

Malik Abbasov, Şamil Quliyev, Mehti Abbasov, Kamandar Süleymanov,
Dilarə Məmmədəliyeva, Rafael Soltanov, Xeyransa Adilova

İLK YARDIM

müəllimlər üçün vəsait

Bakı 2017

İlk yardım (müəllimlər üçün vəsait).
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Kollegiyasının
05 aprel 2017-ci il tarixli 14 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

**Müəllimlər üçün “İlk yardım” haqqında vəsaitin
hazırlanmasına şərait yaratdıqları və dəstək olduqları üçün
Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinə və
Azərbaycan Respublikasının Fövqəladə Hallar Nazirliyinə
dərin minnətdarlığımızı bildiririk**

“İlk yardım” adlı vəsait
orta ixtisaslı tibb və qeyri-tibb təhsili müəssisələrinin müəllimləri və
əhaliyə ilk yardım göstərilməsini tədris edən digər mütəxəssislər üçün nəzərdə tutulub.

Müəllimlər üçün hazırlanmış bu vəsait
təcili yardım stansiyasının tibb heyəti,
sahə və ailə həkimləri,
xilasetmə əməliyyatlarında iştirak edənlər və
müvafiq sahə üzrə
ümumi bilik səviyyəsini artırmaq istəyənlər üçün faydalı ola bilər

Redaktor: Məhəmməd Əhmədov,
Laura Quliyeva

Müəlliflər:

Malik Abbasov – Səhiyyənin İnformasiyalaşdırılması Mərkəzinin direktor müavini,
Şamil Quliyev – “Standard Insurance” Tibbi sığorta departamentinin Sığorta hadisələri və ekspertiza
şöbəsinin direktoru, fəlsəfə doktoru,
Mehti Abbasov – Neftçala şəhər Mərkəzi Xəstəxanasının həkim kardioloqu, fəlsəfə doktoru,
Kamandar Süleymanov – 2 nömrəli Bakı Baza Tibb Kollecinin Cərrahiyə fənn komissiyasının sədri,
Dilarə Məmmədaliyeva – 2 nömrəli Bakı Baza Tibb Kollecinin direktoru, fəlsəfə doktoru,
Rafael Soltanov – 1 saylı Uşaq Stomatoloji Poliklinikanın baş həkimi, fəlsəfə doktoru,
Xeyransa Adilova – ATU, Dermatovenerologiya kafedrasının baş laborantı.

Referatların ingilis və rus dillərindən tərcümə edilməsində, orfoqrafik, stilistik və sintaktik düzəlişlərdə yardımçı olan
Emin Ağakışiyev, İradə Əliyeva, Ceyhun Hacıyev, Oqtay Şahmalıyev,
Müşgünaz Şahmuradova, İsmayıl Əfəndiyev, Cavad Süleymanov,
Almaz Hacıyeva, Eldar Tahirov, Nərgiz Allahverdiyeva,
Könül Abbaszadə, Məhəmməd Əhmədov, Səmrə Tağıyeva,
Səadət Məmmədova, Pəri Abbasova və Əliağa Şıxlinskiyə
minnətdarlığımızı bildiririk.

Mövzular

1	Fövqəladə halların tərfi və təsnifatı.....	5
2	Əhaliyə bədbəxt hadisələr zamanı tibbi yardım göstərilməsinin hüquqi əsasları.....	7
3	İlk yardım və təcili yardım xidməti.....	9
4	Təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərilməsinin psixoloji aspektləri.....	12
5	İnsanın anatomiyası və fiziologiyasının əsasları.....	15
6	Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər.....	20
7	Ürək-ağciyər reanimasiyasının (ÜAR) aparılması.....	27
8	Döş qəfəsinin kompressiyası.....	34
9	Dillə tutulan tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası.....	39
10	Ağciyərlərin süni ventilyasiyası.....	43
11	Süni ventilyasiyanın texnikası.....	48
12	Avtomatik eksternal (xarici) defibrilyator.....	55
13	Mexaniki asfiksiya (boğulma). Tənəffüsə mexaniki maneə nəticəsində asfiksiya.....	58
14	Zərərçəkənə xarici baxış.....	64
15	Döş qəfəsində ağrı.....	70
16	Ağciyər ödemi.....	75
17	Nevroloji status (vəziyyət). Qıcolma.....	79
18	Hipertonik kriz. İşemik insult.....	83
19	Hiperqlikemiya və hipoqlikemiya halları.....	86
20	Şok anlayışı.....	90
21	Allergiya (hiperreaktivlik)	96
22	Ətrafların uzunmüddət sıxılması zamanı ilk yardım.....	102
23	Bayılma.....	105
24	Qanaxmalar.....	109
25	Ekzogen (xarici) amillərdən yaranan hipertermiya və hipotermiya.....	117
26	Termiki yanıqlar.....	124
27	Elektrik cərəyanının təsiri.....	131
28	Kimyəvi yanıqlar.....	138
29	Donma.....	140
30	Yaralanmalar və zədələnmələr zamanı ilk yardım.....	144
31	Suda boğulma.....	148
32	Döş qəfəsinin zədələnmələri. Qarın boşluğunun zədələnmələri. Yaraya batmış yad cisimə yanaşma. Amputasiya.....	154
33	Baş beyin və onurğa beyninin travmaları.....	160
34	Əzələ və ətraf sümüklərin zədələnməsi.....	166
35	Desmurgiya. Sarğı və sarğı materialları.....	171
36	Desmurgiya. Ətrafların immobilizasiyası.....	176
37	Desmurgiya. Başın və onurğanın immobilizasiyası.....	180
38	Zərərçəkənin qaldırılması və yerinin dəyişdirilməsi (daşınması)	184
39	Kütləvi bədbəxt hadisələr zamanı tibbi çeşidləmə – TRIAJ.....	190
40	Yoluxucu xəstəliklər. Botulizm. Tetanus.....	197
41	İnsan, heyvan, ilan, həşərat dişləməsi və sancması.....	201
42	Zəhərlənmələr.....	206
43	Ənsə gəlişi ilə fizioloji doğuşun aparılması.....	212
44	Yenidoğulmuş və zahı qadına qulluq.....	218
45	Yenidoğulmuşların ilkin reanimasiyası.....	221
46	Kiçik yaşlı uşaqlarda kəskin respirator infeksiyalar.....	227
47	Kiçik yaşlı uşaqlarda qızdırmada, astmoid sindromunda, qulağın iltihabında (infeksiya) və faringitdə ilk yardım	235

Mündəricat:

- A. Fövqəladə halların tərfi
- B. Fövqəladə halların təsnifatı
- C. Təbii fəlakətlər
- D. Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından çıxarış
- E. "Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunundan çıxarış

A. FÖVQƏLADƏ HALLARIN TƏRİFİ

Fövqəladə hal – qəzalar, təbii fəlakətlər, təhlükəli vəziyyətlər, qəfləti və digər bədbəxt hadisələr zamanı insanların tələfatı və ya tələfatına səbəb ola biləcək, o cümlədən onların sağlamlığına və ətraf mühitə xələl gətirəcək, əhəmiyyətli dərəcədə maddi itkilərə, insanların həyat fəaliyyətinə mənfi təsir göstərən və müəyyən ərazidə yaranmış vəziyyətdir.

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-xilasətmə, qəza-xilasətmə və digər təxirəsalınmaz tədbirlər nəzərdə tutulur.

B. FÖVQƏLADƏ HALLARIN TƏSNİFATI

Fövqəladə halların təsnifatında (1) zərərçəkənlərin sayı, (2) həyat fəaliyyəti pozulmuş insanların sayı, (3) maddi ziyanın miqdarı və (4) fəlakət zonasının miqyası nəzərə alınmışdır.

Fövqəladə hallar miqyas və nəticə etibarı 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 milyon 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 milyon 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.

Fövqəladə 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.

C. 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, qəfləti baş verən istənilən hadisə fəlakət adlanır.

1. **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: 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, yurdsuz-yuvasız 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, siyasi faktorlar*.

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.

D. 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 iğtişaslar 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.

**E. 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 əksepidemik 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyası.
2. “Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu.

ƏHALİYƏ BƏDBƏXT HADİSƏLƏR ZAMANI TİBBİ YARDIM GÖSTƏRİLMƏSİNİN HÜQUQİ ƏSASLARI

Mündəricat:

- A. Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından çıxarış.
- B. “Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunundan çıxarış.
- C. Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsindən çıxarış.

A. 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.

B. 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 qanuni 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 yardıma 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.

C. 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyası.
2. “Əhəlinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu.
3. Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsi.

- Mündəricat:
- A. İlk yardım
- B. Təcili tibbi yardım xidməti

A. 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. Son vaxtlara qədər “ilk yardım” və “ilk tibbi yardım” terminləri yanaşı işlədilir. Hal-hazırda ilk tibbi yardım termini rəsmən istifadə olunmur və köhnəlmiş hesab olunur. Terminoloji problemləri rəsmən aradan qaldırmaq üçün “ilk tibbi yardım” termini tədricən rəsmi sənədlərdən çıxarılmalıdır.

İlk yardım, tibbi yardım hesab olunmur və zərərçəkənə tibbi yardıma qədər göstərilir (xüsusi tibbi alətlərdən, avadanlıqlardan, dərmanlardan və tibbi manipulyasiyalardan istifadə etmədən). Tibbi yardımdan fərqli olaraq, *ilk yardımı* istənilən şəxs göstərə bilər. Tibb işçiləri isə *ilk yardımı* Səhiyyə Nazirliyinin əmri ilə təsdiq edilmiş həcmdə göstərməyi bir vəzifə borcu olaraq bacarmalıdırlar.

Müəyyən kateqoriyaya aid olan şəxslər üçün ilk yardımın göstərilməsi müvafiq qanun və qaydalara əsasən vəzifə borcu hesab olunur. Bunlar Fövqəladə Hallar Nazirliyinin, Dövlət Yangından Mühafizə Xidmətinin, Xüsusi Riskli Xilasetmə Xidmətinin, Daxili İşlər Nazirliyinin, Dövlət Yol Polisinin və s. qurumların əməkdaşları, hərbiçilər, əməyin mühafizəsi mütəxəssisləri, tibb işçiləri, hadisənin şahidləri, nəqliyyat vasitələrinin sürücüləri və sairə şəxslərdir (bax: “Əhaliyə bədbəxt hadisələr zamanı tibbi yardım göstərilməsinin hüquqi əsasları”).

Hadisənin şahidi hadisə yerində nə edəcəyini bilmədikdə və ya zərərçəkənə (xəstəyə) lazımı yardım göstərmək iqtidarında olmadıqda, o, kömək çağırmalı və sonra **təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirməlidir**. Bunun üçün təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyasının 103 nömrəli telefon nömrəsinə və ya Fövqəladə Hallar Nazirliyi Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” Çevik reaksiya idarəsinə (tel.: 112 qaynar xətt) məsləhət və kömək üçün müraciət etməlidir. Belə müraciət ilk yardımın tərkib hissəsidir.

Zərərçəkənə (xəstəyə) yardım göstərmədikdə və ya onu təhlükəli vəziyyətdə qoyduqda, Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsi müvafiq məsuliyyət nəzərdə tutur (bax: “Əhaliyə bədbəxt hadisələr zamanı tibbi yardım göstərilməsinin hüquqi əsasları”).

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 yardımı zərərçəkənə özü, sağ qalan hadisə iştirakçısı ilə qarşılıqlı, hadisənin təsadüfi şahidi, daha sonra hadisə yerinə gələn təcili tibbi yardım işçiləri göstərirlər.

Buna görə də əhəlinin geniş təbəqələrinə ilk yardımın əsaslarının öyrədilməsi 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 hədudu 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.

Hadisə qəfləti baş verdiyi üçün zərərçəkənə ilk yardımı ətrafda olan insanlar (bundan sonra xilasedicilər) göstərməlidirlər. Onlar nəinki ilk yardımın göstərilməsini mükəmməl bilməli, həmçinin kütləvi hadisələr zamanı (zərərçəkənlərin sayı 3 nəfərdən çox olduqda) hadisə yerində çeşidləməni və ilk yardımı təşkil etməyi bacarmalıdır (bax: “Kütləvi bədbəxt hadisələr zamanı tibbi çeşidləmə – TRIAJ”).

Xilasedicilər 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, psixosomasiyal 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 terapeutik).

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

Tez-tez rast gəlinən terapeutik profilə zədələnmələrə isə radiasiya zədələnmələri, kəskin zəhərlənmələr, psixosomasiyal 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 (təşəvvüslərinin), 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. Zədələnmə 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.

B. TƏCİLİ TİBBİ YARDIM XİDMƏTİ

Təcili tibbi yardım xidməti (sistemi) – xüsusi hazırlıq keçən mütəxəssislərdən ibarət və müasir tibb avadanlıqları ilə təchiz olunmuş, əhaliyə xəstəxanaya qədərki mərhələdə (hadisə yerində və təxliyə zamanı) və tibb müəssisələrində təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərən şəbəkədir.

Təcili tibbi yardım xidmətinin əsas məqsədi personala travmaların qarşısını almaq tədbirlərini öyrətmək, hadisənin baş verdiyinə əmin olmaq və sistemi aktivləşdirmək, təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın göstərilməsinə başlamaq, xəstələrə (zərərçəkənlərə) son diaqnozu qoymaq, onları müalicə üçün təhlükəsiz olaraq xəstəxanaya daşımaqdır.

Xilasedici hadisə yerində ilk yardımı, tibbi yardım göstərən personal gələcə qədər göstərməli və zərərçəkəni onlara təhvil verməlidir. Adətən bunlar təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyasının tibbi personalıdır. Stansiyanın tibbi personalı öz növbəsində zərərçəkənə lazımi tibbi yardım göstərərək, onu təhlükəsiz vəziyyətdə (uzanmış, oturmaq, böyrüstə və s.) və mümkün qədər tez, müvafiq xəstəxanaya təxliyə edir.

Göründüyü kimi, zərərçəkənə göstərilən yardım bir neçə mərhələdən ibarətdir. Adətən, ilk yardımı təsadüfi insan həyata keçirir. Tibbi yardımın göstərilməsi üçün o, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirməlidir.

Azərbaycan Respublikası ərazisində təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirmək üçün Böhran Vəziyyətlərinə İdarəetmə Mərkəzinin “112” Çevik reaksiya idarəsinə (tel.: 112 qaynar xətt) və ya təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyasına (tel.: 103) zəng edilməlidir (zənglər pulsuzdur).

Beləliklə, hadisə yerinə tibbi yardım göstərilməsi üçün tibb personalı cəlb edilir və müvafiq xəstəxana zərərçəkənə ixtisaslaşdırılmış yardımın göstərilməsi üçün şərait yaradır, onu qəbul etməyə hazır olur.

Bütün mərhələlərdə lazımi səviyyədə göstərilən yardım zərərçəkənin ölmə ehtimalını azaldır, həyatını xilas edir. Bu mərhələlər xilasedicinin hadisə yerinə gəlib, ilk yardım göstərməsi ilə başlayır və xəstəxanada göstərilən tibbi yardımla yekunlaşır. Bu ardıcılıqla yardım göstərilməsi fəvqəladə halların nəticələrinin aradan qaldırılması zamanı çox vacibdir.

Fəvqəladə halların nəticələrinin aradan qaldırılması üzrə dünya praktikasından məlumdur ki, qəzadan sonra lazımi yardım olmadıqda ağır yaralıların 40%-i bir saatdan sonra, 60%-i üç saatdan sonra, 95%-i isə altı saatdan sonra həyatlarını itirirlər.

Əgər xilasedicilər hadisədən sonrakı birinci 3 saat ərzində xilasetmə işlərinə başlayıblarsa, dağıntılar altında qalan insanlardan 90%-nin, 6 saatdan sonra başlayıblarsa – 50%-nin sağ qalması mümkündür. Müddət artdıqca insanların sağ qalma ehtimalı azalır, 10 saatdan sonra isə onları xilas etmək praktiki olaraq mümkün olmur.

*** Təcili tibbi yardım xidmətinin (sisteminin) 10 klassik komponenti**

- Zərərçəkənlərə göstərilən təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın effektiv (təsirli) standartlaşdırılmış normativlər və proqramlar əsasında aparılması. Hər mərhələ üçün yardımın həcmi və yardım göstərənlərin səlahiyyəti daxilində müəyyən edilmiş işin həddinin müvafiq qurum tərəfindən qəbul edilməsi. Məsələn, xilasedicilərin göstərdiyi ilk yardımın həcmi çərçivəsinə bədənə daxil olmuş yad cisimin (bıçaq, dəmir, taxta parçası və s.) çıxarılması daxil deyildir. Bu səbəbdən göstərilən yardım standartlaşdırılmalı və protokollar əsasında aparılmalıdır.
- Mövcud resurslardan səmərəli istifadə edilməsi.
- Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərən personalla aparılan təlimlərin və onların hazırlığının müasir standartlara uyğun təmin edilməsi. Ölkə daxilində təhsil və təlimin müvafiq qaydada təsdiq edilmiş müasir tədris protokollarına uyğun aparılması.
- Zərərçəkənin təhlükəsiz və vaxtında xəstəxanaya çatdırılmasının təşkil edilməsi.
- İxtisaslaşdırılmış yardım göstərmək üçün zərərçəkənin mütləq xəstəxanaya təhvil verilməsi.
- Xəstəxana və xəstəxanayaqədərki mərhələdə yardım göstərən personal tərəfindən əlaqəli fəaliyyətin olması. Təcili yardım briqadasının xəstəxana ilə əlaqə saxlaması. Xəstəxanaların zərərçəkəni qəbul edib, lazımi ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilməsi üçün hazır olması.
- Əhali arasında sanitar-maarifləndirmə işinin aparılması. Əhəlinin ilk yardım barədə ümumi anlayışının olması, onların bu sahədə məlumatlandırılması və ilk yardım göstərməyi bacarması.
- Tibbi nəzarət və standartlaşdırılmış xəstəxanayaqədərki təcili yardımın müasir istiqamətlərə yönəldilməsi (uyğunlaşdırılması). Tibbi nəzarət təcili tibbi yardım xidmətinin planlaşdırılmasını, standartlara uyğun protokolların işlənilib hazırlanmasını, təhsilin daima müasirləşməsinə və maariflənməni, o cümlədən, göstərilən yardımın keyfiyyətinin artırılmasını özündə birləşdirir.
- Zərərçəkənlərə göstərilən yardım standartlaşdırılmalı və təhsil standartları əsasında protokollara uyğun təşkil olunmalıdır. Məsələn, bədənin müxtəlif nahiyələrindən xəsarət alan zərərçəkənin ilk növbədə diri olub-olmadığı yoxlanılmalı; tənəffüsü, nəbzi təyin olunmursa, bərpa olunmalı; qanaxması dayandırılmalı; boyun yaxalığı qoyulmalı və bundan sonra digər tədbirlər görülməlidir.
- Təcili tibbi yardım xidmətinin və orada fəaliyyət göstərən personalın işinin daim qiymətləndirilməsi. Bu xidmətin iştirakçıları vaxtaşırı təkmilləşdirmə kurslarına göndərilməli və tutduqları vəzifəyə uyğun olmaları barədə sertifikatıdan keçirilməlidirlər.

Dövlətimiz səhiyyənin inkişafına daima qayğı göstərir və şərait yaradır. Ölkəmizdə beynəlxalq standartlara cavab verən yeni tibb müəssisələrinin istifadəyə verilməsi, təcili yardım xidməti üçün xarici ölkələrdə istehsal edilmiş müasir nəqliyyat vasitələrinin və avadanlıqlarının alınması buna əyani sübutdur.

*** Təcili tibbi yardım xidmətinin mərhələləri**

Təcili tibbi yardım xidməti xəstəxanayaqədər və xəstəxana mərhələlərindən ibarətdir.

Tibbi yardım ali və ya orta ixtisas tibb təhsili almış (həkim, feldşer, tibb bacısı/qardaşı, əczaçı, diş həkimi, mama və digərləri) zəruri alətləri və dərman vasitələri olan istənilən tibb işçisi tərəfindən göstərilir.

Tibbi yardımın göstərilməsi, tibb işçilərinin lazımi tibbi avadanlıq ləvazimatlarla hadisə yerinə gəlib, yardım göstərməsindən başlayır. Xəstəxanayaqədərki mərhələdə tibbi yardım təcili tibbi yardım briqadası tərəfindən hadisə yerində, tibbi nəqliyyat vasitəsində, təcili yardım məntəqəsində, poliklinikalarda, ambulatoriyalarda, feldşer-mama məntəqələrində, travmatoloji məntəqələrdə və s. həmin müəssisənin tibb işçiləri tərəfindən, xəstəxana mərhələsində isə xəstəxana şəraitində həmin müəssisədə çalışan tibb işçiləri tərəfindən aparılır.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015

Mündəricat:

- A. Stress vəziyyəti.
- B. Ölüm və ölmə prosesi.
- C. Stresslə mübarizə.
- D. Gərginlik nəticəsində baş vermiş stress vəziyyəti ilə mübarizə metodları.
- E. Kritik vəziyyət nəticəsində baş vermiş stress.

A. 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. Stress – orqanizmin xüsusi vəziyyəti olub, müxtəlif psixi və fiziki yüklənmə zamanı özünü fiziki, psixi və psixoloji pozğunluqlarla göstərir. 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 vermirlər. Burada əsas rol insanın yaranmış vəziyyəti qəbil etmə (dərk 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.

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

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

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.

Fövqəladə hallar zamanı həm xilasedicilər, həm də zərərçəkənlər stress vəziyyətinə düşə bilərlər. Bu kimi hallarda xilasedicinin fəaliyyətinin səmərəliliyi onun hazırlıq səviyyəsindən asılı olacaqdır.

B. ÖLÜM VƏ ÖLMƏ PROSESİ

Ölüm elə bir faktıdır 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, əzizinin 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 düşməsinə 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 bilərlər. Bu zaman sakit və təmkinli olmaqla bərabər, kədərlənmək də təbiidir. Belə hallarda insanların qəzəbini və ya təhqirlərini şəxsi inciklik kimi başa düşmək lazım deyil. Mərhumun qohumları ilə ünsiyyət yaratmağa, onlara qulaq asmağa çalışın. Özünü müdafiə etməyə çalışmayın. Səbirli olun və mərhumun qohumlarına təsəlli verin. Soyuqqanlılığınızı saxlayın.
- » ***Mübahisə***. Ölümcül halda olan insanın fikrincə, hər hansı bir razılaşma yolu ilə qarşısı alınmaz ölümün vaxtı uzadıla bilər və o, “Yaxşı, əvvəlcə mənə icazə verin...” cümlələrinə oxşar ifadələr işlədir.
- » ***Depressiya***. Bu, ümumkədər, ümitsizlik və peşmançılıq mərhələsidir.

» **Qəbuletmə (razılaşma).** Bu, kədərli olmanın 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, təklildə qalıb ona nəzarət etməli, ünsiyyət yaratmalı və mənliliyini alçaldılmamalıdır.

Ölümcül halda olan insanın tələblərinə qayğı ilə yanaşmaq lazımdır. Bu vəziyyətdə olan insanı inandırmaq lazımdır ki, ona mümkün olan bütün yardımlar göstəriləcəkdir. Onun qohumlarını da başa salıb inandırmaq lazımdır ki, zəruri olan tədbirlər artıq görülməkdədir. Sizin səsiniz 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 etdirdikləri və beləliklə onlardan azad olsunlar.

C. STRESSLƏ MÜBARİZƏ

Stress vəziyyəti ilə mübarizə aparmaq bir neçə mərhələdə mümkündür. Bu mərhələlərin diapazonu olduqca genişdir. Bu mərhələyə həyəcanlı əlamətləri dərk etmək, həyat və iş şəraitini dəyişmək, lazım gəldikdə mütəxəssisə müraciət olunmasını aid etmək olar.

- **Həyəcan əlamətlərinin dərk edilməsi**
Stress vəziyyətinin necə baş verməsini, onun mexanizmini bilməklə, insan özünü və ya yaxınlarını müxtəlif emosional və fiziki zədələr almaqdan qurtara və ya bu zədələnmələrin qarşısını ala bilər. Başqalarına qarşı münasibətdə insanın qıcıqlandırıcı mövqedə olması, fikrini toplaya bilməməsi, yuxusuzluq, həddən artıq qorxu hissələri, günahkarlıq hissələri, iş fəaliyyətinə və əks cinsə qarşı laqeyd münasibət, tənhalığa (izolyasiya) qapanmaq, ictimai-faydalı işlərə marağın azalması və s. stress vəziyyətinə aid olan simptomlardır.
- **Həyat şəraitinin (tərzinin) dəyişdirilməsi**
İnsan bir çox hallarda sağlam həyat tərzini keçirməklə öz sağlamlığının qorunmasına, işinə, ailəsinə və dostlarına qarşı normal münasibət saxlamaq üçün əlverişli imkan əldə edir. Qidalanmada spirtli içkilərin, şəkərin və yağların miqdarı azaldılırsa, bu, sağlamlığımıza müsbət təsir göstərir. Düzgün qidalanma, maraqlı iş, idman, mənalı istirahət, düzgün yuxu rejimi – bütün bunlar insanın sağlam həyat tərzini keçirməsini təmin edir.
- **Tarazlıq vəziyyəti yaratmaq**
İş fəaliyyətindən sonra səmərəli istirahət edin, idmanla məşğul olmağa vaxt ayırın. Ailənizə, yaxınlarınıza və dostlarınıza diqqət göstərin.
- **Təcrübə mübadiləsi aparmaq**
Xilasedicilər öz fəaliyyətləri (müvəffəqiyyətləri, uğursuzluqları) barədə fikir mübadiləsi aparmalı və bir-birinə qarşılıqlı suallar verməlidirlər. Öz stress vəziyyətiniz barəsində həmkarlarınıza, dostlarınıza və yaxınlarınıza məlumat verin. İnsana qayğı göstərilməsi üçün başqalarının da bu işə müdaxilə etməsi, qarışması lazımdır.
- **İş yerində iş şəraitinin dəyişdirilməsi**
İş şəraitinin normal olması və sağlamaşdırılması haqqında həmişə fikirləşmək lazımdır.
- **Kömək üçün mütəxəssisə müraciət edilməsi**
Xilasedicinin fəaliyyəti müxtəlif stress vəziyyətləri ilə əlaqədardır. Bu sahədə müvafiq köməkliyi psixika, psixologiya sahələri üzrə mütəxəssislər və din xadimləri göstərə bilərlər.

D. GƏRGİNLİK NƏTİCƏSİNDƏ BAŞ VERMİŞ STRESS VƏZİYYƏTİ İLƏ MÜBARİZƏ METODLARI

Kritik vəziyyət nəticəsində baş vermiş stress hallarına qarşı mübarizə hərtərəfli yanaşmaq üsullarını bilməyi tələb edir. Bu mübarizə elə aparılmalıdır ki, həm xilasediciləri, həm də təcili yardım stansiyasının işçilərini razı salsın.

Kritik vəziyyətdə baş vermiş stresslə mübarizənin əsas elementləri aşağıdakıları əhatə etməlidir:

- stress vəziyyətinə hazır olmaq;
- tibb mütəxəssislərinin rəhbərliyinin və mütəxəssislərinin köməyi;
- həmkarlar tərəfindən havadarlıq;
- əməkdaşların və onların ailə üzvlərinin reabilitasiyasının aparılması;
- əhalinin maariflənməsi və mənəvi dayaq proqramlarının işlənməsi;
- baş vermiş hadisənin açıq müzakirəsinin aparılması.

Stress vəziyyətinə düşmüş şəxslərə köməklik göstərilməsi ilə bağlı müvafiq müzakirələr aparılmalı və burada stress vəziyyətini yaradan səbəblər araşdırılmalıdır. Vəziyyətin açıq şəkildə müzakirə olunması məsələnin müsbət həlli yollarının araşdırılması sahəsində müvafiq köməklik göstərə bilər.

E. KRİTİK VƏZİYYƏT NƏTİCƏSİNDƏ BAŞ VERMİŞ STRESS

Əsas məqsəd – stress vəziyyətinə düşmüş insanı bu vəziyyətdən çıxarmaq və ya qurtarmaqdır. Bu sahəyə psixoloqların və mütəxəssislərin cəlb olunması məqsəduyğun hesab edilir. Təbii ki, yüngül xəsarət və yaxud şok vəziyyətinə düşmüş insanlarla bağlı müzakirələr aparılmasına ehtiyac olmaya da bilər. Buna baxmayaraq, bəzi işlərin icrası üçün bu məsələlər ətrafında müzakirələrə ehtiyac duyulur. Bunlara vəzifə səlahiyyətlərini yerinə yetirən insanların ölümünü və ya ciddi xəsarət almalarını aid etmək olar.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS ProviderManual. AmericanHeartAssociation. 2010

- Mündəricat:
- A. İnsan orqanizminə sistemli yanaşma
 - B. Dayaq-hərəkət sistemi
 - C. Tənəffüs sistemi
 - D. Ürək-damar sistemi
 - E. Sinir sistemi
 - F. Digər sistemlər

A. İNSAN ORQANİZMİNƏ SİSTEMLİ YANAŞMA

Zərərçəkənlərin vəziyyətlərini düzgün qiymətləndirmək və onlara ilk yardım göstərilməsinin qayda və üsullarını öyrənməkdən 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.

B. 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 bədəni forma vermək və həyati vacib daxili orqanları müdafiə etməyə xidmət edir. Bu sistem müxtəlif ölçülü və formalı sümüklərdən ibarətdir. Sümüklər oynaq vasitəsilə bir-birinə bağlanır. Əzələlər, vəzirlər və bağlar oynaqları saxlayır.

Skelet (yunanca skeletos – qurumuş) bədənə 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 daxilə yerləşən beyini qoruyur. Üz bir neçə sümükdən təşkil olunub. Onlardan ən böyüyü yuxarı və alt çənə sümükləridir. Kəllə onurğa ilə birləşir.

Gövdə 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. Axırındakı iki cüt qabırğa döş sümüyü ilə birləşmir (sərbəst qabırğa). Qabırğalar və döş sümüyü ürək və ağciyər daxil olmaqla həyati 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.

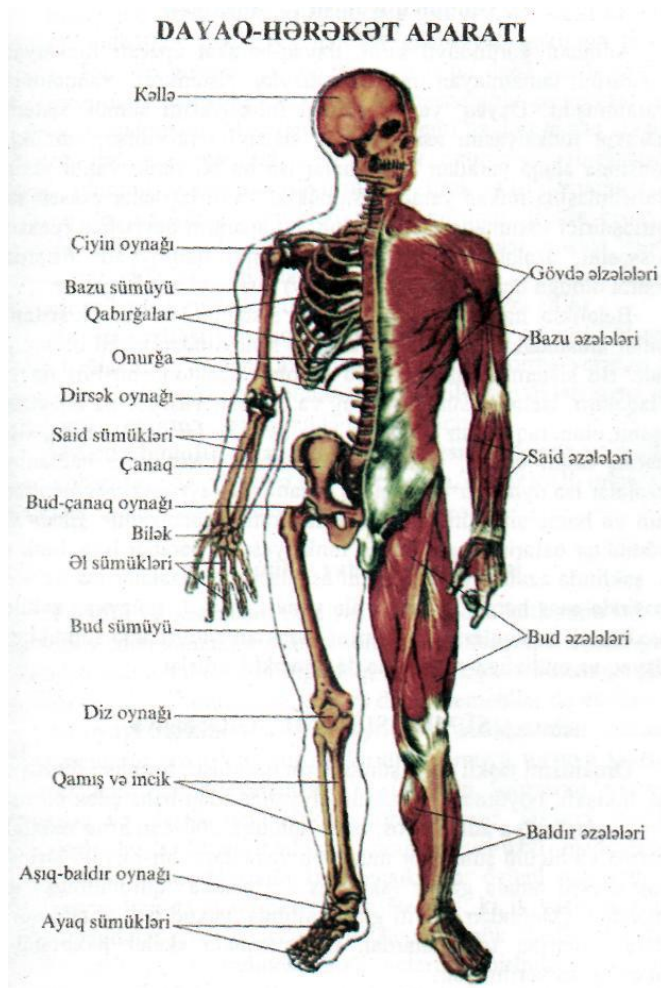
Aşağı ətraf sümükləri çanaq və bir cüt azad aşağı ətraf sümüklərindən təşkil olunub. Aşağı ətraf sümükləri bədənə şaquli (vertikal) vəziyyətdə durmasını və hərəkətlərini tənzimləyir.

Çanaq piyalə formasında olub bədənə 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;
- » *aşiq-daban oynaqı* qamış, incik sümüklərini ayaq sümükləri ilə birləşdirir.



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 daraqxçası 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.

C. TƏNƏFFÜS SİSTEMİ

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



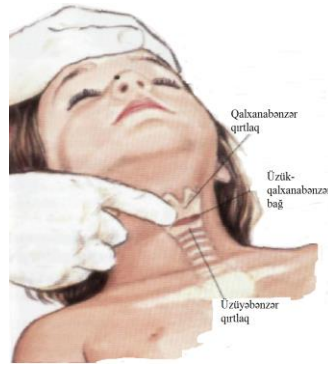
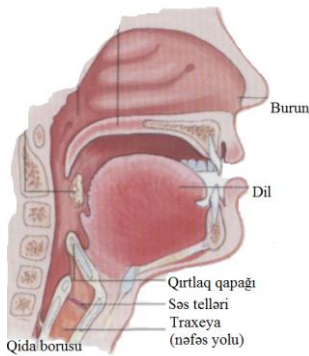
Oksigen bütün toxumalar və hüceyrələr üçün həyati vacib qazdır. Oksigensiz həyat yoxdur. Beyin hüceyrələri 5–6 dəqiqə ərzində oksigenlə təmin edilməzsə, beyin toxumalarında gedən çürümə proseslərinin qarşısını almaq mümkün olmur. Maddələr mübadiləsi zamanı hüceyrələr oksigeni mənimsəyir və əlavə məhsul 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 üzüyabənzər, 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 mənfidir. 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 sormaqla, 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 diametrli və elastik olduğuna görə tez əyilib qatlana bilər. Yenidoğulmuş və körpə uşaqların ölümü çox vaxt tənəffüs sisteminin fəaliyyətinin pozulması nəticəsində baş verir.

D. 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 bədəndən qəbul edir və sağ mədəcikə 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 mədəcikə 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.

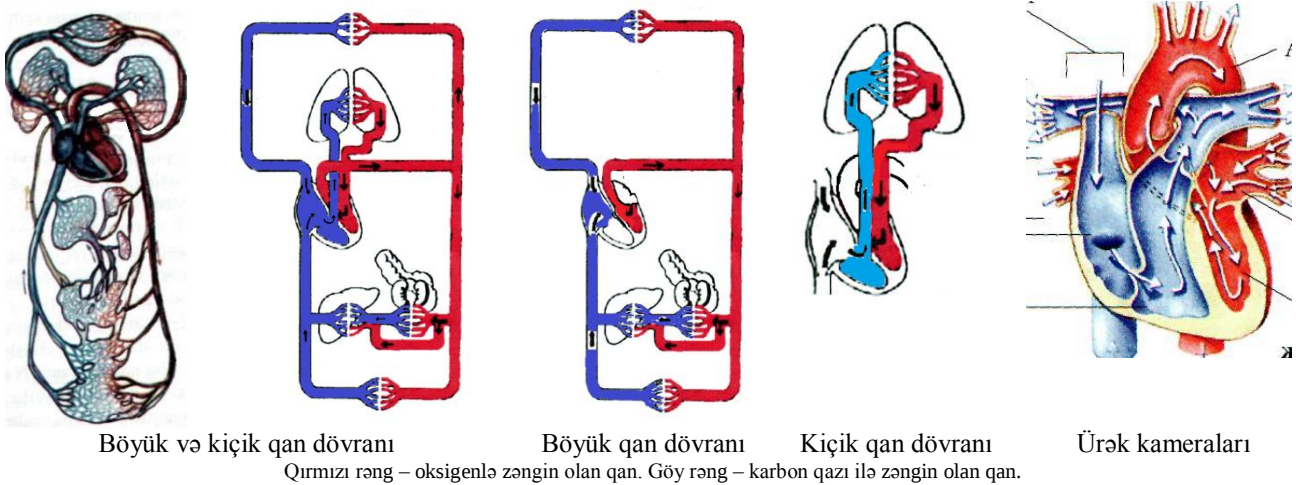
Normada ürək yığılmalarının sayı dəqiqədə 60–80 dəfə təşkil edir. Ürəyin yığılması zamanı arteriyalarda təzyiq 120 mm c.sut. (c.sut. – civə sütunu) yaxın olur, ürək boşalan zaman isə təzyiq 60–70 mm c.sut. təşkil edir.

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 qaydır.

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



* **Arteriyalar** – nisbətən qalın divarlı olub, əzələvi boru şəklindədirlər. Onlar oksigen və qida maddələri ilə zəngin qanı ürəkdən orqanizmin toxuma və hüceyrələrinə çatdırır. Ürək özü də öz arteriyaları ilə qidalanır, bu damarlar tac (koronar) damarlar adlanır. Arterial qan oksigenlə zəngin olduğu üçün al qırmızı rəngdədir.

Bəzi arteriyaların pulsasiyasını (nəbz) dəri səthində barmaqla hiss etmək (əlləmək) mümkündür. Onlar çox böyük əhəmiyyət kəsb edir.

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

- » **Yuxu arteriyası** – beyini qanla təchiz edir. Onu boyun nahiyyəsində, traxeyadan sağ və sol tərəfdə barmaqlarla hiss etmək (əlləmək) mümkündür: başı arxaya əyib şahadət, orta və adsız barmaqları udlağın (hülqumun) üzərinə qoyaraq özünü (döş-körpüçük-məməyəbənzər əzələyə) tərəf çəkin.
- » **Bud arteriyası** – aşağı ətrafları qanla təchiz edir. Onu qasıq nahiyyəsində, hər iki tərəfdə budla qarının bükümündə əlləmək olar.
- » **Mil arteriyası** – yuxarı ətrafın aşağı hissəsini qanla təchiz edir. Onu baş barmaqdan bir az yuxarı, biləyin ön nahiyyəsində, saidin aşağı 1/3 hissəsində əlləmək olar.
- » **Bazu arteriyası** – yuxarı ətrafın yuxarı hissəsini qanla təchiz edir. Onu bazunun içəri səthində, dirsəklə çiyin oynaqının arasında əlləmək olar. Bu, ən çox uşaqlarda böyük əhəmiyyət kəsb edir.
- » **Ayaqarxası arteriya** – ayaqüstü nahiyyənin orta hissəsində əllənir.

Böyükklərdə normada sistolik təzyiq 120, diastolik təzyiq 80 mm c.sut. olur. Qan təzyiqini ölçmək mümkün olmadıqda, böyükklərdə nəbzın 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.sut. 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.

E. SİNİR SİSTEMİ

Sinir sistemi bütün orqan və sistemlərin fəaliyyətini tənzimləyir, orqanizmlə ətraf mühit arasında əlaqə yaradır. Sinir sistemi baş beyin, onurğa beyni və periferik sinirlərdən ibarətdir. Beyin ali psixi funksiyaları, təfəkkürü, emosionu və eyni zamanda əzələlərin iradi olaraq yığılmasını tənzim edir. Baş beyin həm də qeyri-iradi əzələlərin (mədə-bağırsaqlar 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 hərəkət olmaqla, iki yerə ayrılır. Hissiyat sinir sistemi informasiyasını bədən müxtəlif yerlərindən onurğa və baş beyinə çatdırır. Hissiyat sinirlərinin sonu dəridə, əzələlərdə və ya hər hansı bir orqanda yerləşir, qıcıqları qəbul edir. Hərəkət 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 hərəkət sinirlərlə müvafiq əzələlərə ötürülür, nəticədə əzələlər yığılır və bədən yanan hissəsi istilik mənbəyindən aralanır. Orqanizmin qıcığa qarşı belə reaksiyası **refleks** adlanır.

F. 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-bağırsaqlar traktının müxtəlif şöbələrində ağız suyu, mədə və bağırsaqlar şirələrinin hesabına baş verir. Nazik bağırsaqlardan qidalı maddələr sorulur, sorulmayan hissə isə yoğun bağırsaqlar vasitəsilə orqanizmdən xaric olur.
- **Sidik sistemi.** Sidik orqanları bədənə 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, hissiyyəti, qoxunu və dadı təmin edir. 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 təvəfraz olunur. Dəri bədən temperaturunu tənzimləyir (orqanizmdən istilik itkisinin 82%-i dəri vasitəsilə baş verir). Dəri sinir ucları ilə zəngindir və ətraf mühitin qıcıqlarına (toxunma, hərəkət, 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 qidalı xüsusi maddələr (hormonlar) ifraz edir. Həmçinin orqanizmi daxili və xarici mühit dəyişikliklərinə uyğunlaşdırır.

İstifadə olunan ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. İnsanın normal anatomiyası. K.A.Balakışiyev. Maarif. Bakı, 1971.
3. İnsanın anatomiyası və fiziologiyası. Ş.Q.Vəliyev, V.B.Şadlinski, A.C.Məmmədova. Çapıoğlu. Bakı, 2001.
4. Yaş anatomiyası, fiziologiyası və gigiyenası. A.Q.Məmmədov, N.M.Novruzov, T.A.Məmmədova. Təknur MMC. Bakı, 2008

Mündəricat:

- A. Yaşama, sağ qalma zənciri
- B. Ürək-ağciyər reanimasiyasının əsasları
- C. Təhlükəsizliyin qiymətləndirilməsi
- D. Qıcıqlara cavab reaksiyası

A. YAŞAMA, SAĞ QALMA ZƏNCİRİ

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 müəyyənəşdirilərək, o istiqamətdə ilk yardım göstərilməlidir. Belə ki, tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası) beyinin 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 qəfləti xəstəliklər müxtəlif yerlərdə və şəraitdə baş verə bilər. Həyat üçün ən təhlükəli hal və ölümü yaradan səbəb ürəyin və ya tənəffüsün qəfləti dayanmasıdır.

ABŞ və Kanadada ildə təqribən 350000 insana ürəyin qəfləti 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.

İlk yardımın göstərilmə ardıcılığı böyüklərdə və uşaqlarda fərqlidir. Bu ardıcılıq müasir tibbi praktikada “yaşama”, “sağ qalma” zənciri kimi (Chain of Survival) qəbul olunmuşdur.

A d d ı m	Böyüklərdə sağ qalma zənciri	Uşaqlarda sağ qalma zənciri
		
1	Köməyə çağırın Təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin. (zəng edin tel.: 112; 103) Defibrilyatoru* əldə edib tez zamanda işə salın.	Qeyri-ürək mənşəli səbəbləri araşdırıb, qabaqlayıcı (profilaktik) tədbirlər görün.
2	Yuxu və ya bud (körpələrdə bazu) arteriyasında nəbz 5–10 saniyə ərzində təyin edilmirsə, döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı**) əsas olmaq şərti ilə ürək-ağciyər reanimasiyasına (ÜAR) başlayın.	
3	Tez bir zamanda defibrilyatoru işə salın.	Köməyə çağırın, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin. Defibrilyatoru əldə edib, tez zamanda işə salın.
4	Kardio-reanimasiya şöbəsinə təxliyə zamanı həyat fəaliyyətinin qorunmasına yönəldilən effektiv təkmilləşmiş yardım göstərin (Effective advanced life support).	
5	Ürək dayanmasından sonrakı kompleks müalicə (Integrated post-cardiac arrest care).	

* Bəzi ölkələrdə avtomatik eksternal (xarici) defibrilyator (AED) aeroportlarda, vağzalarda, marketlərdə, taksofonlar (avtomat telefon) yanında quraşdırılır.

** Həyat fəaliyyətini təmin etmək məqsədi ilə döş qəfəsinin mərkəzində döş sümüyünün üstünə ritmik təzyiqin edilməsi ürəyin qapalı masajı və daha dəqiq desək – döş qəfəsinin kompressiyası (sıxılması) adlanır.

Böyük yaş qrupuna (böyüklər) – yeniyetmələr (cinsi yetkinlik yaşından yuxarı uşaqlar) və böyüklər daxildir.

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

Oğlanlarda cinsi yetkinlik əlamətlərinə döş qəfəsi, qoltuqaltı çuxur və qasıq nahiyyəsində tüklərin olması, qızlarda – süd vəzisinin inkişafı aiddir.

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

Ürəyin və ya tənəffüsün qəfləti dayanması qəfləti ölümə nəticələnir. **Qəfləti ölüm** zamanı huş itir (qıcıqlara cavab olmur), tənəffüs dayanır, böyüklərdə və uşaqlarda yuxu və bud, körpələrdə isə bazı arteriyasında nəbz təyin edilmir. Ürəyin qəfləti 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 qəfləti dayanması ürəkdə olan səbəblərdən baş verir və birincilidir. Ürəyin qəfləti 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 problemli 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 beyininin 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.

B. İLK YARDIMIN ƏSASLARI

Zərərçəkənə ürəyin və tənəffüsün qəfləti 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 qəfləti 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. Qəfləti ölünün ürək fəaliyyəti, tənəffüsü və huşu bərpa olunarsa o, yenidən həyata qaytarılmış hesab olunur.

Ürək-ağciyər reanimasiyasının defibrilyasiya ilə birgə aparılması ilk yardımın əsasını təşkil edir və **DRCABD** alqoritmində öz əksini tapmışdır.

DRCABD – həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər alqoritmidir.

- | | | |
|----------|-----------------------|--|
| D | Danger | – Diqqət təhlükə! (Təhlükəsizliyi qiymətləndirmək) |
| R | Responsiveness | – Reaksiya (qıcıqlara cavab reaksiyasını, huşun olub-olmadığını yoxlamaq) |
| C | Circulation | – Canlandırma (döş qəfəsinin kompressiyası – ürəyin qapalı masajını aparmaq və qanaxmanı dayandırmaq); |
| A | Airway | – Açıq tənəffüs yolları (tənəffüs yollarının keçiriciliyini bərpa etmək) |
| B | Breathing | – Birbaşa nəfəs vermək (ağciyərlərin süni ventilyasiyasını aparmaq) |
| D | Defibrillation | – Defibrilyasiya (defibrilyatorla elektrik cərəyanı (elektroşok) verib, ürəyin fəaliyyətini bərpa etmək) |

Bu alqoritmə hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**. Hadisə yerinin təhlükəsizliyini qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin. Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Ürək-ağciyər reanimasiyası (ÜAR) vərdişlərinin canlı insan üzərində öyrənilməsi **təhlükəlidir**.

Təcrübə üçün maneken və fantomlardan istifadə edin. Biliklərinizi hər iki ildən bir təzələyin.

İlk yardım göstərərkən təşvişə düşməyin və tibbi yardımın göstərilməsini DRCABD alqoritmının ardıcılığını pozmayaraq həyata keçirin. Əvvəlcədən hadisə yerinin təhlükəsizliyini qiymətləndirin (Danger – diqqət təhlükə!), qıcıqlara cavab reaksiyasını (Responsiveness – reaksiya) yoxlayın və normal/qeyri-normal tənəffüsə görə dəyərləndirib, növbəti addımı atın.

Ürəyin qəfləti dayanmasında hadisə yerinin təhlükəsizliyinin qiymətləndirilməsi, qıcıqlara cavab reaksiyasının yoxlanılması, tənəffüsün və nəbzın təyin edilməsi 10 saniyəyə tamamlanmalıdır.

C. TƏHLÜKƏSİZLİYİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilmə ardıcılığından birinci “D” mərhələsi – Diqqət təhlükə (Danger!) – Təhlükəsizliyin qiymətləndirilməsidir.

DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

1. Xilasedicinin təhlükəsizliyi (Rescuer Safety)

Xilasetmə əməliyyatlarını həyata keçirərkən ən vacibi xilasedicinin ikinci qurbana çevrilməməsidir.

Xəstələrə və zərərçəkənlərə ilk yardım göstərən insan (bundan sonra – 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 başlayır. 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 qeyimlə 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 əşyaların 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 yaxınlaşmazdan 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 lazımi üsullardan istifadə etmədikdə müxtəlif xəsarətlər ala bilərlər. Ən ağır xəsarət onurğanın zədələnməsidir. Ağırlyq qaldırarkən əsas güc onurğa sütununa (belə) yox, ayaqlara düşməlidir. Yükün ağırlyq mərkəzi mümkün qədər xilasedicinin bədənində yaxın olmalıdır. Yerdəyişmə zamanı dönmə hərəkəti ayaqlarla həyata keçirilməlidir (gövdəni, onurğanı çevirmədən). Əgər yükün ağırlyq mərkəzi xilasedicinin belindən aşağı və ya çiyindən yuxarı düşərsə, xəsarət alma riski artır. İmkan olan yerdə yükü dartmaq yox, itələmək məqsədəuyğundur.

Diqqət! Ağırlyq qaldırarkən onurğa düz olmalı, güc ayaqlara düşməli, yükün ağırlyğı 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 çənin partlaması, elektrik cərəyanı təhlükəsi, nəqliyyat vasitələrinin intensiv hərəkəti və s. Belə hallarda ilk yardım göstərilməsi üçün hadisə yerinə daxil olmazdən 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 qorumaq 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 qaytarmağı 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.

DRCABD-ı 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 çimmək, 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.) xaladdan 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 mikroblarla 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 göstərərkən, 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 qablaşdırın.

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 göstərməlidir, 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 yerdəyişməsinə etmək olar. Baş və boyun nahiyəsindən travma almış zərərçəkəni tərpətmək 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 gələndək yerindən tərpətilməməlidir.

Kütləvi hadisələrdə (zərərçəkənin sayı üç nəfərdən artıq olarsa) birinci növbədə həyat fəaliyyətinin təmin olunmasına ehtiyacı olanlar müəyyən olunmalı və ilk növbədə onlara DRCABD alqoritmində əsasən tibbi yardım göstərməlidir. 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 Azərbaycan Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyi Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” Çevik reaksiya idarəsinə (tel.: 112 qaynar xətt) 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 uzaqlaşdırıldıqdan 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.

D. QICIQLARA CAVAB REAKSIYASI

Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritmində yerinə yetirilmə ardıcılığında ikinci “R” mərhələsi – Responsiveness – Reaksiya (qıcıqlara cavab reaksiyası).

DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Bu mərhələdə xilasedici tərəfindən aşağıdakı tədbirlər görülməlidir:

- » huşun olub-olmamasını (qıcıqlara cavab reaksiyasını) yoxlamaq;
- » zərərçəkən huşunu itiribse (qıcıqlara cavab vermir), ilk növbədə kömək çağıraraq təcili tibbi yardım xidmətinə aktivləşdirmək və defibrilyatoru əldə etmək;
- » tənəffüsün normal və ya qeyri-normal olduğunu müəyyən etmək;
- » yuxu və ya bud arteriyasında nəbzın olub-olmadığını müəyyən etmək;
- » yardım göstərmək üçün zərərçəkənə münasib vəziyyət vermək;
- » yardım göstərərkən özü üçün münasib vəziyyət seçmək.

1. Qıcıqlara cavab reaksiyasını yoxlamaqla huşun olub-olmadığını müəyyən edin

Qıcıqlara cavab reaksiyası, zərərçəkənin huşunun olub-olmadığını göstərir. Qıcıqlara cavab reaksiyası iki üsulla müəyyən edilir. Verbal (şifahi) – soruşmaqla və taktil – toxunmaqla.

Uzanıqlı və ya oturaq vəziyyətdə olan zərərçəkənin huşunun özündə olub-olmadığını yoxlamaq üçün əvvəl yüksək səslə soruşun: “Sizə nə olub?”. Cavab olmadıqda isə çiyinlərindən ehtiyatla silkələməklə onun cavab reaksiyasını yoxlayın.

Zərərçəkəndən yüksək səslə “Sizə nə olub?” – soruşub, ehtiyatla çiyinlərindən silkələməklə eyni zamanda tənəffüsün və nəbz olub-olmadığı müəyyən edilməlidir.

Zərərçəkənin qıcıqlara cavab reaksiyası olmadıqda o, **HUŞUNU İTİRMİŞ** və ya **ÖLMÜŞ** hesab olunur.

- * Qıcıqlara cavab reaksiyası olmayan (huşunu itirmiş) **zərərçəkənin sağ olduğunu təsdiq edən əlamətlər** (böyüklərdə və uşaqlarda yuxu və ya bud, körpələrdə isə bazı arteriyasında aydın hiss olunan nəbz, normal adekvat tənəffüs, öskürək və ya hər hansı bir hərəkət) müşahidə olunursa deməli o, sağdır və yalnız huşunu itirib. Belə olan halda ilk yardıma ehtiyac yoxdursa, zərərçəkən aşkar olunduğu vəziyyətdə qalmalı və ya ona “bərpə vəziyyəti” (“Recovery position”) verilməlidir. Təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirdikdən (tel.: 112; 103) sonra zərərçəkənin yanında qalıb onun vəziyyətini tez-tez qiymətləndirin.
- * Qıcıqlara cavab reaksiyası olmayan (huşunu itirmiş) zərərçəkənin **sağ olduğunu təsdiq edən əlamətlər** (aydın hiss olunan nəbz, normal tənəffüs, öskürək və ya hər hansı bir hərəkət) yoxdur və o, nəfəs almır, qeyri-normal nəfəs alır (o cümlədən aqonal tənəffüs), yalnız boğulur, tənəffüs olmur – bu, ürəyin dayanmasından və ya dayanma təhlükəsindən xəbər verir. Ürək dayanması təyin edilən kimi 10 saniyə ərzində döş qəfəsinin sıxılması (kompresiyası) başlanmalıdır – “**Sağ qalma zəncirinin**” (Chain of Survival) ardıcılığını əsas tutaraq DRCABD algoritmini həyata keçirin.
- * Qıcıqlara cavab reaksiyası olmayan (huşunu itirmiş) zərərçəkənin sağ olduğunu və ya klinik ölümü təsdiq edən əlamətlər yoxdursa, deməli geri dönməsi mümkün olmayan bioloji ölüm baş verib. Belə halda 102 və ya 112 telefon nömrələrinə zəng edin.



Reaksiyanı yoxlayın və tənəffüsə nəzarət edin

* Huşu aydın olan zərərçəkən qıcıqlara (səsə və silkələməyə) cavab verir. Onun şikayətlərini öyrənib, imkan daxilində ilk yardım göstərdikdən sonra təcili tibbi yardım xidmətinə (tel.: 103) və ya Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” Çəvik reaksiya idarəsinə (tel.: 112 qaynar xətt) zəng edin (zənglər pulsuzdur).

Baş və boyun nahiyyəsindən travma almış zərərçəkəni tərpətmək və silkələmək olmaz, çünki bu kimi hərəkətlər onurğa beyininin zədələnməsinin ağırlaşmasına səbəb ola bilər. Travma almış zərərçəkən təhlükəsiz ərazidən başqa yerə köçürülməməlidir.

Ümumiyyətlə, zərərçəkən nəfəs alırsa, qanaxması dayandırılıbsa və başqa tibbi yardıma ehtiyac yoxdursa o, təcili tibbi yardım briqadası gələnədək tərpətilməməlidir.

2. Zərərçəkən huşunu itiribse ilk növbədə əlavə kömək çağırın, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin, defibrilyatoru əldə edin.

- * **Əlavə kömək çağırmaq**
Huşunu itirmiş, qıcıqlara cavab verməyən zərərçəkən nəfəs almır, normal nəfəs almır və ya boğulursa, “sağ-qalma zənciri”nin tələblərinə uyğun olaraq yardım göstərin.
- Böyük yaş qrupuna (böyüklərə) aid olan zərərçəkən olduqda, qışqıraraq kömək çağırın: “**Kömək edin! Kömək edin!**”.
- Uşaqlar qrupuna aid olan zərərçəkən olduqda, ilk növbədə qeyri-ürək mənşəli səbəbləri araşdırıb, qabaqlayıcı (profilaktik) tədbirlər görüb (**ilk yardım göstərib**), kömək çağırın: “Kömək edin! Kömək edin!”.
- * **Təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin (zəng edin)**
112 və ya 103 nömrələrinə zəng edən aşağıdakı məlumatları verməlidir:
 - » hadisə baş verdiyi ərazinin ünvanı, oriyentirləri (səmti);
 - » hansı fəlakət növü baş vermişdir (yol nəqliyyat hadisəsi, dağıntı, suda bədbəxt hadisə və s.);
 - » hadisənin xarakteri və miqyası (əhatə dairəsi);
 - » hadisə yerinə çatmaq üçün yaxın və maneəsiz yol;
 - » hadisənin baş verdiyi vaxt (gün, saat, dəqiqə);
 - » zərərçəkənlərin dəqiq və ya təxmini sayı (özünün, qonşuların, şahidlərin və digər mənbələrin məlumatı əsasında);
 - » zərərçəkənlərin vəziyyəti;
 - » xilasetmə əməliyyatının həcmi (ehtiyacın miqdarı – tibb işçiləri, nəqliyyat vasitələri, avadanlıq və s.);
 - » xilasetmə əməliyyatının əsas istiqaməti (yol nəqliyyat vasitəsindən və ya dağıntılar altından zərərçəkənlərin çıxarılması və s.);
 - » olduğu yer haqqında məlumat;
 - » digər lazımı məlumatlar;
 - » məlumat verənin soyadı, adı və telefon nömrəsi.

Zəng edən insan yalnız dispetçerin icazəsi ilə telefon danışığını kəsib CAB reanimasiyası aparan xilasedicinin yanına qayıtmalı və zəng etdiyi haqda məlumat verib, xilasetmə əməliyyatına qoşulmalıdır.

* **Defibrilyatoru əldə edin**

Bəzi ölkələrdə avtomatik eksternal (xarici) defibrilyator (AED) aeroportlarda, vağzalarda, marketlərdə, taksofon (avtomat telefon) yanında quraşdırılır. Sadəcə onları olduğu yerdən götürüb, zərərçəkənin yanına gətirmək lazımdır.

3. Tənəffüsün normal və ya qeyri-normal olduğunu müəyyən edin

Zərərçəkənin çiyinlərindən silkələyib, “Sizə nə olub?” – soruşmaqla eyni zamanda **tənəffüsünün normal/qeyri-normal** olduğuna görə dəyərləndirin: zərərçəkən nəfəs almır; normal nəfəs almır; yalnız boğulur və ya aqonal tənəffüsdür.

Bəzi hallarda zərərçəkəndə aqonal tənəffüs müşahidə olunur. Aqonal (can vermə) tənəffüs normal tənəffüs sayılmır. Aqonal tənəffüs reflektor olaraq havanın acgözlüklə udulması – ürəyin qəfləti dayanmasından dərhal sonra baş verir. Aqonal tənəffüsdə ağız açıq qalır, boyun və döş əzələləri tənəffüsdə iştirak edir. Zərərçəkən sürəkli “hava udmağa” çalışır, tənəffüs xırıltılı və fasilələrlə müşayiət olunur.

Aqonal tənəffüs, qıcıqlara cavab verməyən zərərçəkəndə ürək dayanmasının əlamətidir və belə halda döş qəfəsinin kompressiyası əsas götürülərək, ÜAR-ı başlayın.

4. Nəbzın olub-olmadığını müəyyən edin

Diqqət! Qıcıqlara cavab reaksiyasını, tənəffüsü və nəbzi eyni zamanda – 10 saniyə ərzində qiymətləndirin.

Qıcıqlara cavab reaksiyası verməyən zərərçəkənin tənəffüsündə hansısa bir problem olarsa, vaxt itirmədən onun nəbzini yoxlayın.

Nəbz böyüklərdə və uşaqlarda yuxu və ya bud (körpələrdə bazu) arteriyasında 5–10 saniyə ərzində təyin edilmirsə, döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı) əsas götürülərək, ürək-ağciyər reanimasiyasına başlayın.

5. Yardım göstərmək üçün zərərçəkənə münasib vəziyyət verin

Onurğada, xüsusilə də boyun nahiyyəsində travmaya şübhə olduqda, zərərçəkəni yerindən tərpətməyin.

Yalnız zəruri hallarda, təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər zərərçəkən başqa yerə köçürülə bilər.

ÜAR aparıldıqda isə baş, boyun və bədən bir xətt boyu saxlanılmalıdır.

- Qıcıqlara cavab verməyən (huşunu itirmiş) zərərçəkən klinik ölüm vəziyyətində olduqda, onu arxası üstə çevirib kürəyi bərk və hamar müstəvi səth üzərinə (stol, döşəmə, torpaq və s.) uzatmaq lazımdır.
- Qıcıqlara cavab verməyən (huşunu itirmiş) zərərçəkən sağ olduqda, ona “bərpə vəziyyəti” (“Recovery position”) verilməlidir.

* **“Bərpə vəziyyəti” (“Recovery position”).**

Zərərçəkən adekvat (tam uyğun) nəfəs alırsa və onurğanın, budun və ya çanağın zədələnməsi yoxdursa, ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpə vəziyyəti” verilməlidir:

- zərərçəkənin sol tərəfində olduqda, onun sol əlini başının üstünə qaldıraraq sağ ayağını sol ayağı üstə qoyun;



- zərərçəkənin başını saxlayaraq bir əlinizlə sağ çiyindən, digər əlinizlə sağ dizaltı nahiyyədə tutun;
- zərərçəkəni özünüza doğru sol tərəfi üstə çevirin;
- zərərçəkənin sağ əlinin arxa hissəsini onun üzünün altına qoyun;
- zərərçəkəni çevirərkən baş, boyun və bədəni bir xətt boyu saxlayıb, onları bir istiqamətdə hərəkət etdirin.
- boyunun və belin burulmasına yol verməyin və başı gövdənin orta xətti ilə bir saxlayın.

Zərərçəkənə “bərpə vəziyyəti” verdikdən sonra tənəffüs yollarının keçiriciliyini təkrarən yoxlayın. Tənəffüs yoxdursa, zərərçəkənin başının vəziyyətini dəyişin (bir az arxaya və ya qabağa) və tənəffüs yollarının keçiriciliyini bir də yoxlayın.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

6. Yardım göstərmək üçün münasib vəziyyət seçin

Xilasedici yardım göstərmək üçün özünə münasib vəziyyət seçməlidir.

Xilasedici üçün münasib vəziyyət, mümkündürsə, zərərçəkənin çiyin səviyyəsində, zərərçəkən yerdədirsə dizi üstə dayanmasıdır. Bu vəziyyətdə bir xilasedici döş qəfəsinin kompressiyasından ağciyərlərin süni ventilyasiyasına keçərkən minimum hərəkət edir və defibrilyatorun istifadəsini asanlaşdırır. İkinci xilasedici olduqda o, süni tənəffüs vermək üçün birinci ilə üzbəüz (dizi üstə) durmalı və ya özüdüzlən kisə (Ambu kisəsi) olduqda zərərçəkənin baş tərəfində durmalıdır. Üçüncü xilasedici də digər iki xilasedicinin mövqeyinə uyğun yer tutur.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015

Mündəricat:

- A. Böyüklərə xilasedici tək olduqda ÜAR-ın aparılması
- B. Bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlara xilasedici tək olduqda ÜAR-ın aparılması
- C. Körpələrə (yenidöğulmuşla bir yaş arasında olan uşaq) xilasedici tək olduqda ÜAR-ın aparılması
- D. Böyüklərə xilasedicilər iki nəfər və çox olduqda ÜAR-ın aparılması
- E. Bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlara xilasedicilər iki nəfər və çox olduqda ÜAR-ın aparılması
- F. Körpələrə xilasedicilər iki nəfər və çox olduqda ÜAR-ın aparılması
- G. Yenidöğulmuşlara ÜAR-ın aparılması
- H. Reanimasiya tədbirlərinin dayandırılması

Həyat üçün ən təhlükəli hal ürəyin qəfləti dayanmasıdır. Hadisə qəfləti baş verdiyi üçün zərərçəkənə ilk yardımını ətrafda olan insanlar göstərməlidirlər. Sizin yanınızda kimsə özünü pis hiss edib, qəfləti huşunu itirərək yerə yığılır və ya oturacaqda oturduğu halda birdən tənəffüsü məhdudlaşır, nəfəs almır və ya qeyri-normal nəfəs alır (o cümlədən aqonal tənəffüs), boğulur, təngnəfəs olur və qıcolmalar baş verirsə – bu, ürəyin dayanmasından və ya dayanması təhlükəsindən xəbər verir. Qıcolmalar ürək dayanmasının tez-tez təsadüf edilən nəticəsidir.

A. BÖYÜKLƏRƏ xilasedici TƏK OLDUQDA ÜAR-ın aparılması

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

DRCABD alqoritminin yerinə yetirilmə ardıcılığına riayət edin.

DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

1. Huşun, tənəffüsün və nəbzın olub-olmadığını müəyyən edin

* Hadisə yerinin təhlükəsizliyini qiymətləndirin. Təhlükə olarsa onu aradan qaldırın.

* **Huşun olub-olmadığını müəyyən edin.**

Təhlükə yoxdursa, zərərçəkənin huşunu – qıcıqlara cavab reaksiyasını yoxlayın. Ehtiyatla çiyinlərindən silkələyib yüksək səslə (ucadan) “Sizə nə olub?” – soruşun.

- **Zərərçəkən huşunu itiribse** (qıcıqlara cavab vermir), ilk növbədə **köməyə çağırın**, təcili tibbi yardım xidməti-ni (TTYX) aktivləşdirin (112 və ya 103 nömrələrinə zəng edin), defibrilyatoru əldə edin.

Ucadan “Kömək edin! “Kömək edin!” – deyər qışqırın.

Köməyə gələn olduqda, komanda şəklində yardım göstərin.

- Köməyə gələn olmadıqda, tək yardım göstərin.

Əgər 90 saniyə ərzində təcili tibbi yardım xidmətini (TTYX) aktivləşdirib, defibrilyatoru əldə edib, geri qayıtmaq mümkün deyilsə, vaxt itirmədən tez ÜAR-ı başlayın. Bəzi ölkələrdə avtomatik eksternal (xarici) defibrilyator (AED) aeroportlarda, vağzalarda, marketlərdə, taksofon (avtomat telefon) yanında quraşdırılır.

* **Tənəffüsün olub-olmadığını müəyyən edin.**

Zərərçəkənin çiyinlərindən silkələyib, “Sizə nə olub?” – soruşmaqla eyni zamanda **tənəffüsün normal/qeyri-normal olduğunu dəyərləndirin**. Zərərçəkənin tənəffüsündə hansısa bir problem olarsa, ləngimədən onun yuxu və ya bud arteriyasında nəbzın olub-olmadığını müəyyən edin. Hadisə yerinin təhlükəsizliyinin qiymətləndirilməsi, qıcıqlara cavab reaksiyasının yoxlanılması, tənəffüsün dəyərləndirilməsi və nəbzın olub-olmadığının müəyyən edilməsi maksimum 10 saniyəyə tamamlanmalıdır.

Diqqət! Tənəffüsü və nəbzi eyni zamanda – 10 saniyə müddətində qiymətləndirin.

- Zərərçəkən qıcıqlara cavab vermirsə (**huşunu itirib**), **nəfəs almır**, qeyri-normal nəfəs alır (o cümlədən aqonal tənəffüs) yalnız boğulur, təngnəfəs olur, yuxu və ya bud arteriyasında **nəbz təyin edilmirsə** – bu, ürəyin dayanmasından və ya dayanması təhlükəsindən xəbər verir.

- Zərərçəkəni arxası üstə (üzü yuxarı) sərt, yastı müstəvi səth üzərinə (stol, döşəmə, yer və s.) uzadın;

- Zərərçəkən yerdə uzanıbsa, onun çiyini səviyyəsində, dizi üstə durun.

* **Nəbzın yuxu və ya bud arteriyasında olub-olmadığını müəyyən edin.**

Nəbzi yoxlayın. Nəbz 5–10 saniyə ərzində yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edilmirsə, ləngimədən döş qəfəsinin kompressiyası (sıxılması) – ürəyin qapalı masajı əsas götürülərək, ürək-ağciyər reanimasiyasına (ÜAR) başlayın. Ürək dayanması təyin edilən kimi uzağı 10 saniyə ərzində döş qəfəsinin kompressiyasını başlayın. “Sağ qalma zənciri”nin (Chain of Survival) ardıcılığını əsas tutaraq, DRCABD alqoritmni həyata keçirin.

2. Canlandırma – döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı)

- Döş qəfəsinin mərkəzinə (döş sümüyünün aşağı hissəsinə) iki əllə *fasiləsiz rejimdə sərt və tez-tez* – dəqiqədə **100–120 arası** tezliklə sıxmağa başlayın.
- Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbiri dərinliyinə qədər sıxılmalı (böyükərdə 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 verin.

Böyükərlərə yardım göstərənlər tək, iki nəfər və daha çox olduqda da

ÜAR 30:2 nisbətində aparılır – 30 kompressiya 2 tənəffüs.

- 30 kompressiyanı təxminən 18 saniyə və daha az müddətdə etmək lazımdır. Kompressiyaları bərkədən sayın. 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.
- Döş qəfəsi kompressiyalarını yerinə yetirərkən hər 30 kompressiya arasındakı fasilə 10 saniyədən artıq olmamalıdır.

3. Açıq tənəffüs yolları – tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası

Dil ilə tutulan tənəffüs yolu iki üsulla açılır:

- » “baş arxaya, alt çənə irəli” – başı arxaya əyib, alt çənəni irəli çəkmək (əsas üsul);
- » “alt çənə irəli” – başı arxaya əyməyib, alt çənəni irəli çəkmək.

4. Birbaşa nəfəsvermə – ağciyərlərin süni ventilyasiyası

Hər 30 kompressiya etdikdən sonra, mümkündürsə, zərərçəkənin tənəffüs yollarını açıb **2 ardıcıl uğurlu** (döş qəfəsini qaldıran) süni **tənəffüs verin**. Hər nəfəs vermənin müddəti bir saniyədən artıq olmalıdır. Döş qəfəsinin qalxmasını izləyin və **artıq havalandırmaya yol verməyin**.

Diqqət! Süni tənəffüs bir çox üsullarla aparılır: birbaşa – “ağızdan-ağıza” və ya “ağızdan-buruna”; sədd vasitə ilə – “ağızdan-ağıza”; ağız-udlaq və burun-udlaq hava ötürücüləri ilə, ağız maskası vasitəsilə “ağızdan-ağıza”; AMBU kisəsi vasitəsilə. Süni tənəffüs verərkən bütün hallarda *bioloji substansiyalardan və yoluxucu xəstəliklərdən* qorunun. İlk fürsətdə çalışın birbaşa “ağızdan-ağıza” və ya “ağızdan-buruna” nəfəs verməni sədd vasitəsilə, ən yaxşısı isə tək olduqda ağız maskası, iki nəfər və çox olduqda isə özüddüzələn Ambu kisəsi ilə əvəz edin (bax: “Ağciyərlərin süni ventilyasiyası”).

Kompressiya edərkən tənəffüs vermək üçün fasiləyə və kompressiyalar arası əlavə nəfəs verməyə ehtiyac yoxdur. Kompressiyalardan sonra tənəffüs yollarını açıb 2 ardıcıl uğurlu süni tənəffüs verib, yenə də kompressiyalara qayıtmağa 10 saniyədən artıq vaxt itkisinə yol verməyin.

- Ağızdan-ağıza (ağızdan-buruna) süni nəfəsin verilməsi mümkün olmadıqda (xəsarət nəticəsində sifətin eybəcər hala düşməsi səbəbindən, gigiyena baxımından və s.) döş qəfəsinin kompressiyasını (sıxılmasını) fasiləsiz rejimdə kömək gələndə qədər və ya defibrilyatoru istifadə edəndə qədər davam edin (tənəffüs vermədən “yalnız əllərlə” – “Hands-Only” alqoritm).

Tək olduqda, zərərçəkənin yaşından asılı olmayaraq ürəyin qəfləti dayanması zamanı

bütün zərərçəkənlərdə (yenidöğulmuşlar istisna olmaqla), döş qəfəsinin kompressiyası əsas götürülərək,

ürək-ağciyər reanimasiyası 30:2 nisbətində (30 kompressiya 2 tənəffüs) CAB ardıcılığı ilə aparılır.

Diqqət! Yenidöğulmuşlarda ürəyin qəfləti dayanması adətən asfiksiya – boğulma (toxumalarda oksigenin azalması və karbon qazının çoxalması) nəticəsində baş verdiyinə görə onlarda *ilk və mühüm addım* asfiksiyanı aradan qaldırmaq, tənəffüs yollarının keçiriciliyini bərpa etməkdir. Buna görə, ürəyin funksiyasının pozulmasını halları istisna olmaqla, yenidöğulmuşlara ÜAR-ı apardıqda ABC alqoritmindən istifadə edin.

- 30 kompressiya 2 tənəffüs (30:2 nisbəti) və *uşaqlarda xilasedici iki nəfər və çox olduqda* 15 kompressiya 2 tənəffüs (15:2 nisbəti) **bir dövr** hesab edilir.
- Hər 5 dövrdən (2 dəqiqədən) bir yuxu və ya bud arteriyasında nəbzi yoxlayın. Nəbz aydın təyin edildikdə, lakin sərbəst tənəffüs olmadıqda, təcili tibbi yardım briqadası gələndə qədər, tənəffüs yollarını açıb, hər 5–6 saniyədən bir 1 uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) nəfəs verin (dəqiqədə 10–12 nəfəs). Əgər zərərçəkənin nəbzi yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edilirsə və tənəffüsü bərpa olunubsa, ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verin.

Diqqət! (1) Ürək dayanmasının səbəbi hipoksiya olduqda (məsələn suda boğulma), təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirməzdən əvvəl ÜAR-ı 5 dövr (təxminən 2 dəqiqə) aparın.

(2) Ürəyin qapalı masajını icra edərkən, imkan daxilində **30 kompressiyanın sonunda köməyə çağırın**, sonra süni tənəffüs verin.

(3) Köməyə gələn olmadıqda böyükərdə və uşaqlarda 30, yenidöğulmuş uşaqlarda isə 10 dəqiqə müddətində fasiləsiz və keyfiyyətli ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) apardıqdan sonra qan dövrəni bərpa olunmursa (nəbz təyin edilmir), reanimasiya tədbirlərini dayandırmaq olar.

(4) Köməyə gələn olduqda, ilk növbədə təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirin (zəng vurun) və ya defibrilyatoru əldə edin.

(5) Defibrilyator əldə edilən kimi onu, mümkün qədər tez istifadə edin.

(6) Defibrilyatoru əldə etmək mümkün olmadıqda, təcili tibbi yardım briqadası gələndə qədər yardımı komanda şəklində göstərin.

5. Defibrilyasiya – defibrilyatorla elektrik cərəyanı (elektroşok) verməklə, ürək fəaliyyətinin bərpası

Defibrilyator əldə edilibsə, onu əlçatan yerə qoyun və döş qəfəsinin kompressiyasını başladıqdan dərhal sonra tez bir zamanda defibrilyatoru işə salın. Çalışın defibrilyatoru işə salıb yastıqcıqları zərərçəkənin cılıpaq sinəsinə bərkitməyə 30 saniyədən artıq vaxt sərf edilməsin. İndi ən vacibi 5 dövr (2 dəqiqə) ÜAR-ı davam edib elektroşok (cərəyan) verməkdir (bax: “Avtomatik eksternal (xarici) defibrilyator”).

- Hər bir elektroşokdan qabaq və dərhal sonra döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə ÜAR-ı təcili yenidən başlamaq lazımdır. Nəbzi və ritmi yoxlamağa vaxt sərf etməyin.
- ÜAR zamanı defibrilyatoru söndürməyin, elektroşok vermək yenə də lazım ola bilər.
- Əlləri döş qəfəsindən götürən kimi 8 saniyə müddətində defibrilyatorla analiz edib elektroşok verin.
- Döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaqla, ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) davam etdirin. Sonra yenə defibrilyatoru işə salıb, defibrilyatorun göstərişlərinə əməl edin.
- Hər 5 dövrədən (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). Zərərçəkənin nəbzi yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edildikdə və tənəffüsü bərpa olunduqda, ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verin.

B. Bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan UŞAQLARA xilasedici TƏK OLDUQDA ÜAR-ın aparılması

*** * *** Ürəyin qəfləti dayanması **YANINIZDA BAŞ VERDİKDƏ** uşaqlarda ÜAR-ın aparılması

a) Əvvəl təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirmək (zəng vurmaq) və defibrilyatoru əldə etmək, sonra isə ÜAR-ı aparmaq

Tək olduqda, bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlarda ürəyin qəfləti dayanması **yanınızda baş verdikdə** ÜAR-ı böyüklərdə olduğu kimi DRCABD alqoritmində uyğun aparın.

1. Huşun, tənəffüsün və nəbzin olub-olmadığını müəyyən edin

- Təhlükəsizliyi gözləyin, qıcıqlara cavab reaksiyasını yoxlayın və tənəffüsü qiymətləndirin.
- Ürəyin qəfləti dayanması və ya ürəyin dayanma təhlükəsi olduqda köməyə çağırın. Köməyə gələn olmadıqda uşağa (körpəyə) yardım göstərməzdən öncə 90 saniyə ərzində TTYX-ni aktivləşdirib (zəng vurub), defibrilyatoru əldə edib, geri qayıtmaq mümkün deyilsə, vaxt itirmədən tez ÜAR-ı başlayın. Travması olmayan və daşınması mümkün olan uşağı telefona yaxın yerə çatdırıb, təcili tibbi yardım xidmətinə zəng edib, onların məsləhəti ilə yardım göstərmək olar.
- Nəbzi yoxlayın. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda nəbz 5–10 saniyə ərzində yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edilmirsə və ya sayı dəqiqədə 60-dan azdırsa, döş qəfəsinin kompressiyası əsas götürülərək, ÜAR başlanmalıdır.

2. Canlandırma – döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı)

- 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 bütün yaşlarda ÜAR-ı, yenidoğulmuşlar istisna olmaqla, 30:2 nisbətində aparmalıdır.

3. Açıq tənəffüs yolları – tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası

4. Birbaşa nəfəsvermə – ağciyərlərin süni ventilyasiyası

- Kiçik yaş qrupuna (1–3 yaş) aid olan və fiziki cəhətdən zəif uşaqlarda döş qəfəsinin kompressiyası bir əllə (ovcun proksimal (biləyə yaxın) hissəsi ilə), digərlərində isə iki əllə aparılır.
- Uşaqların ürəyi və beyinin lazımı miqdarda oksigenlə təmin edilməsi üçün döş qəfəsinin kompressiyası mütləq ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə sinxron şəkildə – eyni zamanda aparılmalıdır. İkinci xilasedici olduqda sinxronluq daha uğurlu həyata keçirilir.

Diqqət! (1) Ürəyin qapalı masajını icra edərkən, imkan daxilində 30 kompressiyanın sonunda köməyə çağırıb, sonra süni tənəffüs verin.
(2) 5 dövr (2 dəqiqə) ərzində aparılan ÜAR-dan sonra sərbəst nəbz bərpa olunmadıqda və köməyə gələn olmadıqda uşağı hadisə yerində tək qoyub, TTYX-ni aktivləşdirin (zəng vurun) və ya defibrilyatoru əldə edin.
(3) TTYX-ni aktivləşdirdikdən sonra uşağın yanına qayıdıb, təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər ÜAR-ı davam edin.

5. Defibrilyasiya

Defibrilyator əldə edilən kimi onu, mümkün qədər tez istifadə edin.

b) Əvvəl ÜAR-ı aparmaq, sonra isə təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirmək (zəng vurmaq) və defibrilyatoru əldə etmək

Bir çox uşaq və körpələrdə, böyüklərdən fərqli olaraq, tənəffüs çatışmazlığı və bradikardiya (ürək vurğularının sayının 60 dan az olması) beyin və ürək toxumalarının oksigenlə təchizatını azaldır, hətta, ürəyin dayanmasına səbəb ola bilər. Belə uşaqlara təcili olaraq 2 dəqiqə ərzində (5 dövr) ÜAR aparın, əks təqdirdə uşaqlarda ürəyin qəfləti dayanma ehtimalı artır və ürək dayanması baş verir. 2 dəqiqə ərzində ÜAR-ı apardıqdan sonra, TTYX-ni aktivləşdirmək və defibrilyatoru əldə etmək üçün uşağı tək qoymaq olar. Bundan sonra uşağın yanına qayıdıb, təcili tibbi yardım briqadası gələnə və ya defibrilyator əldə edilənə qədər ÜAR-ı davam edin.

Defibrilyator əldə edilən kimi onu istifadə edin.

*** * *** Ürəyin qəfləti dayanması **YANINIZDA BAŞ VERMƏDİYİ HALDA** uşaqlarda ÜAR-ın aparılması

Əvvəl ÜAR-ı aparmaq, sonra isə təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirmək (zəng vurmaq) və defibrilyatoru əldə etmək

Hadisə yerinə qəlib, nəfəs almayan, qeyri-normal nəfəs alan (o cümlədən aqonal tənəffüs), yalnız boğulan,

təngnəfəs olan uşaqla rastlaşan zaman, köməyə çağırın, nəbzi yoxlayın. Nəbz 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilmirsə və ya sayı dəqiqədə 60-dan azdırsa, əvvəlcə 5 dövr (2 dəqiqə) 30:2 nisbətində ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) aparın. Sonra təcili TTYX-ni aktivləşdirmək (zəng vurmaq) və defibrilyatoru əldə etmək üçün uşağı tək qoymaq olar. Bundan sonra uşağın yanına qayıdıb, təcili tibbi yardım briqadası gələndə və ya defibrilyator əldə ediləndə qədər ÜAR-ı davam edin. Defibrilyator əldə edilən kimi onu, mümkün qədər tez istifadə edin.

Diqqət! (1) Əgər zərərçəkənin nəbzi yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edilsə və tənəffüsü bərpa olunubsa ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verin.
(2) Nəbz aydın təyin edilsə və ya nəbz sayı dəqiqədə 60-dan çoxdursa, lakin sərbəst tənəffüsü yoxdursa, təcili tibbi yardım briqadası gələndə qədər, tənəffüs yollarını açıb, yalnız hər 5–6 saniyədən bir 1 uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) nəfəs verin (dəqiqədə 10–12 nəfəs).

C. KÖRPƏLƏRƏ (yenidöğulmuşla bir yaş arasında olan uşaq) xilasedici TƏK OLDUQDA ÜAR-ın aparılması

ÜAR böyüklərdə və uşaqlarda olduğu kimi, DRCABD alqoritminə uyğun aparılır.

- * Böyüklərdən və bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlardan fərqli olaraq **körpələrdə nəbz bazu arteriyasının üzərində təyin edilir:**
- nəbz aydın təyin edildikdə, tənəffüs yollarını açıb, hər 3 saniyədən bir 1 uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) nəfəs verin;
- nəbz aydın təyin edilmirsə və ya sayı dəqiqədə 60-dan azdırsa, ürək-ağciyər reanimasiyası 30:2 nisbətində başlanmalıdır. İkinci xilasedici gələrsə ÜAR-ı 15:2 nisbətində davam edin.
- * Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbiri dərinliyinə qədər sıxılmalıdır (körpələrdə təqribən 4 sm) və hər kompressiyadan sonra döş qəfəsindən əli çəkmədən onun yenidən genişlənməsinə (tam yerinə qayıtmasına) imkan verilməlidir.
- * Döş qəfəsinin kompressiyası, xilasedici tək olduqda, bir əlin 2 barmağı ilə, iki nəfər olduqda isə iki baş barmaqqla “döş qəfəsini əhatə etmə texnikası” vasitəsilə aparılır.
- * ÜAR-ı aparmaq üçün körpəni qolun said-bazu önü (dirsəklə əl arasındakı hissə) üzərinə üzü yuxarı uzandırıb, başı ovucla saxlamaq lazımdır. Bu zaman onun başı bir qədər aşağı olur. Körpəni bu vəziyyətdə tutmaqla telefona yaxınlaşmaq da olar. Tənəffüsü məhdudlaşmış və qıcıqlara cavab verən körpə çox vaxt tənəffüs yollarının açıq qalması üçün özü əlverişli vəziyyət alır. Ona bu vəziyyətdə qalmağa imkan vermək lazımdır.

D. BÖYÜKLƏRƏ xilasedicilər İKİ NƏFƏR və ÇOX OLDUQDA ÜAR-ın aparılması

1. Huşun, tənəffüsün və nəbzın olub-olmadığını müəyyən edin

- * Hadisə yerinin təhlükəsizliyini qiymətləndirin. Təhlükə olarsa, onu aradan qaldırın.
- * Təhlükə yoxdursa zərərçəkənin huşunu (qıcıqlara cavab reaksiyasını) yoxlayın və eyni zamanda tənəffüsün normal/qeyri-normal olduğuna görə dəyərləndirin.
- * İlk növbədə köməyə çağırın. Ucadan “Kömək edin! “Kömək edin!” – deyə qışqırın.
- Köməyə gələn olduqda yardım komanda şəklində göstərilməlidir. Komanda şəklində yardım göstərmək olduqca vacibdir. Bir xilasedici lider rolunu icra etməlidir, digərləri onun dediklərinə tabe olmalıdır. O, aydın, nəzarət olunan səsli sərəncam verməlidir. Qışqırmaq və ya yüksək səs tonu komanda üzvlərinin qarşılıqlı müdaxiləsinə poza bilər. Eyni anda yalnız bir adam danışmalıdır. Lider komanda üzvlərini aydın danışığa (nitqə) sövq etməlidir.
- Xilasedicilərdən biri ləngimədən nəbzi yoxlayıb, döş qəfəsinin kompressiyasını başlamağa, digəri tənəffüsü təmin etməli, tənəffüs yollarını açıb, 2 ardıcıl uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) süni tənəffüs verməli, üçüncüsü TTYX-ni aktivləşdirməli (zəng vurmali), dördüncüsü defibrilyatoru gətirib istifadəyə hazırlamalıdır. Qalan xilasediciləri torba-maskə havalandırması, döş qəfəsini örtən geyimin çıxarılması, zərərçəkənin xəraklə daşınması kimi işlərə və yorulmuş xilasediciləri əvəz etməyə cəlb etmək olar.
- Ətrafdakıların köməyi ilə zərərçəkəni arxası üstə (üzü yuxarı) hamar müstəvi səth üzərinə (stol, döşəmə, torpaq (yer) və s.) uzadın. Sonra, zərərçəkən yerdə uzanıbsa, xilasedicilərdən biri onun sağ, o biri isə sol çiyini səviyyəsində dizi üstə duraraq yardım göstərirlər.
- * Nəbzi yoxlayın. Bir neçə xilasedici eyni reanimasiya vərdişlərinə malikdirsə, hadisə yerində onların arasında iş bölgüsü aparılmalıdır. Birinci xilasedici nəbzi yoxlayır. Nəbz 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilmirsə, deməli ürəyin qəfləti dayanması baş verib. Ürəyin qəfləti dayanması təyin edilən kimi, uzağı 10 saniyə ərzində, defibrilyator gələndə qədər, döş qəfəsini fasiləsiz rejimdə sərt və tez-tez – dəqiqədə 100-dən çox tezliklə sıxmağa başlayın.

2. Canlandırma – döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı)

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

*Böyüklərə yardım göstərənlər tək, iki nəfər və daha çox olduqda da
ÜAR 30:2 nisbətində aparılır – 30 kompressiya 2 tənəffüs.*

- Hər 30 kompressiya etdikdən sonra zərərçəkənin tənəffüs yollarını açıb 2 ardıcıl uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) süni tənəffüs verin (hər nəfəs vermənin müddəti bir saniyədən artıq olmalıdır).
- 30 kompressiyanı təxminən 18 saniyə və ondan az müddətdə etmək lazımdır. Döş qəfəsinin kompressiyasını edən xilasedici döş qəfəsinə etdiyi təzyiqləri ucadan saymalıdır ki, digər xilasedici süni tənəffüsün başlama vaxtını bilsin.

3. Açıq tənəffüs yolları – tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası

İkinci xilasedici birinci ilə üzbəüz (dizi üstə) durub, zərərçəkənin tənəffüs yollarını açır.

4. Birbaşa nəfəsvermə – ağciyərlərin süni ventilyasiyası

- İkinci xilasedici tənəffüs yollarını açıb, 2 ardıcıl uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) süni tənəffüs verir (hər nəfəs vermənin müddəti bir saniyədən artıq olmalıdır). Bu zaman döş qəfəsinin qalxmasına diqqət yetirilməli və artıq havalandırmaya yol verilməməlidir. Hər 5 dövrədən (iki dəqiqədən) bir, yardım göstərən yerlərini dəyişmədən funksiyalarını dəyişməlidir.
- İkinci xilasedici özüzəzələn kisə (Ambu kisəsi) olduqda zərərçəkənin baş tərəfində durub süni tənəffüs verir (30 kompressiyaya 2 tənəffüs). Hər nəfəsvermə 1 saniyədən artıq müddətdə olmalıdır. Hər 5 dövrədən (iki dəqiqədən) bir, yardım göstərən uzağı 5 saniyə ərzində yerlərini və funksiyalarını dəyişməlidir. Bunu defibrilyator analiz etdiyi müddətdə etmək olar.
- Üç xilasedici olduqda ikisi üzbəüz (dizi üstə) durub bir-birini əvəz edərək döş qəfəsinin kompressiyasını, üçüncü xilasedici isə zərərçəkənin baş tərəfində durub tənəffüs yollarını, tənəffüsü, yuxu arteriyasında nəbzi yoxlayır və özüzəzələn kisə ilə (Ambu kisəsi) süni tənəffüs verir. Üçüncü xilasedici eyni zamanda döş qəfəsinin kompressiyasının düzgün aparılmasına nəzarət edir, defibrilyatoru işə salmağa və ya zərərçəkənə intubasiya (xüsusi borunu traxeyaya yeritmək) etməyə hazırlaşır. İntubasiyadan sonra ÜAR 30:2 nisbətində davam edilir.
- Hər 5 dövrədən (2 dəqiqədən) bir nəbzi yoxlayın. Nəbz 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). Hər 2 dəqiqədən bir nəbzi yoxlayın.

5. Defibrilyasiya – defibrilyatorla elektrik cərəyanı (elektroşok) verməklə, ürək fəaliyyətinin bərpası

Defibrilyator çatdırılan kimi onu süni tənəffüs verən xilasedicinin yanına yerləşdirin, çünki defibrilyatorun işlədilməsi, ona nəzarət və yastıqcıqların yapışdırılması üçün onun imkanı mövcuddur. Nəfəs verən xilasedici defibrilyatoru işə salır və kompressiya edən xilasedici əllərini zərərçəkənin döş qəfəsindən götürən kimi, 5–15 saniyə müddətinə defibrilyatorla analiz edib elektroşok verir. Elektroşokdan (cərəyandan) sonra ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) davam edin. Əgər defibrilyator “cərəyan lazım deyil” və ya “cərəyan məsləhət deyil” işarəsi edirsə ürək-ağciyər reanimasiyasını 2 dəqiqə (5 dövr) davam edib yenidən defibrilyatoru işə salın.

- Əlavə gələn xilasedicilər sizləri əvəz edə bilər, zərərçəkənin daşınması və digər işlərlə məşğul ola bilirlər.

Diqqət! (1) Əgər zərərçəkənin nəbzi yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edilirsə və tənəffüsü bərpa olunubsa ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpə vəziyyəti” verin.
(2) Nəbz aydın təyin edilirsə, lakin sərbəst tənəffüsü yoxdursa, 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).

E. Bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan UŞAQLARA xilasedicilər İKİ NƏFƏR və ÇOX OLDUQDA ÜAR-ın aparılması

Bir yaşla cinsi yetkinlik yaşı arasında olan uşaqlara ürəyin qəfləti dayanması zamanı ÜAR-ı böyüklərdə olduğu kimi komanda şəklində DRCABD alqoritminə uyğun aparın.

1. Huşun, tənəffüsün və nəbzın olub-olmadığını müəyyən edin

- Təhlükəsizliyi gözləyin, qıcıqlara cavab reaksiyasını yoxlayın, tənəffüsü qiymətləndirin, köməyə çağırın. Köməkçilər olduqda yardımı komanda şəklində göstərin.
- Nəbzi yoxlayın. Böyüklərdən fərqli olaraq nəbz bazu arteriyasının üzərində 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilmirsə və ya sayı dəqiqədə 60-dan azdırsa, döş qəfəsinin kompressiyasını əsas götürməklə, ürək-ağciyər reanimasiyasına başlayın.

2. Canlandırma – döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı)

- 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.

Xilasedicilər iki nəfər və çox olduqda ÜAR uşaqlarda 15:2 nisbətində aparılır.

- İntubasiya etdikdən sonra da ÜAR-ı 15:2 nisbətində davam edin.

- Kiçik yaş qrupuna (1–3 yaş) aid olan və fiziki cəhətdən zəif uşaqlarda döş qəfəsinin kompressiyası bir əllə (ovcun proksimal (biləyə yaxın) hissəsi ilə), digərlərində isə iki əllə aparılır.
- 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.

3. Açıq tənəffüs yolları – tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası

İkinci xilasedici birinci ilə üzbəüz (dizi üstə) durub, zərərçəkənin tənəffüs yollarını açır.

4. Birbaşa nəfəsvermə – ağciyərlərin süni ventilyasiyası

İkinci xilasedici tənəffüs yollarını açıb, hər 15 kompressiyadan sonra 2 ardıcıl uğurlu süni tənəffüs verir. Bunu Ambu kisəsi ilə həyata keçirmək daha məqsəduyğundur. Hər 5 dövrdən (iki dəqiqədən) bir, yardım göstərənlər uzağı 5 saniyə ərzində yerlərini və funksiyalarını dəyişməlidir.

5. Defibrilyasiya – defibrilyatorla elektrik cərəyanı (elektroşok) verməklə, ürək fəaliyyətinin bərpası

Defibrilyator əldə edilən kimi onu istifadə edin.

- Diqqət!** (1) Əgər zərərçəkənin nəbzi yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edilirsə və tənəffüsü bərpa olunubsa ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpə vəziyyəti” verin.
- (2) Nəbz aydın təyin edilirsə və ya nəbzın sayı dəqiqədə 60-dan çoxdursa, lakin sərbəst tənəffüsü yoxdursa, təcili tibbi yardım briqadası gələndə qədər, tənəffüs yollarını açıb, yalnız hər 5–6 saniyədən bir 1 uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) nəfəs verin (dəqiqədə 10–12 nəfəs).

F. KÖRPƏLƏRƏ (yenidoğulmuşla bir yaş arasında olan uşaq) xilasedicilər İKİ NƏFƏR və ÇOX OLDUQDA ÜAR-ın aparılması

Xilasedicilər iki nəfər və çox olduqda körpələrə ÜAR-ı tək xilasedici həyata keçirdiyi kimi, DRCABD alqoritmində uyğun aparmalıdır:

- Nəbz bazı arteriyasının üzərində aydın təyin edilmirsə və ya dəqiqədə 60-dan azdırsa ÜAR-ı iki xilasedici ilə 15:2 nisbətində başlayın.
- İki nəfər olduqda döş qəfəsinin kompressiyası iki baş barmaqla “döş qəfəsini əhatə etmə texnikası”na uyğun aparılır. Döş qəfəsi kiçik olan körpələrdə baş barmaqlar üst-üstə qoyula bilər.

G. YENİDOĞULMUŞLARA ÜAR-ın APARILMASI

Keyfiyyətli və uğurlu reanimasiya üçün, adətən iki və ya üç xilasedici tələb olunur.

Yenidoğulmuşlarda ürəyin qəfləti dayanması adətən asfiksiya (boğulma) nəticəsində baş verir. Buna görə, ürək fəaliyyətinin pozulması halları istisna olmaqla, onlarda ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) apardıqda **ABC alqoritmindən** istifadə edilməsi məsləhətdir (A – açıq tənəffüs yolları; B – birbaşa nəfəs; C – canlandırma). Yenidoğulmuşlarda ürək vurğularının dəqiqlik sayını (ÜVS) bilmək üçün nəbzi bazı arteriyasının üzərində 6 saniyə ərzində sayıb 10-a vurmaq lazımdır (bax: “Yenidoğulmuşların ilkin reanimasiyası”).

- Yenidoğulmuşların reanimasiyasında asfiksiyanı aradan qaldırmaq, tənəffüs yollarının keçiriciliyini bərpa etmək – ilk və mühüm addımdır.
1. **A – açıq tənəffüs yolları.** Tənəffüsü bərpa etmək **ilk və mühüm addımdır**: qurulamaq və isti saxlamaq; möhtəviyyəti tənəffüs yollarından təmizləmək; uşağa düzgün vəziyyət vermək – çiyinlərinin altına təqribən 2,5 sm qalınlıqda bükülmüş mələfə qoymaq; tənəffüsün taktil (toxunma ilə) stimulyasiyasını aparmaq (ayaqlarının altı əllə yavaş döyəclənir, kürək sümükləri arası sahə ehtiyatla əllə və ya isti salfetlə silinir). Bu tədbirlər başlayandan 30 saniyə sonra 6 saniyə reanimasiya tədbirləri dayandırılır və əgər tənəffüs *sərbəst*, ürəyin *dəqiqlik* vurğularının sayı 100-dən çoxdursa və dəri örtüyü çəhrayı rəngə çalır, deməli tənəffüs bərpa olunub, asfiksiya aradan götürülüb və ya götürülmək üzrədir.
 2. **B – birbaşa nəfəsvermə.** Əgər asfiksiya (boğulma) aradan qalxmırsa və ya getdikcə artırsa, bu zaman dəqiqədə 40–60 dəfə ağciyərlərin süni ventilyasiyasını vals ritmində təmin edin (“Bir” sayına nəfəs verilir, “İki – Üç” sayına nəfəsin buraxılması gözlənilir). Bu tədbirlər başlayandan 30 saniyə sonra 6 saniyə reanimasiya tədbirləri dayandırılır və əgər yenidoğulmuşun sərbəst tənəffüsü, ürək vurğularının dəqiqlik sayı 100-dən çoxdursa və dəri örtüyü çəhrayı rəngə çalır, deməli tənəffüsü bərpa olunub, asfiksiya aradan götürülüb və ya götürülmək üzrədir.
 3. **C – canlandırma.** Sərbəst tənəffüs bərpa olunmadıqda, dərinin rənginin göyerməsi (sianoz) davam edir və ürək vurğularının dəqiqədə sayı 60-dan azdırsa, yenidoğulmuşlarda döş qəfəsinin hər 3 kompressiyasından sonra 1 süni nəfəs verilməlidir (imkan daxilində 100%-li oksigenin verilməsi məsləhət görülür). Dəqiqədə 90 kompressiya və 30 süni tənəffüs aparılmalıdır. İkinci xilasedici süni tənəffüsün başlama vaxtını bilmək üçün birinci xilasedici döş qəfəsinə etdiyi təzyiqləri ucadan saymalıdır: “Bir və İki və Üç və Nəfəs və”. Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbiri dərinliyinə qədər sıxılmalıdır.
 4. 30 saniyə ərzində aparılan kompressiya və süni tənəffüsdən sonra ürək döyüntülərinin sayı dəqiqədə 60-dan az olarsa, adrenalin yeridilir. 30 saniyə ərzində müsbət təzyiq altında süni ventilyasiya və döş qəfəsinin kompressiyasını etdikdən sonra 6 saniyə ərzində reanimasiya tədbirləri dayandırılır, uşaqda sərbəst tənəffüs, ÜVS (ürək vurğularının dəqiqlik sayı) və dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilir.

- Diqqət!** (1) 10 dəqiqə keyfiyyətli ÜAR-dan sonra yenidoğulmuşda ürək vurğuları təyin edilmirsə, reanimasiyanı dayandırmaq olar. Əgər yenidoğulmuş reanimasiya aparılmasının vacibliyinə dair şübhə varsa, həmişə reanimasiya tədbirlərinə başlamaq lazımdır.
- (2) Ürək vurğularının dəqiqlik sayı (ÜVS) 60-dan çoxdursa, ürəyin xarici masajı dayandırılır və sərbəst tənəffüs bərpa olunana qədər ağciyərlərin süni ventilyasiyasını aparmaq lazımdır.
- (3) Ürək vurğularının dəqiqlik sayı (ÜVS) 60-dan azdırsa, reanimasiya tədbirləri davam etdirmək lazımdır (ürəyin qapalı masajı və ağciyərlərin süni ventilyasiyası).

H. REANİMASIYA TƏDBİRLƏRİNİN DAYANDIRILMASI

Reanimasiya tədbirlərinin düzgün aparılmasına baxmayaraq, hər zaman müsbət nəticə alınmur və ürək fəaliyyəti dayanmış bir çox zərərçəkənləri həyata qaytarmaq mümkün olmur. Reanimasiyanın dayandırılması mövcud qanunlara uyğun olaraq həyata keçirilməli və təcili tibbi yardım briqadası gələndə qədər yalnız aşağıdakı hallarda təxirə salına bilər:

- böyüklərdə və uşaqlarda 30, yenidoğulmuş uşaqlarda isə 10 dəqiqə müddətində aparılan fasiləsiz və keyfiyyətli reanimasiyadan sonra həyat əlamətləri olmadıqda;
- defibrilyasiya aparılmadıqda;
- ürəyin qəfləti dayanması sizin yanınızda baş vermədikdə;
- zərərçəkəndə bioloji ölüm əlamətləri olduqda (zərərçəkənin həddindən artıq soyuması və isitmədən sonra həyat əlamətlərinin olmaması, ölüm ləkələrinin və meyit qacımalarının müşahidə olunması);
- zərərçəkən aydın şəkildə ölümcül zədə aldıqda (ətrafların itirilməsi ilə ağır qan itkisi);
- xilasedici yorulduqda.

HƏYAT FƏALİYYƏTİNİ TƏMİN EDƏN ƏSAS TƏDBİRLƏR

	Böyüklər və yeniyetmələr	Uşaqlar	
		Bir yaşdan cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlar	Körpələr (yenidəğulmuşla bir yaş arasında olan uşaqlar)
Diqqət təhlükə!	Hadisə yerinin təhlükəsizliyinin qiymətləndirir Öz təhlükəsizliyinizi, sonra isə zərərçəkənin təhlükəsizliyini təmin edin. Təhlükə yoxdur.		
Ürək dayanmasını müəyyən edin	* Huşun, tənəffüsün və nəbzın olub-olmadığını müəyyən edin: - qıcıqlara cavab vermir (huşunu itirib); - nəfəs almır (qeyri-normal nəfəs alır (o cümlədən aqonal tənəffüs) yalnız boğulur, tənəffəs olur); - nəbz 10 saniyə ərzində yuxu və ya bud arteriyasında aydın təyin edilmir . Bunlar ürəyin dayanmasından və ya dayanması təhlükəsindən xəbər verir. (Tənəffüsün və nəbzın qiymətləndirilməsini 10 saniyə ərzində eyni vaxtda etmək lazımdır)		
Təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirin (zəng vurun)	* Tək olduqda və mobil telefon olmadıqda. Əgər 90 saniyə ərzində təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirib (zəng vurub), defibrilyatoru əldə edib, geri qayıtmaq mümkün deyilsə, vaxt itirmədən tez ÜAR-ı başlayın. * İki nəfər və çox olduqda - Biriniz ÜAR-ı başlayın, digərləri isə TTYX-ni aktivləşdirsin və defibrilyatoru əldə etsin. - Defibrilyatoru tez istifadə edin.	* Ürəyin qəfləti dayanması yanınızda baş verdikdə Böyüklər və yeniyetmələrdə olduğu kimi yardım göstərin * Ürəyin qəfləti dayanması yanınızda baş vermədikdə - ÜAR-ı 2 dəqiqə ərzində aparın - Sonra təcili TTYX-ni aktivləşdirmək və defibrilyatoru əldə etmək üçün uşağı tək qoyun. - Bundan sonra uşağın yanına qayıdıb, təcili tibbi yardım briqadası gələnə və ya defibrilyator əldə edilənə qədər ÜAR-ı davam edin. - Defibrilyatoru tez istifadə edin.	
İntubasiya edilmədiyi halda kompressiya - tənəffüs nisbəti	Tək, iki nəfər və daha çox olduqda 30:2	Tək olduqda 30:2 İki nəfər və daha çox olduqda 15:2	
İntubasiya edildiyi halda kompressiya - tənəffüs nisbəti	Döş qəfəsini fasiləsiz rejimdə sərt və tez-tez, dəqiqədə 100–120 arası tezliklə sıxmağı davam edin Hər 6 saniyədən bir 1 uğurlu (döş qəfəsini qaldıran) nəfəs verin (dəqiqədə 10 nəfəs).		
Döş qəfəsinin sıxılma tezliyi	Dəqiqədə 100–120 arası		
Döş qəfəsinin sıxılma dərinliyi	5 sm-dən artıq, 6 sm-dən çox olmamaq şərti ilə	Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbiri dərinliyinə qədər sıxılmalı	
		azı 5 sm	təqribən 4 sm
Kompressiya aparılacaq nahiyyə	Döş qəfəsinin mərkəzi (döş sümüyünün aşağı hissəsi)	Döş sümüyünün aşağı üçdəbir hissəsi iki döş giləsi arasındakı xətdən bir barmaq eni qədər aşağıda olan nahiyyə	
Kompressiyanın bir əllə, iki əllə, iki barmaqla aparılması	İki əllə	Bir əllə çox kiçik uşaqlarda İki əllə bir az böyük uşaqlarda	* Tək olduqda bir əlin iki barmağı ilə (orta-adsız və ya orta-şəhadət) * İki nəfər və daha çox olduqda Biri hər iki əlin 4 barmağı ilə onurğanı kürək altından təsbit edir və kompressiya olunacaq yerə baş barmaqların uclarını yənbayan, çox kiçik körpələrdə isə, üst-üstə qoyur.
Döş qəfəsinin genişlənməsi	Hər kompressiyadan sonra döş qəfəsindən əli çəkmədən onun yenidən genişlənməsinə (tam yerinə qayıtmasına) imkan verin		
Vaxt itkisinin azaldılması	Kompressiyalardan sonra tənəffüs yollarını açıb, 2 ardıcıl uğurlu süni tənəffüs verib, yenə də kompressiyalara qayıtmağa 10 saniyədən artıq vaxt itkisinə yol verməyin		

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2010
3. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 05 iyun 2012-ci il tarixli 18 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Yenidəğulmuşların ilkin reanimasiyası üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yeniləşdirilmiş). Bakı, 2012

Mündəricat:

- A. Ürək-damar sistemi
- B. Canlandırma – qan dövrünün bərpası. Circulation
- C. Döş qəfəsinin kompressiyasının texnikası

A. 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 üzvrə dövr etdirir.



Arteriyalar – qanı ürəkdən bədən digər nahiyyələrinə aparan qan damarlarıdır. Ürəkdən başlayan damarlar arteriya adlanaraq qanı ürəkdən ağciyərlərə və bədən digər nahiyyələrinə 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 qayır. Ürəyin sağ mədəciyi qanı ağciyərlərə vurur və orada qan oksigenlə zənginləşib ürəyin sol mədəciyinə qayır. Bu dövretmə *qan dövrü* 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 hemoglobin oksigeni toxumalara, karbon qazını isə toxumalardan ağciyərlərə daşıyır. Leykositlər orqanizmin mikroblardan, bakteriyalardan, viruslardan və s. yad maddələrdən qorunmasında mühüm rol oynayır, yəni immuniteti təmin edir. Trombositlər qanın laxtalanmasında 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 qəfləti dayanması qəfləti ölümə nəticələnir. Qəfləti ölüm zamanı huş itir (qıcıqlara cavab reaksiyası olmur), tənəffüs olmur, ürək dayanır (iri arteriyalarda nəbz təyin edilmir). Ürəyin qəfləti 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 qəfləti dayanmasıdır. Ürəyin qəfləti 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 dəqiqlik 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.

B. CANLANDIRMA – qan dövrünün bərpası. CIRCULATION

Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilmə ardıcılığında “C” mərhələsi – canlandırma (döş qəfəsinin kompressiyası – ürəyin qapalı masajı) kimi qəbul olunur.

DRCABD alqoritmində hər addım *iki ardıcıl fəaliyyət* tələb edir: *qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq*.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

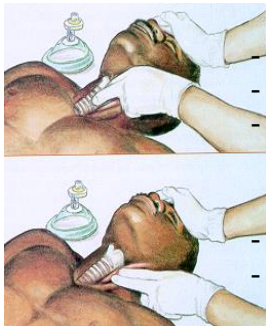
Yardım göstərəkən xilasedici DRCABD algoritmini ardıcıl olaraq mərhələ-mərhələ yerinə yetirməlidir. Canlandırma (qan dövranının bərpası) mərhələsində 3 mühüm işin öhdəsindən gəlmək lazımdır: qanaxmanın dayandırılması; döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı); dövrüyədə olan qanın həcmnin bərpa edilməsi. Reanimasiya (yenidən həyata qaytarma, diriltmə) zamanı döş qəfəsinin kompressiyası həmişə ön yerdə durmalıdır.

1. Nəbzin təyin edilməsi

Huşunu itirmiş zərərçəkəndə ürək-ağciyər reanimasiyasına (ÜAR) başlamamışdan qabaq qan dövranını qiymətləndirin – nəbzi təyin edin. Zərərçəkəndə nəbzin təyin edilməsinə sərf olunan vaxt 5 ən çoxu 10 saniyə olmalıdır. Doqquz saniyə “ƏSGƏR” sözünün 15 dəfə təkrarına bərabərdir. Bir əlin 2–3 barmağı ilə nəbzi təyin edən vaxt digər əlin barmaqlarında 15 dəfə “ƏSGƏR” sözünü təkrar edin. Sözləri deyə-deyə nəbzi təyin edin.

Böyükklərdə nəbz 5–10 saniyə ərzində təyin edilməlidir. Böyükklərdən 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.

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



Yuxu arteriyasında nəbzin 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, özünüə tərəf sürüşdürərək, döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə tərəf çəkin.

Bud arteriyasında nəbzin təyin edilməsi:

- bud arteriyasında nəbzi qasıq nahiyyəsinin 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 (dirsəklə 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 nəbzin təyin edilməsi məsləhət görülmür.

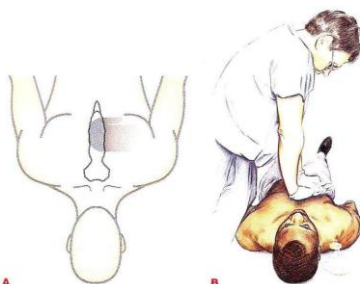
Nəbz 5–10 saniyə ərzində aydın təyin edilmirsə və ya dəqiqədə 60-dan azdırsa döş qəfəsinin kompressiyası əsas götürülərək, ürək-ağciyər reanimasiyasına başlanmalıdır.

2 Döş qəfəsinin kompressiyası aparılacaq nahiyyə

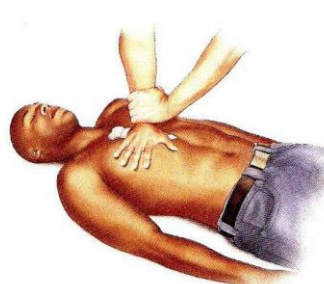
Diqqət! CAB reanimasiyası biliklərinin canlı insan üzərində öyrənilməsi təhlükəlidir.

Təcrübə üçün manekendən istifadə edin. Biliklərinizi hər iki ildən bir təzələyin.

Kompressiya aparılacaq nahiyyə 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

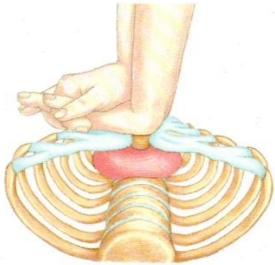
Ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR-ı) aparmaqda məqsəd həyati vacib orqan və sistemləri süni surətdə oksigenləşmiş qanla təmin etmək və beyin hüceyrələrində gedə biləcək geri dönməyən proseslərin qarşısını almaqdan ibarətdir. ÜAR zərərçəkən aşkar olduğu yerdə aparılmalıdır. Zərərçəkən arxası üstə bərk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

Döş qəfəsinin kompressiyası aparılacaq nahiyyə:

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

C. DÖŞ QƏFƏSİNİN KOMPRESSİYASININ APARILMA TEXNİKASI

Huşunu itirirmiş (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 dövrənı 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 dövrənı zəif bərpa olunur.

Döş qəfəsinin kompressiya və dekompressiya vaxtları təqribən bərabər olmalıdır.

Döş qəfəsinə göstərilən təzyiqin 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 xəncərəbənzər 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. Böyükklərə yardım göstərənlər təkcə, iki nəfər və daha çox olduqda da ÜAR 30:2 nisbətində aparılır.
7. 30 kompressiyayı 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 tənəffüsə 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 gələndə 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 lazımi 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 ovucun 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.



3. 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. Kompressiyanın 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. Kompressiya olunacaq yer – iki döş giləsi arasındakı xətdən 1 barmaq eni qədər aşağıdadır (bax şəkilə).
2. Kompressiya etdikdə döş sümüyünün **xəncərəbənzər çıxıntısına təzyiq etməyin**.
3. Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbiri dərinliyinə qədər sıxılmalı (körpələrdə təqribən 4 sm) və hər kompressiyadan sonra döş qəfəsindən əli çəkmədən onun yenidən genişlənməsinə (tam yerinə qayıtmasına) imkan verilməlidir.
4. Baş 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 təzyiqi tənzimləyə bilir.



Bu üsul seçim üsuludur. Bu üsulla kompressiya etdikdə damarlarda daha yüksək sistolik qan təzyiqi 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 üsuldan 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, Birbaşa nəfəs, Canlandırma) ardıcılığı ilə davam etdirilir. Ürəyin dayanması ürək funksiyasının pozulması ilə əlaqədar olarsa, ÜAR-ın 15:2 nisbətində aparılması daha səmərəlidir.

4. 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”.
5. Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbiri 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 nəbzın tezliyində, dəri örtüyünün rənginin və bədən hərarətinin 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. Nəbzın 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 qışası kəskin avazıyır. Dəri soyuq olub yapışqanlı tərlə örtülür. Arterial təzyiq enir, sidik ifrazı azalır, tənəffüs tezləşir və səthiləşir, huşun səviyyəsi dəyişir, 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 hərarəti 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.

* *CAB reanimasiyasının fəsadları:*

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

Fəsadların əmələ gəlməsi reanimasiya tədbirlərinin dayandırılmasına əsas vermir.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 05 iyun 2012-ci il tarixli 18 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Yenidöğülmuşların ilkin reanimasiyası üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yeniləşdirilmiş). Bakı, 2012
4. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
5. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.

- Mündəricat:
- A. Tənəffüs sistemi
 - B. Tənəffüsün qəfləti dayanması
 - C. Açıq tənəffüs yolları. Airway
 - D. Tənəffüs yollarının yad cisimdən təmizlənməsi

A. TƏNƏFFÜS SİSTEMİ

1. Tənəffüs sisteminin əsas funksiyası

Tənəffüs sisteminin əsas funksiyası – orqanizmi oksigenlə təmin edib, karbon qazını xaric etməkdən ibarətdir. Orqanizmin yaşaması üçün o, daim oksigenlə təmin olunmalıdır. Tənəffüs sistemi tənəffüs vasitəsilə orqanizmi oksigenlə təmin edir. Nəfəs alan zaman ağciyərlərə hava daxil olur və havadakı oksigen qana keçir. Qan oksigeni orqanizmin bütün hissələrinə daşıyır, karbon qazını qandan lazımsız qazlar şəklində çıxararaq ciyərlərə ötürür və nəfəs verdikdə qazlar ağciyərlərdən xaric olur. Bu proses tənəffüs adlanır. Tənəffüs prosesi qeyri-iradi olub beynlə tənzim olunur. Adi halda tənəffüs zamanı əlavə güc sərf olunmur.

2. Tənəffüs sisteminin anatomiyası

Tənəffüs sistemi anatomik struktur olaraq ağız və burun boşluğundan başlayır.

- » *Ağız və burundan* – hava tənəffüs sisteminə daxil olur və eyni zamanda xaric olur. Dil, ağız boşluğunda yerləşdiyinə baxmayaraq, tənəffüs sisteminə aid deyil, lakin o, tənəffüs yolunun tutulmasına (obstruksiyasına) səbəb ola bilər.
- » *Udlaq* – tənəffüs sisteminə ən yuxarıda yerləşən hissədir. Onun *ağız-udlaq* (ağız boşluğu daxil olmaqla) və *burun-udlaq* (burun boşluğu daxil olmaqla) hissələri vardır. Yuxarı tənəffüs yollarında hava tozdan təmizlənilir, nəmlənir və isinir. Udlaq – hava və qida (su) keçirməyə xidmət edir. Udlağın aşağı hissəsində qırtlaq yerləşir.
- » *Qırtlaq* – üzüyəbənzər, qalxanabənzər, qırtlaq qapağı və s. qığırdaqlardan təşkil olunur. Qırtlaq qapağı yarpaq formasında olur. O, ağız boşluğunun dərinliyində, dilin kök hissəsinin arxasında, udlaqdan aşağıda yerləşir. Udqunma zamanı qırtlaq qapağı qırtlağın girəcəyini qapayıb qidanın və suyun traxeyaya (nəfəs yoluna) 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 iki bronxa ayrılıb ağciyərlərdə şaxələnir.
- » *Ağciyərlər (sol və sağ)* – döş qəfəsində plevra kisələrinin daxilində yerləşir.
- » *Diafraqma* – döş qəfəsini qarın boşluğundan ayıran möhkəm əzələ qatıdır. Onun əsas funksiyası qabırğa arası əzələlərlə birlikdə tənəffüs prosesində iştirak etməkdən ibarətdir.

3. Yenidoğulmuş və körpə uşaqlarda böyüklərlə müqayisədə tənəffüs yollarındakı anatomik fərqlər

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 vəzilərinin inkişafı daxildir.

Yenidoğulmuş və körpə uşaqların tənəffüs sistemi xüsusi diqqət tələb edir, çünki onlarda tənəffüs yollarının obstruksiyası (tutulması) çox asan baş verir. Yenidoğulmuş və körpə uşaqların ölümü çox vaxt tənəffüs sisteminin fəaliyyətinin pozulması nəticəsində baş verir.

1. Körpələrin tənəffüs sisteminin bütün hissələri kiçik olur və hətta az miqdarda ifrazatın (sekresiya) yaxud qanın olması ciddi tənəffüs pozulmasına səbəb ola bilər.
2. Körpələrdə boyunun qısa, başın və dilin nisbətən böyük, qırtlaq qapağının uzun olması, səs tellərinin bir qədər öndə yerləşməsi tənəffüs yollarının daha asanlıqla və tez tutulmasına səbəb ola bilər.
3. Körpələrdə traxeya (nəfəs yolu) kiçik diametrli və elastik olduğuna görə onların başını arxaya çox əymək olmaz, çünki traxeya əyilib (qatlanıb) tənəffüs yollarını tuta bilər.
4. Körpələrdə qabırğalar üfüqi yerləşdiyindən ağciyərlərə havanın daxil olması diafraqmanın aşağı enməsi hesabına baş verir. Bu səbəbdən süni tənəffüs zamanı mədəyə havanın daxil olması diafraqmanı yuxarı qaldırır və körpə normal nəfəs ala bilmir. Belə hallarda mədə dekompressiya olmalıdır (bax: “Yenidoğulmuşların ilkin reanimasiyası”).
5. Körpələrin burun dəlikləri kiçik, burun adenoidləri (burun-udlaq badamcıqlarının əsasını təşkil edən limfa toxumalarının toplanması) böyük olduğundan onlara süni tənəffüs burundan (nazal) verilmir. Əksinə, ağız (oral) tənəffüs yolu əlvərişli hesab olunur və damaqdan çənə bucağına qədər olan məsafəyə əsasən hava ötürücüsünün ölçüsü seçilir.
6. Yenidoğulmuşlarda tənəffüsün dəqiqlik sayı 30–40 olur və ən azı 30 saniyə müddətində tənəffüs hərəkətlərini saymaq və alınan nəticəni ikiyə vurmaq lazımdır.
7. Böyüklərlə müqayisədə uşaqlarda bədən səthinin çəkiyə nisbəti çox olduğu üçün onlar istiliyi daha tez itirib ölə bilərlər.

4. Tənəffüs sisteminin fiziologiyası

Tənəffüs sisteminin fiziologiyası – onun bütün anatomik strukturlarının, köks əzələlərinin və diafraqmanın birgə fəaliyyəti deməkdir. Normada nəfəsalma prosesində diafraqma aşağı enir, döş qəfəsi genişlənir, döş qəfəsinin həcmi böyüyür, ağciyərlər genişlənir və hava ağciyərlərə daxil olur. Ağciyərlərdə oksigen qan damarlarına daxil olur (absorbsiya) və karbon qazı qan damarlarından xaric olub ağciyərlərə yığılır. Daha sonra köks və diafraqma əzələləri boşalır, döş qəfəsinin həcmi kiçilir, ağciyərlər sıxılır, hava xaric olur və nəfəsvermə baş verir. Hava ağciyərlərə döş qəfəsində yaranan mənfi və müsbət təzyiq hesabına daxil və xaric olur. Beləliklə, ağciyərlərdə qaz mübadiləsi gedir: oksigen daxil olur və karbon qazı xaric olunur.

B. TƏNƏFFÜSÜN QƏFLƏTİ DAYANMASI

- Həyat üçün ən təhlükəli hal və ölümün aparıcı səbəbi ürəyin və ya tənəffüsün qəfləti dayanmasıdır (apnoe).
- » Tənəffüsün dayanmasının əsas səbəbi tənəffüs yollarının dil və ya yad cisimlə tutulmasıdır (bax: “Mexaniki asfiksiya – boğulma”).
 - » Tənəffüsün dayanmasına eləcə də beyində yerləşən tənəffüs mərkəzinin iflici və tənəffüs çatışmazlığı ilə nəticələnən müxtəlif xəstəliklərin (miokard infarktı, bronxial astma tutmaları, qırtlağın spazması və ödəmi, epilepsiya, digər qıcolmalar, bayılma və s.) fəsadları səbəb ola bilər.

Tənəffüs mərkəzinin iflici səbəbindən tənəffüsün dayanması narkotik maddələrin hədsiz qəbulu, baş beyin travmaları, beyin insultu, elektrik cərəyanı ilə zədələnmələr, zəhərlənmələr və s. hallarda müşahidə olunur. Yuxarıda göstərilən səbəblərin hər biri fərqli yardım tələb edir. Ona görə tənəffüsün dayanma səbəbinin mümkün qədər tez təyin edilməsi vacibdir.

Tənəffüs mərkəzinin iflici zamanı, tənəffüs yollarının açıq olmasına baxmayaraq, tənəffüs təyin edilmir (apnoe) və ya qeyri-normal olur, lakin ürəyin fəaliyyəti davam edir. Buna sübut iri arteriyalarda (yuxu, bud, körpələrdə bazu) nəbzın təyin edilməsidir. Deməli, qan hələ də beyin və başqa orqanları oksigenlə təmin edir və tənəffüs bərpa olunarsa zərərçəkən həyata qayıdar. Tənəffüs yollarının açıq olmasına əmin olub, döş qəfəsinin kompressiyasını (ürəyin qapalı masajı) etmədən, təcili **iki uğurlu** (döş qəfəsini qaldıran) **nəfəs** verin.

Hər nəfəsverməni bir saniyədən artıq təmin edin. Tənəffüsü döş qəfəsinin gözlə görünən qalxmasına qədər verin. Təxminən hər 2 dəqiqədən bir nəbzi yoxlayın:

- a) böyükklərdə nəbz təyin edilsə, hər 5–6 saniyədən bir ancaq 1 nəfəs verin (dəqiqədə təxminən 10–12 dəfə).
- b) körpələr və uşaqlarda hər 3–5 saniyədən bir ancaq 1 nəfəs verin (dəqiqədə təxminən 12–20 dəfə).

Nəfəsvermə zəif olmalıdır ki, hava təzyiqlə mədəyə daxil olmasın. Körpələrdə və uşaqlarda normal (adekvat) oksigenləşmə və havalandırmaya baxmayaraq, ürək vurğularının dəqiqəlik sayı (ÜVS) 60-dan az olarsa, ürək-ağciyər reanimasiyasına (ÜAR) başlayın.

1. Huşunu itirmiş zərərçəkənin tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası)

Tənəffüs yoxdursa, deməli, tənəffüs yollarının tutulma (obstruksiya) ehtimalı vardır. Tənəffüs yollarının tutulması dil (huşunu itirmiş zərərçəkəndə, xüsusən arxası üstə uzandıqda), yad cisim (qida, diş protezləri, oyuncaqlar, qan laxtası), boyunun və ya üzün travması, qırtlaq və onun ətrafındakı toxumaların iltihabı (epiglottit), şiş və başqa səbəblərdən əmələ gələ bilər. Huşun itməsi zərərçəkənin həyatı üçün həmişə təhlükə yaradır. Arxası üstə uzanmış halda huşunu itirmiş zərərçəkən öz tənəffüs yollarını müdafiə edə bilmədiyindən dil, yad cisim boğazın arxasına düşüb tənəffüs yollarının obstruksiyasına səbəb ola bilər. Buna görə xilasedicinin əsas məqsədi huşunu itirmiş zərərçəkənin tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etməkdir.

Bu mərhələdə xilasedici tərəfindən 3 mühüm addım atılmalıdır:

- tənəffüs yollarının keçiriciliyini qiymətləndirmək;
- tənəffüs yollarının keçiriciliyini bərpa etmək;
- onurğanın boyun hissəsini qorumaq.

Xilasedici ilk növbədə tənəffüs yollarının keçiriciliyini qiymətləndirməlidir. Tənəffüs yollarının tutulması olduqda, onurğanın boyun hissəsini qorumaq şərtilə, tənəffüs yollarının keçiriciliyini təcili olaraq bərpa etməlidir. Huşunu itirmiş zərərçəkəndə tənəffüs yollarının daim açıq saxlanması üçün ən münsib yolu xüsusi hazırlığı olan həkim tərəfindən intubasiya etmək (xüsusi borunu traxeyaya – nəfəs yoluna yeritmək) və ağciyərlərin süni ventilyasiyasını aparmaqdır.

C. AÇIQ TƏNƏFFÜS YOLLARI – AIRWAY

Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilmə ardıcılığında dördüncü “A” mərhələsi – açıq tənəffüs yolları kimi qəbul olunur.

DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Tənəffüs yollarının keçiriciliyinin pozulması hipoksiyaya (orqanizmdə oksigenin azalması), tənəffüs çatışmazlığına və tənəffüsün dayanmasına səbəb olub ürəyin dayanması və klinik ölümə nəticələnə bilər. Bu səbəbdən tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpa və ağciyərlərin süni ventilyasiyası (havanın ağciyərlərə daxil və xaric olması) olduqca vacibdir.

1. Tənəffüs yollarının dillə tutulması (obstruksiyası)

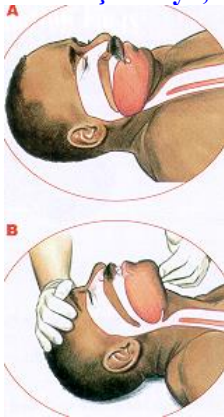
Huş itdikdə tənəffüs yollarının tutulmasının əsas səbəbi dil olur. Huş itirildikdə əzələ tonusu (əzələ gərginliyi) zəifləyir, çənə və boyun əzələləri boşalır, arxası üstə uzanmış zərərçəkənin dilinin kökü arxaya və aşağıya, qırtlaq qapağının üzərinə sallanıb tənəffüs yollarının tutulmasına səbəb olur. Dil alt çənəyə birləşdiyi üçün alt çənə qabağa çəkildikdə dil yuxarı qalxır və tənəffüs yolları açılır.

Qiymətləndirdik → dil həyat üçün təhlükə törədir → səbəb ləğv edilməlidir (tənəffüs yolları açılmalıdır).

Dillə tutulan tənəffüs yolu iki üsulla açılır:

- » “baş arxaya, alt çənə irəli” – başı arxaya əyib, alt çənəni irəli çəkmək (əsas üsul);
- » “alt çənə irəli” – başı arxaya əyməyib, alt çənəni irəli çəkmək.

* “Baş arxaya, alt çənə irəli” – üsulu (əsas üsul)



Başı arxaya əyib, alt çənəni irəli və yuxarı qaldırmaqla tənəffüs yollarının sərbəst keçiriciliyini təmin edin. Əgər huşunu itirmiş zərərçəkəndə başın və ya boyunun travmasına şübhə yoxdursa, bu üsuldən istifadə etməklə tənəffüs yollarını açmaq lazımdır.

Başə yaxın olan əli zərərçəkənin alına qoyub, ehtiyatla başını arxaya əyin.

Eyni zamanda ayaqlara yaxın olan digər əlin şəhadət və orta barmaqları ilə alt çənənin qabarıq (sümük) hissəsini irəli və yuxarı qaldırır, ağzı açıq vəziyyətdə saxlayın.

Bu hərəkətlərlə dil boğazın arxasından qabağa – yuxarı çəkilir və tənəffüs yollarının keçiriciliyi bərpa olunur. Barmaqlar çənəaltı yumşaq toxumalara təzyiq göstərməməlidir, çünki bu tənəffüs yollarının tutulmasına gətirib çıxara bilər.

Alt çənəni qaldırmaq üçün baş barmaqdan istifadə etməyin. Ağzı açıq qalmalıdır.

Bu üsul daha çox istifadə olunur və tənəffüs yollarının keçiriciliyini optimal (ən əlverişli) surətdə təmin edir.

* “Alt çənə irəli” üsulu

Başın və ya boyunun travmasından şübhələndikdə, başı arxaya əymədən alt çənə qabağa çəkilir.



İki xilasedici olduqda biri zərərçəkənin baş tərəfində dizi üstündə dayanıb, dirsəklərini xərəyə və ya bərk bir yerə dirəyib, hər iki əlin baş barmaqlarını alt çənənin üstünə, şəhadət barmaqlarını isə alt çənənin küncələrinə qoyub, barmaqları hərəkət etdirməklə alt çənəni irəli və yuxarı qaldırır. Digər xilasedici süni tənəffüs verir.

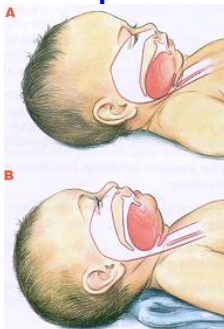
Xilasedici tək olduqda o, başı arxaya əyməyib, ayaqlara yaxın olan əlin şəhadət və orta barmaqları ilə alt çənənin qabarıq (sümük) hissəsini irəli və yuxarı qaldırır, ağzı açıq vəziyyətdə saxlayıb, süni tənəffüs verir. Bu hərəkətlər nəticəsində dil boğazın arxasından

qabağa – yuxarı çəkilir və tənəffüs yollarının keçiriciliyi bərpa olunur. Göstərilən üsul ehtimal olunan boyun və baş zədələnmələri üçün ən təhlükəsizi hesab olunur, lakin yerinə yetirilməsi çətin və yorucudur.

“Baş arxaya, alt çənə irəli” və “alt çənə irəli” üsullarını yerinə yetirərkən çənəaltı yumşaq toxumaları sıxmayın və tənəffüs yollarında maneə yaratmayın.

Tənəffüs yollarının açıq olmasını dəqiqləşdirmək üçün tənəffüs yollarını iki üsuldən biri ilə (“baş arxaya, alt çənə irəli” və ya “alt çənə irəli”) açmaq və 2 ardıcıl uğurlu, döş qəfəsini qaldıran nəfəs vermək lazımdır. Əgər hava ağciyərlərə sərbəst daxil olursa və döş qəfəsinin (sinənin) qalxması izlənirsə və zərərçəkən tənəffüs edən zaman havanın hərəkəti hiss edilirsə, deməli tənəffüs yolları açıqdır.

* Körpələrdə və yenidoğulmuşlarda tənəffüs yollarının açılması



Başı neytral vəziyyətdə tutun. Tənəffüs vaxtı sərbəst hava axınının asanlaşdırmaq üçün uşağı kürəyi və ya bir böyrü üstə uzatmaq lazımdır.

Körpələrdə və yenidoğulmuşlarda ənsə böyük (çox qabarıq) olduğuna görə boyun bükülür. Eyni zamanda dilin kökü arxaya və aşağıya, qırtlaq qapağının üzərinə sallanıb tənəffüs yollarının tutulmasına səbəb olur (şəkil A). Tənəffüs yollarını açıqda onların başını çox arxaya əymək olmaz, çünki traxeya (nəfəs yolu) yumşaq olduğuna görə başın bükülməsi traxeyanın qatlanmasına və tənəffüs yollarının tutulmasına səbəb olur. Tənəffüs yolunun keçiriciliyini maksimal dərəcədə artırmaq üçün boyuna elə neytral vəziyyət verilir ki, qulaq seyvanı (qulağın girəcəyindəki üçbucaq çıxıntısı) və ya qulağın xarici kanalı çiyinin ən yüksək nöqtəsi ilə bir səviyyədə olsun. Bunun üçün kürək altına təqribən

2,5 sm hündürlükdə bükülmüş mələfə qoymaq lazımdır (şəkil B). Boyunu həddən artıq açmaqdan çəkinin, çünki bu, körpənin tənəffüs yollarını tamamilə qapaya bilər.

3. Onurğanın boyun hissəsini qorumaq

Travma zamanı onurğanın boyun hissəsinin zədələnməsindən şübhələnmək lazımdır. Çoxsaylı travma, kör-pücük sümüyündən yuxarı küt travma alan, huşu itmiş insanlarda mütləq başı və boyunu immobilizasiya etmək (tərpənməz hala salmaq) lazımdır. Baş ya boyun zədələnməsindən şübhələnirsinizsə, zərərçəkəni üzüyuxarı çevirəndə, başı, boyunu və gövdəni bir xətdə saxlamağa çalışın.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
4. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.

Mündəricat:

- A. Birbaşa nəfəs vermək – tənəffüsün bərpası (breathing)
- B. Tənəffüsün qiymətləndirilməsi
- C. Böyüklərə birbaşa nəfəsvermə
- D. Uşaqlara birbaşa nəfəsvermə
- E. Digər məlumatlar

A. BİRBAŞA NƏFƏS VERMƏK – tənəffüsün bərpası (BREATHING)

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.

Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilmə ardıcılığından “B” mərhələsi – birbaşa nəfəs vermək kimi qəbul olunur.

DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Yardım göstərərək xilasedici DRCABD alqoritmni ardıcıl olaraq mərhələ-mərhələ yerinə yetirməlidir.

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 sünİ tənəffüs** verilməlidir. Nəfəs verərkən döş qəfəsinin qabarması (qalxıb-enməsi) müşahidə olunursa, bu, **uğurlu nəfəs** sayılır.

Ürək-ağciyər reanimasiyasını (UAR) apararkən döş qəfəsinin kompressiyasına tez başlanmalıdır və bu, həmişə ön yerdə durmalıdır, çünki zərərçəkən nəfəs almadıqda onun ağciyərləri və qan damarlarında olan oksigen ehtiyatı UAR-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

DRCABD alqoritmni “Birbaşa nəfəs vermək” mərhələsində xilasedici

3 mühüm işin öhdəsindən gəlməlidir:

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

1. Ağciyərlərin sünİ ventilyasiyası (ASV)

Ədəbiyyatda rast gələn “sünİ nəfəs”, “sünİ tənəffüs”, “ağciyərlərin sünİ ventilyasiyası (ASV)” terminləri eyni mənə daşıyır. 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 sünİ 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 sünİ 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-maskə cihazı (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 üsuldən istifadə zamanı HIV/AIDS və ya hepatitlə heç bir yoluxma qeydə alınmasına baxmayaraq, xüsusi avadanlıq və vasitələr olan yerdə onlardan istifadə etmək daha məqsədəuyğundur. Sünİ tənəffüs verilməsi üçün qoruyucu vasitənin olması şərt deyil. İnsanın xilas edilməsi naminə ağızdan-ağıza sünİ 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 edilsə, 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 (orofaringial) və burun-udlaq (nazofaringial) hava ötürücüləri dilin qatlanması səbəbindən baş verən yuxarı tənəffüs yolları obstruksiya-sının (tutulmasının) qarşısını alır.

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

Özdüizəlan kisa (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 böyükklərdə olduğu kimidir.

B. TƏNƏFFÜSÜN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

1. Zərərçəkənin nəfəs alıb/almadığını yoxlayın

Tənəffüs yollarını açıqdan 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 bilir. Zərərçəkən nəfəs alırsa, tənəffüsün sayına, ritminə, dolğunluğuna, döş qəfəsinin hərəkətinin simmetriyalarına, 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, təngnəfəsliyə 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, təngnəfəs olur – bu, ürəyin dayanmasının ilk dəqiqələrindən xəbər verir. Ləngimədən **“Sağ qalma zəncirininin”** (Chain of Survival) ardıcılığını əsas tutaraq DRCABD alqoritmini həyata keçirin. 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 ödemi (allergiya, anafilaksiya, termiki və kimyəvi yanıqlar); infeksiya (udlaq arxası abses (irin toplanması), inaq, difteriya, epiqlotit – qırtlaq qapağının iltihabı). Belə vəziyyətlər tənəffüs çatışmazlığına gətirib çıxarır və spesifik müalicə tələb edir.

* Tənəffüs çatışmazlığının əlamətləri: tənəffüsün çətinləşməsi; təngnəfəslik; 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
Böyükklər	12 – 18	< 12 və 24 <
8 yaşdan yuxarı uşaqlar	12 – 20	< 12 və 24 <
8 yaşa çatmamış uşaqlar	12 – 30	< 12 və 35 <
Körpələr	30 – 40	< 25 və 60 <
Yenidoğulmuşlar	40 – 50	< 35 və 60 <

Qeyri-normal tənəffüsün son həddi böyükklərdə 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 olmayaraq nəfəs verilməlidir:

- böyüklərdə (cinsi yetkinlik^{1*} yaşından yuxarı uşaqlar və böyüklər) 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.

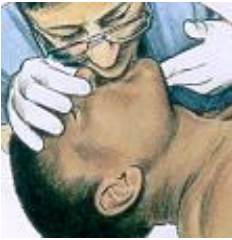
^{1*} Cinsi yetkinlik əlamətlərinə oğlanlarda döş qəfəsi və ya qoltuqaltı tüklərin olması, qızlarda süd vəzinin hər hansı bir inkişafı daxildir.

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

C. 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 edilsə 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 olmadığı halda həyata keçirilir.

Hər nəfəsvermə döş qəfəsinin gözlə görünən dərəcədə qabarması ilə nəticələnməlidir. Nəfəs verdikdən sonra ağzınızı zərərçəkənin xarici nəfəs yollarından ayırıb, onun passiv nəfəs verməsinə imkan verin. Əgər zərərçəkənin döş qəfəsi hər nəfəsvermə zamanı qalxıb enirsə və havanın çıxması hiss edilsə, 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 başlanğıc süni tənəffüsün verilməsi

Başlanğıc (ilkin) süni tənəffüsün verilməsi – iki uğurlu ardıcıl nəfəs vermək deməkdir.

- * Birinci uğurlu nəfəs verdikdən sonra zərərçəkənin passiv nəfəs verməsini 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 edilsə, 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 ağzını nəfəs vermək üçün geniş açıb, yad cismə görə baxın. Asan xaric ola biləcək yad cismi barmaqla çıxarın. Əgər yad cisim görünürsə, 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 aparan rollarını dəyişməlidirlər. Bu yerdəyişmə 5 saniyə ərzində edilməlidir.

- * Ola bilər ki, xilasedici sinənin qalxıb-enməsinə görsün, lakin tənəffüs yollarının tutulması səbəbindən nə havanın çıxdığını eşitsin, nə də hava axını hiss etsin. Havanın bu cür reflektor olaraq acgözlüklə “udulması” ürəyin qəfləti dayanmasını göstərir və aqonal (canvermə) tənəffüs hesab olunur. Qeyri-adekvat (tam uyğun) 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 vurğuları 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.

D. 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 böyükklərdə olduğu kimi aparılır.

2. Körpələrə (bir yaşına çatmamış uşaqlara) birbaşa nəfəsvermə

Tənəffüsə nəzarət böyükklərdə 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 ağzını 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 görülür. Əksinə ağız-udlaq (orofarinqial) hava ötürücüləri əlverişli hesab olunur və hava ötürücüsünün uzunluğu ağız bucağından qulaq sırtlığına 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 açıdıqdan sonra tənəffüsün bərpası dövrünə keçilir:

- » müsbət təzyiq altında ağciyərlərin süni ventilyasiyasına başlayın;
- » ventilyasiyanı 250–500 ml özüdüzələn 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.

E. DİGƏR MƏLUMATLAR

1. Havanın mədəyə daxil olmasının qarşısının alınması

Həddən artıq havalandırmaya yol verməyin! Həddən artıq havalandırmaya 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 materialları) ağciyərlərə sorulma (aspirasiya) təhlükəsini yaradır. Mədəyə yığılmış havanı xaric etmək üçün mədəyə burundan nazogastral və ya ağızdan yoğun mədə zond (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 (səəlcəm), 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 (ağızın) 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.

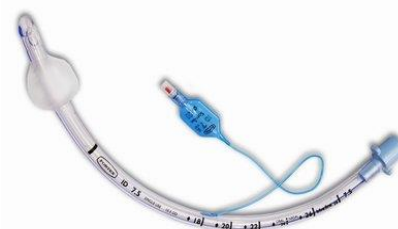
3. Tibb işçiləri üçün

Supraqlottik (laringeal maska) və endotraxeal (endotraxeal boru vasitəsilə intubasiya) nəfəsvermə

Qırtlaq üç hissədən ibarətdir: səs yarığı üstü (supraqlottik), səs yarığı (qlottik) və səs yarığı altı (subqlottik).



Laringeal maska



Endotraxeal boru

Adi (ağızdan-ağıza, ağızdan-buruna, ağızdan-maskaya, torba-maskaya) süni tənəffüsdə ağciyərlərin hava ilə təminatının qənaətbəxş olmasına baxmayaraq hava itkisinə yol verilir – ağciyərlərə ötürülən havanın bir hissəsi ağız və burun boşluğunda, udlaqda və mədədə toplanır. Supraqlottik və endotraxeal süni tənəffüsdə hava birbaşa ağciyərlərə daxil olur və havanın itkisinə yol verilmir.

Adi süni tənəffüsdən fərqli olaraq, laringeal maska və endotraxeal intubasiyanı iki xilasedici həyata keçirərkən döş qəfəsinin kompressiyaları dayandırılmaz və hər 6–8 saniyədən bir 1 süni tənəffüs yerinə yetirilir (dəqiqədə 8–10 nəfəs vermə). Bütün hallarda kompressiyaların tezliyi dəqiqədə ən azı 100 (100/dəq) olmalıdır.

Süni tənəffüsün texnikası	Kompressiyaların tənəffüsə nisbəti	
	Böyüklərdə	Uşaq və körpələrdə
Ağızdan-ağıza, ağızdan-buruna, ağızdan-maskaya, torba-maskaya	» 30 kompressiya 2 tənəffüs » kompressiyaların tezliyi azı 100/dəq	» 30 kompressiya 2 tənəffüs » kompressiyaların tezliyi azı 100/dəq
Endotraxeal intubasiya, laringeal maska – supraqlottik	» kompressiyaların tezliyi azı 100/dəq, tənəffüs üçün pauza edilmir » hər 6–8 saniyədən sonra 1 süni tənəffüs (dəqiqədə 8–10)	

4. 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 proqressiv 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) beyini və həyat üçün vacib orqanları oksigenlə tam təmin edə bilmir.

Qanın zəif dövriyyəsi və qanda oksigenin aşağı səviyyədə olması orqanizmdə maddələr mübadiləsinə 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 tutulmasının dəyə imkan daxilində verilən oksigeni nəmləndirir. 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 mübadiləsinə 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015

Mündəricat:

- A. Ümumi müddəalar
- B. Maska vasitəsilə “ağızdan-ağıza” tənəffüsün verilməsi
- C. Sədd vasitə ilə “ağızdan-ağıza” tənəffüsün verilməsi
- D. Hava ötürücüləri
- E. Ambu kisəsi

A. ÜMUMİ MÜDDƏALAR

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.

Tənəffüs yollarının idarə olunması üçün bir çox vasitələr mövcuddur. Xilasedici bu vasitələrin bir neçəsi ilə 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 üsuldən 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 maska və ya digər qoruyucu vasitə axtarmaqla, yaxud qoruyucu vasitənin təlimatını oxumaqla süni tənəffüslə başlamağı ləngitmək olmaz.

B. ÜZ MASKASI VASİTƏSİLƏ “AĞIZDAN-AĞIZA” NƏFƏS VERİLMƏSİ

Üz maskası süni tənəffüsün aparılmasında geniş istifadə olunur. Maskaların böyük əksəriyyəti birtərəfli klapanla təchiz olunduğu üçün zərərçəkənin ağız boşluğundan çıxan havanın xilasedicinin ağız boşluğuna daxil olmasının qarşısını alır. Bəzi maskalar əlavə oksigen verilməsinə imkan verir. Körpələrin və uşaqların reanimasiyasında qoruyucu vasitələrin istifadə qaydaları böyükklərdə olduğu kimi tətbiq edilir.

Üz maskaları şəffaf sintetik materialdan olub kənarları ovaldır. Maskanın kənarının belə formada olması onun xəstənin ağzına tam hermetik oturmasına imkan verir. Maskanın ən dar hissəsi (əgər üçbucaq formasındadırsa) xəstənin burun kənarına yerləşdirilir. Həmin maskaların əksəriyyətində xilasedicini infeksiyadan qoruyan və zərərçəkənin xaric etdiyi havanın xilasedicinin ağız boşluğuna keçməsinə mane olan birtərəfli klapan vardır. Xilasedicinin bioloji substansiyalardan qorunması kiçik və böyük yaşlı zərərçəkənlərdə olduğu kimidir.

1. Üz maskalarından istifadə edilməsi

Ağciyərin ventilyasiyasını aparmaq üçün münasib ölçüdə üz maskası seçilməlidir. Maska zərərçəkənin ağzını və burnunu tamamilə örtməlidir. Bu zaman maska gözlərin üstünə və çənənin altına çıxmamalıdır. Üz maskası burunun üst hissəsindən aşağıya, dodaq və çənə arasındakı çökəkliyə qədər olan məsafəni – ağızı və burnu örtməlidir. Maskanı zərərçəkənin üzünə kip qoyun. Ölçüsü düz seçilməyən maska hermetik (kip) olmayacaq və hava kənarlardan xaric olacaq.

Bir çox üz maskaları plastik qablarda, yaxud çantalarda saxlanılır. Xilasedici bəzi maskaları süni tənəffüs üçün istifadə etməzdən əvvəl işlək vəziyyətə gətirməlidir. Maskaların istifadəsində çətinliklərlə üzləşməmək üçün istifadə qaydaları ilə əvvəldən tanış olmaq lazımdır. Onlar bir neçə saniyə ərzində işlək vəziyyətə gətirilir.

Maskanın qeyri-reversiv (“reversus” latın sözü olub geri deməkdir – geri qayıdan) klapanının işlək vəziyyətdə olub-olmamasına fikir verin ki, bioloji substansiyalardan və yoluxucu xəstəliklərdən qoruna bilərsiniz. Klapan olduqda o, bir neçə saniyə ərzində maskaya birləşdirilir. Bu maskalara əlavə oksigenin qoşulması mümkündür. Süni tənəffüs verilməsi üçün maskanın olması şərt deyil.

2. Maskanın qoyulma texnikası

Üz maskasının qoyulmasında iki üsuldən istifadə etmək olar:

- zərərçəkənin çiyin səviyyəsində duraraq üz maskasının qoyulması;
- zərərçəkənin baş tərəfində duraraq üz maskasının qoyulması.

a) Zərərçəkənin çiyin səviyyəsində duraraq üz maskasının qoyulması

Xilasedici tək olduqda üz maskasından istifadə edərkən zərərçəkənin çiyin səviyyəsində, zərərçəkən yerdə-dirsə dizi üstündə dayanmalıdır. Bu vəziyyətdə bir xilasedici döş qəfəsinin kompressiyasından üz maskası ilə ağci-yərlərin süni ventilyasiyasına keçərkən minimum hərəkət edir və defibrilyatorun istifadəsini asanlaşdırır.

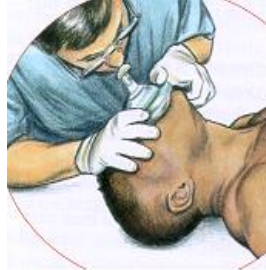
Üz maskası ilə zərərçəkənin ağzını və burnunu örtün. Burunun üst hissəsini əhatə edib ağzı və burnunu tam örtən maska düzgün qoyulmuş hesab edilir. Üz maskasının düzgün yerləşdirilməsi üçün burun kökünü oriyentir (səmt) kimi götürün.



Üz maskası



Maskanın
üzə qoyulma yeri



Xilasedici tək olduqda



Xilasedici iki nəfər və çox olduqda
Birinci üsul



İkinci üsul

- Zərərçəkənin başına yaxın olan əlin baş və şahadət barmaqları ilə maskanın yuxarı, qaşlara yaxın kənarından tutun. Əgər baş və boyunun travması yoxdursa zərərçəkənin tənəffüs yollarını açmaq üçün **“Baş arxaya, alt çənə irəli”** – üsulundan (əsas üsul) istifadə edin və əlin ovuc və digər barmaqları ilə başı arxaya əyin.
- Digər əlin baş barmağını maskanın aşağı kənarına qoyub sıxın, qalan barmaqlarla zərərçəkənin alt çənəsinin sümük hissəsinin (çənə bucağının) altında yerləşdirib, alt çənəni irəli verib, qaldırın.
- Alt çənəni qaldırarkən, maskanı üzə bərkitmək üçün maskanın xarici kənarlarını üzə möhkəm sıxın. Maskanın kənarlarını sıxaraq kip saxlayın.
- İki yavaş uğurlu nəfəs verin və döş qəfəsinin qalxmasını izləyin. Döş qəfəsinin qalxması üçün zərərçəkənə süni nəfəsverməni bir saniyədən artıq təmin edin.

b) Zərərçəkənin baş tərəfində duraraq üz maskasının qoyulması

Xilasedici tək olduqda zərərçəkənin baş tərəfində durub nəfəs verməsi ancaq tənəffüsdə yaranan problemlər zamanı həyata keçirilə bilər. Ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) həyata keçirərkən bu üsul iki xilasedici tərəfin-dən daha uğurlu alınır və süni tənəffüs verən xilasedici döş qəfəsinin hərəkətlərini nəzarətdə saxlaya bilər. Zərərçə-kənin baş tərəfində duraraq üz maskasının qoyulma texnikasının iki üsulu mövcuddur.

* Birinci üsul

Baş barmaqlarınızı və onların əsasını maskanın kənarları boyu yerləşdirin. Bunun üçün hər iki əlin baş bar-mağının əsasını üz maskasının qaşlara yaxın hissəsinə, barmaqları isə maskanın kənarına qoyub ağız və burnu kip tutmaq üçün yavaşca üzə sıxın. Əllərin şahadət barmaqlarını isə çənənin altında tutub, alt çənəni maskanın içinə doğru çəkin. Digər barmaqları çənə bucağı altında yerləşdirib, tənəffüs yollarını açmaq üçün alt çənəni irəli çəkin. Havanın maskanın kənarlarından çıxmaması üçün çənəni qaldırarkən, baş barmaq və onun ovucdakı əsası ilə mas-kanı zərərçəkənin üzünə kip sıxın. İki yavaş uğurlu nəfəs verin və döş qəfəsinin hərəkətini izləyin (bax: “Ağciyərlə-rin süni ventilyasiyası”).

* İkinci üsul

Hər iki əlin baş və şahadət barmaqları ilə maskanın kənarlarını tam örtüb “C” hərfi formasında yerləşdirin



və maskanı üzə kip sıxın. Sonra hər iki əlin digər 3, 4, 5-ci barmaqları ilə “E” hərfi formasında alt çənənin sümük hissəsi boyunca hər tərəfdən qoyub, alt çənəni irəli çəkin. Tənəffüs yollarının belə idarə olunması və maskanın qoyulması “E–C” üsulu adlanır.

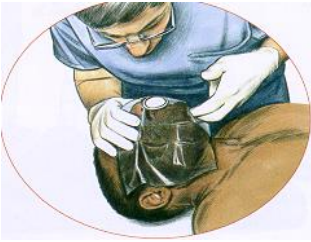
Çənəaltı yumşaq toxumaları sıxmayın, çünki bu tənəffüs yollarını tuta bilər. Bu vəziyyətdə əlin baş və şaha-dət barmaqları ilə maskanı üzə sıxın, əlin digər üç barmaqlarının köməyi ilə alt çənəni maskaya doğru qaldırıb, sı-xın. İki əl ilə maskanı zərərçəkənin ağzına kip otuzdurmaqla, maska ilə zərərçəkənin üzü arasında hava keçirən boşluqlar tutulur və “ağızdan-ağıza” süni tənəffüs aparılır.

Hər iki üsulla xilasedici iki əldən istifadə edərək üz maskasını saxlayır və tənəffüs yollarını açır. Baş və boyun zədələrində başı arxaya əymədən yalnız alt çənəni irəli çəkməklə süni tənəffüs verilməlidir.

C. SƏDD VASİTƏ İLƏ “AĞIZDAN-AĞIZA” NƏFƏS VERİLMƏSİ

Sədd vasitə (üz örtükləri) üz üçün qoruyucu örtük olub, ağızdan-ağıza nəfəs verdikdə xilasedici ilə zərərçəkənin dodaqlarının bir-biri ilə təmasda olmasına imkan vermir. Sədd vasitədə xilasedicini infeksiyadan qoruyan və zərərçəkənin xaric etdiyi havanın xilasedicinin ağız boşluğuna keçməsinə mane olan birtərəfli klapan olmur. İlk fürsətdə sədd vasitəni ağızdan-maskaya və ya torba-maskə cihazları ilə əvəz etmək lazımdır.

* Ağızdan-ağıza sədd vasitələrlə nəfəs verilməsi



Üz maskası olmadıqda sədd vasitələrdən istifadə etmək lazımdır. Sədd vasitələrin mənfə cəhəti odur ki, ağızı hermetik (tam) tutmur və bunun nəticəsində havanın bir qismi sədd vasitənin kənarlarından çıxır. Sədd vasitə kimi istifadə olunan əşyalar: cib dəsmalı, polietilen paket (ortasından deşik açıldıqdan sonra), geniş əsası olan hava ötürücüləri, sənayedə istehsal edilən xüsusi sədd vasitələr və s. Sənayedə istehsal edilən xüsusi sədd vasitənin (polietilen və digər şəffaf örtük) ortasında qısa 2–5 sm uzunluğunda boru olur.

Sənaye üsulu ilə istehsal olunan xüsusi sədd vasitənin istifadəsi:

- borunu zərərçəkənin dilinin üzərinə qoyun;
- sədd vasitənin örtüyü ilə zərərçəkənin ağız və burnunu kəp örtün;
- süni tənəffüsü aparın (bax: “Ağciyərlərin süni ventilyasiyası”).

Sədd vasitələri istifadə edərkən üz örtüyü zərərçəkənin ağızı üzərində kəp şəkildə olmalıdır. Bu vasitələrdən istifadə etdikdə döş qəfəsinin qalxması üçün lazımı qədər güc sərf edib nəfəs vermək lazımdır. Qusma baş verdikdə sədd vasitə ağızdan götürülməli, zərərçəkən sağ və ya sol böyrü üstə çevrilməli və ağız boşluğu mədə möhtəviyyatından təmizlənməlidir.

D. HAVA ÖTÜRÜCÜLƏRİ

Hava ötürücüləri dillə yaranan yuxarı tənəffüs yollarının tutulmasının (obstruksiyasının) qarşısını alır. Burun-udlaq (nazofarinqial) və ağız-udlaq (orofarinqial) hava ötürücüləri burun dəlikləri və ya ağızla udlaq arasında hava yolunu təmin edən plastik toxumaları zədələməyən borudur. Burun-udlaq hava ötürücüləri əsas nəfəs yolu vasitəsi kimi, ağız-udlaq hava ötürücüləri isə alternativ vasitə kimi işlədilir. Ağız-udlaq hava ötürücülərindən istifadə texniki baxımdan çətin və ya təhlükəli olduqda, burun-udlaq hava ötürücüləri işlədilir. Onlar havanın sərbəst keçməsinə təmin etməklə yanaşı, aspiratordan (sormağ üçün cihaz) istifadəni asanlaşdırır.



Hava ötürücüləri müxtəlif ölçülərdə olur. Huşunu itirmiş, lakin tənəffüsü olan zərərçəkəndə ağız-udlaq (orofarinqial) və burun-udlaq (nazofarinqial) hava ötürücülərindən istifadə etmək olar. Huşunu itirmiş, lakin tənəffüsü olmayan zərərçəkənə Ambu kisəsi ilə nəfəs verdikdə ağız-udlaq və burun-udlaq hava ötürücüləri yardımçı vasitə kimi istifadə edilə bilər. Ağız-udlaq hava ötürücüləri huşu aydın və ya huşu bərpa olan zərərçəkənlərdə öyümə və qusmaya səbəb ola bilər. Huşunu

itirmiş, tənəffüsü olan zərərçəkəndə üz-çənə zədələnmələrini nəzərə alaraq, ağız-udlaq və ya burun-udlaq hava ötürücülərindən istifadə edilir.

1. Ağız-udlaq (orofarinqial) hava ötürücüləri

Ağız-udlaq hava ötürücülərinin düzgün ölçüləri ağız bucağından qulaq sırgılığına və ya alt çənənin bucağına



qədər olan məsafə hesab olunur. Ölçərkən hava ötürücüsü zərərçəkənin üzünə qoyulur. Düzgün ölçüdə istifadə etmədikdə tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası) baş verə bilər. Ağız-udlaq hava ötürücüləri zərərçəkənin dilini öndə saxlaya bilən bərk (rigid) plastik boru olub zərərçəkənin dilini irəlidə saxlayır. Bu vasitə yalnız huşunu itirmiş zərərçəkənlərdə istifadə oluna bilər, belə ki, onlar qusmaya səbəb olur.

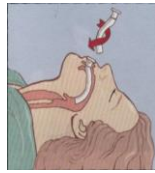
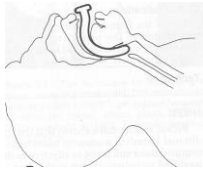
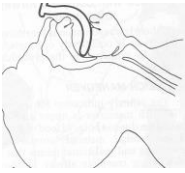
* Ağız-udlaq (orofarinqial) hava ötürücülərindən istifadə qaydaları:

- lazım olan ölçüdə hava ötürücüsünü seçin;
- arxası üstə uzanan zərərçəkənin başı üzərində durun;



- zərərçəkənin ağzını bir əlinizin baş və şəhadət barmaqları ilə açın (bunun üçün bir əlin baş və şəhadət barmaqlarının uclarını birləşdirib, qabaq dişlərin arasına salıb, bir birindən əks istiqamətlərə hərəkət etdirərək ağzı açın);
- zərərçəkənin ağzını açandan sonra orada yad cismin olub-olmamasına fikir verin və yad cisim olduqda onu kənarlaşdırın;

- ağız-udlaq hava ötürücüsünün xarici əyriliyini (qabarıq tərəfini) dilə, ucunu isə damağa tərəf olmaqla ağız boşluğuna yeridin;
- dili itələməmək şərti ilə onu ağız boşluğunda yavaşca irəli hərəkət etdirin (borunu ağızda yavaş tərpədin, dilin arxaya getmədiyinə əmin olun);
- hava ötürücüsünün yarısını yeridildikdən sonra borunu 180° çevirin;



- hava ötürücüsünü ehtiyatla maniyə hiss edilənə kimi (dilin kökünə kimi) yeridin (bu zaman borunun çökək tərəfi dilin üzərində və ucluğu isə dilin arxasında yerləşəcəkdir və çöldə qalan dairəvi lövhə ağıza kip oturacaqdır).

*** Uşaqlarda ağız-udlaq hava ötürücüsünün istifadəsinin alternativ üsulu:**

- lazım olan ölçüdə hava ötürücüsünü seçin;
- hava ötürücüsünün uzunluğu ağız bucağından qulaq sırğalığına və ya alt çənənin bucağına qədər olmalıdır;
- zərərçəkənin ağzını açın;
- qaşiq (şpatel) vasitəsilə dili aşağı basın;
- hava ötürücüsü çevrilməmiş vəziyyətdə, qabarıq hissəsi yuxarı (damaq tərəfə), uc hissəsi isə aşağı olmaqla ağıza yeridilir. Yəni uşaqların yuxarı tənəffüs yollarının anatomik vəziyyətinə uyğun olaraq keçirilir.

2. Burun-udlaq (nazofaringial) hava ötürücüləri

Burun-udlaq hava ötürücülərinin ölçüləri (əyri vəziyyətdə) burunun ucundan qulaq keçəcəyinə qədər olan məsafə götürülür. Əgər müvafiq diametrli bir neçə hava ötürücüsü varsa, burun dəliyinə uyğun, mənfəzi daha böyük olan hava ötürücüsü istifadə edilməlidir.



Burun-udlaq hava ötürücüləri yumşaq, əyilən boru olub zərərçəkənin burun dəliyindən keçirilərək boğazın arxasına yeridilir. Öyümə refleksi yaratmadığına görə bu rezin boru bütün zərərçəkənlərə (huşu aydın və huşsuz) tətbiq olunur. Burun-udlaq hava ötürücülərinin istifadəsi nadir hallarda qusma refleksi yaradır. Bu hava ötürücüləri hətta qusma refleksi baş verə biləcək təqdirdə zərərçəkənlərə də işlədilə bilər. Onun yerləşdirilməsi zərərçəkəndə narahatlıq yaradır. İstifadə zamanı hava ötürücülərinin yağlanmasına baxmayaraq bu əməliyyat ağırlıdır. Ağız-udlaq hava ötürücülərindən fərqli olaraq, burun-udlaq hava ötürücüləri dilin kökünün arxaya və aşağıya, qırıqlıq qapağının üzərinə sıxaraq tənəffüs yollarını tutmur. Bunu nəzərə alaraq tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etmək məqsədi ilə baş arxaya əyilir.

*** Burun-udlaq (nazofaringial) hava ötürücülərindən istifadə qaydaları**

- Lazım olan ölçüdə hava ötürücüsünü seçin. Burun-udlaq hava ötürücüsünün diametri burun keçəcəyinə uyğun seçilməlidir. Yoğun hava ötürücüsü burun pərlərini sıxaraq yerli damar keçiriciliyini pozur. Qan dövranının pozulması səbəbindən burun pərlərinin rəngi avazıyır.



- Arxası üstə uzadılmış vəziyyətdə olan zərərçəkənin baş tərəfində durun.
- Burun-udlaq hava ötürücüsünü yerləşdirmək üçün yağlayın (gel, lidokain məlhəmi və s.).
- Yağlanmış hava ötürücüsünün çəp kəsik uc hissəsini burun dəliyindən burun çəpəri boyu, ehtiyatla arxaya doğru (ənsə nahiyyəsi istiqamətində), borunun məhdud hissəsinə qədər irəli yeridin.
- Qanaxma baş verməməsi üçün ehtiyatlı olun.
- Əgər hava ötürücüsü burun dəliyindən keçmirsə, onu bir qədər önə və yana hərəkət etdirməklə vəziyyətini dəyişdirib, yenidən yeridin və ya kiçik diametrli boru ilə əvəz edin. Bu mümkün olmadıqda digər burun keçəcəyindən istifadə edin.
- Boru çox uzun olduqda qatlanaraq, selikli qışanı zədələyə bilər.
- Hava ötürücüsü güc tətbiq etmədən yeridilməlidir.

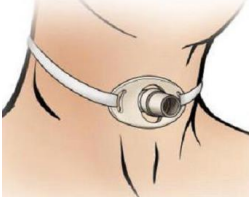
Keçəcəyi kiçik olan burun-udlaq hava ötürücüləri ağızda olan möhtəviyyatlarla (selik, qan, mədə möhtəviyyatı və s.) tutula bilər. Burun-udlaq hava ötürücülərindən üz-çənə travmaları zamanı istifadə edilməsi məsləhət görülmür, çünki boru səhvən sınımış kəllə boşluqlarına keçə bilər.

3. Hava ötürücüləri istifadə etdikdə ehtiyatlı olun və aşağıdakı qaydalara əməl edin

- Hava ötürücüsünü yeridildikdən dərhal sonra sərbəst tənəffüsü müşahidə edin.
- Tənəffüs olmadıqda və ya qeyri-normal olduqda Ambu kisəsi vasitəsilə süni tənəffüs verməyə başlayın.
- Böyük diametrlə ağız-udlaq hava ötürücüləri qırtlağın keçiriciliyini pozduğuna və toxumaları zədələdiyinə görə istifadə olunması məsləhət görülmür.
- Kiçik diametrlə ağız-udlaq hava ötürücüləri dilin əsasını arxaya basdığına və nəfəs yolunu tutduğuna görə istifadə olunmur.
- Dodaq və dilin yumşaq toxumalarını zədələməmək üçün ağız-udlaq hava ötürücüsünü ehtiyatla yeridin.
- Huşsuz, öskürək və qusma refleksi olmayan zərərçəkəndə yalnız ağız-udlaq hava ötürücüsü istifadə edilir.
- Qusmanı və udlağın spazmasını stimulyasiya etdiyinə görə, öskürək və qusma refleksi olanlarda ağız-udlaq hava ötürücüləri istifadə edilmir.

4. “Ağızdan stoma” ya süni tənəffüs

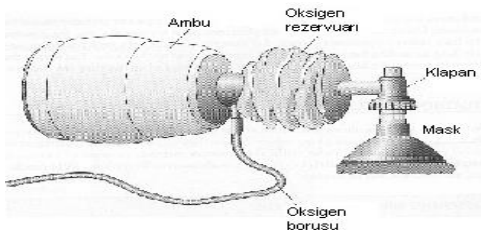
Traxeal stoma – bu, boyunun ön hissəsinin daimi dəliyi olub dəri səthindən nəfəs borusuna (traxeyaya) keçir.



Stomalı xəstələrdə süni tənəffüs birbaşa stomaya verilir. Bu zaman ağız stomanı tam qapamalıdır. Traxeal stomaya traxeotomik boru da yerləşdirmək olar. Bu boru vasitəsilə də süni tənəffüs vermək olar. Boru tutulduqda və təmizləmək mümkün olmadıqda o, başqası ilə əvəz edilməlidir. Başqa boru olmadıqda süni tənəffüs birbaşa stomadan aparılır. Nəfəs verdikdə hava xəstənin ağzından və ya burnundan xaric olarsa, həmin nəhiyəni əllərinizlə kip tutun.

E. AMBU KİSƏSİ

Mexaniki süni tənəffüs əl vasitələri torba-maskə adı altında ümumiləşib. Bunlardan ən çox istifadə olunanı Ambu kisəsidir. Ambu kisəsi üz maskasına qoşulan özüdüzələn elastik kisədən ibarətdir. Onun özüdüzələn elastik kisəsi otaq havasını zərərçəkənə ötürür. Ağciyərlərin hava tutumuna müvafiq olaraq Ambu kisəsinin həcmi dəyişir. Ağciyərin ventilyasiyasını aparmaq üçün münasib ölçüdə maska və kisə seçilməlidir. Maskanın və kisənin seçiminədən və ona oksigen mənbəyinin qoşulmasından sonra zərərçəkənin tənəffüs yolları açılmalı və maska kip olmaq şərti ilə üzə bərkidilməlidir. Maskə zərərçəkənin ağzını və burnunu tamamilə örtməli, gözlərin üstünə və çənənin altına çıxmamalıdır.



Ambu kisəsi effektiv nəfəsvermə üçün kifayət qədər həcmə malikdir və bu zaman xilasedici ilə zərərçəkənin tənəffüsü bir-biri ilə təmasda olmur. Maskaya qeyri-reversiv (geri qayıdan) klapan birləşdirilmişdir. Qeyri-reversiv klapan zərərçəkənin verdiyi nəfəsi ətrafa istiqamətləndirir və o, həmin nəfəsi geri almır, ancaq kisədə olan hava ilə nəfəs alır. Ambu kisəsi ilə ventilyasiya texnikası təlim və təcrübə tələb edir.

Ambu kisəsi adətən effektiv nəfəs üçün kifayət qədər həcmə malikdir, ürək-ağciyər reanimasiyasının (ÜAR) aparılmasına kifayət edir və artıq havalandırmanın qarşısını alır.

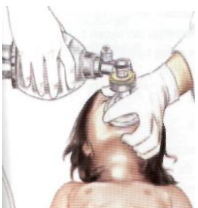
Ambu kisəsi və ona oxşar əl vasitələrinin ölçüsündən asılı olmayaraq, döş qəfəsinin qalxması üçün yalnız kifayət edəcək qədər təzyiq göstərməli və yalnız kifayət edəcək həcmdə hava verilməlidir.

Ambu kisəsi iki təcrübəli xilasedici tərəfindən tətbiq olunmalıdır. Bir xilasedici üçün eyni vaxt maskanı üzə tutub kisəni sıxmaq və tənəffüs yollarını idarə etmək o qədər də asan olmur.

Müxtəlif həcmli Ambu kisəsi ilə effektiv süni tənəffüs yalnız tibb işçisi və ya xüsusi hazırlıq keçən xilasedici tərəfindən lazımi səviyyədə aparıla bilər. Ambu kisəsi ilə süni tənəffüs verərkən, mümkündürsə oksigendən istifadə edin. Çatdırılma üsulundan asılı olmayaraq hər nəfəs verməyə 1 saniyədən artıq müddət sərf edin.

I. Xilasedici tək olduqda Ambu kisəsindən istifadə:

Xilasedici tək olduqda Ambu kisəsinə ancaq tənəffüslə əlaqədar problemlərdə zərərçəkənin baş tərəfində ayaq və ya dizi üstə duraraq istifadə edə bilər.



“E-C” üsulundan istifadə edin. Bir əllə “E” üsulu ilə tənəffüs yollarını açın və “C” üsulu ilə Ambunun maskasını üzə qoyun, digər əllə kisəni sıxın və döş qəfəsinin qalxmasını müşahidə edin. Hava kisəsinin sıxılma müddəti 1 saniyədən artıq olmalıdır. Hər tənəffüs zamanı maskanın üzə kip (hermetik) oturmasına diqqət edin. Kisənin və sıxdığınız havanın həcmi yoxlayın. Kisənin daha çox sıxılmasına ehtiyac ola bilər. Oksigen verilsə, onun kisəyə kifayət qədər daxil olmasına nəzarət edin.

Kisənin hermetikliyini və qoruyucu klapanın işlək olmasını yoxlayın. Maskanın üzə kip qoyulmasını yoxlamaq məqsədi ilə Ambunun özüdüzələn kisəsinə bir neçə dəfə sıxın. ÜAR-ı həyata keçirərkən bu üsul iki xilasedici tərəfindən daha uğurlu alınır.

II. ÜAR-ı həyata keçirərkən xilasedici iki nəfər və çox olduqda Ambu kisəsindən istifadə

a) İki xilasedici ÜAR-ı həyata keçirərkən biri döş qəfəsinin kompressiyasını edir, ikinci xilasedici isə bir əllə "E-C" üsulu ilə Ambunun maskasını üzə qoyub, digər əllə kisəni sıxıb, döş qəfəsinin qalxmasını müşahidə edir. Ventilyasiya aparmazdan əvvəl tənəffüs yollarını açıq saxlamaq üçün zərərçəkənin başını bir qədər arxaya əyib, maska ilə ağız və burunu tam örtün. Maskanın üzə kip qoyulmasını yoxlamaq məqsədi ilə Ambunun özüdüzələn kisəsini bir neçə dəfə sıxın.

b) İki nəfərdən çox xilasedici olduqda

Ambu kisəsi ilə tənəffüsün verilməsi iki xilasedici tərəfindən aparıldıqda daha asan və effektiv olur. Ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) həyata keçirərkən əlavə xilasedicilər gələrsə, onlar torba-maskə havalandırması, defibrilyatorun istifadəsində və ya zərərçəkəni xərəklə daşımaq üçün kömək edə bilərlər.

1. Əlavə gələn xilasedicilərdən biri zərərçəkənin baş tərəfində durub, "*Baş arxaya, alt çənə irəli*" və ya "*alt çənə irəli*" üsulu ilə tənəffüs yollarını açır və iki əl ilə "E-C" üsulundan (maskanın qoyulma texnikası) istifadə edərək Ambu maskasını üzə qoyur.



Bir xilasedici Ambu ilə

İki xilasedici Ambu ilə

2. Digər xilasedici zərərçəkənin baş tərəfində durur. Maskanın üzə kip qoyulmasını yoxlamaq məqsədi ilə Ambunun özüdüzələn kisəsini bir neçə dəfə sıxır. Artıq havalandırmaya yol verməmək şərti ilə hər 30 kompressiyadan sonra 1 saniyədən artıq müddətdə (asta-asta döş qəfəsi qalxana qədər) Ambu kisəsini sıxaraq ağciyərlərə kiçik həcmdə iki uğurlu nəfəs verir. Tənəffüsün normal olmasını döş qəfəsinin hər iki tərəfdə simmetrik ekskursionsından (qalxıb-enməsindən) bilmək olar.

3. Həddən artıq havalandırmaya yol verilməməlidir. Həddən artıq havalandırma döş qəfəsi daxili təzyiqi artırır, ürəyə venoz qanın sorulmasını azaltdığına görə ziyanlı hesab olunur. Digər tərəfdən artıq havalandırma havanın mədəyə dolmasına səbəb olur.
4. Hər iki xilasedici döş qəfəsinin qalxmasını izləməlidir. Oksigen olduqda, onu Ambu maskasına qoşub vermək lazımdır. Oksigendən istifadə tənəffüsün kiçik həcmdə verilməsinə imkan yaradır. Belə ki, üz maskasından istifadə etdikdə, oksigenin miqdarı dəqiqədə 10 litr, Ambu kisəsindən istifadə etdikdə isə dəqiqədə 8–12 litr ola bilər. Çatdırılma üsulundan və əlavə oksigenin istifadəsindən asılı olmayaraq, hər nəfəs verməyə 1 saniyədən artıq müddət sərf edilməlidir və artıq havalandırmaya yol verilməməlidir.
5. Hər 5 dövrdən (iki dəqiqədən) bir yardım göstərənlər uzağı 5 saniyə ərzində yerlərini və funksiyalarını dəyişməlidir. Bunu defibrilyator analiz etdiyi müddətdə etmək olar.

Təcrübi vərdislərinizi saxlamaq üçün tez-tez ləvazimatlarla məşq edin.

III. Tənəffüsün ağciyərlərə düzgün verilməsi

* *Havanın mədəyə daxil olmasının qarşısının alınması*

Tənəffüs verildikdə hava mədəyə daxil olmamalıdır. Çox sürətli, qüvvətli və uzun müddətli (iki saniyədən artıq) nəfəsvermə havanın mədəyə daxil olub, onun köpməsinə səbəb ola bilər. Mədənin köpməsi diafraqmanı qaldıraraq, döş qəfəsinin tənəffüs zamanı normal hərəkətini məhdudlaşdırır, ağciyərlərin hava tutumunu azaldır. Mədəyə daxil olan hava qusmağa və mədə möhtəviyyatının (maye, qusuntu materialları) ağciyərlərə sorulma (aspirasiya) təhlükəsi yaradır. Mədəyə yığılmış havanı xaric etmək üçün (dekompressiya) mədəyə burunmədə – nazoqastal (NQ) və ya ağızmədə – oroqastal (OQ) zondlar (borular) salınır. Mədənin köpməsinin qarşısını almaq və minimuma endirmək üçün döş qəfəsinin qalxmasını təmin edəcək qədər qısa, ardıcıl, hərəsi 1 saniyədən artıq müddətdə olmaqla asta (yavaş, yavaş) nəfəs verilməlidir. Beləliklə, qusma və aspirasiya (mədədən və ya qida borusundan möhtəviyyatın ağciyərlərə sorulması) ehtimalı azalır.

Diqqət! Ambu kisəsi ilə müsbət təzyiqə tənəffüs düzgün aparılmadıqda qeyri-normal tənəffüs, həddən artıq havalandırma, havanın mədəyə daxil olması müşahidə edilir. Hava ötürücüləri və qeyri-yardımçı vasitələr gözlənilən fəsadları azaldır, lakin havanın mədəyə daxil olmasının qarşısını ala bilmir.

IV. Ambu kisəsinin uşaqlarda tətbiqi

* *Ağciyərlərin süni ventilyasiyası yenidoğulmuşların ilkin reanimasiyasında əsas tədbirdir*

- » Ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) komanda şəklində aparın.
- » Ambu kisəsi ilə tənəffüs verdikdə uşağın başının arxasında və ya bir tərəfində dayanın.
- » Körpələri və yenidoğulmuşları düz müstəvi səth üzərində uzadın.

- » Travma almamış zərərçəkənlərdə başı düz, yana əymədən, neytral vəziyyətdə saxlayın. Körpələrdə və yeni-doğulmuşlarda ənsə böyük olduğundan onlarda boyun bükülür və düzgün yerləşməni təmin etmək üçün onların çiyinlərinin altına təqribən 2,5 sm hündürlükdə bükülmüş mələfə qoymaq lazımdır. Boyunu həddən artıq arxaya əyməkdən çəkinin, çünki bu, körpənin tənəffüs yollarını tamamilə qapaya bilər.
- » Ventilyasiyanı 250 və ya 500 ml hava tutumuna malik Ambu kisəsi, maska və ağız hava ötürücüləri ilə aparın. Uşaqlarda barotravmanın qarşısını almaq üçün Ambu kisəsi 35–40 mm c.sut. açılan klapanla təchiz olunmalıdır.
- » Lazımi ölçüdə maska seçib uşağın üzünə elə qoyun ki, onun burnunu, ağzını və alt çənəsinin aşağı hissəsini örtün.
- » Maskanı üzə qoyduqda “E–C” üsulundan istifadə edin.
- » Döş qəfəsinin hərəkətlərini müşahidə etməyə imkan yaratmaq, komandanın digər üzvünə ağciyərlərin auskultasiyasını (fonendoskopla qulaq asmaq) aparmaq və ürək vurğularının sayını (ÜVS) hesablamağa mane olmamaq üçün ventilyasiya zamanı Ambu kisəsi döş qəfəsinin qarşısını tutmamalıdır.
- » Müsbət təzyiq altında ağciyərlərin süni ventilyasiyasına başlayın.
- » 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 uca səslə sayılır.

Tənəffüs çatışmazlığı, tənəffüsün dayanması (apnoe) və ya kəskin pozulması, sinir sisteminin zədələnməsi (huşun səviyyəsi) və sianoz (göyərmə) zamanı zərərçəkən uşaqlara Ambu kisəsi ilə süni ventilyasiya çox vacibdir. Süni ventilyasiya tənəffüs funksiyasının və normal qaz mübadiləsinin bərpası üçün aparılır.

** Süni tənəffüs uğursuz olduqda aşağıdakıları edin:*

- uşağın uzandığı vəziyyəti yoxlayın və ona düzgün vəziyyət verin;
- tənəffüs yollarını yoxlayın və möhtəviyyəti təmizləyin;
- maskanın üzə kip qoyulmasını yoxlayın və Ambu kisəsinin işlək olmasına fikir verin;
- başın vəziyyətini dəyişin (bir az arxaya və ya qabağa) və təkrarən *uğurlu nəfəs* verin;
- ağciyərlərin süni ventilyasiyasını müsbət təzyiq altında davam edin;
- ventilyasiyanın düzgün aparıldığını qiymətləndirin.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 05 iyun 2012-ci il tarixli 18 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Yenidoğulmuşların ilkin reanimasiyası üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yeniləşdirilmiş). Bakı, 2012
4. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
5. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

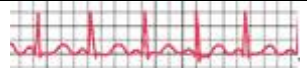
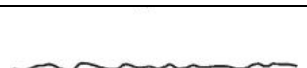
- Mündəricat:
- A. Giriş
 - B. Böyüklərdə və 8 yaşdan yuxarı uşaqlarda AED-in istifadəsi
 - C. 8 yaşına çatmamış uşaqlarda və yenidöğulmuşlarda AED-in istifadəsi
 - D. Xüsusi vəziyyətlərdə AED-in istifadəsi

A. GİRİŞ

Ürəyin (qan dövrəsinin) qəfləti dayanmasının ilk anında ürəyin normal ritmi pozulur, mədəciklərin titrəməsi baş verir, mədəciklərin titrəməsi iri dalğalı fibrilyasiya, sonra isə kiçik dalğalı fibrilyasiyaya keçərək, 4–6 dəqiqə ərzində yardım (ürək-ağciyər reanimasiyası və defibrilyasiya) göstərilmədikdə asistoliya baş verir, ürək tam dayanır.

* Fibrilyasiya

Ürək 4 kameralıdır: yuxarı hissəsi iki (sağ və sol) qulaqcıqdan, aşağı hissəsi iki (sağ və sol) mədəcikdən ibarətdir. Mədəcik fibrilyasiyası (MF) yarandıqda dərhal ürəyin qəfləti dayanması baş verir.

	Normal ürək ritmi
	Mədəciklərin titrəməsi
	İri dalğalı fibrilyasiya
	Kiçik dalğalı fibrilyasiya
	Asistoliya

Mədəcik fibrilyasiyasında ürək əzələləri titrəyir, səyriyir və yığılması pozulduğu üçün qanı beyinə və digər həyatı vacib orqanlara tam qova bilmir. Fibrilyasiyaya uğramış ürək ritminin bərpa edilməsinə defibrilyasiya deyilir.

Defibrilyasiya defibrilyator vasitəsilə elektrik cərəyanı (elektroşok) verməklə həyata keçirilir. Defibrilyasiya tam dayanmış, asistoliyaya uğramış ürək fəaliyyətini bərpa etmir.

Mədəciklərin fibrilyasiyası zamanı aparılan döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı) bir müddət fibrilyasiyanın asistoliyaya çevrilməsinin qarşısını alır və bəzi hallarda qəfləti öləni yenidən həyata qaytarır (dirildir).

Əksər hallarda isə qəfləti öləni diriltmək ancaq və ancaq müasir reanimasiya tədbirləri ilə, o cümlədən, defibrilyasiya ilə həyata keçirilir.

Bütün hallarda ürək-ağciyər reanimasiyasını başlayın və bacardıqca tez defibrilyatordan istifadə edin. Vaxt uzandıqca defibrilyasiyanın faydası azalır. Ürək dayanmasında defibrilyasiyaqədərki ürək-ağciyər reanimasiyası (ÜAR) sağ qalma ehtimalını iki – üç dəfə artırmış olur. Ürək-ağciyər reanimasiyası az miqdarda olsa da, qanla beyni və ürəyi təmin edir. Lakin ürək ritminin bərpası üçün defibrilyasiya mütləqdir.

Defibrilyatorla verilən elektroşok mədəcik fibrilyasiyasının (MF) normal ritmə çevrilməsinin ən effektiv yoludur. Elektroşok ürək əzələlərinin fibrilyasiyasını (titrəməsinə, səyriməsinə) dayandırır və onların (əzələlərinin) yenidən birlikdə yığılmasını təmin edib, normal ritmi (nəbz vurğularını) əmələ gətirir.

* Asistoliya

Asistoliya ilkin olaraq mədəcik fibrilyasiyası (MF) və mədəcik taxikardiyası (MT) ilə olan xəstələrdə final (son) ritmdir. Ürək-ağciyər reanimasiyasının (ÜAR) əsas məqsədi defibrilyator əldə olunana qədər zərərçəkənin ürək fəaliyyətini təmin edib, fibrilyasiyanın asistoliyaya çevrilməməsinin qarşısını almaqdır. Qəfləti ölənün ürək fəaliyyəti, tənəffüsü və huşu bərpa olunduqda o, yenidən həyata qayıtmış hesab olunur.

ÜAR və defibrilyasiya nəticə vermədikdə (normal ritm bərpa olunmadıqda) mədəcik fibrilyasiyası asistoliyaya çevrilir (monitorda düz xətt). Asistoliya nəticəsində ürək dayanmasının proqnozu xoşagəlməzdir. Asistoliyada defibrilyator “Cərəyan lazım deyil” və ya “Cərəyan məsləhət deyil” işarələri verir. Belə olduqda döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ürək-ağciyər reanimasiyasına başlayın. Sonra yenə defibrilyatoru işə salıb, onun göstərişlərinə əməl edin. Hər 2 dəqiqədən (5 dövrədən) bir nəbzi yoxlayın.

Yuxu arteriyasında nəbz vurğuları təyin edilmirsə, defibrilyatorun monitorunda asistoliya görünəcək. Nəbz təyin edildikdə, təcili tibbi yardım briqadası gələncə qədər, yalnız, hər 5–6 saniyədən bir 1 nəfəs verin (dəqiqədə 10–12 nəfəs).

Asistoliyada yüksək keyfiyyətli ürək-ağciyər reanimasiyası vaxtı vena daxilinə hər 3–5 dəqiqədən bir vurulan 1 mg epinefrin zərərçəkəni həyata qaytarar. Epinefrinin birinci və ya ikinci dozasını 40 vahid vazopressinlə əvəz etmək olar. Dərman yeritmək üçün ÜAR-ı dayandırmayın.

Ürəyin qəfləti dayanmasında həyat fəaliyyətinin qorunması üçün ən vacib tədbir ürək-ağciyər reanimasiyası (ÜAR) və defibrilyasiyadır.

1. Defibrilyator

Defibrilyasiyanı həyata keçirmək üçün müxtəlif defibrilyatorlardan istifadə olunur. Bunlardan istifadəsi ən asan olan avtomatik eksternal (xarici) defibrilyatorlardır (AED). AED elektroşoka (cərəyanın verilməsinə) ehtiyacı olan ürək ritmlərini ayırd edə bilən və cərəyan ötürə bilən kompüterləşmiş bir cihazdır.

Zərərçəkəndə aşağıda göstərilən 3 klinik əlamətlər olduqda AED-i istifadə etmək olar:

- qıçıqlara cavab verilməməsi;
- tənəffüsün və ya normal tənəffüsün olmaması (aqonal tənəffüs);
- iri magistral arteriyalarda nəbzın olmaması.

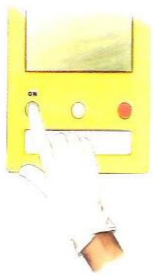
B. BÖYÜKLƏRDƏ və 8 yaşdan yuxarı UŞAQLARDA AED-in İSTİFADƏSİ

Avtomatik eksternal defibrilyatoru (AED) işə salmaq qaydaları.

AED-in istifadəsi olduqca asandır. Onu işə salan kimi növbəti addımları özü avtomatik işarə edir.

1. AED-i işə sal

30 saniyə ərzində çantanı açıb içindəki AED-i işə salıb, yastıqçıqları zərərçəkənin çılpaq döş qəfəsinin dəri səthinə yapışdırın (bəzi çantaların qapağı açılan kimi defibrilyator avtomatik olaraq işə düşür).



AED-i işə salın



Yastıqçıqları təsbit edin



Elektrodları qoşun

- Yastıqçıqlar böyükklər və uşaqlar üçün müxtəlif ölçülərdə nəzərdə tutulmuşdur. Zərərçəkənin yaşına uyğun, münasib ölçülü yastıqça seçin.
- Yastıqçıqları üzərindəki qoruyucu təbəqədən azad etdikdə, o, yapışqanlı olur.
- Zərərçəkənin döş qəfəsini geyimlərdən azad edin. Dəri örtüyü yaş və tərlili olduqda onu qurulaşdırın.
- Yapışqanlı yastıqçıqları quru dəri səthinə qoyun (təsbit edin).

- Yastıqçıqlardan birini döş qəfəsinin sağ yuxarı nahiyyəsinə, körpücük sümüyünün altında, digərinin yuxarı hissəsinə isə sol qoltuqaltından bir neçə santimetr aşağı, ürək zirvəsindən kənarda yerləşdirin.
- AED-n birləşdirici elektrodlarını AED-ə qoşun (bəziləri əvvəldən qoşulmuş vəziyyətdə işə hazır olur).

2. “Kənara çəkilin” deyib, “Analiz” düyməsini basın

Ritmi analiz edəndə hamı zərərçəkəndən kənarda durmalıdır.



“Kənara çəkilin” deyib,
“Analiz” düyməsini basın

- Ətrafı nəzərdən keçirib, zərərçəkənə və onunla təmasda olan yardımçı vasitələrə (xərək, tibbi avadanlıq) heç kimin toxunmadığına əmin olun. Oksigenin tez alınışan və güclü partlayış törətdiyini nəzərə alaraq, işlək defibrilyatorun elektrodları ilə təmasına yol verməyin.
- ÜAR dayandırılır, nəfəs verən şəxs kənara çəkilir, kompressiya edən şəxsin əlləri döş qəfəsindən götürülən andan 8 saniyə ərzində ritmin analizinə və elektroşoka vaxt ayrılır.
- AED-lə ritmi analiz edin. Defibrilyatorların bəzilərinə analiz etmək üçün “Analiz” düyməsi basılır (AED işarə edəcək), digərləri isə bunu avtomatik rejimdə həyata keçirir.

Defibrilyator ürək ritmini 5–15 saniyə müddətində analiz edir. Əgər elektroşoka ehtiyac varsa AED bunu işarə edəcəkdir. Əgər AED ritmi analiz etmirsə və ya səhvən dayanıbsa, tez ÜAR-ı yenidən başlayın və AED-in bütün elektrod kontaktlarının yararlığını yoxlayın.

Aşağıdakı hallarda ləngimədən döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ürək-ağciyər reanimasiyasına başlayın:

- a) “Analiz” elektroşok verilməsinə ehtiyac olmadığını xəbər verdikdə (“Cərrəyan lazım deyil”);
- b) elektroşok verdikdən dərhal sonra.

3. “Kənara çəkilin!” əmrindən sonra 1, 2, 3 sayı ilə “Cərrəyan” düyməsini basın



“Kənara çəkilin” deyib,
“Cərrəyan” düyməsini basın



ÜAR

AED elektroşok verməsinə işarə edərsə, bərkədən “Kənara çəkilin!” xəbərdarlığından sonra heç kimin, özünüzdən də belə zərərçəkənlə təmasda olmadığınızın əmin olun və “1, 2, 3” sayı ilə “Cərrəyan” düyməsini basın. Elektroşokun təsirindən əzələlərin qəfləti yığılması baş verəcəkdir.

4. Ürək-ağciyər reanimasiyasını davam edin

Hər hansı bir elektroşok verildikdən sonra döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) davam edin. Nəbzi və ritmi yoxlamağa vaxt sərf etməyin.

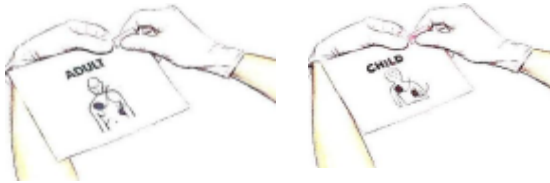
5. “Analiz” və “Cərəyan” düyməsinin basmaqla defibrilyasiyanı təkrar edin

İki dəqiqə (5 dövrə) ÜAR etdikdən sonra avtomatik eksternal defibrilyatorun işarəsi ilə “Analiz” və “Cərəyan” mərhələlərini təkrar edin.

Əgər AED “Cərəyan lazım deyil” işarəsini verirsə, tez döş qəfəsinin kompressiyası əsas olmaq şərti ilə, ürək ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) davam edin.

C. 8 yaşına çatmamış UŞAQLARDA və YENİDOĞULMUŞLARDA AED-in İSTİFADƏSİ

Körpələrdə və 8 yaşına çatmamış uşaqlarda avtomatik eksternal defibrilyatorların (AED) istifadəsində cüzi fərq mövcuddur. Uşaq və böyükklər üçün verilən cərəyanın gərginliyi müxtəlifdir və bəzi AED-lər buna uyğunlaşdırılmışdır. Onlarda uşaqların yaşına uyğun cərəyanın ötürülməsi avtomatik tənzimlənmişdir.



Böyükklər üçün yastıqçıq bağlaması

Uşaqlar üçün yastıqçıq bağlaması

AED-in çoxunda uşaqlar üçün kiçik ölçüdə yastıqçıqlar nəzərdə tutulub. Kiçik ölçüdə yastıqçıqlar olmadıqda standart yastıqçıqlardan elə istifadə edin ki, onlar üst-üstə düşməsin. AED-i əldə etdikdən sonra onu böyükklərdə olduğu kimi işlədin.

Körpələri defibrilyasiya etmək üçün manual (əl ilə idarə olunan) defibrilyatorların işlədilməsi daha məqsədə uyğundur.

Əgər əl ilə idarə olunan defibrilyator yoxdursa, cərəyanı pediatrik dozalara qədər azaldan qurğu ilə təmin olunmuş AED-dən istifadə edin. Heç biri olmadıqda isə adi AED-dən istifadə etmək olar.

Seçim qarşısında qaldıqda defibrilyatordan istifadəyə üstünlük verilməlidir.

D. XÜSUSİ VƏZİYYƏTLƏRDƏ AED-in İSTİFADƏSİ

* Zərərçəkənin defibrilyatorla birgə daşınması

Zərərçəkən defibrilyatora qoşulmuş vəziyyətdə ambulansda və ya xərəkdə daşına bilər. Hərəkətdə olan vaxt “Analiz” düyməsini basmayın, çünki hərəkətlə ritm analizi üst-üstə düşərək nəticəyə təsir edə bilər. AED yalnız zərərçəkən hərəkətdə olmadıqda aparıla bilər.

* Tüklü döş qəfəsi

Döş qəfəsi tüklü olduqda yastıqçıqlar dəriyə yapışmır və defibrilyator analiz etdikdə “elektrodları yoxla” və ya “yastıqçıqları yoxla” işarəsi verir. Belə hallarda ÜAR-ı davam etmək şərti ilə yastıqçıqları döş qəfəsinə bərk sıxaraq yapışdırıb, təkrar “Analiz” düyməsini basın. Dəyişiklik olmadıqda yastıqçıqları tüklərlə birlikdə döş qəfəsindən qoparın və həmin nahiyyəyə qoruyucu təbəqədən azad edilmiş yastıqçanı yapışdırın. Ara fasilədə ÜAR-ı davam etmək mütləqdir. Tük çox olduqda onları AED-in çantasında olan ülgüclə təmizləyin və yastıqçıqları yenisi ilə əvəz edin. Defibrilyatorun siqnallarına fikir verin.

* Su

Su elektrik cərəyanını yaxşı keçirir. AED-i suda istifadə etmək olmaz. Sudan çıxarılan, bədəni yaş və ya tərlə olan zərərçəkənin döş qəfəsini tez qurulayıb, yastıqçıqları yapışdıraraq AED-i işə salın. Zərərçəkən qarın (buzun) və ya dayaz kiçik gölməçədə arxası üstə uzanıqlı vəziyyətdə olduqda AED-i istifadə etmək mümkündür.

* İmplantasiya olunmuş defibrilyator və peysmeyker

Qəfləti ürək dayanmasının yüksək riski olan zərərçəkənlərdə cərəyanı avtomatik olaraq birbaşa ürəyə implantasiya edilmiş defibrilyator/peysmeykerlər ötürür. Bunlar döş qəfəsinin yuxarı hissəsində və ya qarın dərisinin alt qatına külçə şəklində (bir dəst oyun kartının yarısı ölçüsündə) yerləşdirilir və qoyulmuş yerdə çapıq izi görünür. AED-in yastıqçıqlarını implantasiya edilmiş cihazdan kənarda yapışdırın. AED-in bütün işarələrinə riayət edin. Bəzi hallarda implantasiya edilmiş defibrilyatorun cərəyan dövrləri və AED-in analizləri üst-üstə gələ bilər. Əgər implantasiya edilmiş defibrilyator zərərçəkənə cərəyan ötürürsə (əzələ yığılması müşahidə olunur), onun müalicə dövrəsini tamamlamağa 30–60 saniyəyə vaxt verib, AED-lə elektroşok verin.

* Transdermal dərman plastirləri

Dərman plastirlərini çıxarın. Yastıqçıqlar qoyulan nahiyyəni təmiz silin və AED yastıqçıqlarını yapışdırın.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
4. Təcili tibbi yardım təbəqəsi. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
5. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

Mündəricat:

- A. Tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulması – mexaniki asfiksiya
- B. Böyüklərdə və bir yaşdan yuxarı uşaqlarda mexaniki asfiksiya
- C. Körpələrdə mexaniki asfiksiya
- D. Ağız boşluğunun yad cisimdən təmizlənməsi
- E. Səbəblər və ehtiyat tədbirləri

A. TƏNƏFFÜS YOLLARININ YAD CİSİMLƏ TUTULMASI – MEXANİKİ ASFİKSİYA

Həyat üçün ən təhlükəli hal və ölümə səbəb ürəyin və tənəffüsün qəfləti dayanmasıdır.

Tənəffüsün dayanmasının əsas səbəbi tənəffüs yollarının dil və ya yad cisimlə tutulmasıdır (obstruksiyası).

Tənəffüs yollarının dillə tutulmasına bax: “Dillə tutulan tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası”.

- * 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 tələş 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 müəyyənəşdirilməsi yardımın vaxtında göstərilməsi deməkdir. Hazırlıqlı xilasedici asfiksiyanın əlamətlərini çox vaxt ayırd edə bilir.

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 bilir. 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 təzyiqi 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, dərinə nəfəs ala bilmədiyi üçün möhkəm öskürə bilmir və tənəffüs getdikcə çətinləşir. Tənəffüs yollarının qismən tutulması davam edərsə təcili tibbi yardım xidmətinə aktivləşdirin (zəng edin) və tənəffüs yollarının tam tutulmasında olduğu kimi ilk yardımı qarının təkənla sıxılması ilə başlayın.

2. Tənəffüs yollarının tam tutulması

Boğulmanın
universal nişanı

Boğulan boğazını (boynundan) ovucu 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.

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 pisdır, küylü, fit şəkili yüksək tonlu tənəffüs səsləri eşidilə bilər. Tənəffüsün getdikcə çətinləşməsi müşahidə edilir. Dəri örtüyü və selikli qışa 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 cavablandıra 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 (Haimlik manevri – Heimlich ['haim·lik] Maneuver);
- kürəkərası nahiyyəyə 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. Açıq-aydın obstruksiya olmadıqda Haimlik üsulu əks göstərişdir.

Körpələrdə qarına təkan aparılmır. Bu, qaraciyər və digər daxili orqanları zədələyə bilər. Körpələrdə yad cismin çıxarılması üçün kürəkərası nahiyyəyə zərbə vurma və döş qəfəsinin təkanla sıxılma üsulu işlədilir.

Reanimasiya üzrə bəzi ədəbiyyatlarda başlanğıc olaraq kürəkərası nahiyyəyə 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 kürəkərası nahiyyəyə zərbə vurma üsulu ilə yanaşı döş qəfəsinin köndələn, ikitərəfli təkanla sıxılması üsulu da məsləhət görülür.

B. BÖYÜKLƏRDƏ VƏ BİR YAŞDAN YUXARI UŞAQLARDA MEXANİKİ ASFİKSİYA

Boğulana göstərilən yardım onun huşunun olub-olmadığından asılıdır.

- Huşu aydın olan öskürə və ya danışa bilməyən boğulanlarda öncə Haimlik manevrindən istifadə edin.
- Huşunu itirmiş boğulanlarda təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirdikdən (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 təzyiqi yüksəldir. Bu, havanın sıxılmış ağciyərlərdən çıxmasını sürətləndirir və reflektor öskürəyin yaranmasına səbəb olub, yad cismi tənəffüs yollarından çıxara bilər. Fəsadların (qabırğaların sınması, dalağın zədələnməsi və s.) qarşısını almaq üçün əli xəncərəbənzər çıxıntı nahiyyəsinə 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. Haimlik manevrini düzgün həyata keçirdikdə belə, bəzi ağırlaşmalar (daxili orqanların zədələnməsi, qusma və s.) baş verə bilər. Buna görə Haimlik manevrini zərurət olmadıqda tətbiq etmək məsləhət görülmür.

I. 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:



- zərərçəkənin arxasında ayaq və ya dizi üstə durun;
- sabitlik yaratmaq üçün ayağınızın birini zərərçəkənin ayaqları arasına qoyaraq, dayaq verin;
- bir əlinizi yumruq şəklində büküb, baş barmaq içəri olmaqla, yumruğunuzu orta xətt üzrə göbəkə döş sümüyünün xəncərvari çıxıntısı arasında yerləşdirin (göbəkədən bir az yuxarı, xəncərvari çıxıntıdan bir qədər aşağı);
- 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 (Haimlik manevri) yad cisim tənəffüs yollarından çıxana və ya zərərçəkən huşunu itirənə qədər davam etdirilir.

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 cismi tənəffüs yollarından xaric edir.

Boğulan huşunu itirərsə, 90 saniyə ərzində təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirib, defibrilyatoru əldə etmək olarsa, bunu edin, əks təqdirdə buna vaxt sərf etməyib, ilk yardımı aşağıda göstərilən qaydada aparın.

II. 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, alt çənə 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 aktivləşdirilməyibsə (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 “bərpə vəziyyəti” verin.

Yardım uğurlu olarsa qarına təkanların fəsadlarını vaxtında araşdırmaq üçün zərərçəkən təcili tibbi müayinədən keçməlidir.

“Restoran koronar xəstəliyi”

İstənilən zərərçəkənin, xüsusilə də gənc yaşda olan insanların vəziyyətinin pisləşməsi, qəflətən nəfəs alması, göyerməsi və ya heç bir səbəb olmadan özündən getməsi (bayılması) tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulması kimi qəbul edilməli və ona vaxt itirmədən müvafiq yardım göstərilməlidir.

Böyükklərdə tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulması adətən yemək zamanı baş verir. Ət tikəsi və başqa qida məhsulları obstruksiya səbəb ola bilər. Qida qəbulu zamanı boğulma yaxşı çeynənməmiş böyük tikə udan, sərxos halda olan və diş protezlərindən istifadə edən şəxslərdə tez-tez müşahidə olunur.

Restoranda qida qəbulu vaxtı tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulmasını çox vaxt ürək tutmaları ilə səhv salırlar. Bu cür anlaşılmazlıq “restoran koronar xəstəliyi” termininin yaranmasına səbəb olmuşdur.

3. Hamilə qadınlarda və tosğun insanlarda döş sümüyünün təkanla sıxılma üsulu

Boğulan hamilənin qarına təzyiq etmək olmaz. Kök insanlarda da bunu etmək olmur. Buna görə qadınlarda hamiləliyin ikinci yarısından sonra və həmçinin tosğun insanlarda tənəffüs yollarından yad cisimi çıxarmaq üçün döş qəfəsinin təkanla sıxılma üsulundan istifadə edilir.

*** Huşu aydın olan hamilələrdə və tosğun insanlarda döş sümüyünün təkanla sıxılma üsulu:**



- zərərçəkənin arxasında ayaq və ya dizi üstə durun;
- sabitlik yaratmaq üçün ayağınızın birini zərərçəkənin ayaqları arasına qoyaraq, dayaq verin;
- yumruğunuzun baş barmaq tərəfini döş sümüyünün ortasına qoyub, digər əllə tutaraq, arxaya doğru təkanla sıxın;
- fəsadların olmaması üçün əlləri xəncərvari çıxıntının üzərinə qoymayın;
- təzyiqlə təkanları yad cisim çıxana və ya boğulan huşunu itirənə qədər davam etdirin.

Əgər döş qəfəsini tam tutmaq mümkün deyilsə, əlin birini qoltuq altı nahiyədən, digərini isə çiyindən keçirməklə, onun bir yarısını tutun. Bu da, mümkün olmadıqda boğulanı hər hansı bir sabit yerə (divar, ağac və s.) söykəməklə, döş sümüyünün ortasından təkanlı təzyiqlə sıxın. Təkanla təzyiq etdikdə yad cismin üzünüə düşməməsi üçün başınızı zərərçəkənin ağzından aşağı tutun.

*** 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 xidmətini aktivləşdirib, ÜAR-ı aparmalıdır (bax: “Ürək-ağciyər reanimasiyasının (ÜAR) aparılması”).

*** Boğulmanın özünə yardım göstərməsi**



Boğulan təkdirsə, özünə sərbəst yardım göstərə bilər. Yad cismi kənarlaşdırmaq üçün o, bir əlini yumruq şəklində büküb, baş barmaq içəri olmaqla, yumruğunu yuxarıdakı qayda ilə göbəklə döş sümüyü arasında yerləşdirməlidir. Sonra yumruğunu digər əl ilə tutub, cəld daxilə və yuxarı diafraqmaya doğru təkanla sıxmalıdır. Bu nəticə vermədikdə o, qarının yuxarı hissəsini (göbəklə döş sümüyü arası) cəld möhkəm müstəvi səthin üzərinə, məsələn, stolun, stulun və ya çarpayının kənarına bir neçə dəfə təkanla sıxmalıdır.

C. KÖRPƏLƏRDƏ MEXANİKİ ASFİKSİYA

Uşaqların huşu aydın olsa da, onlar tənəffüs yollarına hakim ola bilmədiklərinə görə yad cismin çıxarılması üçün göstərilən səylər səmərəsiz olur. Nəfəs alma cəhdində qabırğaarası əzələlər içəri çəkilir, dəri və dodaqlar göyərir. Əgər körpə qəfildən öskürməyə, öyüməyə başlayıb, səslə çətin tənəffüs edərsə, 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 ucadan 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 kürəkərası nahiyyəyə zərbə vurma (5 dəfə) və döş qəfəsini təkanla sıxılması (5 dəfə) üsulları biri digərini əvəz etməklə aparılmalıdır. Üsulların əvəzedilməsində körpənin xilasedicinin əlindən yerə düşmə ehtimalı olduğu üçün, onun oturmaq 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.

*** Kürəkərası nahiyyəyə zərbə vurulması**



- Körpəni üzü aşağı çevirib, qolunuzun said nahiyyəsinə qoyun.
- Dayaq üçün əlinizi diz və ya bud nahiyyəsinə 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 kürəkərası nahiyyəsinə 5 zərbə (güclü şapalaq) vurun.

Zərbə yad cismi yerindən tərpədəcək qədər güclü olmalıdır.

Yad cisim xaric edildikdə və tənəffüs bərpa olunduqda zərbələri dayandırın.

*** Döş qəfəsinin təkanla sıxılması**

Kürəkərası nahiyyəyə beş zərbə etdikdən sonra yad cisim xaric olmadıqda, zərbə endirdiyiniz əlinizi kürək boyu 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, *kürəkərası nahiyyəyə zərbə vuran* əlinizin üzərində arxası üstə uzanmış vəziyyətdə olmalıdır.
- » Körpənin başı ayaqlara nisbətən aşağı olmaqla qollarınızı bud nahiyyəsinə 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 cismi çıxarmağa cəhd etmir və gəyirir. 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 cismi 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 cismi barmaqla 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 xidməti aktivləşdirilməyibsə, bunu edin. Uşaq qəfil-dən nəfəs almağa başlayarsa, deməli yad cisim tənəffüs yollarından tam xaric edilib.

D. 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 möhtəviyyatı, 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.

Qiymətləndirdik → yad cisim həyat üçün təhlükə törədir → səbəb ləğv edilməlidir (tənəffüs yolları təmizlənməlidir).

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 aktivləşdirib (zəng vurub), defibrilyatoru əldə etmək olar (bax: “Ürək-ağciyər reanimasiyasının aparılması”).

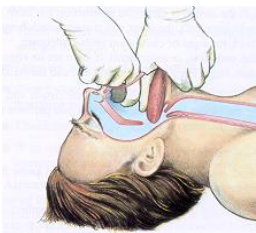
Ağız boşluğundan xaric ola biləcək yad cisimi gördükdən sonra onu xaric etmək olar. Bütün hallarda bioloji substansiyalardan və yoluxucu xəstəliklərdən qorunun. Udlağı kor-koranə barmaqla yoxlamaq yolverilməzdir. Tənəffüs yollarının bərk yad cisimlə tutulmasına tam əmin olduqda udlağın mənfəzini tutan yad cismi 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 tənizlə bükülmüş şəhadət və orta barmaqla təcili xaric edilməlidir ki, növbəti nəfəsləmədə 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 ağzını açıdıqdan sonra, aşağı sıra dişləri dillə 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. Tənəffüs yollarının cərrahi üsulla açılması

Tibb işçisi və ya xüsusi hazırlıq keçən xilasedicinin tənəffüs yollarını açma cəhdləri uğursuz olduqda, o, tənəffüs yollarının keçiriciliyini krikotireopunksiya, krikotireotomiya (konikotomiya) və ya traxeostomiya edə bilər.

4. 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 görüldüyü zaman tətbiq olunmalıdır.

E. SƏBƏBLƏR VƏ EHTİYAT TƏDBİRLƏRİ

Yad cisimlə tənəffüs yollarının obstruksiyanın qarşısını almaq üçün aşağıdakı tədbirlər görülməlidir:

- qidanı kiçik hissəciklərə bölüb yavaş və diqqətli şəkildə çeynəyin (xüsusilə diş protezləri olduqda);
- qidanı 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 çəkmə qida məhsulları verməyin (araxis – yerfindiği, popkorn, hot-dog və s.).

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
4. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
5. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

- Mündəricat:
- Birincili baxış.
 - Reanimasiya tədbirləri.
 - İkincili baxış.
 - Müəyyən edilmiş xəsarətlərdə (xəstəliklərdə) ilk yardım.
 - Təkrar qiymətləndirmə.
 - Təcili hesabat.

Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə xarici baxış keçirilməlidir.

Xarici baxış 5 mühüm tədbirdən ibarətdir:

- » birincili baxış;
- » reanimasiya tədbirləri;
- » ikincili baxış;
- » müəyyən edilmiş xəsarətlərdə (xəstəliklərdə) ilk yardım;
- » təkrar qiymətləndirmə.

A. BİRİNCİLİ BAXIŞ

Birincili baxışın əsas məqsədi insan həyatı üçün təhlükəli və təcili tibbi yardım tələb edən zədələri müəyyən etməkdir. Birincili baxış daim hadisə yerində aparılmalı və onun aparılmasını reanimasiya tədbirlərindən başqa heç bir tədbir əvəz edə bilməz. Belə halda reanimasiya tədbirləri birincili baxışla yanaşı aparılır. Birincili baxış 1,5–2 dəqiqədən artıq davam etməməlidir.

1. Birincili baxış DRCABD QA algoritmi əsasında aparılır

D	Danger	– Diqqət təhlükə! (Təhlükəsizliyi qiymətləndirmək)
R	Responsiveness	– Reaksiya (qıcıqlara cavab reaksiyasını, huşun olub-olmadığını yoxlamaq)
C	Circulation	– Canlandırma (döş qəfəsinin kompressiyası – ürəyin qapalı masajını aparmaq və qan axmanı dayandırmaq)
A	Airway	– Açıq tənəffüs yolları (tənəffüs yollarının keçiriciliyini bərpa etmək)
B	Breathing	– Birbaşa nəfəs vermək (ağciyərlərin süni ventilyasiyasını aparmaq)
D	Defibrillation	– Defibrilyasiya (defibrilyatorla elektrik cərəyanı (elektroşok) verib, ürəyin fəaliyyətini bərpa etmək)

Diqqət! DRCABD algoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

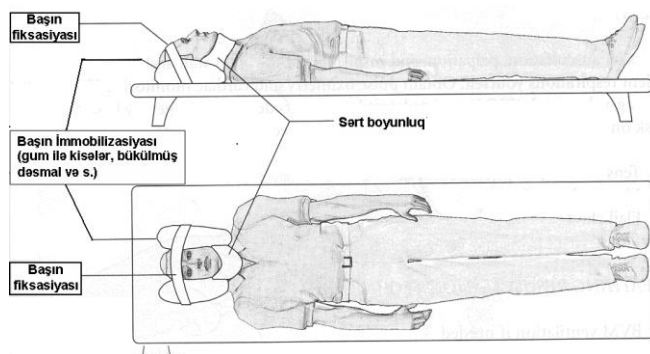
Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Burada müdaxilələr zərərçəkənin vəziyyəti stabilləşənə qədər davam etdirilir.

Birincili baxışda DRCABD algoritmindən əlavə QA abreviaturasına istinad edərək tədbirlər aparılır.

- » **Q** Qısa nevroloji müayinə (mental statusu yoxlamaq – huşun səviyyəsinin qiymətləndirilməsi) mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin olub-olmadığını aşkar edir. Huşun vəziyyətinin ilkin qiymətləndirilməsi AVPU algoritminin köməyi ilə aparılır. (bax: “Nevroloji status. Qicolma”).
 - A** Alert – ayıqdır. Oyanır, huşu aydındır: özünü, ətraf mühiti və zamanı dəyərləndirir. *Huşu aydındır.*
 - V** Verbal – şifahi, soruşmaqla. Uca səsə cavab vermir. *Keyləşmə.*
 - P** Painful – ağrıya reaksiya vermir. *Sopor.*
 - U** Unresponsive – ünsiyyətə girmir. Oyanmır, heç bir qıcığa reaksiya vermir. *Hələ belə hala ağır koma demək olmaz.*
- » **A** Açmaq (etik qaydalar gözlənilməklə, zərərçəkənin döş qəfəsi qurşağa qədər geyimlərdən azad edilir, eyni zamanda bədən soyuqdan qorunur).
 - Zərərçəkənin tənəffüsünü və qan dövranını çətinləşdirən dar geyimlərdən və vasitələrdən azad edin.
 - Döş qəfəsinə baxış keçirin və onu əl ilə yoxlayın. Burada həyatı vacib orqanlar yerləşir.
 - Baş və boyun nahiyyəsinə baxış keçirin və əl ilə yoxlayın. Əgər zədələnməyə şübhə olarsa, zərərçəkənin başını tərpətməyin, əks təqdirdə onurğa beyini zədələnməyə bilər.

2. Birincili baxış mütləq zərərçəkənə BOYUN YAXALIĞININ QOYULMASI ilə tamamlanmalıdır



Şəkil 1. Onurğanın boyun hissəsinin immobilizasiyası

Boyun yaxalığı olmadıqda, boyunu təsbit etmək üçün əl altında olan vasitələrdən istifadə etmək olar.

Boyun yaxalığını üçbucaq şəklində olan parça (ləçək, şal) və kartondan (qəzetdən) düzəltmək olar.

Bunun üçün parçanın arasına kartonu (qəzeti) dolduraraq diz üstündə bükün. Boyun yaxalığını qoyan zaman zərərçəkənin tənəffüsünə nəzarət edin.

Boyunun və başın tərpənməməsi üçün baş və boyunun hər iki tərəfinə qum və ya torpaqla dolu kisəciklər qoymaq olar. Bunun üçün əl altında torbalara qablaşdırılmış düyü, şəkər tozu və s. istifadə etmək olar.

Zərərçəkənə boyun yaxalığı və yaxud boyunu təsbitedici hər hansı bir vasitə qoyduqdan (immobilizasiya etdikdən) sonra da, sinir sisteminin zədələnməsinin qarşısını almaq üçün, ona başını və boynunu tərpətməyə imkan verməyin.

Diqqət! Bütün tədbirlər və müdaxilələr zamanı onurğanın boyun hissəsinin immobilizasiyası (hərəkətsizləşdirmə) vacibdir. Boyunun və başın immobilizasiyasını tamamlayın.

B. REANİMASIYA TƏDBİRLƏRİ

Həyat üçün təhlükəli və reanimasiya tədbirləri tələb edən zədələr:

- » travma nəticəsində ürəyin və ya tənəffüsün qəfləti dayanması;
- » tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası);
- » döş qəfəsinin dəlib keçən yaralanmaları: hemotoraks; pnevmotoraks (gərgin, qapalı və açıq); ürəyin cırılması; döş qəfəsində divar aralığının flotasiyası (hemotoraks – plevra boşluğuna qanın toplanması; pnevmotoraks – plevra boşluğuna havanın toplanması; flotasiya – döş qəfəsində divar aralığının əsməsi, çalxalanması, yırgalanması).
- » güclü xarici və ya daxili qanaxma – dövr edən qan həcmnin kəskin azalması (şok);
- » baş beyinin travması nəticəsində nevroloji statusun pozulması.

Reanimasiya tədbirləri zamanı əsas döş qəfəsinin kompressiyası, tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası, ağciyərlərin süni ventilyasiyasına ehtiyac olur. Klinik ölümdə reanimasiya tədbirləri, onurğa sütununun zədələnməsi zamanı boyun yaxalığının və onurğa lövhələrinin (şinlərin) qoyulması, ürəyin fəaliyyətini bərpa etmək məqsədi ilə defibrilyasiyanın aparılması, qanaxmanın dayandırılması, şok əleyhinə aparılan tədbirlər və s. birincili baxışla paralel aparılmalıdır. Qanaxmalarda dövr edən qanın həcmnin bərpası təcili tibbi yardım briqadası tərəfindən həyata keçirilir və vena daxilinə qanəvəzedici məhlul yeridilir.

Zərərçəkənin bir neçə nəhiyəsi zədələndikdə, yardımını ilk növbədə onun həyatı üçün daha təhlükəli olan zədədən başlayın (qanaxma, gərgin pnevmotoraks və s.). Bütün müdaxilələrdə dirilik əlamətləri qiymətləndirilməli, tənəffüs yolları qorunmalı, ventilyasiya və, imkan olduqda, oksigendən istifadə edilməli, qanaxma dayandırılmalı, ürək fəaliyyəti nəzarət altında saxlanılmalıdır.

Daxili qanaxma, çoxsaylı sınıqlar, miokard infarktı, başın travması və başqa ağır zədə (xəstəlik) olduqda zərərçəkən mütləq xəstəxana şəraitində müalicə olunmalıdır. Bu səbəbdən ilk yardım minimal vaxt ərzində aparılmalı və hadisə yerinə gələn təcili tibbi yardım briqadası onu tez bir zaman xəstəxanaya çatdırmalıdır.

C. İKİNCİLİ BAXIŞ

İkincili baxışın əsas məqsədi insan həyatı üçün təhlükə yaratmayan və təcili tibbi yardım tələb etməyən zədələri müəyyənləşdirməkdir. Bədənin hər bir hissəsini yoxlayın, baxış keçirdikdə deformasiyaya, açıq travmaya, ağrıya və şişkinliyə fikir verin. Baxış zamanı bütün diqqət zərərçəkənin əsas şikayətlərinə və zədənin olmasına yönəldilməlidir. Xilasedici konkret suallar verməlidir. Zərərçəkənin vəziyyəti qənaətbəxş olduqda ikincili baxış hadisə yerində, əks halda xəstəxanaya apararkən həyata keçirilməlidir.

İkincili baxış aşağıdakıları nəzərdə tutur:

- həyat əlamətlərinin qiymətləndirilməsi;
- ümumi baxışın keçirilməsi (təpədən dirnağa qədər).

1. Həyat əlamətləri (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi)

* **Nəbz.** Nəbzın sayı, ritmi, dolğunluğu və gərginliyini qiymətləndirin. Fövqəladə vəziyyətlərdə böyüklərdə və bir yaşdan yuxarı uşaqlarda nəbz yuxu və ya bud arteriyalarında, körpələrdə (bir yaşa qədər uşaqlarda) və yenidoğulmuşlarda bazu və bud arteriyalarında təyin edilir. Adi hallarda huşu aydın olan böyüklərdə və yeniyetmələrdə (cinsi yetkinlik yaşından yuxarı uşaqlar) nəbz mil arteriyasında təyin edilir. Nəbzın normal göstəricilərdən çox olması zərərçəkənin vəziyyətinin ağırlaşmasından xəbər verir (cədvəl 1). Sağlam insanlarda qorxu, həyəcan, hamiləlik nəbzın tezləşməsinə səbəb olur və bu, normal hal sayılır.

* **Tənəffüs.** Zərərçəkən adekvat (tam uyğun) nəfəs alırsa, tənəffüsün sayına, ritminə, dolğunluğuna, döş qəfəsinin hərəkətinin simmetriyasına, yardımçı əzələlərin tənəffüsdə iştirakına, qeyri-adi səslərə, nəfəsdən gələn qoxuya fikir verilməlidir. Tənəffüsün sayı (15 saniyə sayıb 4-də vurmaq) böyüklərdə və cinsi yetkinlik yaşından yuxarı uşaqlarda dəqiqədə 8-dən, cinsi yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlarda 10-dan, körpələrdə 20-dən az olmaması qənaətbəxş sayılır.

Tənəffüs çatışmazlığının əlamətləri: tənəffüsün məhdudlaşması; təngnəfəslik; küylü səthi tənəffüs; yardımçı əzələlərin tənəffüsdə iştirakı (məcburi oturaq vəziyyətdə əlləri dizi üstə qoyub, yuxarı ətrafı təsbit etməsi); ağır-burun üçbucağının göyərməsi (sianoz); döş qəfəsinin divarlarının qeyri-adekvat hərəkətləri (nəfəsalma zamanı döş qəfəsi daxilə dartılması); boğulma – boyunun ətrafında əllərin xarakterik vəziyyəti (boğulmanın universal nişanı – boğulan boğazını ovcu ilə sıxır); nəfəs almağa cəhd göstərmə, burun pərlərinin genəlməsi; huşun səviyyəsinin dəyişməsi (huşun getdikcə qaranlıqlaşması mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsindən xəbər verir); qorxu hissi; nitqin çətinləşməsi.

* **Arterial təzyiq.** Böyüklərdə normada sistolik təzyiq 120, diastolik təzyiq 80 mm c.sut. olur.

Qan təzyiqini ölçmək mümkün olmadıqda, böyüklərdə nəbzın təyin edilməsi ilə minimal sistolik təzyiqi müəyyən etmək olar. Nəbz mil arteriyasında təyin edildikdə minimal sistolik təzyiq 80 mm c.sut., bazu arteriyasında təyin edildikdə 70 mm c.sut., bud arteriyasında təyin edildikdə 60 mm c.sut., yuxu arteriyasında təyin edildikdə 50 mm c.sut.-dan yüksək olmasını göstərir.

Cədvəl 1

Yaş qrupuna görə tənəffüs, nəbz, qan təzyiqinin normal və qeyri-normal göstəriciləri

Yaş qrupu	Tənəffüsün sayı		Nəbzın sayı	Sistolik qan təzyiqi
	Normal	Qeyri-normal		
<i>Böyüklər</i>	12 – 18	< 12 və 24 <	60 – 80	110 – 139
<i>8 yaşdan yuxarı uşaqlar</i>	12 – 20	< 12 və 24 <	80 – 100	100 – 110
<i>8 yaşa çatmamış uşaqlar</i>	12 – 30	< 12 və 35 <	80 – 110	80 – 110
<i>Körpələr</i>	30 – 40	< 25 və 60 <	120 – 140	70 – 80
<i>Yenidoğulmuşlar</i>	40 – 50	< 35 və 60 <	120 – 160	60 <

* **Dəri.** Dərinin rəngi, hərarəti və nəmliyi çox vacibdir. Adətən dəri örtüyü isti, quru, adi rəngdə olur.

- Dərinin rəngi qızardıqda (hiperemiyalaşdıqda) qızdırmadan, saraldıqda qaraciyər və öd kisəsində olan problemlərdən, göyümtül rəngə çaldıqda oksigen çatışmazlığından (hipoksiyadan), çəhrayı, albalı rəngində olduqda isə dәм qazı ilə zəhərlənmədən şübhələnmək lazımdır.

Dərinin rəngi qanaxmanın olub-olmadığı barədə məlumat verə bilər. Dərisinin rəngi çəhrayı olan insanlarda nadir hallarda qan azlığı müşahidə olunur.

Solğun rəng – soyuqdəymənin, kəskin solğun rəng – kəskin qanaxlığının, şokun, daxili qanaxmanın olmasından xəbər verir. Dərinin kül rəngdə olması qanın ümumi həcmnin azı 30%-nin itirilməsini göstərir. Zədələnmələrdə dəri əvvəlcə qızarır, sonradan qan dəri səthinə sızdıqca qançıra çevrilir.

- **Dərinin hərarəti** əlin üst səthi ilə, dəqiq olması üçün isə termometrlə yoxlanılır. Sağlam adamlarda temperatur 36,5–36,9°C (Selsi) bərabərdir.

Qızdırmanın davamlı yüksəlməsi beyin hüceyrələrinin məhvinə səbəb olur. Hərarətin tədricən yüksəlməsi zərərçəkənin (xəstənin) vəziyyətinin ağırlaşmasından xəbər verir. Qızdırmanın birdən-birə qalxması isə istivurmadan və ya günvurmada, orqanizmdə iltihabı prosesin olmasından, beyinin mexaniki zədələnmələrindən, meningitdən, atropinlə zəhərlənmədən şübhələnməyə əsas verir. Qızdırmanın 41°C-dan yüksək olması qıcolmalara səbəb ola bilər.

Hərarətin enməsi orqanizmin ümumi soyuması, zəhərlənmə, şok, kəskin damar çatışmazlığı nəticəsində baş verir. Hərarətin 34°C-dan aşağı düşməsi əzələ titrəməsinə, əzələ gərginləşməsinə, tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin pozulmasına gətirib çıxarır.

Dəri quru və ya nəm olur. Sürətlə baş verən susuzlaşma nəticəsində dərinin elastikliyi və gərginliyi (turqor) kəskin zəifləyir. Şokda olan zərərçəkənin dərisi nəm, soyuq və yapışqanlı tərlə örtülür.

Dəri üzərində səpkilərin olması yoluxucu xəstəlik barəsində və ya allergiyadan xəbər verir.

* **Göz bəbəkləri.** Göz bəbəklərini yoxladıqda PERLA (pupils equal and reactive to light and accommodation) abreviaturasından istifadə olunur: bəbəklərin ölçülərinin eyni olması, işığa reaksiyası (işıqda bəbəklər daralır, qaranlıqda genişlənir) və akkomodasiya (gözün müxtəlif məsafələrdə olan əşyaları aydın görməyə uyğunlaşma qabiliyyəti).

Orqanizmdə əmələ gələn patoloji dəyişikliklərin müəyyən edilməsində həyat əlamətləri və mental status mühüm rol oynayır. Bu dəyişikliklər normadan kənara çıxarsa, zərərçəkənin vəziyyəti təkrar qiymətləndirilməli və problemlər dərhal aradan qaldırılmalıdır. Bu dəyişikliklər norma daxilində olarsa, müayinə davam etdirilməlidir.

2. “Təpədən dırnağa qədər” baxışın keçirilməsi

Zərərçəkənə baxış keçirmək üçün bədəni isti saxlamaq şərti ilə, tamamilə soyundurmaq lazımdır. Həddindən artıq artıq soyumadan qorunmaq hətta tropik ölkələrdə yaşayan insanlar üçün də vacibdir. Bədənin normal görünüşünə fikir verin və hər iki tərəfi müqayisə edin. Təpədən dırnağa qədər baxışın keçirilməsində bədənin bütün nahiyyələri simmetrik və anatomik ardıcılıqla nəzərdən keçirilir və diqqət əsas şikayətlərə və zədələnmələrə yönəldilir. Baxışı apararkən yumşaq toxumalar, sümüklər, oynaqlar əllə yoxlanılır (palpasiya edilir). Tibb işçiləri auskultasiya (fonendoskopla qulaq asmaq), lazım gəldikdə isə perkussiya (tıqqılatmaq, döyəcləmək vasitəsilə bədənin müxtəlif yerlərinin müayinəsi) etməlidir. Travma nəticəsində sümüklərin üzə çıxması və qanaxmanın olması əzələ-skelet zədələnməsindən xəbər verir. Sınıq və çıxığa şübhə olarsa, passiv hərəkətləri yerinə yetirməyin. Adətən, zərərçəkən zədələnmiş hissəni qoruyur. Zədələnmiş hissənin normal istifadəsinin qeyri-mümkünlüyü bu ehtimalı artırır. Digər hallarda sümüklərin sınımasını təyin etmək üçün yara olmayan nahiyyədən iki əllə möhkəm tutub əlləri bir-birinə əks istiqamətdə təzyiqlə hərəkət etdirin. Əllərin hərəkəti zamanı sümüklərin qeyri-stabilliyi, sürtünmə xırultısının (krepitasiyanın) və ağrının

olması immobilizasiya aparılmasını tələb edən sümüyün sınmasından xəbər verir. Sınımış sümüklərin sürtünməsi aşkarlandıqda təkrar müdaxilə etməyin. Ətraf boyunca palpasiya etdikdə (əllə yoxladıqda) həssaslığı yoxlayın.

Hissiyyatın olmaması zədənin ciddiliyindən xəbər verir. Məsələn, ayaq və ya qol zədələndikdə əl barmaqları və ya ayaq barmaqlarının hissiyyatı itə bilər.

Oynaq nahiyəsində sümüklərin sınıqları tərpədilmir və olduğu vəziyyətdə immobilizasiya olunur.

Böyük oynaqların (diz və bud) çıxıqları müəyyən edildikdə mümkün qədər tez yardım göstərilməlidir.

Xəsarət almış zərərçəkəndə təpədən dirnağa qədər baxış keçirərkən bütün nahiyələrdə **DAAŞ**-ın (deformasiya, açıq zədə, ağrı və şişkinlik) olub-olmadığı müəyyən edilir.

D Deformasiya. Bədənin hər hansı bir nahiyəsində normaya uyğun olmayan vəziyyət: ətraf və bədənin müəyyən hissəsinin qısalması, yaradan sümük uclarının çıxması, forma və ya kontur dəyişikliyi (qolun əyriliyi, tərs dönməsi, qeyri-təbii bükülməsi və s.), oynaqın deformasiyası və ya hərəkətinin məhdudlaşması zədə, çıxıq və ya sınığın olduğunu göstərir. Deformasiyaya uğramış ətraflarla düzgün davranılmadıqda, ağrıya, yumşaq toxumaların, sinir və damarların zədələnməsinə səbəb ola bilər. Ağır deformasiyaya uğramış ətraf təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər həmin vəziyyətdə saxlanılmalıdır. Ətrafın hərəkətsizliyi (immobilizasiyası) təmin olana qədər zərərçəkəni tərpətməyin. Ətraflarda deformasiyadan aşağı (barmaqlara tərəf) nahiyədə dərinin rənginə fikir verin, onun hərəkətini və hissiyyatını əllə yoxlayın, barmaqların hərəkətinə baxın və nəbzi müəyyən edin.

A Açıq zədənin olması. Kəsici alətlər, metal qırıntıları, sınımış sümüyün iti ucları dərinin tamlığının pozulmasına – dərinin kəsilməsinə və cırılmasına səbəb ola bilər. Dərin cırılmalarda yumşaq toxumalar, sinirlər, damarlar, vətərlər zədələnir.

A Ağrı. Ağrı nahiyəsi zədənin olduğu yeri göstərir (ehtiyatla davranın). Ağrı və əzələ gərginliyi həmişə sınıq nahiyəsində hərəkət edildiyi zaman olur. Ağrıya səbəb ola biləcək hər hansı hərəkətdən və ya zədələnmiş bədən nahiyəsindən istifadə etməkdən çəkinin. Zədələnmiş nahiyədəki sinir uclarının qıcıqlanması ağrıya səbəb olur. Ağrı – nəəinsə qaydada olmadığını bildiren əlamətdir. Zədələnmiş yerə toxunan zaman və ya bu yer hərəkət etdirildikdə ağrı baş verə bilər. Ağrıyan, yaxud narahatlıq törədən nahiyələri hərəkətsizləşdirin.

Ş Şişkinlik. Dərialtı qanaxma şişkinliyə səbəb olur, qançır (hematoma) əmələ gətirir. Şişkinlik – zədə nahiyəsində zədələnmiş qan damarlarından və toxumalardan qanaxma nəticəsində baş verir. Şişkinliyin əmələ gəlməsi sürətlə, yavaş-yavaş və bəzi hallarda olmaya bilər. Beləliklə, şişkinlik öz-özlüyündə zədələnmənin ciddiliyinin və ya hansısa strukturların zədələndiyinin etibarlı nişanəsi deyil.

DAAŞ abreviaturası zədələnmənin əsas əlamətlərini yadda saxlamağa imkan verir. Bədənin hər bir hissəsinə baxış keçirdikdə **deformasiya, açıq travma, ağrı və şişkinliyə** fikir verilməlidir.

Baxış keçiriləcək nahiyələr:

baş, boyun, döş qəfəsi, qarın, çanaq, xarici cinsiyyət orqanları, aşağı və yuxarı ətraflar, bel.

* **Baş.** Baş və boyunu əl ilə yoxladıqda, başın yumşaq toxumalarının yaralarının, kəllə sümüklərinin deformasiyası və sınıqlarının, boyun əzələlərinin gərgin olub-olmadığını yoxlayın. Zədələnmiş nahiyənin tükə örtülü olduğunu nəzərə alaraq, baş və boyuna ehtiyatla baxış keçirib, əl ilə yoxlayın. Gözlə görünən zədələrə toxunmayın. Üzün simmetrik olub-olmadığına fikir verin.

* **Göz.** Görmənin olub-olmadığını yoxlayın. Gözün sklerası (göz almasının qeyri-şəffaf xarici qışası) ağ rəngdə olmalı, qızartı (qançır) olmamalıdır. Qüzhəli qışa aydın görünməlidir. Bəbəklər dairəvi, simmetrik olmalı, işığa reaksiya verməlidir. Gözlər dörd istiqamətə bərabər fırlanmalıdır. Periokulyar (göz ətrafı) əynəyə bənzər hematomalar (qançır) kəllə əsasında sınığın olmasına işarədir. Həqiqi göz ətrafı və qulaqarası nahiyədə qançır, adətən, baş beyin travmasından bir gün sonra müşahidə olunur.

* **Qulaq.** Hər iki qulağa diqqətlə baxın. Qulağın xarici keçəcəyində qan ifrazının və onurğa beyni mayesinin (likvorun) olması kəllə əsasının sınığından xəbər verir.

* **Burun** baxış keçirib əllə yoxlamaqla deformasiyanın, ağrının, şişkinliyin olub-olmadığına fikir verin. Burun yollarında qanlı və ya sarımtıl-ağ ifrazatın olması da kəllə əsasının sınığına işarədir.

* **Ağız boşluğu.** Zərərçəkənin ağzının sərbəst açılıb-bağlanmasını yoxlayın. Ağız boşluğunda qanaxmanın olmasına, yad cisimə (sınıq diş, diş protezləri), ağız ətrafında sianozun olmasına diqqət yetirin. Dişləri, çənə oynaqını və onun hərəkətiliyini yoxlayın. Dişlərin bir-birinin üzərində qapanması qıcolma ilə müşayiət olunan ürəkkeçməyə (tutmaya, epilepsiyaya) işarədir. Ağızdan qoxunun gəlməsi müxtəlif səbəblərdən ola bilər. Böyrək çatışmazlığı zamanı üfunətli ammoniyak iyi, diabet asidozunda çürük alma iyi, sianidlərlə zəhərlənmələrdə badam iyi olur. Komaların 60%-i alkoqol mənşəli olmağına baxmayaraq, nəfəsindən spirt qoxusu gələn zərərçəkənlərdə birinci növbədə xarici baxış keçirib, baş beyin zədələnməsi olmadığına əmin olmaq lazımdır.

* **Boyun.** Birincili baxış başa çatdıqda boyun yaxalığı qoyulduğu üçün boyunun müayinəsi çətinləşir. Boyuna baxdıqda əmin olun ki, traxeyanın, körpücük sümüyünün deformasiyası yoxdur. Boyun fəqərələrinin zədələnməsindən şübhələndikdə olduqca ehtiyatlı davranın. Zərərçəkənin başını və boynunu qətiyyətlə çevirmək və

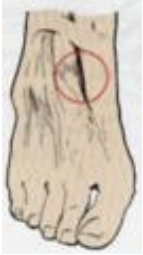
tərpətmək olmaz. Zərərçəkənə boyun yaxalığı qoyulmayıbsa, onu qoyun. Boyun nahiyyəsinə baxış keçirdikdə qırtlağın əyilmədiyinə əmin olun. Qalxanabənzər qığırdıq əllə yoxlandıqda ağrısız olmalı və udma vaxtı hərəkətli olmalıdır. Boyun venalarının şişkinliyinə və gərginliyinə fikir verin. Ağciyər toxumasının zədələnməsində (cırılmasında) boyunun və sinənin yumşaq toxumalarının arasına hava yığılır (dərialtı emfizema) və əllə yoxladıqda şaxtalı havada qar üstündə gəzərkən eşidilən xırıltı (krepitasiya) səsi xatırladır. Bu səsi qulaq seyvanına yaxın nahiyyədə dəstələnmiş baş tükünü barmaqlar arasında sürtdükdə almaq olar.

* **Döş qəfəsi.** Tənəffüsün sayına, döş qəfəsinin qeyri-adi genişlənməsinə fikir verin. Tibb işçisi döş qəfəsinin bütün nahiyyələrinin auskultasiyasını apararkən (fonendoskopla qulaq asdıqda) ağciyərlərdə (sağ və sol) tənəffüsün olub-olmadığını, intensivliyini, onların eyni səviyyədə tənəffüsdə iştirakına fikir verməlidir. Bəzi hallarda plevra boşluğuna qan, eksudat (maye) yığıldıqda və ya plevra iltihablaşdıqda (plevrit) auskultasiyası zamanı plevranın sürtünmə küyü eşidilir. Plevranın sürtünmə küyünə oxşar səsi bir əllə qulaq üzərinə qoyulan digər əli sürtdükdə almaq olar. Qabırğa sınığı, dərialtı emfizema, qabırğa arasındakı nahiyyənin içəriyə dartılması və döş qəfəsinin flotasiyasını (döş qəfəsində divar aralığının əsməsi, çalxalanması, yırğalanması) müəyyən etmək üçün döş qəfəsinə baxışı və onun əl ilə yoxlanmasını eyni zamanda keçirin. Döş qəfəsinin flotasiyası (əsmə, çalxalama, yırğalama) 2 və daha artıq sahədə 3 və daha çox qabırğa sınığını və ağciyərlərin əzilməsini göstərir. Bunun nəticəsi kimi döş qəfəsində sərbəst hərəkət edən, çalxalanan sahə əmələ gəlir, ventilyasiya pozulur. Flotasiya ağır fəsadlarla və ölümə nəticələnə bilər.

* **Qarın.** Qarın səthi şərti olaraq yuxarı və aşağı sağ, yuxarı və aşağı sol kvadrantlara bölünür. Bütün bu kvadrantları gözdən keçirmək lazımdır. Normada, qarın əl ilə yoxlandıqda yumşaq, ağrısız olmalı, gərgin olmamalıdır. Tibb işçiləri bağırsaq səslərinin mövcudluğunu yoxlamalıdır. Bağırsaq səslərinin artmaması üçün qarının auskultasiyası (fonendoskopla qulaq asmaq) palpasiyadan (əllə yoxlamadan) əvvəl aparılmalıdır. Qarının və ya budun ön səthində iynə izləri şəkər xəstəliyi olan xəstənin özünə insulin vurmasını göstərir.

* **Çanağa** baxıb, əl ilə yoxlamaqla deformasiyanın, ağrının, şişkinliyin, qançırın olub-olmadığına fikir verin. Çanaq sümüklərinin sınığını təyin etmək üçün onun qalça darağını (kənarlarından) iki əllə tutub azca daxilə və aşağıya doğru basın. Sonra bud arteriyalarında nəbzi yoxlayın.

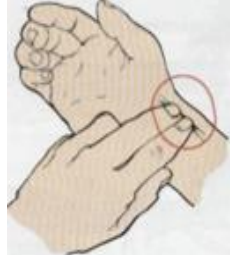
* **Cinsiyyət orqanları.** Qanaxmanın, şişkinliyin, qançırın olub-olmadığını yoxlamaq üçün cinsiyyət üzvlərinə baxış keçirin. Qeyri-iradi sidik ifrazı və ya priapizm (kişilərdə cinsiyyət üzvünün uzun sürən ağrılı ereksiyası) olduqda bu, onurğa beyninin zədələnməsindən şübhələnməyə əsas verir. Qadınlarda aralıqdan (uşaqlıq yolu və düz bağırsaqdan) qanaxmanın olub-olmadığını yoxlayın.



ayaqarxası
arteriya



arxa qamış
arteriyası



mil arteriyası

* **Aşağı ətrafları** müayinə etdikdə sümüklərin tamlığını, ətrafların simmetrikliliyini, oynaqaların bükülüb açılmasını və hərəkət etdikdə ağrının olmasını, ayaqarxası arteriyada (ayaqüstü nahiyyənin orta hissəsində əllənir) və ya arxa qamış arteriyasında nəbzi, kapilyarın dolma (dırnağı sıxıb-buraxıb rənginin bərpa olması) sürətini və hissiyyatını yoxlayın.

* **Yuxarı ətraflar** aşağı ətraflar kimi eyni qaydada müayinə edilir. Burada nəbz mil arteriyasında yoxlanılır. Qolun içəri tərəfində görünən iynə yerləri zərərçəkənin narkotik qəbul etməsindən xəbər verir.

* **Bel.** Bel nahiyyəsinə baxış keçirdikdə zərərçəkənin onurğasında travma olub-olmadığını yoxlayın. Əgər travma yoxdursa, zərərçəkəni baş və boyunun bir xətt üzrə olması şərti ilə sol və ya sağ tərəfi üstə çevirib, belinə baxaraq, əl ilə yoxlamaq lazımdır. Tibb işçisi auskultasiya aparmalıdır. Travmaya şübhə olduqda zərərçəkəni uzun lövhəyə uzatdıqda və ya təhlükəsiz yerə təxliyə etdikdə onun arxa səthində olan zədələrinə baxış keçirilir.

Diqqət! Zərərçəkənə baxış keçirdikdə ağrı müşahidə olunarsa həmin nahiyyəyə baxış dayandırılır.

Bu göstəricilər norma daxilindədirsə, müvafiq şəkildə xarici baxış davam etdirilməlidir və xəstənin anamnezi (tibbi tərcümeyi-hal) toplanmalıdır. Həyat əlamətləri qeyri-stabil olan və ya xəstəlik qeyd edilən hallarda qiymətləndirmə sürətləndirilməlidir və tez bir zaman başa çatdırılmalıdır.

3. **Anamnez (xəstənin tibbi tərcümeyi-halı) – SAMPLE**

Anamnezin toplanması travmaların qiymətləndirilməsinin əsas tərkib hissəsidir. O, birincili baxış, reanimasiya tədbirləri, zərərçəkənin vəziyyətinin stabilləşməsindən sonra ikincili baxışın sonunda aparılır.

Anamnez üçün məlumat toplayarkən çox mənbədən istifadə edin (zərərçəkən, onun ailə üzvləri, dostlar, şahidlər və s.). Bundan başqa polis və zərərçəkəni müşayiət edənlər də yaxşı informasiya mənbəyi ola bilər. Travma-nı daha yaxşı aydınlaşdırmaq üçün onun haqqında tam məlumatın toplanmasına çalışın.

Bəzi hallarda zərərçəkənin üstündə onun xəstəliyini təsdiq edən tibbi sənədlər və ya eyniləşdirmə (identifikasiya) kartı olur. Bu kartda xəstə barədə geniş məlumat olur (allergiya, şəkər xəstəliyi, bronxial astma, stenokardiya, epilepsiya xəstəliyi, tibbi anamnezi və s.). Ümumi baxışda zərərçəkəndə belə kartın olub-olmadığını yoxlayın. Bundan başqa, ilk yardım göstərilən yerdə tibbi arayışın, reseptin, dərmanın tapılması bu problemin həllində böyük

rol oynayır. Belə məlumatın olmadığı təqdirdə baxış zamanı əldə olunan məlumatlara istinad etmək lazımdır. Orqanizmə yeridilən dərman nişanələrinə (vurulan iynələrin izi, tənəffüs zamanı spirt qoxusu) diqqət yetirin.

Zərərçəkənin yanında əlil arabası, qoltuq və ya əl ağacı olarsa, bu, onun əlil olduğunu göstərir.

Anamnez topladıqda “SAMPLE” abreviaturasından istifadə edin.

- S** *Simptomlar (Symptoms).* Zədələnmənin (xəstəliyin) simptomlarını, başvermə vaxtını öyrənin. Zərərçəkəni narahat edən zədənin (xəstəliyin) əlamətlərini və simptomlarını onun şikayətlərindən öyrənmək olar. Əlamətlər – baxış zamanı şikayət əsasında xilasedici tərəfdən araşdırılır (küylü tənəffüs eşidilir, xarici qanaxma görünür, yüksək hərarət əl ilə hiss olunur). *Simptom* – zərərçəkən (xəstə) tərəfindən hiss olunan əlamət (baş ağrısı, ürək bulanması, tənəffüsün çətinləşməsi və s.).
- A** *Allergiya (Allergies).* Allergiyanın olub-olmadığını öyrənmək vacib məqamdır, çünki verəcəyiniz dərman zərərçəkəndə allergik reaksiya və ya anafilaktik şok yarada bilər. Allergik reaksiya dərmandan savayı məişət tozlarına, yuna, qida məsullarına və c. ola bilər.
- M** *Medikament (Medications).* Qəbul etdiyi dərman və dərman preparatları (hal-hazırda və son dövrlərdə). Hansı dərmanlar qəbul edilib? Nə üçün? Hansı dozada? Hansı yolla? Orqanizmə dərman yeridilməsinin əlamətləri (iynə izi, tənəffüs zamanı qoxu).
- P** *Pasiyentin xəstəlik tarixi (Present/Past medical history. Other illnesses).* Pasiyentin hazırkı və əvvəllərdə keçirdiyi xəstəliklər (travmalar, diabet, ürək xəstəlikləri, psixi pozğunluqlar, cərrahiyyə əməliyyatı və s.).
- L** *Lap axırncı qida qəbulu (Last oral intake).* Axırncı dəfə nə yeyib və nə içib. Yemək duru, yoxsa bərk olub. Axırncı qida qəbulunun vaxtı, miqdarı. Qida qəbulundan sonra qusmanın olub-olmadığı.
- E** *Ertədən (hadisədən öncə) nə baş vermiş. (Events preceding the incident).* Hadisədən öncə nə baş verib? Bu nə üçün baş verib? Zədələnməyə səbəb olan hadisə (hadisə barədə və hadisədən əvvəl nə ilə məşğul olduğu haqda məlumat toplayın). Zərərçəkəndən xəstəliyin ilk əlamətlərini soruşun. Xəsarətin mexanizmini aydınlaşdırın. Bu məlumatlar böyük əhəmiyyət kəsb edir.

D. MÜƏYYƏN EDİLMİŞ XƏSARƏTLƏR VƏ XƏSTƏLİKLƏRDƏ İLK YARDIM

Zərərçəkəndə müəyyən edilmiş xəsarətlərə müvafiq ilk yardım ikincili baxışdan sonra aparılır (sınıqların immobilizasiyası, sargıların qoyulması və s.). Bütün yaraları yoxlayın, yuyub təmizləyərək, təmiz qeyri-sintetik materialla sargı qoyun, sınıqları immobilizasiya edin. Zərərçəkənin xəstəxanaya çatdırılması üçün tədbirlər görün. Qanaxmanın dayanması, adekvat sidik ifrazı (0,5–1,0 ml/kq/saat), həyat əlamətləri və mental statusun bərpası, orqanların (ürək, ağciyər, böyrək və s.) normal fəaliyyəti ilk yardımın effektivliyin göstərir.

Diqqət! Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması ilk növbədə aparılır və reanimasiya tədbirlərinə aiddir. Tetanusun profilaktikası məqsədi ilə zərərçəkənə zərdab və ya anatoksin vurulur. Əgər zərərçəkən heç vaxt immunizasiya edilməyibsə, belə halda tetanus əleyhinə immunoqlobulin yeridilməlidir. Bunun üçün zərərçəkən tibb müəssisəsinə çatdırılmalıdır.

E. TƏKRAR QIYMƏTLƏNDİRMƏ

Hadisə yerində görülən tədbirlərdən sonra zərərçəkənin vəziyyəti AVPU alqoritmində uyğun sistemə nəzarət altında saxlanılmalıdır. Zərərçəkənin vəziyyəti stabildirsə (sabit) qiymətləndirmə hər 15 dəqiqədən bir, qeyri-stabildirsə hər 5 dəqiqədən bir aparılmalıdır. Təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər xilasedici zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsini aparmalıdır. Qiymətləndirmə daşınma zamanı da aparılmalıdır.

Sisteməlik kontrol nevroloji statusun (AVPU ilə) və həyat əlamətlərinin (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi) təkrar müayinəsinə nəzərdə tutur. Zərərçəkənin səhhətində xoşagəlməz dəyişiklər olduqda diqqətli olun. Tibb işçiləri nevroloji statusu AVPU ilə bərabər, həm də Qlazqo şkalası ilə də aparmalıdırlar.

F. TƏCİLİ HESABAT

Hadisə yerində tibbi və hüquqi əhəmiyyət kəsb edən müvafiq sənəd doldurulur. Bu sənəddə zərərçəkənin həyat göstəriciləri (əlamətləri) və nevroloji vəziyyəti qeyd olunur. Zərərçəkənin vəziyyətində müsbət və mənfi dəyişiklər, dərman preparatlarının qəbulu, onun dozası və miqdarı, orqanizmin bu dərmanlara qarşı olan reaksiyası sənəddə öz əksini tapmalıdır.

Xilasedici gördüyü işlər barədə hesabat hazırlamalıdır. Bu hesabatda əsaslanaraq hadisə yerinə gələn tibb işçiləri təcili tibbi yardımını davam etdirməlidir. Bu ardıcılıq təcili tibbi yardım üçün çox vacibdir. Hesabat qısa, konkret olmaqla, görülmüş tədbirləri özündə əks etdirməlidir. Hesabatda zərərçəkənin cinsi, yaşı, əsas şikayətləri, huşun vəziyyəti (ən azı AVPU alqoritmisi ilə), tənəffüsü, qan dövrəni, xarici baxışın nəticələri, o cümlədən SAMPLE ilə anamnezi, hadisə yerində görülən tədbirlər və onun nəticələri öz əksini tapmalıdır.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

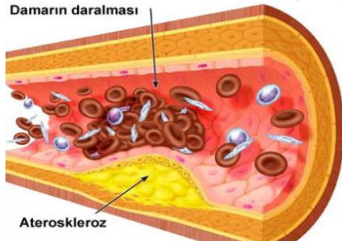
1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.

Mündəricat

- A. Döş qəfəsində baş verən ağrılarda ilk yardım
- B. Döş qəfəsində ağrının səbəbləri
- C. Gərginlik stenokardiyası (tibb işçiləri üçün qısa məlumat)
- D. Kəskin koronar sindrom (tibb işçiləri üçün qısa məlumat)
- E. Ağciyər arteriyasının emboliyası
- F. Döş qəfəsində sümük və əzələ mənşəli ağrıların səbəbləri

A. DÖŞ QƏFƏSİNDƏ BAŞ VERƏN AĞRILARDA İLK YARDIM**1. Ateroskleroz**

Ürək-damar sistemi xəstəliklərinin əmələ gəlməsinin əsas səbəbi ateroskleroz hesab olunur. Ateroskleroz zamanı arteriyanın divarı qalınlaşır, bir qədər də bərkiyərək öz elastikliyi itirir. Arteriyaların daxili qatında yağa bənzər tərkibli maddələrin (xolesterolin) çökməsi – yığılması baş verir.



Ateroskleroz get-gedə damarların daralmasına səbəb olur və nəticədə bütün orqanların, o cümlədən də ürəyin qanla təchizatı pisləşir. Ürək əzələsini oksigenlə zəngin olan qanla təchiz edən onun tac arteriyasıdır. Bütün canlı toxumalar kimi, ürək hüceyrələri də daima oksigenlə təmin olunmalıdır. Ürək əzələsinin çox və ya bir hissəsinin oksigenlə təminatı pozularsa, o zaman hipoksiya (toxuma və hüceyrənin oksigen aclığı) əmələ gəlir və toxumalar məhv olur. Belə olduqda bu hal özünü ürək ağrıları – ürək tutması kimi göstərir.

Adətən, ürək tutması aterosklerozun (ürək-damar xəstəliyi) nəticəsidir və tac arteriyası daraldıqda və ya tamamilə tıxandıqda baş verir. Ürək əzələlərinin hüceyrələri oksigensiz məhv olur, digər halda ürək əzələsi zəifləyir, qanın effektiv dövrəni pozulur, bu da ürək tutmalarına səbəb olur.

2. 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 hissəsinə qədər çata bilər. Xəstədə yüngül ürək tutması belə, ölüm qorxusu hissi ilə müşayiət olunur.

Əgər ağrı 5 dəqiqədən 15–20 dəqiqəyədək davam edərsə, fiziki (psixosomasiyal) gərginliyi kəsdikdən və ya nitroqliserin qəbul etdikdən sonra azalıb, tədricən keçərsə bu, stenokardiya. Bir dəqiqədən az davam edən ağrı stenokardiya xas deyil. Otuz dəqiqədən arıq 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 təhlükəlisi ürək tutmasıdır.

3. 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. Birincili baxış (DRCABD QA) aparıldıqdan sonra reanimasiya tədbirləri lazım olmadıqda, ikincili baxışa keçib həyat əlamətləri (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi) qiymətləndirilir (bax: “Zərərçəkənə xarici baxış”). 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.

Anamnez topladıqda “SAMPLE” abreviaturasından istifadə edin (**S**imptomlar, **A**llergiya, **M**edikament – qəbul etdiyi dərman, **P**asiyentin xəstəlik tarixi – hazırkı və keçirdiyi xəstəliklər, **L**ap axırıncı qida qəbulu, **E**rtədən (hadisədən öncə) nə baş vermiş): xəstəliyin səbəbini, allergiyanın olub-olmadığını, qəbul edilən dərmanı (hal-hazırda və son dövrlərdə), hazırkı və əvvəllərdə keçirdiyi xəstəlikləri, axırıncı qida qəbulunu, xəstəliyə nə səbəb olduğunu öyrənin. Sonra ağrı haqqında məlumat toplayın. Ağrının başlama vaxtını, ondan qabaq xəstənin nə ilə məşğul olduğunu (istirahət, hərəkət), əvvəllər belə halların olub-olmadığını və hansı dərmanların kömək etdiyini aydınlaşdırın. Ağrının döş qəfəsindən başqa digər nahiyələrə yayılması, təngnəfəslik, tərləmə, qusma halları da xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən xəbər verə bilər.

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 meyillilik (ailədə 50 yaşına qədər miokard infarktının olması), qan təzyiqi, tütünçəkmə, piylənmə, şəkər xəstəliyi, qanda xolesterolin yüksək olması, psixosomasiyal 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 şərtidir.

Anamnezi düzgün toplamağa çalışın.

4. 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 (psixosomasiyal) gərginliyi kəsildikdən 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 psixosomasiyal 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 yükdən və psixosomasiyal gərginlikdən sonra yaranır (əvvəllər belə halın olub-olmaması, hansı dərmanların ona kömək etdiyi müəyyənəldir).

» 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 hissənin zədələnmiş yerdən kənara yayılması):

- ağrı hər iki qola (çox vaxt sol qola), boynuna, 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:

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

» Başgicəllənmə, bayılma, huşun qaralıqlaşması və tam itməsi.

» Tərləmə:

- qəfləti 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 tezliyi ("çapma" ritmi).

» Qan təzyiqinin aşağı düşməsi (hipotenziya).

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

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

5. Miokard infarktı

Miokard infarktı – tac damarlardan birinin və ya bir neçəsinin mənfəzinin çox daralması və ya trombla tutulması nəticəsində ürək əzələsinin bir hissəsinin nekrozudur (toxumanın ölümü). Miokardın işemiyası və ya infarktının ən çox rast gəlinən əlaməti döş sümüyünün arxasında (retrosternal) döş qəfəsi diskomfortudur. Ürək nahiyəsində 20–30 dəqiqə, bəzən bir neçə gün davam edən şiddətli ağrılar kürəyə, boynuna və qollara vurur. Bu zaman nitroqliserin qəbulu səmərə vermir. Xəstələr ölüm qorxusu keçirirlər.

Bəzi hallarda xəstəlik atipik gedişli olur, ağrılar şiddətli olmur və döş qəfəsində müşahidə edilmir. Əksinə, ağrılar mədə, boyun, çənə, qulaq, qol və s. nahiyələrdə rast gəlinir.

Miokardın kəskin infarktı ağrısız, ancaq təngnəfəslik, bayılma, ürək ritminin pozulması, güclü zəiflik, tərləmə, ürəkbulanma və ya qusma ilə də keçə bilər. Ən çox rast gəlinən atipik simptom təngnəfəslikdir. Atipik klinika daha cavan (25–40 yaş), daha yaşlı (75 yaşdan yuxarı) xəstələrdə, qadınlarda, şəkərli diabet, xronik böyrək çatışmazlığı və s. xəstəliyi olanlarda müşahidə olunur.

* **Ağrısız, yalnız təngnəfəsliklə keçən miokard infarktı**

Miokardın ağrısız infarktı zamanı bu xəstəlik üçün atipik hesab olunan və ən çox rast gəlinən simptom təngnəfəslikdir. Belə xəstələrdə ürək çatışmazlığı səbəbindən ağciyərlərdə qanın durğunluğu meydana çıxır və ürək-ağciyərlərdən qanı damarlara ötürə bilmir. Nəticədə ağciyər damarlarında qanın təzyiqi artır. Ağciyərlərdə qanın durğunluğu alveollarda qaz mübadiləsini (oksigen alıb, karbon qazını vermək) pozur, bu da təngnəfəsliyə (tövşümə) səbəb olur. Adətən, obyektiv müayinə səmərəli olmur, ancaq təsadüfi hallarda ürəyin vurğu həcmnin azalması, xırıltılı tənəffüs, hipotenziya, auskultasiyada III tonun əmələ gəlməsi (Halop ritmi) və ya mitral reqlurgitasyonu xatırladan səs (mırıltı) kimi göstərici və klinik əlamətlərin aşkarlanması diaqnostikaya kömək edə bilər.

* **Ağrısız, bayılma və ya huşun itməsi ilə keçən miokard infarktı**

Miokardın ağrısız infarktında ürəyin vurğu həcmnin azalması səbəbindən ürəkdən aortaya qanın qovulması zəifləyir, beyin qanla kifayət qədər təchiz olunmadığından, beyinin işemiyası nəticəsində xəstə huşunu 3–5 saniyə müddətində itirir. Huşun itməsi adətən mədəcik taxikardiyasında (fibrilyasiyasında) baş verir (bax: “Avtomatik eksternal (xarici) defibrilyator”). Əgər bayılma (huşun itməsi; rəngin avazıması, solğun olması; bədən səthinin soyuması və soyuq tərlə örtülməsi) qəflətən baş verirsə, bu, ürək mənşəlidir. Qeyd etmək lazımdır ki, cavanlarda bayılma adətən, periferik damar pozğunluğu (damar çatışmazlığı) səbəbindən baş verir və ürək xəstəlikləri ilə əlaqəsi yoxdur, lakin yaşlılarda bayılma ürəkdə olan problemlərlə (ürək çatışmazlığı) bilavasitə əlaqəlidir (bax: “Bayılma”).

Qəfləti ölüm tənəffüs (nəfəsalma və nəfəsvermə) aktında olan problemlərdən də yarana bilər. Səbəblərindən asılı olmayaraq huşun qaranlıqlaşması və tam itməsi də ürəyin və tənəffüsün dayanması ilə nəticələnə bilər. Bu problemləri araşdırmaq və onların qarşısını almaq hər bir insan üçün vacibdir.

6. **Ürək tutmalarında ilk yardım**

“Pisi düşünüb, yaxşıya ümid edin”.

Döş qəfəsində ağrısı olanlara çox ağır vəziyyətdə olduqlarını düşünüb, yardım göstərin. Bütün hallarda xəstələrə yardım DRCABD-dən başlanmalıdır.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım iki ardıcıl fəaliyyət tələb edir: qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

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, məşguliyyətinə fasilə verməli, sükan arxasında olduqda nəqliyyat vasitəsini dayandırmalı, oturaq və ya uzanmış vəziyyət alıb, dincəlməlidir. Həkim gələnə qədər xəstə tərpənməməlidir, ona onun üçün rahat olan vəziyyət verilməlidir və o, sakitləşdirilməlidir.

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

* **Aspirin.** Miokard infarktına şübhə olan bütün xəstələrə aspirin verin (160–325 mq çeynəyib udmaq). Aspirin miokard infarktının inkişafını və ölümün baş verməsini azaldır. Xəstə öncədən aspirin qəbul etməyibsə və onda aspirinə qarşı allergiya, ciddi mədə-bağırsaq qanaxması və insult əlamətləri yoxdursa, ona bu həbləri verin. Ürəkbulanma, qusma və qanamaya meyilli mədə və onikibarmaq bağırsağın xorası olan xəstələrə 300 mg dozaya malik aspirin şamı düz bağırsağa yeridilir.

* **Nitroqliserin.** Nitroqliserinin dilaltına həb, sprey və ya damcı şəklində qəbulundan 1–3 dəqiqə sonra steno-kardiya ağrıları aradan qalxır. Nitroqliserin *sistolik qan təzyiqi 100-dən çox olduqda* verilir. Müsbət nəticə alınmadıqda (ağrı davam etdikdə), nitroqliserinin qəbulu hər 3–5 dəqiqədən bir 3 dəfə təkrarlanmalıdır. Nitroqliserinin 3 dəfə qəbulundan sonra ağrı keçmirsə, onda miokard infarktından şübhələnmək olar. Nitroqliserinin bəzi hallarda qısa müddətli baş ağrılarına səbəb olması barədə xəstə məlumatlandırılmalıdır. Nitroqliserin həblərini çox saxladıqda təsirini itirir, onları öz qablarında saxlamaq məsləhətdir. Qab açıldıqdan sonra 3 ay müddətində işlədilməlidir. İstifadədən sonra qapağını uzun müddət açıq qoymayın, dərhal bağlayın. Nitroqliserin preparatları olmadıqda validol istifadə etmək tövsiyə olunur.

Diqqət: Nitroqliserin ağrı olarkən verilir. Huşu aydın olmayan xəstənin dilaltına nitroqliserin qoymaq olmaz.

* **Oksigen.** Əvvəllər xəstəyə 2–4 litrə qədər oksigenin verilməsini məsləhət görürdülər, lakin Amerika Ürək Assosiasiyası 2010-cu il tövsiyələrində çətinləşmiş tənəffüsdə və döş qəfəsində ağrılarda ilk yardım kimi oksigenin verilməsini məsləhət bilmir. Oksigenin hipoksemiya ($O_2 < 94\%$) və ürək çatışmazlığı əlamətləri olduqda istifadəsi məsləhət görülür.

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.

B. DÖŞ QƏFƏSİNDƏ AĞRININ SƏBƏBLƏRİ

Tibb işçisi döş qəfəsinin auskultasiyasını (fonendoskopla qulaq asmaq), palpasiyasını (əllə yoxlamaqla ağrılı nöqtələrin, qabırğa sınıqlarının, onurğa xəstəliklərinin təyini) və perkussiyasını (tıqqılatmaq, döyəcləmək vasitəsilə bədənə müxtəlif yerlərinin müayinəsi) aparıb, insan həyatı üçün təhlükəli və təcili tibbi yardım tələb edən xəstəlikləri müəyyənləşdirməlidir (stenokardiya, kəskin miokard infarktı, aortanın laylanması – anevrizması, ağciyər emboliası, pnevmotoraks, pnevmoniya). Onlar üçün ağrının başlanğıcı və inkişafı haqqında təfəssilatlı 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 təzyiq hissi kimi özünü göstərir.

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

Ağciyər emboliası – plevral ağrı, təngnəfəslik, taxipnoe (tezlaşmış səthi tənəffüs), bəzən qan həyırma 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 (əşidilməməsi), perkutor timpanik səs (döş qəfəsini tıqqılatdıqda təbii səsin eşidilməsi), boyun venalarının şişməsi. Belə hallarda tibb işçisi və xüsusi hazırlıq keçən xilas edici 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 tamponadası – artan təngnəfəslik və boyun venalarının genişlənməsi (döş qəfəsində ağrıların mövcud olub-olmaması).

Pnevmoniya – qızdırma, öskürək və proqressivləşən 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.

C. GƏRGİNLİK STENOKARDİYASI (tibb işçiləri üçün qısa məlumat)

Gərginlik stenokardiyası – fiziki və psixoemosional gərginlik zamanı döş sümüyü arxasında əmələ gələn, 15–20 dəqiqədən az müddət sürən, istirahət və ya nitroqliserin (dilaltı) qəbulundan sonra sakitləşən və ya öz-özünə keçən ürək ağrısıdır.

Ağrının (1) döş sümüyünün arxasında (sinədə) olması, (2) gərginliklə əlaqəsi, (3) istirahətdən və ya nitroqliserin qəbulundan sonra keçməsi gərginlik stenokardiyasına xas olan əlamətlərdir. Göstərilən xüsusiyyətlərdən hər üçü olduqda tipik anginoz, ikisi olduqda atipik anginoz, birinin olması isə ağrının qeyri-anginoz olduğunu göstərir.

Stenokardiyanın ilkin diaqnozu, əsasən, xəstənin şikayətlərinə, risk faktorlarına və az dərəcədə EKG-ya görə qoyulur. Simptomların səbəbi oksigenin miokarda çatdırılması və ya oksigenə qarşı real tələbat arasındakı disbalansın nəticəsi olan miokardın işemiyasıdır. Stenokardiya tutmaları miokard infarktı ilə nəticələnə bilər.

Tipik anginoz (stenokardik) tutmanın 4 əsas xüsusiyyəti mövcuddur.

- * *Lokalizasiya və irradiasiya.* Anginoz tutma tipik olaraq döş sümüyünün arxasında meydana çıxır (nəzərə alınmalıdır ki, həmin nahiyədə ağrının olmaması işemiyani inkar etmir).
- * *Fiziki gərginliklə əlaqəli.* Əksər xəstələrdə ağrılar fiziki gərginlikdən sonra başlayır, istirahətdən və müəyyən fasilədən və ya nitroqliserin qəbulundan sonra keçir. Psixoemosional gərginlik anginoz tutmanı ən çox provokasiya (yaranmasına təkan verən) edən faktordur.
- * *Xarakter.* Anginoz ağrı, adətən kəskin ağrı olmayıb, sıxılma, təzyiq, ağırlıq (sinə üstünə yükün qoyulması), yanma, göynəmə hissi kimi qəbul olunur. Xəstədə anginoz ağrı yüngül olmasına baxmayaraq, ölüm qorxusu hissi və təngnəfəsliklə müşayiət olunur.
- * *Müddəti.* Fiziki gərginlikdən sonra yaranan ağrı 5 dəqiqə, bəzən 15–20 dəqiqəyə qədər davam edə bilər (onun 15–30 dəqiqədən artıq davam etməsi kəskin koronar sindrom diaqnozunun qoyulmasına əsas verir).
- * **İlk yardım**
Stenokardiyanın kəskin tutmaları hər 3–5 dəqiqədən bir 0,3–0,6 mq 3 dəfəyə qədər dil altına nitroqliserinlə aradan götürülür. Əgər xəstə nitroqliserinin 3 dozasından sonra yaxşılaşmırsa, onda miokard infarktına görə müayinə olunmalıdır.

* Stenokardiya uzun müddətli ambulator müalicə aparmaq üçün məsləhət görülməli preparatlar

- *Aspirin.* Gündə 80–325 mq miokard infarktının qarşısının alınmasına kömək edir (bütün xəstələrdə aspirinə qarşı allergik reaksiya yoxlanılmalıdır). Aspirin mədə və onikibarmaq bağırsağa xorası zamanı əks göstərişdir.
- *Nitrat preparatları.*
- *Beta-blokatorlar* (atenolol). Beta-blokatorlar qan təzyiqi yüksək olan xəstələrdə ürəkdəki ağırlaşmaları azaldır.
- *Kalsium kanallarının blokatorları* (nifedipin, diltiazem, verapamil və s.)

D. KƏSKİN KORONAR SİNDROM (təbbi işçiləri üçün qısa məlumat)

Kəskin koronar sindromuna (KKS) qeyri-sabit stenokardiya və miokard infarktı daxildir.

Təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər xəstəyə 160–325 mg aspirin verin və əgər oksigen saturasiyası 94%-dən aşağıdırsa oksigen inqalyasiyası və nitroqliserin əlavə edin. Nitratlarla narahatlıq və diskomfort aradan götürülmürsə, morfin vurun.

1. Qeyri-sabit stenokardiya

Qeyri-sabit stenokardiya miokard infarktına keçə bilən stenokardiyanın kəskinləşməsidir.

2. Miokard infarktı (Mİ)

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının qəbul etdiyi miokardın kəskin infarktı diaqnozunun meyarı aşağıdakı amillərdən heç olmasa ikisinin mövcud olmasıdır:

- klinik anamnezdə döş qəfəsində işemik tipli diskomfortun olması;
- ardıcıl elektrokardiogrammalarda (EKQ) dəyişikliklərin qeyd edilməsi;
- qan zərdabında kardial fermentlərin (qan testləri) səviyyəsinin dəyişməsi (artması/azalması).

Ən dəqiq diaqnostik müayinələrə EKQ və kardial fermentlərin təyini aiddir.

Kardial fermentlərin təyini üçün ən geniş yayılmış markerlər troponin və kreatinfosfokinazdır.

Çox qısa (saniyələrlə) və ya uzunmüddətli (24 saatdan artıq) ağrı, ürək tutmalarına xas deyil.

3. İlk növbədə görülməli tədbirlər

Görüləcək tədbirlər – ağrının, təngnəfəsliyin və psixosomasiyalı gərginliyin aradan qaldırılmasıdır.

» Xəstəyə rahatlıq yaradın.

» MONA (morfin, oksigen, nitroqliserin, aspirin) abreviaturasına istinad edin.

Morfin 4–8 mq vena daxilinə, 2 mq-lıq əlavə dozalar hər 5 dəqiqədən bir ağrı azalana qədər.

Oksigen 2–4 litr/dəqiqədə və daha çox verilməlidir.

Nitroqliserin preparatları. Sistolik qan təzyiqi 100 mm. c.süt-dan yuxarı olanlara nitroqliserini ağrı və təngnəfəslik götürülməyə qədər fasilələrlə verin.

Aspirin 160–325 mq

» **Trombolitiklər** (toxuma plazminogeninin aktivatoru və ya streptokinaza) –12 saatdan gec olmayaraq (6 saatdan tez köçürmək daha yaxşıdır).

» **Trankvilizatorlar** (diazepam və s.)

» **Beta-blokatorlar** (metoprolol, propranolol, atenolol).

» **Heparin və ya fraksiyaları** ilkin dozada vena daxilinə

Xəstə kardioloji xəstəxananın intensiv terapiya şöbəsində müalicəsini davam etdirməlidir.

Diqqət! Aspirin bütün xəstələrə təyin edilə bilər.

Nitroqliserin preparatları, beta-blokatorlar, morfin kəskin Mİ və qeyri-stabil stenokardiya zamanı xəstələnmə və ölüm faizini azaldır.

Heparin Mİ diaqnozu ilə olan bütün xəstələrə tövsiyə edilir.

E. AĞCIYƏR ARTERİYASININ EMBOLİYASI

Ağciyər arteriyasının emboliyasının klassik əlamətlərinə taxipnoe (tənəffüsün tezləşməsi) və taxikardiya (ürək təqəllüsünün tezləşməsi – ürəyin çox tez-tez vurməsi) aiddir. Massiv tromboemboliyalar ağır, ildırımsürətli gedişə malikdir – tez bir zamanda obstruktiv şok, kəskin ağciyər-ürək çatışmazlığı və ölümə nəticələnir. Kəskin gedişdə qəflətən döş sümüyü arxasında meydana çıxan “xəncər” ağrısı, kəskin təngnəfəslik, ölüm qorxusu, huşun itməsi, qan təzyiqinin enməsi, sianoz (çuqun rəngi), boyun venalarının şişməsi aşkar olunur. Ağciyər arteriyasının angiografiyası (damarların rentgenoloji tədqiqi) emboliyanın diaqnostikasında “qızıl standart” hesab edilir.

F. DÖŞ QƏFƏSİNDƏ SÜMÜK və ƏZƏLƏ MƏNŞƏLİ AĞRILARIN SƏBƏBLƏRİ

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

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Döş qəfəsində ağrının differensial diaqnostikası üzrə kliniki protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kolleqiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009.

Mündəricat:

- A. Giriş.
- B. Ağciyər ödeminin əlamətləri.
- C. Ağciyər ödemi zamanı ilk yardım.

A. GİRİŞ

Dispnoe (təngnəfəslik) – sakit halda və əsasən fiziki gərginlik zamanı hava çatışmazlığı hissi ilə müşayiət olunan tənəffüsün tezliyinin və dərinliyinin pozğunluğu. Tənəffüs tezliyindən asılı olaraq dispnoenin iki növü ayırd edilir.

- » **Taxipnoe** – səthi tənəffüsün tezləşməsi (dəqiqədə 20-dən çox). Anemiyada, qızdırmada, qan xəstəliklərində müşahidə olunur. İsteriyada isə tənəffüsün tezliyi dəqiqədə 60–80-də çatır, belə tənəffüs “qovulmuş vəhşi heyvan tənəffüsü” adlanır.
- » **Bradipnoe** – səthi tənəffüsün azalması (dəqiqədə 12-dən az). Beyin və onun qışalarının zədələnmələrində, ağır və davamlı hipoksiyalarda, asidozda, şəkərli diabetdə, diabetik komada baş verir.

Ağciyər ödemi – ağciyərlərin alveolyar-kapilyar membranı səthinə toxuma mayesinin normadan artıq toplanması ilə bağlı müxtəlif xəstəliklərin ağır, ölümlə nəticələnə bilən fəsadıdır.

Ürəyin işemik xəstəliyi, tac damar xəstəliyi, miokard infarktı, hipertenziya, ürək qüsurları, aritmiyalar, mərkəzi sinir sisteminin xəstəlikləri və zədələnmələri, insult, epilepsiya, beyin ödemi, kəskin tənəffüs çatışmazlığı, döş qəfəsinin ağır zədələnmələri, asfiksiya, zəhərlənmələr, elektrik travmaları, endokrin xəstəlikləri, hamiləlik patologiyası (eklampsia) və s. ağciyər ödemini səbəbi ola bilər. Ağciyər ödemini əsas səbəbi ürəklə birbaşa əlaqəlidir və sol mədəcik çatışmazlığı şəklində özünü göstərir.

Ürək çatışmazlığına sağ və ya sol mədəcikdə eyni dərəcədə rast gəlinə bilər.

- Ağciyər ödemi əsasən kəskin sol mədəcik çatışmazlığında inkişaf edir və dispnoenin progressiv artması ilə müşahidə olunur. Xəstədə ortopnoe baş verir. Ortopnoe – kiçik qan dövrəni çatışmazlığı zamanı üfüqi vəziyyət almış xəstəni oturmağa və ya ayaq üstə durmağa məcbur edən ağır təngnəfəslikdir.
- Sol mədəcik çatışmazlığı kiçik qan dövrəsinə durğunluğa səbəb olur. Kiçik qan dövrəsinə durğunluq nəticəsində qanın maye hissəsi damarlardan onu əhatə edən damarətrafi toxumalara – alveollara, bronxlara keçir. Ağciyərlərin auskultasiyası zamanı xırıltılar eşidilir. Adətən, sol mədəcik çatışmazlığı dərinləşir və sağ mədəcik çatışmazlığı əlamətləri, yəni topuqda ödem və boyunun vidaci venasının şişməsi də bura qoşulur.
- Sağ mədəcik çatışmazlığı özünü periferik ödemlə (aşağı ətraflarda), venoz təzyiqin artması (boyunun vidaci venalarının şişməsi və ya hepatoyuqulyar reflüksi ilə təzahür edir). Hepatoyuqulyar reflüks – ehtiyatla, kifayət qədər güclü (1 dəqiqə müddətində) sağ qabırğaaltı nahiyyəyə basarkən boyun venalarının şişməsidir. Sağ mədəcik çatışmazlığına sonradan mütləq sol mədəcik çatışmazlığı da qoşulur və onların klinik əlamətləri bəzə müşahidə olunur.

Ürəyin durğunluq çatışmazlığı (ÜDÇ) ilə ağciyər ödemini fərqləndirmək lazımdır. ÜDÇ tədricən, günbəgün inkişaf etdiyi halda, ağciyər ödemi sürətlə, çox vaxt səhər saatlarında inkişaf edir və bu zaman xəstənin qan təzyiqi həddən artıq yüksək rəqəmlərə çatır (sistolik AT 200–260 mm. c.süt.). Xəstəliklərdən miokard infarktı çox hallarda ağciyər ödemi ilə nəticələnir. Qeyd etmək lazımdır ki, ürək xəstəliyi ilə əlaqəli ağciyərin ödemi gün ərzində istənilən vaxt baş verə bilər.

B. AĞCIYƏR ÖDEMİNİN ƏLAMƏTLƏRİ

- » Adətən, ağciyərlərin ödemi qəflətən şiddətli təngnəfəsliklə başlayır və getdikcə boğulmaya keçir.
- » Sonradan taxipnoe və boğulma ilə müşayiət olunan şiddətli təngnəfəslik baş verir. Gecələr ürək xəstələrində kəskin təngnəfəslik tutması ürək astmasından xəbər verir. Çox zaman onlarda təngnəfəsliyin inspirator tipi müşahidə olunur (nəfəs alma çətinləşir). Ekspirator təngnəfəslik (nəfəsvermənin çətinləşməsi) kiçik bronx və bronxiolaların mənfəzinin daralması hesabına (bronxial astma) və ya ağciyər toxumasının elastikliyi ilə itirilməsi (ağciyər emfizeması) zamanı meydana çıxır.
- » Xəstədə həyəcan hissi.
- » Xəstədə məcburi oturmaq, yaxud yarımoturaq vəziyyət.



- » Döş qəfəsində sıxılma və təzyiq hissi, ağrı, ümumi zəiflik, tez yorulma, iştahsızlıq.
- » Dərinin nəm və soyuq, solğun, boz və ya sianotik (göyərmiş) olması.
- » Auskultasiyada (fonendoskopla qulaq asmaq) ağciyərlər üzərində fitəbənzər və ya xırıltılı səs, bəzi hallarda həmçinin krepatasiya səsi eşidilə bilər. Krepatasiya saxtalı havada qar üstündə gəzərkən eşidilən xırıltılı səsinə xatırladır. Bu səsi qulaq seyvanına yaxın nahiyyədə dəstələnmiş baş tükünü barmaqlar arasında sürtdükdə yaratmaq olar.
- » Plevra boşluqlarına mayenin yığılması.
- » Tənəffüs zamanı köməkçi əzələlərin iştirakı. Xəstənin yuxarı ətraf (çiyin) qurşağını

təsbit etməklə məcburi vəziyyət alması (belə vəziyyət tənəffüsü yüngülləşdirir).

- » Çəhrayı rəngli (qan qarışması), köpüklü bəlgəmli öskürək. Bu, ÜDÇ-nin (ürək damar çatışmazlığı) olması ehtimalını yaradır.
- » Ağciyərdə və ya aşağı ətraflarda durğunluq əlamətləri (ödem):
- ağciyər ödemi, hepatomeqaliya (qaraciyərin böyüməsi), assit (qarın boşluğunda seroz mayenin yığılması), kaxeksiya (üzülmə və asteniya müşahidə olunan sindrom);
- periferik ödemlər (aşağı ətraflarda ödem), plevra boşluqlarında mayenin yığılması;
- çox vaxt boyunun vidaci venalarının şişməsi.
- » Taxikardiya, bəzi hallarda çapma (qalop) ritmi.

- » Alternans nəbz (dəyişən zəif və güvvətli nəbz sol mədəcik funksiyasının zəifləməsini göstərir) ürəyin zirvə vurğusu çox olan hallarda sola doğru yerini dəyişir. Ürəyin auskultasiyasında (fonendoskopla qulaq asdıqda) aortal və ya mitral qapaq çatışmazlığında yarana bilən auskultativ göstəricilər (aortal qapaq çatışmazlığında diastolik küy, mitral qapaq çatışmazlığında I tonun zəifləməsi və zirvədə sistolik küy) müşahidə olunur.
- » Hipertenziya – yüksək qan təzyiqi (hipertenziv ürək çatışmazlığı).
- » Kardiogen şok (ürəyin dəqiqəlik həcmnin azalma sindromu).
- » Qəbizlik.
- » Huşun aydın olması.

C. AĞCIYƏR ÖDEMİNDƏ İLK YARDIM – təcili icra edilməlidir

Ağciyərlərin ödəmi çox sürətlə inkişaf edir, ölümlə nəticələndiyindən təcili yardım tələb edir.

* Ağciyər ödemində xilasedici aşağıda göstərilənləri bacarmalıdır:

- » xəstədən həyəcanı götürmək (pipolfen, seduksen, relanium, morfin hydroxloriddən istifadə);
- » xəstəyə yarımoturaq vəziyyət vermək, ayaqlarını aşağıya şallamaqla isti vannaya qoymaq;
- » nitroqliserin 0,4 mq hər 2–5 dəqiqədən bir dilaltına (sublingval) qoymaq;
- » sidikqovucu – furosemid (laziks) 20–40 mq v/d və ya peroral (ağızdan qəbul etməklə) vermək;
- » venoz turnaları üç və ya dörd ətrafa qoymaq (aşağıda məlumat verilib);
- » otağı təmiz hava axını ilə təmin etmək və mümkün olduqda, dəqiqədə ən azı 2 litr 100%-li oksigen vermək;
- » etil spirtində yüngül isladılmış tənzif vasitəsilə nəfəs almaq;
- » nəfəsvermənin sonunda müsbət təzyiq yaratmaq (aşağıda məlumat verilib).

* Müalicənin icrası

Əsas məqsəd tənəffüs mərkəzini qıcıqlandıran amillərdən qorumaq (həyəcanı götürmək) və kiçik qan dövranındakı durğunluğu aradan qaldırmaqdır (ağciyərlərdən ürəyə gələn qan axınını yaxşılaşdırmaq və ya qanın ağciyərlərə qayıtmasını azaltmaq).

1. Həyəcanı götürün, emosional fonu stabilləşdirin

Ağciyər ödəmli huşu aydın olan xəstələrin müalicəsi emosional fonun stabilləşdirilməsi, həyəcan və stressin (gərginliyin) götürülməsi ilə başlanmalıdır.

Bu amillər ağciyər ödəminin başlanmasına təkan verir. Xəstənin həyəcanını və ağrı hissini mövcud ağrıqəsicilərlə (analgetiklər) və sakitləşdirici (sedativ) dərmanlarla aradan götürün. Bu dərmanlar ağciyər ödəminin qarşısını nisbətən alır, periferik damar spazmasını götürür, qanın ağciyərlərə axın sürətini azaldır, ürəyin işini yüngülləşdirir, ağciyərlərdən ürəyə qayıdan qan axınını yaxşılaşdırır və toxuma mayesinin alveolyar-kapilyar membrandan filtrasiyasını azaldır.

- İlk növbədə diprazin (pipolfen), droperidol (v/d 2 ml 3,5% və ya seduksen, relanium 3 ml 0,5%).
- Morfin kəskin ürək çatışmazlığında (ağciyər ödəmi) təngnəfəsliyi, qorxu hissini və digər simptomları aradan qaldıran əsas preparatdır. Morfin hydroxloridin (2,5–5 mq) 0,9% natrium xlor və ya 5% qlükozada yavaş-yavaş 1–2 dəqiqə ərzində v/d yeridilir. Bu preparatın çox yüksək dozada yeridilməsindən çəkinmək lazımdır.

Diqqət! Beyin qan dövranı pozğunluğu olan xəstələrdə (insult, baş beyinin travması və s.) ağciyər ödəmi zamanı narkotik analgetiklər əks göstərişdir.

2. Ürəyə qayıdan venoz qanın miqdarını azaldın

Qanın ağciyərdən qovulmasına və ya ağciyərlərə qan axınının sürətinin məhdudlaşdırılmasına yönəldilmiş bütün vasitələr ağciyər ödəminin baş verməsinin qarşısının alınmasına yönəlidir.

a) Yarımoturaq vəziyyət

Dərman vasitələrindən istifadə edilənə qədər xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verin. Xəstə yataqdadırsa, ona yarımoturaq vəziyyət verin, sonra arxadan dayaq verməklə yatağın baş hissəsini yuxarı qaldırın və ya xəstəni oturdub, ayaqlarını aşağıya salladın. Bu vəziyyətlər gərginliyi və ürəyə qayıdan venoz qan axınının miqdarını azaldaraq, xəstədə yüngüllük və rahatlıq hissi yaradır.

b) Damar genişləndirici (vazodilyatatorlar) dərman preparatları

Qan təzyiqi normal və ya yüksək olduqda, damar genişləndiricilər tövsiyə olunur.

- **Nitroqliserinin** yeridilməsi ilə damarların genişləndirilməsi (vazodilatasiya) ilkin müalicə üsulu olub, sonradan sidikqovucular və morfinlə davam etdirilməlidir. Təcili olaraq 0,4 mq dozada nitroqliserin dilaltına təyin edin və sistolik qan təzyiqini 120 mm c.süt. səviyyəsində saxlamaq şərti ilə hər 2-5 dəqiqədən bir təkrarlayın. Nitroqliserindən istifadə etdikdə sistolik qan təzyiqini 90 mm c.süt.-dan aşağı salmaq qadağandır. Fasiləsiz, yüksək dozada nitroqliserinin infuziyasını AT-nın aşağı salınması və durğunluğun azaldılması məqsədilə təyin edib, 20–40 mq/dəq doza ilə başlamaq və titrə etmək lazımdır. Əgər AT 180–200 mm c.süt. keçərsə, onda ağciyər ödəmi tötmasını, əsasən, damargenişləndirici vasitələrin köməyi ilə tez bir zamanda aradan qaldırmaq mümkündür. Ağciyər ödəminin səbəbi miokard infarktı olarsa, nitroqliserinlə yanaşı aspirin 160–325 mq (çeynəyib udmaq) təyin edin.

c) *Sidikqovucular (diuretiklər)*

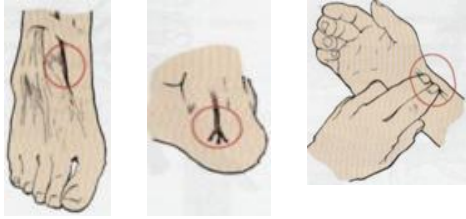
Maye durğunluğu əlamətləri olan xəstələrə diuretiklərin təyini tövsiyə olunur.

- Xəstəliyin kəskin mərhələsində mümkün qədər tez 20–80 mq dozada v/d və ya peroral (ağızdan qəbul etməklə) **furosemid (laziks)** təyin olunmalıdır. Effekt qeyd edilmədikdə, furosemidin daha yüksək dozasına keçin. Sidik ifrazına nail olunana qədər hər 30–60 dəqiqədən bir bu preparatın dozasını iki dəfə artırın. Xaric olan sidiyin miqdarına nəzarət etməklə onun dozasını 200 mq qədər çatdırmaq olar. Müsbət nəticə əldə edilmədikdə, v/d hidralazinin yeridilməsi xəstənin həyatını xilas edə bilər.

d) *Venoz turnalardan istifadə*

Vena daxilinə nitroqliserin və nitroprussidin yeridilməsindən sonra venoz turnalardan və flebotomiyadan (qanburaxma) istifadəyə ehtiyac duyulmur. Nitroqliserin və sidikqovucular olmadıqda, aşağıdakıları etmək məsləhətdir:

- ürəyə qayıdan venoz qanın miqdarını azaltmaq məqsədi ilə üç və ya dörd ətrafa (bud və bazu nahiyyəsinə) venoz turna (ancaq venaları sıxan) qoyulur.



ayaqarxası
arteriya

arxa qamış
arteriyası

mil arteriyası

- venoz turna qoyulduqda ancaq **venalar sıxıldığına** görə qan ətraflara arteriya vasitəsilə gedib, venalarla qayıda bilmədiyindən qan ətraflarda depolaşır və toxumalarda maye durğunluğunun yaranması hesabına damarlarda qanın ümumi həcmi azalır, beləliklə, kiçik qan dövranında durğunluq azalmış olur. Buna görə venoz turnanı qoyarkən ətraflarda nəbzın olmasına fikir verin.

Diqqət: Arteriyanın sıxılması damar həcmi çoxaldıb, ağciyərlərə qan axınını artırır və ağciyər ödemini daha da ağırlaşdırır.

e) *Flebotomiya (veneseksiya, qanburaxma)*. Venadan azı 500 ml-ə qədər qan xaric edilməlidir.

f) *İsti vannalardan istifadə*

Kiçik qan dövranında durğunluq yükünü oturmaş vəziyyətdə ayaqları isti vannaya qoymaqla əldə etmək olar. Bunun üçün xəstənin ayağı baldırın yarısına qədər isti su tökülmüş ləyənə və ya vedrəyə yerləşdirilir. Yaranmış yerli hiperemiya hesabına baldırın genişlənmiş damarlarında qanın toplanması baş verir, bu depolaşma oturmaş vəziyyətdə daha intensiv olur.

3. *Kiçik qan dövranından – ağciyərlərdən ürəyə gələn qanın axınını yaxşılaşdırın*

Aşağıdakıları etməklə ürəyin işini yüngülləşdirin:

- ürəyin yığılma qabiliyyətini artırın;
- miokardda maddələr mübadiləsini yaxşılaşdırın;
- ümumi periferik damar müqavimətini azaldın;
- alveolyar-kapilyar membranın bərkiməsinə nail olun;
- filtrasiyaya əks təzyiqi azaldın;
- köpüyün əmələ gəlməsinin qarşısını alın;
- orqanizmin oksigenlə təminatını yaxşılaşdırın;
- bioloji aktiv maddələrin təsirini azaltmağa yönələn tədbirlər həyata keçirin.

4. *Oksigen verin*

Çalışın oksigeni qeyri-reversivli (“reversus” latın sözü olub geri deməkdir – geri qayıdan) qapağı olan maska (kanyula) vasitəsilə 100%-li oksigen verib, arterial qanın oksigenlə doyma dərəcəsini 95% çatdırılmasına və köpüyün azalmasına nail olun. Qeyri-reversivli qapağı olan maska – tənəffüslə xaric olunmuş havanın təkrar udulmasının qarşısını alan qapaqlı maskadır. Oksigeni mümkün qədər tez, simptomlar aradan götürülənə qədər, dəqiqədə ən azı 2 litr verin (dəqiqədə 3,5–4 litr həcmində verilməsi məsləhətdir). Ehtiyac olarsa imkan daxilində intubasiya edin. Otaqda təmiz hava axınının olmasına nail olun.

5. *Köpüyün azalmasına nail olun*

Əksər hallarda köpüyün azalmasına nail olmaq üçün etil spirti və ya antifomsilan məhlulu vermək lazımdır.

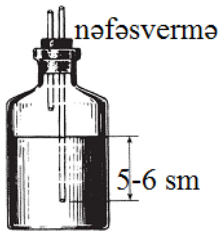
» *Etil spirti ilə nəfəsalma:*

- maskanın içinə qoyulan cunaya etil spirti töküb nəfəs almaq və ya maskanı oksigen balonuna qoşmaq;
- intratraxeal (intubasiya borusundan və ya traxeyanı dərialtı punksiya etməklə) 1–3 ml etil spirti yeritmək;
- 5 ml etil spirtinin 15 ml (5%) qlükoza məhlulu ilə qarışığını vena daxilinə yeritmək.

Etil spirtinin köpuksöndürmə terapevtik effekti (xışıltılı tənəffüsün yox olması) özünü inhalyasiyadan 10–15 saniyədən tez göstərmir.

- » *Antifomsilan.* Antifomsilan məhlulu tənəffüs yoluna qırtlağın üst tərəfindən püskürülür ya da oksigen inhalatoruna quraşdırılmış püskürdücü ilə yeridilir. Köpük söndürücü kimi 2–3 ml 10%-li antifomsilanın spirtlə məhlulunun 10–15 dəqiqə müddətində verilməsi kifayət edir ki, inhalyasiyadan 20–45 dəqiqə sonra çox halda ödem susdurulsun.

6. Tənəffüs sonu müsbət təzyiqin (TSMT) təmin edilməsi və nəfəsverməyə müqavimət göstərmək



Kapilyarlardan mayenin alveollara süzülməsinin qarşısını almaq üçün adətən iki üsuldən istifadə edilir:

- ağciyərlərin süni ventilyasiyası zamanı tənəffüs sonu müsbət təzyiqin yaradılması;
 - spontan (daxili səbəblərdən törəyən, öz-özünə əmələ gələn) nəfəsalma zamanı nəfəsverməyə müqavimət göstərmək:
- dodaqlar sıxılmış və ya boru şəklində alınıb vəziyyətdə tənəffüs;
 - ağız bucağından və ya bir burun dəliyindən darlaşmış tənəffüs;
 - nəfəsverməni çətinləşdirmək məqsədi ilə sudan keçən tənəffüs.

Dozalanmış tənəffüs müqaviməti, təxminən 5–6 sm. su süt. bərabər olmalıdır. Buna nail olmaq üçün müxtəlif ləvazimat və qurğulardan (diafraqma, ensiz boru, tənəffüs nizamlayıcısı, nəfəs musiqi aləti və s.) istifadə etmək olar.

7. Müalicə klinik mənzərəyə uyğunlaşdırılmalıdır

- Qlyukokortikoidlərdən istifadə (prednizolon 30–40 mq) edin.
- Ağciyər ödemində səbəbinin miokard infarktı olması ehtimal olunan halda aspirin təyin edin.
- Ürək damar çatışmazlığının (ÜDÇ) müalicəsində istifadə edilən sonuncu preparat qrupuna inotrop dərmanlar dobutamin, dopamin, ürək qlikoizidləri (digitalis – diqoksin) aiddir. Ürək qlikoizidləri ürəyin dəqiqəlik həcmi azacıq artmasına və dolma təzyiqlərinin azalmasına səbəb olur. Onları çox ehtiyatla istifadə etmək lazımdır. Diqoksin 10–15 mq/kq başlanğıc dozada təyin edilir.
- Kardiogen şok nəticəsində ağciyər ödəmi baş verdikdə və sistolik arterial təzyiq (SAT) 90 mm c.süt-dan aşağı olduqda maye köçürülməsi, sonra isə inotrop dərman vasitələrinin təyini tövsiyə olunur.
- Hipotoniya və üzvlərin hipoperfuziyası əlamətləri olduqda, inotrop dərman vasitələrdən istifadə edin.

Ağciyər ödemində xəstəxanayaqədərki tibbi yardım ödəmin aradan götürülməsi və xəstənin vəziyyəti ağır olduqda, mütləq xəstəxananın ixtisaslaşdırılmış şöbəsinə çatdırılmasından ibarət olmalıdır.

Nə edəcəyinizi bilmirsinizsə, məlumat almaq üçün 103 və ya 112 nömrəsinə zəng edin!

İstifadə edilən ədəbiyyat:

- Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. American Heart Association. 2015
- Ürək çatışmazlığının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 20 dekabr 2010-cu il tarixli 31 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2010

- Mündəricat:
- A. Huş və huşun pozğunluqları.
 - B. Huşun kəmiyyət pozğunluqlarının qiymətləndirilməsi.
 - D. Qıcolmalar.

A. HUŞ və HUŞUN POZĞUNLUQLARI

Zərərçəkənə ilk yardım göstərdikdə xilasedici bir neçə dəfə huşun (düşüncənin) səviyyəsini qiymətləndirir. Əvvəl DRCABD alqoritmı ilə huşun olub-olmadığını, qıcıqlara cavabı (“R” – Reaksiya) müəyyən edir. Sonra birincili baxışın axırında zərərçəkənin huşunun səviyyəsinin ilkin qiymətləndirilməsini AVPU alqoritmı ilə aparır. Bu qısa nevroloji müayinə mərkəzi sinir sisteminin nə dərəcədə zədələnməsini göstərir.

Huşu aydın olan insan özünü, ətraf mühiti və zamanı dərk edir.

Huşun kobud pozğunluqlarını şərti olaraq iki qrupa bölmək olar.

- » **Huşun kəmiyyət pozğunluqları.** Buraya huşun keyləşməsi, sopor (komadan əvvəlki hal) və huşun tam itməsi (koma) aiddir. Bu pozğunluqlar üçün xarakter cəhət psixopatoloji əlamətlərin olmamasıdır.
- » **Huşun keyfiyyət pozğunluqları** zamanı zərərçəkəndə ətrafı və özünüdərk etmənin pozulması ilə yanaşı psixopatoloji əlamətlərlə (illüziya, hallüsinasiya, sayıqlamalar və s.) meydana çıxır.

Psixi statusun pozğunluğu olan zərərçəkənə **xarici baxış** keçirilməlidir: birincili baxış, reanimasiya tədbirləri, ikincili baxış, hadisə yerində görülən ilk yardım tədbirləri, təkrar qiymətləndirmə.

*** Nevroloji statusda (vəziyyətdə) dəyişiklik**

Zərərçəkənin huşunun səviyyəsinin pozulması mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsindən xəbər verir və müxtəlif səbəblərdən baş verir. Nevroloji statusda dəyişiklik əsasən zərərçəkənin özünü və ətraf mühiti dərk etmə prosesinin, o cümlədən, qıcıqlara adekvat reaksiyasının tədricən və ya qəflətən pozulması ilə özünü göstərir. Zərərçəkənlərdə bu hal huşun kəmiyyətinin qismən pozulmasından tutmuş, onun tam itməsinə qədər ola bilər.

B. HUŞUN KƏMİYYƏT POZĞUNLUQLARININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Huşun kəmiyyət pozğunluqları AVPU alqoritmı və Qlazqo koma şkalası ilə qiymətləndirilir. Huşun səviyyəsini tez qiymətləndirmək üçün AVPU alqoritmının köməyi ilə qısa nevroloji müayinə aparılır.

1. Huşun səviyyəsinin ilkin qiymətləndirilməsi – AVPU

AVPU huşun kəmiyyət pozuntu dərəcəsini göstərir və aşağıdakı kimi müəyyənləşdirilir.

A Alert – ayıqdır. Oyanır, huşu aydındır: özünü, ətraf mühiti və zamanı dərk edir.

Bunu aydınlaşdırmaq üçün zərərçəkən 3 suala düzgün cavab verməlidir:

- » Adınız və soyadınız nədir?
 - » Haradasınız?
 - » Bu gün ayın neçəsidir?
- Əgər cavab verilmirsə verbal (şifahi) reaksiya yoxlanılmalıdır.

V Verbal – şifahi reaksiya. Uca səsə oyanır, özünü, ətraf mühiti və zamanı dərk etmir, suallara qısa cavab verir (hə, yox və s.), nitqi çaşqın, qarma-qarışıqdır, qeyri-adekvatdır. Asan tapşırıqları yerinə yetirir (gözləri açmaq, dili göstərmək, əli sıxmaq və s.). Huşun kəmiyyəti qismən pozulur və dərk etmə olmur. Huşun belə pozulması **keyləşmə (obtundation)** adlanır.

Verbal reaksiya olmadıqda ağrıya olan reaksiya yoxlanılmalıdır.

P Painful – ağrıya reaksiya verir. Oyanmır, dərin yuxuda olduğuna baxmayaraq ağrı qıcıqlarına (qulaq sıxılmasının sıxılmasına), uca səsə və ya güclü işığa inilti ilə cavab verir. Zərərçəkəndə əllə cüzi müdafiə hərəkətləri, üzdə əzabverici mimika, bir böyrü üstə çevrilmə cəhdi müşahidə olunur. Huşun belə pozulması **sopor** adlanır və qıcıqlara cavabın olması onu komadan (huşun daha dərin pozulması) fərqləndirir.

Ağrıya reaksiyanın olmamağı huşun kəmiyyətinin dərin pozulmasından xəbər verir.

U Unresponsive – ünsiyyətə girmir. Oyanmır və heç bir qıcığa reaksiya vermir. Cavab reaksiyası yoxdur, lakin huşun bu cür itməsinə ağır koma demək olmaz.

Koma yunan sözü olub “dərin yuxu” deməkdir. Keyləşmə və sopor vəziyyətindən fərqli olaraq, koma zamanı heç bir qıcıq (uca səs, ağrı, güclü işıq) zərərçəkənin huşunu bərpa etmir. Öskürək və udqunma refleksləri olmur və komanın son mərhələsi ölümlə nəticələnir.

AVPU abreviaturası uşaqlara tətbiq olunmur, şifahi (verbal) və ağrıya reaksiya əvəzinə uşağın ətraf mühitə və valideynlərinə reaksiyası qiymətləndirilir.

2. Huşun səviyyəsinin ətraflı qiymətləndirilməsi – Qlazqo koma şkalası

Tibb işçiləri nevroloji statusu AVPU-dan savayı Qlazqo koma şkalası ilə də qiymətləndirir.

Bu sadə üsul olub, kəmiyyətə üç klinik əlamətlərin qiymətləndirilməsinə əsaslanır: qıcıqlara gözlərin açılması; nitq – danışmaq bacarığı; hərəkət aktivlik. Zərərçəkənin vəziyyəti barədə hər bölməyə uyğun cavab əsasında Qlazqo koma şkalasında ballar 3-dən 15-dək müəyyən edilir.

Qlazqo koma şkalası

Əlamətlər	Bal	Reaksiyanın xarakteri
Gözlərin açılması	4	Öz-özünə (spontan).
	3	Sözə.
	2	Ağrıya.
	1	Yoxdur.
Nitq – danışmaq bacarığı	5	Nitq sərbəst və istiqamətlidir. Söhbətə qoşulur (orientasiya pozulmayıb).
	4	Nitq dolaşıqdır. Söhbətdə iştirak edir, lakin nitq dolaşmaq və istiqamətsizdir (orientasiya pozulub).
	3	Nitq mənasızdır. Başa düşülməyən, mənasız sözlər.
	2	Nitq anlaşılmazdır. Qarışıq, aydın olmayan səslər.
	1	Yoxdur.
Hərəkət aktivliyi	6	Şifahi əmrləri icra edir.
	5	Əl ilə ağrı nahiyyəsini qıcıqdan müdafiə edir. Məqsədli hərəkətlər.
	4	Ağrı qıcığına ətrafı çəkir. Məqsədsiz hərəkətlər.
	3	Ağrı qıcığına tonik yığılma (dekortikal rigidlik).
	2	Ağrı qıcığına tonik açılma (deserebral rigidlik).
	1	Yoxdur.



Ağrı qıcıqlarını ətrafların hər birində yoxlayın (zərərçəkənin əl dirnaqlarına və ya ayaqların baş barmaqlarına basmaq, iynə batırmaq, dərinə çimdikləmək, döş sümüyünə yığılmış barmaqları sürtmək – həkim əl barmaqlarının 1 və 2 falanqlarını büküb, döş sümüyünə hiss olunan dərəcədə təzyiqlə sürür).

Qlazqo koma şkalasına əsaslanaraq, huşun kəmiyyət pozğunluqları ənənəvi terminlə təxmini aşağıdakı ballara uyğundur:

huşu aydındır – 15, **keyləşmə** – 13-14, **sopor** – 9-12, **koma** – 4-8, **beyinin ölümü** – 3.

Yuxarıda göstərilən vəziyyətləri belə təsvir etmək olar.

- Masa arxasında spirtli içki qəbul edən, əvvəlcə mürgüləyir. Dostları onu çağıranda, tez yuxudan oyanır, huşu aydınlaşır, özünü, ətraf mühiti və zamanı (harada, nə vaxt və kimlərlə olduğunu) dərk edir. Nitqi sərbəst və istiqamətlidir, söhbətə qoşularaq, məclisdə iştirakını fəal davam edir (15 bal).
- Bir neçə sağlıqdan sonra o, başını qollarının üstünə qoyub dərin yuxuya gedir. Dostlarının çağırışına mənasız, başa düşülməyən, aydın olmayan (qarışıq) sözlərlə cavab verir. Bu hal zərərçəkəndə artıq huşun keyləşmə mərhələsidir (13–14 bal).
- Bir müddətdən sonra qəbul edilən spirtli içkinin mədə-bağırsaq sisteminə qalan hissəsi də qana sorulub, öz təsirini artırır. O, sopor halına düşür (9–12 bal). Dostlarının çağırışına zərərçəkən həttə inilti ilə də cavab verə bilmir. Yalnız ucadan deyilən sözə və möhkəm ağrı qıcıqlarına azca da olsa mimika və ağrıdan çəkinmə ilə cavab verir.
- Spirtli içki tam təsir edəndən sonra o, koma halına düşür (4–8 bal). Koma zamanı heç bir qıcıq (uca səs, ağrı, güclü işıq) zərərçəkənin huşunu bərpa etmir.

Qlazqo koma şkalası ilə hesablanan ballar 8 və daha az olduqda, zərərçəkən artıq komadadır (huşunu itirmişdir) və öz tənəffüs yollarını mühafizə edə bilmədiyi üçün təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər xilasedici tərəfindən daim nəzarət altında saxlanılmalıdır (bax DRCABD).

Huşun kəmiyyət pozğunluqlarına səbəb olan hallar: (1) spirtli içkilər (60% hallarda); (2) baş beyinin travması, o cümlədən beyinə qansızma (25% hallarda); (3) kimyəvi və narkotik maddələrlə zəhərlənmələr; (4) meningit; (5) böyrək və qaraciyər çatışmazlığı; (6) maddələr mübadiləsinin pozulmaları; (7) qanda şəkərin miqdarının aşağı və ya yuxarı olması; (8) hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması); (9) tənəffüs çatışmazlığı; (10) epilepsiya; (11) hamiləliyin fəsadları – eklampsiya; (12) həddindən artıq soyuma – hipotermiya; (13) həddindən artıq qızdırma – hipertermiya.

3. Huşunu itirmiş zərərçəkənlərə ilk yardımın göstərilməsi

Baxmayaraq ki, nevroloji statusun dəyişməsinin səbəbləri müxtəlifdir, xilasedicinin onlara yanaşması və ilk yardım göstərməsi eynidir. Xilasedicilər müxtəlif şikayətləri olan zərərçəkənlərlə rastlaşa bilər. Bütün hallarda onun əsas vəzifəsi DRCABD alqoritmində istinad edərək, zərərçəkənə ilk yardım göstərməkdir.

* Xilasedici tərəfindən huşunu itirmiş zərərçəkənə ilk yardım göstərilməsinin əsasları

Zərərçəkənə ilk yardım göstərdikdə ən vacib (prioritet) addım tənəffüs yollarının keçiriciliyini, tənəffüsü və qan dövranını bərpa etməkdir (CAB).

Huşunu itirmiş zərərçəkən öz tənəffüs yollarını müdafiə edə bilmədiyindən onların tənəffüs yollarının keçiriciliyi qorunmalıdır. Tənəffüs yolları açıqdırsa və onurğanın travması yoxdursa, zərərçəkənə sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verilir. Onurğa travması olduqda tənəffüs yollarının keçiriciliyinin qorunması məqsədi ilə havakeçiricidən (nəfəs yoluna yeridilən xüsusi borulardan), tənəffüsün bərpası üçün isə imkan olduqda aspiratordan (sormağ üçün cihaz) istifadə edilir.

Huşunu itirmiş zərərçəkəndə göyermə (sianoz) olarsa, nəfəs yollarının tutulmasından şübhələnmək lazımdır. Tənəffüs yollarını bərpa etdikdən sonra, lazım gəldikdə, ağciyərlərin süni ventilyasiyası aparılır. Ürək-damar sisteminə nəzarət edilir. Qanaxma dayandırılır. Ehtiyac olduqda döş qəfəsinin kompressiyası aparılır. Huşunu itirmiş bütün zərərçəkənlərə imkan daxilində balon vasitəsilə oksigen verilir.

Huşunu itirmiş bütün zərərçəkənlər xəstəxanaya çatdırılmalıdır.

* Tibb işçiləri tərəfindən huşunu itirmiş zərərçəkənə tibbi yardım göstərilməsinin əsasları

Komada olan zərərçəkənə tibb işçiləri tərəfindən tibbi yardım davam edilməlidir.

Komanın başvermə səbəbindən asılı olmayaraq tibbi yardımın göstərilməsi ümumi əsaslarla aparılır.

Komada olan zərərçəkənlərə təxirəsalınmaz tibbi yardımın əsasları

1. Oksigen verilməsini təmin edin. Lazım gəldikdə CAB reanimasiyasını aparın.
2. Qan təzyiqini 100 mm c. süt. səviyyəsində saxlayın. Ürək-damar sisteminə nəzarət edin.
3. Vena daxilinə 40%–60 ml qlükoza yeridin. Oksigen və qlükoza beyin və s. toxumaların fəaliyyəti üçün əsas enerji mənbəyidir. Qanda şəkərin miqdarı həttə yüksək olduqda belə, qlükoza vurulmalıdır.
4. Kəllədaxili təzyiqi tənzimləyin (mannitol, mannit və s.).
5. Qıcolmanın qarşısını alın (diazepam, seduksen və s.).
6. İnfeksiyaya qarşı antibiotiklərdən istifadə edin.
7. Su-duz və turşu-qələvi mübadiləsini tənzimləyin.
8. Bədənin hərərətini tənzimləyin (bədən hərəti 35°C-dən yuxarı çatdırılmalıdır).
9. Tiamin bromid (vitamin B₁) 5–100 mq vurun (ən çox xroniki alkoqol aludəçilərinə).
10. Zəhərlənmə varsa antidot vurun.
11. Xəstənin emosional gərginliyini aradan qaldırın (diazepam, seduksen və s.).
12. Gözün buynuz qışasını keratozlardan (qurumaqdan) qorumaq üçün gözə məlhəm qoyub bağlayın və 12 saatdan bir dəyişin.
(Ətraflı bax: “Диагностика ступора и комы”. Ф.Плам, Дж.Б.Познер. Перевод с английского. Москва, «Медицина», 1986)

Səbəbi aydın olmayan komada ilk növbədə hipoqlikemiya şübhələnib, v/d 40% – 60 ml **qlükoza yeridin**. Beyinin normal fəaliyyəti onu qidalandıran qandakı oksigen və qlükozadan asılıdır. Qanda şəkər kəskin azaldıqda, şəkərin miqdarını ölçmədən yeridilən qlükoza beyinin zədələnməsinin qarşısını alacaq, şəkəri normada və ya yüksək olan xəstələrdə isə artıq qlükoza beyinə heç bir ziyan vurmayacaq. Bu zaman vurulan qlükozanın müsbət cəhəti mənfini üstələyir.

*** Huşun keyfiyyəti pozulmuş (ruhi) xəstələrə tibbi yardımın göstərilməsi**

Artıq məlumdur ki, müxtəlif fəlakətlərin qurbanları fiziki, psixi və psixoloji dəyişikliklərə məruz qalır. Psixi (mənəvi) dəyişikliklərin müəyyənləşdirilməsi çətinliklər doğurur. Fövqəladə vəziyyətlərdə psixi statusun pozğunluğunun artması müşahidə olunur. Huşun keyfiyyət pozulması müxtəlif yaşda meydana çıxsa da, daha çox yeniyetmə və gənclik yaşlarına təsadüf edir. Bu vəziyyətin mənfi nəticələrindən ən acınacaqlısı intihar hallarının artmasıdır (15–34 yaşlarda).

Psixikası pozulmuş xəstə ilə ilk kontaktda onun vəziyyəti qiymətləndirilməlidir. Belə xəstələr ətraf mühiti və zamanı dərk etmir, acizdir, ən sadə bilik və anlayışa malik deyil. Onlarda görmə və eşitmə hallüsinasiyası, sayıqlama, oyanıqlıq, heykəl kimi duruş (**stupor**), aqressivlik və ya tormozlanma müşahidə oluna bilər. Ayırd etmək lazımdır ki, xəstə, oyanıqdır, nitqi məntiqlidir, psixi status sabitdir. Yoxsa, xəstə tormozlaşıb, yuxuludur, nitqi məntiqsizdir, psixi statusu dəyişkəndir. Gözlə görünən zədələnmələrin, hər hansı qeyri-adi qoxunun və hissi pozğunluqların olması müəyyən edilməlidir.

Xilasedici özünü arxayın və qətiyyətli aparmalı, psixikası pozulmuş xəstələri aşkar etməlidir. Təhlükə kəsb edən xəstəni ətrafdakılardan ayırmaq lazımdır. Onlarda oyanıqlıq müşahidə olunduqda fiziki üsullardan istifadə etməklə sakitləşdirmək lazım gəlir (iki nəfər arxadan yaxınlaşıb xəstəni tutaraq, aktiv hərəkətlərinə yol verməməlidir). Bu kifayət etməzsə, tibb işçiləri tərəfindən qısamüddətli təsirə malik seduksen, tizersin və ya droperidol kimi preparatlar vena və ya əzələ daxilinə yeridilir.

Psixikası pozulmuş xəstə ilə ünsiyyətdə olarkən öz təhlükəsizliyinizi təmin edin.

Xilasedici aşağıdakı qaydalara riayət etməlidir:

- yardım ən azı iki nəfər tərəfindən göstərilməlidir;
- xəstə ilə üzbəüz dayanmamalıdır (ayaqla zərbə vurma ehtimalına görə);
- xəstəyə yardım göstərməzdən öncə ondan kəsici, sancan və xəsarət yetirə bilən əşyalar kənar edilməlidir;
- psixikası pozulmuş xəstələr, vəziyyətindən asılı olmayaraq, sanitariya nəqliyyatın xərəyinə və ya oturmağına bağlanmış vəziyyətdə, tibb işçilərinin nəzarəti altında xəstəxanaya çatdırılmalıdır.

Diqqət! Xəstənin əlavə zədə almaması üçün onun üzündən və sinəsindən tutmaq, qarınını basmaq olmaz.

Xəstə tüpürdükdə və ya dişlədikdə, onun üzünü dəsmal və ya başqa yumşaq əşya ilə örtmək lazımdır.

D. 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 – insulina 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 göyərməsi, 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**.

*** Xilasedici DRCABD alqoritminə istinad edərək hərəkət etməlidir:**

1. Öz təhlükəsizliyinizi təmin edin. Təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin.
2. **Xəstəni qoruyun.** Onun təhlükəsizliyini təmin edin.
 - Qıcolma vaxtı xəstə yıxılıb, xəsarət ala bilər (baş beyin travması, yanıq, kəsilmiş yaralar və s.). Buna görə, mümkündürsə, onun başını yıxılan 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 ağzına 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 ağzın 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 məniyini 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 (ağzını məcburi açmaq, dilini bayıra çıxartmaq və s.).
 - Xəstə göyərirsə, deməli, tənəffüs yolları tutulub, o, nəfəs almır və orqanizm oksigenlə təmin olunmur. Oksigen çatışmazlığı nəticəsində huş itir, qıcolmalar qurtarır, əzələlər sütləşir. 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 yaxınlarından 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 xidmətini aktivləşdirin.

(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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015.
2. Psixiatriya. N.V. İsmayilov. Bakı, 2004.
3. Диагностика ступора и комы. Ф.Плам, Дж.Б.Познер. Москва, 1986.

- Mündəricat:
- A. Arterial hipertenziya
 - B. Hipertonik kriz
 - C. İşemik insult

A. ARTERIAL HİPERTENZIYA

1. Tərif və təsnifat

Sistolik arterial təzyiq 140 mm c.süt. və daha çox və/və ya diastolik arterial təzyiq 90 mm c.süt. və daha çox olan hala arterial hipertenziya deyilir, lakin aşağıdakı şərtlər nəzərə alınmalıdır:

- a) arterial təzyiq (AT) müxtəlif vaxtlarda (ay ərzində), sakit şəraitdə, ən azı üç dəfə ölçülməlidir;
- b) həmin müddətdə xəstə AT-yə təsir göstərən dərman vasitəsi qəbul etməməlidir.

*** Arterial təzyiqin ölçülməsi qaydaları**

Arterial təzyiqi ölçərkən aşağıdakı qaydalara əməl etmək lazımdır.

- Xəstələrə bir neçə dəqiqə rahat oturmaq imkanı vermək.
- 1-2 dəqiqəlik fasilə ilə arterial təzyiqi ən azı iki dəfə ölçmək.
- Normal köklüyü olan xəstələrdə standart manjetlərdən istifadə etmək (uzunluğu 12–13, eni – 35 sm); qolları kök olan şəxslərdə daha böyük ölçülü, qolları ariq olan şəxslərdə və uşaqlarda kiçik ölçülü manjetlərdən istifadə etmək.
- Xəstənin oturaq və ya uzanmış vəziyyətindən asılı olmayaraq manjeti ürək səviyyəsində saxlamaq.
- Manjeti saniyədə 2 mm sürəti ilə boşaltmaq; SAT (sistolik arterial təzyiqi) və DAT (diastolik arterial təzyiqi) müəyyənləşdirərkən Korotkov tonlarının 1-ci və 5-ci fazalarından istifadə etmək (yəni tonun eşidilməsi və tonun itməsi).
- Periferik damar xəstəliyi səbəbindən hər iki qolda AT-nin müxtəlif ola bilməsi ehtimalını nəzərə alaraq, xəstənin ilkin gəlişi zamanı AT-ni hər iki qolda ölçmək; əgər müxtəlif rəqəmlər alınarsa, daha yüksək rəqəmi ilkin göstərici kimi götürmək.
- Yaşlı adamlarda, şəkərli diabeti olan xəstələrdə, postural hipotenziya (ortostatik hipotenziya) ola biləcəyi və ya gözlənilmədiyi xəstələrdə AT-ni həm də xəstə ayaq üstə durduqdan 1 və 5 dəqiqə sonra ölçmək.
- Ürək döyüntülərinin bir dəqiqəlik sayını təyin edərkən nəbzi palpasiya (əllə yoxlama) vasitəsilə ən azı 30 saniyə müddətində saymaq.

2. Qeyri-dərman müalicəsi – həyat tərzinin dəyişdirilməsi

Arterial hipertenziyanın baş verməsinin qarşısını almaq və ürək-damar riskini azaltmaq məqsədi ilə həyat tərzinizi dəyişdirmək lazımdır:

- tütün çəkmə vərdişini tərgitmək;
- bədən çəkisini azaltmaq və sabitləşdirmək;
- spirtli içkilərin hədsiz qəbulunu azaltmaq;
- fiziki məşqləri nizamlamaq;
- xərək duzunun istifadəsini azaltmaq;
- gündəlik qida rasionunda meyvə və tərəvəzlərin payını artırmaq;
- doymuş yağlardan və ümumiyyətlə yağlardan istifadə etməyi azaltmaq;
- piylənmənin qarşısını almaq (qarın-abdominal piylənmə – kişilərdə bel çevrəsi 102 sm-dən, qadınlarda 88 sm-dən artıq olmamalıdır).

Çox vaxt dərman müalicəsinə başlamazdan əvvəl bir neçə ay ərzində həyat tərzinin dəyişdirilməsi yüksək arterial təzyiqin enməsinə səbəb olur. Əgər həyat tərzinin dəyişdirilməsi qan təzyiqinə təsir göstərmirsə, dərmanla müalicəyə başlamaq lazımdır. Həyat tərzinin dəyişdirilməsinə dair tövsiyələr sadəcə tövsiyələr olaraq qalmamalıdır. Bu tövsiyələr vaxtaşırı və mütəxəssisin dəstəyi ilə həyata keçirilməlidir. Həyat tərzinin dəyişdirilmə tədbirlərinə uzun müddət riayət edilmirsə və bunun nəticəsində AT-nin yüksək dəyişkənlikləri baş verirsə, belə xəstələrə ciddi nəzarət edilməli və dərman müalicəsi vaxtında başlanılmalıdır.

3. Antihipertenziv dərman preparatlarının seçimi

Antihipertenziv dərmanların beş əsas sinfi ayırd edilir, bunlar da aşağıdakılardır:

- sidikqovucular (tiazid diuretikləri);
- kalsium antaqonistləri;
- angiotenzin çevirici fermentin inhibitorları;
- angiotenzin reseptorlarının blokatorları;
- beta-adrenoblokatorlar.

Antihipertenziv terapiya bir dərmanla (monoterapiya) və kombinasiya olunmuş şəkildə bir neçə dərmanla aparılır.

B. HİPERTONİK KRİZ

Sistolik və diastolik arterial təzyiqin qəflətən yüksəlməsi güclü baş ağrıları, huşun itməsi və ya ocaqlı nevroloji simptomlar (parez – yüngül iflic), ürək nahiyəsində “sıxıcı” və “təzyiqedici” xarakterli ağrı tutmaları, taxikardiya, çətinləşmiş tənəffüs, sakitlikdə təngnəfəslik, ağciyərlərdə yaş xırıltılar, burun qanaxması, başda beyin-damar zədələnmələri ilə müşayiət olunan arterial hipertenziya (güclü baş ağrısı, qusma, ürəkbulanma, huşun itməsi, boyun əzələlərinin riqidliyi, ocaqlı nevroloji əlamətlər).

Bütün bu hallarda AT-nin təxirəsalınmaz (1 saat ərzində) endirilməsi gərəkdir. Bu zaman preparatların parenteral (vena, əzələ, dəri altı) yeridilməsi tələb edilir. Lakin nəzərə alınmalıdır ki, arterial təzyiq normal rəqəmlərə (140/90 mm c.sut.) qədər və sürətlə endirilməməlidir, belə ki, bu, daxili orqanların kəskin işemiyası və ya infarktına səbəb olan qan dövranı pozulmasına gətirib çıxara bilər.

Ağırlaşmış krizlərdə AT-nin endirilməsi mərhələləri aşağıdakı kimi olmalıdır:

- » 30–120 dəqiqə ərzində AT 15–25% endirilir;
- » 2–6 saat ərzində AT səviyyəsi 160/100 mm c.sut-dək endirilir;
- » daha sonra peroral preparatlar qəbul edilir.

Beyin qan dövranının kəskin pozulmasında arterial təzyiq yavaş endirilməli, AT tədricən 24–48 saat ərzində daxil qəbul olunan preparatlarla endirilməlidir. AT-nin endirilməsi üçün təsiri qısa müddətli olan preparatlardan istifadə olunur.

* Hipertonik krizlərin müalicəsində istifadə olunan preparatlar

Ağırlaşmış kriz zamanı sadalanan preparatlardan biri seçilməlidir:

- » nitroqliserin (periferik vazodilatator) v/d 1% – 2 ml, olmadıqda dilaltına (sublingval);
- » furosemid – laziks (sidikqovucu) v/d və ya ə/d 20–40 mq, olmadıqda həb şəkilində verilir;
- » nifedipin, nikardipin (kalsium antaqonistləri – kalsium kanallarının blokatoru) peroral və ya sublingval qan təzyiqini tez salır, baş ağrıları və sifətin hiperemiyasını (qızarmasını) yaradır;
- » kaptopril, enalaprilat (qısa müddətli AÇF-inhibitoru – angiotenzin çevirici fermentin inhibitorları) yüngül formalı nəzarət olunmayan hipertoniya və ya hipertonik krizlərdə ilk növbədə istifadə edilir (cibdə gəzdirilməli olan dərman).

Arterial hipertenziya və hipertonik krizin müalicəsinin məqsədləri arterial hipertenziya olan xəstələrdə ürək-damar (miokard infarktı, insult və s.) patologiyasının başvermə riskini uzun müddətə maksimum şəkildə azaltmaqdır.

C. İŞEMİK İNSULT

İnsult – beyin qan dövranının kəskin pozulmasıdır, beyinin bir hissəsinə gedən qanın dayanmasıdır.

İnsultun iki tipi fərqləndirilir: ishemik və hemorragik. Beyində qanama və ya qan damarının tıxanması olduqda bu baş verə bilər. İnsultun əlamətləri adətən gözlənilmədən meydana gəlir. İnsult o vaxt baş verir ki, beyinin hansısa bir hissəsi qanla təchiz olunmur. Bu, qan damarında tıxanma (işemik insult) və ya beyinə qansızma (hemorragik insult) nəticəsində baş verir.

Daha dəqiq, ishemik insult qan təchizatının çatışmazlığı nəticəsində beyinin ocaqlı zədələnməsindən əmələ gələn, 24 saatdan çox çəkən və ya bir sutka ərzində ölümə gətirib çıxaran nevroloji simptomların kəskin inkişafı ilə xarakterizə olunan sindromdur.

Beyin qan axını həcmnin azalması beyin toxumasına oksigen və qlükoza daxil olmasının xeyli azaldır və 6–8 dəqiqə ərzində beyin toxumasında dönməz dəyişiklərə səbəb olur.

Kəskin ishemik insultun erkən aşkar edilməsi çox vacibdir, çünki, ixtisaslaşdırılmış intensiv tibbi yardım 3–4,5 saat ərzində göstərilməlidir. Yeni müalicə üsulları insult nəticəsində meydana gələn zərəri azaldır və sağalmanı tezləşdirir. Ancaq, müalicə insultun ilkin əlamətləri meydana gəldikdən sonra ilk saatlarda həyata keçirilməlidir. İnsultun əlamətlərini dərhal tanımaq və tibbi yardım almaq vacibdir.

Müalicənin gecikdirilməsi ölüm hallarını artırır.

Yardımanın əsas məqsədi beyin zədələnməsini minimuma endirmək və xəstələrin sağalma ehtimalını artırmaq.

1. İšemik insultun təhlükəli əlamətləri və simptomları

Aşağıdakı simptomlara əsasən ishemik insultun baş verməsindən şübhələnmək lazımdır:

- bədənə hər hansı hissəsində, xüsusən də sifət (üz), aşağı və yuxarı ətraflar (əl və ayaq) daxil olmaqla bədənə bir tərəfində qəfildən keyimə (hissənin pozulması) və əzələ zəifliyinin əmələ gəlməsi;
- qəfildən baş verən dezorientasiya, çaşqınlıq, yaddaşın, nitqin (danışığın), anlayışın (baş düşmənin) və şüurun pozulması;
- bir və ya hər iki gözdə qəfildən görmənin pozulması pisləşməsi (görmədə qəflətən yaranan problemlər);
- qəfildən yerimədə, hərəkət etmədə, çətinliyin yaranması, başgicəllənmə, müvazinətin və ya koordinasiyanın (balansın) pozulması;

- udma qabiliyyətinin pozulması;
- qəflətən başlayan, xüsusən də ürəkbulanma, qusma ilə müşayiət olunan kəskin səbəbsiz baş ağrısı;
- qıcolma tutmaları.

2. Sinsinatti hospitalönü insult şkalası

İnsultun xəstəxanayaqədər qiymətləndirilməsi üçün Sinsinatti insult şkalası istifadə edilir.



Üzün sallanması

Sağ yuxarı ətrafın
aşağı düşməsi

Bu şkala 3 əsas əlamətə əsaslanır.

Hər üç əlamətin qeyri-normal olması insultun mövcudluğunu göstərir, əlamətlərdən heç olmasa biri mövcuddursa, insulta şübhə yaranır və xəstə təcili şəkildə xəstəxanaya çatdırılmalıdır.

» Üzün sallanması (üz əzələlərinin hərəkəti – xəstə gülümsəyə və ya dişlərini tam göstərə bilmir)

- » Bir yuxarı ətraf (qol) tamam hərəkət etmir və ya ətraflar yuxarı qaldırılarkən birinin digərinə nisbətən tez aşağı düşməsi;
 - » Nitqin anormal olması. Çətin başa düşülən nitq və ya xəstənin danışa bilməməsi.
- Əlamətlərdən birinin olması 72%, üçünün olması isə 85% insultun baş verdiyini sübut edir.

3. İlk yardım

DRCABD alqoritminin yerinə yetirilmə ardıcılığına riayət edin.

DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

İnsulta şübhə yaranarsa, ilk növbədə imkan daxilində tez təcili tibbi yardım xidmətini (sistemini) aktivləşdirin. İnsult əlamətlərini aşkar etdiyiniz vaxtı qeyd edin. İnsultlu xəstə mütləq həkimin müşahidəsi ilə müasir avadanlıqla təchiz olunmuş nəqliyyat vasitəsilə təhlükəsiz vəziyyətdə yol boyu tibbi yardım göstərərək, xəstəxananın ixtisaslaşdırılmış şöbəsinə təxliyə olunmalıdır. Yaxşı olar ki, xəstəxana qabaqcadan ağır xəstə haqda xəbərdar olub, qəbul etməyə hazır olsunlar.

4. Xəstəxanada görülməli tədbirlər

- Mütləq qeyri-kontrast kompüter tomoqrafiyası (KT) olunmalıdır. KT diaqnozu dəqiqləşdirilməsi, kəskin insultun isemik (damarın tutulması) yoxsa hemorragik (beyinə qansızma) olmasını sübut etmək üçün aparılır. KT xəstə xəstəxanaya gətiriləndən 25 dəqiqə müddətində təşkil olunmalı və **45 dəqiqə** müddətində oxunmalıdır – *əsas vaxtdır!*
- İnsultun istənilən spesifik müalicəsinə ancaq baş beyinin müvafiq tomoqrafik müayinəsindən sonra başlanılmalıdır.
- KT kəllədaxili qanaxmanı inkar etməyincə aspirin, heparin və ya rtPA (recombinant tissue plasminogen activator) xəstəyə verilməməlidir.
- KT-nin aparılması mümkün olmadıqda, xəstənin vəziyyəti stabilləşdirilib, uyğun yerə köçürülməlidir.

Diqqət! İnsult baş verdikdə, hipertenziyanın müalicəsi zamanı qan təzyiqinin çox sürətlə aşağı salınması simptomların ağırlaşmasına (insulta) səbəb ola bilər.

Nə edəcəyinizi bilmirsinizsə, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin (103 və ya 112-ə zəng edin).

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015
2. Arterial hipertenziyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009
3. İsemik insultun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Kollegiyasının 21 oktyabr 2009-cu il tarixli 25 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009

Mündəricat:

- A. Qlükozanın homeostazi.
- B. Hipoqlikemiya.
- C. Şəkərli diabet.

A. QLÜKOZANIN HOMEOSTAZI – qanda şəkərin tarazlığının (sabitliyinin) qorunması

Qan daima hüceyrələrə oksigen, qidalandırıcı maddələr, o cümlədən çox əhəmiyyətli olan qlükozanı (şəkəri) çatdırır. Qlükoza və oksigen nəinki beyinin, həmçinin müxtəlif hüceyrələrin qidalanması üçün əsas və yeganə qida maddəsidir. Qlükoza orqanizmin enerji mənbəyidir.

Qlükozanın həddən çox və ya az olması problemlər yaradır. Qanda şəkərin tarazlığının (sabitliyinin) qorunması (qlükozanın homeostazi) insulin və onun antaqonistlərinin (insulinə əks təsir göstərən hormonlar) qarşılıqlı təsiri vasitəsilə saxlanılır. İnsulinin qanda qalxıb-enməsi homeostaz pozğunluğu ilə nəticələnir.

Yeməklə mədə-bağırsaq traktına daxil olmuş qida məhsulları bağırsaqlardan qlükoza şəklində qana sovrulur və mədəaltı vəzin beta-hüceyrələrindən insulinin ifraz olunmasına təkan verir. Qlükoza insulinin ifraz olunmasının əsas səbəbkarıdır.

*** İnsulinin təsiri**

İnsulin yeganə hormondur ki, qandakı qlükozanı enerji kimi sərf etmək üçün hüceyrələrə keçirir, qida qəbul etdikcə, o, qlükozanı qlikogen şəklində qara ciyərdə və əzələlərdə 24–48 saat istifadə müddətinə depolaşdırır. Həmçinin fiziki iş görən şəxsdə insulin artıq qlükozanı zülalə çevirməklə əzələ toxumasını artırır, fiziki iş görməyənlərdə isə piyə çevirir. Insulin kaliumun hüceyrələrə daxil olmasını aktivləşdirir və natriumun isə hüceyrələrə keçməsinin qarşısını alır. Mədəaltı vəz tərəfindən insulin ifraz olunmadıqda, qanda şəkərin miqdarı artır və şəkərli diabet xəstəliyi əmələ gəlir.

*** İnsulinin antaqonistlərinin təsiri**

Ac qaldıqda və çoxlu fiziki iş gördükdə orqanizm qlükozanı nədən istehsal edir?

Ac qaldıqda və stress keçirdikdə insulinin antaqonistləri işə düşür.

İnsulinin antaqonistləri: qlükaqon (mədəaltı vəz ifraz edir); katexolaminlər – adrenalin (epinefrin), noradrenalin, dofamin və qlükokortikoidlər – kortizol, kortizon (böyrək üstü vəz ifraz edir); böyümə hormonu və ya somatotropin (hipofiz vəzi ifraz edir).

İnsulinin miqdarı normal olduqda belə, insulinə əks təsirə malik hormonlar çoxluq təşkil etdikdə, yenə də şəkərli diabet xəstəliyi əmələ gələcək. Gərgin fiziki iş, futbola azarkeşlik, sevinc, qorxu kimi faktorlar qana çoxlu adrenalin ifraz olunmasına səbəb olur və şəkərin qanda miqdarını artırır. Ac qaldıqda ilk növbədə qlükaqon və adrenalin hormonları vasitəsilə qaraciyərdəki qlikogen qlükozaya çevrilir.

B. HİPOQLİKEMİYA

Qlükozanın həddindən çox və ya az olması problemlər yaradır. Şəkərli diabeti olan xəstələrin 3–7 faizi qlükozanın qanda kəskin aşağı (35–55 mq%) düşməsi səbəbindən vəfat edir.

1. Şəkərli diabeti olan xəstələrdə hipoqlikemiyanın başvermə səbəbləri

- » Ac qalma və ya qida qəbulundan 5–6 saatdan çox vaxt keçməsi, təkrar qusma.
- » Həddən artıq insulinin vurulması. İnsulinin təsirindən qanda şəkərin kəskin azalması daha çox ölümlə nəticələnir, nəyinki qanda şəkərin həddindən artıq çox olması (5% : 3%).
- » Spirtli içkilərin qəbul edilməsi. Spirtli içki təsirindən baş verən hipoqlikemiya ölüm halları böyüklərdə 11%, uşaqlarda 25% təşkil edir. Yüksək qızdırması olan uşaqda uzun müddət spirtlə isladılmış süngərlə silmə nəticəsində alkoqol intoksikasiyası və hipoqlikemik koma əmələ gələ bilər. Spirt asanlıqla tənəffüs yollarının selikli qişası vasitəsilə qana sovrulur.

2. Hipoqlikemiyanın əlamətləri

Qlükoza beyinin əsas və yeganə enerji mənbəyidir. Beyin qidalanmadıqda aşağıdakılar müşahidə olunur.

- » Baş ağrıları.
- » Güclü aclıq hissi, susuzluq və zəiflik.
- » Ətraflarda titrəmə (tremor – əllərin və bütün bədənəin əsməsi), qıcolmalar.
- » Mərkəzi sinir sistemində pozğunluqlar:
 - psixi oyanıqlıq, həyəcan;
 - huşun dolaşlıqlığı və başda “boşluq” hissi;
 - yuxululuq;
 - nitq və davranışda (çaşqınlıq, qıcıqlanma) dəyişikliklərin yaranması;
 - oriyentasiyanın itməsi (insan aqressiv – təcavüzkar və idarəolunmaz olur, reaksiyalar itir);
 - görmənin pozulması.

- » Taxikardiya (ürək döyüntülərinin artması).
- » Alında soyuq tər, bəzən həddən artıq tərləmə.
- » Dərinin avazıması və solğunlaşması.
- » Bədənin hərarətinin azalması.

3. Hipoqlikemiya da görülmən tədbirlər

Şəkərli diabeti olan xəstədə qanda qlükozanın miqdarı kəskin aşağı düşə bilər. Buna görə hipoqlikemiyanın əlamətləri göründükdə və ən yaxşısı şəkərli diabeti olan xəstənin istənilən səbəbdən halı pərişan olduqda, ilk növbədə qanda qlükozanın miqdarının kəskin azalmasını əsas tutaraq, təcili ilk yardım tədbirlərini başlayın.

* Huşu aydın olan xəstəyə göstərilən ilk yardım tədbirləri

Xəstəyə sakit oturmasını və ya uzanmasını tapşırın. O, otura və uda bilirsə, ona yemək və ya içmək üçün tərkibində şəkər olan bir şey verin, əgər otura və uda bilmirsə, xəstəni buna məcbur etməyin.

- » Hər hansı bir şirin qida (qənd parçası, konfet, bir neçə qaşığı mürəbbə, şirin bulka, peçenye, 1 stəkan isti şirin çay, meyvə şirəsi, süd, şəkər, bal, alkoqolsuz şirin içki və s.) vermək lazımdır. Şokoladda kifayət qədər şəkər olmadığından onun verilməsi məsləhət görülmür. Bir stəkan suda əridilmiş 20 qr qlükoza mülayim və ağır hipoqlikemiyanı 20 dəqiqə ərzində effektiv aradan götürür.
- » Şəkər qəbulundan sonra qanda qlükoza sürətlə artır, lakin insulinin təsiri davam etdiyi üçün qanda şəkər yenə də enməyə başlayacaq, ona görə də yeməyin gec həzm olunan karbohidratlardan (qara çörək, sıyıq və s.) olması məsləhətdir.
- » V/d 40% – 60 ml qlükoza, kömək etmədikdə qlükoza məhluluna 100 mq hidrokortizon əlavə edin.
- » V/d, ə/d, dəri altı qlükaqon 0,5–2,0 mq, qlükaqon olmadıqda dəri altına 1 mq adrenalin yeridin.

Xəstəyə verilən şirin qida məhsulları və qlükoza inyeksiyası hiperqlikemiya da xəstənin halını ondan artıq ağırlaşdırmayacaq, hipoqlikemiya da xəstəni isə ölümün pəncəsindən qurtaracaq və ağır fəsadların (qıcolma və koma) əmələ gəlməsinin qarşısını alacaq.

Xəstə huşunu itiribse deməli, o, komadadır, ilk növbədə təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin.

Qanda şəkərin miqdarı aşağı olan xəstə otura və uda bilmirsə, ona yeməyə və ya içməyə heç nə verməyin.

Huşu itmiş xəstəyə heç bir şey içirtmək olmaz, o, boğula bilər.

* Huşu itmiş xəstəyə göstərilən ilk yardım tədbirləri

Beynin normal fəaliyyəti onu qidalandıran qandakı oksigen və qlükozadan asılıdır (bax: “Nevroloji status. Qıcolma”). Səbəbi tam məlum olmayan koma halında olan hər hansı xəstəyə vena daxilinə mütləq 40% – 60 ml qlükoza vurulmalıdır. Qanda şəkər kəskin azaldıqda, şəkərin miqdarını ölçmədən yeridilən qlükoza beyin zədələnməsinin qarşısını alacaq, şəkəri normada və ya yüksək olan xəstələrdə isə artıq qlükoza beyinə heç bir ziyan vurmayacaq. Bu zaman vurulan qlükozanın müsbət cəhəti mənfini üstələyir.

4. Hipoqlikemik koma

Ağır hipoqlikemiya, koma və qıcolma ilə nəticələnə bilər. Hipoqlikemik koma əksər hallarda şəkərli diabet olan xəstələrdə qanda şəkərin kəskin enməsi zamanı baş verir. Bu da insulin artıq dozada vurulduqda və ya uzun müddət ac qaldıqda baş verir. Beyində şəkərin kəskin azalması beyin hüceyrələri tərəfindən onun mənimsəməsini zəiflədir, nəzərəcarpan enerji çatışmazlığını artırır və bu sinir hüceyrələrinin aqlığına və mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətinin kəskin pozulmasına səbəb olur. Ağır, uzun müddət aradan götürülməyə davamlı hipoqlikemiya axırda komaya gətirib çıxarır: qıcolma və tərləmə dayanır, arefleksiya (reflekslərin olmaması) əmələ gəlir, çox vaxt hipertermiya, proqressivləşən arterial hipotenziya (qan təzyiqinin enməsi), beyinin ayrı-ayrı hissələrinin, hətta beyinin bütövlüklə ödəminin və nekrozunun yaranmasına səbəb olur. Bu mərhələdə hipoqlikemiyanın fəsadları geridönməz olur, baxmayaraq ki, qanda şəkərin miqdarını normaya və normadan artıq səviyyəyə çatdırmaq mümkün olur. Bu səbəbdən yardım vaxtında göstərməlidir

* Şəkərli diabeti olan xəstə sürücüyə və uşaqlara yanaşma

İnsulindən istifadə edən şəkərli diabeti olan xəstə hipoqlikemik reaksiyalara və komaya məhkumdur. Ona görə də qanda şəkərin miqdarına müntəzəm nəzarət tələb olunur. Adətən hipoqlikemik koma, insulinlə müalicənin fəsadı hesab olunur.

- Şəkərli diabeti olan xəstə sürücü, hətta 1–2 saatlıq avtonəqliyyatla səyahətə çıxdıqda, o, qanda şəkərin həddinə sərbəst nəzarət etməlidir və qanda şəkərin miqdarını 200 mq% həddində saxlamalıdır. Qanda şəkər 200 mq%-dan aşağı düşdükdə, o, özü ilə götürdüyü ehtiyat qida məhsullarından faydalanmalıdır. Gözlənilməz hipoqlikemiya tutmalarına meyilli xəstələr, məşinında şəkər və qlükaqon saxlamalı, nəqliyyatlarını ehtiyac olan hallarda təlimatlandırılmış başqa şəxslərin müşayiəti ilə idarə etməlidirlər. Və, nəhayət, hipoqlikemiya-ya meyilli xəstələr alkoqol qəbulundan və hipoqlikemiya reaksiyasını yaranan və ya dərinləşdirən hər hansı bir dərmanlardan kənar olmalıdırlar.
- Uşağında şəkərli diabeti olan valideyinlər onunla birlikdə hər hansı bir yerə getdikdə özləri ilə bir neçə konfet və ya qənd parçası götürməlidirlər.

C. ŞƏKƏRLİ DİABET

Şəkərli diabet insulinin təsiri və onun ifraz etmə prosesində yaranan qüsurlar nəticəsində baş verən xroniki hiperqlikemiya (qanda şəkərin miqdarının artması). Bir sözlə ifraz edilən insulin orqanizmdəki qlükozanın (şəkərin) mənimsənilməsinə lazımı qədər təmin etmir və nəticədə qanda qlükozanın miqdarı artır.

* **Şəkərli diabetin əsas əlamətlərinə aiddir:** *poliuriya* (tezləşmiş sidik ifrazı); *polidipsiya* (susuzluq – gündə 6 litrdən 10 litrədək maye qəbulu), *arıqlama*, çəkinin sürətlə azalması; *polifaqiya* (güclü aclıq hissi), *hiperqlikemiya* (qanda şəkərin yüksək olması); *qlükozuriya* (sidikdə şəkərin olması) və s.

Şəkərli diabet xəstəliyi müalicə olunmadıqda, sidiklə çoxlu miqdarda maye itkisi olur, hipovolemiya yaranır, beyində hipoksiya baş verir, qanda şəkərin miqdarı artır, maddələr mübadiləsi pozulur, sonda hiperqlikemik koma əmələ gəlir.

Şəkərli diabet xəstələrində 3 növ hiperqlikemik və 1 növ hipoqlikemik komaya rast gəlinir.

- » **Hiherqlikemik** (şəkərin qanda artması):
 - ketoasidotik koma (insulinin azlığı və insulinə əks təsir göstərən hormonların çoxluğu);
 - hiperosmolyar koma (adətən böyrək çatışmazlığında, qlükozanın xaric edilməsi pozulduqda);
 - laktat-asidotik koma (adətən böyrək çatışmazlığı olan diabetli xəstələrdə olur);
- » **Hipoqlikemik** (şəkərin qanda kəskin azalması) – insulin artıq dozada vurulduqda və ya ac qaldıqda yaranır.

1. Ketoasidotik koma

Ketoasidotik koma ağır insulin çatışmazlığı nəticəsində və orqanizmdə insulinə əks təsirə malik hormonların çoxluğundan baş verir. İnsulin istifadə edən (I tip şəkərli diabet) diabetli xəstələrdə ketoasidoza meyillik olur və bu, şəkərli diabetin ilk təzahürü ola bilər. İnsulin çatışmazlığında qlükoza az mənimsənilir, çünki insulin yeganə hormondur ki, qandakı qlükozanı enerji kimi sərf etmək üçün **hüceyrələrə keçirir** və orqanizmdə **depolaşdırır** (qaraciyər, əzələlər, piy toxuması).

Adi halda qlükoza insulinsiz hüceyrəyə keçə bilmir. Lakin qanda şəkərin miqdarı yüksək olduqda (şəkərin osmotik təzyiqi artdıqda), o, güclə, təzyiq altında hüceyrələrə daxil ola bilər. Bu, ancaq hiperqlikemiya baş verir. Hiperqlikemiya toxumanın keçiriciliyini artıraraq qlükozanın yaxşı mənimsənilməsinə (qlükozanın hüceyrəyə keçməsinə) səbəb olur.

* **Ketoasidozun əmələ gəlməsi**

- Əvvəl, karbohidratların (qlükogen) qlükozaya parçalanmasının artması hesabına (**qlükogenoliz**) hüceyrənin enerji tələbatı bərpa edilir (ödənilir). Hiperqlikemiya baş verir və qlükoza yüksək osmotik təzyiq altında hüceyrələrə daxil olur və onun artıq miqdarı sidiklə xaric olur.

Qaraciyərdə karbohidratlar tükəndikdə piy və zülallardan qlükoza əmələ gəlməyə başlayır (**qlükoneoqenez**).
- Burada ilk növbədə zülallardan (amin turşusu) qlükoza əmələ gəlir. Zülallardan alınmış qlükoza əzələlərin hipotrofiyasına (həcmnin azalmasına), hiperazotemiyaya (qanda qalıq azotunun miqdarının artması, nəticədə onun artıq hissəsinin sidiklə azot şlakları şəklində xaric edilməsi) gətirib çıxarır.
- Sonra piy toxumasının parçalanması başlayır. Parçalanma nəticəsində çoxlu miqdarda keton cisimləri (beta-oksiyağ və asetosirkə turşuları) əmələ gəlir. Keton cisimləri turş mühitlidir.
- ! Keton cisimləri tənəffüslə və sidiklə xaric olurlar. Buna görə xəstədən aseton (“çürümüş alma”) iyi gəlir. Keton cisimləri ilə birlikdə bədənə çoxlu miqdarda natrium və kalium ionları xaric olur.
- ! Keton cisimləri turş təbiətli olduğu üçün asidoz baş verir.
- ! Sidiklə və tənəffüslə çoxlu mayenin itkisi nəticəsində dehidratasiya (orqanizmin susuzlaşması) əmələ gəlir.
- ! Asidoz və dehidratasiya Kussmaul tənəffüsünə səbəb olur. Kussmaul tənəffüsü – dərin, seyrək, küylü, nəfəs alma nəfəsverməyə nisbətən davamlı olur.
- ! Asidoz, dehidratasiya və beyinin hipoksiyası fonunda keton cisimlərinin narkotik təsiri artır və xəstə koma halına düşür. Diabetik komanın tam klinikasının yaranması üçün 18–24 saatdan bir neçə sutkaya qədər vaxt tələb olunur. Müalicə olunmamış diabetik komanın müddəti adətən 2–3 sutkanı keçmir və xəstə vəfat edir.

2. Hiperosmolyar koma

Hiperosmolyar koma adətən böyrək çatışmazlığı olan diabetik xəstələrdə müşahidə edilir. Bu zaman qlükozanın xaric edilməsinin pozulması nəticəsində qandakı şəkərin miqdarı 600 mq%-dan artıq olur və o, sidiklə xaric olmur. Buna görə də qanda **osmotik təzyiq yüksəlir**. Nəticədə, sidiklə çoxlu maye (8–12 litr) və elektrolitlər xaric olur. Çoxlu maye itirildiyindən ağır dehidratasiya (orqanizmin susuzlaşması) və hipovolemiya yaranır. Burada şəkər xaric olmadığına görə, onun qanda miqdarı həddən artıq yüksəlir. Beləliklə, piylərin parçalanmasına ehtiyac olmur. Piylər parçalanmadığından keton cisimləri yaranmır, Kussmaul tənəffüsü olmur və xəstənin ağzından aseton iyi gəlmir.

3. Laktat-asidotik koma

Laktat-asidotik koma şəkərli diabetdə biqvanid (adebit, qlibutid) preparatları qəbul edənlərdə baş verir. Burada süd turşusu əmələ gəldiyi üçün laktat-asidoz baş verir. Asidoz olduğuna görə Kussmaul tənəffüsü olur, lakin aseton iyi gəlmir, çünki piylər parçalanmır və keton cisimləri yaranmır.

4. Dehidratasiyanın (orqanizmin susuzlaşmasının) əmələ gəlməsi

Hiperqlikemiya, hiperketonemiya, hiperazotemiya zamanı qanda yüksək osmotik təzyiq müşahidə olunur. Bu hal, nəticədə, poliuriyaya (tezləşmiş sidik ifrazı 4–8 litr) səbəb olur və sidiklə çoxlu miqdarda kalium, natrium, kalsium, xlor, maqnezium, fosfor xaric edilir. Su duz mübadiləsi pozulur. Yüksək osmotik təzyiq hesabına orqanizmin mayesinin boşluqlara və mədə-bağırsaq traktına (həzm yolu) yığılması baş verir. Beləliklə dehidratasiya əmələ gəlir.

* Dehidratasiyanın əlamətləri:

- susuzluq;
- dərinin turqorunun (toxumanın gərginliyi və elastikliyi) azalması (dəri qurudur, soyuqdur, bürüşükdür);
- göz almasının yumşaq olması;
- kələ-kötürlü qəhvəyi rəngdə ərplə örtülmüş quru dil;
- ətrafların əzələ tonusunun zəifləməsi;
- dolğunluğu zəif olan tezləşmiş nəbz;
- enmiş arterial təzyiq.

Osmotik təzyiq hesabına maye kapilyarlardan alveollara sızması nəticəsində ağciyər ödemi yaranır. Həmçinin, mayenin plevra boşluqlarına keçməsi nəticəsində tənəffüs hərəkətləri zamanı döş qəfəsində ağrı, bəzi hallarda plevranın sürtünmə küyü eşidilir. Osmotik təzyiq yüksək olduğundan qanla qarışmış çoxlu maye mədə və bağırsaq-lara süzülüb, orada onların genişlənməsinə səbəb olur və sonradan qanla qarışmış qusma və ishal müşahidə olunur. Çox vaxt qarında baş verən ağrılar kəskin cərrahiyyə xəstəliklərini (apendisit, bağırsaq keçməməzliyi və s.), döş qəfəsində baş verən ağrılar isə ürək xəstəliklərini xatırladır (miokard infarktı və s.).

Qusma, ishal, poliuriya, Kussmaul tənəffüsü zamanı ağciyərlər vasitəsilə mayenin itirilməsi nəticəsində ağır dehidratasiya və hipovolemiya baş verir.

5. Hiperqlikemik komada görülən tədbirlər

Yardım bütün hiperqlikemik komalarda təxminən eynidir.

Qan dövrəni və maddələr mübadiləsi pozulduğuna görə ilk növbədə v/d 0,45–0,9%-li natrium xlorid saatda 0,5–1,0 litr, natrium bikarbonat (soda) məhlulu, sonra isə sadə insulin vurulur. Erkən kalium xlorid yeridilir və mütləq damcı üsulu ilə v/d qlükoza köçürülür.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Manual of Medical Therapeutics. M.Woodley, .A.Whelan. 1992
2. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. В. А.Михайлович, А.Г.Мирошниченко. Санкт-Петербург. 2001.
3. Şəkərli diabet (tip 2) xəstəliyinin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 12 iyun 2009-cu il tarixli 17 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009

- Mündəricat:
- A. Şok təsnifatı.
 - B. Şokun əlamətləri.
 - C. Şokda ilk yardım.
 - D. Hipovolemik şok.

A. 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. Bədən 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 hemoqlobindəki 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 ölümə nəticələnir).



Norma



Hipovolemik şok



Kardiogen şok



Distributiv şok



Obstruktiv şok

Şəkildə göstərildiyi 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 ağciyəre 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 cırılmasında (tamponadası) ürək kisəsinə qan dolub, onun fəaliyyətini məhdudlaşdırır və qan dövranı çatışmazlığına səbəb olur.

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

2. Şokun başvermə mexanizmi

Şokun əsasını qan dövrünün çatışmazlığı təşkil etdiyindən, qanın tərkibi və miqdarına yenidən nəzər salaq. 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 hemoglobinin 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 dövr etməsi həyat fəaliyyətinin vacib şərtləridir. Bunu qanın laxtalanma sistemi tənzimləyir. Bunun nəticəsində dövr edən qan maye halında saxlanılır və zədələnmiş damarlarda dövrünün tamlığı qan tromblarının (qan laxtasının) vasitəsilə bərpa olunur.

Qan dövrünü sisteminin normal işləməsi üçün qan damarlarında itki olmamaq şərti ilə, damarlar işlək olmalıdır. Adi halda, qan damarları sıxılaraq və ya genişlənərək orqanizmin müxtəlif nahiyyələrinə qan axınını azaldıb-artıra bilər. Bu imkan verir ki, həyati vacib orqanlar və nahiyyələr 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** yaradan 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 sistemində 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 həcmi müəyyən qədər azalmasını orqanizm tarazlaşdırır. 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 dövrünü çatışmazlığı əmələ gəlir. Orqanizm müvafiq tənzimləmə işini apara bilmir. Həyati vacib orqanların hüceyrələri oksigenlə və qida maddələri ilə lazımi qədər təmin olunmur. Beyin, ürək, böyrək, ağciyər, qaraciyər və daxili sekresiya vəziləri oksigenlə zəngin olan qanla təmin etmək üçün **qan dövrünü mərkəzləşir**. Qan dövrünü 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 azalır. 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 bədən oksigenə və lazımi qida maddələrinə olan tələbatını ödəmək üçün ürək sürətini və sıxılma qüvvəsini artırır. **Taxikardiya** (ürək təqəllüsünün tezləşməsi – ürəyin çox tez-tez vurməsi) əmələ gəlir və **nəbz tezləşir**. Ürəyin düzgün fəaliyyət göstərməsi üçün bədəndə lazımi miqdarda qan dövr etməlidir. Səbəbindən asılı olmayaraq, bədən çoxlu miqdarda maye itirməsi ürəyin fəaliyyətinə təsir edir. Ürək əvvəlcə bədən 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 yenidoğulmuşlarda 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 beyinin hipoksiyası). Bütün orqanların bu prosesə cəlb olunmasına “poliorqan proses” deyilir (*poliorqan çatışmazlığı*).

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 meta-

bolik 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. Beyinin qanla təchizatının tədricən zəifləməsi nəticəsində psixi pozğunluqlar, ətraf mühitə qarşı laqeydlik müşahidə olunur, qıcığa qarşı reaksiyalar kəskin azalır, yuxuculluq, ümumi tormozlanma baş verir, huş pozulur 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.

B. 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 fərqdır. 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) avazı olmuş 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 qanəvəzedicilərin vena daxilinə köçürülməsi lazımdır. Onun üçün qanaxmanı dayandıraraq, 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 tezləşibsə – 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 dövranını qiymətləndirmək üçün əsas sayılır.
- (4) Gərgin pnevmotoraks və ürəyin tamponadasında müşahidə olunan obstruktiv şok zamanı boyun venaları gərginləşir.

C. ŞOKDA İLK YARDIM

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

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Yardım göstərəkən xilasedici DRCABD alqoritmini ardıcıl olaraq mərhələ-mərhələ yerinə yetirməlidir: “Diqqət təhlükə!”, “Reaksiya (huşu qiymətləndirmək, huş itibməyə köməyə çağırmaq)”, “Canlandırma – qan dövranının 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 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 xidmətini aktivləşdirin.
- » 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 “bərpə vəziyyəti” verin.
- » Zərərçəkəni uzadın. Beyinin 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 sınımasına şübhə olduqda və ya hərəkət zamanı ağrılar artırsa ayaqları qaldırmayın. Zərərçəkənin vəziyyəti müəyyənləşdirilməyibse və hərəkət zamanı ağrılar olarsa, onu olduğu vəziyyətdə saxlayın.



- » Zərərçəkənə toxtaqlıq verin və lazım olan qayğıni göstərin – zərərçəkəni mümkün qədər rahat vəziyyətə gətirin, çünki ağrılar şoku ağırlaşdırma bilər. Zərərçəkənin rahat vəziyyətdə qalmasına kömək etməklə ağrıları azaltmaq olar.
- » Zərərçəkəni soyuqdan və istidən qoruyun. Zərərçəkəni dərialtı spazmanın artması üçün adyala, yorğana büküb isti saxlayın.
- » Əsas zədələnmələrə diqqət yetirin. Lazım olduqda şin və sarğı qoyun.
- » Zərərçəkənə su və qida verməyin. Zərərçəkəndə yanğı hissi olmasına baxmayaraq, ona yeməyə və içməyə heç nə verməyin. Onun vəziyyəti elə ciddi ola bilər ki, cərrahiyyə əməliyyatı tələb olunsun. Belə halda mədə-bağırsaq 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 qaldırıla bilməz. Şok vəziyyətində olan zərərçəkənə mümkün qədər tez, hərtərəfli həkim yardımı göstərilməlidir.

1. Tibb işçiləri üçün qısa yaddaş

Səbəbindən asılı olmayaraq şokun ilkin mərhələsində zərərçəkənə yanaşmada ümumi prinsiplər tətbiq edilir. Vaxtında görülən profilaktik tədbirlər şokun qarşısını alır, yaxud onun yüngül keçməsinə təminat verir. Bura zərərçəkənə vaxtında ilk yardım göstərilməsi, düzgün daşınması, şokun səbəbindən asılı olaraq müvafiq ilkin tədbirlərin görülməsi, qanaxmanın qarşısının alınması, erkən itirilən qanın həcmi bərpa edilməsi və bundan sonra ağrısızlaşdırma, sınıqlar və yumşaq toxumaların geniş zədələnmələrində ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi (immobilizasiya), bədənə soyumasının, əks göstəriş olmadıqda susuzluğun qarşısının alınması tədbirləri aiddir. Habelə, zərərçəkənə sakitliyin verilməsi, əldən düşmüş zərərçəkənin yuxusunun təmin edilməsi, soyuq mövsümdə onun isidilməsi də əsas şərtlərdən biridir.

Şokda dövriyyədə olan qanın ümumi həcmi azalır, mikrosirkulyasiya böhranı yaranır və maddələr mübadiləsi pozulur. İlkin müalicə şokun səbəbi nəzərə alınmadan universal aparılmalıdır:

- damarlarda dövr edən qanın həcmi bərpa etmək;
- mikrosirkulyasiya böhranını aradan qaldırmaq;
- maddələr mübadiləsinə normal vəziyyətə gətirmək;
- toxumaların oksigenlə təchizatını bərpa etmək (tənzimləmək).

Buna görə DRCABD alqoritmini yerinə yetirərkən azalmış qanın həcmi bərpa etmək lazımdır (qanaxmanı dayandırmaq, maye köçürmək). Müalicənin məqsədi beyin və ürək qan dövranını oksigenlə təchiz etməkdən ibarətdir. Köçürülən maye və zərərçəkənə verilən oksigen qan dövranını, mikrosirkulyasiyanı və maddələr mübadiləsinə tənzimləyəcək.

Diqqət! Uşaqlar ürəyin azalmış dəqiqəlik həcmi kompensasiya etmək qabiliyyətinə malikdirlər. Buna görə uşaq qanının 30–40%-ni itirdikdə belə, qan təzyiqini normal saxlaya bilər. Pediatriyada şokun qiymətləndirilməsi qan təzyiqinə və nəbz tezliyinə görə deyil, kapilyarların təkrar dolmasına əsaslanır.

* **Tibb işçiləri tərəfindən görülən tədbirlərin qısa xülasəsi.**

» İntensiv maye köçürməklə reanimasiya tədbirləri şokun başlanğıcında aparılmalıdır. Qanəvəzedicilərin köçürülməsi vacibdir. Adekvat venadaxili müalicə ilə qan dövrəni stabilləşməyə başlayır. Şok vəziyyətində olan zərərçəkənlərin çoxunda maye həcmi ya mütləq, ya da nisbi defisiti qeyd edilir (ağciyər ödemi ilə kardiogen şok istisnaqlıq təşkil edir). Mayelərin damcı üsulu ilə köçürülməsi sürətlə – bir dəfəyə 500–1000 ml-dən az olmamalı, hər maye köçürülməsindən sonra, zərərçəkənin vəziyyəti qiymətləndirilməlidir. Maye həcmi orta dərəcəli defisiti zamanı 20 ml/kq həcmində, dərin maye defisiti zamanı isə daha çox həcmdə izotonik kristalloid məhlul yeridilməsi tələb oluna bilər. Diaqnoz düzgün qoyulmaması və yardımın plansız şəkildə aparılması toxumaların oksigenlə təchizatının pozulmasına və bütün orqan (poliorqan) və sistemlərin çatışmazlığına gətirib çıxara bilər.

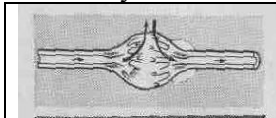
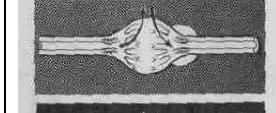
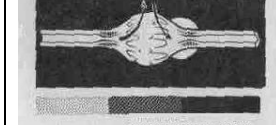
» Zərərçəkənə mümkün qədər tez bir zamanda balon vasitəsilə oksigen verin. Bütün zərərçəkənlərə əlavə oksigen verilməlidir.

» Şok vəziyyətində bütün zərərçəkənlər xəstəxanada yerləşdirilməlidir.

Müalicənin son nəticəsi: hemodinamik göstəricilərin (A/T və nəbz) normallaşması və diurezin (sidik ifrazı) mövcudluğudur.

* **Şokda damardaraldıcı dərman preparatların (vazopressorların) istifadəsinə yanaşma**

Bildiyiniz kimi damarların spazması (sıxılması) nəticəsində damar daxilində olan qan təzyiq altında hüceyrə-

	Norma AT 120/80
	Hipovolemik şok AT 60/30
	Şok + vazopressorlar AT 120/86

arası sahələrə süzülür və nəticədə bu da damarlarda dövr edən qanın həcmi azalır.

Şəkildə göstəriləni kimi qan təzyiqi normal olduqda (120/80) damar daxili və hüceyrəarası sahədə sabitlik mövcuddur. Qan dövrəsinin çatışmazlığı nəticəsində arterial təzyiq düşür (60/30) damarlar sıxılır və damardakı maye hüceyrəarası sahələrə süzülür. Əgər belə halda damardaraldıcı preparatlar vurularsa damar daxilində olan qan təzyiq altında hüceyrəarası sahələrə süzüləcək. Nəticədə qan təzyiqi artacaq (120/86), ancaq zərərçəkənə lazım olan damar daxilindəki qanın həcmi kəskin azalacaq.

Diqqət! Vazopressorlardan (dofamin, noradrenalin) ancaq və ancaq sübut olunmuş kardiogen, anafilaktik, maye yeridilməsinə davamlı olan şoklarda və maye yeridilməsinə əks göstəriş olduqda istifadə edilir (dofamin 5–20 mq/kq/dəq və ya noradrenalin 2–8 mq/kq/dəq yalnız 5 %-li qlükozda həll edilmiş halda).

D. 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 nəbz tezliyi qan dövrəsinin qiymətləndirmək üçün əsas sayılır.



» **Sümüklərin sınığı** zamanı damarların kəsilməsindəki kimi qanaxma müşahidə olunur. Sümüklər sınıqda xarici və daxili qanaxma ola bilər. Sümüklərin sınıqmasında 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 sınıqda 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 çağırır. Belə hallarda zərərçəkənə narkotik ağrıkəsicilər 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 ağrı 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 nahiyyəni hərəkətsizləşdirib, rahat vəziyyət verin, soyuq (buz və ya kompres) tətbiq edin, zədələnmiş nahiyyəyə sarğı qoyub sıxın, zədələnmiş nahiyyə ətraf olduqda onu qaldırın. (bax: “Əzələ və ətraf sümüklərin zədələnməsi”)

» **Hipertermiya** (həddindən artıq qızdırma). Hipertermiyada bədənin həddindən artıq qızmasından tərk 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 dövrəninin 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 xidmətini aktivləşdirin (zəng edin).

» **Yanıqlarda şok**. Yanıq zamanı bədənin yanmış sahəsindən külli miqdarda maye itirilir və bu dövr edən qanın həcmi kəskin azaldıq, 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”).

Yanıq şokun müalicəsi. Tibb işçiləri üçün qısa yaddaş.

Külli miqdarda maye itkisi tez bir zamanda bərpa olunmalıdır. Yanıqdan baş vermiş şokun əsas müalicəsi venadaxili məhlulun yeridilməsidir. Bütün venalar, o cümlədən yanıq nahiyyəsində yerləşən, venadaxili maye yeridilməsi üçün yararlıdır. Bütün kateterlər hər 48–72 saatdan bir dəyişdirilməlidir. Venadaxilinə yeritmək üçün ən əlverişli məhlul Ringer Laktatdır.

24 saat ərzində tələb olunan mayenin miqdarını təyin etmək üçün aşağıdakı düstur məsləhət görülür:

Mayenin miqdarı = bədən çəkisi * yanıq sahəsinin % * 4 ml

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Тəcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
4. Диагностика и лечение шока. М.Г.Вейль, Г.Шубин. Перевод с английского. Москва, 1971.

Mündəricat:

- A. Hiperreaktivliyin inkişaf mexanizmi.
- B. Kəskin tənəffüs çatışmazlığı.
- C. Kəskin damar çatışmazlığı (distributiv şok).
- D. Allergiyanın (hiperreaktivliyin) digər formaları.
- E. Profilaktika və müalicənin ümumi prinsipləri.
- F. İlk yardım.
- G. Tibb işçiləri üçün qısa yaddaş.

A. HİPERREAKTİVLİYİN İNKİŞAF MEXANİZMİ

Bədən üçün yad olan hər hansı bir allergik maddə (**antigen**) orqanizmlə birinci dəfə təmasda olduqda onun bu maddəyə qarşı həssaslığı artır və orqanizm antigeni məhv etmək üçün anticisimlər yaradır. İlk kontaktda antigen nəzərəcarpan reaksiya vermir, amma orqanizmin buna qarşı həssaslığı artır. Belə ki, orqanizm eyni antigenlə təkrarən təmasda olduqda anticisimlər antigenlə mübarizəyə başlayır. Anticisimlər məğlubiyyətə düşər olduqda **allergik reaksiya** (hiperhəssaslıq reaksiyası) baş verir və qana külli miqdarda vazoaaktiv mediatorlar atılır. Vazoaaktiv mediatorlar (histamin, serotonin və s.) sinir impulslarının keçiriciləri olub, damarların sıxılmasına (spazma) və ya boşalmasına (iflicinə), bronxlarda spazmaya, kəskin tənəffüs və kəskin damar çatışmazlığına (şoka) səbəb olur.

Təcili tibbi yardım allergiyanın (hiperreaktivliyin) ildırım sürətli tipi zamanı xüsusilə zəruridir. Bu tipə anafilaktik reaksiya da (anafilaksiya) aiddir. Anafilaksiya qida məhsulları və digər allergik maddə qəbulu nəticəsində yarana bilər.

* **Allergik maddələr:** yad zülallar (zərdab, peyvənd və s.), dərman preparatları (rentgen-kontrast maddələr, antibiotiklər (penisillin), aspirin və s.), bitki tozları, quş tükü, arı sancması, həşəratın toxunması və ya dişləməsi, qida məhsulları (xərçəng, yumurta, süd, şokolad, araxis (yerfindığı), qoz, fındıq, buğda, soya paxlası, kif göbələkləri, balıq, çiyələk və s.) hesab olunur.

1. Allergik reaksiyanın ilkin təzahürləri (fəlakət xəbərciləri)

Başlanğıc əlamətlər allergik maddənin (antigenin) orqanizmə daxil olduğu andan bir saata qədər davam edir. İlkin əlamətlər elədə cəlbədicə olmaya bilər, məsələn, yüngül səpkidən, zökəm, dərinin aralıq sancması və qaşınması, dodaq və dilin keyləşməsi, təngnəfəslik, ağız suyunun artması, ürəkbulanma, narahatçılıq, döş qəfəsində və qarın boşluğunda ağrı, sidiyi saxlamama, görmənin pozulması və s. Bu xırda əlamətlərdən sonra həyat üçün təhlükə törədən fəsadlar təzahür edə bilər.

Allergik reaksiyanın ilkin təzahürləri (fəlakət xəbərciləri) aşağıda göstəriləndiyi kimi geniş şəkildə dəyişə bilər:

- » **ümumi əlamətlər** – baş, üz, əl, ovuc və ayaqaltı dərinin aralıq sancması və qaşınması, dodaq və dilin keyləşməsi, ölüm hissi, yayılmış qızartı (eritrodermiya), qaşınma;
- » **dəridə görünən əlamətlər** – 90% hallarda övrə (urtikar səpkilər), dərinin köpəşik olması, dəri örtüklərinin solğunluqla əvəz edilən hiperemiyası, şiddətli tərləmə, əsnəyin və göz qapaqlarının ödəmi, qanlı maye ilə dolu suluqların əmələ gəlməsi, angioödem (Kvinke ödəmi, sifətin, boyunun, dilin şişməsi və s.);
- » **tənəffüs yolları** – kəskin tənəffüs çatışmazlığı, müxtəlif dərəcəli təngnəfəslik (dispnoe), öskürək, xırıltı, döş qəfəsində və boğazda sıxılma hissi; stridor (nəfəs aldıqda xırıltılı səsin olması), bronxospazma, qırtlaq ödəmi, ağciyər ödəmi;
- » **mədə-bağırsaq** – boğaz acışması və boğazda tikə qalma (yumaq) hissi, disfagiya (udmanın pozulması, çətinləşməsi), disartriya – artikulyasiyanın pozulması nəticəsində nitqdə qusur (artikulyasiya latın sözü olub müəyyən səsi tələffüz etmək üçün dodaqların, dilin, damağın, səs tellərinin gördüyü işə deyilir), ağız suyunun artması, ürəkbulanma, qusma, ishal (diareya), qarın boşluğunda ağrı. Qarın boşluğu (abdominal) əlamətləri “kəskin qarın”ı (kəskin apendisit, mədə və onikibarmaq bağırsaq xorasının dəşilməsi, bağırsaq keçməməzliyi və s.) xatırladır və diaqnozun səhv qoyulmasına səbəb olur;
- » **nevroloji dəyişikliklər** az hallarda ön planda olur (həyəcan, narahatçılıq, psixomotor oyanıqlıq, qorxu hissi ölüm qorxusu, kəskin baş ağrısı, başgicəllənmə, zəiflik, yuxululuq, psixi statusda pozğunluqlar, huşun itməsi qıcolmalar və ağızdan köpük ifrazı, qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı epilepsiyaya xatırladır), beyin ödəmi simptomları (baş ağrıları, qusma, epileptiform tutmalar, hemiplegiya – bədənə bir tərəfinin (sağ və ya sol) iflici, afaziya – səsin olmaması və s.);
- » **ürək-damar əlamətləri** kəskin ürək-damar çatışmazlığı simptomlarının üstünlüyü ilə keçir: tezləşmiş zəif nəbz, ürək nahiyəsində ağrı, döş qəfəsində ağırlıq və sıxılma, taxikardiya (ürək təqəllüsünün tezləşməsi – ürəyin çox tez-tez vurması), bəzən bradikardiya (ürək təqəllüsünün normadan az vurması), qan təzyiqinin aşağı düşməsi, hipotenziya, şok, aritmiyalar (ürək təqəllüsləri ritminin pozulması), miokard infarktı;
- » sidiyi saxlamama, görmənin pozulması, hərəkətin yüksəlməsi, oynaqalarda ağrı.

2. İdiosinkraziya

İdiosinkraziya (anafilaksiyanın xüsusi formasıdır) çox hallarda irsi olur, məlum antigenlərlə təbii şəkildə təmas zamanı baş verir (bitki və adi toz, qida maddələri və s.). Nümunə olaraq bronxial astmanı, qida allergiyasını və ot tozundan yaranan allergiyayı göstərmək olar. Anafilaksiyadan fərqli olaraq idiosinkraziya allergik maddə ilə (antigenlə) ilk təmasdan sonra başlayır, orqanizmdə maddəyə qarşı həssaslığın artması və anticisimlərin yaranması baş vermir.

İdiosinkraziyanın klinikası anafilaksiya ilə eynidir (səpki, dərinin ödəmi, halsızlıq). Anafilaktik şok çox hallarda idiosinkraziyadan əziyyət çəkən insanlarda əmələ gəlir ki, bu da tibbi müayinə zamanı, habelə dəri təsirləri zamanı ola bilər. Təbii şəraitdə allergenin təsirindən adi reaksiya əmələ gəlir.

B ANAFİLAKSİYANIN ƏN AĞIR FƏSADLARI

Anafilaksiyanın ən ağır fəsadı kəskin tənəffüs və damar çatışmazlığıdır.

1. Kəskin tənəffüs çatışmazlığı

Anafilaksiya zamanı ölümə səbəb kəskin tənəffüs çatışmazlığı ola bilər. Kəskin tənəffüs çatışmazlığı sindromunun üstünlüyü ilə gedən anafilaksiya aşağıdakı əlamətlərlə özünü büruzə verir:

- » qəflətən əmələ gələn və artan zəiflik;
- » pulsasiya edən (döyüntülü) baş ağrıları, qorxu hissi;
- » hava çatışmazlığı, döş qəfəsində sıxıntı, üzücü öskürək, ekspirator tənəffüs – nəfəsvermənin çətinləşməsi, kəskin tənəffüs, ağciyər çatışmazlığı;
- » stridor – nəfəs aldığında nəfəsalmənin çətinləşməsi və eyni zamanda xırıltılı, fışılıtlı, fitvari səsin mövcudluğu (tənəffüslərin inspirator tipi);
- » astmatik tənəffüs, nəfəsvermə zamanı quru xırıltılar;
- » ürək nahiyyəsində ağrı;
- » dəri örtüklərinin kəskin avazması və sianozu, ağız nahiyyəsində köpük;
- » uzun və bədənin digər hissələrinin angionevrotik ödəmi.

Kəskin tənəffüs çatışmazlığı proqressiv inkişaf edib ölümə nəticələnə bilər.

Yuxarı tənəffüs yollarının obstruksiyası (qırtlağın ödəmi) ölümə ən çox səbəb olan amillərdəndir. Aşağı tənəffüs yollarının obstruksiyası – bronxların spazması və selik ifrazının artması hesabına əmələ gəlir. Bu zaman nəfəs yolları şişir və zərərçəkənin tənəffüsü məhdudlaşır, nəticədə astmatik tənəffüs baş verir. Bronxların spazması, udlağın və qırtlağın ödəmi nəticəsində boğulma (asfiksiya) baş verir ki, bu da başlanğıcda özünü tənəffüs, öskürək, stridor, döş nahiyyəsində sıxıntı ilə büruzə verir. Bəzən xəstələr kəskin damar çatışmazlığı əlamətləri əmələ gələnə qədər tənəffüs çatışmazlığından vəfat edirlər.

2. Kəskin damar çatışmazlığı

Anafilaksiya zamanı ölümün digər səbəbi kəskin damar çatışmazlığıdır. Burada distributiv şok əmələ gəlir, Azərbaycan və rus ədəbiyyatında buna anafilaktik şokda deyillər (bax: “Şok anlayışı”). Belə ki, bu zaman qan axınının paylanması pozulur və distributiv (septik) şok əmələ gəlir. Bu, güclü allergik reaksiya olub anafilaktik şok (AŞ) kimi məlumdur. Hiperreaktivliyin sürətli tipinin ən aydın və təhlükəli təzahürü anafilaktik şokdur. Bir çox hallarda dərman preparatlarından sonra əmələ gəlir və tibb personalının yanında baş vermədikdə diaqnozun dəqiqləşdirilməsi çətinlik yaradır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə dərmanın səbəb olduğu anafilaktik şok 1:10000 nisbətində əmələ gəlir və onların arasında ölüm halları 10% təşkil edir. İstənilən mənşəli anafilaktik şokun morfoloji təzahürü eynidir.

Anafilaktik şok, əksərən allergik xəstəliklərdən əziyyət çəkən şəxslərdə inkişaf edir. Anafilaktik şok hospitalizasiya olunmuş 3000 xəstədən 1-də qeydə alınır. Dərman anafilaktik şokun əlamətləri qəflətən başlayıb 5–10 dəqiqədən sonra ölümə nəticələnə bilər. Dərman mənşəli anafilaktik şokdan ölüm göstəricisi 25%-ə qədər çatır. Arı sancmasından ölüm göstəricisi 1000000 əhaliyə 0,4–2 hadisə təşkil edir. Anafilaksiya hər yaş qrupunda rast gəlir. Qida etiologiyalı anafilaksiya əsasən uşaqlarda, dərman mənşəli isə daha çox böyüklərdə müşahidə olunur. Yaşlı insanlarda yanaşı xəstəliklərin olması səbəbindən anafilaktik reaksiyadan ölüm riski daha yüksəkdir.

Anafilaktik şok

Anafilaktik şok sürətli immunoloji reaksiya kimi, sensibilizasiya olmuş orqanizmə allergenin təkrar daxil olması zamanı tosqun hüceyrələrdən və bazofillərdən mediatorların xaric olması nəticəsində əmələ gəlir:

- həyat üçün təhlükə yaranan kəskin böhranlı vəziyyətdir;
- sürətlə inkişaf edən ağır hemodinamik (qan dövranı) pozğunluqlar törədir;
- orqanizmdə dərin hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması) yaradır;
- həyatı vacib orqanların (ürək, böyrək, qaraciyər, ağciyər, daxili sekresiya vəziləri, beyin) zədələnməsi ilə müşayiət olunur.

Anafilaksiya zamanı qan axınının paylanması pozulur və distributiv (septik) şok əmələ gəlir.

Bu güclü allergik reaksiya olub anafilaktik şok (AŞ) kimi məlumdur. Hiperreaktivliyin ildırım sürətli tipinin ən aydın və təhlükəli təzahürü anafilaktik şokdur. Bir çox hallarda dərman preparatlarından sonra əmələ gəlir.



Şokun başqa növləri kimi anafilaktik şok da kəskin damar çatışmazlığı, qan dövranının və hemostazın ağır pozğunluğu ilə müşayiət olunur:

- vazomotor mediatorlar venoz damarları genişləndirir və orada qan depolaşır, bunun hesabına qan axınının paylanması və mikrosirkulyasiya pozulur;
- dövr edən qanın həcmi azalır;
- genişlənmiş damar mənfəzləri ilə dövr edən qanın həcmində uyğunsuzluq yaranır;
- maddələr mübadiləsi pozulur;
- bütün orqanlarda (poliorqan) pozğunluqlar əmələ gəlir.

Toxumalarda baş verən hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması) nəticəsində baş beyin, ağciyərlər, qaraciyər, böyrəklər, endokrin vəzilər, mədə bağırsaq traktı və s. fəaliyyəti pozulur, ocaqlı çürümə (nekroz) əmələ gəlir.

* **Anafilaktik şokun əlamətləri:**

- zəiflik, qulaqlarda küy, göz yaşının axması;
- dəri solğun, sianotik, ləkəli, soyuq və nəm (güclü, profuz tərləmə), bəzən dəri örtüyü “kəskin qırmızı” olur;
- nəbz sapvari olur və tezləşir;
- arterial təzyiq sürətlə enir, ağır hallarda təyin edilmir;
- ürək tonlarının kəskin zəifləməsi;
- tədricən huş itir, qıcolma müşahidə olunur.

Ölüm ürək-damar çatışmazlığı əlamətlərinin güclənməsi fonunda baş verir. Anafilaktik şokun ağırlıq dərəcəsi antigenin orqanizmə daxil olduğu andan şoka qədər keçən vaxtdan asılıdır. Allergik maddənin (antigenin) miqdarı əhəmiyyət daşıyır.

* **İldırım sürətli anafilaktik şok**

Bəzən dərman preparatından anafilaktik şok ildırım sürətli olur (aydınlıq dövrü 1–2 dəq.). İldırım sürətli anafilaktik şok kəskin başlanğıc, arterial təzyiqin sürətlə düşməsi, huşun dərindən pozulması, tənəffüs çatışmazlığı ilə səciyyələnir. Həyatı vacib orqanların zədələnməsi ilə əlaqədar, adətən, ilk dəqiqə və ya saatlarda ölüm baş verir. Aparıcı klinik əlamət kəskin tənəffüs çatışmazlığı və ya kəskin damar çatışmazlığından asılı olaraq, anafilaksiyanın ildırım sürətli gedişinin variantları ayırd edilir. İldırım sürətli anafilaktik şokun əlamətləri: kəskin solğunluq və ya sianoz, göz bəbəklərinin genişlənməsi, mikrosirkulyasiyanın pozulması, aqonal tənəffüs, bəzi hallarda ağciyərlərə qulaq asdıqda qəbiristan sükutu, klinik ölüm.

Ən çox ölüm halları ildırım sürətli anafilaktik şokda allergenin orqanizmə daxil olmasından sonra 3–10 dəqiqə ərzində baş verən şok zamanı rast gəlinir.

D. ALLERGİYANIN (hiperreaktivliyin) DİGƏR FORMALARI

- » *Artyus reaksiyası* – iynə vurulmuş nəhiyədə (inyeksiya yerində) intensiv iltihabı reaksiya.
- » *Zərdab xəstəliyi* – yerli əlamətlərlə müşayiət olunur. Əlamətlər zərdab vurulduqdan 7–14 gün sonra meydana çıxır: qaşınma, övrə, dərinin qızarması (eritema), səpkilər və s. Üzdə, göz qapaqlarında, əllərdə, ayaqlarda ödemli şişkinlik, sinir sisteminə qısa müddətdə keçən əlamətlər (bədənin bir tərəfli iflici, stupor, koma və s.) müşahidə olunur. Zərdab xəstəliyi xoşxassəlidir və nisbətən tez keçir. Ölüm halları əsasən qırtlağın obstruksiyası və ödemindən baş verə bilər.
- » *Övrə (urtikariya)* – sürətli gedən allergik reaksiyanın klassik təzahürü olub qəflətən əmələ gəlir. Övrənin ilkin elementi köpəşiklərin olmasıdır. Övrə əzabverici qaşınma ilə müşayiət olunur və təcili müalicə tədbirləri tələb etmir.
- » *Nəhəng övrə* – övrənin ağır formasıdır, lakin ona kəskin qaşınma xarakterik deyil. Xəstəlik qida məhsulları və dərman qəbulunda, infeksiya zamanı əmələ gələ bilər.
- » *Angionevrotik ödem (Kvinke ödemi)*. Ödem dərinin bütün qatlarını, dərialtı toxumaları, hətta əzələni əhatə edir və barmaqla basdıqda çökəklik əmələ gəlmir. Müxtəlif nəhiyələrdə müşahidə olunur. Kvinke ödemi hansı orqan nəhiyəsində əmələ gəlsə, həmin orqana aid simptomlar meydana çıxır. Ən təhlükəlisi – qırtlağın kəskin ödemidir. Belə ki, o, kəskin tənəffüs çatışmazlığı və asfiksiya ilə nəticələnə bilər.
- » *Kəskin epidermal nekroliz (Layell sindromu)* – çox ağır anafilaktik reaksiyadır və istənilən dərmanın təsirinə əmələ gələ bilər. Dəri sanki qaynar su ilə yanıb. Uşaqlarda bu cür “pörtülmüş dəri” dərinin stafilokok infeksiyasında rast gəlinir. Əsas əlaməti zədələnmiş, eləcə də zədələnməmiş nəhiyələrdə ağrıların olmasıdır. Dəriyə azacıq təzyiq etdikdə, epidermisin (dərinin üst qatının) çox hissəsi soyulur, yerində isə eroziya (yara) görünür. Dəri ağır yanıqlardakı kimi görünür.

E. PROFİLAKTİKA və MÜALİCƏNİN ÜMUMİ PRİNSİPLƏRİ

1. Profilaktika

Anafilaksiya üçün spesifik diaqnostik və ya laboratoriya müayinəsi yoxdur.

Müasir dövrdə apteklər şəbəkəsinə müxtəlif dərman preparatları daxil olur və onların pərakəndə qəbulu allergiyanın (hiperreaktivliyin) əmələ gəlmə riskini artırır.

- » Allergiyanın (hiperreaktivliyin) qarşısını almaq üçün allergenin daxil olmasının qarşısını almaq vacibdir. Anamnez topladıqda “SAMPLE” abreviaturasından istifadə edin. İstənilən dərman preparatının istifadəsindən əvvəl zərərçəkənin və onun ailə üzvlərinin hər hansı bir maddəyə qarşı allergiyasının olmasını və bu maddələrin adını aydınlaşdırın. Allergik reaksiyaya səbəb olan dərmanları qəbul edən xəstələri 30 dəqiqə müşahidə altında saxlayın.
- » İynəni birdəfəlik istifadə edilən şprislərlə vurdurun. Dərmanları ayrı-ayrı şprislərlə yeridin.
- » Tanış olmayan dərmanları qarışdırmayın. Bir dərman preparatı ilə müalicəyə üstünlük verin.
- » Allergiya (hiperreaktivlik) baş verərsə təcili tibbi yardım göstərməyə hazır olun.
- » Arı sancması ehtimalını əhəmiyyətli dərəcədə azaltmaq və ya ondan tamamilə qaçmaq üçün bir sıra sadə təhlükəsizlik qaydalarına riayət edin:
 - arı pətlərlərdən və həşəratların digər toplanma yerlərindən (bazarlar, zibilxanalar) uzaq olun;
 - ot üzərində ayaqyalın gəzməyin (həşəratı basmaq təhlükəsi səbəbindən);
 - arıların bal yığıma mövsümündə evdə pəncərələri torla pərdələyin;
 - açıq yerlərdə qida qəbul etməyin və qida hazırlamayın (qida arıları cəlb edir);
 - arıların bal yığıma mövsümündə ətirli maddələrdən istifadə etməyin (ətirlər, saç üçün laklar, şampunlar və s. həşəratları cəlb edir);
 - bağ və ya bostanlarda işləyərkən bədənini çox az hissəsini açıq saxlayın, qalın parçadan şalvar və uzun qollu paltarlar, ayaqlara isə qalın altlıqlı ayaqqabı geyin, baş örtüyündən istifadə edin;
 - arı sancması zamanı neştəri barmaqlarla tutaraq çıxarmayın, çünki bu zaman zəhər kisəsi sıxılır və qalmış zəhər zədələnmiş yerə daxil olur.
- » Dərmandan anafilaktik şok keçirmiş xəstələrə müəyyən dərman preparatları və ya həlledicilərin təkrar daxil edilməsindən ölüm təhlükəsinin olması haqqında xəbərdarlıq edin.
- » Qida məhsuluna qarşı allergik reaksiya zamanı bu qida məhsulu ömürlük və ya uzun illər müddətinə rasiondan çıxarın.
- » Xəstələrə özləri ilə identifikasiya kartları və ya anafilaksiyaya meyillilik və onun səbəb agentini qeyd olunmuş qolbaqlar gəzdirmək tövsiyə edin.

*** Allergenə həssas olan xəstələrə tövsiyə**

Müəyyən bir allergik maddəyə qarşı həssas olan insanlar onun qarşısını almaq məqsədi ilə özlərində içərisində adrenalin olan şpris-tübiklər (**epinefrin-adrenalin qələmi**) saxlamalıdır.

Epinefrin (adrenalin) qələminin istifadə olunması:

- epinefrin qələmindəki təlimata əməl edin;
- qoruyucu örtüyü çıxarın;
- epinefrin qələmini elə tutun ki, əliniz qələmin digər ucundakı iynəyə dəyməsin;
- iynəni zərərçəkənin budunun ortasına (ompa ilə dizin ortasına) və ya digər nahiyəyə düz bucaq altında vurun (bəzi çıxılmaz hallarda iynəni paltarın üstündən də vurmaq olar);
- iynəni vurduğunuz yerdə təxminən 10 saniyə ərzində saxlayıb, düz çəkməklə çıxarın;
- iynə vurulduqdan sonra iynənin yerini 10 saniyə ovxalayın.
- epinefrin qələmini istifadə etdikdən sonra qaydalara uyğun olaraq qablaşdırın;
- inyeksiyanın vaxtını qeydə alın;
- təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər zərərçəkənin yanında olun.

Müəyyən bir allergik maddəyə qarşı həssas olan insanların evlərindəki dərman qutusunda aşağıda adı çəkilən dərmanların olması məsləhət görülür: 0,1%-li adrenalin, prednizolon (deksametazon), tavegil və aminofillin məhlulları, steril şprislər. Hər preparatdan ən azı 4–5 ampula olmalıdır. Anafilaktik şok baş verdikdə müalicə tədbirləri qaydası haqqında xəstəyə göstərişlər verilir.

2. Yardımın ümumi prinsipləri

Görülən tədbirlərə baxmayaraq (və ya onlara əməl etmədikdə) xəstəliyin **fəlakət xəbərciləri** meydana çıxarsa, reaksiyanın hansı tipdə gedəcəyi naməlum olduğu üçün lazım olan tədbirləri ləngimədən ardıcıl yerinə yetirin.

İlkin məsələ – DRCABD:

- kəskin damar çatışmazlığına qarşı qabaqlayıcı tədbirlər və tibbi yardım;
- kəskin tənəffüs çatışmazlığına qarşı qabaqlayıcı tədbirlər və tibbi yardım;
- az təhlükəli klinik əlamətlərin aradan qaldırılması.

Allergik şok keçirmiş zərərçəkənlərə müəyyən dərman preparatları təkrar daxil edilməsindən ölüm təhlükəsinin olması haqqında xəbərdarlıq edilməlidir. Allergiyadan əziyyət çəkən bütün xəstələrə yanlarında içərisində adrenalin olan şpris-tübiklər gəzdirmələri məsləhət görülməlidir. Qida məhsullarına qarşı allergik reaksiya zamanı bu qida məhsulu ömürlük və ya uzun illər rasiondan çıxarılmalıdır. Açıq sahələrdə (bağ, bostan və s.) işləyərkən bədənin çox az hissəsini açıq saxlamaq, qalın parçadan şalvar və uzun qollu paltar, ayaqlara isə qalın altlıqlı ayaqqabı geymək, baş örtüyündən istifadə etmək lazımdır.

F. İLK YARDIM

Erkən diaqnoz, sürətli qiymətləndirmə və cəld müdaxilə ölümün qarşısını almaq üçün çox vacibdir.

Venadaxili penisillin yeridilməsi və arı sancması ölüm törədən anafilaksiya üçün iki əsas səbəbdir. Xilasedici zərərçəkənlə təmasda olduqda zərərçəkənin vəziyyətini, allergik reaksiyaların hansı şəraitdə əmələ gəldiyini, pozğunluqların dərəcəsini, həyat fəaliyyəti üçün təhlükəli əlamətlərin əmələ gəlmə ehtimalını qiymətləndirməli və təcili tədbirlərin aparılmasına hazır olmalıdır.

Fəlakət xəbərçiləri və ya kəskin tənəffüs və damar çatışmazlığı əlamətləri meydana çıxarsa sorğu aparılmadan aşağıdakı tədbirləri ləngimədən ardıcıl yerinə yetirin.

» **DRCABD algoritminə istinad edərək hərəkət edin.**

Qusma zamanı mədə möhtəviyyatının ağciyərlərə sorulmasının (aspirasiya) qarşısını almaq məqsədi ilə zərərçəkənin başını bir tərəfə çevirib, alt çənəni irəli çəkin.

» **Tənəffüsü təmin edin**

Allergenin daxil olması nəticəsində bronxların spazması, udlağın və qırtlağın ödemi nəticəsində boğulma (asfiksiya) baş verir. Tənəffüs yollarının keçiriciliyini və ağciyərlərin adekvat ventilyasiyasını təmin etmək üçün allergenin bədənə daxil olmasını dayandırmaq vacibdir. İmkan daxilində vaxt itirmədən təmiz hava və balon vasitəsilə oksigen verin.

» **Allergik maddənin (antigenin) orqanizmə daxil olmasının qarşısını alın**

- Allergenin sorulmasına əks təsir göstərin. Ətraflarda iynə vurulan (dişlənmə) yerdən gövdə tərəfə 30 dəqiqədən çox olmayaraq venoz turna qoyun (arteriyaları sıxmadan). Hər 10 dəqiqədən bir turnanı boşaldın. Tibb işçisi inyeksiya və ya sancma yerinin ətraflarına “üstəgəl” şəklində (baş, boyun, əl və pəncələr istisna olmaqla) 5,0 ml izotonik natrium-xlorid (0,9%) məhlulu ilə qarışdırılmış 0,1% 0,5 ml epinefrin (adrenalin) inyeksiya etməlidir.

- Arı sancması zamanı neştəri bıçaq, dırnaq yeyəsi, dırnaq və ya başqa münasib əşyanın köməyi ilə dəri səthi üzərində sürüşən hərəkətlərlə, əzmədən çıxarın.

- Allergik maddə burun və gözə düşərsə axar su ilə yuyun.

- Həzm sisteminə (mədə-bağırsaq traktına) düşmüş antigenin sorulmasını imkan daxilində azaldın (1–2 q/kq, 150 qramdan çox olmayaraq, aktivləşdirilmiş əzilmiş kömür 50–100 qr sorbitolla birlikdə və ya 300 ml maqnezium-sitratla). Qusma əmələ gətirmək və zərərçəkənin mədəsinin yuyulması məsləhət deyil.

» **Şok zamanı zərərçəkəni uzadın.** Beyinin qan dövranını yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə zərərçəkəni arxası üstə uzadın, ayaqları təxminən 30 sm yuxarı qaldırın, soyuqdan və istidən qoruyun.

» **Tənəffüs pozulması olan zərərçəkənlərdə** tənəffüsün asanlaşması məqsədi ilə oturmaq vəziyyətdə üstünlük verilyə bilər. Hamilə qadınları (aorta-kaval kompressiyanın qarşısını almaq məqsədi ilə) sol tərəfi üstünə uzadın.

» **Hospitalizasiya – xərkədə uzanmış vəziyyətdə**

Ləngimiş təkrari reaksiyanın baş verməsinin mümkünlüyünə görə, ciddi allergik reaksiyası olan xəstələr 24 saat ərzində xəstəxanada müşahidə edilməlidir. Evə buraxılan xəstələrə antihistaminlərlə (dimedrol və s.) hər 4–6 saatdan bir 5 gün və steroidlərlə (prednizon 40 mq 5 gün) qısa müalicə kursu faydalı ola bilər. Onlara simptomların yenidən baş verə bilməsinə görə ehtiyatlı olmaq və evdə müalicə effektiv olmadıqda təcili olaraq xəstəxanaya qayıtmaq məsləhət görülməlidir. Layell sindromu zamanı isə imkan daxilində aseptik qaydalara riayət etməklə (steril mələfədə) təxliyə edilməlidir. Zəif allergik reaksiyası olan xəstələr (övrə, zəif bronxospazma) ən azı 6 saat ərzində müşahidə altında olmalıdırlar. Ağır reaksiyalar zamanı və ya allergen mədə-bağırsaq traktına düşmüşsə, tibbi yardım göstərdikdən sonra hospitalizasiya vacibdir.

G. TİBB İŞÇİLƏRİ ÜÇÜN QISA YADDAŞ

Yardım zamanı venaların axtarılmasına vaxt itirmək olmaz. Bütün preparatların inyeksiyası ilk növbədə uzun iynə ilə, bud nahiyəsinin ön-yan səthinə əzələ daxilinə (daha tez icra olunmasının mümkünlüyü baxımından) edilməlidir. Yalnız bundan sonra periferik və ya mərkəzi venaların kateterizasiyası və sonrakı dərmanların vena daxilinə vurulması məqsədəuyğundur.

1. Vazoaktiv mediatorların təsirini kəsin

Tibbi yardım zərərçəkənə oksigen verilməsi, kardial monitorinqə qoşulması və venadaxili maye yeridilməsi ilə başlanmalıdır. Hiperhəssaslıq reaksiyası zamanı ölümə ən çox səbəb olan azad olmuş vazoaktiv mediatorların (histamin və s.) təsiri nəticəsində əmələ gələn kəskin tənəffüs çatışmazlığı və kəskin damar çatışmazlığıdır (distributiv şok). Vazoaktiv mediatorların təsiri kəsilərsə tənəffüs bərpa olar.

Adrenalin – anafilaksiyanın müalicəsində əsas vasitədir. Adrenalin və noradrenalin histamini neytrallaşdırır.

- Tibb işçisi tərəfindən göstərilən yardım adrenalinin (epinefrin) 0,01 mq/kq dəri altına, əzələ və ya venadaxili vurulmasından başlanmalıdır. Böyüklərdə 0,3–0,5 ml (0,3–0,5 mq) 1:10000 adrenalindən (venadaxili – yalnız ağır vəziyyətlərdə) başlamaqla və yaxşılaşma qeyd edilənə kimi 5 dəqiqədən bir təkrar edilməlidir. Adrenalinin maksimal yeridilmə dozası 1–2 mq qədər ola bilər. İlk yardım göstərənlər adrenalinə təkrar vurduqdan öncə həkimlə məsləhətləşməlidir, çünki onun artıq yeridilməsi bəzi xəstələrdə (kəskin koronar sindromu, miokardın proqressivləşən işemiyası, aritmiyalar) fəsadlar törədə bilər.

Hətta şokun diaqnozuna şübhə olduqda belə adrenalin inyeksiyası həyati göstərişdir.

- Birinci adrenalin inyeksiyasından sonra tənəffüs adekvat deyilsə və ya sərbəst tənəffüsün kəskin pozğunluğu varsa, tənəffüs yollarını təmizləyib (selik və s.), traxeyanın intubasiyası, ağciyərlərin süni ventilyasiyası və 100%-li oksigenin 30 dəqiqədən çox olmamaq şərti ilə verilməsi vacibdir.

2. Ağır bronxospazmanı aradan götürün

Ağır bronxospazma zamanı adrenalindən başqa digər beta-adrenomimetiklər (alupent 0,3 ml və salbutamol 0,5 ml inhalyasiyası) və aminofilinin (eufillin) 6 mq/kq vena daxilinə təsiri altında qırtlağın ödemi və bronxospazma keçmirsə, intubasiya etmək mümkün deyilsə konikotomiya edib 100%-li oksigen verilməlidir.

- » Antihistamin preparatlar (dimedrol 25–50 mq daxilə və ya 2,5–5,0 ml 1%-li məhlulu hər 6 saatdan bir əzələ daxilinə) tez bir vaxtda təsir etməsə də, reaksiyanın müddətini azaldırlar.
- » Qlükokortikoidlər ilk 6–12 saat ərzində nəzərə cəpəcə dəyərdə təsir etmirlər, lakin ağır reaksiyanın fəsadlarının qarşısını almağa kömək edirlər. 6 saatdan bir 125 mq dozada hidrokortizon işlədilir. Qlükokortikoidlərin seçimi prinsipial deyil, aşağıdakı preparatlardan biri göstərilən ekvivalent dozalarda istifadə olunur: deksametazon 8–32 mq; hidrokortizon 250 mq; prednizolon 90–120 mq; betametazon 8–32 mq.

Əgər simptomlar uzun müddət keçmirsə və ya təkrarlanırsa, əlavə olaraq:

- » H₁ reseptorların blokatorları 10–20 mq dozada və ya difenhidramin 25–30 mq dozada vena daxilinə təyin edilir;
- » H₂ reseptorların blokatorları təyin olunur (simetidin 300 mq və ya ranitidin 150 mq v/d hər 6 saatdan bir);
- » inhalyasiya üçün albuterol təyin olunur;
- » qlükaqon 1 mq v/d təyin edilir, ehtiyac olduqda doza təkrarlanır (beta-adrenoblokatorların antidotu kimi), ilkin müalicəyə cavab verməyən xəstələr üçün faydalıdır və beta-adrenoblokator qəbul edən xəstələrdə effektivdir.
- » kəskin tənəffüs pozğunluğu zamanı oksigen verilməsi tələb oluna bilər (dəqiqədə 4–6 litr).

Tənəffüs bərpa olunmazsa, sonrakı yardım tədbirlərinin əhəmiyyəti olmayacaq.

3. Qan dövranını təmin edin

Əgər tənəffüs adekvatdırsa, o zaman kəskin ürək-damar çatışmazlığının aradan qaldırılmasına və profilaktikasına başlanılır. Hiperhəssaslıq reaksiyası zamanı ölümün digər səbəbi ürək-damar çatışmazlığı olduğuna görə, **birinci adrenalin inyeksiyasından sonra**, ümumi dövr edən qanın həcmi bərpa etmək üçün hər vasitə ilə **venaya düşmək vacibdir**. Ümumi dövr edən qanın həcmi bərpası üçün qanəvəzedici məhlullar yeridilir. Fizioloji məhlulun ilkin dozasını (500 ml) birbaşa vurmaq lazımdır. İnfuziya o vaxta qədər davam etdirilir ki, arterial təzyiq tənzimlənsin və toxumaların qan ilə təchizatı bərpa olsun.

Diqqət! Vazopressorlardan (dofamin, noradrenalin) ancaq və ancaq sübut olunmuş kardiogen, anafilaktik, maye yeridilməsinə davamlı olan şoklarda və maye yeridilməsinə əks göstəriş olduqda istifadə edilir (dofamin 5–20 mkq/kq/dəq və ya noradrenalin 2–8 mkq/dəq yalnız 5 %-li qlükozada həll edilmiş halda).

4. Allergiya penisillin inyeksiyasından əmələ gəlmişsə, penisillinaza 1 mln 2,0 ml fizioloji məhlulda ə/d vurulur.

Anafilaktik şok keçirmiş zərərçəkən 6 saatdan az olmayaraq həkim nəzarəti altında olmalıdır. Nəzarətin məqsədi şok təkrarlanarsa tibbi yardımın göstərilməsidir. Sonra zərərçəkənə allerqoloq-immunoloq nəzarət etməlidir.

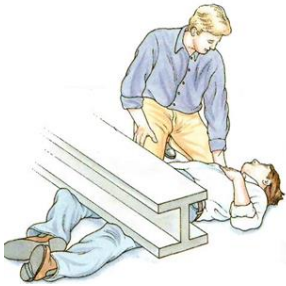
İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Anafilaktik şok üzrə klinik protokol. AR Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 12 iyun 2009-cu il tarixli 17 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009.
2. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
3. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.
4. Диагностика и лечение шока. М.Г.Вейль, Г.Шубин. Перевод с английского. Москва, 1971.

- Mündəricat:
- A. Ümumi məlumat.
 - B. Ətraflarda baş verən dəyişikliklər.
 - C. İlk yardım.

A. 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 ağır-laşmalarla nəticələnir və dağınıq zamanı ölüm faizinin artmasına səbəb olur.



Dağıntılar zamanı meydana çıxan yaralanmalardan biri də uzunmüddətli sıxılma (Kraş) sindromudur. Uzunmüddətli sıxılma sindromu – uzun müddət böyük mexaniki qüvvənin təzyiqi altında bədən 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.

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 xilas etmə 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 dəyişikliklərdir.

B. ƏTRAFLARDA BAŞ VERƏN DƏYİŞİKLİKLƏR

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

1. Kompresiya (sıxılma)

Kompressiyanın 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 nahiyyəsində zəhərli maddələr əmələ gəlir.

Əgər ətraflar sıxılmadan azad edilməyibsə, zərərçəkənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş ola bilər və o dağıntı 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.

Kompressiya zamanı qan dövranı 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 dövranı bərpa olunur və sıxılmış nahiyyədə 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 dövrənə 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. Dekompressiya (sıxılmanın götürülməsi)

Dekompressiya mərhələsi ətrafı azad edəndən sonra baş verir. İnsanı dağıntılar altından azad etdikdə zədə nahiyyəsindən zəhərli maddələr toplu surətdə qana sorulmağa başlayır ki, nəticədə həyatı vacib orqanlar (ürək, böyrəklər, ağciyər, qaraciyər) zədələnir – beyinin ödemi baş verir. Ətraf azad olduqda, zərərçəkənin ətrafından qan dövrənə 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 dərəcəsindən asılıdır. Ətraflarda yaranmış qan və limfa dövrənə pozğunluğundan ödem (şişkinlik) baş verir.

Ətrafı azad edənə qədər zərərçəkənin vəziyyəti elə də ağır olmur. Tədricən zərərçəkənin halı ağırlaşmağa başlayır. Ağrı təkanları 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 toxumaların 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 turnanın 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 (Kraş) sindromunun 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 nahiyyələrin 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.

C. İLK YARDIM

Bədbəxt hadisələr zamanı ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

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

Xilasetmə 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 itiribsa, təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirib (zəng edib), xilasetmə 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.

- » 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 dağıntı altından ehtiyatla azad edilməmişdən əvvəl və ya etdikdən dərhal sonra **zədələnmiş ətraflara turna qoyulur**. Turnanın qoyulması zədələnmiş nahiyyədən zəhərli maddələrin geri sorulmasının qarşısını alır. Düzgün qoyulan turna zədələnmiş ətrafda ödem (şişkinlik) azalmasına səbəb olur. Eyni zamanda qoyulan turna 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 бүкüşünədək, qol – əl barmaqlarından çiyin qurşağınadək).

3. Ətrafların immobilizasiyası

İlk yardım göstərən zaman zərərçəkənin immobilizasiyası böyük əhəmiyyətə malikdir. Immobilizasiya zədələnmiş ətrafın şinlərdən istifadə etməklə tam hərəkətsizləşdiriləsi deməkdir. Düzgün aparılan immobilizasiya zərərçəkənin daşınması zamanı ağrını, şişkinliyin intensivliyini azaldır və zəhərli maddələrin qana sorulmasını ləngidir. Bu isə şokun inkişafının qarşısını alır. Immobilizasiya üçün standart şinlərdən istifadə olunur. Yumşaq olmaq üçün şinin altına çoxlu pambıq, təniz, olmadıqda isə paltar qoyulur və bərk sarınır. Şinin uzunluğu iki oynaq tutacaq qədər olmalıdır.

4. Zədələnmiş nahiyyənin soyudulması

İlk yardım kompleksinə yerli hipotermiya (zədələnmiş nahiyyənin 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 ödəmi (şişkinlik) azaldır, ağrını zəiflədir. Yayda yerli hipotermiyanı aparmaq çətindir. Belə halda soyuq suda isladılmış dəsmallardan istifadə edilir. Qışda isə qarla doldurulmuş torbalar (paketlər) zədələnmiş nahiyyəyə qoyulur. Bud və baldır nahiyyələrinə 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 (bax: “Şok anlayışı”)

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. Beyinin qan dövrənini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə zərərçəkənə Trendelenburq vəziyyəti vermək lazımdır (baş aşağı, ayaqlar yuxarı olmalıdır).

Tibb işçiləri zərərçəkən şok halından çıxana və arterial təzyiq normal göstəricilərə qalxana qədər vena daxilinə əvvəl saatda 500 ml kristalloid, sonradan kolloid məhlulları, natrium bikarbonat 8,4% 100 ml və digər məhlullar yeritməlidir.

6. Zərərçəkənin xəstəxanaya aparılması

Hadisə yerində görülən tədbirlərdən sonra zərərçəkənin hüşunun qiymətləndirilməsi AVPU algoritminin köməyi ilə aparılıb (bax: “Nevroloji status. Qicolma”), sistemativ nəzarət altında saxlanılmalıdır. Zərərçəkən ilk yardım göstərildikdən və ağrıkesici 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. Тəcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.

Mündəricat:

- A. Bayılmanın əlamətləri və bayılmada ilk yardım.
B. Tibb işçiləri üçün qısa məlumat.

A. BAYILMANIN ƏLAMƏTLƏRİ və BAYILMADA İLK YARDIM

Bayılma (və ya sinkopal vəziyyət) – qan damar sayə 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 oturmaq 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 ölümə nəticələnə bilər. Digər xəstəliklər elə də qorxulu deyil. Buna görə diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün zərərçəkən həkimə müraciət etməlidir.

1. Bayılmanın (sinkopal vəziyyətin) üç dövrü var: sinkopönu, sinkop, sinkopdan sonrakı

* Bayılmanın xəbərdaredici əlaməti olan sinkopönu dövr

Adətən bayılmaların əksəriyyətində bayılmadan əvvəl sinkopönu reaksiyalar baş verir: zərərçəkən özünü pis hiss edir, əsnəmə, zəiflik, başgicəllənmə (əsasən ayaq üstə olduqda), göz önündə qaralma, işartılar, yanib sönən qılgıncılar 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 yıxılmaması (asta-asta yerə enir və ya yıxılır) üçün qabaqlayıcı tədbirlərin görülməsinə imkan yaradır. Bəzi hallarda bayılma qəfləti 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 tonik-klonik qıcolmalar baş verir, qeyri-iradi sidik ifrazı müşahidə olunur.

Əlamətlər:

- **huşun itməsi** (bayılma zamanı zərərçəkən huşunu tamamilə itirir);
- zərərçəkənin **rənginin solğun**, avazı, ağarmış **olması**, bədəninin soyuması, **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 sıfıra qədər enə bilər, nəbz zəif dolğunluqlu olur və ya onu əlləmək çətin olur.

Zərərçəkən yığıldıqdan sonra üfqi vəziyyət aldıqda, beyin qan dövrəni 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 yıxılma ehtimalı varsa demək o, huşunu itirib yerə yıxıla bilər. Belə halda onu tutub, uzanmasına yardım edin və bir müddət tərpənməyə qoymayın.

Həmişə DRCABD-dan başlayın. Huş itdikdə tənəffüs yollarının tutulmasının əsas səbəbi dil olur. Huş itirildikdə əzələ tonusu (əzələ gərginliyi) zəifləyir, çənə və boyun əzələləri boşalır, arxası üstə uzanmış zərərçəkənin dilinin kökü arxaya və aşağıya, qırtlaq qapağının üzünə 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.

- » Yıxılıb 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.
- » Sixan, dar paltarları (köynəyin yaxalığı), kəməri və s. boşaldın.
- » Zərərçəkəni təmiz hava ilə təmin edin – pəncərəni, nəfəsləyi 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 yardımı sərin yerdə göstərin (bax: “Ekzogen (xarici) amillərdən yaranan hiper- və hipotermiya”).
- » Baş verə biləcək qusma nəticəsində boğulmanın qarşısını almaq üçün, zərərçəkənin başını yana çevirin.
- » **Zərərçəkən 3 dəqiqə müddətində özünə gəlmirsə, dərhal təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin.**

Təcili yardım tədbirləri sinkopun yaranmasına birbaşa təkan verən səbəblərin aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir çünki, bayılma özü-özlüyündə çox qısa sürür və öz-özünə bərpa olunur. Əgər zərərçəkən uzun müddət özünə gələ bilmirsə, bunun səbəbini hipoqlikemiya, epilepsiya, isteriyada axtarmaq lazımdır. 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, ciddi bradikardiya varsa vena daxilinə 1,0 ml atropin sulfat yeritmək 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 nahiyyəsini döyəcləmək;
- üzünə soyuq su çiləmək.

Bayılma ciddi xəstəliyin əlaməti ola bilər. Ona görə, bayılmadan sonra başqa şikayətlər olduqda mütləq həkimə müraciət etmək lazımdır.

B. TİBB İŞÇİLƏRİ ÜÇÜN QISA MƏLUMAT

Bayılma oksigenlə qlükozanın beyinə daşınmasının pozulması və beyində qıcolma fəaliyyətinin aktivləşməsi nəticəsində yaranır. Bir sıra patoloji hallar bayılmaya səbəb olur. İlk növbədə bayılmaya səbəb olan əsas tibbi problemi araşdırmaq lazımdır. Diaqnoz səhv qoyulub müalicə düzgün aparılmadıqda, xəstəlik ölümlə nəticələnə bilər.

1. Epileptik mənşəli bayılmalar

Qısa müddətli **bayılmalar epilepsiyanın əlaməti ola bilər**. İlk növbədə bayılma halının qıcolmanın aktivləşməsi nəticəsində, yoxsa digər səbəblərdən baş verməsini araşdırmaq lazımdır. Ən əsası, bayılmanı epileptik tutmadan fərqləndirməkdir. Hər iki halda zərərçəkənin huşunun itməsinə baxmayaraq, bunlar müxtəlif patologiya (anormallıq) olduğuna görə fərqli yardımlar tələb edir.

Bayılma ilə epileptik tutmanın fərqləri:

- qıcolma ilə əlaqədar olan huşun itməsi başlanğıcdan gözlənilməzdir;
- epileptik tutmalar zərərçəkənin hansı vəziyyətdə və məkanda olduğundan asılı olmayaraq, günün istənilən vaxtı baş verə bilər, çox vaxt gecələr müşahidə olunur (əksər xəstələrdə tutma öncəsi görmə, eşitmə, dad bilmə refleksləri pozulmuş olur);
- Morqani-Adams-Stoks tutmaları istisna olmaqla bayılma, üfüqi vəziyyətdə baş vermir;
- bayılmada dərinin solğun olması mütləqdir, epilepsiyada isə dərinin göyərməsi (sianoz) və ya hiperemiyası müşahidə ola bilər;
- tərləmə və ürəkbulanma kimi xəbərdaredici əlamətlər epilepsiyada olmur;
- xəsarət alma ehtimalı epilepsiyada daha çoxdur;
- xəstənin dilini dişləməsi epilepsiya üçün xarakterikdir, bayılmada belə hallar təsadüf edilmir;
- huşsuz dövr epilepsiyada ən azı 15 dəqiqə çəkir və huş tədricən bərpa olunur, bayılmada isə dərhal;
- epileptik tutmadan sonra zərərçəkəndə baş ağrıları, əzginlik, yuxululuq, keçici sərsəmlilik müşahidə olunur;
- epilepsiya adətən qıcolmalarla müşayiət olunur (tonik qıcolmalar sonra klonik qıcolmalarla əvəzlənir, bayılma zamanı isə qıcolma nadir hallarda olur);
- qeyri-iradi sidik ifrazı epilepsiya üçün xarakterik olduğu halda, bayılmayada rast gəlinmir;
- epileptik tutmalara adətən gənclər arasında rast gəlinir;
- gün ərzində və ya ayda bir neçə dəfə huşun itməsi epilepsiyadan xəbər verir;
- elektroensefaloqramın aparılması diaqnozu dəqiqləşdirir.

İsterik bayılma həqiqi bayılma deyil. İsterik bayılmada zərərçəkən huşunu itirmiş görünür, lakin onun nə ürək döyüntülərinin sayı, nə də qan təzyiqi dəyişmir, tərləmə və solğunluq müşahidə olunmur. İsterik tutmanı yarıda kəsmək üçün xəstənin ağzını və burnunu qısa müddət sıxıb, bu vəziyyətdə saxlamaq lazımdır.

Yalnız bayılmanın, qıcolmanın aktivləşməsi nəticəsində baş vermədiyi sübut olduqdan sonra digər səbəbləri nəzərdən keçirmək olar.

2. Ürəklə əlaqəli səbəblər – kardiogen bayılma

Ölümlə nəticələnən bayılmaların çoxu ürəklə əlaqəli olur. Ürək atımının enməsi ilə müşayiət olunan müxtəlif ürək xəstəlikləri, ən çox aritmiyalar (ritm pozğunluğu), keçiricilik sisteminin blokadaları, aorta və ağciyər arteriyasının stenozu, miokard infarktı, ağır stenokardiya tutmalarında baş verən kardiogen bayılma zərərçəkənin istənilən vəziyyətdə qəfildən başlayıb, elə də qurtara bilər. Bəzən zərərçəkən bayılmadan qabaq ürək döyüntülərinin artmasını hiss edir. Mədəciklərin axın sürətinin kəskin azalması nəticəsində baş beyinin qan dövrəni pozulur və bayılma baş verir. Aritmik bayılma ən çox ahıl yaşlı xəstələrdə rast gəlinir. Onun əsas səbəbləri – sinus düyününün zəiflik sindromu, tam atrioventrikulyar blokada (Morqanyı-Adams-Stoks sindromu) və mədəcik taxikardiyasıdır.

3. Periferik damar (vasulyar) pozğunluğu

3.1. Vazovagal bayılma

Periferik damar pozğunluqlarının ən çox rast gəlinən səbəbi vazovaqal (vasovagalis latın sözü olub “vas” – damar, nervus vagus – azan sinir kimi tərcümə olunur) bayılma və ya adi bayılma. Vazovaqal bayılma 50% hallarda rast gəlinir. Belə bayılmalar həyat üçün təhlükəli deyil, uşaq yaşlarından başlayaraq böyüyənə kimi eyni xarakter daşıyır. Vazovagal bayılma şaquli vəziyyətdə baş verir və mütəmadi solğun rəngin avazıması ilə müşahidə olunur. Adətən vazovagal bayılma sağlam insanlarda, əsasən yeniyetmələrdə, kəskin emosional stress (əsasən qadınlarda) zamanı (qorxu, qan gördükdə), ağrı (venadan və ya barmaqdan qan götürülməsi), qapalı, hava çatışmayan otaqda uzun müddət ayaq üstə dayandıqda, yüngül fiziki gərginlik (pilləkənlə qalxma, velotrenajorda məşqin qəfil dayandırılması), dar yaxalı köynəklər və ya qalstuklar geydikdə vegetativ sinir sisteminin (azan sinirin) qıcıqlanması nəticəsində periferik damarların kəskin genişlənməsi və ürək yığılmasının ləngiməsi nəticəsində baş verir. Bu zaman arterial təzyiq enir, nəbz sayı azalır, dərinin rəngi solur, avazıyır, soyuq tər basır, huş itir. Huşun bərpası bir necə saniyə ərzində sərbəst şəkildə baş verir.

Uşaqlarda vaqus tonusu böyüklərə nisbətən yüksəkdir. Uşaqlar bradikardiya və bayılmaya meyillidirlər.

3.2. Ortostatik bayılma

Ortostatik yunan sözü olub orthos – düz, dayanmış, qalxmış; statos – hərəkətsiz kimi tərcümə olunur. Ortostatik hipotoniya yaşa dolmuşların dördü birində olur. Ortostatik bayılma uzanmış və ya oturmuş vəziyyətdən qəflətən ayaqüstü vəziyyətə (ortostatika) keçdikdə və ya uzun müddət ayaq üstə qaldıqda (ortostaz) baş verir.

Qanın ağırlıq qüvvəsi təsirindən qan aşağı ətraflarda (sağlam insanlarda 300-dən 800 ml qədər) depolaşır və ətraf damarların (arteriya, vena) qeyri-iradi tonusdan düşməsi (lazım olan qədər büzülməməsi) nəticəsində qanın ürəyə qayıtması çətinləşir. Bu halda ürək-damar sistemi beyinin oksigen və qlükoza ilə təmin edilməsini tam başa çatdırmır. Ürəyə qayıdan venoz qanın həcmi azalır, ürək atımı kəskin enir. Hipotenziya (qan təzyiqinin kəskin şəkildə aşağı düşməsi) müşahidə olunur və o, ortostatik bayılmanın əsas səbəbi kimi göstərilir.

Ortostatik bayılmaya yaxın hal – “parad bayılmasıdır” (üzün müddət isti havada ayaq üstə durma). Ayaq əzələləri işləmədiyinə görə qan aşağı ətraf damarlarında depolaşır və qan təzyiqi aşağı düşür. Bu vəziyyət vegetativ disfunksiya, dehidratasiya (qan itirmə, qusma, ishal və s.), isti mühit (sauna, hamam, isti hava), narkotiklərdən istifadə, dərmanlar və damarların tutumuna təsir edən xəstəliklər zamanı qəfildən ayağa durduqda baş verir. Adətən bu hal sistolik qan təzyiqi ayaq üstə durarkən uzanan vəziyyətdə olduğundan 25 mm c.süt. aşağı düşəndə və ya 90 mm c.süt.-dan aşağı olanda baş verir. Antidepressantlar, fenotiazinlər, nitratlar, narkotiklər, beta-adrenoblokatorlar, kalsium kanallarının blokatorları, antiaritmik, antihipertenziv, diuretik dərmanlar, alkohol, kokain və s. bayılmaya səbəb ola bilər. Bayılma ən çox beta-adrenoblokatorlar, diuretiklər, nitratlar və digər dərmanların birgə qəbulu zamanı baş verir. Beyinin işemiyası ilə gedən bayılma ölümlə də nəticələnə bilər.

4. Karotid sinusun hiperhəssaslığı

Reflektor bayılmaların əsas variantlarından biri karotid sinusu sindromudur. Karotid sinusun həssaslığı artmış xəstələrdə yuxu arteriyasını sıxdıqda və boyunu birdən çevirdikdə asistoliya yaranır və/və ya arterial təzyiq nəzərəçarpan dərəcədə düşür və nəticədə bayılma baş verir.

Reflektor bayılmalar, bayılmaların 1%-ni təşkil edir. Karotid sinusun hiperhəssaslığı gənclərdə bayılmanın ən az rast gəlinən səbəbidir və yaşlılarda olan halların 5%-dən azını təşkil edir. Bu diaqnozdan yaşlı xəstələrdə karotid sinusun ehtimal edilən stimulyasiyası, məsələn, sıx yaxalıqlı köynək geydikdə, üzün qırılması, üzgüçülük, başın döndərilməsi zamanı dərhal baş verən bayılmaönü hal olduqda şübhələnmək olar.

Tibb müəssisəsində bu simptomu dəqiqləşdirmək üçün zərərçəkən yataqda olarkən yalnız bir tərəfli karotid sinusun masajı aparılır və bayılmanın qarşısını almaq üçün atropindən istifadə olunur.

5. Bayılmanı yaradan digər səbəblər

» Bayılmaya gətirən digər səbəblərdən biri də döş qəfəsində təzyiqin artması nəticəsində ürəyə qayıdan venoz qanın həcmi azalması ilə yanaşı gedən vazodilyatasiyadır. Zərərçəkənlər çox vaxt bu səbəbdən baş verən bayılmanın nədən sonra baş verəməsi göstərir: qida qəbulundan sonra, yemək borusunda ağrılar olduqda, udqunma və qidani udma vaxtı, asqırdıqda, öskürdükdə, musiqili nəfəs alətlərində ifa etdikdə, yaşlı insanların sidiyə getməsi və defekasiya aktı zamanı.

- » Bundan başqa dövr edən qanın ciddi həcm çatışmazlığına (hipovolemiya) gətirən qanaxma, dehidratasiya (susuzlaşmaq) – ishal, hipertermiya – kəskin tərləmə, çoxlu sidik ifrazı və s. nəticəsində baş verən bayılmalar.
- » Hipoglikemik vəziyyət – insulin istifadə edən şəkərli diabeti olan xəstələrdə müşahidə edilir. Hipoqlikemiya halları, adətən, koma və nadir hallarda bayılma ilə nəticələnir. Belə xəstələrdə insulin vurulduqdan sonra getdikcə artan zəiflik əmələ gəlir. Dərmanını qəbul edib, müvafiq miqdarda qidalanmayan şəkərli diabeti olan xəstə hipoqlikemik komaya düşüb, huşunu itirə bilər. Belə xəstələr əsəbi olur, tərləyir, AT və nəbz dəyişmir. Hipoglikemik vəziyyət normallaşdıqdan sonra xəstə rahatlaşır. Şəkərli diabeti olmayanlarda isə hipoqlikemiya səbəbindən bayılma nadir hallarda olur.
- » Hiperventilyasiya (dərin və tez tez nəfəsalma) hipokapniya (qanda karbon qazının – CO₂-nin çatışmazlığı) və tənəffüs alkolozu nəticəsində yaranır. Baş beyinin damarlarının reflektor büzülməsi nəticəsində yaranan beyin damarlarının spazması beyinə qanın axınının azalması ilə nəticələnir. Baş gicəllənmə və ya bayılma olur. Hiperventilyasiya bayılma önlü vəziyyətin ən çox rast gəlinən səbəbidir və bəzən bayılma ilə nəticələnir. Dərin və tez-tez nəfəsalma qorxu, vahimə, isteriya, şar və hava döşəklərini doldurduqda, suya baş vurmaqdan qabaq baş verir. Bu bayılmalar tədricən başlayır, tədricən də qurtarır.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
3. Кардиология. Н.М.Шевченко. Медицинское информационное агентство. 2006 г.

- Mündəricat:
- A. Qan dövrəni.
 - B. Qanaxmalar.
 - C. Xarici qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üsulları.
 - D. Daxili qanaxma.
 - E. Digər qanaxmalar.

A. QAN DÖVRƏNİ

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 dövrənin tamlığı qan tromblarının (qan laxtası) vasitəsilə bərpa olunur. İnsanın bütün orqan və toxumalarında qan daima dövr edir. Qan dövrəni 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 dövrəni əmələ gətirir: böyük və kiçik qan dövrəni.

» **Böyük qan dövrəni** 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 litrədək 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 dövrəni** 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 dövrəni başlanır.

B. QANAXMALAR

Qanaxma – damar və ya ürək əzələsinin tamlığının pozulması nəticəsində baş verir. Qanaxma təcili yardım tələbatında 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 başladıqda orqanizmdə kompleks proseslər baş verir. Beyin qan azlığını müəyyən edərək, laxtalanmanı gücləndirir, ətraflarda qan damarlarını sıxıb, oksigenlə zəngin qanı beyin, ürək, ağciyər və həyati 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**, vena da baş verirsə – **venoz**, kapilyarlarda baş verirsə – **kapilyar**, daxili parenximal orqanlarda baş verirsə – **parenximal** qanaxma adlanır.



- **Arterial qanaxma** təzyiq altında və çox sürətli olur. Qan arteriyada böyük təzyiq altında 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 qanaxmanı** dayandırmaq, arteriyadan qanaxmanı dayandırmaqdan asandır.



Venalar dəri səthinə yaxın olduğu üçün tez-tez zədələnir. Venadakı qan arteriyadakı qana nisbətən aşağı təzyiq altındadır və yara yerindən fasiləsiz şəkildə, yavaş-yavaş, çox vaxt isə damcılarla axır. Yalnız bədənə 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 mənəfi kiçik olduğundan və qan aşağı təzyiqlə axdığından, bu qanaxma çox vaxt zəif olur. Qanaxma aramla qanayan səthə toplaşan çoxlu sayda xırda qan damcılarının şəklində təzahür edir. Kapilyar qanaxma 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 adı üsullarla çox çətindir. Qan adətən boşluqlara yığılaraq, orada toplanır (daxili qanaxma).
- **Qarışıq 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 mühitə əlaqəsi olmayan bədən daxilində 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 zərər 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, tənəffüslik əmələ gəlir;
- zərərçəkəndə ümumi tormozlanma baş verir, huş itir.

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

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

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

C. 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 (bax: “Yaralanmalar və zədələnmələr zamanı ilk yardım”).

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 mənəfi 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 dövrə) 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 ÜÇÜN AŞAĞIDAKI ÜSULLARDAN İSTİFADƏ OLUNUR

1. Birbaşa sıxmaqla

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 varsa yara 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 təzyiq tətbiq etmək mümkün deyilsə (yarada yad cisimlərin olması və s.), belə hallarda yarıdakı yad cisimin hər tərəfindən təzyiq göstərməklə qanaxmanı dayandırın.



Qanaxma dayanmadıqda, qoyulmuş steril tənzifi bir qədər qaldırıraq qanaxma yerini dəqiqləşdirdikdən sonra oraya bükülmüş steril tənzif və ya ona uyğun əşya əlavə edib birbaşa sıxın. Yara üzərinə təzyiqin tətbiq edilməsi yarıdan qan axınını məhdudlaşdırır və normal laxtalanmanı təmin edir. Ümumi halda yaraya steril sargı qoymaqla müəyyən təzyiqin yaradılması 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 onun 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 qan axmasını dayandırmaq olar. Bu nöqtələrin yerini bildikdə, onların axtarışına vaxt itirmədən, qanaxmanı dayandırmaq mümkündür. Arterianın yara nahiyəsindən yuxarıda barmaqla sıxılıb saxlanması istənilən şəraitdə qanaxmanı müvəqqəti olaraq dayandırır. Bu, ən sadə və praktik üsuldur. Qanaxmanı zəiflətmək üçün əlavə tədbir kimi bədənə müəyyən nöqtələrinə 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** arteriyasını sıxmaq lazımdır. Başın tüklü hissəsindən qanaxma olduqda gicgah arteriyasını gicgah sümüyünə sıxmaq kifayətdir.
- » Çiyin qurşağı nahiyəsində, çiyində, saitdə qanaxmalar baş verdikdə körpücükaltı nahiyədəki **körpücükaltı** arteriyanı birinci qabırğaya, yaxud da **çiyin** arteriyasını 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.

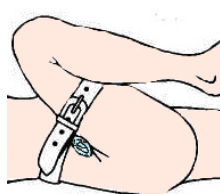
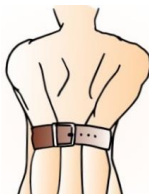
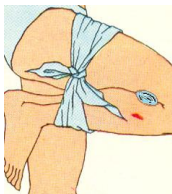


2. Ətrafların yuxarı qaldırılması üsulu



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 oynaqdan 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 oynaqından, baldır nahiyəsində diz oynaqından, bud nahiyəsində bud-çanaq oynaqından ətrafları maksimal bükməklə 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) tarım 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 tarım 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 dayanmazsa sarğının üstündən əlavə bir sarğı da qoyun və bərk sıxın. Qanaxma dayanana qədər sıxmağı davam edin.

5. Boyunun aşağı hissəsində yuxu arteriyasının qanaxması zamanı ilk yardım



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

6. Boyunun yuxarı hissəsində yuxu arteriyasının qanaxması zamanı ilk yardım



Turnanı qarşı tərəfdəki qaldırılmış qolun üzərindən keçirin.

7. Turnanın qoyulması

Turnanın qoyulmasına çox da aludə olmayın. Turnadan istifadə etmək təhlükəlidir və məsləhət görülmür. 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 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, tənzif, 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 (yaylıq, ləçəyin, dəsmalın və s.) üstündən qoyulmalıdır (bu, dərinin əzilməsinin qarşısını alır, çünki turna həmin nəhiyədə dərinin бүкүlməsinə, 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 göyərirsə, turna qısa müddətə bir qədər boşaldılmalı və yaranın ətrafında qan dövranının 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 ədyalla (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 **xəsarət almış nəhiyədən 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 düyünləyin.
- Çubuğu düyünün altından keçirib, qanaxma dayanana qədər burun.
- Turnanın boşalmaması üçün çubuğun uclarını tənziplə ətrafa bərkidin.
- Turnanın qoyulduğu vaxtı qeydə alın.
- Mümkün qədər tibbi yardımı tezləşdirin.

Turnanın qoyulması qanaxmanın tez bir zamanda müvəqqəti olaraq dayandırılmasının əsas üsuludur. Turna-nı sıxıcı sarğının köməyi olmadıqda, həyat üçün təhlükə yarandıqda qoymaq məqsəduyğundur. 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.

D. 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 nəticələnə bilər.

Nüfuzedici 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 bağırsaq xorası, sümüklərin sınıması (bax: “Şok anlayışı”) daxili qanaxmaya səbəb ola bilər. Daxili qanaxmalar həmçinin, bıçaq və ya güllənin dərinə dəşərək 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 təzyiq 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 çıxar 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 aşkarlandıqda;
- 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 nəhiyədə olmasından və zədənin ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. Məsələn, qolda qançır varsa, ağrını və şişi azaltmaq üçün zədələnmiş yerə soyuq kompres qoymaq lazımdır.

Əgər daxili qanaxmanın olmasından şübhələnilirsinizsə, 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 gələndə 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.

E. 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 stabiləşdirin və ətrafına sarğı qoyun ki, tərpənməsin.

Başın dəri qatı qanla güclü təchiz olunduğuna görə zədələnmə halında nəzərə cərpacaq 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 sınıması ehtimalı nəzərə alınmalıdır.

Üz və baş nəhiyəsində 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, hündürlüyün dəyişməsi, asqırma, burunu qurdalama, kobud silmə, soyuqdəymə, grip 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 şırınaqla 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 salftlə ehtiyatla silin. Burun qanaması zamanı insanın nə qədər qan itirdiyini demək çətindir, çünki zərərçəkən çox vaxt qanın bir hissəsini udur.

- Qanın xaricə axmasına imkan yaradın. Zərərçəkəni oturdub boynunu önə 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 nahiyyəsini) iki tərəfdən 10 dəqiqə ərzində sıxıb saxlayın və burunun yuxarı hissəsinə soyuq kompres qoyun. Bu zaman zərərçəkən ağızla nəfəs almalıdır. Ağızla nəfəs alma 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 burunun 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 cisimin olub-olmadığına baxın. Əgər belə bir cisim varsa və onu asanlıqla tuta bilərsinizə, çıxarın. Lakin burun dəliklərinə barmaqla müdaxilə etməyin. Cisimin 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 cisimin 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.

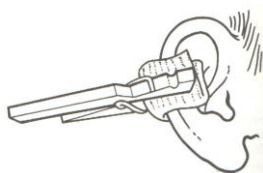


Belə halda:

- zərərçəkənə yarımoturaq vəziyyət verin;
- mayenin axmasının qarşısını almayın (maye axmasının davam etməsi üçün zərərçəkənin başını zərbə aldığı qulaq tərəfinə əyin);
- ehtiyatla yumşaq salftlə 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 yığılmasına yönəldilməlidir.



Hematomanın aşağı nöqtəsi 25G nömrəli iynəli şprislə deşilir və yığılmış qan sovrulur. Hematoma olan yer hər iki tərəfdən salftlə (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 kəsilmə qədər hər gün aparılır.

5. Travmatik diş zədələnmələri və diş çəkilməsindən sonra yaranan qanaxma

Bütün hallarda: çənə nahiyyəsindən xəsarət aldıqda, çənə sümüklərinin sınığından şübhələndikdə, ağızda sınmış, laxlayan və ya qırıq diş olduqda, həmçinin zərbə almış dişin rəngi dəyişdikdə, mütləq diş həkiminə müraciət edin.

Hadisə yerində üz nahiyyəsindən xəsarət almış zərərçəkənə **xarici baxış** keçirərkən boğulma təhlükəsinin qarşısını vaxtında almaq məqsədi ilə ağızda sınmış, 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 zədələməmək məqsədi ilə, diş kökündən deyil, diş tacından tutub, çıxarın. Sonra onu bir fincan südün və ya təmiz suyun içərisinə qoyub, zərər-çəkənlə 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 qalın steril tənzif qoyub, dişlərlə tənzifi 20–30 dəqiqə ərzində sıxmaq 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2010
3. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
4. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

Mündəricat:

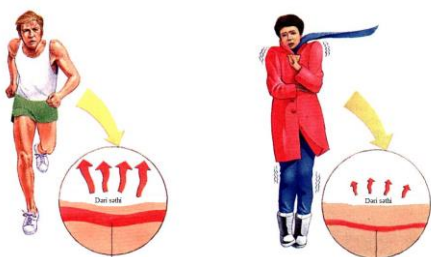
- A. Ümumi məlumat.
- B. Hipertermiya (həddindən artıq qızdırma).
- C. Hipotermiya (həddindən artıq soyuma).
- D. Termik təsirlərdən qorunma.

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

Hipo... və hiper... yunan sözü olub normadan aşağı və yuxarı deməkdir. Termo... yunan sözü olub istilik deməkdir. Hipertermiya – həddindən artıq qızdırma. Hipotermiya – həddindən artıq soyuma.

İnsan bədənini ekstremal temperaturlara dözmək qabiliyyətinə malikdir, çünki bədən hərarətini tənzimləmə mexanizmi çox yaxşı işləyir. Lakin həddindən artıq istinin və soyuğun təsiri həyat üçün təhlükə yaradıb, ölümlə nəticələnə bilər. Bədənin effektiv fəaliyyəti üçün bədən temperaturu sabit qalmalıdır. Rütubət, külək, geyim, ətraf mühit, fiziki aktivlik, yaş, şəxsi sağlamlıq, isti və soyuq, şış, infeksiya və s. xəstəliklər bədən temperaturunun dəyişməsinə səbəb olur. Normal bədən hərarəti 36,5–36,9°C (Selsi) dərəcə arasındadır. İstilik həmişə isti yerdən soyuq yerə doğru hərəkət edir. Bədən öz hərarətini istilik itkisini istilik hasilatı ilə daim balanslaşdırma yolu ilə təmin edir. Bu prosesdə dəri örtüyünün vacib rolu vardır.

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 beyninə ötürür. Bədənin hərarəti artdıqda, istilik dəri vasitəsilə xaric olur.



Dəriyə yaxın olan qan damarları genişlənir və səthə çoxlu isti qan çatdırılır. Sonra istilik xaric olur və bədən soyuyur. Bədən həmçinin tərin buxarlanması vasitəsilə soyuyur. Hava çox isti olduqda qan damarları genişlənir və tərləmə artır. Lakin rütubət yüksək olduqda, tər tez buxarlana bilmir, dəridən az istilik xaric olur və istilik bədəndə qalır. Dəri səthinə yaxın olan qan damarlarının sıxılması bədənin isti qalmasını təmin edə bilmirsə, bədən soyuyur və istilik əzələlərin fəaliyyəti nəticəsində əldə edilir.

İstinin və soyuğun təsirinə daha həssas olanlar:

- artıq bədən çəkisi olanlar;
- yaşlı insanlar, uşaqlar, körpələr, yenidoğulmuşlar;
- fiziki inkişafı zəif və idmanla az məşğul olanlar;
- günün isti və soyuq vaxtında açıq havada uzun müddət qalanlar, o cümlədən fiziki iş və ya idmanla məşğul olanlar;
- uzun müddət soyuq suda, yaş paltarda, soyuq havada, evsiz olanlar, pis qızdırılan evlərdə yaşayanlar, dağ yerlərində havada oksigen qıtlığından əziyyət çəkənlər hipotermiyaya məruz qalırlar;
- ürək çatışmazlığı, şəkərli diabet, ur (tireotoksikoz), səhhətində problem və xroniki xəstəliyi olanlar;
- keçmişdə isti və ya soyuqla əlaqədar xəstəliyə tutulanlar;
- dövr edən qanın həcmində azalmasına gətirən hallar (travma, qanaxma, şok və s.);
- spirtli içkilər, psixostimulyatorlar və yuxu dərmanları qəbul edənlər;
- zəif qidalananlar;
- sidikqovucu preparatlar qəbul edənlər.

B. HİPERTERMİYA (həddindən artıq qızdırma)

Ətraf mühitin həddən artıq yüksək temperaturunun təsirindən hipertermiya baş verir. İstidən orqanizmin hərarətinin həddindən artıq yüksəlməsi nəticəsində termorequlyasiya mexanizmlərinin (istilik əmələgəlmə ilə istiliyin bədəndən xaric olması arasında tənzimləmə balansını) pozulması baş verir.

Hipertermiyanın növləri:

- » endogen hipertermiya (daxili faktorlardan asılı olan) – iltihabi proses nəticəsində yaranır;
- » ekzogen hipertermiya (xarici faktorlardan asılı olan) – ətraf mühitdə hərarətin yüksək olması və ya düz (bilavasitə) düşən günəş şüalarının birbaşa təsiri nəticəsində yaranır.

Ekzogen hipertermiya bədənin xarici iqlim amillərinin təsiri (ətraf temperaturun yüksək olması və ya düz bilavasitə düşən günəş şüalarının birbaşa təsiri) nəticəsində qızması və bədəndə istilik mübadiləsinin pozulması nəticəsində baş verir.

Əsas səbəb mühitə uyğun olmayan geyim və yüksək rütubətdir. Həmçinin hərəkətin tənzimlənmə mexanizminin pozulması, lazımi miqdarda maye qəbulunun olmaması (dehidratasiya), dərialtı piylənmə, uşaqlarda doğuş zamanı baş beyin travması və s. səbəblərdən baş verə bilər.

Ekzogen hipertermiyada yardım göstərərək hər itirilən dəqiqə ölümü tezləşdirir.

Xilasedici üçün əsas vəzifə zərərçəkənin vəziyyətini düzgün qiymətləndirməkdir. Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə **xarici baxış** keçirilməlidir: birinci baxış, reanimasiya tədbirləri, ikinci baxış, hadisə yerində görülən tədbirlər, təkrar qiymətləndirmə. Birincili baxış DRCABD alqoritmı ilə başlanılır.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

DRCABD-dan sonra huşun vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün qısa nevroloji müayinə AVPU ilə aparılır. Bununla mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin olub-olmadığı aşkar edilir.

Zərərçəkənin huşunun vəziyyətinin ilkin qiymətləndirilməsi AVPU alqoritmının köməyi ilə aparılır.

A Alert – ayıqdır. Oyanır, huşu aydındır: özünü, ətraf mühiti və zamanı dəyərləndirir. **Huşu aydındır.**

V Verbal – şifahi, soruşmaqla. Uca səsə cavab vermir. **Keyləşmə.**

P Painful – ağrıya reaksiya vermir. **Sopor.**

U Unresponsive – ünsiyyətə girmir. Oyanmır, heç bir qıcığa reaksiya vermir. **Belə hala hələ də ağır koma demək olmaz.**

Birincili baxış (DRCABD QA) aparıldıqdan sonra reanimasiya tədbirlərinə ehtiyac olmasa, ikincili baxışa keçib, həyat əlamətləri (nəbz, tənəffüs, arterial təzyiq, dəri, göz bəbəyi) qiymətləndirilir. Həyat əlamətləri qeyri-stabil olan və ya xəstəlik qeyd edilən hallarda qiymətləndirmə sürətləndirilməli və tez bir zamanda başa çatdırılmalıdır. Anamnez topladıqda "SAMPLE"-dan istifadə edilir: (**S**imptomlar, **A**llergiya, **M**edikament – qəbul etdiyi dərman, **P**asiyentin **x**əstəlik **t**arixi – hazırkı və keçirdiyi xəstəliklər, **L**ap **a**xırncı **q**ida **q**əbulu, **E**rtədən (*hadisədən öncə*) **n**ə **b**aş **v**ermiş).

Hipertermiya ilk növbədə su-duz mübadiləsinə, qan dövranına və mərkəzi sinir sisteminə təsir edir. Su-duz mübadiləsinin pozulması **xörək duzunun** (natrium xlorid) və ya **suyun defisiti nəticəsində baş verir**. Tər ilə su və duz itkisi, həmçinin maye qəbulunun azalması nəticəsində dövr edən qanın həcmi kəskin azalır və nəticədə hipovolemik şok əmələ gəlir. Toxumalar, o cümlədən beyin hüceyrələri hipoksiyadan (orqanizmdə oksigenin azalması) əziyyət çəkir. Belə hal beyin ödeminə (şişmə), qıcolmalara və huşun itməsinə gətirib çıxarır.

Bədən hərəkətinin 42–43°C olması ölümlə nəticələnir.

Hipertermiyanın bir neçə növü mövcuddur:

- » istidən qıcolma (yüngül hal);
- » istidən üzülmə (orta ağır hal);
- » istivurma – günvurma (ağır hal).

1. İstidən qıcolma (yüngül hal)

Əzələ qıcolmaları (istilik qıcolması)

Hipertermiya yüngül formada keçdikdə əzələlərdə ağrılı spazma baş verir. İstidən əzələlərin ağrılı qıcolması (spazma), adətən, qarın və baldır əzələlərində müşahidə olunur. İstidən qıcolma yüksək temperaturlu və rütubət olan yerlərdə, ventilyasiyası pis olan otaqlarda, gərgin fiziki iş, idmanla intensiv məşğul olduqdan sonra (istirahət vaxtı), çox isti şəraitdə uzunmüddətli marş (yürüş) zamanı duzların, o cümlədən **xörək duzunun** (natrium xlorid) **və suyun tərlə itməsi nəticəsində baş verir**.

Həmçinin, tərləyən insana, o cümlədən bir yaşından yuxarı uşağa şirin (duzsuz) su içirdikdə, onda xörək duzu çatışmazlığı (defisiti) yaranır, bu da ətrafların ağrılı qıcolması (spazması) ilə nəticələnir. Hipertermiyada əzələ qıcolmaları dövrü xarakter daşıyır və qısa müddətli olur. İdmançılar, açıq havada işləyənlər bu əlamətlərə, adətən, fikir vermirlər və öz işlərini davam etdirirlər. Lakin belə hallara biganəlik ağır fəsadlarla nəticələnmə bilər.

* İstidən qıcolmanın əlamətləri:

- qıcolmalar çox vaxt qol, qarın, baldır, bel əzələlərində güclü və ağrılı spazma formasında təzahür edir;
- bədən hərəkəti normal olur;
- tərləmə (nəmli, yaş dəri) müşahidə olunur;
- baş ağrısı olur;
- zərərçəkənin huşu aydın olur, susuzluq və yağı hissi müşahidə olunmur.

* İstidən qıcolmada ilk yardım

Dərhal yardımın göstərilməsi xəstəliyin həyat üçün təhlükə törədəcək hala keçməsinin qarşısını ala bilər.

- Zərərçəkənin sərin və kölgədə rahatlığını təmin edin.
- Bədənin soyudun. Zərərçəkəni sərin yerdə uzadın, yelpikləyin, kondisioner olan otağa keçirin. Zərərçəkən dözürsə, parçaya bükülmüş buz qovluğunu 20 dəqiqəlik ağrıyan əzələnin üzərinə qoyun.
- Zərərçəkənə tərkibində şəkər və elektrolit olan içki, məsələn meyvə şirəsi yaxud soyuq su verin. Hazır sərin duzlu məhlul (elektrolit, duzlu ayan) olmadıqda onu özünüz 1 litr suya yarım və ya dördü bir çay qaşığı xörək duzu əlavə etməklə hazırlayın.
- Qıc olmuş əzələyə rahatlıq verdikdən sonra, əzələni ehmalla dartıb ovuşdurun, lakin əzişdirməyin.

Əzələ qıcolması keçdikdən sonra zərərçəkən yenidən işini davam etdirə bilər.

2. **İstidən üzülmə (orta ağır hal)**

İstilikdən üzülmə, susuzlaşma

Orqanizmdə su ehtiyatlarının tükənməsi nəticəsində istilik prostrasiyası (əldən düşmə)

İstidən üzülmə tez-tez təsadüf edilən və susuzlaşmaya səbəb olan haldır. O, xarici istilik faktorlarının təsirindən əmələ gələn orqanizmin ümumi istiləşməsidir. Bədənin hərarəti normal və ya normadan bir qədər yüksək (37,5–38°C) ola bilər. İstidən üzülmə inkişaf etdikdə zərərçəkənin vəziyyəti pisləşir, ürəkbulanma və qusma baş verir. Dəriyə qan axını artır və zərərçəkən tərləmə ilə maye itirir.

Maye və duz itkisi, qanın dərialtı toxumalarda depolaşması dövr edən qanın həcmi kəskin azaldır, həyatı vacib orqanlar qanla lazımı qədər (adekvat) təchiz olunmur. Nəticədə zərərçəkən şok vəziyyətinə düşür, huşunda dəyişikliklər meydana çıxır.

* **İstidən üzülmənin əlamətləri:**

- bədənin hərarətinin normal və ya bir qədər yüksək (37,5–38°C) olması;
- avazı olmuş, soyuq və nəm dəri;
- ürəkbulanma və qusma;
- baş gicəllənmə, baş ağrısı, qulaqlarda küy (zərərçəkən karlaşır);
- əzələ spazması (qıcolmalar);
- yorğunluq, zəiflik, yuxululuq (istidən ağır üzülmədə düşüncənin və davranışın pozulması, huşda dəyişiklik, keyləşmə meydana çıxır);
- tərləmə (avazı olmuş və ya azacıq qızarmış, soyuq və nəm dəri);
- üzülmə halı.

* **İstidən üzülmədə ilk yardım**

İstidən üzülmənin ilkin mərhələsini dərhal yardım göstərməklə aradan qaldırmaq olar. Bir çox hallarda zərərçəkən sərin və ya kölgə yerdə dincəldikdə və sərin su qəbul etdikdə özünü yaxşı hiss edir. Dərhal yardım göstərmədikdə istidən üzülmə inkişaf edib, həyat üçün təhlükəli olan istivurmaya çevrilir.

Görüləcək tədbirlər

- » Bədəni tez bir zamanda soyudun.
- » Zərərçəkəni isti mühitdən (gün altından, isti yerdən) kənarlaşdırın, sərin yerdə uzandırın, yelpikləyin, kondisioner olan otağa keçirin.
- » Paltarlarını mümkün qədər çıxarın, ən əsası zərərçəkəni tərlə islanmış geyimlərdən azad edin, paltarların düymələrini açın, geyimdən azad edin.
- » Zərərçəkəni sərin su ilə soyudun.
- » Zərərçəkəni, mümkünə qədər boğaza qədər sərin suya salın. Mümkün olmadıqda qoltuq altına, qasıq nahiyəsinə və boynuna soyuq, nəm əski qoyun.
- » Zərərçəkəni yelpikləyib, buxarlanmanı artırın.
- » Zərərçəkən huşunu itirməyibsə, ona az miqdarda tərkibində şəkər və elektrolit olan hazır içkilər, meyvə şirəsi, bunlar olmadıqda, sərin su və ya sərin içkilər verin.
- » Suyun birdəfəlik qəbuluna yol verməyin (hər 15 dəqiqədən bir fasilələrlə yarım stəkan su verin).
- » Zərərçəkəni sakitləşdirin, ona nəzarət edin və vəziyyətinin pisləşməsinə nəzərdən qaçırmayın.
- » Şok əleyhinə tədbirlər görünl. Zərərçəkəni arxası üstə uzadıb, aşağı ətrafları yuxarı qaldırın və bu vəziyyətdə saxlayın.
- » Təcili olaraq həkimə müraciət edin və ya dərhal zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırın.

İstidən üzülmədə yardım göstərdikdən sonra zərərçəkən nəzarət altında saxlanılmalıdır və əmək (fiziki) fəaliyyətini davam etdirməməlidir.

Diqqət! (1) Dərini spirtlə silməyin. Spirt dərinin məsamələrini tutub, istinin buxarlanmasına mane olur.

(2) Su içmək – tərlə çıxan maye itkisinin əvəzini doldurmağa kömək edir. Zərərçəkəndə adətən ürəkbulanma ehtimalı da olur. Suyun başqa mayelərə nisbətən daha asan və tez mənimsəlməsi qusma ehtimalını azaldır.

3. **İstivurma – günvurma (ağır hal)**

İstilik bayılması

Günvurma insanın uzun müddət düz (bilavasitə) düşən günəş şüasının altında qalması və ya çoxlu fiziki hərəkətlər edərək tərlədikdə baş verir. Günvurma istivurmanın xüsusi formasıdır. İstivurma və günvurmanın əlamətləri eynidir. Fərqli cəhət ondadır ki, istivurmada bədənin ümumi qızması baş verir, günvurmada isə orqanizmdə əmələ gələn dəyişikliklər ancaq baş nahiyəsinin qızmasından asılı olur. Günvurma uzun müddət günəş şüaları altında qaldıqda, isti, бүrkülü, rütubətli havada ağır fiziki işlə fasiləsiz məşğul olduqda və s. hallarda baş verir.

Qızmar günəş altında uzun müddət qalma

Qızmar günəş altında uzun müddət qalma vəziyyəti isti havada günəş altında çoxlu fiziki hərəkətlər edərək tərlədikdə yaranır. Bu zaman zərərçəkəndə ürəkbulanma, başgicəllənmə, qusma, əzələ qıcolması, əzginlik və halsızlıq müşahidə olunur. Əgər zərərçəkənə tez bir zaman yardım göstərilməsə, günəş altında uzun müddət qalan insanda günvurma baş verəcək. Günvurma çox ciddi, hətta, ölümlə nəticələnə biləcək vəziyyətdir. Günəş altında uzun müddət qalan insana ilk yardım istidən üzülmədə olduğu kimi göstərilir.

İstivurma – günvurma (bundan sonra istivurma) istidən üzülmə və mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi əlamətləri ilə özünü büruzə verir və tez bir zaman ölümlə nəticələnə bilən bir vəziyyətdir. İstivurma çox təhlükəli hal olduğu üçün istivurmada ilk yardım tez və mütləq venadaxili maye köçürülməsi ilə göstərilməlidir.

İstivurma isti yerdə uzun müddət (bir neçə gün) qaldıqda, havalandırma (ventilyasiya) sistemi olmadıqda və ya işləmədikdə, kifayət qədər maye qəbul etmədikdə, istidən üzülmədə lazımı tədbirlər görülmədikdə baş verir.

İstilik nəticəsində orqanizmin bütün sistemləri fəaliyyətini zəiflədir. Bu zaman **orqanizm** uzun müddət tərləmə nəticəsində çoxlu miqdarda **maye və duz itirir**. Nəticədə su-duz mübadiləsi pozulur, dövr edən qanın həcmi kəskin azalır. Bədəndə mayenin həcmi azaldıqda **tərləmə dayanır** və bədən özünü lazımı qədər soyuda bilmir (termorequlyasiya pozulur). Bədənin hərəkəti tezliklə elə bir həddə qalxır ki, beyin və digər vacib orqanlar (ürək və böyrəklər) öz fəaliyyət qabiliyyətlərini itirməyə başlayır. Nəticədə istivurma yaranır. Bədən soyudulmadığı təqdirdə psixi statusun dəyişməsi, nevro-psixi əlamətlər, beyin ödemi, qıcolma, koma və ölüm baş verə bilər.

* **İstivurmanın əlamətləri:**

- oriyentasiyanın itməsi, dalğınlıq;
- huşun itməsi, bəzi hallarda oyanıqlıq (həyəcanlanma);
- başgicəllənmə, şiddətli baş ağrıların olması;
- əzələ spazması və qıcolmaların hər 3–5 dəqiqədən bir təkrarlanması, sonra isə tədricən azalması;
- quru və ya nəm olan dərinin qızarması və isti olması;
- tremor (titrəmə, əsmə, səyirmə);
- ürəkbulanma, qusma;
- yorğunluq, əzginlik, təngnəfəslik;
- bədən temperaturunun 41°C qədər yüksəlməsi;
- su qəbulundan imtina;
- tərləmənin dayanması, dərinin cansız və solğun olması;
- tənəffüsün tezləşməsi və sətiləşməsi, tənəffüs çatışmazlığı, sianoz (burun, qulaq və barmaqların uclarının göyərməsi);
- sapvarı nəbz və nəbzın tezləşməsi;
- su, duz itkisi və maye qəbulunun azalması nəticəsində hipovolemik şokun əmələ gəlməsi.

Diqqət! **Sudan imtina, qusma və şüurun pozulması** zərərçəkənin vəziyyətinin pisləşməsini göstərir. 5–6 saatdan sonra hallusinasiya, sayıqlama müşahidə olunur və zərərçəkən huşunu itirir (sopor, koma), çox ağır halda ürək və tənəffüs dayanır.

* **İstivurmada (günvurmada) ilk yardım**

Məqsəd beyin hüceyrələrinin istidən məhv olmasının qarşısını almaqdır. Nəzərə alınmalıdır ki, istivurmanın əsas əlamətləri **huşun itməsi** (hipertermik koma) və **tər ifrazının dayanmasıdır**.

Ötən hər dəqiqə qiymətlidir

- Dərhal təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin. İstivurmada venadaxili mayələrin köçürülməsi vacibdir.
- Zərərçəkəni bütün mümkün vasitələrlə tez bir zamanda soyudun (ventilyator, kondisioner, yelpik), sərin yerdə uzadın və bədənin soyudulmasını davam edin, boğaza qədər sərin suya salın, üstünə su çiləyin, şlanqla su töküb, ehtiyatla ətraflardan mərkəzə doğru dairəvi hərəkətlərlə ovuşdurun. Zərərçəkənin temperaturu normallaşdıqda soyutmanı dayandırın, əks halda bədən temperaturunun çox aşağı düşməsindən hipotermiya baş verə bilər.
- Başı və iri qan damarlarını soyutmaq üçün soyuq kompres və ya buzla dolu (istiqacı) qovluğu zərərçəkənin başına, biləklərinin, topuqlarının altına, qasıq və qoltuq nahiyələrinə, boğazına qoyun.
- Dar, isti və tərlə paltarlarını mümkün qədər tez çıxarın.
- Zərərçəkən huşunu itirməyibsə və maye içə bilsə ona az-az tərkibində şəkər və ya elektrolit olan hazır içkilər, meyvə şirəsi içirdin, sərin su və ya sərin içkilər verin. Zərərçəkəni məcburi içirtməyin. Əgər zərərçəkənin ürəyi bulanırsa və ya qusursa ona maye verilməsini dayandırın və zərərçəkənə sol tərəfi üstə "bərpa vəziyyəti" verin, sonra tənəffüs yollarını qiymətləndirin.
- İmkan daxilində balon vasitəsilə oksigen verin.
- Hipovolemik şokun qarşısını almaq üçün tədbirlər görün.
- Ürək və ya tənəffüs fəaliyyətinin dayanmasında ÜAR-ı (ürək-ağciyər reanimasiyası) aparın.
- Zərərçəkəni mütləq xəstəxanaya çatdırın.

Diqqət! Zərərçəkənin hərarətini hər 10 dəqiqədən bir yoxlayın. Bədən hərarətinin böyüklərdə $38,9^{\circ}\text{C}$, uşaqlarda $38,5^{\circ}\text{C}$ -dən aşağı düşməsinə yol verməyin.

4. Tibb işçiləri tərəfindən ilk növbədə görülməli tədbirlər

Yuxarıda deyilənlərlə bərabər aşağıda göstərilənləri həyata keçirin:

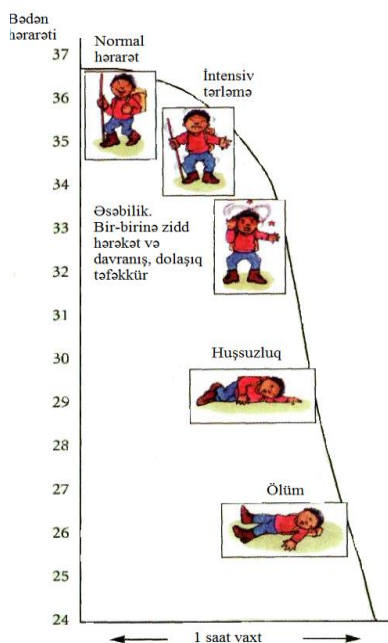
- oksigen verin;
- ehtiyac olduqda vena daxilinə kristalloid məhlullar (fizioloji məhlul, Ringer məhlulu və s.) köçürün;
- qıcolma əleyhinə əzələ və ya vena daxilinə seduksen, relanium, aminazin, droperidol, natrium oksibutirat və s. yeridin;
- tənəffüs pozğunluğunda traxeyanın intubasiyasını və ağciyərlərin süni ventilyasiyanı aparın (intubasiya etdikdə atropindən istifadə etməyin);
- hemodinamikanı (arterial təzyiq və nəbz) stabiləşdirmək üçün 60–120 mq prednizolon vurun;
- beyin ödemini götürmək məqsədilə mannitol vena daxilinə yeridin;
- oyanıqlıq zamanı sedativ (sakitləşdirici) dərmanlardan istifadə edin;
- şok əleyhinə bütün tədbirləri görün;
- koma halında tibbi yardımın göstərilməsini ümumi əsaslarla aparın (bax: “Nevroloji status – vəziyyət. Qıcolma”).

C. HİPOTERMİYA (bədən temperaturunun aşağı düşməsi – həddindən artıq soyuma)

Hipotermiya orqanizmin soyuqla əlaqəli fəvqəladə vəziyyətdir. Həyatı proseslərin əksəriyyəti aşağı temperatura dözümlüdür, belə ki, zülallar və fermentlər aşağı temperaturda öz fəaliyyətini müvəqqəti dayandırır. Hipotermiya və donma soyuqla əlaqədar yaranan təhlükəli halların iki növüdür. Soyuq insan orqanizminə *ümumi təsir* göstərdikdə hipotermiyaya – bədən haddindən artıq soyumasına, hissəvi – yerli təsir göstərdikdə isə soyuğun təsirinə məruz qalan bədən hissələrinin donmasına gətirib çıxara bilər.

Ətraf mühitin mənfi təsirlərindən bədən hərəti 35°C -dən aşağı düşdükdə hipotermiya baş verir. Hipotermiya ölümlə nəticələnə biləcək ciddi vəziyyətdir. Temperatur donma həddindən yuxarı olduqda belə, hipotermiya yarana bilər. Titrəmə istilik yaratmaqla bədəni qoruyur. Bədən soyuyan zaman titrəmə dayanır. Havanın hərarəti bəzi hallarda əhəmiyyət kəsb etmir və -4°C – $+10^{\circ}\text{C}$ arasında olduqda hipotermiya yarana bilər. Hipotermiya ən çox *rütubətli hava* şəraitində *güclü külək olduqda* müşahidə olunur. Xəstəliyin gedişinə və nəticəsinə soyuqda qalma müddəti də təsir edir. Bədən səthində temperaturun 0°C olması 10–12 saat ərzində ölümlə nəticələnir. Suda bədən daha tez soyuyur. Buzlu suda ölüm 5–10 dəqiqəyə baş verir.

1. Hipotermiyanın mexanizmi və səbəbləri



Soyuğun orqanizmə təsirindən səthi damarlar daralır və isti qan dəri altı toxumalara doğru yönəlir. Bunun nəticəsində istinin bədənə dəri vasitəsilə *istilikverməsi* azalır, *istilik hasilatı* güclənir və bədən hərəti normal həddə saxlanılır. Əgər bu mexanizm bədən hərəti sabit saxlamırsa üşümə (titrəmə) baş verir və əzələlərin gərgin fəaliyyəti nəticəsində əlavə istilik hasil edilir. Orqanizmdə istinin tənzimlənmə mexanizmi pozulur və əlavə istilik hasilatı bədən bütün enerji ehtiyatlarını üzür. Bədən normal hərarətini saxlamaq üçün kifayət qədər istilik hasil edə bilmir.

İstinin tənzimlənmə mexanizmi pozulduqda zərərçəkəndə titrəmə (üşümə) başlayır. Zərərçəkən qısa müddət ərzində isidilmədikdə hipotermiya artır və bu özünü, ilk növbədə, mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətinin dəyişikliyi ilə büruzə verir.

Əvvəl zərərçəkən oyanıq olur, sonra tormozlanır, hərəkət koordinasiyasını itirir. Qıcolma və sayıqlamalar baş verir. Huş tədricən məhdudlaşıb, tam itir. Arteriyaların büzülməsi nəticəsində toxumalarda hipoksiya (orqanizmdə oksigenin azalması) baş verir, bu da öz növbəsində ürək-damar və tənəffüs sisteminə mənfi təsir göstərir, beyni zədələyir. Bədən haddindən artıq soyuması ($+26^{\circ}\text{C}$ -dən aşağı) bütün həyatı vacib orqanların fəaliyyətini pozur, bir necə dəqiqədən sonra isə tənəffüs və ürək dayanır.

*** Hipotermiyanın səbəbləri:** rütubətli və küləkli hava; ətraf mühit temperaturunun aşağı olması; küləyin gücü; soyuğun təsir müddəti; dəri örtüyünün nəm və ya quru olması; dar və ya nəm ayaqqabı; ayaqların tərləməsi; hərəkətsizlik; zəif qidalanma; qan azlığı və qan itirmə; pis isidilmiş mənzil və s.

Bədən temperaturunun dəyişməsinə üç əsas faktor təsir edə bilər: *havanın temperaturu, nəmişlik və külək*. Aşağı hərarətdə güclü külək açıq qalmış bədən hissələrini qısa müddətdə soyudur.

2. Hipotermiyanın əlamətləri

Xilasedici bilməlidir ki, hipotermiyanın ən təhlükəli əlamətləri bədən temperaturunun 35°C -dən aşağı düşməsi nəticəsində huşun tədricən itməsi (hipotermik koma), tənəffüs və ürək funksiyalarının zəifləyib, tam dayanmasıdır.

- Dəri soyuq, solğun, mərmərə oxşar olur (zərərçəkən soyuqdan şikayət edir və isinməyə çalışır).
- Titrəmə və üşümə müşahidə olunur (bədən temperaturu çox aşağı olan zaman titrəmə dayanır).
- Oriyentasiya itir, qeyri-adi davranış və hərəkət tərz, sayıqlama, yuxulu vəziyyət və öz vəziyyətinə qarşı biganəlik müşahidə olunur.
- İnsan huşunu itirə və ya yuxulu ola bilər.
- Əzələlər gərginləşir (rigidliyi artır), dəri buz kimi soyuq olur və göyərir.
- Zəif, qeyri-müntəzəm nəbz (nəbz tezliyinin azalması dəqiqədə 40 vuruğa qədər və ancaq yuxu arteriyasında təyin olunur).
- Şüshəyə bənzər baxışın olması.
- Ürəyin nasos funksiyasının qeyri-adekvat olması nəticəsində kardiogen şokun əmələ gəlməsi.

Bədən temperaturu düşdükcə zərərçəkənin tənəffüs aktını təyin etmək çətinləşir. Zərərçəkən ölü kimi görünür, qıcıqlara reaksiya vermir. Bədən temperaturu $+32^{\circ}\text{C}$ -dən aşağı düşdükdə *keyləşmə* halı, $+27^{\circ}\text{C}$ -dən aşağı düşəndə *sopor* halı (yuxululuq), qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı, əzələ gərginliyi (rigidliyi) və $+24^{\circ}\text{C}$ -dən aşağı düşəndə *koma* halı (hipotermik koma), qıcolmalar, əzələ qacması baş verir.

Nəm paltarda və ya gecə vaxtı tapılan zərərçəkənin bədəni soyuqdursa o, hipotermiyaya məruz qalıb.

Xilasedici xarici baxış keçirərkən soyundurulmuş və müayinə edilən zərərçəkənin örtülü və isti saxlanmasına diqqət yetirməlidir. Körpələr (xüsusən həyatının birinci həftəsi və ayları) istini bədənə tez itirdiyinə görə həddindən artıq soyuyurlar və bu səbəbdən ölə bilərlər. Körpələrə xarici baxış apararkən onları mütləq isti saxlayın.

3. Hipotermiya zamanı ilk yardım

Xilasedicinin əsas vəzifəsi DRCABD alqoritmində istinad edərək, zərərçəkənə ilk yardım göstərməkdir.

Həyat üçün təhlükəli halın olub-olmadığını yoxlayın və müvafiq yardım göstərin. Hipotermiya ölümə tez nəticələnən təhlükəli hal olub təcili tədbirlərin görülməsini tələb edir. Bu tədbir zərərçəkənin tez bir zamanda qızdırılmasından ibarətdir.

Zərərçəkəndə eyni vaxtda hipotermiya ilə yanaşı donurma müşahidə olunarsa ilk növbədə hipotermiyanı aradan qaldırın. Eyni zamanda don vuran yeri diqqətsiz saxlamayın, çünki ağır dərəcəli donurma xəsarət alan nahiyənin itirilməsi (amputasiyası) ilə nəticələnə bilər.

Həddindən artıq soyuma bədənə gedən dəyişikliklərin əsas səbəbi olduğu üçün bütün görülən tədbirlər ilk növbədə zərərçəkənin qızdırılmasına yönəldilməlidir. Zərərçəkənin dəri örtükləri istidirsə, deməli o, sağdır.

Zərərçəkəni əvvəl isitmək və sonra diri və ya ölü olduğunu müəyyən etmək lazımdır.

Görüləcək tədbirlər

- » Təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin.
- » Zərərçəkəni isti yerə köçürün.
- » Zərərçəkənin əynindəki yaş paltarları ehtiyatla çıxarın və zərərçəkənin bədənini qurulaşdırın. Quru paltar geyindirin və tədricən qızdırın, üstünü örtün, yorğana bürüyün, başını örtüb, üzünü açıq saxlayın.
- » Zərərçəkəni həddindən artıq tez qızdırmayın. Sürətlə isitmə ürək fəaliyyəti üçün təhlükə törədə bilər.
- » Zərərçəkənin bədənində temperaturu 40°C -dən yüksək olmayan isitqac və ya əl altında olan digər isidici vasitələrdən qoyun. Tibb işçiləri isitmə məqsədilə vena daxili 40°C -ə qədər isidilmiş maye köçürməlidirlər.
- » Huşu aydın olanlara isti şirin çay, süd və digər spirtsiz isti içkilər verin.
- » Zərərçəkəni otaq temperaturunda (hərəkətində) olan su ilə dolu vannada uzandırın. Bədənin bütün hissələrini masaj etməklə və ya ovuşdurmaqla suyun temperaturunu tədricən ($10\text{--}15$ dəqiqə ərzində) 40°C -ə çatdırın.
- » Bədənin temperaturu $34\text{--}34,5^{\circ}\text{C}$ -ə çatanda bədənin qızdırılmasını dayandırın, çünki bundan sonra bədən temperaturu özü tənzimlənir. Bədənin həddindən artıq qızdırılması zərərçəkən üçün təhlükəlidir.
- » İmkan olduqda balon vasitəsilə oksigen verin.
- » Buz bağlayan zərərçəkəndə ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) donun açılması, əzələ qacmasının aradan qaldırılması və dərinin açıq cəhriyə rəngə çalmasından dərhal sonra başlayın. Bədən qızdırılmayana qədər soyuq miokarda aparılan reanimasiya tədbirləri uğursuz ola bilər. Bunun üçün bədənin temperaturunu 30°C çatana qədər isitməyincə ürək-ağciyər reanimasiyasını başlamayın.
- » Uşaq buz bağladıqda onun soyuqdan aldığı vəziyyətini məcburi dəyişməyin, çünki bu uşaqda ağır xəsarətlərə gətirib çıxara bilər. Uşağa oksigen verin və mümkün vasitələrlə onu qızdırmağa çalışın.

Hipotermiyadan əziyyət çəkən bütün zərərçəkənlər vəziyyətindən və göstərilən yardımdan asılı olmayaraq, mütləq stasionar müalicəyə cəlb edilməlidirlər.

Diqqət! Heç vaxt zərərçəkəni soyuq havada qarla ovuşdurmayın və tütün çəkməyə qoymayın. Spirtli içki qəbuluna yol verməyin, çünki bu mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətini ləngidir. Onların qəbulu orqanizmin soyuğa olan normal müqavimətinə təsir edərək hipotermiyanın daha da dərinləşməsinə səbəb olur. Hipotermiyalı zərərçəkəni çox aktiv hərəkət etdirməyin, bu hərəkətlər aritmiyaya səbəb ola bilər.

D. TERMİK TƏSİRLƏRDƏN QORUNMA

Ümumi halda ekstremal temperaturlara uzun müddət məruz qalma nəticəsində yaranan xəstəliklərin qarşısını almaq olar. İsti və soyuqla əlaqədar təhlükəli halın baş verməsinin qarşısını almaq üçün aşağıdakı qaydalara əməl edilməlidir:

1. *Günün isti və soyuq vaxtında açıq havada olmaqdan çəkinin.* İsti havada işinizi səhər və ya axşam saatlarına, günəş şüalarının intensiv olmayan vaxtlarına, soyuq havada isə əksinə, günortaya, günün isti vaxtına salın.
2. *Temperatura uyğun olaraq fəaliyyət göstərin.* İş və ya digər fəaliyyət ekstremal şəraitdə görüldükdə əlavə təhlükəsizlik tədbirləri görün. Günün ən isti və ən soyuq vaxtlarında açıq havada müddətli idman etməkdən çəkinin. Ekstremal temperatur yorğunluq yaradır, bu da termorequlyasiyanı pozur.
3. *İşləyərkən tez-tez fasilə verin.* Fasilə etdikdə bədən qısa müddətdə ətraf mühitə uyğunlaşır. Titrəmə, üşütmə baş verdikdə isti yerə keçib, bədəninizin qızmasına imkan verin.
4. *Ətraf mühitə uyğun geyinin.* Geyim həmişə xarici mühit şəraitinə və fəaliyyət növünə uyğun olmalıdır. Mümkün olduqda isti havada açıq rəngli pambıq parçadan olan paltar geyinin. Pambıq material təri özünə çəkir və havanı buraxır. Bu da istinin xaric olmasına, tərin buxarlanmasına, dərinin nəfəs almasına və nəticədə bədənə sərinləşməsinə imkan verir. Açıq rəngli geyimlər günəş şüalarını əks etdirir. Hava soyuq olduqda yun və xəz paltardan istifadə edin. Onlar bədən və paltar arasında isti hava təbəqəsi yaradır. Sıx toxunmuş lifli (yundan və s.) çoxqatlı paltar geyinin ki, paltar dəri səthindəki isti havanı qoruyub saxlasın. Üst-üstə bir neçə paltar geyinin ki, lazım olmadıqda çıxartmaq və bədənə hərərətini tənzimləmək mümkün olsun. İstidə və soyuqda baş geyimindən istifadə edin. Yayda münasib baş qeyimlərindən istifadə başı günəş şüalarının mənfi təsirlərindən qoruyur, qışda isə istiliyin xaric olmasının qarşısını alır. Donma təhlükəsi olan bədənə açıq nahiyələrini lazımi vasitələrlə mühafizə edin (əl və ayaq barmaqları, qulaq, burun). Soyuq havada geyim nəm olduqda onu qurusu ilə əvəz edin.
5. *İşə başlamazdan əvvəl, iş vaxtı və sonra çoxlu maye qəbul edin.* İstidə və soyuqda olarkən kifayət qədər (ən azı 230 ml) maye için. Yayda qəbul edilən maye sərin, qışda isə isti olmalıdır. Soyuq və ilıq maye bədənə normal temperaturunun saxlanılmasına kömək edir. İsti və ya soyuq içki (maye) yoxdursa, çoxlu adi su qəbul edin. Tərkibində kofein və ya spirt olan içkilərin qəbulu məsləhət deyil. Kofein və spirt bədən temperaturunu tənzimləyən mexanizmə mənfi təsir göstərib, orqanizmin istilik hasil etməsinə maneçilik törədir.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. Неотложная помощь в педиатрии. Э.К.Цыбульский. Ленинград, «Медицина», 1987.
3. İlk yardım. Azərbaycan Qızıl Aypara Cəmiyyəti. Bakı, 1999.
4. Первая помощь. Российское общество Красного Креста, Канадское общество Красного Креста. Канада, 1997.

Mündəricat:

- A. Yanıqların təsnifatı.
- B. Tənəffüs yollarının yanıqı.
- C. Termik yanıqlar zamanı ilk yardım.
- D. Tibb işçiləri üçün yaddaş.
- E. Yanıq xəstəliyi.

A. 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.

Yanıq – istilik, elektrik cərəyanı və ya kimyəvi maddələrlə təmas nəticəsində meydana gələn xəsarətdir.

Yanıqlar yaralanmaların bir növüdür.

1. Yanıqların mənbəyinə görə təsnifatı

Zədələnməni törədən agentin xüsusiyyətindən asılı olaraq yanıqları belə bölmək olar:

- » **termiki** – termiki amilli mayelərin, 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.

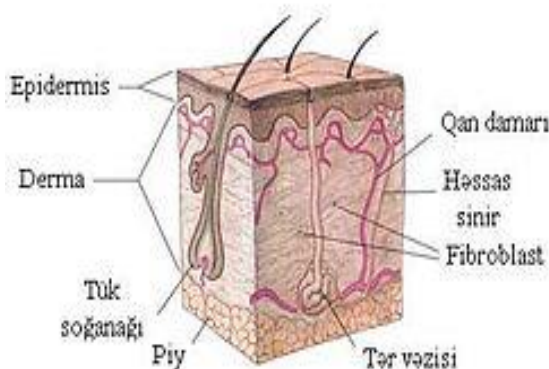
Termiki yanıqlar zamanı istinin təsirindən orqanizmin dəri və selikli qişaları zədələnir. İstinin təsirindən yaranan termiki yanıqlara tez-tez rast gəlinir. Yanmalar zamanı isti məhlulun, buxarın və ya alovun geyimlə təmasda olması nəticəsində yanıq daha ciddi nəticələr verir, çünki geyim istiliyi özündə saxlayır və onun dəriyə təsir müddətini artırır. Qaynar yağ çətin soyuyur və onun dəridən kənar edilməsi çətinidir. 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 yanıq əmələ gətirə bilərlər. Yanıqlar dərinin açılmasına və bununla da infeksiyaya, maye itkisinə və bədən temperaturunu tənzimləyən funksiyanın pozulmasına gətirib çıxarır.

Yanıqların tənəffüs sistemini və gözləri də zədələməsi 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 məhf olaraq dərinin üst qatından kiçik pulcuqlar şəklində laybəlay 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 tamlişindən 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 təsnifatə 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 (iynəşəkilli) 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 epiteli-



II–III dərəcəli yanıq

zasiyası (dəri toxumasının epiteli ilə örtülməsi) başlayır. 10–14 gün ərzində tam sağalma baş verir. Dərinin pigmentasiyası 6–8 həftəyə keçir. II dərəcəli yanıq zərərçəkənin dəri örtüyünün 15–20%-ni əhatə edibse, bu ölümə nəticələnə bilər.

- **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 pigmentləşmə və hipertrofik çapıqlar qalır.

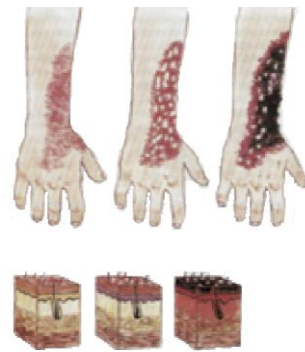
IIIB – dərinin bütün qatları epidermis, o cümlədən bazal hüceyrələr, derma və dərialtı piy qatı zədələnir. Yara tədricən təmizlənir və 3–4-cü həftələrin sonunda təzə kobud toxumalarla örtülür (qranulyasiya olunur). Bu cür yaraların yerini bədən digər sağlam hissəsindən dəri köçürməklə sağaldırırlar. III dərəcəli yanıq zərərçəkənin dəri örtüyünün 15–20%-ni əhatə edibse, bu, ölümə 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 hissiyyət 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 saxlanılması 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 dərəcəsindən asılı olaraq yanıqlar üç dərəcəyə bölünür.

- I dərəcəli yanıqlar. Epidermisin ən səthi qatının yanması nəticəsində hiperemiya və ağrı olur.

- II dərəcəli yanıqlar. Suluqlar formalaşır və dəriyə toxunduqda ağrı olur. İki forma ayırılmalıdır: 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.

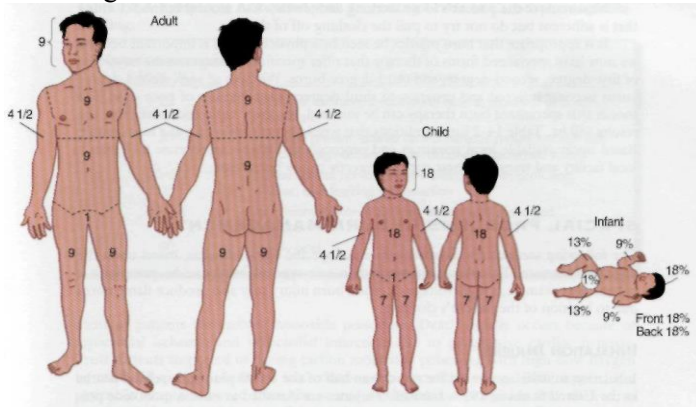
Yanığın dərəcəsi aşağıdakılardan asılıdır: yanıq törədən mənbənin temperaturu, hərərin təsirində məruz qalma müddəti, yanıq nahiyəsi, yanığın sahəsi, zərərçəkənin yaşı və sağlamlıq vəziyyəti. Ümumi halda, yaşı 60-ı ötmüş insanların dərisi kövrək olduğu üçün, kiçik yaşlı uşaqların isə dərisi zərif olduğuna 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 nahiyyəsi yandıqda;
- ağız, burun, baş, tənəffüs yolları yandıqda;
- iki ətrafdan artıq nahiyyə yandıqda.

3. Yanıq sahəsinin təyini

Yanıq 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 nahiyyəsi, ön və arxa səthi – 9%;
- » əl də daxil olmaqla, hər bir yuxarı ətraf – 9%;
- » hər bud nahiyyəsi – 9%;
- » pəncə də daxil olmaqla, hər bir baldır nahiyyəsi – 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 təvəzə 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 beyninə ötürür.

Geniş yanıq yalnız dərinin deyil, bir çox orqanların disfunksiyasına səbəb olur. Geniş yanıqlarda yanıq sahəsindən çoxlu maye itkisi, infeksiyalanma, yanıq yerindən toksinlərin qana daxil olması, termoregulyasiyanın 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

B. 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 yanğınsöndürənlərdə 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 sahəsinə əhatə edən yanıqlarda 2,5% zərərçəkəndə, 50% və daha çox sahəni əhatə edən yanıqlarda 67,5% zərərçəkəndə tənəffüs yollarının yanıq rast gəlinir. Tənəffüs yollarının yanıq yanıq xəstəliyinin kəskin dövründə ölümə ən çox səbəb olan faktor hesab olunur.

Tənəffüs yollarının yanıq zamanı ilk 3 gün ərzində çox ağır, qorxulu, ildırım sürəti ilə dəyişikliklər baş verir:

- » dayanıqlı bronxospazma, bronxiolospazma, ağciyərlərin, qırtlağın, traxeyanın, səs tellərinin ödəmi;
- » xəstəliyin 2–3 günündə tənəffüs yollarında və ağciyərlərdə ödem, səs batması getdikcə artır;
- » mikrosirkulyasiya sistemi (qan dövrəsi) zədələnilir.

* 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 qışaya təsirindən baş verən zədələnmələr.

1. Tənəffüs yolları yanıqlarının əlamətləri

* Xarici baxış zamanı aşağıdakılar aşkar olunur:

- yanığın üzdə, başda, ağız boşluğunda lokalizasiyası;
- udlağın arxa divarında, qırtlaq üstü sahədə hiperemiya və ödem;
- burun yollarında tükərlərin ütülməsi;
- üzdə his izləri, dildə, damaqda, burun girəcəyində his izləri;
- auskultasiya zamanı (fonendoskopla qulaq asdıqda) ağciyərlərdə xırıltılar.

* Şikayətlər:

- udma 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.

C. 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 olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım *iki ardıcıl fəaliyyət* tələb edir: *qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq*.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

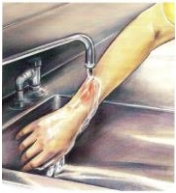
Yardım göstərərkən xilasedici DRCABD alqoritmini ardıcıl olaraq mərhələ-mərhələ yerinə yetirməlidir: “Diqqət təhlükə!”, “Reaksiya (huşu qiymətləndirmək, huş itibsa köməyə çağırmaq)”, “Canlandırma – qan dövranının bərpası”, “Açıq tənəffüs yolları”, “Birbaşa nəfəs vermək” və “Defibrilyasiya” mərhələsi.

Yanıqlara qulluq zamanı aşağıdakı əsas dörd qaydaya əməl edin: yanmanı dayandırmaq üçün yanıq nahiyəsi-ni soyudun; infeksiyanın qarşısını almaq üçün yanmış nahiyəni steril salftlə örtün; zərərçəkəni soyuqdan və ya istidən qoruyun; rahatlıq yaratmaqla şok ehtimalını azaldın.

Yanıqlarda nə etmək lazımdır.

1. Yanğın vaxtı yardım göstərərkən ən əsası: *özünüzi qurban verməyin!*
Hadisə yerinin təhlükəsiz olduğunu yoxlayın. Əsas amilləri qiymətləndirdikdən sonra fikrinizi partlayış, yanğınlı 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 alışmış paltarları 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 zərərçəkənə 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 onurğası 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 intubasiya 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 yanıqın 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 nahiyyəyə yapışa bilər. Əgər kimyəvi yanıq baş vermişsə, çoxlu miqdarda su ilə yumağı davam edin.

7. Zərərçəkənin zinət əşyalarını və paltarını çıxarın. Bədənin yanıq 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 çətindir, 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 yanıq sahəsini steril bint və ya quru, yanıq 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. Yanıqın 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 elektriklə kontaktdadırsa, onu quru cərəyan keçirməyən materialın (taxta və s.) köməyi ilə istilik və elektrik mənbəyinin təsirindən azad edin. Əgər partlama təhlükəsi varsa, öz təhlükəsizliyinizi unut-mamaq 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. Unudmayın 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 yanıq törədən agentdən və zədələnmə sahəsindən asılı olmayaraq hospitalizasiya etmək lazımdır. Mümkünsə, yanıq mərkəzinə göndərin.
15. Yanığa məruz qalmış zərərçəkən barədə lazımi məlumat toplayın. Buraya yanıq növü (alov, kimyəvi maddə, elektrik cərəyanı, partlayış), hər hansı müştərək travma, zədələnmə vaxtı və əgər hadisə qapalı mühitdə baş verib, üstü ilə kontakt müddəti haqqında məlumat aiddir.
16. Ödemin 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 ağrını yüngülləşdirmir və hətta istilikdən dəriyə yapışdığına görə, sonradan onun yaradan təmizlənməsi çətinliklər törədir, lazımi 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 permanqanat 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 parəzinə (iflicinə) səbəb ola bilər (Mendelson sindromu).

D. TİBB İŞÇİLƏRİ ÜÇÜN YADDAŞ

1. Yanıq zamanı qoyulan sarğıların dəyişdirilməsi haqqında qısa məlumat

- Əgər zərərçəkənin vəziyyəti qənaətbəxşdirsə, o, müayinə üçün 2–3 gündən sonra yenidən həkimə müraciət etməlidir. Məlhəm və sarğı gün ərzində azı bir dəfə dəyişdirilməlidir (yaxşı olar ki, 2 dəfə). Sarğını dəyişdikdə istifadə olunmuş tənzif və məlhəm yenisi ilə əvəzlənir. Köhnə antibakterial (antibiotik və ya antiseptik) məlhəm (silvaden və s.) ilıq sabunlu su ilə yuyulur (sahəni əvvəlcə islatmaq olar), dağılmış suluqlar təmizlənilir və yanmış sahə qurudulur, məlhəm (silvaden və s.) 2–4 mm qalınlığında təkrar çəkilir. Sonra yaranı quru 4x4 tənziflə silib, yeni sarğı qoyun. Sarğının qoyulması qısa zamanda yerinə yetirilməlidir ki, havanın təsirinə məruz qalma müddəti az olsun. Sarğı və məlhəmin dəyişdirilməsindən 30 dəqiqə əvvəl zərərçəkən ağrıkəsici dərman qəbul edə bilər.
- Altı ay müddətində yanıq sahəsini günəş şüalarından qorumaq lazımdır (yanmış sahəni piqmentsizləşməkdən və ya ləkələnmədən qorumaq məqsədilə).
- Ovuc və ayaq altında olan qalın suluqları kəsmək lazım deyil.

Təkrar gəlişlər zamanı ilkin olaraq yanmış sahədən kənarda qızartıya və zədələnməyə fikir verin. Yaradan gələn çoxlu miqdarda maye infeksiyanın göstəricisi deyil və adətən, ekssudat olur. Zərərçəkənin, zədələnmiş sahəni sərbəst hərəkət etməsinə fikir verin. Əgər çapıqlar əmələ gəlsə, onların müalicəsinə və aktiv fiziki hərəkətlərə başlayın.

2. Kiçik yaşlı uşaqlarda yanıqlar

Uşaqlarda baş verən yanıqlara xüsusi diqqət verilməlidir. Uşaqlarda bədənə ümumi həcmə nisbətən, səthdə olan nahiyələr daha çoxdur. Buna görə də uşaqlarda rast gəlinən yanıqlarda daha çox maye itkisi baş verir. Bu səbəbdən yardım göstərilən yer mütləq isti saxlanılmalıdır. Xilasedici həmçinin uşaqlara fiziki qüvvə tətbiq etməlidir.

3. Zərərçəkənlərin yerləşdirilmə prinsipləri

- * **Yüngül dərəcəli yanıqlar.** Yüngül dərəcəli yanıqlar ambulatoriya şəraitində müalicə oluna bilər.
 - » İkinci dərəcəli yanıqlar böyüklərdə 15%-dən az, uşaqlarda 10%-dən az.
 - » Üçüncü dərəcəli yanıqlar 2%-dən az (üz, göz, qulaq, əl, ayaq, cinsiyyət üzvlərinin yanması, tüstü ilə nəfəsalma istisna olmaqla).
- * **Orta dərəcəli yanıqlar.** Orta dərəcəli yanıqlar yerli xəstəxanada müalicə oluna bilər.
 - » İkinci dərəcəli yanıqlar – böyüklərdə 15–25%, uşaqlarda 10–20%.
 - » Üçüncü dərəcəli yanıqlar 2–10% (üz, göz, qulaq, əl, ayaq, cinsiyyət üzvlərinin yanması, tüstü ilə nəfəsalma istisna olmaqla).
 - » Dairəvi ətraf yanıqları, iri oynaq sahələrini əhatə edən yanıqlar.
 - » Mənzil cərəyanı ilə elektrik yanıqları (110–220 volt).
 - » Yüngül dərəcəli yanıqlar (2%) tüstü ilə nəfəsalma halları və zərərçəkənin ambulatoriya şəraitində (evdə) müalicəsi mümkün olmadıqda.
- * **Ağır dərəcəli yanıqlar.** Ağır dərəcəli yanıqları, imkan olarsa, yanıq mərkəzlərində müalicə olunmalıdır.
 - » İkinci dərəcəli yanıqlar – böyüklərdə 25%-dən artıq, uşaqlarda 20%-dən artıq.
 - » Yüksək gərginlikli cərəyan yanıqları.
 - » Əlin, üzün, gözü, qulağın, cinsiyyət üzvlərinin ikinci və ya üçüncü dərəcəli yanıqları.
 - » 2%-dən artıq yanıqla yanaşı tüstü ilə nəfəsalma.
 - » Tənəffüs yollarının yanıqları.
 - » Sınıqlarla müşayiət olunan yanıqlar.
 - » Risk qrupuna daxil olan insanlarda (qocalar, diabetli xəstələr və s.) yanıqların olması.
 - » Hər hansı dərəcəli yanıq olan uşaqlar.

E. YANIQ XƏSTƏLİYİ (tibb işçiləri üçün qısa yaddaş)

Bədən səthinin yanığ sahəsi böyük və dərin olarsa (10–20%) yanığ xəstəliyi baş verir. Onun ağırlıq dərəcəsi yanığın dərinliyindən və əhatə etdiyi sahədən asılıdır.

Yanığ xəstəliyi dörd dövrə bölünür:

- I-ci dövr. **Şok dövrü.**
II-ci dövr. **Kəskin yanığ toksemiya.** İntoksikasiya dövrü – bədən zəhərli maddələrlə (toksinlərlə) zəhərlənməsi 10–15 gün davam edir, hərarət yüksəlir, ürək bulanma və qusma artır.
III-cü dövr. **Septikotoksemiya dövrü** – irin törədən mikroblar və onların toksinləri qanla orqanlara yayılır. Burada intoksikasiya əlamətlərinə sepsis əlamətləri əlavə olunur. Sepsis yunan sözü olub, çürümə deməkdir – qanda mikrobların olması.
IV-cü dövr. **Bərpa (reabilitasiya) dövrü.** Sağalma (rekonvalesensiya) dövrü.

1. Yanıqlarda şok

Geniş yanığ yalnız dərinin deyil, bir çox orqanların funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Dərin yanıqlar ağrı və bədən mayələrinin itməsi nəticəsində şoka səbəb ola bilər. Yanığ zamanı bədən yanmış sahəsindən külli miqdarda maye itirilir və bu, dövr edən qanın həcmi kəskin azaldıb, hipovolemiyaya (hipovolemik şoka) gətirib çıxarır. Bu hal bədən səthinin 25%-dən artıq sahəsinin yanması nəticəsində baş verir. Bəzi ədəbiyyatlarda yanıqlar zamanı hipovolemiyadan yaranan şoka – “yanığ şoku” deyilir. Yanığ şoku 1–3 gün davam edir və spontan (öz-özünə) şəkildə geriye inkişaf edir.

* Yanığ şokunun əlamətləri:

- zərərçəkənin ümumi vəziyyəti orta ağır və ya ağır olur;
- dərinin yanmamış hissələri və selikli qişalar kəskin avazıyır;
- bədən temperaturu normal və ya 37°C qədər yüksəlir, şok ağırlaşdıqca bədən temperaturu tədricən aşağı düşür, üşütmə yaranır;
- nəbz sayı artır (sürətli, zəif, sapvarı nəbz), böyüklərdə dəqiqədə 100-dən artıq olur, ağır vəziyyətdə nəbz təyin olunmur;
- arterial təzyiq əvvəl normal və şok ağırlaşdıqca aşağı düşür və ya heç təyin olunmur;
- dövr edən qanın həcmi 20–30% azalır;
- tənəffüs tezləşir və səthiləşir;
- sidik ifrazı azalır və bir müddətdən sonra kəsilir (sidik ifrazı normada bir saatda 50 ml olur);
- beyin əlamətləri meydana çıxır (ürək bulanma, qusma, əzələ əsməsi, ilk 1 saat ərzində hərəkəti oyanıqlıq), tədricən huşun səviyyəsi məhdudlaşaraq pozulur və tam itir (keyləşmə, sopor və koma).

* Yanığ şokunun müalicəsi. Tibb işçiləri üçün qısa yaddaş

Külli miqdarda maye itkisi tez bir zamanda bərpa olunmalıdır. Yanıqdan baş vermiş şokun əsas müalicəsi venadaxili məhlulun yeridilməsidir. Bütün venalar, o cümlədən yanığ nahiyyəsində yerləşən venalar venadaxili maye yeridilməsi üçün yararlıdır. Bütün kateterlər hər 48–72 saatdan bir dəyişdirilməlidir. Venadaxili yeritmək üçün ən əlverişli məhlul Ringer Laktatdır.

24 saat ərzində tələb olunan maye miqdarını təyin etmək üçün aşağıdakı düstur məsləhət görülür:

Maye miqdarı = bədən çəkisi * yanığ sahəsinin % * 4 ml

Bundan əlavə aşağıdakılar məsləhət görülür

- Tələb olunan mayenin yarısını ilk 8 saat ərzində, qalan hissəsini isə növbəti 16 saat ərzində yeridin.
- Hər 8 saatdan bir 1000 mq parasetamol və 10 mq diazepam verin.
- Tetanus əleyhinə əgər lazımdırsa, 0,5 ml zərər yerdin.
- Mədənin dekompressiyası məqsədi ilə mədəyə nazoqasttral zond salın.
- Sidik yollarına kateter salın.
- Funksional stabil vəziyyət verin və 5–7 gün ərzində paltarların dəyişdirilməsinə cəhd göstərməyin.
- 1,2 BV dozada prokain penisillini 24 saatdan bir əzələ daxilinə yeridin (antibiotik məhləmdən istifadə etməyin).
- Uşaqlara hər 8 saatdan bir 10 mq/kq dozada parasetamol verin.
- Uşaqlarda hər 24 saatdan bir 0,4–1,2 BV dozada prokain penisillindən əzələ daxilinə yeridin.

Maye infuziyasına nəzarət etmək üçün sidinin xaric olmasını izləmək lazımdır. Sidinin xaric olması böyüklərdə 0,2–0,5 ml/kq/saat, uşaqlarda 1 ml/kq/saat və elektrik yanıqları üçün 2 ml/kq/saat səviyyəsində olmalıdır. Həmçinin zərərçəkənin başqa göstəricilərinə, o cümlədən mental statusuna fikir vermək lazımdır.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Yanıqların diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009

Mövzu 27. ELEKTRİK CƏRƏYANININ TƏSİRİ

Mündəricat:

- A. Ümumi müddəalar.
- B. Elektrik cərəyanının təsiri.
- C. Yüksək gərginlikli cərəyan zədələnmələri (1000 völdən çox).
- D. Elektrik zədələnmələrdə ilk yardım.
- E. İldırımın zədələnmə.

A. 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, kompüter, paltaryuyan maşın) sabit cərəyanla işləyirlər. Evlərdə işlədilən sabit cərəyan, xüsusi çevrilərdən istifadə olunmaqla dəyişən cərəyandan alınır. Əksər hallarda isə birbaşa sabit cərəyan verən mənbələr (batariya, fotoelementlər) bu işin öhdəsindən gəlir.

Sabit cərəyan zərərçəkənin bədənində yüksək istilənmə (yanma) hissiyatı yaradır və qıcolmaya səbəb olaraq onu cərəyan mənbəyindən müəyyən məsafəyə tullağa bilər. Adətən, orqanizm sabit cərəyanın təsirini dəyişən cərəyana nisbətən tez hiss edir. Lakin, eyni gərginlik şəraitində aşağı tezlikli (50–60 Hz – 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 Hz, şimali Amerikada və Yaponiyada isə bu rəqəm 60 Hz-dir.

Dəyişən cərəyan (məişət cərəyanı 110–120 volt və ya 220–240 volt) əzələlərdə qıcolma effekti yaradır. Ən təhlükəli 50 Hz-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.

B. 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 bədənə 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 dövrəsinin 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 bünar ya ölümlə ya da müxtəlif dərəcəli xəsarətlərin (sümüklərin sınıması, daxili orqanların ağır zədələnməsi və s.) meydana çıxması ilə nəticələnir.

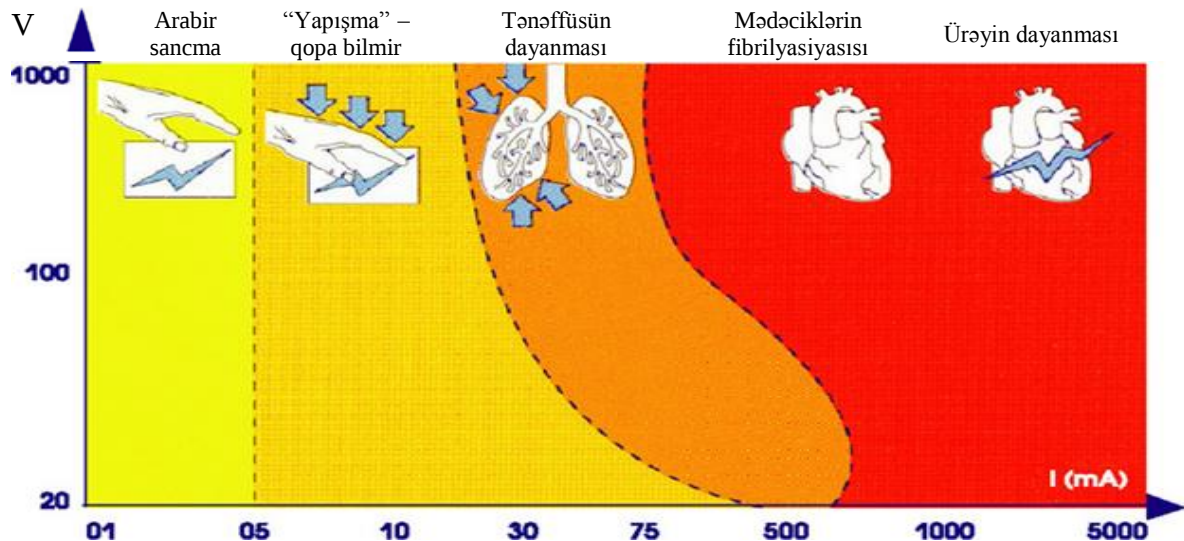
Çox vaxt huşunu itirmiş zərərçəkən tez özünə gəlir və huşu bərpa olunur. Əgər zərərçəkənin huşu uzun müddət bərpa olunmursa deməli onda beyin zədələnməsi baş verib.

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 sınıması 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. “Yapışib buraxmayan” cərəyan (7→15 mA-ə qədər) əzələlərin elə güclü qıcolmasına səbəb olur ki, zərərçəkən cərəyan mənbəyindən kömək olmadan azad ola bilmir (cərəyan altında olan məftilə yapışır və özbaşına azad ola bilmir – qopa bilmir). 20→25 mA-li (50 Hs) "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 qışqırıb ətrafdakıları köməyə çağırmağa bilmir və 15–20 saniyə müddətində tənəffüsünün dayanması baş verir ki, bu da ölümə nəticələnir. 70→80 mA-li 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 dövranı 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, qızıqma hissi olunur
7→15	Zərərçəkəndə güclü qıcolmalar başlayır, kiçik cərəyanda əlləri elektrodlardan çətinliklə, lakin ayırmaq olur, barmaqlarda və biləklərdə güclü ağrılar olur. Cərəyan şiddəti artdıqca qıcolmalar şiddətləşir və zərərçəkəni elektrodlardan ayırmaq mümkün olmur.	Güclü qızıqma hissi
20→25	Olduqca güclü ağrılar olur. Nəfəs almaq çətinləşir.	Olduqca güclü qızıqma hissi. Əl əzələləri cüzi yığılır.
→50	Tənəffüs dayanır (tənəffüs mərkəzinin iflici).	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 yardımı (ürək-ağciyər reanimasiyasını) vaxtında başlamaq lazımdır. Yüngül elektrotravma bayılmaya, başgicəllənməyə, ağır əsəbi sarsıntıya, ümumi zəifliyə səbəb olur.

2. Elektrik yanıqları

Cərəyanın təsirinə məruz qalmış nəhiyədə 70–80% hallarda elektrik yanıqları təsadüf edilir. Bədənin elektrik müqaviməti yüksək dərəcəli istilik yaradır ki, bu da yanq 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 yanıq 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 yanıqının 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 təsirinə 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 qaranlıqlaşması, ağır hallarda huşun itməsi;
- » hərəkəti oyanıqlıq, çılğın, karıxmış davranış;
- » tənəffüs pozğunluqları (ağciyərlərin ödəmi, 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 fibrillyasiyası, qan dövrəsinin və ürəyin qəflətən dayanması);
- » arterial təzyiqin enməsi;
- » sümüklərin deformasiyası və çatlaması, həmçinin elektrik cərəyanı ilə zədələnmə nahiyyələrində onların sınma ehtimalının artması (yardım göstərərkən buna fikir verin);
- » onurğa beyninin fuksiyasının pozulması (koordinasiyanın pozulması, reflekslərin dəyişməsi, sidiyin və nəcis qeyri iradi ifrazı – sidiyi və nəcisi saxlaya bilməmək);
- » “cərəyan nişanələri” əsasən, əldə və ayaqda.

3. Elektrik zədələnmələrinin profilaktikası.

Elektrik cərəyanı ilə zədələnmə halları bədənə mühafizə olunmayan hissələrinin açıq, izolyasiyası pozulmuş və ya kifayət qədər izolyasiya olunmamış 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;
- ətraflarınızdan 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 qadağanedicisi 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.

C. YÜKSƏK GƏRGİNLİKLİ CƏRƏYAN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ (1000 voltndan çox)

* Elektrik zədələnmələrinin 3 əsas tipi mövcuddur:

- mənzil cərəyanı (110–120 volt və ya 220–240 volt);
- yüksək gərginlikli cərəyan (1000 voltndan çox);
- ildırım vurması.

Cərəyanın gərginliyi 1000 voltndan 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 uzunmüddəti 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.

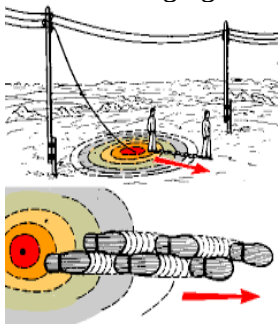
Yüksək gərginlikli cərəyandan zədələnmə insan bədəni elektrik mənbəyinə bilavasitə toxunduqda və elektrik mənbəyinə toxunmadıqda, bir addıma qədər məsafə aralı dayandıqda da ("volta qövsü") baş verir. "Volta qövsü", əsasən, rütubətli mühitdə (çöldə və qapalı yerlərdə, otaqda) baş verir və ağır zədələnmələrə, 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.

D. ELEKTRİK ZƏDƏLƏNMƏLƏRDƏ İLK YARDIM

Yanıq zədələməsi olan zərərçəkənə ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

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 göstərərəkən 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 özünüzinə edin ki, ona yardım göstərmək mümkün olsun.

2. Zərərçəkəni elektrik gərginliyi mənbəyindən ayırın

Çox vaxt baş vermiş əzələlərin qıcılması 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 özünü 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 sönmə 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 bədəninə pərçimlənməmiş nəhiyədə paltarından tutaraq naqildən ayırın və elektrik xəttindən uzaqlaşdırın.
- e) Əgər "addım gərginliyi" təsiri nəticəsində zərərçəkən yıxılıbsa, 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 nəhiyəni quru, steril salfetlə örtün, şok əleyhinə tədbirlər görün. Yardım göstərdikdən sonra zərərçəkəni isti bürüyün və təcili olaraq xəstəxanaya çatdırın.

- 6. Əgər elektrokardioqramma 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 (ağır və ya yüngül) olmasından asılı olmayaraq ona dərhal təcili yardım xidmətini aktivləşdirin və ya zərərçəkəni tibb müəssisəsinə çatdırın. Elektrik cərəyanı ilə zədələnmədə ölüm bir neçə saatdan sonra baş verə bilər. Bu zaman xarici görünüş daxili zədələnmənin dərəcəsindən 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 sarınmalıdır.

Sonrakı dövrdə uzun müddətli reabilitasiya tədbirləri aparılmalıdır.

ELEKTROOFTALMİYA

Elektrooftalmiya – ultrabənövşəyi şüaların sürətli axınının təsirindən gözün xarici qişalarının iltihabıdır.

Belə şüalanma elektrik qövsvü (qısa qapanma), elektrik qaynağı, film çəkilişində istifadə olunan xüsusi lampa (qövş 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 iltihablaşır və onun şəffaflığı pozulur. Buynuz və selikli qişanın damarları genişlənir, bəbəklər 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 ağrıyı 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 azaltmaq məqsədilə, iltihab əlamətlərini, gözün qızartısını aradan götürmək üçün damardaraldıcı damcılardan: vizin, prokulin, vizoptin və s. istifadə edilir.

Elektrooftalmiyda nə etmək olmaz

- **Gözü ovuşdurmaq (sürtmək):** belə ki, elektrooftalmiyda gözdə yad cisimin olması hissiyatı yad cisimin olmasından deyil, buynuz qışanın zədələnməsindən xəbər verir. Ona görə mexaniki təsir vəziyyəti daha da ağırlaşdırır bir.
- **Əl altında olan hər hansı bir göz damcısını gözə tökmək:** çox dərmanların tərkibində konservant və digər maddələr olur hansılar ki, buynuz qışanı 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 qışaya 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 qışa 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 hərarət 1300°C-ya bərabər olduğundan bu zaman termiki zədələnmə üstünlük təşkil edir. Çox hallarda alt dodaq və dil zədələne 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 həməən nəhiyədə hər hansı bir cərrahi müdaxilə aparılmamalıdır. Dodaq yarısından, qurumuş yanq toxumasının qopması nəticəsində, ola biləcək qanaxma barəsində valideynlərə xəbərdarlıq edilməlidir .

E. İLDIRIMLA ZƏDƏLƏNMƏ

İldırım yağış buludları toplusu ilə əlaqədar yaranmış müsbət və mənfi elektrik yüklənməsi sahələri arasında yaranan təbii atmosfer elektrik boşalmasıdır. Toplanmış buludlar qasırğa küləkləri və vulkan püskürməsi zamanı yarana bilər. “İldırım vurması” **yüksək gərginlikli sabit cərəyanla** (gərginliyi 1000000 voltndan 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 elektrikin 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 düş 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. ACLS Provider Manual. American Heart Association, 2015
2. Оказание первой медицинской помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. И.Ф.Богоявленский. С-Петербург, 2005
3. Первая помощь. Учебник для водителей. Москва. Институт проблем управления здравоохранения. 2009.
4. Yanıqların diagnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009

Mündəricat:

- A. Ümumi müddəalar.
- B. Kimyəvi yanıqlar zamanı ilk yardım.
- C. Gözün kimyəvi yanıqlarında ilk yardım

A. 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 hidroksid – kaustik soda, kalium hidroksid, kalsium hidroksid, natrium və kalsium hidroksid, 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 yandırı bilər. 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 nəhiyədə yerləşməsindən asılı olaraq kifayət qədər ciddi ola bilərlər. Gözün yanıqları buynuz qişasının dəşilməsi və görmənin itirilməsi ilə nəticələnmə bilər. Qida borusunun və maddənin yanıqları bu üzvlərin daralmasına (keçiricilik pozulur) səbəb ola bilər. Toxumaların məhv olması yalnız dərinə 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 yanığa və ödem sahələrini axtarın. Ağız suyunun axması, disfagiya – udma aktının pozulması (zərərçəkən heç bir qidanı udma bilmir), stridor – nəfəs alıqda nəfəsalmanın çətinləşməsi və eyni zamanda xırıltılı, fişiltılı, 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 nəhiyədə 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, bozuntul-ağ rəngli olur və turşulara nisbətən daha geniş sahələrin zədələnməsinə səbəb olurlar.

B. 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 olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Yardım göstərərəkən xilasedici DRCABD alqoritmini ardıcıl olaraq mərhələ-mərhələ yerinə yetirməlidir.

Kimyəvi zədələnmələr zamanı ilk yardımın göstərilməsi kimyəvi maddələrin təsir xüsusiyyətləri barədə müəyyən biliyin olmasını tələb edir. Bu, yardımın düzgün göstərilməsi və yardım edənə xəsarət almaması üçün vacibdir (bunun üçün xüsusi geyimdə işləmək lazımdır).

- İlk növbədə zədələyici maddəni kənarlaşdırın.
- Zərərçəkənin paltarı kimyəvi maddəyə bulaşıbsa, 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.

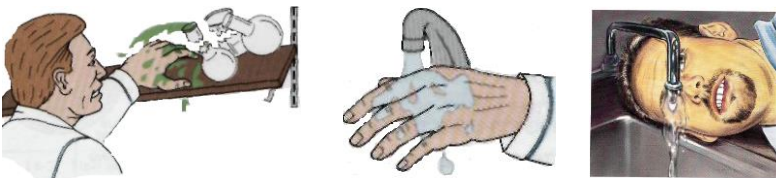
Kimyəvi yanıqlar zamanı zədələnmiş sahə böyükdürsə, yaranın təmizlənməsini həyata keçirdikdən sonra, termiki yanıqlarda olduğu kimi venadaxili maye yeridilməsini və digər müalicəni yerinə yetirin.

Diqqət! Kimyəvi yanıqlarda yanıq sahəsini turşuların və qələvilərin zəif məhlulları ilə neytrallaşdırmaq az effektivdir (flüortərkibli turşularla yanıqlar istisna olmaqla).

Tibb işçiləri zərərçəkəni ağrısızlaşdırmalı, zədələnmə dərəcəsinə əsaslanaraq adekvat maye köçürülməsini və fəsadların qarşısının alınması üçün tədbirləri həyata keçirməlidir (hipotermiya, infeksiya, rabdomioliz – böyrək çatışmazlığı ilə keçən mioqlobinuriya).

C. GÖZÜN KİMYƏVİ YANIQLARINDA İLK YARDIM

Göz kimyəvi maddənin təsirindən yanıbmırsa, zədələnmiş gözü 30–60 dəqiqə müddətində 1–2 litr su ilə yuyun. Başı elə tutun ki, zədələnmiş gözü səviyyəsi sağlam gözü səviyyəsindən aşağı olsun. Bu zaman zədələnməmiş gözü kimyəvi maddənin düşməsi ehtimalı azalır. Su axınıni 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.

Validəyirlərə 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 məlumatlandırılmalı (müvafiq hazırlıq keçsənlər) və lazımı qoruyucu (müdafiə) avadanlıqlarla və vasitələrlə təmin olunsunlar.

Uşaqların kimyəvi yanıqlara məruz qalması zamanı valideyirlərə kimyəvi maddələrin və dərmanların uşaqlardan necə uzaq saxlanması haqqında məsləhətlər verin. Validəyirlərə elə gəlir ki, adi qabyuyan maddələr kimi məişətdə istifadə olunan vasitələr uşaqlar üçün təhlükəli olmaya bilər. Onları potensial təhlükə yaradan bu maddələr haqqında məlumatlandırın.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Yanıqların diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009
2. Оказание первой медицинской помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. И.Ф.Богоявленский. С-Петербург, 2005

Mündəricat:

- A. Ümumi məlumat.
- B. Donmadan qoruma tədbirləri.
- C. Donmanın əlamətləri və təsnifatı.
- D. Donmada ilk yardım.
- E. Kontakt donma.

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

Hipotermiya və donvurma soyuqla əlaqədar yaranan təhlükəli halların iki növüdür. Soyuk insan orqanizminə ümumi təsir göstərdikdə hipotermiyaya (bədənin həddindən artıq soyumasına), yerli təsir göstərdikdə isə donvurmaya gətirib çıxarır. Belə ki, bədənin müəyyən bir hissəsinin soyuq nəticəsində xəsarət alması donma (donvurma) adlanır. Donma aşağı hərəkətin toxumalara yerli təsiri nəticəsində baş verir. Donmaya adətən bədənin açıq yerləri (burun, qulaq) və ətraflar məruz qalır.

Donma ən çox havanın temperaturu $+6^{\circ} - +8^{\circ}\text{C}$ 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 *genişlənir* (şişir), *buz kristalları və şişkinlik hüceyrələrin zədələnməsinə və məhvina səbəb olur*. Donma əl, ayaq, əl və ayaq barmaqların, burun və qulaqların itkisinə də səbəb ola bilər. Soyğun təsirindən ilk növbədə qan dövranında pozğunluqlar əmələ gəlir, əvvəl dəridə, sonra isə daha dərinə yerləşən toxumalarda dəyişikliklər yaranır.

B. 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 çəkmədən çəkinin. Tütün çəkmə periferik qan dövranını zəiflədir və donma ehtimalını artırır.
- * Şaxtalı və soyuq havada mümkün qədər çox hərəkət edin və küləkdən qorun.
- * 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 temperaturunu tənzimləmək üçün paltarlardan çıxararaq, 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 şərfətsiz bayıra çıxmayın. Əlcək şaxtadan yaxşı qoruyur. İçi xəzli, su və hava keçirməyən təkbarmaq əlcəkdən istifadə daha yaxşı olar. Şərfəli yanaqları, çənəni və boyunu qorumaq olar. Soyuk 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 sürətlən ayaqqabı, ayaqqabıda içliklərin olmaması, nəm və çirkli corablar ayaqların donma ehtimalını artırır.
 - Ayağa olan hər hansı təzyiq aradan qaldırılmalıdır. Ayaqlarda tərləmə, qaşınma, ayaqqabıya sürülmə, dirnaqların 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 qeyiminə daha diqqətli olmalıdır. Geniş qış ayaqqabılarından, isti içliklərdən istifadə 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 qolbağlar 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 üçün (ən azı 230 ml) və kifayət qədər yaxşıca qidalanın. Bu bədənə normal hərəkətinin saxlanılmasına kömək edir. İsti maye yoxdursa, çoxlu adi su için. Soyuq havada tox olmaq lazımdır, çünki sizə enerji lazım olacaq.
- * Bir-birinizə 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 ətraf-dakıları 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 səpəlməlidir;
 - 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 tempera-turu lazımi səviyyədə tənzimlənmir. Şaxtalı havada insanlar hər 20–30 dəqiqədən bir qızınmaq üçün isti otağa gəlməlidirlər.

C. DONMANIN ƏLAMƏTLƏRİ VƏ TƏSNİFATI

Donmanın bütün ağırlıq dərəcələrində ilk (başlanğıc) əlamətlər eynidir:

ƏVVƏLCƏ

- yüngül yandırma hissi, aralıq sancma (iynə batma) və çimdiklənmə hissi olur (narahatlıq yaratmadığına görə çoxları vaxtında bu əlamətlərə ciddi yanaşmır);

SONRA

- zədələnmiş nahiyyə ağrıyır (avazıyır, solğun olur), mərməri xatırladır, mumabənzər və ya bozumtul-sarı olur;
- zədələnmiş nahiyyə soyuyur;
- zədələnmiş nahiyyədə həssaslıq itir, ağrı hissiyyatı olmur;
- zədələnmiş nahiyyə sərt və şişkin olur, əllədikdə dəri tərpənmir.

I, II və IV dərəcəli yanıqlardan fərqli olaraq donmanın dərəcəsini (donmanın dərinliyini) yalnız donan nahi-yənin isidilməsindən, 12–24 saat keçdikdən sonra müəyyən etmək mümkündür. Zədələnmiş nahiyyə isindikdən (qan dövrəni bərpa olunandan) sonra donmanın ağırlıq əlamətləri meydana çıxır.

Donmanın 4 ağırlıq 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 nahiyyə qızarıyır, 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 nahiyyəni 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 nahiyyədən 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 hərəkətin çox aşağı düşməsi nəticəsində baş verir. İsidilmənin ilk günlərindən (bəzi hallara 6–12 saatdan sonra) **hemorragik tərkibli suluqlar** müşahidə olunur. Zədələnmiş nahiyyədə 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 hərarətin 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 nəhiyə daha soyuq və əhəmiyyətli dərəcədə şişkin olur, hissiyyət itir*. Donmuş ətrafların dərisi kəskin göyərmiş, bəzən mərmərəbənzər və soyuq olur. Zədələnmiş nəhiyəni 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.

D. DONMADA İLK YARDIM

Zərərçəkənin vəziyyətini qiymətləndirin. DRCABD algoritminə riayət edin.

Diqqət! DRCABD algoritmində hər addım *iki ardıcıl fəaliyyət* tələb edir: *qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq*.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

! Donmadan şübhələndikdə, zərərçəkəni mümkün qədər tez ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərkəzlərinə və ya cərrahi şöbəsi olan xəstəxanalara çatdırın. Zərərçəkən nə qədər tez çatdırılsa, bir o qədər də az fəsadlar olar.

Şaxtada qan damarlarının spazması (daralması) baş verir və don vuran nəhiyədə qan dövranı məhdudlaşır və lazımi qədər qanla təchiz olunmadığına görə orqanizm soyuğa müqavimət göstərə bilmir, tədricən soyuyub donmağa başlayır. Buna görə zərərçəkənə ilk yardımın göstərilməsində məqsəd bədənə donmuş nəhiyəsində pozulan qan dövranını bərpa etmək, zərərçəkəni isitmək və onu infeksiyadan mühafizə etməkdir.

İlk yardımın göstərilməsində əsas məqsəd:

- soyumamı dayandırmaq;
- donmuş nəhiyəni isitmək;
- donmuş nəhiyədə pozulan qan dövranını bərpa etmək;
- infeksiyanın qarşısını almaq.

Donmada yardımın məqsədi qan dövranının bərpa edilməsidir və burada əsas prinsip zədələnmiş nəhiyəni isitmək və təkrar soyumadan qorumaqdır.

1. Soyumamı dayandırmaq (zərərçəkəni isti saxlamaq)

Əgər xəstəxanadan bir saatlıq məsafədəsinizsə, zərərçəkəni ləngimədən (donmuş sahəni qızdırmadan) xəstəxanaya çatdırın. Zərərçəkənin xəstəxanaya çatdırılması yubadırsa, passiv yardım göstərin, yəni soyumamı dayandırın (zərərçəkəni isti saxlayın). Aktiv yardım (aktiv isitmə) xəstəxanada aparılacaq.

- * Təcili tibbi yardım xidmətinə aktivləşdirin.
- * 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 (dükən, çayxana, mənzil) gedin. Şərf və ya palto 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 nəhiyəni əvvəlcə quru əski ilə qurudun. Don vurmuş nəhiyə ilə ehtiyatlı olun.
- Zərərçəkənə quru paltar geyindirin və üstünü örtün (ədyal, paltar, palto və s.).
- Məşədə olduqda ocaq qalayın, yaş paltarları qurudun, özünüz isə tonqaldan qızının və hərəkət edin.
- * Zədələnmiş nəhiyəyə steril quru sarğı qoyun. Sarğı kip olmamalıdır.
- Zədələnmiş nəhiyəyə 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 çəkmədən, 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 nəhiyəni isidin

Zərərçəkənin xəstəxanaya çatdırılması yubadırsa, donmuş nəhiyəni təcili isidin. Bədənə 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 nəhiyədə qan dövranının bərpasını tədricən, yavaş-yavaş həyata keçirin. Donmuş nəhiyənin isinməsi qan dövranının bərpası nəticəsində baş verməlidir. Bu cür isidilmə donmuş nəhiyənin daha tez sağlmasına səbəb olur.

* **İlq suda isidilmə ən təsirli və etibarlı üsuldur:**

- zədələnmiş ətrafları ehmalca temperaturu 20°C olan suya (vannaya, ləyəyə) 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 nahiyyəni suya qoyarkən qabın dibinə və ya divarlarına dəyməsinə imkan verməyin;
- ilq 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 qızartma qədər isidin;
- üz kimi açıq nahiyyələrə təzyiq göstərmədən quru əlləriniz və ya quru əlcəyinizi qoyub isidin.

Diqqət! Əgər diskomfort hissi yaranırsa, deməli, su həddindən artıq istidir. Nəzərə alın ki, donmuş nahiyyəni isidəndə orada şiddətli ağrılar ola bilər.

3. Təkrar donmaya yol verməyin

Əgər isidilmiş nahiyyəni təkrar donmadan qoruya bilməyəcəksinizsə, don vurmuş nahiyyəni isitməyə çalışmayın. Təkrar donurma toxumaların daha tez zədələnməsinə səbəb olur.

4. Donmuş yeri masaj etməyin və ovuşdurmayın

- Zədələnmiş nahiyyəni əllə ovuşdurmayın, sürtməyin və ona təzyiq göstərməyin. Zədələnmiş yerlə ehtiyatlı davranın. Dəri daxilində iti su kristalları olduğuna görə dərinə yerləşən toxumalar zədələnir.
- Zədələnmiş nahiyyəni yağ əllərlə (əlcəklə), spirtlə və qarla sürtməyin. Bu, dərinin daha da soyumasına, dəridə cızıqların əmələ gəlməsinə və onların infeksiyalaşmasına səbəb olur və dərinə yerləşən toxumaları zədələyir.

5. Suluqları deşməyin

İlk yardımı göstərərək qurtaran kimi, zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırın.

E. KONTAKT DONMA

Bədənin açıq nahiyyələrinin – 40°C qədər soyumuş metal əşyalarla təmasda olması həmin nahiyyələrin donmasına gətirib çıxarır. Təmasda olan nahiyyə 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 nahiyyəni güc tətbiq edərək metal əşyadan zorla ayırmaq lazımdır (kiçik metal əşyalar istisna olmaqla), çünki böyük əşyaları qızdırmaq çətin olur.
- Zədələnmiş nahiyyəni 10 dəqiqə ərzində + 40°C axar su altında saxlayın.
- Zədələnmiş nahiyyənin hissiyyəti bir müddət olmadığı üçün suyun temperaturu mütləq yoxlanmalıdır. Axar su olmadıqda zədələnmiş yerə (yaraya) sarğı qoyub, dəri-dəri kontaktı ilə isitmək lazımdır.

Zədələnmədən baş vermiş yaraya termiki yanıqlardakı kimi münasibət göstərilməlidir.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Первая помощь. Российское общество красного креста. Канада, 1997.

- Mündəricat:
- A. Ümumi məlumat.
 - B. Yaraların təsnifatı.
 - C. Yaralanmalarda ilk yardımın əsasları.

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

Mexaniki və digər səbəblərdən dəri və selikli qişaların, dəriyə 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, dondurma 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 zədələnmə 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 zədə küt alətlərin təsirindən dəri altı 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, fassianın dərialtı partlaması, əzələnin dərialtı qırılması, uzun müddətli sıxılma sindromu (toxumaların uzun müddət müəyyən təzyiq altında sıxılması) və s. aid edilir.

Bütün zədələrdə ağrının şiddəti zədələnmə dərəcəsindən asılı olub, əsasən sinir uclarının 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 hissiyyət 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.

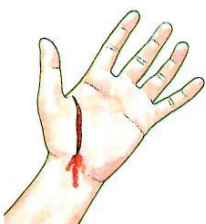
Qançır (hematoma) ən sadə qapalı yaradır. Qançır müəyyən sərhəd daxilində toxumalar arasına qansızma nəticəsində əmələ gəlir. İlkin olaraq zədə nəhiyəsi yalnız qızarır, müəyyən vaxt keçdikdən sonra həmin nəhiyəyə çoxlu qan və digər mayelərin yığılması nəticəsində zədə nəhiyəsi şişir və qanın rəngli maddəsi toxumalara çöküb, zədənin tünd qırmızı və ya çəhrayı rəng almasına səbəb olur. Rəngin dəyişməsi və şişmənin dərəcəsi alınmış zədənin ciddiliyindən asılıdır.

2. Yaraların infeksiyalanması

Yaraların əsas təhlükəsi qanaxma və yaranın infeksiyalanmasıdır. Bütün təsadüfi yaralar ilkin infeksiyalanmış olur. İstənilən yara mikrob mövcuddur. İnfeksiyalanmış 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 infeksiyalanmış sayılır və ilkin olaraq tikilməməlidir. Ən çox infeksiyalanmaya məruz qalan nəhiyə pəncələr, aşağı ətraflar, əllər, baş-boyun və çox nadir hallarda – üz nəhiyəsidir.

B. YARALARIN NÖVLƏRİ

Cırılma (kəsilmə) – incised wound



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 (vəter 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 infeksiyalanma ehtimalı çox olduğuna görə həyat üçün təhlükəlidir.

Küt alət dərinin, sümüyün üstündən yardıqda da cırılma baş verə bilər (çapılmış yaralar). Məsələn, baş yarılmaları. Belə yaraların ağzı açıq, kənarları hamar olur. Dəri və dərialtı toxumaların zədələnməsi səbəbindən güclü qanaxma baş verə bilər.

Əzilmiş yaralar – contusion (bruise)

Əzilmiş yaralar – zədələnmiş toxumaların sıxılıb əzilməsi və parçalanması ilə fərqlənir. Əzilmiş yaralar – küt əşyalarla (daş, çəkil) zərbə, hündürdən yıxılma, hərəkət edən yol nəqliyyat vasitəsinin toxunması nəticəsində baş verir. Əzilmə zamanı bədən səthindəki toxumalar və daxili orqanlar zədələyə bilər. Bədənin səthində yumşaq



toxumalar əzilərkən ağrı, şişmə və qançır əmələ gəlir. Bunlar səthi əzilmələrin əsas əlamətləridir. Zərbə dəri, dərialtı və dərinde yerləşən toxumaları əzərək kapilyarların 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 nahiyyəsinin güclü əzilməsi zamanı daxili orqanlar (ağciyər, qaraciyər, dalaq, böyrəklər) zədələyə bilər. Belə orqanlar zədələndikdən sonra ağrı və çox vaxt qanaxma baş verir. Baş güclü zərbəyə məruz qaldıqda beyinin zədələnməsi (əzilməsi, sarsıntısı və sıxılması) mümkündür. Beyin əzilərkən 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). Zərərşəkənin tədricən halı pisləşir və huşu itir.

Didilmiş, parçalanmış yaralar – laceration

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, cırılib par-



çalanmış 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 nahiyyəsinin qopması (travmatik amputasiya) zamanı toxumaların güclü zədələnməsinə baxmayaraq, qanaxma o qədər də çox olmur. Zədə nahiyyəsində qan damarları sıxılaraq və dartılaraq qanaxmanı zəiflədir və birbaşa damarları skelet sümüyünə sıxmaqla qanaxma asanlıqla dayandırılır.

Sıyrıq, sürtünmə (sıyrıqla) – abrasion (graze)



Sürtünmə (sıyrıqla) 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 çirkləli 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) – puncture wound



Deşilmiş yaralar bədənin 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. Kəsilmiş-deşilmiş yara kəsilmə və deşilmə əlamətləri olan zədələnmədir. Yaranın infeksiyalaşma riski çox yüksəkdir.

Odlu silahla yaralanma – puncture wound



Güllə və qəlpə yaraları – yaraların xüsusi növüdür. Odlu silah yaraları müxtəlif növ odlu silahla (tüfəng, tapança, avtomat, mərmir, qəlpə və s.) törənen yaralardır. Güllə və qəlpə yaraları böyük zədələnmə zonası, daxili orqanların, sinir və damarların travmasına malik olması ilə fərqlənir. Güllənin dəydiyi yerdə yalnız bir girəcək dəliyin olması 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 zədələnmiş 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 olmur – 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.

C. YARALANMALARDA İLK YARDIMIN ƏSASLARI

Yaralanma səbəblərinin müxtəlifliyinə baxmayaraq, ilk yardım göstərilməsi eynidir. Xilasedicilər müxtəlif şikayətləri olan zərərçəkənlərlə rastlaşa bilər. Əsas – zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsidir. Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə **xarici baxış** keçirilməlidir. **Birincili baxış** (DRCABD QA) 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 infeksiyalanmasının qarşısının alınması, yaranın işlənməsi və zərərçəkəni tibb müəssisəsinə çatdırmasıdır. Bütün yaraları yoxlayın, qiymətləndirin, qanaxma davam edərsə, 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 edərsə və digər üsullarla qanaxmanın qarşısı alına bilmirsə, o zaman turnadan, qayışdan, parça burmasından, qışqacdan, qan təzyiqi ölçənin rezin borusundan istifadə edib, qanaxmanı dayandırın.

* Ağrını azaldın

- Zərərçəkənə rahat vəziyyət verin.
- Zədələnmiş nahiyyəni hərəkətsizləşdirin (immobilizasiya edin).
- Zədələnmiş nahiyyəyə buz, soyuq kompress qoyun.

* Yara sahəsinin hazırlanması

Zədə nahiyyəsinə baxış keçirmək üçün həmin sahə açıq olmalıdır. Bu baxımdan başın tüklü hissəsi yaraların işlənməsində problem yaradır. Maneəçilik törədən saçları bəzən kəsmək (qırmaq) lazım gəlir. İslatmaq (su, beta-din və s.) saçları hamarlayanda onları qırmağa ehtiyac olmur. Yara nahiyyəsinin qırılması mikrobların yoluxma imkanlarını artırır.

Diqqət! Heç vaxt qışları qırmayın – tüklər yenidən çıxmaya bilər.

Yaranın təmiz qalması üçün yara ətrafının geniş sahəsi təmiz olmalıdır.



Şəkil: Kirli əllər. Yaranın hazırlanması.

Məsələn, barmaq yaraları üçün ən azı yaxındakı iki barmağı hazırlamaq lazımdır.

Çox çirkli əllər üçün yaranı hazırlayarkən, əvvəlcə steril əlcək yara olan ələ geyindirilir, sonra əlcəyin yara üzərinə düşən hissəsi kəsilir və yara nahiyyəsi 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 şərtədir. Yaranı (o cümlədən köhnə yaranı) tam olaraq çirkədən, qəlpələrdən fizioloji məhlulla (olmadıqda təmiz su ilə) təmizləyin və sonra şpris şırınağı ilə yuyun. Şırınaq üçün 18–19 ölçülü iynə və 20–30 ml-lik 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 sağlamlığını ləngidir. Bu məhlulla yaranın kənarlarını yumaq məsləhət görülür.

Üzvi mənşəli hər hansı materialı yara kənarından uzaqlaşdırın.

İnfeksiyalanmanın qarşısını almaqda antibiotiklərin faydası böyükdür. Zərərçəkəndə antibiotiklərə qarşı allergiya yoxdursa və yara nahiyyəsi kiçikdirsə, antibiotik tərkibli məlhəm və kremlərdən istifadə edin, sonra sarğı qoyun. Bu, yaranın infeksiyalanmasının qarşısını alır və sağlamanı tezləşdirir. 48 saat ərzində sağalma əlamətləri olmayan yaralar infeksiyalanmış hesab olunur.

İnfeksiyalanmış yaranın əlamətləri:

- ağrı və həssaslığın artması;
- yaranın ətrafında qızartı, şişkinlik və hərəkətin yüksəlməsi;
- irinin olması;
- boyun, qoltuqaltı və ya qasıq nahiyyəsində limfa vəzilərinin şişməsi;
- limfa vəzilərinə gətirən limfa damarlarının üzərində zəif dəri qızarması;
- sonralar qızdırma əlamətləri tər, susuzluq (yanğı), titrəmə, üşütmə və uzun müddətli dərin yuxu.

- Diqqət!** 1. Qatı məhlullar və hidrogen-peroksidlə yaranı yumayın. Onlar yaranın gec sağlmasına səbəb olur.
2. Bütün açıq yaralarda, xəstəxanadan kənar doğuşlarda, yanıqlarda, donvurmada, dişləmələrdə *tetanus əleyhinə immunizasiya edilməlidir*.
3. İt və digər heyvan dişləməsində *tetanus əleyhinə immunizasiyadan əlavə olaraq, quduzluğa qarşı vaksin* vurulmalıdır.

*** Yaranın cərrahi işlənməsi**

Yaranın cərrahi işlənməsi xüsusi hazırlıq keçmiş tibb işçisi tərəfindən aparılmalıdır. Yaranın cərrahi işlənməsi yarada olan yad cisimlərin və ölmüş toxumaların kəsilib kənarlaşdırılmasıdır. Əməliyyat xəstəxana şəraitində aparılmalıdır. Yaranın cərrahi işlənməsi aparılmazsa, antibiotiklərin istifadəsinə baxmayaraq mikrobların yoluxma riski yüksək olur.

Göstəriş olduqda, yara keyləşdirilməlidir (anesteziya olunmalıdır). İynə vurarkən ağrının azalması məqsədilə natrium-bikarbonatı lidokain məhlulu ilə qarışdırın, yaxud məhlulu qızdırın.

Epinefrin (adrenalin) qatılmış keyidicini (anestetiki) barmaq, burun, penis (kişi cinsiyyət üzvü) nahiyələrində heç zaman istifadə etməyin. Bu damar daralması təhlükəsi yaradır.

Tikiş qoyulduqda, çapıq az olsun deyə, üzdə olan tikişlər 3–5 günə, bükük və gərilməsi çox olan toxumalardan 14 gündən sonra, digər nahiyələrdən isə 7–10 günə çıxarılır.

*** Yaraya sarğı qoyulması**

- Yaradan böyük olan sarğıdan istifadə edin. Pambığı birbaşa yaranın üstünə qoymayın (toxundurmayın).
- Bir çox yaralarda sarğının qoyulmasında quru təniz 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.
- Sarğıyı 3–5 gün ərzində açılmamış saxlayın ki, yarada qranulyasiya (yaranın tədricən təzə toxumalarla örtülməsi, bitməsi) baş versin. Eyni zamanda yaranın infeksiyalaşma ehtimalı kəskin azalır.
- Plastik cərrahiyyə əməliyyatına ehtiyacı olanları ixtisaslaşdırılmış şöbələrə göndərin.
- Bədən 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. Тəcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
3. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

Mündəricat:

- A. Suda baş verən təhlükəli halın müəyyən edilməsi.
- B. Suda boğulmanın növləri.
- C. Suda boğulma zamanı ilk yardım.
- D. Suda boğulanlara yaxınlaşma.
- E. Proqnostik amillər (tibb işçiləri üçün qısa məlumat).

A. SUDA BAŞ VERƏN TƏHLÜKƏLİ HALIN MÜƏYYƏN EDİLMƏSİ

Suda boğulma təsadüfi ölüm hallarının əsas səbəblərindən biridir. Statistika əsasən 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, psixosomasiyalı dəyişkənlik, intihara cəhd, pis qidalanma, spirtli içki və narkotik maddələrin qəbulu, üzməyi bacarmamaq suda boğulma riskini artırır.

Suda boğulma, suda və sahildə 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 (fatal) 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 ilıq 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.

Azıq 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 oynaqalarda ağrı, qıcolma, əzələ qacımaları 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 dərinə nəfəs almaq, su burulğanına düşdükdə mümkün olduğu qədər dərinə 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 apararaq 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 dərinə nəfəs alırlar (hiperventilyasiya). Belə etməklə qanda karbon qazının parsial təzyiqi (PaCO_2) aşağı düşür, lakin oksigenin parsial təzyiqi (PaO_2) nəzərə cəpəyə 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 səs tellərinin spazması nəticəsində tənəffüsün dayanması; zədəyə (zərbə, suya qəfləti yığılma) reflektor reaksiya və soyuq suya düşərkən ruhi sarsıntıdan (qorxu hissi, ələcsizlik) ürəyin qəfləti 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 temperaturu tədricən enməyə başlayır. Suyun temperaturundan asılı olaraq insanın suda təhlükəsiz qalma müddəti: 24°C – 7-9 saat; 15-18°C – 3,5-4,5 saat; 10-15°C – 20-40 dəq.; 5-10°C – 3-8 dəq.

Suda boğulmanın təhlükəli səbəblərindən biri də suyun ağciyərlərə aspirasiyasıdır (sorulması). Ölüm nəticələnən aspirasiya olunan suyun miqdarı böyüklər üçün 22 ml/kg sayılır. Zərərçəkənlərin 85%-də ölüm 10 ml/kg aspirasiya olduqda baş verir. Huşun itməsi 2–3 ml/kg 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 qəribə 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, çıxırmaqla) 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 sahilə 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 üzəşəyi halda suyun dibində və ya suyun səthinə yaxın yerdə qalır.

B. SUDA BOĞULMANIN NÖVLƏRİ

Tibb işçiləri üçün.

Suda boğulma növünə və səbəbinə görə aşağıdakılara bölünür:

- » suda həqiqi (yaş) boğulma;
- » suda asfiktik (quru) boğulma;
- » suda sinkopal boğulma;
- » soyuq və ya buzlu suda boğulma;
- » suda ölüm.

Suda həqiqi (yaş) boğulma dəniz suyunda (duzlu) və şirin suda (duzsuz) baş verə bilər. Suda həqiqi boğulma zamanı boğulan insan həyatını qorumaq üçün tələşməyə qeyri-iradi hərəkətlər edir. Nəticədə tənəffüs yollarına, ağciyərlərə dolan su onun tənəffüsünü məhdudlaşdırır. Boğulmuş insanın dərisi göyərmiş olur, ağzından və burnundan köpüklü maye gəlir. Suda həqiqi boğulmada suyun ağciyərlərə aspirasiyası (sorulması) baş verir. Orqanizmdə baş verən patoloji dəyişikliklər ancaq suda boğulmanın ilk dəqiqələrində bir-birindən fərqlənir və sonralar suyun tərkibindən asılı olmayaraq ağciyərin ödəmi, qanda kaliumun artması, maddələr mübadiləsinin pozulması (tənəffüs və metabolism asidoz – turşulaşmaq meyilliyi), hipovolemiya və ağır hipoksiyaya gətirib çıxarır. Duzlu suda baş verən boğulma daha tez ağciyərlərin ödəmi ilə nəticələnir.

Suda asfiktik (quru) boğulma səs tellərinin kəskin spazması (larinqospazma) və tənəffüsün qəfləti dayanması nəticəsində baş verir. Bu zaman suyun ağciyərlərə aspirasiyası (sorulması) baş vermir, huş davamlı itir, dəri kəskin göyərir (sianoz), periferik arteriyalarda nəbz kəskin zəifləyir.

Suda sinkopal boğulmada ölüm ürəyin və tənəffüsün qəfləti dayanmasından baş verir. Səbəb: periferik damarların kəskin spazması fonunda yuxarı tənəffüs yollarına cüzi miqdarda suyun aspirasiyası (sorulması). Boğulmuş insanların dərisi avazmış olur, bu hal adətən qadınlarda və uşaqlarda baş verir.

Buzlu suda boğulma zərərçəkənin soyuq suya düşməsi nəticəsində bütün damarların kəskin spazması, beyinin işemiyası, ürəyin qəfləti dayanması səbəbindən baş verir. Hipotermiya əlavə zədələrin yaranmasına səbəb olur (buzlu suyun beyinin qorunmasını təsdiq edən heç bir elmi dəlil mövcud deyil).

Suda ölümün səbəbi miokardın kəskin infarktı, ağır travma, epilepsiya və s. ola bilər. Bu zaman su ağciyərlərə ölüm baş verdikdən sonra daxil olur. Belə halda suda ölüm diaqnozu qoyulur.

Diqqət! Əvvəllər çap edilmiş ədəbiyyatda duzlu və şirin suda batmanın fərqli xüsusiyyətləri vurğulanırdı. Belə hesab edilirdi ki, alveollara dolan duzlu suyun hipertonik olduğu səbəbindən hipovolemiya, şirin suyun hipotonik olduğu səbəbindən hipervolemiya və hemoliz əmələ gəlir. Müasir tədqiqatlar bunu təsdiq etmir.

C. 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.

Bədbəxt hadisələr zamanı ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər hərəkətdən sonra onun müvəffəqiyyətli olub-olmadığını yoxlayın. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

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

Xilasetmə əməliyyatlarını həyata keçirərəkən 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 müəyyənəldirin, 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 gəlmirsinizsə, təhlükəli vəziyyətdə nə edə biləcəyiniz haqqında ətraflı düşünün.
- Əgər zərərçəkən sudadırsa, əvvəlcə ona kömək lazım olub-olmadığını müəyyənəldirin. Digər zərərçəkənlərin mövcudluğuna da fikir verin. Ətrafda sizə ilk yardım göstərməkdə və yardım çağırmaqda kömək göstərəcək insanların olmasına fikir verin.
- * **Zərərçəkən huşunu itiribmə, 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. Ondən imkanı çatən 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 yerdən tutub, zərərçəkənə tərəf əyilərək, ona uzun taxta parçası, ağac budağı, köynək, kəmərlər 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 (kəmərin) 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 çıxarsın-lar.
- 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 vahi-məyə 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 göstərərəkən ehtiyatlı olun – huşunu itirmiş zərərçəkəndə baş və ya boyun travması ola bilər.
- Zərərçəkəni sahilə çıxartdıqdan sonra o, sərbəst nəfəs alıb, danışarsa, heç bir yardım göstərilmir.

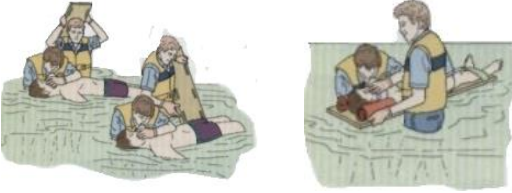
2. Suda yardımın üsulları

Əgər siz suyun dayaz olduğuna və suya girdikdə başınızın su səviyyəsindən yuxarıda qalacağına əminsənizsə, 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. Suda yapışmalara qarşı qabaqlayıcı tədbirlərin görülməsi və onlardan azad olma qaydaları



xüsusi proqram üzrə xilasedicilərə öyrədilir. Yapışmalardan ehtiyat edib, suda batanı arxası üstə çevirmək və ya onun arxasına keçmək lazımdır. Əgər zərərçəkənin huşu aydınsa, sərbəst nəfəs alıb danışarsa, ona heç bir yardım lazım deyil. Sahilə çıxarıldıqdan sonra zərərçəkəndə hipotermiya olarsa o, aktiv isidilməlidir.

Bir neçə dəqiqə suda hərəkətsiz və üzü aşağı qalan zərərçəkən çox güman ki, huşunu itirib. Zərərçəkən huşunu itirib, əlavə kömək çağıraraq, təcili tibbi yardım xidmətinə



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 çıxarılan 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) aparılmasından 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 qarın 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 hipoksiya olduqda (məsələn suda boğulma), xilasedici təcili tibbi yardım xidmətinə (TTYX) aktivləşdirmədən 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 açın 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. Bədən qızdırılmayana qədər ürək-də aparılan reanimasiya tədbirləri uğursuz ola bilər. Bunun üçün bədənin temperaturunu 30°C çatana qədər isitməyincə, reanimasiya səylərini dayandırmayın. İmkan olduqda balon vasitəsilə 100%-li oksigen verin. Oksigen dekompressiya xəstəliyi olan dalğıcılara birbaşa göstərişdir. Bədənin temperaturu 34–34,5°C çatanda bədənin qızdırılmasını dayandırın, çünki sonra bədənin temperaturu 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 ödemi, **“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.

Xəstəxanadan çıxmış zərərçəkəndə tənəffüsün çətinləşməsi, təngnəfəslik, təyşümə, öskürək və ya temperatur olduqda, onları dərhal təkrar hospitalizasiya etmək lazımdır.

* Tibb işçiləri tərəfindən görülməli tədbirlər:

ÜAR; aktiv isitmə; süni ventilyasiyanı sərbəst tənəffüs bərpa olunana qədər davam etdirilməsi; ürək fəaliyyəti bərpa olunduqdan sonra 100%-li oksigen, 2 saatdan az olmamaq şərti ilə, sonra 50–60% oksigenlə hava qarışığı verilməsi; vena daxili mayelərin köçürülməsi; simptomatik müalicə.

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 qıc 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 oynaqından 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.

D. SUDA BOĞULANLARA YAXINLAŞMA

Suda reanimasiya tədbirləri ekstremal vəziyyətdə göstərildiyi üçün konkret formada aparılır:

- » bilavasitə suda və yedəkləmə zamanı;
- » alçaq bortlu üzgü vasitələri ilə;
- » gəmi, 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 vurmaqlı, boğulan insanı tapıb onun əlindən, saçlarından yapışdırıb, 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 başı arxaya əyib, boğulanın ağzını kip tutub, “ağızdan-buruna” nəfəs verin.

* *Gəmi, qayıq bortunda.* Ləngimədən ÜAR-a (ürək-ağciyər reanimasiyasına) başlayın.

* *Sahildə ÜAR-ı* tam həcmdə aparın və zərərçəkənin yaş paltarını çıxarıb, aktiv isidin. Qarın əzələləri yığıldıqda diafraqma da yığılır və bu, qusmaya səbəb olur. Mədə möhtəviyyatının ağciyərlərə düşməməsi üçün boğulanı sol və ya sağ tərəfi üstünə çevirib, qarınının yuxarı hissəsinə təzyiq etməklə su və mədə möhtəviyyatı xaric edilir.

* *Qıcolma olduqda* müvafiq tədbirlər görün.

Diqqət! (1) Zərərçəkənin ağciyərlərinin ventilyasiyası açıq-aydın obstruksiya 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 göstərərkən oksigen vermək lazımdır.

E. PROQNOSTİK AMİLLƏR (tibb işçiləri üçün qısa məlumat)

* Çox əhəmiyyətli neqativ proqnostik amillər

- Batmanın müddəti 10 dəqiqədən çox.
- Səmərəli CAB reanimasiyasına qədər vaxt 10 dəqiqədən artıq.
- Reanimasiyanın müddəti 25 dəqiqədən artıq.

* Digər neqativ proqnostik amillər.

- Çirkli suda boğulma.

- Qusma zamanı ağciyərlərə mədə möhtəviyyatının aspirasiyası (pnevmoniya törədir).
- Xəstənin ilk nəfəsalma vaxtı. Xilasətmədən 30 dəqiqədən az müddət keçdikdə 10% insanlarda ağır zəifliyi və ya dörd ətrafın spazmatik iflici əmələ gəlir. Xilasətmədən 60–120 dəqiqə keçdikdən sonra 50–80% insanlarda ciddi nevroloji problemlər yaranır.
- Hipotermiya.
- Tibbi yardım başlayarkən Qlazqo koma şkalasının 5 baldan az olması.
- Üç yaşdan kiçik uşaqlar.
- Tənəffüsün dayanması (apnoe).
- Arterial qanın pH < 7,1
- Hiperqlikemiya (qanda şəkərin miqdarının artması).
- Suyun növü və temperaturu. Şirin suda boğulmada ağciyər toxumalarının xarakterik xüsusiyyətləri məhv olur.

* **Reanimasiya tədbirlərinin dayandırılması**

Reanimasiya tədbirlərinin düzgün aparılmasına baxmayaraq, hər zaman müsbət nəticə alınmır və ürək fəaliyyəti dayanmış bir çox zərərçəkənləri həyata qaytarmaq mümkün olmur. Reanimasiyanın dayandırılması aşağıdakılara əsasən mövcud qanunlara uyğun olaraq həyata keçirilməli və təcili tibbi yardım briqadası gələndə qədər göstərilən hallarda təxirə salına bilər:

- böyüklərdə və uşaqlarda 30, yenidoğulmuş uşaqlarda isə 10 dəqiqə müddətində aparılan fasiləsiz və keyfiyyətli reanimasiyadan sonra həyat əlamətləri olmadıqda;
- defibrilyasiya aparılmadıqda;
- ürəyin qəfləti dayanması sizin yanınızda baş vermədikdə;
- zərərçəkəndə bioloji ölüm əlamətləri olduqda (zərərçəkənin həddindən artıq soyuması və isitmədən sonra həyat əlamətlərinin olmaması, ölüm ləkələrinin və meyit qacımasının müşahidə olunması);
- zərərçəkən aydın şəkildə ölümcül zədə aldıqda (ətrafların itirilməsi ilə ağır qan itkisi);
- xilasedici yorulduqda.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. В.А.Михайлович, А.Г.Мирошниченко. Санкт-Петербург, 2007.

DÖŞ QƏFƏSİNİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ QARIN BOŞLUĞUNUN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ YARAYA BATMIŞ YAD CİSMƏ YANAŞMA AMPUTASIYA

Mündəricat:

- A. Döş qəfəsinin zədələnmələri.
B. Qarın zədələnmələri.
C. Yaraya batmış yad cismə yanaşma.
D. Amputasiya.

A. 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 fişiltı eşidilir. Belə səs döş qəfəsinindeşilmiş 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.

*** Döş qəfəsinin zədələnmələrinə yanaşma**

Döş qəfəsinin zədələnmələrində zərərçəkənə təpədən dırnağa kimi baxış keçirərkən bütün nahiyyələrdə **DAAS-ın** (deformasiya, açıq zədə, ağrı və şişkinlik) olub-olmadığını müəyyən edin (bax: “Zərərçəkənə xarici baxış”).

Burada xilasedici üçün ən başlıcası zərərçəkənin vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməsi və ilk tibbi yardımın göstərilməsidir. Qiymətləndirilmədə səhvlər o vaxt buraxılır ki, zərərçəkən tam şəkildə soyundurulmur, tələb olunan baxış və döş qəfəsinin əllənməsi (palpasiası – əllə yoxlanması) aparılmır, tənəffüsə pis nəzarət olunur, tənəffüsün sayılmasında səhvə yol verilir.

Bütün hallarda DRCABD algoritminə istinad edərək zərərçəkənə ilk tibbi yardım göstərin.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək** və **təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiyətləndirir → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırır → növbəti addıma keçir.

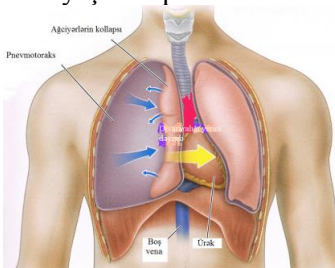
Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

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 deməkdir – qanda mikrobların olması.

Diqqət: Döş qəfəsinin nüfuzediciləri yaraları həm döş qəfəsinin həm də qarın boşluğunun yuxarı hissəsində yerləşən orqanların zədələnməsi ilə nəticələnə bilər. Təcili tibbi yardım xidmətinə aktivləşdirməyi unutmayın.

1. Gərgin pnevmotoraks

Pnevmotoraks – 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 ariq və hündürdüz insanlarda, bütün cəhənlərdə öz-özünə əmələ gələn (spontan) pnevmotoraks törənir.



Havanın bir istiqamətdə yalnız plevra boşluğuna daxil olması və geriye çıxması 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 göyerməsi (sianoz).
- Yaradan köpüklü qanın gəlməsi.
- Müəyyən hallarda nəfəs aldıqda döş qəfəsinə sorulan havanın səsi.
- Tənəffüsün tezləşməsi, təngnəfəslik, hava çatışmazlığı, sianozun (göyermə) olması.
- Qan dövrəni pozğunluğu, qan təzyiqinin aşağı düşməsi.
- Nəbzın tezləşməsi (taxikardiya).
- Dərialtı emfizemanın (boyunun və sinənin yumşaq toxumalarının arasına havanın yığılması) olması ağciyərlərin zədələnməsindən xəbər verir.
- Travma əlamətləri – qançır, sınmış 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 ağırlaşma bilər. Çünki zədələnmiş ağciyər öz funksiyasını yerinə yetirə bilmir və tənəffüs daha da çətinləşir. Əsas diqqəti 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 deyər, zərərçəkəni travma aldığı tərəfi üstə uzandırın.

Pnevmotoraks qeyd edilən bütün zərərçəkənlər təcili olaraq xəstəxanaya çatdırılmalıdırlar.

*** Tibb işçisi və xüsusi hazırlıq keçən xilasedici tərəfindən göstərilən yardım**

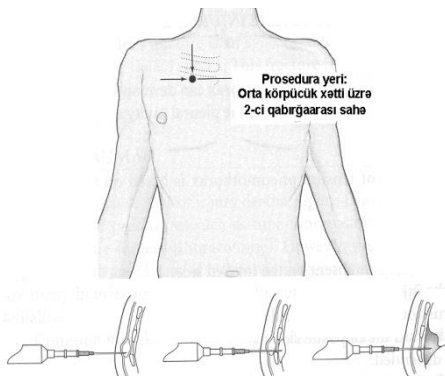
Tibb işçiləri gərgin pnevmotoraks olan tərəfdə auskultasiyada (fonendoskopla qulaq asdıqda) tənəffüsün zəifləməsini və ya eşidilməməsini, perkussiyada (tıqıldatmaq, döyəcləmək vasitəsilə bədənin müxtəlif yerlərinin müayinəsi) zədələnmiş nahiyyədə timpanik səs (baraban səsi – böyük boşluğun olmasını göstərir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

Tibbi yardım ləngidilməməlidir.

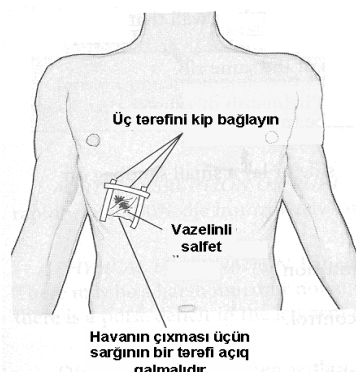
- Bütün zərərçəkənlərə maska vasitəsilə 100%-li oksigen verilməlidir.
- Təcili olaraq orta körpücük xəttində ikinci qabırğaarası sahədən 14–18 ölçülü iynə vasitəsilə *qabırğanın yuxarı kənarından* punksiya aparılmalıdır. Təcili dekompressiya (sıxılmanın götürülməsi) zərərçəkənin həyatını xilas edə bilər.
- Drenaj borusu orta qoltuq xətti üzrə dördüncü və ya beşinci qabırğaarası sahədə yerləşdirilməlidir.
- Pnevmotoraks qeyd edilən bütün zərərçəkənlər təcili xəstəxanaya çatdırılmalıdırlar.

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

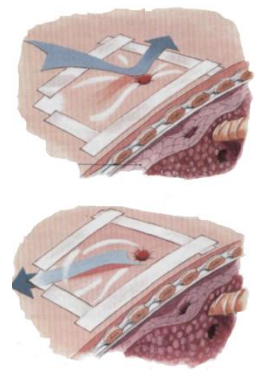
2. Açıq pnevmotoraks



Şəkil 1. İynə ilə döş qəfəsinin punksiyası (deşilməsi)



Şəkil 2. Üç tərəfli sarğının 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 yıgılan zaman hava bronxlara deyil, müqaviməti az olduğuna görə diametri traxeyanın diametrindən 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 nüfuzedici yaralanması zamanı yaranı tampon, bükülmüş tənəzzif və s. sarğı materialı ilə kip örtün ki, havanın keçməsinə imkan olmasın. Sonra vazelin yaxılmış salfet, bir parça polietilen plyonka, polietilen torba və ya çoxqatlı nazik alümin təbəqəsini dəri üzərindəki dəliyin üstünə qoyub, ətrafına 3 tərəfdən (bir küncü boş qalmaq şərti ilə) leykoplastır vasitəsilə qapayıcı sarğı qoyun (Şəkil 2).

Belə sarğı nəfəsalma zamanı havanın daxil olmasının qarşısını aldığı kimi, açıq küncün hesabına da nəfəs vermədə havanın xaric olmasına imkan yaradır. Tibb işçisi tərəfindən ilk tibbi yardım həyata keçirildikdən sonra, zədə olan tərəfdə plevra boşluğuna drenaj borusu yeridilir və döş divarındakı 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 (hadisələrin >50%). Qabırğa sınıqları ondan dərinde yerləşən orqanların (pnevmotoraksın baş verməsi), yaxud dalaq və qaraciyərin (9,10 və 11 qabırğa sınıqları zamanı) zədələnməsi baxımından əhəmiyyətli. Sınıq olan sahədə həssaslıq, kreptasiya (xırıltı 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 nəfəsalmanın təmin olunması. Ağrıkəsicilərin 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 sınıması, 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 xidmətini aktivləşdirin (zəng edin);
- zərərçəkəni zədələnmiş tərəfi üzərində uzandırın və ya həmin yerə qumla doldurulmuş kiçik kisə qoyun;
- zədələnmiş 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 sümüyünün sınığı

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



Körpücük sümüyün sınığı həmin nahiyyənin əllənməsi ilə təyin edilir və sınıq nahiyyədə krepitasiya (xırıltılı səsi), qeyri-normal hərəkətlilik, çiyin qurşağında hərəkətin məhdudlaşması qeyd olunur. Sınımış sümüklərlə artıq hərəkət etməməli, çünki damarlar zədələndi, 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, zədələnməmiş ətrafın barmaqlarını sağlam çiyin üstünə qoyub, ona rahatlıq yaratmaqdır.



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

Uşaqlarda və yaşlı insanlarda adətən, ləçək sarğı vasitəsilə

düz bucaq altında zədələnməmiş ətrafı boyundan asırlar, başı zədələnməmiş 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 nahiyyəsinə 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 qaldırmamalı və sərt çarpayıda yatmalıdır.

Cərrahi müalicə yalnız açıq sınıqlar zamanı və ya dəridə yaranma zamanı göstərir.

6. Travmatik asfiksiya

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

Travmatik asfiksiyada dərialtı qanaxma, nöqtəvi qansızma, torlu qışada qansızma, üz nahiyyəsində ödem müşahidə olunur. Digər zədələnmələr qeyd edilmədikdə, bu patologiya zamanı ağrıkəsicilərdən başqa tibbi yardım 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 qəfəsi 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 yerləşdirilməlidir.

B. QARIN 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 nahiyyəsi döşün altı və çanaqdan yuxarı olan sahəni əhatə edir və sümüklərlə mühafizə olunmadığı üçün asanlıqla zədələnir. Zədələnmə zamanı, o cümlədən dəlib keçən yaranmada 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 yaranmaları və deşici alətlə yaranmalar zamanı rast gəlinir. Qarın boşluğunun müayinəsi kiçik çanaqda və bəldə hematomanın təyin edilməsi üçün aparılır.

Uşaqlarda qaraciyər və dalaq böyük olub, qabırğaların altından çıxdığına görə qarının travmasında onlar tez zədələnilir. Qaraciyər qarın boşluğunun yuxarı, sağ tərəfində, dalaq isə sol tərəfində yerləşən qanlı 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.

1. Qarın zədələnməsinə yanaşma

DRCABD-dan başlayın.

Bəzən ciddi açıq zədələr zamanı qarın boşluğunda yerləşən üzvlər yaradan xaricə çıxırlar.

* Qarın divarını dəlib keçən yaralanmalar zamanı ilk yardım:

- təcili tibbi yardım xidmətini aktivləşdirin;
- 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 ədyal qoyun;
- ayaqlarını hərəkət etdirmək ağrıya səbəb olarsa, onları tərpətməyin;
- yaranın ətrafından geyimi kənar edin;
- yaranın üzərinə tarım olmayan nəm, steril sarğı qoyun (ilıq 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 yarısından bayıra çıxmasının qarşısını almaq üçün əl ilə sarğının üstündən yaranı 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;

DÖŞ QƏFƏSİNİ və QARIN DİVARINI DƏLİB KEÇƏN YARALANMALAR ZAMANI BUNLARI ETMƏK QADAĞANDIR:

- yaranı 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 geri qaytarmaq;
- yaradan çıxmış orqanın üzərinə soyuq qoymaq;
- yaradan çıxmış orqana birbaşa təzyiq tətbiq etmək və ya təzyiqedicisi sarğı qoymaq;
- zərərçəkənə maye və qida vermək.

C. YARAYA BATMIŞ YAD CİSİMƏ YANAŞMA

- Yaraya batmış yad cisimi (bıçaq, şüşə və s.) çıxarmayın.
- İri bükmə qoymaqla yad cisimin vəziyyətini stabilləşdirin.
- Cisimin ətrafına sarğı qoymaqla qanaxmanı dayandırın.

! Cisimin tərpədməsi toxumaları daha da zədələyə bilər və güclü qanaxmaya səbəb ola bilər.



* Göz yaraları

Göz müxtəlif əşyalar və ya onların fraqmentlərinin birbaşa təsiri ilə (qum, şüşə və ya dəmir qırıntıları) kəsilib, əzilər bilər. Bütün göz zədələri ciddi sayılır. Zədələnmiş gözdə kəskin, intensiv ağrı, gözlə görünən yara, zədələnmiş gözə qansızma, görmənin qismən və ya tam itməsi, gözdən qanın və ya şəffaf mayenin sızması müşahidə oluna bilər.

- Zərərçəkəni arxası üstə uzadın, başı iki əllə tutub sabit saxlayın.
- Zərərçəkən gözləri ilə hərəkət etməməlidir, çünki sağlam gözün hərəkəti xəsarət almış gözün hərəkətinə səbəb olur və ağrı verir.
- Yad cisimi gözdən çıxarmağa cəhd etməyin.
- Zədələnmiş gözə sarğı qoyun. Gözlər hərəkət etməsin deyə, digər gözə də sarğı qoyun.
- Zərərçəkəni tez bir zaman xəstəxanaya çatdırmaq.

D. AMPUTASIYA

Həddindən artıq mexaniki qüvvənin təsiri nəticəsində bədən bəzi hissələrinin (burun, qulaq, kişi cinsiyyət üzvləri, yuxarı və aşağı ətraflar) qismən və ya tam qoparılıb, atılması baş verir.

Ətrafın güdüldən bütövlükdə ayrılma zədəsi *amputasiya*, natamam ayrılma zədəsi *avulziya* adlanır.

Amputasiya zamanı qanaxma o qədər də çox olmur. Zədə nəhiyəsində qan damarları sıxılaraq və dartılaraq qanaxmanı zəiflədir və birbaşa sıxma üsulu ilə qanaxmanın dayandırılması nisbətən asanlaşır.

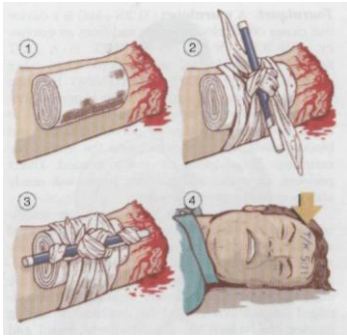
Yaranın infeksiyalaşma imkanı çoxdur və həyat üçün təhlükə törədə bilər.

Amputasiya adətən həyat üçün təhlükə yaradan qanaxma ilə müşahidə olunur.

Travmatik amputasiya zamanı ilk yardım güdülə təzyiq göstərməklə qanaxmanın dayandırılmasından ibarətdir. Turna qoymadan qanaxmanın dayanmasına çalışın. Birbaşa təzyiqlə qanaxma dayanmırsa, güdülə turna qoyun. Açıq yarada pambıqdan istifadə etməyin. Steril tənziflə yaranı müvəqqəti örtün. Aseptika və antiseptika qaydalarına riayət edin. İnfeksiya riskini azaldın. Yaranın ətrafını sabunlu su ilə təmizləyin.

* **Güdülə turnanın qoyulması**

Sağlam toxumaların ölüm (nekroz) ehtimalını artırmamaq məqsədi ilə turnanı zəruri hallarda istifadə edin.



- Turnanın sarğının üstündən, yarıdan 6–8 sm yuxarı (gövdə istiqamətində) qoyulması ən əlverişli məsafə sayılır.
- Turnanın qoyulma vaxtını mütləq qeyd edin. Turnanın qoyulma vaxtını zərərçəkənin alnına flasterlə yazılması məsləhət görülür. Yuxarı ətraflardan turnanı 1 saat 30 dəqiqədən, aşağı ətraflardan isə 2 saatdan sonra açmaq və 10–15 dəqiqədən sonra yenidən qoymaq lazımdır (bu müddət ərzində qanaxmanı birbaşa təzyiqlə saxlayın).

Diqqət! Turnanın üstündən sarğı qoyulması qadağandır. Zərərçəkənə antibiotiklər, ağrıkəsici dərman və tetanus əleyhinə zərər vurulmalıdır. Travmanın başvermə vaxtını mütləq qeyd etmək lazımdır.

* **Amputasiya olunmuş hissənin işlənməsi:**

- qopmuş bədən hissəsi fizioloji məhlulla və ya təmiz su ilə yuyulmalıdır;
- qopmuş hissəni fizioloji məhlul hopdurulmuş steril tənzifə büküb, germetik (hava, su girməmək şərti ilə) polietilen kisəyə (paketə) və ya mətbəx plyonkasının içinə qoyun;
- polietilen kisəni buzlu su içində buz olan konteynerə yerləşdirin (quru buzdan istifadə etmək olmaz). Ayrılan hissənin bu cür soyudulması onun bir müddət saxlanmasına imkan verir.



Amputasiya olunmuş hissəni plastik kisəyə qoyduqdan sonra, onun üzərinə zərərçəkənin adını, xəsarətin növünü və başvermə vaxtını (tarix, saat, dəqiqə) göstərən qeyd bənd olmalıdır. Zərərçəkən mütləq amputasiya olunmuş hissə ilə birlikdə xəstəxanaya çatdırılmalıdır. Xilasedici geriye implantasiya (köçürmə) mümkünlüyü barədə qərar qəbul etməməlidir və bu barədə söz verməməlidir. Bu məsələni cərrah həl edir və bunun qeyri-mümkün olmasına o, qərar verə bilər.

Diqqət! Açıq yarada pambıqdan istifadə etməyin, qopmuş hissəni birbaşa buza və ya suya qoymayın, çünki buz və su qopmuş hissəni zədələyə bilər.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
4. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

Mündəricat:

- A. Ümumi məlumat.
- B. Baş beyinin travması.
- C. Onurğa beyninin travması.
- D. Baş beyinin və onurğa beyninin travmaları zamanı ilk yardım.

A. 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 zədələnir və zədənin miqyasını təyin etmək çətin olur.

* Baş beyin və onurğa beyninin 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 kütlənin təsiri;
- zərərçəkənin hərəkət edən avtomobildən yıxılması;
- zərərçəkəni ildırım vurməsi.

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 səviyyəsinin aşağılaşması (keyləşmə, sopor, koma), yaddaşın qəfildən itməsi, qıc 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 nahiyyənin 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, alkohol, dərman, hipotoniya, 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 hematoma-sı, kəllə sümüyünün basılmış sınıqları və ya üz nahiyyəsinin 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 DRCABD alqoritmini həyata keçirdikdən sonra mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin olub-olmamasını aşkar etmək üçün AVPU alqoritmindən (və ya Qlazqo koma şkalasının) köməyi ilə 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 zaman başa çatdırılmalıdır.

Anamnez topladıqda "SAMPLE" abreviaturasından istifadə edin (*S*imptomlar, *A*llergiya, *M*edikament – qəbul etdiyi dərman, *P*asiyentin xəstəlik tarixi – hazırkı və keçirdiyi xəstəliklər, *L*ap axırını qida qəbulu, *E*rtədən (hadisədən öncə) nə baş vermiş). İkincili baxışda müəyyən edilmiş xəsarətlərə müvafiq ilk tibbi yardım (sınıqların immobilizasiyası, sarğıların 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 geyd edilib, təcili tibbi yardım işçilərinə çatdırılmalıdır.

B. 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;
- yeriylərkən və ya bədənin hər hansı bir hissəsini hərəkət etdirərkən çətinlik çəkir;
- qıcolmalar (tutmalar) olur.

Baş beyin travması zamanı başın tükü hissəsi, kəllə qapağı və beyin zədələnmə 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) yarısından 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 yarıdan çıxarmayın, iri bükmə qoymaqla onun vəziyyətini stabilizə edin 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 şırınaqla 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:**

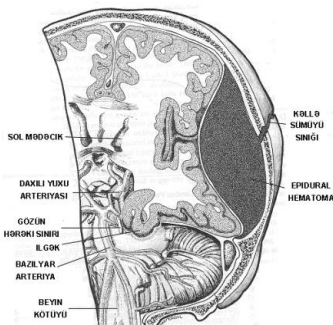
- huşun itməsi bir-iki saatdan bir neçə gün və ya aya qədər davam etməsi (Qlazqo koma şkalası ilə 8–13 bal);
- ümumi beyin əlamətləri (ürəkbulanma, qusma, baş ağrısı, başgicəllənmə);
- beyin yarımkürəsindən məhəlli əlamətlər.

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

Beyinin 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.

Qısa müddətli 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.

Nevroloji müayinəni AVPU və Qlazqo koma şkalası ilə mütləq və müntəzəm aparın.



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, hipotenzianın 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 tərk edilməməlidir.

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);
- ürək bulanma 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.;
- nəbz zəifləməsi və ya sürətlənməsi;
- qeyri-adi tənəffüs;
- şişkinliyin həddindən çox artması.

Travma yerində şişkinlik olduqda, dəsmala bükülmüş buz qoyun.

Qidalanma adi qaydada olmalıdır.

Spirtili içki qəbulu bir həftə məsləhət görülmür.

Yuxu gətirici və ağrı kəsici (parasetamoldan başqa) preparatları birinci 24 saatda qəbul etməyin.

C. ONURĞA BEYNİNİN TRAVMASI

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

Boyun nahiyyəsinin küt travması tipik olaraq yol qəza hadisələri nəticəsində baş verir, lakin bu travma növü eləcə də idmanla bağlı travmalar zamanı, boğulma, yanğın nəticəsində, yumruq yaxud təpiklə zərbə və travmatik manipulyasiyalar zamanı (fəqərələrə kobud təzyiq), yıxılmalarda, zorakılıq, küt alətlərlə zədələnmələrdə, asılmada, suya baş vurduda 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 kəmərinin çiyinə təzyiq etməsi nəticəsində ikincili olaraq kəllə damarlarının və nəfəs borusunun zədələri baş verir.

Dəlib keçməyən travmalar zamanı qan damarları müxtəlif mexanizmlər nəticəsində zədələnə bilər. Bilavasitə güc damarların tamlığını poza bilər. Onurğanın boyun hissəsinin həddən artıq rotasiyası və/və ya arxaya açılması arteriya və venaların dartılmasına və nəticədə cırılmasına səbəb olur. Kəllə əsasının sınıqları zamanı yuxu arteriyasının sümük daxili hissəsi zədələnə bilər. Boyunun ön hissəsinin, xüsusilə də üzüyəbənzər qığırdaq nahiyyəsində sıxılması qırtlağın və ya traxeyanın dağılmasına və qida borusunun onurğa sütununa sıxılmasına səbəb ola bilər.

Boğulma – asılma nəticəsində (bədənə 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 nahiyyəsinin 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 nahiyyəsində 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 sınması) barədə soruşun.

* Onurğa beyninin travması olan zərərçəkənin qiymətləndirilməsi

Əgər zərərçəkən danışa bilirsə, aşağıdakı sualları verin: Nə baş verib? Haranız ağrıyır? Boynunuz və ya beliniz ağrıyır? Əlinizi, ayağınızı tərpedə bilirsiniz? 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 qəfləti dayanmasına səbəb ola bilər. Buna görə boyun yaxalığı qoymaq və tam sakit vəziyyət yaratmaq lazımdır. Boyun nahiyyəsinin 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 zədələnibsə. Bunlara başın və boyunun zədələnməsi, çiyin qurşağı, 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 nahiyyəsində 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 edildirsə.

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

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

* **Distributiv şok – qan axınının paylanması 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 tonusunu artırması 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 nahiyyəsini 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 nahiyyəsinin 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.

D. BAŞ BEYİN VƏ ONURĞA BEYNİNİN TRAVMALARI ZAMANI İLK YARDIM

Baş beyinin və onurğa beyninin travmaları zamanı ilk tibbi yardımın tez və düzgün göstərilməsi sonrakı müalicənin nəticəsinə birbaşa təsir edir. Bu zaman ilk tibbi yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq.**

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Baş, boyun və bel zədələnmələri həyat üçün təhlükəli vəziyyət törədə bilirlər. Başın və ya boyunun ciddi zədələnməsi zamanı ürəyin və tənəffüsün qəfləti dayanması mümkündür. Belə zədələnmələrdə sinir, tənəffüs və ürək-damar sistemlərinə ciddi nəzarət olunmalıdır və tibbi yardım onların fəaliyyətini saxlamağa yönəlməlidir.

Həyatı vacib şərtlərdən biri beyində adekvat qan dövranının təmin edilməsidir.

Kömək gələnə qədər aşağıdakı yardımı göstərin.

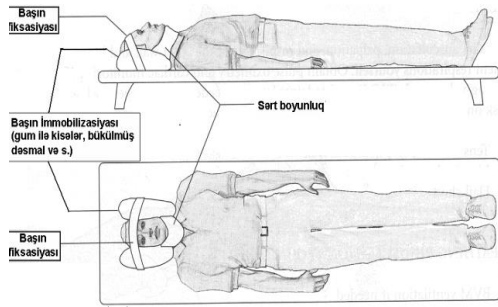
1. Zərərçəkəni bir xətt boyu sabitləşdirin

Zədələnmiş nahiyyənin 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 gələnə qədər bu vəziyyətdə saxlayın. Lazım gələrsə ürək-ağciyər reanimasiyasını aparın. Zərərçəkənin bədəninin aşağı hissəsinin hərəkət etməsinə imkan verməyin. Bu, zərərçəkənin daha bir ciddi zədə almasına səbəb ola bilər. Bəzi hallarda zərərçəkənin başını onun bədənə 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 bədəni 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 alarsa, 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 zədələnir. Boyundan çoxlu qan damarları (yuxu arteriyaları və boyun venaları) keçdiyi üçün zərərçəkən qısa müddətdə çoxlu qan itirə bilər. Əgər zərərçəkəndə xarici qanaxma varsa, sargı və birbaşa sıxma vasitəsilə onu dayandırın. Hər iki yuxu arteriyasını eyni zamanda sıxmayın və boyunun ətrafına sargı qoymayın, çünki bu, beyinin oksigenlə təmin olunmasını məhdudlaşdırır və ya tamamilə dayandırır 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. Nevroloji müayinə AVPU və Qlazqo koma şkalası (QKŞ) ilə aparılır. 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 ağrıların artması, bəbəyin birtərəfli genişlənməsi və birtərəfli zəiflik aiddir. Əmin olun ki, hipoksiya və şok huşda olan dəyişikliklərin əsas səbəbi deyil. Başın və boyunun vəziyyətini stabiləşdirən 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 edər, tənəffüs dayanar. Belə olan halda süni tənəffüs tətbiq etmək zəruridir.

6. Bədən hərərətini normal saxlayın

Baş və ya belin ciddi zədələnməsi bədən hərərətini 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 keçirərkən şişmiş və ya göyərmiş yerləri axtarın. Lakin şişmiş, əzilmiş və ya yumşaq sahələrə birbaşa təzyiq tətbiq etməyin.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.

Mündəricat:

- A. Ümumi məlumat.
- B. Zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi.
- C. Əzələ-sümük zədələnmələrinin ümumi əlamətləri.
- D. Dayaq-hərəkət sistemi travmalarının təsnifatı.
- E. Əzələ-sümük zədələnmələrində ilk yardım.

A. ÜMUMİ MƏLUMAT

Ortopediyaya aid (insan bədəninin 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.

Ortopediyaya 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 (bax: “Şok anlayışı”).

Qəfləti, erkən və gecikmiş ölümlər

Ölümlər 3 qrupa bölünür: qəfləti, erkən və gecikmiş.

- » **Qəfləti 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.

B. ZƏRƏRÇƏKƏNİN VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Zədələnmələrdə əsas məsələ zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsidir. Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə xarici baxış keçirilməlidir (bax: “Zərərçəkənə xarici baxış”).

Zədə almış zərərçəkəndə **birincili baxış** keçirərkən qanaxmanı dayandırır, DRCABD QA alqoritmini boyun yaxalığının qoyulması ilə tamamlayın.

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 bədən normal görünüşünə və hissiyyat qabiliyyətinə fikir verin. Başdan başlayaraq bütün bədən gözə keçirsin. 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 nahiyyələr 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 – DAAŞ (bax: “Zərərçəkənə xarici baxış”);
- » 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 nahiyyənin qorunması və rahat vəziyyətdə saxlanılması;
- » sınmış sümüklərin bir birinə sürtülmə xırtılısının (krepitasiyanın) eşidilməsi və ağrının olması;

- » ətraf zədələndikdə əl və ya ayaq barmaqlarında hissiyyatın olmaması (hissiyyatın olmaması, ağrı kimi, çox ciddi zədələnmə əlamətinə işarədir);
- » ətraf damarlarda nəbzin itməsi;
- » hipovolemik (bəzi ədəbiyyatda travmatik) şokun əlamətləri (dərinin avazıması, soyuması (üşütmə) və nəm olması, nəbzin 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.

Anamnez topladıqda “SAMPLE” abreviaturasından istifadə edin (*Simptomlar, Allergiya, Medikament* – qəbul etdiyi dərman, *Pasiyentin xəstəlik tarixi* – hazırkı və keçirdiyi xəstəliklər, *Lap axırncı qida qəbulu, Ertədən (hadisədən öncə) nə baş vermiş*). Zədələnmənin səbəbi-ni, növünü, başvermə vaxtını, allergiyanın olub-olmamasını, tetanus əleyhinə immunizasiyanı, qəbul etdiyi dərmanı (hal-hazırda və bu yaxınlarda), hazırkı və keçirdiyi xəstəlikləri, zədələnmədən əvvəl narahat edən problemləri, axırncı qida qəbulunu, travmanın mexanizmini öyrənin. Məlumat toplayarkən çox mənbələrdən istifadə edin (zərərçəkən, onun ailə üzvləri, dostları, şahidlər).

İkincili baxışda müəyyən edilmiş xəsarətlərə müvafiq ilk yardım (sınıqların immobilizasiyası, sarğıların 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 hospitalla təxliyə olunacaq zərərçəkənlər barəsində məlumatları əldə etməlidir.

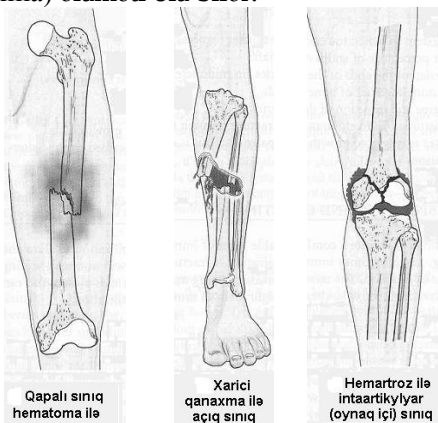
C. DAYAQ-HƏRƏKƏT SİSTEMİ TRAVMALARININ TƏSNİFATI

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 sınımasına və ya oynaqalarda çıxıqlara səbəb olur. Sınıqlar nadir hallarda həyat üçün təhlükə törədə bilirlər, hər hansı iri sümüyün (bud, çanaq) sınıması sümükətrafi və yumşaq toxumalarda ciddi qanaxma və hipovolemik şokla nəticələnə bilər. Əzilmə ciddi zədələnmənin (sınma, çıxma) əlaməti ola bilər.



Sümük və oynağın 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 dəsməklə 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 qanıtırməyə 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 təzyiq istiqamətini bilmək vacibdir. Bunları bilməklə zədələnmənin ağırlığını və təsir etdiyi sahəni (o cümlədən daxili zədələnmələri) müəyyən etmək olar.

Sümük və oynaqaların 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 oynaqaları avtomobilin cihaz lövhəsinə dəyib, bud-çanaq oynaqının sınığı ilə nəticələnə 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 yıxılmasının qarşısını almaq istədiyindən, bu nahiyələr bədənin ağırlığının təsirinə məruz qalırlar. Bu qüvvə görünməyə, 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 oynaqın deformasiyası ilə müşahidə olunur. Çıxmış sümüyün ucu qeyri-normal şişkinliyə və ya çökəkliklərə səbəb olur. Zərərçəkən zədələnmiş oynaqı hərəkət etdirə bilmir.

3. Burxulma

Burxulma – oynaqdakı bağların və digər toxumaların tamamilə və ya qismən zədələnməsidir. Oynaqı təşkil edən sümüklərin öz normal hərəkət dairəsindən məcburi əks istiqamətdə kənara çıxmasından burxulma baş verir.



Oynaqı öz məhdud hüdudlarından 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 qısa müddətli, azacıq ağrı və narahatlıq hissi ilə müşayiət olunur. Güclü və ya sınma 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 oynaqın dayanıqlığını azaldır və onun fəaliyyətini məhdudlaşdırır.

Şişkinlik və oynaqın 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 də baş verə bilər. Gərilmə, adətən, boyunun və belin, budun qabaq və ya arxa, baldırın arxa əzələlərini əhatə edir. Boyun, bel gərilməsi 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.

E. ƏZƏLƏ-SÜMÜK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNDƏ İLK YARDIM

Əzələ-sümük zədələnmələri ağrı ilə müşayiət olunmasına baxmayaraq, həyat üçün təhlükə törətmirlər.

İlk yardımın düzgün göstərilməsi ağrı hissiyyətinin azalmasına və zədələnmənin sonrakı gedişində müsbət təsir göstərir. Bu zaman ilk yardım göstərilməsinin şərtləri həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər olan DRCABD alqoritminin yerinə yetirilməsidir.

Diqqət! DRCABD alqoritmində hər addım **iki ardıcıl fəaliyyət** tələb edir: **qiymətləndirmək və təhlükəni aradan qaldırmaq**.

Qiymətləndirin → həyat üçün təhlükə var → səbəbi aradan qaldırın → növbəti addıma keçin.

Hər müdaxilədən sonra onun uğurla nəticələndiyinə əmin olun. Müsbət nəticə alınana qədər davam edin və sonra digər hərəkətə keçin.

Təhlükəsizliyinizi təmin edin. Əşyalardan istifadə etdikdə ehtiyatlı olun. Bioloji substansiyalardan (məhəbbətliyatlardan) qorunun. Zərərçəkənlə təmasda olduqda xəlt, maska, gözlük, əlcək və s. istifadə edin. Reanimasiyanın əsas prinsipi odur ki, birincili baxışın bir hissəsi kimi qiymətləndirmə və ilk yardım eyni zamanda həyata keçirilsin. Tənəffüs və qan dövranının bərpası əzələ-sümük zədələnməsində göstəriləcək yardımdan öncə aparılmalıdır. Burada tibbi yardım diaqnozu qabaqlamalıdır. Həyatı vacib orqanların funksiyası bərpa olduqda, zərərçəkənə “bərpa vəziyyəti” verin.

Əzələ-sümük zədələnmələrində zərərçəkəni kömək gələndə 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 cisimin 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 gələnə 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 gələnə qədər həmin vəziyyətdə saxlayın.

Bütün əzələ-sümük zədələnmələrində – bağ gərilməsində, burxulmada (bağ cırılmasında), dərin qançırılarda (hematomalarda) ilk yardım ingilis dilli ölkələrdə RICE abreviaturasına uyğun aparılır (qarşılığı DSSD abreviaturasıdır). Yaralanma ciddi deyilsə və sınıq olmasına şübhənz yoxdursa əksər hallarda bu cür ilk yardım kifayət edir. Rentgen olmadan sümüyün sınıb-sınmadığını demək olmur. Sınığa şübhə olduqda yardımı sınıqlarda olduğu kimi aparın.

The RICE Procedure

DSSD prosedurası

R	Rest the injured part	D	Dinclik (zədələnmiş nahiyəyə rahat vəziyyət verin)
I	Apply Ice or a cold compress	S	Soyuq (buz və ya kompres – yaş sarğı tətbiq edin)
C	Compress the injury	S	Sıxma (zədələnmiş nahiyəni sıxın)
E	Elevate the injured part	D	Dikəltmə (zədələnmiş ətrafı qaldırın)

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

1. Dinclik (zədələnmiş nahiyəyə 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 nahiyəni (sınımış sümükləri) hərəkətsizləşdirin (immobilizasiya edin). İmmobilizasiya ancaq yaranın işlənməsi və təmiz sarğının qoyulmasından sonra həyata keçirilir.

Ağır zədələri hərəkətsizləşdirmək üçün lövhələrdən və şinlərdən istifadə edin (bax: “Desmurgiya. Başın və onurğanın immobilizasiyası” və “Desmurgiya. Ətrafların immobilizasiyası”). İmmobilizasiyadan sonra, zərərçəkənin rahat vəziyyət almasına kömək edin, zədələnmiş nahiyəyə soyuq kompres qoyun, onu isti və ya soyuğun 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 ətrafı immobilizasiya olunana qədər zədə nahiyəsindən yuxarı və aşağı hissələrdən iki əllə sabit saxlayıb, onun hərəkətsizliyini təmin edin.
- Zədələnmiş nahiyənin altına yumşaq bir şey qoyub, ona sakitlik yaradın.
- Öyilmiş və ya deformasiyaya uğramış bədən üzvünü düzəltməyin.
- Dəridən çıxmış sınıq sümüyü tərpətməyin.
- 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 sındıqda onu tərpətməyin və olduğu vəziyyətdə immobilizasiya edin.
- Böyük oynaqaların (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) nahiyyəsini 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 nahiyyədə 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 nahiyyəni isti saxlamaq lazımdır (ultra yüksək tezlikli terapiya – UYT “UVÇ”), isti proseduralar, ağrıkəsicilərlə 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

- Polietilen qovluğu yarisına 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.
- Parçaya bükülmüş buz qovuğunu əzilmiş nahiyyənin üstünə qoyub bintlə, dəsmalla və s. təsbit edin.



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

Soyuq kompresdən istifadə

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

- Tənzifi (flanel, dəsmal və s.) həddindən artıq soyuq suyun içində, suyu özünə çəkənə qədər, isladandan sonra çıxardıb sıxın. Tənzif soyuq və nəm olmalıdır. Ondan su damcıları axmamalıdır. Soyuq və nəm tənzifi əzilmiş nahiyyəyə və onun ətraflarına qoyun. Lazımdırsa tənzifi təsbit edin.
- Hər 5 dəqiqədən bir tənzifi soyuq suyun içində isladıb, sıxıb təkrarən əzilmiş nahiyyəyə qoymaq lazımdır. Əzilmiş nahiyyəni azı 20 dəqiqə ərzində bu cür soyudun.

3. Sıxma (zədələnmiş nahiyyəni sıxın)

Zədə almış nahiyyəni sıxın. Zədə nahiyyəsinə 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 nahiyyəyə rahat vəziyyət verməkdir.

4. Dikəltmə (zədələnmiş ətrafı qaldırın)

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

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
4. First aid manual, Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.
5. Травматология. Национальное руководство. Г.П.Котельников, С.П.Миронов. Москва, «ГЭОТАР-Медия, 2008

- Mündəricat:
- A. Giriş.
 - B. Bintlə qoyulan sarğılar.
 - C. Ləçəkvari sarğılar.
 - D. Digər yumşaq sarğılar.

A. GİRİŞ

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 nahiyyəyə 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, fərdi sarğı zərfi və s.

2. Sarğılarda növləri

Sarğılar istifadə məqsədindən asılı olaraq müxtəlifdir.

- » *Qoruyucu (mühafizəedici), örtücü sarğılar* yaranın üstünü örtmək üçün istifadə olunur. Xarici mühitin zərərli təsirindən dərinə, yaranı, dərman maddələrini və s. qorumaq məqsədilə tətbiq edilir.
- » *Təsbitədi (bərkidici), möhkəmləndirici sarğılar* hər hansı məqsədlə bədən səthinə qoyulan əşyanın (gips, qoruyucu sarğı, şin və s.) yerindən sürüşüb-düşməsinin qarşısını almaq üçün **onun üzərinə bərkidilir**. Bunlar ləçəkvari, sapanvari, yapışqanlı, bintlə, plastırla və s. təsbit edilən sarğılardır.
- » *Sıxıcı sarğılar* bədən müəyyən hissəsində daim təzyiq yaratmaq, çox zaman isə qanaxmanı dayandırmaq üçün işlədilir.
- » *Hərəkətsizləşdirici (immobilizasiya edici) sarğılar* bədən zədələnmiş nahiyyəsinin hərəkətsizliyini təmin etmək üçün tətbiq edilir.
- » *Düzəldici (düzgün vəziyyətə gətirən) sarğılar* bədən lazım olan hissəsinin vəziyyətini düzəldir.
- » *Dartıcı sarğılar* – bədən hər hansı bir hissəsini daim dartan sarğılardır.

3. 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 (bax: “Yaralanma zamanı ilk yardım”). 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, leycoplastır, 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, oturmaş yaxud uzanmış vəziyyət verin. Sarğı möhkəm olsun deyə zərərçəkən özünü və zədələnmiş yeri boş saxlamalıdır. Ətrafda 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. Xəsərat almış nahiyyə (xüsusilə də ətraflar) hansı vəziyyətdə qalacaqsə 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 nahiyyəsinə sarğı qoyarkən qol düz bucaq (90°) altında bükülməlidir;
 - diz nahiyyəsinə sarğı qoyarkən isə ayaq yarım bükülü vəziyyətdə (130°) saxlanılmalıdır;
 - biləyə sarğı qoyarkən barmaqları yarım bükülü vəziyyətdə saxlamaq lazımdır (bu məqsədlə ovuca, tənizfə bükülmüş bir topa pambıq qoyulur və baş barmaq qalan barmaqlara nisbətə əks vəziyyətdə saxlanılır);
 - yanıqlarda əl pəncəsində bütün barmaqlar, ayaq pəncəsində yalnız 1-ci barmaq ayrıca sarınır.
- » Diyircəkli sarğılar sancaq, lent və yaxud sarğının ucunu iki hissəyə bölüb düynələməklə bənd edilir.
- » Sarğı sağ budda bərkidilirsə, dairəvi dolağın istiqaməti soldan sağa, sol budda bərkidilirsə sağdan sola olur.

B. BİNTLƏ QOYULAN SARĞILAR

Bint sarğıları daha münasib və çox yayılmış sarğılardır. Bint yaranın üzərinə qoyulmuş steril salfetin saxlanması, zədələnmiş nahiyyənin qorunması və oynaqların sarınması üçün istifadə olunan sarğı materialıdır. Sarğılar müxtəlif məqsədlər üçün istifadə olunur: materialların (tənzif, salfet və digər sarğı) zədə almış nahiyyənin 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 tənzif sarğılardan istifadə edilir. Tənzif bintlər asan dartılır və sarıldıqda bədənin formasına görə yaxşı modelləşir. Eni 3 sm-dən 10–20 sm-dək olan lent şəklində tənzif parçasına bint deyilir. Bintin uzunluğu 5–7 metrədən 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 təsbitədiç 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 nahiyyəsinə yaxşı bürüyüb əhatə etmək üçün binti hər 1–2 turdan sonra burub çevirərək sarğını qoymaq lazımdır.



- » Sarğını hər 2 əllə edirlər. Adətən, bintin sərbəst başlanğıc hissəsini (ucunu) sol əllə tutub sağ əllə onu soldan sağa doğru – saat əqrəbi istiqamətində aç-aça dolmaq lazımdır.
- » Sarğı təsbit olunan dairəvi turla başlanmalı və eyni qayda ilə də bitməlidir.
- » Bintin hər dövrəsi əvvəlki dövrənin yarısını və ya üçdə-iki

hissəsini örtməlidir. Bintin hər iki ucu müəyyən bir üsulla bərkidilməlidir.

- » 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: qırış, 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) düyünləməklə, 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 sərbəst ucun **axırına** (sonuna) **qədər davam etmək** lazımdır. Bintin haçalanmış uclarını bir-biri ilə çarpazlaşdırıb, əks istiqamətlərdə sarğı üzərinə dolandıraraq qarşı tərəfdə düyünləmək lazımdır. Düyün zədədən, oynaqdan, səthi sinir damar kötöklərindən kənarda bərk sıxılmamalı və sərbəst ucları qısa kəsilməlidir. Əgər bint qurtarıbsa, yeni bint onun 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, qırışlar olmamalı, bintin dövrələri sarğıdan ayrılmamalıdır.

C. **LƏÇƏKVARI SARĞILAR**

Ləçək hər hansı üçkünc kəsilmiş və ya bükülmüş parçadan düzəldilir.

Standart ləçək 135x100x100 sm ölçülərdə olur. Ləçəyin əsası, ortası, zirvəsi və iki ucları ayırd edilir.

İlk yardım zamanı bu sarğılardan daha çox istifadə edilir. Ləçəkvary sarğıları bədənin istənilən nahiyəsinə qoymaq olar. Ləçəklə sarğı çox vaxt yuxarı ətrafların zədələnmələrində, körpücük sümüyünün sınıqlarında istifadə olunur. Ləçəkvary sarğıları birbaşa bədənə və ya qoruyucu (örtücü) sarğının üstündən qoyulur. Ləçək olmadıqda əl altında olan vasitələrdən dəsmal, pəncəyin və ya köynəyin ətəyi, qalstuk və s. əşyalardan istifadə oluna bilər.

- **Said sümüyünə ləçəkvary sarğının qoyulması.** Yuxarı ətrafı 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

qaldırıb, boyunun arxasında ləçəyin digər ucuna bağlayın. Ləçəyin zirvəsini isə dirsəyin ətrafına sarıyıb, onun önündən sancaqla sarğıya bərkidin.

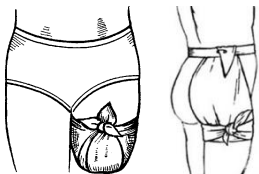
- **Baş ləçəkvary sarğının qoyulması.** Ləçəyin əsasını (uzun tərəfini) ənsəyə qoyub, ortası ilə baş elə örtülməlidir ki, zirvəsi alına sallansın. Sonra uzun ucları qulaq seyvanlarının yuxarısı ilə arxadan önə aparılıb, alın nahiyəsində bağlanılır. Sonda isə, ləçəyin zirvəsi altında düyünlənmiş ucların altından üstünə qatlanılıb, sancaqla bərkidilir. Baş ləçəklə sarğı qoyduqda zədə yerindən asılı olaraq digər variantlardan da istifadə etmək olar.



- **Ələ ləçəkvary sarğının qoyulması.**

Ləçəyin uzun tərəfini saidə tərəf qoyub, zirvəsinə barmaqları büküb, əlin üzərindən saidə tərəf aparın. Sonra uzun uclarını bilək-

də (mil-bilək oynaqda) düyünləyin.



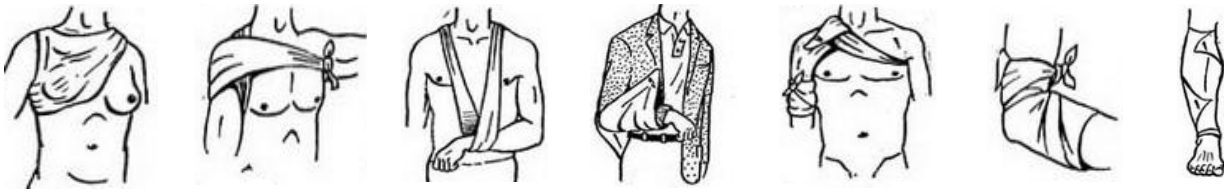
- **Böyük yaralara (güdülə) ləçəkvary sarğının qoyulması.** Ətrafın amputasiyasından sonra güdülə ləçəkvary sarğını qoyduqda ləçəyin uzun tərəfini güdüldən yuxarıya elə qoyun ki, onun ortası güdülü tam örtsün. Ləçəyin uzun uclarını düyünləyib, zirvəsini düyünlənmiş uclara bərkidin.

- **Sağrıya və budun yuxarı tərəfinə ləçəkvary sarğının qoyulması.** Ləçəyin zirvəsini belə bağlanmış kəməre elə bərkidin ki, ortası sağrının üzərinə düşsün. Belə olduqda ləçəyin uzun uclarını budun yuxarı tərəfinə sarıyıb, uclarını bağlayın.

- **Dabana və ayağa ləçəkvary sarğının qoyulması**



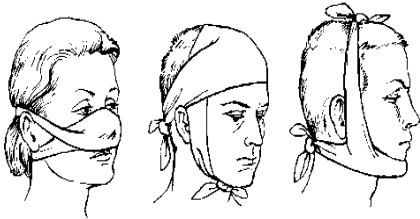
- Müxtəlif nahiylərə ləçək sarğılarının qoyulma variantları.



D. DİGƏR YUMŞAQ SARĞILAR

1. Sapandvari sarğılar.

Bu sadə tipli sarğılardan olub, baş nahiyyəsində 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 nahiyyəyə 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 nahiyyəsinə və alt çənəyə qoyulur.

2. Yapışqanlı sarğılar

Yapışqanlı maddələrlə (leykoplastır, kleol və s.) bərkidilən sarğılar 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.

* Plastrılı sarğı

Plastr kimi tanınan yapışqanlı sarğılar kiçik ölçülü yaralar üçün nəzərdə tutulmuşdur. Plastr parça zolağı olub tənzifdən və sellülozadan hazırlanmışdır. Plastrın bir tərəfi yapışqanlı və steril olub yara üzərinə qoyulur. Onlar müxtəlif ölçüdə olur. Xüsusi olaraq barmaqlar, bilək və ayaq üçün istifadə edilir.



Plastrı istifadə etdikdə kağızdan qoruyucu zolaqları üzü yuxarı çıxarın. Sonra onu ortadan üzü 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 çıxararaq plastrın kənarlarını sıxmaqla dəriyə yapışdırın. Yapışqanlı sarğılarının sukeçirməyən növləri əldəki yaralar üçün ən yaxşı seçimdir.

* Leykoplastır və kolloid sarğılar

Leykoplastır lentinin eni müxtəlif olmaqla rulonlar şəklində buraxılır. O, quru dəriyə yaxşı yapışır, lakin



uzun müddət bədən səthinin üzərində qaldıqda plastrın altındakı dəri qıcıqlanır, sarğı islandıqda isə (irinlə və s.) dəridən qopur. Kiçik yaranın üstündə sarğı materialını saxlamaq üçün leykoplastırın parçasını sarğının üzərinə qoyub, plastrın sərbəst kənarlarını dəriyə yapışdırırlar.

Leykoplastır (yapışqan plastr) 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 sürülərək, dəriyə yapışdırılır.

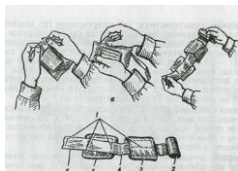
3. Standart steril sarğılar

* *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 zədələnmərsə sarğı steril hesab olunmur.

- Standart steril sarğının zərfini cırıb açın və bintin sərbəst ucunu tapın. Steril sarğıni açıdıqda 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 sarğıni açmadan üzərinə yenisini qoyun. Qanaxma yoxdursa və ancaq yastıqca yerindən sürüşübsə sarğıni açıb yenisini 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 içində qoyulan sancaqdan ibarətdir. Fərdi sarğı zərfini açarkən rezinlənmiş örtüyün iç tərəfinə toxunmayın və dəsti açıdıqda sterilliyini qoruyun.

Döş qəfəsinin nüfuzedici 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 zərfini 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 satışa buraxılır.

5. Bərk sarğılar

Bərk sarğılar (nəqliyyat şinləri, gips və s.) immobilizasiya və düzləndirmə məqsədilə qoyulur. Ən yaxşı üsul gips sarğısıdır. Bu sarğıni 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.
2. Yumşaq sarğılar. Məmmədov A.Q., Məmmədova N.A. Bakı, Təbib, 2000
3. Tibb bacısının ümumcərrahi vərdişləri. İ.Q. Əmənullayev. Bakı, 2016

Mündəricat:

- A. Nəqliyyat şinləri.
- B. Nəqliyyat şinlərinin qoyulma qaydaları.
- C. Qan dövranına nəzarət.

A. 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, sınmış 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 nahiyyəni (sınmış sümükləri) hərəkətsizləşdirin.

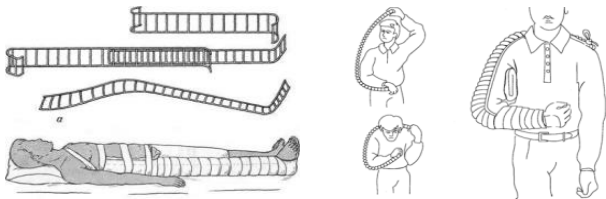
- Zədələnmiş nahiyyənin hərəkətsizliyini təmin etmək üçün lövhələrdən və şinlərdən istifadə edin.
- İmmobilizasiyasız zərərçəkəni sağlamlığına təhlükə olmadıqda, yerindən tərpətməyin.
- Təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər ağrılı nahiyyələri tərpətməyin, ağır deformasiyaya uğramış ətrafı həmin vəziyyətdə saxlayın və düzəltməyə çalışmayın.
- Şin qoyarkən əyilmiş və deformasiyaya məruz qalmış bədən üzvünü olduğu vəziyyətdə saxlayın.
- Sınmış 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. Standart şinlər

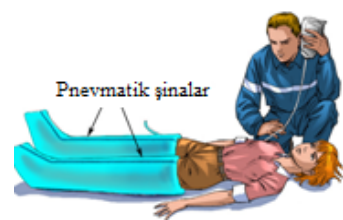
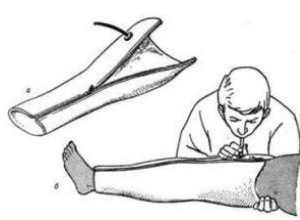
Standart nəqliyyat şinlərindən ən əhəmiyyətlişi pilləli, plastmas, pnevmatik və vakuumludur.

Standart şinlər təyinatına və konstruksiyasına görə tətbiq edilir.



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

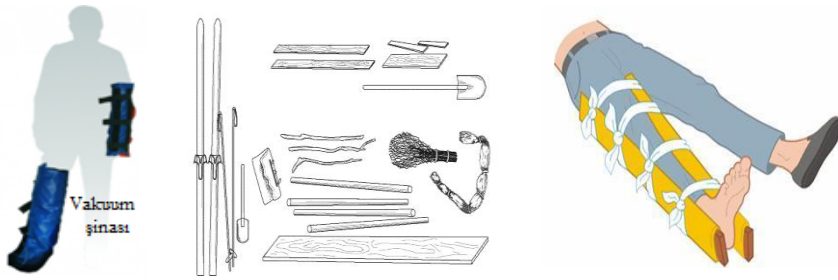
- » Plastmasdan hazırlanmış nəqliyyat şinləri – yuxarı ətrafı, baldırı və ayağın altı pəncəsini immobilizasiya etmək üçündür. Alüminium armaturunu daxil etməklə möhkəmləndirilmiş plastmas zolaqlardan ibarətdir. Yan tərəfdən ayaqqabıda olduğu kimi bağ (şnur) yapışqanlı lent və s. vasitələrlə şini kip bağlamaq üçün dəşikləri vardır. Pilləli şinlər kimi elastikdir. Tənzip-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 (ətrafı içinə salmaq üçün) və boru şəkilini almaq üçün kənarları bir-birinə bəndlənən olurlar. Pnevmatik şinə hava vurmaqla kameradakı təzyiq tədricən yüksəlir və bu ətrafın mülayim və etibarlı təsbit edilməsinə imkan yaradır. Pnevmatik şinlər baldır və saidin zədələnmələrində istifadə olunur.



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

2. İmprovizasiya olunmuş şinlər

Əl altında olan vasitələrdən düzəldilmiş şinlər impovizasiya 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 göstərmək olar. Bədənin özünü də şin kimi istifadə etmək olar – ayağı ayağa, qolu isə sinəyə (gövdəyə) təsbit etməklə.

B. 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 ağırlarını sakitləşdirin.

4. Hərəkətsizləşdirin

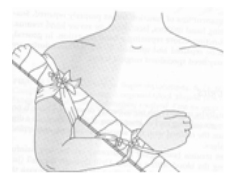
Nəqliyyat şinləri geyimlə ayaqqabıların üstündən və ya çılpaq bədən üzərinə qoyulur.

- Şin çılpaq bədənə qoyulduqda onun üstünə zədələnmiş hissənin formasına müvafiq olan yumşaq altlıq qoyun.
- İmmobilizasiya 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. Ətrafı 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 (ədyal) 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° bucaq altında qatlanmalıdır;
 - aşağı ətraf üçün: baldırın diz oynaqda qatlanması ilə budun $5-7^{\circ}$ çanaq-bud oynaqda qaldırılması;
 - onurğa və çanaq üçün sərt səth üzərində (xərək, lövhə) bədənin və ətrafların təsbiti aparılmalıdır;
 - zərərçəkənin çanaq sümükləri sındıqda sərt səth üzərində uzandırıb, diz altı nahiyyəyə 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 nahiyyədən 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 göstəriləndi 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, tənzif sarğısı və digər sarğı materialı ilə bütün ətraf boyu sıx sarıyın. Qan dövranının pozulmaması və ağrının olmaması üçün sarğını çox sıx etməyin. Düyünləri sağlam nahiyyədə bağlayın.
11. Ətraflarda qanın dövriyyəsinə nəzarət edin. Zərərçəkən ağrının güclənməsindən, ətrafın keyləşməsindən şikayət edərsə və onda qan dövranı pozğunluğu müşahidə olunursa qoyulan şin (sarğı) açılıb, yenidən bağlanmalı və ya bir az boşaldılmalıdır.
12. Zədələnmiş ətrafı mümkün qədər bədən səthindən hündürə qaldırıb, saxlayın.
13. Dərindən 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 ətrafı örtüklə (ədyalla) 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. Immobilizasiya etdikdən sonra zərərçəkənin rahat vəziyyət almasına kömək edin, zədələnmiş nahiyyəyə soyuq kompres qoyun, onu isti və ya soyuğun təsirindən qoruyun və sakitləşdirin.

* Üz və çənə zədələnmələri

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

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 ağzını 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.
- » Çənə sümükləri sındıqda – sərt xərəkdə, dizləri bir-birindən aralayaraq 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.

C. QAN DÖVRANINA NƏZARƏT

Barmaqlara qanın işləməsinə (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 nahiyyənin 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;

- aralıq sancma hiss edilir və hissiyyət itir;
- şişkinlik əmələ gəlir;
- ağrı güclənir;
- zədələnmiş ətrafda hərəkət məhdudlaşır.

Çox sıx qoyulan şin və ətrafın 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 etməlidir.

* **Tibb işçiləri üçün yaddaş**

Ətraf sınıq yerindən əyilib və ya bucaq şəkilindədirsə, ehtiyatla dartıb ona düz (fizioloji) vəziyyət vermək lazımdır. Bu tədbir əzələ gərginliyini, ağrı və qanaxmanı azaldır. Oynaq sınıqlarında və sümüklər yaradan çıxanda dartma (traksiya) tətbiq edilmir. Dartma müntəzəm olaraq sınımış sümüklər bir xətt üzrə üzbəüz və etibarlı, hərəkətsiz vəziyyətdə dayandırılana qədər həyata keçirilməlidir. Dartma düz xətlə aparılarsa, zərərçəkənə heç bir zərər yetirilməz. Dartma dözülməz ağrı verirsə, əməliyyatı dayandırın.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
2. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.
3. Травматология. Национальное руководство. Г.П.Котельников, С.П.Миронов. Москва, "ГЭОТАР-Медия", 2008
4. Yumşaq sarğılar. Məmmədov A.Q., Məmmədova N.A. Bakı, Təbib, 2000
5. Tibb bacısının ümumcərrahi vərdişləri. İ.Q.Əmənullayev. Bakı, 2016

Mündəricat:

- A. Boyun yaxalığının istifadə qaydaları.
B. Onurğa lövhələrinin istifadə qaydaları.

A. BOYUN YAXALIĞI

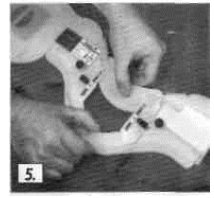
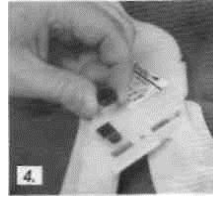
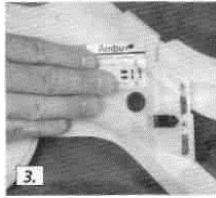
İstehsalçıdan asılı olaraq boyun yaxalığının bir neçə modifikasiyası mövcuddur. Buna baxmayaraq onlar eyni funksiyaya malikdirlər – boyun və başa hərəkətsiz vəziyyət vermək.



Ambu Perfit ASE firmasının boyun yaxalığı möhkəm olduğuna görə zədələnmiş onurğanı stabil, taraz və düz saxlayır və heç bir hərəkətə (yana, arxaya, yuxarı və aşağı), həmçinin artıq sıxılma və dartılmaya imkan vermir. Yaxalığ 16 müxtəlif boyun ölçüsünə uyğun yığıla bilər. Yaxalığ qoyulduqda səbirli və təmkinli olun.

1. Boyun yaxalığının istifadə qaydaları

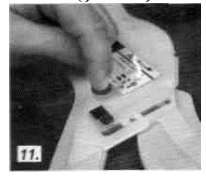
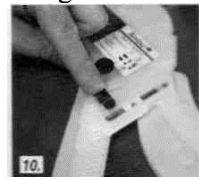
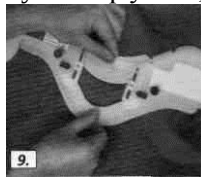
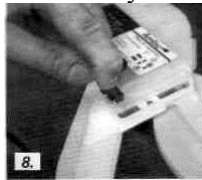
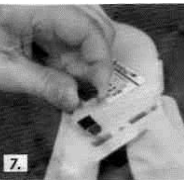
- **Xilasedicilərdən biri başa və boyuna cavabdeh olur.** O, boyun yaxalığının qoyulması üçün əlləri ilə zərərçəkənin başını sabit saxlayıb, ehtiyatla və təzyiqsiz düz bir vəziyyətə gətirir (şəkil 1).



Diqqət! Boyun yaxalığı qoyduqdan sonra da başın sabit saxlanması uzun/qısa lövhə, azad etmə qurğusu, əlaltı immobilizasiyaedici vasitənin üzərində bərkidənədək (təsbit edənədək) davam etməlidir.

Diqqət! Başı tərpətdikdə zərərçəkən ağrı, əziyyət hiss etdikdə və ya müqavimət göstərdikdə, boyunu olduğu vəziyyətdə digər vasitələrlə (əlaltı yumşaq əşyalarla və s.) immobilizasiya etmək lazımdır.

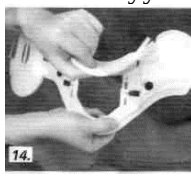
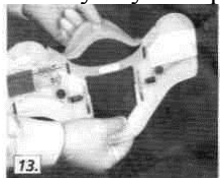
- Başı və boyunu sabit vəziyyətə gətirdikdən sonra, digər xilasedici zərərçəkənə boyun yaxalığını tətbiq edir. Aşağıda müəyyən edilmiş qaydalara uyğun yaxalığı lazımi ölçüdə tarazlayın. Yaxalığ böyük olub boyunu çox arxaya əyməməlidir və kiçik olub boyunun sallanmasına imkan yaratmamalıdır.
- Əli üfüqi vəziyyətdə zərərçəkənin alt çənəsi ilə çiyini arasına qoyub (şəkil 2), zərərçəkənin boynunu ölçün.
- Alınan ölçünü yaxalığın kalibrləyici xəttindən plastmasın (süngərin yox) qırağına qədər götürün (şəkil 3).
- Boyun yaxalığı artıq 3-cü ölçüdə olur. Daha böyük ölçüyə ehtiyac olarsa, hər iki tərəfdən şax-şaxın oxlarını kənara çəkin və təhlükəsizlik düymələrini (bağlayıcı vasitələr) qaldırın (şəkil 4).
- Yaxalığı müvafiq ölçüyə uyğunlaşdırın. Boyun yaxalığı 16 parametrdə 3-dən 6-cı ölçü diapazonunda quraşdırıla bilər. Yaxalığın pəncərəsini zərərçəkənin çənə və sinə tərəfindən hər iki tərəfə dartıb, şax-şaxın köməyi ilə lazımi ölçünü alın (şəkil 5).
- Sonra şax-şaxın oxlarını və təhlükəsizlik düymələrini yerinə qaytarıb, yaxalığa lazımi ölçü verin (şəkil 6).



- Ölçü boyuna uyğun gəlmədikdə şax-şaxın oxlarını kənara çəkib, təhlükəsizlik düymələrini qaldırın. Yaxalığı boyuna uyğunlaşdırın, şax-şaxın oxlarını və təhlükəsizlik düymələrini yenidən yerinə qaytarın (şəkil 7, 8, 9, 10, 11).

*** Ambu Perfit ASE boyun yaxalığını istifadə üçün hazırlanması**

Boyun yaxalıqlarının əksəriyyəti istifadə üçün hazır vəziyyətdə olur. Ambu Perfit ASE boyun yaxalığını istifadə etmək üçün aşağıdakı qaydada yığın:



- boyun yaxalığındakı pəncərənin alt hissəsini bir əllə saxlayın;
 - yaxalığın arxasında çənə üçün nəzərdə tutulan dayaq şəhadət və baş barmaqla qaldırın (şəkil 13, 14).
- Beləliklə, çənə üçün dayaq yeri formalaşır və boyun yaxalığı işlək vəziyyət alır.

2. Boyun yaxalığının qoyulma qaydaları

İstənilən boyun yaxalığının müvafiq tətbiqi iki xilasedici tələb edir.

* Zərərçəkənə oturmaq vəziyyətdə boyun yaxalığının tətbiqi

- Xilasedicilərdən biri əlləri ilə başı və boynunu sabit saxlamalıdır (şəkil 15).
- Digər xilasedici boyun yaxalığının çənə üçün nəzərdə tutulan dayağını zərərçəkənin sinəsinin üstündən sürüşdürüb, çənəsinin altına gətirməlidir.
- Yaxalığın alt hissəsi sinədə çiyinlərin üzərinə elə oturmalıdır ki, boşluq qalmasın (şəkil 16).



- Çənə boyun yaxalığının çənə üçün nəzərdə tutulan dayağının üzərinə sərbəst və rahat oturmalıdır (şəkil 17).
- Çənə altına qoyulan yaxalığın

ucları boyunun arxasına dolanmalı və yapışqanlı bağla bərkidilməlidir (şəkil 17, 18).

- Boyun yaxalığı qoyulan zaman baş düz vəziyyətdə saxlanılmalıdır.

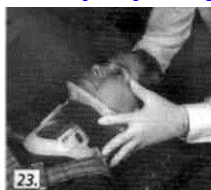
* Arxası üstə uzanan zərərçəkənə boyun yaxalığının tətbiqi

- Xilasedicilərdən biri əlləri ilə zərərçəkənin başını və boynunu sabit saxlayır. Digər xilasedici yaxalığı boyunun arxasından bir tərəfindən salıb (şəkil 19, 20), o biri tərəfindən çıxarır. Yaxalığın çənə dayağı çənə altında, ənsə dayağı isə boyun ardında olmalıdır (şəkil 21).



- Yaxalığın zərərçəkənin çənəsi altına sərbəst və rahat oturmalıdır. Onun yapışqanlı lenti yaxalığın digər tərəfinin yapışqanlı bağına bərkidilməlidir (şəkil 22).

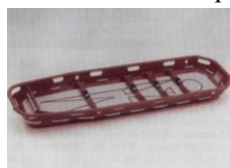
- Yaxalığın yapışqanlı tərəflərinin etibarlı bağlanıb, boyunda hərəkətsizlik yaratmağına əmin olun.
- Boyun yaxalığı qoyulan zaman baş düz vəziyyətdə saxlanılmalıdır.



Boyun yaxalığının qoyulmasına baxmayaraq, baş və boyun onurğa lövhəsinə bərkidilənə qədər sabit vəziyyətdə əllərlə saxlanılmalıdır (şəkil 23).

B. ONURĞA LÖVHƏLƏRİNİN İSTİFADƏ QAYDALARI

Onurğa lövhələrinin bir neçə modifikasiyası mövcuddur. Onlar zərərçəkənin başına və onurğasına sabit vəziyyət vermək üçün istifadə edilir. Onurğa lövhələri uzun və qısa olur.



Uzun lövhə ilə zərərçəkənin başını, gövdəsini və ətrafları (yuxarı və aşağı) bütövlüklə əhatə etmək olur. Qısa lövhələrlə isə ancaq başın və onurğanın immobilizasiyası mümkündür. Qısa lövhəyə “azad etmə qurğusu” da aiddir. Qısa onurğa lövhələri və “azad etmə qurğusu” əsasən zərərçəkənləri qəzaya uğramış yol nəqliyyat vasitələrindən xaric etmək üçün istifadə olunur.

Bu vasitələr iki məqsəd üçün istifadə oluna bilər:

- zərərçəkənin onurğasına qısa müddətdə tam hərəkətsiz vəziyyət vermək;
- zərərçəkənin zədələnmiş nahiyyəsini tam hərəkətsiz vəziyyətə gətirərək, təxliyəyə hazır etmək.

1. “Azad etmə qurğusu”

* Ümumi məlumat

- “Azad etmə qurğusu” onurğa beyninin təcili hərəkətsiz vəziyyətə gətirilməsində istifadə olunur. Onurğa beyninin zədələnmələrində azad etmə qurğusunun istifadəsi tez bir vaxtda bel nahiyyəsini hərəkətsiz vəziyyətə gətirir. Buna lövhənin vertikal bərkliyi və horizontal elastikliyi imkan verir.
- “Azad etmə qurğusu” böyüklərdə, uşaqlarda, hamilə qadınlarda onurğa beyninin zədələnmələrində, çanaq və bud sümüklərinin sınıqlarında istifadə edilir.



- “Azad etmə qurğusu” ürək monitoru, defibrilyatorla və şok əleyhinə şalvarlarla da birgə istifadə oluna bilər.
- “Azad etmə qurğusu” möhkəm və etibarlıdır. Sərt vertikal vinil arakəsmələr lövhənin bərkliyinə zəmanət verir, elastik kəmərlər və qıfllar bu vasitənin ümumi tamlığını və aidiyyətinə görə istifadəsini təmin edir.

*** İstifadə qaydaları**

“Azad etmə qurğusu” üç (azı iki) xilasedici tərəfindən qoyulmalıdır.

“Azad etmə qurğusu” boyun yaxalığından sonra qoyulur.

- “Azad etmə qurğusu”nun hamar hissəsini ehtiyatla zərərçəkənin kürək nahiyyəsi tərəfə yönəldib, onurğa ilə bir xətdə yerləşdirin.



- Sonra “azad etmə qurğusu”nun aşağı enli hissəsini qoltuqaltı nahiyyədən keçirərək qabağa dartın və döş qəfəsini onunla əhatə edin.
- İlk növbədə döş qəfəsinin üzərindəki kəmərləri ***tam sıxmamaq*** şərti ilə bağlayın.



- “Azad etmə qurğusu”nu qoyduqdan sonra boşluqları (boyun, bel, sağrı, bud və s. yerlərdə) komplektdə olan elastik lövhəciklə və ya yumşaq əşyalarla doldurun. Bu, əzələ gərginliyini götürmək məqsədi ilə edilir.

Ayaq kəmərlərini bud altından keçirib, lövhənin əks tərəfinə bağlayın.

- Ayaq kəmərlərini sıxın. Aralıq nahiyyəsindəki sümüklərin sınığında ayaq kəmərləri bud altından keçirilərək, öz tərəflərində bağlanılır. Çanaq və bud nahiyyəsi sınıqlarında ayaq kəmərləri istifadə olunmur.
- Baş azad etmə qurğusunun yuxarı tərəfi ilə bükün. Başla lövhə arasındakı boşluğa elastik lövhəcik büküb qoyun. Boyun nahiyyəsinin hərəkət etməsinə yol verməyin. Tənəffüs normaldırsa alt çənəni və alını komplektdə olan nazik və yumşaq kəmərlərlə bağlayın. Çənə kəməri boyun yaxalığının üst tərəfində bağlana bilər.
- Yuxarıda göstərilənləri etdikdən sonra bütün kəmərləri sıxıb, təxliyəyə hazır olun. Təxliyəyə hazır olduqdan sonra xilasedicilər hər iki tərəfdən bir əllə azad etmə qurğusunu arxa tərəfindəki dəstədən, o biri əllə isə zərərçəkənin dizləri altından tutub, onu maşından çıxarırlar. Zərərçəkən maşından xaric olandan sonra lazım gələrsə, onun çənə və yuxarıda yerləşən döş kəmərlərini bir az boşaltmaq olar.

Diqqət !

- “Azad etmə qurğusu”nu başqa bel immobilizasiya vasitələri ilə də istifadə etmək olar.
- İstifadə etdikdən sonra azad etmə qurğusunu təmiz və istifadəyə yararlı olmasına fikir vermək lazımdır.
- Zərərçəkənin çəkisi 150 kq-dan ağır olarsa, azad etmə qurğusunun istifadə edilməsi məsləhət görülmür.
- “Azad etmə qurğusu”nun ayaq kəmərləri tam bağlı olmadan zərərçəkəni qaldırmayın.
- Açıq alov olan yerdə bu qurğudan istifadə etməyin.

*** Azad etmə qurğusunun başqa hallarda istifadəsi**



- Bu qurğu ilə bud-çanaq və baldır nahiyyəsində olan sınıqlar zamanı hərəkətsizliyi təmin etmək olar. İki ayağın arasına elastik lövhəcik qoyub qurğunun enli tərəfi ilə zərərçəkənin bel və çanağını, ensiz tərəfi ilə isə bud nahiyyəsini hərəkətsizləşdirin.

- Qurğudan, həmçinin onurğa sütunundan zədə almış uşaqların və həyəcənli (əsəbi) zərərçəkənlərin hərəkətsizliyini təmin

etmək üçün istifadə oluna bilər. Bunun üçün qurğunun aşağı enli hissəsini (ağ bağlama vasitəsilə ilə) qolların üst tərəfindən keçirərək qabağa dartıb, döş qəfəsini əhatə edirik. Ruhi və qıcolması olan xəstələrin hərəkətsizliyini təmin etmək üçün istifadə olunur.

- Hamilə qadınlara azad etmə qurğusu eyni qaydada tətbiq edilir. Fərq ondadır ki, onlarda kəmərlər ancaq sinə üstündən bağlanır, aşağıdakı kəmərlər isə arxa tərəfdə qalır.
- Uşaqlarda azad etmə qurğusunu istifadə etdikdə onun sinəsinin üstünə yığılmış jaket, dəsmal və s. qoyub, kəmərlər bağlanır.

2. Uzun onurğa lövhəsinin istifadə qaydaları

- Xilasedicilərdən biri (lider) ilk növbədə zərərçəkənin boyun fəqərələrinin bütöv olub-olmadığını (sınmasını) yoxlayır (qiymətləndirir).
- Qiymətləndirmədən sonra komandanın lideri boyun fəqərələrinə nəzarəti xilasedicilərdən birinə tapşırır. Bu xilasedici zərərçəkənin başının sabit vəziyyətdə saxlanmasına və bədənə sinxron hərəkət etməsinə cavabdehdir.



- Lider zərərçəkənin başını tərpətmədən onun boynuna boyun yaxalığını qoyur.
- Boyun yaxalığı qoyduqdan sonra liderin göstərişi ilə xilasedicilər zərərçəkənin bir tərəfində durub, onu sinxron hərəkətlə özlərinə doğru bir tərəfi üstə çevirirlər.

- Çevirərkən zərərçəkənin kürəyinə, belinə və aşağı ətraflarının arxa hissəsinə baxış keçirirlər.
- Uzun immobilizasiya lövhəsi zərərçəkənə yaxın və paralel, baş hissəsi isə bir qədər yuxarı olmaq şərti ilə yerləşdirilir. Bu, ona görədir ki, zərərçəkəni lövhəyə düz uzandırmadıqda onu ox istiqaməti üzrə yuxarı-aşağı çəkmək olsun.
- Liderin göstərişi ilə yenidən zərərçəkəni sinxron hərəkətlə lövhənin üstünə – əvvəlki vəziyyətinə qaytarırlar.
- Lövhənin üzərində zərərçəkənin vəziyyətini ancaq yuxarı-aşağı hərəkətlə dəyişirlər. Zərərçəkənin bədəninin uzun ox istiqamətində hərəkət etməsi onurğa sütununun zədələnməməsinə təmin edir.
- Yuxarıda göstərilən hərəkətlər zamanı başın sabit vəziyyətdə saxlanmasına cavabdeh xilasedici əlləri ilə daim zərərçəkənin başını saxlamaqla onun boynunu artıq hərəkətlərdən qoruyur. Bu, başın hər iki tərəfində boyunun təsbit edilməsi üçün xüsusi vasitələr yerləşdirilənə qədər davam edir.
- Bundan sonra bədənə bütün hissələri ardıcıl olaraq kəmərlərlə bağlanılır (üç klassik vəziyyətdə: döş qəfəsi, baş, aşağı ətraflar).

Diqqət! Zərərçəkənlə davranışda ehtiyatlı olmaq lazımdır. Belin tərpənməsinə və ya əyilməsinə yol verməyin.

Daşınmanı həyata keçirdikdə zərərçəkəni ehtiyatla və asta, yerdən bir qədər qaldıraraq, lövhənin və ya uzun, enli və bərk əşyanın (qapı tayı, masanın üstü və s.) üstünə üzü yuxarı uzandırın. Dizlərinin altına kiçik yastıq və ya kiçik bükülmüş paltar qoyun. Zərərçəkəni bu əşyanın üzərində dərhal tibb müəssisəsinə ehtiyatla aparın və ya həkim çağırın.

Baş və ya onurğası zədələnmiş insanı ehtiyac olmadıqda immobilizasiya olunmamış tərpətməyin!

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2010

Mündəricat:

- A. Giriş.
- B. Təcili və təxirəsalınmaz yerdəyişmə.
- C. Yerdəyişmə (daşınma) üsulları.
- D. Zərərçəkənin qaldırılması və yerdəyişməsi.
- E. Zərərçəkəni qaldırma və yerdəyişmə (daşınma) qaydaları.
- F. Xərəkədən istifadə.

A. GİRİŞ

Bu mövzunun əsas məqsədi zərərçəkəni (hər hansı bir ağır əşyanı) 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 qorumaq lazımdır (bax: “Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər”).

Xilasedicinin vəzifələrindən biri hadisə yerində təkrar xəsarət almaq təhlükəsi olanları təhlükəsiz yerə köçürmək və ilk yardımın göstərilməsi mümkün olmayan, vəziyyəti ağırlaşan zərərçəkəni təhlükəsiz yerdə yardım göstərməkdir. Bəzi hallarda zərərçəkən əlçatmaz yerdə olduğu üçün ona yardım göstərmək olmur: deformasiyaya uğramış nəqliyyat vasitəsində sıxılmış vəziyyət, dağıntı, 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 guman etməyin.
- Köməkçi olduğu halda zərərçəkənin yerdəyişməsini 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 gələnədək tərpətməyin. Zərərçəkəni yerindən yalnız zəruri ehtiyac olduqda tərpədin.
- Yardımın keyfiyyətli göstərilməsi mümkün olmadıqda (məsələn, təhlükə ehtimalı, yaş yerdə defibrilyasiyanın qeyri-mümkünlüyü) zərərçəkənin yerdəyişməsini həyata keçirin.
- Travma almış zərərçəkəni təhlükəsiz ərazidən başqa yerə köçürməyin.
- Baş və boyun nahiyyəsindən travma almış zərərçəkəni tərpətməyin və silkələməyin, çünki bu kimi hərəkətlər onurğa beyninin 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.

*** 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, oturmaq (çöməlmək) qaldırın;
- zərərçəkəni qaldırarkən əsas gücü (ağırlığı) əylərək 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 (çiyn səviyyəsində) qoyun;
- ayaqlarınızı düzgün qoyun, xırda addımlarla, ehtiyatla yeriyn;
- imkan daxilində geri deyil, üzə irəli hərəkət edin;



Düzdür



Səhvdir

- onurğanı çevirmədən zərərçəkəni qaldırın;
- imkan olan yerdə çalışın zərərçəkəni itələyəsiniz, nəinki dartasınız;
- balansınızı itirdiyiniz, tutma qabiliyyəti zəiflədiyi və özünüzlə ələ ala bilmədiyiniz halda, mövqenizi dəyişin, əllə tutmanı tənzimləyin, ətraf mühitə uyğunlaşıb 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 mümkünlüyünün 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 zədələnməsinə 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 bədən 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 yerdəyişməsinə asanlaşdırır.
- Zərərçəkənin yerdən qaldırılması üçün azı iki nəfərin iştirakını təmin edin.
- Zərərçəkəni və əşyaları qaldırarkən müvazinəti itirməmək üçün köməkçilərin sayını cüt edin.

B. 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, özünüzə 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 **təxirəsalınmadan**, 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 göstərərkən əlcək və maskadan istifadə edin və təhlükənin olmadığına əmin olun.

* Təcili yerdəyişmə

Onurğanın zədələnməsi çox təhlükəlidir. Təcili yerdəyişmə isə onurğanın immobilizasiyasını lazımı həcmdə aparmağa vaxt olmadıqda həyata keçirilir. Belə hallarda xilasedici zərərçəkənin onurğasını əlavə zədələnmədən qorumaq, bədən düz xətt üzrə olmalıdır və onurğanın mühafizəsi üçün zərərçəkəni bədən 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 çiyn və ya boyun nahiyyəsindən paltardan, 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 qaldıraraq, yerini dəyişirlər (yerdən xərəyə, xərəkədən çarpayığa və əksinə).

C. 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 yeriyə bilən zərərçəkənin zədələnmiş və ya zəif tərəfində dayanın. Onun qolunu çiyinizdən (boyundan) aşırmaqla bir əlinizlə biləyindən tutun. Digər əlinizlə zərərçəkənin bel nahiyyəsindən (kəmərdən, paltardan) yapışsın, 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 biləyindən tutub dartma;
- (c) Arxa tərəfdən qoltuq altına girməklə dartma.

Diqqət! Heç vaxt zərərçəkənin başından tutub dartmayın.

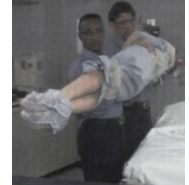
Bütün bu yerdəyişmələr bir və ya iki nəfərin köməyi ilə, xüsusi vasitələrdən istifadə etmədən yerinə yetirilə bilər. Adətən xilasetmə zamanı vasitələrin mövcudluğu məhduddur. Zərərçəkəni özünüz daşımalı olduqda, tibb müəssisəsinə ən qısa yolu seçin. Zərərçəkəni nəzarətsiz qoymayın.

D. ZƏRƏRÇƏKƏNİN QALDIRILMASI və YERDƏYİŞMƏSİ

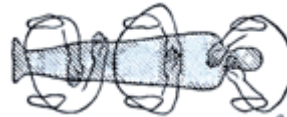
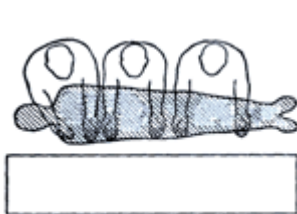
1. Zərərçəkənin əllə qaldırılması və yerdəyişməsi (onurğanın zədələnməsi olmadıqda)

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 nahiyyəsinə doğru sürüşdürürlər.
- » Siqnalla (işarə ilə – məsələn, bir, iki, üç) xilasedicilər zərərçəkəni qaldırıb 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 siqnalla 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 üzləri zərərçəkənə doğru olmaqla xərək və çarpayı arasında dayanırlar.
- Zərərçəkənin başına yaxın olan xilasedici bir əlini zərərçəkənin boynunun altından salıb (**dirsək büküşü başı qucaqlamalıdır**), çiyindən tutur, digər əlini isə onun kürəyi altına salır.

- İkinci xilasedici bir əlini zərərçəkənin çanağının altına salaraq, bir az qaldırıb, hər iki əli ilə budundan yapışır.
- Sonra xilasedicilər zərərçəkəni çarpayının kənarına çəkirlər.
- Xilasedicilər zərərçəkəni sinələri səviyyəsinə qaldırıb, 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 çarpayına bitişik qoyulur.
- Xərəyin kəmərlərini açıb və ona lazımı hündürlük verilərək, hazır edilir.
- Xərəyin üstündən əylərək döşəkağının baş, döş qəfəsi, çanaq və diz nahiyyəsinə düşən hissəsindən tutulur.
- Döşəkağını çəkməklə zərərçəkən xərəyə köçürülür.

E. 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 geriye 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.



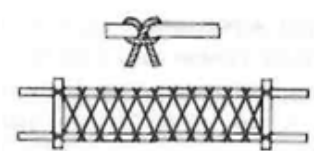
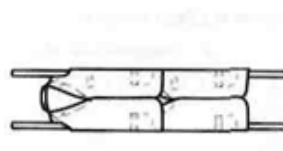
Huşsuz vəziyyətdə olan zərərçəkən adekvat (tam uyğun) nəfəs alırsa və zədələnmə əlamətləri yoxdursa, ona sol və ya sağ tərəfi üstə “bərpa vəziyyəti” verilməlidir. Belə vəziyyət tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin edir və qan dövranı üçün optimal şərait yaradır (bax: “Həyat fəaliyyətini təmin edən əsas tədbirlər”).

1. Xərəkdən istifadə

Xilasedicilərlə müntəzəm olaraq məşqlərin aparılması, xüsusilə, əlaltı vasitələrdən istifadə olunmasının öyrənilməsi zərərçəkənin yerdəyişməsi zamanı köməklik göstərən insanların xəsarət almasını minimuma endirir.

Zərərçəkənin qaldırılması və yerdəyişməsi üçün müxtəlif vasitələrdən istifadə olunur. Bunlar: xərək, xərək-araba, kürsü-xərək, yığılan-xərək, boyun yaxalığı, “azad etmə qurğusu”, uzun və qısa onurğa lövhələri (bax: “Başın və onurğanın immobilizasiyası”). Bu vasitələrdən hadisə yerində – real şəraitdə istifadə etmək üçün onlarla praktik məşğələlərdə tanış olmaq lazımdır. Xərəklə və ya lövhə üzərində zərərçəkənlərin təxliyəsi daha rahat və təhlükəsizdir.

Xərək olmadığı halda əlaltı vasitələrdən (qapı, taxta, ədyal, boyun qayışı və ya adi qayış, kəmə, 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 zərərçəkənə 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 şəklinə 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 başlamalıdır.
- Zərərçəkəni yerə qoymaq üçün xilasedicilər liderin göstərişinə əsasən dayanmalı və komanda verildikdən sonra birgə çömbəlib, xərəyi yerə qoymalıdır.

Kömək istənilməyən halda xərəyin 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.
- İki (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 metrədən 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, sınmış əşya və avadanlıq qırıqları və s.) kənarlaşdırın;
- helikopter enərkən hərəkət etməyin, helikopterin baş tərəfində (əqrəblər saat 2-ni göstərən ictimaiyyətə) dizi üstə rotor tiyəsinə 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.



İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Курс по неотложной медицине для Учебных центров в Евразии. Руководство для преподавателей. Американский Международный Союз Здравоохранения. 2005.
2. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

Mündəricat:

- A. Tibbi çeşidləmə (trijaj) və onun əsas məqsədi.
- B. Markalama – nişanlama.
- C. Çeşidləmə protokolları.
- D. Hadisə yerində çeşidləmənin və ilk yardımın təşkili.
- E. Tibbi təxliyə və zərərçəkənlərin müvəqqəti yerləşdirmə məntəqəsi.

A. TİBBİ ÇEŞİDLƏMƏ (TRİAJ) VƏ ONUN ƏSAS MƏQSƏDİ

“Triage” Fransa imperatoru Napoleonun müharibələri dövründə işlədilən anlayışdır. Fransız dilində “triage” çeşidləmək, seçmək mənasını ifadə edir. Triaj (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. Triajın 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 təxliyəsini qabaqcadan müəyyən edilmiş ardıcılıq üzrə tənzimləməsinə imkan yaradır.

Triaj 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.

Triajın 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.

Triajı aparan səlahiyyətli məsul şəxs (Səhiyyə Nazirliyinin və ya Fövqəladə Hallar Nazirliyinin xüsusi nümayəndəsi və s.) hadisə yerində zərərçəkənlərin çeşidlənərək müvafiq birkalılarla təchiz edilməsini təmin etməlidir. Birkalarda bu məlumatlar qeyd edilməlidir: çeşidləmənin aparılma vaxtı; zərərçəkənin adı və soyadı; göstərilən yardımın həcmi; anamnestik məlumatlar; dekontaminasiyanın (bədənin səthinin zərərli çirklənmədən təmizlənməsi) aparılması; yardım göstərən haqqında məlumat; zədənin xarakteri və başvermə səbəbləri; həyatı vacib göstəricilər və onların aşkar edilmə vaxtı və s.

Triajın xəstəxanayaqədərki dövrü hadisə yerində ilk yardım və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımın ardıcılığının müəyyən edilməsi ilə başlayaraq, təxliyə mərhələsində bu ardıcılığa düzəliş olunaraq xəstəxanaya çatdırılmaqla yekunlaşır.

Triaj apararkən zərərçəkənlər xəsarətlərinin ağırlıq dərəcələri nəzərə alınmaqla, şərti olaraq müvafiq kateqoriyalara (sağlam, ağır, çox ağır və ölənlər) bölünməlidirlər. Burada yardımın ilk növbədə kimə, hansı həcmdə, nə vaxt (ləngimədən – ilk növbədə, yardım yubadıla bilər – ikinci növbədə) göstərilməsi çox önəmlidir. Təcili 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 gözlənilə bilər. Bəzi hallar, məsələn, qanaxmanı saxlamaq üçün sıxıcı sarğıın qoyulması təcili müdaxilə tələb edir. Əgər zərərçəkənlərin sayı çoxdursa, tibb müəssisəsinin imkanları daxilində həyatı təhlükəsi və ya çoxsaylı zədələri olan xəstəyə ilk növbədə yardım edilməlidir.

Triajın məqsədi mövcud şəraitdə mümkün qədər daha çox zərərçəkənin həyatını xilas etməkdir. Bu proses nəticəsində zədəsi nisbətən yüngül olanı gözləndərək, daha ciddi xəsarət almış insanın vəziyyətinin stabilləşməsinə çalışmaq lazımdır.

İxtisaslaşdırılmış yardım nə qədər tez göstərilərsə, zərərçəkənin sağ qalma ehtimalı bir o qədər artır.

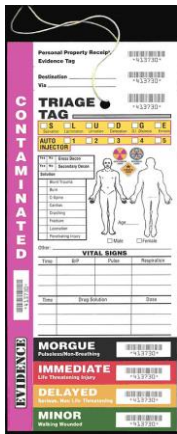
Çeşidləmə zərərçəkənlərə vaxtında lazımi tibbi yardımın göstərilməsini təmin edən bir vasitədir.

*** Triajın əsas məqsədi**

Triajın 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.

Triaj zərərçəkənlərin həyatı üçün təhlükə yaradan amillərin ağırlıq dərəcəsini və göstəriləcək oxşar yardımın həcmi nəzərə alaraq markalayır (nişanlayır). Mövcud olan imkanlar (personal, tibb işçiləri, dərman, tibbi ləvazimat, xüsusi nəqliyyat vasitələri və s.) nəzərə alınmaqla, onlardan səmərəli istifadə edilməli və bütün zərərçəkənlər lazımi kömək almalıdır. Belə ki, eyni zamanda çox sayda zərərçəkən daxil olduqda, ilk növbədə sağ qalma ehtimalı daha çox olan zərərçəkənə tibbi yardım göstərilməlidir.

B. 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, flamastr, markerlə söz şəklində yazıla bilər. Yazılan söz bədənin yaxşı görünən nahiyyələrinə (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.

Qırmızı Təcili, ilk növbədə	Həyat üçün təhlükə var. Zərərçəkənin vəziyyəti çox ağırdır. İxtisaslaşdırılmış yardım yarım saat ərzində göstərilməsə zərərçəkən ölə bilər. Təcili olaraq, ilk növbədə, ləngimədən təxliyə olunur. <i>Məsələn:</i> ağır xarici və ya daxili qanaxma, şok, kollaps, 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 nəticələnməyən 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, uzun və yuxarı tənəffüs yollarının yanması, kəskin ağrı sindromu, ağır zəhərlənmələr, bədənin açıq hissələrində radioaktiv və kimyəvi zəhərləyici maddələrin mövcudluğu, təxliyəsi yalnız qan dövrəni, tənəffüs və mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyəti sabitləşəndən sonra mümkün olanlar, digər ağır zədələnmələr. Təcili tibbi yardım göstərilməsi üçün təxliyə hadisə yerində ilk yardım göstəriləndən sonra xüsusi nəqliyyat vasitəsilə, ehtiyatla həyata keçirilir. Vəziyyətdən asılı olaraq ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilməsi üçün zərərçəkən reanimasiya şöbəsinə, şok əleyhinə otağa, əməliyyat və ya sarğı otağına və s. köçürülür.
Sarı Təxirəsalınmaz, ikinci növbədə (gözləyə bilər)	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. <i>Məsələn:</i> dağıdıcı faktorun təsirinə 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 mühidə 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.
Yaşıl Gözləyə bilər, üçüncü növbədə	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 (sarğı, şinin qoyulması və s.) aparılması mümkündür. Onlar hadisə yerindən sərbəst çıxı və ya üçüncü növbədə təxliyə oluna bilərlər. <i>Məsələn:</i> saidin (dirsəklə bilək arasındakı hissə) qapalı sınığı, səthi yanıqlar, yüngül dərəcəli yaralar, zədələnmələr, xəsarətlər.
Qara Ölən və can verənlər	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 göstərilir. <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.

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 ağırlaşa və ya yüngülləşə 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 lazımi 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).

C. ÇEŞİDLƏMƏ PROTOKOLLARI

Zərərçəkənlərin sayı çox olduqda onların triajı aparılır. Belə ki, zərərçəkənlər çeşidlənərək markalanır. Triajın harada aparılmasından asılı olaraq, razılıq əsasında, bir və ya bir neçə qiymətləndirmə şkalasından istifadə oluna bilər. Bir protokolla bütün fəlakət növlərini (kimyəvi, yanığ və s.) əhatə etmək mümkün deyil. Kütləvi hadisənin fəlakət növündən asılı olaraq çeşidlənməsi – triajı müxtəlif protokollarla həyata keçirilir.

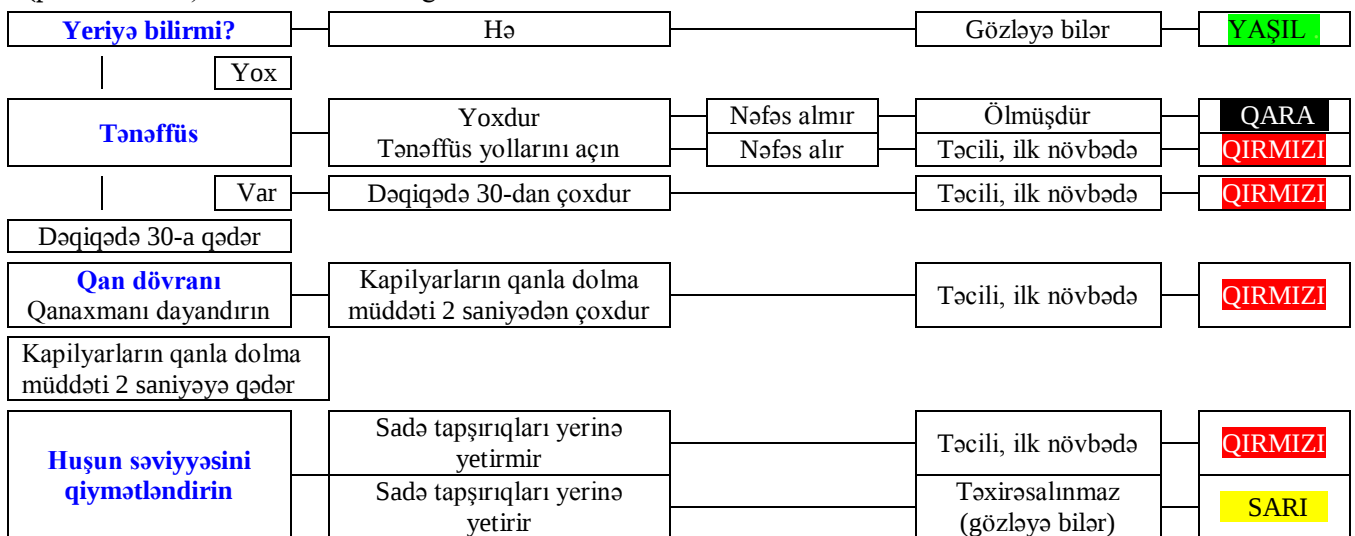
Triaj apararkən zərərçəkənin vəziyyətinin daha ağır qiymətləndirilməsinə yol verilir.

Yaşından asılı olmayaraq bütün zərərçəkənlərə və xəstələrə hadisə yerində ilk yardım göstərilməlidir.

1. START protokolu – “Sadə çeşidləmə və tez təxliyə”dir.

“START” – Simple Triage and Rapid Treatment (sadə triaj və təcili müalicə) ən geniş yayılmış triaj protokoludur. Bu protokol 1983-cü ildə ABŞ-ın Kaliforniya ştatının Nyuport-Biç şəhərinin yangınsöndürmə departamenti (Newport Beach Fire Department) mütəxəssisləri ilə Xoaq (Hoag Hospital) 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.



Yeriyyə bilirmi?

START protokoluna əsasən hadisə yerinə birinci gələn xilasedicilər ilk növbədə yüngül yaralıları digər zərərçəkənlərdən ayırır. Sərbəst yeriyyə bilənlər bir yerə toplanır.

* **Yeriyyə bilənlər** → **yaşıl** birka ilə nişanlanır. Xəsarət almamış və ya xəsarətləri yüngül (kiçik yara, əzik, burxulma) olanlar. Zərərçəkənin özünə yardımı və ya qarşılıqlı yardım (sarı, şinin qoyulması və s.) aparılması mümkündür. Onlar hadisə yerindən sərbəst çıxı və ya üçüncü növbədə təxliyə oluna bilərlər.

* **Yeriyyə bilməyənlərin** tənəffüsü, qan dövrəni 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 müəyyənləsdirin

- 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 dövrəni qiymətləndirin → xarici qanaxma varsa dərhal dayandırın, biləkdə – mil arteriyasında periferik nəbzi və ya kapilyarların qanla dolma müddətini yoxlayın.

b) Qan dövrəni

İlk növbədə xarici qanaxmanı dayandırıb, qan dövrəni 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 dırnaq 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 səviyyəsini 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

Triajın gedişində (bir neçə xilasedici olduqda) və ya triajdan dərhal sonra zərərçəkənlərə ilk yardım göstərilir. Zərərçəkən təcili tibbi yardım almaq üçün xəstəxanaya təxliyə edilməlidir. Triaj 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.

Yeriye 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 xilas etmə 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 aradan qaldırılıb, 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 – yeriye 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 soyuqdu, 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.sut. 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).

Triaj apararkən zərərçəkəni ölülər qrupuna aid etmək tibb işçisi üçün böyük mənəvi məsuliyyətli olub, bir neçə təcrübəli tibb işçisi tərəfindən təsdiq edilməlidir.

Digər protokollar da mövcuddur: SALT – Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport; SAVE – Secondary Assessment of Victim Endpoint; Care Flight Triage; Triage Sieve; Sacco Triage Method; Pediatric Triage Tape və başqaları.

D. HADİSƏ YERİNDƏ ÇEŞİDLƏMƏNİN VƏ İLK YARDIMIN TƏŞKİLİ

1. Xilasetmə tədbirləri

Cəmiyyətin normal fəaliyyətini pozan, insanların həyatını, maddi nemətlərin saxlanılmasını təhlükədə qoyan, qəfləti 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 sortlaşdırılması, 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 triajın aparılması və ilk yardımın göstərilməsinin təşkili

Kütləvi hadisənin nəticələrinin aradan qaldırılmasının təşkili üçün hadisə yerinə Azərbaycan Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyi və ya Azərbaycan Respublikası 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 (bundan sonra lider-xilasedici) həyata keçirməlidirlər.

Bir necə xilasedici olduqda rəhbərliyi ən təcrübəlisi öz üzərinə götürməlidir, digərləri komanda şəklində ona (lider-xilasediciyə) yardımçı olmalıdır. Rəhbərliyi öz üzərinə götürən bu işin ağır və məsuliyyətli olduğunu bilməlidir və ilk növbədə görülməli tədbirlərin başlanma qərarını qəbul etməlidir.

Triajın aparılması və ilk yardımın göstərilməsi ilə tanış olmayanlar Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” Çevik reaksiya idarəsinə (tel.: 112 qaynar xətt) və ya təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım stansiyasına (103-ə) zəng edib (zənglər pulsuzdur), təlimatı ardıcılıqla ala bilərlər.

Lider-xilasedici yuxarıda adları çəkilən nazirliklərin nümayəndəsi gələnə qədər məsul şəxs qismində triajın 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.

3. Lider-xilasedicinin vəzifələri

- Operativ olaraq hadisə yerində əməliyyat şəraitini qiymətləndirib, aşağıdakı məlumatları toplamaq:
 - hadisə baş verdiyi ərazinin ünvanı, oriyentirləri (səmti);
 - hansı fəlakət növü baş vermişdir (yol nəqliyyat hadisəsi, dağıntı, suda bədbəxt hadisə və s.);
 - hadisənin xarakteri və miqyası (əhatə dairəsi);
 - hadisə yerinə çatmaq üçün yaxın və maneəsiz yol;
 - hadisənin baş verdiyi vaxt (gün, saat, dəqiqə);
 - zərərçəkənlərin dəqiq və ya təxmini sayı (özünün, qonşuların, şahidlərin və digər mənbələrin məlumatı əsasında);
 - zərərçəkənlərin vəziyyəti;
 - xilasetmə əməliyyatının həcmi (ehtiyacın miqdarı – tibb işçiləri, nəqliyyat vasitələri, avadanlıq və s.);
 - xilasetmə əməliyyatının əsas istiqaməti (yol nəqliyyat vasitəsindən və ya dağıntılar altından zərərçəkənlərin çıxarılması və s.);
 - özünün olduğu yer haqqında məlumat;
 - digər lazımi məlumatlar;
 - məlumat verənin soyadı, adı və telefon nömrəsi.
- Zəng edən insan yalnız dispetçerin icazəsi ilə telefon danışığını kəsib, CAB reanimasiyası aparən xilasedicinin yanına qayıtmalı və zəng etməsi haqqında məlumat verib, xilasetmə əməliyyatına qoşulmalıdır.
- Azərbaycan ərazisində baş vermiş hər hansı bir fəlakət (bədbəxt hadisə) barədə ilk növbədə Azərbaycan Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyi Böhran Vəziyyətlərində İdarəetmə Mərkəzinin “112” Çevik reaksiya idarəsinə (tel.: 112 qaynar xətt) zəng edib, toplanan məlumatları xəbər vermək lazımdır.
- Triajın və ilk yardımın göstərilməsinin təşkili.

Ehtiyatlardan asılı olaraq, nəyə daha çox üstünlük verməyiniz müəyyən edilməlidir. Zərərçəkənlərə ixtisaslaşdırılmış yardımın göstərilməsi prioritet olmalıdır və tezləşdirilməlidir. Bütün hallarda hadisə yerində zərərçəkənlərə lazımı ilk yardım göstərilməli və onlar təxliyə olunmalıdır.

Zərərçəkənlərin təxliyəsi üçün heç bir kömək olmadıqda, hadisə yerində triaj ancaq ilk yardım göstərmək üçün aparılmalıdır.

* **İlk yardım göstərilməsi üçün çeşidləmənin (trajın) 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. Triaj və ilk yardımın göstərilməsi yerli səhiyyə və ya fəvqəladə hallar nazirliyinin səlahiyyətli nümayəndəsi gələnə 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 nahiyyəsindən travma almış zərərçəkəni tərpətmək və silkələmək olmaz, çünki bu kimi hərəkətlər onurğa beyninin 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.

* **Lider-xilasedici** komanda verib sərbəst hərəkət edənləri (yeriyə bilənləri) qaldırır və onlara tapşırır ki, öz ətrafındakı tənəffüsü olmayan zərərçəkənlərin nəfəs yollarını açsın (bax: “Dillə tutulan tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası”) və xarici qanaxması olanların əlaltı vasitələrlə qanaxmasını dayandırсын.

Triajın aparılmasının ağır və məsuliyyətli iş olduğunu nəzərə alaraq, lider-xilasedici sərbəst yeriyə bilənlər içərisindən (arasından) triajdan və ilk yardımın göstərilməsindən anlayışı olanları seçib, onlarla birlikdə START protokolu əsasında triajı davam edir. Digər sərbəst yeriyə bilənlər bir yerə toplanır və yüngül xəsarət (kiçik yara, əzik, burxulma) alanlara özünə yardım və ya qarşılıqlı yardım (sarı, şinin qoyulması və s.) göstərir. Yeriyə bilənlər yaşıl birka ilə nişanlanır.

Lider-xilasedici komanda üzvləri və köməyə gələnlər arasında vəzifələri bölüşdürərək hadisə yerində triajın və ilk yardımın göstərilməsinin ardıcılığını tənzimləyir. Əlavə kömək gəldikcə çeşidləmə davam edir, konkretləşir və dərinləşir. Yeriyə bilənlərdən təşkil olan komandanın üzvləri vahid komanda altında triajı aparanlar və ilk yardım göstərənlər dəstəsinə bölünür və onlarla qısa təlim keçirilir. Komanda şəklində yardım göstərmək olduqca vacibdir. Bir xilasedici lider-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.

Triajı aparan xilasedici (bundan sonra TAX) 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;
- » ölənlər 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.

Triajın 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 (trajın) aparılması**

Məlum olduğu kimi, həkiməqədər 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 zərərçəkənlər ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım göstərilməsi üçün mobil və ya stasionar müalicə müəssisələrinə göndərməlidir. 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 (lazımi yerdə quraşdırılması mümkün olan) xəstəxana şəraitində göstərilir. İlk saatlar ərzində göstərilən ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım daha effektiv olur. Bununla əlaqədar triajı aparan 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 gələncə qədər triaj aparılmalı və ilk yardım göstərilməlidir. Zərərçəkənlər nişanlamaya uyğun növbə ilə lazımi müalicə müəssisəsinə təxliyə olunmalıdır. Bunun üçün hadisə yerinə tez bir zamanda və lazımi sayda təcili tibbi yardım nəqliyyat vasitələrinin gəlməsi təmin edilməlidir. Mümkün olduqda zərərçəkənlərin qeydiyyatı aparılmalıdır.

E. TİBBİ TƏXLIYƏ VƏ ZƏRƏRÇƏKƏNLƏRİN MÜVƏQQƏTİ YERLƏŞDİRMƏ MƏNTƏQƏSİ

*** Tibbi təxliyə – tibbi evakuasiya**

Tibbi təxliyə – fəlakət zonasından kənarda ixtisaslaşdırılmış tibbi yardıma ehtiyacı olanların hadisə yerindən çıxarılması üçün görülməli 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 xərəkdə 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.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Public Health and Emergency Management National Training Course. Vəsait Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə nəşr olunmuşdur.
2. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.

Mündəricat:

- A. Nəzəri biliklər.
- B. Botulizm.
- C. Tetanus.

A. NƏZƏRİ BİLİKLƏR

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 mikrob 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 xəstəliktörədicə mikrobların artımının qarşısını alır və bununla əlaqədar olaraq, insanın (heyvanın) əksər yoluxucu xəstəliklərinin müalicəsi zamanı istifadə edirlər. Müasir təbabətdə botulotoksin Botoks (disport) adlı kosmetik maddənin aktiv tərkibi olaraq kosmetologiyada təriflərinin azalması və qırıqların hamarlaşması üçün geniş istifadə olunur.

Xəstəliktörədicə mikroblar insan sağlamlığı üçün çox təhlükəli ola bilər. 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 (danışq zamanı, xəstə əsqıranda və öskürəndə), kontakt-təmas yolu ilə dəri və selikli qişaların tamliqının pozulması (cıızıqlar, sıyrılmalar, yaralar) nəticəsində daxil olur.

* Mikrobların törətdiyi xəstəliklər

Bakteriyalar (çox vaxt onlara mikrob deyilir) vərəm, tetanus, bakterial ishal, pnevmoniya, süzənək, xlamidioz, 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, amyoə, 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.

B. 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) nahiyyədə 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 qidanı 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 nəfəsalmanın 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 göstərilməsə 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 xidmətini aktivləşdirmək 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 olmamasına 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 açdıqdan dərhal sonra basqa qaba qoyun.

Dükanlarda 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 bağırsaq mikroflorası hələ **Clostridium botulinumun** inkişafının qarşısını ala bilmir.

C. 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 90° istiliyə tab gətirir. Xəstələrin 20–25%-i ölür.

Mikroblar ancaq zədələnmiş dəri və selikli qışadan 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 qışalarda 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 qıç olması) əmələ gəlməsidir. Ağır hallarda dişlər elə qapanır ki, ağızı açmaq mümkün olmur.



- Çənənin qıç 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 ağır 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 qıcır, 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 qışalarının tamlığının pozulmasında;
- yanıq və donmalarda;
- tibb müəssisəsindən kənar doğuşlarda və abortlarda;
- dişlənmiş yaralarda və həşərat sancmalarında;
- elektrik zədələnmələrində.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Инфекционные болезни: Национальное руководство (+CD). Н. Д.Ющук. Ю.Я.Венгеров. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2015

- Mündəricat:
- A. İlan sancması.
- B. Heyvan, insan və həşərat dişləməsi və sancması.

A. İLAN SANCMA

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.

Gürzə zəhəri ilə zəhərlənmənin klinik şəklə çox spesifikdir. Gürzə sancması kəskin ağrı sindromunun baş verməsi ilə müşayiət olunur. Sancma yerində zəhərli dişlərin ikili izi görünür.

* Zəhərli ilan sancmasının əlamətləri

Zəhərli ilan sancdığıda mərkəzi hemodinamikanın (qan dövranı) göstəriciləri pozulur. Kəskin ürək-damar çatışmazlığı inkişaf edir. Gürzə zəhərinin birbaşa toksik təsiri nəticəsində qaraciyər, böyrəklər zədələnir. İntoksikasiya sürətlə, demək olar ki, sancmadan dərhal sonra inkişaf edir. Havanın temperaturu 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 sancdığıda bilavasitə venaya düşərsə o zaman zəhər birbaşa qana keçir. Ona görə bədəndə ümumi intoksikasiya əlamətləri tez inkişaf edir, sancma nəhiyəsində isə yerli əlamətlər olmur.

* Əlamətlər:

- ilanın 2 dişinin yeri;
- ilanın sancdığı nəhiyədə güclü, getdikcə artan kəskin göynədici ağrılar;
- ilanın sancdığı nəhiyədə və onun ətrafında getdikcə artan şişkinlik (hemorragik ödem) və göyermə;
- şişkinlik (ödem) nəhiyəsində seroz-hemorragik (qanla qarışıq zərdab) qovucuqların 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;
- tənəffüs.

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 aktivləşdirin!

* 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.
- İlanı 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 edilmərsə, onun zəhərli olduğunu hesab edin.

* Zərərçəkənin psixoloji hazırlanması – sakitləşdirilməsi

Həyəcanlı zərərçəkəni sakitləşdirin, uzadaraq (mümkündürsə, üfqi vəziyyət verin), ona rahat şərait yaradın və zəhərin yayılma sürətini zəiflətmək məqsədi ilə hərəkətsiz qalmağın vacibliyini başa salın.

* Yaranın işlənməsi

- Dişlək yerindən qan gəlsə, 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 yaradan zəhərin ilk damcısı xaric olsun.

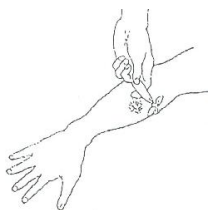
- Zəhərli ifrazat gəlmədikdə, ilan sancdıqdan sonrakı **ilk 10 dəqiqə ərzində** yalnız ekstraktor (sorucu aparat) vasitəsilə 30 dəqiqə müddətində sormaqlar. Ekstraktor olmadıqda isə ilan sancan yerə bir necə dəfə qatlanmış və antiseptik məhlulda isladılmış tənzif salfet qoyulur. Tənzif salfet təzyiq altında 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 təmizlənir, 3%-li yod məhlulu ilə dezinfeksiya edilir. Bundan sonra yaranın üzəri qalın tənzif salfetlə örtülür, sarğı və leykoplastırla təsbit edilir.
- Ödem nahiyyəsinə xörək duzunun hipertonik məhlulu ilə steril kompres qoyulur.
- Dişləmə yerindən yuxarıda olan sıxıcı əşyalar kənar edilir (üzüyü, saatı, qolbağı çıxartmalı, sıx geyimləri boşaltmalı və s.).

* **Sıxıcı sarğının və limfatik turniket 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 sarğıni elastik bintlə və ya bint kreplə elə qoymaq lazımdır ki, o, dişlək yerindən yuxarı və aşağı nahiyyədə oynaqqlar da daxil olmaqla, bütün ətrafı əhatə etsin. Sarğıni 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 sarğıni elə qoymaq lazımdır ki, dəri ilə sarğı arasından barmaq keçə bilsin. Belə turniket limfa və səthi venalarda qan dövranını dayandırır. Üz, bədən və sarğı nahiyyəsində 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 ödəminə səbəb olur.
- Mümkündürsə, ətrafı şinlə immobilizasiya edin.

* **Evakuasiya – təxliyə**

Bacardığınız qədər tez (3–4 saat müddətində) zərərçəkəni ilan zəhərinə qarşı zərərli 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!

Tibb işçiləri üçün qısa yaddaş

- Nitrofuril (furasilin) məhlulu ilə yaranın işlənməsi, şiş nahiyyəsinə aseptik quru sarğının və ya hipertonik duz məhlulu ilə steril sarğının qoyulması.
- İlanın sancdığı yerdən yuxarıda dairəvi novokain blokadası (Vişnevski üsulu ilə) 0,5–1,0%-li novokain məhlulundan 50 ml-ə qədər.
- Periferik və ya mərkəzi venanın kateterizasiyası, venadaxilinə dekstran (reopoliqlükün) 400 ml, fizioloji və ya poliion məhlulları (Ringer, Hartman, trisol, asesol və s.) 400–500 ml; qlükoza-novokain qarışığı – 500 ml 5%-li qlükoza + 50 ml 0,5–2%-li novokain.
- Heparin 5000 V venadaxilinə.

- Prednizalon 30–60 mq venadaxilinə.
- Metamizol-natrium (analgin) 2,0 mq əzələdaxili.
- Dimedrol 1,0 ml əzələdaxili.
- Zərərçəkəni ixtisaslaşdırılmış xəstəxanaya aparmazdan əvvəl əzələ daxilinə 10–20 mq diazepam vurulmalıdır.

Gürzə zəhəri əleyhinə spesifik zərdabın vurulması: 3000 V – həddən artıq ağır dərəcəli zəhərlənmədə; 2500 V – ağır dərəcəli zəhərlənmədə; 1500 V – orta ağır dərəcəli zəhərlənmədə. Zərdab Bezredko üsulu ilə vurulur (əvvəlcə 0,1 ml dəri içi, 20–30 dəqiqədən sonra 0,2 ml dəri altına, 20–30 dəqiqədən sonra isə qalan miqdarı əzələdaxilinə, ağır vəziyyətlərdə isə 400 ml fizioloji məhlulda venadaxilinə damcı üsulu ilə vurulur). Zərdabın istifadəsi zamanı cəld və ləng tipli allergik reaksiya əmələ gələ bilər, ona görə də zərdab vurmazdan qabaq antihistamin və hormonal dərman vasitələri (H_1 histamin reseptorlarının blokatorlarından dimedrol 0,5–1 mq/kg, H_2 histamin reseptorlarının blokatorlarından famotidindən 40 mq v/d; 30–60 mq prednizolondan əzələ daxilinə istifadə edilir). Həmçinin, əl altında həmişə 0,1%-li hazır adrenalin məhlulu saxlanmalıdır.

3. Zərdabın vurulması

- Zəhərli ilan dişləməsi zamanı ən yaxşı müalicə üsulu ilan zəhərinə qarşı zərdabın vurulmasıdır. Zərdab vurulması imkan dairəsində çox tez olmalıdır. Uşaqlara vurulan zərdabın miqdarı böyüklərə vurulandan bir neçə dəfə artıq ola bilər.
- Zərərçəkənin özündən və ya ətrafdakılardan hücum edən ilan növünü öyrənin. Bu xəstəxanada lazım ola biləcək vacib məlumatdır. Zərdab hər bir ilan zəhərinə qarşı spesifik immunoqlobulinə malikdir. Zərdablar tərkibində bir ilanın zəhərinə qarşı və ya hər üç ilan zəhərinə qarşı antiteli olan preparatlar şəkilində buraxılır. Hazırda gürzə, səhra əfi ilanına və orta Asiya kobrasına qarşı monovalent zərdabdan daha geniş istifadə olunur. Polivalent zərdab isə bu ilanların hər üçünə qarşı vurulur. Monovalent zərdabın bir ampulunda uyğun ilanın zəhərinə qarşı bir müalicə dozası yerləşir. Polivalentin ampulasında isə hər üç ilan növün zəhərinə qarşı üç müalicə dozası var.
- Xəstəxanada sancma yerindən yuxarı sirkulyar novokain blokadası edilməlidir.

Diqqət! Dişlək yeri torpaqla, geyim qalıqları, nekrotik toxuma ilə çirklənə bildiyindən tetanusun profilaktikası aparılmalıdır.

4. 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.
- » Yararı 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 sorma (ağız boşluğunda yara, sıyrıntı, kariyes dişlər olduqda zəhəri ağızla sorma xilasedici üçün təhlükəlidir). Zəhəri sorma 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.

B. İNSAN, HEYVAN, HƏŞƏRAT DIŞLƏMƏSİ VƏ SANCMASI

1. İnsan və heyvan dişləməsi

Dərini zədələməyən dişləmələr adətən ciddi olmur. Dişləmə nəticəsində dəri zədələnsə, yarada qanaxma baş verə bilər və yaraya ağızdan infeksiya keçə bilər. İnsanın ağız suyunda olan mikroblar olduqca ağır fəsadlar yarada bilər.

* İnsan və heyvan dişləməsi zamanı ilk yardım

- Təhlükəsizliyinizi təmin edin.
- Zərərçəkəni sakitləşdirin
- Bütün dişləmələr zamanı həkimə müraciət edin.
- Yaranı sabunla axar su altında yuyun.
- Qanaxmanı dayandırın.
- Qançır və ya şişkinlik olduqda həmin nahiyəyə 20 dəqiqəlik parçaya bükülmüş buz qoyun.
- Zədələnmiş ətrafın hərəkətsizliyini təmin edin. Mümkündürsə, ətrafı şinlə immobilizasiya edin.
- Dar paltarları və zinət əşyalarını çıxarın.

Vəhşi (porsuq, yenot, tülkü, yarasə və s.) və ev (pişik, it və s.) heyvanlarında quduzluq ola bilər. Yarasə quduzluğun əsas daşıyıcısı hesab olunur və o, dişlədikdə insan ağrı hiss etmir. Buna görə yarasə olan otaqda, hətta yatmış insan mütləq həkimə müraciət etməlidir.

Bütün açıq yaralarda, xəstəxanadan kənar doğuşlarda, yanıqlarda, donvurmada, dişləmələrdə **tetanus əleyhinə immunizasiya** edilməlidir. It və digər heyvan dişləməsində əlavə olaraq **quduzluğa qarşı zərdab** vurulmalıdır.

2. 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 adrenalin 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** axtarib, **çıxarın**. Arılar öz neştərlərini qoyub gedən 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 kisəcini 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.

3. Zəhərli hörümçək və əqrəb (latın sözü, *Scorpiones*) sancması və dişləməsi



* Zəhərli sancmaların və dişləmələrin əlamətləri:

- dişləmə və ya sancma nahiyəsində kəskin ağrı;
- əzələ spazması və qıcolmalar;
- qızdırma;
- baş ağrısı;
- 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.

4. Gənə dişləməsi

Gənələr heyvanlarda, meşə və ağaclıq sahələrdə çox olur. Onlar bədənə açıq hissələrinə yapışır. Bir çox gənələr zişansızdır. 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 ağzından 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 axar su altında yuyun.
- Mütləq həkimə müraciət edin. Mümkünsə, gənəni plastik qaba qoyub həkimə göstərin.

5. Meduza yanıqları

Meduza, digər adı “dəniz anası” olan bu canlılar sayına görə Qara dənizdə daha çox məskunlaşıb. Meduza-nın zəhərli və zəhərsiz növləri var, ümumiyyətlə, rast gəldikdə toxunmaq və əl vurmaq düzgün deyil. Zəhərli medu-zalar insan orqanizminə ən azı yanığ izləri qoyacaq qədər zərərliyə. Ondan uzaq olmaq məsləhət görülür.



*** Meduza yanıqlarında ilk yardım**

Meduza yanıqlarında ilk yardım iki komponentlidir: zəhərin yayılmasının qarşısını almaq və ağrısızlaşdırma.

- Meduza zəhərinin yayılmaması və sonrakı intoksikasiyanın qarşısını almaq məqsə-dilə meduza yanıqlarını 4–6%-li sirkə turşusu ilə 30 saniyə ərzində çoxlu yumaq lazımdır.
- Meduzanın insan bədənini gicikdən kimi dalayan hüceyrələrini təmizlədikdən və ya

zərərsizləşdirdikdən sonra ağrını azaltmaq məqsədi ilə, dalanan hissəni 20 dəqiqə ərzində dözülməz hərarətdə qaynar suda saxlamaq lazımdır.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Gürzə ilanı və gürzəkimilər fəsiləsinin digər ilanlarının zəhəri ilə kəskin inyeksiyon zəhərlənmələrin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 20 noyabr 2009-cu il tarixli 29 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2009
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2001

Mündəricat:

- A. Ümumi məlumat.
- B. Tənəffüslə zəhərlənmə.
- C. Hopma (absorbsiya) vasitəsilə zəhərlənmə.
- D. Həzm sistemi vasitəsilə kimyəvi zəhərlənmə.

A. 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 yükləşmələrin, səyahətlərin qiymətlərinin nəzərə cərpacaq dərəcədə azalması dərman preparatlarının qeyri-leqal 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 sistemində 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 bürüzə 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 həyatı 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 (bax: “İnsan, heyvan, ilan, həşərat dişləməsi və sancması”). 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 xidmətini aktivləşdirin (zəng edin).

Zərərçəkənə yaxınlaşmadan əvvəl ətrafın təhlükəsizliyini yoxlayın. Qeyri-adi iyə, yanğına, 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 toplaqla müəyyənləşdirə bilirlər. 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 həyatı vacib məlumat).

Diqqətlə iynə yerinin olub-olmadığı, ciblərində və ya çantasında işlənmiş dərman qabları, ad, ünvan, telefon nömrələri və xəstəliyin əlamətlərinə dəlalət edən digər amillər araşdırılmalıdır. Bu məlumatlar münsib yardım göstərməyə təminat verməkdə kömək edə bilər.

4. Zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi

Zəhərlənmələr zamanı zərərçəkənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi vacib məsələlərdən biridir. Hadisə yerində zərərçəkənə ilk növbədə xarici baxış keçirilməlidir. Birincili baxış (DRCABD QA) aparıldıqdan 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 xəstənin anamnezi (tibbi bioqrafiyası) toplanmalıdır. Həyat əlamətləri qeyri-stabil olan və ya xəstəlik qeyd edilən hallarda qiymətləndirmə sürətləndirilməlidir və tez bir zamanda başa çatdırılmalıdır.

Anamnez topladıqda “SAMPLE” abreviaturasından istifadə edin (*Simptomlar, Allergiya, Medikament – qəbul etdiyi dərman, Pasiyentin xəstəlik tarixi – hazırkı və keçirdiyi xəstəliklər, Lap axırncı qida qəbulu, Ertədən (hadisədən öncə) nə baş vermiş*): xəstəliyin səbəbini, allergiyanın olub-olmadığını, qəbul etdiyi dərmanı (hal-hazırda və bu yaxınlarda), hazırkı və keçirdiyi xəstəliklər, axırncı qida qəbulu, xəstəliyə nə səbəb olduğunu öyrənin. Sonra ikincili baxış əsasında ilk yardım göstərilməlidir. Xəstəlik tarixinə zəhərlənmənin növü və baş vermə vaxtı, huşun itməsi, ürəkbulanma, nevroloji əlamətlər, qıcolma, spirtli içki, dərman qəbulu, allergiyanın olub-olmadığı və s. qeyd edilməlidir.

5. 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 obyektlər – 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 ağzına dəyibsə süni tənəffüs maska, sədd vasitəsilə və ya “ağızdan-buruna” edilməlidir.

B. İNHALYASIYA YOLU İLƏ ZƏHƏRLƏNMƏ

Müxtəlif maddələrdən inhalyasiya yolu ilə zəhərlənmələrin oxşar əlamətləri mövcuddur: boğulma dərəcəsinə çatan təngnəfəslik, əzablı öskürək, halsızlıq, baş ağrısı, ağciyərin ödəmi, göyərmə, 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 ödəmi və spazması nəticəsində tənəffüs yollarının daralması və ağciyərlərin ödəmidir. Ağciyərlərin ödəminin baş verməsində mühüm rol 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 təngnəfəslik; üzün, ağzın, 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 nəmləndirilmiş 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 qışa 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 (iyisiz və rəngsiz qaz) həmçinin ocaq yanmasından, texniki cəhətdən yararsız qaz sobalarından, ağ neft qızdırıcılarından istifadə zamanı da yarana bilər. Uşaq dəm qazı ilə zəhərlənəndə 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 ödəmi, 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 ölümə 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.

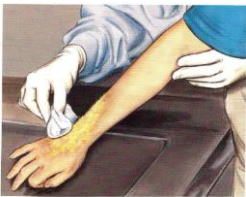
3. İnhalasiya yolu ilə zəhərlənmələrdə ilk yardım

- Bütün inhalasiya yolu ilə zəhərlənmələrdə zərərçəkənlər mümkün qədər tez oksigenlə təmin olunmalıdırlar.
- Ətraf mühitin təhlükəsiz olduğuna əmin olun. Zəhərlənmiş zərərçəkənə yardım göstərəkən, özünüzdən də zəhərlənməyiniz üçün ehtiyat tədbirlərinə əməl etməlisiniz. Bu xüsusilə inhalasiya 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 (yanacağın tünd qoxusu, borudan və klapandan qazın sızmasını xatırladan fışılıtlı səs) zərərçəkənə yaxınlaşmaq təhlükəlidir. Belə hallarda ixtisaslı kömək çağırmağa hazır olun. Müvafiq xidmətləri cəlb edin. Onları məlumatlandırın və yalnız ərazi təhlükəsiz olduğdan sonra oraya daxil olun.
- Zərərçəkəni təsirə məruz qaldığı mühitdən 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 xidmətini aktivləşdirin (zəng edin).
- Həyatı vacib orqanların (tənəffüs və qan dövranı) pozulmuş funksiyasını bərpa edin.

C. HOPMA (absorbsiya) VASİTƏSİLƏ ZƏHƏRLƏNMƏ

İnsanlar tez-tez orqanizmə hopa bilən zəhərli maddələrlə təmasda olurlar.

- * Hər dəfə zəhərli sarmaşıl kimi bitkilərə toxunduqdan və ya onları təmizlədikdən sonra bir çox adamlar onun qıcıqlandırıcı təsirindən əzab çəkirlər. Zəhərli bitki ilə təmasda olduğdan sonra onun təsirini azaltmaq üçün onunla təmasda olmuş bədən hissəsini dərhal su ilə yuyub, dezinfeksiya edin.
- * Dəri vasitəsilə hopen 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. Ölinizə 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 aydınsa və o, hərəkət edə bilirsə, ona duş qəbul etdirin, gözləri zədələndikdə isə müvafiq yardım göstərib, göz həkimi olan tibb müəssisəsinə çatdırın. (bax: "Kimyəvi və

elektrik cərəyanı ilə yanıqlar"). Sabundan istifadə etmək zərərli deyil, lakin sabun allergik reaksiyaya səbəb olan zəhərli bitki yağını tam təmizləmir.

- Zəhərli maddə paltarları isladıbsa, onu zərərçəkənin əynindən çıxarın və bədənə qurulayın. Zərərçəkənə quru paltar geyindirin və üstünü örtün.
- Zərərçəkənin zəhərli maddə ilə bulaşmış paltarları və zینət 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.

D. 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 ölümlə nəticələnə bilər. Zəhərlənmələrin əlamətləri tanınır və zəhərlərin əksəriyyətinin antidotu (əks-zəhər) mövcuddur.

* Qida məhsulları ilə zəhərlənmə

Qida məhsulları ilə zəhərlənmələr də 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 qidانی yedikdən sonra 48 saat ərzində zəhərlənmənin əlamətləri olan ürəkbulanması, qusma, qarın nahiyyəsində ağrı, ishal, hərarət, susuzluq başlayır. Kəskin halda qida ilə zəhərlənmə xüsusilə uşaqlar, yaşlılar və zəif immunitet sistemi olanlar üçün ölümlə nəticələnə bilər.

Toksiki maddəni orqanizmdən xaric edilməsində qusdurucu maddənin verilməsi, antidotların təyini, mədə-bağırsaq traktının yuyulub təmizlənməsi və aktivləşdirilmiş kömürdən 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 ağzı 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 maddənin yuyulmasıdır. Suya heç bir şey qatmaq olmaz (adi təmiz su). Uşaqlarda maddənin 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 diametrli mədə zondı 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 maddədən çıxan su təmiz olana qədər təkrar edin. İmkan olduqda qusmanın ilkin porsiyasını təmiz, ağzı bağlanan qabla laboratoriya müayinəsi üçün yığın. Mədənin ənənəvi (rutin, “restoran üsulu”) yuyulması çox vaxt ciddi fəsadlarla müşayiət olunur.

* Qusdurucu maddənin verilməsi və maddənin 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.
- Hamiləliyin olması.

* Mədənin böyük diametrli mədə zondı ilə yuyulması (tibb müəssisələrində aparılır)

Yuxulu, keyləşmə (obtundation), sopor və koma halında olan zərərçəkənlərdə maddənin 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 maddənin yuyulması qələvilər və karbohidrogenlərin qəbulu zamanı əks göstərişdir.

Turşu və qələvilərlə zəhərlənmələrdə zərərçəkən huşunu itiribsə, mədə mütləq zond vasitəsilə yuyulmalıdır. Ağır formalı zəhərlənmələrdə, xüsusilə də komatoz vəziyyətlərdə maddəni 3–4 dəfə təkrar-təkrar yumaq lazımdır. Əməliyyat böyük diametrli mədə zondunun ağızdan keçirilərək, mədəyə yeridilməsindən ibarətdir. Mədə, mədə axıntısında olan həb fragmentlərindən, yaxud maddədən 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) zəərərsizləşdirmə üsulu minimal əlavə təsirlərə malik olan aktivləşdirilmiş kömürdür. Aktivləşdirilmiş kömür zəhərli maddələrin əksəriyyətini absorbsiya 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, alkoqol, 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 zəhərlənmədən 2 saat keçdikdən sonra yenə də aktivləşdirilmiş kömür təyin olunur.

5. Bağırsaqların tam yuyulması

Amerika Birləşmiş Ştatlarında “GoLYTELY” adı altında satılan məhlul mədə-bağırsaq traktından dəmir, qurğuşun, kokain və heroinin cəld evakuasiyası üçün istifadə edilir. Adi doza 1 saat ərzində 1–2 litr olub, nazoqast-ral zondla rektal möhtəviyat təmiz gələnə qədər yeridilir.

6. Antidot, hemodializ, hemoperfuziya

Zəhərin mədədən sorulmasını nəzərə alaraq antidotlar, hemodializ, hemoperfuziya aparılır (xəstəxanada)

Diqqət! Kimyəvi maddəni neytrallaşdırmaq üçün turşunu qələvi ilə, qələvini isə turşu ilə neytrallaşdırmağa cəhd göstərməyin. Bu ekzotermik neytrallaşma reaksiyası nəticəsində həddən artıq istiliyin ayrılmasına səbəb olur.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

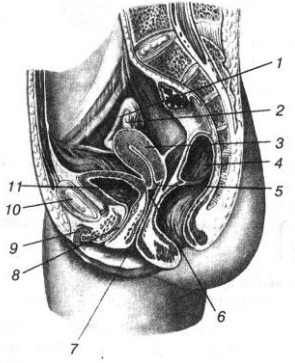
1. Kliniki toksikologiya. V.Ə.Əzizov, İ.N.Əfəndiyev, A.S.Maqsudov. Bakı, 2004.
2. ACLS Provider Manual. American Heart Association. 2015
3. Təcili tibbi yardım təbabəti. Vəsait Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Beynəlxalq Tibb Korpusu və Cons Hopkins Universiteti tərəfindən tərtib olunmuşdur. Bakı, 2007.
4. First aid manual. Dorling Kindersley. London. New York. Stuttgart. 1999.

Mündəricat:

- A. Qadın cinsiyyət üzvləri.
- B. Mayalanma və rüşeymin (ziqotun) inkişafı.
- C. Doğuş haqqında qısa məlumat.
- D. Hospitalaşdardaki mərhələdə məmaliq tədbirləri (I. Sancı dövrü; II. Dölnün qovulması dövrü; III. Son dövr).
- E. Sağrı gəlişi.

A. QADIN CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİ

Qadın cinsiyyət üzvləri xarici (vizual görünüşü mümkün olan) və daxili (məmaliq və ginekoloji müayinə üsulları ilə təyin edilən) cinsiyyət üzvlərinə bölünür.

**Xarici cinsiyyət üzvləri**

Xarici cinsiyyət üzvlərinə qasıq, böyük və kiçik cinsiyyət dodaqları, klitor, uşaqlıq yolu dəhlizi, dəhlizin böyük vəziləri, xarici cinsiyyət üzvlərini daxili üzvlərdən ayıran qızlıq pərdəsi, aralıq aiddir.

Daxili cinsiyyət üzvləri

Qadının daxili cinsiyyət üzvlərinə uşaqlıq yolu, uşaqlıq və onun artımları (*uşaqlıq boruları və yumurtalıqlar və s.*) aiddir.

Şəkil: 1 - uşaqlıq borusu; 2 - yumurtalıq; 3 - uşaqlıq; 4 - düz bağırsaq; 5 - uşaqlıq yolunun arxa tağı; 6 - uşaqlıq yolunun ön tağı; 7 - uşaqlıq yolunun dəliyi; 8 - uretra, 9 - klitorun cismi; 10 - qasıq bitişməsi; 11 - sidik kisəsi.

Uşaqlıq saya əzələli, boşluqlu, armudabənzər formalı orqandır. Döl uşaqlığın daxilində yetişir. Doğuş zamanı uşaqlıq əzələlərinin yığılması sayəsində döl doğuş yollarından xaricə itələnir.

- » **Uşaqlıq boyunu** – uşaqlığın ən aşağı hissəsidir. Doğuş zamanı uşaqlıq boyunu genişlənir, açılır. Hamilə qadın uşaqlıq yolundan qatı selik ifrazından şikayət edə bilər, bu zaman uşaqlıq boynunda olan tıxac çıxır və bu doğuşun yaxınlaşdığından xəbər verir.
- » **Doğuş yolu (kanalı)** – uşaqlığın aşağı hissəsi və uşaqlıq yolu *doğuş yolunu (kanalını)* təşkil edir. Uşaqlıq yolu isə uzunluğu 10 sm bərabər olub, boru şəklindədir.
- » **Aralıq** nahiyyəsi uşaqlıq yolu ilə düz bağırsaq arasındakı dəri sahəsidir. Aralıq doğuş zamanı cırıla bilər.
- » **Döl.** Mayalanmış yumurta hüceyrəsi onuncu məmaliq aynadək embrion adlanır. Embrion onuncu məmaliq ayından sonra isə döl adlanır.
- » **Cift.** Döl cift vasitəsilə oksigen və qida maddələrini anadan alır. Cift dölə göbək ciyəsi ilə birləşir.
- » **Göbək ciyəsi.** Göbək ciyəsinin daxilindən qanı ciftədən dölə və geriye döldən ciftə daşıyan 2 arteriya və 1 vena keçir.

Ananın və uşağın qan dövrəni avtonomdur (bir-birindən asılı deyil), lakin cift və göbək ciyəsi uşaqla ana arasında qida maddələrinin və parçalanmış məhsulların effektiv mübadiləsini təmin edir. Uşaq 1–2 litr dölyanı maye olan kisenin içərisində olur. Dölyanı maye dölü ana bətnində xarici təzyiqlərdən və təsirlərdən qoruyur. Doğuşdan əvvəl su kisəsi yırtılır və dölyanı maye dölün doğuş yollarından rahat keçməsi üçün sürüşkənlik yaradır.

B. MAYALANMA VƏ RÜŞEYMİN (ZİQOTUN) İNKİŞAFI

Yetişmiş kişi (spermatozoid) və qadın cinsi hüceyrəsinin (yumurta hüceyrənin) birləşməsi prosesi mayalanma adlanır. Mayalanma nəticəsində yeni orqanizmə başlanğıc verən rüşeym (ziqot) yaranır. Rüşeym həm atanın, həm də ananın genetik məlumatlarının daşıyıcısıdır.

Uşaqlıqda inkişaf edən dölün cinsi mənsubiyyəti atanın spermatozoidində yerləşən cinsi “X” və “Y” xromosomdan asılıdır. “X” xromosomu qadın cinsi xromosomudur, “Y” xromosomu isə kişi cinsi xromosomudur. Ananın yumurta hüceyrəsi isə həmişə iki “X” (“X” və “X”) xromosomuna malik olur.

Əgər mayalanma prosesində atanın “X” xromosomunu daşıyan spermatozoid iştirak etmişsə, qız doğulacaq, yox, əgər “Y” xromosomunu daşıyan spermatozoid iştirak edibsə, oğlan doğulacaq.

Cinsi əlaqə zamanı uşaqlıq yoluna təxminən 3–5 ml toxum mayesi (sperma) daxil olur. Onun tərkibi 300–500 milyon spermatozoiddən ibarətdir. Toxum mayesi əsasən uşaqlıq yolunun arxa tağında toplanaraq uşaqlıq boşluğuna, oradan isə uşaqlıq borularına keçir. Spermatozoidlərin uşaqlığa və uşaqlıq borularına keçməsi uşaqlığın və uşaqlıq borularının saya əzələləri hesabına baş verir (azad olmuş yumurta uşaqlıq borusu qıfının saçlaqları və yumurtalıq epitelinin ehtizazı (titrəmək) nəticəsində uşaqlıq borusunun qarın dəliyinə – ostium abdominale tubae uterinae) doğru hərəkət edir və nəhayət boruya keçir).

Cinsi yetişkənlik dövrünün başladığı vaxtdan menopauza (klimaks) dövrünədək qadın orqanizmində hər aybaşı vaxtı adətən yumurtalıqda bir yumurta hüceyrə yetişir və yumurtalıqdan çıxmış yumurta hüceyrəsi uşaqlıq borusuna keçir, orada milyonlarla spermatozoid yumurta hüceyrəni mühasirəyə alır. Spermatozoidlərdən yalnız biri yumurta hüceyrəyə daxil olub onu mayalandırır. Mayalanmadan sonra isə yumurta hüceyrəyə başqa heç bir spermatozoid daxil ola bilmir. Mayalanmadan 24 saat sonra mayalanmış yumurta hüceyrənin bölünməsi baş verir, mayalanmış yumurta hüceyrə uşaqlıq borusundan bir neçə gün ərzində uşaqlığa doğru hərəkət edir və uşaqlığın divarına yapışır, (implantasiya edir), qadın hamilə qalır.

Hamiləlik döl yumurtasının qadın orqanizmində inkişaf etdiyi dövrdür.

Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində bir çox dəyişikliklər baş verir. Hamilə qadında dövr edən qanın həcmi, ürək döyüntülərinin və tənəffüsün sayı artır. Son arterial təzyiq göstəricisi kimi arterial təzyiqin hamiləlikdən əvvəlki və ya birinci trimestrdəki (3 ay) göstəricisi əsas götürülür. İkinci trimestrdə hamilələrdə təzyiq aşağı düşür. Üçüncü trimestrdə arterial təzyiq yenidən yüksəlir. Həzm prosesi ləngiyir, sidik ifrazı tezləşir. Hamiləlik zamanı uşaqlığın ölçüləri böyüyür. Doğuş – hamiləliyin son fazasıdır. Bu prosesdə doğuşu həyata keçirmək üçün orqanizmin bütün sistemləri birgə fəaliyyət göstərirlər. Müxtəlif qadınlarda doğuşun müddəti müxtəlif cür olur. Adətən növbəti doğuş və hamiləliklərdə doğuşun müddəti azalır.

Doğuş həm xəstəxanada, həm də xəstəxanadan kənarda baş verə bilər. Bəzən doğan qadını xəstəxanaya çatdırmağa vaxt qalmır, ona görə də doğuşu aparmağı hər kəs bacarmalıdır.

C. DOĞUŞ HAQQINDA QISA MƏLUMAT

Doğuş normal fizioloji prosesdir. Əksər hallarda (85% artıq) yaxşı (müsbət) nəticə ilə başa çatır. Doğuşda “nəzarət et və gözlə” prinsipi əsasdır. Ən yaxşı üsul doğan qadını xəstəxanaya çatdırmaqdır, bəzən bu mümkün olmur.

* Doğuşun başlanma vaxtının müəyyən edilməsi

İlk növbədə doğan qadınlardan doğuşun başlanma vaxtını müəyyən etmək üçün axırıncı aybaşının ilk günündən 3 ay geriye sayıb 7 gün əlavə edin. Məsələn son dəfə 20 mayda aybaşı görmüş hamilə qadın üçün təxmini doğuş vaxtı belə hesablanır: may (5 ay) - 3 = 2, yəni fevral ayı, sonra 20 (axırıncı aybaşı tarixi) + 7 = 27. Beləliklə 27 fevral təxmini doğuş vaxtıdır. Sonra çox dövlülyü və neçənci doğuşun olduğunu öyrənmək lazımdır. İlk doğuş sonrakı doğuşlara nisbətən daha çox davam edir. Qadının hansı şəraitdə doğmasından asılı olmayaraq həm anaya, həm də uşağa düzgün, lazımı yardımın və uyğun qulluğun göstərilməsinə hazır olmalıyıq.

Normal doğuş – bir dövlə hamiləliyin 37 həftəsindən - 41 həftəsi + 6 günə qədər müddətində özbaşına başlanan, minimal yardım və ya yarımsız davam edən, dölün ənsə gəlişində baş verən doğuşdur. Normal doğuş zamanı və doğuşdan sonra ana və dölün vəziyyəti qənaətbəxş olur. Qadının seçiminə əsasən doğuşda istənilən şəxs iştirak edə bilər. Doğuş vaxtı kənar və doğuşa kömək göstərməyən şəxslər olmamalıdır. Doğuş zamanı uşaqlıq əzələlərinin yığılmasının tezliyi və intensivliyi getdikcə artır və bu, dölün və ciftin doğulması ilə nəticələnir.

Doğuşda olan qadının vəziyyətini qiymətləndirin (bədənin temperaturu, nəbz, şikayətlər və s.) və nə edəcəyiniz barədə onu məlumatlandırın. Doğuşa qədər dövrdə, doğuşda və ya doğuş zamanı fəsadlar meydana çıxarsa və ya fəsadların meydana çıxması ehtimalı yüksək olarsa, qadını vaxtında doğum evinə çatdırmaq lazımdır. Qadını təklikdə qoymaq olmaz.

* Qadına fiziki, psixo-emosional dəstəyin verilməsi

Psixoprofilaktik hazırlığa doğuşdan əvvəl başlayırlar. Doğuş zamanı və erkən zahılıq dövründə qadına fiziki, psixo-emosional dəstək vermək lazımdır. Hamilə qadın doğuş aparının göstərişlərinə riayət etməlidir. Belə hazırlıq mənfi emosional, doğuş və ağrı qorxusunun aradan qaldırılmasına yönəldilir. Doğuş aparın şəxs qadını ağrıdan yayındırıb, düzgün nəfəs almağa yönəltməli və doğuşa aid istənilən informasiyanı çatdırmalıdır. Bu, doğuşun ağrısızlaşdırılmasının əsas üsuludur. İlk dəfə uşaq doğan qadın çox zaman ağrılar olması səbəbindən və uşağın vəziyyəti üçün qorxu və təşviş hissi keçirir. Doğuşun birinci dövründə ağrı və narahatçılığı artır bilən faktorlar aşağıdakılardır: qeyri-müntəzəm tənəffüs; qorxu səbəbindən gərginləşmə; qeyri-müəyyənlik; təklik və köməkçilik hissi.

Uşağın doğulmasına köməklik göstərilməsi çox vaxt asan prosesdir. Ana bütün işi özü görür. Sizin işiniz ətrafda təmizlik yaratmaq, uşağın doğuş kanalından çıxmasına kömək etmək, ana və uşağın zədələnməsi ehtimalını azaltmaqdır. Hamilə qadının istəyi ilə məhrəmlik və məxfilik qorunmalıdır.

D. HOSPİTALAQƏDƏRKİ MƏRHƏLƏDƏ MAMALIQ TƏDBİRLƏRİ

Doğuş 3 dövrə bölünür. Dövlərin müddəti və intensivliyi müxtəlifdir. Doğuş başlayıbsa, onun hansı dövrdə olmasını müəyyən etmək lazımdır. Doğuşda “nəzarət et və gözlə” prinsipi əsas olmalıdır. Doğuşu bioloji substansiyalardan qorunmaq şərti ilə, təmizliyə riayət etməklə (təmiz əllər, təmiz səthlər, ciftin təmiz kəsilməsi) başa çatdırmaq lazımdır.

I. SANCİ DÖVRÜ – I dövr

Bu dövrdə uşaqlıq boynunun açılması baş verir. Sancı dövrünün müddəti ilk dəfə doğan qadınlarda təxminən 10–12 saat, təkrar doğan qadınlarda 6–8 saat davam edir. Sancı dövründə uşaqlıqda tutmalar başlayır. Ananın bədəni doğuşa hazırlaşır. Uşaqlıq boynu yavaş-yavaş açılmağa başlayır. Tutmalar qarının yuxarı hissəsindən başlanır, dalğaya bənzəyir, tutmalar arası müddət uzun olur, çanağa, belin aşağı nahiyyəsinə yayılır. Doğuş saatlarının çoxu bu dövrə sərf olunur. Bu dövrdə tutmaların başlanma vaxtını nəzərə alaraq, hamilə qadını vaxtında doğum evinə çatdırmaq mümkündür.

* **Doğuşun yaxınlaşma əlamətləri**

- Doğuş yaxınlaşdıqca tutmalar arası müddət daha qısa olur, uzun müddət davam edir və güclü hiss olunur. Normal halda **tutmalar arası müddət 3 dəqiqədən az olduqda doğuş yaxınlaşır** (10 dəqiqə ərzində 3-dən az olmayan sancılar qeyd olunur). Demək, döl uşaqlıqdan çıxmağa başlayır və doğum kanalına düşür. Uşaqlıq boynu açılır.
- Uşaqlıq boynunun açılması zamanı uşaqlıq boynunda olan **“selikli tıxac”** (açıq-qırmızı və ya qırmızı rəngli qatı qanlı ifrazat) **çixır** ki, bu da doğuşun başladığını (yaxınlaşmasını) göstərir. Uşaqlıq yolundan qanaxmanı və ifrazatı hopdurmaq üçün tənəzfədən istifadə edin.
- Dölyanı maye olan qovuğun (amnionun) yırtılması və **döl yanı mayenin** birdən axınla və ya damcı ilə uşaqlıq yolundan **axması** (qadınlar bunu sidik ifrazı kimi başa düşürlər).
- **Düz bağırsağın boşaldılmasına çağırışın artması hissi** (uşaqlıq yoluna təzyiqin artması nəticəsində baş verir). Belə halda qadını tualetə getməyə qoymayın.

Artıq doğuşun 2 dövrünün başlanma vaxtıdır və

ilk dəfə doğan qadınlarda dölün doğulmasına 30–60, təkrar doğan qadınlarda 15–20 dəqiqə qalib.

Əgər hamilə qadını doğum evinə çatdırmaq mümkün deyilsə, doğuşu qəbul etməyə hazırlaşın.

* **Doğuşa hazırlıq:**

Hamilə qadına sərbəst vəziyyət seçməyə imkan verilir, o cümlədən arxası üstündə uzana bilər. Sancı zamanı qadın hərəkət etdikdə və ya vertikal vəziyyət aldıqda özünü yaxşı hiss edir. Hamilə qadına oma nahiyyəsinin masajı, duş, maye və yüngül, asan həzm olunan qidanın qəbulu məsləhət görülə bilər. Doğum üçün təmiz ətraf mühit yaratmaq lazımdır. Əlinizin altında steril ləvazimat (birdəfəlik istifadə üçün dəst) yoxdursa, təmiz döşəkağı, ədyal, dəsmal və ya hətta paltardan istifadə edə bilərsiniz. Yanınızda başqa bir şey yoxdursa, yaxşı hopdurucu olan qəzetlərdən də istifadə etmək olar. Uşağın qurulması üçün isidilmiş ağlar, doğuş üçün lazım olan alətlər, həmçinin göbək ciyəsinin kəsilməsi üçün qayçı hazırlamaq lazımdır. Doğuşdan sonra cifti saxlamaq üçün böyük polietilen çanta və ya dəsmal lazım olacaq.

Aseptikaya riayət etmək lazımdır. Aseptika – orqanizmə və ya yaraya mikrobların düşməsinin qarşısını alan tədbirlər kompleksidir. Doğuşu qəbul edən əllərini, dırnaqların altını, barmaq aralarını ilıq su və sabunla elə yumalıdır ki, su barmaqlardan dirsəyə doğru axıb tökülsün. Əlləri dezinfeksiya edici məhlulla da təmizləmək olar və steril əlcək geyinmək lazımdır. Vaxt imkan verərsə, aralıq ilıq su və sabunla yuyula bilər.

II. **DÖLÜN QOVULMASI DÖVRÜ – II dövr**

Bu dövrün müddəti ilk dəfə doğan qadınlarda təxminən 30–60, təkrar doğan qadınlarda 15–20 dəqiqədir. Tam açılma baş verdikdən sonra **döl qovuğu yırtılır və ön sular xaric olur**. Əgər içərisində dölyanı maye olan qovuq yırtılmayıbsa, barmağınızla onu partladın. II dövr dölün doğuş kanalına daxil olmasından başlayır, uşağın doğulması ilə başa çatır. Tibb işçiləri üçün qısa yaddaş. Açıqlaş və qovulma dövründə dölün **6 əsas hərəkəti** qeyd edilir. (1) çanaq dibində fiksasiya, (2) başın bükülməsi, (3) başın irəliləməsi, (4) daxili rotasiya, (5) başın açılması (6) xarici rotasiya.

* **Doğuşa hazırlıq:**

“Nəzarət et və gözlə” prinsipinə riayət etmək lazımdır. Tələsməmək, səs-küy salmamaq, güc verməyi əmr etməmək, doğuşu təmiz şəraitdə aparmaq, hamilə qadınla təmasda olmaq, dölün vəziyyətinə nəzarət etmək lazımdır. Doğan qadın özü üçün ən əlverişli vəziyyəti seçir. Doğuş zamanı anaya çarpayıda aortanın sıxılmaması üçün azacıq sol tərəfi üstə uzanmaq təklif edilir. Ümumiyyətlə, doğan qadına kürəyi üstə, baş hissəsi qaldırılmış çarpayıda və ya alçaq kətil üzərində yastıq və mütəkkəllərdən istifadə edərək, **ən əlverişli olan yarımoturaq vəziyyət** almaq məsləhət görülür. Ana çarpayıda olarsa, uşaq yerə yox, həmin çarpayının üstündə doğula bilər. Dölün başı çıxmağa başlayan kimi, doğan qadının çanağı altına mələfəyə bükülmüş kiçik yastıq, təmiz bez, dəsmal və s. qoyun. Doğuş zamanı doğan qadın dizlərini qatlayır, ayaqlarını bir birindən geniş və aralıq qoyur və dabanlarını çarpayıya dirəyərək güc verməlidir. Adətən, dölün xaric olması üçün 5–10 güc vermə kifayət edir.

* **Başın irəliləməsi**

Baş irəliləyərək uşaqlıq yolu yarığına çatdıqda, doğuşu aparan bir əlinə təmiz döşəkağı alaraq ananın düz bağırsağı (anal) nahiyyəsini təcrid etməklə uşağın başını nəcislə təmasdan mühafizə edir. Döl doğuş yolunda hərəkət etdikdən sonra **15 dəqiqədən 3 saata qədər** davam edə bilən bu proses başa çatır. Başın görünməsi anında doğuşun qarşısı alınmazdır və dölü qəbul etməyə hazır olmalısınız. Başın çıxması onun uşaqlıq yolunun girişində görünməsidir. Qadına təsəlli verin və izah edin ki, uşaq doğulmaq üzrədir.

Yığılmalar get-gedə güclənir. Dölün başı tutma zamanı cinsiyyət yarığında **görünərək**, tutmalar arasındakı fasilələrdə **geriyə qayıtdığı** müddət ərzində doğuşu aparan yalnız müşahidə etməklə kifayətlənir. İlk dəfə doğan qadınlarda döl başının belə **görünüb geriye qayıtması** (yarıb çıxması) təqribən **1 saat** sürür. Bu müddət ərzində tutmalar davam etdikcə baş gəlib, cinsiyyət yarığında (çanaq çıxaracağı) durub, görünməyə başlayır.

Adətən, baş verən doğuşların çoxu ağırlaşmamış keçir və tibbi müdaxilə olmadan başa çatır. Aralığın mütləq qorunması və nəfəsin saxlanılması ilə güc dövrünün idarə olunması heç bir əhəmiyyət kəsb etmir.

Doğuşda “nəzarət et və gözlə” prinsipi əsasdır. Lakin doğuş zamanı qadına fiziki və psixoloji dəstək vermək, təklif, tənhalıq hissini aradan götürmək məqsədi ilə aralığın qorunmasını, nəfəsverməni və gücənməni tənzim etmək lazımdır.

* Aşağıda qeyd edilən göstərişlərə əməl etmək mütləq deyil

Aralığın qorunmasında döln başını vaxtından erkən açılmağa qoymamaq, sonra isə aralığa təzyiq etməklə və onu arxaya və aşağıya sıxışdırmaqla, ehtiyatla döln üzünü və çənəsini çıxarmaq, ənsənin qasıq qövsü altından çıxmasına nail olmaq əsasdır.

1. Bu zaman hamilə qadının sağ tərəfində duraraq sol əlin ovucunu qadının qasıq, dörd barmaqları isə döln başının üstünə elə qoymaq lazımdır ki, o, cinsiyyət yarığından çıxan başı tam örtüb, yüngülcə saxlasın. Baş yavaş-yavaş irəliləsin. Bu, uşağın tez doğulmasına mane olur və anada cırıqların yaranmasının qarşısını alır.
2. Cinsiyyət yarığı təxminən 8–10 sm diametrdə açılsın (təxminən 4 köndələn barmaqdan artıq), doğan qadının gücənməsini tənzim edin.



Sol əlin ovucu ilə aralığı tutun



Sol əlin ovucu ilə başı tutun, sağ əlin ovucu ilə aralığı döln başından çıxarın



Qadın güc verməyəndə sol əllə döln başını yuxarıya qaldırın və açın

3. Baş, cinsiyyət yarığından qadın güc verməyəndə çıxarılmalıdır. Bunun üçün qadın güc verməyəndə sol əllə döln başının ənsə nahiyyəsinə təzyiq edin. Bu vaxt aralığın üstündən döln alnı, sonra burnu, ağzı və nəhayət, çənəsinin ucu çıxır. Bütün bunlar hökmən tutmadan kənar vaxtda görüləməlidir ki, aralıq cırılmasın. Baş tədricən (yavaş-yavaş) cinsiyyət yarığından çıxır.

Gücənmədə hamilə qadına dərindən, tez-tez nəfəs almağı təklif edin (dərindən nəfəs aldıqda gücənmə olmur) və iki əllə başın irəliləməsinə gücənmə qurtarana qədər yubadın.

Qadın güc verməyəndə, sol əlin ovucu ilə başın bayıra çıxmış hissəsini tutun, sağ əlin ovucu ilə aralığı ehtiyatla döln başından (üzündən) çıxarın və aralıqdan, büzdümün ön hissəsindən döln çənəsinə əks təzyiq göstərin. Sol əllə döln başını yuxarıya qaldırın və açın. Qadın gücəndikdə, yenə dərindən, tez-tez nəfəs almağı təklif edin və başın irəliləməsinə yubadın. Başın ənsə hissəsi cinsiyyət yarığından çıxana qədər bu hərəkətləri təkrar edin. Doğuşu belə apardıqda aralığa düşən gərginlik azalır.

Baş doğulandan sonra onu bir az əllə saxlamaq lazımdır. Barmaqları dərhal uşaqlıq yoluna yeridərək onurğanın boyun nahiyyəsinə yoxlayın. Göbək ciyəsi boyun ətrafına dolanıbsa, ehməlcə onu uşağın başı üzərindən sürüşdürün, mümkün deyilsə, bir az boşaldın. Bu da mümkün olmadıqda, ciyəyə 2 sıxıcı qoyun, sonra ciyəni 2 sıxıcı arasından kəsin və dərhal uşağı azad edin. Dolanma sıx olmadıqda göbək ciyəsinə bir az boşaldın və yeni güc verməni gözləyin. Uşağın başı doğularkən yuxarı tənəffüs yollarının möhtəviyyətini aspirasiya etmək (sormağ) məsləhət görülmür. Uşaq doğularkən aktivdirsə və ağlayırsa, deməli onun tənəffüs yolları açıqdır və tənəffüs yollarından möhtəviyyət sormağa ehtiyac yoxdur. Aspirasiya uşaq anadan olduqdan dərhal sonra, ancaq açıq-aydın tənəffüs yollarının obstruksiyası (tutulması) zamanı və ya müsbət təzyiq altında süni tənəffüsə ehtiyac olduğu zaman aparılır (Bax: “Yenidoğulmuşlara ilk tibbi yardımın göstərilməsi”).

Doğulub bayıra çıxmış döln başı, adətən, ənsəsi ilə anasının buduna tərəf çevrilmiş olur. Çevrilməyibsə, səbirlə olun, döln başının özbaşına dönüşünü gözləyin. Belə hallarda qadıncan gücənməsini xahiş edin. Sonra çevrilmiş başı iki ovuc arasında tutun (gicgah yanaq səthləri üzərində). Bu, çiyinləri və bədənə digər hissəsinin doğum kanalından çıxmasına kömək edər. Döln başı doğulduqca fırlanmağa (rotasiya) başlayır və ənsə ananın sağ və ya sol buduna tərəf çevrilir, baş köndələn vəziyyət alır.

Döln başını dartmaq, fırlatmaq və ya bükmək olmaz

* Çiyinlərin azad edilməsi və gövdənin doğulması

Tələsməyərək, səbirlə doğuşun başa çatmasını gözləyin. Belə hallarda qadıncan gücənməsini xahiş edin. Baş doğulandan sonra qadına güc vermək təklif edin. Çox vaxt çiyinlər spontan olaraq doğulur. Uşağı dartmayın.



Əgər ləngimə olarsa, iki əllə tutduğunuz döln başını ön çiyin doğulana qədər ehtiyatla aşağıya doğru çəkin. Bəzi hallarda köməkçidən doğan qadının qasıq üstü nahiyyəsinə təzyiq etməsinə xahiş edirlər. Sonra isə tədricən yuxarıya doğru dartmaqla (traksiya etməklə) arxa çiyin doğulur; ön çiyin adətən qasıq altından (simfiz) düşür. Bədənə qalan hissəsi uşaqlıq əzələlərinin yığılması nəticəsində asanlıqla xaricə itələnir.

Hər iki çiyin çıxdıqdan sonra, qoltuq çuxurları nahiyyəsində körpənin gövdəsindən yapışılıb, yuxarı qaldırmaq-la, onu bütünlüylə ilə doğum yollarından çıxarın. Gövdə və bütün bədən doğulandan sonra uşağı bir əllə boyunun arxasından, digər əllə sağrıdan tutub uşağı çıxarın. Körpənin sağrısından yuxarı tutmaq məsləhət görülmür, çünki qarın boşluğunda olan orqanları (qaraciyər, dalaq) zədələmək olar.

* Göbək ciyəsinin kəsilməsi

Uşaq doğularkən göbək ciyəsinə kəsməmişdən əvvəl, onu uşaqlıq yolundan həddindən yuxarı səviyyəyə qaldırmaq olmaz. Uşağı ananın bud nahiyyəsindən yuxarı qaldırarkən qan axınının istiqaməti anaya tərəf olur.

Normal doğuş zamanı göbək ciyəsinə təcili tibbi yardım briqadası gələnə qədər kəsməyə ehtiyac yoxdur.

Göbək ciyəsinə kəsmək üçün təmiz iti ülgüc və üç ədəd təmiz qalın sap olmalıdır. Bunlar ən azı 10 dəqiqə suda qaynadılaraq sterilizasiya olmalıdır. Əgər ülgüc və ya sap yoxdursa, ciyəni kəsməyin. Ananı tibb məntəqəsinə

aparın. Göbək ciyəsinin steril alətlərlə, yenidoğulmuşun atası və ya qadının yanında olan digər ona dəstək verən insan tərəfindən kəsilməsi mümkündür. Göbək ciyəsinin antiseptiklərlə işlənməsi tələb olunmur.

Uşaq doğulduqdan və göbək ciyəsində **nəbz dayandıqdan** bir dəqiqə sonra masa üstünə qoyulan körpənin göbək ciyəsi, onun qarın divarından 8 və 10 sm (ehtiyat üçün) məsafədə olmaqla 2 səviyyədə sıxılır (bağlanır). Sonra göbək ciyəsi aralığa yaxın hissədə sıxılır (bağlanır) və göbək güdülündə 2 bağ (sıxıcı) qalmaq şərti ilə, ciyə bağlanmış yerlər arasında kəsilir.

* **Çoxdöllülük**

Doğumların əksəriyyəti zamanı bir uşaq doğulur. Bəzi hallarda isə iki və daha çox uşaq dünyaya gəlir. Çoxdöllü doğum, tək doğum kimi aparılmalıdır. Ana hər bir uşaq doğumu üçün ayrıca tutmalara məruz qalır. Hər bir uşağın ayrıca ciyəsi ola bilər, lakin bu həmişə belə olmur. Əgər çoxdöllülüyə ehtimal varsa, yenə doğuşa hazır olun.

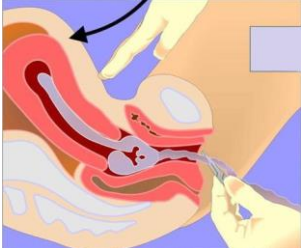
III. SON DÖVR – III dövr

Ciftin xaric olması uşağın doğulmasından ciftin xaric olmasına qədər davam edir. Ciftin özbaşına ayrılmasını gözləyin. Cift tezliklə xaric olmasa, narahat olmayın. Ciftin doğulmasına hazırlaşın. Tələsmək lazım deyil! Cifti xaric etmək üçün heç zaman ciyəni dartmayın. Onun ayrılmasını gözləyin. Bu proses **30 dəqiqə** çəkir. Ciftin xaric olması üçün qadına gücənməyi təklif edin. 3–4 gücənməyə cift xaric olur.

Tibb işçiləri üçün qısa yaddaş. Son dövr tibb işçiləri tərəfindən aktiv aparılmalıdır.

Göbək ciyəsinin nəzarət altında, fasiləsiz gərginlik yaratmaq üçün dartılması (sancı zamanı yüngül dartma).

Uşaq doğulduqdan sonra birinci dəqiqə ərzində **oksitosin 10 TV-nin əzələ daxilinə və ya 5 TV-nin vena daxilinə** yeridilməsi (uşaqlığın daxilində ikinci uşağın olmadığına əmin olmaq üçün qadının qarını palpasiya etmək (əllə yoxlamaq) lazımdır). Göbək ciyəsinin pulsasiyası sona çatdıqdan, uşaq doğulduqdan 1 dəqiqə sonra aralığa yaxın hissədə göbək ciyəsinə sıxac qoyun və kəsin.



- Sıxılmış göbək ciyəsinə bir əlinizlə bir qədər dartılmış vəziyyətdə tutun. Digər əlinizi qadının qasıq dağcığının üzərinə qoymaqla uşaqlığı sabit vəziyyətdə saxlayın, göbək ciyəsinə dartdıqda, uşaqlığı qasıq dağcığından kənarlaşdırmağa çalışın.
- Uşaqlığın güclü yığılmasını gözləyin (2–3 dəqiqə). Uşaqlığın yığılmasını (uşaqlıq qarından qabarmış, yumrulanmış, şar formasını almış və bərk olmuşdur) və ya göbək ciyəsinin uzandığını hiss etdikdə, ciftin doğulması üçün çox ehtiyatla göbək ciyəsinə özünü tələf aşağı çəkin (traksiya). Eyni zamanda uşaqlığı digər əlinizlə ciftin dartılmasına əks olan istiqamətdə saxlayın (əkstəziy). Traksiya nəticəsində 30–40 saniyə ərzində cift çıxmırsa, göbək ciyəsinə dartmağı dayandırın.
- Ehtiyatla göbək ciyəsinə yüngül dartılmış vəziyyətdə saxlayın və uşaqlığın növbəti yığılmasını gözləyin. Lazım gələrsə, göbək ciyəsi uzandıqca sıxac aralığa mümkün qədər yaxın qoyun.

- Uşaqlığın növbəti yığılması zamanı uşaqlığa əks təzyiq göstərərək ciftin nəzarət olunan traksiyasını təkrar edin. Heç vaxt yaxşı yığılmış uşaqlığa əks təzyiq göstərmədən göbək ciyəsinə dartmayın. **Cifti iki əllə tutun və döl qışalarını tam çıxana qədər ehtiyatla burun.**

Cift doğulandan sonra uşaqlığın tez yığılması üçün döş gilələrinin stimulyasiyası və qarının ön divarından uşaqlığın xarici masajı aparılmalıdır. Cifti göbək ciyəsinin dördüncü hissəsi ilə birlikdə dəsmala bükün və plastik paketə qoyun. Paketi uşaqla bir səviyyədə saxlayın. Onu təmiz dəsmal və ya torba ilə tutun.

Ciyə xaric olduqda uşaqlıq yolundan əlavə 200–250 ml qan axır. Tənzifdən istifadə edərək ananı ehtiyatla silin. Uşaqlıq yolunun üzərinə dəsmal qoyun. Uşaqlıq yoluna heç bir şey daxil etməyin. Ana öz ayaqlarını birləşdirməlidir. Cift xaric olduqdan sonra uşaqlıq yığılır, dairəvi şəkil alır, bərkiyir, uşaqlığın dibi göbəklə qasıq arasında yerləşir. Əlinizi qarın nahiyyəsinin aşağısına qoysanız, yumruq boyda bir cisim his edərsiniz. Bu uşaqlıqdır.

Diqqət! Son və zahılıq dövründə zahı qadın normada 300–500 ml qan itirə bilər.

* **Doğuş zamanı yaranan çətinliklər**

- Ən çox rast gəlinən çətinliklərə uşaqlıq yolundan davamlı qanaxma, göbək ciyəsinin qopması, dölün tərs gəlməsi və əkizlər aiddir. Bütün bu vəziyyətlərdə ixtisaslı tibbi yardıma ehtiyac var. Ona görə də dərhal kömək çağırın.
- Əgər doğuş baş gəlişi ilə deyilsə, ağırlaşmalar ola bilər. Anadan xahiş etmək lazımdır ki, güc verməsin və onu tez bir zamanda xəstəxanaya çatdırın.
- Təkrar doğan qadınlarda doğuş sürətlə baş verə bilər. Xəstənin başqa müəssisəyə göndərilməsi qərara alındıqda, doğuşun mərhələsi və xəstənin vəziyyəti nəzərə alınmalıdır.
- Göbək ciyəsinin düşməsi doğum kanalı arasında qalıb, başla sıxıldığına görə körpənin həyatı üçün çox təhlükəlidir. Uşağın qan dövrünü dayana bilər və o, oksigen çatışmamazlığı üzündən bir neçə dəqiqə ərzində ölə bilər. Göbək ciyəsi düşdükdə, ananı diz-sinə vəziyyətinə gətirin. Bu, ciyənin sıxılmasının qarşısını alır.

E. SAĞRI GƏLİŞİ

Körpələrin çoxu doğularkən əvvəlcə başları gəlir. Lakin, nadir hallarda əvvəlcə körpənin ayaqları və ya sağrısı hasil olur. Bu vəziyyət adətən sağrı gəlişi adlanır. Sağrı gəlişi hamiləlik hallarının 3–5%-də rast gəlinir. Sağrı gəlişi ən çox vaxtından qabaq doğuş zamanı baş verir. Normal baş gəlişi zamanı ölçüsü böyük olan baş uşaqlıq boynu kanalını genişləndirir və beləliklə, bədən qalan hissəsi də doğulur. Sağrı gəlişində isə baş bədənə arxada gəldiyi üçün kifayət qədər açılmamış uşaqlıq boynunda sıxılır. Təcili keysəriyyə əməliyyatı, sağrı gəlişləri

zamanı seçim müalicə üsuludur. Əgər doğuş prosesi normal keçirsə və sağrılar doğulmuşdursa, təbii yolla doğuş həyata keçirilir. Mümkündürsə, ananı çarpayıda litotomik (*arxası üstə, ayaqlar açılmış və yuxarı qaldırılmış*) vəziyyətdə yerləşdirin. Əgər siz sağrı gəlişinə rast gəlmisinizsə, uşağın bədənini doğum kanalından çıxan vaxt tutun. Uşağın bədənini dartmayın. Dartma başın hasil olmasına kömək etmir.

Sağrı gəlişləri xalis, qarışıq sağrı gəlişinə, tam və natamam ayaq gəlişlərinə bölünür. Xalis və tam sağrı gəlişində sağrılar doğuş kanalını demək olar ki, baş gəlişində olduğu kimi genişləndirir və doğuşun gedişi ağırlaşmamış keçə bilər.

Sağrı gəlişi zamanı əllə müdaxilə etmədən, doğuşun spontan keçməsinə imkan vermək lazımdır. Körpənin kürək sümükləri görünənə qədər müdaxilədən çəkinmə tövsiyə edilir. Bu zaman dölnün öndə gələn hissəsi doğuş kanalını maksimum genişləndirərək, başın keçməsinə imkan yaradır. Sonra isə körpənin aşağı hissəsi mələfəyə bükülərək ehtiyatla saxlanıla bilər. Əvvəlcə bir qolun, sonra isə ikinci qolun doğulması üçün ehtiyatla rotasiya (fırlanma) hərəkəti edilir. Sonra doğuşu qəbul edən şəhadət və orta barmağını çənə sümükləri üzərində (ağız boşluğunda yox) yerləşdirməklə, körpənin başını bükülmüş vəziyyətdə saxlamalıdır. Bu, anaya körpəni xaric etməkdə kömək edir. Körpəni təzyiqlə aşağıya çəkmək məsləhət görülmür.

Qeyri-tam sağrı və ayaq gəlişləri zamanı göbək ciyəsinin düşməsi və ya uşaqlıq boynunun natamam açılması riskinə görə, təbii yolla doğuş təhlükəli hesab edilir. Belə hallarda, mütləq, mama-ginekoloqun konsultasiyası olmalıdır. Sağrı gəlişində dölnün başı kürəkdən dərhal sonra gəldiyindən, dölnün kürəyinin yuxarıya doğru saxlamaq çox vacibdir. Əgər doğuş kanalında ayaq təyin edilsə, onu dartmaq olmaz. Sol əlin ovcu ilə ayağın bayıra çıxmış hissəsini tutun ki, sağrı da ovucunuzun içinə otursun. Qadını doğum evinə vaxtında çatdırmaq lazımdır, onun tez bir zamanda tibb müəssisəsinə çatdırılmasını təşkil edin. Körpənin bədənini göbək səviyyəsinə qədər doğulana kimi keysəriyyə əməliyyatı icra etmək mümkündür.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. BLS for Healthcare Providers. American Heart Association. Printed in the USA, 2011
2. Акушерство национальное руководство. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. «ГЭОТАР Медиа», 2009 г.
3. Normal doğuş üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 29 iyun 2012-ci il tarixli 22 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2012
4. Неотложные состояния в акушерстве. ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics). American Academy of Family Physicians. Strong Medicine for America. Баку, 2011.

Mündəricat:

- A. Yenidöğulmuşların anatomiyası və fiziologiyası.
- B. Sağlam doğulan uşağa yanaşma.
- C. Zahi qadına doğuşdan sonrakı qulluq.

A. YENİDOĞULMUŞLARIN ANATOMİYASI VƏ FİZİOLOGİYASI

Yenidöğulmuş uşaq – bir neçə saat öncə doğulmuş uşaq. Körpə – yenidoğulmuşla bir yaş arasında olan uşaq.

Uşaq – bir yaştan yeddi yaşa qədər olan uşaq. Neonatal dövr – uşağın həyatının ilk 28 gününə qədərki dövrüdür.

Yenidöğulmuşlarda hər hansı bir qeyri-normal vəziyyəti aşkar etmək üçün onlarda rast gəlinən bütün normal klinik əlamətləri yaxşı bilmək lazımdır.

1. Yenidöğulmuş və körpə uşaqlarda böyüklərlə müqayisədə tənəffüs yollarındakı anatomik fərqlər. Yenidöğulmuş və körpə uşaqların tənəffüs sistemi xüsusi diqqət tələb edir, çünki onlarda tənəffüs yollarının tutulması (obstruksiyası) çox asan baş verir. Yenidöğulmuş və körpə uşaqların ölümü çox vaxt tənəffüs sisteminin fəaliyyətinin pozulması nəticəsində baş verir:
 - körpələrin tənəffüs sisteminin bütün hissələri kiçik olur və hətta az miqdarda ifrazatın (sekresiya) yaxud qanın olması ciddi tənəffüs pozulmasına səbəb ola bilər;
 - körpələrin qısa boyunu, böyük başı, nisbətən böyük dili, uzun qırtlaq qapağı, bir qədər öndə yerləşən səs telləri tənəffüs yollarının tutulmasına asanlıqla və daha tez səbəb ola bilər;
 - körpələrdə traxeya (nəfəs yolu) kiçik diametrlə və elastik olduğuna görə onun başını arxaya çox əymək olmaz, çünki o, əyilib (qatlanıb) tənəffüs yollarını tuta bilər;
2. Körpələrdə qabırğalar üfüqi vəziyyətdə olur və nəfəs alan zaman döş qəfəsinin həcmi artırmaq üçün diafraqma aşağıya (qarın boşluğuna tərəf) hərəkət edir. Bu səbəbdən süni tənəffüs zamanı mədə hava ilə dolduqda diafraqma normal hərəkət etmir və körpə normal tənəffüs almır. Belə hallarda mədə dekompressiya olmalıdır (bax: Yenidöğulmuşlara ilk tibbi yardımın göstərilməsi).
3. Körpələrin burun dəliklərinin kiçik ölçülü və adenoidlərin nisbətən böyük olduğundan onlara süni tənəffüs burundan (nazal) verilmir. Əksinə ağız (oral) tənəffüs yolu əlverişli hesab olunur və damaqdan çənə bucağına qədər olan məsafəyə əsasən hava ötürücüsünün ölçüsü seçilir.
4. Yenidöğulmuşlarda tənəffüsün dəqiqlik sayı 30–40 olur və onlarda tənəffüs azı 30 saniyə müddətində sayılır və alınan nəticə ikiyə vurulur.
5. Yenidöğulmuşlarda ürək vurğularının sayı (ÜVS) 80–180 arasında dəyişir və əksər hallarda dərinin müxtəlif dərəcəli akrosianozu (göyermə) müşayiət olunur;
6. Bətdaxili inkişaf zamanı ağciyər alveolları maye ilə dolu olur. Yenidöğulmuş uşağın ilk dəfə nəfəsalması zamanı ağciyərlər genişlənir və ağciyərlərdəki maye tədricən xaric olur. Mayenin çox hissəsi ağciyərlərdəki qan və limfa damarları vasitəsilə sorulur. Sonra ağciyərlər açılır və ağciyərlərə daha çox qan gəlməyə başlayır;
7. Körpələrin bədən səthinin çəkisinə olan nisbəti çox olduğu üçün onlar istiliyi tez itirib ölə bilərlər.

B. SAĞLAM DOĞULAN UŞAĞA YANAŞMA

Uşaq doğulduqda, o, nəm və yapışqanlı olur. Uşağı tutmaq üçün təmiz, quru və isti dəsmaldan istifadə edin.

Burnundan və ağızından ifrazatı (seli) təmizləmək üçün dərhal uşağı uşaqlıq yolu və ya ondan aşağı səviyyədə qarını və ya bir böyrü üstə qoyun (başı gövdədən və ayaqlarından bir az aşağı olsun). Uşağın ağızından və burnundan gələn qan və seli silin. Tənəffüs yollarının təmizlənməsinə qədər uşağı başı aşağı vəziyyətdə saxlayın.

Sağlam uşaq doğulan kimi ucadan qışqırır (ağlayır) və nəfəs almağa başlayır. Uşaq doğulduğu anda tənəffüs hərəkətləri müntəzəm, əzələ tonusu yaxşı (aktiv hərəkətlər, yaxşı bükülmə), dəri örtükləri çəhrayı rəngdə, ürək vurğularının dəqiqlik sayı (ÜVS) 100-dən artıq olur. Qışqırma körpənin hava yolunun mayedən təmizlənməsinə və tənəffüsə kömək edir. Bəzi hallarda sağlam doğulan uşaq yüngül göyümtül, bir qədər solğun rəngdə doğulur və buna baxmayaraq doğulan kimi ilk nəfəs aldıqdan sonra qışqırır, əl-ayaqlarını hərəkət etdirir və tez bir zamanda rəngi çəhrayı olur. Əgər dölyanı sular təmizdirsə, uşaq vaxtında doğulubsa, nəfəs alır və ya ağlayırsa, onun yaxşı əzələ tonusu varsa, ona adi qulluq lazımdır.

1. Yenidöğulmuşu isti saxla!

- » Yenidöğulmuşun normal qoltuqaltı temperaturu 36,5–37,5°C-dir. İlk saatlarda temperatur 2 dəfə ölçülür.
- » Uşaq anadan olduqda ən vacib tədbir onun isti saxlanmasıdır.
- » Hipotermiya (həddindən artıq soyuma) çox təhlükəli haldır. Hətta tropik ölkələrdə də, körpələrin bədənini nəm olduğundan və bədən səthi nisbətən böyük olduğundan, onlar istiliyi tez itirib ölə bilərlər.
- » Yenidöğulmuşun bədənini ilə təmasda olan istənilən vəsait və ya səthi isidin.

- » Bir yerdən digər yerə köçürməzdən əvvəl yenidoğulmuş uşağa qızdırılmış paltar geyindirib, isti yorğanla üstünü örtmək lazımdır. Körpəni kip bələməyin!
- » Doğuşdan dərhal sonra uşağı çimizdirməyin.

2. Dərhal qurula, sonra hər hansı müdaxilə et!

Yenidoğulmuşların oksigenə tələbatını azaltmaq üçün onları qurulayaraq isti saxlamaq vacibdir.

- Yenidoğulmuş uşaq üçün əvvəlcədən qızdırılmış əski dəsti (2 isti əski, isti yorğan, isti papaq) hazırlayın.
- Doğuşdan dərhal sonra uşağı quru isti əskiyə (ədyal, mələfə) büküb (bərk bələməyin), isidin və isidilmiş stolun üzərinə qoyun.
- İlk dəqiqələrdə yenidoğulmuşun başını və bədənini isti əski ilə silib qurudun (yaş əskiləri qurusu ilə əvəz edin, dəyişin), başına isə papaq geyindirin.
- Axırda çirkli və nəm altlıqları təmiz və quruları ilə əvəz edin, zahı qadını yenidoğulmuşla birgə mələfə və yorğanla örtün.

3. Yenidoğulmuşun qidalanması

Ananın rahat olduğuna əmin olun. Uşağı istilik itirməmək, isinmək və erkən əmmə üçün doğulduqdan dərhal sonra ananın qarnı/döş qəfəsi üzərinə yerləşdirin.

- » Körpəni erkən əmizdirin. Yenidoğulmuşu anaya mümkün qədər tez verin. Bütün sağlam yenidoğulmuş uşaqları həyatlarının **birinci saatında** ana südü ilə əmizdirin. Ananın körpəni erkən əmizdirməsi nəticəsində uşaqlığın yığılması və ciftin ayrılması stimulyasiya olunur.
- » Uşağın əmməyə hazır olduğuna əmin olun (axtarış və əmmə reflekslərinin olması).
- » Anaya döş giləsi ilə uşağın dodağına necə toxunmağı göstərin, bir neçə damcı ağız südü sıxın, uşaq ağzını geniş açana qədər gözləyin və uşağın döşü düzgün götürdüyünə (döş giləsi ilə döş giləsi ətrafının – areolanın çox hissəsini tutmalıdır) əmin olun.
- » Əgər döşlə əmizdirmə mümkün deyilsə, sağılmış süddən istifadə edin. Körpə orqanizmi tələb etdiyi qədər qidalandırın. Körpə doydudan sonra döş əmməyə davam etdikdə onu döşdən ayırmayın.
- » İlk 4 ay ərzində heç bir qida əlavəsi istifadə etməyin. Süni qidalandırmadan çəkinin.
- » Mümkündürsə, 2 il ərzində körpəni döşlə qidalandırın.
- » 48 saatdan tez evə buraxılan yenidoğulmuşun 2–3 gün ərzində yenidən müayinə olunmasını təşkil edin.

4. Apqar şkalası

Yenidoğulmuşu “Apqar” şkalası ilə qiymətləndirin.

Tibb işçisi 1–5 dəqiqə müddətində Apqar şkalası üzrə körpəni qiymətləndirməlidir.

Şkalaya daxildir: ürək vuruqlarının sayı; tənəffüs hərəkətləri; əzələ tonusu; reflekslər – qıcıqlandırıcıya (burun kateterinə) qarşı reaksiya; dəri örtüklərinin rəngi.

Əlamətlər	0	1	2
Ürək vuruqlarının sayı	Yoxdur	100-dən az	100-dən çox
Tənəffüs hərəkətləri	Yoxdur	Zəif, qeyri-müntəzəm	Müntəzəm
Əzələ tonusu	Süst (atonik)	Əllərdə və ayaqlarda zəif bükülmə	Yaxşı bükülmə, aktiv hərəkətlər
Reflekslər (qıcıqlandırıcıya qarşı reaksiya)	Cavab yoxdur	Zəif hərəkət, mimikası dəyişir	Ağlayır
Dəri örtüklərinin rəngi	Sianotik, solğun	Bədən çəhrayı, ətraflar sianotik	Tamamilə çəhrayı

“Apqar” şkalası asfiksiyanın (toxumalarda oksigenin azalması və karbon qazının çoxalması) dərəcəsini təyin etmək üçün istifadə olunur.

5. Yenidoğulmuş uşağın gözlərinin işlənməsi

Bir saat ərzində körpənin gözlərinə 1%-li tetrasiklin və ya 0,5%-li eritromisin məlhəmi (hər uşaq üçün fərdi tübik) çəkilir. Əlləri yuyub və əlcək geyib, aşağı göz qapaqlarını aşağı dartıb, növbə ilə hər iki gözün konyuktiva kisəsinə bir dəfə məlhəm qoymalı. Tübikin ucu ilə selikli qışaya toxunmayın!

6. Yenidoğulmuşu düzgün vəziyyətin verilməsi

Tənəffüs yollarını açıq saxlamaq üçün körpənin çiyinlərinin altına təqribən 2,5 sm hündürlükdə bükülmüş mələfə qoymaq lazımdır. Boyunu həddən artıq açmaqdan çəkinin, çünki bu, körpənin tənəffüs yollarını tamamilə qapaya bilər.

7. Yenidoğulmuşun çəkilməsi

Uşağı 2 saatdan gec olmamaq şərti ilə çəkisini ölçmək lazımdır. Çəkərkən istiliyi itirməkdən qaçmalı (tərəziyə isti əskilər qoymalı). Adətən yenidoğulmuşlar həyatın ilk bir neçə günü ərzində bədən çəkisinin 10%-ə qədərini itirirlər, lakin 5–7-ci gündən etibarən 10–14 gün ərzində əvvəlki çəkilərini bərpa edir və sonradan 1–2 ay ərzində gündəlik 20–30 qram çəki artırırlar.

8. Körpələrdə tənəffüsün dəqiqəlik sayının təyin edilməsi

Körpələrdə tənəffüsün dəqiqəlik sayını təyin edən zaman dəqiq nəticə əldə etmək üçün ən azı 30 saniyə müddətində tənəffüs hərəkətlərini saymaq və alınan nəticəni ikiye vurmaq lazımdır.

9. Yenidoğulmuş uşağın immunizasiyası

Yenidoğulmuş uşağın immunizasiyası virus hepatiti B (VHB), vərəm əleyhinə (BSJ) və poliomielitə (OPV) qarşı aparılmalıdır.

10. Göbək güdülünə qulluq

Göbək ciyəsinin düzgün sıxılmasına, qanaxmanın olmamasına və göbək güdülünün infeksiyalaşmamasına (omfalit, sepsis) nəzarət edin (omfalit – göbək həlqəsinin, göbək dibinin bakterial iltihabı, sepsis yunan sözü olub, çürümə deməkdir – qanda mikrobların olması). Göbək güdülünü quru saxlayın və bağlamayın. Göbək güdülünün bağlanması (işlənilməsi) uşaq doğulduqdan sonra 2 saat ərzində aparın.

11. Uşağı diqqətsiz qoymayın

Uşağı diqqətsiz buraxmayın. Yenidoğulmuş uşağa nəzarət olunmalıdır. Uşaq dünyaya gələrkən ona müəyyən mərhələ ilə ilkin qayğı göstərmək lazımdır. Belə qayğı göstərildikdən sonra anaya qulluq edə bilərsiniz.

12. Yenidoğulmuşda ürək-ağciyər reanimasiyasının (ÜAR) başlanması

- Körpə ilk dəqiqədən nəfəs almağa başlamırsa, müntəzəm nəfəs almırsa, sianotikdir və ya dəri və selikli qişaları boz rəngdədirsə, çox güman ki, körpə asfiksiya vəziyyətindədir. Belə halda “Apqar” şkalası ilə qiymətləndirməyə vaxt sərf etmədən, tez bir zamanda reanimasiya tədbirlərini başlayın.
- Reanimasiyanın başlanmasını heç bir tədbir ləngitməməlidir.
- Reanimasiya tədbirlərinin başlanması, həcmi və ardıcılığı üçün **a) tənəffüs; b) ürək vurğularının sayı ; c) dəri örtüklərinin rəngi** əsas meyar kimi götürülür. Bir sözlə, bu göstəricilərdən hər hansı biri sağlam yenidoğulmuşun meyarlarına (kriteri) uyğun gəlmirsə, o zaman reanimasiya tədbirlərinə başlamaq lazımdır (bax: “Yenidoğulmuşlara ilk tibbi yardımın göstərilməsi”).
- Yardım göstərərkən yenidoğulmuşun yerə düşərək zədə almasına yol verməyin.

C. ZAHİ QADINA DOĞUŞDAN SONRAKİ QULLUQ

Sizin bir yox, iki pasiyentiniz var. Uşağa ilkin qulluq göstərəndən sonra ananın vəziyyətini təkrar qiymətləndirin, ilk saatlarda nəzarətdə saxlayın, nəbzini və tənəffüsün tezliyini təyin edin.

1. Zahını sol böyrü və ya arxası üstə uzadın.
2. İlk saatlarda ana keçirdiyi fiziki və emosional stress vəziyyətindən çıxaraq əvvəlki halını bərpa etməyə başlayır. Doğuş çox üzücü proses olduğundan ananı sakitləşdirin. Anaya doğuş və doğuşdan sonrakı proseslər haqqında məlumat verin.
3. Uşaqlığın yığılması və qanaxmanın dayandırılması məqsədi ilə cift doğulan kimi qarının ön divarından uşaqlığın xarici masajı aparılır, uşaqlıq sıxılır. Barmaqları zahının qarının aşağı hissəsində uşaqlığın üzərinə qoyub, qan dayanana qədər masaj edin. Erkən zahılıq dövründə (ilk saat ərzində) masajı hər 15 dəqiqədən bir, ikinci saatda isə hər 30 dəqiqədən bir təkrar edin. Masaj etdikdən sonra tez-tez uşaqlığın yığılmasını yoxlayın və uşaqlıq yığılmırsa (bərkimirsə), uşaqlığın dibini masaj etməyə davam edin. Uşaqlığın yığılması, adətən, 30 dəqiqə ərzində ciyənin xaric olması ilə nəticələnir.
4. Doğuş zamanı və dərhal sonra qadında üşümə, tərləmə (soyuq tər), başgicəllənmə əlamətləri olduqda zahını hipertermiyadan (həddindən artıq qızdırma) və hipotermiyadan (həddindən artıq soyuma) qoruyun.
5. Yüngül ürəkbulanma və qusma əlamətləri olduqda qadına tez-tez, kiçik porsiyalarla qida qəbulunu məsləhət görün.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Normal doğuş üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Kollegiyasının 29 iyun 2012-ci il tarixli 22 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2012
2. Неотложные состояния в акушерстве. ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics). American Academy of Family Physicians. Strong Medicine for America. Баку, 2011.
3. Sağlam yenidoğulmuş qulluq üzrə klinik protokollar. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Kollegiyasının 28 noyabr 2008-ci il tarixli 28 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2008

Mündəricat:

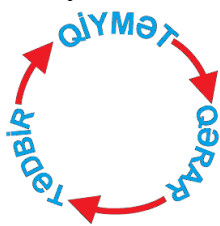
- A. Yenidogulmuşlarda reanimasiya tədbirlərinin ardıcılığı.
- B. Açıq tənəffüs yolları – “A”.
- C. Birbaşa nəfəs – “B”.
- D. Canlandırma – “C”.
- E. Dərmanların yeridilməsi.

A. YENİDOĞULMUŞLARDA REANİMASIYA TƏDBİRLƏRİNİN ARDICILLIĞI

İxtisarlər: az olduqda – < – (50 – 60-dan azdır, $50 < 60$); çox olduqda > ; vurğu dəqiqədə – /dəq

Yenidogulmuşlarda təxirəsalınmaz hallar dünyada ölüm və xəstələnmə hallarının əsas səbəbi olaraq qalır. Doğulduqdan sonra yenidogulmuşların 10%-nin cüzi tənəffüs yardımına, 1%-nin isə tam həcmdə reanimasiya tədbirlərinə ehtiyacı olur.

Keyfiyyətli və uğurlu reanimasiya üçün, adətən iki və ya üç nəfər tələb olunur. Burada məqsəd yenidogulmuş vaxtında, ardıcıl və keyfiyyətli reanimasiya yardımının göstərilməsi, həyati vacib orqan və sistemlərin funksiyalarının bərpasıdır.



Aparılan reanimasiya tədbirlərinin həcmindən asılı olmayaraq, hərəkətlərin aşağıdakı ardıcılığı vacibdir:

- » uşağın ümumi vəziyyətini qiymətləndirmək;
- » qərar qəbul etmək;
- » tədbirlərə başlamaq.

Tədbirlərin bu ardıcılığı, bir dövr təşkil edir: **QIYMƏT → QƏRAR → TƏDBİR**

Hər dövrə 30 saniyə vaxt ayrılır, sonra yeni dövr başlanır.

Yenidogulmuşlarda ölüm hallarının 20%-i adətən **asfiksiya** (toxumalarda oksigenin azalması və karbon qazının çoxalması) nəticəsində baş verir. Müntəzəm nəfəs almayan, sianotik və ya dəri, selikli qışaları solğun rəngdə olan körpə çox güman ki, asfiksiya vəziyyətindədir. Yenidogulmuşların reanimasiyasında asfiksiyanı aradan qaldırmaq, tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etmək – ilk və mühüm addımdır.

Buna görə ürəyin funksiyasının pozulması halları istisna olmaqla, **yenidogulmuşlarda** ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) apardıqda **ABC alqoritmindən istifadə edirlər**:

- A** - açıq tənəffüs yolları – asfiksiyanı aradan qaldırmaq, tənəffüs yollarının keçiriciliyinin təmin etmək;
- B** - birbaşa nəfəs – tənəffüsün bərpası, ağciyərin süni ventilyasiyası;
- C** - canlandırma – döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı), qan dövranının bərpası.

Burada reanimasiyanın əsas məqsədi tez bir zaman asfiksiyanı və tənəffüs yollarının tutulmasını aradan qaldıraraq, süni tənəffüs vermək və qan dövranını bərpa edərək, beyin və digər orqanlarda oksigen çatışmazlığının qarşısını almaqdır.

Sağlam doğulan uşaq ucadan qışqırıb, sərbəst tənəffüs almalıdır, ürək vurğularının dəqiqəlik sayı (ÜVS) 100-dən artıq və dəri örtüklərinin rəngi çəhrayı olmalıdır.

Bunları əsas tutaraq reanimasiya tədbirlərinin başlanması, həcmi və ardıcılığı üçün **a) tənəffüs; b) ürək vurğularının sayı; c) dəri örtüklərinin rəngi** əsas meyar götürülüb.

Bir sözlə **a) tənəffüs, b) ürək vurğularının sayı və c) dəri örtüklərinin rəngi** kimi göstəricilərdən hər hansı biri sağlam yenidogulmuşun meyarlarına (kriteri) uyğun gəlmirsə, o zaman ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) başlamaq lazımdır.

B. 30 saniyə (bir dövr) müddətində QIYMƏT → QƏRAR → TƏDBİR

Ağlamayan və ya müntəzəm nəfəs almayan, mərkəzi sianoz (göy) olduqda və ya dəri və selikli qışaları solğun rəngdə olan, aktivlik göstərməyən körpə çox güman ki, asfiksiya vəziyyətindədir. Belə uşaqların çoxu vaxtından qabaq doğulmuş (yarımçıq) uşaqlar olur və ya onların dölyanı suları çirkli (mekoniyalı) olur. Belə uşağın ürək-ağciyər reanimasiyası doğulduqdan dərhal sonra, vəziyyətinin Apqar şkalası ilə birinci dəfə qiymətləndirilməsindən öncə başlanılmalıdır.

I. Qiymətləndirmə – hər 30 saniyədən bir

Körpənin asfiksiya vəziyyətində doğulmasının göstəriciləri:

- vaxtından əvvəl və ya vaxtından gec doğuş;
- dölyanı suların bulanıq olması;
- körpənin ağlamaması və ya müntəzəm nəfəs almaması;
- mərkəzi sianoz (göy) və ya dəri, selikli qışaların solğun rəngdə olması;
- körpənin aktivlik göstərməməsi (əzələ tonusunun zəif olması).

II. Qərar qəbul etmə

Ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) başlamaq: asfiksiyanı aradan qaldırmaq, tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etmək.

III. Tədbirlərə başlama – ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) başlamaq. “A” – açıq tənəffüs yolları

İlk və mühüm addım – asfiksiyanı aradan qaldırmaq, tənəffüs yollarını açmaq

Reanimasiya tədbirlərinin başlanmasını heç bir tədbir ləngitməməlidir.

Yenidoğulmuşlarda ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) başladığında ABC alqoritmindən istifadə edirlər.

1. Qurulamaq və isti saxlamaq.

Yenidoğulmuşların oksigenə tələbatını azaltmaq üçün onları qurulayaraq isti saxlamaq vacibdir.

2. Aspirasiya (sorma). Tənəffüs yollarından möhtəviyyatı təmizləmək.

- * Aspirasiya adi rezin armud, elektrik və ya mexaniki sorucu ilə həyata keçirilir.
- Aspirasiyanı 5 saniyədən artıq aparmayın.
- Sormanı ehtiyatla, selikli qışanı zədələmədən aparın.
- Uşağın başı doğrularkən, yuxarı tənəffüs yollarının möhtəviyyatını sormaqla məsləhət görülmür.
- Uşaq doğrularkən aktivdirsə və ağlayırsa, deməli, onun tənəffüs yolları açıqdır və tənəffüs yollarından möhtəviyyatı sormağa ehtiyac yoxdur.
- Aspirasiya uşaq anadan olduqdan dərhal sonra, yalnız tənəffüs yollarının açıq-aydın obstruksiyası (tutulması) zamanı və ya müsbət təzyiq altında süni tənəffüsə ehtiyac olduğu zaman aparılır.
- Əvvəlcə burunu, sonra isə ağzı aspirasiya edin.
- * Aspirator (sorucu) və geniş (12 F) ölçülü sorucu kateter vasitəsilə burun və ağzı dölyanı mayedən, selikdən və mekoniumdan təmizləyin. Geniş (12 F) ölçülü sorucu kateter birbaşa traxeyaya salınmaqla aspirasiya aparıla bilər.
- * Sorucu kateteri ağza və ya burun-udlağa çox dərin yeridəndə, udlaq güclü qıcıqlanıb reflektor bradikardiya, ürək və ya tənəffüsün qəfləti dayanmasına səbəb ola bilər.
- * Möhtəviyyatın yuxarı tənəffüs yollarından aşağı tənəffüs yollarına düşməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə əvvəl burun-udlağı və ağzı rezin armudla təmizləyirlər. Ağız-udlaqda möhtəviyyat çox olduqda aspirasiyanın qarşısını almaq məqsədi ilə körpənin başını yana çevirirlər.
- * Elektrik sorucu istifadə olunursa, mənfi təzyiq 10 sm civə və ya 37 sm su sütununu keçməməlidir. Elektrik və ya mexaniki aspirator olmadıqda tənəffüs yollarından möhtəviyyatı rezin armudla sorun.
- * Traxeyanın möhtəviyyatını sorarkən ürək vurğularının dəqiqlik sayı 60-dan az olduqda (ÜVS<60/dəq.), dərhal sormanı saxlayıb qurulamağa, toxunulmaqla (taktil) stimulyasiyaya və ağciyərlərin süni ventilyasiyasına başlamalı.

3. Düzgün vəziyyət vermək.

Tənəffüs vaxtı sərbəst hava axınının asanlaşdırmaq üçün uşağı kürəyi və ya bir böyrü üstə uzatmaq lazımdır. Körpələrdə və yenidoğulmuşlarda ənsə böyük (çox qabarıq) olduğuna görə boyun bükülür. Eyni zamanda dilin kökü arxaya və aşağıya, qırtlaq qapağının üzərinə sallanıb, tənəffüs yollarının tutulmasına (obstruksiyasına) səbəb olur. Tənəffüs yollarını açıqda körpənin başını çox arxaya əymək olmaz, çünki traxeya (nəfəs yolu) yumşaq olduğuna görə başın bükülməsi tənəffüs yollarının tutulmasına səbəb olur.



Tənəffüs yolunun keçiriciliyini maksimal dərəcədə artırmaq üçün boyuna elə neytral vəziyyət verilir ki, qulaq seyvanı (qulağın girəcəyindəki üçbucaq çıxıntı) və ya qulağın xarici kanalı çiyinin ən yüksək nöqtəsi ilə bir səviyyədə olsun. Bunun üçün kürək altına təqribən 2,5 sm hündürlükdə bükülmüş mələ-

fə qoymaq lazımdır. Boyunu həddən artıq açmaqdan çəkinin, çünki bu, körpənin tənəffüs yollarını tamamilə qapaya bilər.

4. Tənəffüsün aktiv taktil (toxunma ilə) stimulyasiyasını aparmaq

Əvvəl burun və ağzı dölyanı mayedən, selikdən və mekoniumdan təmizləyin (aspirasiya edin), körpəni qurulayın, isti saxlayın və sonra digər müdaxilələr, o cümlədən tənəffüsün taktil stimulyasiyasını həyata keçirin. Körpənin qurudulması, isti saxlanması və tənəffüs yollarının açılması artıq tənəffüsü reflektor stimulyasiya edir. Əgər bunlardan sonra körpə nəfəs almırsa onda aktiv taktil stimulyasiya həyata keçirilir.

Tənəffüsün taktil (toxunma ilə) stimulyasiyasında yenidoğulmuşun **ayaqlarının altına əllə yavaş vururlar, kürək sümükləri arasına sahə ehtiyatla əllə və ya isti mələfə ilə silinir**. Aktiv taktil stimulyasiyanı apardıqdan sonra körpəyə yenidən düzgün vəziyyət verin.

30 saniyəyə (bir dövr) bitdi.

C. 30 saniyə (bir dövr) müddətində QIYMƏT → QƏRAR → TƏDBİR

İlk addımlardan sonra **a)** tənəffüsü, **b)** ürək vurguların sayını və **c)** dəri örtüklərinin rəngini qiymətləndirin. Ürək vurgularının dəqiqəlik sayını (ÜVS) bilmək üçün nəbzə bazu arteriyasının üzərində 6 saniyə ərzində sayıb 10-a vurmaq lazımdır.

I. Qiymətləndirmə – hər 30 saniyədən bir

- * **Müsbət nəticə.** Yuxarıda qeyd edilən **ilk addımlardan sonra** yenidə doğulmuşun vəziyyəti yaxşılaşarsa, deməli asfiksiya aradan götürülüb və ya götürülür.
 1. Sərbəst tənəffüs bərpa olunub, ÜVS>100/dəq., uşağın dərisinin rəngi çəhrayıdır (uşağı ananın döşünə qoyun).
 2. Sərbəst tənəffüs bərpa olunub, ÜVS>100/dəq., amma uşaqda mərkəzi göyərmə (sianoz) qalır və ona sərbəst axınla (oksigen borusunu uşağın üzünə yaxınlaşdırmaqla) oksigen verəndən sonra uşağın dərisinin rəngi çəhrayılaşır (uşağı ananın döşünə qoyub nəzarətdə saxlayın).
- * **Mənfi nəticə.** Yuxarıda qeyd edilən **ilk addımlardan sonra:** **a)** tənəffüs; **b)** ürək vurguların sayı; **c)** dəri örtüklərinin rəngindən hər hansı biri bərpa olunmursa, deməli asfiksiya aradan götürülmür və ya getdikcə artır.
 1. Sərbəst tənəffüs bərpa olunub, ÜVS>100/dəq., amma uşaqda mərkəzi göyərmə (sianoz) qalır və ona sərbəst axınla oksigen verəndən sonra da sianoz qalmaqdadır.
 2. Uşaq nəfəs almır (apnoe) və ya onda qeyri-müntəzəm, fasiləli və ya aqonal tənəffüsdür, o, boğulur, tənginəfəs olur (töyşüyür), ÜVS dəqiqədə 100 vuruğu və dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (mərkəzi sianoz) qalır və bərpa olunmur.

Yuxarıdakı iki halda taktik stimulyasiyaya aludə olmaq lazım deyil, dərhal özüdüzələn kəsənin (Ambu kisəsi), maska və ağız hava ötürüçülərinin köməyi ilə ağciyərlərin süni ventilyasiyasına başlayın.

II. Qərar qəbul etmə

- * Qiymətləndirmə müsbət nəticə verərsə (sərbəst tənəffüs varsa, ÜVS>100/dəq., uşağın dərisinin rəngi çəhrayıdır və ya göydür lakin sərbəst axınla oksigen verildəndən sonra uşağın dərisinin rəngi çəhrayılaşarsa), uşağı ananın döşünə qoyub, nəzarətdə saxlayın.
- * Qiymətləndirmə mənfi nəticə verərsə, yəni asfiksiya aradan götürülmür və getdikcə artırsa (ürək-ağciyər problemlərinin və dəri örtüklərinin göy (sianoz) rəngdə olması), bir sözlə: **a)** tənəffüs; **b)** ürək vurguların sayı; **c)** dəri örtüklərinin rəngindən hər hansı biri bərpa olunmursa, ağciyərlərin süni ventilyasiyasına başlayın.

III. Tədbirlərə başlama – ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) davam etmək. “B” – birbaşa nəfəs. Əsas tədbir – ağciyərlərin süni ventilyasiyasıdır

Ağciyərlərin süni ventilyasiyası yenidə doğulmuşun ilkin reanimasiyası aparılarkən əsas tədbirdir. Ağciyərlərin süni ventilyasiyası tənəffüs funksiyasının və normal qaz mübadiləsinin bərpası üçün aparılır. Hər bir yenidə doğulmuşu aid olan, ağızın və burunun aspirasiyası, körpənin isidilməsi və oksigen verilməsi kimi **ilk və əsas addımlardan** sonra da bəzi uşaqlarda ürək-ağciyər problemləri ola bilər. Bunlar ürək-ağciyər reanimasiyasını davam etməyi tələb edir.

Asfiksiyanı aradan qaldıraraq və tənəffüs yollarını açıdıqdan sonra ağciyərlərin süni ventilyasiyasına keçilir.

1. **Müsbət təzyiq altında ağciyərlərin süni ventilyasiyasına başlayın.** Ağciyərlər tam açılmadığından havanı ağciyərlərə çatdırmaq üçün nisbətən güclü təzyiq tələb olunur. Körpənin vəziyyəti ağırdirsə (bradikardiya mövcuddursa və ya ürək vurgularının sayı getdikcə azalır), tənəffüs yollarında mekoniumun qalmasına baxmayaraq müsbət təzyiqlə ventilyasiya aparılmalıdır.
2. **Ventilyasiyanı müsbət təzyiqlə 250 və ya 500 ml özüdüzələn kisə (Ambu kisəsi), maska və ağız hava ötürücüləri ilə aparın.** Körpənin burun kökündən çənə sümüyünün kənarına qədər olan və gözlərinə toxunmayan, ağız və burunu tam örtən maska və damaqdan çənə bucağına qədər olan məsafəyə əsasən hava ötürücüsünü seçin. Ventilyasiyadan əvvəl uşağın başını bir qədər arxaya əyib, maska ilə ağız və burunu tam örtüb, maskanın üzə kip qoyulmasını yoxlamaq məqsədilə Ambunun özüdüzələn kisəsini bir neçə dəfə sıxın.
3. **Oksigen verin.** Təchizat imkan verirsə sərbəst axınla dəqiqədə 5–8 litr oksigen verin. Uzun müddətli istifadə zamanı oksigen isidilməli və nəmləndirilməlidir. Bir neçə dəqiqə isidilməmiş və nəmləndirilməmiş oksigen istifadə etmək olar. Vaxtında doğulmuş uşaqların reanimasiyasını 100%-li oksigen verməklə yox, adi hava ilə başlayın. Sərbəst tənəffüs alan uşaqda birdən sianoz (göyərmə) əlamətləri, bradikardiya və ya digər

çatışmazlıq əlamətləri olduqda, 100%-li oksigenə keçmək olar. Yarımçıq doğulan uşaqlarda qanda oksigenin miqdarının qalxması təhlükəli ola bilər, bunun üçün onlara əvvəlcə 30%-li oksigen verilir. Bəzi hallarda körpəyə intubasiya tələb oluna bilər.

4. **Dəqiqədə 40–60 dəfə süni ventilyasiya aparın.**

5. **Ağciyərlərin süni ventilyasiyasını vals ritmində aparın.**

“**Bir**” sayına Ambu kisəsi sıxılıb nəfəs verilir, “**İki – Üç**” sayına Ambu kisəsi buraxılır. Ventilyasiya ritmi ucadan sayılır.

6. **ÜAR-ı komanda şəklində aparın.** Döş qəfəsinin hərəkətlərini müşahidə etməyə imkan yaratmaq, komandanın digər üzvünə ağciyərlərin auskultasiyasını (fonendoskopla qulaq asmaq) aparmaq və ÜVS-ni hesablamağa mane olmamaq üçün ventilyasiya zamanı Ambu kisəsi ilə döş qəfəsinin qarşısını tutmamalı.

Ağciyərlərin süni ventilyasiyası oksigen, Ambu kisəsi, maska və ağız hava ötürücüsünün olub-olmamasından asılı olmayaraq aparılmalıdır.

30 saniyəyə (bir dövr) bitdi.

D. 30 saniyə (bir dövr) müddətində QIYMƏT → QƏRAR → TƏDBİR

Yenidoğulmuşlarda əsas tədbir olan ağciyərlərin süni ventilyasiyasından sonra

a) tənəffüsü; **b)** ürək vurğuların sayını; və **c)** dəri örtüklərinin rəngini qiymətləndirin.

Ürək vurğularının dəqiqəlik sayını (ÜVS) bilmək üçün,

nəbzi bazu arteriyasının üzərində 6 saniyə ərzində sayıb 10-a vurmaq lazımdır.

Ağciyərlərin süni ventilyasiyasını 30 saniyə apardıqdan sonra, 6 saniyə reanimasiya tədbirləri dayandırılır, uşaqlarda **a)** sərbəst tənəffüsü; **b)** ürək vurğuların sayı (ÜVS); **c)** dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilir.

	I. Qiymətləndirmə	II. Qərar qəbul etmə	III. Tədbirlərə başlama
1	Sərbəst tənəffüs bərpa olunub, ÜVS>100/dəq., dərinin rəngi çəhrayıdır	Ağciyərlərin süni ventilyasiyasını dayandırın	1. Ventilyasiyanı dayandırın 2. Uşağı ananın döşünə qoyub, nəzarətdə saxlayın
2	Spontan müntəzəm tənəffüs yoxdur, ÜVS>60/dəq, dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (sianoz) qalır	Ağciyərlərin süni ventilyasiyasının effektivliyini yoxlayın	1. Uşağın uzandığı vəziyyətini yoxlayıb, düzgün vəziyyət verin, tənəffüs yollarını yoxlayıb, möhtəviyyəti təmizləyin, maskanın üzə kip qoyulmasını yoxlayın və Ambu kisəsinin işlək olmasına fikir verin. 2. Mədənin dekompressiyasını edin ^{1*} . 3. Müsbət təzyiq altında süni ventilyasiyanı davam edin.
3	Sərbəst müntəzəm tənəffüs yoxdur, ÜVS<60/dəq, dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (sianoz) qalır	Döş qəfəsinin kompressiyasına başlayın	1. Döş qəfəsinin kompressiyasına başlayın ^{2*} . 2. Müsbət təzyiq altında süni ventilyasiyasını davam edin.
Hər 30 saniyədən bir vəziyyət qiymətləndirilməlidir.			

^{1*} Mədənin dekompressiyası

Çox sürətli, qüvvətli və uzun müddətli (iki dəqiqədən artıq) nəfəsvermə havanın mədəyə daxil olmasına səbəb ola bilər. Mədənin köpməsi diafraqmanı qaldıraraq, döş qəfəsinin tənəffüs zamanı normal hərəkətini məhduflaşdırır, ağciyərlərin həcmi azalır. Mədəyə yığılmış havanı xaric etmək üçün (dekompressiya) mədəyə burun-mədə – nazoqasral (NQ) və ya ağız-mədə – oroqastral (OQ) zondlar (borular) salınır. Mədənin köpməsinin qarşısını almaq və minimuma endirmək üçün döş qəfəsinin qalxmasını təmin edəcək qədər qısa, ardıcıl, hərəsi 1 saniyədən çox olmaqla asta nəfəs vermək lazımdır.

III. Tədbirlərə başlama – ürək-ağciyər reanimasiyasını (ÜAR) davam etmək. “C” – canlandırma.

Döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı), qan dövranının bərpa.

Döş qəfəsinin kompressiyası (ürəyin qapalı masajı) qan dövranını bərpa etmək və *həyat fəaliyyətini təmin etmək* üçün aparılır. Uşaqların ürək və beyinin tələb olunan miqdarda oksigenlə təmin edilməsi üçün döş qəfəsinin kompressiyası mütləq ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə sinxronlaşdırılıb eyni zamanda aparılmalı və ikinci şəxs tərəfindən həyata keçirilməlidir.

^{2*} Yenidoğulmuşlarda döş qəfəsinin kompressiyası

30 saniyə süni tənəffüs verdikdən sonra ÜVS<60/dəq olarsa, döş qəfəsinin kompressiyasını başlayın.

1. Yenidoğulmuşlarda döş qəfəsinin hər 3 sıxılmasından sonra 1 süni tənəffüs verilməlidir, mümkündürsə 100%-li oksigenlə. **Dəqiqədə 90 kompressiya və 30 süni tənəffüs**, cəmi 1 dəqiqədə 120 hərəkət. İki saniyə (1 dövr) ərzində ürək-ağciyər reanimasiyası **3:1 nisbətində ABC** abreviaturası ardıcılığı ilə davam etdirilir.

- Körpələrdə və yenidoğulmuşlarda döş qəfəsinin kompressiyası aparılacaq nahiyyə (sıxılma nöqtəsi) döş sümüyünün aşağı üçdəbir hissəsi, döş gilələri arasındakı xətdən bir barmaq eni qədər aşağıda yerləşir.
- Xilasedici iki nəfər və çox olduqda “Döş qəfəsini əhatə etmə texnikası”ndan (hər iki əlin baş barmağı ilə olunan kompressiya) istifadə edir. Xilasedici bir yaşadək uşaqlarda döş qəfəsini əlləri ilə tam əhatə etdiyi səbəbindən kompressiyaların dərinliyini və göstərilən təzyiqi tənzimləyə bilər.



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

- hər iki əlin 4 barmağı onurğanı təsbit etmək üçün kürək altına salınır;
- kompressiya olunacaq yerə baş barmaqların ucları sıxılma nöqtəsinə yanbayan, çox kiçik körpələrdə isə üst-üstə qoyulur;
- uşağın döş qəfəsi əllərlə tam əhatə olunur və döş sümüyünə ritmik basılır.

- Xilasedici tək olduqda döş qəfəsinin kompressiyası bir əlin iki barmağı (orta-adsız və ya orta-şəhadət) ilə aparılır. Bu, alternativ üsuldur. Bir yaşadək uşaqlara ÜAR-ı apardıqda xilasedici tək olduqda, kompressiya



edənin barmaqları qısa olduqda, iri uşağa yardım göstərdikdə və ya göbək venasına inyeksiya etmək üçün üçüncü xilasediciyə yer lazım olduqda istifadə edilir:

- orta-adsız və ya orta-şəhadət barmağın ucları sıxılma nöqtəsində saxlanılır;
- ikinci əllə onurğa təsbit edilir;
- döş sümüyünə yalnız şaquli istiqamətdə, ritmik basılır.

- Uşağı düz səthə uzandırmalı.
- Bir nəfər, uşağın bir böyründə çiyin səviyyəsində durub döş qəfəsinin kompressiyasını, digəri isə uşağın başının arxasında və ya başının tərəfinin birində durub ağciyərlərin süni ventilyasiyasını aparır.
- Döş qəfəsinin kompressiyasını edən xilasedici döş qəfəsinə etdiyi təzyiqləri ucadan saymalıdır ki, digər xilasedici süni tənəffüsün başlama vaxtını bilsin – “**Bir və İki və Üç və Nəfəs və**”.
- Hər kompressiyada döş qəfəsi azı döş qəfəsinin hündürlüyünün üçdəbir dərinliyinə qədər sıxılmalıdır. Əgər ürəyin dayanması ürək funksiyasının pozulması ilə əlaqədardırsa ÜAR-ı 15:2 nisbətində aparın. 30 saniyəyə (bir dövr) bitdi.

E. 30 saniyə (bir dövr) müddətində QIYMƏT → QƏRAR → TƏDBİR

Döş qəfəsinin kompressiyası ilə ağciyərlərin müsbət təzyiq altında süni ventilyasiyasını 30 saniyə apardıqdan sonra 6 saniyə müddətinə reanimasiya tədbirləri dayandırılır və **a)** sərbəst tənəffüs; **b)** ürək vurğularının sayı; **c)** dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilir. Ürək vurğularının dəqiqəlik sayını (ÜVS) bilmək üçün nəbzi bazu arteriyasının üzərində 6 saniyə ərzində sayıb, 10-a vurmaq lazımdır.

	I. Qiymətləndirmə	II. Qərar qəbul etmə	III. Tədbirlərə başlama
1	Spontan müntəzəm tənəffüs yoxdur, ÜVS>60/dəq, dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (sianoz) qalır	Kompressiyaları dayandırın, süni tənəffüsü davam edin	1. Döş qəfəsinin kompressiyasını dayandırın 2. Müntəzəm sərbəst tənəffüs bərpa olunana qədər ağciyərlərin süni ventilyasiyasını davam edin.
2	Sərbəst müntəzəm tənəffüs yoxdur, ÜVS<60/dəq, dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (sianoz) qalır	1. Ventilyasiyanın effektivliyini yoxlayın 2. İntubasiyaya hazırlaşın 3. Adrenalin yeridin	1. Döş qəfəsinin kompressiyasını davam edin. 2. Uşağın uzandığı vəziyyətini yoxlayıb, düzgün vəziyyət verin, tənəffüs yollarını yoxlayıb, möhtəviyyatı təmizləyin, maskanın üzə kip qoyulmasını yoxlayın və Ambu kisənin işlək olmasına fikir verin. <i>Tibb işçiləri üçün:</i> endotroxeal borunun yerləşməsinə; adrenalinin düzgün yeridilməsini təmin edin. 3. Mədənin dekompressiyasını edin ^{1*} . 4. Müsbət təzyiq altında süni ventilyasiyanı davam edin. 5. Adrenalin yeridin. 6. Traxeyanın intubasiyasını edin.

30 saniyəyə (bir dövr) bitdi.

F. 30 saniyə (bir dövr) müddətində QIYMƏT → QƏRAR → TƏDBİR

Reanimasiya tədbirləri vaxtında və düzgün aparılırsa, yenidoğulmuşların yalnız 1%-də dərmana ehtiyac olur. Dərmanların yeridilməsi ürək fəaliyyətini normallaşdırmaq və qan dövranını bərpa etmək üçün vacibdir. Dərmanların yeridilməsi zamanı reanimasiya tədbirlərini davam etdirməli.

Tibb işçiləri üçün. Adrenalin endotroxeal 0,3–1,0 ml/kq və ya göbək venasına 0,1–0,3 ml/kq yerilir. Fizioloji (ringer-laktat) məhlulu 10 ml/kq 5–10 dəqiqə ərzində vena daxili.

Dərmanların yeridilməsi və ÜAR-ı 30 saniyə davam etdikdən sonra reanimasiya tədbirləri 6 saniyə dayandırılmalı və **a)** sərbəst tənəffüs; **b)** ürək vurğularının sayı (ÜVS); **c)** dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilməlidir. Ürək vurğularının dəqiqlik sayını (ÜVS) bilmək üçün nəbzi bazu arteriyasının üzərində 6 saniyə ərzində sayıb 10-a vurmaq lazımdır.

	I. Qiymətləndirmə	II. Qərar qəbul etmə	III. Tədbirlərə başlama
	Tənəffüs bərpa olunubsa, dərmanların (əsasən adrenalin) vurulmasından asılı olmayaraq ÜVS>100/dəq., uşağın dərisinin rəngi çəhrayıdır	1. Ventilyasiyanı dayandırın 2. Oksigen verin	Bir müddət sərbəst axınla oksigen verin. Əgər süni ventilyasiya oksigenlə aparılıbsa bu zaman reanimasiyadan sonrakı nəzarəti və müalicəni dinamikada aparın.
1	Spontan müntəzəm tənəffüs yoxdur, ÜVS>60/dəq, dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (sianoz) qalır	Kompressiyaları dayandırın, süni tənəffüsü davam edin	1. Döş qəfəsinin kompressiyasını dayandırın. 2. Müntəzəm sərbəst tənəffüs bərpa olunana qədər ağciyərlərin süni ventilyasiyasını davam edin.
2	Sərbəst müntəzəm tənəffüs yoxdur, ÜVS<60/dəq, dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (sianoz) qalır	1. ÜAR-i davam edin 2. Dərmanları təkrar edin	1. Döş qəfəsinin kompressiyasını davam edin. 2. Müsbət təzyiq altında süni ventilyasiyanı davam edin. 3. Lazım gələrsə, adrenalini göbək venasına hər 3–5 dəqiqədən bir yeridin. 4. Qan dövrəni çatışmazlığı əlamətləri saxlanılırsa, fizioloji məhlul (Ringer-laktat məhlulu) yeridin.

30 saniyəyə (bir dövr) bitdi.

G. 30 saniyə (bir dövr) müddətində QIYMƏT → QƏRAR → TƏDBİR

Dərmanların **təkrar** yeridilməsi və ÜAR-ı 30 saniyə davam etdikdən sonra reanimasiya tədbirləri 6 saniyə dayandırılmalı və **a)** sərbəst tənəffüs; **b)** ürək vurğularının sayı (ÜVS); **c)** dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilməlidir. Ürək vurğularının dəqiqlik sayını (ÜVS) bilmək üçün nəbzi bazu arteriyasının üzərində 6 saniyə ərzində sayıb 10-a vurmaq lazımdır.

	I. Qiymətləndirmə	II. Qərar qəbul etmə	III. Tədbirlərə başlama
1	Spontan müntəzəm tənəffüs yoxdur, ÜVS>60/dəq, dəri örtüklərinin rəngi göyərmiş (sianoz) qalır	Kompressiyaları dayandırın, süni tənəffüsü davam edin	1. Döş qəfəsinin kompressiyasını dayandırın 2. Müntəzəm sərbəst tənəffüs bərpa olunana qədər ağciyərlərin süni ventilyasiyasını davam edin.

- * Yenidoğulmuş reanimasiyanın vacibliyinə şübhə olarsa – reanimasiyanı başlayın.
- * Reanimasiya olunmuş yenidoğulmuşlar reanimasiya və ya intensiv terapiya şöbəsinə çatdırılmalıdırlar.
- * Reanimasiyanın həcmi və vacibliyi haqqında qərar qəbul edilərkən, Apqar şkalası ilə qiymətləndirmə istifadə oluna bilməz. Apqar şkalası daha çox doğulmuş uşağın ümumi vəziyyətinin və aparılan reanimasiyanın effektivliyinin göstəricisidir.
- * 10 dəqiqə müddətində aparılan fasiləsiz və keyfiyyətli reanimasiyadan sonra yenidoğulmuş uşaqda həyat əlamətləri yoxdursa, onun reanimasiyasını dayandırmaq lazımdır

Hər 30 saniyədən bir reanimasiya tədbirlərini 6 saniyəyə dayandırılmalı və **a)** sərbəst tənəffüs; **b)** ürək vurğularının sayı (ÜVS); **c)** dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilir.

Yenidoğulmuşlarda 10 dəqiqə ərzində aparılan tədbirlər nəticəsində ürək vurğuları bərpa olunmursa, reanimasiya tədbirləri təxirə salına bilər.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 05 iyun 2012-ci il tarixli 18 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Yenidoğulmuşların ilkin reanimasiyası üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yeniləşdirilmiş). Bakı, 2012
2. Yenidoğulmuşlarda prosedurlar üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 20 fevral 2011-ci il tarixli 09 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Bakı, 2011

Mündəricat:

- A. Giriş.
- B. Öskürəyi və ya çətin nəfəsalması olan uşağın müalicəsi.
- C. 2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlarda xəstəliklərin təsnifatı.
- D. Südəmə körpələrdə xəstəliklərin təsnifatı.
- E. Pnevmoniyanın müalicəsi.

A. GİRİŞ

Kəskin respirator infeksiyalar (KRİ) və diareya (ishal) 5 yaşına qədər uşaqlarda ölümün əsas səbəbir.

İnfeksiya tənəffüs sisteminin ayrı-ayrı hissələrini əhatə edir və müxtəlif simptomlarla müşayiət olunur. Bu simptomlara öskürək, tənəffüsün çətinləşməsi (çətin nəfəsalma), boğaz ağrısı, zökəm, yüksək temperatur, qulaq ağrısı və qulaqdan ifrazatın axması daxildir.

UNICEF kiçik yaşlı uşaqlarda kəskin respirator infeksiyaların müalicəsini 3 mərhələdə aparmağı tövsiyə edir:

- » vəziyyətin qiymətləndirilməsi;
- » xəstəliyin təsnifatı;
- » xəstəliyin müalicəsi.

5 yaşına qədər kəskin respirator infeksiyalı uşaqlarda ilk növbədə aydınlaşdırmaq lazımdır ki, **öskürək və ya çətin nəfəsalma varmı?**

Çətinləşmiş tənəffüsün əlamətləri:

- » döş qəfəsinin içəri dartılması;
- » tənəffüsün tezləşməsi;
- » stridor;
- » astmoidli tənəffüs.

Adətən analar sadəcə olaraq uşaqlarda soyuqdəymə və ya zökəm olduğunu deyirlər və *öskürəyin yaxud çətinləşmiş tənəffüsün* olmasına fikir vermirlər. Bununla əlaqədar ananı diqqətlə sorğu-sual edib, uşaqlarda *öskürəyin* və ya çətin nəfəsalmanın olub-olmamasını müəyyən etmək lazımdır.

Bundan sonra UNICEF tərəfindən tərtib olunmuş müvafiq müalicə sxemini seçmək olar.

- * Öskürək və ya çətin nəfəsalma *olduqda yardım:*
“Öskürəyi və ya çətin nəfəsalması olan uşağın müalicəsi” adlanan sxem üzrə aparılmalıdır.
- * Uşaqlarda ancaq qulaq xəstəliyi və ya boğazda ağrı müşahidə olduqda yardım:
“Qulaq xəstəliyi və ya faringiti olan uşağın müalicəsi” adlanan sxem üzrə aparılmalıdır.
- * Öskürək və çətin nəfəsalma ilə yanaşı *qulaq xəstəliyi* və ya *boğaz ağrısı* müşahidə olunduqda, *yardım* ilk növbədə **“Öskürəyi və ya çətin nəfəsalması olan uşağın müalicəsi”** adlanan sxem üzrə aparılmalıdır.
- * Uşaqlarda ancaq *zökəm* və ya *soyuqdəymə* (öskürək, çətin nəfəsalma, qulaq və boğaz ağrısı olmayan) müşahidə olunarsa, ona yalnız ev şəraitində qulluq etmək məsləhət görülür.

B. ÖSKÜRƏYİ və ya ÇƏTİN NƏFƏSALMASI OLAN UŞAĞIN MÜALİCƏSİ

“Öskürəyi və ya çətin nəfəsalması olan uşağın müalicəsi” sxemi seçildəndən sonra yardım zamanı mərhələlər prinsipinə dəqiq riayət etmək vacibdir.

UŞAĞIN VƏZİYYƏTİNİ QIYMƏTLƏNDİRMƏK

Sorğu:

- * *Uşağın neçə yaşı var?*
- * *Uşaqlarda öskürək varmı? Nə vaxtdan müşahidə olunub?*

- * **2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlar üçün:**
Uşaq maye içə bilirmi?

Uşaq maye içə bilmir əlaməti o vaxt müəyyən olunur ki, maye içmək üçün uşaqlar həddindən artıq zəif olur. Maye verdikdə, onlar əmə və ya uda bilmirlər, yaxud daimi ürəkbulanması nəticəsində qəbul olunmuş maye-ni qaytarırlar. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, südəmə körpələrdə burun tutulduqda, südəmə zamanı çətinliklər yaranır (bu halda burun keçəcəyinin – burunun xarici dəliklərinin təmizlənməsi məsləhətdir).

- * **2 aya qədər uşaqlar üçün:**
Uşaq iştahdan kəsilməyib ki?

Bu sual yuxarıda verilən sualla eynidir. Onların arasında fərq ondadır ki, bir qədər böyük yaşda olan

(2 aylıqdan 5 yaşa qədər) uşaqlarda, ümumiyyətlə maye qəbul edə bilməmək (içə bilməmək) xəstəlik əlamətidir. Südəmə körpələrdə isə xəstəliyin əlaməti – əmizdirmə və ya şüşə qabla qidalandırma zamanı adi normanın yarısından azını qəbul etməkdir.

- * *Uşaqda yüksək hərarət olubmu? Nə qədər davam edib?*
- * *Bu xəstəlik zamanı uşaqda qıcolma olubmu?*

Baxmaq və qulaq asmaq:

Müayinə zamanı *uşaq olduqca sakit olmalıdır*. Əgər o, yatıbsa, oyatmayın, yatmış vəziyyətdə baxış keçirin. Uşaq narahatdırsa, soyundurmağa tələsməyin. Uşağı sakitləşdirmək üçün ona oyuncuq vermək, anasından əmizdirməyi xahiş etmək və ya uşaq sakitləşənə qədər qonşu otaqda gözləmək lazımdır.

* *Tənəffüsün dəqiqəlik sayını təyin etmək*

Uşağın sinəsində və ya qarınında elə bir yer tapmaq lazımdır ki, tənəffüs hərəkətlərini müşahidə etmək mümkün olsun. Yaş artdıqca uşaqlarda tənəffüsün tezliyi azalır.

Yaşa münasibətdə *tənəffüsün tezləşməsi* xəstəlik əlamətidir.

Yaşdan asılı olaraq tənəffüsün 1 dəqiqədə tezləşməsi cədvəldə göstərilmişdir:

2 aylıqdan kiçik uşaqlarda	dəqiqədə nəfəsalma 60 və daha çoxdur
2 aylıqdan 12 aylığa qədər	dəqiqədə nəfəsalma 50 və daha çoxdur
12 aylıqdan 5 yaşına qədər	dəqiqədə nəfəsalma 40 və daha çoxdur

Südəmə körpədə (2 aylıqdan kiçik) tənəffüsün sayı bir dəqiqə ərzində 60 və çox olduqda, şübhəli qalmamaqdan ötəri *tənəffüs mütləq təkrar sayılmalıdır*.

* *Döş qəfəsinin içəri dartılması, stridor və astmoidli tənəffüs*

Döş qəfəsinin içəri dartılmasını, stridor və astmoidli tənəffüsü müəyyən etməzdən əvvəl *nəfəsalma* və *nəfəsvermə* anını özünü üçün müəyyənləşdirin.

a) *Döş qəfəsinin içəri dartılmasına baxmaq (vizual) müəyyənləşdirin*

Döş qəfəsinin dartılması uşaq *nəfəs aldıqda* gözlə müəyyən edilir.

Döş qəfəsinin aşağı hissəsi nəfəsalma zamanı içəri dartılırsa, deməli uşaqda döş qəfəsinin dartılması var.

Nəfəsalma üçün həmişəkindən artıq güc tələb olunduqda, döş qəfəsinin dartılması baş verir.

Normal tənəffüs zamanı *nəfəs almada* bütün döş qəfəsi (alt və üst hissəsi) və qarın *genişlənir*.

Döş qəfəsinin *icəri dartılması* olduqda *nəfəsalma* zamanı döş qəfəsinin alt hissəsi dartılır, döş qəfəsinin yuxarı hissəsi və *qarın genişlənir*.

Nəfəsalma zamanı yalnız qabırğaarası və körpücük sümüyünün üstündəki əzələlər dartılırsa (qabırğaarası dartılma), bu, döş qəfəsinin *icəri* dartılması deyil.

Südəmə körpələrdə döş qəfəsinin *aşağı hissəsinin* azacıq *icəri* dartılması normal hesab olunur, çünki onların döş qəfəsi hələ elastikdir (qıvrıdaq toxumasının çox olmasına görə). Eyni zamanda onlarda döş qəfəsinin *kəskin icəri dartılması* pnevmoniyanın (sətəlcəmin) əlamətidir.

Əgər körpədə döş qəfəsinin *icəri* dartılmasına şübhə varsa, onun vəziyyətini dəyişdirin. Körpəni arxası üstə anasının dizləri üzərində uzadıb, müşahidəni təkrar davam etdirin. Əgər döş qəfəsinin *icəri* dartılması yoxdursa, əminliklə döş qəfəsinin *icəri* dartılması inkar olunur.

Döş qəfəsinin *icəri* dartılması mütəmadi (tənəffüs zamanı həmişə) olursa və açıq-aydın görünürsə, onda bu əhəmiyyət kəsb edir. Döş qəfəsinin *icəri* dartılmasını təsdiq etmək üçün müayinə uşağın sakit vəziyyətində aparılmalıdır. Yemək vaxtı və narahat olduqda, müşahidə olunan döş qəfəsinin *icəri* dartılması dartılma kimi qiymətləndirilməməlidir.

b) *Stridoru təyin etmək üçün baxmaq və qulaq asmaq*

Stridor – *nəfəs aldıqda* nəfəsalmanın çətinləşməsi və eyni zamanda xırıltılı, fışiltılı, fitvari səsin mövcudluğu (təngnəfəsliyin inspirator tipi). Bir sözlə, stridor uşaq *nəfəs aldıqda* xırıltılı səsin olmasıdır.

Stridora qulaq asmaq üçün qulağı uşağın ağzına yaxınlaşdırmaq lazımdır, çünki bu səs çətin seçilə bilər. Stridor qurtlağın, nəfəs borusunun daralması və ya qurtlaq üstü qapağın ödemi zamanı əmələ gəlir və havanın ağciyərlərə keçməsinə mane olur. Belə halı çox vaxt inaq adlandırırlar. Bəzən burun tutulanda siz yaş küy eşidə bilərsiniz. Uşağın burnunu təmizləyin və təkrar ona qulaq asın. Stridoru müəyyən etmək üçün yalnız uşaq sakit olan zaman qulaq asmaq lazımdır.

c) **Astmoidli tənəffüsü təyin etmək üçün baxmaq və qulaq asmaq**

Fikir verin: astmoidli tənəffüs residivləşmiş (yenidən baş vermiş) deyil ki?

Nəfəsvermə anına diqqət edin. **Astmoidli tənəffüs** zamanı yumşaq musiqili küy eşidilir və ya uşaqda *nəfəs vermə*də çətinləşmə əlamətləri ola bilər. Astmoidli tənəffüs olan zaman fit səsinə xatırladan xırıltıya qulaq asmaq üçün qulağı uşağın ağzına yaxınlaşdırmaq lazımdır.

Astmoidli tənəffüsün səbəbi bronxların daralmasıdır (spazmasıdır).

Nəfəsvermə müddəti həmişəkindən uzun olur və əlavə güc tələb edir.

Uşaqda 12 ay ərzində bir dəfədən çox astmoidli tənəffüs qeyd olunubsa, bu uşaqda “Residivli (yenidən baş vermiş) astmoidli tənəffüs”ün olmasını göstərir.

* **Baxmaq. Uşaq qeyri-normal yuxuludur və ya ola bilsin ki, onu oyandırmaq çətindir**

Qeyri-normal yuxulu uşaq oyaq vaxtının çox hissəsində tormozlanmış (ətrafa reaksiya vermir) olur. Uşaq çox vaxt anasına baxmır və ya laqeydliliklə baxır, elə bil heç nə görmür. Diqqət etmək lazımdır ki, anası danışanda və ya siz əl çalanda uşaq yuxudan ayılırmı? Körpələr hətta ən erkən aylarında çox yatdıqdan sonra, adətən, belə səslərdən və ya ana uşağı soyunduran zaman oyanırlar.

* **Bədən temperaturunun yüksək və ya aşağı olmasını əlin arxa səthi ilə yoxlamaq və ya temperaturu ölçmək**

38°C və ondan yuxarı temperatur hipertermiya (qızdırma), 39°C-dən yuxarı – yüksək qızdırma, 35,5°C-dən aşağı olan temperatur qeyri-normal aşağı temperatur hesab olunur və hipotermiya adlanır. Bəzən pis bədənmiş uşağın əli və ayağı soyuq olur, amma bu hələ hipotermiya demək deyil. Eyni zamanda soyuq baldırlar və soyuq qoltuqaltı bunu təsdiq edir.

* **Baxmaq. Uşaqda ağır üzülmə (arıqlama) varmı?**



Marazm



Kvaşiorakor



Üzülmələr

Marazm – piy və əzələ toxumalarının kəskin sürətdə azalması nəticəsində uşağın “dəri və sümük” kimi görünməsidir.

Kvaşiorakor – bədənə ümumi ödəmi və nazılmış seyrək saçların olmasıdır.

Yuxarıda göstərilən metodika, uşağın xəstəliyinin ağırlığını və tipini müəyyən etmək üçün yüksək səviyyəli tibb müəssisələrində istifadə olunan fiziki auskultasiya (fonendoskopla qulaq asmaq), perkussiya (tıqqılatmaq, döyəcləmək vasitəsilə bədənə müxtəlif yerlərinin müayinəsi), instrumental (rentgen) və ya laboratoriya müayinə metodlarından istifadəni heç də istisna etmir.

XƏSTƏLİYİN TƏSNİFATI

Uşağın vəziyyətini qiymətləndirməklə xəstəliyin ağırlığı və tipi haqqında qərar çıxarmaq – xəstəliyi təsnifatlandırmaq deməkdir.

Südəmə körpələrin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi, qərar qəbul edilməsi, xəstəliyin ağırlığının müəyyən edilməsi və onların müalicəsinin aparılması 2 aylıqdan 5 yaşa qədər olan uşaqlardan fərqlənir. Ona görə də müxtəlif yaşlı uşaqların xəstəlik əlamətlərinin şərhə ayrılıqda olmalıdır.

C. 2 aylıqdan 5 yaşa qədər UŞAQLARDA XƏSTƏLİKLƏRİN TƏSNİFATI

Öskürəyi və ya çətin nəfəsəlməsi olan **2 aylıqdan 5 yaşa qədər** uşaqda

aşkar olunan əlamətlərin əsasında xəstəliyi 4 kateqoriyadan (qrupdan) birinə aid etmək lazımdır:

- » çox ağır xəstəlik;
- » ağır pnevmoniya (sətləcm);
- » pnevmoniya;
- » pnevmoniya yoxdur – başqa KRI (kəskin respirator infeksiya) var.

1. ÇOX AĞIR XƏSTƏLİK

İlk növbədə *çox ağır xəstəliyin* mövcudluğunu təyin etmək lazımdır.

Hər hansı aşkar olunmuş **təhlükəli əlamət** bunu bildirir.

2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlar üçün **təhlükəli əlamətlər**

- **Maye qəbul edə bilmir.** Ağır pnevmoniya və ya bronxiolit, sepsis, meningit, serebral malyariya, udlaq absesi (irin toplanması) və s. hallarda daha çox müşahidə olunur. Sepsis yunan sözü olub, çürümə deməkdir – qanda mikrobların olması.
- **Qıcolma (konvulsiya), qeyri-normal yuxululuq və ya oyatma zamanı çətinliklər** hipoksiyaya səbəb olan ağır pnevmoniya, sepsis, serebral malyariya və ya meningit zamanı tez-tez müşahidə olunur. Meningit pnevmoniyanın fəsadı kimi və ya müstəqil şəkildə inkişaf edə bilər.
- **Sakit halda stridor.** Bu zaman qırtlığın, nəfəs borusunun və ya qırtlıq üstü qapağın ödəmi nəticəsində tənəffüs yollarının obstruksiyası (tutulması) uşağın **həyatı** üçün təhlükəli ola bilər.

- **Üzülmə.** Həddindən artıq üzülmüş uşaqla xəstəlik əlamətləri təzahür etməyə bilər. O, xüsusilə pnevmoniya (səltəcm) əmələ gəlməsi təhlükəsinə məruz qalır və asanlıqla bu xəstəlikdən ölə bilər.

Çox ağır xəstəlik mövcud olduğu halda 2 aydan 5 yaşa qədər uşaqların müalicə sxemi

Əlamətlər	* Maye qəbul edə bilmir. * Qıcolma (konvulsiya). * Sakit halda stridor. * Qeyri-normal yuxululuq və ya * Oyatma zamanı çətinliklər. * Üzülmə.
Təsnifat	Çox ağır xəstəlik
Müalicə	Təcili hospitalizasiya Antibiotikin ilkin dozasını vermək Yüksək qızdırma olduqda müvafiq tədbirlər görmək. Astmoidli tənəffüs olduqda müvafiq tədbirlər görmək. Serebral malyariya halında malyariya əleyhinə dərman vermək.

Uşaqda çox ağır xəstəliyin **6 əlamətlərindən** hər hansı **biri** aşkar olduqda, belə uşaq **ciddi xəstədir** və dərhal hospitalizasiya olunmalıdır.

Təhlükəli əlamətlərin *hər hansı* biri aşkar olunarsa, müayinə bitmiş sayılır və digər xəstəliyin, o cümlədən, pnevmoniyanın müəyyən edilməsinə ehtiyac yoxdur.

Hər uşaq yalnız yuxarıdakı təsnifatda qeyd olunanlardan birinə aid olunmalıdır.

Lakin, təhlükəli əlamət aşkar olunmadıqda, **“Uşaqda pnevmoniya varmı?”** sualını aydınlaşdırmaq lazımdır.

Təhlükəli əlamətləri olmayan uşağı aşağıdakı kateqoriyalardan birinə aid etmək lazımdır:

- » ağır pnevmoniya;
- » pnevmoniya;
- » pnevmoniya yoxdur – başqa KRI (kəskin respirator infeksiya) var.

2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlarda pnevmoniyayı müəyyən edərkən, aşağıdakılara xüsusi diqqət yetirilməlidir:

- tənəffüsün tezliyinə;
- döş qəfəsinin içəri dartılmasının olub-olmamasına.

Bir sıra pnevmoniyalı uşaqlarda döş qəfəsinin içəri dartılması və tezləşmiş tənəffüs olmaya bilər. Ona görə xəstəliyin təsnifatını düzgün və vaxtında müəyyən etmək üçün əlavə əlamətləri nəzərə almaq tələb olunur. Məsələn, auskultativ (fonendoskopla qulaq asmaq) göstəricilərin və davamlı yüksək hərarətin olması.

2. AĞIR PNEVMONİYA

Əgər uşaqda *döş qəfəsinin içəri dartılması* müşahidə olunursa, onu *ağır pnevmoniyalı uşaqlar* kateqoriyasına aid etmək lazımdır.

Döş qəfəsi içəri dartılmış uşaqlarda tezləşmiş tənəffüs müşahidə olunmaya bilər.

Əgər uşaq yorulubsa və ya hərəkətsiz ağciyərlərin genişlənməsinə çox güc sərf edirsə, onun tənəffüsü ya-
vaşlayır. Ona görə döş qəfəsinin içəri dartılması uşaqda ağır pnevmoniyanın yeganə əlaməti ola bilər. Tənəffüsü te-
zləşmiş və döş qəfəsi içəri dartılmamış uşaqlara nisbətən, döş qəfəsi içəri dartılmış uşaqlarda pnevmoniyadan ölüm
ehtimalı daha çox olur.

Ağır pnevmoniyalı uşaqlarda digər əlavə əlamətlər də müşahidə oluna bilər:

- nəfəsalma zamanı burun pərlərinin gərilməsi;
- iniltili tənəffüs, uşağın çətinliklə nəfəsalması zamanı çıxardığı qısa səslər;
- hipoksiya nəticəsində əmələ gələn sianoz (belə uşağa mütləq oksigen verilməlidir).

Uşaqlarda bu əlavə əlamətlərin hər hansı birinin olması ilə yanaşı, ya döş qəfəsinin içəri dartılması və ya çox ağır xəstəliyin əlamətlərindən biri mütləq olacaqdır.

Bəzi uşaqlarda astmoidli tənəffüs döş qəfəsinin içəri dartılması və tənəffüsün tezləşməsi ilə müşayiət oluna bilər. Bununla yanaşı döş qəfəsinin içəri dartılması və *residivli astmoidli tənəffüsü* olan uşaqlarda, adətən, *pnevmoniya olmur*. Bu halda döş qəfəsinin içəri dartılması astmoidli tənəffüsün (astma) olması ilə əlaqədardır (bax: “Kiçik yaşlı uşaqlarda qızdırmanın, astmoid sindromunun, qulağın iltihabı (infeksiya) xəstəliklərinin və faringitin müalicəsi”).

Ağır pnevmoniya zamanı 2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqların müalicə sxemi

Əlamətlər	Döş qəfəsinin içəri dartılması (Əgər bununla yanaşı resedivli astmoidli tənəffüs müşahidə olunarsa, dərhal astmoid sindromunun müalicəsinə keçin).
Təsnifat	Ağır pnevmoniya
Müalicə	Təcili hospitalizasiya Antibiotikin ilkin dozasını vermək Yüksək qızdırma olanda müvafiq tədbirlər görmək Astmoidli tənəffüs olanda müvafiq tədbirlər görmək

3. PNEVMONIYA

Uşağın *döş qəfəsi içəri dartılmırsa*, lakin *tənəffüsü tezləşib*

(bir dəqiqədə *tənəffüsün sayı* 2 ayıqdan 1 yaşa qədər uşaqlarda *50 və daha çox*,

1 yaşdan 5 yaşa qədər *40 və daha çox olarsa*), onu *pnevmoniyalı* uşaqlar kateqoriyasına aid etmək lazımdır.

2 ayıqdan 5 yaşa qədər pnevmoniyalı uşaqların müalicəsi:

- Ev şəraitində qulluq haqqında anaya tövsiyə vermək;
- Antibiotik vermək;
- Yüksək temperatur olduqda, müvafiq tədbirlər görmək;
- Astmoidli tənəffüs zamanı müvafiq tədbirlər görmək;
- Uşağın vəziyyəti ağırlaşarsa, onu 2 gündən gec olmayaraq təkrar müayinə üçün həkimə aparmaq. Pnevmoniyanın ağır olmayan formasına aid olan uşağın ev şəraitində həkim təyinatı əsasında antibiotiklər vasitəsilə müalicəsi mümkündür.

Diqqət! Antibiotiklər ancaq bakteriyalara təsir edib, onları zərərsizləşdirir.

Pnevmoniyanın virus mənşəli formasına da rast gəlinir. Virus və bakterial pnevmoniyaları fərqləndirmək mümkün deyil. Ona görə, *pnevmoniya əlamətləri olduqda*, bütün hallarda, *uşağa antibiotik terapiyası məsləhət görülür*. Antibiotik terapiyası müsbət nəticə vermədikdə və uşağın vəziyyəti ağırlaşarsa, 2 gündən gec olmayaraq təkrar müayinəyə cəlb edilməlidir.

Pnevmoniyaya qarşı antibiotik qəbul etdikdən 2 gün sonra uşağın müayinə sxemi.

	Vəziyyətin pisləşmə əlamətləri	Vəziyyət sabitdir	Yaxşılaşma var
Əlamətlər	Temperatur qalır və ya yüksəlir Maye içə bilmir <i>döş qəfəsinin</i> içəri dartılması və başqa təhlükəli əlamətlər var	Temperatur dəyişmir	Temperatur azalıb Tənəffüs ləngiyib İştahı yaxşılaşıb
Müalicə	Təcili hospitalizasiya	Antibiotiki dəyişmək və ya hospitalizasiya etmək	5-günlük antibiotik kursunu başa vurmaq

4. PNEVMONIYA YOXDUR – başqa KRİ (kəskin respirator infeksiya) var

Əgər uşaqda *döş qəfəsinin içəri dartılması yoxdursa, tezləşmiş tənəffüs yoxdursa*

(2 ayıqdan 1 yaşa qədər dəqiqədə 50-dən az nəfəsalma və ya 1 yaşdan 5 yaşa qədər dəqiqədə 40-dan az nəfəsalma), onu *pnevmoniyası olmayan, öskürəyi və soyuqdəyməsi olan* uşaqlar kateqoriyasına aid etmək lazımdır.

Pnevmoniyası olmayan – başqa KRİ-si olan 2 aydan 5 yaşa qədər uşaqların müalicə sxemi.

- * Qulaq və ya udlağın xəstəlikləri olduqda, onların müayinə və müalicəsini aparmaq.
- * Yanaşı xəstəliklərin müayinə və müalicəsini aparmaq.
- * Ev şəraitində qulluğa dair anaya tövsiyələr vermək.
- * Yüksək temperatur olduqda müvafiq tədbirlər görmək.
- * Astmoidli tənəffüs olduqda müvafiq tədbirlər görmək.

Əgər öskürək *30 gündən artıq davam edərsə*, müayinə üçün həkimə müraciət etmək lazımdır.

Pnevmoniya əlamətləri olmayan, öskürəyi və ya soyuq dəyməsi olan uşağa antibiotik verməyin.

Antibiotiklər simptomları aradan götürmür və pnevmoniyanın əmələ gəlməsinin qarşısını almır.

Adətən, uşaqlarda *soyuqdəymə* bir və ya iki həftə davam edir. 30 gündən artıq davam edən xroniki öskürəyi, digər öskürəklə müşayiət olunan (göyöskürək, astma, vərəm və s.) xəstəliklərdən müvafiq müayinələrdən sonra fərqləndirmək olar. Bu məqsədlə xroniki öskürəyi olan uşağı sonrakı müayinə üçün xəstəxanaya göndərmək lazımdır.

Uşaqda qulaq xəstəlikləri (qulaq ağrısı və ya qulaqdan irinli ifrazat) və ya boğaz ağrısı müşahidə olunarsa, onu əlavə müayinədən keçirmək lazımdır. Uşağın planlı peyvəndlər aldığı dəqiqləşdirilməlidir. Almadığı təqdirdə, uşaq immunizasiyaya cəlb edilməlidir.

D. SÜDƏMƏR KÖRPƏLƏRDƏ XƏSTƏLİKLƏRİN TƏSNİFATI

Öskürəyi və ya çətin nəfəsalması olan südəmə (iki ayıqdan kiçik) körpələrdə

aşkar olunan əlamətlərin əsasında xəstəliyi 3 kateqoriyadan birinə aid etmək lazımdır:

- » çox ağır xəstəlik;
- » ağır pnevmoniya;
- » pnevmoniya yoxdur – KRİ (kəskin respirator infeksiya) var.

Südəmə körpələrin immun sistemi zəif olduğu üçün onların ağır bakterial infeksiyaya yoluxma və ölmə ehtimalı yüksəkdir. Onlarda nadir hallarda pnevmoniya zamanı öskürək və çox vaxt iştahının olmaması, yüksək temperatur və ya normadan aşağı (anergik) bədən temperaturu kimi ümumi əlamətlər müşahidə olunur. Bundan əlavə, onlarda döş qəfəsi yumşaq olduğu üçün, döş qəfəsinin azacıq *icəri* dartılması tamamilə normaldır.

Aşağıda *öskürəkdən və ya çətinləşmiş tənəffüsdən* əziyyət çəkən südəmə körpələrin və 2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqların xəstəliklərinin təsnifatı arasında olan ən vacib fərqlərin qısa siyahısı verilmişdir:

- * “ağır üzülmə” südəmə körpələrdə təhlükə əlaməti deyil;
- * südəmə körpələrdə **ancaq döş qəfəsinin icəri güclü dartılması** pnevmoniyayı bildirir;
- * tezləşmiş tənəffüsün sayı da fərqlidir.

Südəmə körpələrdə bütün pnevmoniyalar “ağır” hesab olunur və təcili hospitalizasiya olunmalıdır.

1. ÇOX AĞIR XƏSTƏLİK

İlk növbədə *çox ağır xəstəliyin* mövcudluğunu təyin etmək lazımdır.

Çox ağır xəstəlik mövcud olduğu halda südəmə (iki aylıqdan kiçik) körpələrdə uşaqların müalicə sxemi

Əlamətlər	* İştahın itməsi * Qıcolma (konvulsiya) * Sakit halda stridor. * Astmoidli tənəffüs. * Qeyri-normal yuxululuq və ya * Oyatma zamanı çətinliklər. * Yüksək qızdırma və ya * Aşağı bədən temperaturu
Təsnifat	Çox ağır xəstəlik
Müalicə	Təcili hospitalizasiya Antibiotikin ilkin dozasını vermək Körpəni isti bələmək. Xəstəxanaya çatdırılana kimi körpəni isti saxlamaq lazımdır. Tək bir bədən hərəkətinin aşağı düşməsi, südəmə körpənin ölümü ilə nəticələnə bilər. Astmoidli tənəffüs olduqda müvafiq tədbirlər görmək. Serebral malyariya halında malyariya əleyhinə dərman vermək.

Südəmə (iki aylıqdan kiçik) körpələrdə *çox ağır xəstəliyin 8 əlamətlərindən hər hansı biri* aşkar olduqda, belə uşaq **ciddi xəstədir** və dərhal hospitalizasiya olunmalıdır.

2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlarda bəzi *təhlükəli əlamətlər* südəmə körpələrə də aiddir.

Qıcolma (konvulsiya), qeyri-normal yuxululuq və ya oyatma zamanı çətinliklər	Körpələrdə bu əlamətlər olduqda hipoksiya, sepsis və ya meningitdən şübhələnmək lazımdır (bu yaşda olan uşaqlarda malyariya infeksiyası qeyd olunmadığı üçün, ehtimal olunan serebral malyariyaya qarşı müalicə aparmaq məqsədəuyğun deyil).
Sakit halda stridor	Südəmə körpələrdə stridor (nəfəs alan zaman xırıltılı səs) əmələ gətirən infeksiyalar nadir hallarda müşahidə olunur. Əgər südəmə körpədə sakit vəziyyətdə stridor əmələ gələrsə, onu çox ağır xəstə kimi qəbul etmək lazımdır.

Eyni zamanda böyük yaşlı uşaqlar üçün təhlükəli hesab olunmayan bəzi əlamətlər südəmə körpələr üçün təhlükəli ola bilər.

İştahın itməsi	Əgər körpədə aktiv qidalanma pisləşirsə, yəni adəti üzrə qəbul etdiyi südün miqdarı yarısından azdırsa, bu təhlükəli əlamətdir.
Astmoidli tənəffüs	Südəmə körpələrdə astmoidli tənəffüs nadir hallarda rast gəlinir və adətən hipoksiya ilə əlaqədardır.
Yüksək qızdırma və ya aşağı bədən temperaturu	Böyük yaşlı uşaqlardan fərqli olaraq, körpələrdə yüksək qızdırma (38°C və daha yüksək) həyatının ilk iki ayı ərzində adi hal hesab olunmur və ciddi bakterial infeksiyanın mövcudluğundan xəbər verir. Bundan əlavə, yüksək qızdırma ciddi bakterial infeksiyanın yeganə əlaməti ola bilər. Südəmə körpələrdə infeksiyaya yoluxma, həmçinin, bədən temperaturunun 35,5°C-dən aşağı düşməsi reaksiya ilə də (hipotermiya) özünü göstərə bilər.

Təhlükəli əlamətlərin *hər hansı* biri aşkar olunarsa, müayinə bitmiş sayılır və digər xəstəliyin, o cümlədən, pnevmoniyanın müəyyən edilməsinə ehtiyac yoxdur.

Hər südəmə körpə mütləq təsnifatlardan birinə aid olunmalıdır.

Lakin, təhlükəli əlamət aşkar olunmadıqda,

“Südəmə körpədə pnevmoniya varmı?” sualını aydınlaşdırmaq lazımdır.

Təhlükə əlamətləri olmayan südəmə körpə aşağıda göstərilən kateqoriyadan birinə aid oluna bilər:

- » ağır pnevmoniya;
- » pnevmoniya yoxdur – başqa KRI (kəskin respirator infeksiya) var.

Südəmə körpədə pnevmoniyanı müəyyən edərkən, aşağıdakılara xüsusi diqqət yetirilməlidir:

- * tənəffüsün tezliyinə;
- * döş qəfəsinin içəri güclü dartılmasının olub-olmamasına

Ağır pnevmoniyası olan və pnevmoniyası olmayan (başqa KRI olan) südəmə körpənin müalicə sxemi

Əlamətlər	Döş qəfəsinin içəri güclü dartılması Tezlaşmış tənəffüs (dəqiqədə 60 və daha çox)	Döş qəfəsinin içəri güclü dartılması yoxdur Tezlaşmış tənəffüs yoxdur (dəqiqədə 60-dan az)
Təsnifat	Ağır pnevmoniya	Pnevmoniya yoxdur – başqa KRI var
Müalicə	Təcili hospitalizasiya. Körpəni isti bələmək. Antibiotiklərin ilkin dozasını vermək (hospitalizasiya mümkün olmadıqda müalicəni antibiotiklərlə aparmaq və uşağın vəziyyətini nəzarətdə saxlamaq)	Aşağıdakı müalicəni ev şəraitində aparmağın mümkün-lüyünü anaya tövsiyə etmək: körpəni isti bələmək; tez-tez döşlə əmizdirmək; burun keçəcəyinin tualeti. Uşaqda aşağıdakılar müşahidə olunarsa, təkrar həkimə müraciət etmək lazımdır: tənəffüs çətinləşsə; tənəffüs tezləşsə; qidalandırma zamanı çətinliklər yaransa; körpənin vəziyyəti pisləşsə

E. PNEVMONIYANIN MÜALİCƏSİ

Pnevmoniyanın müalicəsi üçün Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) aşağıdakı antibiotiklərin biri ilə beş günlük müalicə kursunu tövsiyə edir:

- kotrimoksazol (baktrim, biseptol);
- amoksisilin (həb və ya şirə);
- ampisillin;
- benzilpenisillin (penisillin) gündəlik əzələ daxilinə iynələr;
- prokain penisillin (gündəlik əzələ daxilinə iynələr).

ÜST pnevmoniyanın müalicəsi üçün bisillin-I və ya ağızdan qəbul (peroral) edilən penisillin V istifadə etməyi məsləhət görmür. Makrolid və sefalosporin kimi başqa qrup antibiotiklərin pnevmoniyaya qarşı effektiv olduqlarına baxmayaraq, yuxarıda göstərilənlərə nisbətən əhəmiyyətli üstünlükləri yoxdur və bahalı olduqlarına görə xüsusi göstərişsiz istifadə olunmamalıdır. Hentamisin, kanamisin və başqa aminosiklozidlər pnevmoniyanın müalicəsi üçün yararsızdır, çünki onlar streptokok mənşəli pnevmoniya ştammlarının böyüməsinin qarşısını almır.

- Sarılıq əlaməti olan və vaxtından əvvəl doğulan bir aylığına qədər uşaqlara kotrimoksazol (baktrim, biseptol) verilməməlidir.
- Əgər əvvəllər penisillinlə müalicə olunandan sonra uşaqda anafilaksiya (allergik reaksiya) yaranıbsa, onda amoksisillin, ampisillin, penisillin, prokain penisillin və ya bisillin-I istifadə olunmamalıdır.

Hospitalizasiya olunmasından və ya ev şəraitində müalicə təyin edilməsindən asılı olmayaraq, antibiotiklərin ilkin dozasını uşaq tibbi müəssisədə almalıdır.

* Həbin peroral (ağızdan) qəbulu

Uşağa udmaq asan olsun deyə, həbi xırdalayıb və az miqdarda qida ilə qarışdırmaq lazımdır. Uşaq antibiotiki tüpürsə və ya **yarım saat** ərzində qusursa, həmin dozanı təkrar vermək lazımdır. Uşaq özünü yaxşı hiss etsə belə, beşgünlük kurs davam etdirilməlidir.

Antibiotiklə müalicənin effektivliyini müəyyən etmək üçün ana uşağı iki gündən sonra, uşağın vəziyyəti pisləşdiyi halda isə daha tez, tibb işçisinə göstərməlidir. Əgər uşağın vəziyyəti əvvəlkinə nisbətən dəyişməyibsə (yaxşılaşmayıbsa), istisna olunmur ki, uşaq antibiotikləri ya heç qəbul etməyib, ya da çox az miqdarda qəbul edib, yaxud kifayət qədər ardıcılıqla qəbul etməyib. Belə olan halda uşağa həmin preparatı təkrar təyin etmək lazımdır. Aparılan müalicə səmərəsiz olduqda, verilən dozaya və müalicə müddətinə riayət etmək şərtlə antibiotiki başqası ilə əvəz etmək lazımdır.

5 yaşına qədər uşaqlarda pnevmoniyanın antibiotiklərlə müalicəsinə bax: “Uşaqlarda qızdırmanın, astmoid sindromunun, qulaq xəstəliklərinin və faringitin müalicəsi”.

Validəynlər üçün vacib tövsiyələr!

Uşağın təkrar həkimə aparılması onun vəziyyətində pisləşmə əlamətlərinin aşkarlanmasından asılıdır. Həkimin vəzifəsi anaya ev şəraitində uşağa qulluq qaydalarını öyrətmək və bu işin vacibliyini ona başa salmaqdır.

Ev şəraitində uşağa qulluq etməsinə dair anaya tövsiyələr (2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlar üçün)

* Uşağı qidalandırmaq: - xəstəlik müddətində uşağı qidalandırmaq; - tez-tez müxtəlif qidalar vermək; - xəstəlikdən sonra qidalandırmanı gücləndirmək; - tez-tez döşə qoymaq; - maye qəbulunu artırmaq * Burun keçəcəklərinin tualeti	Boğazda ağrıları və öskürəyi yüngülləşdirmək üçün tövsiyə olunmuş preparatlardan istifadə Ən vacibi! Əgər uşaq “Pnevmoniya yoxdur: başqa KRI var” təsnifatına aiddirsə, aşağıdakı əlamətləri izləmək və onlar yaranıqda həkimə müraciət etmək lazımdır, çünki belə uşaqda pnevmaniya ola bilər: tənəffüs çətinləşir; tənəffüs tezləşir; uşaq içə bilmir; uşağın vəziyyəti pisləşir; temperatur sabit qalır və ya yüksəlir.
--	--

4–6 ayından yuxarı uşaqlara yüksək qidalı maddələrlə zəngin və daha çox kalorili yemək verin. Uşağın yaşından asılı olaraq yeməyin tərkibinə müxtəlif yarmalar, paxlalı bitkilər, ət və balıq məhsulları daxil edilməlidir. Yeməyin daha kalorili olması üçün ona bitki yağı da əlavə edin. Bitki yağı olduqca kalorili qida məhsuludur. Körpəni döşdən ayırıqdan sonra, diarreyə (ishal) zamanı və ondan sonra körpədə üzülmə olduqda, yüksək kalorili qida məhsulu məsləhət görülür. Qıcırma nəticəsində süd türşusu əmələ gətirən ağartı məhsulları və yumurta da yararlıdır.

Uşağı istədiyi qədər yeməyə sövq edin. Əgər uşağın yaşı 4 aydan kiçikdirsə və əlavə qidalar almırsa, anaya tez-tez onu döşlə əmizdirməyi tövsiyə edin.

Burunun tutulması uşağın qidalanmasına maneçilik törədirsə, burun dəliklərini təmizləyərkən yumşaq parçadan istifadə edin. Yox, əgər burun qartmaq və ya qatı seliklə tıxanıbsa, yumşalması üçün buruna duzlu su (xörək duzunun 1%-li məhlulu – 1/2 stakan suya bir çimdik duz) damızdırın. Uşaqda qusma olsa belə, onu qidalandırın. KRI (kəskin respirator infeksiya) zamanı uşaq çoxlu maye itirir. Ona süd, şirələr, çay, ağızla qəbul edilən rehidratasiya mayeləri içirtməklə maye balansını bərpa etmək lazımdır.

Boğaz ağrısı və öskürəyin yüngülləşməsi üçün çayla qənd və ya bal (allergiya olmayan zaman), soda ilə süd (1 stəkana 1/2 çay qaşığı), yaxud öskürəyə qarşı hər hansı təyin olunmuş mikstura tövsiyə olunur.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Uşaqlarda öskürək və ya tənəffüsün tezləşməsinin müalicəsi. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi və ÜNİCEF Azərbaycan tərəfindən dəstəylənib.
2. Педиатрия. Дж.Грефа. Москва, «Практика», 1997

KİÇİK YAŞLI UŞAQLARDA QIZDIRMADA, ASTMOİD SİNDROMUNDA, QULAĞIN İLTİHABINDA (İNFEKSIYA) VƏ FARİNGİTDƏ İLK YARDIM

Mündəricat:

- A. Qızdırma (yüksək bədən hərarəti) zamanı simptomatik müalicə.
- B. Astmoid (obstruktiv) sindromun müalicəsi.
- C. Uşaqlarda qulağın iltihabı (infeksiya) xəstəliklərinin müalicəsi.
- D. Uşaqlarda faringitin müalicəsi.

A. QIZDIRMA (yüksək bədən hərarəti) ZAMANI SİMPTOMATİK MÜALİCƏ

Qızdırma – **idarə olunan** bədən hərarətinin normal səviyyədən artıq yüksəlməsidir.

* 2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlarda fiziki üsullarla hərarətin aşağı salınması tədbirləri:

uşağın üst geyimlərini soyundurun; hava sirkulyasiyasını təmin edin; bədəni ilıq su ilə silin. Soyuq sudan istifadə etmək məsləhət görülmür!

Uşağın üst geyimlərini soyundurduqdan sonra bədənini ilıq (35–40°C) su ilə silin. Hava sirkulyasiyasını təmin etmək üçün yüngül yelpikləyin. Yelpikləyərkən uşağın dərisi üzərindəki su buxarlanır, istilik xaric olur və uşağın bədənini soyuyur, beləliklə, hərarət enir. Hərarətin enməsi qısa müddətli olur, ona görə də bu proseduru gün ərzində bir neçə dəfə təkrar etmək lazımdır. Bir sözlə, yüksək qızdırmalı uşağın hərarətinin yuxarıda göstərilən fiziki üsulla endirilməsi həvəslə tələb edir.

Bu tədbirlər effekt verməyə və üşütmə davam edərsə, parasetamol təyin edin.

Gün ərzində hər kiloqram çəkiyə 100–120 ml **peroral** (ağızdan qəbul etməklə) **maye qəbulunu təmin edin**. Göstərilən miqdar maye çatışmazlığını təmin etmək üçün kifayət edir və belə halda orqanizmdə artıq maye yığılmır. Əgər uşaqda çox da yüksək olmayan, mülayim hərarət (38°C-dən 39°C-yə qədər) olarsa, ona çoxlu maye vermək tövsiyə olunur. Parasetamola ehtiyac yoxdur. Dərəcəsindən asılı olmayaraq, qızdırmalı uşaq yüngül geyindirilməlidir. Uşağı həddən artıq bürümək və ya isti geyindirmək hərarəti artırır.

Ağır xəstəliyi və ya pnevmoniya əlamətləri olmayan, 2 aylıqdan 5 yaşa qədər qızdırmalı uşaqlara antibiotik verilmir. Lakin südəməz körpələrdə yüksək qızdırma təhlükəli əlamət hesab olunduğu üçün onlara antibiotikin birinci dozası verilib, xəstəxanaya göndərilməlidir. Belə olan halda hərarəti salmaq üçün parasetamol verilmir.

HƏRARƏTİN (QIZDIRMANIN) SİMPTOMATİK MÜALİCƏSİ

- 39° C-dən yuxarı – yüksək hərarət (qızdırma)
- 38° C-dən 39°C-ya qədər – mülayim hərarət (qızdırma)
- 38° C-ya qədər – subfebril hərarət (qızdırma)
- 36° C-dən aşağı – hipotermiya (bədən temperaturunun aşağı düşməsi)

Yüksək hərarət (39°C)	Mülayim hərarət (38–39°C)	3 gündən çox davam edən hərarət	Tropik malyariya olan regionlarda:
* Fiziki üsullardan istifadə edin * Parasetamol verin	* Anaya uşağa çoxlu maye verməsini məsləhət görün	* Müayinəyə göndərin	- hər hansı qızdırma və ya - keçmişdə qızdırmanın olması
Parasetamol (birdəfəlik doza)			* Malyariya əleyhinə preparat verin və ya malyariya əleyhinə milli proqrama riayət edin
Yaşı və çəkisi	100 mq həb	500 mq həb	
2 ay–3 yaş (6–9 kq)	1	1/4	
3 yaş–5 yaş (10–14 kq)	1	1/4	
3 yaş–5 yaş (15–19 kq)	1,5	1/2	

Uşaqlarda qızdırma zamanı göstəriş olmadan antibiotiklərin təyin edilməsi məsləhət deyil.

Uşaqda yüksək hərarətin enməsini fiziki üsullar və ya çox sayda parasetamolun qəbulu ilə əldə etmək olar.

Yüksək hərarət uşağın sağlamlığı üçün elə də təhlükəli deyil. Ona görə də qızdırmanın inadla aşağı salınması yalnız 3 yaşa qədər uşaqlarda, həmçinin, qıcolma təhlükəsi olduqda (əvvəllər yüksək temperatur fonunda qıcolmaları olan istənilən yaşda uşaqlar), uşaqda sinir və endokrin sisteminin xəstəlikləri olarsa, hərarət 38°C-yə çatan andan fiziki üsullarla və mütləq temperaturu aşağı salan dərman preparatları ilə həyata keçirilməlidir.

Yaşı nisbətən çox (3–5 yaş) və qıcolmalara meyli olmayan uşaqlarda temperatur 38,5°C-yə çatdıqdan sonra temperaturu aşağı salmaq üçün dərman preparatı vermək lazımdır. Uşağa ilk yardım göstərdikdən sonra mütləq evə həkim-pediatrı çağırmaq lazımdır.

Temperaturun yüksək (39–40°C) olması kiçik yaşlı uşaqlar üçün (altı aydan kiçik) çox təhlükəli olduğundan, onlarda qıcolmaların (febril tutmaların) baş verməsinə, hətta uşağın ölümünə səbəb ola bilər.

Bəzi hallarda yüksək temperaturu nə fiziki üsullarla, nə də ki dərmanlarla aşağı salmaq mümkün olmur. Bu ağciyərlərin, orta qulağın iltihabında və s. hallarda olur.

Həkim tərəfindən təyin edilmiş müalicənin yerinə yetirilməsi fonunda, temperatur 3 gündən artıq davam edərsə, bu barədə müalicə həkiminə xəbər vermək lazımdır. Temperaturun yüksəlməsi zamanı uşağın nəbzinə və tənəffüsünə diqqətlə nəzarət etmək vacibdir. Yüksək temperatur zamanı uşağın nəbzi və tənəffüs hərəkətlərinin sayı xeyli artarsa, tez bir zamanda təcili yardım stansiyasına müraciət etmək lazımdır, çünki bu, ürək çatışmazlığının başlamasının əlamətidir.

Diqqət! (1) Temperaturu aşağı salmaq, heç də problemin tam həll edilməsi deyil.

(2) Əsas – temperaturun yüksəlməsinə səbəb olan xəstəliyi aşkar edərək, onu müalicə etməkdir.

(3) Müəyyən hallarda qızdırması olan uşaqların müalicəsində kristalloid izotonik məhlulların məhdud (az) miqdarda istifadəsi belə, uşaqların həyatda qalma şansını artırır.

* **Analgin və aspirindən istifadə qadağan edilmişdir**

Qanda hemoglobinin səviyyəsini aşağı saldığı və leykositlərin bəzi növlərini parçaladığı üçün, bir çox ölkələrdə **analgin** və onun preparatlarından istifadə edilməsi çox təhlükəli ola bildiyi üçün **qadağan edilmişdir**.

Antipiretik (qızdırmanı aşağı salan vasitə) kimi aspirindən və tərkibində asetilsalisil turşusu olan digər dərmandan istifadə etmək ağır toksiki fəsad (Rey sindromu) yaratdığına görə məsləhət deyil. Rey sindromu beyinin ödemi, qaraciyərin piyli infiltrasiyasını inkişaf etdirən və koma ilə nəticələnən ağır bir xəstəlikdir. Bundan başqa **aspirin** bronxların spazması (astma), mədə xorası kimi fəsadlara da səbəb ola bilər. **Aspirinin** uşaqlar və hamilə qadınlar tərəfindən qəbul edilməsi qəti şəkildə **qadağan edilmişdir!**

* **Spirt tərkibli maddə və sirkə ilə uşağın bədənini silmək olmaz**

Spirt tərkibli maddə və sirkə ilə uşağın bədənini silməyin, çünki, o, qızdırmanın yüksəlməsinə səbəb olur.

Yüksək qızdırması olan uşaqda uzun müddət spirtlə isladılmış süngərlə silmə nəticəsində alkoqol intoksikasıyası və hipoqlikemik (hipoqlikemiya – qanda şəkərin normadan az olması) koma əmələ gələ bilər. Spirt asanlıqla tənəffüs yollarının selikli qişası vasitəsilə qana sovrulur.

Koma, qıcolma və qan təzyiqinin kəskin enməsi müşahidə edilən hər bir uşaqda hipoqlikemiya və asetilsalisil turşusu (aspirin) tərkibli dərmanlarla intoksikasiyasını ehtimal etmək lazımdır. Uşaqlarda adətən, koma valideynlərin uşaqlara artıq dozada asetilsalisil turşusu (aspirin) verməsi nəticəsində baş verir.

* **Febril tutmalar (qıcolmalar)**

Sadə (fəsadlaşmamış) febril tutmalar qısa müddətli (15 dəqiqədən az) olaraq, adətən 6 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlarda qızdırmanın ilk 24 saati ərzində baş verən, bütün orqanizmə yayılan (generalizasiya olunan) qıcolmalardır. Bu qıcolmalar mərkəzi sinir sisteminin infeksiyası və maddələr mübadiləsi (metabolik) pozğunluğu olmadıqda belə, bədən temperaturunun 38,5°C-dən artıq yüksəlməsi və ya onun pik həddinə çatdığı zaman baş verir.

Uşaq sadə tutmalar zamanı huşunu 15 dəqiqədən az müddətdə itirmiş olur, sonra huşu bərpa olunur. Sadə tutmalarda beyinin hipoksiyası baş vermədiyinə görə, bu hal ölümə nəticələnmir. Təşvişə düşmək lazım deyil. İlk növbədə yüksək qızdırmanı aşağı salın.

Febril tutmalar 15 dəqiqədən artıq davam edərsə və ya 24 saat ərzində təkrarlanarsa, daha dəqiq müayinə aparılması üçün həkimə müraciət etmək lazımdır. Fəsadlaşmamış febril tutmalarda qıcolma əleyhinə müalicə hər zaman tələb olunmur. Ancaq simptomatik müalicə (fiziki üsullar, parasetamol) aparılır. Febril tutmalar, epileptik status və mütəmadi qıcolmalar istisna olmaqla, profilaktik olaraq qıcolma əleyhinə müalicə tələb etmir.

B. ASTMOİD (OBSTRUKTİV) SİNDROMUN MÜALİCƏSİ

Astmoidli (fitverici) tənəffüs havanın bronxlardan, xüsusilə də nəfəsvermə zamanı çətinliklə keçməsinə göstərir. Bu, bronxların tutulmasının (obstruksiyanı) əlamətidir.

İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə uşaqlarda astmoidli tənəffüs bakterial pnevmoniya ilə yanaşı müşahidə oluna bilər. İnkişaf etmiş ölkələrdə isə belə hal səciyyəvi deyil. Ona görə də bu uşaqlarda əlavə simptomlar (hərəkətin davamlı olması, rentgen və laboratoriya müayinələrin nəticələri) olmazsa, antibiotiklərin təyin edilməsi düzgün sayılır.

Südəmə körpələrdə astmoidli tənəffüs **çox ağır xəstəliyin əlamətidir** və belə körpələr təcili hospitalizasiya olunmalıdırlar.

2 aylıqdan 5 yaşa qədər uşaqlarda astmoid sindromunu müalicə etməzdən əvvəl aşağıdakıları təyin edirlər:

- bu astmoidli (fitverici) tənəffüsün ilkin epizodudur və ya
- bronxial astmalı xəstələrdə bronxial obstruksiyanın residivləşən epizodudur.

1. Astmoidli tənəffüsün ilkin epizodu olan uşağın müalicəsi

Bronxolitik maddəni verməzdən əvvəl uşaqda tənəffüs çatışmazlığının ("respirator distress") olub-olmamasını müəyyən etmək lazımdır. Tənəffüs çatışmazlığı zamanı uşaq narahat olur, hava çatışmazlığını hiss edir, qida qəbul edərkən və danışarkən çətinlik çəkir. Lakin, astmoid tənəffüslü uşaqların əksəriyyəti tənəffüs çatışmazlığını hiss etmirlər.

- Əgər uşaqda tənəffüs çatışmazlığı varsa, ona tez təsir edən bronxolitik preparat (dozalaşdırılmış formada olan inhalyasiya vasitəsi) verərək xəstəxanaya göndərmək lazımdır.
- Əgər uşaqda tənəffüs çatışmazlığı yoxdursa, ona müvafiq dozada bronxolitik – salbutamol vermək daha məsləhətdir.

Salbutamol və epinefrin ən geniş yayılmış və effektiv bronxolitik vasitə hesab olunur. Salbutamol epinefrinə nisbətən daha təhlükəsizdir, çünki salbutamolda doza həddini aşma təhlükəsi çox azdır.

2. Residivləşən obstruktiv sindromu (astma) olan uşaqların müalicəsi

Əgər uşaq 12 ay ərzində bir dəfədən artıq astmoidli tənəffüs keçiribse, bu, “Residivləşmiş astmoidli tənəffüs”ün təzahürüdür. Residivləşmiş astmoid tənəffüslü (astma) uşaqların vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün tez təsir göstərən bronxolitik maddədən istifadə edirlər və 30 dəqiqədən sonra xəstənin halını təkrar qiymətləndirirlər. Astma tutmasının aradan götürülməsi pnevmoniyaya şübhə olduğu hallarda bir çox uşaqlarda lazımsız hospitalizasiyanın qarşısını alır. Residivləşən astmoid tənəffüslü uşaqların əksəriyyəti astmalı xəstələrdir.

Əgər uşaqda:	Onda:
Tənəffüs çatışmazlığı və hər hansı təhlükə əlaməti qalırsa	Ağır pnevmoniya və ya çox ağır xəstəliyin müalicə planına müvafiq olaraq hospitalizasiya edin
Tənəffüs çatışmazlığı yoxdur, lakin tənəffüs tezləşməsi qalır	Pnevmoniyanın müalicə planına riayət edin, aşağıdakı cədvəldə göstərilmiş dozaya müvafiq olaraq, peroral salbutamol verin
Tezləşmiş tənəffüs yoxdur	Pnevmoniya yoxdur – digər KRI (kəskin respirator infeksiya) varsa, təsnifatına aid müalicə planına riayət edin. Peroral salbutamol verin.

ASTMOİD (OBSTRUKTIV) SİNDROMUNUN MÜALİCƏ PLANI

İlkin astmoidli (obstruktiv) tənəffüs olan uşaqlarda:			
- tənəffüs çatışmazlığı olarsa tez təsir edən bronxolitik preparat verib, xəstəxanaya göndərin;			
- tənəffüs çatışmazlığı yoxdursa peroral salbutamol verin.			
Residivləşən astmoid tənəffüslü (astma) uşaqlarda:			
* tez təsir edən bronxolitik preparat verin və * xəstənin halını 30 dəqiqədən sonra qiymətləndirin:			
Əgər:		Onda:	
Tənəffüs çatışmazlığı varsa		Ağır pnevmoniya kimi müalicə edin	
Hər hansı təhlükə əlamətləri olarsa		Çox ağır xəstəlik kimi müalicə edib, hospitalizasiya edin	
Tənəffüs çatışmazlığı (“respirator distress”) yoxdur, lakin tənəffüsün tezləşməsi müşahidə olunursa		Pnevmoniyanın müalicəsini aparın, peroral salbutamol verin	
Tənəffüsün tezləşməsi yoxdursa		Pnevmoniya yoxdur – digər KRI varsa, müalicəsini aparın, peroral salbutamol verin	
Tez təsire malik bronxolitik maddələr		Peroral salbutamol: gündə 3 dəfə 5 gün ərzində	
Salbutamol aerosolda (5 mq/ml)	Salbutamol 0,5 ml + steril su 2,0 ml	Yaşı və ya çəkisi	2 mq həb 4 mq həb
Epinefrin (adrenalin) dəri altı 1:1000 = 0,1%	Uşağa 0,01 ml/kq çəkisyə	2 aydan 12 aya kimi (<10 kq)	1/2 1/4
		12 aydan 5 yaşa kimi (10–19 kq)	1 1/2

C. UŞAQLARDA QULAĞIN İLTİHABI (İNFEKSİYA) XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏSİ

1. Uşaqlarda qulağın iltihabı xəstəliklərinin müalicəsi

Orta qulaq respirator traktın bir hissəsi olub, burun-udlaqla yevstax borusu vasitəsilə birləşir. Orta qulağa infeksiya çox vaxt burun-udlaqdan düşür. Əksər hallarda bakteriyalar tərəfindən törədilən qulaq infeksiyalarını antibiotiklər vasitəsilə müalicə etmək olur, lakin bəzi hallarda infeksiyanın səbəbi viruslar ola bilər.

Uşaqlarda qulaq infeksiyasında təbil pərdəsinin arxasında irin toplanır. Bu vaxt ağrı, qızdırma və titrətmə kimi əlamətlər əmələ gəlir. Əgər iltihab (infeksiya) müalicə olunmazsa, təbil pərdəsi deşilə bilər. Belə hallarda irin xaric olur, ağrı azalır, titrətmə və digər simptomlar ötüb keçir, lakin təbil pərdəsində dəliyin olması nəticəsində uşağın eşitməsi pozulur. Əksər hallarda təbil pərdəsi sağalır. Əgər qulaqdan irinli ifrazat axmağa davam edərsə, təbil pərdəsi bərpa olunmur və uşaq ömürlük həmin qulaqdan kar qalır.

2. Xəstənin vəziyyətini qiymətləndirin

Soruşun	Baxın	
* Uşağın qulağı ağrıyırmı?		* Otoskopla qulaqda irinli ifrazatın olmasına, təbil pərdəsinin qızarması və hərəkətsizliyinə, həmçinin qulaqda yad cisimin olub-olmamasına baxın.
* Qulaqdan irin xaric olurmu? Hansı vaxt ərzində?		Otoskopiya – xarici qulaq keçəcəyinin müayinəsi. * Qulaq arxasında şişkinliyin olmasını əllə yoxlayın. Südəmə körpələrdə şişkinlik qulağın üst hissəsində ola bilər.

3. Xəstəliyin təsnifatı

Əlamətlər	Qulaqarxası şişkinlik (südəmər körpələrdə qulağın üstündə)	2 həftədən az müddət ərzində qulaqdan irinli ifrazat. Qulaqda ağrı Təbil pərdəsinin qızarması və hərəkətsizliyi (otoskopiya zamanı)	Qulaqdan 2 həftə və 2 həftədən çox irinli ifrazatın gəlməsi
Təsnifat	Mastoidit	Qulağın kəskin infeksiyası	Qulağın xroniki infeksiyası
Müalicə	Təcili hospitalizasiya. Antibiotikin ilk dozasını verin (pnevmoniyada olduğu kimi). Ağrıkəsici kimi parasetamol. Qızdırma zamanı lazımı tədbirlər.	Peroral antibiotik vermək. Qulağı turunda ilə qurulamaq və quru saxlamaq. Qulaq damcıları məsləhət görülmür, onlar qulağı nəmləndirir və infeksiya olan yerə çatmır. 5 gündən sonra təkrar baxış keçirmək. Ağrıkəsici kimi parasetamol vermək. Qızdırma zamanı lazımı tədbirlər görmək.	Qulağı turunda ilə qurulamaq və quru saxlamaq (ən vacib və effektiv metoddur) Ağrıkəsici kimi parasetamol vermək. Qızdırma zamanı lazımı tədbirlər görmək.

Əksər hallarda 2 həftə ərzində qulağından irinli ifrazat gələn uşaqlarda bir kurs antibiotiklə müalicə aparılır. Buna baxmayaraq, qulağın xroniki infeksiyalarında (xroniki otitlərdə) antibiotiklər adətən effektiv olmur.

Əsas odur ki, antibiotiklə müalicə qulağın tualetini (turunda ilə qurulamaq) əvəz etməsin. Antibiotik ilə müalicədən sonra qulaqdan ifrazatın gəlməsi davam edərsə, təkrar antibiotiklə müalicə aparmaq lazım deyil.

4. Qulağın tualeti – qulağı turunda ilə qurulamaq

Qulağın turunda ilə qurudulması (tualeti) yumşaq, hiqroskopik pambıq parçadan hazırlanmış turunda ilə xarici qulaq keçəcəyi **tam quruyana**dək aparılır.

Xarici qulaq keçəcəyinin qurudulması gün ərzində 3 dəfədən az olmayaraq, aşağıdakı ardıcılıqla aparılır:

- turunda təmiz, suyu yaxşı çəkən materialdan bükülüb, hazırlanır;
- turunda uşağın qulağına yerləşdirilir;
- turunda nəmləndikdə çıxarılır;
- xarici qulaq keçəcəyi quruyana kimi turundanı dəyişmək lazımdır (**quru turunda**).

5. Qulağından irinli ifrazat gələn uşağa qulluq zamanı ehtiyat tədbirləri:

- turunda dəyişildiyi fasilədə qulaq keçəcəyində heç nə saxlamayın (məsələn: pambıq);
- xarici qulaq keçəcəyinə yağ, spirtli məhlul və digər mayelər damızdırmayın;
- suda üzməyə və qulağa su girməsinə imkan verməyin.

Qulaq infeksiyasının müalicəsində peroral antibiotiklərin qəbulu sxem şəklində verilir.

Sxemdə sadalanan antibiotiklər həmçinin pnevmoniyanın müalicəsində də istifadə edilir.

QULAQ İNFEKSİYASININ və PNEVMONİYANIN ANTİBİOTİKLƏRLƏ MÜALİCƏSİ

Antibiotiklər öskürək və ya soyuqdəymə üçün istifadə olunmur.

Kotrimoksazol (trimetoprim + sulfametoksazol)			Amoksisillin		Ampisillin	
Gündə 2 dəfə 5 gün müddətində			Gündə 3 dəfə 5 gün müddətində		Gündə 4 dəfə 5 gün müddətində	
Böyükər üçün həb	Uşaqlar üçün həb	Uşaqlar üçün şirə 5 ml	Həb	Şirə	Həb	Şirə
80 mq trimetoprim + 400 mq sulfametoksazol	20 mq trimetoprim + 100 mq sulfametoksazol	40 mq trimetoprim + 200 mq sulfametoksazol	250 mq	125 mq 5 ml-də	250 mq	250 mq 5 ml-də

Yaşı və çəkisi	Birdəfəlik dozalar						
2 aylığa qədər (5 kq az)*	1/4**	1**	2,5 ml**	1/4	2,5 ml	1/2	2,5 ml
2 aylıqdan 12 aylığa qədər (6–9 kq)	1/2	2	5,0 ml	1/2	5,0 ml	1	5,0 ml
12 aylıqdan 5 yaşa qədər (10–19 kq)	1	3	7,5 ml	1	10,0 ml	1	5,0 ml

- * 1 aylığa qədər körpələrə 1/2 həb və 1,25 ml şirə gündə 2 dəfə verilməlidir.
Yarımçiq və sarılığı olan 1 aylığa qədər körpələrə kotrimoksazol istifadə edilməməlidir.
- ** Peroral antibiotik qəbulu xəstəxanaya getmək mümkün olmadıqda aparılır.

Kəskin qulaq infeksiyasında uşaqlar 5 gündən sonra təkrar həkim müayinəsinə gəlməlidir. Əgər uşağın vəziyyəti düzəlməyibsə, həmin antibiotik kursu təkrar edilir.

Qulağın xroniki infeksiyalarında müalicənin əsasını qulağın tualeti (turunda ilə qurulamaq) təşkil edir.

D. UŞAQLARDA FARİNGİTİN MÜALİCƏSİ

Soyuqdəymənin əsas simptomlarından biri boğazda olan ağrıdır. Bir çox hallarda udlağın xəstəlikləri virus mənşəli olur və ev şəraitində lazımı qulluq edilərsə, bir neçə günə keçir və heç bir əlavə yardıma ehtiyac olmur. Boğaz absesi (irin toplantısı) istisna olmaqla, faringit öz-özünə antibiotik müalicəsi olmadan keçir.

Streptokok mənşəli faringitlərdə mütləq antibiotiklə müalicə aparılmalıdır. Məqsəd streptokok infeksiyasının məhv edilməsi, oynaq və ürəyin zədələnməsi ilə nəticələnən kəskin revmatik qızdırmanın – revmatik həmlənin (qızdırma, kardit, ürək qüsurları, poliartrir – oynaqların zədələnməsi, piodermiya – dəri infeksiyası, sinir və s. sistemlərin zədələnməsi) qarşısını almaqdır. Kəskin revmatik qızdırma (revmatik həmlə) adətən, kəskin xroniki streptokok infeksiyasından – angina, faringit, xroniki tonsillitdən (badamcıqların iltihabı) 1–2 həftə sonra inkişaf edir.

* Xəstənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi

Soruşun: Uşaq maye qəbul edə bilirmi?

Baxın: Əllə yoxlayın (palpasiya edin).

- Aşağı çənənin kənarlarında, boyun nahiyyəsində yerləşən limfa düyünlərini əllə yoxlayın. Udlaq infeksiyası zamanı limfa düyünləri böyüyür.
- Fənərin köməyi ilə əsnəkdə eksudatın (mayenin) olmasını yoxlayın. Badamcıqlarda və udlaq divarında ağ ərpin, əsnəkdə isə qızartının olmasını yoxlayın.

* Xəstəliyin təsnifatı

Əlamətlər	Maye qəbul edə bilmir. Udlaqarxası və ya peritonzilyar abses (irin toplantısı) uşağın udqunmasına mane olur.	Limfa düyünlərinin mülayim yumşaq böyüməsi. Əsnək al qırmızıdır və ya ağ ərplə örtülüb
Təsnifat	Udlağın absesi	Streptokok mənşəli faringit
Müalicə	Müalicə və absesin yarılması üçün xəstəxanaya göndərmək. Antibiotikin ilkin dozasını vermək. Ağrıkəsici kimi parasetamol vermək. Qızdırma olarsa, lazımı tədbir görmək.	Streptokok mənşəli faringitin müalicəsi üçün antibiotik vermək (yaxşı olar ki, Bicilin-I). Sakitləşdirici vasitələr vermək. Ağrıkəsici kimi parasetamol vermək. Qızdırma zamanı lazımı tədbirlər görmək.

Streptokok faringiti **10 gündən az olmayaraq**, xüsusən penicillin qrupu antibiotikləri ilə müalicə tələb edir. Kotrimoksazol az effektivdir və onun istifadəsi məsləhət görülmür.

Əgər uşaq maye qəbul edə bilirsə, boyun limfa düyünləri böyüməyib və boğazda ağ ərp yoxdursa, deməli o, yuxarıda göstərilən təsnifatların heç birinə daxil deyil. Əgər ev şəraitində lazım olan qulluq göstərilərsə, belə uşaqlar özləri bir neçə gündən sonra sağalır.

Buraya aiddir:

- ağrı zamanı boğaz üçün sakitləşdirici vasitələrin istifadəsi;
- nəmləndirici vasitələrin istifadəsi (boğaz nəm qalmalıdır).

Sakitləşdirici və nəmləndirici kimi müxtəlif isti, şirin mayelər verilə bilər. Məsələn, bal ilə çay və s.

Streptokok mənşəli faringit zamanı əzələ daxilinə Bisilin-I inyeksiyası daha məsləhətlidir. Bisilin-I beş yaşa qədər uşağa 600 000 vahid, gündə bir dəfə əzələ daxilinə vurulur. Beş yaşdan böyük uşağa 1 200 000 vahid, gündə bir dəfə vurulur.

Əgər peroral antibiotiklər varsa, onda amoksisillin, penisillin V və ya ampicillin 10 gün müddətində verilir.

Diqqət: Fikir verin: streptokok faringiti zamanı antibiotiklər daha uzun – 10 gün müddətində verilir, pnevmoniya zamanı isə – cəmi 5 gün.

İstifadə edilən ədəbiyyat:

1. Uşaqlarda öskürək və ya tənəffüsün tezləşməsinin müalicəsi. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi və ÜNİCEF Azərbaycan tərəfindən dəstəylənib.
2. Педиатрия. Дж.Грефа. Москва, «Практика», 1997

Malik Abbasov, Şamil Quliyev, Mehti Abbasov, Kamandar Süleymanov,
Dilarə Məmmədəliyeva, Rafael Soltanov, Xeyransa Adilova

İLK YARDIM

müəllimlər üçün vəsait

Redaktor: Məhəmməd Əhmədov,
Laura Quliyeva

Müəlliflər:

Malik Abbasov – Səhiyyənin İnformasiyalasdırılması Mərkəzinin direktor müavini,
Şamil Quliyev – “Standard İnsurans” Tibbi sığorta departamentinin Sığorta hadisələri və ekspertiza şöbəsinin direktoru, fəlsəfə doktoru,
Mehti Abbasov – Neftçala şəhər Mərkəzi Xəstəxanasının həkim kardioloqu, fəlsəfə doktoru,
Kamandar Süleymanov – 2 nömrəli Bakı Baza Tibb Kollecinin Cərrahiyyə fənn komissiyasının sədri,
Dilarə Məmmədəliyeva – 2 nömrəli Bakı Baza Tibb Kollecinin direktoru, fəlsəfə doktoru,
Rafael Soltanov – 1 saylı Uşaq Stomatoloji Poliklinikanın baş həkimi, fəlsəfə doktoru,
Xeyransa Adilova – ATU, Dermatovenerologiya kafedrasının baş laborantı.

Referatların ingilis və rus dillərindən tərcümə edilməsində, orfoqrafik, stilistik və sintaktik düzəlişlərdə yardımçı olan
Emin Ağakışiyev, İradə Əliyeva, Ceyhun Hacıyev, Oqtay Şahmalıyev,
Müşgünaz Şahmuradova, İsmayıl Əfəndiyev, Cavad Süleymanov,
Almaz Hacıyeva, Eldar Tahirov, Nərgiz Allahverdiyeva,
Könül Abbaszadə, Məhəmməd Əhmədov, Səmrə Tağıyeva,
Səadət Məmmədova, Pəri Abbasova və Əliağa Şıxlinskiyə
minnətdarlığımızı bildiririk.

Çapa imzalanmışdır: 05.12.2017-ci il.
Kağız formatı: 64 x 90. Ofset çap üsulu.
Səh. sayı: 240. Tirajı: 1000 ədəd

Kitab “Printland” MMC-nin mətbəəsində
hazır diapozitivlərdən çap olunmuşdur