, başa buz qoyun.

***Zərərçəkənin təxliyəsi**

Zərərçəkənin təxliyəsi təcili tibbi yardım xidməti tərəfindən yarım saatdan artıq gecikərsə, onu hər hansı bir nəqliyyat vasitəsilə xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır.

Diqqət! Baş və onurğa zədələnmələrində zərərçəkən imkan daxilində aşkar edilmiş vəziyyətdə saxlanılmalı və yalnız immobilizasiya etdikdən sonra təxliyə olunmalıdır.

TERMİKİ YANIQLAR

YANIQLARIN TƏSNİFATI

Yanıqlar – termiki, kimyəvi, elektrik, günəş, şüa agentlərinin təsirindən orqanizmin dərisinin və toxumalarının zədələnməsidir. Zədələnmənin kütləvi xarakter aldığı fəvqəladə vəziyyətlərdə (təbii fəlakətlər zamanı, istehsalat qəzalarında, hərbi münaqişələr zamanı və s.) yanıqlar xüsusi diqqət tələb edir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatlarına görə yanıqlar bütün travmatik zədələnmələr arasında 3-cü yeri tutur.

Statistik məlumatlara görə, dünyada hər dəqiqədə kimsə yanıqla zədələnir. Alovla bağlı yanıqlar hər il dünyada dörd yüz minə yaxın ölüm hadisəsinə səbəb olmuşdur. Bunların çox hissəsi (96%-i) inkişaf etməkdə olan ölkələrdə baş vermişdir.

Azərbaycanda il ərzində ağır yanıqları olan zərərçəkənlərin sayı 1000 və daha artıq olur. Yanğınlara, əsasən uşaqlar və qocalar məruz qalır. Bütün dünya üzrə yanıqlara məruz qalmış zərərçəkənlərin ən yüksək faizini 12 yaşdan aşağı uşaqlar təşkil edir. Zədələnmənin kütləvi xarakter aldığı fəvqəladə vəziyyətlərdə (təbii fəlakətlərdə, istehsalat qəzalarında, hərbi münaqişələrdə və s.) yanıqlar xüsusi diqqət tələb edir.

Yanıqlar əsasən, evdə və iş yerlərində baş verir. Yanıqların çox hissəsi, xüsusilə də qadın və uşaqlarda olan yanıqlar qapalı mühitdə baş verir. Yanıqların əksəriyyəti şəhər mühitində baş verir. Xəstəxanayaqədərki yardım adekvat (tam uyğun) olmadıqda, yanıqlar ciddi ağırlaşmalara və əmək qabiliyyətinin itirilməsinə gətirib çıxarır.

Yanıt – istilik, elektrik cərəyanı və ya kimyəvi maddələrlə təmas nəticəsində meydana gələn xəsarətdir. Yanıqlar yaranmaların bir növüdür.

1. Yanıqların mənbəyinə görə təsnifatı

Zədələnməni törədən agentin xüsusiyyətindən asılı olaraq yanıqları belə bölmək olar:

- **termiki** – termiki amilli mayələrin, bərk, qazabənzər faktorların və alovun təsirindən yaranan yanıqlar;
- **kimyəvi** – turşuların, qələvilərin, ağır metal duzlarının təsirindən yaranan yanıqlar;
- **elektrik** – müxtəlif gərginlikli elektrik cərəyanı ilə kontakt nəticəsində meydana gələn yanıqlar;
- **şüa** – atom bombasının partlaması zamanı yaranan yanıqlar;
- **günəş** – günəş şüalarının birbaşa təsirindən meydana gələn yanıqlar.

Termiki yanıqlar zamanı istinin təsirindən orqanizmin dəri və selikli qişaları zədələnilir. İstinin təsirindən yaranan termiki yanıqlara tez-tez rast gəlinir. Yanmalar zamanı isti məhlulun, buxarın və ya alovun geyimlə təmasda olması nəticəsində yanığ daha ciddi nəticələr verir, çünki geyim istiliyi özündə saxlayır və onun dəriyə təsir müddətini artırır. Qaynar yağ çətin soyuyur və onun dəridən kənar edilməsi çətindir. Buxar ciddi yanıqlara səbəb ola bilər. Qaynayan suya nisbətən buxarda daha çox istilik enerjisi vardır.

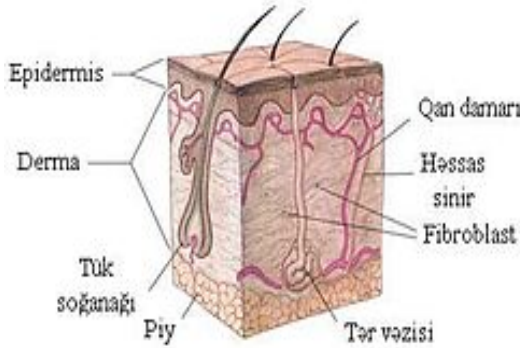
Məişətdə istifadə olunan elektrik cərəyanı və ya ildırım kimi elektrik mənbələri bədənə daxil olub xarici və daxili yanıqlar yarada bilər. Elektrik cərəyanı həmçinin ürək-damar sisteminə, beyinin tənəffüs və ürək döyüntüsünü tənzimləyən mərkəzinə də təsir göstərir.

Müəyyən kimyəvi maddələr dəri ilə təmasda olduqda yanığ əmələ gətirə bilərlər. Yanıqlar dərinin açılmasına və bununla da infeksiyaya, maye itkisinə və bədən temperaturunu tənzimləyən funksiyanın pozulmasına gətirib çıxarır.

Yanıqlar zamanı tənəffüs sisteminin və gözlərin də zədələnməsi mümkündür.

2. Dərinin quruluşu

İnsanın dərisi 3 qatdan ibarətdir: epidermis, derma (dərinin özü), dərialtı piy toxuması. Ətraf mühitin təsirinə bilavasitə məruz qalan xarici qat epidermis adlanır.



Epidermis özü də bir neçə təbəqədən ibarətdir. Onun bazal – ən aşağı qatının hüceyrələri (**əsas hüceyrələr**) daimi bölünərək, yuxarı sətdə – dərinin üst təbəqəsinə doğru hərəkət edirlər. Müəyyən müddətdən sonra bu hüceyrələr məhv olaraq dərinin üst qatından kiçik pulcuqlar şəklində laybalay xaric

olurlar (dəri kəpəklənərək, qabıq verir). Bir sözlə, dəri hər an bərpa olunur və onun bərpası bazal hüceyrələrin, dermadakı tük follikulların, tər və piy vəzilərinin tamlığından asılıdır.

3. Yanıqların dərinliyinə görə təsnifatı

Yanıq baş verən ilk günlərdə zədələnmənin həqiqi dərinliyi barədə fikir söyləmək çətindir. Bunu yalnız qartmaq qopduqdan sonra etmək mümkündür. İlk yardım göstərilərkən zədələnmənin dərəcəsi təxmini müəyyən olunur və bu zaman onun ağır formasını nəzərdə tutmaq daha yaxşıdır.

Azərbaycanda istifadə olunan təsnifata görə termiki yanıqlar dərinliyinə görə 4 dərəcəyə bölünür.

I dərəcəli yanıqlar. Epidermisin ən səthi qatının yanması nəticəsində aydın sərhədli *hiperemiya və ağrı olur*. Yanmış dəri quru, hiperemiyalı (qırmızı rəngdə) olur və güclü, batıcı (iynəşəkili) ağrılarla müşayiət olunur.



Bir sıra hallarda şişkinlik (ödem) olur, suluqlar müşahidə edilmir. Günəşdən yanmaların əksəriyyəti səthi yanıqlar hesab olunur. Günəşdən yanma çox güclü olduqda da, zərərçəkənlər adətən xəstəxanaya yerləşdirilmir, hiperemiya və ödem isə 2–3 gün ərzində keçir. Belə yanmalar əsasən iz buraxmadan, 6–7 gün ərzində sağalır. I dərəcəli yanıqlar bədən səthinin dəri örtüyünün 50%-dən çox hissəsini əhatə etdikdə həyat üçün təhlükəli hesab olunur.

II dərəcəli yanıqlar.



Epidermisin bazal hüceyrələrindən yuxarı qatlarının yanması nəticəsində **suluqlar formalaşır** və dəriyə toxunduqda **ağrı olur**. Zədələnmə sahəsində hiperemiya (qızarma), ödem (şişkinlik), epidermisin soyulması baş verir, içərisində şəffaf maye olan nazik divarlı *suluqlar əmələ gəlir*. Suluqların tamlığı pozulan zaman çəhrayı rəngli yara səthi görünür. Güclü ağrılar, ödem 3–4 gün ərzində azalır, yaranın kənardan epitelizasiyası (dəri toxumasının epitelilə örtülməsi) başlayır. 10–14 gün ərzində tam sağalma baş verir. Dərinin piqmentasiyası 6–8 həftəyə keçir. II dərəcəli yanığ zərər çəkənin dəri örtüyünün 15–20%-ni əhatə edibsə, bu ölümə nəticələnə bilər. I–III dərəcəli yanığ.

III dərəcəli yanıqlar.

IIIA – epidermis və dermanın səthi qatları cəlb olunur. Bu zaman bazal hüceyrələrin adacıqlar şəklində bir hissəsi, tük, tər və piy follikulları zədələnmir, lakin suluqlar formalaşır. Dəriyə toxunduqda ağrılı olur, 4–21 gün ərzində sağalır. 4–6 həftədən sonra dərinin yanıqdan kənar hissəsindən və zədələnməyən bazal hüceyrələrin adacıqları hesabına dəri bərpa olunmağa başlayır. Yanıq yarası epitelizasiya olunur (dəri toxuması ilə örtülür) və sağalma baş verir. Lakin davamlı piqmentləşmə və hipertrofik çarıqlar qalır.

IIIB –dərinin bütün qatları epidermis, o cümlədən bazal hüceyrələr, derma və dərialtı piy qatı zədələnir. Yara tədricən təmizlənir və 3–4-cü həftələrin sonunda təzə kobud toxumalarla örtülür (qranulyasiya olunur). Bu cür yaraların yerini bədən digər sağlam hissəsindən dəri köçürməklə

sağaldırlar. III dərəcəli yanıq zərərçəkənin dəri örtüyünün 15–20%-ni əhatə edibsə, bu, ölümlə nəticələnə bilər.

IV dərəcəli yanıqlar. Dərinin bütün qatları ilə bərabər dəri altında olan bütün toxumalar (piy qatı, əzələlər, sinirlər, vətərlər və sümüklər) məhv olur. Sinir toxumalarında oksigenlə qidalanmanın pozulması nəticəsində hissiyyat itdiyi üçün xəstə ağrı hiss etmir.



Dəri yanmış, solğun, ağrısız və sərtləşmiş olur. Belə yanıqlar qəhvəyi rəngdə və ya kömür rəngində olur. Alt qatdakı toxumalar isə bəzi hallarda ağ rəngə çalır. Dərin yanıqlar həyat üçün təhlükəlidir, çünki yanıqlar açıq yara yaratdığı üçün orqanizm çoxlu maye itirir, infeksiya və şok ehtimalı artır. Yanığın kobud izləri qalır.

I–II–IIIA dərəcəli yanıqlarda dəri epidermisin bazal hüceyrələrinin saxlanması hesabına bərpa oluna bilər və bu yanıqlar səthi yanıqlar qrupuna aid edilir. IIIB–IV dərəcəli yanıqlar dərin yanıqlardır. Dərin yanıqlar bir neçə aya sağalır. Yaralar kiçik sahədə olduqda öz-özünə sağala bilər. Zədələnmə sahəsi böyük olduqda, xüsusilə yaralar oynaq nahiyələrini əhatə etdikdə dəri tamlığının bərpası yalnız operativ yolla aparılır.



Amerika Birləşmiş Ştatlarında və digər xarici ölkələrdə dəri və toxumaların zədələnmə dərəcəsinə asılı olaraq yanıqlar üç dərəcəyə bölünür.

- **I dərəcəli yanıqlar.** Epidermisin ən səthi qatının yanması nəticəsində dərinin yalnız səthi qatları zədələnir. Bu zaman zədələnmə sahədə qızartı və ağrı qeyd edilir. Yanıqların bu dərəcəsinə adətən xüsusi müalicə tələb olunmur. Belə yanıqları heç bir iz buraxmadan tez bir zamanda sağalırlar.

- **II dərəcəli yanıqlar.** Dərinin xarici qatındakı hüceyrələrin ölməsi və lay şəklində aralanması baş verir. Suluqlar formalaşır və dəriyə toxunduqda ağrı olur. İki forma ayırd edilir: səthi və dərin. Səthi formada bazal hüceyrələr, dermadakı tük follikulları, tər və piy vəziləri zədələnmir, dərin formada isə zədələnir. Səthi formada yara 14–21 gün ərzində sağalır, dərin formada isə 3–4 həftə vaxt tələb olunur və yanıq izlərinin qalma ehtimalı var.

- **III dərəcəli yanıqlar.** Dərinin bütün qatları ilə bərabər dəri altında olan bütün toxumalar (piy qatı, əzələlər, sinirlər, vətərlər və sümüklər) məhv olur. Yanıqdan bir neçə saat sonra içərisində qatı həlim şəkilli maye olan qabarcıqlar yaranır. Onlar gərilmiş şəkildə olub tez bir zamanda partlayırlar.

Yaranın dibi qırmızı rəngdə olub ağımtıl ərplə örtülür və ya ağ rəngdə olur.

- **IV dərəcəli yanıqlar.**Bu yanıqlar çox təhlükəli hesab edilir. Yanıq zamanı nəinki dərinin bütün qatları, həmçinin dərialtı birləşdirici toxuma və əzələ qatı da zədələnir. Bu zaman yaranın səthi tutqun-boz rəngdə olur. Zərərçəkəndə şok baş verə bilər. Bu halda kəskin həyəcanlılıq, qorxu və ağrı hissiyyatı-süslük, apatiya dərinin avazıması əlamətləri ilə əvəz olunur. Bu cür yanıqdan sonra yaralar uzun müddət ərzində sağalır, uzun müddətli və mürəkkəb cərrahi müalicə tələb olunur, bəzi hallarda isə yanıq nəticəsində zədələnmiş ətrafin amputasiya (kəsilməsi) edilməsinə tələbat yaranır. Zədələnən şəxsin əl pəncəsinin səthi onun ümumi bədən səthinin təxminən 1%-ni təşkil edir. Ümumi dəri örtüyünün 5%-i zədələndiyi halda yanıq sahəsi geniş hesab edilir.

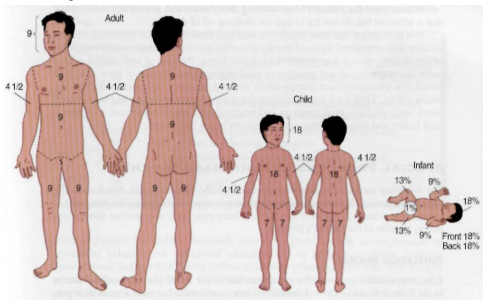
Yanığın dərəcəsi aşağıdakılardan asılıdır: yanıq törədən mənbənin temperaturu, hərəratin təsirinə məruz qalma müddəti, yanıq nahiyəsi, yanığın sahəsi, zərərçəkənin yaşı və sağlamlıq vəziyyəti. Ümumi halda, yaşı 60-ı ötmüş insanların dərisi kövrək olduğu üçün, kiçik yaşlı uşaqların isə dərisi zərif olduğuna görə bunlarda dərin yanıq ehtimalı artmış olur.

Aşağıdakı hallarda dərhal təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin:

- yanıq sahəsi zərərçəkənin 5 əl pəncəsi səthindən artıq olduqda;
- yanıq xəsarəti almış uşaq və ya yaşlı insan olduqda;
- III-cü və IV-cü dərəcəli yanıqlar zamanı;
- qasıq nahiyəsi yandıqda;
- ağız, burun, baş, tənəffüs yolları yandıqda;
- iki ətrafdan artıq nahiyə yandıqda.

3.Yanıq sahəsinin təyini

Yanığın sahəsi insan bədəninin ümumi sahəsinə nisbətə ovuc və ya 9% qaydası ilə hesablanır. Ovuc nisbəti olduqca kobud ölçüdür. Ovuc səthi zərərçəkənin ümumi bədən səthinin sahəsinin 1–1,2%-ni təşkil edir.



Doqquzluq qaydası:

- baş və boyun nahiyəsi, ön və arxa səthi – 9%;
- əl də daxil olmaqla, hər bir yuxarı ətraf – 9%;
- hər bud nahiyəsi – 9%;
- pəncə də daxil olmaqla, hər bir baldır nahiyəsi – 9%;
- gövdənin ön səthi – 18%;
- gövdənin arxa səthi – 18%;
- aralıq – 1%

Praktikada bu üsulların hər ikisindən istifadə olunur. Yanıq sahəsi az olduqda ovuc, çox olduqda isə 9% qaydası tətbiq edilir. Tənəffüs yollarının yanıq zamanı ümumi yanıq səthinin sahəsinə 15–30% (uşaqlarda 10–12%) əlavə edilir ki, bu da termiki travmanın ağırlığını düzgün qiymətləndirmək üçün mühüm əhəmiyyətə malikdir.

Yaşlı adamın bütün bədəninin ön səthi 51%, arxa səthi 49% təşkil edir.

Yanıqların təhlükəli olması onlarda dərinin mühafizə funksiyalarının pozulması ilə əlaqədardır. Dəri bədən səthini örtərək onu xarici təsirlərdən (isti, soyuq) qoruyur, bakteriyalar və mikroorqanizmlərə qarşı sədd yaradır. Dəri vasitəsilə orqanizmdən müxtəlif duzlar, azot qalıqları və s. xaric olunur. Dəri ilə sutka ərzində 500 ml tər ifraz olunur. Dəri bədən temperaturunu tənzimləyir (orqanizmdən 82 % istilik itkisi dəri vasitəsilə baş verir). Dəri sinir ucları ilə zəngindir və ətraf mühitin qıcıqlarına (toxunmaya, hərarət, təzyiq, ağrı və s.) reaksiya verir və bütün ətraf mühitdən alınan informasiyanı baş və onurğa beyinə ötürür.

Geniş yanıq yalnız dərinin deyil, bir çox orqanların disfunksiyasına səbəb olur. Geniş yanıqlarda yanıq sahəsindən çoxlu maye itkisi, infeksiyalaşma, yanıq yerindən toksinlərin qana daxil olması, termorequlyasiyanın pozulması yanıq xəstəliyinə, hipovolemik və distributiv şoka gətirib çıxarır.

İlkin olaraq yanıq yarasının dərinliyini təyin etmək, xüsusilə də uşaqlarda çətin olur. Yanıqların belə ağır fəsadlarını (yanıq xəstəliyi, şok, sepsis) nəzərə alaraq zərərçəkənlər ilk yardım göstəriləndən sonra xəstəxanada müalicə olmalıdırlar. Sepsis yunan sözü olub, çürümə deməkdir – qanda mikrobların olması.

TƏNƏFFÜS YOLLARININ YANIĞI

Tənəffüs yollarının yanıq zamanı yanıq səthinin sahəsinə 15–30% əlavə edilir. Tənəffüs yollarının yanıqları yanıq travmatizmində mühüm yerlərdən birini tutur. Tənəffüs yollarının yanıq ilə zədələnmə ən çox yangın-söndürənlərdə rast gəlinir. Bu yanıqlar xüsusilə qapalı məkanda huşun itirilməsi zamanı alov, tüstü, qaz, buxarla nəfəs aldıqda baş verir. Yanıqlar zamanı ölüm 33%-dən – 82%-ə qədər dəyişir. Bədən səthinin 9% qədər sahəsini əhatə edən yanıqlarda 2,5% zərərçəkəndə, 50% və daha çox sahəni əhatə edən yanıqlarda 67,5% zərərçəkəndə tənəffüs yollarının yanıqı rast gəlinir. Tənəffüs yollarının yanıqı yanıq xəstəliyinin kəskin dövründə ölümə ən çox səbəb olan faktor hesab olunur.

Tənəffüs yollarının yanıqı zamanı ilk 3 gün ərzində çox ağır, qorxulu, ildırım sürəti ilə dəyişikliklər baş verir:

» dayanıqlı bronxospazma, bronxiolospazma, ağciyərlərin, qırtlağın, traxeyanın, səs tellərinin ödem;

» xəstəliyin 2–3 günündə tənəffüs yollarında və ağciyərlərdə ödem, səs batması getdikcə artır;

» mikrosirkulyasiya sistemi (qan dövranı) zədələnir.

***Tənəffüs yolları yanıqlarının növləri**

Tənəffüs yolları yanıqlarının 3 növü vardır:

- alov, isti hava, buxar və mayələrin qısamüddətli təsirindən yaranan zədələnmələr;
- hisin və yanmanın digər məhsullarının təsirindən törəyən zədələnmələr;
- yanmanın toksiki məhsullarının inhalyasiyası və alovun selikli qişaya təsirindən baş verən zədələnmələr.

1. Tənəffüs yolları yanıqlarının əlamətləri

* Xarici baxış zamanı aşağıdakılar aşkar olunur:

- yanıqın üzdə, başda, ağız boşluğunda lokalizasiyası;
- udlağın arxa divarında, qırtlaq üstü sahədə hiperemiya və ödem;
- burun yollarında tüklərin ütölməsi;
- üzdə his izləri, dildə, damaqda, burun girəcəyində his izləri;
- auskultasiya zamanı (fonendoskopla qulaq asdıqda) ağciyərlərdə xırıltılar.

*** Şikayətlər:**

- udqunma zamanı ağrı;
- boğazda qıcıqlanma hissiyyəti;
- döş nahiyəsində ağrı;
- quru öskürək;
- çətinləşmiş tənəffüs;
- hisli bəlgəm ifrazı;
- səsin xırıldaması və ya batması.

2. Tənəffüs yollarının yanığı olan zərərçəkənlərə göstərilən yardım

- hisi mümkün qədər xaric etmək.
- tənəffüs yollarını bəlgəmdən təmizləmək.
- ağız-udlaq hava ötürücülərindən istifadə etmək.
- xəstəxanaya çatdırmaq.

TERMİKİ YANIQLAR ZAMANI İLK YARDIM

Yanıqlar zamanı ilk yardımın tez və düzgün göstərilməsi sonrakı müalicənin nəticəsinə birbaşa təsir edir. Yanıq xəsarəti almış zərərçəkənə ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər yerinə yetirilməsidir. Yanıqlara qulluq zamanı aşağıdakı əsas dörd qaydaya əməl edin: yanmanı dayandırmaq üçün yanıq nahiyəsini soyudun; infek-si-

yanın qarşısını almaq üçün yanmış nahiyəni steril salfetlə örtün; zərərçəkəni soyuqdan və ya istidən qoruyun; rahatlıq yaratmaqla şok ehtimalını azaldın.

Zərərçəkənə ilkin yardım göstərilməsinin lap əvvəlində mümkün qədər tez bir zaman ərzində yüksək temperaturun təsirini dayandırmaq lazımdır. Əgər bu alov olarsa, zərərçəkənin üzərinə su tökmək və ya onun üstünə örtük, ədyal atmaq lazımdır. Bu zaman alov sahəsinə hava axını kəsildiyi üçün o, tez bir zamanda sönür. Bunları çox ehtiyatla, zərərçəkənin başını örtmədən etmək lazımdır. Əks halda onda tənəffüs yollarının yanığı və ya yanmanın toksik məhsulları ilə zəhərlənmə baş verə bilər. Bundan sonra mümkün qədər cəld hərəkətlərlə, yanıq sahəsini zədələnmədən, yanmış paltarlarını kəsib çıxarmaq lazımdır. Əgər paltar bədənin zədələnmiş hissəsinə yapışarsa, onu yaradan qoparmaq olmaz. Bu halda paltarın həmin sahəsini yara ətrafı boyunca kəsmək lazımdır.

Yüngül və ya sahəsi çox da geniş olmayan yanıqlar zamanı ilk tibbi yardımı zədələnmiş sahənin soyudulmasından başlayırlar. Bədənin yanan sahəsinin 10-15 dəqiqə ərzində soyuq axar su altında saxlayın. Bu dərinin soyumasına, ağrının keçib getməsinə və yanıqın dərinin daha dərin qatlarına yayılmasının qarşısını alır. Bu zaman buzdan istifadə etmək olmaz. Bu travmanı artırma bilər! Yanan sahəyə yağ, yağlı məlhəmlər, vazelin və digər yağlı maddələr və yumurta da sürtmək olmaz!

Dəri su ilə soyudulandan sonra yanıq sahəsini steril bint və ya xovu olmayan təmiz, yumşaq, təzə ütülənmiş parça ilə sarımaq lazımdır. Binti spirtdə və ya araqda isladmaq olar. Onlar ağrıkəsici təsir göstərir və bəzi hallarda suluqların əmələ gəlməsinin qarşısını alır.

Yanıq sahələrinə heç vaxt yod, brilyant yaşılı (“zelyonka”), kalium permanqanat və digər bu tipli antiseptikləri sürtmək olmaz. Həmçinin, yanıq sahəsini heç bir halda sidiklə “təmizləməyin”, sürtkəcdən keçirilmiş kartof və ya kartof qabığı və s. bu kimi vasitələr qoymayın. Çünki bu zaman siz yaraya infeksiya sala bilərsiniz.

Güclü və sahəsi xeyli dərəcədə geniş olan yanıqlar zamanı zərərçəkəni təmiz döşəkağı ilə bürümək, daha sonra üstünü ədyalla örtmək, ona antihistamin, ağrıkəsici dərmanlar vermək, duz qatılmış su içirtmək (1 suya 1 çay qaşığı duz) və dərhal xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır. Əgər zərərçəkən şəxsdə şok başlanarsa, ona içməyə maye vermək olmaz.

Uşağa antihistamin preparatını, həmçinin ağrıkəsici dərmanı yaşına uyğun dozada olmaqla, yanıq sahəsi hətta geniş olmadıqda da vermək lazımdır. Güclü yanıqlar zamanı dözülməz ağrılar yarandığı üçün, ağrı şokunun qarşısını almaq məqsədi ilə, ağrıkəsici dərmanların verilməsi çox vacibdir.

Zərərçəkənin dərisində qabarcıqlar əmələ gələrsə, onları deşmək olmaz. Bu, təhlükəli infeksiyalarının yaraya daxil olmasına səbəb ola bilər. Gözlərin

termik yanıqları zamanı gözləri xeyli həcmdə su ilə yumaq, boş sarğı qoymaq və zərərçəkəni təcili olaraq tibb müəssisəsinə çatdırmaq lazımdır.

Yanıqlarda nə etmək lazımdır.

1. Yanğın vaxtı yardım göstərərəkən ən əsası: *özünüzi qurban verməyin!*

Hadisə yerinin təhlükəsiz olduğunu yoxlayın. Əsas amilləri qiymətləndirdikdən sonra fikrinizi partlayış, yanğınlə müşayiət olunan yol nəqliyyat qəzası, yüksək gərginlikli elektrik cərəyanı zədələrinə yönəldin. Qazı və elektrik cərəyanını şəbəkədən ayırın. Tüstüdən qorunmaq üçün aşağı əyilin.

2. Hadisə yerinə təcili tibbi yardım və müvafiq xidmətləri cəlb edin.

3. Termiki zədələnməni törədən agentlə zərərçəkənin kontaktını kəsin:

- zərərçəkəni alovdan uzaqlaşdırın;
- ilk növbədə alışıb paltarını söndürün;
- alov içində olan zərərçəkənin qaçmasına imkan verməyin, onu dayandırın (alovun küləyin təsiri ilə daha çox alışıb yayılmaması üçün zərərçəkənin aşağı əyilməsini tələb edin);
- alovun sönməsi üçün zərərçəkəni yerdə diyirləndirin və ya elə bir əşyaya (yaş palto, yorğan, ədyal və s.) bükün ki, onun köməyi ilə alov sönsün və sonra həmin əşyanı zərərçəkənin üstündən asanlıqla götürmək mümkün olsun;
- zərərçəkəni su və ya yanğınsöndürənlə söndürün.

4. Alovdan azad olan kimi zərərçəkənin vəziyyətini qiymətləndirin. Yanığa məruz qalmış zərərçəkəne göstərilən yardım hər hansı digər travmada göstərilən yardımla eynidir. Daim tənəffüs yollarını, tənəffüsü və ürək döyüntülərini nəzarətdə saxlayın. Tənəffüs yollarının qiymətləndirilməsinin mərhələləri digər travmalara məruz qalmış zərərçəkənlərdə olduğu kimidir. Əgər ehtiyac varsa, boyun və onurğanı immobilizasiya edib, zərərçəkənin xəstəxanaya çatdırılmasını təmin edin. Çalışın ki, xəsarət alana təmiz hava çatsın. Onu arxası üstə uzadın, başını azacıq arxaya əyin, çənəsini qaldırın. Arxayın olun ki, sərbəst tənəffüsə maneçilik amili yoxdur. Əgər zərərçəkənin tənəffüsü yoxdursa, süni tənəffüsə başlayın. Əgər nəbzi yoxdursa, təcili reanimasiya (diriltmə) tədbirlərinə başlayın. Yanıqla yanaşı, zədələri də müalicə edin. Fikrinizi yalnız yanıqda cəmləməyin!

5. Bütün zərərçəkənlərə ilkin olaraq nəmləndirilmiş 100%-li oksigen verin, tənəffüs çətinliyi yoxdursa, uzadın və hərəkətlərini məhdudlaşdırın. Mümkündürsə, yanmış sahəni ürək səviyyəsindən yuxarı qaldırın. Əgər oksigenin verilməsinə baxmayaraq tənəffüs çatışmazlığı baş verərsə, zərərçəkəni intrubasiya etmək üçün tez xəstəxanaya çatdırın.

6. Zədələnmiş sahəni soyuq su və ya kriopaketlə (kryos – yunan sözü olub soyuq, buz deməkdir) 60 dəq. və daha çox müddət ərzində soyudun:



- istiliyin ötürülməsi davam edirsə, paltarları və ya yaranı soyuq su ilə və ya fizioloji məhlulla isladın, yanma prosesini dayandırın;

- zədələnmiş sahəni azı 20 dəqiqə (ağrı dayanana qədər) soyuq (8–15°C) axar su altında saxlayın (bu, dərinin soyumasına, ağrının azalmasına səbəb olur və yanığın dərinin daha

dərin qatlarına yayılmasının qarşısını alır;

- insan bədəninin çox hissəsi yandıqda, zərərçəkəni təmiz, ütülənmiş mələfə, döşəkağı ilə bürüyüb, daha sonra üstünü ədyalla örtüb, ona antihistamin (suprastin, klaritin və s.), ağrıkəsici dərmanlar verib, duz qatılmış su içirtmək (1 litr suya 1 çay qaşığı duz) və dərhal xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır.

Bilavasitə suya batırıla bilməyən müxtəlif sahələrə (məsələn, yanmış üzə) nəm dəsmal, mələfə və ya digər örtük qoymaq olar. Belə kompresin soyuq və nəm olmasına əmin olun və vaxtaşırı su əlavə etməklə onun nəmliyini təmin edin, əks halda kompresin nəmliyi dəri tərəfindən tez udularaq yanmış nahiyəyə yapışa bilər. Əgər kimyəvi yanığ baş vermişsə, çoxlu miqdarda su ilə yumağı davam edin.

7. Zərərçəkənin zinət əşyalarını və paltarını çıxarın. Bədənin yanığ yerini paltardan azad edin, bunun üçün *yanıq yerinə yapışmış hissəyə toxunmadan* onun ətrafından paltarı kəsib çıxarın. Nəzərə alın ki, alt paltarlar dəriyə yapışa bilər. Əgər paltarı dəridən ayırmaq çətindirsə, paltarı qoparmağa çalışmayın. Ümumiyyətlə, yaraya hər hansı bir əşya yapışıbsa, onu çıxartmayın. Yanıq yarasının sahəsini və yaranın dərinliyini qiymətləndirin.

8. Dəri su ilə soyudulduqdan sonra, yanmış hissələrin sonrakı çirklənməsinin qarşısını almaq üçün yanığ sahəsini steril bint və ya quru, yanığ hissələrinə yapışmayan, xovu olmayan steril və ya yumşaq, təzə ütülənmiş parça ilə yüngülcə sarıyın və ya örtün. Sarıq ilə yanmış səthi sıxmayın. Yanıqlar çox zaman həssas sinir uclarını üzə çıxardır. Yanmış sahəni havadan qorumaq və ağrını azaltmaq üçün örtün. Yanığın üstünün örtülməsi eyni zamanda infeksiyanın qarşısını almağa imkan verir.

9. Ağrını kəsmək üçün diklofenak, ketonal, algikey və s. dərman vasitələrindən istifadə edin.

10. Zədələnmiş sahəni yerli olaraq anestezin, novokainlə işləyin.

11. Antiseptik məhlullar hopdurulmuş salfetlərlə aseptik sarğı qoyun.

12. Əgər zərərçəkən elektrikle kontaktdadırsa, onu quru cərəyan keçirməyən materialın (taxta və s.) köməyi ilə istilik və elektrik mənbəyinin təsirindən azad edin. Əgər partlama təhlükəsi varsa, öz təhlükəsizliyinizi unutmamaq şərti ilə, zərərçəkəni təcili olaraq həmin ərazidən uzaqlaşdırın.

13. Yanığa məruz qalmış zərərçəkənlər soyuqdəyməyə qarşı həssas

olurlar. Zərərçəkəni hava axınından qorumaqla normal bədən temperaturunu saxlamaq mümkündür. Şok əlamətləri mövcuddursa, zərərçəkəni ədyala və ya paltoya bükün. Unutmayın ki, yanmış zərərçəkənin bədəni həddən artıq soyuyarsa, onda hipotermiya (aşağı bədən temperaturu) yarana bilər. Yanıq yerini örtün.

14. Kiçik sahəli II dərəcəli yanıqları sarımaq və ambulatoriya şəraitində müalicə etmək olar. Sahəsi 20%-dən çox yanıqla olan zərərçəkənlər mütləq hospitalizasiya olunmalıdır. III dərəcəli yanıqlarda barmaqların zədələnməsi zamanı onları ayrı-ayrı sarımaq (“cəngavər əlcəyi”) və yanığı törədən agentdən və zədələnmə sahəsindən asılı olmayaraq hospitalizasiya etmək lazımdır. Mümkünsə, yanıq mərkəzinə göndərin.

15. Yanığa məruz qalmış zərərçəkən barədə lazımı məlumat toplayın. Buraya yanıq növü (alov, kimyəvi maddə, elektrik cərəyanı, partlayış), hər hansı müştərək travma, zədələnmə vaxtı və əgər hadisə qapalı mühitdə baş veribsə, tüstü ilə kontakt müddəti haqqında məlumat aiddir.

16. Ödemə qarşısını almaq üçün aşağı ətrafları qaldırın.

17. Tetanus əleyhinə zərdab vurun.

18. Üz yanıqlarını örtməyin. Zərərçəkəni başı qaldırılmış vəziyyətdə uzadın.

19. Göz yanıqları zamanı 48 saat ərzində vaxtaşırı gözləri çoxlu miqdarda fizioloji (0,9%-li) məhlulla yuyun və gözə quru sarğı qoyun. Zərərçəkənləri mütləq xəstəxanaya çatdırın.

Yanıqlarda nələri etmək olmaz

» Yanıq səthə əllə toxunmaq.

» Dəridəki suluqları zədələmək (deşmək), çünki yarılmamış dəri infeksiyanın qarşısını alır.

» Yaranın üzərinə heç bir yağ, yağlı məlhəm, vazelin, losyon, maz və digər yağlı maddələr qoymayın. Maz və yağ ağırlı yüngülləşdirmir və hətta istilikdən dəriyə yapışdığına görə, sonradan onun yaradan təmizlənməsi çətinliklər törədir, lazımı müalicəni aparmağa imkan vermir.

» Yaranın üzərinə buz qoymaq, çünki buz yanmış nahiyəni zədələyə bilər.

» Yanıq yerinə yumurta sürtmək.

» Yanıq sahələrinə heç vaxt yod, brilyant yaşılı (“zelyonka”), kalium permanganat və digər bu tipli antiseptikləri sürtmək.

» Yanıq sahəsini sidiklə “təmizləmək”.

» Yaraya sürtkəcdən keçirilmiş kartof və ya kartof qabığı və s. bu kimi vasitələr qoymaq, çünki bu zaman siz yaraya infeksiya sala bilərsiniz.

Diqqət! Böyük sahə yandıqda zərərçəkənə içməyə su vermək olmaz, çünki su mədə-bağırsaq traktının pəzizinə (iflicinə) səbəb ola bilər (Mendelson sindromu).

ELEKTRİK CƏRƏYANININ TƏSİRİ

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Elektrotravmanın ağırlığına təsir edən amillər:

- » elektrik cərəyanının növü (sabit, yaxud dəyişən cərəyan);
- » elektrik cərəyanının şiddəti (ölçü vahidi – amper);
- » elektrik cərəyanının gərginliyi (ölçü vahidi – volt);
- » cərəyanın təsiretmə müddəti;
- » insan bədəninin hansı hissəsindən keçməsi;
- » dərinin nəm və ya quru olması;
- » orqanizmin ümumi vəziyyəti.

Sabit elektrik cərəyanı.

Sabit elektrik cərəyanı zamandan asılı olaraq sabit gərginliyə və istiqamətə malikdir. Bütün məişət cihazları (radio, televizor, kompyuter, paltar-yuyan maşın) sabit cərəyanla işləyirlər. Evlərdə işlədilən sabit cərəyan, xüsusi çevricilərdən istifadə olunmaqla dəyişən cərəyandan alınır. Əksər hallarda isə birbaşa sabit cərəyan verən mənbələr (batareya, fotoelementlər) bu işin öhdəsindən gəlir.

Sabit cərəyan zərərçəkənin bədənində yüksək istilənmə (yanma) hissiyatı yaradır və qıcolmaya səbəb olaraq onu cərəyan mənbəyindən müəyyən məsafəyə tullaya bilir. Adətən, orqanizm sabit cərəyanın təsirini dəyişən cərəyana nisbətən tez hiss edir. Lakin, eyni gərginlik şəraitində aşağı tezlikli (50–60 Hs – Herts) dəyişən cərəyan, sabit cərəyana nisbətən, güclü təsir göstərir. Çünki, toxumaların dəyişən cərəyana qarşı müqaviməti nisbətən azdır.

Eyni şəraitdə elektrik cərəyanının orqanizmdə törətdiyi fəsadların ağırlıq dərəcəsi onun gərginliyinin yüksəklik dərəcəsindən asılıdır.

Dəyişən elektrik cərəyanı.

Əgər cərəyanın şiddəti və istiqaməti zamandan asılı olaraq dəyişirsə onda söhbət dəyişən cərəyandan gedir. Dəyişən cərəyanın gərginliyini transformator vasitəsilə istənilən həddə qədər dəyişdirmək olar. Dəyişən cərəyan tezliyi Avropa ölkələrində 50 Hs, şimali Amerikada və Yaponiyada isə bu rəqəm 60 Hs-dir.

Dəyişən cərəyan (məişət cərəyanı 110–120 volt və ya 220–240 volt) əzələlərdə qıcolma effekti yaradır. Ən təhlükəlisi 50 Hs-li tezliyi, 0,1 gücü olan 250 volt gərginliyə malik dəyişən texniki cərəyan sayılır. Sənayedə elektrik tezliyi 10→25 mA olan cərəyanlar əzələlərin intensiv qıcolmasına səbəb ola bilər ki, nəticədə cərəyan keçən hissələrdə “yapışma” hadisəsi baş verir. Bu zaman zərərçəkən elektrik cərəyanının təsirindən özü xilas ola

bilmir. Kişilərdə 15 milliampere, qadınlarda isə 10 milliampere cərəyan şiddəti səviyyəsində olan dəyişən elektrik cərəyanı elə təsir edir ki, zərərçəkəndə qıcolmuş əzələni açmaq mümkün olmur və əzələnin güclü və davamlı yığılması sınıqlara səbəb ola bilər.

ELEKTRİK CƏRƏYANININ TƏSİRİ

Elektrik cərəyanının insan orqanizminə təsiri əsasən iki tərkib hissəsindən ibarət olur və çox vaxt bu dəyişikliklər eyni zamanda baş verir:

- elektrik cərəyanının ümumi təsiri mərkəzi sinir, ürək-damar və tənəffüs sistemlərinə olur;
- elektrik cərəyanının yerli təsiri müxtəlif dərəcəli yanıqlara, toxumaların laylanmasına və hətta ətrafın bədəndən qopmasına səbəb olur.

Ümumiyyətlə, elektrotravmada bütün orqanlar, ilk növbədə sinir sistemi zədələnir, çünki sinir lifləri, nəticə etibarilə, elektrik cərəyanını yaxşı nəql edir. Sonradan isə tənəffüs və ürək-damar sistemi (tənəffüs dayanır, ürək ritminin və qan dövranının pozulması, hətta ürəyin qəflətən dayanması) bu prosesə qoşulur.

"Elektrik cərəyanı vurduqda" zərərçəkənlərdən beş nəfərdən dördü dərhal huşunu itirir. Huşun itməsi zərərçəkənin ya elektrik naqilindən ayrılmasına kömək edir, ya da huşunu itirmiş zərərçəkən elektrik naqilindən qopa bilmir ("yapışma"). Digər hallarda, bayılma nəticəsində, o, hündür yerdən müxtəlif kəsici (deşici) alətlərin üstünə yıxılır və ya alovun içində düşür. Sonda bunlar ya ölümlə ya da müxtəlif dərəcəli xəsarətlərin (sümüklərin sınması, daxili orqanların ağır zədələnməsi və s.) meydana çıxması ilə nəticələnir. Çox vaxt huşunu itirmiş zərərçəkən tez özünə gəlir və huşu bərpa olunur. Əgər zərərçəkənin huşu uzun müddət bərpa olunmursa deməli onda beyin zədələnməsi baş verib.

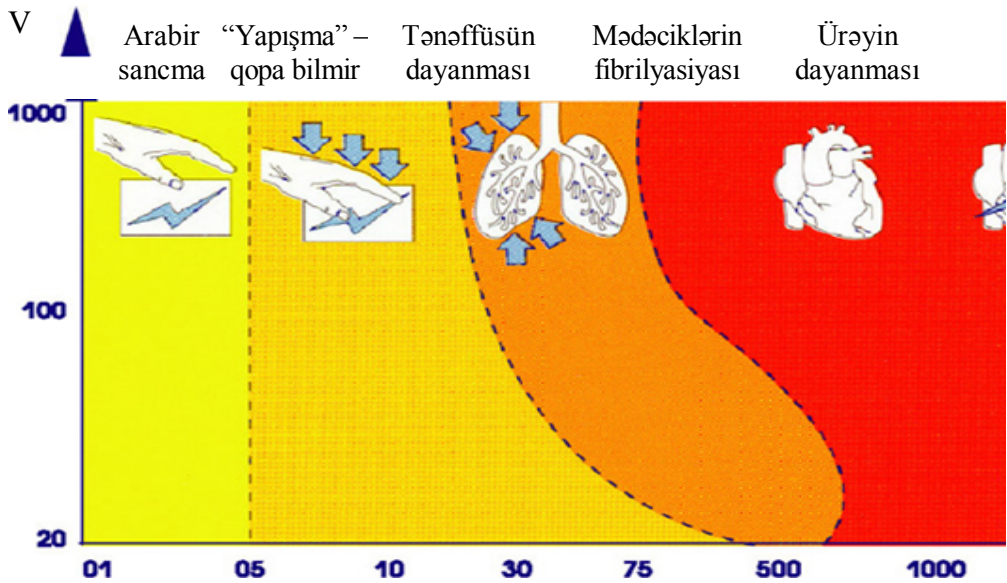
127–220 volt gərginlikli məişət texnikası ilə işləyərkən ehtiyatsızlıqdan ani ölüm də baş verə bilər. Bəzi hallarda "elektrik cərəyanı vurduqdan" 2–3 saat sonra zərərçəkəndə tənəffüs mərkəzinin iflici və ürəyin qəflətən dayanması baş verir. Ona görə hadisə baş verən kimi, yardım göstərildikdən dərhal sonra ağırlaşmaların yaranmaması üçün zərərçəkən mütləq xəstəxanaya çatdırılmalıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, elektrik cərəyanının təsirindən zərərçəkəndə korluq və əzələlərdə baş verən qıcolmalar nəticəsində mexaniki zədələr də (sümüklərin sınması və s.) yarana bilər.

1. Elektrik cərəyanı şiddətinin insan orqanizminə təsiri

Kiçik dəyişən cərəyan (5 mA-ə qədər) xoşagəlməz hissiyatla və sancma ilə yadda qalır. "Yapışmış buraxmayan" cərəyan (7→15 mA-ə qədər) əzələlərin elə güclü qıcolmasına səbəb olur ki, zərərçəkən cərəyan mənbə-

yindən kömək olmadan azad ola bilmir (cərəyan altında olan məftilə yapışır və özbaşına azad ola bilmir – qopa bilmir). 20→25 mA-li (50 Hz) "elektrik cərəyanı vurduqda" zərərçəkənin tənəffüsü çətinləşir və cərəyanın təsiri davam etdikcə, o, boğulmağa başlayır. Elektrik cərəyanının şiddəti 50 mA-ə qədər olduqda səs tellərinin spazması səbəbindən zərərçəkən qışqıraraq ətrafdakıları köməyə çağırmağa başlayır və 15–20 saniyə müddətində tənəffüsünün dayanması baş verir ki, bu da ölümlə nəticələnir. 70→80 mA-lı cərəyan mədəcik fibrilyasiyasına (mədəcik fibrilyasiyasında ürək əzələləri titrəyir, səyriyir və yığılması pozulduğu üçün qanı beyinə və digər həyatı vacib orqanlara tam qova bilmir) səbəb olur, nəticədə qanın dövrəni və ürəyin fəaliyyəti dayanır. İnsan bədənində 100 mA-li cərəyan 2–3 saniyə təsir edərsə ölüm baş verir.



Elektrik cərəyanının insan orqanizminə təsiri

Cərəyan mA	Təsirin xarakteri	
	Dəyişən cərəyan	Sabit cərəyan
0,6→1,5	Hiss olunma başlayır, əl barmaqları yüngül əsir	Hiss olunmur
2→5	Əl barmaqları güclü əsir, xoşagəlməz hissiyat, sancma hissi olur	Hiss olunmur
5→7	Əllərdə yüngül qıcolmalar olur	Göynəmə, qızışma hissi olunur

7→15	Zərərçəkəndə güclü qıcolmalar başlayır, kiçik cərəyanda əlləri elektrotlardan çətinliklə, lakin ayırmaq olur, barmaqlarda və biləklərdə güclü ağrılar olur. Cərəyan şiddəti artıqca qıcolmalar şiddətləşir və zərərçəkəni elek-trotlardan ayırmaq mümkün olmur.	Güclü qızışma hissi
20→25	Olduqca güclü ağrılar olur. Nəfəs almaq çətinləşir.	Olduqca güclü qızışma hissi.Əl əzələləri cüzi yığılır.
→50	Tənəffüs dayanır (tənəffüs mərkəzinin iflicli).	Əl əzələləri yığılır, qıcolmalar olur, tənəffüs çətinləşir
70→80	Mədəciklərin fibrilyasiyası baş verir. 3 saniyə və daha çox müddətdə ürək dayanır.	Tənəffüs və ürək dayanır.
→100	İnsan vəfat edir	İnsan vəfat edir

"Elektrik cərəyanı vurduğu" anda zərərçəkənin vəziyyəti elə ağır olur ki, zahirən, o, ölən adamı xatırladır: solğun dəri örtükləri, genişlənmiş və işığa reaksiya verməyən bəbəklər, tənəffüsün və nəbzın olmaması – “saxta, yalançı ölüm”. Yalnız ürək vurğularına diqqətlə qulaq asdıqda zərərçəkənin sağ olduğunu müəyyən etmək olur. Ona görə ilk yardımını (ürək-ağciyər reanimasiyasını) vaxtında başlamaq lazımdır. Yüngül elektrotravma bayılmaya, başgicəllənməyə, ağır əsəbi sarsıntıya, ümumi zəifliyə səbəb olur.

2. Elektrik yanıqları

Cərəyanın təsirinə məruz qalmış nahiyədə 70–80% hallarda elektrik yanıqları təsadüf edilir. Bədənin elektrik müqaviməti yüksək dərəcəli istilik yaradır ki, bu da yanıt zədələnmələrinə səbəb olur. Bütün travmalar arasında zərərçəkənlərin 10%-ni elektrik yanıqları təşkil edir. Onlar sabit və dəyişən elektrik cərəyanı ilə kontakt zamanı, yüksək gərginlikli cərəyanla kontakt olmadan – ara məsafədə və ya torpaqda olan naqilə yaxın olduqda əmələ gəlir. Elektrik cərəyanı bədəni daxildən və xaricdən yandıra bilər.

Elektrik yanıqları zamanı “**cərəyan nişanələri**” (cərəyanın daxil olduğu və çıxdığı yerlərdə yanıt yarası) görünür. Onlar müxtəlif ölçülərdə adətən dairəvi və yaxud oval formaya malik olur və rənglərdə, çox vaxt isə ağımtıl olur. Cərəyanın çıxış nöqtəsi daha böyük ölçülü olur.

Toxumalar, cərəyanın giriş, çıxış və zərərçəkənin torpaqla birləşmə yerlərində və ya cərəyanın qısa yolla keçdiyi bədən hissələri ilə təmas nöqtələrində zədələnir.

Elektrik yanığının dərəcəsi əlaqənin növündən və cərəyanın şiddətindən, bədəndə keçdiyi yoldan və bu əlaqənin nə qədər davam etməsindən asılıdır. Elektrik yanıqlarının yeri nadir halda ağrılı olur, çünki cərəyanın təsirindən ağrı reseptorlarının fəaliyyəti kəsilir.



Elektrik yanıqları travmaların ağır növlərinə aiddir və toxumalar çox dərin və ciddi zədələndiyində çox vaxt zərərçəkənin əlilliyinə səbəb olur. Elektrik yanıqları, adətən dərin olurlar (IIIB–IV dərəcə). Elektrik cərəyanı üçün ən təhlükəli nahiyyə üz, ovucun içi və aralıq hesab olunur.



Elektrik cərəyanının ən təhlükəli keçmə yolları: əl–baş, əl–əl, iki əl–iki ayaq.

Elektrik cərəyanı yaş dəriyə daha tez təsir göstərir, çünki yaş dərinin cərəyana müqaviməti olduqca azdır.

***Elektrotravma zamanı zərərçəkəndə aşağıdakı hallar müşahidə olunur:**

- » örtüklərin müxtəlif dərəcəli (bəzi nahiyyələrdə kömürləşməyə qədər) yanıqları;
- » baş ağrısı, ümumi zəiflik, bəzən qusma və ishal;
- » yaddaş pozğunluğu (retroqrad amneziya), ölüm qorxusu və s.;
- » huş itmədən qısa müddətli əzələ qıcolmaları;
- » huşun qaranıqlaşması, ağır hallarda huşun itməsi;
- » hərəkəti oyanıqlıq, çılğın, karıxmış davranış;
- » tənəffüs pozğunluqları (ağciyərlərin ödemi, tənəffüs çatışmazlığı və ya tənəffüsün dayanması);
- » bir tərəfdən akrosianoz (barmaqların ucunun, dodaqların göyerməsi), digər tərəfdən isə akrosianozla müştərək solğun dəri örtüyü;
- » ürək döyüntüsü, aritmiyalar (ürək mədəciklərinin fibrilyasiyası, qan dövranının və ürəyin qəflətən dayanması);
- » arterial təzyiqin enməsi;
- » sümüklərin deformasiyası və çatlaması, həmçinin elektrik cərəyanı ilə zədələnmə nahiyyələrində onların sınıma ehtimalının artması (yardım göstərəkən buna fikir verin);
- » onurğa beyninin funksiyasının pozulması (koordinasiyanın pozulması, reflekslərin dəyişməsi, sidiiyin və nəcisin qeyri iradi ifrazı – sidiiyi və nəcisi saxlaya bilməmək);
- » “cərəyan nişanələri” əsasən, əldə və ayaqda.

3. Elektrik zədələnmələrinin profilaktikası.

Elektrik cərəyanı ilə zədələnmə halları bədənin mühafizə olunmayan hissələrinin açıq, izolyasiyası pozulmuş və ya kifayət qədər izolyasiya olunma-

mış cərəyanlı məftillə təmasda olduqda baş verir. Bunlar qəza zamanı, elektrik avadanlıqları ilə düzgün rəftar etmədikdə (təhlükəsizlik qaydalarını pozduqda), yüksək gərginlikli naqillərin qırılması nəticəsində suyun, torpağın, rütubətli havanın elektricləşməsi zamanı və başqa hallarda müşahidə olunur.

Elektrik qurğularının texniki istismar qaydalarına və təhlükəsizlik texnikası tələblərinə riayət etmək elektrik cərəyanının törətdiyi ağır fəsadları minimuma endirir.

Bunları bilmək lazımdır:

- gərginlik altında olan cərəyan nəql edən hissələrə toxunmayın;
- naqıl və ya qurğu ilə işinizi yerinə yetirməzdən əvvəl cərəyanın axınını söndürün;
- izolyasiyanın və ya qoruyucu qurğuların nasazlığı üzündən gərginlik altına düşmüş elektrik avadanlıqlarının cərəyan keçirən hissələrinə toxunmayın;
- zədələnmiş cərəyan naqillərini və qurğularını dəyişdirin;
- ətraflarınızda hər hansı biri nəm olarsa heç bir elektrik cihazına toxunmayın;
- cərəyan naqillərini və ötürücülərini uşaqların əli çatmayan yerdə quraşdırın;



- “addım gərginliyi”nin təsiri altına düşməyin;
 - elektrik qurğularının texniki istismar qaydalarını və təhlükəsizlik texnikası tələblərini pozmayın.
- Fəaliyyət göstərən elektrik qurğularının üzərində mütləq qadağanedicici və ya xəbərdarlıq nişanlarının qeyd edilməsinə nəzarət edin.

Yüksək gərginlikli naqillərlə bərabər, aşağı gərginlikli cərəyan daşıyan naqillər də rütubətli hava şəraitində, metal döşəməli (və ya palçıq torpaqlı) nəm otaqlarda, dəri və paltar yaş olduqda təhlükə törədirlər.

YÜKSƏK GƏRGİNLİKLİ CƏRƏYAN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ (1000 volt dan çox)

*Elektrik zədələnmələrinin 3 əsas tipi mövcuddur:

- mənzil cərəyanı (110–120 volt və ya 220–240 volt);
- yüksək gərginlikli cərəyan (1000 volt dan çox);
- ildırım vurməsi.

Cərəyanın gərginliyi 1000 volt dan aşağı (aşağı gərginlikli cərəyan) olduqda onun bilavasitə təsirindən, nadir hallarda, dərin toxuma zədələnmələri baş verə bilər. Lakin, bəzi hallarda isə, hətta, çıxıq və sınıqların olması da mümkündür. Aşağı gərginlikli cərəyan bədəndə bütün əzələlərin spazmasına səbəb olub, uzunmüddətli təsir göstərir və yüksək

gərginlikli cərəyanla müqayisədə təsiri uzunmüddətli olduğundan daha təhlükəli olur və daha çox ölüm halları yaradır.

Yüksək gərginlikli cərəyan zədələnmələrinə (1000 voltndan çox) məruz qalan risk qrupuna elektrik montyorları, kənd təsərrüfatı işçiləri (suvarma işləri ilə məşğul olanlar), paraşütçülər, yeniyetmələr (qüllələrə çıxan) və avtomobil sürücüləri aiddir. Maksimal zədələnmə nöqtələrini dəridə cərəyanın giriş və çıxış yerləri təşkil edir və cərəyan bu nahiyələrdə əzələnin geniş nekrozuna (ölməsinə) və ya yanmamış dərinin altında olan toxumaların zədələnməsinə səbəb ola bilər.

Yüksək gərginlikli cərəyandan zədələnmə insan bədəni elektrik mənbəyinə bilavasitə toxunduqda və elektrik mənbəyinə toxunmadıqda, bir addıma qədər məsafə aralı dayandıqda da (“volta qövsü”) baş verir. “Volta qövsü”, əsasən, rütubətli mühitdə (çöldə və qapalı yerlərdə, otaqda) baş verir və ağır zədələnmələrə, hətta ölümə səbəb olur.

Yüksək gərginlikli elektrik cərəyanının təsirindən bütün əzələlər tam gücü ilə geniş yığılır və zərərçəkəni elektrik mənbəyindən kənara tullayır, nəticədə elektrik cərəyanıyla təmas kəsilir. Yüksək gərginlikli cərəyanın təsirindən toxumaların laylanması, parçalanması, bəzən ətrafların tam ayrılması ehtimalı yaranır.

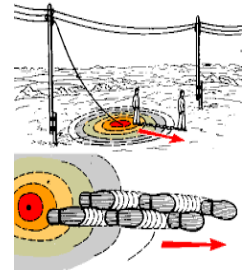
Diqqət! İstənilən əşya (hətta quru taxta) yüksək gərginlikli cərəyanı keçirir. Buna görə 1000 v-dan yuxarı gərginlikli qurğulardan zərərçəkəni xilas etmək üçün bütün təhlükəsizlik qaydalarına riayət etməklə izolyasiya olunmuş ştanqlardan və kəlbətinlərdən (qısqaclardan) istifadə olunmalıdır.

***“Addım gərginliyi”. Addım gərginliyi zonasında hərəkət qaydaları.**

Yüksək gərginlikli elektrik xətti yerə düşdükdə radiusu azı 10 metr olan məsafədə öz təsirini göstərir.

İnsan bu 10 metrlik radiusu olan əraziyə böyük addımlarla daxil olarsa, cərəyanın təsirinə məruz qalır. Bu, “addım gərginliyi” adlanır. “Addım gərginliyi”nin təsir dairəsində olan ərazidən çıxmaq və ya daxil olmaq üçün olduqca ehtiyatlı davranmaq tələb olunur. Bu ərazidə hərəkət etmək üçün dielektrik çəkmələr (qaloş), bot (boğazlı qaloş), izolyasiya (təcrid) olunmuş vasitələrdən, quru taxta, tir, şalban və s. cərəyan keçirməyən əşyalardan istifadə edilməlidir.

Cərəyan keçirməyən vasitələr olmadıqda bu ərazidən çıxmaq üçün pəncələri bir birindən və yerdən ayırmamaq şərti ilə (qısa addımlarla – “qaz yerışı”) tələsmədən, zərərçəkənlə birlikdə azı 10 metr irəliləmək lazımdır.



Şəkildə ayaqqabı izlərinə fikir verin. Bundan başqa tək ayaqla tullana-tullana ərazidən kənarlaşmaq olar.

ELEKTRİK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNDƏ İLK YARDIM

1. Öz təhlükəsizliyinizi təmin edin.

- Zərərçəkən cərəyan mənbəyi ilə təmasda olduğu müddətdə ondan uzaq durun.
- Elektrik cərəyanının mənbədən kəsildiyini yəqin etməmiş zərərçəkənə yaxınlaşmayın.
- Zərərçəkənə yardım göstərəkən ətrafın təhlükəsiz olduğuna əmin olun.
- Elektrik xətti yerə düşdükdə, ixtisaslı kömək çağırın və gözləyin.
- Əraziyə daxil olmaq və yardım göstərmək üçün elektrik enerjisinin söndürülməsini gözləyin.
- Qısa müddət ərzində elektrik şəbəkəsi söndürülmədikdə və zərərçəkəni elektrik cərəyanından ayıran olmadıqda bunu özünüzdə edin ki, ona yardım göstərmək mümkün olsun.

2. Zərərçəkəni elektrik gərginliyi mənbəyindən ayırın

Çox vaxt baş vermiş əzələlərin qıcolması və zərərçəkənin huşunun itməsi nəticəsində, o, sərbəst elektrik naqillərindən özünü azad edə bilmir – “yapışma”.

a) Cərəyanın təsirinin qarşısını almaq üçün şəbəkəni söndürün.

Bu, mümkün olmadıqda

b) İlk növbədə özünüzdə elektrik cərəyanının təsirindən qoruyun:

- əllərə əlcək geyin, əlcək olmadıqda əllərə quru paltar və ya rezinlənmiş parça dolayın;
- yaş torpaqdan izolyasiya olunun (quru yerdə durun və ya taxta lövhənin, bükülmüş quru paltarın, rezin, yaxud şüşə parçasının və hər hansı bir elektrik keçirməyən əşyanın üstünə çıxın).

c) Texniki qaydalara əməl etməklə zərərçəkəni elektrik gərginliyi mənbəyindən ayırın (uzaqlaşdırın):

- cərəyan daşıyıcı naqili balta, bel, çubuq və digər taxta qulplu əşya vasitəsilə şəbəkədən ayırın;
- nəzərə alın ki, qurğunu söndürərkən elektrik işığı sönə bilər, ona görə özünüzdə fənər, şamın olmasını və s. əvvəlcədən təmin edin.

Bu, mümkün olmadıqda

d) Quru, qalın parça ilə dolanmış əllər vasitəsilə zərərçəkəni onun bilavasitə bədənində pərçimlənməmiş nahiyədə paltarından tutaraq naqildən ayırın və elektrik xəttindən uzaqlaşdırın.

e) Əgər "addım gərginliyi" təsiri nəticəsində zərərçəkən yığılıbsa, altına quru taxta parçası və ya faner itələməklə onu yerdəki cərəyandan izolyasiya

edin.

f) İçində adam olan avtomobilin üzərinə elektrik xətti düşdükdə, onlara avtomobildə qalmaq və hərəkət etməməyi məsləhət görün.

3. Ürək-ağciyər reanimasiyasının (ÜAR) başlanması

- Zərərçəkəni elektrik cərəyanından ayıran kimi, ehtiyac olduqda, ürək-ağciyər reanimasiyasına başlayın.
- Ürəyin qəflətən dayanmasının yüksək təhlükəsi olduğu üçün təxliyyəni uzanmış vəziyyətdə aparın.

4. Zərərçəkəndə digər zədələnmələri qiymətləndirin

- Əgər yıxılma baş vermişsə, onurğa sütununun immobilizasiyasını həyata keçirin. Əzələlərin ağır dərəcəli zədələnməsi olan zərərçəkənlər ətrafın sıxılma sindromuna məruz qala bilərlər.
- Fikrinizi yalnız yanıqda cəmləşdirməyin! Zərərçəkəndə sınıqların olub-olmamasını yoxlayın.

5. Yanıqları termiki yanıqlarda olduğu kimi müalicə edin

Yanıq zədələnməsi olan nahiyəni quru, steril salftlə örtün, şok əleyhinə tədbirlər görün. Yardım göstərdikdən sonra zərərçəkəni isti adyala bürüyün və təcili olaraq xəstəxanaya çatdırın.

6. Əgər elektrokardiogramma göstəriciləri norma daxilindədirsə və dəridə yanıq yoxdursa, mənzil cərəyanlarından müalicə üçün xəstəxanaya yerləşdirməyə ehtiyac yoxdur.

7. Müalicə mütləq ixtisaslaşdırılmış klinikalarda kombustio loq (yanıqların, termiki zədə və donmanın nəticələrinin müalicəsi ilə məşğul olan həkim-cərrah)tərəfindən aparılmalıdır. Yaraların sağalma müddəti bir neçə ay və daha çox çəkir.

Zərərçəkəni cərəyan mənbəyi ilə təmasdan azad etdikdən sonra onun hansı vəziyyətdə (ağrı və ya yüngül) olmasından asılı olmayaraq dərhal təcili yardım xidmətinə zəng edin və ya zərərçəkəni tibb müəssisəsinə çatdırın. Elektrik cərəyanı ilə zədələnmədə ölüm bir neçə saatdan sonra baş verə bilər. Bu zaman xarici görünüş daxili zədələnmənin dərəcəsiindən xəbər vermir.

Əgər zərərçəkənin huşu özündə olarsa və o, heç nədən şikayət etməzsə, nəzərə alsaq ki, elektrik cərəyanının orqanizmə təsiri dərhal deyil, bir müddət keçdikdən sonra özünü göstərir, onda zərərçəkən mütləq təcili olaraq həkim tərəfindən müayinə olunmalı, xəstəxanada müalicə almasına ehtiyac olub-olmaması aydınlaşdırılmalıdır.

Zərərçəkəni təxliyyə etməzdən əvvəl elektrik yanıqları quru bintlə sarımalıdır.

Sonrakı dövrdə uzun müddətli reabilitasiya tədbirləri aparılmalıdır.

ELEKTROOFTALMIYA

Elektrooftalmiya –ultrabənövşəyi şüaların sürətli axınınının təsirindən gözün xarici qişalarının iltihabıdır. Belə şüalanma elektrik qövsü (qısa qapanma), elektrik qaynağı, film çəkilişində istifadə olunan xüsusi lampa (qövs lampası) və çox güclü proyektor (yupiter), bakteriosid lampa, parlaq günəş işığı, qara və ya suya düşən işığın əks təsirindən baş verdikdə mümkün ola bilər. Bu da nəinki görünən işığın, həm də görünməyən intensiv ultrabənövşəyi və infraqırmızı şüaların orqanizmin hüceyrələri tərəfindən udulması nəticəsində baş verən kimyəvi təsirdən yaranır.

Xəstəliyin kliniki şəkili şüalanmadan 2–6 saat sonra müəyyən olunur. Bu zaman göz qapaqlarının selikli qişasının qızarması və iltihablaşması, gözlərdən gözyaşının və irinin axması, göz qapaqlarının spazması və hissəvi korluq müşahidə edilir. Zərərçəkən möhkəm baş və kəskin göz ağrı hissi keçirir. Bu şikayətlər işıqda daha çox artır və xəstə işıqdan qorxur. Daha ağır hallarda gözün buynuz qişası iltahablaşır və onun şəffaflığı pozulur. Buynuz və selikli qişanın damarları genişlənir, bəbək daralır. Xəstəlik, əsasən, bir neçə gün davam edir. Elektrik qurğuları ilə davranarkən elektrooftalmiyanın baş verməməsi üçün adi şüşəsi olan qoruyucu eynəklərdən istifadə edilməlidir. Belə eynəklər ultrabənövşəyi şüaları pis keçirir və metal ərintilərinin sıçramasından gözü qoruyur.

İlk yardım

Elektrooftalmiyanın müalicəsində əsas məqsəd ağrını götürmək və infeksiyalaşmanın qarşısını almaqdır. Gözdəki ağrıları və gözə qum tökülmə hissiyatını götürmək üçün tərkibində anestetiklər (lidokain, tetrakain, alkain) olan göz damcıları təyin edilir. Elektrooftalmiya zamanı buynuz qişanın ödemini azaldmaq məqsədilə, iltihab əlamətlərini, gözün qızartısını aradan götürmək üçün damardaraldıcı damcılardan: vizin, prokulin, vizoptin və s. istifadə edilir.

Elektrooftalmiyada nə etmək olmaz

Gözü ovuşdurmaq (sürtmək): belə ki, elektrooftalmiyada gözdə yad cisimin olması hissiyatı yad cisimin olmasından deyil, buynuz qişanın zədələnməsindən xəbər verir. Ona görə mexaniki təsir vəziyyəti daha da ağırlaşdırıla bilər.

Əl altında olan hər hansı bir göz damcısını gözü tökmək: çox dərmanların tərkibində konservant və digər maddələr olur hansılar ki, buynuz qişanı əlavə olaraq zədələyə bilər. Ona görə də hər hansı bir göz damcısının istifadəsi yalnız həkimin təyinatından sonra olmalıdır.

Gözü su ilə yumaq: gözün axar su ilə yuyulması heç bir yüngüllük gətirmir – nə yandırıcı hissiyat, nə də gözə qum tökülmə hissiyatı keçmir, əksinə, istifadə edilən suyun tərkibindəki mikroelementlər buynuz qişaya əlavə zədə vura bilər. Sudakı bakteriyalar iltihab reaksiyalarının başlanğıcı ola bilər.

Mütəxəssislər dəmlənmiş çayı, balı, aloe şirəsini və digər yad cisimləri gözün zədələnməsinin kəskin dövründə (birinci saatlarda) gözə tökməyi məsləhət görmürlər, çünki buynuz qişa zədələnmədən sonra hər hansı təsirə çox həssas olur.

Elektrooftalmiyada gözün vəziyyətini qiymətləndirmək və müalicənin düzgün aparılması üçün təcili olaraq mütəxəssisə vaxtında müraciət etmək vacibdir.

AĞIZ BOŞLUĞUNUN ELEKTRİK YANIQLARI

Ağız boşluğunun elektrik yanıqları elektrik xətlərini dişləyən uşaqlarda baş verə bilər. Cərəyan qövsündə hərərət 1300°C-yə bərabər olduğundan bu zaman termiki zədələnmə üstünlük təşkil edir. Çox hallarda alt dodaq və dil zədələnmə bilər. Ağırlaşmalara ağız suyunun axması, nitq pozğunluğu, dişlərin zədələnməsi və nadir hallarda alt çənənin şişkinləşib böyüməsi aiddir. Naqilin dişlənməsi nəticəsində baş vermiş “ağız bucağı” yanıqlarında ağız genişləndiricilərdən və Silvaden məlhəmindən istifadə edilir. Heç olmasa bir il müddətində həmən nahiyədə hər hansı bir cərrahi müdaxilə aparılmamalıdır. Dodaq yarısından, qurumuş yanıt toxumasının qopması nəticəsində, ola biləcək qanaxma barəsində valideynlərə xəbərdarlıq edilməlidir.

İLDIRIMLA ZƏDƏLƏNMƏ

İldırım yağış buludları toplusu ilə əlaqədar yaranmış müsbət və mənfi elektrik yüklənməsi sahələri arasında yaranan təbii atmosfer elektrik boşalmasıdır. Toplanmış buludlar qasırga küləkləri və vulkan püskürməsi zamanı yarana bilər. “İldırım vurması” **yüksək gərginlikli sabit cərəyanla** (gərginliyi 1000000 volt dan çox və şiddəti 200000 amper olan cərəyan) zədələnmə deməkdir. Bütün dünyada ildırımın baş vermə tezliyi bir gün ərzində 8 milyona bərabərdir. “İldırım vurması”ndan il ərzində bir neçə min ölüm hadisəsi baş verir.

Bu hadisədən, bilavasitə, zədələnmə riskinə çöldə olanlar, metal əşya daşıyanlar, başlarında metal hissəli əşya (kaska və ya sancaq) gəzdirenlər və ətrafında hündür obyektlər olmayanlar (hündür obyektlər zədələnmə riskini azaldır) aiddir.

İldırım çaxması zamanı yaranmış yüksək gərginlikli sabit cərəyan insanın bədən səthi, qan damarları və sinirləri vasitəsilə hərəkət edərək yerə keçir. İldırım insanı vurduqda onun geyimini yandırır və bəzi hallarda ürək dayanmasına səbəb ola bilər. Yanıqlardan başqa, ildırım nevroloji zədələr, sınıqlar törədir, görmə və eşitmənin itirilməsinə səbəb ola bilər. Belə hallarda zərərçəkənin davranışı karıxmış olur və o, baş vermiş hadisəni başına dəyən zərbə və ya partlayış səsi eşitməsi kimi izah edir.

*“İldırım vurma”nın zədələnmələri:

- » dərinin səthi və dərin yanıqları;
- » huşun itməsi, tənəffüs mərkəzinin iflici, ətrafların zəifliyi;
- » ürəyin qəflətən dayanması (mədəciklərin fibrilyasiyası);
- » katarakta – “mirvari suyu” (ən çox rast gəlinir);
- » daxili qulağın və ya eşitmə sinirinin zədələnməsi;
- » əzələ toxumalarının nekrozu (ölməsi);
- » mədə-bağırsaq qanaxmaları və mədəaltı vəzinin iltihabı (pankreatit);
- » şimşək çaxması səsinin təsiri nəticəsində təbil pərdəsinin cırılması (50%);

- » bilavasitə mexaniki təsir (çoxlu sayda travmalar – kəllə zədələndiyindən ölüm faizi yüksək olur);
- » cərəyanın qığılcımları ilə zədələnmə (bədən səthində alov zədələnməsi).

***“İldırım vurma” təhlükəsi olduqda aşağıdakılara riayət etmək lazımdır:**

- bayırda olduğunuz zaman ətrafınızda sizdən hündür obyektlərin olmasına çalışın;
- çöldə olduqda telefon dirəklərinə və uca ağaclara yaxınlaşmayın;
- təpə, ağac, qüllə və dirək üstündə dayanmayın;
- kənd təsərrüfatı avadanlığından və motosiklet tipli kiçik metal qabaritli nəqliyyat vasitəsindən istifadə etməyin;
- metal cihazlardan, metal çəpər, hasar, metal boru, relslər və elektrik digər keçiricilərindən kənar olun;
- nəm torpaq üstündə dayanmayın;
- bir neçə insanın əhatə dairəsində olduqda, onlardan bir neçə metr kənara çəkilin;
- hadisə yerində saçlarınız dağınıq həcmli forma aldıqda, həmin ərazini dərhal tərk edin;
- düzənlik və ya dərədə aşağı əyilin və ya yerdə uzanmış vəziyyət alın;
- avtomobilin içinə girin və pəncərələri bağlayın;
- evə və ya binanın içərisinə daxil olun;
- binada olduqda radiatorlardan, sobalardan, qaz və su borularından uzaq durun;
- telefon məftilləri ildırımın binanın içərisinə keçirə bildiyindən xüsusi ehtiyac olmadıqda telefondan kənar durun;
- alov sobalarının yaxınlığında durmayın;
- fırtına yaxınlaşdığını gördükə çimməyin, su elektrik keçiricisidir;
- şimşək çaxıb qurtarana qədər duş qəbul etməkdən və çimməkdən çəkinin.

***“İldırım vurma”da ilk yardım**

Zərərçəkəndə həyat üçün təhlükəli əlamətlərin, onurğanın və digər sümüklərin sınığının olub-olmadığını yoxlayın. Buna görə də onun yerini dəyişməyin. Belə hallarda yanıqların olması, yuxarıda qeyd edilən zədələnmələrdən fərqli olaraq bir o qədər də əhəmiyyətli zədə hesab edilməməlidir.

Müalicənin iki müxtəlif rejimi mövcuddur:

- ağır zədələnmələr zamanı (dərin toxuma zədələnməsi və dəri yanıqları olanlar) yüksək gərginlikli cərəyan zədələnmələrində tibbi yardım nəzərdə tutulan sxem üzrə həyata keçirilməlidir (böyük həcmdə maye köçürülməsi və s.);
- mərkəzi sinir sisteminin depressiyası əlamətləri olan zərərçəkənlər kəllə travmalarında aparılan tibbi yardıma uyğun aparılmalıdır.

Çox hallarda zərərçəkənin xəstəxanada yerləşdirilməsinə ehtiyac yaranır. Yalnız əhəmiyyətsiz zədəsi olan zərərçəkənlər evə göndərilməlidir.

KİMYƏVİ YANIQLAR

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Kimyəvi yanıqlar kimyəvi maddələrin dəri səthinə bilavasitə təsirindən yaranır. Kimyəvi yanıqlar termiki yanıqlara nisbətən az rast gəlinir (ümumi yanıqların 2,5–5,1%-ni təşkil edir). Zədələnmənin bu növündə qısa müddət ərzində toxumanın tamlığının pozulması və məhv olması (nekroz) baş verir. Çox vaxt nekroz kimyəvi maddənin dəriyə düşməsindən az sonra müşahidə edilir.

Kimyəvi yanıqlara səbəb olan əsas maddələrə turşular (sulfat, nitrat, xlorid, fosfat, qarışqa turşusu və s.), qələvilər (natrium hidrokسيد – kaustik soda, kalium hidrokسيد, kalsium hidrokسيد, natrium və kalsium hidroxlorid, kalsium oksid), flüorun (qaz) hidrogenlə birləşməsi, fenol (karbol turşusu), bəzi uçucu yağlar (efir), fosfor, bitum, ağır metal duzları, perhidrol, kalium permanqanat, əhəng, sement və s. aiddir. Adətən, kimyəvi yanıqlar qüvvətli (qatı) turşular və qələvilərin təsirindən baş verir. Bundan başqa evdə istifadə olunan təmizləyici maddələr və ağardıcılar, kənd təsərrüfatında işlədilən kimyəvi maddələr və s. dərinə asan yandıra bilir. Termiki yanıqlarda olduğu kimi, kimyəvi yanıqlar zamanı da dəri və selikli qişanın zədələnmə dərəcəsi kimyəvi maddənin qatılığından (qüvvətindən) və onun toxumaya təsir müddətindən asılıdır. Kimyəvi maddələr dərinin üzərində nə qədər çox qalarsa onların yandırıcı (zədələyici) təsiri də bir o qədər yüksək olur. Ona görə də, bu kimyəvi maddələr bədəndən mümkün qədər tez xaric edilməlidir.

Turşu və qələvilərin təsirindən baş verən kimyəvi yanıqlar çox dərin olur. Həm turşu, həm də qələvilər təmas zamanı toxumalara yeyici təsir göstərirlər. Turşu və qələvilərin qüvvəsi 1-dən 14-ə qədər olmaqla pH şkalası ilə ölçülür. Ən qüvvətli (qatı) turşunun pH=1-ə, ən qüvvətli qələvinin pH isə 14-ə bərabər götürülür. PH=7 neytral mühit hesab olunur. Yanığın nə dərəcədə ciddi olması zədələyici məhlulun qatılıq dərəcəsi, təsir müddəti, həcmi, onun fiziki halı da daxil olmaqla bir çox amillərdən asılıdır. Qələvi maddənin bərk hissəcikləri udulduqda, maddənin toxuması ilə uzun müddət təmasda olmaqla daha ciddi yanıqlara səbəb olur. Bundan başqa, bəzi turşu və qələvilərin qatı formalarının durulaşdırılması zamanı istilik ayrılması da baş verir və bu, həm kimyəvi, həm də termiki yanıqların əmələ gəlməsi ilə nəticələnir.

Bir çox sənaye və ticarət məhsullarının tərkibində toksik dozada turşu və qələvilər olur.

Kimyəvi yanığın gecikmiş fəsadlarına çapıqlar aiddir ki, bunlar da zədənin hansı nahiyədə yerləşməsindən asılı olaraq kifayət qədər ciddi ola bilərlər. Gözün yanıqları buynuz qişanın deşilməsi və görmənin itirilməsi ilə nəticələnmə bilər. Qida borusunun və maddənin yanıqları bu üzvlərin daralma-

sına (keçiricilik pozulur) səbəb ola bilər. Toxumaların məhv olması yalnız dərini deyil, həm də dərialtı toxumaları əhatə edir.

Kimyəvi maddə daxilə düşərsə (intihar zamanı və ya təsadüf nəticəsində) təcili zərərçəkənin tənəffüs yollarının vəziyyətini qiymətləndirin. Ağız boşluğunda yanq və ödem sahələrini axtarın. Ağız suyunun axması, disfagiya – udma aktının pozulması (zərərçəkən heç bir qidanı uda bilmir), stridor – nəfəs aldıqda nəfəsalmanın çətinləşməsi və eyni zamanda xırıltılı, fışılıtlı, fitvari səsin mövcudluğu (təngnəfəsliyin inspirator tipi), təngnəfəslik (dispnoe) və ya tənəffüsün tezləşməsi (taxipnoe) müşahidə edilən zərərçəkənlərdə tənəffüs yollarının zədələnməsinin mümkünlüyünə fikir verin. Əgər, dəridə açıq zədələnmə varsa onun ölçüsünü, dərinliyini, lokalizasiyasını və yanığın dairəvi olub-olmamasını qeyd edin. Gözün zədələnməsi görmə itiliyinə təsir edə bilər.

***Turşularla zədələnmə**

- Turşular quru nekroz törədir. Turşular toxumaları susuzlaşdırır və toxuma zülallarının ölümünə səbəb olur. Zədələnmənin intensivliyi onların qatılığından (qüvvətindən) asılıdır.
- Turşuların təsir etdiyi nahiyədə aydın sərhədlərə malik quru qasnaq əmələ gəlir. Qasnaq dəri səthindən qalxmır, əksinə çox vaxt dəri səthindən aşağı olur.
- Zədələnmə çox vaxt dərin olur və zədələnməmiş yerin kənarlarında qızartı, iltihab zonası aydın görünür.

***Qələvilərlə zədələnmə**

Qələvilər yaş nekroz törədirlər. Onların əmələ gətirdiyi qasnaq yumşaq, bozumtul-ağ rəngli olur və turşulara nisbətən daha geniş sahələrin zədələnməsinə səbəb olurlar.

KİMYƏVİ YANIQLAR ZAMANI İLK YARDIM

Kimyəvi yanıqlar zamanı hər saniyə qiymətlidir.

Yanıqlar zamanı ilk yardımın tez və düzgün göstərilməsi sonrakı müalicənin nəticəsinə birbaşa təsir edir. Yanıq zədələnməsi olan zərərçəkənə ilk yardım göstərilməsinin əsas şərti həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər yerinə yetirilməsidir.

Kimyəvi zədələnmələr zamanı ilk yardımın göstərilməsi kimyəvi maddələrin təsir xüsusiyyətləri barədə müəyyən biliyin olmasını tələb edir. Bu, yardımın düzgün göstərilməsi və yardım edənin xəsarət almaması üçün vacibdir (bunun üçün xüsusi geyimdə işləmək lazımdır).

- İlk növbədə zədələyici maddəni kənarlaşdırın.
- Zərərçəkənin paltarını kimyəvi maddəyə bulaşdırsa, onu tez çıxardın.

- Kimyəvi maddəni dəri səthindən təmizləyin. Kimyəvi maddə quru və ya toz halındadırsa, onu əlcək geyinilmiş əllə, əski parçası ilə təmizləyin və qalığını axar su altında yuyun.
- Dərini, vaxt itirmədən, bir saat ərzində çoxlu axar su ilə yuyun (fluorit turşusu ilə zədələnmə zamanı 3–5 saat yuyun). Yaranın yuyulması toxumalarda kimyəvi maddələrin dağıdıcı təsirini məhdudlaşdırır. Yuyulma zamanı istifadə olunmuş suyun sağlam dəriyə düşməsinin qarşısını alın.
- Söndürülməmiş əhənglə təmasda olduqda (uşaq əhəngə düşdükdə və s.) yanıq baş verəcəyinə görə onu adi su ilə yumayın. Tozu təmizləyəndən sonra dərini 20% şəkər məhlulu ilə yuyun.
- Dəri zədələnmələri üçün yaranın birincili işlənməsi ən vacib şərtlərdəndir. Birincili işləmədən sonra yara sahəsini təyin edin və zərərçəkəni tipik yanıq xəstəsi kimi qiymətləndirin.
- Zərərçəkənə ilk yardımı digər travmalarda olduğu kimi göstərin.
- Fikrinizi yalnız yanıqda cəmləməyin! Yanıqla yanaşı zədələri də müalicə edin.
- Xəsarət alanı təmiz döşək ağına bürüyün, ayaqlarını yuxarı qaldırın.
- Dəriyə və onun üzərindəki suluqlara toxunmayın (suluqları deşməyin);
- Yaranın üzərinə heç bir losyon, maz, antiseptik, buz və s. qoymayın.
- Zərərçəkəni təcili olaraq xəstəxanaya çatdırın.

Kimyəvi yanıqlar zamanı zədələnmiş sahə böyükdürsə, yaranın təmizlənməsini həyata keçirdikdən sonra, termiki yanıqlarda olduğu kimi venadaxili maye yeridilməsini və digər müalicəni yerinə yetirin.

Diqqət! Kimyəvi yanıqlarda yanıq sahəsini turşuların və qələvilərin zəif məhlulları ilə neytrallaşdırmaq az effektivdir (flüor tərkibli turşularla yanıqlar istisna olmaqla).

GÖZÜN KİMYƏVİ YANIQLARINDA İLK YARDIM

Göz kimyəvi maddənin təsirindən yanıbdırsa, zədələnmiş gözü 30–60 dəqiqə müddətində 1–2 litr su ilə yuyun. Başını elə tutun ki, zədələnmiş gözü səviyyəsi sağlam gözü səviyyəsindən aşağı olsun. Bu zaman zədələnmiş gözü kimyəvi maddənin düşməsi ehtimalı azalır. Su axını burundan kənara yönəldin.



Əgər hər iki göz zədələnmişdirsə, su axınıni hər iki gözü daxili küncdən xaricə tərəf yuyun. Bu vəziyyətdə ehtiyatlı olmağa çalışın. Çünki, kimyəvi maddələr buxarlanaraq nəfəs yollarını və ağciyəri zədələyə bilərlər. Əgər kimyəvi maddələrin tənəffüs yoluna dolduğunu yəqin etmişsinizsə ixtisaslı kömək çağırın və tənəffüsə nəzarət edin.

*** Xəstəliyin necə inkişaf edəcəyi barədə proqnoz**

Proqnoz bilavasitə zədələnmiş toxumanın sahəsindən asılıdır. Kiçik zədələnmələr dəridə və ya qida borusunda yerləşməsindən asılı olmayaraq yaxşı sağalır. Geniş dəri zədələnmələri gələcəkdə kobud çapıqlarla nəticələnə bilər. Sui-qəsd hallarında mütləq psixiatra müraciət edilməlidir.

Validəyinlərə zədələyici maddələrin uşaqlardan kənar saxlamalarını məsləhət görün. Peşə zədələnmələri hallarında gələcəkdə kimyəvi maddələrlə iş prosesində müvafiq təhlükəsizlik qaydalarından istifadə etmə üsullarını başa salın. Tələb olunur ki, müəssisədə çalışan işçilər təmasda olacaqları bütün zədələyici maddələr haqqında məlumatlandırılınsınlar (müvafiq hazırlıq keçsinlər) və lazımi qoruyucu (müdafiə) avadanlıqlarla və vasitələrlə təmin olunsunlar.

Uşaqların kimyəvi yanıklara məruz qalması zamanı valideyinlərə kimyəvi maddələrin və dərmanların uşaqlardan necə uzaq saxlanması haqqında məsləhətlər verin. Validəyinlərə elə gəlir ki, adi qabyuyan maddələr kimi məişətdə istifadə olunan vasitələr uşaqlar üçün təhlükəli olmaya bilər. Onları potensial təhlükə yaradan bu maddələr haqqında məlumatlandırın.

DONMA

ÜMUMİ MƏLUMAT

Hipotermiya və donurma soyuqla əlaqədar yaranan təhlükəli halların iki növüdür. Soyuq insan orqanizminə ümumi təsir göstərdikdə hipotermiyaya (bədənin həddindən artıq soyumasına), yerli təsir göstərdikdə isə donurmaya gətirib çıxarır. Beləki, bədənin müəyyən bir hissəsinin soyuq nəticəsində xəsarət alması donma (donurma) adlanır. Donma aşağı hərarətin toxumalara yerli təsiri nəticəsində baş verir. Donmaya adətən bədənin açıq yerləri (burun, qulaq) və ətraflar məruz qalır.

Donma ən çox havanın hərarəti $+6^{\circ}$ – $+8^{\circ}\text{C}$ arasında, rütubətli və küləkli havada olur. Bundan başqa donmaya soyuq temperatur, dar və ya nəm ayaqqabı, ayaqların tərləməsi, əlcəksiz iş görmək, hərəkətsizlik, fəsilə uyğun olmayan paltar geyinmək, nəmli paltar, pis isidilmiş mənzil əlverişli şərait yaradır. Aclıq, zəif qidalanma, qan itirmə, yorğunluq, qocalıq, xəstəliklər, spirtli içkilər, narkotik qəbulu və s. amillər donma ehtimalını artırır.

Donma zamanı hüceyrəarası və *hüceyrədaxili maye donur* və *genişlə-nir* (şişir), *buz kristalları və şişkinlik hüceyrələrin zədələnməsinə və məhvinə səbəb olur*. Donma əl, ayaq, əl və ayaq barmaqların, burun və qulaqların itkisinə də səbəb ola bilər. Soyuğun təsirindən ilk növbədə qan dövranında pozğunluqlar əmələ gəlir, əvvəl dəridə, sonra isə daha dərinə yerləşən toxumalarda dəyişikliklər yaranır.

DONMADAN QORUNMA TƏDBİRLƏRİ

* Tərkibində kofein və ya spirt olan içkilər içməyin. Kofein və spirt bədən temperaturunu tənzimləyən mexanizmə pis təsir göstərərək, orqanizmin istilik hasil etməsinə maneçilik törədir. Spirtli içkilər periferik damarları genişləndirərək istiliyin tez itməsinə səbəb olur. Sərxoş insan donmanın baş verməsini hiss etmir.

* Tütün çəkməkdən çəkinin. Tütün çəkmək periferik qan dövranını zəiflədir və donma ehtimalını artırır.

* Şaxtalı və soyuq havada mümkün qədər çox hərəkət edin və küləkdən qorunun.

* Ətraf mühitə uyğun geyinin (quru və isti).

- Qanın normal dövr etməsi üçün azad, geniş paltar geyinin.
- Üst-üstə bir neçə paltar geyinin. Yun və xəz paltardan istifadə edin. “Kələm” kimi geyinin – bədən və paltar arasında isti hava qatı yaratdıqda, o, istiliyi çox yaxşı saxlayır. Lazım gəldikdə bədənin hərarətini tənzimləmək üçün paltarlardan çıxarın, sonra yenidən geyinmək olar.
- Üst paltar su keçirməyən olmalıdır.

- Geyim nəm olduqda tez qurusu ilə əvəz edin.

* Əllərinizi soyuqdan qoruyun. Şaxtalı və soyuq havada əlcəksiz (təkbarmaq əlcək), papaqsız və şərfsiz bayıra çıxmayın. Əlcək şaxtadan yaxşı qorunur. İçi xəzli, su və hava keçirməyən təkbarmaq əlcəkdən istifadə daha yaxşı olar. Şərlə yanaqları, çənəni və boyunu qorumaq olar. Soyuq havaya çıxdıqda soyuqdan qorunmaq üçün üz və açıq yerlərə xüsusi krem çəkmək məsləhətdir.

* Ayaqlarınızı soyuqdan qoruyun. Uzun məsafəni qət etdikdə (hərbi təlim, marş) əsas diqqət ayaqların donmamasına yönəldilməlidir. Bir cüt dəyişək corab, əlcək, bir termos isti çay faydalı olar. Payız, yaz və qış aylarında ayaqqabıların və ayağın vəziyyətinə diqqət etmək vacibdir. Dar, ayaqları sürtən ayaqqabı, ayaqqabıda içliklərin olmaması, nəm və çirkli corablar ayaqların donma ehtimalını artırır.

- Ayağa olan hər hansı təzyiq aradan qaldırılmalıdır. Ayaqlarda tərləmə, qaşınma, ayaqqabıya sürtülmə, dırnaqların uzanması, döyənəklər, dəri çatları və ya dəridə iltihab aradan götürülməlidir (özü və tibb işçisi tərəfindən).

- Quru və şaxtalı günlərdə çəkmənin içinə, ayağı sıxmamaq şərti ilə yun və ya keçə içliklər qoyulması tövsiyə olunur. Ayaqları tərləyən insanlar ayaqqabı geyiminə daha diqqətli olmalıdır. Geniş qış ayaqqabılarından, isti içliklərdən istifadə etmək və yun corablar geymək məsləhətdir. Onlar suyu özünə çəkib, ayaqları uzun müddət quru saxlayır. Şaxtalı havada donmuş ətraflardan ayaqqabıları çıxarmayın, ayaqlar şişib, yenidən ayaqqabıya girməyə bilər.

* Şaxtalı havada bəzək əşyalarından istifadə etməyin (metal, o cümlədən zinət əşyaları). Dəmir əşya az vaxt ərzində çox soyuyub dəriyə yapışaraq ağrı və donma verə bilər. Üzük və qolbaq ətraflarda qan dövranını poza bilər. Ümumiyyətlə şaxtalı havada açıq dəri səthi ilə dəmirin təmasda olmasından çəkinin.

* İş görməzdən əvvəl, iş vaxtı və sonra çoxlu isti maye için (ən azı 230 ml) və kifayət qədər yaxşıca qidalanın. Bu bədənin normal hərəkətinin saxlanılmasına kömək edir. İsti maye yoxdursa, çoxlu adi su için. Soyuq havada tox olmaq lazımdır, çünki sizə enerji lazım olacaq.

* Bir-birinə nəzarət edin, sifətinizin (burun, qulaq, yanaq və s.) rənginin dəyişməsinə fikir verin.

* Aşağı temperatura vərdiş yaradın. Tez-tez qısa müddətə soyuğa çıxıb, yenidən isti otağa qayıdın.

* Şaxtalı havadan evə qayıdarkən ətraflar, bel, burun, qulaqların və s. donmamasına əmin olun.

* Şaxtalı havada yol nəqliyyat vasitəniz yaşayış məntəqəsindən uzaqda söndükdə, maşını tərk etmədən ətrafdakıları köməyə mobil telefonla çağırın və ya yoldan keçən digər yol nəqliyyat vasitəsini gözləyin.

* Hərbi təlim və marş zamanı tövsiyələr:

- şəxsi heyət avtomobil kuzovunda daşınarkən arxası hərəkət istiqamətində

oturmalıdır;

- şaxtadan qorunmaq məqsədilə kuzovun döşəməsinə quru ot, saman, ağac budaqları səpələnməlidir;
- ayaqlar (ayaqqabılar) əlavə olaraq əl altında olan vasitələrlə örtülməlidir;
- papağın qulaqlarını aşağı salmaq vacibdir;
- qaldırılmış yaxalıqla və əlcək geyilmiş əllərlə hərdən bir üzü örtmək lazımdır.

* Uşaq və yaşlılar şaxtalı və soyuq havaya donvurmaya daha çox məruz qalırlar, çünki onlarda bədən temperaturu lazımı səviyyədə tənzimlənmir.

Şaxtalı havada insanlar hər 20–30 dəqiqədən bir qızınmaq üçün isti otağa gəlməlidirlər.

DONMANIN ƏLAMƏTLƏRİ VƏ TƏSNİFATI

Donmanın bütün ağırliq dərəcələrində ilk (başlanğıc) əlamətlər eynidir:

ƏVVƏLCƏ

- yüngül yandırma hissi, arabir sancma (iynə batma) və çimdiklənmə hissi olur (narahatlıq yaratmadığına görə çoxları vaxtında bu əlamətlərə ciddi yanaşmır);

SONRA

- zədələnmiş nahiyə ağarır (avazıyır, solğun olur), mərməri xatırladır, mumabənzər və ya bozuntul-sarı olur;
- zədələnmiş nahiyə soyuyur;
- zədələnmiş nahiyədə həssaslıq itir, ağrı hissiyyatı olmur;
- zədələnmiş nahiyə sərt və şişkin olur, əllədikdə dəri tərənmir.

I, II və IV dərəcəli yanıqlardan fərqli olaraq donmanın dərəcəsini (donmanın dərinliyini) yalnız donan nahiyənin isidilməsindən, 12–24 saat keçdikdən sonra müəyyən etmək mümkündür. Zədələnmiş nahiyə isindikdən (qan dövrəni bərpa olunandan) sonra donmanın ağırliq əlamətləri meydana çıxır.

Donmanın 4 ağırliq dərəcəsi ayırd edilir



II–III dərəcəli donma.
Barmaqların IV dərəcəli donması



Ayağın baş barmağının III dərəcəli donması



IV dərəcəli donma



IV dərəcəli donma.
Quru qanqrena dövrü.

I dərəcəli donma (ən yüngülü) adətən soyuğun qısa müddətli təsirindən baş verir.

İsitməkdən sonra zədələnmiş nahiyə qızarır, bəzi hallarda tünd qırmızı rəngə çalır və şişkinlik (ödem) əmələ gəlir. Dəri qatları ölmür, bəzən donmanın birinci həftəsi dəri qabığının cüzi soyulması müşahidə oluna bilər, ağrı hissiyyatı saxlanılır. Tam sağalma 5–7 günə baş verir.

II dərəcəli donma soyuğun uzun müddətli təsirindən baş verir. Dəri kəskin surətdə solur. Zədələnmiş nahiyəni isitdikdə ağrı hissi və ilk günlərdən (bəzi hallara 6–12 saatdan sonra) ən xarakter əlamət olan *şəffaf tərkibli suluqların* əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Ağrılar get-gedə intensivləşir və davamlı olur. Şişkinlik (ödem) donan nahiyədən kənara çoxalır (yayılır). Ağrı saxlanılır, qaşınma və yandırma hissi zərərçəkəni çox narahat edir, sağalma dövründə düzgün müalicə apardıqda, dəri 1–2 həftəyə tam, çapıq yeri qalmadan, bərpa olunur.

III dərəcəli donma soyuğun uzun müddətli təsirindən və toxumalarda hərərətin çox aşağı düşməsi nəticəsində baş verir. İsidilmənin ilk günlərindən (bəzi hallara 6–12 saatdan sonra) *hemorragik tərkibli suluqlar* müşahidə olunur. Zədələnmiş nahiyədə ağrılar həddindən artıq intensivləşir və davamlı olur. *Dərinin bütün qatları məhv olur.* Tündləşən və məhv olmuş (ölmüş) toxumalar 2–3 həftəyə bədəndən ayrılır və bir ayın ərzində yara sağalıb bitirir. Sağaldıqdan sonra dəri təzə kobud toxumalarla örtülür (qranulyasiya olunur) və çapıq yeri qalır. Düşən dırnaqlar uzanmır və ya deformasiyaya uğrayır (formasını dəyişir).

IV dərəcəli donma soyuğun çox uzun müddətli təsirindən və toxumalarda hərərətin həddindən artıq aşağı düşməsi nəticəsində baş verir. IV dərəcəli donma I–II–III dərəcəli donma əlamətləri ilə yanaşı gedə bilər. II–III dərəcəli donmadan fərqli olaraq IV dərəcəli donmada *suluqlar olmur, donmuş nahiyə daha soyuq və əhəmiyyətli dərəcədə şişkin olur, hissiyyat itir.* Donmuş ətrafların dərisi kəskin göyərmiş, bəzən mərmərəbənzər və soyuq olur. Zədələnmiş nahiyəni isidən kimi şişkinlik tez bir zamanda çoxalır. *Dərinin bütün qatları, yumşaq toxumalar, bəzi hallarda sümük və oynaq da məhv olur.* Daha sonra quru (mumifikasiya) və ya yaş qanqrena inkişaf edir.

DONMADA İLK YARDIM

Şaxtada qan damarlarının spazması (daralması) baş verir və don vuran nahiyədə qan dövrəni məhdudlaşır və lazımı qədər qanla təchiz olunmadığına görə orqanizm soyuğa müqavimət göstərə bilmir, tədricən soyuyub donmağa başlayır. Buna görə zərərçəkənə ilk yardımın göstərilməsində

məqsəd bədənin donmuş nahiyəsində pozulan qan dövranını bərpa etmək, zərərçəkəni isitmək və onu infeksiyadan mühafizə etməkdir.

İlk yardımın göstərilməsində əsas məqsəd:

- soyumalı dayandırmaq;
- donmuş nahiyəni isitmək;
- donmuş nahiyədə pozulan qan dövranını bərpa etmək;
- infeksiyanın qabağını almaq.

Donmada yardımın məqsədi qan dövranının bərpa edilməsidir və burada əsas prinsip zədələnmiş nahiyəni isitmək və təkrar soyumadan qorumaqdır.

1. Soyumalı dayandırmaq (zərərçəkəni isti saxlamaq)

Əgər xəstəxanadan bir saatlıq məsafədəsinizsə, zərərçəkəni ləngimədən (donmuş sahəni qızdırmadan) xəstəxanaya çatdırın. Zərərçəkənin xəstəxanaya çatdırılması yubadılarsa, passiv yardım göstərin, yəni soyumalı dayandırın (zərərçəkəni isti saxlayın). Aktiv yardım (aktiv isitmə) xəstəxanada aparılacaq.

* Təcili tibbi yardım xidmətinə zəng vurun.

* Donmadan qoruma tədbirlərinə və onun ilk əlamətlərinə ciddi yanaşın və ləngimədən yardım göstərin.

* Gəzintiyə çıxdıqda həddindən artıq soyuma və ya donma hiss etdikdə, isinmək və don vuran yeri qiymətləndirmək üçün isti yerə (dükan, çayxana, mənzil) gedin. Şərf və ya paltó yaxalığı ilə yanaqları, burunu, çənəni və boyunu qoruyun. Əllərdə və ayaqlarda ağrılar olduqda onları aktiv şəkildə tərpədin. Əlləri dəri-dəri kontaktı ilə qoltuq altında və ya sinədə qızdırın. Əlləri sıxıb açmaqla, ayaqları isə hərəkət edib, bir ayaqdan digər ayağa atılıb düşməklə də isitmək olar. Ayaqların donu açıldıqdan sonra da bir müddət zərərçəkənə gəzməyə icazə verməyin.

* Donmuş, yaş, dar paltarları və zinət əşyalarını çıxarın.

- Donmuş ətraflardan ayaqqabıları, corabları və əlcəkləri çıxarın.

- Donmuş və yaş nahiyəni əvvəlcə quru əski ilə qurudun. Don vurmuş nahiyə ilə ehtiyatlı olun.

- Zərərçəkənə quru paltar geyindirin və üstünü örtün (ədyal, paltar, paltó və s.).

- Məşədə olduqda ocaq qalayın, yaş paltarları qurudun, özünüz isə tonqaldan qızının və hərəkət edin.

* Zədələnmiş nahiyəyə steril quru sarğı qoyun. Sarğı kip olmalıdır.

- Zədələnmiş nahiyəyə istini pis keçirən sarğı qoyun. Bir qat tənzip, qalın pambıq qatı, təkrarən bir qat tənzip və üzərinə istini pis keçirən material (müştəmbə, polietilen paket) qoyub sarıyın. Əl və ya ayaq barmaqları donmuşsa, onların arasına pambıq və ya tənzip qoyun.

* Huşu aydın olan zərərçəkənə isti çay, isti yemək verin. Tütün çəkməkdən, spirtli içkilərdən və qəhvədən istifadə etməyin.

* Dərin donma zamanı donmuş ətrafa sarğı qoyub, sonra, hərəkətsizləşdirin şinlə immobilizasiya edin. Bununla siz donmuş toxumaları və qan damarlarını zədələnmədən qoruyarsınız.

2. Donmuş nahiyəni isidin

Zərərçəkənin xəstəxanaya çatdırılması yubadılsa, donmuş nahiyəni təcili isidin. Bədənin donmuş hissəsini birdən-birə və birbaşa isitməyin (açıq alov, isti butulka, isti suya salmaq, isidilmiş kərpiclə isitmək). Belə halda hüceyrələr tez məhv olur və toxumaların çürüməsi baş verir. Donmuş nahiyədə qan dövranının bərpasını tədricən, yavaş-yavaş həyata keçirin. Donmuş nahiyənin isinməsi qan dövranının bərpası nəticəsində baş verməlidir. Bu cür isidilmə donmuş nahiyənin daha tez sağalmasına səbəb olur.

* **İliq suda isidilmə ən təsirli və etibarlı üsuldur:**

- zədələnmiş ətrafları ehmalca temperaturu 20°C olan suya (vannaya, ləyə-nə) salın;
- təxminən 10 dəqiqə müddətində suyun temperaturunu 38–41°C-ə qədər qaldırın;
- çalışın suyun istiliyi 41°C artıq olmasın və bu temperaturda qalsın;
- zədələnmiş ətrafda dəri yumşaq, elastik, çəhrayı rəngdə olana və əl vurduqda istilik hiss edilənə qədər isti suda (azı 40 dəqiqəyə qədər) saxlayın;
- toxumaların sonrakı zədələnməsinin qarşısını almaq üçün zədələnən nahiyəni suya qoyarkən qabın dibinə və ya divarlarına dəyməsinə imkan verməyin;
- iliq suda isidilmənin təsirini artırmaq üçün suda ətrafları barmaqların ucundan başlayaraq, yuxarıya doğru yüngül masaj edin;
- ətrafları sudan çıxardıqdan sonra onları qurudub, isti bükün;
- heç bir mazdan istifadə etməyin;
- isti su olmadıqda, donmuş ətrafları bədənin isti yerlərinə yaxın saxlayın (budların arasına və s);
- bədənin açıq yerlərinin (burun, yanaqlar) avazıması və ya göyərməsi zamanı onları quru ovuclarınızla qızarana qədər isidin;
- üz kimi açıq nahiyələrə təzyiqli göstərmədən quru əlləriniz və ya quru əlcəyinizi qoyub isidin.

Diqqət! Əgər diskomfort hissi yaranırsa, deməli, su həddindən artıq istidir. Nəzərə alın ki, donmuş nahiyəni isidəndə orada şiddətli ağrılar ola bilər.

3. Təkrar donmaya yol verməyin

Əgər isidilmiş nahiyəni təkrar donmadan qoruya bilməyəcəksinizsə, don vurmuş nahiyəni isitməyə çalışmayın. Təkrar donurma toxumaların daha tez zədələnməsinə səbəb olur.

4. Donmuş yeri masaj etməyin və ovuşdurmayın

- Zədələnmiş nahiyəni əllə ovuşdurmayın, sürtməyin və ona təzyiq göstərməyin. Zədələnmiş yerlə ehtiyatlı davranın. Dəri daxilində iti su kristalları olduğuna görə dərinədə yerləşən toxumalar zədələnir.
- Zədələnmiş nahiyəni yaş əllərlə (əlcəklə), spirtlə və qarla sürtməyin. Bu, dərinin daha da soyumasına, dəridə cızıqların əmələ gəlməsinə və onların infeksiyalaşmasına səbəb olur və dərinədə yerləşən toxumaları zədələyir.

5. Suluqları deşməyin

İlk yardımı göstərib qurtaran kimi, zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırın.

KONTAKT DONMA

Bədənin açıq nahiyələrinin – 40°C qədər soyumuş metal əşyalarla təmasda olması həmin nahiyələrin donmasına gətirib çıxarır. Təmasda olan nahiyə metal əşyanın üst təbəqəsinə yapışır. Belə donmalara kontakt donma deyilir. Bu kontaktın az müddətli olması nəticəsində donma II və III dərəcəli olur.



Kontakt donmalarda ilk yardım

- Zədələnmiş nahiyəni güc tətbiq edərək metal əşyadan zorla ayırmaq lazımdır (kiçikmetal əşyalar istisna olmaqla), çünki böyük əşyaları qızdırmaq çətin olur.
- Zədələnmiş nahiyəni 10 dəqiqə ərzində + 40°C axar su altında saxlayın.
- Zədələnmiş nahiyənin hissiyyatı bir müddət olmadığı üçün suyun temperaturu mütləq yoxlanmalıdır. Axar su olmadıqda zədələnmiş yerə (yaraya) sarğı qoyub, dəri-dərikontaktı ilə isitmək lazımdır.

Zədələnmədən baş vermiş yaraya termiki yanıqlardakı kimi münasibət göstərilməlidir.

SUDA BOĞULMA

SUDA BAŞ VERƏN TƏHLÜKƏLİ HALIN MÜƏYYƏN EDİLMƏSİ

Suda boğulma təsadüfi ölüm hallarının əsas səbəblərindən biridir. Statistika əsasında hər il dünyada 150000-dən çox bu növ ölüm hallarına rast gəlinir. Kişilər arasında boğulma riski qadınlarla müqayisədə 6 dəfə artıqdır. Bu, kişilərin suda daha yüksək riskli fəaliyyəti və davranışı ilə əlaqədardır. Dəniz sahili, göllər, çaylar, kanallar, suvarma qurğuları suda boğulma hadisələrinin baş verdiyi əsas yerlərdir. Üzməyi bacarmayan, pis üzən və suyun üzündə dincələ bilməyənlər suda boğulma halları ilə daha çox rastlaşırlar. Suda boğulanların çox hissəsini uşaqlar təşkil edir. Böyüklərin nəzarətindən kənar qalan uşaqlar daha tez-tez suda boğulma təhlükəsi ilə qarşılaşırlar.

Miokard infarktı və digər xəstəliklər, soyuqdəymə, bədənin ümumi zəifliyi, əldən düşmə, suya baş vurduqda xəsarət alma, suda hipotermiya (həddindən artıq soyuma), yorğunluq, stress, psixoloji dəyişkənlik, intihara cəhd, pis qidalanma, spirtli içki və narkotik maddələrin qəbulu, üzməyi bacarmamaq suda boğulma riskini artırır.

Suda boğulma, suda və sahilə həddindən artıq soyumaya məruz qalma su hövzələrində baş verən ən təhlükəli hallardandır. Qəfil baş vermiş hadisə, hadisənin gözlənilməz gedişi, tənhalıq hissi, ümitsizlik, mübarizəyə inamın itməsi qaçılmaz (fətal) sonluqla nəticələnə bilər. Suda, sahilə çox yaxın məsafədə belə, quyuya, çalaya, çuxura, burulğana düşüb, suda boğulma təhlükəsi baş verə bilər. Ölüm komfort şəraitdə isti və ya ılıq vanna suyuna daxil olan vaxt da baş verə bilər. Bunun ən çox rast gəlinən səbəbi vanna otağında huşun itməsi və baş beyin travmalarıdır.

Suda boğulmaya zərərçəkənin, suyun və havanın vəziyyəti təsir edə bilər. Suda qalmaq intensiv şəkildə istilik itkisinə, psixoloji diskomforta, qorxu hiss etməyə səbəb olur, ona görə zərərçəkəni tez bir zamanda tapıb sudan çıxarmaq və ilk yardım göstərmək lazımdır.

Arıq adamlar soyuq suda tez həlak olurlar. Dəniz suyunun az miqdarda ağciyərlərə sorulması daha təhlükəlidir, nəinki şirin suyun. Çirkli və bulanıq suda səs tellərinin spazması (larinqospazma) və suda boğulma tez baş verir. Uzun müddət + 20°C suda qalma tədricən bədənin həddindən artıq soyumasına, qan təzyiqinin aşağı düşməsinə, nəbz sayının azalmasına və ürəyin dayanmasına gətirib çıxarır. Suyun temperaturu 4–6°C olduqda, 15 dəqiqəyə əzələlərdə və oynaqlarda ağrı, qıcolma, əzələ qacması müşahidə olunur.

Suda kütləvi boğulma təhlükəsi təbii fəlakət zamanı, daşqınlar və ya qoruyucu bəndlərin dağılması zamanı baş verir. Belə vəziyyətlərdə hadisənin baş verdiyi günün saati, suyun axın sürəti, xilasedicilərin hadisə yerinə çatma vaxtı və onların xilasetmə əməliyyatlarına hazırlıq səviyyəsi böyük

əhəmiyyət kəsb edir. Gecə saatlarında dalğanın hündürlüyü bir neçə metr, sürəti saatda 30 km-dən çox olduqda, suda təhlükəyə məruz qalanlar arasında ölüm halları təxminən 75% təşkil edir.

Suda boğulmaya çox vaxt suda davranış qaydalarının pozulması, yorğunluq (məsələn, soyuq suda uzun müddət üzmə), suya baş vuran zaman zədə (xüsusən tanış olmayan su hövzələrində çimdikdə), sərxoşluq, uzun müddət günəş şüaları altında qaldıqdan sonra suya girmək (kəskin temperatur fərqi nəticəsində) və s. səbəb ola bilər. Bu zaman insanın çətinliyə düşüb, özünü itirməsi də, vəziyyəti mürəkkəbləşdirir.

İnsanın bədən çəkisi sudan yüngül olduğu üçün o, minimal cəhdlə uzun müddət istər horizontal, istərsə də şaquli vəziyyətdə suyun üstündə qala bilər. Bunun üçün suda əllər və ayaqlarla yüngül avar çəkmək, mümkün olduğu qədər sakit və dərinlən nəfəs almaq, su burulğanına düşdükdə mümkün olduğu qədər dərinlən nəfəs alıb dərinliyə baş vurmaq lazımdır. Dərinlikdə suyun hərəkət sürəti azaldığı üçün üzmək daha asandır.

Böyüklərdə boğulma adətən qorxu və təlaşla başlanır. Uşaqlarda boğulma adətən sakitliklə müşayiət olunur. Hər iki qrupda normal tənəffüs xüsusiyyəti itirilir və zərərçəkən suyun üzərində qalmaq üçün mübarizə aparıldıqca tənəffüsünü saxlayır, hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması) baş verir. Bu zaman hava əvəzinə çoxlu miqdarda su ağciyərlərə aspirasiya olunur (sorulur) və mədəyə daxil olur. Zərərçəkən tam batdıqdan sonra reflektor tənəffüs səyləri baş verdiyindən, ağciyərlər su ilə dolur (suda həqiqi boğulmada – 80%, suda asfiktik boğulmada – 20%). Mexanizmindən asılı olmayaraq, boğulmanın nəticəsi hipoksiyadır.

Çox səriştəli üzgüçülər və dalğıcılar arasında isə daha çox rast gəlinən risk faktorlarına *üzmədən qabaq hiperventilyasiya* daxildir. Suyun altında üzmə müddətini uzatmaq məqsədilə onlar tez-tez və ya dərinlən nəfəs alırlar (hiperventilyasiya). Belə etməklə qanda karbon qazının parsial təzyiqi (PaCO_2) aşağı düşür, lakin oksigenin parsial təzyiqi (PaO_2) nəzərə çarpacaq dərəcədə artmır. Üzdükcə oksigen sərf olunur və tez bir zaman onun parsial təzyiqi 100-dən 30-a enir. Bu, beyinin oksigenlə təchizatını azaldıb, huşun itməsinə və boğulmaya səbəb olur.

*** Suda boğulmada ölümün əsas səbəbləri:** suyun ağciyərlərə aspirasiyası və səstəllərinin spazması nəticəsində tənəffüsün dayanması; zədəyə (zərbə, suya yığılma) reflektor reaksiya və soyuq suya düşərkən ruhi sarsıntıdan (qorxu hissi, ələcsizlik) ürəyin ani dayanması; suda, hətta sahildə həddindən artıq bədən soyuması nəticəsində huşun tədricən itməsi (hipotermik koma); tənəffüs və ürək fəaliyyətinin məhdudlaşdırılması, tam dayanmasıdır. 18–20°C suda 15 dəqiqədən sonra bədən hərəkəti tədricən enməyə başlayır. Suyun hərəkətinin

dən asılı olaraq insanın suda təhlükəsiz qalma müddəti: 24°C – 7-9 saat; 5-15°C – 3,5-4,5 saat; 0-10°C – 20-40 dəq.; 20°C – 3-8 dəq.

Suda boğulmanın təhlükəli səbəblərindən biri də suyun ağciyərlərə aspirasiyasıdır (sorulması). Ölümlə nəticələnən aspirasiya olunan suyun miqdarı böyüklər üçün 22 ml/kq sayılır. Zərərçəkənlərin 85%-də ölüm 10 ml/kq aspirasiya olduqda baş verir. Huşun itməsi 2–3 ml/kq aspirasiya olduqda müşahidə olunur.

1.Suda boğulma halının müəyyən edilməsi

Təhlükəli hal suda və ya su yaxınlığında hər bir insanın başına gələ bilər və onun müəyyən edilməsinin əsas yolu diqqətli olmaq, təhlükə baş verdiyini göstərən əlamətləri bilməkdir: üzgüçünün qərribə hərəkəti, qışqırıq, su şappıltısı, üzgüçünün birdən suya batıb, bir daha üzə çıxmamasıdır.

Suda çətinliklərlə üzləşmiş insanı ayırd etməyi bacarmaq onun həyatını xilas etmək üçün ilkin addımdır. Suda batanların çoxunun ətrafda olan insanları köməyə çağırmaq üçün (qışqırmaqla, çığırmaqla) imkanları olmur. Onlar bütün enerjilərini yalnız başlarını suyun üzündən yuxarıda tutmağa sərf edirlər.

Çətin vəziyyətə düşmüş üzgüçü və batan insan suda boğulmaya məruz qalır.



Hər bir hal müəyyən dərəcədə təhlükəlidir və müxtəlif davranış tərzləri ilə ayırd edilir. Çətin vəziyyətə düşmüş üzgüçü çox yorulduğu üçün onun sahile çıxmaq imkanı məhdudlaşa bilər. Kömək göstərilmədikdə suyun üzərində qalmaq bacarığını itirərək boğula bilər. *Aktiv boğulan insan* suda şaquli vəziyyətdə olub heç bir köməkçi və üzmə hərəkəti etmək qabiliyyətinə malik olmur. *Passiv vəziyyətdə boğulan insan* isə üzüşaşağı halda suyun dibində və ya suyun səthinə yaxın yerdə qalır.

SUDA BOĞULMA ZAMANI İLK YARDIM

Vaxtında və düzgün ilk yardım göstərməklə suda boğulanı xilas etmək mümkündür. Suda boğulmanın ilk dəqiqələrində zərərçəkənlərin 90%-ni, 6–7 dəqiqədən sonra isə yalnız 1–3%-ni xilas etmək mümkündür.

Xilasetmə əməliyyatlarını həyata keçirərkən ən vacibi xilasedicinin ikinci qurbana çevrilməməsidir. Boğulana yardım göstərən xilasedici özü də təhlükəyə məruz qalır və təhlükə riski onu hər an izləyir. Buna görə yardım göstərməzdən əvvəl o, özünün, sonra isə zərərçəkənin təhlükəsizliyini təmin etməlidir.

* **Xilasedicinin təhlükəsizliyi** hadisə yerinin və onun ətrafının qiymətləndirilməsi ilə başlayır. Suda zərərçəkənə yaxınlaşmağın təhlükəsiz olub-olmadığını müəyyənləşdirin, çünki bəzi hallarda suya daxil olmaq təhlükəli ola bilər.

- Əgər suda təhlükəyə məruz qalmış insana kömək edə bilmirsinizsə, dərhal əlavə yardım çağırın.
- Əgər yardım göstərmək qərarına gəlmisinizsə, təhlükəli vəziyyətdə nə edə biləcəyiniz haqqında ətraflı düşünün.
- Əgər zərərçəkən sudadırsa, əvvəlcə ona kömək lazım olub-olmadığını müəyyənləşdirin. Digər zərərçəkənlərin mövcudluğuna da fikir verin. Ətrafda sizə ilk yardım göstərməkdə və yardım çağırmaqda kömək göstərəcək insanların olmasına fikir verin.

* **Zərərçəkən huşunu itiribə**, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin, xilasetmə əməliyyatına başlayın.

* **Zərərçəkənin huşu aydındırsa** ilk olaraq onu sudan çıxarmaq lazımdır. Kütləvi halda boğulan insanların hər birinə ayrılıqda yardım göstərilməlidir. Ehtiyatlı olun. Təhlükəsizliyinizi gözləyin.

Suda kömək göstərilmə müxtəlifdir:

- yorulmuş üzgüçüyə kömək (bu, suda boğulmanın qarşısını almaqda mühüm ünsür sayılır);
- batan insana kömək;
- boğulmuş insana kömək.

1. Huşu aydın olan yorulmuş üzgüçünün və batan insanın sudan çıxarılması

Əvvəlcə zərərçəkənin sudan çıxarılmasına köməklik göstərin. İnsanın suda yorulması suda boğulmaya səbəb ola biləcək təhlükələrdən biridir. Uca səslə və ya işarələrlə yorulmuş və ya batan zərərçəkənə onu gördüyünüzü və ona lazım olan köməyin göstəriləcəyini bildirin.

***Sahildən kömək göstərilməsi**

-Mümkün olduqda xilasetməni zərərçəkənlə ünsiyyətdən başlayın. Əgər boğulan insan suyun üzündədirsə, onu uzaqdan sakitləşdirməyə çalışın. O, bilməlidir ki, ona kömək gəlir. Ondan imkanı çatan qədər sizə yaxınlaşmaq üçün cəhd etməsini xahiş edin. Səsiniz sakit, qəti, lazım gəldikdə inandırıcı və ruhlandırıcı olmalıdır ki, o sizə inanıb, göstərişlərinizi yerinə yetirsin. Əgər səs-küy buna imkan vermirsə və ya zərərçəkən uzaqdadırsa, əl işarələrindən istifadə edin. Xilas etmək üçün nə etmək istədiyinizi ona bildirin. (məsələn, ona ip və ya hər hansı əşya göstərməklə).

-Zərərçəkən kifayət qədər yaxındadırsa, onu sudan çıxarmaq üçün hər hansı bir əşya uzatmaqla kömək etmək olar. Bunun üçün möhkəm bir yer-

dən tutub, zərərçəkənə tərəf əyilərək, ona uzun taxta parçası, ağac budağı, köynək, kəmər və ya dəsmal uzadın, bunların zərərçəkənə çatmasına çalışın. Zərərçəkən bu vasitədən tutduqda, təhlükəsizliyinizi gözləməklə onu ehtiyatla dartın. Özünüzün suya düşməməyiniz üçün aşağı durun və zərərçəkəni dartan zaman arxaya əyilin.



- Zərərçəkən uzaqdadırsa, ona tərəf iplə bağlanmış hər hansı bir üzən əşyanı (avtomobil şini və s.) atmaq olar. Xilasedici halqanı qayığın ön və ya arxa hissəsinə atmaq lazımdır. Zərərçəkənə başını və qollarını dairənin (kəmər) içərisinə keçirərək üzərinə uzanıb, sahilə və ya qayığa doğru üzmək lazım olduğunu bildirin. Zərərçəkənə ilgək atdıqda o, ilgəyi qoltuq altına keçirməlidir ki, onu bu vəziyyətdə sudan çıxarsınlar.

- İti axan su və ya suyun dibinin lilli olması xilasedici üçün təhlükəlidir. Belə suya daxil olmayın. Əşyadan tutan zərərçəkən özü və ya xilasedicinin köməyi ilə təhlükəsiz yerə çatdırılmalıdır. Bəzən suda boğulan vahiməyə düşüb, onu xilas edən insanı suyun altına çəkə bilər. Buna yol verməmək üçün aranızda elə bir vasitə və ya əşya olmalıdır ki, zərərçəkən sizdən yox, həmin əşyadan yapışsın. Yardım göstərərək ehtiyatlı olun – huşunu itirmiş zərərçəkəndə baş və ya boyun travması ola bilər.

- Zərərçəkəni sahilə çıxartdıqdan sonra o, sərbəst nəfəs alıb, danışarsa, heç bir yardım göstərilir.

2.Suda yardımın üsulları

Əgər siz suyun dayaz olduğuna və suya girdikdə başınızın su səviyyə-sindən yuxarıda qalacağına əminsinizsə, zərərçəkənə kömək göstərmək üçün suya girin. Xilasedici yorulmuş üzgüçü və batan insanın əli və ayağı ilə ondan yapışa biləcəyindən ehtiyat edib, zərərçəkənə arxadan yaxınlaşmalıdır. Batanın xilasedicidən yapışması hər ikisi üçün təhlükəlidir.



Yapışmalardan ehtiyat edib, suda batanı arxası üstə çevirmək və ya onun arxasına keçmək lazımdır. Əgər zərərçəkənin huşu aydındırsa, sərbəst nəfəs alıb danışarsa, ona heç bir yardım lazım deyil. Sahilə çıxar

rıldıqdan sonra zərərçəkəndə hipotermiya olarsa o, aktiv isidilməlidir.

Bir neçə dəqiqə suda hərəkətsiz və üzü aşağı qalan zərərçəkən çox güman ki, huşunu itirib. Zərərçəkən huşunu itiribə, əlavə kömək çağırıb, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin.



Hadisə yerində iki xilasedici olarsa, biri huşunu itirmiş zərərçəkəni arxası üstə çevirib suda saxlayır, digəri isə onun tənəffüs yollarını açıb **iki uğurlu nəfəs** verməklə, sahilə çıxarılanə qədər hər 5–7 san bir nəfəsverməni təkrar edir. Sahildə ÜAR (ürək-ağciyər reanimasiyası) davam etdirilməli və zərərçəkən aktiv isidilməlidir.

Xilasedici tək olduqda yuxarıda göstərilənləri özü tək icra etməlidir.

Suda boğulma təhlükəsi ilə qarşılaşan insanın tənəffüs yollarının tutulmasına nadir hallarda rast gəlinir. İlk anlarda su çox vaxt ağciyərlərə aspirasiya olunmur, olunduqda belə tənəffüs yollarının yuxarı hissəsində və traxeyada bədənə sorulur. ***Su bərk yad cisim olmadığına görə tənəffüs yollarını tutmur.*** Ona görə də hipoksiyanı aradan qaldırmaq üçün dərhal suyun içində süni tənəffüs vermək xüsusilə vacibdir. Bəzi ədəbiyyatlarda ÜAR (ürək-ağciyər reanimasiyası) aparmazdan əvvəl zərərçəkənin mədəsinə dolmuş suyun tənəffüs yollarına tökülmə ehtimalını azaltmaq üçün 10 saniyə ərzində başın aşağı tutulması (iki əllə çanaqdan tutub qaldırmaq və ya zərərçəkəni bud-diz və ya çiyin nahiyəsinə qarnı üstə qoymaq) məsləhət görülür. Suda boğulma təhlükəsi ilə qarşılaşan insanın tənəffüs yollarına və mədəsinə yığılmış suyun xaric edilməsinə vaxt itirib, ÜAR-ın (ürək-ağciyər reanimasiyasının) aparılmasını ləngitməyin.

Diqqət! Ürək dayanmasının səbəbi hipoksiyası olduqda (məsələn suda boğulma), xilasedici təcili tibbi yardım xidmətinə zəng etməzdən əvvəl ÜAR-ı – 5 dövr (təxminən 2 dəqiqə) aparın.

3. Boğulmuş zərərçəkənə kömək

Boğulmuş zərərçəkəni qayıqda, gəmidə və ya sahilə çıxartdıqdan sonra, arxası üstə uzadın. Onurğanın boyun hissəsinin zədələnməsinin mümkünlüyünü nəzərdən qaçırmayın, çünki dalğa zamanı baş verən zədələrin əksəriyyəti onurğanın boyun hissəsinə təsir göstərir. Ola bilsin ki, yad cisim və

ya dil tənəffüs yollarını tutsun. Tənəffüs yollarının iki üsuldən (“baş arxaya, çənə irəli” və ya “çənə irəli”) biri ilə ağız və ağız boşluğunu yoxlayın. Reanimasiya tədbirləri ilə paralel yaş paltarları çıxarılmalı və zərərçəkən isidilməlidir. İsitmə xarici (isti örtük, isitqac – qrelka və s.) və ya daxili vasitələrlə (vena daxili 40°C steril isti maye) həyata keçirilir. Bədənin qızdırılmayana qədər ürəkdə aparılan reanimasiya tədbirləri uğursuz ola bilər. Bunun üçün bədənin hərərətini 30°C çatana qədər isitməyincə, reanimasiya səylərini dayandırmayın. İmkan olduqda balon vasitəsilə 100%-li oksigen verin. Oksigen dekompressiya xəstəliyi olan dalğıcılara birbaşa göstərişdir. Bədənin hərərəti 34–34,5°C çatanda bədənin qızdırılmasını dayandırın, çünki sonra bədənin hərərəti özü tənzimlənir. Bədənin həddindən artıq qızdırılması zərərçəkən üçün təhlükəlidir.

***Zərərçəkənin təxliyəsi**

Yardım göstərdikdən sonra boğulmuş zərərçəkən vəziyyətindən asılı olmayaraq xəstəxanaya yerləşdirilməlidir. Ola bilsin ki, göstərilən yardımdan sonra zərərçəkənin vəziyyəti müvəqqəti yaxşılaşsın və o, səhhətindən şikayət etməsin. Ancaq bu aldadıcı haldır! **Zərərçəkən bütün hallarda xəstəxanaya yerləşdirilməlidir.** Bu, istisnasız qaydadır və ona görə edilir ki, aparılan reanimasiya tədbirlərinin müsbət nəticələrinə baxmayaraq, klinik ölümdən çıxarılmış, vəziyyəti yaxşılaşmış insanda suda boğulmadan 2–4 saat keçdikdən sonra ağciyərlərin ödemə, “**suda ikincili boğulma**”, kəskin tənəffüs, ürək-damar çatışmazlığı yaranır və tez bir zamanda ölüm baş verir. İkincili suda boğulma həyata qaytarılan boğulanların 20%-ni təşkil edir.

Təxliyə xərəklərində daşınarkən və çarpayıda uzanarkən zərərçəkənin baş hissəsi yuxarı olmalıdır.

4. Soyuq suda əzələ qıcolmalarında görüləcək tədbirlər

Soyuq suda yorulma zamanı xilasedicinin və ya suda yorulmuş üzgüçünün ayaq, əl barmaqları və s. əzələlərində qıcolmalar ola bilər. Suda orqanizmin müxtəlif nahiyələrində baş verən əzələ qıcolmalarının aradan qaldırılması üsulu da müxtəlifdir.

Baldır əzələlərinin qıcolması zamanı arxası üstə üzərək qıç olmuş ayağı sudan yuxarı qaldırmaqla, yaxud suda düz vəziyyətdə saxlamaqla və qıcolmalar aradan qalxana qədər ayaq barmaqlarını yuxarıya dartmaq lazımdır.

Bud əzələlərinin qıcolması zamanı ayağı diz oynağından bərk qatlayıb, dabanı budun arxa səthinə doğru gətirərək sıxmaq və qıcolmalar aradan qalxana qədər ayaqları bu vəziyyətdə saxlamaq lazımdır.

Əl barmaqları əzələlərinin qıcolması zamanı əli sudan çıxardıb yumruq formasında bükərək, bir neçə dəfə silkələmək lazımdır.

SUDA BOĞULANLARA YAXINLAŞMA

Suda reanimasiya tədbirləri ekstremal vəziyyətdə göstərildiyi üçün konkret formada aparılır:

- bilavasitə suda və yedəkləmə zamanı;
- alçaq bortlu üzgü vasitələri ilə;
- qayıq və ya sahildə.

*Bilavasitə suda.

-Zərərçəkənin yapışmalarından ehtiyat edin. Suda boğulan insana üzərək arxadan yaxınlaşın. Boğulanın tələş içində qeyri-iradi yapışmaları xilasedicinin işini xeyli çətinləşdirir və zərərçəkən üçün də təhlükə yaradır. Qeyri-iradi, tələşli hərəkətlərdən və yapışmalardan xilas olmaq üçün aktiv üsullardan biri də zərərçəkəni suya batırmaqdır. Belə bir şəraitdə o, suyun üzərinə qalxmaq üçün xilasedicini buraxmağa məcbur olur. Bundan sonra xilasedici suya baş vurmali, boğulan insanı tapıb onun əlindən, saçlarından yapışib, təkan verməklə onunla birlikdə suyun üzərinə qalxmalıdır. Bu zaman xilasedici sərbəst qalan əli və ayaqları ilə intensiv hərəkət edib üzmelidir.

-Suda ÜAR-ı apararkən zərərçəkənin arxasında, kürəyə və kürəkdən bir qədər aralı, yan tərəfə yaxın dayanıb, onun başını suyun səviyyəsindən yuxarı qaldırın, sonra sağ əli yaxınlaşdıraraq “baş arxaya, çənə irəli” üsulu tətbiq edib “ağızdan-buruna” nəfəs verin.

*Yedəkləmə zamanı süni tənəffüsü hər 5–7 san bir birbaşa “ağızdan-ağıza” və ya “ağızdan-buruna” davam edin (dəqiqədə 8–12 dəfə).



* Sal, rezin qayıq, xilasetmə dairəsi və alçaq bortlu üzgü vasitələrində yardım adətən bir xilasedici ilə həyata keçirilir. Üzgü vasitəsini boğulana arxa tərəfdən yaxınlaşdırın. Sol əllə boğulanın sol çiyindən (qoltuqaltı) tutun; boğulanı dartıb, borta dirsəyi ilə dayaq verin. Sağ əllə çənəni bir qədər irəli verib və baş arxaya əyib, boğulanın ağızını kip tutub, “ağızdan-buruna” nəfəs verin.

* Qayıqda. Ləngimədən ÜAR-a (ürək-ağciyər reanimasiyasına) başlayın.

* Sahildə ÜAR-ı tam həcmdə aparın və zərərçəkənin yaş paltarını çıxarıb, aktiv isidin. Qarın əzələləri yığılıqda diafraqma da yığılır və bu, qusma-

ya səbəb olur. Mədə möhtəviyyatının ağciyərlərə düşməməsi üçün boğulanı sol və ya sağ tərəfi üstünə çevirib, qarnının yuxarı hissəsinə təzyiq etməklə su və mədə möhtəviyyatı xaric edilir.

***Qıcolma olduqda** müvafiq tədbirlər görün.

Diqqət! (1) Zərərçəkənin ağciyərlərinin ventilyasiyası açıq-aydın obs-truksiya olmasa, Haimlik üsulu əks göstərişdir. Batma hadisələri zamanı zərərçəkənlərin əksəriyyətinin aspirasiya (suyun ağciyərlərə sorulması) etdiyi su az olduğu halda, mədəyə udduğu su böyük həcmdə olur. Belə hallarda Haimlik üsuluna istinad etmək aspirasiya riskini artırma bilər.

(2) Dekompressiya xəstəliyi olan dalğıcılara ilk yardım göstərəkən oksigen vermək lazımdır.

QICOLMALAR

Qıcolmalar (tutmalar) beyin fəaliyyətinin kəskin pozulması nəticəsində nevroloji statusun dəyişməsinə, huşun itməsinə və əzələ-hərəkət gərginliyi ilə müşayiət olunan hallara deyilir. Qıcolmalar sinir sisteminin zədələnməsini göstərən bir əlamətdir. Beyinin bəzi hissələrinin aktivliyi nəticəsində bir qrup əzələlərdə gərginlik artır, onlar yığılır və bu vəziyyətdə bir müddət qalır. Belə hallar bəzən bərk ağrılarla müşayiət olunur və xəstəyə əziyyət verir. Qıcolma bədənin ayrı-ayrı əzələ qruplarında və ya bütün əzələlərdə müşahidə oluna bilər.

Qıcolmanın səbəbləri: (1) epilepsiya; (2) yüksək qızdırma – adətən uşaqlarda; (3) infeksiyalar; (4) spirtli içkilər, kimyəvi və narkotik maddələrlə zəhərlənmələr; (5) qanda şəkərin miqdarının aşağı düşməsi – insulinə qarşı reaksiya; (6) baş beyinin travması; (7) beyində oksigen çatışmazlığı; (8) beyin şişləri; (9) hamiləliyin fəsadları (eklampsiya); (10) naməlum səbəblər.

Xilasedici qıcolmanın səbəblərinin araşdırılmasına cavabdeh deyil. O, ilk növbədə CAB reanimasiyasını təmin etməlidir.

Epilepsiya adlanan xroniki nevroloji xəstəlikdə çox vaxt qıcolmalar müşahidə olunur. Epilepsiya çox qədim zamanlardan bəlli olan xəstəlikdir. Xalq arasında buna “özündəngetmə”, “ürək keçmə”, “tutma”, “müqəddəs xəstəlik”, “yıxılma xəstəliyi” və başqa bu kimi adlar verilmişdir. Heç də bütün qıcolmalara epilepsiya xəstəliyi demək olmaz.

Qıcolmalar xəstənin həyatı üçün nadir hallarda (tənəffüsün dayanması zamanı) təhlükə yaradır.

Qıcolmalar **2–3 dəqiqə** davam edərək, xırıltı, sifətin göyerməsi, qeyri-iradi sidik ifrazı, dilin dişlənməsi, ağızdan köpük ifraz edilməsi ilə müşayiət olunur. Qıcolma zamanı xəstə yerə yıxılıb, baş beyin travması ala bilər, qusa bilər

və huşunu itirdiyinə görə tənəffüs yolları mədə möhtəviyyatı ilə tutula bilər.

Tutma qurtardıqdan sonra xəstəni yuxu basır, yuxudan ayıldıqdan sonra isə baş verənləri xatırlamır.

Belə halların əksəriyyəti **15 dəqiqəyə** heç bir tibbi müdaxilə olmadan **keçib gedir**.

1. Öz təhlükəsizliyinizi təmin edin. Təcili tibbi yardım xidmətinə zəng vurun.

2. **Xəstəni qoruyun**. Onun təhlükəsizliyini təmin edin.

- Qıcolma vaxtı xəstə yığılıb, xəsarət ala bilər (baş beyin travması, yanıq, kəsilmiş yaralar və s). Buna görə, mümkündürsə, onun başını yığılan zaman tutmağa çalışın.

- Qıc olan xəstənin özünə xəsarət yetirməməsi üçün ətraflarını asta tutub, çox aktiv hərəkət etməsinə imkan verməyin və onu zədələyə bilən hər hansı bir əşyadan uzaqlaşdırın. Xəstənin başının altına çox hündür olmayan yumşaq bir əşya qoyun.

- **Xəstənin ağızına heç bir şey salmayın**. Xəstənin dişləri ağıza salınan yad cisimi (o cümlədən barmaqları) sındıra bilər və bu yad cisim xəstənin tənəffüs yollarını tuta bilər. Ağız boşluğuna qaşığıq və ya ayrı alətlərlə müdaxilə etmək xəstənin əlavə xəsarət almasına səbəb olur (dişlərin sınması, dilin və ağızın yaralanması).

- Xəstənin ətraflarını və bədənini düzəltməyə cəhd etməyin.

- Xəstəni heç vaxt bağlamayın. Bu, heç bir xeyir gətirmir, əksinə, xəstə sizə və özünə xəsarət yetirə bilər.

- Tənəffüs yollarının mədə möhtəviyyatı ilə tutulmaması üçün qusan xəstənin başını yana çevirin.

- Xəstənin boynunu, sinəsini və belini sıxan paltarları açın, boşaldın.

- Xəstənin mənliliyini qorumaq üçün ona yardım göstərməyən adamları kənarlaşdırın.

3. Tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin edin. Qıcolmada əsas təhlükə tənəffüsün dayanmasıdır.

- Xəstənin tənəffüsü sərbəstdirsə, onda təhlükə gözlənilmir və xəstəyə müdaxilə etmək lazım deyil (ağızını məcburi açmaq, dilini bayıra çıxartmaq və s.).

- Xəstə göyərsə, deməli, tənəffüs yolları tutulub, o, nəfəs almır və orqanizm oksigenlə təmin olunmur. Oksigen çatışmazlığı nəticəsində huş itir, qıcolmalar qurtarır, əzələlər süstləşir. Ancaq qıcolmalar qurtardıqdan sonra tənəffüs yollarını açmaq üçün başın arxaya əyilməsi, çənənin irəli qaldırılması mümkün olur.

4. Tənəffüs yollarının keçiriciliyi təmin olunduqdan sonra ağciyərlərin süni ventilyasiyasını aparın. Aspirator (sormağ üçün cihaz) olarsa, tənəffüs yollarından maye halda olan və xırda yad cisimləri sorub xaric edin.

5. Qıcolma qurtardıqdan sonra xəstənin tənəffüs yollarını açın, tənəffüsü yoxlayın və zərərçəkənə (əgər onurğa sütunu zədələnməyibsə) sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verin.

6. Köməyə gələn təcili tibbi yardım işçilərinə xəstəyə xarici baxış haqqında dəqiq məlumat verin. Məlumatda qıcolmanın başlanma vaxtını, gedişini, əlamətlərini və davam etmə müddətini göstərin. Xəstənin yaxınlılarından toplanan məlumat da faydalı ola bilər.

Diqqət! (1) Qıc olan xəstə diqqət tələb edir. Qıcolmalar qurtardıqdan sonra xəstəni nəzarətsiz qoymayın.

(2) Zərərçəkən 10 dəqiqədən çox huşunu itirərsə, qıcolmalar təkrarlanarsa və ya bu cür tutma ilk dəfədirsə, təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin.

(3) Qıcolma 30 dəqiqədən artıq davam edirsə, bu, tənəffüsün və beyinin fəaliyyətinin pozulmasına gətirib çıxarır. Belə xəstələrə tibb işçisi qıcolma əleyhinə əzələ və ya vena daxilinə dərman vurmalıdır (seduksen, relanium, aminazin və s.).

(4) Qıcolmada kordiamin, korazol, kamfora və s. psixomotor stimulyatorlar və analeptiklər vurulmamalıdır. Bunlar özləri də qıcolma törədə bilər.

MEXANİKİ ASFİKSIYA (BOĞULMA)

Tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulması–mexaniki asfiksiya-həyat üçün ən təhlükəli hal və ölümə səbəb ürəyin və tənəffüsün ani dayanmasıdır. Tənəffüsün dayanmasının əsas səbəbi tənəffüs yollarının dil və ya yad cisimlə tutulmasıdır. Tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulmasına (obstruksiyasına) mexaniki asfiksiya deyilir.

Mexaniki asfiksiyadan ölüm halları fəvqəladə hallarda baş verən digər ölüm hallarına nisbətən az rast gəlinir. Statistik məlumatlara əsasən hər il dünyada baş verən 100 min ölüm hadisəsindən 19,8%-i ürək-damar xəstəlikləri, 16,5%-i avtomobil qəzaları, 1,7%-i suda boğulma səbəbindən olursa, yalnız 1,2%-i tənəffüs yollarına yad cismin düşməsi nəticəsində baş verir.

Tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası) zamanı yad cisim havanın ağciyərlərə daxil və xaric olmasının qarşısını alır. Tənəffüs yollarının tam tutulması daha təhlükəli hesab olunur. Əgər tənəffüs yollarının keçiriciliyi bir neçə dəqiqə ərzində bərpa olunmazsa, oksigen çatışmazlığı nəticəsində huş itir, tənəffüs və ürək fəaliyyəti dayanır. Zərərçəkən qorxu və təlaş içində olduğu üçün ətrafdakıların ona yardım göstərməsinə müqavimət göstərir. Belə hallar xilasedicini çaşdırıb hadisəni düzgün qiymətləndirməyə mane olur. Bu zaman xilasedici soyuqqanlı olmalı və düzgün qərar qəbul etməlidir.

Yad cisim adətən, qırtlaq nahiyəsində tənəffüs yollarını tutur. Qırtlağın ən dar hissəsi səs yarığı hesab olunur. Burada səs telləri yerləşir. Qırtlaqdan sonra tənəffüs yolları genişləniş traxeyaya (nəfəs yoluna) keçir.

Tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulmasının erkən müəyyənləşdirilməsi yardımın vaxtında göstərilməsi deməkdir. Hazırlıqlı xilasedici asfiksiyanın əlamətlərini çox vaxt ayırd edə bilər.

1. Tənəffüs yollarının qismən tutulması

Tənəffüs yollarının qismən tutulması zamanı zərərçəkən çətin olsa da, nəfəs alır.

**Tənəffüs qənaətbəxş olduqda.*

-Tənəffüs qənaətbəxş olduqda o, huşunu itirmir, danışa və güclü öskürə bilər. Öskürək arasında küylü, fit səsi verən tənəffüs eşidilir. Boğulan öskürə və ya danışa bilirsə, heç bir müdaxiləyə ehtiyac yoxdur. Öskürək – orqanizmin reflektor müdafiə reaksiyasıdır. Adətən möhkəm öskürək döş qəfəsində təzyiqli artırır və yad cismin tənəffüs yollarından çıxmasına şərait yaradır.

-Zərərçəkəni həvəsləndirin, özünün yad cismi xaric etmə cəhdlərinə qarışmayın, öskürəyi saxlamamaq və tənəffüs alma cəhdlərini davam etməyi məsləhət görün.

-Boğulanın vəziyyətinə nəzarət etmək üçün yanında bir adam saxlayın.

**Tənəffüs qeyri-qənaətbəxş olduqda.*

Tənəffüs qeyri-qənaətbəxş olduqda zərərçəkənin huşunun aydın olmasına baxmayaraq, dərindən nəfəs ala bilmədiyi üçün möhkəm öskürə bilmir və tənəffüs getdikcə çətinləşir. Tənəffüs yollarının qismən tutulması davam edərsə təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin və tənəffüs yollarının tam tutulmasında olduğu kimi ilk yardımı qarının təkanla sıxılması ilə başlayın.

2. Tənəffüs yollarının tam tutulması

Boğulan boğazını (boynundan) ovcu ilə (baş və şəhadət barmağı ilə) sıxır. Boğulanların belə hərəkətinə *boğulmanın universal nişanı* deyilir. Boğulan zaman boğulmanın universal nişanından istifadə etmək tövsiyə olunur və əhali bu barədə maarifləndirilməlidir.



Boğulmanın
universal nişanı

- Tənəffüs yollarının tam tutulması zamanı zərərçəkən *nə nəfəs ala, nə danışa, nə də öskürə* bilir.

- Zərərçəkən nəfəs ala bilmir. Heç bir tənəffüs səsi eşidilmir (körpə uşaq ağlaya bilmir), hava mübadiləsi çox pisdir, küylü, fit şəkilli yüksək tonlu tənəffüs səsləri eşidilə bilər. Tənəffüsün getdikcə çətinləşməsi müşahidə edilir. Dəri örtüyü və selikli qişa göy rəngə çalır (sianoz), hipoksiya başlayır.

-Danışa bilmir. Huşu aydın olan boğulan insan “boğulursunuzmu?” sualını başı ilə təsdiq edərsə, soruşun: “Danışa bilərsinizmi?” Boğulan bu sualları cavablandırma bilmir.

-Öskürək heç olmur və ya zəif, yad cismi tənəffüs yollarından çıxara bilməyən səviyyədə olur.

3.Mexaniki asfiksiyada ilk yardımın göstərilmə üsulları

İstər böyüklərdə (yeyib-içən zaman), istərsə də uşaqlarda (oyuncaqla oynayan vaxtı ya da qoz, fındıq, konfet yeyərkən) baş verən tənəffüs yollarının tutulmasında (obstruksiyasında) ilk yardım eyni qayda ilə aparılır.

Boğulana yardım edəcəyinizi söyləyin və onu ruhlandırın.

**Tənəffüs yollarından yad cismin çıxarılma üsulları:*

- qarının təkanla sıxılması;
- kürəkərası nahiyəyə zərbə vurulması;
- döş qəfəsinin təkanla sıxılması.

Boğulmalarda tənəffüs yollarından yad cismi çıxarmaq üçün qarının təkanla sıxılması (Haimlik manevri), körpələr istisna olmaqla, bütün yaş qruplarında tətbiq edilir.

Körpələrdə qarına təkan aparılmır. Bu, qaraciyər və digər daxili orqanları zədələyə bilər. Körpələrdə yad cismin çıxarılması üçün kürəkarası nahiyəyə zərbə vurma və döş qəfəsinin təkanla sıxılma üsulu işlədilir.

Reanimasiya üzrə bəzi ədəbiyyatlarda başlanğıc olaraq kürəkarası nahiyəyə ovucun proksimal (biləyə yaxın) hissəsi ilə 5 dəfə zərbə vurmaq təklif edilir. Bu üsul nəticə vermədikdə, qarının 5 dəfə təkanla sıxılması həyata keçirilərək, əvvəlki üsulla yad cisim çıxarılan qədər növbələşdirilir. Böyüklərdə kürəkarası nahiyəyə zərbə vurma üsulu ilə yanaşı döş qəfəsinin köndələn, ikitərəfli təkanla sıxılması üsuluda məsləhət görülür.

BÖYÜKLƏRDƏ VƏ BİR YAŞDAN YUXARI UŞAQLARDA MEXANİKİ ASFİKSİYA

Boğulana göstərilən yardım onun huşunun olub-olmadığından asılıdır.

- Huşunu itirmiş boğulanlarda təcili tibbi yardım xidmətinə zəng etdikdən sonra ürək-ağciyər reanimasiyasını CAB alqoritmi ardıcılığı ilə başlayın (C – canlandırma; A – açıq tənəffüs yolları; B – birbaşa nəfəs).

Haimlik manevri boğulananın ağciyərlərinin tez və güclü sıxılmasına və yad cismin nəfəs yollarından təzyiqlə qovulmasına imkan verir. Qarına təkan diafraqmanı yuxarı sıxaraq, tənəffüs yollarında təzyiqli yüksəldir. Bu, havanın sıxılmış ağciyərlərdən çıxmasını sürətləndirir və reflektor öskürəyin yaranmasına səbəb olub, yad cisim tənəffüs yollarından çıxara bilər. Fəsadların (qabırğaların sınması, dalağın zədələnməsi və s.) qarşısını almaq üçün əli xəncərəbənzər çıxıntı nahiyəsinə və aşağı qabırğa qövsünə (aşağı kənarına) qoymayın. Əgər əllər düzgün qoyulubsa qarına təkanlar sağa və ya sola yönəlməyəcək. Bu üsul bədənin bütün ağırlığı ilə həyata keçirilməlidir.

Huşu aydın olan boğulanlarda ilk yardım

Huşu aydın olan öskürə və ya danışa bilməyən boğulanlara öskürməyi təklif edin. Möhkəm öskürəkdən sonra, tənəffüs yolları açılmasa, Haimlik manevrinə keçin.



***Ayaq üstə və ya oturaq vəziyyətdə Haimlik manevri:**

- digər əl ilə yumruğu tutub qarını tez, güclü, altdan yuxarı təkanla sıxın.

Hər təkan aydın və ardıcıl hərəkətlərlə aparılaraq, yad cisimi kənarlaşdırmaq məqsədi daşıyır.

Qarının təkanlarla sıxılması yad cisim tənəffüs yollarından çıxana və ya zərərçəkən huşunu itirənə qədər

davam etdirilir.

- sabitlik yaratmaq üçün ayağınızın birini zərərçəkənin ayaqları arasına qoyaraq, dayaq verin;

- bir əlinizi yumruq şəklində büküb, baş barmaq içəri olmaqla, yumruğunuzu orta xətt üzrə göbəklə döş sümüyünün xəncərvari çıxıntısı arasında yerləşdirin (göbəkdən bir az yuxarı, xəncərvari çıxıntıdan bir qədər aşağı);
- zərərçəkənin arxasında ayaq və ya dizi üstə durun;

Obstruksiyanı yüngülləşdirmək üçün hər yeni təkanı fərqli, ayrıca hərəkətlə edin. Qarını təkanla sıxdıqda, hava öskürək aktında olduğu kimi, məcburi olaraq ağciyərlərdən çıxır. Havanın sürətli hərəkəti butulkadan tıxacın çıxması kimi yad cisimi tənəffüs yollarından xaric edir.

Boğulan huşunu itirərsə, 90 saniyə ərzində təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edib, defibrilyatoru əldə etmək olarsa, bunu edin, əks təqdirdə buna vaxt sərf etməyib, ilk yardımı aşağıda göstərilən qaydada aparın.

Huşunu itirmiş boğulanlarda ilk yardım

Tənəffüs yolları yad cisimlə tutulmuş zərərçəkənin həmin anda huşu aydın olur, sonradan yardım göstərilmədikdə ağciyərlərə hava daxil olmadığına görə ürəyin və beyinin oksigenlə təchizatı pozulur və nəticədə o, huşunu itirir və qıcıqlara cavab vermir. Belə hal tez bir zamanda ölümlə nəticələnə bilər.

Boğulanın huşunu itirmək təhlükəsi olduğunu nəzərə alaraq, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirib, zərərçəkəni arxası üstə sərt yerdə uzadıb, **nəbzi yoxlamadan** döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ürək-ağciyər reanimasiyasına (döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı), tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası, ağciyərlərin süni ventilyasiyası) başlayın (bax: “Ürək-ağciyər reanimasiyasının aparılması”).

Hər süni tənəffüs verməzdən əvvəl zərərçəkənin ağzını geniş açıb ağız boşluğuna baxın.

*** Ağız boşluğunda xaric ola biləcək yad cisim görünür**

Ağız boşluğunda asan xaric ola biləcək yad cisimi barmaqla çıxarın və tənəffüs yollarını “Baş arxaya, altçənə irəli” üsulu ilə açın. Sərbəst tənəffüs olmadıqda (havanın hərəkəti hiss edilmir, döş qəfəsi qalxıb enmir) **iki uğurlu nəfəs verin. Birinci nəfəs uğurlu** olmadıqda, başın vəziyyətini dəyişməklə (bir az arxaya və ya qabağa), təkrar **uğurlu nəfəs** verib ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər davam etdirin.

*** Ağız boşluğunda xaric ola biləcək yad cisim görünmür**

Ağız boşluğunda xaric ola biləcək yad cisim **görünmədikdə** döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər davam etdirin. Huşunu itirmiş boğulanlarda döş qəfəsinin kompressiyası tənəffüs yollarının açılmasında və yad cismin kənarlaşdırılmasında effektiv ola bilər. Tədqiqatlar göstərir ki,

huşunu itirmiş boğulanlarda döş qəfəsinin kompressiyası qarına təkanla müqayisədə tənəffüs yollarında bərabər və ya ondan artıq təzyiq yaradır. Buna görə verilən nəfəsin bir neçəsi uğursuz olduqda ÜAR-a keçib döş qəfəsinin kompressiyasını etmək lazımdır. Beş dövr (2 dəqiqə) ÜAR-dan sonra, təcili tibbi yardım xidməti zəng edilməyibsə, bunu etmək lazımdır.

Ağız boşluğundan yad cisimin xaric edilməsi, sərbəst tənəffüsün olması, nəfəs verən zaman havanın hərəkətinin hiss edilməsi və döş qəfəsinin qalxması qıcıqlara cavab verməyən zərərçəkənin yad cisimdən azad olmasından xəbər verir. Boğulan qəfildən nəfəs almağa başlayarsa, deməli, yad cisim tənəffüs yollarından tam xaric edilib.

Normal (adekvat) tənəffüs və nəbz olduqda zərərçəkənə “bərpa vəziyyəti” verin.

Yardım uğurlu olarsa qarına təkanların fəsadlarını vaxtında araşdırmaq üçün zərərçəkən təcili tibbi müayinədən keçməlidir.

*** Sadalanan üsullarla boğulanı qucaqlamaq mümkün olmadıqda aşağıdakılar edilməlidir:**

- boğulanı arxası üstə sərt müstəvi üzərində uzadın;
- mümkündürsə, boğulanın sol və ya sağ tərəfində, çiyin səviyyəsində dizi üstə dayanın;
- əllərinizi döş qəfəsinin kompressiyasında olduğu kimi yerləşdirin;
- əllərinizlə döş sümüyünə güclü təkanla təzyiq edin.

Döş sümüyünün təkanlarla sıxılması, yad cisim tənəffüs yollarından çıxana və ya zərərçəkən huşunu itirənə qədər davam etdirilir.

Boğulan huşunu itirdikdə, xilasedici dərhal təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edib, ÜAR-ı aparmalıdır.

KÖRPƏLƏRDƏ MEXANİKİ ASFİKSİYA

Uşaqların huşu aydın olsa da, onlar tənəffüs yollarına hakim ola bilmədiklərinə görə yad cismin çıxarılması üçün göstərilən səylər səmərəsiz olur. Nəfəsalma cəhdində qabırğaarası əzələlər içəri çəkilir, dəri və dodaqlar göyərir. Əgər körpə qəfildən öskürməyə, öyüməyə başlayıb, səslə çətin tənəffüs edirsə, deməli, tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulması baş vermişdir. Uşaqlarda və körpələrdə tənəffüs yollarının kor-koranə (görmədən) təmizlənməsi yol verilməzdir.

1. Huşu aydın olan boğulan körpələrdə ilk yardımın göstərilməsi

Körpələrdə boğulmanın universal nişanı olmur. Onlar boğularkən uca-dan ağlaya və heç bir səs çıxara bilmirlər. Öskürək aktı zəif və uğursuz olur. Körpələrdə qarına təkan (Haimlik manevri) aparılmır, çünki bu, qaraciyər və digər daxili orqanları zədələyə bilər. Körpələrdə yad cismin çıxarılması

üçün kürəkarası nahiyəyə zərbə vurma (5 dəfə) və döş qəfəsini təkanla sıxılması (5 dəfə) üsulları biri digərini əvəz etməklə aparılmalıdır. Üsulların əvəz edilməsində körpənin xilasedicinin əlindən yerə düşmə ehtimalı olduğu üçün, onun oturaq və ya diz üstə vəziyyət alması tələb olunur. Bu üsullar yad cisim çıxana və ya körpənin huşu itənə qədər davam etdirilir. İmkan daxilində körpənin sinəsi paltarlardan azad edilməlidir.

* Kürəkarası nahiyəyə zərbə vurulması



- Körpəni üzü aşağı çevirib, qolunuzun said nahiyəsinə qoyun.
- Dayaq üçün əlinizi diz və ya bud nahiyəsinə söykəyin.
- Körpənin başını və çənəsini əllərinizlə tutub, döş qəfəsindən bir qədər aşağıda saxlayın.
- Çənəaltı yumşaq toxumaların sıxılmasına yol

verməyin.

- Ovcun proksimal (biləyə yaxın) hissəsi ilə körpənin kürəkarası nahiyəsinə 5 zərbə (güclü şapalaq) vurun.

Zərbə yad cisim yerindən tərpədəcək qədər güclü olmalıdır.

Yad cisim xaric edildikdə və tənəffüs bərpa olunduqda zərbələri dayandırın.

*Döş qəfəsinin təkanla sıxılması

Kürəkarası nahiyəyə beş zərbə etdikdən sonra yad cisim xaric olmadıqda, zərbə endirdiyiniz əlinizi kürəkboyu qoyaraq, körpənin başını arxadan əlinizlə tutun. Körpə sizin qollarınız arasında beşikdə olduğu kimi vəziyyət almalıdır (bir əlinizin içi körpənin üzünü və çənəsini, digər əlinizin içi isə körpənin başını arxadan tutmalıdır).



Çənəaltı yumşaq toxumalar sıxılmamalı və baş çox arxaya əyilməməlidir, çünki bu tənəffüs yollarının keçiriciliyini poza bilər.

» Qollarınız arasında olan körpəni baş, boyun və bədəni bir xətt boyu tam olaraq, ehtiyatla, arxası üstə çevirin.

» Körpəni çevirdikdə o, *kürəkarası nahiyəyə zərbə vuran* əlinizin üzərində arxası üstə uzan-

mış vəziyyətdə olmalıdır.

» Körpənin başı ayaqlara nisbətən aşağı olmaqla qollarınızı bud nahiyəsinə dayaq verin.

» İki barmağınızı (orta-adsız və ya orta-şəhadət) döş qəfəsinin kompressiyasında olduğu kimi yerləşdirin və 5 dəfə döş qəfəsini təkanla (saniyədə 1 dəfə) sıxın.

Təkanla sıxma yad cisimi yerindən tərpədəcək qədər güclü olmalıdır.

Yad cisim xaric edildikdə və tənəffüs bərpa olunduqda zərbələri dayandırın. Hər iki üsulu növbə ilə yad cisim çıxana və ya körpə huşunu itirənə qədər davam edin. Huşunu itirdikdə körpə öskürmür, yad cisimi çıxarmağa cəhd etmir və göyərir. Tez bir zamanda onun tənəffüsü və ürək fəaliyyəti dayanır.

2. Huşunu itirmiş boğulan körpələrdə ilk yardımın göstərilməsi

Uşaqlarda və körpələrdə tənəffüs yollarının kor-koranə (görmədən) təmizlənməsi yol verilməzdir. Tənəffüs yollarının görmədən təmizlənməsi yad cisimi daha dərinliyə itələyib, obstruksiyanı artırır və qırtlaq üstü nahiyəni zədələyə bilər.

Boğulan körpə huşunu itirdikdə (qıcıqlara cavab vermir) vaxt itirmədən döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaqla, ürək-ağciyər reanimasiyasına (ÜAR) təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər başlayın (bax: “Ürək-ağciyər reanimasiyasının aparılması”).

Hər süni tənəffüs verməzdən əvvəl zərərçəkənin ağzını geniş açıb, ağız boşluğuna baxın. Ağız boşluğunda asan xaric ola biləcək yad cisimi barmaq ilə çıxarın və tənəffüs yollarını açın. Sərbəst tənəffüs olmadıqda (havanın hərəkəti hiss edilmir, döş qəfəsi qalxıb enmir) **iki uğurlu nəfəs verin.**

Beş dövr (2 dəqiqə) ÜAR-dan sonra təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edilməyibsə, bunu edin. Uşaq qəfildən nəfəs almağa başlayarsa, deməli yad cisim tənəffüs yollarından tam xaric edilib.

AĞIZ BOŞLUĞUNUN YAD CİSİMDƏN TƏMİZLƏNMƏSİ

İlk növbədə ağız boşluğunu yoxlamaq lazımdır. Huşu itmiş zərərçəkənin tənəffüs yollarında bərk əşyalar (qida, diş, diş protezi, diş protezinin sınıqları, sümük, oyuncaqlar və s.) və ya maye (selik, mədə möhtəviyyəti, qan, qan laxtası) tənəffüs yollarını tuta bilər. Xilasedici huşu aydın olan, lakin özünü idarə edə bilməyən zərərçəkənin də tənəffüs yollarının keçiriciliyini yoxlamalıdır. Ağız boşluğunda olan yad cisim, vaxt itirilmədən çıxarılmalıdır.

Suda boğulma hallarında, yaşından asılı olmayaraq boğulma nəticəsində huşunu itirən zərərçəkəni xilas edib, ilk növbədə ona 5 dövr (2 dəqiqə) döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) aparın. Ancaq bundan sonra zərərçəkəni tərk edib, təcili tibbi yardım xidmətinə zəng vurub, defibrilyatoru əldə etmək olar.

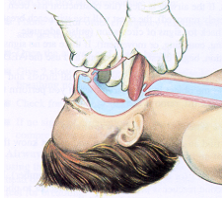
Ağız boşluğundan xaric ola biləcək yad cisimi gördükdən sonra onu xaric etmək olar. Bütün hallarda biolojiasubstansiyalardan və yoluxucu xəstəliklərdən qorunun. Udlağı kor-koranə barmaq ilə yoxlamaq yolverilməzdir. Tənəffüs yollarının bərk yad cisimlə tutulmasına tam əmin olduqda udlağın

mənəzini tutan yad cisim şəhadət barmaqla və digər münasib vasitələrlə (qaşığı, dəstəyi, qələm və s.) kənarlaşdırmaq olar.

1. Ağız boşluğunun maye və yarım maye möhtəviyyatdan təmizlənməsi

Ağız boşluğunda maye və yarım maye möhtəviyyat tənizflə bükülmüş şəhadət və orta barmaqla təcili xaricedilməlidir ki, növbəti nəfəsalmada mədə möhtəviyyatı ağciyərlərə sorulmasın (aspirasiya olunmasın).

2. Ağız boşluğunun bərk əşyalardan təmizlənməsi



* Ağız boşluğundan bərk yad cisimi şəhadət barmaq vasitəsilə xaric edilməsi daha münasibdir.

- Zərərçəkənin ağızını açıdıqdan sonra, aşağı sıra dişləri dil ilə birlikdə bir əlin baş və şəhadət barmağı ilə tutub, alt çənəni irəli çəkin – “alt çənə ilə dilin qaldırılması”.

Bu əməliyyatdan sonra dil udlağın arxa divarından və orada yerləşən yad cisimdən ayrılacaq. Bəzi hallarda bu əməliyyatdan sonra yad cisim qırtlaq nahiyəsindən kənarlaşır və tənəffüs yolu açılır.

- Hər dəfə ağız boşluğunu açıdıqda udlağın arxa divarında yad cisimi görməyə çalışın və dərhal onu çıxarın.

Digər əlin şəhadət barmağını yanağın içəri səthi ilə dilin kökünə (udlağa) qədər apararaq, qarmaq şəkilində büküb, yad cisimi tutaraq, digər yanağın iç səthi ilə hərəkət etdirərək ağızdan çıxarın.

* Bəzi hallarda tənəffüs yollarını açmaq üçün bərk yad cisimi şəhadət barmaqla və ya digər münasib vasitələrlə udlağın arxa divarına doğru sıxmaq kifayət edir. Yad cisim qırtlaqdan kənarlaşdırılır və tənəffüs yollarının keçiriciliyi bərpa edilir.

* Ağız boşluğunu barmaqla təmizlədikdə ehtiyatlı və diqqətli olun. Yad cisim ehtiyatsızlıqdan tənəffüs yollarının dərinliyinə hərəkət edərək, boğulmanı daha da artırır və qırtlaq üstü nahiyəni zədələyə bilər.

3. Aspiratordan (sormağ üçün cihaz) istifadə

Aspirator mənfi təzyiqlə tənəffüs yollarından maye halda olan və xırda yad cisimləri sorub xaric etmək üçün istifadə olunur. Yuxarıda göstərilən üsullar müsbət nəticə vermədikdə aspiratordan istifadə olunur. Aspirator cihazından istifadə etdikdə bioloji substansiyalardan qorunmaq və sərt kateterdən istifadə etmək lazımdır. Sərt sorucu kateter dilin kökündən aşağı salınmamalıdır. Aspiratordan istifadə zamanı tənəffüs yollarındakı hava da sorulduğu üçün bu üsuldən istifadə müddəti böyüklərdə 15 saniyə, orta yaş qrup uşaqlarda 10 saniyə, kiçik yaş qrup uşaqlarda 5 saniyədən artıq olmamalıdır. Kiçik yaş qrup uşaqlarda ürək döyüntülərinin sayı azalarsa, aspiratorun istifadəsi dayandırılıb, ağciyərlərin süni ventilyasiyası aparılmalıdır.

Bir yaşdan cinsi yetişkənlik yaşına çatmamış uşaqlarda və körpələrdə tənəffüs yollarının **kör-koranə** (görmədən) **təmizlənməsi yolverilməzdir**.

* Tənəffüs yollarını açarkən, çənəaltı yumşaq toxumaları sıxmayın və tənəffüs yollarında maneə yaratmayın. İmkan olduqda yad cisimin kənarlaşdırılması üçün xüsusi tibbi sıxac və pinsetdən istifadə edin. Onlar yalnız yad cisim göründüyü zaman tətbiq olunmalıdır.

SƏBƏBLƏR VƏ EHTİYAT TƏDBİRLƏRİ

Yad cisimlə tənəffüs yollarının obstruksiyasının qarşısını almaq üçün aşağıdakı tədbirlər görülməlidir:

- qidانی küçük hissəciklərə bölüb yavaş və diqqətli şəkildə çeynəyin (xüsusilə diş protezləri olduqda);
- qidانی çeynədiyiniz və udduğunuz zaman gülməyin və danışmayın;
- ifrat dərəcədə spirtli içki qəbulundan çəkinin;
- qida qəbulu zamanı uşaqların yeriməsinə, qaçmasına və oynamasına yol verməyin;
- zərər verə biləcək əşyaları (kiçik şar, muncuq, düymə, knopka və s.) uşaqlardan uzaq tutun;
- körpələrə və uşaqlara çeynənilməsi üçün çəkən qida məhsulları verməyin (araxis – yerfındığı, popkorn, hotdoq və s.).

BAYILMA

BAYILMANIN ƏLAMƏTLƏRİ VƏ BAYILMADA İLK YARDIM

Bayılma (və ya sinkopal vəziyyət)– qan damarsaya əzələlərinin tonusdan düşməsi hesabına arterial təzyiqin həddindən artıq aşağı (qorxulu həddə qədər) enməsi səbəbindən beyinə gedən qanın qəflətən azalması nəticəsində huşun qısamüddətli qeyri-epileptik mənşəli itməsidir. Huşun qısa müddət ərzində itməsi dedikdə, orqanizmin qıcıqlara cavab reaksiyasının bir dəqiqədən çox olmaması və sonra tam bərpa olunması nəzərdə tutulur.

Beyinə gedən qanın qəflətən azalması adətən ayaqüstü və ya oturaq vəziyyətlərdə baş verir.

Bayılmanın ən çox yayılmış səbəbləri – qorxu, yorğunluq, aclıqdır.

İki yüksək risk qrupu mövcuddur: yaşlılar və ürək xəstəliyi olanlar. Məsələn, ürək ritminin pozulması (aritmialar) və ya aortal stenozu olan xəstələrdə bayılma ölümlə nəticələnə bilər. Digər xəstəliklər elədə qorxulu deyil. Buna görə diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün zərərçəkən həkimə müraciət etməlidir.

1. ayılmanın (sinkopal vəziyyətin) üç dövrü var: sinkopünü, sinkop, sinkopdan sonrakı

*** Bayılmanın xəbərdaredici əlaməti olan sinkopünü dövr**

Adətən bayılmaların əksəriyyətində bayılmadan əvvəl sinkopünü reaksiyalar baş verir: zərərçəkən özünü pis hiss edir, əsnəmə, zəiflik, başgicəllənmə (əsasən ayaq üstə olduqda), göz önündə qaralma, iştartılar, yanib sönmən qığılcımlar və zolaqlar əmələ gəlir. Qulaqlarda küy və cingilti, əllər və ayaqlarda sanki ağırlaşma və keyləşmə halı yaranır. Bəzən ürəkbulanma və qusma olur. Zərərçəkən huşun itməsinin yaxınlaşmasını əvvəlcədən hiss edir, rəngi avazıyır, onu soyuq, yapışqanlı tər basır və bundan sonra huşunu itirir, bayılma – sinkop dövrü başlayır. Bu əlamətlərin müşahidə edilməsi bir çox hallarda xəstənin yanında olanlara onun yığılmaması (asta-asta yerə enir və ya yığılır) üçün qabaqleyici tədbirlərin görülməsinə imkan yaradır. Bəzi hallarda bayılma qəfildən də ola bilər.

*** Bayılma – sinkop dövrü**

Bu dövr qısa sürür (bir neçə saniyədən bir dəqiqəyədək), nadir hallarda 1–3 dəqiqə olur. Bayılma 5 dəqiqədən artıq müddətdə davam etdikdə toniklonik qıcolmalar baş verir, qeyri-iradi sidik ifrazı müşahidə olunur.

Əlamətlər:

- **huşun itməsi** (bayılma zamanı zərərçəkən huşunu tamamilə itirir);
- zərərçəkənin **rənginin solğun**, avazı mış, ağarmış **olması**, bədəninin so-

yuması, **soyuq tər**gəlməsi(dərisinin rəngi açıq olan insanlarda dəri bəzən yüngül qızarmış ola bilər, lakin dərinin solğun olması mütləqdir);

- əzələ tonusu aşağı düşür, reflekslər zəifləyir və ya olmur;
- bəbəklər genişlənir, işığa zəif reaksiya olur;
- bəzən ürəkbulanma və qusma qeyd edilir;
- tənəffüs zəif və səthi olur, bəzən hiss olunmur;
- arterial təzyiq sifirə qədər enə bilər, nəbz zəif dolğunluqlu olur və ya onu əlləmək çətin olur.

Zərərçəkən yığıldıqdan sonra üfqi vəziyyət aldıqda, beyin qan dövranını tez bərpa olunur və qan təzyiqi həmin zərərçəkən üçün normal sayılan həddə yaxınlaşır. Əgər zərərçəkəni ayağa qaldırmağa tələssək o, yenə də huşunu itirə bilər.

* Sinkopdan sonrakı dövr

Bu dövr bir neçə saniyə davam edir və zərərçəkənin huşu (şüuru) tezliklə bərpa olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, sinkopun bütün növlərində eyni zamanda bu üç dövrü görmək olmur.

2. Bayılmada ilk yardım

Sizin yanınızda duran insan baş gicəllənmədən şikayətlənsə və ya onun yığılma ehtimalı varsa demək o, huşunu itirib yerə yıxıla bilər. Belə halda onu tutub, uzanmasına yardım edin və bir müddət tərپənməyə qoymayın.

Huş itdikdə əzələ tonusu (əzələ gərginliyi) zəifləyir, çənə və boyun əzələləri boşalır, arxası üstə uzanmış zərərçəkənin dilinin kökü arxaya və aşağıya, qırtlaq qapağının üzərinə sallanıb, tənəffüs yollarının tutulmasına səbəb olur. Dil alt çənəyə birləşdiyi üçün alt çənə qabağa çəkildikdə dil yuxarı qalxır və tənəffüs yolları açılır. Buna görə xilasedicinin əsas məqsədi – huşunu itirmiş zərərçəkənin tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etməkdir.

» Yığılıb zədə almamaq üçün zərərçəkən yığıldıqda onu tutub, **dərhal uzadın** və başını bir böyürə çevirin.

» Uzanmış vəziyyətdə olan zərərçəkənin **ayaqlarını 30 sm qaldırın**. Baş bədənindən bir qədər aşağı olduqda beyin qanla (oksigen və qlükoza) yaxşı təmin edilir. Zərərçəkəni uzatmaq mümkün olmadıqda onu oturdub, başını aşağı, ayaqların arasına əyin.

» Sıxan, dar paltarları (köynəyin yaxalığı), kəməri və s. boşaldın.

» Zərərçəkəni təmiz hava ilə təmin edin – pəncərəni, nəfəsləri açın.

» Zərərçəkənin rahatlığını təmin edərək və vəziyyətini nəzarət altında saxlayaraq, heç bir halda tək qoymayın.

» Zərərçəkən ayıldıqdan sonra isti şirin çay, qəhvə və ya şokolad verin.

» Əgər bayılmanın səbəbi hipertermiyadırsa (həddindən artıq qızdırma), ona ilk yardımını sərin yerdə göstərin.

» Baş verə biləcək qusma nəticəsində boğulmanın qarşısını almaq üçün, zərərçəkənin başını yana çevirin.

» **Zərərçəkən 3 dəqiqə müddətində özünə gəlmirsə, dərhal təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin.**

Zərərçəkən yıxılı vəziyyətdədirsə, xarici baxış keçirib, onda baş beyin travmasının və digər xəsarətlərin olub-olmadığına əmin olmaq lazımdır. Bu halda xəstəni yerindən tərpətməmək və uzanmış vəziyyətdə qalmasını təmin etmək lazımdır. Arterial təzyiq düşmüşsə ayaqları yuxarı qaldırmaq məsləhətdir.

Zərərçəkən özünə gəldikdə, otura bilənə və özünü normal hiss edənə qədər uzanmış vəziyyətdə qalmalıdır.

*** Bayılmada zərərçəkənə nəyi etmək olmaz:**

- huşu tam özünə gəlməyə qədər onu tələsik ayağa qaldırmaq (çünki o, yenə də huşunu itirə bilər);
- huşunu bərpa etməyə çalışmaq;
- kəskin iyli nə isə (naşatır spirti, ətir və s.) iylətmək;
- üz nahiyəsini döyəcləmək;
- üzünə soyuq su çiləmək.

Bayılma ciddi xəstəliyin əlaməti ola bilər. Ona görə, bayılmadan sonra başqa şikayətlər olduqda mütləq həkimə müraciət etmək lazımdır.

ZƏHƏRLƏNMƏLƏR

ÜMUMİ MƏLUMAT

Zəhərlənmə – orqanizmdə zəhərlərin təsiri nəticəsində əmələ gələn patoloji vəziyyətdir. Bir çox maddələr, qida məhsulları, o cümlədən dərman preparatları insanları zəhərləyə bilər. Ölkədaxili və beynəlxalq yükdaşımaların, səyahətlərin qiymətlərinin nəzərə çarpacaq dərəcədə azalması dərman preparatlarının qeyri-legal daşınmasının artmasına əlverişli şərait yaratmışdır.

Zəhərlənmələrin əksəriyyəti sui-qəsdlər nəticəsində baş verir. Məişət və sənaye maddələri ilə zəhərlənmələr dünyada yüksək ölüm və uzunmüddətli əlillik faizinə malikdir. Zəhər insanın nəfəsinə, gözünə və ya dərisinə daxil olduqda xəstəlik və ya ölüm baş verir. Zəhər – orqanizmə kifayət miqdarda daxil olaraq xəsarət, xəstəlik və ya ölümə səbəb olan maddədir. İş yerində zəhərli maddələrlə əlaqədar müəyyən edilmiş təlimatlara əməl edin.

* Yüksək risk qrupu:

- depressiya, ruhi xəstəliyi və əvvəllər intihara cəhd edənlər;
- xroniki xəstəliyi olanlar və müxtəlif çox saylı dərman qəbul edənlər;
- kiçik yaşlı uşaqlar (5 yaşdan kiçik) və ya qocalar;
- fermer və sənaye işçiləri;
- qanunla istifadəsinə icazə verilməyən dərmanlardan istifadə edənlər.

Zəhərlər orqanizmin müəyyən orqan sisteminə və ya ümumiyyətlə, bütün orqanizmə təsir edə bilər. Bu isə zəhərin xassəsindən və orqanizmə daxilolma yolundan asılıdır. Məsələn, qeyri-üzvi turşuların (HCl, H₂SO₄) ölümlə nəticələnən miqdarı 20 ml təşkil edir.

5 yaşdan kiçik uşaqlar təsadüfi zəhərlənmələrə görə yüksək risk qrupuna daxildir. Sinir sisteminin tam inkişaf etməməsi, sürətli metabolizmin olması və bədən çəkisinin normadan az olması səbəblərindən böyüklər üçün nəzərdə tutulmuş dozada olan dərmanların qəbulu uşaqlar arasında xəstəlik və ölüm halları faizini ciddi şəkildə artırır.

1. Qida və kimyəvi zəhərlənmələr

Keyfiyyətsiz, saxlama müddəti keçmiş, istifadəyə yararsız ərzaq məhsullarının qəbulu nəticəsində əmələ gələn zəhərlənmələr qida zəhərlənməsinə aid olduğu halda, kimyəvi maddələrlə (dərman preparatları, qeyri-üzvi və üzvi turşular, həlledicilər, oksidlər və.s) zəhərlənmələr isə kimyəvi zəhərlənmələrə aiddir. Yeməli göbələklərlə zəhərlənmə qida, zəhərli göbələklə zəhərlənmə isə kimyəvi zəhərlənmələrə aiddir. Bundan başqa kimyəvi zəhərlənmələrə ilan çalması, əqrəb, qara qurd, arı sancması da aid edilir.

Dünyada fərqli tərkibləri, müxtəlif kimyəvi quruluşları olan 13 milyona yaxın zəhərli maddə mövcuddur. Kimyəvi zəhər bərk, maye və qaz

(tüstü, buxar) halında ola bilər. Zəhərlənməni müəyyən etmək ən vacib məsələlərdən biridir. Zəhərlənmənin kəskinliyi orqanizmə daxil olan zəhərli maddənin növündən, miqdarından, ölçüsündən, orqanizmə hansı yolla daxil olmasından, orqanizmə daxil olandan bəri keçən vaxtdan, zərərçəkənin fiziki ölçüsündən, çəkisindən və yaşından asılıdır. Bəzi kimyəvi zəhərlər orqanizmdə tez yayılır və öz xarakterik əlamətlərini büruzə verir. Digərləri isə gec inkişaf edir və çətinliklə aşkar olunur.

* Zəhərin orqanizmə daxil olma yolları

Kəskin zəhərlənmə – müxtəlif kimyəvi maddələrin toksiki dozada orqanizmə bir anda düşməsi nəticəsində inkişaf edir. Nəticədə həyati vacib orqanların funksiyası pozulur və həyat üçün təhlükə yaranır. Zəhər orqanizmə bir neçə yolla daxil olur: tənəffüs sistemi (inhalyasiya), həzm sistemi (daxilə qəbul), inyeksiya, hopma (absorbsiya) və sancma. Zəhərli maddələr orqanizmə peroral (ağızdan qəbul zamanı), tənəffüs yolları vasitəsilə, zədələnmiş dəridən, parenteral – yəni vurulmuş iynələrdən, xarici qulaq keçəcəyindən daxil ola bilər.

2. Zəhərlənmənin əlamətləri

Zəhərlənməni müəyyən etmək ən vacib məsələlərdən biridir. Digər hallarda olduğu kimi, zərərçəkənin vəziyyətini və ətraf mühiti yoxlayın, sonra isə zərərçəkəndən və ya şahidlərdən mümkün qədər məlumat toplayın. Əgər zərərçəkənin zəhərlənmə ehtimalı varsa, dərhal təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin.

Zərərçəkənə yaxınlaşmazdan əvvəl ətrafın təhlükəsizliyini yoxlayın. Qeyri-adi iyə, yangına, tüstüyə, açılmış və ya dağılmış qablara və zəhərlənmənin mümkün əlamətlərinə fikir verin. Müayinə zamanı toplanmış məlumatlar əsasında hər hansı müəyyən bir zəhərlənmədən şübhələnmə bilərsiniz.

Zəhərlənmənin əlamətləri aşağıdakılardır: ürəkbulanma, qusma, sinədə və qarında ağrı, tənəffüsün məhdudlaşması, tənəffüs çatışmazlığı, ürək aritmiyaları, ürək çatışmazlığı, tərləmə, zəiflik, baş ağrısı, baş gicəllənməsi, qıcolmalar, epilepsiya tutması, huşun itməsi, göz bəbəklərinin anormal ölçüsü, gözlərin yaşarması və qıcıqlanması, qeyri-normal dəri rəngi. Zəhərlənmənin başqa əlamətləri – dodaqların kənarında, dildə və dərinin üzərində yanıqların əmələ gəlməsidir.

3. Zərərçəkəndən anamnezin toplanması

Xilasedicilər zəhərlənmənin olub-olmadığını hadisə yerinə ümumi baxış keçirməklə, ətraflı anamnez toplamaqla müəyyənləşdirə bilərlər. Ətraflı məlumat toplamaq mümkün olmadıqda zərərçəkənə baxış keçirilməsi daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ünsiyyət üçün zərərçəkən sakitləşdirilməlidir.

Zərərçəkən barədə məlumat toplayın:

- təsirə məruz qalma müddəti;
- təsirə məruz qalma yolu (daxilə qəbul, inyeksiya, inhalyasiya, hopma);
- zəhərlənmənin səbəbi (bədbəxt hadisə, intihara cəhd, peşə xəstəliyi);
- qəbul edilən maddənin növü və miqdarı;
- qusmanın olması;
- keçmişdə diqqəti cəlb edən hər hansı tibbi anamnez;
- digər zərərçəkənlərin olub-olmadığı (ətraf mühit və peşə toksinləri barədə həyati vacib məlumat).

Diqqətlə iynə yerinin olub-olmadığı, ciblərində və ya çantasında işlənmiş dərman qabları, ad, ünvan, telefon nömrələri və xəstəliyin əlamətlərinə dəlalət edən digəramillər araşdırılmalıdır. Bu məlumatlar münasib yardım göstərməyə təminat verməkdə kömək edə bilər.

4. Zəhərlənmə zamanı ilk yardım

Zəhərlənmə zamanı ilk yardımın tez və düzgün göstərilməsi sonrakı müalicənin nəticəsinə birbaşa təsir edir. Zəhərlənmiş xəstəyə ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət!(1) Təhlükəsizlik tədbirlərinə riayət edin. Bədbəxt hadisənin baş verdiyi yerə qısa vizual (gözlə görünən) baxış keçirin. Ətraf mühiti analiz edərək hadisə yerinin təhlükəsizliyini təmin edin.

(2) Zəhər təhlükəsinin yaxınlıqda olmasına dair əlamətlər axtarın. Dağılmış və ya sızan konteynerlərin olub-olmadığını yoxlayın. Hadisə yerində iki nəfər və daha çox huşsuz halda zərərçəkən olduqda, o əraziyə xüsusi qoruyucu paltar geyinmədən daxil olmayın. Təhlükə yerinə yaxınlaşdıqda müvafiq qoruyucu vasitədən istifadə edin. Hadisə yeri təhlükəlidirsə, yaxınlaşmayın. Ətrafdakıları təhlükəli ərazidən uzaqlaşdırın.



Ərazidə təhlükədən xəbər verən nişanların olub-olmadığını yoxlayın.

Ətrafda potensial təhlükə törədə biləcək əşya və obektlər – yerə düşmüş elektrik məftilindən tutmuş, daxilində müxtəlif partlayıcı və ya boğucu qazlar olan tikili, həmçinin silahlı insanlar və s. ola bilər. Belə hallarda universal təhlükəsizlik qaydalarına ciddi riayət etmək lazımdır.

Təcili tibbi yardım stansiyası ilə əlaqə saxlayıb, zərərçəkən barəsində ümumi məlumatdan başqa, zəhərin adını və ya təsvirini, nə vaxt, hansı şəkildə (qaz, maye, həb və s.) və miqdarda qəbul edildiyi haqqında informasiya verilməlidir. Kimyəvi maddə zərərçəkənin dodağına və ya ağızına dəyibsə süni tənəffüs maska, sədd vasitəsilə və ya “ağızdan-buruna” edilməlidir.

INHALYASIYA YOLU İLƏ ZƏHƏRLƏNMƏ

Müxtəlif maddələrdən inhalyasiya yolu ilə zəhərlənmələrin oxşar əlamətləri mövcuddur: boğulma dərəcəsinə çatan tənəffüslük, əzablı öskürək, halsızlıq, baş ağrısı, ağciyərin ödemə, göyermə, tənəffüsün məhdudlaşması və tezləşməsi, gözlərin yaşarması, ürəkbulanma, qusma, huşun məhdudlaşması və tam itməsi, qıcolmalar və s.

İnhalyasiya yolu ilə zəhərlənmə halına, insan zəhərli tüstülərlə (və ya buxarlarla) nəfəs alarkən rast gəlinir. Bunlara misal olaraq mühərrikdən, ağ neft qızdırıcısından və ya digər yanacaq mənbələrindən xaric olunan qazları (karbon monoksid – “dəm qazı”), yapışqan və boya buxarlanmalarını və s. göstərmək olar.

Müxtəlif mənbələrdən gələn zəhərli qazlar iyili və iyisiz ola bilər. Zəhərlənmənin erkən əlaməti reflektor olaraq bronxların spazmasıdır. Digər əlamətlər qırtlağın, nəfəs yolu və bronxların ödemə və spazması nəticəsində tənəffüs yollarının daralması və ağciyərlərin ödemidir. Ağciyərlərin ödemənin baş verməsində mühüm rolü müxtəlif təyinatlı bəzəkürmə işlərində istifadə olunan müasir sintetik materialların yanması zamanı əmələ gələn toksiki maddələr oynayır. Baş verən tənəffüs çatışmazlığı (ən çoxu dəm qazı ilə zəhərlənmələrdə) beyinin oksigenlə təchizatını pozaraq, huşun normal vəziyyətinin pozulmasına gətirib çıxarır.

1. Tüstü inhalyasiyası nəticəsində zəhərlənmə

Yanğın zamanı ölüm hallarının səbəblərinin 80%-i inhalyasiya olunmuş tüstü ilə zəhərlənmələr təşkil edir. Əsas problemlər zəhərləyici dəm qazı ilə zəhərlənmə və tüstü ilə nəfəsalma nəticəsində baş vermiş zədələnmələrdir. Asfiksiya, alovun təsiri nəticəsində havada oksigenin miqdarının 5%-ə enməsi zamanı, baş verə bilər. Anamnez toplayarkən, yanğının partlayış nəticəsində və ya qapalı mühitdə baş verməsi, yaxud zərərçəkənin yanğından sonra huşunu itirməsi tüstünün inhalyasiyasına şübhə yaradır.

Tüstü ilə nəfəsalma nəticəsində zədələnmənin əlamətlərinə səsin və tənəffüsün xırıltılı olması, boğaz ağrısı, öskürək və tənəffüslük; üzün, ağızın, boyunun, burun tüklərinin yanması, dodaqlarda, burunda hisin olması, kömürlü bəlgəm, quru, yaş və fitverici (stridoroz) tənəffüs aiddir. Tüstü ilə nəfəsalmadan baş vermiş zəhərlənmələrdə ilk növbədə zərərçəkənə nəmlən-

dirilmiş oksigenin verilməsi və xəstəxanaya çatdırılması vacibdir. Profilaktik olaraq antibiotiklərin istifadəsinin əhəmiyyəti yoxdur, steroidlər isə ölüm hallarını artırır – əks göstərişdir.

2. Dəm qazı ilə zəhərlənmələr

Dəm qazı ilə zəhərlənmələrdə huş tədricən itir, qıcolmalar baş verir, bəbəklər genişlənir, dəri örtüyü və selikli qişa kəskin göyərir (sianozlaşır). Adətən, dəm qazı ilə zəhərlənmələr avtomobillərin mühərriklərinin işləməsi zamanı çıxan, tütün məhsullarının yanmasından yaranan tüstülərdə olan karbon monoksiddən baş verir. Karbon monoksid (iysisiz və rəngsiz qaz) həmçinin ocaq yanmasından, texniki cəhətdən yararsız qaz sobalarından, ağ neft qızdırıcılarından istifadə zamanı da yarana bilər. Uşaq dəm qazı ilə zəhərləndə onun dodaqları albalı rəngində olur, huşu məhdudlaşır, qıcolmalar baş verir.

Dəm qazı ilə zəhərlənmələr yanğından baş verən ölümlərin ən çox rast gəlinən səbəbidir. Normal halda ağciyərlərdə hemoqlobin oksigenlə, burada isə dəm qazı ilə birləşir. Hemoqlobinin dəm qazı ilə birləşməsinə karboksihemoqlobin deyilir. Qanda karboksihemoqlobinin səviyyəsinin artması hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması) ilə müşahidə olunur, bu da oksigenə tələbatı artırır, tənəffüs və ürək fəaliyyətinin dayanmasına (ölümə) gətirib çıxarır.

Karboksihemoqlobinin otaq havasında yarımparçalanma dövrü 4 saat, 100%-li oksigenlə nəfəs aldıqda 40 dəqiqə, xəstəxanada 2 atmosfer təzyiqi olan hiperbarik oksigen mühitində 25 dəqiqə təşkil edir. Hiperbarik oksigenasiya kameralarının hər yerdə olmadığından, dəm qazı zəhərlənməsinin əsas müalicəsi 100%-li oksigendir.

Dəm qazı ilə zəhərlənmənin ağırlaşmalarına beyin ödem, beyin infarktı, kəskin miokard infarktı, əqli fəaliyyətin pozulması, şəxsiyyətin dəyişməsi, yaddaş pozğunluğu və progressiv ensefalopatiyadan (beyin xəstəliyi) ölüm aiddir.

*** Karboksihemoqlobinin qandakı səviyyələri:**

10%-dan az olduqda, adətən, simptomuz keçir (tütün çəkənlərdə olduğu kimi);

10–20% baş ağrısı, ürəkbulanma, qıcıqlanma, dispnoe;

20–40% aritmiya, mərkəzi sinir sisteminin depressiyası, qusma;

40–50% qıcolma, koma, ürək-damar çatışmazlığı;

60%-dan çox olduqda əksəriyyəti ölümlə nəticələnir.

*** Dəm qazı ilə zəhərlənmələrdə ilk yardım**

Karboksihemoqlobinin qandakı səviyyəsi 20%-ə qədər olduqda 1–2 saat müddətində və ya əlamətlər itənə qədər 100%-li oksigen verilməli, 20%-dən çox olduqda – xəstəxanada 100%-li oksigenlə hiperbarik oksigenasiya aparılmalıdır. Zəhərlənən hamilə qadınlara, nevroloji dəyişikliklər

olanlara vəziyyətlərindən asılı olmayaraq, hiperbarik oksigenasiya aparılır.

3. İnhalasiya yolu ilə zəhərlənmələrdə ilk yardım

- Bütün inhalyasiya yolu ilə zəhərlənmələrdə zərərçəkənlər mümkün qədər tez oksigenlə təmin olunmalıdırlar.

- Ətraf mühitin təhlükəsiz olduğuna əmin olun. Zəhərlənmiş zərərçəkənə yardım göstərərkən, özünüzdən də zəhərlənməməyiniz üçün ehtiyat tədbirlərinə əməl etməlisiniz. Bu xüsusilə inhalyasiya yolu ilə zəhərlənmələr zamanı vacibdir. Müxtəlif mənbələrdən gələn zəhərli qazlar həm iyli, həm də iysiz ola bilər. Zəhərli qazların mövcud olmasından şübhələnməyə əsas verən amillər olduqda (yanacağıın tünd qoxusu, borudan və klapandan qazın sızmasını xatırladan fişiltılı səs) zərərçəkənə yaxınlaşmaq təhlükəlidir. Belə hallarda ixtisaslı kömək çağırmağa hazır olun. Müvafiq xidmətləri cəlb edin. Onları məlumatlandırın və yalnız ərazi təhlükəsiz olduqdan sonra oraya daxil olun.

- Zərərçəkəni təsirə məruz qaldığı mühiddən dərhal çıxarın və ya izolyasiya edin. Zərərçəkəni təmiz havaya çıxarın və ona rahat olan vəziyyətə gətirin. Onun tənəffüsünə və nəbzinə nəzarət edin, istidən və soyuqdan qoruyun, rahatlıq verin.

- Təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edin.

- Həyati vacib orqanların (tənəffüs və qan dövrəni) pozulmuş funksiyasını bərpa edin.

HOPMA (ABSORBSIYA) VASİTƏSİLƏ ZƏHƏRLƏNMƏ

İnsanlar tez-tez orqanizmə hopa bilən zəhərli maddələrlə təmasda olurlar.

* Hər dəfə zəhərli sarmaşığı kimi bitkilərə toxunduqdan və ya onları təmizlədikdən sonra bir çox adamlar onun qıcıqlandırıcı təsirindən əzab çəkirlər. Zəhərli bitki ilə təmasda olduqdan sonra onun təsirini azaltmaq üçün onunla təmasda olmuş bədən hissəsini dərhal su ilə yuyub, dezinfeksiya edin.

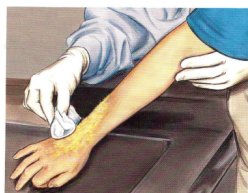
* Dəri vasitəsilə hopan digər zəhərlərə dəri səthini yandıran kənd təsərrüfatı gübrələri kimi quru və maye halında olan kimyəvi maddələr aiddir.

- Zərərçəkəni hadisə yerindən kənarlaşdırın, təmiz havaya çıxarın.

- Təcili tibbi yardım stansiyasından kömək istəyin və mümkünsə zəhərin adını bildirin.

- Zərərçəkənə ÜAR (ürək-ağciyər reanimasiyası) tələb olunarsa təhlükəsizliyinizi qoruyun (süni nəfəs verdikdə, xüsusilə zəhər dodağa və ağıza dəydiyi təqdirdə, maskadan istifadə edin).

- Zəhəri zərərçəkənin geyimindən və dərisindən mümkün qədər tez təmizləyin. Əlinizə əlcək geyinib, quru toz və ya bərk maddələri dəridən fırça (yaylıq və ya əski) ilə ehtiyatla silib təmizləyin.



- Axar suyun altında ən azı 20 dəqiqə ərzində yaxşı yuyun. Zərərçəkənin huşu aydındırsa və o, hərəkət edə bilirsə, ona duş qəbul etdirin, gözləri zədələndikdə isə müvafiq yardım göstərib, göz həkimi olan tibb müəssisəsinə çatdırın.

Sabundan istifadə etmək zərərli deyil, lakin sabun allergik reaksiyaya səbəb olan zəhərli bitki yağını tam təmizləmir.

- Zəhərli maddə paltarı isladıbsa, onu zərərçəkənin əynindən çıxarın və bədənini qurulaşdırın. Zərərçəkənə quru paltar geyindirin və üstünü örtün.
- Zərərçəkənin zəhərli maddə ilə bulaşmış paltarları və zinət əşyalarını çıxarın.

İş yerlərində hər bir kimyəvi maddə üçün “Materialların təhlükəsizliyi” vərəqi olmalıdır. Orada müəyyən bir zəhərin nə dərəcədə təhlükəli olmasına dair məlumat verilir. Zəhərlənmə müəssisədə baş veribsə, onlardan “Materialların təhlükəsizliyi” vərəqini tələb edin.

HƏZM SİSTEMİ VASİTƏSİLƏ KİMYƏVİ ZƏHƏRLƏNMƏ

Qida vasitəsilə orqanizmə keçərək zəhərlənmə yaradan maddələr: bəzi növ göbələklər, alkoqol, dərmanlar, təmizləyici vasitələr və gübrə, bəzi bitkilər. Onların əksəriyyətinin az miqdarda qəbulu təhlükəsiz, çox miqdarda qəbulu isə zəhərlənməyə səbəb olur. Həkim məsləhəti olmadan dərman qəbul etmək olmaz, çünki qəbul edilən bəzi dərmanlar zəhərlənməyə səbəb ola bilər.

Vaxtında və tam uyğun göstərilən tibbi yardım həyatı xilas edə bilər, əks halda kəskin kimyəvi zəhərlənmələr ölümə nəticələnə bilər. Zəhərlənmələrin əlamətləri tanınır və zəhərlərin əksəriyyətinin antidotu (əks-zəhər) mövcuddur.

** Qida məhsulları ilə zəhərlənmə*

Qida məhsulları ilə zəhərlənmələrdə geniş yayılmışdır. Bişiriləndən sonra otaq temperaturunda saxlanılan yeməklərdə bakteriyalar əmələ gəlir ki, bu da bakterial zəhərlənməyə səbəb olur. Hətta yemək yenidən qızdırılsa belə, toksik maddələr məhv olmur. Zəhərli qidanı yedikdən sonra 48 saat ərzində zəhərlənmənin əlamətləri olan ürəkbulanması, qusma, qarın nahiyyəsində ağrı, ishal, hərərət, susuzluq başlayır. Kəskin halda qida ilə zəhərlənmə xüsusilə uşaqlar, yaşlılar və zəif immunitet sistemi olanlar üçün ölümə nəticələnə bilər.

Toksiki maddəni orqanizmdən xaric edilməsində qusdurucu maddənin verilməsi, antidotların təyini, mədə-bağırsaq traktının yuyulub təmizlənməsi və aktivləşdirilməsi köməyindən istifadə olunması daha yaxşı effekt verir.

İLK YARDIM

1. Qusdurucu maddələrin istifadəsi

Hal-hazırda belə qənaətə gəlinib ki, zəhərlənmədən *30 dəqiqədən çox vaxt keçdikdə, qusmaq faydasızdır*. Çox vaxt məcburi qusma yaratmaq qida vasitəsilə zəhərlənməyə qarşı düzgün yardımdır. Qusma, zəhərin mədədən ən çox həzm prosesi gedən nazik bağırsağa keçməsinin qarşısını alır.

Qusdurucu maddə kimi adətən ipekakuana siropu verilir. İpekakuana siropunu böyüklərə 15–30 ml şirə 1 litr maye ilə, uşaqlara 15 ml/kq verdikdə 20 dəqiqə ərzində qusma törədir. Bu şirə həmçinin, az miqdarda qəbul edilməklə iştahı açmaq üçün də istifadə edilə bilər. Qusma baş verməzsə, doza 30 dəqiqə müddətində təkrar edilməlidir. Əgər ipekakuana və ya əvəzedicisi yoxdursa, mülayim detergentdən (yuyucu vasitə), yəni 500–1000 ml sabunlu ilıq sudan istifadə etmək olar. Qusdurucu maddələrin istifadəsinə əks göstəriş mədə yuyulmasında olduğu kimidir. Aktivləşdirilmiş kömür ipekakuana şirəsinin qəbulundan 60–90 dəqiqə sonra verilir.

2. Durulaşdırma

Sudan istifadə olunması qənaətbəxş sayılır, bununla belə çoxlu miqdarda su qəbulu məsləhət görülmür. Bəzi hallarda zərərçəkənə su içirtməklə zəhərlənməni zəiflətmək mümkündür. Bu zəhərlənmələrə misal olaraq toxumaları dağıdan qələvi, aşındırıcı kimyəvi maddələr və turşuları göstərmək olar. Belə maddələri qusarkən onlar qida borusunu, boğazı və ağızı yandıra bilərlər. Yandırıcı maddələri zəiflətmək onların toxumaları yandırmaq və zədələmək imkanını (potensialını) azaldır. Neft mənşəli məhsullar qusdurulanda, onlardan bəzilərinin tənəffüs vasitəsilə ağciyərlərə hoparaq pnevmoniya (ağciyərin iltihabı) yaratmaq təhlükəsi vardır. Karbohidrogen, qələvi və turşuların qəbulu zamanı zəhərli maddənin böyük miqdarda su və ya südlə (1000 ml) durulaşdırılmasını aparmaq olar. Bu, ancaq qəbul edilən maddənin dəqiq nə olduğunu bildikdə və aydın huşa malik ayıq zərərçəkəndə aparıla bilər. Tənəffüs yollarının hər hansı dərəcəli zədələnməsi olduqda, süd və su ilə durulaşdırılmanın aparılması əks göstərişdir.

3. Mədə yuyulması

Daxilə qəbul olunmuş zəhərli maddələrin orqanizmdən çıxarılmasının ən yaxşı üsulu mədənin yuyulmasıdır. Suyu heç bir şey qatmaq olmaz (adi təmiz su). Uşaqlarda mədənin yuyulması üçün istifadə edilən mayenin (su, fizioloji məhlul) miqdarı 40 ml/kq artıq olmamalıdır, əks təqdirdə sudan intoksikasiya əmələ gələ bilər. Mədə yuyulmasının iki üsulu var: ənənəvi (rutin, “restoran üsulu”) və böyük diametrlə mədə zəndü ilə.

*** Mədənin ənənəvi (rutin), “restoran üsulu” ilə yuyulması**

Əgər zəhərlənmiş insanın bir saatdan çox heç nə yemədiyi, içmədiyi məlumdursa və o, huşunu itirməyibsə, ona qusmaq üçün içməyə ilıq su verin. Məcburi qusmaq üçün iki barmaqla ağız-udlağı basıb, qıcıqlandırın. Bunu zərərçəkənə həvalə edin. Təhlükəsizliyinizi gözləyin. Zərərçəkən qusanda başını saxlayın və onun təhlükəsizliyini təmin edin. Bir neçə dəfə zərərçəkənə su içirdib qusdurun və mədədən çıxan su təmiz olana qədər təkrar edin. İmkan olduqda qusmanın ilkin porsiyasını təmiz, ağızı bağlanan qabla laboratoriya müayinəsi üçün yığın. Mədənin ənənəvi (rutin, “restoran üsulu”) yuyulması çox vaxt ciddi fəsadlarla müşayiət olunur.

*** Qusdurucu maddənin verilməsi və mədənin yuyulmasına əks göstərişlər**

- Huşun itməsi, qıcolma və tutmaların olması.
- Narkotik maddələrin, yuxu dərmanlarının qəbulu nəticəsində yuxulu hal və mental statusun pozulması.
- Qələvi, turşu və ya karbohidrogen (neft məhsulu – ağ neft, qazolin) məhlullarının qəbulu. Qələvi və turşularla zəhərlənmələrdə “restoran üsulu” ilə qusma qida borusunun təkrar zədələnməsi və mədə möhtəviyyatının ağciyərlərə aspirasiyası (sorulması) ilə nəticələnib, fəsadlara səbəb ola bilər.
- Tənəffüs və ürək-damar sistemində problemlərin olması.

*** Mədənin böyük diametrlili mədə zondlu ilə yuyulması (tibb müəssisələrində aparılır)**

Yuxulu, keyləşmə (obtundation), sopor və koma halında olan zərərçəkənlərdə mədənin yuyulması intubasiya (xüsusi borunu nəfəs yoluna yeritmək) edildikdən sonra aparılmalıdır. Nəfəs yolunun intubasiyası tənəffüs yollarını aspirasiyadan qorumaq üçün edilir. Hətta intubasiya olduqda belə, bəzi hallarda mədənin yuyulması qələvilər və karbohidrogenlərin qəbulu zamanı əks göstərişdir.

Turşu və qələvilərlə zəhərlənmələrdə zərərçəkən huşunu itirib, mədə mütləq zond vasitəsilə yuyulmalıdır. Ağır formalı zəhərlənmələrdə, xüsusilə də komatoz vəziyyətlərdə mədəni 3–4 dəfə təkrar-təkrar yumaq lazımdır. Əməliyyat böyük diametrlili mədə zondunun ağızdan keçirilərək, mədəyə yeridilməsindən ibarətdir. Mədə, mədə axıntısında olan həb fraqmentlərindən, yaxud mədədən qopmuş nekrotik hissələrdən təmizlənməyə qədər dəfələrlə, bir neçə litr su və ya fizioloji məhlulla yuyulmalıdır.

4. Aktivləşdirilmiş kömür

Aktivləşdirilmiş kömür qusmadan, mədənin yuyulmasından və mədə möhtəviyyatının mədədən sorulmasından öncə təyin edilir. Onun dəfələrlə hər 4–8 saatdan bir 5–10 qr qəbulu olduqca təsirlidir. Ən effektiv (təsirli)

zərərsizləşdirmə üsulu minimal əlavə təsirlərə malik olan aktivləşdirilmiş kömürdür. Aktivləşdirilmiş kömür zəhərli maddələrin əksəriyyətini absorb-siya edən geniş səthə malikdir. Aktivləşdirilmiş kömür qara, dadsız həbdir, əzilib (1–2 q/kq) su ilə verilir və nə qədər tez verilsə, o qədər də effektiv olur. Aktivləşdirilmiş kömür pestisidlər, karbohidrogenlər, qələvilər, alko-qol, dəmir və litium kimi metallar əleyhinə qeyri-effektivdir.

Bəzi aktivləşdirilmiş kömür preparatlarına ishal yaratmaq və bağırsağın tez boşalması məqsədilə maqnezium sitrat və sorbitol əlavə olunur. Adətən, böyük uşaq və yaşlılarda bağırsağın tez boşalmasına səbəb olan maddələrin ilk dozasının aktivləşdirilmiş kömürlə təyini məsləhət görülür. Buna baxmayaraq, onların nəzarətsiz istifadəsi hipovolemiyaya və su-duz mübadiləsinin pozulmasına səbəb olur.

Zəhər məlumdursa, aktivləşdirilmiş kömür 1 saat ərzində təyin olunur. Naməlum maddə ilə zəhərləndikdə və əks göstəriş olmadıqda, hətta zəhərlən-mədən 2 saat keçdikdən sonra yenə də aktivləşdirilmiş kömür təyin olunur.

5. Bağırsaqların tam yuyulması

Amerika Birləşmiş Ştatlarında “GOLYTELY” adı altında satılan məh-lul mədə-bağırsaq traktından dəmir, qurğuşun, kokain və heroinin cəld eva-kuasiyası üçün istifadə edilir. Adi doza 1 saat ərzində 1–2 litr olub, nazoqas-tral zondla rektal möhtəviyat təmiz gələngə qədər yeridilir.

6. Antidot, hemodializ, hemoperfuziya

Zəhərin mədədən sorulmasını nəzərə alaraq antidotlar, hemodializ, hemoperfuziya aparılır (xəstəxanada).

Diqqət! Kimyəvi maddəni neytrallaşdırmaq üçün turşunu qələvi ilə, qələ-vini isə turşu ilə neytrallaşdırmağa cəhd göstərməyin. Bu ekzotermik neytral-laşma reaksiyası nəticəsində həddən artıq istiliyin ayrılmasına səbəb olur.

GÜCLÜ TƏSİRLİ ZƏHƏRLƏYİCİ MADDƏLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR

Hazırda dünyada 20 mln. artıq kimyəvi birləşmə məlumdur. Bu geniş kimya aləmindən bizi istehsalatda və məişətdə 100-dən çox güclü təsirli zəhərləyici maddələr (GTMZ) əhatə edir. Bir çox belə maddələr istehsalatın ayrılmaz hissələri olmuşlar. Respublikamızın bəzi təsərrüfat obyektlərində GTZM-dən bilavasitə istehsal məqsədilə və ya istehsalatla əlaqədar olan müxtəlif proseslərin təmin edilməsi üçün istifadə edilir.

GTZM təsərrüfat məqsədləri ilə işlədilən elə kimyəvi maddələrə deyilir ki, onlar ətrafa dağılarkən və ya yayılarkən havanın zədələyici konsentrasiyalarda zəhərlənməsinə səbəb olur. GTZM-in, onlar saxlanılan tutumlardan və qablardan kənara axması, həm dinc dövrdə qəzalar nəticəsində, həm də müharibə vaxtı nüvə partlayışının zərbə dalğasından və adi basqın vasitələrinin bilavasitə təsirindən və ya təxribat yolu ilə GTZM avadanlığının dağılması nəticəsində baş verə bilər. Kimyəvi maddələr istehsalı zamanı baş verən qəzalar adətən partlayışlar və yanğınlarla müşayiət olunur. Bunlar isə çox vaxt yanma və kimyəvi maddələrin natamam parçalanması nəticəsində yeni GTZM yaranmasına və atmosferin çirklənməsinə səbəb olub, qəza vəziyyətini daha da mürəkkəbləşdirir, həmçinin zəhərlənmə zonasına gəlmiş şəxsi heyətin mühafizəsi üçün əlavə tədbirlər görülməsini tələb edir.

Kimya, neftayırma, neft kimyası, yeyinti sənayesi və digər sənaye sahələrinin müəssisələrində çoxlu miqdarda texnoloji və yardımçı avadanlıqlar açıq halda yerləşir ki, bu da onların cürbəcür silah növlərinin təsirindən xeyli dərəcədə dağılmasına səbəb ola bilər. Beləliklə, düşmənin nüvə və ya adi silahla havadan zərbələri nəticəsində yaranan qəzalar zamanı kimyəvi maddələr istehsal edən obyektlərdə GTZM ətrafa axması mümkündür. Belə hallarda ikinci zədələnmə ocaqları yaranır.

Kimyəvi təhlükəli obyektlərə aşağıdakılar aid edilə bilər: - kimya, neft emalı, neft kimyası sənayesinin və onlarla əlaqədar olan digər sənaye sahələrinin müəssisələri; - suyu təmizləmək üçün xırdan istifadə edilən su kəməri və su təmizləmə qurğuları;

- soyuducu maddə olaraq ammoniyakdan istifadə olunan soyuducu qurğulara malik müəssisələr, ilk növbədə yeyinti sənayesi (meyvə-tərəvəz, ət-yağ, balıq və digər ərzaq ehtiyatlarını) saxlayan nazirliklərin və idarələrin soyuducu qurğuları və bazaları;

- GTZM daşıyan nəqliyyat vasitələrinin dayanması üçün xüsusi yerləri olan dəmir yolu stansiyaları;

- taxıl və taxıl məmulatı anbarlarının dezinfeksiya və deretizasiya edilməsi üçün zəhərli maddələr ehtiyatları saxlanılan xüsusi anbar və bazalar;

- kənd təsərrüfatında işlədilən kimyəvi maddələr ehtiyatı saxlanılan anbarlar və bazalar.

Respublikamızın təsərrüfatında ən çox işlədilən bəzi güclü təsirli zəhərli maddələri nəzərdən keçirək.

Ammonyak (NH₃)

Ammonyak – sənayedə nitrat turşusu, ammonium nitrat və ammoniumsulfat, maye gübrələr, karbamid (sidik cövhəri) və soda istehsal etmək üçün; parçaların boyanmasında üzvi sintez üçün; soyuducu qurğularda soyuducu maddə kimi və güzgülərin gümüşlənməsi işlərində tətbiq edilir. Suların, ağ neftin və bir sıra mineral yağların təmizlənməsi, dərinin aşılması işlərində, şəkər zavodlarında ammonyaka təsadüf edilir. O həmçinin təmizlənməmiş asetilenin içində də olur.

Fiziki-kimyəvi xassələri. Ammonyak boğucu, kəskin naşatır iyli rəngsiz qazdır, hiss olunma həddi 0,037 mq/l, dadı çox acıdır, havadan yüngüldür. Bildiyiniz kimi havanın molekul kütləsi 29, ammonyakınkı isə 17-dir. Sıxlığı 0⁰ C-də 0,771 q/l, 25⁰ C-də 0,59 q/l-dir. Mənfi 33-35⁰ C dərəcəyədək soyudularkən sıxıaraq rəngsiz maye halına keçir. 1 həcm suda 700 həcm ammonyak həll olunur. Efirde və digər üzvi həlledicilərdə həll olur. Ammonyakın hava ilə 4:3 nisbəti və ya 15-28 %-li qarışığı partlayışa səbəb olur. Partlayış təhlükəli konsentrasiyanın hədləri: oksigendə 13,5-79 %, aşağı valentli azot oksigendə 2,2-72 %-dir. Ammonyak havada sürətlə ammonium karbonata (NH₄)₂CO₃ çevrilir, yaxud rütubətlə udulub naşatır spirtinə (ammonium hidrosidə) çevrilir. Reaksiyalara çox meyillidir, birləşdirmə, əvəzetmə və oksidləşmə reaksiyalarına daxil olur. Qabdan kənara (atmosfera) çıxarkən tüstülənir. Maye halında çox vaxt suda 10 və 25 %-li qaz məhlulu şəklində təsadüf edilir. Çənlərdə və ya balonlarda təzyiq altında mayeləşdirilmiş halda saxlanılır və daşınır.

Zəhərləyici xassələri. Ammonyak yuxarı tənəffüs yollarına və gözlərə qıcıqlandırıcı təsir göstərir. Onun yüksək konsentrasiyaları (qatılığı) gözlərdə ağrıya və yaş axmaya, tənəffəsliyə, kəskin öskürəyə, baş gicəllənməsinə, mədə ağrılarına və qusmaya səbəb olur, ağciyərlərin fəaliyyəti zəifləyir. Ammonyakın güclü təsirindən bir neçə dəqiqə sonra əzələ zəifliyi, yüksək reflektor qıcıqlanma, qıcolma halları müşahidə edilir, eşitmə qabiliyyəti azalır. Baş-beyin qabığında maddələr mübadiləsi pozulur. Kiçik konsentrasiyalarda gözlərin və burunun selikli qişaları azacıq qıcıqlanır, asqırma baş verir, yüngül ürəkbulanma, baş ağrıları, sifətin qızarması, güclü tərləmə, döşdə ağrı hiss edilir. Ammonyakın havada konsentrasiyasının yol verilən həddi (KYH) belədir: iş aparılan binaların havasında 0,02 mq/l, sənaye müəssisələrinin ərazisindəki açıq havada – 0,007 mq/l, yaşayış məntəqəsinin

havasında – 0,0002 mq/l. Konsentrasiya 0,04-0,08 mq/l olarkən gözlərin, yuxarı nəfəs yollarının kəskin surətdə qıcıqlanması, güclü baş ağrıları baş verir. Susuz maye ammonyak ağır yanıqlar törədir, həm də yüksək buxarlandırma hərərətində malik dondurucu maddə kimi təsir göstərir. Həcmcə 1%, 7 mq/l konsentrasiyada yaş dəri səthinin azacıq aşınması, 2%-də isə nəzərə çarpan aşınması müşahidə olunur, bir neçə dəqiqədən sonra suluqlu yanq yarası əmələ gəlir. Naşatır spirti dəriyə zəif təsir göstərir, lakin hər halda kəskin ağrı, qızarma, xeyli uzun müddətli təsir zamanı suluqlar törədə bilər.

Mühafizə və ilk yardım tədbirləri. Tənəffüs üzvlərini və gözləri ammonyakın təsirindən mühafizə üçün xüsusi süzücü sənaye əleyhqazlarından istifadə etmək lazımdır. Ammonyakın konsentrasiyası 2,3 mq/l olarkən əleyhqazın mühafizə etmə müddəti 240 dəqiqədir. Yüksək (3,8 mq/l-dən artıq) konsentrasiyalarda – təcridediciləri KİP-8, İP-4, İP-5 əleyhqazlarından istifadə etmək olar. Ammonyak buxarları ilə zəhərlənmiş adama əleyhqaz geydirib zəhərlənmə zonasından çıxarmaq, xlorformda 10%-li mentol məhlulu ilə yilətmək, soda qarışdırılmış isti su içirtmək lazımdır. Tənəffüs pozularkən və ya dayanarkən – süni tənəffüs verilir. Gözlərə zeytun yağı damızdırmaq lazımdır, dəri səthi zədələnkən – bu sahəni təmiz su ilə yuyur, sirkə, limon, çaxır və ya xlorid turşularının 5%-li məhlullarında islatma qoyulur.

Zərərsizləşdirmə üsulu. Ammonyakı zərərsizləşdirmək üçün 1:20 nisbətində sudan (1 kq ammonyak üçün 20 kq su) istifadə edilir.

Xlor (Cl₂)

Sənayenin müxtəlif sahələrində xlordan geniş istifadə olunur. Kimya sənayesində xlor müxtəlif üzvi və qeyri-üzvi xlor tərkibli birləşmələr hazırlamaq üçün tətbiq edilir. İntektisid (həşəratqıran) maddələr, plastik kütlə materialları, boyaqlar və dərman vasitələri, texniki – rezin hazırlanmasında, kağız sənayesində kağızın ağardılması və toxuculuq sənayesində parçaların ağardılması üçün xlor vacib əhəmiyyətə malikdir. Su təchizatı və kanalizasiya sistemlərinin təmizləyiciləri qurğularında da, içməli və tullantı suların təmizlənməsi və zərərsizləşdirilməsi üçün çoxlu miqdarda xlor işlədilir.

Fiziki-kimyəvi xassələri: Xlor kəskin boğucu iyli yaşımtıl – sarı rəngli qazdır. Xlor yuxarı tənəffüs yollarına kəskin qıcıqlandırıcı təsir göstərir. Yüksək konsentrasiyalarda təsir zamanı ağciyər şişil inkişaf edir və tənəffüs mərkəzinin reflektor tormozlanması sayəsində ölümlə nəticələnkən bilər.

Qaynama temperaturu 34,05⁰C, sıxlığı – 3,214 q/l-dır, havadan 2,5 dəfə ağırdır. 5-6 atmosfer təzyiqlə sıxılarkən mənfi 35⁰ C-də yaşımtıl-sarı rəngli yağlı maye halına düşür. Bir kiloqram maye xlor buxarlanarkən 316 litr qaz əmələ gəlir. Buxarlanma zamanı maye xlor su buxarları ilə birləşərək ağ duman yaradır. Xlor suda yaxşı həll olunur. Reaksiyalara çox tez qo-

şulur. Hidrogenlə 92,2-11,5% konsentrasiyalı qarışığı partlayış təhlükəsi törədir. Suda qismən hidroliz olunaraq HCl (hidrogen xlorid) və HClO (hipoxlorid) maddələrinə çevrilir. Demək olar ki, bütün kimyəvi elementlərlə birləşmələr yaradır.

Zəhərləyici xassələri. Xlor yuxarı tənəffüs yollarına kəskin nəzərə çarpan qıcıqlandırıcı təsir göstərir. Yüksək konsentrasiyalarda təsir zamanı dərhal ağciyər şişi inkişaf edir. Yüksək konsentrasiyada zəhərlənmə – tənəffüs mərkəzinin reflektor tormozlanması sayəsində dərhal ölümlə nəticələnə bilər.

İlk yardım: xlorla zəhərlənmiş adamı təmiz havaya çıxarmaq, mümkün qədər tez oksigenlə inhalyasiya etmək, istilik və rahatlığını təmin etmək, sonra isə xəstəxanaya aparmaq lazımdır. Yuxarı tənəffüs yollarının qıcıqlanması hallarında – toz şəklindəki 2%-li Na₂SO₃ məhlulu, qələvi məhlulları (çay sodası) iylətməli. Gözləri, burnu və ağızı 2%-li soda məhlulu ilə yumalı, soda qatılmış isti süd içirməli. Şiddətli öskürmə hallarında kodein və ya dionin verməli, xardal yaxması qoymalı, boğazın səs yarığı daralarkən boğaz nahiyəsini isitməli, isti qələvi ilə inhalyasiya etməli, dəri altına atropin vurmali. Gözlər qıcıqlanarkən – 2% natrium – bikarbonat məhlulu ilə yumalı. Ürək zəifliyində – strofantin verməli, 0,1%-li strofantin ilə qlükoza məhlulu vurmali.

Zərərsizləşdirmə üsulları. Xloru neytrallaşdırmaq üçün deqazasiya maddəsi olaraq qələvilərin suda məhlulu, natrium-hiposulfid, söndürülmüş əhəng və ya 1:120 nisbətində (1 ton xlor üçün 120 ton su) su işlədilməlidir.

Sulfit anhidridi (kükürd 2-oksidi) SO₂.

Sulfit anhidridi (kükürd 2-oksidi) SO₂ xarakterik kəskin iyli və şirintəhər dadlı rəngsiz qazdır, sənayedə sulfat turşusu və natrium sulfat hazırlamaq üçün xammal kimi, yunun, ipəyin, qarğıdalı ununun, əncirin, şəkərin ağardılması üçün, meyvə və giləmeyvələrin konservləşdirilməsində, soyuducu maddə kimi və dezinfeksiya məqsədi ilə istifadə olunur.

Fiziki-kimyəvi xassələri. Sulfit anhidridi otaq temperaturunda 4-5 atmosfer təzyiq altında rəngsiz maye halına keçir. Qaynama temperaturu 10,1⁰C, sıxlığı qaz halında 2,93 q/l-dir, suda, spirtə, sirkədə, sulfat turşusunda və efrdə həll olunur. Nəm sulfit anhidridi adi temperaturda H₂S (hidrogen sulfid) ilə reaksiyaya girərək tamamilə quru, reaksiyalara qoşulmayan kükürd əmələ gətirir. Açıq havada tüstülənir. Təzyiq altında mayələşdirilmiş halda sistemlərdə daşınır.

Zəhərləyici xassələri. Sulfit anhidritinin təsirinin ümumi xarakteri, yuxarı nəfəs yollarını qıcıqlandıraraq bronxlarda spazm törətməsindən və tənəffüsün çətinləşdirilməsindən ibarətdir. Dumanlı və yüksək rütubətli havada sulfit anhidridi aerosol halında təsir göstərərək daha güclü qıcıqlan-

malar baş verir və belə hava şəraitində əhalinin kütləvi surətdə zəhərlənməsinə səbəb ola bilər. Bu maddənin havada konsentrasiyasının yol verilən həddi 0,01 mq/l-dir. Sulfit anhidridi iyinin hissedilmə həddi 0,003 mq/l-dir.

Dəriyə və gözlərə təsiri. Əleyhqaz taxmış adam sulfit anhidridin 26 mq/l konsentrasiyası şəraitində dəri səthinin nazik və tərlı hissələrində qıcıqlanma və istilik hiss edir. Maye halında belə maddənin təsirindən dəri səthində və gözlərdə yanıq əmələ gəlməsi halları mümkündür. Gözlərdə yanıq baş verməsi bu maddənin sürətlə gözlərin buyuzvari qişasının dərinliyinə sorularaq orada sulfat turşusu kimi təsir göstərməsi ilə izah olunur. Xroniki (müntəzəm) təsir nəticəsində çox vaxt dərinin səthində irinli xoralar əmələ gəlir.

Mühafizə və ilk yardım tədbirləri. Sulfit anhidridinin təsirindən tənəffüs üzvlərini və gözləri qorumaq üçün süzğəçli «V» və «BKF» markalı sənaye əleyhqazlarından, həmçinin QP-5, QP-7 mülki əleyhqazlardan istifadə etmək olar. Bu maddənin qatılığı 6,6 mq/l olarkən, «V» markalı sənaye əleyhqazının mühafizə müddəti 90 dəqiqədir. Az mühafizə müddətinə malik «BKF» əleyhqazından da istifadə etmək mümkündür. Daha yüksək qatılıqlarda (14 mq/l-dən artıq) PŞ-1, PŞ-2 əleyhqazlarından, İP-4, İP-5 markalı təcridedici əleyhqazlardan, KİP-8, RVL-1, ASV-2 cihazlarından istifadə olunmalıdır. Sulfit anhidridi ilə zəhərlənmiş adamı zəhərli zonadan təmiz havaya çıxarmaq lazımdır. Sonra oksigenlə inhalyasiya etməli, 2%-li soda və ya 0,5%-li boraks məhlulu ilə gözləri, burnu yumalı, boğazı yaxalamalı. Tənəffüs çətinləşərkən buruna efedrin damızdırmalı, dəri altına atropin, 1 ml dozada 1%-li demidrol məhlulu vurmalı. Boğaz nahiyəsini isti saxlamalı, öskürək hallarında kodein, dionin verməli. Bundan sonra bəlgəm gətirən dərman içirməli, zədə nahiyəsinə xardal yaxması qoymalı, borjom suyu, soda, yağ və bal qatılmış süd verməli. Ağır zəhərlənmə hallarında ağciyər iltihabının qarşısını almaq və müalicə məqsədi ilə antibiotik və sulfonilamid dərmanları ilə müalicə aparmaq lazımdır. Gözlər zədələnərkən onları yuyub təmizləyəndən sonra hər bir gözə bir damcı 2%-li novokain məhlulu və ya dikalinin adrenalində 0,5%-li məhlulu (1:1000 nisbətində) damızdırmalı, sonra gözlərin birləşdirici qişa nahiyəsinə steril vazelin və ya şaftalı yağı daxil etməli. Bundan sonra 30%-li albusid məhlulu, hidrokortizon sürtməli.

Zərərsizləşdirmə üsulları. Sulfit anhidridini neytrallaşdırmaq üçün qələvilərin su məhlullarından, ammoniyakdan, söndürülmüş əhəngdən və 1:90 nisbətində (1 kq sulfit anhidridi üçün 90 kq su) sudan istifadə etmək lazımdır.

İLK TİBBİ YARDIM GÖSTƏRMƏK ÜÇÜN XİLASEDİCİNİN TABEL TƏCHİZATI

Fövqəladə hadisələr zamanı ilk tibbi yardımın göstərilməsi üçün zəruri olan sadə vasitələrə fərdi tibbi qoruyucu vasitələr daxildir. Bunlardan istifadə etmə qaydalarını hər bir xilasedici və yangınsöndürən bilməlidir.



Təbii fəlakətlər və texnogen qəzalar zamanı insanlar travmalara məruz qalıb zəhərli, zəhərləyici və radioaktiv maddələrin təsirindən zədələnir. Bütün bu hallarda tibbi qoruyucu vasitələr sizin birinci, ən uyğun və sadıq köməkçiniz ola bilər. Bu vasitələrin köməyi ilə adamların həyatını xilas etmək, zəhərlənmənin qarşısını almaq, yaxud onu xeyli dərəcədə zəiflətmək, bir sıra zədələyici amillərin (ionlaşdırıcı şüalanma, güclü zəhərlər, bakterial vasitələr) təsirinə qarşı orqanizmin dayanıqlığını (müqavimətini) artırmaq mümkündür.

İlk tibbi yardım göstərmək üçün xilasedicinin tabel fərdi tibbi müha-fizə vasitələrinə aşağıdakı qoruyucu vasitələr aiddir: ilk yardım çantası (İYÇ), fərdi əks-kimyəvi paket (FƏP-8), fərdi sargı paketi (FSP) və suyun fərdi qaydada zərərsizləşdirilməsi üçün pantosid.

İlk yardım çantası

Fövqəladə hallarda təcili kömək göstərmək üçün ilk yardım çantasında zəruri olan vasitələrin və preparatların siyahısı aşağıdakılardır:

- plastır (yara bandı), steril qablaşdırılmış bezlər, salfetlər
- qrelka, hazır sağırlar
- müxtəlif ölçülərdə üçbucaq və rulon sağırlar
- qayçı, pınset, şpris, plastik buz torbası
- sancaq, pambıq paketi, termometr
- qələm, qeyd dəftəri, əl fənəri
- antiseptik preparatlar, ağrıkəsicilər, anti-biotiklər, yanıqlara qarşı maz, vazelin
- naşatır spirti, spirt, yod, hidrogen-peroksid, insanı ayıldan maddələr
- ilk yardım kitabçası



İlk yardım çantası həm də nəqliyyat vasitələri üçün hazırlanır. Hər gün onlarla yol

qəzası baş verir. Son zamanlarda yol qəzası nəticəsində həyatını itirənlərin sayı sürətlə artmaqdadır. Araşdırmalar nəticəsində məlum olub ki, yol-nəqliyyat hadisələri zamanı ölüm hallarının 20-30 faizinin əsas səbəbi ilk tibbi yardımın doğru göstərilməməsi, avtomobillərdə tibb çantasının olmadığından zərərçəkmiş şəxslərə digər insanların vaxtında yardım edə bilməməsindən irəli gəlir.

Nəqliyyat üçün hazırlanmış tibb çantasında qol və qıç nahiyələrindəki qanaxmaları kəsmək üçün hörgülü bant, steril edilmiş tənzip, pambıq, yod, spirt, naşatır spirti, şpris, ağrıkəsici iynələr, müxtəlif ölçülü sarğı bezləri, plastır, qayçı və s. olmalıdır. Bəs bu vəsaitlərdən necə istifadə edilməlidir? Bəzilərinin izahını verək:

Steril tənzip: - 30 x 50 sm ölçüsündə hörgülü, incə məsaməli və pambıqdan hazırlanmış steril xüsusiyyətli vəsaitdir, qanlı və ya yaralı hissənin üzərinə qoyularaq istifadə edilir. İlk yardım çantasında ən az 5 ədəd saxlanılır.

İp-böyük sarğı bezi: - 10 sm enində, 3-5 metr boyundadır. Yara üzərindəki tənzipin yerində durmasına və qırıqların sarılmasında istifadə edilir. Çantada 2 ədəd saxlanması zəruridir.

Hidrofil pambıq: - sarğı vəsaiti olaraq yaranın üzərinə qoyulmuş tənzipin üstünə qoyularaq istifadə edilir. Tənzipin üstünü tutar və sızan qanın axmasını önləyir. İlk yardım çantasında olması zəruridir.

Plastır (yara bandı): - bir səthi yapışqan bantdır. Yara üzərinə qoyulan tənzipin yerində qalmasını və sarğı bezinin açılmasını önləmək üçün istifadə edilir.

Qayçı: - yaralının geyimini kəsmək üçün istifadə edilir. Qayçı paslanmayan poladdan olmalıdır.

Üçbucaq sarğı: - kənarları bərabər üçbucaq formasında hazırlanmış sarğı bezidir.

Fərdi sarğı paketi

Fövqəladə hal şəraitində ilk yardımın göstərilməsi üçün hər bir xilasedici fərdi sarğı paketi ilə təmin olunmalıdır.

Fərdi sarğı paketi - antiseptik məhlul (sulema) ilə hopdurulmuş və tənzipə bərkidilmiş 2 preslənmiş pambıq-cuna yastıqçıqdan və bintdən (10 sm enində, 7 m uzunluğunda) ibarətdir. Fərdi sarğı paketindən yara səthinə birincili sarğı qoyulması məqsədi ilə istifadə edilir. Yastıqçıqlardan biri hərəkətsiz halda bintin bir kənarına tikilib, digər yastıqçıq isə bint uzununu hərəkətlidir. Tənzip və yastıqçıqlar iki örtükdə yerləşir: daxili - kağız örtük və xarici – rezinləşdirilmiş parça örtük. Paketin örtükləri onu mikrob və radioaktiv maddələrin düşməsindən etibarlı şəkildə qoruyur. Paketin içində eyni zamanda sancaq da olur. Üz lüyün üzərində paketdən istifadə qaydası yazılır. Paketdən istifadə

edərkən onu sol əldə tutub sağ əllə üzlüyün çətilmiş kənarından dartaraq yapışdırılmış hissə qoparılır və içərisində mumlanmış paket və sancaq çıxarılır. Kağız örtüyün büküşündən sancağı çıxarıb müvəqqəti olaraq göz önündə paltara bərkidin. Mumlanmış kağız örtüyü ehtiyatla açıb sol əlinizdə bintin pambıq-cuna yastıqıqı tikilmiş kənarından tutun və sağ əlinizlə binti açın. Bu zaman ikinci yastıqıq sərbəst açılır ki, onu bint boyu hərəkət etdirə bilərsiniz. Yastıqıqların bir üzü qırmızı saplarla tikilib. Yardım göstərən vacib olduqda əlləri ilə yalnız yastıqıqın bu üzünə toxuna bilər. Yastıqıqların digər tikişlər olmayan səthi yaranın üzərinə qoyulur.

Kiçik yaralar bir yastıqca ilə bağlanır, ikinci yastıqca isə üstədən qoyulur. Böyük ölçülü yaralarda, yanıqlarda hər ikisi yanaşı qoyulur. Deşilmiş ikitərəfli yaralarda yastıqıqın biri yaranın giriş, digəri isə çıxış hissəsinə qoyulur.

Kor yaralar və ya yanıqlar zamanı hərəkətli yastıqca sol əllə tərənəmz yastıqcaya tərəf çəkilir. Yastıqca yara üzərinə, yad cisimlərə toxundurulmadan qoyulur, tənzifin ucu isə sancaqla bərkidilir.

Paketin üzlüyünün daxili səthi steril olduğu üçün hermetik sarğıların qoyulmasında istifadə edilir. Paket adətən, əleyhqaz çantasında və ya paltarın cibində saxlanılır.

Fərdi apteçka (Aİ-2)

Fərdi apteçka - yaralanmalar, yanıqlar zamanı (ağrısızlaşdırma), radioaktiv maddələr, bakterial maddələr və sinir-iflicedici təsirli maddələrlə zəhərlənmənin profilaktikası məqsədilə özünə yardım üçün nəzərdə tutulur. Fərdi apteçka yuvacıqlara malik, 90x100x20 mm ölçüdə, 130 qr çəkiyə malik plastmas qutudur. Havanın soyuq vaxtı maye halında olan dərman vasitələrinin donmaması üçün onu paltarın içəri cibində saxlamaq lazımdır. Dərman qutusunun yuvacıqlarında aşağıda göstərilən dərman maddələri yerləşdirilir:



- ağrıya qarşı maddə ilə dolu olan şpris-tyubik, içində radioqoruyucu maddə (həb halında olan sistamin hər penalda 6 ədəd) olan iki penal, içində bakteriya əleyhinə (həb halında olan lortetrasiklin, hər penalda 5 ədəd) maddə olan 2 penal və qusmaya qarşı maddə (həb halında olan etaperazin, 5 ədəd) olan penal. Qapağın iç tərəfinə üzərində sadalanan bu vasitələrin korpusda yerləşmə sxemi, təyinatı və «komandirin göstərişinə əsasən tətbiq edin» tövsiyəsi qeyd olunan etiket yapışdırılmışdır. Şpris tyubikdən istifadə edərkən:

- şpris tyubiki sağ əlin baş və şəhadət barmaqları ilə götürüb, sol əllə qapağı axıra qədər buraraq membranı deşmək;

- iynəyə toxunmadan qapağı çıxartmaq, sonra isə 2-3 damcı maye axana qədər korpusu sıxmaq, tyubiki iynəsi yuxarı tutmaq;

- barmaqları boşaltmadan iynəni özünün və yaxud yoldaşının bud əzələsinə batırıb tyubikin içərisindəki mayeni boşaltmaq lazımdır. Dərman yenidən tyubikin korpusuna qayıtmasın deyə barmaqları iynəni çıxardandan sonra boşaltmaq lazımdır. Ağır zədələnmə, çətin döyüş şəraiti hallarında iynəni əzələ daxilinə paltarın üstündən də vurmaq olar.

Yuxarıdan ikinci olan yerdə (2 saylı yuvaciq - ehtiyat), sinir iflicedici təsirli zəhərli maddələrlə zəhərlənmə təhlükəsi zamanı komandirin göstərişinə əsasən tətbiq edilən profilaktik vasitələr yerləşdirilə bilər. 3 saylı yuvaciqda isə tərkibində ağrıya qarşı maddə olan ağ qapaqlı şpris-tyubik yerləşir. Bu maddə böyük yanıqlar, iri sümüklərin sınıqları və s. hallarda həyat üçün təhlükəli olan şokun qarşısını almaq məqsədilə istifadə olunur.

Radioqoruyucu vasitə (FA-dakı 4 saylı yuvaciq, qırmızı penalda) radiasiya zədələnmələrinin qarşısını almaq üçün tətbiq olunur. Şüalanmaya qədər orqanizmə daxil edilən bu preparat ionlaşdırıcı şüaların təsirinə qarşı orqanizmin davamlılığını artıraraq, bu təsire qarşı olan həssaslığını azaldır. Bir penalin tərkibində (6 həb) ehtimal olunan şüalanmadan 30-40 dəqiqə əvvəl qəbul edilir, 6-8 saatdan sonra isə əgər şüalanma davam edərsə növbəti 6 həb də qəbul edilməlidir.

Bakteriya əleyhinə vasitələrdən (FA-dakı 5 saylı yuvaciqda, ağ rəngli 2-ci penalda) yaralanmalar zamanı yaraların irinləməsinin qarşısını almaq məqsədilə də istifadə olunur.

İnsanı sıradan çıxararaq əleyhqazdan istifadə etməsini çətinləşdirən yüksək dozalı ionlaşdırıcı şüalar qarşısı alınmayan qusmaya səbəb olur, bunun qarşısını almaq üçün FA-da qusma əleyhinə vasitə etapirazin (7 saylı yuvaciqda, göy rəngli penalda) yerləşdirilmişdir. Bu vasitə ürəkbulanma və qusma zamanı 1-2 həb halında qəbul edilir. Bu vasitəni həm də kontuziya və digər zədələr nəticəsində əmələ gələn ürəkbulanma və qusma zamanı da qəbul etmək olar.

Fərdi əks-kimyəvi paket (FƏKP-8)



Fərdi əks-kimyəvi paketlərdən insanın paltarına, bədəninə, fərdi qoruyucu vasitələrə və alətlərə düşmüş damcı - maye halda olan zəhərli, kimyəvi təhlükəli zəhərli maddələrin zərərsizləşdirilməsi məqsədi ilə istifadə olunur. Paketə 125-135 ml şüşə flakonda olan deqazasiyaedici vasitə və 4 pambiq - cuna tampon daxildir. Paket sellofan kisəcikdə yerləşdirilib. İstifadə zamanı paket

açılır, tamponlardan biri flakonda olan məhlulla isladılır. İsladılmış tamponla dərinin açıq sahələri, əleyhqazın şlem-maskası silinir. Yenidən isladılan tamponla paltarın yaxalığı, manjetlər təmizlənir. Maye dəriyə qısa müddətli qıcıqlandırıcı təsir edir. Amma bu iş qabiliyyətinə təsir etmir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, paketdə olan maye zəhərlidir və gözlər üçün təhlükəlidir. Buna görə də gözlərin ətrafını quru tamponla silib 2 %-li soda məhlulu ilə təmizləmək lazımdır.

Suyun fərdi qaydada zərərsizləşdirilməsi üçün pantosid

Suyun mərkəzləşmiş qaydada təmini dayandıqdan sonra, rast gəlinən və müayinə olunmamış su mənbələri zamanı suyun fərdi zərərsizləşdirilməsi vasitələrindən istifadə olunur. Hər bir xilasedicinin təmin olunduğu vasitələr xlor tərkibli həblərdən ibarət olub, şüşə probirkalarda saxlanılır. Bir həb 1 litr suyu lazımi dərəcədə zərərsizləşdirir, hansı ki, 30 – 40 dəqiqədən (həbin tam həll olunmasından) sonra istifadə etmək olar.

KÜTLƏVİ BƏDBƏXT HADİSƏLƏR ZAMANI TİBBİ ÇEŞİDLƏMƏ

TİBBİ ÇEŞİDLƏMƏ VƏ ONUN ƏSAS MƏQSƏDİ

Tibbi çeşidləmə– kütləvi bədbəxt hadisələr zamanı tələbatı, tibbi göstərişi və konkret şəraiti nəzərə alaraq, imkan daxilində oxşar yanaşma əsasında zərərçəkənlərin tibbi və təxliyə tədbirlərinin görülməsi üçün qruplara ayrılmasıdır.

Kütləvi bədbəxt hadisələrin fərqli xüsusiyyəti, çox saylı zərərçəkənə eyni zamanda tibbi yardımın göstərilməsidir. Tibbi çeşidləmənin aparılmasının vacibliyinin ən əsas səbəbi tibbi yardımın göstərilmə imkanları ilə ona olan tələbat arasında uyğunsuzluqdur. Buna görə ilk növbədə hadisə yerinə cəlb edilən xilasedicilərin sayı, tibbi təchizatın miqdarı və bədbəxt hadisənin miqyası qiymətləndirilməlidir.

Bu sistem ehtiyatlar məhdudlaşanda kütləvi bədbəxt hadisələr zamanı zərərçəkənlərin ağırlıq dərəcəsini nəzərə alaraq, tibbi yardımın istiqamətli göstərilməsinə və onların təxliyəsinə qabaqcadan müəyyən edilmiş ardıcılıq üzrə tənzimləməsinə imkan yaradır.

Tibbi çeşidləmə daimi və dinamik proses olub, xilasetmə əməliyyatının bütün mərhələlərində (hadisə yeri, tibb məntəqəsi, tibbi təxliyə mərkəzi, xəstəxana) aparılmalıdır. Hətta iki zərərçəkən olduğu zaman triaj aparılması vacibdir.

Tibbi çeşidləmənin təşkilinə və aparılmasına ən hazırlıqlı mütəxəssis cəlb edilməlidir. Çünki çeşidləmənin və ümumiyyətlə, xilasetmə əməliyyatının nəticəsi ilkin planlaşdırmadan, düzgün təşkilatçılıqdan, hazırlıqlı və peşəkar personaldan asılıdır. Hər hansı səhv rəy və ya fikir faciəli nəticələrə gətirib çıxara bilər.

Tibbi çeşidləməni aparən səlahiyyətli məsul şəxs (Səhiyyə Nazirliyinin və ya Fövqəladə Hallar Nazirliyinin xüsusi nümayəndəsi və s.) hadisə yerində zərərçəkənlərin çeşidlənərək müvafiq birkalarla təchiz edilməsinə təmin etməlidir. Birkalarda bu məlumatlar qeyd edilməlidir: çeşidləmənin aparılma vaxtı; zərərçəkənin adı və soyadı; göstərilən yardımın həcmi; anamnestic məlumatlar; dekontaminasiyanın (bədən səthinin zərərli çirklənmədən təmizlənməsi) aparılması; yardım göstərən haqqında məlumat; zədənin xarakteri və başvermə səbəbləri; həyatı vacib göstəricilər və onların aşkar edilmə vaxtı və s.

Tibbi çeşidləmənin xəstəxanayaqədərki dövrü hadisə yerində ilk yardım və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımın ardıcılığının müəyyən edilməsi ilə başlayaraq, təxliyə mərhələsində bu ardıcılığa düzəliş olunaraq xəstəxanaya çatdırılmaqla yekunlaşır.

Tibbi çeşidləmə apararkən zərərçəkənlər xəsarətlərinin ağırlıq dərəcələri nəzərə alınmaqla, şərti olaraq müvafiq kateqoriyalara (sağlam, ağır, çox

ağır və önlənərlər) bölünməlidirlər. Burada yardımın ilk növbədə kimə, hansı həcmdə, nə vaxt (lənqimədən – ilk növbədə, yardım yubadıla bilər – ikinci növbədə) göstərilməsi çox önəmlidir. Təcilik kateqoriyası, xüsusilə də təxliyə zamanı, vəziyyətin ağırlaşmasından asılı olaraq tez-tez (sürətlə) və gözlənilmədən dəyişə bilər.

Ciddi zədələnmiş zərərçəkəni müalicə edənə qədər yüngül zədə almış insan gözlədilə bilər. Bəzi hallar, məsələn, qanaxmanı saxlamaq üçün sıxıcı sarğının qoyulması təcili müdaxilə tələb edir. Əgər zərərçəkənlərin sayı çoxdursa, tibb müəssisəsinin imkanları daxilində həyati təhlükəsi və ya çoxsaylı zədələri olan xəstəyə ilk növbədə yardım edilməlidir.

Tibbi çeşidləmənin məqsədi mövcud şəraitdə mümkün qədər daha çox zərərçəkənin həyatını xilas etməkdir. Bu proses nəticəsində zədəsi nisbətən yüngül olanı gözlədərək, daha ciddi xəsarət almış insanın vəziyyətinin stabiləşməsinə çalışmaq lazımdır.

İxtisaslaşdırılmış yardım nə qədər tez göstərilərsə, zərərçəkənin sağ qalma ehtimalı bir o qədər artır. Çeşidləmə zərərçəkənlərə vaxtında lazımı tibbi yardımın göstərilməsini təmin edən bir vasitədir.

* Tibbi çeşidləmənin əsas məqsədi

Tibbi çeşidləmənin əsas məqsədi – kütləvi bədbəxt hadisələr zamanı zərərçəkənlərə vaxtında, tam həcmdə və qısa bir müddətdə tibbi yardımın və təxliyənin ardıcılıqla, səmərəli və ilk növbədə kimlərə göstərilməsini müəyyən etməkdir.

Tibbi çeşidləmə zərərçəkənlərin həyatı üçün təhlükə yaradan amillərin ağırlıq dərəcəsinə və göstəriləcək oxşar yardımın həcmi nəzərə alaraq markalayır (nişanlayır). Mövcud olan imkanlar (personal, tibb işçiləri, dərmanlar, tibbi ləvazimat, xüsusi nəqliyyat vasitələri və s.) nəzərə alınmaqla, onlardan səmərəli istifadə edilməli və bütün zərərçəkənlər lazımı kömək almalıdır. Belə ki, eyni zamanda çox sayda zərərçəkən daxil olduqda, ilk növbədə sağ qalma ehtimalı daha çox olan zərərçəkənə tibbi yardım göstərilməlidir.

MARKALAMA – NİŞANLAMA



Kütləvi hadisələr zamanı zərərçəkənlər ağırlıq dərəcəsinə görə çeşidlənib markalanır (nişanlanır).

Markalama yardım göstərənlərin (əsasən tibb işçilərinin) və xüsusi nəqliyyat vasitələrinin az olduğu zaman istifadə olunur.

Markalama tibbi yardımın ilk növbədə kimlərə göstərilməsini və təxliyənin növbəliliyini müəyyən edir. Ancaq triaj aparmaqla, daha çox insanın tez bir zamanda həyatını xilas etmək və müalicəsinə nail olmaq mümkündür.

Bir zərərçəkənin vəziyyətini qiymətləndirib, nişanlamaq təxminən 60 saniyə vaxt tələb edir. Zərərçəkənlərin və xəstələrin nişanlanması müvafiq dörd rəngdən (**qırmızı**, **sarı**, **yaşıl**, **qara**) biri ilə işarələnir. Bu nişanlama xüsusi rəngli birkalarla (triage tag), sadə rəngli lentlərlə, qaranlıq vaxtı işıq qaytaran rəngli vasitələrlə və ya rəngli fənərlərlə aparılır.

Çeşidləmə zamanı zərərçəkənlərin nişanlanması üçün xüsusi rəngli birkalar olmadıqda markalama pomada, rəngli qələm, flamast, markerlə söz şəklində yazıla bilər. Yazılan söz bədənin yaxşı görünən nahiyələrinə (alın, sinə, üz, paltar və s.) yazılmalıdır.

Qeydiyyatın hamı üçün qəbul olunmuş dildə – ingilis dilində qeyd olunması daha məqsədə uyğundur. **B** (Black – qara), **R** (Red – qırmızı), **Y** (Yellow – sarı) və **G** (Green – yaşıl).

QIYMƏTLƏNDİRMƏ ŞKALASI. Hər zərərçəkən bir rənglə nişanlanır.

<p>Qırmızı Təcili, ilk növbədə</p>	<p>Həyat üçün təhlükə var. Zərərçəkənin vəziyyəti çox ağırdır. İxtisaslaşdırılmış yardım yarım saat ərzində göstərilməsə zərərçəkən ölə bilər. Təcili olaraq, ilk növbədə, ləngimədən təxliyə olunur.</p> <p><i>Məsələn:</i> ağır xarici və ya daxili qanaxma, şok, kol-laps, kəskin ürək və tənəffüs çatışmazlığı, asfiksiya (tənəffüs yollarının keçiriciliyinin pozulması), döş qəfəsinin açıq travması, açıq və ya gərgin (klapanı olan) pnevmotoraks, huşun itməsi, qıcolmalar, ölümlə nəticələnəyən qapalı baş beyin travması, döş qəfəsinin və qarın boşluğunun dəlib keçən yaralanmaları, qarın boşluğundan bağırsağın və digər orqanların çıxıb düşməsi, ətrafların travmatik amputasiyası, ətrafların natamam ayrılma zədəsi (avulziya – natamam amputasiya), bud sümüyünün açıq sınığı, əynindəki geyimin yanması, bədən səthinin 20%-dən çox yanması, üzün və yuxarı tənəffüs yollarının yanması, kəskin ağrı sindromu, ağır zəhərlənmələr, bədənin açıq hissələrində radioaktiv və kimyəvi zəhərləyici maddələrin mövcudluğu, təxliyəsi yalnız qan dövrənə, tənəffüs və mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyəti sabitləşəndən sonra mümkün olanlar, digər</p>
---	---

	<p>ağır zədələnmələr.</p> <p>Təcili tibbi yardım göstərilməsi üçün təxliyə hadisə yerində ilk yardım göstərildəndən sonra xüsusi nəqliyyat vasitəsilə, ehtiyatla həyata keçirilir. Vəziyyətindən asılı olaraq ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilməsi üçün zərərçəkən reanimasiya şöbəsinə, şok əleyhinə otağa, əməliyyat və ya sargı otağına və s. köçürülürlər.</p>
<p>Sarı</p> <p>Təxirəsalınmaz, ikinci növbədə (gözləyə bilər)</p>	<p>Həyat üçün təhlükə yoxdur. Zərərçəkənin vəziyyəti ağır olmağına baxmayaraq ixtisaslaşdırılmış yardım təxirə salına və ya altı saata qədər yubadıla bilər. İkinci növbədə təxliyə olunur. Ağırlaşma ehtimalı çox olduğuna görə zərərçəkən daim nəzarət altında saxlanılmalıdır.</p> <p><i>Məsələn:</i> dağdıcı faktorun təsirinin davam etməsi, döş qəfəsi və qarının zədələnmələri, ətrafların və ya bədənin uzun müddətli sıxılması, yumşaq toxumanın geniş yayılmış yaralanmaları, küt alətlərlə alınan nəzərə çarpan zədələr, açıq və qapalı sınıqlar, uzun borulu sümüklərin qapalı sınıqları, ətraf mühitdə karbon qazının miqdarının artması, stressə qarşı ağır psixoloji reaksiya, əynindəki geyimin közərməsi, orta dərəcəli yanıqlar, bədən səthinin 20%-dən az yanması, baş beyin travmaları, bədənin açıq hissələrində kimyəvi zəhərləyici maddələrin qalması.</p>
<p>Yaşıl</p> <p>Gözləyə bilər, üçüncü növbədə</p>	<p>Hərəkətləri sərbəst, vəziyyətləri stabildir. İxtisaslaşdırılmış yardıma ehtiyac yoxdur. Xəsarət almamış və ya xəsarətləri yüngül(kiçik yara, əzik, burxulma) olanlar. Zərərçəkənin özünə yardımı və ya qarşılıqlı yardımın (sargı, şinin qoyulması və s.) aparılması mümkündür. Onlar hadisə yerindən sərbəst çıxma və ya üçüncü növbədə təxliyə oluna bilərlər.</p> <p><i>Məsələn:</i> saidin (dirsəklə bilək arasındakı hissə) qapalı sınığı, səthi yanıqlar, yüngül dərəcəli yaralar, zədələnmələr, xəsarətlər.</p>
<p>Qara</p> <p>Ölən və can verənlər</p>	<p>Ölən və can verənlər. Həyatla bir araya sığmayan zədə almışlar. Sağ qalmağa heç bir şansı yoxdur. Həyat əlamətləri (huş, nəbz, tənəffüs) yoxdur və ya onda aqonal tənəffüs müşahidə olunur. Yardım göstərilmir.</p> <p><i>Məsələn:</i> Bədən səthinin 90%-nin III-cü dərəcəli yanığı, huşsuz zərərçəkənin açıq baş beyin, döş qəfəsi və ya qarın boşluğu travması və s.</p>

Hamilə qadınların və 14 yaşına çatmamış uşaqların vəziyyəti aldığı xəsarətdən və səhhətindən asılı olmayaraq, həyat üçün təhlükəli zədə kimi qiymətləndirilməlidir. Onlar **qırmızı** birka ilə nişanlanmalı və yardım göstərildikdən sonra ilk növbədə təxliyə olunmalıdırlar.

Diqqət! (1) Zərərçəkənin vəziyyəti ağırlaşsın və ya yüngülləşsə bilər. Buna görə də bütün mərhələlərdə zərərçəkənin vəziyyəti təkrar qiymətləndirilməli və lazım gəldikdə markanı (nişanı) ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq dəyişmək lazımdır.

(2) Bütün hallarda zərərçəkənlərə lazımı ilk yardım göstərilməli və onlar təxliyə olunmağa hazırlanmalıdır.

(3) Tibbi hazırlığı olmayan insanlar (xilasedici, kiçik tibb işçisi, paramedik) əlavə göstəriş almadan, ancaq markalama əsasında müvafiq işləri yerinə yetirə bilərlər (ilk yardım və ya təxliyə).

ÇEŞİDLƏMƏ PROTOKOLLARI

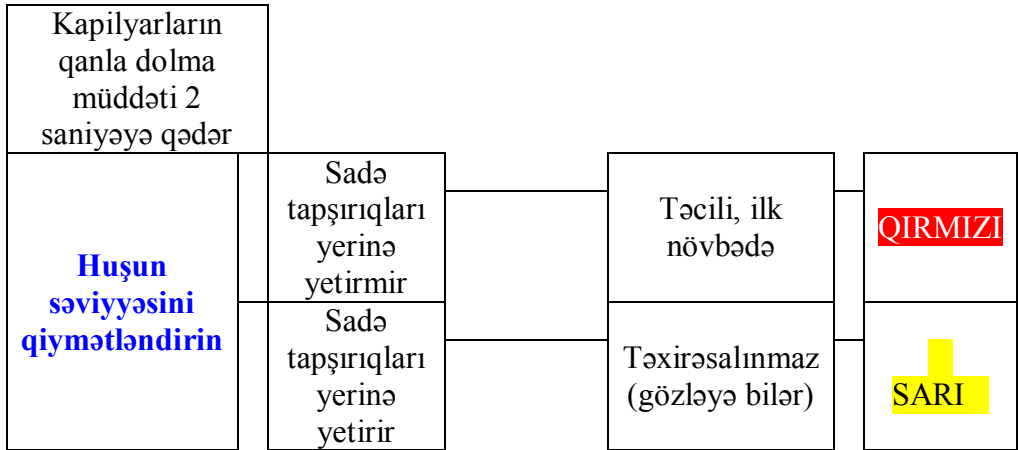
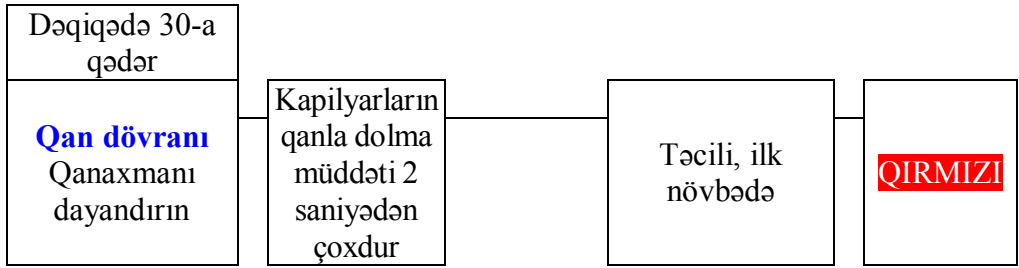
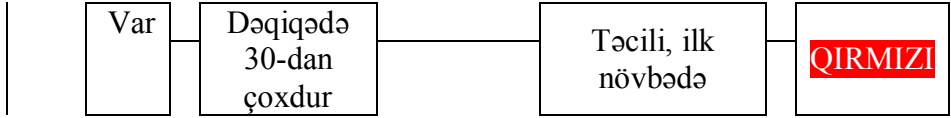
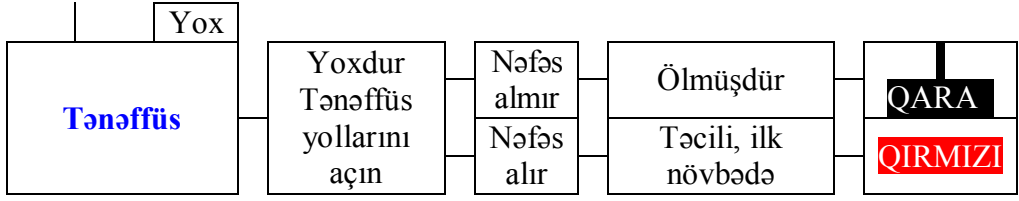
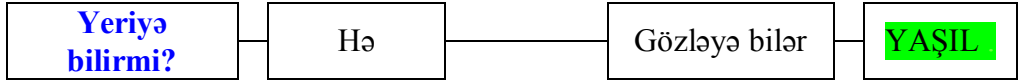
Zərərçəkənlərin sayı çox olduqda onların tibbi çeşidləməsi aparılır. Belə ki, zərərçəkənlər çeşidlənərək markalanır. Tibbi çeşidləmənin harada aparılmasından asılı olaraq, razılıq əsasında, bir və ya bir neçə qiymətləndirmə şkalasından istifadə oluna bilər. Bir protokolla bütün fəlakət növlərini (kimyəvi, yanlıq və s.) əhatə etmək mümkün deyil. Kütləvi hadisənin fəlakət növündən asılı olaraq çeşidlənməsi –tibbi çeşidləməni müxtəlif protokollarla həyata keçirilir.

Tibbi çeşidləmə apararkən zərərçəkənin vəziyyətinin daha ağır qiymətləndirilməsinə yol verilir. Yaşından asılı olmayaraq bütün zərərçəkənlərə və xəstələrə hadisə yerində ilk yardım göstərilməlidir.

1. START protokolu – “Sadə çeşidləmə və tez təxliyə”dir.

“START” – (sadə tibbi çeşidləmə və təcili müalicə) ən geniş yayılmış triaj protokoludur. Bu protokol 1983-cü ildə ABŞ-ın Kaliforniya ştatının Nyuport-Biç şəhərinin yanğınsöndürmə departamenti mütəxəssisləri ilə Xoaq xəstəxanasının həkimləri tərəfindən təklif olunmuşdur. Əvvəllər bu protokol zəlzələ və digər təbii fəlakətlər zamanı istifadə olunurdu. Sonralar isə bu protokol həm təbii, həm texnogen fəlakətlər zamanı, həm də terror aktları nəticəsində baş verən kütləvi hadisələr zamanı tibbi çeşidləmənin standart üsuluna çevrilmişdir.

START protokolu diaqnoz əsasında aparılmadığına və istifadəsi sadə olduğuna görə, tibbi hazırlığı olmayanlar (paramediklər) arasında özünü doğruldub.



Yeriyə bilirmi?

START protokoluna əsasən hadisə yerinə birinci gələn xilasedicilər ilk növbədə yüngül yaralıları digər zərərçəkənlərdən ayırır. Sərbəst yeriyə bilənlər bir yerə toplanır.

* **Yeriyə bilənlər** → **yaşıl** birka ilə nişanlanır. Xəsarət almamış və ya xəsarətləri yüngül(kiçik yara, əzik, burxulma) olanlar. Zərərçəkənin özünə

yardımı və ya qarşılıqlı yardımın (sarı, şinin qoyulması və s.) aparılması mümkündür. Onlar hadisə yerindən sərbəst çıxma və ya üçüncü növbədə təxliyə oluna bilirlər.

* *Yeriə bilməyənlərin* tənəffüsü, qan dövranı və huşu qiymətləndirilir.

a) **Tənəffüs (tənəffüsə nəzarət edin)**

İlk növbədə tənəffüsün normal və ya qeyri-normal olduğuna görə dəyərləndirin.

Tənəffüs yoxdur → zərərçəkənin nəfəs yollarını açın.

* Tənəffüs bərpa olunmur → zərərçəkən ölmüşdür → **qara** birka → digər zərərçəkənə keçilir.

* Tənəffüs bərpa oldu, zərərçəkən nəfəs alır, lakin həyat üçün təhlükə var (tənəffüs dayana bilər) → **qırmızı** birka.

Tənəffüs varsa – sayını müəyyənləşdirin

- Tənəffüsün sayı dəqiqədə 30-dan çox və ya 10-dan azdır → **qırmızı** birka
Tənəffüsün tezləşməsi şokun əlamətidir. Tənəffüsün sayının 10-dan aşağı düşməsi uzunsov beyində yerləşən tənəffüs mərkəzindəki problemlərdən xəbər verir (beyinə qansızma, zəhərlənmə və s.).

- Tənəffüs dəqiqədə 30-dan az, 10-dan çoxdur → qan dövranını qiymətləndirin → xarici qanaxma varsa dərhal dayandırın, biləkdə –mil arteriyasında periferik nəbzi və ya kapilyarların qanla dolma müddətini yoxlayın.

b) **Qan dövranı**

İlk növbədə xarici qanaxmanı dayandıraraq, qan dövranını qiymətləndirin: mil arteriyasında nəbzi və ya kapilyarların qanla dolma müddətini (rənginin dəyişməsi) yoxlayın.

* Mil arteriyasında nəbz hiss olunmur → **qırmızı** birka

* Mil arteriyasında nəbz var → kapilyarların qanla dolma müddətini yoxlayın (zərərçəkənin dirnaq yatağını ağarana qədər sıxıb buraxdıqdan sonra onun neçə saniyəyə qızarmasını müşahidə edin):

- kapilyarların qanla dolma müddəti 2 saniyədən çoxdur → **qırmızı** birka

- kapilyarların qanla dolma müddəti 2 saniyəyə qədərdir → huşun səviyyəsini qiymətləndirin

c) **Huşun səviyyəsinin qiymətləndirilməsi**

Zərərçəkənə sadə tapşırıqlar verin – gözünü aç, gülümsə və s.

- Tapşırıqları yerinə yetirmir (gözlərini açmır) → həyat üçün təhlükəli vəziyyətdir → **qırmızı** birka.

- Tapşırıqları yerinə yetirir → **sarı** birka

Tibbi çeşidləmənin gedişində (bir neçə xilasedici olduqda) və ya triajdan dərhal sonra zərərçəkənlərə ilk yardım göstərilir. Zərərçəkən təcili tibbi

yardım almaq üçün xəstəxanaya təxliyə edilməlidir. Triaaj bir neçə dəfə təkrarlanmalıdır. Təkrar triaj zamanı bütün zədələnmələr aşkar olunmalıdır.

START protokolunun əsasında 1995-ci ildə uşaqlar üçün Jump START protokolu işləyib hazırlanmışdır. Bu protokol Amerika Birləşmiş Ştatlarında uşaqların triajını aparmaq üçün standart qəbul edilmişdir.

2. CESİRA protokolu

CESİRA protokolu peşəkar tibb işçiləri tərəfindən həyata keçirilir. CESİRA sözünün hərfi mənası açıqlamada huş, qanaxma, şok, tənəffüs çatışmazlığı, sümüklərin zədələnməsi kimi başa düşülür.

Yeriyə bilir?	Hə	Yaşıl
Yox		
Huşu aydındır?	Yox	Qırmızı
Hə		
Xarici arterial qanaxma var?	Hə	Qırmızı
Şoktadır?	Hə	Qırmızı
Tənəffüs çatışmazlığı var?	Hə	Qırmızı
Baş beyin, onurğa travması və sınıqlar var?	Hə	Sarı
Digər patoloji hallar (zəhərlənmə, hiper və ya hipotermiya, döş qəfəsində ağrı, yanıqlar var?)	Hə	Sarı

Protokol ilk dəfə *İtaliyada* tərtib edilib və Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) tərəfindən qəbul olunub.

CESİRA həyatı xilasetmə prinsiplərinə və klinik müayinə nəticəsində qoyulan diaqnoza və proqnoza əsaslanan effektiv, sadə və sürətlə yerinə yetirilən çeşidləmə protokoludur.

Burada tibbi yardımın harada, hansı növbədə, hansı həcmdə və mərhələdə, nə xarakterli, təxliyəyə göstəriş, onun təciliyi, növbəlilik sırası və haraya köçürülməsi qoyulmuş diaqnoz əsasında müəyyən edilir.

Yanlış müayinə riskləri azalır, hipotermiya (həddindən artıq soyuma) vəziyyətini və digər ağır vəziyyətlər araşdırılıb, ölüm haqqında qərar düzgün qəbul edilir (zərərçəkənin ölməsi barədə qərar vermək yalnız tibb işçisinin səlahiyyətindədir).

Peşəkar tibb işçisi tərəfindən zərərçəkənin vəziyyətinə və baş verən dəyişikliklərə klinik müayinə əsasında operativ qiymət vermək CESİRA protokolunun üstün cəhətidir.

- **Yaşıl** birka– yeriyə bilənlər (siyahısını tutub münasib yerə toplayın);
- **Qırmızı** birka– gözlərini açmır (gözlərin açıb-bağlamasına görə huşun olub-olmamasını müəyyən edin);
- **Qırmızı** birka – qanaxması var (ilk növbədə xarici arterial qanaxmanı saxlayın);
- **Qırmızı** birka–şokun ehtimal olunan klinik təzahürü (zərərçəkənə soyuqdursa, o üşüyür və onun nəbzi tezləşib;biləyin ön nahiyəsində, saidin aşağı 1/3 hissəsində mil arteriyasında nəbzin hiss olunmaması; sistolik qan təzyiqinin 80 mm c.süt. aşağı olması) ;
- **Qırmızı** birka–təngnəfəslik (tənəffüsün sayı dəqiqədə 30-dan çox (taxipnoe) və ya dəqiqədə 10-dan az (bradipnoe) olması);
- **Sarı** birka – xəsarətlərin və digər patoloji halların olması;
- **Qara** birka –ölüm diaqnozu qoyulduqda (ölüm anının tibb işçisi (həkim, feldşer) tərəfindən təsdiq edilməsi).

Tibbi çeşidləmə apararkən zərərçəkəni ölümlər qrupuna aid etmək tibb işçisi üçün böyük mənəvi məsuliyyətli olub, bir neçə təcrübəli tibb işçisi tərəfindən təsdiq edilməlidir.

HADİSƏ YERİNDƏ ÇEŞİDLƏMƏNİN VƏ İLK YARDIMIN TƏŞKİLİ

1. Xilasetmə tədbirləri

Cəmiyyətin normal fəaliyyətini pozan, insanların həyatını, maddi nemətlərin saxlanılmasını təhlükədə qoyan, qəfildən baş verən istənilən hadisə – fəlakət adlanır.

İki fəlakət növü mövcuddur: təbii və texnogen.

- Təbii fəlakətlərə aiddir: zəlzələ, tufan, qasırğa, su daşqınları, meşə yanğınları, qar uçqunları və s.
- Texnogen fəlakətlər insanlar tərəfindən törədilir. Buraya aiddir: binalarda yanğın, partlayış, ətraf mühitin kimyəvi və radioaktiv çirklənməsi, yol-nəqliyyat hadisələri, ictimai münaqişələr, silahlı qarşıdurmalar, zəhərli maddələrlə kütləvi zəhərlənmələr və s.

Zərərçəkənlərin sayı çox olduqda mütləq birinci növbədə **əlavə kömək çağırın** və müvafiq strukturlara kömək üçün zəng edin (yardım göstərilməsinə başlanarsa kömək çağırmağa vaxt olmayacaq). Yalnız bundan sonra zərərçəkənlərin çeşidlənməsi, kimə təcili kömək lazım olmasını müəyyənləşdirmək lazımdır.

Zərərçəkənlərə göstərilən yardımın həcmi xilasedicilərin sərişdəsindən, onların bacarığından və ən əsası düşdüyü şəraitdən, zərərçəkənlərin sayından, nəqliyyat vasitələrinin olmasından, tibb müəssisələrinin yaxında və ya uzaqda yerləşməsindən asılıdır. Nəqliyyat vasitələri olmadıqda təxliyə gecikir. Belə hallarda ilk yardımın göstərilməsi daha əhatəli olmalıdır. Nəqliyyat vasitələri olduqda isə, ilk yardım göstərildikdən sonra zərərçəkənlər tez bir zamanda ixtisaslaşdırılmış yardım almaq üçün təxliyə olunmalıdırlar.

2. Kütləvi hadisə yerində tibbi çeşidləmənin aparılması və ilk yardımın göstərilməsinin təşkili

Kütləvi hadisənin nəticələrinin aradan qaldırılmasının təşkili üçün hadisə yerinə Naxçıvan Muxtar Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyi və ya Səhiyyə Nazirliyi öz səlahiyyətli nümayəndəsini ezam edir. Adları çəkilən nazirliklərin nümayəndəsi olmadıqda bu vəzifəni sağ qalan hadisə iştirakçısı, hadisənin bilavasitə şahidi və sonradan hadisə yerinə gələn xilasedici həyata keçirməlidirlər.

Bir necə xilasedici olduqda rəhbərliyi ən təcrübəlisi öz üzərinə götürməlidir, digərləri komanda şəklində ona yardımçı olmalıdır. Rəhbərliyi öz üzərinə götürən bu işin ağır və məsuliyyətli olduğunu bilməlidir və ilk növbədə görüləcək tədbirlərin başlanma qərarını qəbul etməlidir.

Tibbi çeşidləmənin aparılması və ilk yardımın göstərilməsi ilə tanış olmayanlar Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” qaynar xəttinə və ya təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyasına (103-ə) zəng edib (zənglər pulsuzdur), təlimatı ardıcılıqla ala bilərlər.

Xilasedici yuxarıda adları çəkilən nazirliklərin nümayəndəsi gələncə qədər məsul şəxs qismində tibbi çeşidləmənin təşkili və kütləvi hadisənin nəticələrinin tam aradan qaldırılmasının sonuna qədər hadisə yerində qalıb, rəhbərliyi öz üzərinə götürür. Belə halda hadisə yerinə sonradan gələn bütün xilasedicilər onun rəhbərliyi altında fəaliyyət göstərir.

*** İlk yardım göstərilməsi üçün çeşidləmənin aparılması**

Hadisə yerində lider-xilasedici START protokoluna əsasən ilk növbədə yüngül yaralıları – sərbəst hərəkət edənləri (yeriyənləri) digər zərərçəkənlərdən ayırır. Onlar özünə, qarşılıqlı və digər (yeriyə bilməyən) zərərçəkənlərə ilk yardım göstərmək üçün cəlb edilməlidirlər. Yardım əl altında olan vəsaitlərlə aparılır. Triaaj və ilk yardımın göstərilməsi tibb işçiləri və ya xilasedicilər gələncəyə qədər aparılmalıdır.

Hadisə yerində ilkin triaj tez həyata keçirilməlidir və onun aparılmasını reanimasiya tədbirlərindən başqa heç bir tədbir əvəz edə bilməz. Belə halda bu tədbirlər triajla yanaşı aparılır.

*** Unutmayın!**

- Zərərçəkən nəfəs alırsa, qanaxma dayanıbsa və başqa təcili ilk yardıma ehtiyacı yoxdursa, onu təcili tibbi yardım briqadası gələnədək tərpətməyin.
- Travma almış zərərçəkəni təhlükəsiz ərazidən başqa yerə köçürməyin.
- Baş və boyun nahiyəsindən travma almış zərərçəkəni tərpətmək və silkələmək olmaz, çünki bu kimi hərəkətlər onurğa beyininin zədələnməsinin ağırlaşmasına səbəb ola bilər.
- Başın, boyunun və onurğanın travmasına şübhə olduqda, zərərçəkən yalnız zəruri halda təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər başqa yerə köçürülə bilər.
- Zərərçəkəni yerindən yalnız ehtiyac olduqda tərpədin. Yardımın keyfiyyətli göstərilməsi mümkün olmadıqda (məsələn, təhlükə ehtimalı, suda defibrilyasiyanın aparılması və s.), zərərçəkənin yerdəyişməsinə etmək olar.

*** Xilasedicilərin rəhbəri** komanda verib sərbəst hərəkət edənləri (yeriyə bilənləri) qaldırır və onlara tapşırır ki, öz ətrafındakı tənəffüsü olmayan zərərçəkənlərin nəfəs yollarını açsın və xarici qanaxması olanların əlaltı vasitələrlə qanaxmasını dayandırsın.

Tibbi çeşidləmənin aparılmasının ağır və məsuliyyətli iş olduğunu nəzərə alaraq, **xilasedicilərin rəhbəri** sərbəst yeriyə bilənlər içərisindən (arasından) tibbi çeşidləmənin və ilk yardımın göstərilməsindən anlayışı olanları seçib, onlarla birlikdə START protokolu əsasında tibbi çeşidləməni davam edir. Digər sərbəst yeriyə bilənlər bir yerə toplanır və yüngül xəsarət (kiçik yara, əzik, burxulma) alanlara özünə yardım və ya qarşılıqlı yardım (sarğı, şinin qoyulması və s.) göstərir. Yeriye bilənlər **yaşı** birka ilə nişanlanır.

Xilasedicilərin rəhbəri komanda üzvləri və köməyə gələnlər arasında vəzifələri bölüşdürərək hadisə yerində tibbi çeşidləmənin və ilk yardımın göstərilməsinin ardıcılığını tənzimləyir. Əlavə kömək gəldikcə çeşidləmə davam edir, konkretləşir və dərinləşir. Yeriye bilənlərdən təşkil olan komandanın üzvləri vahid komanda altında tibbi çeşidləməni aparırlar və ilk yardım göstərənlər dəstəsinə bölünür və onlarla qısa təlim keçirilir. Komanda şəklinə yardım göstərmək olduqca vacibdir. Bir xilasedici baş xilasedici rolunu icra etməlidir, digərləri onun dediklərinə tabe olmalıdır. O, aydın, nəzarət olunan səsle sərəncam verməlidir. Qışqırmaq və ya yüksək səs tonu komanda üzvlərinin qarşılıqlı əlaqəsini poza bilər. Eyni anda yalnız bir adam danışmalıdır. Lider komanda üzvlərini aydın danışığa (nitqə) sövq etməlidir.

Tibbi çeşidləməni aparan xilasedici çevik, yeriyə bilməyən zərərçəkənlərin tənəffüsü, qan dövranı və huşunu qiymətləndirərək üç qrupa bölüb markalamalıdır.

Markalama ilk növbədə tənəffüsü (həyat əlaməti) olmayan zərərçəkənlərdən başlanmalıdır. Bundan sonra onların qan dövranı və huşu qiymətləndirilməlidir. Bir zərərçəkən üzərində çox vaxt itkisinə yol vermək məsləhət görülmür:

- » yardım təxirəsalınmadan, ilk növbədə göstərilməlidir – **qırmızı** birka;
- » yardım təxirəsalına və ikinci növbədə göstərilə bilər – **sarı** birka;
- » ölən və can verənlər – **qara** birka

Təhlükəli zədədən başlayın. Eyni zamanda hadisə yerində çox sayda travma almış zərərçəkən mövcuddursa, ilk növbədə ciddi travmalı lakin sağ qalma ehtimalı daha çox olan zərərçəkənə tibbi yardım göstərilməlidir. Əgər zərərçəkənin bir neçə xəsarəti varsa, həyat üçün ən təhlükəli olan zədədən başlamaq lazımdır. Müxtəlif tip zədə almış zərərçəkənlərin tibbi çeşidlənməsi zamanı yardımın ardıcılığının müəyyənləşməsinə birincili baxış kömək edir. Məsələn, tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası) ilə olan zərərçəkən travmatik amputasiya olunmuş stabil zərərçəkəndən daha çox diqqət tələb edir.

Tibbi çeşidləmənin aparılmasında (bir neçə xilasedici olduqda) və ya sonra zərərçəkənlərə təcili yardım (dillə tutulan tənəffüs yollarının açılması; xarici qanaxmanın dayandırılması; qıcolmalarda yardım; əynindəki geyimin yanması zamanı onun söndürülməsi və s.) ilk növbədə göstərilir, təxirəsalınmaz yardım (əzələ və sümüklərin zədələnməsi və s. hallarda yardım yubadıla bilər) isə ikinci növbədə göstərilir.

Zərərçəkən ixtisaslaşdırılmış təcili tibbi yardım almaq üçün xəstəxanaya təxliyə edilməlidir.

*** İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım almaq üçün çeşidləmənin aparılması**

Məlum olduğu kimi, həkimə qədər yardım orta tibb işçiləri, ilk həkim yardımını həkimlər tərəfindən hadisə yerində və tibb məntəqəsində, ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım isə müalicə müəssisələrində aparılır.

Təxliyə zamanı imkan olduğu halda zərərçəkənləri ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım göstərilməsi üçün mobil və ya stasionar müalicə müəssisələrinə göndərilməlidir. Təxliyə vacibdir, lakin sadə reanimasiya üsullarını yaddan çıxartmaq olmaz. Hadisə yerində reanimasiya tədbirlərinin aparılması və tez bir zaman zərərçəkənin təxliyəsi sağ qalmaq üçün olduqca vacibdir.

Zərərçəkənlərin və xəstələrin təxliyəsi bir qayda olaraq markalama əsasında (növbəlilik) sanitar nəqliyyat vasitələri, həmçinin bu məqsədlə ayrılmış ümumi nəqliyyat vasitəsilə (oturaq və ya uzanmış) tibb işçisinin

müşayiəti və nəzarəti ilə həyata keçirilir. İlk qarşılaşdığımız zərərçəkən heç də həmişə yardıma ən çox ehtiyacı olan insan olmaya bilər.

Təcrübə göstərir ki, fəvqəladə hallar zamanı zərərçəkənlərin 25–30%-i təcili ixtisaslaşdırılmış tibbi yardıma ehtiyacı olanlardır. Yüksək səviyyəli ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım stasionar və ya mobil (lazımı yerdə quraşdırılması mümkün olan) xəstəxana şəraitində göstərilir. İlk saatlar ərzində göstərilən ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım daha effektiv olur. Bununla əlaqədar triajı aparən ağır seçim qarşısında qalıb, ilk növbədə sağalma ehtimalı olan zərərçəkənlərə üstünlük verməlidir.

Triajın əsasında diaqnoza, müalicə tədbirlərinə və müalicə proqnozlarına vahid yanaşma durur. Qərar qəbul edərkən zərərçəkənin tibbi yardıma və təxliyəyə ehtiyacı olub-olmadığını araşdırın. Kütləvi hadisə yerinə əlavə kömək gələndə qədər triaj aparılmalı və ilk yardım göstərilməlidir. Zərərçəkənlər nişanlamaya uyğun növbə ilə lazımı müalicə müəssisəsinə təxliyə olunmalıdır. Bunun üçün hadisə yerinə tez bir zamanda və lazımı sayda təcili tibbi yardım nəqliyyat vasitələrinin gəlməsi təmin edilməlidir. Mümkün olduqda zərərçəkənlərin qeydiyyatı aparılmalıdır.

TİBBİ TƏXLIYƏ VƏ ZƏRƏRÇƏKƏNLƏRİN MÜVƏQQƏTİ YERLƏŞDİRMƏ MƏNTƏQƏSİ

*** Tibbi təxliyə – tibbi evakuasiya**

Tibbi təxliyə – fəlakət zonasından kənardə ixtisaslaşdırılmış tibbi yardıma ehtiyacı olanların hadisə yerindən çıxarılması üçün görülən tədbirlər sistemidir. Bu tədbirlər zərərçəkənlərə fəlakət zonasından ilk yardım göstərməklə başlayıb, ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım göstərmək üçün onların tibb müəssisələrinə təxliyə olunması (çatdırılması) ilə tamamlanır.

Tibbi təxliyə bir neçə mərhələdə aparıla bilər. Tibbi təxliyənin birinci mərhələsində zərərçəkən hadisə yerində açılmış tibb məntəqəsinə, ikinci mərhələdə isə ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım göstərən müəssisəyə göndərilir. Zərərçəkənlərə müvafiq yardım göstərmədən, yalnız həyatını xilas etmək məqsədi ilə yol maşını ilə təxliyə etmək düzgün sayılmır. Yardım zərərçəkənin həyat funksiyalarının maksimum qorunmasına yönəldilməlidir.

*** Zərərçəkənlərin müvəqqəti yerləşdirilmə məntəqəsi**

Zərərçəkənlərə yardım göstərilib, təhlükəsiz vəziyyətdə və yerdə təcili tibbi yardım briqadasının gəlməsi gözlənməlidir. Zərərçəkənlərin xərəkətdə cərgə ilə yerləşdirilməsi məsləhət görülür. Bunun üçün lazım gəldikdə (təhlükəli ərazi, pis hava şəraiti və s.) fəlakət zonasına yaxın örtülü səngər,

bina, çadır və digər sığınacaqda zərərçəkənlərin müvəqqəti yerləşdirilməsi və yardım göstərilməsi üçün məntəqə təşkil edilir.

Müvəqqəti məntəqə hadisə yerinə mümkün qədər yaxın, işıqlı, gözlənilən risklərdən (binaların dağılma ehtimalı, toksiki maddələrin təsiri, ekstremal hava şəraiti) uzaq olmalı, nəqliyyat vasitələri üçün əlverişli, girişi və çıxışı olan yolla, bir neçə tibb briqadasının fəaliyyət göstərilməsi üçün şəraitlə təmin olunmalıdır.

ZƏRƏRÇƏKƏNİN QALDIRILMASI VƏ YERİNİN DƏYİŞDİRİLMƏSİ (DAŞINMASI)

Bu mövzunun əsas məqsədi zərərçəkəni qaldıran və ya onun yerini dəyişən zaman xilasedicilərin zədə almaması və zərərçəkənin təhlükəsizliyini təmin etmək üçün lazım olan tədbirlərin öyrədilməsidir. Zərərçəkənin qaldırılması və yerdəyişməsi çox mühüm hadisə olub, xilasedicilərin vəzifəsinə aiddir. Lakin bəzi hallarda bu işlərə zəruri diqqət yetirilmir. Nəticədə xilasedicilər zərərçəkənlərin qaldırılması və yerdəyişməsi zamanı tələb olunan üsullardan istifadə etmədikdə, özləri müxtəlif xəsarətlər alırlar. Xilasedici xəstələrə və zərərçəkənlərə kömək edərkən ilk növbədə öz şəxsi təhlükəsizliyini qorunmalıdır.

Xilasedicinin vəzifələrindən biri hadisə yerində təkrar xəsarət almaq təhlükəsi olanları təhlükəsiz yerə köçürmək və ilk yardımın göstərilməsi mümkün olmayan, vəziyyəti ağırlaşan zərərçəkənə təhlükəsiz yerdə yardım göstərməkdir. Bəzi hallarda zərərçəkən əlçatmaz yerdə olduğu üçün ona yardım göstərmək olmur: deformasiyaya uğramış nəqliyyat vasitəsində sıxılmış vəziyyət, dağınıq, uçma qorxusu olan tikililər, yanğın, oksigen çatışmazlığı, zəhərli qazlar, batma, partlayış. Zərərçəkənə yaxınlaşmaq, yardım göstərmək mümkün olmadıqda, xüsusi avadanlıqlarla təhciz olunmuş strukturlara müraciət edin.

Zərərçəkənin qaldırılması və yerdəyişmə (daşınma)komanda şəklində aparılmalıdır. Komanda şəklində yardım göstərmək olduqca vacibdir. Xilasedicilərdən biri lider rolunu icra etməlidir, digərləri onun dediklərinə (əmr-lərinə) tabe olmalıdırlar. Lider aydın, nəzarət olunan səsle sərəncam verməlidir. Qışqırmaq və ya yüksək səs tonu komanda üzvlərinin qarşılıqlı əlaqələrini poza bilər. Eyni anda yalnız bir adam danışmalıdır. Lider komanda üzvlərini aydın danışığa (nitqə) sövq etməlidir.

*** Məsləhətlər**

- Öz təhlükəsizliyinizi, sonra isə zərərçəkənin təhlükəsizliyini təmin edin.
- Komanda şəklində hərəkət edin.

- Nə etmək istədiyinizi zərərçəkənə başa salın və onunla əməkdaşlığa çalışın. Zərərçəkəni hər an ruhlandırın.
- Yıxılanı tez oturtmayın və ya tez ayaq üstə qaldırmayın. Onun bu vəziyyətdə sabit, kömək olmadan qala biləcəyini güman etməyin.
- Köməkçi olduğu halda zərərçəkənin yerdəyişməsinə köməksiz etməyin.
- Köməkçilərdən nə tələb olduğunu başa düşməsinə əmin olun.
- Zərərçəkən nəfəs alırsa, qanaxma dayanıbsa və başqa təcili ilk yardıma ehtiyacı yoxdursa, onu təcili tibbi yardım briqadası gələncəyə qədər tərpətməyin. Zərərçəkəni yerindən yalnız zəruri ehtiyac olduqda tərpədin.
- Yardımın keyfiyyətli göstərilməsi mümkün olmadıqda (məsələn, təhlükə ehtimalı, yaş yerdə defibrilyasiyanın qeyri-mümkünlüyü) zərərçəkənin yerdəyişməsinə həyata keçirin.
- Travma almış zərərçəkəni təhlükəsiz ərazidən başqa yerə köçürməyin.
- Baş və boyun nahiyəsindən travma almış zərərçəkəni tərpətməyin və sil-kələməyin, çünki bu kimi hərəkətlər onurğa beyninin zədələnməsinin ağırlaşmasına səbəb ola bilər.
- Başın, boynun və onurğanın travmasına şübhə olduqda, zərərçəkən yalnız zəruri halda təcili tibbi yardım briqadası gələncəyə qədər başqa yerə köçürülə bilər.

*** Təhlükəsizlik qaydaları**

Özünü və zərərçəkəni qorumaq üçün zərərçəkəni qaldırarkən və daşıyarkən aşağıdakı qaydalara əməl edin:

- zərərçəkəni (uşağı) və ya əşyanı qaldırarkən onurğa sütununuzu qoruyun, ən ağır zədə – onurğanın zədələnməsidir;
- həmişə nisbətən daha güclü olan ayaq və ya çiyin əzələlərinizdən istifadə edin;
- zərərçəkəni (uşağı) və ya əşyanı ayaqlarınızın gücü ilə, oturaraq (çömləmək) qaldırın;
- zərərçəkəni qaldırarkən əsas gücü (ağırlığı) əyilərək onurğa sütununa (kürək, bel) yox, ayaqlara salın;
- zərərçəkəni qaldırarkən (əşyanı, uşağı) kürəyinizi düz saxlayın;
- dizləri əyin;
- əlinizlə zərərçəkəndən tam tutun;
- işlək əzələlərdə gərginliyi azaltmaq məqsədi ilə ağırlıq mərkəzinin bədəninizə yaxın düşməsi üçün zərərçəkəni özünüzmə mümkün qədər yaxın saxlayın;
- ayaqlar möhkəm və taraz vəziyyətdə olması üçün onları biri o birindən bir qədər irəli və təxminən 30 sm aralı (çiyin səviyyəsində) qoyun;
- ayaqlarınızı düzgün qoyun, xırda addımlarla, ehtiyatla yeriyin;
- imkan daxilində geri deyil, üzünüz irəli hərəkət edin;



Düzdür



Səhvdir

- onurğanı çevirmədən zərərçəkəni qaldırın;
- imkan olan yerdə çalışın zərərçəkəni itələyəsiz, nəinki dartasınız;
- balansınızı itirdiyiniz, tutma qabiliyyəti zəiflədiyi və özünüzü ələ ala bilmədiyiniz halda, mövqenizi dəyişin, əllə tutmanı tənzimləyin, ətraf mühitə uyğunlaşib işinizi yenidən başlayın.

Diqqət! Güc ayaqlara düşməli, kürəyiniz düz, ağırlıq isə sizə yaxın olmalıdır. Bu ehtiyat tədbirlərinə əməl etməklə xilasedicilər arasında ən çox rast gəlinən bel zədələnmələrinin qarşısını almaq olar.

* **Yerdəyişmənin mümkünliyünün təyin edilməsi**

Yerdəyişmənin vacibliyinə tam əmin olduqdan sonra onun mümkünlüyünü təyin edin.

- Hadisə yerinin təhlükəli olmadığına əmin olun.
- Zərərçəkənin vəziyyətini qiymətləndirin.
- Hər bir zərərçəkəndə onurğa sütununun zədələnməməsinə əmin olun. Başın, boyunun, belin zədələnməsinə şübhə olduqda və ya zərərçəkən mürəkkəb zədə aldıqda onu təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər tərpətməyin. Belə zərərçəkənə boyun yaxalığı qoyulduqdan sonra onun başı, boynu və bədənin digər hissələri lövhə üzərində immobilizasiya olunmuş vəziyyətdə xəstəxanaya çatdırılmalıdır.
- Zərərçəkənin təxmini çəkisini təyin edin.
- Fiziki qüvvənizi və imkanlarınızı nəzərə alıb, əlavə köməyi müəyyən edin. Köməkçilərin çoxluğu zərərçəkənin yerdəyişməsini asanlaşdırır.
- Zərərçəkənin yerdən qaldırılması üçün azı iki nəfərin iştirakını təmin edin.
- Zərərçəkəni və əşyaları qaldırarkən müvazinəti itirməmək üçün köməkçilərin sayını cüt edin.

TƏCİLİ VƏ TƏXİRƏSALINMAZ YERDƏYİŞMƏ

Xilasedici əsas təhlükəsizlik tədbirlərinə əməl etməklə özü də xəsarət almadan zərərçəkənlərin qaldırılmasını düzgün təmin edə bilər. Zərərçəkəni təhlükəsiz yerə müxtəlif üsullarla daşımaq olar. Lakin bu üsullardan heç biri bütün vəziyyətlər üçün tam əlverişli deyildir. Zərərçəkəni təhlükəsiz yerə köçürərkən, özünü xəsarət yetirməyin və zərərçəkənin əlavə zədələr almasına imkan verməyin.

Yerdəyişmə iki cür olur: təcili və təxirəsalınmaz

İlk növbədə müəyyən edin: zərərçəkən **təcili** olaraq, ləngimədən başqa yerə köçürülməlidir, yaxud onun **təxirə salınmadan**, müəyyən müddətdən sonra da yerini dəyişmək olar. Bu qərar müxtəlif faktorlardan asılıdır. Bir sözlə, əgər zərərçəkənin həyatı üçün təhlükə yoxdursa, onu digər təcili tibbi yardım işçiləri gəldikdən sonra başqa yerə köçürmək olar. Yardım göstərəkən əlcək və maskadan istifadə edin və təhlükənin olmadığına əmin olun.

*** Təcili yerdəyişmə**

Onurğanın zədələnməsi çox təhlükəlidir. Təcili yerdəyişmə isə onurğanın immobilizasiyasını lazımi həcmdə aparmağa vaxt olmadıqda həyata keçirilir. Belə hallarda xilasedici zərərçəkənin onurğasını əlavə zədələnmədən qorunmalıdır, bədən düz xətt üzrə olmalıdır və onurğanın mühafizəsi üçün zərərçəkəni bədənin uzun oxu istiqamətində çəkmək lazımdır. Bunun üçün xilasedici müəyyən edilmiş prinsip və qaydalara əməl etməlidir.

Zərərçəkənin təcili yerdəyişməsi ancaq aşağıdakı hallarda aparılmalıdır:

- həyatı üçün real təhlükə olarsa (yanğın, partlayış, dağıntı və s.);
- hadisə yerində ilk yardımın göstərilməsi mümkün olmadıqda (nəqliyyat vasitəsində sıxılma, əl çatmaz yer, yardım göstərilməsi üçün münasib yerin və şəraitin olmamağı və s.).

Təcili yerdəyişmədə zərərçəkəni çiyin və ya boyun nahiyəsindən paltarından, zərərçəkən ədyal və ya digər örtük üzərində olduqda onlardan yapışaraq dartıb, hadisə yerindən kənarlaşdırmaq lazımdır. Digər üsul arxa tərəfdən qoltuq altına girməklə zərərçəkənin sağ əllə sol, sol əllə sağ biləyindən tutub dartmaq.

*** Təxirəsalınmaz yerdəyişmə**

Təxirəsalınmaz yerdəyişmə zərərçəkənin həyatı üçün real təhlükə olmadıqda ancaq köməkçilərin vasitəsilə həyata keçirilir və onurğa zədəsinin şübhəsi olmadıqda aparılır. Təxirəsalınmaz yerdəyişmədə xüsusi tibbi avadanlıqlardan istifadə etmək ehtimalı yaranır. Təxirəsalınmaz yerdəyişmədə zərərçəkəni iki və ya üç xilasedicinin köməyi ilə qaldırıb, yerini dəyişirlər (yerdən xərəyə, xərəkdən çarpayıya və əksinə).

YERDƏYİŞMƏ (DAŞINMA) ÜSULLARI

1. Zərərçəkənə yeriməkdə köməklik

Yeriməkdə kömək ancaq huşu aydın olan yeriyə bilən zərərçəkənə etmək olar. Zərərçəkənə yeriməkdə kömək, kritik hallarda istifadə olunan əsas yerdəyişmə üsuludur.



Bir və ya iki yardımçı bu metodu huşu aydın olan zərərçəkənə tətbiq edə bilər. Bu üsuldən istifadə etmək üçün yeriyyə bilən zərərçəkənin zədələnmiş və ya zəif tərəfində dayanın. Onun qolunu çiyinizdən (boyundan) aşırmaqla bir əlinizlə biləyindən tutun. Digər əlinizlə zərərçəkənin bel nahiyəsindən (kəmərdən, paltardan) yapışıb, ona dayaq verin. Kiçik addımlarla zərərçəkənin vəziyyətini nəzərə alaraq

hərəkət edin.

Əvvəlcə zərərçəkənə yaxın olan ayaqla hərəkətə başlayın. Əl ağacı, əsa olduqda zərərçəkən ondan istifadə etməlidir. Zərərçəkəni hər an ruhlandırın.

Əgər ikinci xilasedici olarsa, zərərçəkəni həmin üsulla digər tərəfdən tutaraq kömək edə bilər. Zərərçəkənin bel zədələnməsinə şübhə varsa, bu üsuldən istifadə etməyin.

2. Bir xilasedicinin köməyi ilə zərərçəkəni qucağa və belə almaqla daşınması

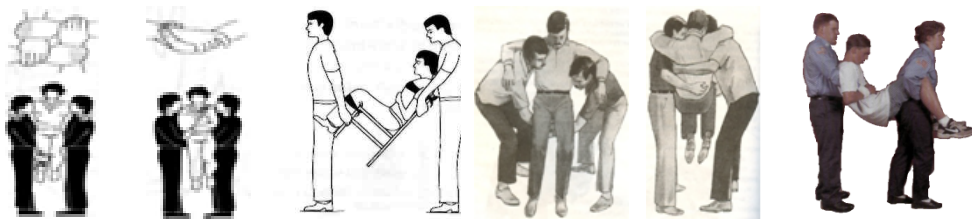
Zərərçəkəni qucağa və belə almaqla daşımaq üsulu həm huşu aydın olan, həm də huşunu itirmiş zərərçəkənə tətbiq edilə bilər. Huşunu itirmiş zərərçəkəni digər xilasedicinin köməyi ilə ayaq üstə dikəldib, belinizə alın.



Arxanız zərərçəkənə olmaqla elə çöməlin ki, onun qoltuqları çiyinlərinizdən sallansın. Zərərçəkənin qollarını sinənizdə çarpazlaşdırıb, biləklərindən tutun. Ehtiyatla irəli əyilərək zərərçəkəni belinizə alın. Belinizi düz saxlayaraq ayağa qalxın və təhlükəsiz yerə addımlayın. Zərərçəkənin fiziki ölçülərindən asılı olaraq, onun iki biləyini bir əlinizdə saxlamaqla, tarazlıq yaratmaq, qapı açmaq və maneələri dəf etmək məqsədilə o biri əlinizi sərbəst buraxın. Zərərçəkənin bel zədələnməsinə şübhə varsa, bu üsuldən istifadə etməyin.

3. Zərərçəkənin iki xilasedicinin köməyi ilə oturaq və digər vəziyyətdə daşınması

Zərərçəkənin oturaq vəziyyətdə iki xilasedicinin köməyi ilə daşınması huşu aydın olan və ciddi zədələri olmayan zərərçəkənlərə tətbiq oluna bilər.



4. Zərərçəkəni paltardan çəkməklə daşınması

Zərərçəkənin çiyin və ya boyun nahiyyəsində paltardan yapışaraq dartmaq. Zərərçəkəni öz bədəninin oxu istiqamətində boyun və ya çiyin nahiyyəsində paltarından yapışmaqla dartmaq lazımdır. Ancaq bu həmişə mümkün olmur. Ən tipik misal zərərçəkənin nəqliyyat vasitəsində sıxılmasıdır. Belə hallarda zərərçəkənin onurğasına güc düşməməsinə çalışmaq lazımdır. Paltardan çəkməklə daşınma zərərçəkənin baş və bel zədələri şübhəsi olduqda tətbiq oluna bilər. Bu üsul zərərçəkənin daşınması zamanı başın və belin sabit vəziyyətdə saxlanmasına kömək edir.



5. Zərərçəkəni ədyal (örtük) üzərinə qoyaraq dartmaq və digər dartma üsulları:



- (a) zərərçəkəni ədyal və ya jaket üzərində dartma;
- (b) qoltuq altına arxadan girməklə zərərçəkənin sağ əllə sol, sol əllə sağ bəliyəndən tutub dartma;
- (c) Arxa tərəfdən qoltuq altına girməklə dartma.

Diqqət! Heç vaxt zərərçəkənin başından tutub dartmayın.

Bütün bu yerdəyişmələr bir və ya iki nəfərin köməyi ilə, xüsusi vasitələrdən istifadə etmədən yerinə yetirilə bilər. Adətən xilasetmə zamanı vasitələrin mövcudluğu məhduddur. Zərərçəkəni özünüz daşmalı olduqda, tibb müəssisəsinə ən qısa yolu seçin. Zərərçəkəni nəzarətsiz qoymayın.

ZƏRƏRÇƏKƏNİN QALDIRILMASI VƏ YERDƏYİŞMƏSİ

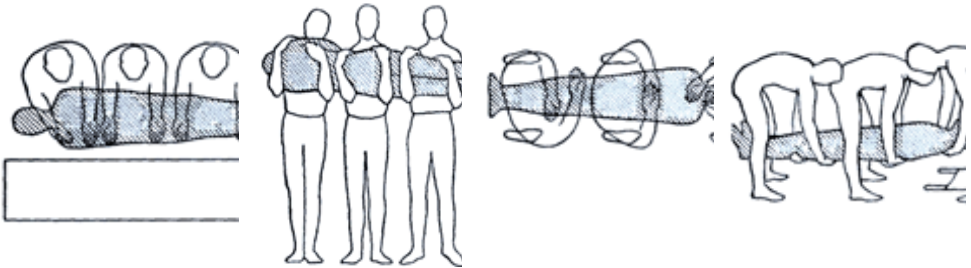
1. Zərərçəkənin əllə qaldırılması və yerdəyişməsi (onurğanın zədələnməsi olmadıqda)

Mümkündürsə, zərərçəkənin əllərini sinəsi üstünə qoyun.

- » İki və ya üç xilasedici zərərçəkənin bir tərəfində dururlar.
- » Xilasedicilər eyni dizi üstə dayanırlar
- » Zərərçəkənin başına yaxın olan xilasedici bir əlini onun boynunun və çiyinin altına elə qoyur ki, **dirsək büküşü başı qucaqlayaraq saxlasın**. İkinci əlini isə zərərçəkənin kürəyinin aşağı hissəsinin altına qoyur.
- » İkinci xilasedici bir əlini zərərçəkənin dizi altına, ikinci əlini sağrı altına qoyur.



- » Üçüncü xilasedici olarsa o, hər iki əlini zərərçəkənin belinin altına qoyur, qalan iki xilasedici əllərini kürəyin ortasına və sağrı nahiyəsinə doğru sürüşdürürlər.
- » Siqnalla (işarə ilə – məsələn, bir, iki, üç) xilasedicilər zərərçəkəni qaldırır və dizləri üstə qoyaraq özlərinin sinəsinə tərəf çevirirlər.
- » Siqnalla xilasedicilər qalxır və zərərçəkəni xərəyə qoyurlar.
- » Zərərçəkəni xərəkdən yerə qoymaq üçün yuxarıdakı hərəkətlər əks növbə ilə icra edilir.
- » Xilasedicilərin razılaşdırılmış hərəkətləri mühüm həyatı əhəmiyyət kəsb edir.



2. Zərərçəkəni ətraflardan tutmaqla qaldırma (ətrafların zədələnməsi olmadıqda)

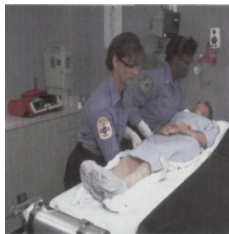
Bir xilasedici zərərçəkənin baş nahiyyəsində, digəri isə zərərçəkənin yan tərəfində diz nahiyyəsində, dizləri üstündə dayanırlar. Xilasedicilərdən biri əllərini zərərçəkənin qoltuqları altından salıb sağ əli ilə onun sol, sol əli ilə sağ biləyindən tutur. İkinci xilasedici zərərçəkənin dizlərinin büküldüyü yerdən yapışır. Hər iki xilasedici oturaq (çöməlmək) vəziyyət alır və siqnal-la eyni zamanda qalxıb, zərərçəkəni xərəyə qoyurlar.

3. Arxası üstə uzanmış zərərçəkənin çarpayından xərəyə birbaşa yerdəyişməsi



- Xərəyin baş hissəsini çarpayının ayaq hissəsinə perpendikulyar qoyun.
- Xərəyin kəmərlərini açıb və digər əşyaları götürüb, onu hazır edin.
- Xilasedicilər üzleri zərərçəkənə doğru olmaqla xərək və çarpayı arasında dayanır.
- Zərərçəkənin başına yaxın olan xilasedici bir əlini zərərçəkənin boynunun altından salıb (**döşək büküşü başı qucaqlamalındır**), çiyindən tutur, digər əlini isə onun kürəyi altına salır.
- İkinci xilasedici bir əlini zərərçəkənin çanağının altına salaraq, bir az qaldırır, hər iki əli ilə budundan yapışır.
- Sonra xilasedicilər zərərçəkəni çarpayının kənarına çəkirlər.
- Xilasedicilər zərərçəkəni sinələri səviyyəsinə qaldırır, özlərinə tərəf çevirirlər.
- Sonda onlar çevrilib, zərərçəkəni xərəyə qoyurlar.

4. Arxası üstə uzanmış zərərçəkənin çarpayından xərəyə döşəkağı (mələfə) ilə yerdəyişməsi



- Zərərçəkənin uzandığı döşəkağının kənarları azad edilir.
- Xərək çarpayıya bitişik qoyulur.
- Xərəyin kəmərlərini açıb və ona lazımı hündürlük verilərək, hazır edilir.
- Xərəyin üstündən əyilərək döşəkağının baş, döş qəfəsi, çanaq və diz nahiyyəsinə düşən hissəsindən tutulur.
- Döşəkağıni çəkməklə zərərçəkən xərəyə köçürülür.

ZƏRƏRÇƏKƏNİ QALDIRMA VƏ YERDƏYİŞMƏ (DAŞINMA) QAYDALARI

* Ümumi qaydalar

Zərərçəkənin yerini dəyişdikdə xilasedici aşağıdakı qaydalara əməl etməlidir:

- » düz səthlə kiçik, eyni uzunluğu olan addımlarla hərəkət etməlidir;
- » hərəkətlərini digər köməkçilərin hərəkətləri ilə razılaşdırmalıdır;
- » zərərçəkənin artıq silkələnməsinə yol verməmək üçün addımları qeyri-sinxron atmalıdır;
- » imkan daxilində geriyə deyil, üzü irəli hərəkət etməlidir;
- » düz yerdə hərəkət edərkən zərərçəkənin ayaqlarını gediş istiqamətinə uyğun olaraq irəlidə tutmalıdır;
- » baş tərəfdə duran xilasedici zərərçəkənin üzünə baxaraq vəziyyətinə diqqət etməlidir;
- » ayaq tərəfində duran xilasedici diqqətlə ayağının altına baxaraq, arxası ilə hərəkət edən xilasediciyə maneələr barəsində xəbər verməlidir;
- » tez-tez və müntəzəm olaraq zərərçəkənlə və köməkçilərlə danışıqlar aparmalıdır;
- » yoxuşda (yuxarı qalxarkən, pilləkənlə və s.) və nəqliyyat vasitələrinin salonunda öndə zərərçəkənin başı, enişdə isə – ayaqları olmalıdır;
- » aşağı ətrafların ciddi zədələnməsində yoxuşa hərəkət etdikdə ayaqlar, enişə hərəkət etdikdə isə baş irəlidə olmalıdır;
- » çoxlu miqdarda qan itirən, şok vəziyyətində olan zərərçəkənin ayaqları başı səviyyəsindən hündür olmalıdır;
- » ağrısı olan, çətin nəfəs alan və narahatçılıq hiss edən zərərçəkənə rahat olan vəziyyət verilməlidir;
- » ehtiyac olduqda zərərçəkənin başına və belinə dayaq verilməlidir.



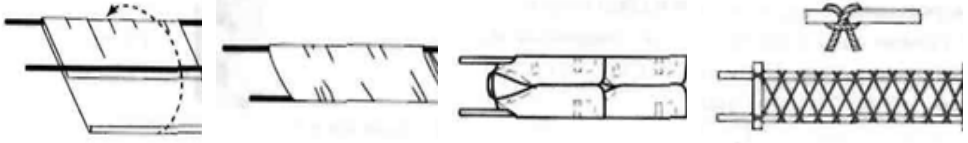
Huşsuz vəziyyətdə olan zərərçəkən adekvat (tam uyğun) nəfəs alırsa və zədələnmə əlamətləri yoxdursa, ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verilməlidir. Belə vəziyyət tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin edir və qan dövranı üçün optimal şərait yaradır.

1. Xərəkədən istifadə

Xilasedicilərlə müntəzəm olaraq məşqlərin aparılması, xüsusilə, əlaltı vasitələrdən istifadə olunmasının öyrənilməsi zərərçəkənin yerdəyişməsi zamanı köməklik göstərən insanların xəsərət almasını minimuma endirir.

Zərərçəkənin qaldırılması və yerdəyişməsi üçün müxtəlif vasitələrdən istifadə olunur. Bunlar: xərək, xərək-araba, kürsü-xərək, yığılan-xərək, boun yaxalığı, “azadetmə qurğusu”, uzun və qısa onurğa lövhələri.

Xərək olmadığı halda əlaltı vasitələrdən (qapı, taxta, ədyal, boyun qayışı və ya adi qayış, kəmər, stul, iki şüvül (uzun, düz ağac), döşəkağı, mələfə və s.) istifadə etmək olar. Şəkildə gördükləriniz əlaltı vasitələrdən yığılmış xərəklərdir.



Xərəyi istifadədən qabaq işlək olduğuna baxış keçirin və onun zərərçəkənin çəkisinə davam gətirəcəyinə əmin olun. Zərərçəkəni (xüsusilə də huşunu itirmiş) xərəyin kəmərləri ilə xərəyə kip bağlayın və nə edəcəyinizi zərərçəkəne bildirin. Xərəklər müxtəlif olduğuna görə onun istifadə qaydaları ilə qabaqcadan tanış olun. Xərəklər açıq və yığılmış vəziyyətdə olur. Yığılmış vəziyyətdə olan xərəyin açılma qaydasına uyğun olaraq açın. Xərəyi zərərçəkənin bir tərəfində yerləşdirib, bütün kəmərləri açın. Zərərçəkəni xərəyin üstünə uzandırdıqdan sonra onu örtüklə büküb, üstündən kəmərləri bağlayın.



Zərərçəkənin xərəkdə aparılması komanda şəklində həyata keçirilməlidir. Zərərçəkəni apararkən ayaqlar qabaqda olmalıdır. Xilasedicilər hərəkətlərini bir-biri ilə əlaqələndirməlidirlər. Komandanın lideri göstəriş verməlidir, digərləri ona tabe olmalıdır.

- xərəyin hər tutacağıının yanında bir xilasedici durmalıdır. Üç nəfər olduqda ikisi baş tərəfdə, biri ayaq tərəfdə durmalıdır.

- xilasedicilər çömələrək xərəyin qulpundan (tutacaq) möhkəm tutaraq liderin komandasına əsasən, kürəklərini düz saxlamaq şərti ilə, yerdən qalxıb, xərəyi eyni səviyyədə özlərinə yaxın saxlamalı, sonra isə xərəyə yaxın olan ayaqla qısa addımlarla hərəkətə başlamalıdırlar.

- zərərçəkəni yerə qoymaq üçün xilasedicilər liderin göstərişinə əsasən dayanmalı və komanda verildikdən sonra birgə çömbəlib, xərəyi yerə qoymalıdırlar.

Kömək istənilməyən halda xəbəyin tarazlığının pozulmaması üçün zərərçəkənin daşınmasına müdaxilə etməyin.

2.Ədyaldan (örtükdən) istifadə

Bu üsulu baş beyin və onurğa beyninin travması olmadıqda həyata keçirmək olar.

- ədyalın (örtüyün) yarısı rulon şəkilində bükülür, sonra zərərçəkəni sol və ya sağ böyrü üstə fırladıb, ədyalı onun kürəyinin altına qoyurlar.
- daha sonra zərərçəkəni rulonun üstündən geri fırladıb, ədyalı (örtüyü) tam açırlar. Beləliklə, zərərçəkən örtüyün üstünə tam uzandırılır.
- iki (üç, dörd) xilasedici zərərçəkənin başı və ayağı tərəfdən çömələrək, örtüyün uclarından dəstək kimi möhkəm yapışırlar.
- komanda verildikdən sonra zərərçəkən yerdən qaldırılır.

3.Helikopterə yanaşma qaydaları

Helikopter enərkən zərərçəkəni tozdan və səsdən qoruyun, ən azı dizi üstə durub qoruyun.

Helikopterə yaxınlaşdıqda aşağıdakı standart təhlükəsizlik qaydalarına riayət edin:

- 50 metrdən yaxın məsafəyə yaxınlaşmayın;
- yanınızda (ətrafınızda) heyvanlar (it və s.) olduqda, onlara nəzarət edin;
- helikopterin 50 metr enmə ərazisində siqaret yandıran və çəkənin olmadığına əmin olun;
- sərbəst duran (bərkidilməyən) əşyaları (budaq, xərək, sınımış əşya və avadanlıq qırıqları və s.) kənarlaşdırın;
- helikopter enərkən hərəkət etməyin, helikopterin baş tərəfində (əqrəblər saat 2-ni göstərən istiqamətdə) dizi üstə rotor tiyəindən arxada durun;
- helikopter enəndən sonra göstəriş olmadan ona yaxın durmayın;
- göstəriş olduqda tələsmədən helikopterin müəyyən edilmiş yerinə yaxınlaşın;
- helikopterə arxadan yaxınlaşmayın;
- dolamaçarx xətlərinə (sətirlərinə) toxunmayın, onlar torpağa dəyməyə qədər statik elektrik cərəyanı daşıyır.



YOLUXUCU XƏSTƏLİKLƏR

Yoluxucu xəstəliklərə müxtəlif mikroblar: bakteriyalar, viruslar, spiroxetlər, göbələklər və s. səbəb olur. Mikroblara hər yerdə: torpaqda, havada, suda, bitkilərdə, insanın və heyvanın müxtəlif nahiyələrində rast gəlmək mümkündür. Onlar, xüsusilə, tullantılarla çirklənmiş torpaq və suda çoxluq təşkil edirlər. Yüksək temperaturun təsirinə, bir çox kimyəvi maddələrə, gün işığına qarşı davamlı olan basillər uzun müddət (aylar, illər) qida və rütubət olmadan öz həyat qabiliyyətlərini saxlaya bilirlər. İnsan və ya heyvan orqanizminə düşdükdə onlar çoxalır və xəstəlik törədə bilirlər.

Yoluxucu xəstəliklər çox geniş yayılmış və milyonlarla insanın ölümünə səbəb olmuşdur. Yoluxucu xəstəlik bir ölkədə yayılırsa **epidemiya**, bir neçə ölkədə yayılırsa **pandemiya** adlanır.

Hər bir yoluxucu xəstəlik xüsusi mikroblar tərəfindən törədilir. Bununla belə, mikrobların hamısı yoluxucu xəstəliyə səbəb olmur. Faydalı olan bir çox mikroblar vardır. Onların insan həyatındakı rolu böyükdür. Onlar çürümə prosesində iştirak edib, ölmüş orqanizmləri məhv edir və bununla da yer səthini lazımsız tullantılardan təmizləyirlər. Mikrobların iştirakı olmadan çörək bişirmək, yağ və pendir istehsal etmək, dənli, lifli bitkiləri işlətmək və s. mümkün olmazdı.

Bəzi növ mikroblar xüsusi maddələr əmələ gətirirlər (antibiotiklər: penisillin, streptomisin, biomisin və s.). Antibiotiklər bir çox xəstəliktörədicilə mikrobların artımının qarşısını alır və bununla əlaqədar olaraq, insanın (heyvanın) əksər yoluxucu xəstəliklərinin müalicəsi zamanı istifadə edilirlər. Müasir təbabətdə botulotoksin Botoks (disport) adlı kosmetik maddənin aktiv tərkibi olaraq kosmetologiyada tər ifrazının azalması və qırıqların hamarlaşması üçün geniş istifadə olunur.

Xəstəliktörədicilə mikroblar insan sağlamlığı üçün çox təhlükəli ola bilərlər. Onlar insan orqanizminə daxil olaraq burada öz inkişafı üçün əlverişli şərait yaradırlar. İnsanlar xəstə heyvanlardan çox, insanların özündən yoluxurlar. Mikroblar orqanizmə hava, toz, çirklənmiş qida məhsulları ilə ağızdan (danışıq zamanı, xəstə əsqıranda və öskürəndə), kontakt-təmas yolu ilə dəri və selikli qişaların tamlığının pozulması (cıziqlar, sıyrılmalar, yaralar) nəticəsində daxil olur.

* Mikrobların törətdiyi xəstəliklər

Bakteriyalar (çox vaxt onlara mikroblar deyilir) vərəm, tetanus, bakterial ishal, pnevmoniya, süzənək, xlorid, sifilis və s. xəstəliklər törədir. Bu xəstəliklər insanlara müxtəlif yollarla keçir: hava-damcı, cinsi, qan köçürmə, qeyri-steril alətlərlə, çirkli su və əl ilə.

Viruslar qrip, qızılca, parotit (qulaqdibi vəzisinin iltihabı), suçiçəyi, quduzluq və s. xəstəlik törədir. Sağlam insan xəstəliyə milçək vasitəsilə, xəstə insan öskürdükdə, bilavasitə xəstə insanla və ya heyvanla kontaktda olduqda, sancma və heyvan dişləməsi zamanı yoluxur.

Daxili parazitlər (bağırsağ qurdları, amyöb, dizenteriya, malyariya) natəmizlik nəticəsində və ağcaqanad dişləməsi zamanı sağlam adamı xəstələndirir.

Xarici parazitlər (bit, birə, taxtabiti, qoturluq gənəsi və s.). Yoluxucu xəstəliklərin insana ötürülməsində mühüm yeri həşəratlar və bitlər tutur (insanı yoluxmuş həşərat dişlədikdə).

* İmmunitetin yaranması

Orqanizm yoluxucu xəstəlik törədiciləri ilə mübarizə aparmaq iqtidarına malikdir. Orqanizm qana düşən yad cismi (zəhər, toksin və s.) məhv etmək üçün anticisimlər yaradır. Orqanizmin bu müdafiə vasitəsi *immunitet* adlanır. İmmunitet anadangəlmə və qazanılma ola bilər. Sonradan qazanılan immunitet insanda müvafiq yoluxucu xəstəliyə tutulduğu zaman, təbii və ya süni yolla peyvəndləmədən sonra yaranır.

BOTULİZM

Botulizm – ağır toksiki yoluxucu xəstəlikdir. Xəstəliyin adı latınca botulizm – kolbasa sözündən götürülmüşdür. Botulizmi törədən bakteriya **Clostridium botulinum** adlanır. Bu bakteriya insan orqanizmi üçün təhlükəli deyil. Lakin bakteriyalar tərəfindən "hazırlanan" toksin – botulotoksin dünyada ən güclü bioloji zəhərlərdən sayılır. Botulotoksin əsasən baş beyin və onurğa beyninin zədələnməsi ilə fəsadlar törədir. Bu xəstəliyi törədən mikrobların sporları torpaqda yaşayır. Oradan suya, tərəvəzə, meyvələrə, qida məhsullarına, yeməyə düşür. Əksərən botulizmə yoluxma evdə (90%) düzgün sterilizasiya olunmamış və uyğun şəraitdə saxlanılmamış konservləşdirilmiş məhsulların (göbələk, tərəvəz, balıq, hissə verilmiş ət və s.) qəbulu ilə baş verir. **Sporlar** oksigen olmayan yerlərdə vegetativ formaya (bakteriyaya) çevrilərək, daha fəal şəkildə çoxalırlar və nəticədə botulotoksin ifraz edirlər. **Botulotoksin insan orqanizminə düşdükdə qan axını ilə bütün orqanizmə yayılır və müxtəlif qrup əzələlərdə ifliclərə səbəb olur.**

1. Botulizmin əlamətləri

Botulizm xəstəliyinin gedişində toksin aparıcı rol oynayır. **Toksin** üç hissi sinirlər (qoxu – nervus olfactorius, görmə – nervus optikus, dəhliz-ilbiz – nervus vestibulocochlearis) istisna olmaqla, bütün **baş beyin sinirlərini zədələyir**. İlk növbədə göz, udlaq, qırtlaq, sonra isə tənəffüs aktında iştirak edən əzələlərə ziyan vurur.

Buna görə yüngül formada **gözün hərəkəi əzələləri**, orta ağır formada **udlaq və qırtlaq əzələləri** (**üç D–diplopiya, disfaqiya, disartriya**), ağır formada isə tənəffüs aktında iştirak edən **əzələlər iflic olur**.

Xəstəlik konservləşdirilmiş məhsulla qidalandıqdan 10–12 saatdan sonra, qəflətən mədə-bağırsaq və nevroloji əlamətlərlə özünü büruzə verir.

***Adətən, xəstəlik mədə-bağırsaq sisteminin pozulması əlamətləri ilə başlayır və mədə-bağırsaq sisteminin iflic olması meydana çıxır.**

- əvvəl ürəkbulanma, qusma, bəzi hallarda qarınüstü (epiqastral) nahiyədə ağrı, ishal halları baş verir. Qusma və ishal uzun çəkmir.

- sonra mədədə ağırlıq hissi, meteorizm (qarında köp), güclü qəbizlik olur.

***Nevroloji əlamətlər mədə-bağırsaq sisteminin pozulması əlamətləri ilə birgə və ya ondan sonra baş verir.**

Ən qabarıq və erkən nevroloji əlamət görmənin pozulması, ağızda quruluğun olması və əzələ tonusunun zəifliyidir. Bunlar bütün əzələlərin parezi (yüngül iflic) nəticəsində baş verən əlamətlərdir.

➤ görmənin pozulması (tutqun görmə, gözlər önündə duman, tor, iki görmə (**diplopiya**), gözlərdə iki görmənin baş verməsi nəticəsində üzündən oxumağın çətinləşməsi, çəpgözlük, əşyaların konturlarının yaygın olması). Bu, gözün hərəkəi əzələlərinin parezi nəticəsində baş verir. Burada bir gözün görmə oxunun əyilməsi müşahidə olunur.

➤ ağızda quruluq.

Əzələ tonusunun zəifliyi nəticəsində baş verən digər əlamətlər:

- udlaq, qırtlaq, qırtlaq qapağını idarə edən əzələlərinin parezi nəticəsində **disfaqiya** – udma aktının pozulması (insan heç bir qıdanı uda bilmir);

- göz qapaqlarının aşağı sallanması (*ptoz*);

- ifadəsiz mimika;

- **disartriya** – artikulyasiyanın pozulması nəticəsində nitqdə qusur (**artikulyasiya** latın sözü olub müəyyən səsi tələffüz etmək üçün dodaqların, dilin, damağın, səs tellərinin gördüyü işə deyilir);

- səsin xırıltılı olması və ya tam batması;

- qəbizlik;

- yerişin pozulması;

- ürək-damar sistemində funksional pozğunluqlar;

- tənəffüs aktında iştirak edən əzələlər (diafraqma, qabırğaarası və qarın əzələləri) parezi nəticəsində nəfəsalmənin pozulması (təngnəfəslik), hipoksiya və kəskin tənəffüs çatışmazlığının əmələ gəlməsi.

- qızdırmanın olmaması.

*** İrədi əzələlərin enən simmetrik zəifliyi (iflici) – boyun, çiyin, yuxarı və aşağı ətraflar.**

Bu zaman xəstəyə lazım olan ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım göstərilməyə o, həlak ola bilər. Bu səbəbdən sadaladığımız simptomları (və onların hər hansını) hiss etdikdə, tez bir zamanda həkimə müraciət etmək və ya təcili tibbi yardım xidmətinə zəng etmək lazımdır.

2. İlk yardım

Daim tənəffüs yollarını, tənəffüsü və ürək döyüntülərini nəzarətdə saxlayın. Zərərçəkəni təmiz hava ilə təmin edin. Onu arxası üstə uzadıb, başını azacıq arxaya əyin, çənəsini qaldırın. Sərbəst tənəffüsə maneənin olmasına əmin olun. Lazım gəldikdə zərərçəkəndə ürək-ağciyər reanimasiyasına (ÜAR) başlayın və təcili olaraq ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilməsi və zərdab vurulması üçün xəstəxanaya çatdırın.

! Botulizm yalnız xəstəxana şəraitində müalicə olunmalı, mədə yuyulmalı və zərdab vurulmalıdır.

3. Botulizmin profilaktikası

- mürəbbələri və digər konservləri yalnız təzə və keyfiyyətli meyvə və tərəvəzlərdən hazırlayın. Xarab, yetişməmiş və tam yuyulmamış meyvə və tərəvəzlərdən istifadə etməyin.
- meyvə və tərəvəzləri xüsusi fırça ilə axar su altında yaxşı yuyun.
- konservlər bir saat və ya 30 dəqiqə ərzində bir neçə dəfə sterilizasiya olunmalıdır.
- konservləri mütləq soyuq yerdə saxlamaq lazımdır (soyuducu, eyvan, zirzəmi).
- bazarlardan ev şəraitində hazırlanan turşu və konservləri almayın.
- konserv bankasının qapağı "şişibsə" və ya suyunun rəngi bulanıqdırsa, iyi, rəngi dəyişildikdə onu istifadə etməyin və ya yaxşı qaynadıb, soyuducuda saxlayın.
- botulotoksin 30 dəqiqə qaynatdıqda parçalanır. Ev şəraitində hazırlanan konservləri istifadə etməzdən əvvəl 15–20 dəqiqə ərzində bağlı vəziyyətdə su ilə olan qazanda qaynadın. Bu halda botulotoksin tam parçalanacaq.
- dəmir bankalarda olan balıq və ət konservləri açıqdan dərhal sonra basqa qaba qoyun.

Ərzaq mağazalarında satılan sənaye konservləri də botulizm xəstəliyinə səbəb ola bilər. Buna görə konservləri aldıqda qablaşmaya diqqət yetirin: istifadə (yararlıq) müddəti, qapağın şişkinliyi, dəmirdən olan qablarda batıq yerləri.

Bal tərkibli qatışıqlarla süni qidalanan bir yaşa qədər uşaqlarda tək-tək halda botulizmə yoluxma müşahidə olunur. Belə ki, uşaqların bağırsağ mik-roflorası hələ **Clostridium botulinumun** inkişafının qarşısını ala bilmir.

TETANUS

Tetanus - ağır, kəskin, təhlükəli yoluxucu xəstəlikdir. Yunan dilində “tetanos” qıcolma, donma mənasını ifadə edir. Eritrositlərin parçalanması (hemolizi) və skelet əzələlərinin qıcolması ilə müşahidə olunan, asfiksiya (boğulma) və ölümlə nəticələnə bilən mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə səciyyələnir. Tetanus toksini botulizm toksini kimi dünyada ən güclü bioloji zəhər hesab olunur.

Tetanus mikrobu təbiətdə geniş yayılmışdır. Gövşəyən heyvanların (40%) bağırsaqlarında daim yaşayır, torpağa düşür, spor əmələ gətirərək hər yerdə havada və torpaqda uzun müddət (illərlə) qalır. İki saat ərzində 90⁰ istiliyə tab gətirir. Xəstələrin 20–25%-i ölür.

Mikroblar ancaq zədələnmiş dəri və selikli qişadan orqanizmə daxil olub oksigensiz şəraitdə inkişaf edib, tetanus xəstəliyi törədir. Buna görə dərinə nüfuz edən yaralar tetanusun inkişafı üçün daha əlverişlidir.

1. Tetanusun əlamətləri

Xəstəliyin gizli (inkubasiya) dövrü 1 gündən 30 günə qədər davam edə bilər. Tetanusun təsdiqlənməsi üçün dəri və selikli qişalarda olan yara və zədələrə fikir vermək lazımdır.

- xəstəlik adətən kəskin, halsızlıqla, əksər hallarda sağalmaya meyilli olan yara ətrafı əzələ və dərinin gərginliyi və dartılması ilə başlayır.
- xəstəliyin başlanğıc əlaməti **çeynəmə əzələlərinin yığılması** nəticəsində trizmin (çənənin qıc olması) əmələ gəlməsidir. Ağır hallarda dişlər elə qapanır ki, ağızı açmaq mümkün olmur.



- Çənənin qıc olmasından sonra mimiki əzələlərin qıcolması baş verir. “**Sardonik**” **təbəssüm** yaranır – zərərçəkən eyni zamanda həm gülür, həm də ağlayır.
- Bununla eyni zamanda udma aktının çətinləşməsi və **boyun əzələlərinin ağırlı gərginləşməsi**– rigidliyi baş verir.
- rigidlik (gərginləşmə) digər qrup əzələlərdə yuxarıdan aşağıya doğru (boyun, kürək, bel, qarın) inkişaf edir və ətraflara yayılır. Kürək əzələlərinin kəskin yığılması nəticəsində baş dala qatlanır, xəstə yatağında qıvrılır, dabanları və ənsəsi ilə yerə söykənir (**ənsə-daban vəziyyəti** – **opistotonus**). Qarın taxta kimi bərk olur. Xəstə dəhşət hissi keçirir, dişlərini qıçdır, ağrıdan

qışqırır, inildəyir. Əzələlərin gərginliyinin artması nəticəsində bağların qopması və skelet sümüklərinin, hətta onurğanın sınması baş verə bilər.

- əksər xəstələrdə huş tam itmir, uzun müddətli yuxusuzluq baş verir.
- yardım göstərilməzsə, tənəffüs aktında iştirak edən əzələlərin, səs yarığının, diafraqmanın spazması nəticəsində baş verən ölümə səbəb asfiksiya (boğulma) və ürək əzələsinin iflici baş verir.
- güclü tərləmə olur.

2. İlk yardım

Tetanusun müalicəsi mürəkkəb olduğu üçün profilaktik tədbirlərin aparılması mühüm rol oynayır və ölüm faizini xeyli azaldır. Profilaktik tədbirlərin aparılması kiçik yaşlardan (iki aydan) tetanusun əleyhinə peyvəndlərin vurulması ilə başlayır və yalnız bu halda uşaqlar peyvənd olunmuş hesab olunurlar. Bütün hallarda peyvənd orqanizm tərəfindən yaxşı (ağrısız, fəsadsız) qəbul olunur. Tibbi göstərişə əsasən kəskin respirator virus xəstəlikləri, hamiləliyin ilk üç ayı istisna olmaqla bütün hallarda peyvəndləmə işini aparmaq olar. Poliklinikada mövcud peyvəndləmə planına əsasən tetanusa qarşı profilaktik immunizasiya aparılır. Zərərçəkənin tetanusa qarşı peyvəndin alıb-almadığını aydınlaşdırın. Peyvənd almayanları müvafiq tibb müəssisələrinə göndərin.

Daim tənəffüs yollarını, tənəffüsün və ürək döyüntülərini nəzarətdə saxlayın. Zərərçəkəni təmiz hava ilə təmin edin. Onu arxası üstə uzadıb, başını azacıq arxaya əyin, çənəsini qaldırın. Sərbəst tənəffüsə maneəçiliyin olmamasına əmin olun. Lazım gəldikdə zərərçəkəndə ürək-ağciyər reanimasiyasına (UAR) başlayın və təcili olaraq ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilməsi və zərər vurulması üçün xəstəxanaya çatdırın.

3. Peyvənd edilməlidir:

- dəri və selikli qışaların tamlığının pozulmasında;
- yanıq və donmalarda;
- tibb müəssisəsindən kənar doğuşlarda və abortlarda;
- dişlənmiş yaralarda və həşərat sancmalarında;
- elektrik zədələnmələrində.

İLAN VƏ HƏŞƏRAT SANCMALARI

İLAN SANCMASI

İlan sancması fəvqəladə tibbi vəziyyətdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına görə, hər il dünyada 5 milyona qədər insan ilan sancmasına məruz qalır ki, onlardan təxminən 100000 nəfərində bu ciddi fəsadlara səbəb olur. İlan sancmasına əsasən kənd təsərrüfatı işçiləri və uşaqlar məruz qalır. Uşaqlar üçün toksik təhlükə, xüsusilə ciddi hesab olunur.



Azərbaycanda zəhərli ilanlardan ən geniş yayılanı gürzə hesab olunur. Onun zəhəri bu qrup ilanların zəhərləri arasında ən toksiki hesab olunur və ona öz qrupunda model kimi baxmağa imkan verir. Zəhərin orqanizmdə yayılması başlıca olaraq limfatik yollarla baş verir, bununla yanaşı, qan axını və sinir lifləri ilə də yayıla bilər. Zəhər orqanizmə tədricən yeridikcə intoksikasiyanın ümumi təzahürləri: ümumi zəiflik, yuxululuq, baş gicəllənmə, baş ağrısı, üşütmə, soyuq tər, ürəkbulanma, qusma, taxikardiya, təngnəfəslik, akrosianoz inkişaf edir. Bəzən mərkəzi sinir sisteminin oyanıqlığı simptomları üstünlük təşkil edir.

* Zəhərli ilan sancmasının əlamətləri

Zəhərli ilan sancdıqda mərkəzi hemodinamikanın (qan dövrəni) göstəriciləri pozulur. Kəskin ürək-damar çatışmazlığı inkişaf edir. Gürzə zəhəri ilə zəhərlənmənin klinik şəkli çox spesifikdir. Gürzə sancması kəskin ağrı sindromunun baş verməsi ilə müşayiət olunur. Sancma yerində zəhərli dişlərin ikili izi görünür. Gürzə zəhərinin birbaşa toksik təsiri nəticəsində qaraciyər, böyrəklər zədələnir. İntoksikasiya sürətlə, demək olar ki, sancmadan dərhal sonra inkişaf edir. Havanın hərəti nə qədər yüksək olarsa, intoksikasiya o qədər sürətlə inkişaf edir, əlamətlər bir o qədər kəskin formada ifadə olunur. Sancmanın yerləşdiyi yer başa nə qədər yaxındırsa, proqnoz bir o qədər ciddidir. İlan sancdıqda bilavasitə venaya düşərsə o zaman zəhər birbaşa qana keçir. Ona görə bədəndə ümumi intoksikasiya əlamətləri tez inkişaf edir, sancma nahiyəsində isə yerli əlamətlər olur.

*Əlamətlər:

- ilanın 2 dişinin yeri;
- ilanın sancdığı nahiyədə güclü, getdikcə artan kəskin göynədici ağrılar;
- ilanın sancdığı nahiyədə və onun ətrafında getdikcə artan şişkinlik (hemorragik ödem) və göyərmə;
- şişkinlik (ödem) nahiyəsində seroz-hemorragik (qanla qarışmış zərdab) qo-

vuqcuqların əmələ gəlməsi;

- ürəkbulanma, qusma, üşütmə, soyuq tər;
- ümumi zəiflik (halsızlıq), yuxululuq, bəzən mərkəzi sinir sisteminin oyanıqlığı;
- baş gicəllənmə, baş ağrısı, hərəkətin koordinasiyasının pozulması;
- arterial təzyiqin enməsi, taxikardiya;
- təngnəfəslik.

1. İlan sancması zamanı ilk yardım

Zərərçəkənin taleyi çox vaxt düzgün və vaxtında göstərilən yardımdan asılıdır. Aparılan tədbirlər aşağıda verilən ardıcılıqla həyata keçirilməlidir: zərərçəkənin sakitləşdirilməsi, yaranın işlənməsi, immobilizasiya, təxliyə.

*** Dərhal təcili tibbi yardım xidmətinə zəng vurun!**

*** Hadisə yerinin təhlükəsizliyi**

- Hadisə yerinin təhlükəsizliyini müəyyən edərkən özünüzü yaralı ilandan qoruyun.
- İlanı axtarmayın və onu tutmağa cəhd etməyin.
- Ağır və ya ölümcül xəsarət almış ilan belə, çox təhlükəlidir! Öldürülmüş və ya təsadüfən ölmüş ilana əl vurmayın! İlan hətta ağır və ya ölümcül xəsarət aldıqda belə təhlükəlidir, insanı çala bilər. Hətta başı bədəndən ayrılmış ilanın sancması da məlumdur.
- İlana əl vurmayın. Əgər ilanı hadisə yerindən kənarlaşdırmaq lazımdırsa, uzun kürəkdən və ya ağacdən istifadə edin. Əgər ilanı kənarlaşdırmağa ehtiyac yoxdursa, qoyun yerində qalsın.
- İlanın rəngi və dişlərinin izinə görə onun növünü müəyyən etmək olar. İlanın zəhərli olub-olmadığı təyin edilmirsə, onun zəhərli olduğunu hesab edin.

*** Zərərçəkənin psixoloji hazırlanması – sakitləşdirilməsi**

Həyəcanlı zərərçəkəni sakitləşdirin, uzadaraq (mümkündürsə, üfüqi vəziyyət verin), ona rahat şərait yaradın və zəhərin yayılma sürətini zəiflətmək məqsədi ilə hərəkətsiz qalmağın vacibliyini başa salın.

*** Yaranın işlənməsi**

- Dişlək yerindən qan gəlirsə, **15–30 saniyə** gözləyin.
- Zəhəri xaric etmək üçün **ilk saniyələrdə** ilan sancan yeri qalın büküş şəklində elə sıxın ki, yaranın ağzı oyuq şəklini alsın və yarıdan zəhərin ilk damcısı xaric olsun.
- Zəhərli ifrazat gəlmədikdə, ilan sancdıqdan sonrakı **ilk 10 dəqiqə ərzində** yalnız ekstraktor (sorucu aparat) vasitəsilə 30 dəqiqə müddətində sormağ olar. Ekstraktor olmadıqda isə ilan sancan yerə bir necə dəfə qatlanmış və antiseptik məhlulda isladılmış tənzip salfet qoyulur. Tənzip salfet təzyiq al-

tında qoyulub, təsbit edilir. Kifayət miqdarda maye ekstraktorla sorulduqdan və ya tənzifə hopduqdan sonra yara 3%-li yod məhlulu ilə işlənir (yoda qarşı allergiyanı nəzərə almaq lazımdır). Bundan sonra yaranın üzəri qalın tənzif salfetlə örtülür, sıxıcı sarğı qoyulur və leykoplastırla təsbit edilir.

- İlan sancdıqdan **10 dəqiqədən artıq vaxt keçdikdə** isə ilan sancan yer antiseptik məhlulda isladılmış tənzif və ya salfetlə təmizlənilir, 3%-li yod məhlulu ilə dezinfeksiya edilir. Bundan sonra yaranın üzəri qalın tənzif salfetlə örtülür, sarğı və leykoplastırla təsbit edilir.

- Ödem nahiyəsinə xörək duzunun hipertonik məhlulu ilə steril kompres qoyulur.

- Dişləmə yerindən yuxarıda olan sıxıcı əşyalar kənar edilir (üzüyü, saati, qolbağı çıxartmalı, sıx geyimləri boşaltmalı və s.).

***Sıxıcı sarğının və limfatik turniketinin qoyulması**

Limfa axınını zəiflədən və zəhərin sorulmasını azaldan ən effektiv və təhlükəsiz üsul bütün ətraf boyu yuxarı ətraflara 40–70 mm c.süt. və aşağı ətrafa 55–70 mm c.süt. təzyiqlə hərəkətsizləşdirici sıxıcı sarğının qoyulmasıdır.

Sıxıcı sarğını elastik bintlə və ya bint kreplə elə qoymaq lazımdır ki, o, dişlək yerindən yuxarı və aşağı nahiyədə oynaq da daxil olmaqla, bütün ətrafi əhatə etsin. Sarğını oynaq vətərlərinin zədələnməsi zamanı qoyulan sarğı kimi sıx qoymamalı (nəbz sarğıdan aşağıda olmasına əmin olmalı; nəbz təyin edilmirsə, deməli, sarğı çox sıx qoyulub və o, boşaldılmalıdır). Dişlək yeri sarğı altında qalmamalıdır.

!Fəsadların inkişaf etməsi baxımından ən səmərəsiz və təhlükəli üsul ilan sancdığı ətrafa turnanın qoyulması hesab olunur. Turna venoz və arterial qanaxmalarda qoyulan sıx sarğılar kimi qoyulduqda, zəhər dərin sümük venaları ilə bədənə daha sürətlə yayılır. Uzun müddətli sıxılma isə qan dövranını və toxumaların qidalanmasını pozaraq, zərərçəkənin vəziyyətinin ağırlaşmasına və ətrafın qanqrenasının (çürüməsinin) əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Belə hallarda limfa damarlarına turnanın (limfatik turniket) qoyulması məqsədəuyğundur.

Limfatik turniket düzgün qoyulmadıqda təkcə limfatik axacaqları



deyil, həmçinin venoz və hətta, arterial damarları sıxır. Limfatik turniket düzgün qoyulma qaydası: 2–4 sm enində sarğını elə qoymaq lazımdır ki, dəri ilə sarğı arasından barmaq keçə bilsin. Belə turniket limfa və səthi venalarda qan dövranını dayandırır. Üz, bədən və sarğı nahiyəsində ilan sancmaları daha təhlükəlidir, çünki belə lokalizasiyalı sancmalar zamanı elastik sarğı qoymaq mümkün deyil.

*** Zədələnmiş ətrafın tam hərəkətsizliyinin təmin edilməsi**

İmmobilizasiya zəhərin bədənə limfa axınını ilə yayılma sürətini zəiflədir. Zəhər orqanizmə əsasən qan damarları ilə deyil, limfa yolları ilə yayılır.

- zərərçəkənə mütləq üfüqi, mümkün olmadıqda isə oturaq vəziyyət vermək vacibdir. Zərərçəkənə gəzmək və oturmaq olmaz, çünki bu zəhərin yayılmasına səbəb olur. Nəticədə baş gicəllənmə, bayılma və huşun itməsi ola bilər.
- çalışmaq lazımdır ki, zədələnmiş ətrafı ürəklə eyni səviyyədə yerləşdirəsiniz. Ətraf ürəkdən yüksək səviyyədə olduqda, zəhər toxumalara çox sürətlə yayılır, aşağı səviyyədə yerləşdikdə isə toxumaların ödeminə səbəb olur.
- mümkündürsə, ətrafı şinlə immobilizasiya edin.

*** Evakuasiya – təxliyə**

Bacardığınız qədər tez (3–4 saat müddətində) zərərçəkəni ilan zəhərinə qarşı zərdab olan tibb müəssisəsinə ətraflarını immobilizasiya edərək, uzanmış vəziyyətdə çatdırın. Xəstəxanada zərərçəkənin azı 12 saat müddətində müşahidəyə ehtiyacı var.

2. Müalicənin aparılması

Müalicə ancaq stasionar şəraitdə aparılmalıdır!

3. Zəruri məsləhətlər və ilan sancmalarının profilaktikası

Zərdab vurulana qədər aşağıdakıları etmək qadağandır

- qida və maye qəbul etmək.
- fiziki iş və əlavə hərəkət etmək.
- alkoqol və dərman qəbul etmək.
- sancmanın yerləşdiyi ətrafa sıxıcı sarğı və turna qoymaq.
- sancmanın yerləşdiyi yerə buz qoymaq.
- sancmanın yerləşdiyi yeri bağlamaq və ya həmin yerə isidici qoymaq.
- yaranı deşmək və kəsiklər aparmaq (“zəhərlənmiş” qanın buraxılması effektiv deyil, çünki gürzə zəhəri başlıca olaraq limfatik yollarla yayılır, sancma yerinin kəsilməsi (doğranması) əksər hallarda yaranın infeksiyalaşmasına səbəb olur).
- zəhəri ağızla sormaq (ağız boşluğunda yara, sıyrıntı, kariyes dişlər olduqda zəhəri ağızla sormaq xilasedici üçün təhlükəlidir). Zəhəri sormaq üçün xüsusi ekstraktordan (sorucu vasitə) istifadə edin. Gürzə zəhəri sancma yerindən çox tez sorulur. Yaradan zəhərin sorulması az effekt (cəmi 20–37%) verir ki, bu da yalnız ilan çalmasının ilk 5–10 dəqiqəsi ərzində edildiyi təqdirdə müsbət nəticəli olur.
- düz və ya səhv qoyulan sarğıları boşaltmaq və açmaq (sarğını boşaldan və açan zaman ilanın zəhəri sürətlə yayılır). Ancaq zərdab vurulandan sonra

qoyulmuş elastik binti, sarğını, turnanı açmaq olar.

- elektroşok müalicəsindən istifadə etmək.

Diqqət! Elastik sarğını elə təzyiq altında qoymaq lazımdır ki, arterial, venoz dövranə təsir etməsin. Yaxşı qoyulmuş sarğı qan dövranı sistemi üçün heç bir təhlükə yaratmır.

*** İlan sancmalarının profilaktikası**

- bilmək lazımdır ki, adətən, ilanlar insanlara qarşı ilk olaraq aqressivlik göstərmirlər.

- ən çox hallarda ilan insana özünü qorumaq məqsədi ilə hücum edir.

- təhlükəli sahələrdə (meşə, daş karxanası və s.) insan ehtiyatlı olmalıdır, bağlı çəkmələrdən istifadə etməlidir, uzun çubuqla təhlükəli yerləri yoxlamalıdır.

- uşaqlar ilanlar haqqında maarifləndirilməli, ilanla rastlaşanda davranış qaydaları barədə məlumatlandırılmalıdırlar.

HƏŞƏRAT SANCMASI

1. Arı və zəhərsiz hörümçək sancması və dişləməsi

Həşərat, yaxud hörümçək sancması və dişləməsi yüngül ağrıya, göynəməyə və şişkinliyə səbəb olur. Həşərat sancmasına və dişləməsinə qarşı hiperreaktivlik (allergiya) olduqda və ya həşəratın (“qara böv”, qəhvəyi hörümçəyin və s.) zəhəri ilə zəhərləndikdə ağır və hətta ölümcül hal ola bilər.

*** Həşərat, arı və hörümçək sancması və dişləməsi zamanı ilk yardım**

• İlk növbədə təhlükəsizliyinizi təmin edin. Təcili tibbi yardım stansiyasına zəng edib, yaranı sabunla axar su altında yuyun.

• Müəyyən bir allergik maddəyə qarşı həssas olan insanlar özlərində içərisində adrenalın olan şpris-tübik (epinefrin-adrenalin qələmi) saxlayırlar. Allergik reaksiya olduqda epinefrin (adrenalin) qələminindən istifadə edin. Zərərçəkəndə allergik reaksiyanın meydana gəlib-gəlmədiyini ən azı 30 dəqiqə ərzində müşahidə edin.

• Arı sancdıqda *neştərini* axtarıb, *çıxarın*. Arılar öz neştərlərini qoyub gədən yeganə həşəratlardır. Arı sancması zamanı neştəri metro, kredit kartı, küt bıçaq, dırnaq yeyəsi, dırnaq və ya başqa münasib hamar və küt uclu bir əşyanın köməyi ilə dəri səthi üzərində sürüşən hərəkətlərlə zəhər kisəciyini əzmədən çıxarın.

• Yaranın üzərinə *20 dəqiqəlik* parçaya bükülmüş *buz və ya soyuq kompres qoyun*.

- Zədələnmiş ətrafın hərəkətsizliyini təmin edin. Mümkündürsə, ətrafı şinlə immobilizasiya edin.
- Dar paltarları və zinət əşyalarını çıxarın.

2. Zəhərli hörümçək və əqrəb (latın sözü, *Scorpiones*) sancması və dişləməsi



*** Zəhərli sancmaların və dişləmələrin əlamətləri:**

- dişləmə və ya sancma nahiyyəsində kəskin ağrı;
 - əzələ spazması və qıcolmalar;
 - qızdırma;
 - başağrısı;
 - qusma;
- nəfəs almada problemlər;
 - reaksiyanın olmaması.

*** Zəhərli hörümçək və əqrəb sancması və dişləməsi zamanı ilk yardım**

- İlk növbədə təhlükəsizliyinizi təmin edin. Təcili tibbi yardım stansiyasına zəng edib, sonra yaranı sabunla axar su altında yuyun.
- Yaranın üzərinə 20 dəqiqə müddətində parçaya bükülmüş buz qoyun.
- Ürək-ağciyər reanimasiyasının aparılmasına hazır olun.

3. Gənə dişləməsi

Gənələr heyvanlarda, meşə və ağaclıq sahələrdə çox olur. Onlar bədənin açıq hissələrinə yapışır. Bir çox gənələr ziyansızdır. Bəziləri isə, ciddi xəstəlik mənbəyidir. Əgər gənə tapılıbsa, onu mümkün qədər tez çıxarın. Gənə insanın üzərində nə qədər çox qalsa, insanın xəstəliyə tutulma təhlükəsi bir o qədər yüksək olur.



*** Gənə dişləməsi zamanı ilk yardım**

- Gənəni maqqaş və ya gənə çıxarma aləti ilə dəriyə mümkün qədər yaxın məsafədə ağızından və ya başından tutub fırlatmadan və əymədən düz vəziyyətdə elə qaldırın ki, dəri bir qədər qalxsın.
- Gənəni qaldırdıqdan sonra bir neçə saniyə gözləyin. Ola bilsin ki, belə vəziyyətdə gənə özü dərinə buraxsın.
- Yaranı sabunla axarsu altında yuyun.
- Mütləq həkimə müraciət edin. Mümkünsə, gənəni plastik qaba qoyub həkimə göstərin.

ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyası.
2. “Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu.
3. Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsi.
4. İlk yardım. Müəllimlər üçün vəsait. M Abbasov, Ş Quliyev, M Abbasov, K Süleymanov, D.Məmmədliyəva, R.Soltanov, X.Adilova. Bakı, 2017
5. Mülki müdafiənin və tibbi biliklərin əsasları. T.Seyfullayeva, S.Ələkbərova, F.Məmmədova, Bakı, 2006
6. Tibbi biliklərin əsasları. A.Q.Məmmədov. Bakı, 2012
7. İlk tibbi yardım. G.Salahova, Bakı,1985
8. Mülki müdafiə. H.Ocaqov, Bakı, 2000
9. İnsanın anatomiyası və fiziologiyası./ Ş.Vəliyev, V.Şadlinski, A.Məmmədova. Bakı, 2001
10. Kliniki toksikologiya. V.Ə.Əzizov, İ.N.Əfəndiyev, A.S.Maqsudov. Bakı, 2004.
11. Təcili tibbi yardım təbabəti. Bakı, 2007.
12. Yumşaq sarğılar. A.Məmmədov, N.Məmmədova. Bakı, 2000
13. Tibb bacısının ümumcərrahi vərdişləri. İ.Əmənullayev. Bakı, 2016
14. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения, 2005.
15. Диагностика ступора и комы. Ф.Плам, Дж.Б.Познер. Москва, 1986.
16. Диагностика и лечение шока. М.Г.Вейль, Г.Шубин. Москва, 1971.
17. Оказание первой медицинской помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. И.Ф.Богоявленский.Санкт-Петербург, 2005
18. Травматология. Национальное руководство. Г.П.Котельников, С.П.Миронов. Москва, 2008
19. Инфекционные болезни: Национальное руководство (+CD). Н. Д.Юшук. Ю.Я.Венгеров. Москва, 2015

20. Организация оказания терапевтической помощи при катастрофах. Астапенко В.П., Кудинов В.В., Волкодав О.В., Кобец Ю.В. Симферополь, 2016.
21. Неотложная медицинская помощь: учебник /Т .В . Отвагина. Ростов н/Д, 2012.
22. Учебник спасателя. Шойгу С.К., Кудинов С.М., Неживой А.Ф., Ножевой С.А., Москва, 1997.
23. Первая медицинская помощь. В.М. Буянов. Баку, 1977

MÜNDƏRİCAT

1. Giriş	3
2. Fövqəladə halların tərifı və təsnifatı	5
3. Əhaliyə bədbəxt hadisələr zamanı tibbi yardım göstərilməsinin hüquqi əsasları	9
4. İlk yardım	12
5. Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər	15
6. Fövqəladə halların psixoloji aspektləri	22
7. İnsanın anatomiyası və fiziologiyasının əsasları	30
8. Döş qəfəsinin zədələnmələri	39
9. Döş qəfəsində baş verən ağrılarda ilk yardım	46
10. Döş qəfəsinin kompressiyası	51
11. Qanaxmanın saxlanılmasının vacibliyi	59
12. Ağciyərlərin süni ventilyasiyası	60
13. Qarın boşluğunun zədələnmələri	69
14. Baş beyin və onurğa beynin travmaları	71
15. Əzələ və ətraf sümüklərin zədələnməsi	82
16. Şok anlayışı	91
17. Ətrafların uzun müddət sıxılması (Kraş sindromu)	100
18. Ətrafların immobilizasiyası	106
19. Qanaxmalar	113
20. Sarğı və sarğı materialları	130
21. Yaralanmalar və zədələnmələr zamanı ilk yardım	139
22. Termiki yanıqlar	146
23. Elektrik cərəyanının təsiri	157
24. Elektrooftalmiya	166
25. Ağız boşluğunun elektrik yanıqları	168
26. Kimyəvi yanıqlar	170
27. Donma	174
28. Suda boğulma	181

29. Mexaniki asfiksiya (boğulma)	192
30. Bayılma	201
31. Zəhərlənmələr	204
32. Güclü təsirli zəhərləyici maddələrlə zəhərlənmələr	214
33. İlk tibbi yardım göstərmək üçün xilasedicinin tabel təchizatı	219
34. Kütləvi bədbəxt hadisələr zamanı tibbi çeşidləmə	224
35. Zərərçəkənin qaldırılması və yerinin dəyişdirilməsi (daşınması)	237
36. Yönləndirici xəstəliklər	248
37. İlan və həşərat sancmaları	254

**NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASI
FÖVQƏLADƏ HALLAR NAZİRLİYİ**

**FÖVQƏLADƏ HALLARDA
İLK YARDIM**

Çapa imzalanmış __.__.2018
Formatı 70X100 1/16 “Tayms” qarnituru.
Ofset çap üsulu. Ofset kağızı. Həcmi 16.5 ç.v.
Sifariş № __ Tiraj __ nüsxə.



Naxçıvan şəhəri, Təbriz küçəsi, 1