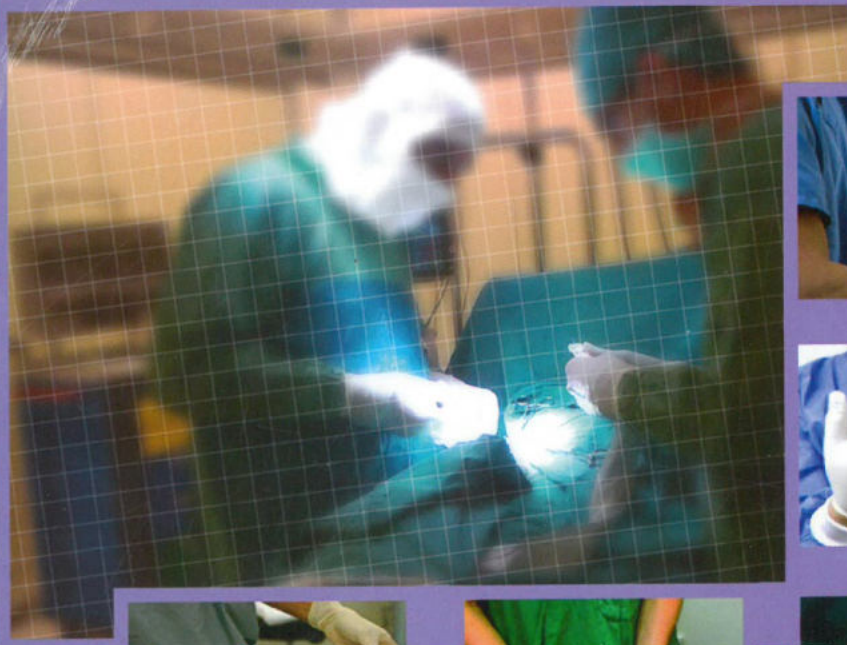


İ.Q.Əmənullayev

TİBB BACISININ ÜMUMCƏRRAHİ VƏRDİŞLƏRİ

Dars vasaiti



Bakı - 2016

İ.Q.Əmənullayev

**TİBB BACISININ
ÜMUMCƏRRAHİ
VƏRDİŞLƏRİ**

Dərs vəsaiti

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə
Nazirliyi Kollegiyasının 18 aprel
2016-cı il tarixli 22 sayılı qərarı ilə
təsdiq edilmişdir.*

Bakı -2016

Rəyçilər:

Şakir İbrahimli – Azərbaycan Tibb Universitetinin “III Cərrahi xəstəliklər” kafedrasının müəllimi, tibb üzrə elmlər doktoru, professor.

Yusif Əliyev – M.Topçubaşov adına Klinik Cərrahiyyə Mərkəzinin baş həkimi, tibb üzrə elmlər doktoru.

Redaktor:

Şalalə Əmənullayeva – həkim otolarinqoloq, Lənkəran Tibb Kollecinin “Cərrahi xəstəliklər otolarinqologiyasının əsasları ilə” fənninin müəllimi.

İqbal Qabil oğlu Əmənullayev. Tibb bacısının ümumcərrahi vərdişləri (dərs vəsaiti). Bakı, “Ecoprint”, 2016-cı il. 320 səhifə, şəkilli.

Azərbaycan dilində ilk dəfə yazılmış hazırkı dərs vəsaiti Tibb kolleclərində tədris olunan “Cərrahi xəstəliklər otolarinqologiyasının əsasları ilə” fənninin proqramına uyğun şəkildə tərtib edilmişdir. Vəsaitdə praktiki olaraq cərrahiyyənin öyrənilməsi prosesində hər bir tələbənin mənimməli olduğu əsas cərrahi manipulyasiyalara göstəriş, əks gösrəriş və onların yerinə yetirilmə texnikasının ardıcılığı alqoritmlər şəklində təqdim edilmişdir.

Vəsaitdə ən çox rast gəlinən müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə lazım olan təxirəsalınmaz tibbi yardımın yerinə yetirilməsində, eləcədə, cərrahi xəstələrə qulluğun göstərilməsində, mürəkkəb müalicə prosesinin daimi iştirakçısı olan cərrahi profilli tibb bacısının rolu nəzərə çarpacaq dərəcədə qeyd edilmiş və peşə vərdişləri toplanmışdır.

Dərs vəsaiti tibb kolleclərinin tələbələri və təkmilləşdirmə kurslarının dinləyiciləri üçün nəzərdə tutulsa da ondan həmçinin cərrahiyyə şöbələrinin orta tibb personalı, klinik təcrübə rəhbərləri, cərrahiyyə fənnini tədris edən müəllimlər də istifadə edə biləcəklər.

Vəsait sadə və anlaşılıq dildə yazılmış, çoxlu şəkil, cədvəl, sxem və illüstrasiyalarla zənginləşdirilmişdir.

Bütün hüquqlar qorunur. Müəllifin yazılı icazəsi olmadan adı çəkilən nəşrin heç bir hissəsi və ya bütövlükdə istənilən vasitə ilə (elektron, mexaniki, fotosuratını çıxarmaq və s.) təkrar köçürülə, yayıla, hər hansı informasiya sistemində saxlanıla, dəyişilə və tərcümə edilə bilməz!

ISBN: 978-9952-8104-5-5

© İqbal Qabil oğlu Əmənullayev

MÜƏLLİFDƏN

Tibbi kadrların hazırlığının yaxşılaşdırılması tədris prosesinin təkmilləşdirilməsini, mövcud tədris proqramı və planlarına uyğun yeni vasitələrin, ilk növbədə dərs vəsaitlərinin hazırlanmasının vacibliyini tələb edir. Azərbaycan dilində orta ixtisas məktəblərinin proqramı səviyyəsində lazımi qədər materialın olmaması, tələbələr tərəfindən fənlərin mənimsənilməsi işində böyük çətinliklər törətdiyi üçün, tibb kolleclərində də doğma dildə və latın qrafikası ilə nəşr olunmuş tədris vəsaitlərinə böyük ehtiyac duyulur. Hazırkı vəsaitin yaranması ideyası da bu ehtiyacı qismən ödəmək məqsədindən qaynaqlanmışdır.

Cərrahiyyə elmi daima inkişaf edir: yeni-yeni məlumatlar toplanır, cərrahiyyənin ənənəvi, aseptika və antiseptika, qan və qanəvəzedicilərin köçürülməsi, cərrahi infeksiya, yaraların müalicəsi, ağrısızlaşdırma və s. kimi əsas anlayışları dəyişilir, yeniləşir. Eyni zamanda cərrahlıqda yeni texnologiyaların tətbiqi, müasir avadanlıqlarla təchiz edilmiş tibb müəssisələrində işləmək, cərrahiyyənin inkişaf səviyyəsi peşəkar cərrahi biliklərə və kifayət qədər vərdişlərə malik tibb bacılarının hazırlığını tələb edir.

Cərrahiyyə fənnini uzun müddət tədris etməyim, tələbələrlə, müxtəlif xəstəxanalarda çalışan məzunlarla, tibb bacıları ilə çoxillik ünsiyyətim, digər kolleclərin cərrahiyyəni tədris edən müəllimləri ilə apardığım fikir mübadilələri, cərrahiyyə şöbəsində uzun illər topladığım təcrübə, eyni zamanda metodik vəsaitləri hazırlamaq təcrübəm, orta ixtisas məktəbləri üçün bundan əvvəl nəşr olunmuş vəsaitlərdə tədrisin metodikasındakı nöqsanları, kifayət qədər natamamlığı, cərrahiyyənin bir sıra məsələlərinin heç də həmişə düzgün şərh olunmamasını aşkara çıxarmağa verdiyi imkan hazırkı dərs vəsaitinin yazılmasına şərait yaratdı.

Vəsait böyük zəhmətin məhsulu kimi tələbələrin tədris prosesində təcrübi vərdişlərin mənimsənilməsinin çətinliyi nəzərə alınaraq hazırlanmış və bu fənnin proqramına, eləcə də orta tibb kadrları hazırlanması tələbatına uyğun olaraq tərtib edilmişdir.

Vəsaitin hər bir bölməsində tibb bacısının əsas fəaliyyəti və aparılan manipulyasiyaların yerinə yetirmə ardıcılığı daxil edilmişdir ki, bu da tələbələrin müstəqil şəkildə məşğələlərə hazırlanması baxımından çox vacibdir. Vəsaitdən istifadə etməklə tələbələr praktiki tibbi fəaliyyətlərində tələb olunan lazımi biliklərə yiyələnə və təcrübi vərdişləri mənimsəyə biləcəklər.

Uzun illərin tibbi, pedaqoji və təşkilatçılıq təcrübəmə əsaslanaraq onu deyərək bilərəm ki, tibb bacıları kollecləri bitirdikdən sonra təcrübi vərdişlərdən çox, nəzəri biliklərə malik olurlar. Müasir dövrdə tibb bacısı peşəsi yalnız nəzəri bilikləri əldə etmək deyil, həmçinin xəstəyə tibbi yardım göstərilməsində, xüsusilə təxirəsalınmaz vəziyyətlərdə lazımi praktik vərdişləri əldə etməyi tələb edir.

Tibb bacısı cərrahi xəstələrdə tətbiq olunan manipulyasiyaları təkcə öyrənməklə kifayətlənməyib, həmçinin onların bütün texniki incəliklərini dərinlən mənimsəməli və lazım gəldikdə qüsursuz icra etməyi bacarmalıdır. Müasir tibb bacısı sadəcə həkimin köməkçisi deyil, eləcə də o, özünün peşəkarlığı və vəzifəsini əməli sürətdə həyata keçirməsi sayəsində, cərrahi xəstələrə tibb bacısının işinin tələblərinə uyğun, ixtisaslı tibbi yardım göstərilməsində mühüm rol oynayır. Xəstənin cərrahi müalicəsində tibb bacısının iştirakı cərrahin iştirakı qədər vacibdir. Çünki, əməliyyatın nəticəsi əksər hallarda vaxtında və düzgün göstərilən ilk yardımdan, xəstənin əməliyyata hazırlanmasından, həkimin təyinatlarının son dərəcə dəqiq yerinə yetirilməsindən və əməliyyatdan sonrakı dövrdə, eləcə də reabilitasiya dövründə xəstəyə düzgün qulluqdan asılı olur ki, bunu da çox vaxt tibb bacıları həyata keçirirlər. Cərrahiyyədə xəstələrə düzgün qulluq xəstələrin sağlması üçün əvəzsiz bir töhfədir.

Hər bir tibb işçisi fəaliyyəti dövründə xəstə ilə təmasda olur, ona toxunur. Bu təmas həmişə xəstəyə kömək göstərmək-düzgün diaqnoz qoymaq, hər hansı bir həyati vacib funksiyanı reallaşdırmaq, müalicəvi təsiri təmin etmək məqsədilə baş versə də, bəzən sadəcə xəstəyə mənəvi dayaq olmaq üçün onun əllərini sıxmaqla yaranır. Bunlardan bir çoxunu siz tədris illərində mənimsəyir, digərlərini isə tibb bacısı təcrübəsində qazanırsınız. Xəstəyə qulluq, ona dəstək vermək bacarığı onun hər addım atmasına kömək etmək bəzən həyati əhəmiyyət daşıyır. Belə əlaqələri məharətlə və doğrmaqla bacarmaq isə hər bir tibb bacısından böyük ləyaqət tələb edir.

Lakin qiyməti olduqca böyük olan, xüsusilə cərrahi xəstələr üçün daha çox əhəmiyyətli bir təmas da mövcuddur. Onun düzgün yerinə yetirilməsi zamanı xəstənin həyatı xilas edilə bilər. Düzgün yerinə yetirilmədikdə və ya yanlış yerinə yetirildikdə isə, sayılmış saniyələrlə xəstənin həyatını məhv edə və ya bilərəkdən onu ömürlük əzaba məhkum edə bilər. Bu təmas tibb işçisinin peşə vərdişləri və manipulyasiyaları düzgün icra etmək bacarığıdır.

Hörmətli tələbə! Sən vaxtının çoxunu nəzəri hazırlıqlarda, maniken və anatomik preparatlar üzərində məşğələlərdə keçirtməklə yanaşı, istehsalat təcrübələrində xəstəxananın növbələrində keçirtməlisən ki, bu vərdişləri canlı olaraq izləyə və icra edə biləsən. Qarşında böyük zəhmət və çətinliklər durmaqla yanaşı, eyni zamanda onun nəticələrinin müvəffəqiyyətli meyvələri durur. Bu çətin, maraqlı və xeyirxah yolda sənə uğurlar arzulamaq istərdim.

Hörmətli tibb bacısı! Unutma ki, hər bir xəstə fərdi və differensial yanaşma tələb etdiyi üçün kitabda təqdim olunan standart fəaliyyətlər aksioma kimi qəbul olunmamalıdır. Sən bu və ya digər manipulyasiyanı yerinə yetirməzdən əvvəl bunu nəzərə almalı və müalicə həkimi ilə mütləq müzakirə etməlisən.

Hesab edirəm ki, vəsaitin ilk nəşrində çatışmazlıqlar olacaqdır. Tələbə və müəllimlərin bütün təklif və iradlarını **igbal_degig@yahoo.com** ünvanında razılıq hissi ilə qəbul edəcəyəm.

I BÖLMƏ.

TİBB BACISININ CƏRRAHİ FƏALİYYƏTİNİN ƏSASLARI

XƏSTƏXANADAXİLİ CƏRRAHİ İNFEKSİYANIN PROFİLAKTİKASI. DEZİNFEKSİYA. STERİLİZASIYA

Dezinfeksiya-ətraf mühitdə infeksiyon xəstəliklərin törədicilərinin məhv edilməsinə yönəldilən kompleks tədbirlər planıdır. Fiziki və kimyəvi dezinfeksiya mövcuddur.

Fiziki dezinfeksiyaya aiddir:

- günəş və ultrabənövşəyi şüalarla şüalanma;
- isti ütü ilə ütüləmə, yandırma;
- istifadə olunmuş materialların mufel peçlərində yandırılması;
- pasterizasiya;
- qaynatma (destillə suyunda qaynamağa başlanandan 30 dəqiqə, 2%-li soda məhlulunda isə 15 dəqiqə müddətində);
- hava metodu ilə (quruducu şkaflarda 120 dərəcə temperaturda 45 dəqiqə müddətində).

Kimyəvi dezinfeksiyada istifadə olunan əsas maddələrə xlor tərkibli, turşu tərkibli, aldehid tərkibli birləşmələr və spirtlər aiddir.

Dezinfeksiyaedici məhlullar hazırlanarkən şəxsi təhlükəsizlik qaydalarını gözləmək lazımdır. Bunun üçün ikinci tibbi xalat, respirator (və ya 8 qatlı tənzip maska), qalpaq, rezin əlcəklər, müdafiə eynəyi geyinilməlidir.

Dezinfeksiyaedici məhlullar quru, qaranlıq, havası dəyişilə bilən otaqlarda və kip bağlı qablarda saxlanılmalıdır. Qabın üzərində hazırlanan preparatın adı, hazırlanma tarixi, qatılığı, saxlanma müddəti və məhlulu hazırlayan şəxsin adı və soyadı qeyd olunmalıdır.

Xlorlu əhəngin işlək məhlulunun hazırlanması

Lazım olan vəsait:

- tibbi xalat;
- önlük;
- respirator və ya maska;
- kalpaq;
- rezin əlcəklər;
- müdafiə eynəyi;
- 10%-li xlorlu əhəng məhlulu;
- 10 litrlik emallı qab və ya tıxacı olan tünd rəngli şüşə qab;
- taxta çubuq;

- ölçü qabı;
- destillə suyu;

İşin ardıcılığı:

1. Xalat, maska, qalpaq, əlcəklər geyilir, önlük bağlanır, müdafiə eynəyi taxılır.
2. Ölçü qabı ilə lazım olan miqdarda 10%-li xlorlu əhəng məhlulu götürülür.
3. Götürülən məhlul dezinfeksiyaedici məhlul üçün hazırlanmış qaba tökülür.
4. Ona lazım olan miqdarda su əlavə edilir və qarışdırılır (yaxşı olar ki, taxta çubuqla qarışdırılsın).
5. Hazırlanandan dərhal sonra istifadə edilir (tünd şüşə, ağzı qapaqlı qabda, qaranlıqda saxlanılırsa 7 gün müddətində istifadə etmək olar).
6. Məhlulun bakterisid təsirini artırmaq üçün üzərinə naşatır spirti əlavə edilir.
7. Əlcəklər və müdafiə eynəyi çıxarılır.

İşçi məhlulun qatılığı (%)	10%-li xlorlu əhəngin miqdarı (ml, litr)	Suyun miqdarı (litr)
0,1	100	9,9
0,2	200	9,8
0,5	500	9,5
1	1 litr	9
2	2 litr	8

Xloramin məhlulunun hazırlanması

Lazım olan vəsait:

- quru xloramin tozu olan paket;
- emallı qab və ya tıxacı olan şüşə qab;
- destillə suyu;

İşin ardıcılığı:

1. Müvafiq qatılıqda və həcmdə məhlulu hazırlamaq üçün destillə suyuna xloramin tozu tökülür.

İşçi məhlulun qatılığı (%)	Xloraminin miqdarı (quru toz, qramla)	Suyun miqdarı (ml)
0,5	5	995
1	10	990
2	20	980
3	30	970
5	50	950

Xlorheksidin biqlukonat məhlulunun hazırlanması

Sulu məhlul əməliyyat blokunun, sargı otağının, palataların, avadanlıq və aparatların cari və əsaslı dezinfeksiyası üçün tətbiq edilir.

Spirтли məhlul isə əməliyyatdan qabaq əllərin əməliyyata hazırlanması, eyni zamanda əməliyyat sahəsinin işlənməsi üçün tətbiq edilir.

İşçi məhlulun qatılığı	20%-li xlorheksidin məhlulunun miqdarı (ml)	70 ⁰ -li etil spirtinin miqdarı (ml)
0,5	2,5	100
	5,0	200
	7,5	300
	10,0	400
	12,0	500

Qeyd: Xlorheksidin biqlukonat məhlulu proteylərə, turşuyadavamlı çöplərə, viruslara və spora təsir göstərə bilmir.

Yeni nəsil dezinfeksiyaedici maddələr

Virkon, septabik yüksək keyfiyyətli dezinfeksiyaedici maddə olub viruslasid, bakteriosid və funqosid təsir göstərir.

Tətbiq olunur:

- ✓ metal, rezin, şüşə və plastmasdan hazırlanan tibbi məmulatların dezinfeksiyası zamanı;
- ✓ otaqların dezinfeksiyası zamanı;
- ✓ cərrahın və əməliyyat tibb bacısının əllərinin işlənməsində;

Virkonun hazırlanması

İşçi məhlulun qatılığı (%)	Virkonun və destillə suyunun miqdarı (ml)			
	1 litr suya		10 litr suya	
	Virkon (q)	Su (l)	Virkon (q)	Su (l)
1	10	1	100	10
2	20	1	200	10

Septabikin hazırlanması

İşçi məhlulun qatılığı (%)	Septabikin və destillə suyunun miqdarı (ml)			
	1 litr suya		10 litr suya	
	Septabik (q)	Su (l)	Septabik (q)	Su (l)
0,1	1	1	10	10
0,05	0,5	1	5	10
0,025	0,25	1	25	10

Diqqət:

- ✓ *Dezinfeksiyaedici məhlullar dəriyə düşdükdə onu dərhal yumaq lazımdır.*
- ✓ *Gözə düşdükdə 2%-li soda məhlulu ilə yumaq və 30 %-li albusid məhlulu damızdırmaq, əgər ağrı keçməzsə 2%-li novokain məhlulunda hazırlanmış göz damcısı tökmək lazımdır.*
- ✓ *Tənəffüs yollarının qıcıqlanması zamanı 2%-li soda məhlulu ilə qarqara etmək və sodalı isti süd içmək lazımdır.*

Sterilizasiya. Sterilizasiyadan qabaqkı işlənmə

Sterilizasiya – cərrahi əməliyyatlar zamanı istifadə olunan alətlər, tibbi materiallar, geyimlər, sarğı vasitələri, dəyişək və ağılarda mikrobların bütün növlərinin məhv edilməsidir. Tibbi təyinatlı əşyaların sterilizasiyası müxtəlif üsullarla aparılır. Bu və ya digər sterilizasiya metodunun seçilməsi sterilizasiya olunacaq əşyanın xüsusiyyətindən asılıdır. Sterilizasiyanın aşağıdakı metodları vardır:

Buxarla sterilizasiya – cərrahi alətlərin, sarğı materiallarının, əməliyyat ağıları və paltarlarının, rezin məmulatların sterilizasiyası xüsusi avtoklavlarda aparılır və bu proses avtoklavlaşdırma adlanır. Avtoklavlaşdırma zamanı yüksək temperatur və təzyiqlə (buxarla), yəni fiziki amillərlə sterilizasiya aparıldığına görə bu üsul sterilizasiyanın fiziki növünə aiddir.

Quru isti hava ilə sterilizasiya – daha mükəmməl sterilizasiya üsulu olub cərrahi metal alətlərin, şüşə qabların, şüşə şprislərin və s. sterilizasiyası qaynar quru hava ilə xüsusi quruducu şkaflarda həyata keçirilir. Quruducu şkaflarda sterilizasiya 0,5-1 saat ərzində 180⁰-220⁰ C temperaturda aparılır.

Şüa sterilizasiyası -γ (qamma) şüalar, ultrabənövşəyi şüalar, ultrasəs vasitəsi ilə zavod şəraitində alətlərin, əlcəklərin, şprislərin və s. sterilizasiyası aparılır və hermetik bağlamalarda 5 il müddətində saxlanıla bilər.

Qazla sterilizasiya – xüsusi hermetik qaz kameralarında formalin buxarı vasitəsi ilə tibbi cihazların optik hissələri, tikiş materialları, plastmas və

rezin alətlərin sterilizasiyası həyata keçirilir. Eyni zamanda soyuq qazla optik sistemli endoskopik alətlər, onların yardımçı vasitələri 2 saat müddətində həmin kameralarda sterilizasiya edilir.

Kimyəvi sterilizasiya – sterilizasiyanın soyuq metodu olub bu üsulla cərrahi alətlərin, endoskopik aparatların hissələrinin və rezin məmulatların sterilizasiyası aparılır.

Alətlərin və aparatların sterilizasiyasına qoyulan əsas tələblər

1. Sterilizasiyadan əvvəl alətlər təmizlənməlidir.
2. Alətlərin sökülüb-yığılması təlimatı diqqətlə nəzərdən keçirilməlidir.
3. Təmizləmə və sterilizasiya üçün tələb olunan maddələrin qatılığı, saxlama müddəti, temperaturu və s. təlimata uyğun, dəqiq gözlənilməlidir.
4. Əməliyyat qurtardıqdan dərhal sonra alətlər təmizlənməyə başlanılmalıdır.
5. Sanitar işlənməyə qədər alətlər sökülmüş şəkildə olmalıdır.
6. Əl ilə yumada metal şotkalardan istifadə etmək olmaz.
7. Yuyucu maşın və ultrasəs qurğusu həddən artıq alətlərlə yüklənməməlidir.
8. Təmizləmədən sonra alətlər destillə suyunda yaxalanmalıdır.
9. Yaxalamadan sonra alətlər qurudulmalıdır.
10. Zədələnmiş, korroziyaya uğramış və deformasiya olmuş alətlər ayrıca təmizlənməlidir.
11. Alətlər açılmış vəziyyətdə və yaxud branşı birinci pillə səviyyəsində bağlı halda saxlanılmalıdır.

Qeyd: *Yadda saxlamaq lazımdır ki, sterilizasiya təmizlənməni əvəz etmir.*

Əməliyyatdan və sarğıdan sonra alətlərin işlənməsi

Sterilizasiyadan qabaqkı işlənmə dəfələrlə istifadə edilən cərrahi alətlərin sterilizasiyaya hazırlanması üçün əsas mərhələdir. Bu zaman alətlərdən zülallar, yağlar və dərman mənşəli məhsullar kənarlaşdırılır ki, bu da sterilizasiyanın effektivliyini artırır və pirogen reaksiyaların əmələ gəlmə riskini azaldır.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- müşəmbə önlük;
- yuyucu məhlullar (lotos, biolot, astra);
- yuyucu məhlul üçün qab;
- 2 ədəd dezinfeksiyaedici məhlul olan qab;

- şotka;
- destillə suyu olan qab;
- tibbi alətlər;
- tampon;
- salfet;
- sınaq qoymaq üçün reaktivlər.

İşin ardıcılığı:

1. Önlük bağlanır və əlcəklər geyilir.
2. Yuyucu məhlullardan biri hazırlanır. (5 qram yuyucu toz, 17 ml. 27,5%-li perhidrol, 1,4 qram natrium oleat, 1 litrə qədər su)
3. Alətlər tənzif salfet və şotka ilə qabın içərisində yuyularaq qandan və ya irindən təmizlənir.
4. Qanı və ya irini yuyulmuş alətlər yuyucu məhlul olan qaba yerləşdirilir (müddət seçilmiş dezinfeksiyaedici məhlula görə təyin olunur, adətən 15 dəqiqə saxlanılır).
5. Tələb olunan vaxt başa çatdıqdan sonra dezinfeksiyaedici məhluldan götürülmüş alətlər məhlulun iyi çəkilənədək axar su altında yaxalanır.
6. Alətlər 45-50⁰C temperaturadək qızdırılmış yuyucu məhlulda 15 dəqiqə müddətində saxlanılır.
7. Həmin məhlulda alətlər, əsasən onların ucları, bir-birinə birləşən hissələri və kilidləri əsaslı surətdə təmizlənib yuyulur.
8. 3 dəqiqə müddətində axar su altında yaxalanır.
9. Destillə suyunda yaxalanır.
10. Alətlər qurudulur.
11. Sınaq aparılır (qanın və yuyucu vasitələrin olub-olmamasına).
12. Alətlər sterilizasiya üçün quruducu şkafa yerləşdirilir.

Qeyd: Alətləri dezinfeksiya etmək üçün hidrogen peroksid məhlulundan və ya yeni nəsil dezinfeksiyaedici maddələrdən istifadə etmək məsləhətdir. Çünki xlor tərkibli birləşmələr metal alətlərin korroziyasına səbəb olur.

Kilidli (qıfıllı) alətlər hər dəfə işlədikidən sonra, onlara vazelin və ya vazelin yağı sürtmək lazımdır. Paslanmış alətlər naşatur spirti ilə təmizlənməlidir. Bəndləri olan mürəkkəb alətləri sökülmüş vəziyyətdə təmizləmək lazımdır. Kəsiciləri korlanmamaqdan ötrü sivri uclarını tənzifə bükmək lazımdır.

Sterilizasiyadan əvvəlki təmizliyə nəzarət

Sterilizasiyadan əvvəlki təmizliyə nəzarət etmək üçün azopiram, amido-pirin, fenolftalein, benzidin və s. sınaqları qoyulur.

Azopiram sınağı

Göstəriş: sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə hemoqlobini, oksidləşdiriciləri, xlor tərkibli birləşmələri, yuyucu tozları, pası və dərman preparatlarını aş-kara çıxarmaq üçün istifadə edilir.

Lazım olan vəsait:

- azopiram məhlulu;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu.

İşin ardıcılığı:

1. Əsas məhlul olan azopiram məhlulu 1:1 nisbətində 3 %-li hidrogen peroksid məhlulu ilə qarışdırılır.
2. İşçi məhlulun yararlığı qana bulaşmış tamponda yoxlanılır. Bu zaman tampon bənövşəyi-göy rəngə boyanır.
3. Zülalın qalıq miqdarı olduğu üçün qanlı aləti tamponla silərkən tampon əvvəl tünd bənövşəyi, sonra isə tünd yasəmən rəngə boyanır.
4. Xlor tərkibli birləşmələr, oksidləşdiricilər və pas olduqda məhlul qonur rənginə boyanır.
5. Yuyucu toz mövcuddursa bu zaman çəhrayı rəngə boyanır.

Qeyd: İşçi məhlulun saxlama müddəti 2 saatdır. Əsas məhlul +4⁰-də (soyuducuda) 2 aydan çox olmayaraq saxlanılmalıdır.

Amidopirin sınağı

Göstəriş: sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə qanın mövcudluğunu təyin etmək üçün aparılır

Lazım olan vəsait:

- 5 %-li amidopirinin spirtə məhlulu;
- 30%-li sirkə turşusu;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- pipetka.

İşin ardıcılığı:

1. 5 %-li amidopirinin spirtə məhlulu 30%-li sirkə turşusu və 3%-li hidrogen peroksid məhlulu eyni miqdarda bir-birinə qarışdırılır.
2. Bu qarışıqdan alətlərin yara ilə təmasda olan və hərəkət edən hissəsinə damızdırılır.
3. Alətin çirklənmiş hissəsinin reaktivlə təması zamanı dərhal və ya

təxminən bir dəqiqə sonra həmin nahiyədə bənövşəyi və ya göy-yaşılımtıl rənglənmə müşahidə olunur. (iki dəqiqə müddətində baş verən rənglənmə hesab olunmur).

Qeyd: İşçi məhlul yalnız istifadə zamanı hazırlanmalıdır. Müayinə olunan vəsaitlər otaq temperaturunda 23⁰ C-dən yuxarı olmamaq şərti ilə müayinə edilməlidir. İsti alətləri və ya birbaşa günəş altında saxlanmış alətləri müayinə etmək olmaz! Əks təqdirdə reaksiya zamanı düzgün nəticə alınmayacaq.

Fenolftalein sınağı

Göstəriş: sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə qələvi qalıqları aşkara çıxarmaq üçün istifadə olunur.

Lazım olan vəsait:

- pipetka;
- fenolftaleinin 1%-li spirtli məhlulu;

İşin ardıcılığı:

1. Fenolftaleinin 1%-li spirtli məhlulu hazırlanır.
2. Kateterlərin və digər boşluqlu alətlərin təmizlənməsinin keyfiyyətini yoxlamaq üçün onların daxilinə təmiz spriş və ya pipetka vasitəsi ilə işçi məhluldan tökülür.
3. 0,5-1 dəqiqə keçdikdən sonra reaksiya məhsulu tənzip salfetin üzərinə boşaldılır.
4. Materialda yuyucu məhlulun qalıq miqdarı zamanı çəhrayı rəng alınır.
5. Sınaq eyni zamanda hər dəfə alətlər təmizlənərkən onların 1-4% hissəsində yoxlanılan materialın üzərinə 1-2 damcı məhlul tökülməklə aparılır və nəticə jurnala qeyd olunur.

Qeyd: Müsbət reaksiya alındıqda bütün alətlər təkrar yuyucu məhlula boşaldularaq sterilizasiyadan qabaqki işlənmə yenidən aparılmalı və yoxlanılmalıdır. Mənfi reaksiya alındıqda isə alətlər sterilizasiyaya verilir. Üzərində sınaq aparılmış alətlər axar su altında yuyularaq yenidən yuyucu məhlulda təmizlənməlidir.

Benzidin sınağı

Göstəriş: sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə gizli qanın yoxlanılması üçün aparılır.

Lazım olan vəsait:

- 0,5-1%-li benzidin hidroxlorid məhlulu;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu.

İşin ardıcılığı:

1. 0,5-1%-li benzidin hidroxlorid məhlulu eyni miqdarda 3%-li hidrogen peroksidlə qarışdırılır.

2. Hazırlanan reaktivdən 5-6 damcı alətlərin üzərinə tökülür.
3. Alətin açıq göy və ya yaşıl rəngə boyanması gizli qanın olmasını göstərir.

Laparoskopik alətlərin sterilizasiyaya hazırlanması

Endoskopik cihazlar və laparoskopik alətlər mürəkkəb optik sistemə malik olub müxtəlif materiallardan – metal, plastik, lifli optik, rezin, kley və s. ibarət olduğundan onların sterilizasiyası da çətinlik törədir.

Laparoskopik cihaz və alətlərin sterilizasiyası çox mərhələli proses olub aşağıdakılardan ibarətdir.

1. Mexaniki təmizləmə.
2. Dezinfeksiya.
3. Yuma.
4. Sterilizasiyadan qabaqkı işlənmə.
5. Sterilizasiya.
6. Qurudulma.
7. Saxlama.

Göstəriş: laparoskopik əməliyyatdan sonra alətlərin təmizlənməsi.

Lazım olan vəsait:

- 3 və ya 6%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- 0,5%-li xlorheksidinin suda və ya spirtdə məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- 2,5%-li qlütar aldehidi;
- “Saydeks” məhlulu və onun üçün vanna;
- steril əlcəklər;

İşin ardıcılığı:

1. Əlcəklər geyilir, alətlər hissələrə ayrılır.
2. Vizual olaraq onların zədəli olub olmamaları yoxlanılır.
3. İstifadə olunmuş alətlər sintetik yuyucu məhlulda (1 litr suya 5 qram yuyucu toz) isladılır.
4. Alətlər sökülmüş şəkildə 1 saat müddətində 1,5%-li xloramin məhluluna yerləşdirilir, sonra şotka ilə yuyulur, hər biri ayrılıqda axar su altında yaxalanır.
5. Alətlərin optik və elastik hissələrinin xarici səthi isə yumşaq parça salfetlə silinib təmizlənir.
6. Tərkibi 3%-li hidrogen peroksid, yuyucu toz, natrium oleat olan məhlulda 15 dəqiqə saxlanılır, yenidən yuyulur və qurudulur.
7. Metal alətlər 4 saat müddətində, plastik alətlər isə 10 saat müddətində “Saydeks” məhlulunda yerləşdirilir.

8. Vaxt başa çatdıqdan sonra yaxalanır, distillə suyu ilə yuyulur və qurudulur.

Qeyd: *İstiyə davamlı avadanlıqlar mexaniki təmizləmə və yuyulmadan sonra avtoklava qoyulur, termoləbil aksesuarlar isə yüksək səviyyəli dezinfeksiyaedici məhlullara yerləşdirilir. Yüksək səviyyəli dezinfeksiyaedici məhlullar yalnız bir dəfə istifadə edilə bilər.*

Birdəfəlik alətləri təkrar işlətmək olmaz!

Laparoskopik alətlərin sterilizasiyası

Lazim olan vəsait:

- qaz sterilizatoru;
- paraformalin kamerası;
- quruducu şkaf;
- avtoklav;
- müxtəlif antiseptik məhlullar

İşin ardıcılığı:

1. Metal alətlər quruducu şkafda 180° C temperaturda 60 dəqiqə müddətində sterilizasiya olunur.
2. Plastik detalları olan alətlər avtoklavda 132° C temperaturda, 2 atmosfer təzyiqdə 90 dəqiqə müddətində sterilizasiya olunur.
3. Laparoskop, işıqötürən, aktiv elektrodlar 6%-li hidrogen peroksid məhlulunda təmizləndikdən sonra paraformalin kamerasında sterilizasiya olunur. Bunun üçün ağzı kip bağlanan xüsusi sterilizatorların (yaxud şüşə qabların) dibinə formaldehid tabletləri qoyulur və alətin 48 saat müddətində formalin buxarları ilə sterilizasiyası aparılır.
4. Laparoskopik alətləri metilen bromidin karbon 2 oksidin etilen oksidi ilə qarışığından istifadə etməklə qazla sterilizasiya kamerasında da steril etmək olar. Bunun üçün sterilizasiya olunacaq əşya perqament kağızına bükülərək qaz sterilizatoruna yerləşdirilir.
5. Materialdan asılı olaraq sterilizasiya 3-24 saat müddətinə aparılır (etilen oksidi işlədildikdə 18° C temperaturda 16 saat, bromid-metil və etilen oksidi işlədildikdə 55° C temperaturda 6 saat müddətində).
6. Müddət başa çatdıqdan sonra alətlər yaxşı ventilyasiya olunan otaqda saxlanılır.
7. Həmçinin 0,35%-li "Saydeks" məhlulunda 20° C temperaturunda 10 dəqiqə müddətində sterilizasiya edilir.
8. 1,5 %-li qlutar aldehidində 20° C temperaturda 4-10 saat müddətində sterilizasiya olunur.
9. Okulyarsız olmaqla optik alət 10 dəqiqə müddətinə əvvəlcə spirtə, sonra isə 5 dəqiqə müddətinə 1:1000 nisbətli civə-oksisianid məhluluna salınır. İşlətməzdən əvvəl optik cihaz mütləq spirtlə silinməlidir;

10. 5 dəqiqə müddətində 1:3000 nisbətli diosid məhlulunda saxlanılır;
11. Sterilizatorun metal toruna suyun 1litrinə 1-3 qram olmaqla pambıq sərərək, optik alətləri onun üzərinə yığıb, 15 dəqiqə müddətinə qaynadılır;
12. 96⁰-li etil spirtində və yaxud 2,5%-li xlorheksidinin spirtli məhlulunda 2-3 saat saxlanılır.

Narkoz aparatları və onların detallarının sterilizasiyadan qabaqkı təmizlənməsi

Narkoz aparatları istifadə edildikdən sonra 30 dəqiqədən gec olmayaraq aşağıdakı mərhələlərlə təmizlənməlidir.

1. Tənəffüs konturunu mikropsuzlaşdırmaqdan ötrü aparatın buxarlandırıcısına 0,5%-li xlorheksidinin spirtdə məhlulu tökülür, saatda 30 saniyə sürətlə yarımqapalı konturda ventilyasiya aparılır.
2. Aparatların bənd və detalları bir-birindən ayrılır, sökülə bilən hissələri sökülür.
3. Birləşdirici elementlərin boruları, klapanların qapaqları və yığılmış kondensatlar çıxarılır, istifadə olunmuş intubasion və hava keçirici borular, nəmləndirici və s. yığılır.
4. Detallar əvvəl soyuq, sonra isti su altında 5 dəqiqə müddətində şırnaqla yuyulur.
5. Yuyucu məhlula yerləşdirilir və 50°C temperaturadək 15 dəqiqə müddətində qızdırılır (yuyucu məhlulu hazırlamaq üçün 1litr 3%-li hidrogen peroksid məhluluna 5 qram sintetik yuyucu toz əlavə edilir).
6. Yuyucu məhlulda hər bir detal ayrı ayrılıqda tənəffüs tamponla 25-30 saniyə müddətində yuyulur.
7. Detallar əvvəl axar su altında 5-10 dəqiqə müddətində suya çəkilir.
8. Sonra distillə suyunda 30 saniyə müddətində təkrar yaxalanır.
9. Steril mələfə ilə qurudulur .
10. Fenolftalein sınağı qoyulur.

Qeyd: *Təmizləmə və yuma zamanı iti əşyalardan, eləcədə şotka, dişli şotka, borutəmizləyəndən istifadə istifadə etmək olmaz. Əks təqdirdə şotkanın tükləri və ya qırıntılarının borularda ilişib qalması və narkoz zamanı tənəffüs yoluna düşməsi təhlükəsi yaranacaqdır.*

Rezin əlcəklərin sterilizasiyaya hazırlanması

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- ləyən;
- talk;
- tənzip salfetlər;
- biks;
- indikator;
- kətan bez;
- əski parçası;
- 6%-li hidrogen peroksid məhlulu, dezokson-1 məhlulu;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Təmizlənmiş əlcəklər hər hansı bir dezinfeksiyaedici məhlulda (lizol, süleymani, karbol) isladılır.
2. Axar su altında yuyulur.
3. Sonra yuyucu məhlulda yaxalanır və qurudulur.
4. Əlcəklərin tamlığı yoxlanılır və cüt-cüt yığılır.
5. İç və bayır səthinə talk səpilir.
6. Hər biri salfetə ayrı-ayrılıqda elə bükülürki, bir-birinə toxunmasın.
7. Müvafiq qaydada sarğı materialları ilə birlikdə biksə yığılır.

Sterilizasiya rejimi:	təzyiq	- 1 atmosfer
	temperatur	- 120 dərəcə
	müddət	- 45 dəqiqə
	indikator	- benzoy turşusu

Qeyd: Əlcəklərin tamlığını yoxlamaq üçün iki əllə əlcəyin manjetindən tutaraq genişləndirilir və bir neçə dəfə elə fırladılır ki, daxilində hava qalmış olsun. Köpmüş əlcək tədricən sıxılmaqla əvvəlcə barmaqların tamlığı yoxlanılır. Daha sonra isə bütün əlcəyin tamlığı əlcəyin deşiyindən çıxan havanın səsinə və əlcəyin həcmnin azalmasına görə təyin edilir.

Əlcəklərin kimyəvi sterilizasiyası

Bunun üçün əlcəklər:

- 6%-li hidrogen peroksid məhlulunda
18⁰-temperaturda-360 dəqiqə saxlanılır;
50⁰-temperaturda -180 dəqiqə saxlanılır;
- Dezokson- 1 məhlulunda
18⁰-temperaturda - 45 dəqiqə saxlanılır;

Qeyd: Hazırda steril perqament paketlərdə müxtəlif ölçülü birdəfəlik əlcəklər istehsal edilir.

Əlcəklərə qoyulan tələblər:

- əllərdə taktil hissiyatı maksimum saxlamalıdır;
- cırılmaya və deşilməyə davamlı olmalıdır;
- elastik olmalıdır;
- pis qoxusu və dadı olmamalıdır;
- istifadəsi asan olmalıdır;
- tez alışan olmamalıdır;
- bakteriya və virusları keçirtməməlidir.

Avtoklavın doldurulması

Göstəriş: əməliyyat aqclarının, dəyişəyin, sarğı vasitələrinin və tibbi rezin əşyaların sterilizasiyası.

Lazım olan vəsait:

- avtoklav;
- bikslər;

İşin ardıcılığı:

1. Sterilizasiya rejimini seçməkdən ötrü bikslərin dəstəyinə bağlanmış birkadan bikslərin daxilindəki materialın tərkibi öyrənilir.
2. Bikslər yan dəlikləri açıq halda avtoklavın daxilinə yerləşdirilir.
3. Qapağı hermetik bağlanır.
4. Qıfdan avtoklava su doldurulur və onun səviyyəsi avtoklava birləşdirilmiş şüşə su ölçənlə təyin edilir.
5. Qoruyucu klapın aparılacaq sterilizasiya üçün lazım olan təzyiqlə (1,5-2,0 atm.) nizamlanır.
6. Havanı və buxarı xaric edən kran açıq qoyulur.
7. Avtoklav elektrik şəbəkəsinə qoşulur.
8. Avtoklavdakı hava xaric olub qurtarandan sonra, buxar çıxmağa başlayan kimi kran bağlanır.
9. Hava qalığını qovmaq üçün təzyiqlə 1 atmosferə çatdıqda kran təkrar açılır.
10. Lazım olan təzyiqlə yığmaq üçün kran bağlanır.
11. Lazım olan təzyiqlə çatdıqdan sonra vaxt qeyd edilir. (Avtoklavda təzyiqlə 1 atmosfer olanda sterilizasiya 1 saat, 1,5 atmosfer olanda 45 dəqiqə, 2 atmosfer olanda isə 20 dəqiqə aparılmalıdır)
12. Sterilizasiyanın sonunda avtoklav şəbəkədən ayrılır, kran açılmaqla buxar ehtiyatla buraxılır.

Qeyd: Avtoklavda sterilizasiya mürəkkəb proses olub təzyiqlə altında buxarla aparıldığı üçün aparatın hər an partlama təhlükəsi mümkündür. Ona görə də sterilizasiya otağında xüsusi təlim keçmiş və təhlükəsizlik texnikasını müfəssəl öyrənmiş tibb personalı işləməlidir.

Avtoklavın boşaldılması

1. Təzyiq sifira düşdükdən sonra (tez olmaz!) avtoklavın qapağı açılır.
2. Bikslərin deşikləri hərəkətedici metal kəməri hərəkət etdirməklə bağladıqdan sonra isti vəziyyətdə avtoklavdan çıxarılır. (Sarğı materialları və geyim paltarları quru qalmaqdan ötrü barabanlar kənarında soyumalıdır)
3. Kran açılmaqla su boşaldılır.
4. Qurumaqdan ötrü avtoklavın ağızı açıq vəziyyətdə saxlanılır.

Qeyd: Əgər biks açılarkən əməliyyat ağılarının və sarğı materiallarının nəm olması aşakarlanırsa onlar steril sayılmır və istifadəyə yararsızdır.

Avtoklavlaşdırmadan sonra materialın nəm olmasının səbəbləri:

1. Avtoklavda suyun artıqlığı və güclü qaynama zamanı suyun daxili kameraya sıçraması.
2. Avtoklavda əmələ gələn buxarın vakuum - nasosla sorulmasında çatışmazlıq.
3. Soyumuş avtoklavdan bikslərin çıxarılması.
4. Sterilizasiyadan sonra biksləri soyuq və rütubətli otaqda saxlanması.
5. Həddən artıq soyuq materialın sterilizasiya edilməsi.

Qeyd: Bağlı antibakterial filtirli bikslərdə materiallar öz sterilliyini 20 sutka, bağlı filtirsiz bikslərdə 72 saat (3 sutka), açıq bikslərdə isə 6 saat saxlayırlar.

Quruducu şkafin doldurulması

Göstəriş: cərrahi alətlərin sterilizasiyası.

Lazım olan vəsait:

- quruducu şkaflar;
- cərrahi alətlər;

İşin ardıcılığı:

1. Quruducu şkafin metal torunun üzərinə cərrahi alətləri elə yığırlar ki, qızmış havanın dövr etməsi üçün dəliklərin bir hissəsi açıq qalmış olsun.
2. 5 yerə indikator yerləşdirilir.
3. Şkafin qapısı bağlanır və elektrik şəbəkəsinə qoşulur.
4. 5-10 dəqiqə müddətinə sterilizasiya kamerası qızdırılır.
5. Qapısı açılır və cərrahi alətlər yığılmış metal tor şkafin rəfinə qoyulur.
6. Şkafin qapağı bağlanır.
7. Relenin dəstəyi sterilizasiyaya tələb olunan vaxta nizamlanır (şkafların üzərində temperaturu göstərən şkala 180⁰-yə qalxdıqdan sonra

sterilizasiyanın vaxtı hesablanır və 40 dəqiqə müddətində sterilizasiya aparılır).

Qeyd: Müasir cərrahiyyədə alətlərin çeşidlənərək buxarla sterilizasiyasında kraft paketindən geniş istifadə olunur. Bunun üçün xəstəxanalarda müasir kraft paketi hazırlayan avtomatlaşdırılmış dəzgahlar mövcuddur. Kraft paketləri xüsusi perqament kağızlarından hazırlanır ki, bu kağızların məsamələri 100^0 -dən yuxarı temperaturda açılaraq buxarı içəri buraxır, temperatur aşağı düşdükdə isə tam hermetiklik əmələ gəlir. Sterilizasiyaya nəzarət üçün kraft paketlərin kənarlarına indikator lentlər yapışdırılır. Sterilizasiyadan əvvəl indikator lentlər açıq çəhrayı, sterilizasiyadan sonra isə bənövşəyi rəng alır. Kraft paketlərdə dəzgahla dörd tərəfdən yapışdırılmış halda alətlər 20 gün sterilliyini itirmir. Kraft paketlərdən 5 dəfə istifadə etmək olar.

Quruducu şkaflın boşaldılması

İşin ardıcılığı:

1. Sterilizasiya müddəti başa çatdıqdan sonra quruducu şkaflı şəkəkdən ayrılır.
2. 5-10 dəqiqədən sonra əməliyyat tibb bacısı cərrahi alətlər qoyulmuş metal toru şkaflıdan çıxarır və qabaqcadan hazırlanmış üzəri steril müşəmbə və 4 qatlı steril mələfə ilə döşənmiş stola gətirir.

Sterilizasiyaya nəzarət

Sterilizatorların işinə nəzarətin bakterioloji, fiziki və kimyəvi metodu mövcuddur.

Bakterioloji metod. Ən etibarlı və dəqiq metod olub, sterilizasiya olunmuş materialın çirklənməsi və onda olan mikrob florası haqqında məlumat verir. Bu üsuldə sterilizasiya olunmuş materiallardan ayda bir dəfə nümunə götürülərək bakterioloji laboratoriyaya göndərilir və əkmə yolu ilə nəzarət aparılır. Əkmənin nəticələri 48-72 saatdan sonra alınır. Bu metod çox vaxt tələb etdiyindən gündəlik təcrübədə istifadə olunmur.

Fiziki metodda sterilizatorların işinə buxarın temperaturu ilə təzyiqli arasında yaranan ciddi fiziki asılılığın köməyi ilə nəzarət edilir (1 atmosferdə - 120^0 C, 1,5 atmosferdə - 127^0 C, 2 atmosferdə - 132^0 C olur).

Kimyəvi metodda sterilizatorların işinə kimyəvi testlər və ya qabaqcadan ərimə temperaturu məlum olan maddələrdən istifadə etməklə, eləcə də temperaturdan asılı dəqiqliklə özünün rəngini və aqrekat halını dəyişən termokimyəvi indikatorlardan istifadə olunur.

Bunlara - sidik cövhəri (karbamid) - ərimə temperaturu 132^0 C, benzoy turşusu - ərimə temperaturu 120^0 C, amidopirin - ərimə temperaturu 110^0 C, kükürd-ərimə temperaturu 117^0 C, rezorsin -ərimə temperaturu 119^0 C, 120-

132⁰C-də rəngini dəyişən termoinikator kağızı və 180⁰ dərəcədə rəngini dəyişən tiomoçevin aiddir.

Sterilizasiyanın sonunda indikator sterilizatorndan çıxarılır, vizual olaraq onun aqreqat halı və rəngi müəyyənləşdirilir. Məsələn benzoy turşusu bərabər şəkildə əriyibsə və ya termoinikator kağızı rəngini dəyişibsə, deməli sterilizasiya üçün verilən temperatur həddi alınmış və nəticə qənaətbəxşdir (avtoklavda temperatur 120⁰ C imiş).

Nəticə qənaətbəxş olmadıqda kimyəvi maddədə bərabər səviyyəli ərimə və rənginin dəyişilməsi baş vermir. Bu isə sterilizasiya üçün verilən temperaturun alınmadığını bildirir.

Sterilizasiya olunmuş məmulatın saxlanma müddəti

- filtrsiz bikslərdə -3 gün
- filtrlı bikslərdə -20 gün
- polietilen paketlərdə -5 il
- ikiqatlı bezlərdə -3 gün
- kraft paketlərdə - 20 gün
- perqament paketlərdə - 20 gün
- isti ilə tikilmiş şəffaf paketlərdə -1 il
- isti ilə tikilmiş kağız paketlərdə - 3 həftə
- ikiqat möhkəmləndirilmiş, yapışqan lentlə bağlanmış kağız bağlamalarda -3həftə
- qoruyucu təbəqə ilə örtülmüş və isti ilə tikilmiş qutularda - 5 il.

SARĞI VASİTƏLƏRİNİN HAZIRLANMASI

Cərrahlıq təcrübəsində sarğı materialı kimi pambıq, tənzif, viskoz, sintetik parçalar, iplik, lavsan və s. istifadə olunur.

Sarğı vasitələri isə irinli yaraların və digər zədələnmiş dəri və toxumaların müalicə və profilaktikası üçün nəzərdə tutulmuş tibbi məmulatdır. Sarğı vasitələrinə salfetlər, tamponlar (tıxaclar), kürəciklər, turundalar (piltələr), tupferlər (zond-tamponlar) aiddir. Onlar yüksək hiqroskopiklik nümayiş etdirən və elastiklik qabiliyyətinə malik tənzif və pambıqdan hazırlanır. Ümumiyyətlə sarğı materialları və vasitələri aşağıdakı tələblərə cavab verməlidir:

- yüksək hiqroskopiklik nümayiş etdirdikləri kimi, eyni zamanda nəmi də yaxşı buxarlandırmalı;
- yarada regenerativ prosesləri ləngitməməli;
- allergik reaksiya və orqanizmə digər zərərli təsir göstərməməli;

- kifayət qədər, yumşaq, möhkəm və elastik olmalı;
- sterilizasiya vaxtı, eləcədə dərman preparatları və yara ifrazatı ilə təmasda olduqda keyfiyyətini itirməməli və xassələrini dəyişməməlidirlər.

Təcili və təxirəsalınmaz əməliyyatların icrasında və təcili tibbi yardımlarda sarğı vasitələrinə ehtiyac yarandığı üçün, onları həmişə qabaqcadan hazırlayıb ehtiyatda saxlanması məsləhət görülür. Sarğı vasitələrini hazırlamaq üçün üzəri plastik örtük və ya linoleum, ya da müşəmbə ilə örtülmüş geniş stolla təchiz olunmuş material otağı ayrılır. Bu stol başqa məqsədlərlə istifadə olunmamalıdır. Sarğı vasitələri hazırlanmazdan qabaq tibb bacısı stolu dezinfeksiya edir, saçlarını baş örtüyünün altına səliqə ilə yığır və əllərini diqqətlə yuyur. Bundan sonra tənzifi stolun üzərinə uzunluğu ən azı bir metr olmaq şərti ilə 10 qat yığaraq, iti qayçı, yaxud elektrik bıçağı ilə hazırlanacaq sarğı vasitəsinə uyğun kəsilir. Sarğı vasitələri hazırlanarkən tənzifin kənarları içəri qatlanır ki, kiçik sap qırıntıları yaraya düşməsin (şəkil 1).

Salfetlərin hazırlanması

Əməliyyatlar və sarğılar zamanı işlədilən salfetlər 3 ölçüdə - böyük (40×60), orta (40×30) və kiçik (25×20) ölçüdə, standart ölçülü (100×70sm) tənzif parçasından hazırlanır.

Göstəriş: salfetlər yaranın qurudulmasında, əməliyyatlar zamanı daxili orqanların tutulmasında, yaraların kənarlarına salınmasında, yara kənarlarının qorunmasında, hemostatik, antimikrob, ağrısızlaşdırıcı və s. məqsədlə istifadə olunur

Lazım olan vəsait:

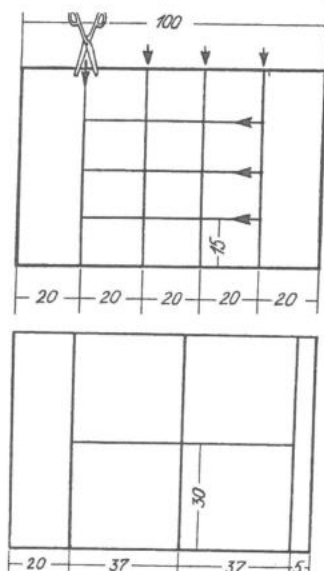
- tənzif (ağ, hiqroskopik, yumşaq və yağsızlaşdırılmış);
- stol;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

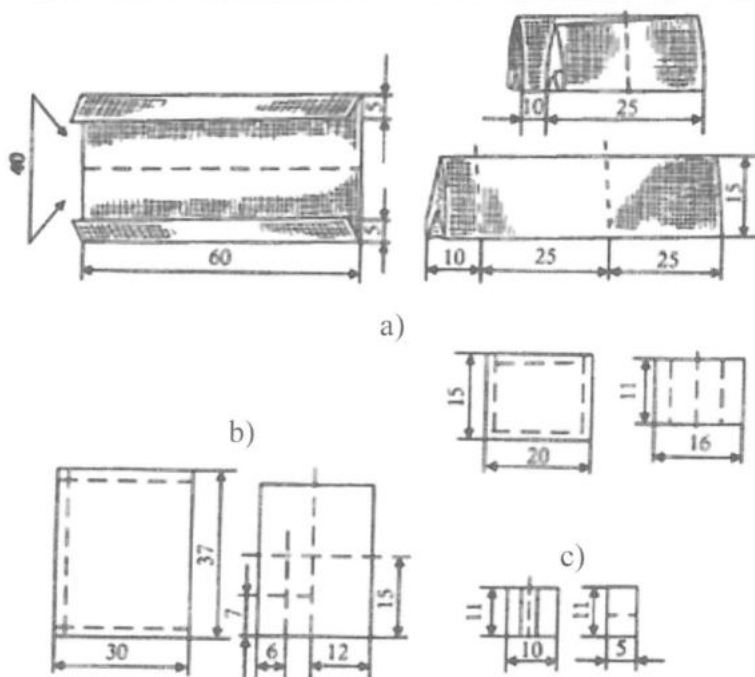
1. Tənzifin keyfiyyəti yoxlanılır.
2. Təmiz əllərlə tənzif xüsusi stol üzərinə sərilir, qəbul olunmuş sxemlərdən biri üzrə kəsilir.
3. Kəsilmiş tənzifin kənarları hər tərəfdən 3-5 sm içəri büküldükdən sonra uzununa qatlanır.
4. Tənzifin kənarları eninə doğru bir-birinə toxundurularaq içəri bükülür.
5. Alınan salfet uzunluğu boyu tən ortadan bir də qatlanır.
6. Hazırlanmış salfetlər on-on və ya iyirmi-iyirmi sayılıb enli tənzifə bürünərək yığılır və beli bağlanır.

Qeyd:

- ✓ Orta ölçülü salfetlər də eyni qayda ilə hazırlanır.
- ✓ Kiçik salfetlər isə böyük salfetin həm boylama, həm də köndələn istiqamətdə yarıya bölməklə eyni ardıcılıqla hazırlanır. (şəkil 2)



Şəkil 1. Sarğı vasitələri hazırlanarkən tənzifin biçilməsi.



Şəkil 2. Sarğı vasitələrinin qatlanması sxemi
a) böyük salfetlər; b) orta ölçülü salfetlər; c) kiçik salfetlər

Tamponların (tıxacların) hazırlanması.

Tamponlar (tıxaclar) da (böyük, orta, kiçik) salfetlərin hazırlandığı tənzif parçasından hazırlanır.

Göstəriş: tamponlar yara və boşluqların qurutmaq məqsədi ilə doldurulması, irinli boşluqların drenaj edilməsi, qanın və irinin xaric edilməsi, qanaxmaların dayandırılması, əməliyyat yarasının ətraf təsirlərdən qorunması məqsədi ilə hazırlanır.

Lazım olan vəsait:

- tənzif (ağ, hiqroskopik, yumşaq və yağsızlaşdırılmış);
- stol;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Tənziyin keyfiyyəti yoxlanılır.
2. Təmiz əllərlə tənzif xüsusi stol üzərinə sərilir, qəbul olunmuş sxemlərdən biri üzrə kəsilir.
3. Tənzif parçasının kənarları hər iki tərəfdən 5-6 sm içəri bükülür.
4. Tənzif, uzunluğunu yarımından iki yerə qatlanır.
5. Alt qatının sərbəst ucu o biri tərəfin içərisinə keçirilir.
6. Hazırlanmış tamponlar on-on sayılaraq salfetlərə bükülür və belə bağlanır.

Kürəciklərin hazırlanması

Kürəciklər böyük – (18×18 sm), orta – (8×10 sm), kiçik – (6×8 sm) və “Uçur” kürəciyi (2×2 sm) ölçüdə hazırlanır.

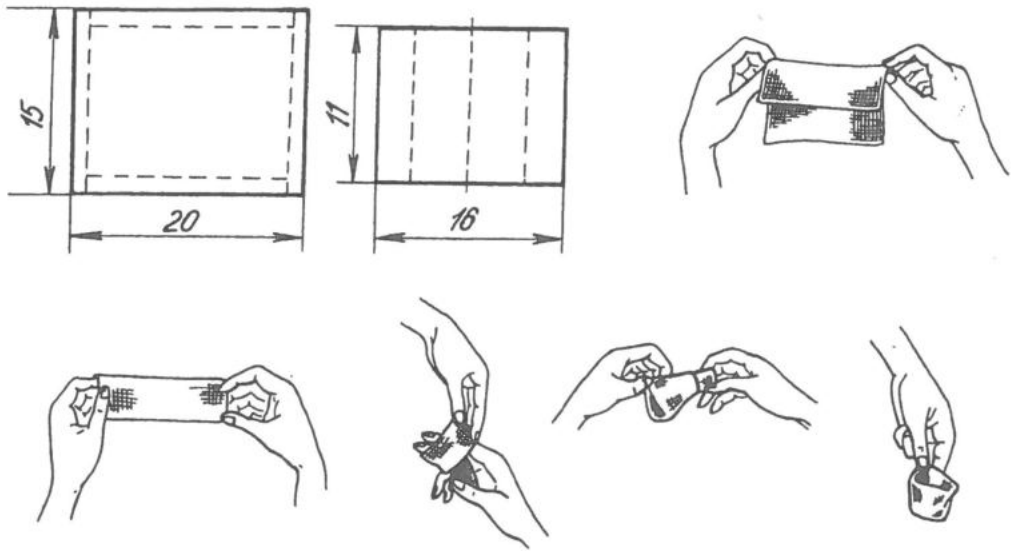
Göstəriş: kürəciklər yaranın qurudulması, qanın xaric edilməsi, qanaxmanın dayandırılması, yara kənarının təmizlənməsi, əməliyyat sahəsinin hazırlanması və sarğılar zamanı istifadə olunur (şəkil 3).

Lazım olan vəsait:

- salfet;
- stol;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Salfetin bütün tərəfləri 2 sm içəri doğru qatlanır və kənarları boy-lama birləşdirilir ki, zolaq əmələ gəlsin.
2. Tənzif zolaq sol əlin baş barmağının dırnaq falanqası üzərinə qoyu-laraq bir dəfə elə fırladılır ki, üçkünc “kağız zərfin” formasını alsın.
3. Zolaq barmaqdan çıxarılır və sonu növbəti dəfə fırladılaraq “kağız zərfin” keçəcəyinə salınır.
4. Hazırlanmış kürəcik yumşaq, yumru (koppuş) olmalı və səthində tənziyin sərbəst ucları olamamalıdır.
5. Kürəciklər tənzif salfetə və ya tənzif kisəciyə əlli-əlli sayılaraq yığılır və belə bağlanır.



Şəkil 3. Kürəciklərin hazırlanması

Turundaların (piltələrin) hazırlanması

Göstəriş: turundalar (piltələr) kiçik boşluqları və irinli yaraları drenajlamaq və damarları sıxmaq üçün tətbiq edilir.

Lazım olan vəsait:

- bint;
- eni 5 sm, uzunluğu isə 40-50 sm olan tənzif parçası;
- stol;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Bintin kənarları daxilə doğru 1-1,5 sm qatlanır.
2. Bundan sonra bintin ucları bir-birinə birləşdirilərək stolun kənarına sürtülməklə ütülənir.
3. Bint bir dəfə də qatlandıqdan sonra, təkrar stolun kənarı ilə ütülənir.
4. Alınmış zolaq sol əlin II və ya III barmağının ətrafına dolandıqdan sonra çıxarılır və sərbəst ucu əmələ gələn həlqənin daxilinə salınır.
5. Piltələr yumaq şəklində bağlanaraq salfətlərə bükülür.

Tupferlərin (zond-tamponların) hazırlanması

Göstəriş: yaraların sarınmasında istifadə edilir.

Lazım olan vəsait:

- pambıq (ağ və boz);

- 15-20 sm uzunluğunda taxta və ya plastmas çubuqcuq;
- stol;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Uzunluğu 15-20 sm olan taxta və ya plastmas çubuğun ucuna pambıq tikəsi dolanır.
2. Pambıq bir neçə dəfə fırladılaraq çubuğa fiksasiya edilir.
3. Hazırlanmış tupferlər dəstə şəklində pambıq ucları örtülmək şərti ilə tənzip salfetə bükülür.

Qeyd: Çalışmaq lazımdır ki, yaraya düşməməsindən ötrü, hazırlanmış sarğı vasitələrində tənzipin sapları və qırıntıları olmasın.

Materialların biksə yığılma üsulları

Hazırlanmış sarğı vasitələri tənzip salfetlərə büründükdən sonra dəstələrlə yığılaraq düyünlənir və divarlarında açılıb-örtülən xüsusi məsamələr – yan dəlikləri olan dairəvi metal qutulara – bikslərə yığılır. Materialların bikslərə yığılmasının 3 növü mövcuddur.

1. **Universal və ya komplekt yığma** – Bir əməliyyat üçün lazım olan sarğı materialları, əməliyyat ağıları və əməliyyatın iştirakçılarının paltarları bir biksə yığılır. Bu zaman eyni biksə orta ağırlıqlı əməliyyatlar (herniotomiya, appendektomiya və s.) üçün lazım olan bütün növ materiallar sarğı vasitələri, ağılar, geyimlər) yığılır. Əvvəl sarğı vasitələri, sonra ağılar və mələfələr, ən üst qatda tibb bacısına lazım olan xalat, qalpaq, maska, salfet və dəsmal qoyulur.
2. **Məqsədyönlü yığma** – bu zaman biksə müəyyən bir cərrahi əməliyyatlar (mədə rezeksiyası, xolesistektomiya və s.) üçün nəzərdə tutulan materiallar yığılır.
3. **Növə görə yığma**– bu zaman hər biksə ancaq bir növ materiallar yığılır (məsələn ancaq xalatlar).



Şəkil 4. Bikslərin növləri və ehtiyat filtrlər

Diqqət! Bikslər müxtəlif ölçü və formada, bakterisid filtrlı və filtrsiz olurlar. Qıfılı xarab olan və hərəkətedici kəməri kip bağlanmayan bikslərdən istifadə qadağandır!

Sarğı vasitələrinin bikslərə yığılması

Göstəriş: əməliyyat və sarğılar zamanı istifadə olunan sarğı vasitələrinin sterilizasiyaya hazırlanması.

Lazım olan vəsait:

- bikslər;
- biksi təmizləmək üçün 1%-li xloramin məhlulu və ya 70⁰-li etil spirti və ya 0,05%-li naşatır spirti;
- 2 ədəd təmiz əski parçası;
- 2 ədəd xloramin qabı;
- əlcəklər, maska;
- biksin içərisinə sərmək üçün böyük ölçülü kətan salfet;
- sterilizasiyaya nəzarət etmək üçün 3 ədəd indikator;
- sarğı vasitələri (10-10 bağlanmış salfetlər, 50-50 yığılaraq düyünlənmiş kürəciklər, tamponlar, turundalar, tupferlər);
- üzərində xəstəxananın, şöbənin (və ya kabinetin) adı, biksdəki materialın növü və miqdarı, sterilizasiyanın tarixi, yığılmanın tarixi, materialı yığanın adı və soyadı yazılmış, müşəmbədən hazırlanmış 13x10 sm ölçüdə birka (şəkil5).

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulur, qurudulur.
2. Biksin yararlılığı və hermetikliyi yoxlanılır.
3. Əlcəklər və maska geyilir.
4. Əskilərdən biri göstərilən antiseptiklərdən hər hansı birində isladılır.
5. Biksin içərisi ortadan tədricən yanlara doğru, sonra qapağın içəri səthi, daha sonra biksin xarici səthi 2 dəfə - əvvəl bir, sonra digər əski ilə silinir.
6. Əlcəklər və maska çıxarılır, əllər yuyulur və qurudulur.
7. Biksin deşikləri açılır (biks filtirsizdirsə)
8. Salfet (bez) biksin içərisinə və kənarlarına elə sərilir ki, onun 2/3 hissəsi biksdən kənara çıxsın.
9. Biksin dibinə indikator yerləşdirilir.
10. Sarğı vasitələri qat-qat, vertikal, şöbələrə və sıx yığılır.
11. İkinci indikator biksin orta hissəsinə qoyulur.
12. Salfetin biksdən kənara çıxmış hissəsi ilə yığılmış material örtülür.
13. Salfetin üstünə üçüncü indikator qoyulur.
14. Biksin qapağı kip bağlanır, yan dəlikləri hərəkət edən metal kəməri hərəkət etdirməklə açılır və kilidlənir, dəstəyinə qeyd aparılmış birka bağlanır və məsul şəxs tərəfindən imzalanır.

<p>Şöbə: cərrahiyyə (sarğı otağı)</p> <p>Yığılmış material</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	
<p>Sterilizasiya tarixi _____</p> <p>Məsul şəxsin imzası _____</p>	<p>Biksin açılma tarixi _____</p> <p>Tibb bacısının imzası _____</p>

Şəkil 5. Birka nümunəsi

Dəyişəyin və geyimlərin bikslərə yığılması

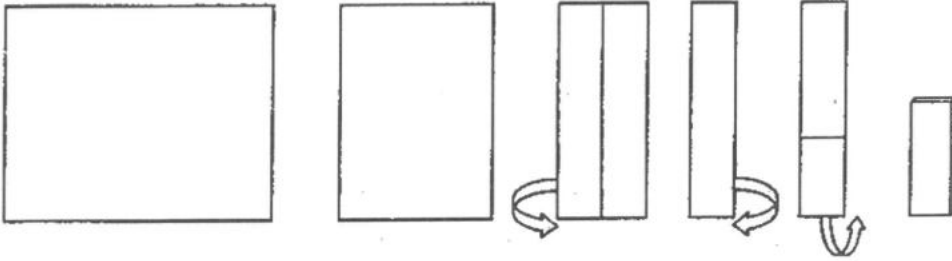
Lazım olan vəsait:

- biksi təmizləmək üçün dezinfeksiyaedici məhlul və ya spirt;
- dezinfeksiyaedici məhlul üçün 2 ədəd qab;
- 2 ədəd təmiz əski parçası;
- əlcəklər, maska;
- biksin içərisinə sərmək üçün böyük ölçülü kətan salfet;
- sterilizasiyaya nəzarət üçün 3 ədəd indikator;
- cərrahi xalatlər, ağlar, maskalar, tənzip şlem, kətan bezdən papaq (qalpaq);
- müşəbbədən hazırlanmış 13x10 sm ölçüdə birka.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulur, qurudulur.
2. Biksin yararlılığı və hermetikliyi yoxlanılır.
3. Əlcəklər və maska geyilir, dezinfeksiyaedici məhlulda isladılmış əski hazırlanır.
4. Əskilərdən biri göstərilən antiseptiklərdə isladılır.
5. Biksin içərisi ortadan tədricən yanlara doğru, sonra qapağın içəri səthi, daha sonra biksin xarici səthi 2 dəfə - əvvəl bir, sonra digər əski ilə silinir.
6. Əməliyyat ağları hazırlanır, onların tamlığı yoxlanılır.
7. Ortasından qatlanmış mələfə bükülmüş yerindən tutulur, iki dəfə yarıdan qatlanır (4 qatlı olur), sonra bir kənarı o biri kənarına ortada yaxınlaşdırılır, təzədən bir də qatlanır, daha sonra aşağı tərəfi yuxarıya doğru üstünə gətirilərək bükülür (şəkil 6).
8. Xalatlərin boğazlığı və bağları yoxlanılır.
9. Xalatlərin bağları içəridə qalmaq şərti ilə bükülür, sonra xalatlərin qolu o biri qoluna söykədilərək, qol yerinədək boylama bükülür və aşağıdan yuxarı doğru kitab şəklində elə qatlanır ki, qollar da içəri bükülmüş olsun.

10. Dəsmallar aşağıdan yuxarı doğru kitab şəklində, sonra isə ikiqat qatlanır.
11. Ləçəklər ortadan (4 qat), sonra yenə ortadan (6 qat) bükülür.
12. Maskaların bağları içəridə saxlanılmaqla ikiqat bükülür.
13. Sarğı vasitələrinin sterilizasiyaya hazırlanmasındakı qaydalar gözlənilməklə əvvəl xalatlər (yaxalığı yuxarıda olmaq şərti ilə) sonra ağlar, ləçəklər və maskalar yığılır.
14. Biksın qapağı kip bağlanılır, yan dəlikləri metal kəməri hərəkət etdirməklə açılır və kilidlənir, dəstəyinə qeyd aparılmış birka bağlanılır və məsul şəxs tərəfindən imzalanılır.



Şəkil 6. Mələfələrin qatlanması qaydası

Qeyd: Biksın hermetikliyinə əmin olmaq üçün bilmək lazımdır:

- ✓ qapağının kip bağlanmasını;
- ✓ biksın dəlikləri ilə kəmərın dəliklərinin üst-üstə düşüb, düşməməsini;
- ✓ hərəkət edən metal kəmərın fiksasiyaedici kilidinin möhkəmliyini.

TİKİŞ MATERIALLARININ STERİLİZASİYASI

Cərrahi əməliyyatlar zamanı toxumaları birləşdirmək üçün ipək sap, ket-qut, at tükü, kapron, neylon saplar və bir sıra başqa materiallar tətbiq edilir. Tikiş materiallarının orqanizmin toxumalarında qalması və onlar düzgün sterilizasiya edilmədikdə infeksiya mənbəyi ola bilmələri ilə əlaqədar tikiş materiallarının sterilizasiyası xüsusi diqqət tələb edir.

Müasir tikiş materiallarına qoyulan tələblər:

1. Tikiş materialları kifayət qədər elastik və sürüşkən olmalıdır
2. Yaranın sağalma müddəti ilə sapın öz-özünə sorulması uyğun gəlməlidir.
3. Asan düyünlənən olmalı, düyün açılmamalı və düyünləndikdə dartılarkən dözümlü olmalıdır.
4. Möhkəm, qeyri hiqroskopik olmalı, toxumalarda köpməməlidir.
5. Antibakterial təsir göstərməlidir.

6. Allergik və kanserogen təsirə malik olmamalıdır.
7. Səthləri hamar olmalı və toxumaları zədələnməməlidir.

İpək sapın sterilizasiyası

İpək sap yumaqlarını iki yerdən möhkəm bağlayırlar. Nazik saplar 6-6, qalın saplar isə 4-4 bağlanır. Bu bağlamalar 3 dəfə sabunlu suda yaxalanır. Bağlamalar açıldıqdan sonra steril dəsmalla qurudulur və başqa steril dəsmalla örtülür. Sonra sap əşya şüşəsinə və ya mağaraya səkkizvari və ya dairəvi şəkildə boş sarınır ki, yaxşı sterilizasiya olunsun. Sterilizasiya aşağıdakı üsullarla aparılır.

Koxer üsulu

İşin ardıcılığı:

1. Qurudulmuş ipək sap steril əl və ya pinsetlə ağzı kip bağlanmış steril bankaya köçürülür.
2. Yağsızlaşdırılmadan ötrü burada 12 saat efirdə saxlandıqdan sonra steril dəsmalla qurudulur və efir buxarlananadək saxlanılır.
3. Bundan sonra digər steril bankaya köçürülüb 12 saat 70⁰-li etil spirtində saxlanılır.
4. Daha sonra 1:1000 nisbətində süleymani məhlulunda 10 dəqiqə müddətində qaynadılır.
5. Ağzı kip qapaqlı 96⁰-li etil spirtində işlədilərək saxlanılır.
6. İki gündən sonra bakterioloji nəzarət aparılır.

Perşin üsulu

Bu üsulda da bütün ardıcılıq Koxer üsulunda olduğu kimidir. Lakin ipək sap dolanmış mağaralar süleymani məhlulunda qaynadılır.

İşin ardıcılığı:

1. 1:1000 nisbətində hazırlanmış diosid məhlulunda 24 saat müddətində saxlanılır.
2. Yenidən ağzı kip qapaqlı diosid məhlulu olan bankaya köçürülür.
3. İki gündən sonra bakterioloji nəzarət aparılır.

Bakulev üsulu

İşin ardıcılığı:

1. İpək yumağı isti 0,5%-li naşatır spirti məhlulunda sabunla yuyulur.
2. Steril dəsmalla qurudulduqdan sonra ayrıca biksdə avtoklava yığılaraq 2 atmosfer təzyiq 132⁰ C temperaturda 30 dəqiqə müddətində sterilizasiya edilir.

3. Bundan sonra ağzı kip bağlanan steril bankaya yığılaraq 96⁰-li etil spirtində saxlanılır.
4. Beş gündən sonra bakterioloji nəzarət aparılır.

Sintetik sapların sterilizasiyası (kapron, neylon, lavsan)

Bu saplar ipək sapa nisbətən daha möhkəm və davamlı olub, sterilizasiyası ipək sapa sterilizasiyası qaydaları ilə aparılır. Lakin bu zaman qaynama 20-30 dəqiqə müddətində aparılmalıdır.

Kapron dan başqa bütün növ sapları avtoklavda sterilizasiya etmək olar. Lakin bu zaman onların möhkəmliyi bir qədər azalmış olur.

Sterilizasiyadan sonra saplar ağzı kip bağlanmış bankalarda, 96⁰-li etil spirtində saxlanılır.

***Qeyd:** Bütün saplar onların üzərini örtən məhluldan ən azı 5-6 sm aşağıda olmalıdır. Steril sap bankaları ağzı kip bağlanılaraq, qaranlıq şkafta saxlanılmalı və vaxtaşırı laborator müayinədən keçirilməlidir. Bankanın üzərindəki birkada sapa növü, nömrəsi, sterilizasiyanın başlanma və qurtarma tarixi, bakterioloji müayinənin tarixi yazılmalıdır. Qalınlıqlarından asılı olaraq saplar nömrələnir. Sapların qalınlığı artdıqca ölçüsü böyüyür.*

Ketqutun sterilizasiyası

Ketqutu qaynatmaq və avtoklava qoymaq mümkün olmadığı üçün onu soyuq üsulla steriləşdirirlər. Sterilizasiyanın ən çox yayılmış üsulları aşağıdakılardır:

Sitkovski metodu

İşin ardıcılığı:

1. Ketqut yumaqları 12 saat müddətində ağzı kip bağlanmış efirdə saxlanılır.
2. (1:1000) nisbətində süleymani məhlulunda isladılmış tamponla silinir.
3. Sonra 2%-li kalium yodidin sulu məhlulunda 0,5-1 dəqiqə müddətində saxlanılır.
4. Daha sonra ketqutu halqa kimi sarıyıb uzun saplara bağlayır və ağzı şüşə tıxacla kip bağlanan steril bankalarda iki cərgə asırlar.
5. Bankanın dibinə (3 litrlik bankaya 40,0 qram olmaqla) yod kristalları tökülür.
6. Bankanın tıxacı steril salfetlə bağlandıqdan sonra üzərinə parafin tökülür.
7. Yod buxarlarının qatlara bərabər yayılması üçün hər gün bankanı çalxalayirlar.

8. Nazik ketqutlar 3 gün, qalınları 4-5 günə hazır olur.
9. Vaxt başa çatdıqdan sonra ketqutlar steril alətlə steril bankaya köçürülür və bir hissəsi kəsilib sterilliyini yoxlamaq üçün bakterioloji müayinəyə göndərilir.

Ketqutun spirtli lüqol məhlulunda sterilizasiyası (Qubarev üsulu ilə)

İşin ardıcılığı:

1. Ketqut yumaqları efirdə 12 saat saxlanılır.
2. Sonra efir boşaldılır və əvəzinə lüqolun spirtdə məhlulu tökülərək 3 gün müddətində saxlanılır.
3. Bundan sonra lüqol boşaldılır və bankaya təzə lüqolun spirtdə məhlulu tökülərək 8 gün müddətində saxlanılır.
4. Sterilizasiya başlandıqdan 16-cı sutkada bakterioloji nəzarət aparılır.
5. Lüqol məhlulu hər 7-10 gündən bir dəyişdirilməlidir.

Ketqutun sulu lüqol məhlulunda sterilizasiyası (Klaudis metodu).

İşin ardıcılığı:

1. 12 saat efirdə saxlanılmış ketqut yumaqları lüqolun sulu məhluluna köçürülərək 8 gün müddətində saxlanılır.
2. Məhlul atıldıqdan sonra ketqutun üzərinə təzə hazırlanmış lüqol məhlulu tökülür və daha 8 gün saxlanılır.
3. Sonra ketqut 96⁰-li etil spirtinə köçürülərək 4 gün saxlanılır.
4. Bakterial nəzarət aparıldıqdan sonra hər 7-10 gündən bir spirt dəyişdirilir.
5. Ketqut və ipək tikiş sapları sterilizasiyadan sonra xüsusi şüşələrdə 70⁰-li etil spirtində saxlanılır.

Qeyd: Müasir dövrdə ketqut, ipək və kapron saplar istehsalat üsulu ilə hazırlandığı üçün onların sterilizasiyası radiasiya metodu (qamma şüalarla) ilə aparılır və ikiqat polimer bağlamalarda və ya lehimlənmiş ampullarda buraxılır. Belə saplar öz sterilliyini uzun müddət saxlayırlar. İstifadə edilməzdən əvvəl ampullar 3-lü məhlul, 6%-li hidrogen peroksid məhluluna və ya 0,5%-li xlorheksidin məhluluna buraxılır və bir saat müddətində saxlanılır. İstifadə edilən zaman köməkçi tərəfindən steril kornsənqlə götürülüb ampullar açılır. Sapların artıq hissəsi ağız kip bağlanmış 96⁰-li etil spirtində saxlanılır. Tikiş materialı olan bankanın spirti hər 10 gündən bir dəyişdirilməlidir.

Tikiş materiallarının sürətləndirilmiş sterilizasiya qaydası

Bu məqsədlə 4,8%-li pervomur məhlulu istifadə olunur.

İşin ardıcılığı:

1. Tikiş materialı qabaqcadan yağsızlaşdırılma aparılmadan, 4,8 %-li pervomur məhluluna salınır.
2. 18-20⁰C temperaturda 15 dəqiqə müddətində bağlı emallı və ya kip qapalı şüşə qabda saxlanılır
3. Sterilizasiyanın sonunda tikiş materialı steril pinsetlə götürülür və hər birində 5 dəqiqə müddətində saxlanılmaqla, içərisinə fizioloji məhlul tökülmüş iki qaba ardıcıl olaraq keçirilir
4. Yuyulduqdan sonra içərisinə steril mələfə sərilməmiş steril qaba qoyulur.

Metal sapların (polad, tantal) sterilizasiyası

Bunlara simlər, serfinlər, sancaqlar, qövslər və s. aiddir. Metaldan hazırlanan tikiş materialları da avtoklavda və ya quruducu şkafda cərrahi alətlərlə birlikdə steril olunur.

Qeyd: Hazırda tikiş materiallarının çeşidi gündən-günə artmaqdadır. Sorulmayan tikiş materialları təbii və sintetik mənşəli olur. Təbii mənşəli sorulmayan tikiş materiallara ipək, pambıq, kətan saplar aiddir. Sintetik mənşəli sorulmayan saplara isə marilon, poliester, etilon, nurolon, mersilen, etibon, prolen, monomit polikapramid, mononit, propilen monofilit, kaprogent, lavsan, neylon, dakron, poliester, poliamid aiddir. Bu tikiş materialları əməliyyatdan 5-8 gün sonra sökülür.

Sorulan tikiş materialları təbii və sintetik mənşəli olur. Təbii mənşəli tikiş materialına sadə və xromlaşmış ketqut; sintetik mənşəli tikiş materialına marlin, vikril, podiodikson, poliqlikapron, plidiaksananon, turş poliqlikol aiddir. Bu tikiş materiallarını sökmək lazım deyil. Onlar orqanizmdə 40-90 gün müddətinə fermentativ təsirə məruz qalaraq sorulur. Vikril saplar toxumalar tərəfindən inkapsulyasiya edilərək tədricən sorulur və müasir cərrahiyyədə geniş istifadə olunur.

II BÖLMƏ

ƏMƏLİYYAT BLOKUNDA İŞİN TƏŞKİLİ

Əməliyyat blokuna əməliyyat otağı, əməliyyatdan qabaqkı otaq, narkoz otağı, cihazların yerləşdirilməsi üçün otaq, avtoklav-sterilizasiya otağı, material otağı, əməliyyat baş tibb bacısının kabineti, əməliyyat tibb bacılarının otağı, soyunub-geyinmə otağı və sanitar qovşağı aiddir.

Cərrahi şöbənin işinin həcmindən asılı olaraq əməliyyat blokunda bir neçə əməliyyat otağı ola bilər. Onlara planlı, təxirəsalınmaz, aseptik və irinli əməliyyat otaqları aiddir.

Əməliyyat bloku digər otaqlardan dəhliz vasitəsilə ayrılır. Qapısı həmişə bağlı saxlanılır, ventilyasiya sistemi bakterial filtrlərlə təchiz olunur. Tavanı boyaqla rənglənir, divarlarına kafel, döşəməsinə isə asan silinə bilən material döşənir. Əməliyyat otağı bakterisid ultrabənövşəyi lampalarla təchiz olunur.

Əməliyyat otağının hazırlanması

Əməliyyat otağında temperatur 18°C -dən aşağı olmamalıdır. Avadanlıq və mebel yalnız əməliyyat üçün vacib olan əşyalardan ibarət olmalıdır. Bunlara əməliyyat stolu (xəstəyə müvafiq vəziyyət vermək mümkün olan universal stol), böyük alətlər stolu, səyyari stol, diatermokoaqulyator, elektrik sorucusu, narkoz üçün aparatlar, kölgə salmayan stasionar lampa, səyyari reflektor lampa, bixslər üçün altlıq və ləyənlər aiddir.

Əməliyyat otağı hər gün işdən sonra yalnız yaş üsulla təmizlənməlidir. Bunun üçün müxtəlif dezinfeksiyaedici maddələrdən istifadə olunur. Divarlar, tavan və döşəmə kimyəvi maddələrlə silindikdən sonra, isti su ilə yuyulur. Təmizlənmənin sonunda mebellər, divar və döşəmə təmiz əski ilə silinir. Daha sonra 6-8 saat müddətində bakterisid lampa yandırılır. Bir lampa 30 m^2 sahə üçün nəzərdə tutulur.

Bütün təmizlənmələr əməliyyat otağından başlanır, sonra sterilizasiya və alətlər otağı, daha sonra isə əməliyyatdan qabaqkı otaq və digər otaqlar təmizlənilir.

Əməliyyat bloku, eləcədə əməliyyat otağı həftədə bir dəfə böyük tibb bacısının qrafiki əsasında əməliyyat təyin olunmayan gün əsaslı surətdə təmizlənilir.

Otağın dezinfeksiyasına nəzarət vizual, bakterioloji, bioloji və kimyəvi metodlarla aparılaraq bakteriyaların növü aşkarlanır. Eyni zamanda 1 m^3 havaya düşən qızılı stafilokokların ümumi miqdarı təyin olunur. Sınaq, dezinfeksiyadan 30-40 dəqiqə sonra götürülür. Bu zaman sınağın götürülmə

tarixi, dezinfeksiyaedici məhlulu hazırlayan şəxsin kimliyi və hazırlanma tarixi və saxlama müddəti qeyd edilir. Buraya yalnız tibb işçiləri xalat, qalpaq, maska və xüsusi corablar (baxillər) geyindikdən sonra girməlidirlər. Əməliyyat blokunun bütün otaqlarında papiros çəkmək qəti qadağandır.

Əməliyyat otağına qoyulan tələblər

Əməliyyat otağı günün bütün saatlarında əməliyyatların həyata keçirilməsi üçün həmişə hazır vəziyyətdə olmalıdır. Əməliyyat otağı əməliyyat olmayan vaxtlarda bağlı qalmalıdır. Təcili əməliyyatlar üçün növbətçi əməliyyat otaqları ayırd edilir. Əməliyyatdan qabaq bütün iştirakçılar – cərrah, köməkçi cərrah və tibb bacısı duş qəbul edib, pambıq parçadan hazırlanmış paltar geyindikdən sonra əməliyyat blokuna girməlidirlər. Hərəkət zamanı sürtünmədən elektriklişən, bədəndə elektrikin toplanmasını yaradan yun və sintetik paltarlardan (neylon, kapron) istifadə etmək olmaz. Bu zaman elektrostatik gərginliyin artması hesabına əməliyyat otağında partlayış təhlükəsi yarana bilər. Əməliyyat otağına daxil olmazdan əvvəl xalat çıxarılır, maska taxılır, baxil geyildikdən sonra əlləri əməliyyata hazırlamaq və steril paltarı geyinmək üçün ciddi şəkildə steril olunmuş xüsusi otağa daxil olurlar. Əməliyyatda iştirak etməyən tibbi personalın əməliyyat otağına daxil olması qadağandır.

Əməliyyat otağına daxil olmaq ciddi olaraq məhdudlaşdırılır. Əməliyyat otağına giriş yalnız təmiz və səliqə ilə düymələnmiş xalatlə mümkündür. Otağa daxil olması zəruri olan digər şəxslər isə (məsələn: tələbələr) 4 qatlı tənzif maska və ya antiseptik məhlulda isladılmış birdəfəlik maska geyinir, saçlarını qalpaq altında gizlədir və ayaqqabı üzərindən xüsusi corab (baxil) taxırlar. ***Cərrahi geyimlə əməliyyat blokundan kənara çıxmaq qadağandır!*** Öskürəkdən, zökəmdən, anginadan əziyyət çəkən şəxslər əməliyyat otağına buraxılmırlar.

Əməliyyat tibb bacısı alətlərin, sarğı vasitələrinin, əməliyyat aqrlarının sterilliyinə, hətta əməliyyat iştirakçılarının əməliyyat boyu aseptikanın qorunub saxlanmasına tam məsuliyyət daşıyır. Əməliyyatdan əvvəl tibb bacısı istifadə olunan tibbi alətlərin, salfetlərin və tamponların sayını dəqiq bilməlidir.

Əməliyyat zamanı iştirakçılara (müşahidəçilərə) qadağandır:

- əməliyyat zamanı kənar söhbətlər aparmaq; xəstə əməliyyat stoluna uzandıqdan sonra bütün söz-söhbət kəsilməli, əməliyyatın gedişində lazım olan məcburi danışığılar isə yalnız əməliyyat aparən cərrah tərəfindən qısaca, yaxın məsafədən eşidiləcək tonda aparılmalıdır. Cərrahın hər hansı mübahisə, deyişmə ilə işləməsi tamamilə yol-verilməzdir. Çünki bu, əməliyyatın uğurla yerinə yetirilməsinə mane ola bilər. Əməliyyatla bağlı bütün izahatlar və mülahizələr əməliyyat

qurtaranadək təxirə salınmalıdır.

- əməliyyat zamanı yaraya çox əyilmək;
- yersiz gediş-gəliş etmək;
- əməliyyat iştirakçılarının və əməliyyatın gedişini müşahidə edənlərin cərraha sıx dayanmaları;
- alətlər stoluna 1 metrədən artıq yaxınlaşmaq;
- alətlər stolu ilə əməliyyat stolunun arasından keçmək;
- əməliyyat otağına daxil olmaq; (buna ancaq əməliyyatlar arası fasilədə icazə verilir);
- tələbələr onların davranışı üçün məsuliyyət daşıyan müəllimlərin iştirakı olmadan əməliyyat otağına buraxmaq.

Əməliyyat tibb bacısının əməliyyata hazırlanması

Əməliyyat tibb bacısı əməliyyat otağına əməliyyatdan 1,5 saat tez gələrək, əməliyyat planına uyğun alətlər dəstini, steril sarğı materiallarını, alət-avadanlıqları və s. işə hazırlayır. Tibb bacısı əməliyyata böyük məsuliyyətlə hazırlaşmalıdır. Bunun üçün:

1. Üst paltar çıxarılır, duş qəbul edilir, təmiz pambıq parçadan hazırlanmış paltar geyilir, ayaqqabılar yuyula bilən ayaqqabılarla dəyişdirilir.
2. Saçlar baş örtüyünün altına yığılır (qalpaq saçları tam örtməlidir).

Təmin edilməlidir:

- əməliyyatların ardıcılığını təmin edən siyahı; (siyahıda xəstənin adı və soyadı, əməliyyatın adı, cərrahi briqadanın üzvlərinin adı və əməliyyatın başlama vaxtı göstərilir. Əməliyyat tibb bacısı əməliyyatların ardıcılığına ciddi fikir verməlidir. İlk növbədə daha çox aseptikanın tələb olunduğu əməliyyatlar icra olunmalıdır)
- əməliyyat zamanı lazım olan dərman preparatları və antiseptik maddələrin yığılması;
- əməliyyat ağları və sarğı vasitələri olan bixslərin dayağa qoyulması;
- tikiş materialları olan bankanın hazırlanması;
- əməliyyat üçün lazım olan əşyaların və siyahı üzrə alətlərin metal tora yığılıb sterilizasiyadan ötrü quruducu şkafa qoyulması;
- aparatların və elektrik sorucusunun sazlığının yoxlanılması;
- xəstə olan hər bir tibb işçisinin müvəqqəti olaraq əməliyyatdan kənarlaşdırılması.

3. Hazırlanmalıdır:

- əməliyyatdan sonra alətlərin sterilizasiyadan qabaqkı işlənməsi üçün dezinfeksiyaedici məhlul;
- distillə suyu;
- əməliyyat zamanı histoloji müayinə götürülmüş materialı yerləş-

dirmək üçün 5%-li formalin məhlulu;

- bakterioloji müayinə üçün götürülmüş möhtəviyyatı yığmaq üçün steril sınaq şüşələri;
- istifadə olunmuş alət və materialları toplamaq üçün dayaq üzərində qab;
- aparılacaq əməliyyata uyğun funksional əməliyyat stoluna lazım olan vəziyyətin verilməsi (şəki 22).

***Qeyd:** Əməliyyat tibb bacıları arasında basil gəzdirənlərin aşkara çıxarılmasından ötrü onlar vaxtaşırı tibbi müayinələrdən keçməlidir.*

ƏLLƏRİN ƏMƏLİYYATA HAZIRLANMASI

Əllərin işlənməsi cərrahiyyədə çox vacib proseduradır. Əllərin işlənməsi bütün cərrahi əməliyyatlardan qabaq mütləq aparılır ki, bu da əlcəklərin zədələnməsi nəticəsində yaraların çirklənmə riskinin qarşısını alır və tranzitor mikrob florasını məhv edir. Əlin dərisində çoxlu miqdarda mikrob gizləndiyi üçün əlləri mikrobsuzlaşdırmaq cərrahlığın əsas məsələlərindən biri hesab olunur. Müəyyən edilmişdir ki, mikroblar yalnız dərinin səthində deyil, eləcə də epidermisin üst qatlarında, tük kisəciklərinin boşluqlarında, piy və tər vəzilərinin axacaqlarında, epidermisin çatlarında, zədələnmiş yerlərində, dərinin büküş və qırışıqlarında gizlənir. Əl və barmaqlar üzərindəki ən kiçik zədələnmələr və iltihab ocaqları mikrobların külli miqdarda toplandığı yerə çevrilir.

Ona görə də əməliyyatla əlaqəsi olan hər bir tibb bacısı:

- öz əllərinin həmişə qayğısına qalmalıdır (axşamlar iltis su vannası etmək və vazelinlə yağlamaq, qidalandırıcı krem-losyonlardan istifadə etmək lazımdır);
- əllərini zədədən, çat, qabar, qaraquş (dırnaq yastığından qopma) və iltihabı proseslərdən qorunmalıdır;
- dırnaqlarını yataq səviyyəsində qısa kəsməlidir (dırnaqaltı nahiyə əllərin ən çox çirklənməyə məruz qalan hissəsidir);
- dırnaq boyasından istifadə etməməlidir;
- əlləri yumazdan qabaq bütün zinət əşyaları- barmaqda olan üzük, biləkdən isə biləzik və qoldan saat çıxarılmalı, dırnaqda olan boya təmizlənməlidir;

Əllərin yuyulma üsulu çoxdur. Onların hər biri ayrı-ayrılıqda və müş-tərəf olaraq aşağıdakı tələblərə cavab verməlidirlər.

1. Əllərin dərisi mexaniki təmizlənməli; (hazırda əllər yuyularkən barmaqlarda mikrotravmalar əmələ gətirə bildiyinə görə şotkalar tətbiq edilmir).
2. Əllər yağsızlaşdırılmalı;
3. Antiseptiklərlə dəridə olan mikrobların qismən məhv edilməsi həyata

- keçirilməli;
4. Qatı antiseptiklərin dərinin məsamələrinə çökməsi təmin olunmalıdır.

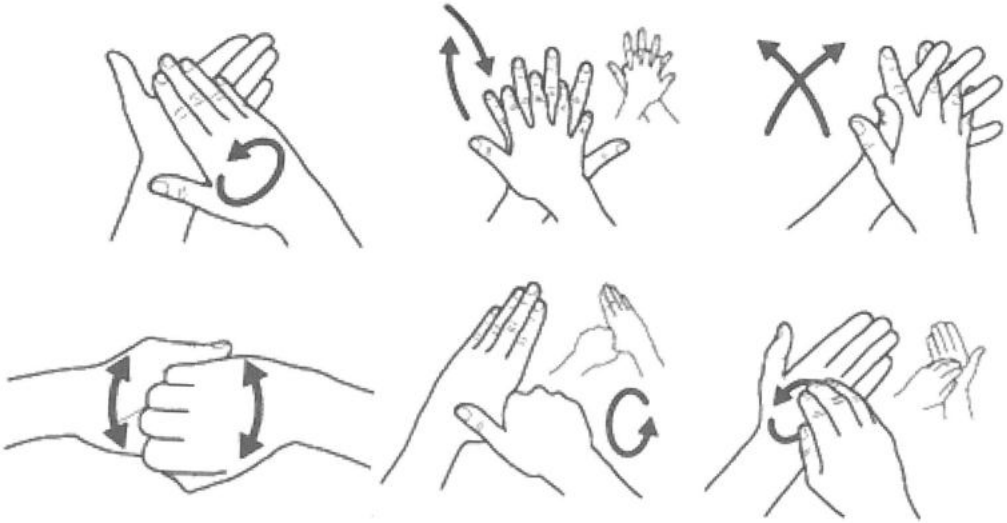
Əllərin mexaniki yuyulmasının mərhələləri

Hazırda əllərin mexaniki yuyulmasının Avropa standartları (EN-1500) tətbiq edilir.

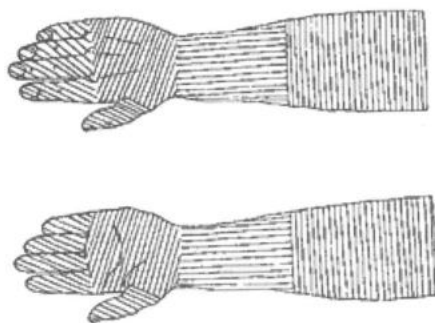
İşin ardıcılığı:

1. Bir əlin ovuc səthi digərinə irəli-geri hərəkətlərlə sürtülür.
2. Sağ ovucla sol əlin bayır səthi sürtülür, sonra əllər dəyişdirilir.
3. Bir əlin barmaqları digərinin barmaqları arasına keçirilir, yuxarı və aşağı hərəkət etdirməklə barmaqların içəri səthi sürtülür.
4. Barmaqları bir-birinə pərçimləyib, bir əlin bükülmüş barmaqlarının bayır səthi, digərinin ovucuna sürtülür.
5. Sol əlin baş barmağının əsasını, sağ əlin baş və göstərici barmaqları arasına alıb fırlatmaqla sürtülür.
6. Sol əlin barmaqlarının ucu ilə dairəvi hərəkətlərlə sağ əlin ovuc səthi sürtülür və əllər dəyişdirilir

Qeyd: Hər hərəkət ən azı 5 dəfə olmaqla təkrarlanmalıdır (şəkil7).



Şəkil 7. Əllərin mexaniki yuyulmasının mərhələləri



Şəkil 8. Əllərin işlənməsinin ardıcılığı

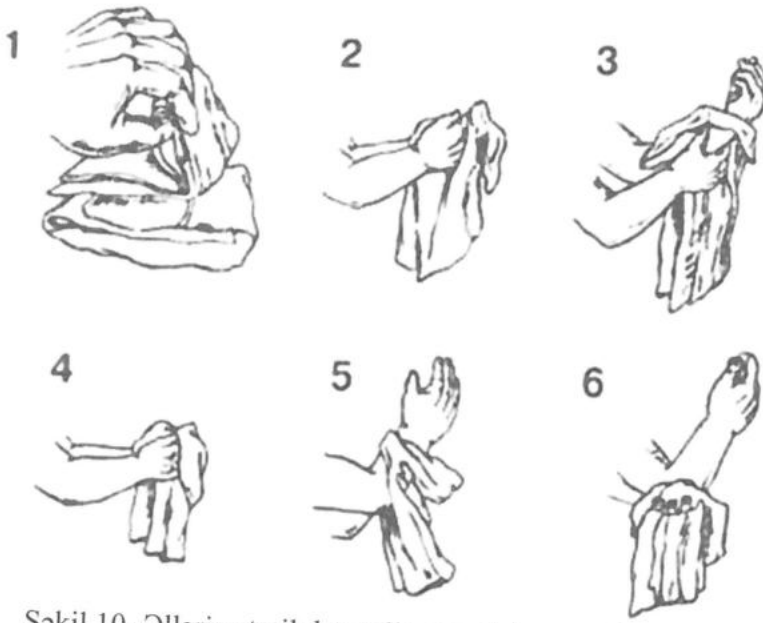


- - çox vaxt nəzərdən qaçırılan nahiyələr
- ▨ - nadir hallarda nəzərdən qaçırılan nahiyələr
- - nəzərdən qaçırılmayan nahiyələr

Şəkil 9. Əllərin yuyulması zamanı dəri səthinin xüsusi diqqət tələb etdiyi nahiyələr

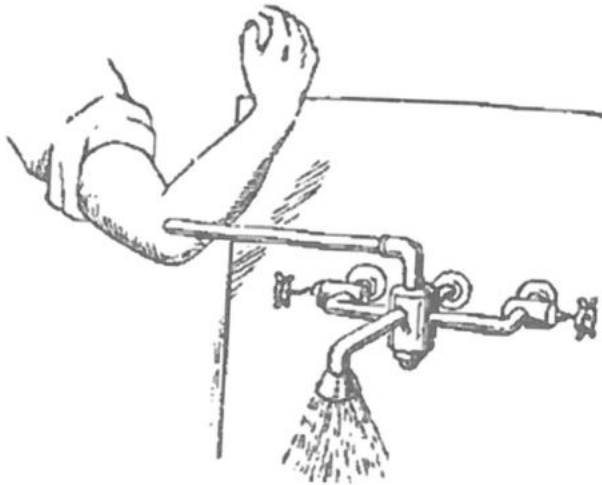
Yadda saxlayın:

- ✓ əllər mütləq ciddi steril olunmuş əməliyyat otağından qabaqkı otaqda -əməliyyatda iştirak edən adamların yuyunması üçün nəzərdə tutulan xüsusi otaqda yuyulmalıdır;
- ✓ göstərilən ardıcılığın pozulması, vaxtın gözlənilməməsi və tələskənlik əllərin yuyulmasında əsas səhvlərdən sayılır (şəkil 8, 9).
- ✓ əllər yalnız steril dəsmalla qurudulduqdan sonra, quru dəri antiseptiklərlə silinməlidir (şəkil 10);
- ✓ antiseptiklərdən adekvat səviyyədə bərabər miqdarda istifadə olunmalıdır;
- ✓ preparatı sürtərkən əlavə əşyalardan – salfet, süngər, tampon və s. istifadə etmək olmaz.



Şəkil 10. Əllərin steril dəsmalla qurudulması ardıcılığı.

- ✓ yaxşı olar ki, əlləri silərkən müxtəlif antimikrob xassəli maddələr növbələşdirilsin və işlənmənin aparılması texnikası əsaslı sürətdə yerinə yetirilsin;
- ✓ hər mərhələdə hərəkətin ardıcılığı, preparatın dozası və müddəti diqqətlə gözlənilməlidir.
- ✓ əllər yuyularkən dirsək və ya sensor kranlarından istifadə olunmalıdır (şəkil 11).



Şəkil 11. Dirsək kranı

Əllərin Alfeld üsulu ilə əməliyyata hazırlanması

Göstəriş: tibbi personalın əllərinin orqanizmin steril daxili mühiti ilə təmasda olduğu manipulyasiyalar (mərkəzi venoz damarların kateterizasiyası, oynaqların və boşluqların punksiyası, cərrahi əməliyyatlar və s.)

Əks göstəriş: antiseptiklərə qarşı fərdi həssaslıq, əllərdə irinciklər, sıyrıntılar, cırmaq yeri, tilişkə, quru dərinin əmələ gətirdiyi çatlar, döyənək və s.

Lazım olan vəsait:

- maye sabun (neytral PH-ı) və ya birdəfəlik sabun;
- steril salfet və ya dəsmal;
- antiseptik, 5%-li yod məhlulu;

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulmazdan qabaq cərrahi kostyum, qalpaq, maska, baxıl geyilir, önlük bağlanır və qollar dirsəyə qədər çıxırmanır.
2. Kran açılır, suyun temperaturu və axını tənzimlənir.
3. Əllər axar su altında maye sabunla, sərt şotkadan istifadə edilmədən 2 dəqiqə müddətində saidin yuxarı $\frac{1}{3}$ -nə qədər yuyulur. Əvvəl sol əlin barmaqlarının ucu, barmaqların və əlin ovuc səthi, saidin iç səthi, sonra isə əlin və saidin arxa səthi yuyulur. Eyni ardıcılıqla sağ əl də yuyulur.
4. Əllər barmaqların ucu yuxarı, said isə aşağı olmaqla elə tutulur ki, çirkli su barmaqlardan dirsəyə doğru axsın.
5. Əllər steril dəsmal və ya salfetlə qurudulur.
6. Dırnaq yataqları və dırnaqətrafi sahə 5%-li yod məhlulunda isladılmış birdəfəlik steril taxta çubuqla 1 dəqiqə müddətində işlənir. Antiseptik məhlul barmaqlara və biləyə hər dəfə 2,5-3 ml olmaqla porsiyalarla vurulur (hər işlənmədə antiseptik sərfi 10 ml-dir.)
7. Antiseptiklə dəri qurumağa imkan verilmədən əlin hərəkət ardıcılığı ciddi gözlənilməklə 5 dəqiqə müddətində silinir.

Əllərin Spasokukotski – Koçergin üsulu ilə əməliyyata hazırlanması

Göstəriş: əllərin əməliyyata hazırlanması

Lazım olan vəsait:

- sabun (birdəfəlik);
- 2 ədəd emallı ləyən;
- 4 ədəd steril salfet dəsmal;
- kornsənq və ya pinset;
- kürəciklər, 70⁰-li etil spirti;

- 5%-li yodonat məhlulu, 10%-li ammonyak məhlulu (500ml);
- qum saati (3 dəqiqəlik);
- 10 litr isti su.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulmazdan qabaq cərrahi kostyum, qalpaq, maska, baxıl geyilir, önlük bağlanır və qollar dirsəyə qədər çıxırmanır.
2. Kran açılır, suyun temperaturu və axını tənzimlənir.
3. Əllər isti axar su altında sabunla (üstünlüyü maye sabuna verin) 1 dəqiqə müddətində dırnaq falanqasından saidin yuxarı $\frac{1}{3}$ -dək yuyulur.
4. 0,5%-li naşatır spirti məhlulu hazırlanır. Bunun üçün 10 litr qaynadılmış isti suya (37-38°C) 500 ml 10%-li ammonyak məhlulu qatılır.
5. İki steril ləyənin hər birinə 5 litr məhlul tökülür.
6. Hər ləyənə 2 ədəd steril salfet sərilir.
7. Hər əl (əvvəl sol, sonra isə sağ əl) ayrı-ayrı salfetlərlə ciddi ardıcılıqla – barmaqların ucundan başlayıb dırnaq yataqları, dırnaqətrafi yastıqlar, dəri büküşləri, barmaqlararası arakəsmə, əlin ovuc səthi, əlin arxa səthi, saidin yuxarı $\frac{1}{3}$ nə dək yuyulur.
8. Hər ləyəndə əllər 3 dəqiqə ərzində qum saatına nəzarət etməklə yuyulur.
9. İşlənmiş əllər elə tutmaq lazımdır ki, barmaqlar dirsəkdən yuxarıda olsun (bu zaman köməkçi ehtiyatla önlüyü açır).
10. Steril dəsmalla əllər müəyyən ardıcılıqla əvvəlcə barmaqların ucu, sonra barmaqlar, daha sonra said qurudulur.
11. 70⁰-li etil spirtində isladılmış kürəciklə əvvəl bir əl, təzə kürəciklə isə ikinci əl hər biri 2 dəqiqə olmaqla işlənir.
12. Dırnaq ətrafı və dəri büküşləri yodonatla işlənir.

Qeyd: *Klassik Alfeld və Spasokukotski-Koçergin metodları yalnız tarixi maraq doğurur və hazırda az tətbiq olunur.*

Əllərin müasir metodlarla yuyulması

Əllərin müasir üsullarla əməliyyata hazırlanması üçün müxtəlif dərman preparatlarından istifadə olunur. Bunlara-0,5%-li xlorheksidin, 2,4%-li pervomur, 0,5%-li novosept, çerigel, deqmisid və diosid məhlulları aiddir.

Qeyd: *Böyrəyi xəstə olan tibb işçilərinə diosidlə (civə birləşməsi) əlləri yumaq məsləhət görülmür.*

Əllərin pervomurla (C-4 məhlulu) işlənməsi

Əllərin müasir işlənməsində daha çox pervomur məhlulundan istifadə olunur. Pervomur məhlulu C-4 qarışığı da adlanır. Əllər mexaniki işlənmədən sonra 2,4 %-li pervomur məhlulunda bir dəqiqə müddətində saxlanılır. Bu üsul tezliyinə görə çox əlverişlidir. C-4 (pervomur) məhlulu qarışqa turşusu, hidrogen peroksid və suyun qarışığından ibarətdir. Bu qarışqı güclü antiseptik maddə olub dəri üzərində nazik təbəqə əmələ gətirir.

Göstəriş: əllərin əməliyyata sürətli hazırlanması.

Əks göstəriş: pervomura qarşı fərdi həssaslıq.

Lazım olan vəsait:

- ləyən;
- sabun (birdəfəlik);
- 33%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- 100%-li və ya 85%-li qarışqa turşusu;
- 10 litr destillə suyu;
- məhlul hazırlamaq üçün qab;
- steril dəsmal;
- qum saati (1 dəqiqəlik).

İşin ardıcılığı:

1. 171 ml 33%-li hidrogen peroksid məhlulu, 69 ml 100%-li və ya 81 ml 85%-li qarışqa turşusu qarışdırılıb üzərinə 1 litrə çatanadək su əlavə edilməklə pervomur məhlulu hazırlanır (cədvəldə pervomur məhlulunu hazırlamaq üçün götürülən inqredientlərin həcmi göstərilmişdir.).
2. Başlanğıc məhlul soyuducuda 1-1,5 saat saxlanılır.
3. Əllər axar isti su altında 1-2 dəqiqə müddətində şotkadan istifadə edilmədən yuyulur.
4. Əllər steril dəsmalla (əvvəl sağ, sonra sol əl) qurudulur.
5. Başlanğıc məhlulu 10 dəfə durulaşdırdıqdan sonra alınan 2,4 %-li pervomur məhlulunda əllər heç bir ardıcılıq gözlənilmədən və salfet tətbiq etmədən 1-2 dəqiqə müddətində saxlanılır.
6. Əllər steril salfetlə qurudulur.

Qeyd: 5 litr işçi məhlulda ləyəni təkrar steril etmədən azı 15 nəfər bir ləyəndən istifadə edə bilərlər. 15 nəfərdən artıq şəxsin əlləri dezinfeksiya olunarsa məhlulun dezinfeksiyaedici xüsusiyyəti azaldığı üçün keyfiyyətsiz hesab olunur və əllər steril olmur. Hazırlanmış məhlulda yalnız əməliyyat günü istifadə edilə bilər.

Pervomur məhlulunu hazırlamaq üçün götürülən inqredientlərin həcmi

İşçi məhlulun miqdarı (litrlə)	İNQRİDİENTLƏR				Su (litrlə)
	30-33%-li hidrogen peroksid məhlulu	Formiat turşusu			
		100%		85%	
1	17,1	6,9	8,1		1 litrədək
2	34,2	13,8	16,2		2 litrədək
5	85,5	34,5	40,5		5 litrədək
10	171,10	96,0	81,0		10 litrədək

Əllərin yodopironla işlənməsi

Göstəriş: əllərin əməliyyata hazırlanması.

Lazım olan vəsait:

- ləyən;
- 0,1%-li yodopiron məhlulu;
- qum saati;
- steril kornsənq;
- steril tənzip salfet.

İşin ardıcılığı:

1. Ləyənə 0,1%-li yodopiron məhlulu tökülür.
2. Steril kornsənq vasitəsilə steril salfetlər ləyənə buraxılır.
3. Əllər isti axar su altında sabunla 1 dəqiqə müddətində yuyulur.
4. Əllər steril dəsmalla qurudulur.
5. Əllər yodopiron məhlulu olan ləyənə tam salınaraq 4 dəqiqə müddətində salfetlə yuyulur (vaxta qum saati ilə nəzarət edilir)
6. Əllər steril dəsmal və ya salfetlərlə qurudulur.

Qeyd: Yodopiron toz şəklində olub, tərkibində 6-8% aktiv yod vardır. Onun 1%-li məhlulu aptek şəraitində hazırlanır. Əllərin işlənməsi üçün təzə hazırlanmış yodopiron məhlulundan istifadə etmək lazımdır.

Əllərin xlorheksidin biqlukonatın spirtli məhlulu ilə işlənməsi

Göstəriş: əllərin əməliyyata hazırlanması.

Əks göstəriş: xlorheksidinə qarşı fərdi həssaslıq.

Lazım olan vəsait:

- xlorheksidinin 0,5%-li spirtdə və ya 1%-li suda məhlulu olan flakon;
- 2 ədəd steril salfet;
- sabun (birdəfəlik);
- 2 ədəd steril dəsmal;
- qum saati (1-3 dəqiqəlik).

İşin ardıcılığı:

1. Əllər isti axar su altında sabunla 1 dəqiqə müddətində şotkadan istifadə edilmədən yuyulur.
2. Əllər steril dəsmalla qurudulur.
3. Xlorheksidində islanmış birinci salfetlə növbə ilə hər əl ayrı-ayrılıqda, ardıcılıq gözlənilməklə (barmaqların ucundan başlayıb, saidin orta hissəsinədək) 3 dəqiqə müddətində silinir.
4. Sonra ikinci salfet xlorheksidində isladılır və ardıcılıq gözlənilməklə əllər təkrar işlənir.

***Qeyd:** Antiseptiklə isladılmış salfetin (və ya kürəciyin) ovucda sıxılması yolverilməzdir. Çünki bu zaman antiseptikin bir hissəsi döşəməyə töküldüyü üçün salfet tez quruyacaq və əllərin işlənmə müddəti qısalacaq və bəzi nahiyələr diqqətdən kənar qalacaqdır.*

Əllərin çerigellə işlənməsi

Göstəriş: ambulator şəraitdə əməliyyat zamanı əllərin işlənməsinin təzələşdirilmiş üsulu.

Lazım olan vəsait:

- çerigel flakonu;
- steril dəsmal;
- maye sabun;
- 70⁰-li efil spirti olan flakon;
- qum saati (1 dəqiqəlik);

İşin ardıcılığı:

1. Əllər axar su altında 1 dəqiqə müddətində sabunla şotkadan istifadə edilməklə yuyulur.
2. Steril dəsmalla (barmaq uclarından saidin yuxarı 1/3 – dək) qurudulur.
3. Ovuca 3-4 ml çerigel tökülür.
4. Əllər barmaqlardan saidə doğru bərabər səviyyədə 10-15 saniyə ərzində nazik təbəqə əmələ gələnədək əsaslı surətdə işlənir.

***Qeyd:** Dərində əmələ gələn təbəqə mikrobları buraxmır. Əməliyyatdan sonra bu təbəqəni 70⁰-li etil spirti və ya isti su ilə ləğv etmək olur.*

Əllərin susuz işlənməsi

- **Brun üsulu.** Zəruri ehtiyac yarandıqda su istifadə etmədən əlləri əməliyyata hazırlamaq olur. Bunun üçün 0,5%-li etil spirti ilə əllər 15 dəqiqə müddətində işlənir.
- **Zabludovski üsulu ilə əllərin işlənməsi.** Taninin 5%-li spirtlə məhlulu ilə əllər 2-5 dəqiqə islanır.

***Qeyd:** Göstərilən metodlar sterilliyi tam təmin etmir.*

Əməliyyat tibb bacısının steril xalat, maska və əlcək geyinməsi

Göstəriş: əməliyyat zamanı aseptikanın gözlənilməsi.

Lazım olan vəsait:

- əməliyyat ağıları, xalaları, əlcəkləri yığılmış biks;
- sarğı vasitələri yığılmış biks;
- steril kornsənq qoyulmuş böyrəkvari ləyən;
- bikslər üçün dayaq;
- əllərin işlənməsi üçün antiseptiklər.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər mövcud üsullardan biri ilə yuyulur.
2. Biksın dəstəyinə bağlanmış birkaya və xarici görünüşünə görə onun sterilliyi yoxlanılır.
3. Biks dayaqın pedalı basılmaqla və ya köməkçinin köməkliyi ilə açılır, indikator steril kornsənq vasitəsi ilə götürülür və onun vəziyyəti qiymətləndirilir (şəkil 12).
4. Xalat biksın qapağına və kənarlarına toxunmadan çıxarılır.
5. Tibb bacısı xalatı yaxalığından tutub ehtiyatla daxili tərəfini özünə doğru elə çevrir ki, onun xarici səthi öz paltarına və ətrafdakı əşyalara toxunmasın, xüsusən qolları və döş hissəsi steril halda qalsın.
6. Tibb bacısı xalatı qollarını önə uzatmış halda tutub, dərhal hər iki əlini eyni vaxtda xalatın qollarına keçirir və önə uzadılmış qollarını yanlara və yuxarı doğru qaldırır.



Şəkil 12. Biksindən steril xalatın götürülməsi.

7. Köməkçi arxadan xalatın daxili səthindən tutaraq onu dartıb düzəldir və bağlarını arxada bağlayır (şəkil 13). Xalatın steril hissəsinə təsadüfən əllə və ya steril olmayan alətlə toxunulduqda, yeni steril xalat geyinmək lazımdır.



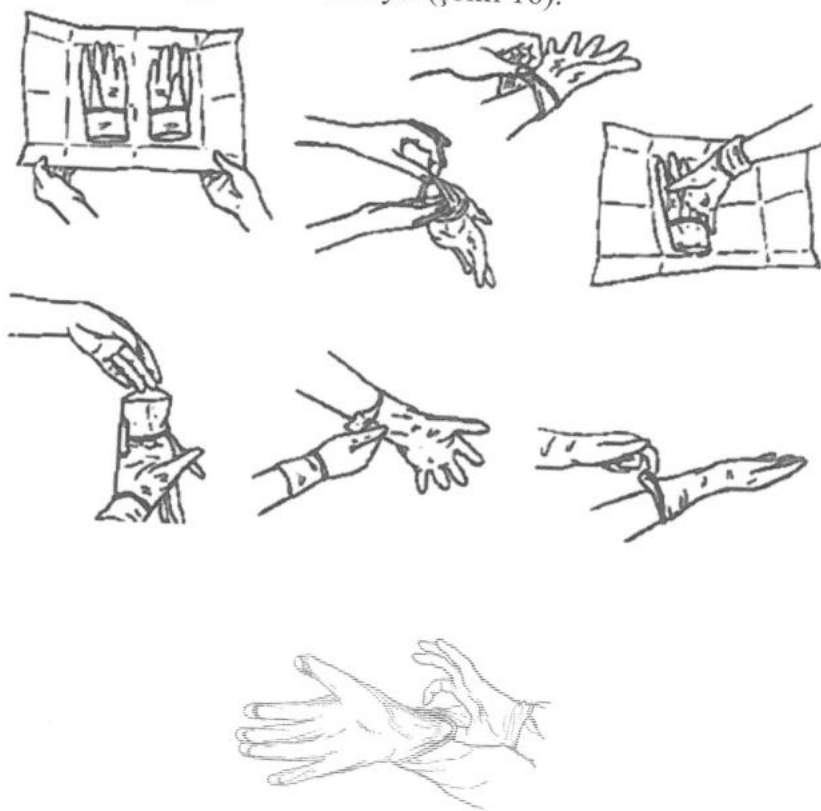
Şəkil 13. Əməliyyat tibb bacısının steril xalata geyinməsi.



Şəkil 14. Maskanın bağlanması

8. Sonra xalata cibindən kəmər çıxarılaraq 30-40 sm məsafədə özündən qabaqda elə saxlanılır ki, kəmərin ucları hər tərəfdən 15 sm sallanmış olsun (köməkçi xalata toxunmadan kəmərin uclarının əvvəl birini, sonra o birisini bel nahiyəsində arkada bağlayır). Xalata qollarındaki bağları tibb bacısının özü və ya digər tibb bacısı tərəfindən əvvəl sol, sonra sağ əl bağlanılır (yaxşı olar ki, xalata geyinən tibb işçisi qollarını özü bağlamağı öyrənsin).

9. Maskanı ətraf əşyalara toxunmadan tibb bacısı özü açır və köməkçinin köməyi ilə elə bağlayır ki, ağızını, burnunu və çənəsini örtsün. (Maskanın aşağı ipləri təpə nahiyəsində, yuxarı ipləri isə ənsə nahiyəsində bağlanır, şəkil 14).
10. Əlcəklər yığılmış steril bağlama açılır.
11. Sağ əlcək götürülür. Sol əlin II-III-IV-V barmaqları əlcəyin daxili səthinə toxunmamaq şərtilə, əlcəyin xaricə qatlanmış manjetinin altına keçirilib vertikal şəkildə tutulur.
12. Sağ əlin barmaqları azacıq yumulmuş vəziyyətdə, baş barmaq əlcəyin baş barmağı istiqamətində qalmaqla əlcəyin daxilinə keçirilir.
13. Yumulmuş barmaqlar açıldıqdan sonra əlcək dartılır və I barmaqla qatlanmış manjetin daxili səthindən tutaraq manjet elə çevrilir ki, xalatın qolunun bağlarının üzərini örtsün (şəkil 15)
14. Analoji olaraq sol ələ də ikinci əlcək eyni ardıcılıqla geyindirilir.
15. Tibb bacısının əməliyyata hazırlanması başa çatdıqdan sonra gözləmək lazımdırsa, əllərini spirtli tamponla örtərək, onları qarşısında, döş qəfəsi səviyyəsində saxlayır (şəkil 16).



Şəkil 15. Əməliyyat tibb bacısının steril əlcəyi geyinməsi.



Şəkil 16. Əməliyyat tibb bacısının xarici görünüşü və gözləmə vəziyyəti

Yadda saxlayın: Əgər siz "solaxay"ınızsa onda birinci sol əlcək geyilir, sağ isə çıxarılır.

Steril xalat, maska və əlcəklərin cərraha geyindirilməsi

Cərrahın əlləri əməliyyata hazırlandıqdan sonra cərrahın sterilliyinin pozulmaması üçün onu yalnız steril xalat, qalpaq və əlcək geyinmiş əməliyyat tibb bacısı geyindirə bilər.

Göstəriş: əməliyyat zamanı aseptikanın gözlənilməsi.

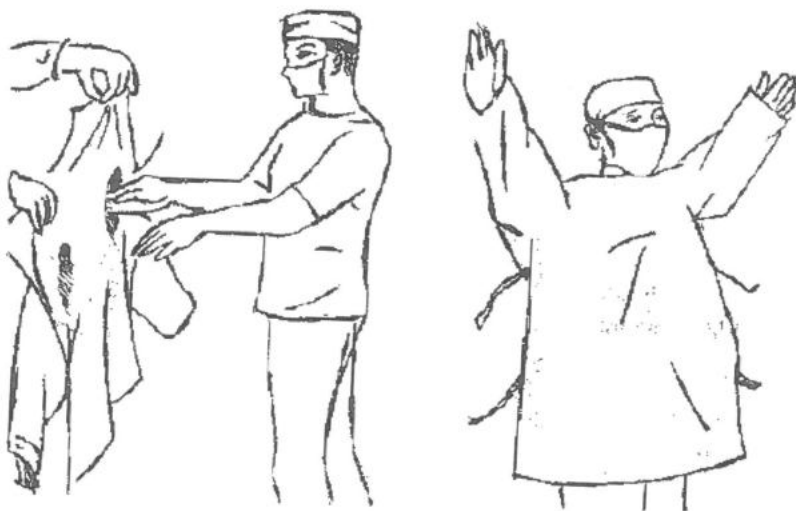
Lazım olan vəsait:

- steril xalat, maska, əlcək yığılmış biks;
- steril kürəciklər;
- antiseptik məhlul.

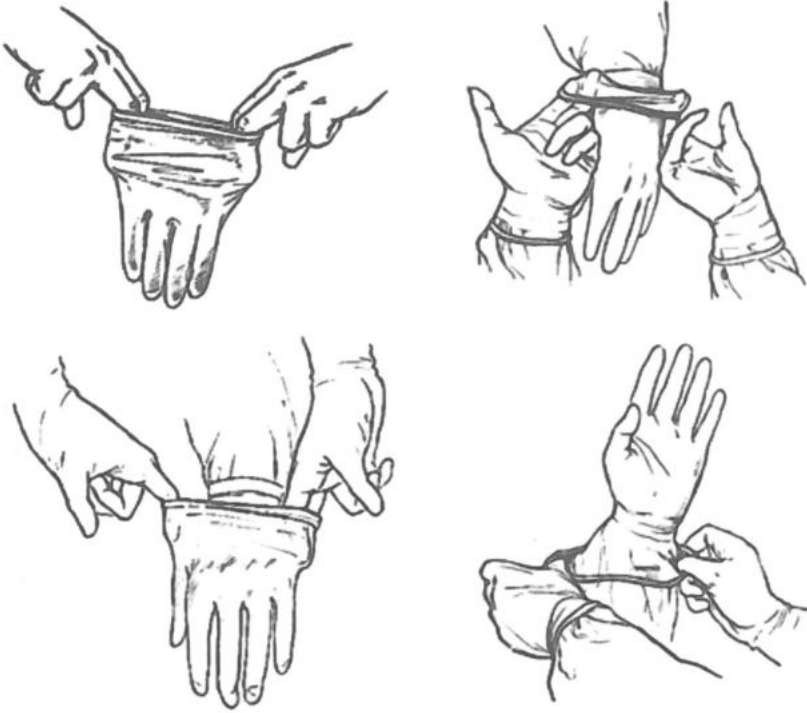
İşin ardıcılığı:

1. Biksin birkasına və xarici görünüşünə görə onun sterilliyi yoxlanılır.
2. Mövcud üsullardan biri ilə əllər yuyulur.
3. Biksin qoyulduğu dayağın pedalı basılmaqla biksin qapağı açılır və indikator çıxarılır.
4. Xalat götürülür, bayır hissəsi tibb bacısına tərəf qalmaqla açılır.
5. Xalat, yaxalığın tikişləri olan yerindən əllərin ovuc səthinə çırma-
lanıb, elə tutulur ki, tibb bacısının önə uzanmış qolları xalatın sağ və sol kənarı ilə örtülmüş olsun.
6. Belə vəziyyətdə (önə uzadılmış qollarla çevrilmiş xalat) cərraha elə verilir ki, o hər iki əlini eyni zamanda xalatın qollarına keçirə bilsin (şəkil 17).
7. Qolların bağları tibb bacısı tərəfindən bağlanır və cərrahdan xahiş edilir ki, onları manjetin daxilinə keçirtsin.

8. Köməkçi arxadan xalatın daxili səthindən tutaraq onu dartıb düzəldir və bağlarını arxada bağlayır.
9. Maska xalatın cibindən cərrah tərəfindən çıxarılır, tibb bacısı tərəfindən bağlardan tutularaq götürülüb cərrahın üzünə qoyulur və maskanın bağları qalpağın üzərindən aşırılaraq aşağı ucları başın təpə hissəsində, yuxarı ucları isə ənsə hissəsində köməkçi tərəfindən arxada bağlanır (maska üzü, aşağı göz qapağından çənəyə qədər örtməlidir).
10. Steril bağlamadan rezin əlcəklər götürülərkən onların mövqeyi müəyyənləşdirilir (barmaqların istiqaməti tibb bacısına tərəf yönəlmiş olmalıdır).
11. Tibb bacısı hər iki əlini (birinci barmaqdan başqa) əlcəyin xaricə qatlanmış manjetinin altına keçirir, baş barmaqlarını isə kənara çəkir.
12. Əllər əlcəklə birlikdə cərrahın əli səviyyəsinə endirilir, əlcək dartılır, cərrah əlinə keçirir və manjet düzəldilir.
13. Analoji olaraq sol əlcək geyindirilir (şəkil 18). Hər iki əlcək geyildikdən sonra əlcəkləri ələ tam düzəltmək lazımdır.
14. Əlcəyin üzərindəki talkı silməkdən ötrü cərraha steril pinsetlə antiseptik məhlulda isladılmış kürəcik verilir.
15. Əllər döş qəfəsi bərabərliyində saxlanılır (steril xalat geyildikdən sonra əlləri qarından aşağı və çənədən yuxarı səviyyədə saxlamaq olmaz).



Şəkil 17. Cərraha xalatın geyindirilməsi



Şəkil 18. Cərraha əlcəyin geyindirilməsi.

Qeyd: Əgər əməliyyat 45-60 dəqiqə müddətində davam edirsə, onda əlcəyin tamlığının pozulub, pozulmamasından asılı olmayaraq cərrah onları dəyişməlidir. Yüksək riskli xəstələr (QİCS, hepatit C) əməliyyat olunarkən əlcəklər ikiqat geyilməli, yaxud yüksək möhkəmliyə malik əlcəklərdən istifadə olunmalıdır. Zədələnmiş əlcəklər dərhal dəyişdirilməlidir.

STERİL STOLUN HAZIRLANMASI

Əllər yuyulduqdan sonra maska və steril əlcəklər geyilir. Stolun üst səthi və bixslər qapağından başlanaraq altına kimi dezinfeksiyaedici məhlulda isladılmış parça ilə silinir. Sonra əllər əlcəkdə axar su altında sabunla yuyulur, steril salfetlə qurudulur və spirtlə işlənir.

Böyük alətlər stolunun hazırlanması

İşin ardıcılığı:

1. Bixsin birkasındakı saxlama müddətindən və xarici görünüşündən (hermetik olub-olmaması) sterilliyi yoxlanılır.
2. Bixsin qapağı pedal və ya köməkçi tərəfindən açılır.
3. Sterillik indikatorunun rəngi və aqreqat vəziyyətində dəyişiklikliyə görə sterilliyə tam əmin olunduqdan sonra indikator çıxarılır.

4. Biksin kənarlarını örtmüş salfet açılır.
5. 2 ədəd steril kornsənq vasitəsi ilə biksdən qatlanmış mələfə götürülərək iki qatadək açılır və qabaqcadan 1%-li xloramin məhlulu ilə iki dəfə silinmiş stolun üzərinə salınır.
6. Sonra ikinci mələfə götürülərək ikiqatadək açılır və əvvəlki mələfənin üzərinə büzməli vəziyyətdə elə sərilir ki, sonuncu qatın iç tərəfi xaricdə qalsın.
7. Mələfələr elə sərilməlidir ki, kənarlarından 30 sm stolun hər tərəfindən bayıra sallansın.
8. Alətlər müəyyən qayda ilə stolun üzərinə düzülür (şəkil 19).
9. Sonda alətlərin üzəri də 4 qatlı steril mələfə ilə örtülür, küncləri sıxıcılar vasitəsi ilə tutulur.

Qeyd: Böyük alətlər stolu bütün iş günü üçün bir neçə əməliyyata hesablanmaqla hazırlanır.

Böyük alətlər stolunda alətlərin təxmini düzülüşü

Alətlər stolda bir qayda olaraq üç cərgədə düzülür:

- birinci cərgədə kornsənq, ən çox istifadə olunan alətlər (qayçılar, skalpellər, sıxıcılar, pinsetlər, iynətutqacları, qarmaqlar və s.) stolun kənarından 10 sm-dən az olmamaq şərti ilə içəriyə doğru düzülür;
- ikinci cərgədə mədə-bağırsaq traktı əməliyyatları zamanı lazım olan alətlər düzülür;
- üçüncü cərgədə isə daha nadir hallarda lazım olan xüsusi alətlər və ya onların əvəzediciləri və eyni zamanda ehtiyat alətlər və drenajlar yığılır;
- stolun sol tərəfinə tikiş materialları, sağ tərəfinə isə yerli anesteziya üçün lazım olan alətlər (şpris, iynə, menzurka, steril sınaq şüşələri və s.) yığılır;

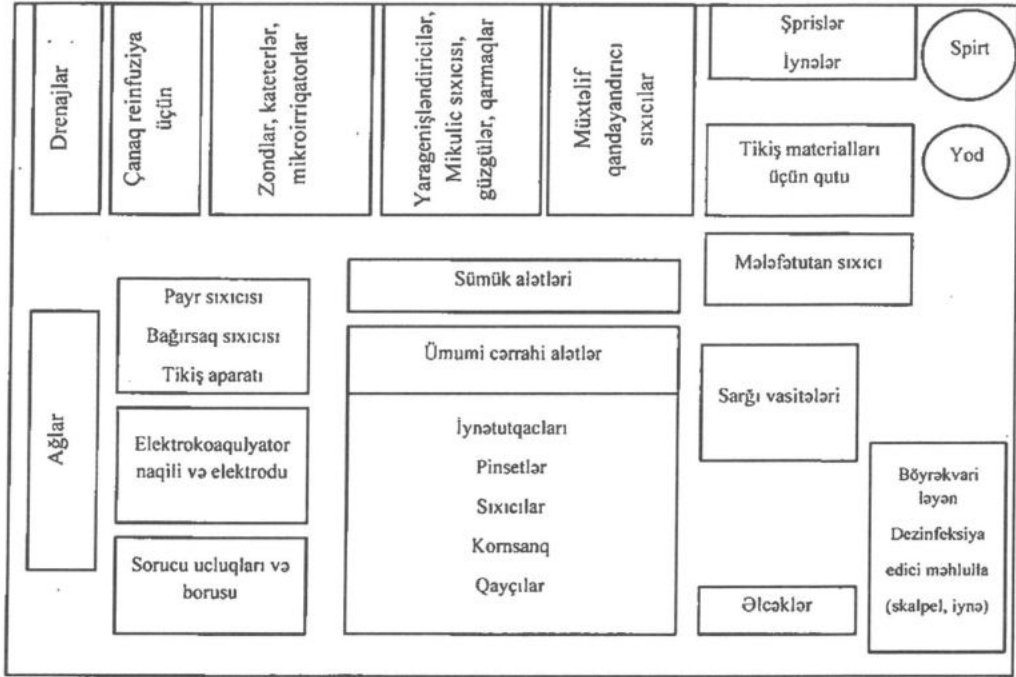
Kiçik alətlər stolunun hazırlanması

Tibb bacısı steril paltarda aparılacaq əməliyyata uyğun olaraq steril səyyari stolu hazırlayır.

İşin ardıcılığı:

1. Biksin birkası və xarici görünüşündən sterilliyi yoxlanıldıqdan sonra biksin qapağı pedal və ya köməkçi tərəfindən açılır.
2. İndikator kənarlaşdırılır.
3. Bükülmüş mələfə çıxarılaraq 4 qatlı vəziyyətdə qabaqcadan 1%-li xloramin məhlulu ilə 2 dəfə silinmiş kiçik səyyari alətlər stolunun üzərinə sərilir.

4. Mələfənin 2 qatı götürülərək büzməli vəziyyətə (sonuncu qatın iç tərəfi xaricdə qalmaq şərtilə) gətirilir.

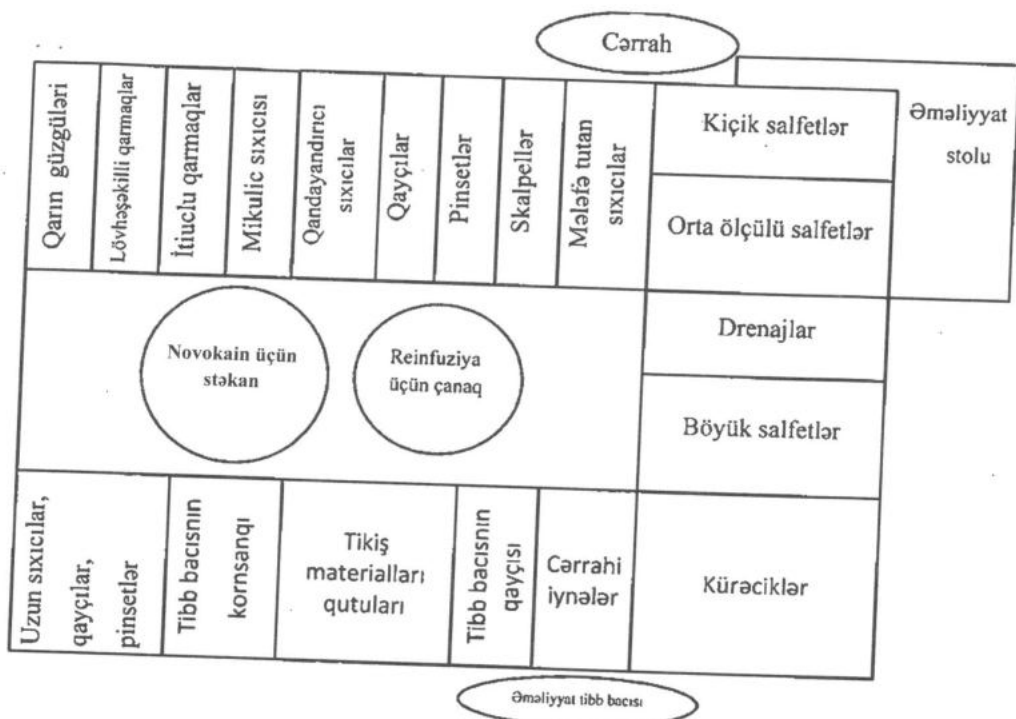


Şəkil 19. Böyük alətlər stolunda alətlərin təxmini düzülüşü

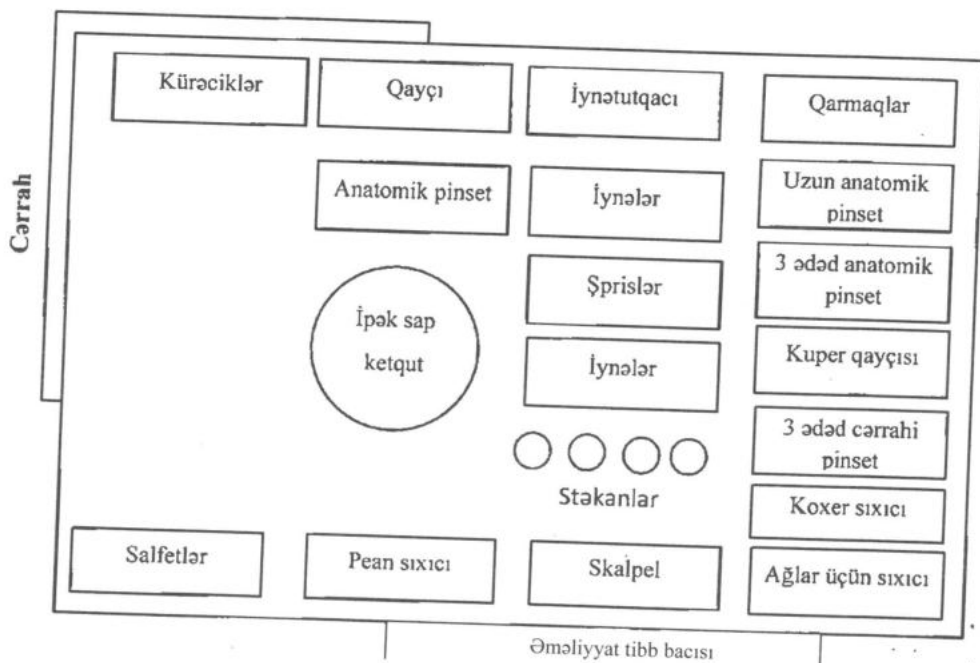
Kiçik alətlər stolunda alətlərin təxmini düzülüşü

Əməliyyata lazım olan alətlər kornsanq vasitəsilə böyük steril alətlər stolundan götürülərək səyyari alətlər stolunda müəyyən qayda ilə yerləşdirilir (şəkil 20-21). Stola çoxlu alətləri yığmaq lazım deyil. Artıq alətlər işin gedişinə maneçilik törədirlər. Alətlərin ardıcılıqla düzülməsi də çox vacib məsələdir:

- birinci cərgədə hazırkı əməliyyat üçün lazım olan alətlər düzülür;
- ikinci cərgədə isə ehtiyat alətlər yerləşdirilir;
- stolun mərkəzində anesteziya və xəstənin əməliyyat sahəsinin işlənməsi üçün stəkanlar, 2 ədəd şpris qoyulur;
- üçüncü cərgədə steril salfetin arasında qoyulmuş tikiş materialı və əməliyyat tibb bacısının qayçısı yerləşdirilir;
- stolun sağında isə sarğı vasitələri (salfetlər (4-6 ədəd), kürəciklər (15 ədəd), drenajlar) düzülür;



Şəkil 20. Kiçik alətlər stolunda alətlərin və materialın təxmini düzülüşü (xəstədən sağda durduqda)



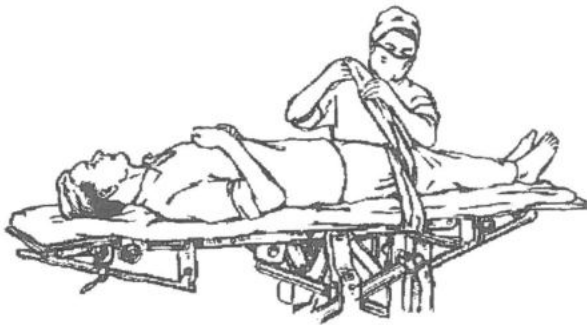
Şəkil 21. Kiçik alətlər stolunda alətlərin və materialın təxmini düzülüşü (xəstədən solda durduqda)

- stəkanlara köməkçinin vasitəsilə antiseptik məhlul və anestezioloji maddələr tökülür;
- bundan sonra düzülmüş alətlərin üzəri mələfənin o biri yarısı ilə örtülür;
- köməkçi tikiş materialı olan bankanı açır, tibb bacısı kornsanq və ya pinset vasitəsilə lazım olan nömrəli sapları götürərək stola gətirir.

Qeyd: Əməliyyat tibb bacısı vaxtını elə hesablamalıdır ki, alətlər stolu cərrahın geyinməyinə ən azı 20 dəqiqə qalmış hazır olsun.

Əməliyyat stolunda xəstənin vəziyyəti

Müasir dövrdə əməliyyatlar zamanı təkmilləşmiş universal əməliyyat stollarından istifadə edilir. Bu stollarda əməliyyat vaxtı xəstəyə asanlıqla istənilən vəziyyəti vermək mümkün olduğu üçün çox əlverişlidir. Belə ki, universal stollarda xəstəni hər vəziyyətdə saxlamaq mümkün olduğu kimi, stolun özünü də istənilən yüksəkliyə qaldırmaq və endirmək, eləcə də onun yerini dəyişmək mümkündür. Xəstənin əməliyyat stolundakı vəziyyəti əməliyyat aparılacaq nahiyədən, əməliyyatın xarakterindən, əməliyyatın mərhələlərindən, xəstənin ümumi vəziyyətindən asılıdır. Əməliyyat otağının işçiləri stolu işlətməyi bacarmalıdırlar. Xəstə stola uzadıldıqdan sonra xəstənin qolları bilək nahiyəsində, ayaqları isə dizdən yuxarı xüsusi enli kəmərlə stola fiksasiya edilir (şəkil 22).

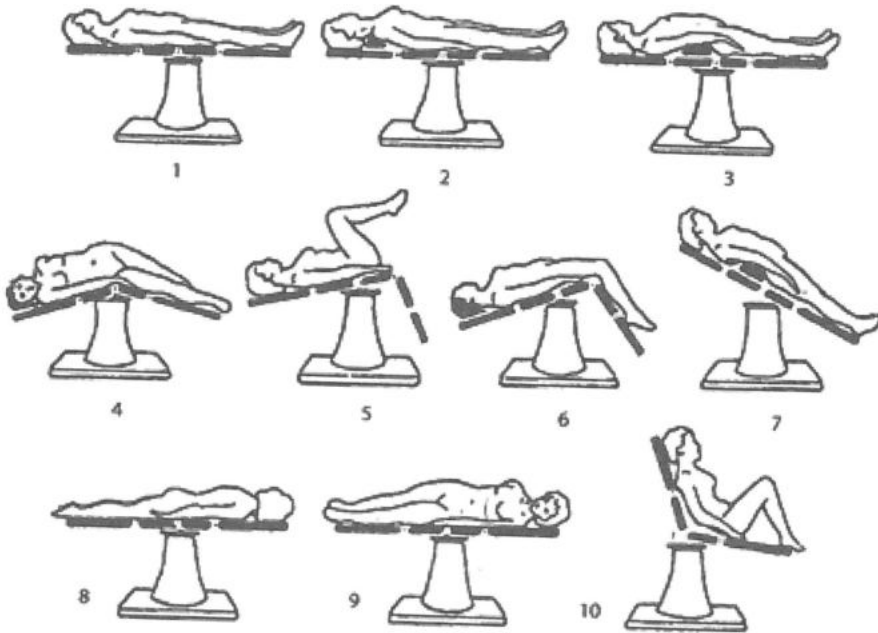


Şəkil 22. Xəstənin əməliyyat stolunda fiksasiyası

Xəstənin əməliyyat stolundan vəziyyəti cərrahi əməliyyatın növündən asılıdır. Əməliyyat stolunda daha çox istifadə olunan tipik vəziyyətlər aşağıdakılardır:

- arxası üstə üfüqi vəziyyət – üzdə, boyunda, döşdə, qarın boşluğu üzvlərində, sidik kisəsində, kişi xarici cinsiyyət üzvlərində, ətraflarda aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.1)
- arxası üstə baş sallanmış vəziyyət – qalxanabənzər vəzidə və qırtlaqda aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.2)

- arxası üstdə, bel altına yastıq qoyulmuş vəziyyət – qarın boşluğunun yuxarı hissəsində, öd kisəsində, mədədə və dalaqda aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.3);
- böyrü üstdə (sağ və sol) vəziyyət – böyrəklərdə aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.9)
- arxası üstə ayaqlar dizdən və ya bud oynaqından bükülmüş vəziyyət – ginekoloji və düz bağırsaqda aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.5,10);
- trendelenburq vəziyyəti – xəstənin başı aşağı, çanaq və ayaqları isə yuxarıda olmalıdır. Kiçik çanaq üzvlərində və düz bağırsaqda aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.6);
- stolun aşağı ucunun endirilmiş vəziyyəti – baş beyində aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.7);
- qarını üstdə vəziyyət – ənsədə, onurğada büzdümdə aparılan əməliyyatlarda (şəkil 23.8) istifadə edilir.



Şəkil 23. Əməliyyat stolunda xəstənin vəziyyəti

Aşağıda göstərilənlər təmin edildiyi halda xəstənin stoldakı vəziyyəti ideal sayılır.

- xəstənin təhlükəsizliyi (sinir, əzələ sisteminin və toxumaların travmatikliyi);
- adekvat respirator funksiya;
- optimal operativ yol;

- əməliyyatın gedişində lazım gəldikdə xəstənin vəziyyətinin dəyişdirilməsinin mümkünlüyü;
- cərrah və anestezioloqun işləməsi üçün əlverişli şəraitin yaradılması;
- xəstə üçün komfort (temperatur, əxlaqi və s.) şəraitin yaradılması.

Qeyd: Əməliyyat otağında xəstə cərrahı deyil, cərrah xəstəni gözləməlidir!

Cərrahi briqada üzvlərinin əməliyyat zamanı yerləşməsi

Cərrahi briqadanın üzvlərinin yerləşməsi aşağıdakı məqsədlərlə müəyyən edilir:

1. Cərrahi müdaxilə aparmaq məqsədi ilə.
2. Xəstənin konstitusional xüsusiyyətinə görə.
3. Patoloji prosesin xarakterinə görə.
4. Əməliyyatda istifadə olunan cihaz və aparatların konstruktiv xüsusiyyətlərinə görə.

Göstərilən xüsusiyyətlərdən asılı olaraq cərrahi briqadanın üzvləri xəstəyə nisbətən müxtəlif mövqeləri tuta bilərlər.

Bu zaman aşağıdakı qaydalara əsaslanmaq lazımdır.

1. Cərrahi briqadanın bütün üzvləri əməliyyat sahəsini yaxşı görməlidirlər.
2. Cərrahi yol üçün yarada maksimal komfort şərait olmalıdır.
3. Cərrahın köməkçiləri bütün fəaliyyətlərini funksional vəziyyətlərə müvafiq etməlidirlər.
4. Cərrah elə yeri tutmalıdır ki, o birbaşa əməliyyat aparılacaq sahəyə daha yaxın olsun.
5. Birinci asistent adətən cərrahla üzbəüz (əks tərəfdə) dayanmalıdır.
6. İkinci asistent cərrahdan solda dayanmalıdır. Onun əsas vəzifəsi yara kənarlarını genişləndirməklə, yarada yaxşı görünüş sahəsi təmin etməkdir. İkinci asistent "çox yer" tutmamalı, onun dirsəkləri bədəninə sıx yapışmalı, yaranı genişləndirərkən əlləri cərrahın əllərinin altında yerləşməlidir.
7. Əməliyyat tibb bacısı elə yerdə dayanmalıdır ki, alətləri cərrahi briqadanın üzvlərinə rahat verə bilsin.

Cərrahi briqadanın nizamlı fəaliyyəti əməliyyatın tez başa çatmasına səbəb olur. Əməliyyatın növündən asılı olaraq briqadanın üzvlərinin say və yerləşmələri dəyişilə bilər.

Üzərində xəstə olan əməliyyat stolu pəncərəyə perpendikulyar vəziyyətdə durmalı, baş tərəfi əməliyyat otağının dərinliyinə tərəf baxmalıdır. Qarın boşluğu üzvləri əməliyyatlarında cərrah adətən xəstənin sağ tərəfində, I asistent əks tərəfdə, II asistent cərrahdan solda, III asistent isə I-nin sağında dayanır. Böyrü üstə uzadılmış döş qəfəsi əməliyyatlarında cərrah xəstənin beli tərəfində, asistentlər isə yuxarıdakı qaydada yerləşir.

Əməliyyat tibb bacısı özünün səyyari alətlər stolu ilə adətən əməliyyat stolunun ayaq tərəfində elə dayanır ki, alətləri cərraha vermək əlverişli olsun. Anestezioloji briqada əməliyyat stolunun baş tərəfində yerləşib cərrahın qarşısında işləməlidir.

Alətlər stolu və bikslər tibb bacısının arxasında pəncərəyə yaxın yerdə qoyulur. Cərrahi briqada və alətlər bu qayda ilə durduqda təbii işıqın qarşısı alınmır və lazım olan alətlər artıq hərəkət edilmədən tez əldə edilir.

Əməliyyat zamanı iştirakçılar arasında vəzifə bölgüsünü cərrah aparır.

Bəzi əməliyyatları cərrah və cərrahi briqadanın üzvləri ayaq üstə deyil, oturmuş vəziyyətdə icra edirlər.

Əməliyyat sahəsinin hazırlanması

Əməliyyat olunan şəxslərin dərisi külli miqdarda patogen mikroblarla zəngin olur. Əməliyyat sahəsi cərrahın fəaliyyətinin əsas yeri olduğu üçün oranın sterilliyi çox vacibdir. Xəstənin əməliyyatdan sonrakı dövrdə vəziyyəti əməliyyat sahəsinin hazırlanmasından çox asılıdır. Əməliyyat sahəsi iki mərhələdə təmizlənilir:

I mərhələdə əməliyyat ərəfəsində (əməliyyatdan bir gün əvvəl) xəstə gigiyenik vanna və ya duş qəbul edir (əgər planlı əməliyyatdırsa). Tüklərin uzana biləcəyini və dəridə qıcıqlanma yaradacağını nəzərə alıb nəzərdə tutulan əməliyyat sahəsi və ona aid nahiyələr əməliyyat günü əsaslı şəkildə tüklərdən təmizləndikdən sonra (yaxşı olar ki, quru metodla) işlənir. II mərhələ isə birbaşa əməliyyatdan qabaq icra edilir.

Əməliyyat sahəsinin tüklərdən təmizlənməsi (quru üsulla qırılma)

Göstəriş: təcili və planlı əməliyyatlarda tük örtüyünün əməliyyat sahəsində ləğv edilməsi.

Lazım olan vəsait:

- steril əlcəklər;
- steril salfet;
- təmiz mələfə;
- steril birdəfəlik ülgüc;
- 0,5%-li xlorheksidin məhlulu və ya 70⁰-li etil spirti;
- əl üçün təmiz dəsmal;
- sabun.

İşin ardıcılığı:

1. Həkimdən əməliyyat sahəsinin yeri dəqiqləşdirilir.
2. Aparılacaq manipulyasiyanın məqsədi xəstəyə izah edilir və onun yerinə yetirilməsinə razılıq əldə olunur.

3. Manipulyasiyanın məxfiliyini təmin etməkdən ötrü xəstə manipulyasiya otağına dəvət edilir, əgər palatada icra olunacaqsa, onda digər xəstələrlə şirma örtüsü ilə ayrılır.
4. Əllər yuyulur və təmiz dəsmalla qurudulur.
5. Çarpayıya əlavə mələfə salınır.
6. Xəstəyə əlavə mələfənin üzərinə uzadılmasına kömək edilir. Bu zaman xəstə elə uzanmalıdır ki, əməliyyata hazırlanacaq nahiyəyə prosedura üçün əlverişli olsun.
7. Əməliyyat sahəsi kifayət qədər işıqlandırılır.
8. Steril əlcəklər geyilir.
9. Əməliyyat sahəsi antiseptiklərdə isladılmış salfet vasitəsilə silinir.
10. Əməliyyat sahəsinin quruması gözlənilir.
11. Ülgüc götürülür, əməliyyat sahəsinin dərisi dartılır, tüklər digər əllə mərkəzdən periferiyaya doğru, tüklərin inkişafının istiqaməti nəzərə alınmaqla qırılır. (Çalışmaq lazımdır ki, bu zaman dəri zədələnməsin).
12. Ülgüc tüklərlə çirkəndikdə onlar salfetlə kənarlaşdırılır.
13. Sonra qırılmış tüklər əməliyyat sahəsindən salfet vasitəsilə çırpılaraq kənarlaşdırılır.
14. Əməliyyat sahəsi antiseptiklərdə isladılmış salfetlə mərkəzdən periferiyaya doğru silinir.
15. Əlavə mələfə çarpayıdan yığışdırılır və təmizlənməyə göndərilir.
16. Xəstənin geyinməsinə kömək edilir.
17. Xəstə palataya qədər ötürülür (əgər manipulyasiya prosedura otağında aparılmışsa).
18. Ülgüc və istifadə olunmuş vasitələr dezinfeksiyaedici məhlulda yerləşdirilir.
19. Tüklər utilizasiyaya göndərilir.
20. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
21. Əllər yuyulur.

Əməliyyat sahəsinin işlənməsi

Əməliyyat sahəsinin işlənməsi dərhal (yerli anesteziya aparılacaqsa) və ya xəstəyə narkoz verildikdən sonra başlayır. Təxirəsalınmaz əməliyyatlarda isə əməliyyat sahəsinin işlənməsi əməliyyat stolunda aparılır.

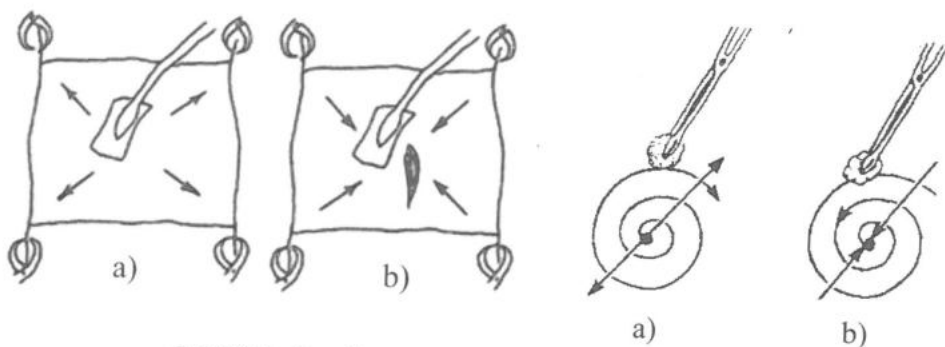
Lazım olan vəsait:

- kiçik steril alətlər stolu;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- 1%-li yodopiron məhlulu;
- 0,5%-li xlorheksidin biqlukonat məhlulu;
- antiseptik məhlul üçün stəkan;

- steril kürəciklər;
- iki pinset və ya kornsənq.

İşin ardıcılığı:

1. Kəmərcinin köməyi ilə steril stəkana 1%-li yodonat və ya 1%-li yodopiron ya da 0,5%-li xlorheksidin məhlulu tökülür.
2. Antiseptik məhlulda yaxşı isladılmış steril kürəcik pinset və ya kornsənq vasitəsi ilə götürülür.
3. Pinset və ya kornsənq cərraha verilir.
4. Əməliyyat sahəsi geniş şəkildə mərkəzdən periferiyaya doğru (irinli yaralarda isə periferiyadan mərkəzə doğru) 1,5 dəqiqə müddətində təmizləndikdən sonra işlənmiş alət, istifadə olunmuş alətlər üçün qaba atılır (şəkil 24).



Şəkil 24. Əməliyyat sahəsi dərisinin işlənməsi.
(a) təmiz əməliyyatlarda, (b) irinli əməliyyatlarda

5. Antiseptiklə yaxşıca isladılmış kürəcik ikinci pinset və ya kornsənqlə götürülərək təkrar işlənmə üçün cərraha verilir.
6. Xəstənin üzəri əməliyyat sahəsində yalnız kəsik aparılacaq sahənin dərisi açıq saxlanılmaqla steril mələfə ilə örtülür. Kəsik aparılan nahiyə steril dəsmallarla hər tərəfdən əhatə olunur.
7. Mələfə kəsik aparılacaq nahiyənin kənarlarından tutqacqla tutulur və cərrahi kəsik aparılmazdan əvvəl kəsik xətti antiseptiklərlə yenidən işlənilir.
8. Dəri tikişləri qoyulmazdan əvvəl və sonra da əməliyyat sahəsi təkrar işlənilir.

Beləliklə əməliyyat sahəsi 4 vacib işlənmədən ibarət olur:

1. Steril mələfə örtüləndə geniş və əhatəli işlənmə;
2. Steril mələfə örtüləndən sonrakı işlənmə (birbaşa kəsik aparılmazdan əvvəl);
3. Dəriyə tikiş qoyulmazdan əvvəlki işlənmə;
4. Tikiş qoyulandan sonrakı işlənmə.

Qeyd: Əməliyyat sahəsində irincik varsa planlı əməliyyat təxirə salınır.

Əməliyyat otağının yığışdırılması

Əməliyyat otağının dörd növ yığışdırılması aparılır:

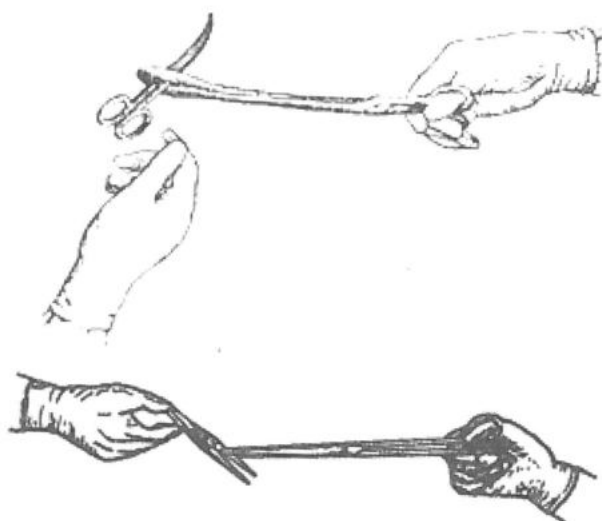
1. **Cari yığışdırma** - əməliyyat zamanı döşəməyə düşən əşyalar, qan, möhtəviyyat, kürəcik, tampon və s. əməliyyat zamanı yığışdırılır.
2. **Yekunlaşdırıcı yığışdırma** - əməliyyat otağı əməliyyat qurtardıqdan sonra və iş gününün sonunda yığışdırılır.
3. **Səhər yığışdırması** – hər səhər əməliyyat başlamamış döşəmə və əşyaların üzəri nəm əski ilə silinir.
4. **Əsaslı yığışdırma** – həftədə bir dəfə həftənin son iş günü bütün divarlar antiseptik məhlulda isladılmış nəm əski ilə yuyulur, (yaxşı olar ki, tavan da yuyulsun) əşyalar isə həmin məhlulda isladılmış nəm əski ilə silinir.

ALƏTLƏRİN CƏRRAHA VERİLMƏSİ QAYDALARI

Alətlərin cərraha verilməsinin 3 üsulu mövcuddur:

1. **Steril əldən cərrahın əlinə**- bu üsul daha təkmil, daha çox sınaqdan çıxmış üsul olub, cərrahı, əməliyyatla əlaqəsi olmayan artıq hərəkətlərdən tam azad edir. Bu zaman əməliyyat tibb bacısı asanlıqla kiçik əməliyyat stolunda alətlərin təmizliyinə və səliqəsinə nəzarət edə bilir. Eyni zamanda tibb bacısından cərrahın işarələrinə dəqiq reaksiya tələb etdiyi üçün çətin üsul sayılır.
2. **Steril alətlər stolundan cərrahın əlinə** -bu üsul daha sadə üsuldur. Tibb bacısı lazım olan alətlər dəstini və materialı stolun üzərinə yığır. Cərrah əməliyyatın gedişi boyu steril alətlər stolundan lazım olan aləti və sarğı materialını özü götürür. Tibb bacısı isə yalnız stolun üzərində səliqə yaradır, tikiş və liqatura üçün saplar verir. Bu üsulda cərrahın diqqəti yayına bilir, əməliyyatın vaxtı uzanır, hətta aseptika qaydalarının da pozulma ehtimalı olur. Bu üsuldən böyük alətlər stolunun çirklənməməsi üçün irinli əməliyyatlar zamanı istifadə edilməsi daha məqsədəuyğundur.
3. **Kombinə olunmuş üsul**-bu üsul nisbətən çox yayılmış üsul olub, əvvəlki hər iki üsulların birləşməsindən ibarətdir.

Qeyd: Əməliyyat tibb bacısının təcrübəsi artdıqca o istər-istəməz daha çox I üsuldən-alətləri birbaşa cərrahın əlinə verməkdən istifadə edəcəkdir. Kiçik əməliyyatlarda və ya sarğılar zamanı isə tibb bacısı alətləri kornsanq və ya uzun pinset vasitəsi ilə alətlərin verilmə qaydalarını gözləmək şərti ilə cərraha verir (şəkil 25).



Şəkil 25. Alətlərin cərraha kornsənq və pinsetlə verilməsi.

Alətlərin verilməsinin hər üç üsulunda əməliyyat tibb bacısı bir neçə qaydanı gözləməlidir:

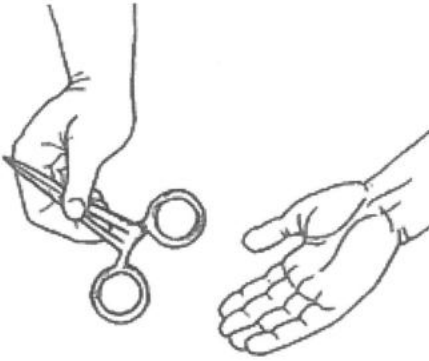
- əllə yaraya toxunulmamalıdır;
- cərrahi alətlərin sazlığını müntəzəm yoxlamalıdır;
- cərrahi alətləri yaxşı tanımalı, onların adlarını, nə məqsədlə işlədildiyini (təyinatını) və hansı əməliyyat üçün hansı alətlərin lazım olduğunu bilməlidir;
- alətləri dəqiq, cəld, vaxtında və çevik, eyni zamanda texniki cəhətdən düzgün vermək üçün onları hansı qaydada daha səmərəli düzməyi yaxşı bacarmalıdır. Cəldlik təcrübə ilə, çeviklik –alətləri tanımaq və əməliyyatların gedişini bilməklə (tibb bacısı əməliyyatın gedişini bilməklə alətlərin verilmə ardıcılığını bilir, bununla da o, əməliyyatın gedişini izləyərək, cərrahi qabaqlayıb lazım olan aləti əlində hazır vəziyyətdə saxlayır) əldə olunur, verilmə texnikasını isə aşağıda göstərəcəyik.
- tibb bacısı alətləri stolun üzərində müəyyən qayda ilə yerləşdirərkən hər alətin nə qədər, nə dərəcədə lazım olduğunu, ondan nə zaman (tezmi, gecmi) istifadə edildiyini nəzərə almalıdır. Bu qaydalara müntəzəm riayət edən tibb bacısı alətləri əməliyyata hazırlayarkən hər şeyin öz yerini bilir, onları artıq hərəkət etmədən tez və cəld cərraha çatdırır.
- alət elə verilməlidir ki, nə özünə nə də cərraha xəsarət yetirilməsin. (cərrahın diqqəti əməliyyat sahəsində olduğu üçün çox hallarda ona verilən alətə baxmır)
- alətin, əməliyyat ediləcək orqanın toxumalarına təmas olunan hissəsinə əllə toxunulmamalıdır;

- alət elə verilməlidir ki, cərrah onu əlinə götürən kimi dərhal işlədə bilsin (alıb başqa yerə qoymasın və ya əlində çevirməsin). Ona görə də tibb bacısı alətləri cərraha onun istifadə olunan tərəfini deyil, tutulan tərəfini verməlidir;
- əməliyyat zamanı istifadə olunan alətlərin miqdarını bilməli və əməliyyatdan sonra onları saymalıdır.

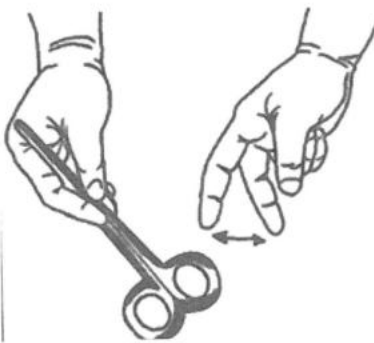
Alətlərin cərrah tərəfindən istənilməsi

Təcili cərrahi müdaxilə zamanı cərrahi briqdanın üzvləri arasında qeyri nitqi əlaqə yaradan, əllə idarə olunan siqnalların əlaqələndirilmiş sistemi tətbiq olunur. Bu metoddan cərrah ona lazım olan alət barədə öz əli ilə işarə edir və əməliyyat tibb bacısı aləti onun əlinə yerləşdirir. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi alətlərin verilməsinin I üsulunda tibb bacısından cərrahın işarələrinə dəqiq reaksiya tələb edilir. Bu işarələrin hər birini əməliyyat tibb bacısı başa düşməlidir. Bu zaman cərrahın dominant əli bilavasitə əməliyyat tibb bacısına yaxın olmalıdır.

Sıxıcı alətlər. Cərrahın açılmış əli sıxıcı aləti tələb edir. Əməliyyat tibb bacısı sıxıcı cərrahın əlinə alətin dəstəyi tərəfindən verir. Bu zaman tibb bacısı verməli olduğu sıxıcı alətləri (qandayandırıcılar, moskit tipli sıxıcılar və s.)— cərrahın əlinə işlək ucu (branşı) bir-birinə yaxınlaşmış, lakin bənd olunmamış (kilidlənməmiş) vəziyyətdə verməlidir. Alətin belə şəkildə verilməsi onun istifadədən qabaq aralanmasının qarşısını alır (şəkil 26).



Şəkil 26. Sıxıcıların istənilməsi



Şəkil 27. Qayçının istənilməsi

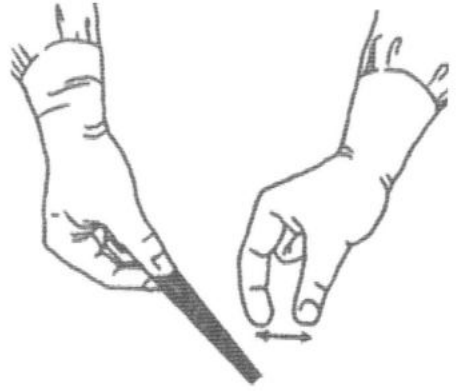
Qayçı. Cərrahın, şəhadət və adsız barmaqlarını təkrar hərəkətlərlə bir-birinə yaxınlaşdıraraq aralaması, qayçının tətbiqinin vacibliyinə işarə edir. Əməliyyat tibb bacısı qayçı cərrahın əlinə branşı bağlı vəziyyətdə, dəstəyi tərəfdən verir. Qayçı bağlı şəkildə verilməlidir (şəkil 27).

Skalpel. Baş, şəhadət və adsız barmaqları bitişdirməklə, əlin önə və arxaya hərəkəti ilə cərrah skalpeli tələb edir. Tibb bacısı skalpeli cərrahın əlinə dəstəyi tərəfdən verir. Təsadüfi zədələrdən qorunmaq üçün görmədən skalpeli cərraha vermək və geriyyə almaq olmaz (şəkil 28).



Şəkil 28. Skalpelin istənilməsi

Pinset. Cərrah, pinseti istəmək üçün, baş və şəhadət barmaqlarını sıxmaqla əli pro-nasiya edir. Əməliyyat tibb bacısı pinseti branşlar tərəfindən uzadaraq cərrahın əlinə verir (şəkil 29).

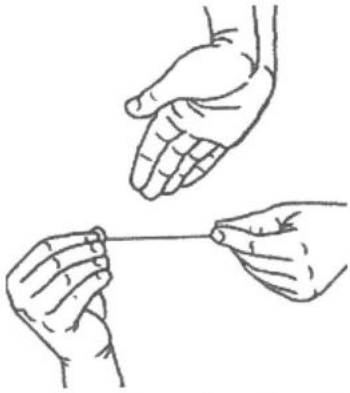


Şəkil 29. Pinsetin istənilməsi

İynətutqacı. Tikiş qoymaq zəruriliyini cərrah əlini yumruq kimi sıxmaqla saat əqrəbi və saat əqrəbinin əksi istiqamətində hərləndirməklə işarə edir. Tibb bacısı alətin dəstəyi qabaqda olmaqla, iynənin ucunu önə fırladıb iynətutqacını tikiş qoymağa hazır vəziyyətdə verir. Əməliyyat tibb bacısı iynəni iynətutqacına eləsalmalıdır ki, cərrah iynə tutqacını iynə ilə ucu önə istiqamətlənmiş vəziyyətdə, yəni tikişə hazır vəziyyətdə alsın. İynənin ucunun vəziyyətini və istiqamətini başa salmaq üçün isə, cərrah ilə tibb bacısı arasında nitq ünsiyyəti lazımdır (şəkil 30).



Şəkil 30. İynətutqacının istənilməsi



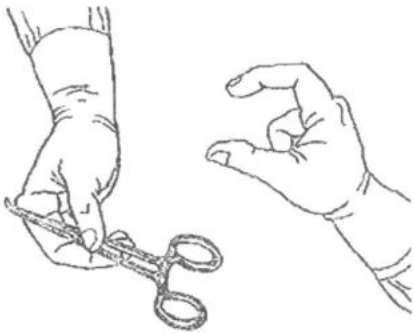
Şəkil 31. Sapın istənilməsi

Liqatura üçün sap. Açılmış ovucun pronasiya-edici hərəkətləri ilə cərrah ona sərbəst liqaturanın lazım olmasını işarə edir. Sərbəst tikiş sapının verilməsi zamanı əməliyyat tibb bacısının iki əli də məşqul olmalıdır. Sapın bir ucunu alətdə bərkitmək lazım olduqda nitq ünsiyyəti tələb olunur (məs: sıxıcıda). Əməliyyatdan əvvəl cərrah tibb bacısını, hansı tikiş materialından istifadə olunacağı haqqında məlumatlandırmalıdır (şəkil 31).



Şəkil 32. Tupferin istənilməsi

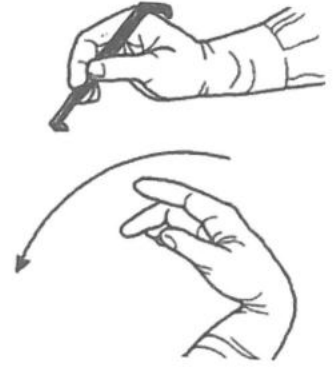
Tupfer (zond-tampon). Açılmış və ya bükülmüş barmaqlarla əli yuxarı və aşağı hərəkət etdirməklə cərrah tupferi tələb edir. Əməliyyatın vacibliyi və tipindən asılı olaraq, əməliyyat tibb bacısı quru və ya ıslanmış tupferi sərbəst və ya alətdə sıxılmış vəziyyətdə verir (şəkil 32).



Şəkil 33. Əyri uclu sıxıcının istənilməsi

Əyri uclu sıxıcı. Cərrah baş və şahadət barmaqlarının qısqaç (maşa) tipli hərəkətləri ilə tibb bacısından dimdiyi oxu üzrə sağa əyilmiş sıxıcını istəyir. Əməliyyat tibb bacısı sıxıcını cərrahın əlinə alətin ucu yuxarı yönəlmiş şəkildə götürərək, onun dəstəyi tərəfindən verir (şəkil 33).

Retraktor. Əli pronasiya edərək, "itələyici" hərəkətlə cərrah retraktorun lazım olmasına işarə edir. Alətin tipi və ölçüsü haqqında nitq ünsiyyəti ola bilər. Tibb bacısı retraktoru qarmaqları xaricə, arxası isə cərraha doğru tutaraq verir (şəkil 34).



Şəkil 34. Retraktorun istənilməsi

Yaragenişləndirici. Cərrah əlini pronasiya vəziyyətində açıb, barmaqları aralamaqla, tibb bacısından yaragenişləndiricini istəyir. Cərrah və tibb bacısı arasında nitq ünsiyyəti genişləndiricinin ölçüsü və tipi haqqında ola bilər (şəkil 35).



Şəkil 35. Yaragenişləndiricinin istənilməsi

Alətlərin tibb bacısı tərəfindən verilməsi:

- sıxıcı alətlər qayçılar, qarmaqlar, ağzı bağlı halda dəstəyi özündən əks tərəfə olan şəkildə verilməlidir (şəkil 36).



Şəkil 36. Qayçılar, sıxıcılar və qarmaqların verilməsi

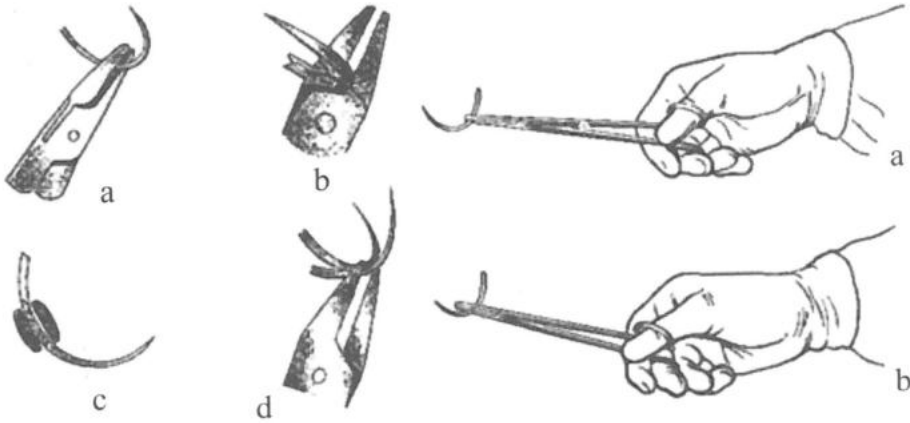
- skalpellər əlləri təsadüfi kəsilmədən qorumaq üçün qabaqcadan salfetlə bükülmüş vəziyyətdə dəstəyi cərraha doğru, ağzı aşağı vəziyyətdə, tiyəsinin boynunun yuxarı hissəsindən tutmaqla küt hissəsi ovuca baxan şəkildə verilir (şəkil 37).



Şəkil 37. Skalpelin verilməsi

Qeyd: Dəridə kəsik aparıldıqdan sonra skalpel mütləq dəyişdirilməlidir.

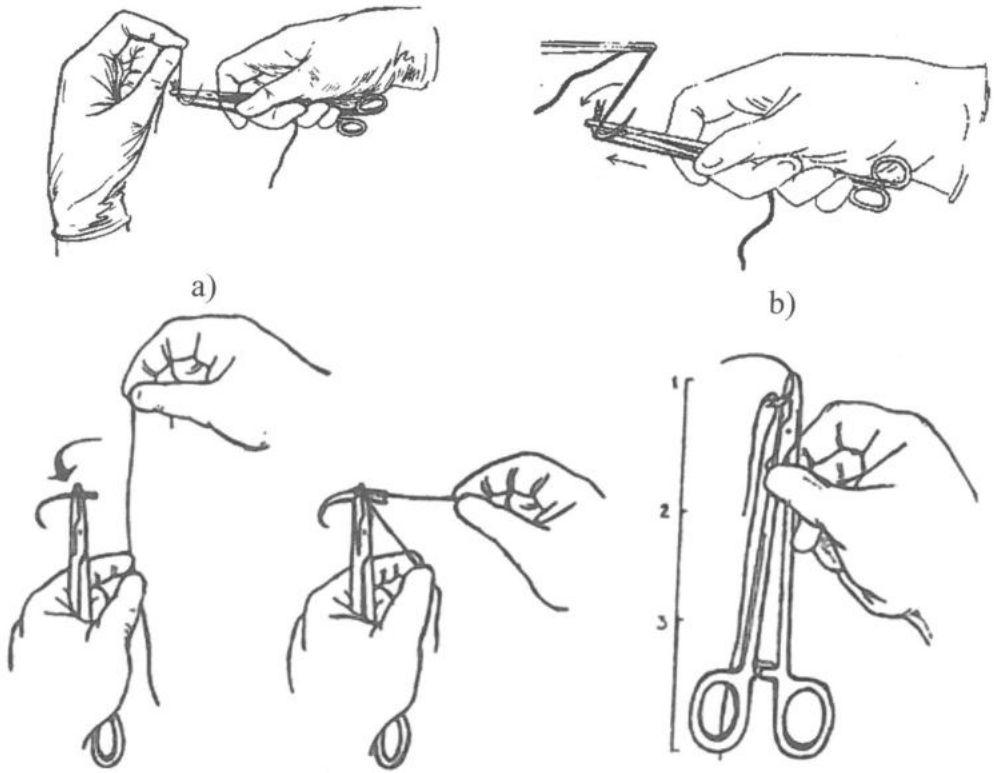
- iynə, iynətutqacına iti ucu sola baxmış vəziyyətdə iynənin gözüne (dəliyinə) yaxın hissədən fiksasiya edilir (şəkil 38).



Şəkil 38. İynənin iynətutqacında fiksasiyası.

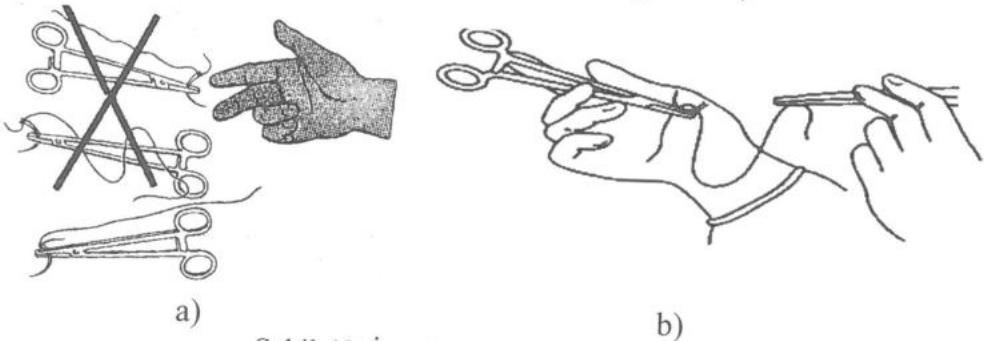
- düzgün vəziyyət-iynə iynətutqacının sonuna yaxındır
- qeyri-düzgün vəziyyət-iynətutqacı iynəni öz oxu ətrafında sındıra bilər
- qeyri-düzgün vəziyyət- "doğrayan"effekt yarana bilər
- qeyri-düzgün vəziyyət- iynə dayanıqsızdır

- sapın bir ucu iynə tutqacı ilə birlikdə tutub, digər ucu iynənin üzərindən aşırıaraq, onun dəliyinə əl və ya pinset vasitəsilə keçirilir (şəkil 39). İynəni pinsetlə saxlamaq daha məqsəduyğundur ki, əllərə toxunmasın. Atravmatik sapların iynəsi sapın üzərində olur. Sancıqlar isə tikiş aparatlarının vasitəsilə yaraya qoyulur. Əməliyyat bacısı sapı iynəyəcəld və düzgün keçirməyi bacarmalıdır ki, cərraha tikişi gözləmək lazım gəlməsin və əməliyyat yubanmasın.



Şəkil 39. İynənin saplanması a) əllə b) pinsetlə

- saplanmış iynə-tutqacı sapı dartmamaq şərti ilə (bu zaman sap liflənə bilər) ağzı sola baxmış vəziyyətdə dəstəyi cərraha doğru, iynənin iti ucu isə əks tərəfə çevrilmiş şəkildə verilir (şəkil 40).



Şəkil 40. İynə-tutqacının verilməsi
a) qeyri-düzgün, b) düzgün

- sapın qalınlığı sapın möhkəmliyindən, işlədilmə təyinatından, yəni tikiləcək toxumanın xüsusiyyətindən asılı olaraq seçilməlidir.
- iynənin qalınlığı, ayrılığı və ölçüsü, toxumaya, tikiləcəyə və yaranın dərinliyinə uyğun olaraq düzgün seçilməlidir. Əzələ, aponevroz və dərini tikmək üçün qalınlığı sapın qalınlığına uyğun

olan kəsici, üçüzlü, əyri iynələrdən istifadə edilir. İynənin ayrılığı isə yaranın dərinliyindən və enindən asılıdır. Dərin yaralarda daha kiçik və daha sərt iynə istifadə edilir. Aponevroz və əzələ 180° əyilmiş, dəri isə 120° maili iynələrlə tikilir.

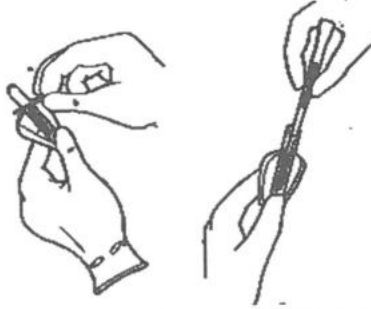
- şpirislər onlara maye yığılarkən iynənin və şpirisin bankanın divarlarına dəyməmək şərti ilə və içərisində hava qalmamaqla aşağı hissəsindən sağ əllə tutularaq porşeni cərraha, iynəsi isə özünə doğru vəziyyətdə verilir (şəkil 41).



Şəkil 41. Şpirisin verilməsi

- tikiş materialları bankadan (və yaxud ampuldan) uzun pinsetlə çıxarılır və steril salfetin üzərinə qoyularaq istənilən uzunluqda kəsilir və istifadəyə verilir (şəkil 42). Tikişin növündən asılı olaraq sapın uzunluğu müəyyənləşdirilir.
 - fasiləsiz tikişlər üçün 40-45 sm;
 - düyünlü tikişlər üçün 18-20 sm;
 - dərinlikdə tikiş qoymaq üçün 25-30 sm;
 - büzməli tikişlər üçün 25-30 sm.

Sapın uzunluğunu ölçmək üçün hər hansı bir daimi ölçüdə, məsələn, tibb bacısı özünün ovucunun içinə qədər olan məsafədən istifadə edir. Düyünlənəndə sürüşdüynə görə ketqut ipək saplara nisbətən bir qədər uzun verilməlidir.



Şəkil 42. Ampuldan tikiş materialının çıxarılması

Əməliyyat tibb bacısının borcudur ki, tikiş materiallarının düyünlənməsi qaydaları haqqında cərrahı məlumatlandırın. Kapron, lavsan və ketqut 3-4 dəfə, ipək, pambıq, kətan isə 2 dəfə düyünlənməlidir. İynəsiz saplar pinset vasitəsi ilə verilir.

- sarğı vasitələri yalnız alətlər vasitəsilə verilir. Əməliyyat sahəsini

qurutmaq üçün kiçik salfetlərdən hazırlanmış turundalar kornsanqın boyu uzunluq sarılaşmaq uc hissəsində sıxılmış vəziyyətdə verilir (şəkil 43).

- kürəciklər bir-bir verilir.
- tupferlər – kornsanqla verilir.
- tamponlar-sıxıcı vasitəsilə verilir.



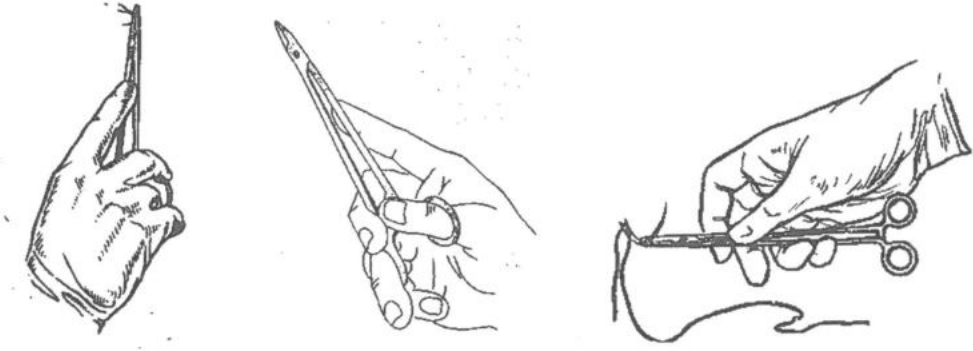
Şəkil 43. Sargı materialının verilməsi

Qeyd: Aləti verdikdə o, hər hansı bir steril olmayan əşyaya toxunarsa bu barədə dərhal cərrahı xəbərdar etmək və bu aləti qaynatmaq üçün göstəriş vermək və ya onu digər alətlə dəyişmək lazımdır. Əgər əməliyyat zamanı alətlər çirklənibsə (məsələn bağırsağ əməliyyatları zamanı), onda onları kənara qoymaq lazımdır. Yalnız yenidən sterilizasiya edildikdən sonra belə alətlərdən istifadə etmək olar.

Hər yeni əməliyyatdan qabaq bütün alətlər, hətta istifadə edilməmiş alətlər belə yenidən sterilizasiya edilməli və alətlər stolu yenidən hazırlanmalıdır.

Alətlərlə işləyərkən gözlənilən ümumi qaydalar:

- aləti tutarkən, əllə alətin ən azı üç nöqtəsində təmas yaranmalıdır. Bu alətlərin əldə dayanıqlığını və işlədilməsi üçün fəaliyyətin dəqiqliyini təmin edir:
- aləti barmaqların yalnız distal hissəsi ilə tutduqda, onu daha asan idarə etmək mümkün olur.
- sıxıcılar, qayçılar və iynə tutqacları işlədikdə göstərici barmaq alətin boyunca yerləşdirilməlidir.
- işlək hissəsində müəyyən ayrılıq olan sıxıcı və qayçı kimi əyri uclu alətləri işlədən zaman onları elə tutmaq lazımdır ki, alətin əyilmiş ucu cərraha tərəf baxmış olsun. Yalnız belə vəziyyətdə fəaliyyət sahəsinə vizual nəzarət etmək olur (şəkil 44).



Şəkil 44. Alətlərin əldə düzgün tutulması qaydaları.

Alətlərin verilməsində buraxılan səhvlər

1. Yaxşı olar ki, alətlər asta-asta amma düzgün ardıcılıqla verilsin. Yersiz tələsmək olmaz.
2. Saplar qısa verildikdə düyünlənməsi çətinləşir, uzun verildikdə isə dolaşa bilər. Ona görə də sapın uzunluğu tikişin növünə uyğun götürülməlidir.
3. Qalın sap nazik iynədə verildikdə toxumalar tez cırılır, iynə isə sapdan çətinliklə azad edilir.
4. Nazik sap qalın iynədə verildikdə sap iynənin gözündən sürüşüb düşə bilər.
5. Sapın qısa ucu 3 sm-dən kiçik olduqda, sap iynə tutqacından sürüşüb çıxa bilər, 5 sm-dən uzun olduqda iynəni sapdan çıxarmaq rahat olmur.
6. İstifadəyə verilməmişdən əvvəl möhkəmliyi yoxlanılmayan sap qırılaraq tikişin açılmasına səbəb olur.
7. Əməliyyat alətlərinin sarğı materialları üçün istifadə olunan alətlərə qarışmamasına nəzarət edilməlidir.
8. Alətlərin və sarğı materiallarının miqdarına və vəziyyətinə etinasız yanaşılmamalıdır. Tikiş qoyulmazdan əvvəl alətlərin, tamponların, salfetərin sayıldığı və sayının doğru olması haqqında cərrah məlumatlandırılmalıdır.
9. Aseptikanın gözlənilməməsi. İşlənmiş alətləri steril alətlərlə bir yərə qoymaq olmaz. Əgər alət əməliyyatın gedişində bir daha lazım olacaqsə o, furasillin məhlulunda islanmış salfetlə silinib münasib yərə qoyulmalıdır.
10. Əməliyyat 2 saatdan artıq davam etdikdə istifadə olunmuş alətlər hissə-hissə ləyəndən vaxtaşırı yığıdırlır, yuyulub sterilləşdirilir və təkrarı istifadəyə verilir.

Əməliyyat tibb bacısının vəzifələri

1. Əməliyyat otağında müalicəvi mühafizə rejimini təşkil edir və onu dəstəkləyir.
2. Xəstələrin vaxtında əməliyyat otağına gətirilməsinə və xəstədə müvafiq hazırlıq aparılmasına nəzarət edir.
3. Əməliyyat blokunun avadanlıqları və təchizatına cavabdehlik daşıyır.
4. Sargı materiallarını və əməliyyat otağını hazırlayır və onların sterilliyini təmin edir.
5. Alətlər stolunu hazırlayır.
6. Steril materialların düzgün verilməsini təmin edir (şəkil 45).



Şəkil 45. Əməliyyat tibb bacısı tərəfindən steril materialın düzgün verilməsi.


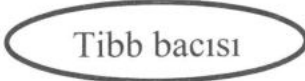
7. Cərrahın əməliyyata hazırlanmasında bilavasitə iştirak edir.
8. Cərraha əməliyyat zamanı alətləri verir.
9. Cərraha əməliyyat zamanı kömək edir.
10. Xəstələrin və əməliyyat iştirakçılarının infeksiyon təhlükəsizliyinə cavabdehlik daşıyır.
11. Xəstədə kimyəvi yanıqların əmələ gəlməməsi üçün yod tərkibli antiseptiklərlə ehtiyatla davranır, antiseptikin xəstənin altına axmaması üçün böyrünə steril mələfə sərir.
12. Elektrocərrahi alət və aparatlarla işləyərkən termiki yanıqların əmələ gəlməməsi üçün əməliyyatdan qabaq həmin alətlərin sazlığını yoxlayır, passiv elektrodların fiksə olunmasını təmin edir.
13. Əməliyyatın sonunda əməliyyat otağından xəstələrin daşınmasını təşkil edir. (Bu zaman xəstəyə qoyulan kateterə, nazoqastral zona,

- drenaj borularına nəzarət edir, onların uzadılmasını və möhtəviyyatın yığılması üçün rezervuar təşkil edir)
14. Alətlərə və aparatlara (anestezioloji aparatlardan başqa) cavabdehlik daşıyır.
 15. Əməliyyat otağının dərmanlarla təminatına və hesabatının aparılmasına cavabdehlik daşıyır.
 16. Əməliyyat zamanı istifadə olunan sarğı vasitələrini, tikiş materiallarının və alətlərin ciddi hesabatını aparır.
 17. Əməliyyatdan sonra istifadə olunan alətləri və materialları dezinfeksiyaedici məhlula qoyur.
 18. Kiçik tibb işçilərinin işinə nəzarət edir.
 19. Əməliyyat otağının əsaslı təmizlənməsində kiçik tibb işçiləri ilə birlikdə iştirak edir.

SARĞI OTAĞININ HAZIRLANMASI

1. Sarğı otağının yaş təmizlənməsinə nəzarət edilir.
2. Alətlər steriləşdirilir.
3. Biksələr və dəsmallar yerinə qoyulur.
4. Otağın həcminə və lampanın gücünə görə bakterisid lampa yandırılır.
5. Gün ərzində aparılacaq bütün sarğıların siyahısı alınır və onların növbəliliyi təmin edilir.
6. Əllər yuyulur, steril paltar və əlcəklər geyilir.
7. Steril alətlər stolu müəyyən edilmiş qaydada hazırlanır (şəkil 46).

Qeyd: Sarğı otağı səhər saat 10-dək hazırlanmalıdır. Sarğı otağı tibb bacısı sarğılar zamanı aseptikanın qorunması üçün məsuliyyət daşıyır və burada işin təşkilinə rəhbərlik edir.

Qayçılar, qarmaqlar, zondlar	Sarğı vasitələri				Metal kateterlər	Drenaj	Böyrəkvari ləyən
	Pambıq	Salfetlər və kürəciklər	Turundalar	Tamponlar			
Korosanqlar, pinsetlər, şprislər, iynələr, iynətutqacı, qandayandırıcı sıxıcılar	 Məhlullar üçün stəkanlar				Böyrəkvari ləyəndə korosanq  Tibb bacısı		

Şəkil 46. Sarğı stolunda alətlərin və materialın təxmini düzülüşü

Sarğı otağında steril stolun hazırlanması

Kvarslama müddəti başa çatdıqdan sonra sarğı tibb bacısı steril stolu hazırlayır.

Lazım olan vəsait:

- stol;
- stolun örtülməsi üçün qablaşdırılmış steril biks;
- xalat, maska, steril əlcəklər;
- iki ədəd steril kornsənq;
- birka;
- təmiz əski;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulur.
2. Maska və steril əlcəklər geyilir.
3. Dezinfeksiyaedici məhlulda isladılmış əski ilə stolun üzəri və biksın xarici səthi silinir.
4. Əllər əlcəkdə axar su altında sabunla yuyulur, steril salfetlə qurudulur və spirtlə silinir.
5. Biksın hermetikliyi və yararlılıq müddəti yoxlanılır.
6. Birkada biksın açılma vaxtı qeyd edilir və imza qoyulur.
7. Biks açılır, yığılmış materialın sterilliyinə əmin olunur (indikatorun rənginə və aqreقات halına görə).
8. Steril paltarlar geyilir (köməkçinin köməyi ilə).
9. İki steril kornsənq vasitəsi ilə biksdən mələfə çıxarılır, 4 qat bükülərək stolun üzərinə elə salınır ki, mələfənin aşağı kənarı 15-20 sm stoldan sallanmış olsun.
10. Mələfənin üst ikiqatının kənarlarından sıxıcı ilə tutularaq büzmə şəklində o biri ikiqatın üzərinə yığılır.
11. Biksdən müşəmbə götürülür, ikiqat edilərək stolun sol tərəfinə sərilir.
12. Sağ tərəfə isə əlavə müşəmbə qoyulur.
13. Alətlər və sarğı materialı göstərilən qaydada stolun üzərinə yığılır (şəkil 46).
14. Kənarları və büzmə şəkilli mələfənin ikiqatı ilə alətlər örtülərək mələfə sıxıcıları ilə tutulur.
15. Stola hazırlanma vaxtı və tarixi, həmçinin tibb bacısının adı və soyadı yazılmış birka bağlanır.

Sarğuların dəyişdirilməsi

Sarğının dəyişdirilməsi ağırlı proses olduğu üçün onu zərifliklə icra etmək lazımdır. **Sarımanı bir qayda olaraq müalicə həkimi yerinə yetirir**, tibb bacısı isə ona kömək edir. Bəzi sarğıları isə tibb bacısı sərbəst bacarmalıdır. Əvvəl təmiz, sonra irinli yaralar, daha sonra isə nəcis fistulası olan yaralar sarınmalıdır.

Hər bir sarğı 5 mərhələdən ibarətdir:

1. Köhnə sarğının açılması və dərinin tualeti.
2. Yarada lazım olan manipulyasiyanın yerinə yetirilməsi.
3. Dərinin yara mövtəviyyatından qorunması.
4. Yeni sarğının qoyulması.
5. Sarğının fiksasiyası.

Lazım olan vəsait:

- pinsetlər;
- sarğı vasitələri olan biks;
- antiseptik maddələr;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- 1:1000 nisbətində hazırlanmış furasillin məhlulu;
- 0,5 %-li xlorheksidin biqlükonat məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- 0,5%-li kalium permanqanat məhlulu.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstənin üst paltarının soyunmasına və sarğı stoluna uzanmasına kömək edilir.
2. Xəstə təmiz mələfə ilə qurşağına qədər örtülür.
3. Steril bankaya antiseptik məhlul tökülür.
4. Köhnə sarğı yara boyu pinsetlə açılır.
5. Digər pinsetlə götürülmüş quru kürəciklə dəri saxlanılır ki, sarğı altında dartılmasın.
6. Sarğı yapışırsa 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış kürəciklə qat-qat açılır. (əgər sarğı barmaqlardadırsa isti 0,5%-li kalium permanqanat məhlulu ilə vanna etdikdən sonra açmaq lazımdır).
7. Yaraya və yara ətrafı nahiyələrə baxılır və vəziyyəti qiymətləndirilir.
8. Yara ətrafı dəri 0,5%-li xlorheksidin məhlulunda isladılmış kürəciklə mərkəzdən periferiyaya doğru təmizlənir.
9. Yara kənarları steril kürəciklə qurudulur və 1%-li yodonat məhlulu, sonra 70⁰-li etil spirtində isladılmış kürəciklə silinir.
10. Pinset dəyişdirilir.

11. Steril salfet yara səthinə qoyulur.
12. Zədələnmə nahiyəsindən asılı olaraq kleol, leykoplastr və ya bintlə fiksasiya edilir.

Qeyd: *Sarğı otağında aşağıdakı manipulyasiyalar aparılır:*

- ✓ *oynaqların punksiyası;*
- ✓ *plevra boşluğunun punksiyası;*
- ✓ *laparosentez;*
- ✓ *novokain blokadası;*
- ✓ *tikişlərin açılması;*
- ✓ *əməliyyatdan 2-3 sutka sonra xəstənin sarğısının dəyişdirilməsi ;*
- ✓ *sonrakı günlərdə sarğuların dəyişdirilməsi ;*
- ✓ *drenajların çıxarılması.*

Sarğuların növbədənkənar dəyişdirilməsinə göstərişlər

- qoyulmuş sarğının özbaşına yerindən düşməsi və ya sürüşərək yaranı düzgün örtməməsi, yaxud qopması;
- sarğının yara möhtəviyyəti ilə islanması;
- yara nahiyəsindəki ağrının palpasiya zamanı artması;
- yarada güclənən pulsasiyaedici ağrının əmələ gəlməsi ;
- bədənin temperaturunun artması və ya yaranın sağalması fonunda digər ümumi intoksikasiya sindromunun təzahürü.

Sarğı tibb bacısının vəzifələri

1. Sarğı otağında müalicəvi mühafizə rejimini təşkil edir.
2. Sarğı vasitələrini hazırlayır, bikslərə yığır və sterilizasiya üçün avtoklava aparır.
3. İstifadə edilmiş cərrahi alətləri təmizləyərək quruducu şkafda sterilizasiya edir.
4. Sarğı otağının alətlər stolunu hazırlayır.
5. Xəstələrin sarınması zamanı həkimə köməklik edir.
6. Xəstəyə müxtəlif sarğuları bağlayır.
7. Kiçik tibb işçilərinin işinə rəhbərlik edir.
8. Xəstələrin infeksiya təhlükəsizliyini təmin edir.

III BÖLMƏ.

AĞRISIZLAŞDIRMA

Hazırkı dövrdə heç bir cərrahi əməliyyat ağrısızlaşdırma aparılmadan icra olunmur. Cərrahi əməliyyatlar zamanı ağrını və arzuolunmaz stressi aradan götürmək üçün ümumi ağrısızlaşdırma (narkoz) və yerli ağrısızlaşdırmadan (yerli anesteziya) istifadə edilir.

YERLİ ANESTEZİYA

Bədənin əməliyyat aparılacaq müəyyən məhdud sahəsində dərmanların, mexaniki və fiziki vasitələrin köməyi ilə ağrı hissənin süni şəkildə götürülməsi yerli anesteziya adlanır. Yerli anesteziya hazırda ən təhlükəsiz ağrısızlaşdırma metodudur. Bu metodun fəsadlaşma faizinin az olduğunu nəzərə alaraq cərrahi praktikada geniş tətbiq olunur.

Yerli anesteziyanın əsas üstünlükləri:

1. Huşun saxlanması və xəstə ilə təmasın mümkünlüyü;
2. Nisbi təhlükəsiz olması;
3. Bütün tibb müəssisələrində (ambulatoriyada, poliklinikada, feldşer-mama məntəqələrində, stasionarda və s.) icrasının mümkünlüyü;
4. Texnikasına yiyələnməsində tibbi personalın hazırlığına kiçik xərclərin sərf olunması;
5. İcrasının sadəliyi və əməliyyatdan qabaqki hazırlığa xüsusi ehtiyacın olmaması;
6. Təchizatın (anestetiklər, avadanlıqlar, alətlər) az sərf edilməsi;
7. Xəstənin əməliyyatdan sonrakı müşahidəyə (narkozdan sonra olduğu kimi) ehtiyacın qalmaması.

Yerli anesteziyanın çatışmazlıqları

1. Xəstənin huşu saxlandığına görə və əməliyyat zamanı emosional həyəcan olduğu üçün (xəstə öz əməliyyatının "iştirakçısı" olduğundan) psixikası sabit olmayan şəxslərdə məsləhət görülməməsi;
2. Allergik reaksiyaların mümkünlüyü;
3. Əzələ relaksasiyasının olmamasından qarın və döş boşluğu üzvlərində əməliyyatların çətinliyi;
4. İltihabi proses və ya çapıq olan toxumalarda infiltrasion anesteziyanın tətbiqi zamanı ağrısızlaşdırmanın alınmaması;

5. Xəstədə həyati vacib orqanların fəaliyyətinin pozğunluğu zamanı ağ ciyərlərin süni tənəffüsü və digər müdafiə metodlarının tətbiqinin mümkünsüzlüyü.

Göstərişlər:

- ümumi anesteziyanın (narkozun) riskinin əməliyyatın riskindən artıq olduğu kiçik həcmli əməliyyatlar və manipulyasiyalar;
- müalicəvi blokadalar;

Əks göstərişlər:

- psixi xəstəliklər;
- kəskin sinir oyanıqlığı;
- erkən uşaq yaşı (10 yaşdan kiçik uşaqlar);
- anestetiklərə həssaslıq;
- əməliyyatın uzunmüddətliliyi;
- anesteziya aparılacaq nahiyədə çarığın olması və ya həmin nahiyənin irinləməsi;
- toxumaların qanaxmaya meyilliliyi (hətta antikoagulyasiya aparıldıqdan da sonra);
- xəstə ilə lazımi təmasın mümkünsüzlüyü (güclü sərxoşluq, laləkarlıq);
- yerli anesteziyadan xəstənin qəti imtina etməsi;
- əməliyyat zamanı miorelaksasiyaya ehtiyacın yaranması.

Xəstənin yerli anesteziyaya hazırlanması

1. Xəstəyə, xüsusilə yerli anesteziya aparılacaq nahiyənin dəri örtüyünə baxış keçirilir;
2. Nəbz, arterial təzyiq, bədənin temperaturu yoxlanılır;
3. Allergik xəstəliklər, xüsusilə anestetiklərə fərdi həssaslıq aydınlaşdırılır;
4. Premedikasiyadan əvvəl sidik kisəsi boşaldılır;
5. Premedikasiya aparılır: 0,1%-li atropin, 1%-li promedol, 1%-li dimedrol məhlullarının hər birindən 1 ml eyni şprisə yığaraq anesteziyadan 20 dəqiqə qabaq əzələ daxilinə yeridilir;
6. Yerli anesteziya başa çatanaqədək ciddi yataq rejimi gözlənilir.

Səthi anesteziyanın aparılması

Oftalmologiya, stomatologiya, larinqoskopiya, bronxoskopiya, gastroskopiya, otorinolaringologiyada tətbiq edilir.

Lazım olan vəsait:

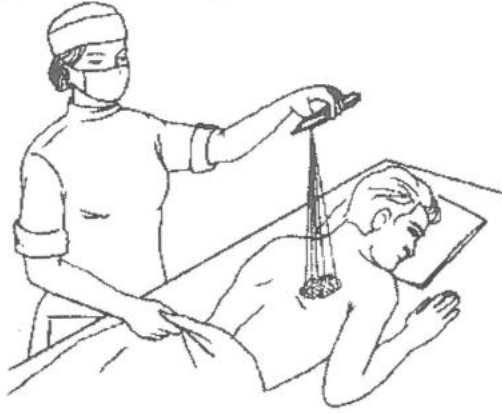
Anestetiklər:

- 1%, 2%, 3%-li 5 ml kokain məhlulu;
- 0,5%, 1%-li 5ml dikain məhlulu;
- 2%-li 5 ml lidokain məhlulu.

Anestetiklərin ağrısızlaşdırma təsirini uzatmaq üçün anestetikin hər 1 ml-nə, 1-2 damcı 0,1%-li adrenalin məhlulu əlavə edilir.

İşin ardıcılığı:

1. Dəri və selikli qişalar anestetiklə isladılmış və sıxıcı ilə tutulmuş tamponla sürtülür.
2. Anesteziya ediləcək nahiyəyə pipetka vasitəsilə 3-4 damcı anestetik damızdırılır.
3. Anestetik 25 sm. məsafədən aerosol şəklində bədən səthinə püskürdülür (şəkil 47).
4. Anestetik kateter vasitəsi ilə yeridilir.



Şəkil 47. Xloretillə səthi yerli anesteziya

İnfiltrasion qat-qat anesteziyanın aparılması (Vişnevski üsulu ilə)

Göstəriş: yaraların I-li cərrahi işlənməsi, irinliklərin yarılması, punksiyalar zamanı ağrısızlaşdırma.

Anestetiklər: 0,25%-li – 500 ml novokain məhlulu;
0,5%-li - 250 ml novokain məhlulu.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- tənzip salfet;
- iki ədəd pinset;
- 20 ml-lik şpris;
- əzələ daxili iynə;
- 1%-li yodonat məhlulu;

- 70⁰-li etil spirti;
- novokain məhlulu;
- rezin əlcəklər.

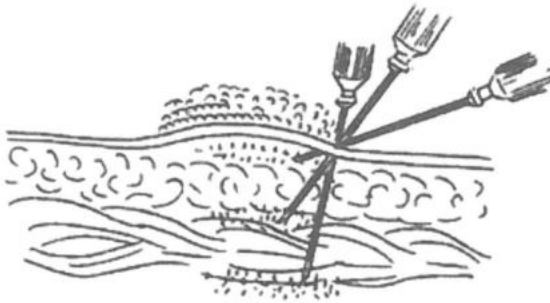
İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Əvvəl yodonatla, sonra isə spirtlə mərkəzdən periferiyaya doğru dəri iki dəfə təmizlənir.
3. Şprisə novokain məhlulu yığılır.
4. İynə dəri daxilinə yeridilir.
5. Novokain məhlulu dəridə “limon qabığı” əmələ gələnədək yavaşca yeridilir (şəkil 48).
6. İynə dərinliyə doğru qat-qat (dərialtı, fassiya, əzələdaxili) hərəkət etdirilir və novokainin yeridilməsi toxumalar doyuzdurulanadək tədricən davam etdirilir (şəkil 49).

Qeyd: Aparılacaq kəsiyin boyu üzrə iynə toxumalara müxtəlif tərəflərdən batırılmalıdır. Arteriya və venaların zədələnməməsi üçün, iynə 1-2 sm geriyyə çəkilib, yenidən daha dəqiq istiqamətə yeridilir. Hematoma əmələ gələrsə iynə çıxarılıb sıxıcı sarğı qoyulur.



Şəkil 48. Dərinin anesteziyası zamanı “limon qabığı” şəkli



Şəkil 49. İnfiltrasion anesteziyanın aparılması sxemi

Futlyar anesteziyanın aparılması

Göstəriş: ətraflarda aparılan manipulyasiya və əməliyyatlar, sümük sınıqları və uzunmüddətli sıxılma sindromu zamanı ağrısızlaşdırma.

Anestetik: 0,25%- 500,0 novokain məhlulu.

Lazım olan vəsait:

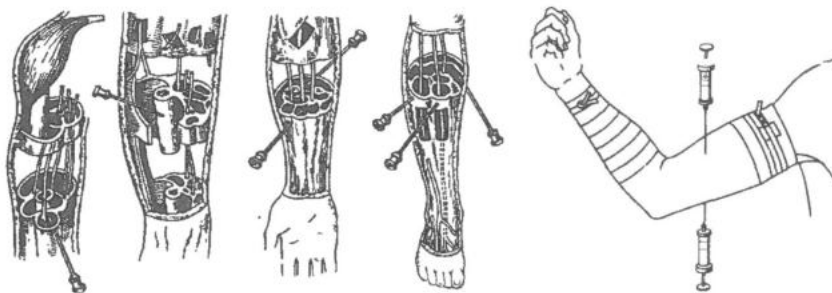
- kəmə;
- iki ədəd pinset;
- tənzip salfet;
- 20,0 ml-lik şprislər;
- əzələ daxili iynə;
- 70⁰-li etil spirt;
- rezin əlcəklər;
- novokain məhlulu.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə arxası üstə uzadılır.
2. Anesteziya aparılacaq yerdən yuxarı kəmə bağlıdır.
3. Pinsetlə götürülmüş spirtli tənzip salfetlə dəri kəmərdən aşağıda 2 dəfə silinir.
4. Şprisə novokain məhlulu yığılır.
5. İynə, qoyulmuş kəmərdən aşağı əzələnin dərinliyinə (fassial boşluğa) yeridilir (şəkil 50).
6. Novokain yavaşca yeridilməyə başlayır.
7. İynə bir neçə nöqtədən ətrafın çevrəsi boyu fassial yatağı olan böyük əzələ qruplarına yeridilir.
8. Əməliyyat və ya manipulyasiya başa çatdıqdan sonra kəmə tədricən boşaldılaraq açılır.

Qeyd:

- 1) Novokain yeridilməzdən əvvəl iynənin damara düşməsinə tam əmin olmaqdan ötrü şprisin porşeni geriye çəkilir.
- 2) Manipulyasiya şprislərin daima dəyişdirilməsi ilə yerinə yetirilir.
- 3) Əməliyyat və ya manipulyasiya 1,5 saatdan çox davam etməməlidir.



Şəkil 50. Ətrafların futlyar novokain blokadası

Venadaxili anesteziyanın aparılması

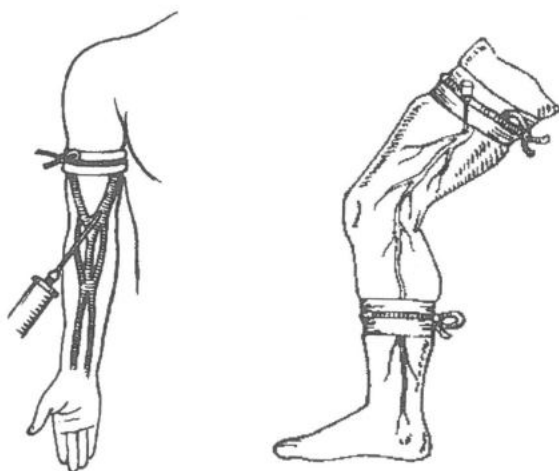
Anestetik: 0,5%-li novokain məhlulu (preparata qarşı fərdi həssaslıq nəzərə alınmalıdır).

Lazım olan vəsait:

- antiseptik;
- steril əlcəklər;
- steril salfet;
- 10 m-lik şpris;
- dəri içi və əzələdaxili iynələr;
- 0,5%-li 100,0 ml novokain məhlulu;
- elastik bint.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə arxası üstə uzadılır.
2. Ətrafa 2-5 dəqiqə müddətində yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilir.
3. Müddət başa çatdıqdan sonra dərhal əməliyyat sahəsinin yuxarı sərhədində, geniş zolaqla altına astar qoyulmaqla kəmərlər bağlanır.
4. Eyni qayda ilə əməliyyat sahəsinin aşağı sərhədinə ikinci kəmərlər bağlanır.
5. İki kəmərin arasındakı nahiyəyə venapunksiya edilir (şəkil 51).
6. Novokaini yeritməzdən əvvəl porşen geriyyə çəkilməklə iynənin venaya düşməsi yoxlanılır.
7. Ətrafda parlaqlıq və ətrafın həcmünün böyüməsi əmələ gələndə novokain məhlulu yeridilir.
8. İynə çıxarılır.
9. Yeri antiseptiklərlə silinir.
10. Əməliyyatdan sonra kəmərlər açılır.



Şəkil 51. Ətrafların venadaxili yerli anesteziyası

Onurğa beyni, epidural və peridural anesteziyanın aparılması

Göstəriş: aşağı ətraflarda, çanaq üzvlərində və qarında aparılan əməliyyatlar zamanı ağrısızlaşdırma.

Əks göstəriş: aşağı arterial təzyiq, onurğa beyninin və fəqərələrin xəstəlikləri.

Anestetiklər: Trimekain 1%-li 30 ml;
Dikain 0,3%-li 30 ml;
Sovkain 1%-li 1,0 ml.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- tənzip salfet;
- 20 ml-lik şpris;
- “Bir” iynəsi;
- 70⁰-li etil spirti;
- anestetik;
- 5%-li qlükoza, 0,9%-li natrium xlorid, 10%-1 ml koffein, 50%-5 ml analgin məhlulu (ağırlaşmalar zamanı yeridilir).

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə böyrü üstə uzadılır və yaxud ayaqları sallanmış, boynunu bir qədər önə əymiş, beli bükülmüş və biləkləri dizlərinə söykənmiş vəziyyətdə otuzdurulur.
2. Başı qarnına doğru gətirilir.
3. Ayaqlar bud-çanaq və diz oynaqlarından qarnına doğru bükülərək dizlər xəstənin özü tərəfindən qucaqlanır (şəkil 52).
4. Alətlər, sarğı materialları, anestetik və mümkün fəsadlarla mübarizə dərmanları hazırlanır.
5. Tibb bacısı xəstənin yanında duraraq ona lazım olan vəziyyəti saxlamağa kömək edir.
6. Anesteziyanı həkim yerinə yetirir.
7. Anestetiklər yeridildəndən sonra xəstənin başına yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilir.
8. Arterial təzyiq, tənəffüs və nəbz müşahidə edilir.



Şəkil 52. Onurğa beyni anesteziyası aparılarkən xəstənin vəziyyəti
a) Oturaq vəziyyətdə b) uzanmış vəziyyətdə

Novokain blokadasının aparılması

Göstəriş: ağrının götürülməsi, trofiki pozğunluqların müalicəsi, arterial qan təchizatı pozğunluqları, qabırğa sınıqları, qabırğalararası nevrалgiya zamanı ağrısızlaşdırma.

Anestetiklər: 0,25%-li – 250 ml novokain məhlulu
0,5%-li – 50 ml novokain məhlulu
2%-li – 10 ml novokain məhlulu

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- 2 ədəd pinset;
- tənzip salfet;
- 20 ml-lik şpris;
- əzələdaxili iynə;
- 70⁰-li etil spirti;
- rezin əlcəklər;
- novokain məhlulu.

Qabırğalararası blokadanın aparılması

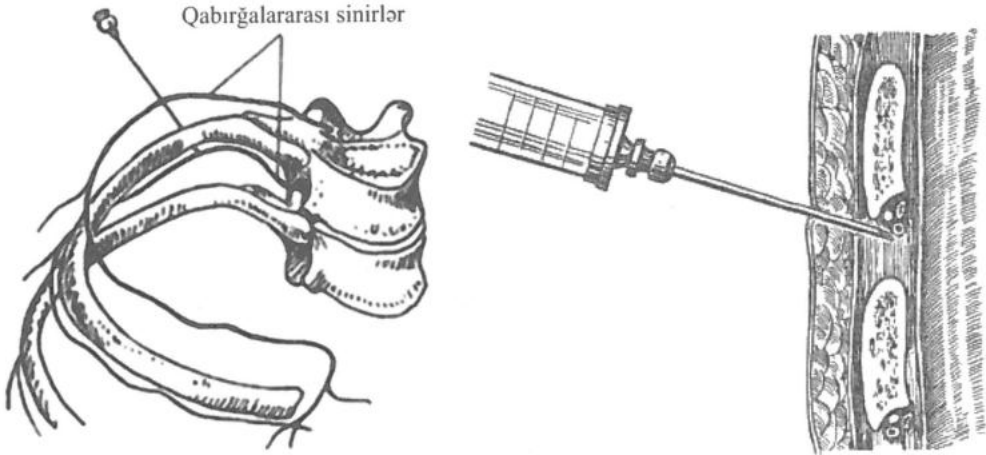
Göstəriş: qabırğa sınığı, qabırğalararası nevrалgiya zamanı ağrısızlaşdırma.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə əlverişli vəziyyətdə uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Pinsetlə götürülmüş spirtli steril tənzip salfetlə qabırğalararası nahiyənin dərisi iki dəfə silinir.
4. Şprisə novokain məhlulu yığılır.
5. İynə qabırğanın aşağı kənarı ilə damara düşməməsi yoxlanılmaqla batırılır (şəkil 53).

6. Novokain məhlulu yavaşca yeridilir.
7. İynə çıxarılır və iynənin yeri spirtlə silinir.
8. Rezin əlcəklər çıxarılır.

Qeyd: Bu üsuldə ağrısızlaşdırma 3-5 dəqiqədən sonra başlayır.



Şəkil 53. Qabırğanın aşağı kənarı ilə qabırğalararası anesteziya

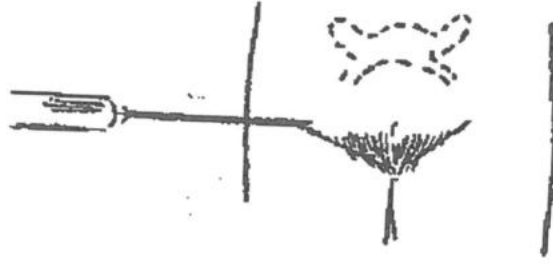
Uşaqlığın girdə bağının blokadası

Göstəriş: böyrək sancısı, qadın cinsiyyət üzvlərinin zədələnmələri və xəstəliklərizamanı ağrısızlaşdırma.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə arxası üstə uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Qasıq büküşü nahiyəsi pinsetlə götürülmüş spirtli steril tənzip salfetlə iki dəfə silinir.
4. Şprisə 5 ml 2%-li novokain məhlulu yığılır.
5. Novokain məhlulu qasıq büküşü nahiyəsindən dərialtına yeridilir. (şəkil 54).
6. İynə çıxarılır və yeri spirtlə silinir.
7. Rezin əlcəklər çıxarılır.

Qeyd: Bu zaman ağrısızlaşdırma 3-5 dəqiqədən sonra başlayır.



Şəkil 54. Uşaqlığın girdə bağının blokadası

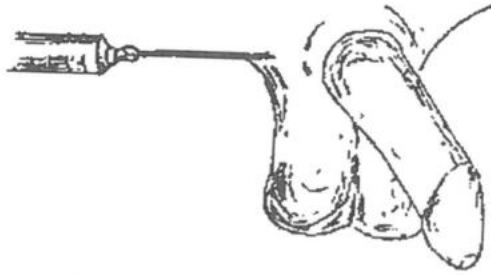
Toxum ciyəsinin blokadası

Göstəriş: böyrək sancısı, kişi cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri və xəstəlikləri.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə arxası üstə uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Xayalığın kökü nahiyəsində dəri pinsetlə götürülmüş spirtli steril salfetlə 2 dəfə silinir.
4. Şprisə 5ml 2%-li novokain məhlulu yığılır.
5. Novokain məhlulu xayalığın kökünün dərisi altına yeridilir (şəkil 55).
6. Rezin əlcəklər çıxarılır.

Qeyd: Bu zaman ağrısızlaşdırma 3-5 dəqiqədən sonra başlayır.



Şəkil 55. Toxum ciyəsinin blokadası

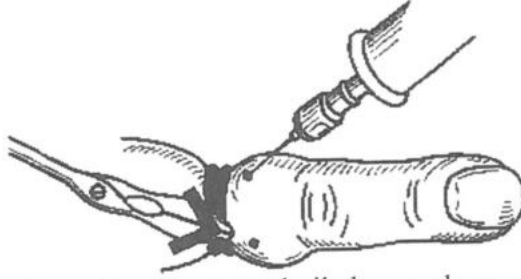
Lukaşeviç – Oberst üsulu ilə blokada

Göstəriş: barmaqlarda aparılan əməliyyatlar zamanı ağrısızlaşdırma.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə əlverişli vəziyyətdə uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Barmaqlar pinsetlə götürülmüş spirtli steril tənzip salfetlə 2 dəfə silinir.
4. Barmağın əsası steril bintlə bağlanır.

5. Şprisə 2%-li 5 ml novokain məhlulu yığılır.
6. İynə barmağın hər iki tərəfinin daxili səthindən dəri altı qata sancılır (şəkil 56).
7. İynə daxil edilən yerlərin hər birinə novokain məhlulu yeridilir.
8. 3-5 dəqiqədən sonra barmağın əsasından bint açılmadan əməliyyat icra edilir.



Şəkil 56. Lukaşeviç - Oberst üsulu ilə barmaqların anesteziyası

Yerli anesteziyadan sonra xəstəyə qulluq

1. Xəstə, aparılan əməliyyatın xarakteri tələb etdiyi vəziyyətdə uzadılır.
2. Ürəkbulanma olduqda və onurğa beyni anesteziyasından sonra xəstə yastıqsız uzadılır.
3. Əlavə təsirlər olmadıqda xəstənin başı altına yastıq qoyulur.
4. 2 saat ərzində xəstədə müşahidə aparılır: arterial təzyiq ölçülür, nəbz sayılır, sarğıya baxılır.
5. Onurğa beyni anesteziyasında 2 gün müddətində yataq rejimi gözlənilir.

Yerli anesteziyanın ümumi ağırlaşmaları

- anestetiklərə qarşı fərdi həssaslıq;
- dəridə allergik reaksiyalar;
- başgicəllənmə;
- tərləmənin artması;
- nəbzin sürətlənməsi;
- arterial təzyiqin düşməsi.

Yerli anesteziya yerinə yetirilərkən daha çox rast gəlinən səhvlər

1. Əldə şprisin düzgün tutulmaması;
2. Şpirisdə havanın qalması;
3. İynənin şprisin pavyonuna möhkəm salınmaması;
4. Toxuma qatlarında infiltrasiyanın ardıcılığının pozulması;
5. Saxlama müddəti keçmiş novokaindən istifadə olunması (parçalandığına görə belə novokainləri təkrar sterilizasiyaya vermək qadağandır);

6. Novokainin soyuq məhlulundan istifadə olunması;
7. Adrenalin əlavə edilmədən anestetiklərdən istifadə olunması;
8. Novokain məhlulu yeridilməmiş toxumanın növbəti qatının kəsilməsi;
9. Novokainin məhlulunun endonevral yeridilməsi;
10. Anestetiklərin digər məhlullarla səhv salınması (xüsusilə toxumalarda destruksiya törədən kalsium xlorid, 10%-li natrium xlorid və s.);

ÜMUMİ ANESTEZİYA (NARKOZ)

Narkoz, həkim - anestezioloq tərəfindən icra edilsə də tibb bacısı - anesteziologiyanın əsaslarını bilməli, lazım gəldikdə maska narkozunu verməyi və tənəffüsü idarə etməyi bacarmalıdır.

Narkoza göstərişlər:

- əməliyyatın travmatik davam etməsi;
- erkən uşaq yaşı;
- böyük irinliklərin açılması, əməliyyat sahəsində çapıq toxumasının çoxluğu;
- yerli anesteziyadan xəstənin qəti imtina etməsi.

Xəstənin ümumi anesteziyaya hazırlanması

1. Xəstənin burun dəliyinin keçiriciliyinə, boynun və aşağı çənənin hərəkətliliyinə baxılır.
2. Ağız boşluğunun sanasiyası aparılır.
3. Allergik və xroniki xəstəliklər aydınlaşdırılır.
4. Nəbz, arterial təzyiq və bədənin temperaturu yoxlanılır.
5. Qan qrupu və rezus mənsubiyyəti təyin edilir.
6. Anestezioloqun kartası doldurulur.
7. Yoğun bağırsaq axşam və əməliyyata 2 saat qalmış həkim təyinatına əsasən təmizləyici imalə ilə təmizlənilir.
8. Narkoza 12 saat qalmış həkim təyinatına əsasən qida və aclıq rejiminə riayət edilir.
9. Əməliyyatdan qabaq sidik kisəsi boşaldılır.
10. Axşam və səhər (əməliyyata 30 dəqiqə qalmış) həkim təyinatına əsasən premedikasiya aparılır.
11. Səhər premedikasiyasından sonra ciddi yataq rejiminə əməl edilir.
12. Xəstəni sıxan paltarlar çıxarılır.

Narkoz stolunun hazırlanması

1 sayılı steril stol:

- dəfələrlə istifadə edilən 5, 10, 20 ml-lik şpris;
- iynələr;
- dərman həll etmək üçün 4 ədəd qab;
- 4 ədəd pinset;
- qanadayandırıcı sıxıcılar (2 ədəd);
- 2 ədəd qayçı;
- steril sarğı vasitələri;
- kornsənq;

2 sayılı steril stol:

- intubasion boru;
- larinqoskop;
- narkoz maskası;
- borunu aparata birləşdirmək üçün konnektor və ya adaptır;
- nəfəs alıb-verdirən boru;
- ağızgenişləndirici;
- diltutan;
- zondlar;
- burun kateterləri;

Qeyri steril stol:

- infuziya üçün sistem;
- bir dəfəlik şprislər;
- tənəffüs yollarından seliyi sovurmaq üçün kateter (qablaşdırılmış şəkildə);
- termometr;
- fonendoskop;
- leykoplastr;
- dərman maddələri (anestetiklər, miorelaksantlar, ürək və tənəffüs analeptikləri, venadaxili narkoz üçün narkotik dərmanlar, atropin sulfat məhlulu, prozerin məhlulu, spazmolitiklər).

Ümumi anesteziyadan sonra xəstəyə qulluq

- 1 Xəstə hazırlanmış təmiz yatağa yastıqsız uzadılır.
- 2 Nəbzə, arterial təzyiqə və bədənin temperaturuna nəzarət edilir.
- 3 Diurezə nəzarət edilir.
- 4 Drenajlardan gələn mötəviyyatın miqdarına və xarakterinə nəzarət edilir.
- 5 Xəstənin dinamiki müşahidəsi üçün qeyd vərəqəsi aparılır.
- 6 Yaraya nəzarət edilir.
- 7 Narkozdan ayıldıqdan sonra xəstəyə əməliyyatın xarakterindən asılı olaraq müvafiq vəziyyət verilir.

Anesteziyin vəzifələri

1. Xəstənin narkoz üçün vaxtında əməliyyat stoluna uzadılmasına nəzarət edir.
2. Anestezioloji aparatları, alətləri, elektrik sorucusunu, laringoskopu və onun qövs şəkilli tiyə dəstini, intubasion borular yığımını, dərman preparatlarını, narkotik maddələri, oksigen balonunu və digər tibbi qazları və s. narkoz üçün hazırlayır.
3. Mərkəzi və periferik venaların kateterizasiyası üçün lazım olan vəsaiti hazırlayır.
4. Xəstəyə infuzion məhlulların və dərman preparatlarının yeridilməsini icra edir.
5. Narkoz verilməzdən əvvəl xəstənin süni dişlərini çıxardır, xəstənin dar geyimlərini soyundurur, yaxud da boşaldır.
6. İntubasiya zamanı eləcə də narkozun verilməsi dövründə həkimə kömək edir.
7. Nəbzə, arterial təzyiqə nəzarət edir, bəbəklərin vəziyyətinə, üzün rənginə, tənəffüsə diqqət yetirir (hər 10 dəqiqədən bir).
8. Qan itirmənin hesabətini aparır.
9. Narkozun əvvəlində mədəyə zondun salınmasını icra edir.
10. Elektrik sorucusu vasitəsilə tənəffüs yollarından seliyn sorulmasını təşkil edir.
11. Narkoz kartasında qeydlərin aparılmasını yerinə yetirir.
12. Əməliyyat otağında istifadə olunan qazlardan partlayışın profilaktikası üçün qaydalara riayət edilməsinə nəzarət edir.
13. Əməliyyat qurtardıqdan sonra xəstə tam ayılanadək ona nəzarət edir.
14. Xəstənin reanimasiya palatasına aparılmasını müşayiət edir (*Anesteziologun icazəsi olmadan xəstədən uzaqlaşma bilməz!*).
15. Qazların verilməsini dayandırır.
16. Narkozdan sonra aparatları və alətləri dezinfekisiya edir.

Narkoz zamanı partlayışın profilaktikası üçün aparılan tədbirlər

Tibbi personal, başda əməliyyat otağının baş tibb bacısı olmaqla aşağıdakı qaydalara riayət etməlidir:

- siklopropan və ya efir narkozu zamanı diatermokoaqulyatordan istifadə etməməli;
- əməliyyat otağına sintetik paltar və ayaqqabı geyinməməli, ayaqqabının dabanında metal basma olmamalıdır;
- saçlar baş örtüyünün altında yaxşıca gizlədilməli;
- açıq spirallı elektrik qızdırıcılarından və spirt lampasından istifadə edilməməli;

- əməliyyat otağında sınımış elektrik mənbəyi və soyulmuş açıq naqıl olmamalı;
- cihazların detallarında yağ, piy, anesteziyin əllərində və xəstənin üzündə yağlı boya, məlhəm, krem, vazelin, dodaq boyası olmamalı;
- qaz olan balonların rəngi yaxşı tanınmalı;
 - Oksigen –rəngi mavi, üzərindəki yazı qara hərflərlə yazılır.
 - Azot oksidi – rəngi boz, üzərindəki yazı ağ hərflərlə yazılır.
 - Siklopropan –rəngi kərpici, üzərindəki yazı qara hərflərlə yazılır.
 - Karbon oksid – rəngi qara, üzərindəki yazı ağ hərflərlə yazılır.
- qaz balonlarının detalları yağlanmamalı, yağ hopdurulmuş rezin, dəri və ya karton araqatlardan istifadə olunmamalı;
- əməliyyat otağı yanında yanğın söndürən balonlar qoyulmalıdır.

IV BÖLMƏ

HEMOSTAZ-QANAXMALARIN DAYANDIRILMASI

Tibb yardımının göstərilmə şəraitindən və tibb işçisinin ixtisaslaşmasından asılı olaraq qanaxmaların dayandırılması müvəqqəti və daimi olur.

QANAXMANIN MÜVƏQQƏTİ DAYANDIRILMASI

Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması imkan verir:

1. Hadisə yerində qanaxmanı dayandırmağa.
2. Zərərçəkəni tibb müəssisəsinə göndərməyə.
3. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün diaqnostik tədbirlər aparmağa.
4. Qanaxmanın daimi dayandırılması üçün zərərçəkəni əməliyyata hazırlamağa.

Qanaxmalar zamanı ilk yardım

Arterial qanaxmalarda:

1. Damarın barmaqla sıxılması (yarada və arteriya boyunca).
2. Yaradan yuxarıya kəmərin qoyulması (30-60 dəq).
3. Yaradan yuxarıya turnanın qoyulması.
4. Qan axan damarın qandayandırıcı sıxıcılarla tutulması.

Kapilyar qanaxmalarda

1. Aseptik sarğının qoyulması.
2. Tibbi kleoldan istifadə edilməsi (БФ-6).

Venoz qanaxmalarda:

1. Yaraya tarım çəkilmiş təzyiqedici sarğının tətbiq edilməsi.
2. Qanaxan ətraflara qaldırılmış vəziyyətin verilməsi.
3. Ətrafin yaradan yuxarı oynaqda maksimal bükülməsi.

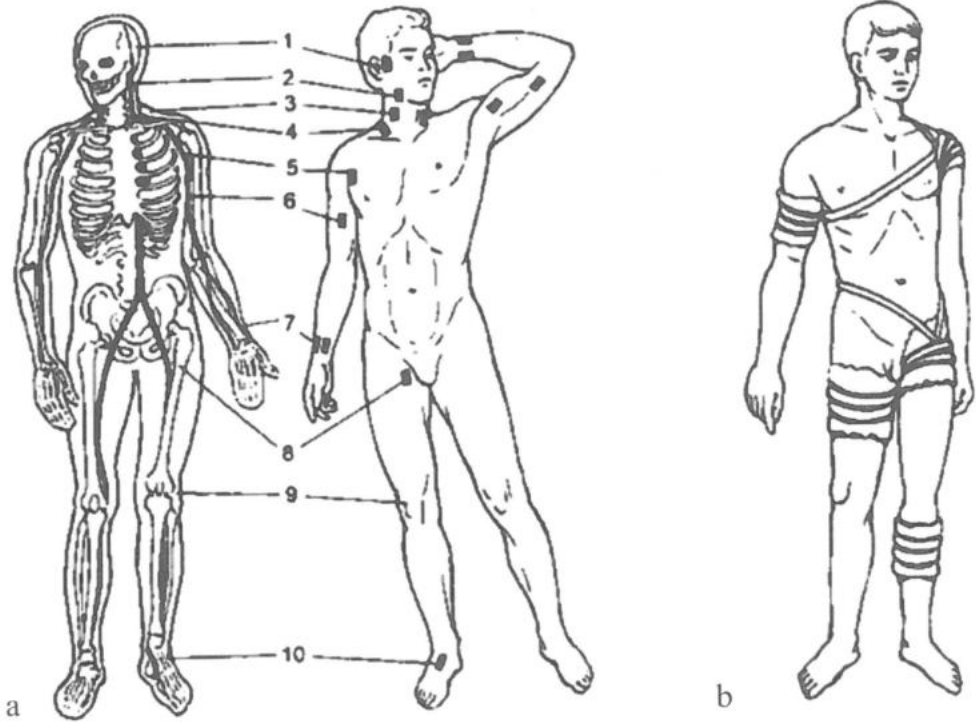
Zədələnmiş arteriyaların damar boyu barmaqla sıxılması

Qanaxmalar zamanı əsas magistral arteriyaların barmaqla sıxılması arteriyanın sümüyə yaxın yerləşmiş müəyyən anatomik nöqtələrdə mümkün olur (şəkil 57). Ətraf yaralanmalarında damarlar yaradan yuxarıda, boyun yaralanmalarında isə yaradan aşağıda sümüklərə sıxılır. Bu zaman arteriyalar 4 barmaqla 5-10 dəqiqə müddətinə möhkəmcə sıxılır. Vaxt başa çatdıqdan sonra qanaxmanı dayandırmanın digər metodundan istifadə olunur.

Beləliklə:

1. **Baş və boyun yaralanmalarında:**

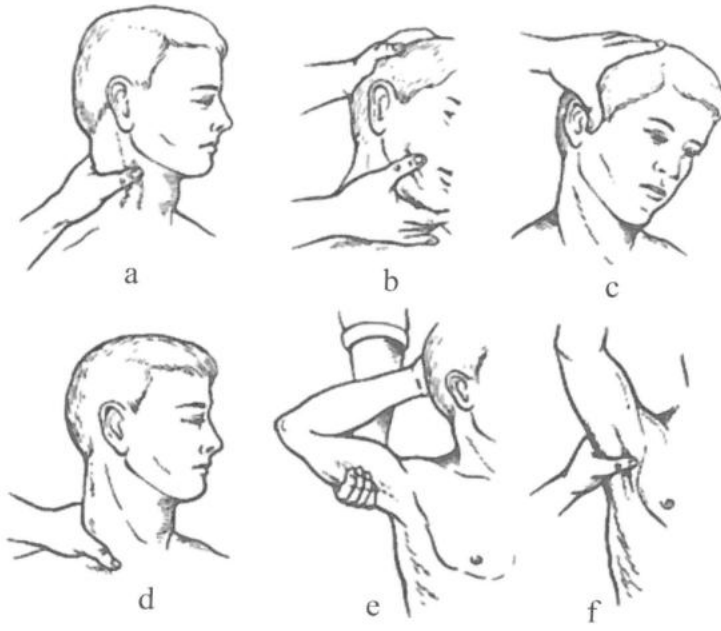
- ümumi yuxu arteriyası döş-körpücük-məməyəbənzər əzələnin iç kənarında, VI boyun fəqərəsinin köndələn çıxıntısına sıxılır (şəkil 58a);
- xarici çənəaltı arteriyası müvafiq tərəfdə çənənin orta və arxa $\frac{1}{3}$ -nin sərhədində alt çənəyə sıxılır (şəkil 58b);
- gicgah arteriyası qulaq keçəcəyinin önündə gicgah sümüyünə sıxılır (şəkil 58c);



Şəkil 57. (a) Magistral arteriyaların sıxılma nöqtələri və (b) qandayandırıcı kəmərlərin qoyulduğu nahiyələr.

Bazunun yuxarı hissəsinin yaralanmalarında:

- körpücükaltı arteriya döş – körpücük-məməyəbənzər əzələ başlanğıcından dişda birinci qabırğaya sıxılır (şəkil 58 d);
- qoltuqaltı arteriya qoltuqaltı çuxurda bazu sümüyünün başına sıxılır (şəkil 58 f);



Şəkil 58. Ümumi yuxu arteriyasının (a), çənə arteriyasının (b) və gicgah arteriyasının (c), körpücükaltı arteriyanın (d), bazu arteriyasının (e) və (f) qoltuqaltı arteriyanın barmaqla sıxılması.

2. **Bazunun aşağı və orta $\frac{1}{3}$ -nin və saidin yaralanmalarında:**

- bazu arteriyası ikibaşlı əzələnin daxili kənarında iç şırımda bazu sümüyünə sıxılır (şəkil 58 e).
- mil arteriyası nəbz təyin edilən nahiyədə mil sümüyünə sıxılır.
- dirsək arteriyası, dirsək sümüyünə sıxılır.

3. **Bud və baldır yaralanmalarında:**

- bud arteriyasına qasıq bağının aşağı $\frac{1}{3}$ -nin ortasında qasıq sümüyünün üfüqi hissəsinə sıxılır (şəkil 59);
- dizaltı arteriya bir yaxud hər iki əlin dörd barmağı ilə dizaltı çuxurda qamış sümüyünün xarici səthinə və ya bud sümüyünə sıxılır (şəkil 60);
- arxa baldır arteriyası baldırın içəri topuğunun arxa səthinə sıxılır.

4. **Qarın aortası yaralanmalarında:**

- qarın aortası göbəkdən aşağı iki yumruqla onurğa sütununa sıxılır.



Şəkil 59. Bud arteriyasının zədələnməsi zamanı qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması

a) hər iki baş barmaqla b) yumruqla



Şəkil 60. Dizaltı arteriyanın barmaqla sıxılması.

Rezin kəmərlərin qoyulması

Göstəriş:arterial qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması.

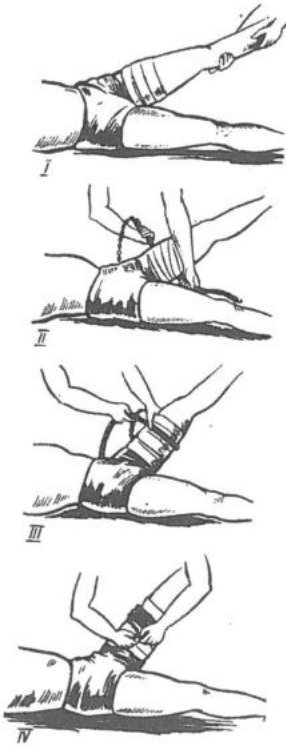
Lazım olan vəsait:

- salfet;
- rezin kəmərlər;
- kağız vərəq, qələm;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul;
- steril sarğı vasitələri.

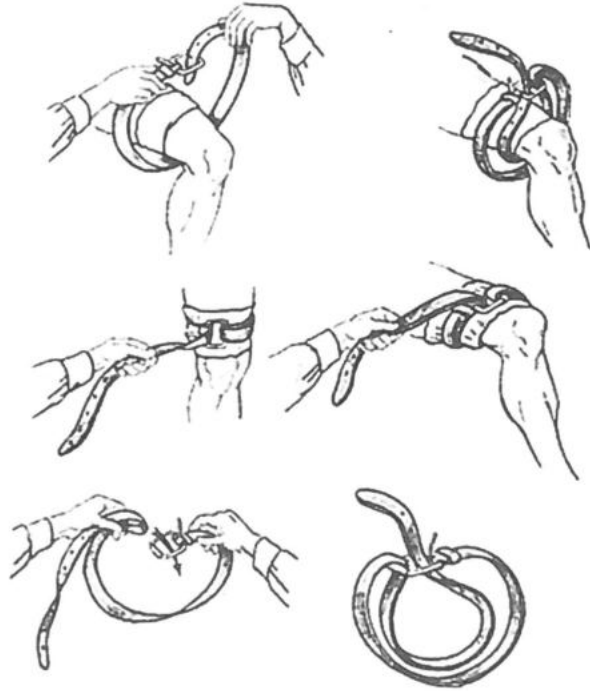
İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Zədəli ətraf yuxarı qaldırılır (venoz qan axınının sürətləndirmək məqsədi ilə).
3. Zədə yeri ilkin müayinə edilir.
4. Xəstənin paltarını yara səthindən yuxarı çıxırmanır və yaradan yuxarı salfet, bint, dəsmal, yaxud yaralının dəsmalı sərilir (bədənin açıq səthinin kəmərin dolaqları arasında əzilməməsi üçün).
5. Rezin kəmərlər orta $\frac{1}{3}$ -dən iki əllə dartılaraq ətrafa yaxınlaşdırılır.
6. Kəmərlər dartılmış vəziyyətdə yuxarı qaldırılmış ətrafın altından keçirilib bir dövrə ətrafa dolayıb tarım dartılır, sonra kəmərlər qanaxma dayanana və periferik damarda nəbz itənədək daha 2-3 dövrə ətrafa dolayırlar (sonrakı dolaqlar nisbətən boş bağlanmalıdır).

7. Kəməri elə qoymaq lazımdır ki, dövrələr yan-yanaya yerləşsin və də-rini sıxıb əzməsin.
8. Kəmər qurtarana qədər ətrafa sarınır və ucu qırmaqlı zəncirlə və ya düyməli bəndlə bərkidilir (kəməri sarğının və ya paltarın altında gizlətmək olmaz, kəmər aydın görünməlidir).
9. Üzərində kəmərin qoyulma vaxtı (saat, dəqiqə) göstərilən qeyd dolaqlardan birinin altına yerləşdirilir (şəkil 61).
10. Yara səthi işlənir, aseptik sarğı qoyulur, analgetiklər yeridilir və kəmər qoyulan ətraf şinalarla (əlaltı vasitələrlə) hərəkətsizləşdirilir.
11. Soyuq vaxtlarda donma təhlükəsi olduğu üçün ətrafı bürümək lazımdır (qoyulmuş kəmər aydın görünməlidir).
12. Xəstə uzanmış vəziyyətdə xərəklə stasionara daşınır.
13. Əlcəklər çıxarılıb dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.



Şəkil 61. Rezin kəmərin qoyulma mərhələləri



Şəkil 62. Ordu kəmərlərinin qoyulması texnikası

Qeyd: İsti havalarda kəmər 1,5-2,0 saat müddətinə, soyuq havalarda isə 1,0 saat müddətinə bağlanır (uşaqlarda 1 saat müddətinə). Verilən müddət başa çatdıqdan sonra kəməri bir neçə dəqiqəliyə boşaltmaq və təkrar bağlamaq lazımdır. Kəmər 2 saatdan artıq qoyula bilməz. Kəməri boşaltdıqda baş verən qanaxmanı dayandırmaq üçün yarıdan yuxarıda magistral arteriyamı barmaqla sıxmaq üsulundan istifadə

də olunur. Cüt sümüklər olan ətrafa kəmərlər qoyulmur. Qanaxmanı saxlamaq məqsədilə rezin kəmərlərin əvəzinə həmçinin ordu kəmərləri də işlədilir (şəkil 62). Yalnız boyuna və qarına qoyulan kəmərlər burada istisnalıq təşkil edir.

Parçadan hazırlanmış turnanın qoyulması

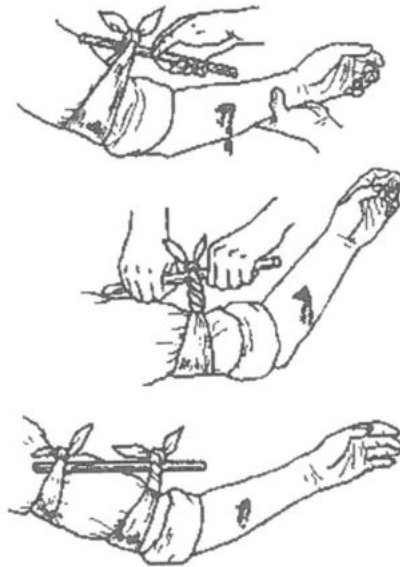
Göstəriş: arterial qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması.

Lazım olan vəsait:

- salfet;
- çubuq;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul;
- sarğı materialı;
- bint.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Ətrafa yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilir.
3. Zədə yeri ilkin müayinə olunur.
4. Turna qoyulacaq səviyyədə ətrafa salfet bərkidilir.
5. Salfetin ucları yuxarıda saxlanmaqla bir-birinə bağlanır.
6. Arasına taxta çubuq salınır və qanaxma dayanana, yaxud periferik damarlarda nəbz itənədək öz oxu ətrafında burulur.
7. Çubuğun sərbəst ucu turnanın yan ilgəklərindən birinə bərkidilir və ya sarğı ilə fiksasiya edilir (şəkil 63).



Şəkil 63. Turnanın qoyulma mərhələləri

8. Yara səthi işlənir və aseptik sarğı qoyulur.
9. Turnanın altına turnanın qoyulma vaxtı göstərilən qeyd yerləşdirilir.
10. Xəstə xərəkdə uzanmış vəziyyətdə stasionara daşınır.
11. Əlcəklər çıxarılıb dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.

Boyunun damar dəstəsinin yaralanmalarında kəmərin qoyulması

Göstəriş: yuxu arteriyasından olan arterial qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması.

Lazım olan vəsait:

- kramer şinası;
- pambıq-tənzif yastıq;
- steril salfet;
- rezin qaytan;
- bint;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Yara səthi ilkin müayinə olunur.
3. Boyuna qoymazdan əvvəl kramer şinasına münasib forma verilir (şəkil 64).



Şəkil 64. Kramer şinası vasitəsi ilə boyuna kəmərin qoyulması

4. Yaraya aseptik sarğı qoyulur.
5. Kramer şinası yaralanmaya əks tərəfdən bir ucu çiyin qurşağına, digər ucu isə başa söykənmək şərti ilə boyuna qoyulur.
6. Yaraya bərkidilmiş aseptik sarğının üzərindən pambıq-tənzif yastığı qoyulur.
7. Rezin qaytan şinanın üzərindən qüvvətlə dartılaraq yaradan aşağıda qoyulur (şina həm traxeyanı, həm də sağlam yuxu arteriyasını sıxılmağa qoymur).
8. Qaytanın sərbəst ucu bərkidilir.
9. Qaytanın qoyulma vaxtı qeyd edilir.
10. Xəstə xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara daşınır.
11. Əlcəklər çıxarılıb dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.

Qeyd: Şina olmadıqda sağlam tərəfdən xəstənin qolu başın üzərinə qoyulur və ya əlaltı vasitələr qaytanla bir ucu başa, digər ucu çiyinə fiksə edilir. Bu zaman şinamı bazu və ya əlaltı vasitələr əvəz edir (şəkil 65).



Şəkil 65. Əlaltı vasitələrlə boyuna kəmərin qoyulması

Qaytanın və ya kəmərin düzgün qoyulmasının əlamətləri:

- ətrafın dəri örtüyünün avazıması;
- periferik nəbzın olmaması;
- qanaxmanın dayanması;

Qaytanın və ya kəmərin qoyulmasında buraxıla biləcək səhvlər

- qaytanın və ya kəmərin həddindən artıq dartılması yumşaq toxumaları, əzələ, sinir və damarları sıxır ki, bu da ətrafların qanqrenasına və iflicinə səbəb olur;
- qaytanın və ya kəmərin kifayət qədər dartılmaması qanaxmanı dayandırmır və əksinə venoz durğunluq yaradır ki, bu da qanaxmanı gücləndirir;
- qaytanın çılpaq bədənə və yaradan uzağa qoyulması;
- qaytanın irinli iltihabı proses olan sahəyə qoyulması dərhal irinli fleqmonanın inkişafına səbəb olur;
- qaytanın və ya kəmərin göstəriş olmadan (venoz, kapilyar, zəif arterial və üç yaşa qədər uşaqlarda arterial qanaxma) qoyulması;
- bazunun orta $\frac{1}{3}$ -nə qoyulan qaytan, həmin nahiyədə yerləşən siniri zədələyə bilər;
- kəmərin budun aşağı $\frac{1}{3}$ – nə qoyulması (həmin nahiyədə yerləşən vətər, arteriyanın sıxılmasına mane olur);
- kəmərin ucunun pis bərkidilməsi;

Qanaxan damara qandayandırıcı sıxıcının qoyulması

Göstəriş: qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması

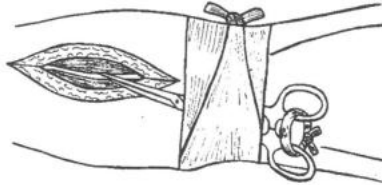
Lazım olan vəsait:

- iki ədəd itiüclu qarmaq;
- qandayandırıcı sıxıcı (Bilrot sıxıcısı);

- steril sarğı vasitələri;
- rezin əlcəklər;
- bint;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Yara kənarı qarmaqla aralanıb genişləndirilir.
3. Qanaxan arteriyanın hər iki ucu tapılır.
4. Zədələnmiş arteriyanın ucları steril sıxıcılarla tutulur (ucları tapmaq mümkün olmadıqda qanaxan damar ətraf toxumalarla birlikdə sıxıcıya alınır).
5. Sıxıcıların üzərindən yaraya (dəstəyi görünmək şərtilə) aseptik sarğı qoyulur (şəkil 66).
6. Xəstə stasionara göndəriləcəyi halda yolda açılıb damarın yenidən qanaxma verməməsindən ötrü, sıxıcı etibarlı şəkildə hərəkətsizləşdirilir.
7. Xəstə xərkətdə stasionara daşınır.
8. Rezin əlcəklər çıxarılır, dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.



Şəkil 66. Yarada damara qandayandırıcı sıxıcının qoyulması

Təzyiqedici sarğının qoyulması

Göstəriş: yumşaq toxumaların zədələnməsi zamanı venoz qanaxmanın dayandırılması.

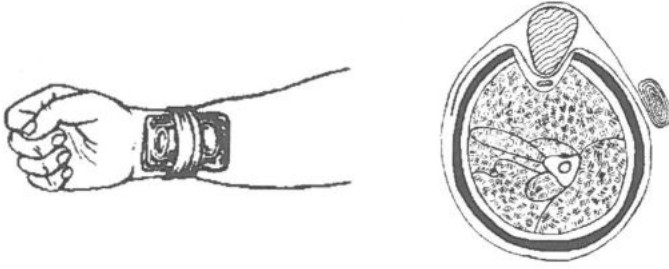
Lazım olan vəsait:

- 1%-li yodonat məhlulu;
- steril salfetlər;
- bint, pambıq və ya fərdi sarğı zərfi;
- böyrəkvari ləyən, qayçı, 3 ədəd pinset;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Yaraya və ətraf toxumalara ətraflı baxılaraq xəstənin vəziyyəti qiymətləndirilir.

3. Xəstəyə əlverişli vəziyyət verilir. Yara ətrafı 1%-li yodonat məhlulu ilə iki dəfə silinir (mərkəzdən periferiyaya doğru) və qurudulur.
4. Pinset dəyişdirilir.
5. Yara səthi 1%-li yodonat məhlulu ilə silinir (yarayı qurutmaqla).
6. Yaraya steril salfet, sonra onun üzərindən yumrulanmış hiqroskopik pambıq və ya bintdən hazırlanmış yastıq qoyulub sarınır.
7. Sarğı materialı bintlə fiksasiya olunur (şəkil 67).
8. Xəstə qanaxmanın daimi dayandırılmasından ötrü stasionara göndərilir.
9. Ölçəklər çıxarılıb dezinfeksiyaedici məhlulla yerləşdirilir



Şəkil 67. Təzyiqedici sarğının köməyi ilə qanaxmanın dayandırılması

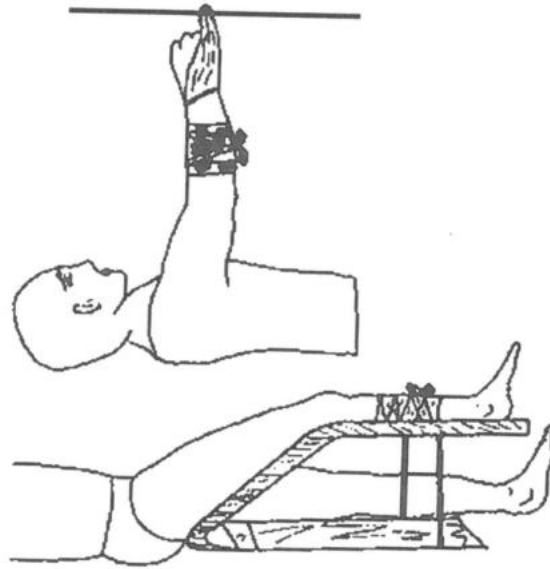
Qeyd: Kəmərlər və ya turna qoyularkən baş verə biləcək fəsadlar bu üsulda olmur. Sıxıcı sarğı ən çox venoz qanaxmalar zamanı tətbiq edilir.

Qanaxan ətrafa yuxarı qaldırılmış vəziyyətin verilməsi

Bu üsul sümüklər üzərində olan vena və kiçik arteriyaların zədələnmələri zamanı təzyiqedici sarğının qoyulması metoduna tamamlayıcı metod kimi tətbiq olunur.

İşin ardıcılığı:

1. Əvvəlcə qanaxan nahiyəyə təzyiqedici aseptik sarğı qoyulur.
2. Sonra qanayan ətraf gövdəyə nisbətən yuxarı ürək səviyyəsinə qaldırılır.
3. Yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilmiş yuxarı, ətraf asılır, aşağı ətrafın altına isə yastıq və ya Beler şinası qoyulur (şəkil 68).



Şəkil 68. Ətrafın yuxarı qaldırılması

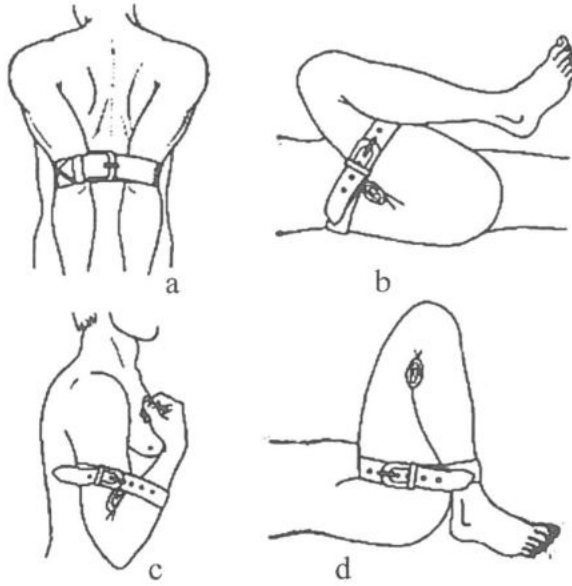
Ətrafın yaradan yuxarı oynaqda maksimal bükülməsi

Kəmər və yumşaq köməkçi materiallar olmadıqda arterial qanaxmanı dayandırmaq üçün ən son variant kimi bu metoddan istifadə edilir.

1. Körpücükaltı və qoltuqaltı arteriyaların zədələnmələrində hər iki yuxarı ətraf maksimal sürətdə arxaya aparılıb dirsəkdən yuxarı nahiyədə bir-birinə kəmər və ya ləçəklə möhkəm fiksasiya edilir. Bu zaman körpücük sümüyü qabırğaya sıxılmaqla körpücükaltı arteriyadan qanaxmanı dayandırmaq və ya azaltmaq olur (şəkil 69a). Bundan başqa xəstənin qanaxma olan tərəfdə qolu aşağı və arxaya çəkilir. Bu zaman arteriya körpücüyün arxasında I qabırğaya sıxılır ki, bu da körpücükaltı arteriyadan qanaxmanı dayandırır (şəkil 70).
2. Budu qasıq nahiyəsində maksimal bükərək bu vəziyyətdə kəmər və ləçəklə qarına fiksasiya etməklə bud arteriyasından qanaxma dayandırılır (şəkil 69b).
3. Saidi dirsək oynaqından maksimal bükərək, bazu və saidin orta $\frac{1}{3}$ hissəsində kəmər və ya ləçəklə möhkəm fiksasiya etməklə bazu arteriyasından olan qanaxma dayandırılır (şəkil 69 c).
4. Aşağı ətrafı diz oynaqından maksimal bükərək və bu vəziyyətdə kəmər və ya ləçəklə baldıra fiksasiya etməklə dizaltı arteriyanın qanaxmasını dayandırmaq olur (şəkil 69 d).

Qeyd: Yaxşı olar ki, ətrafın maksimal büküləcək nahiyəsinə qabaqcadan pambıq və ya tənziədən hazırlanmış yastıq qoyulsun. Xəstələr daşınarkən onların

arterial təziyyəninə, nəbzinə, tənəffüsün sayına və qoyulan sarğının vəziyyətinə nəzarət etmək lazımdır.



Şəkil 69. Qoltuqaltı (a), bud (b), bazu (c), dizaltı (d) arteriyalarından qanaxmanın ətrafların maksimal bükülməsi ilə dayandırılması



Şəkil 70. Körpücükaltı arteriyanın körpücük sümüyü ilə I qabırğanın arasında sıxılması

QANAXMANIN DAİMİ DAYANDIRILMASI

Qanaxmanın daimi dayandırılması stasionar şəraitdə aşağıda göstərilən üç qaydaya ciddi əməl edilməklə, operativ şəkildə həyata keçirilir.

1. Xəstənin təxirəsalınmaz əməliyyata hazırlanması.
2. Aseptikaya ciddi riayət edilməsi.
3. Ağrıkəsici maddələrin hazırlanması.

Zədənin xarakterindən asılı olaraq qanaxmanın daimi dayandırılması üçün mexaniki, fiziki, kimyəvi, bioloji və kombinə olunmuş üsullar tətbiq olunur. Bu üsullar stasionar şəraitində yalnız cərrahlar tərəfindən həyata keçirilir.

Qanaxmanın mexaniki yolla dayandırılması

Aşağıdakı üsullardan istifadə edilir.

- yaranın kip tamponadası;
- qan axan damarın yarada bağlanması;
- damarın gedişi boyu bağlanması;
- zədələnmiş damarın ətraf toxumalarla birgə və ya tək tikilməsi.

Yaranın kip tamponadası

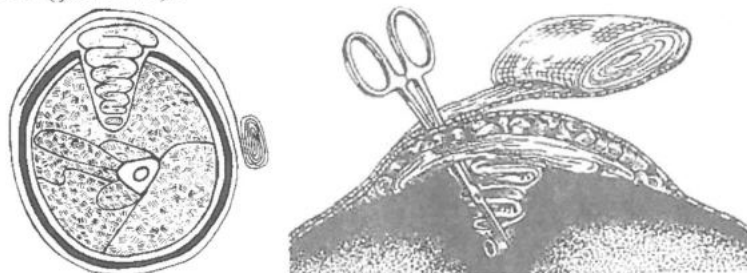
Lazım olan vəsait:

- steril turunda;
- 2 ədəd pinset;
- steril böyrəkvari ləyən;
- tənzif turunda;
- steril sarğı vasitələri;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- hemostatik məhlul (trombin, 5%-li aminokapron turşusu 3%-li hidrogen peroksid məhlulu).

İşin ardıcılığı:

1. Yara antiseptik məhlulla yuyulur.
2. Yaranın daxili və kənarları pinsetlə götürülmüş salfetlə qurudulur.
3. Dəri yodonatlı salfetlə mərkəzdən periferiyaya doğru iki dəfə təmizlənir.
4. Yara ətrafında 0,5%-li 50,0 ml novokainlə infiltrasion anesteziya aparılır.
5. İki pinsetin köməyi ilə hemostatik məhlulda isladılmış tənzif turundanın bir ucu yaraya yeridilir, digər ucu isə yara üzərində saxlanılır.
6. Turunda bütün boşluq doldurulmaqla yaranın dibinə qat-qat və kip yığılır, digər ucu yara səthində 1 sm məsafədə saxlanılır.

7. Yaraya quru steril salfet qoyulur.
8. Yara tamponada edildikdən sonra dairəvi sıxıcı sarğı qoyulur.
9. Ətrafa yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə verilir.
10. Bir neçə saat ərzində sarğının vəziyyətinə nəzarət edilir.
11. Sarğının qanla sürətli islanması zamanı həkim təcili məlumatlandırılır (şəkil 71).



Şəkil 71. Yaranın kip tamponadası

Qanaxan damarın yarada bağlanması

Göstəriş: hər hansı qan damarından qanaxmanın daimi dayandırılması

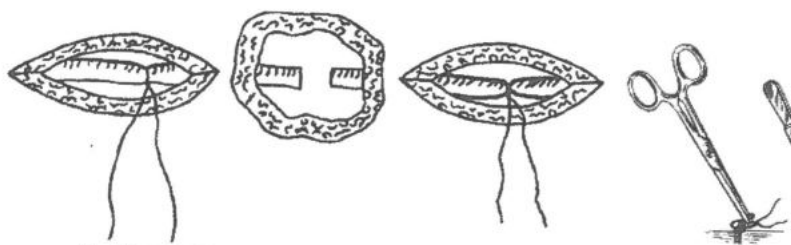
Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- rezin əlcəklər;
- steril sarğı vasitələri;
- Bilrot sıxıcısı;
- Kuper qayçısı;
- yaragenişləndiricilər;
- pinsetlər;
- ipək sap;
- şpris;
- furasillin məhlulu;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu.

İşin ardıcılığı:

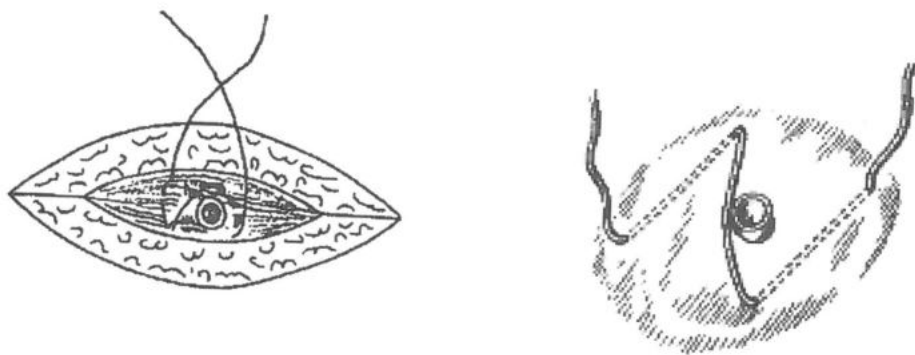
1. Əlcəklər geyilir.
2. Yara ətrafının dərisi 2 dəfə yodonat məhlulu ilə silinir.
3. Yerli anesteziya metodlarından biri ilə ağrısızlaşdırma aparılır.
4. Yara ağzı yaragenişləndiricilər vasitəsilə genişləndirilir.
5. Yara şprisə yığılmış və ya yumşaq tamponla isladılmış 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulur.
6. Yaranın daxili pinsetlə götürülmüş salfetlə qurudulur.

7. Qanaxan damar ayrılıqda və yaxud toxumanın daha çox qanaxan nahiyəsi və toxumanın mümkün qədər az hissəsi ilə birlikdə Bilrot sıxıcısı ilə tutulur (bu zaman dəri tutulmamalıdır).
8. Sıxıcıya alınmış yumşaq toxuma ipək sapla sıxıcının dimdiyi ətrafına dolandırılaraq sıxıcının arxasından 3 dəfə düyünlənir.
9. Birinci düyün vurulduqdan sonra Bilrot sıxıcısı açılır, ikinci və üçüncü düyünlər vurulur (yalnız cərrahi düyün vurmaq lazımdır).
10. Sapın artıq hissəsi düyün yaxınlığında ehtiyatla kəsilir (asan tapıla bilməsi üçün qısa kəsilməməlidir, şəkil 72).
11. Yaranın qanı pinsetlə götürülmüş salfetlə qurudulur.
12. Yara genişləndiricilər kənarlaşdırılır.
13. Yaraya aseptik sarğı qoyulur və ətraf immobilizasiya edilir.



Şəkil 72. Damarın yarada boy uzunluğunu bağlanması

Qeyd: Qandayandırıcı sıxıcıları qoyarkən, yarada damarın qısalmış ucunun toxumanın dərinliyinə qaçması ilə əlaqədar qanaxma dayanmırsa, yaxud sapın damarda sürüşmə ehtimalı varsa, onda Z-vari tikiş qoyulmaqla, qanaxma dayandırılır (şəkil 73).



Şəkil 73. Hemostatik Z-vari tikişin qoyulması

Qanaxmanın fiziki üsulla dayandırılması

Qanaxmanın fiziki üsulla dayandırılmasına istinin, soyuğun və yüksək tezlikli cərəyanın tətbiqi aiddir. Bu üsuldan əsasən əməliyyatlar zamanı istifadə edilir.

Bunlara aiddir:

- toxumanın qanaxan nahiyəsinin isti (45-50⁰ C) izotonik məhlulla suvarılması;
- soyuğun tətbiqi (yerli hipotermiya) (buz qovuğu, soyuq su kompress halında).
- yükün tətbiqi;
- diatermokoaqulyasiya;
- elektrik bıçağının istifadəsi (parenximatoz üzvlərin əməliyyatlarında);
- ultrasəs skalpelinin istifadəsi;
- lazer fotokoaqulyasiyası;
- plazma skalpelinin istifadəsi;
- kriocərrahiyyə.

Yaraya yük və ya buz qovuğunun qoyulması

Göstəriş: əməliyyatdan sonra toxumadaxili qanaxmaların (hematoma) profilaktikası və dayandırılması.

Lazım olan vəsait:

- buz qovuğu;
- qum kisəciyi;
- dəsmal.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə əməliyyat otağından palataya gətirildikdən sonra əməliyyat yarasına qoyulan sarğının üzərinə 1-2 saat müddətində dəsmala bükülmüş buz qovuğu və ya qum kisəciyi qoyulur.
2. Yara üzərinə qoyulmuş buz qovuğu hər 15 dəqiqədən bir 30 dəqiqə müddətinə (və ya buz əriyənədək) götürülür.

Qeyd: *Soyuğun yerli tətbiqi həmçinin yumşaq toxumaların küt alətlə zədələnmələrində, hematoma və dərialtı qansızmaların profilaktikası məqsədilə də aparılır.*

Qanaxmanın diatermokoaqulyasiya ilə dayandırılması

Diatermokoaqulyator yüksək tezlikli cərəyan istehsal edən xüsusi cihazdır. Toxumaya ucluğu toxunduqda onu qızdıraraq damar divarını bir növ qaynaq edir. Diatermokoaqulyasiya hətta kiçik diametrlı arteriyalardan da olan qanaxmaları dayandıra bilir (şəkil 76).

Diatermokoaqulyasiyanın iki növü vardır:

- monopolyor;
- bipolyor;

Monopolyor diatermokoaqulyasiyada xəstənin bütün bədəni naqil rolunu oynayır. Ona görə gərginlik cərrahın elektrodundan xəstənin elektroduna bütün bədəndən keçdikdən sonra çatır. Bu zaman əmələ gələn müqavimət istiliyin yaranmasına səbəb olur. Cərrahın elektrodu nə qədər kiçik diametrə malik olarsa, müqavimət bir o qədər çox olur və burada əmələ gələn istilik koaqulyasiya yaradır. Xəstənin altına qoyulan metal lövhə isə böyük olduğu üçün əmələ gələn enerji yayıldığına görə müqavimətin sıxlığı aşağı düşür və burada istilik əmələ gəlmir.

Çalışmaq lazımdır ki, elektrik keçiriciliyini yaxşılaşdırmaq üçün elektrod yaxşı qan təchizatı olan nahıyyəyə yerləşdirilsin. Eyni zamanda koaqulyasiya ediləcək damar, ətraf toxumaların minimal hissəsi götürülməklə tutulmalıdır ki, elektrokoaqulyasiya keyfiyyətli alınsın.

Bipolyar diatermokoaqulyasiyada cihaz bir alətdə quraşdırılmış iki aktiv elektroda birləşdirilir ki, bu zaman elektrik bütün bədəndən deyil, həmin elektrodlarla tutulmuş toxumanın kiçik bir hissəsindən keçir. Bipolyar alətin ucları bir-birinə birləşdirildikdə koaqulyasiya baş verir. Bipolyar koaqulyasiya daha təhlükəsizdir.

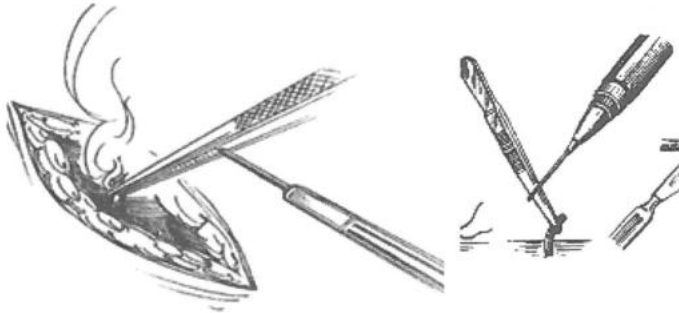
Metodun üstünlüyü:

- prosedura tez yerinə yetirilir;
- toxumalarda yad cisim (metal, sancaq, qarmaq və s.) saxlanılmır;
- yarada yüksək temperaturun yaradılması aseptika və ablastikanın tələblərinə cavab verir;
- diatermokoaqulyasiyadan sonra toxumalarda cüzi aseptik iltihab əmələ gəlir.

Damarın diatermokoaqulyasiyası aparılarkən tibb bacısının taktikası

İşin ardıcılığı:

1. Diatermokoaqulyatorun işləməsi və kontakların (elektrodların) etibarlılığı yoxlanılır.
2. Xəstə əməliyyat üçün lazım olan vəziyyətdə uzadılır.
3. Qurğuşun lövhə (passiv elektrod) 0,9%-li natrium xlorid məhlulunda isladılmış tənzifə bükülür.
4. Passiv elektrod əməliyyat aparılacaq nahıyyəyə uyğun olaraq xəstənin kürək, bel və ya bud nahıyyəsinə fiksə edilərək, stoldan müşəmbə ilə izolə edilir.



Şəkil 74. Damarın yarada elektrokoagulyasiyası.

5. Koagulyatorun qulpu və teli steril örtüyə salınır.
6. Pedal cərrahın ayağı yaxınlığında qoyulur.
7. Əməliyyat zamanı aktiv elektrod dəmir yanıqı ilə örtüldükdə, dərhal steril salfetlə silinir.
8. Xəstənin vəziyyətinə nəzarət edilir.

Diatermokoagulyasiya zamanı baş verə biləcək fəsadlar

1. Elektrodların möhkəm sıxılması və elektrikin uzun müddətli təsiri zamanı üzvün divarının perforasiyası.
2. Elektrodun toxumadan güc tətbiq edərək götürülməsi zamanı koagulyasiyada əmələ gələn qartmağın qopması nəticəsində qanaxmanın təkrar başlaması.
3. Xəstənin elektroda sıx fiksasiya edilməməsi nəticəsində (monopolyar koagulyasiya) həmin nahiyənin dərisinin yanması (xəstənin dərisi ilə lövhə arasındakı təmas qüsursuz və mükəmməl olmalıdır, əks halda elektrik cərəyanının təhlükəli konsentrasiyası yaranır ki, bu da dərinin yanmasına gətirib çıxarır).
4. Toxumalardan gərginliyin keçməsi nəticəsində əzələlərin qıç olması, tənəffüs və qan dövranının pozulması.
5. Endocərrahiyyədə istifadə olunan metal alətlərin elektrik qoruyucusuz işlədilməsi nəticəsində toxumaların yanması.

Qeyd: Fəsadların baş verməməsi üçün xəstənin elektrodu elektrocərrahi təsir yaranacaq nahiyəyə yaxın yerləşdirilməlidir. Çanaq və qarın boşluğu üzvlərində aparılan əməliyyatlarda elektrodu sarğının altına, döş qəfəsi və başda aparılan əməliyyatlar zamanı kürəyin və ya çiyinin altına, ətrafların əməliyyatları zamanı isə proksimal hissəyə yerləşdirilməsi daha məqsəda uyğundur.

Yadda saxlayın:

1. Koagulyatorun pedalını yalnız cərrah idarə etməlidir.
2. Lövhəni elektrogellə yağlamaq məsləhətdir (yaş və tədricən quruyan tənzif ara qatından istifadə etmək olmaz).

3. Əməliyyat stolunu və koaqulyatoru əsaslı şəkildə torpaqlamaq vacibdir.
4. Elektrodun naqili halqa şəkildə fırlanmamalıdır (bu zaman əmələ gələn "transformator effekti" xəstələrdə yanığın əmələ gəlməsinə səbəb olur).
5. Naqillər mələfə sıxıcısı ilə tutulmamalıdır (izolyasiya zədələnmə bilər).
6. Naqıl xəstənin altından keçməməlidir (mikrozədələr izolyasiyanı poza bilər).
7. Bilərəkdən izolyasiyası zədələnmiş naqili işlətmək olmaz.
8. Koaqulyator digər elektron cihazlarından nə qədər uzaqda yerləşmişsə bir o qədər effekti koaqulyasiya üçün maneələr az olur.
9. Əllərin yanmaması üçün mütləq əlcəklərlə işləmək lazımdır.
10. Yanma təhlükəsi yarandığı üçün elektrokoaqulyasiya zamanı spirt və ya spirdə isladılmış salfet işlətmək olmaz.

Kardiostimulyator qoyulan xəstələrdə elektrokoaqulyator işlədilərkən tələb olunan qaydalar

1. Elektrokoaqulyasiya minimal həcmdə icra edilməlidir.
2. Kardiostimulyatoru "Fiksəolunmuş tezlik" rejimində quraşdırmaq lazımdır.
3. Koaqulyasiya bipolyar rejimdə tətbiq edilməlidir.
4. Lövhə kardiostimulyatora uzaq, əməliyyat sahəsinə isə yaxın məsafədə yerləşdirilməlidir.
5. Aktiv elektrod kardiostimulyatordan ən azı 15 sm. aralı yerləşdirilməlidir.
6. İti uclu elektrodlardan istifadə etmək məsləhət görülmür.
7. Metal alətləri bir başa xəstənin dərisi üzərində saxlamaq olmaz.

Qanaxmanın kimyəvi üsulla dayandırılması

Bu üsul qanın laxtalanmasının artırılması və damarların büzüşdürülməsi məqsədi ilə tətbiq edilir.

Yerli təsirə malik damardaraldıcı maddələr:

- adrenalın məhlulu;
- efedrin məhlulu;

Hemostatik maddələr:

- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;

Ümumi təsirə malik hemostatik maddələr

- venadaxili 5%-li aminokapron turşusu məhlulu;
- venadaxili 10%-li kalsium-xlorid məhlulu;
- əzələdaxili 1%-li vikasol məhlulu.

Qanaxmanın bioloji üsulla dayandırılması.

Bu üsula aiddir:

- toxumanın tamponadası;
- vitamin K;
- hemostatik süngər, tənzip;
- az miqdarda (50-100 ml) eyni qrupdan olan qanın köçürülməsi;
- zərdabın yeridilməsi.

Qanın laxtalanmasının aşağı olması ilə əlaqəli qanaxmalarda, əsasən də hemofiliyada istifadə edilir.

- plazmanın (yeni hazırlanmış və ya 15⁰ C temperaturda saxlanılan quru plazma) köçürülməsi;
- antihemofilitik qlobulinin köçürülməsi;
- antihemofilitik plazmanın köçürülməsi.

Daxili qanaxmalar zamanı həkiməqədərki yardım

Bu qanaxmaları müəyyən etmək xarici qanaxmalara nisbətən xeyli çətinidir. Qanaxma qanitirmənin klinik əlamətlərinə və yerli əlamətlərə görə təyin edilir.

Burun qanaxmalarında həkiməqədərki yardım

Göstəriş: burunun selikli qişasının zədələnmələri, iltihabi xəstəlikləri, burun boşluğunun şişləri, hemorragik diatezələr, ürək qüsurları, hemofiliya və hipertoniya xəstəliyi zamanı baş verən qanaxmalar.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- böyrəkvari ləyən, buz parçası, salfet, müşəmbə;
- steril sarğı vasitələri (turunda, bint);
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- 3%-li xloramin məhlulu olan qab.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstə otuzdurulur və başa bir qədər önə əyilmiş vəziyyət verilir. (Xəstə otura bilmədikdə o böyrü və ya qarnı üstə uzadılır ki, qan mədəyə və tənəffüs yoluna düşməsin).
3. Xəstəyə qanı yığmaq üçün böyrəkvari ləyən verilir.
4. Xəstə sakitləşdirilir və ona xəbərdarlıq edilir ki, ağzına daxil olan qanı böyrəkvari ləyənə tüpürsün (Bu itirilən qanın miqdarı haqqında təsəvvür yaradır).
5. Buz parçası salfetə bükülərək buruna, burunarxası sahəyə və ənsə nahiyəsinə qoyulur.

6. Qanaxma dayanmadıqda burun qanadları, burun çəpərinə hər iki tərəfdən iki barmaqla (baş və göstərici barmaqlarla) 3-5 dəqiqə müddətinə sıxılır.
7. Tənzif turunda 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılıb burun keçəcəyinin ön hissəsinə yeridilir. Nəticə alınmadıqda dərin tamponada aparılır (24-48 saat müddətinə).
8. Buruna sapandabənzər sarğı qoyulur.
9. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.

Qeyd: *Qanaxmanın daimi dayandırılması üçün stasionarda burunun ön tamponadasına arxa tamponada əlavə edilir. Tamponun maksimal saxlanma müddəti 48 saatdır.*

Diş çıxarılmasından sonrakı qanaxmalarda həkiməqədərki yardım

Göstəriş: diş çıxarılmasından sonrakı qanaxma

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- steril böyrəkvari ləyən;
- steril pinset;
- steril sarğı vasitələri;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- 1:1000 nisbətində furasillin məhlulu;
- kalium permanqanat (kristal şəklində);
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab.

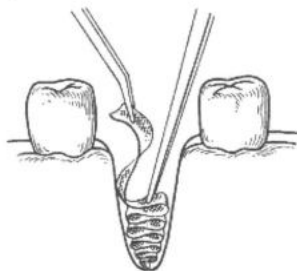
İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstə otuzdurulur və sakitləşdirilir.
3. İçərisində steril sarğı vasitələri və pinset olan böyrəkvari ləyən hazırlanır.
4. Ağız 3%-li hidrogen peroksid, sonra furasillinin 1:1000 nisbətində məhlulu ilə yaxalanır.
5. Xəstəyə ağızını geniş açmaq və əlinə böyrəkvari ləyəni götürmək təklif edilir. Əgər xəstə huşsuzdursa, qanaxan oyuqdan əks tərəfdən ağıza ağızgenişləndirici qoyulur.
6. Pambıqdan kip tampon (və ya turunda) hazırlanır (diametri dişin yerinə bərabər, uzunluğu isə dişdən iki dəfə böyük).
7. Dişin oyuğuna kalium permanqanat kristalı qoyulur və üzərindən kip pambıq tampon sıxılır (şəkil 75).
8. Xəstəyə çənəsini bir-birinə möhkəm sıxmaq və belə vəziyyətdə 20 dəqiqə qalmaq tövsiyə edilir.
9. Qanaxma dayandıqdan sonra tampon dişin oyuğundan kənarlaşdırılır.

10. Qanaxma dayanmadıqda xəstə stomatoloqa göndərilir.

11. İstifadə edilmiş əlcəklər və alətlər 3%-li xloramin məhlulu olan qabda 1 saat müddətində saxlanılır.

Qeyd: Diş oyuğunun tamponadası əvəzinə oraya hemostatik süngər də yerləşdirmək olar.



Şəkil 75. Diş çıxarıldıqdan sonra, oyuğa turundanın qoyulması

Xarici qulaq keçəcəyindən qanaxma zamanı həkimə qədərki yardım

Göstəriş: qulaq zədələnmələrində xarici qulaq keçəcəyindən qanaxmanın dayandırılması.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- steril sarğı vasitələri;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstə otuzdurulur və sakitləşdirilir.
3. Turunda və hidrogen peroksid məhlulu hazırlanır.
4. Turunda 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılaraq qulaq keçəcəyinə qoyulmuş qıfıdan sıx şəkildə yeridilir.
5. Xəstənin qulağına aseptik sarğı qoyulur.
6. Uzanmış vəziyyətdə xəstə stasionara göndərilir.
7. Rezin əlcəklər çıxarılıb, dezinfeksiyaedici məhlulə salınır.

Ağ ciyərlərdən qanaxma (qan hayxırma) zamanı həkiməqədərki yardım

Göstəriş: döş qəfəsi zədələnmələri (ağ ciyərlərin və bronxların partlaması) və ağ ciyər xəstəlikləri (ağciyərin kavernoza və rəmi, ağciyər xərçəngi, şiş, abses) zamanı qanaxmaların dayandırılması.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- buzla dolu böyrəkvari ləyən;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab;

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verilir və sakitləşdirilir.
3. Xəstəyə danışmamaq, dərindən və sakit nəfəs almaq məsləhət görülür və ona öskürəyini saxlanmasının vacibliyi inandırılır.
4. Tam fiziki və psixi sakitlik yaradılır, tənəffüsü çətinləşdirən paltarlar soyundurulur.
5. Buzla dolu böyrəkvari ləyən hazırlanır.
6. Hər 15 dəqiqədən bir buz parçası uddurulur, döş qəfəsinə buz qovuşu qoyulur.
7. Bütün ətraflara 20-30 dəqiqə müddətinə turna qoyulur və duz məhlulu içirdilir (1 stəkan suya 1,5 qaşığı xörək duzu).
8. Yarımoturaq vəziyyətdə xəstə stasionara göndərilir (şəkil 76).
9. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula salınır.



Şəkil 76. Daxili qanaxmalar zamanı xəstələrin daşınma vəziyyəti.
a) ağ ciyərlərdə, b) mədə-bağırsaqda

Qida borusu və mədə qanaxmaları zamanı həkiməqədərki yardım

Göstəriş: mədə yarası, hemorrargik qastrit, qida borusu venalarının varikoz genişlənməsi zamanı qanaxmaların dayandırılması.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- buz qovluğu, buz;
- qusuntu kütləsini yığmaq üçün qab;
- dezinfeksiyaedici məhlul;
- 10%-li kalsium xlorid məhlulu;
- 1%-li vikasol məhlulu.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstəyə üfqi vəziyyət verilir.
3. Xəstə sakitləşdirilir, tam fiziki və psixi sakitlik yaradılır.
4. Epiqastral nahiyəyə 15 dəqiqə müddətinə buz qovluğu qoyulur.
5. Qusma zamanı xəstəyə kömək edilir.
6. Xəstəyə yemək, içmək və daxilə dərman qəbulu qadağan edilir.
7. Vena daxilinə 10%-li 10,0 kalsium xlorid və 1%-li 2-3 ml vikasol məhlulu yeridilir.
8. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir (şəkil 76).

Bağırsaq qanaxması zamanı həkiməqədərki yardım

1. Xəstə arxası üstə uzadılır və sakitlik yaradılır.
2. Qarın nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur.
3. Koaqulyantlar yeridilir.
4. Qida və maye qəbulu qadağan edilir.
5. Mədəyə zond qoyulur.
6. Düz bağırsaq qanaxmalarında düz bağırsağa 10%-li kalsium xlorid məhlulu ilə tampon yeridilir və T -şəkilli sarğı qoyulur.
7. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə təcili stasionara göndərilir (şəkil 76).

Uşaqlıq qanaxması zamanı həkiməqədərki yardım

Göstəriş: uşaqlığın zədələnmələrində, abortlarda, uşaqlıqdan kənar hamiləlikdə, doğuş patologiyalarında, onkoloji proseslərdə baş verən qanaxmalar.

İşin ardıcılığı:

1. Sakitlik və yataq rejimi yaradılır.
2. Qarının altına buz qovluğu qoyulur.
3. Lazım gəldikdə uşaqlıq yoluna 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış steril tampon qoyulur.
4. Xəstə uzanmış vəziyyətdə ginekoloji şöbəyə aparılır.

Qanaxmaların ağırlaşmaları

Kəskin qanaxmalar zamanı baş verən ağırlaşmalar, qanazlığının inkişafı nəticəsində toxumaların qansızlaşması, ürək fəaliyyətinin zəifləməsi və arterial təzyiqin düşməsinə səbəb olur. Xəstənin ümumi vəziyyəti və klinik şəklin ağırlığı aşağıdakı amillərdən asılıdır:

1. Axan qanın miqdarı-itirilən qanın həcmnin 800-1000 ml olması həyat üçün təhlükəlidir.
2. Qanın axın sürəti- iri arteriyalardan (yuxu, bud) qanaxma zamanı, qısa zaman kəsiyində çoxlu qanaxma əmələ gəlir ki, bu zaman orqanizmin kompensator imkanları tez tükənir və belə qanaxmalar daha çox təhlükəli olur.
3. Yaş – xüsusi ilə kiçik yaşlı uşaqlar və ahıl şəxslər qanaxmanı pis keçirirlər.
4. Cins – müəyyən edilmişdir ki, qadınlar fizioloji xüsusiyyətlərinə görə kişilərə nisbətən qanaxmanı daha asan keçirirlər.
5. Zədələnməyə qədərki vəziyyət – zəif, üzülmüş, ürək-damar xəstəliklər olan xəstələr qanaxmanı ağır keçirirlər.

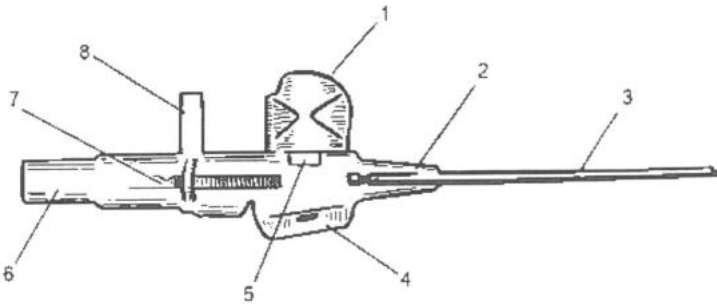
V BÖLMƏ

İNFUZIYA VƏ TRANSFUZIYA

İnfuziya – müalicə və diaqnostika məqsədilə müxtəlif mayelərin orqanizmə parenteral yeridilməsidir. İnfuziya daha böyük məvhum olub özündə transfuziyanı birləşdirir. Transfuziya – müalicə məqsədilə qanın, qan komponentlərinin, qan preparatlarının və qan əvəzedicilərin orqanizmə yeridilməsidir.

Periferik venoz kateterin qoyulması

Periferik venoz kateter periferik venaya qoyularaq istənilən vaxt xəstənin damar şəbəkəsinə daxil olmağı təmin edir. Polietilen, teflon və ya poliuretan kateterlərdən istifadə olunur. Polietilen kateterlər ən sadə və işlədilməsi rahat olmağına baxmayaraq, materialının xarakterinə görə damarın daxili səthini qıcıqlandıra bilir və yüksək trombogenliyə malikdir. Hətta sərtliyinə görə damar divarını deşə də bilər. Polietilenə nisbətən digərləri teflon və poliuretan kateterlər az fəsad verir (keyfiyyətli qulluq olduqda) və istismar müddəti uzun olur (şəkil 77).



Şəkil 77. Periferik venoz kateterin elementləri

1. iynə vurmaq üçün qapaqlı dəhliz; 2. kanyula; 3. iynə; 4. qanad; 5. birtərəfli klapan; 6. tıxac kamerası; 7. indikator kamerası; 8. baş barmaq üçün dayaq

Ən çox yayılmış periferik kateterlərin növləri:

- narıncı rəngli kateterlər – sürətli qan köçürtmək üçün;
- boz rəngli kateterlər – qan və onun komponentlərinin köçürülməsi üçün;
- yaşıl rəngli kateterlər – qan və böyük həcmli mayelər köçürtmək üçün;
- çəhrayı rəngli kateterlər – böyük həcmli mayelər və kontrast maddələr köçürtmək üçün;

- mavi rəngli kateterlər – uşaqlarda və kiçik venası olan böyüklərə ardıcıl venadaxili dərman müalicəsi üçün.

Periferik venoz kateterin seçilməsində qaydalar

Kateter seçilərkən nəzərə alınmalıdır:

- qoyularkən xəstəyə ən az diskomfort yaratmalıdır;
- infuziya (dərman preparatlarının yeridilməsi) üçün optimal sürəti təmin etməlidir;
- uzunluğu istifadə olunacaq venanın düz hissəsinə uyğun gəlməlidir;
- yeridilən mayenin sürəti, tərkibi və kateterin venada qalma müddəti və venanın diametri ciddi nəzərə alınmalıdır.
- diametri seçilən venanın diametrinə uyğun olmalıdır (diametri böyük olan kateterlər venanın mənfəzini tuta və ya daxili səthini zədələyə bilər).

Kateterizasiya üçün venanın seçilməsi qaydaları

Periferik venanın kateterizasiyası üçün venanın seçilməsində bir sıra qaydalar mövcuddur:

- ilk növbədə distal venaların seçilməsi;
- palpasiya zamanı yumşaq və elastik olan venaların seçilməsi;
- kateterin “işlək” əlin venasına qoyulmaması;
- kateterin uzunluğuna uyğun düz venaların seçilməsi.

Kateteri yeritmək olmaz:

1. Sərt əllənən sklerozlaşmış venalara (ola bilər ki, onların daxili səthi zədələnmiş vəziyyətdə olsun).
2. Oynaqların bükülən səthindəki venalara (bu nahiyyədə mexaniki zədələnmələrin riski yüksəkdir).
3. Arteriyaya və ya onların proyeksiyasına yaxın yerləşən venalara (arteriyanın deşilmə riski yarandığı üçün).
4. Əvvəl kateterizasiya olunmuş venalara (daxili divarının zədələnmə ehtimalı olduğu üçün).
5. Aşağı ətraf venalarına.
6. Sınımış ətrafların venalarına.
7. Kiçik görünən lakin, əllənməyən venalara.
8. Əlin ovuc səthinin venalarına.
9. Orta dirsək venasına (anatomik yerləşməsinə görə daha müvafiq olmasına baxmayaraq adətən bu venadan müayinə üçün qan götürməkdən ötrü istifadə edildiyi üçün kateterizasiya məsləhət görülmür).
10. Cərrahi əməliyyata və ya kimya müalicəsinə məruz qalmış ətrafın venalarına.

Periferik venoz kateterin qoyulması

Periferik venaların kateterizasiyası o zaman həyata keçirilir ki, infuziya üçün xəstənin venaları az görünən olsun, əllənə bilməsin və onların vəziyyəti məlum olmasın. Ən çox əlin və saidin venalarından, az hallarda isə aşağı ətraf venalarından istifadə olunur.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- istifadə olunmuş vasitələr üçün böyrəkvari ləyən;
- steril kürəciklər və salfetlər;
- leykoplastr;
- 70⁰-li etil spirti;
- müxtəlif ölçüdə periferik venadaxili kateterlər;
- birləşdirici boru və ya obturator;
- kəmər;
- steril əlcəklər;
- qayçı;
- 7x10 sm ölçüdə bint;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu.

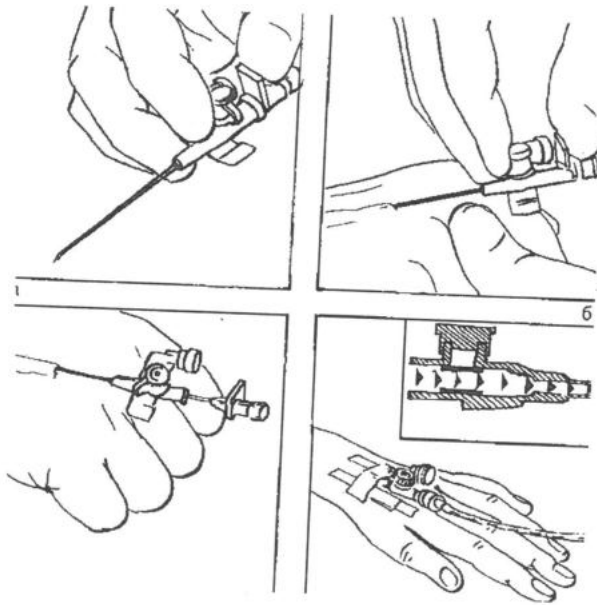
İşin ardıcılığı:

1. Qablaşdırılmış kateterin tamlığı və yararlılıq müddəti yoxlanılır.
2. Manipulyasiyanı yerinə yetirməkdən ötrü işıqlanma şəraiti yaradılır.
3. Xəstənin arxası üstə uzanmasına kömək edilir və münasib vəziyyətə gətirilir.
4. Xəstə sakitləşdirilir, ona aparılacaq manipulyasiyanın gedişi izah edilir və qoyulacaq kateter nümayiş olunur.
5. Əllər yuyulur, qurudulur və rezin əlcəklər geyilir.
6. Kateterizasiya nəzərdə tutulan nahiyə seçilir (çalışmaq lazımdır ki, kateterin uzunluğuna uyğun düz vena seçilsin).
 - Kateterizasiya nəzərdə tutulan yerdən 10-15 sm yuxarı kəmər qoyulur.
 - Xəstəyə barmaqlarını açıb yummaq tövsiyə edilir.
 - Yumşaq və elastik venalardan biri əllənməklə tapılır.
7. Kateterizasiya yeri 70⁰-li etil spirti ilə iki dəfə silinir və quruması gözlənilir.
8. Kateter götürülür, qoruyucu örtükdən çıxarılır, sağ əlin 3 barmağı ilə tutulub qapaqcığı açılır.
9. Kateterin yeridilməsi təxmin olunan yerdən aşağı, barmaqla sıxmaqla vena fiksə edilir.
10. İynənin kəsiyi dəri səthinə münasibətdə yuxarı istiqamətə yönəldilir.
11. Kateterin iynəsi 15-30⁰ bucaq altında dəriyə batırılır (kateterin

indikator kamerasında qanın görünməsi iynənin venada olduğunu bildirir).

12. Kateterin iynəsi daxili kanyula ilə minimum 5 mm məsafəyə yeridilir.
13. Kateterin iynəsi tədricən sonadək çıxarılaraq (tam çıxarılmır), eyni zamanda kateterin kanyulası venaya doğru hərəkət etdirilir.
14. Kəmər açılır.
15. Kateterin yeridilmə yerindən yuxarı vena barmaqla sıxılır və iynə tam çıxarılır.
16. Qapaq açılaraq kənarlaşdırılır, kateter infuzion sistemə birləşdirilir və barmaq venadan götürülür.
17. Kateter leykoplastrla fiksasiya edilir (şəkil 78).

Qeyd: Kateter venaya salındıqdan sonra iynənin yenidən kateterə yeridilməsi yolverilməzdir. Bu kateteri zədələyə və emboliya əmələ gətirə bilər).



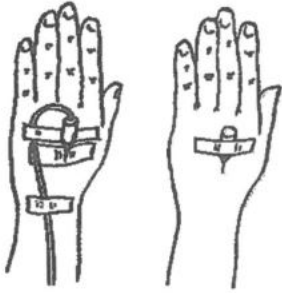
Şəkil 78. Periferik venoz kateterin qoyulma ardıcılığı

Kateterin fiksasiya üsulları

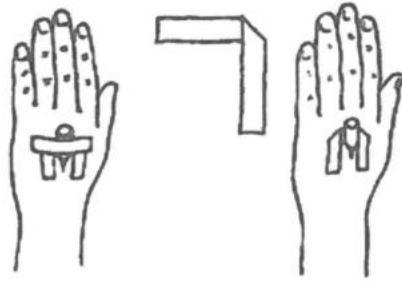
Kateteri fiksasiya etməyin aşağıdakı üsulları vardır:

1. **Sadə:** 5 sm uzunluqda leykoplastr götürülüb kateterin pavilyonu üzərindən yapışdırılır (şəkil 79).
2. **Qanadlar.** Kateterin pavilyonuna yapışqanlı tərəfi yuxarı olmaqla 5 sm uzunluqda leykoplastr yaxınlaşdırılaraq altına qoyulur. Hər bir ucu kateterin sağ və sol tərəfindən qatlanaraq kateterin qanadlarını fiksə edir.

Üzərindən əlavə olaraq 5 sm uzunluqda başqa bir leykoplastr lenti kateterin pavilyonuna yapışdırılır. Kateterə birləşdirilmiş infuzion sistemin ilgəyi də ətrafa leykoplastrla fiksə edilir (şəkil 80).

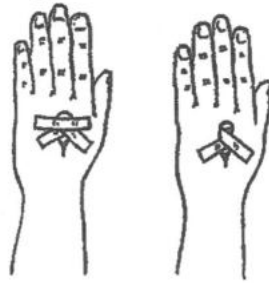


Şəkil 79. Qanadlar



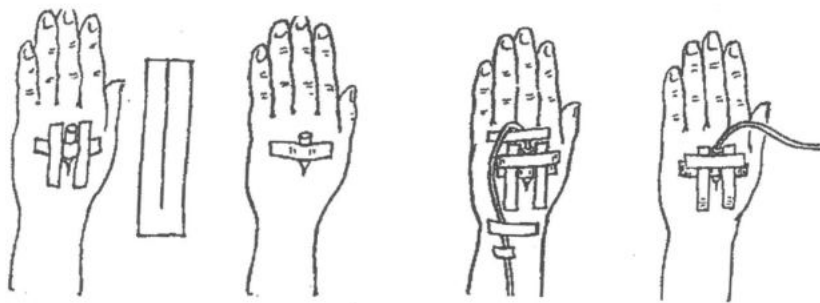
Şəkil 80. Sadə metod.

3. **Çarpaz fiksasiya.** Yapışqanlı səthi yuxarı olmaqla 5 sm uzunluqda leykoplastr kateterin pavilyonuna yaxınlaşdırılaraq altından keçirilir. Hər iki ucu pavilyonun üstündən aşırıdaraq çarpaz şəkildə əks tərəfdə fiksasiya edilir. Əlavə olaraq 5 sm uzunluğunda leykoplastr əvvəlki leykoplastrin çarpazlaşan yerindən kateterə bərkidilir. Sonra infuzion sistemin ilgəyi leykoplastr vasitəsilə ətrafa bərkidilir (şəkil 81).



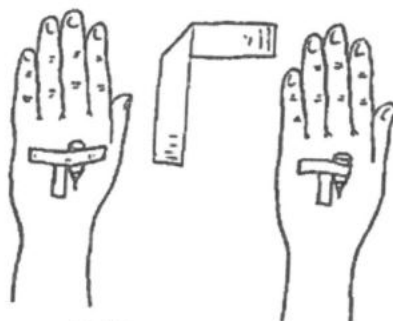
Şəkil 81. Çarpaz fiksasiya

4. **Hörgülü fiksasiya:** 5 sm uzunluqda leykoplastr götürülüb kateterin pavilyonuna fiksə edilir. Sonra 10 sm uzunluqda leykoplastr bir ucunda 1,5 sm məsafə toxunulmamış saxlanılaraq digər ucu tən ortasından yarı bölünür. Leykoplastrin toxunulmamış hissəsinin yapışqan səthi içəridə qalmaqla iki qatlanaraq "ilgək" əmələ gətirir. Bu "ilgək" kateterin pavilyonunun altından keçirilir. Leykoplastrin uzun ucu o biri səthinin üzərinə qatlanaraq yapışdırılır. Yenidən 5 sm ölçüdə leykoplastr götürülüb üstədən həm pavilyona həm də uzun ucların üzərinə yapışdırılır və infuzion sistemin ilgəyi də ətrafa digər leykoplastrlə fiksə edilir (şəkil 82).



Şəkil 82. Hörgülü fiksasiya

5. **Tək qanad:** 5 sm uzunluqda leykoplastrın yapışqanlı səthi üstə qalmaqla kateterin pavilyonunun altından keçirilir və leykoplastrın bir ucu qatlanaraq kateterin o biri tərəfinə fiksə edilir. Leykoplastrın ucu pavilyonun üzərindən aşırıdaraq kateterin əks tərəfinə fiksə edilir. 5 sm uzunluqda əlavə leykoplastrla kateterin geniş hissəsinin üzərindən keçirilərək birtərəfli dəriyə digər tərəfi alınan "tək" qanada bərkidilməklə fiksə olunur. İnfuzion sistemin ilgəyi ətrafa başqa leykoplastrla bərkidilir (şəkil 83).



Şəkil 83. Tək qanad.

Periferik venoz kateterə qulluq

Kateterlərə keyfiyyətli qulluq olduqda onların istismar müddəti uzun olur. Kateterlərin qoyulma metodikası və onlara qulluq pozulduqda bir sıra fəsadlar əmələ gəlir. Periferik venoz kateterə qulluq edərkən aşağıdakıların gözləmək lazımdır:

1. Əllə dəfələrlə kateterə toxunmaqdan çəkinmək lazımdır.
2. Yalnız steril əlcəklərlə işləmək lazımdır.
3. Üstündəki inyeksiya dəliyi yalnız iynəsiz inyeksiyalar və kateterin yuyulması üçündür. İstifadə edilmədikdə inyeksiya dəliyi qapalı saxlanmalıdır.

4. Qana bulaşmış qapaqcıqlar imkan qədər tez-tez, steril yenisi ilə dəyişdirilməlidir.
5. Hər iynə vurulduqdan sonra steril qapaqcıq dəyişdirilməli, aseptika və antiseptika ciddi gözlənilməlidir.
6. Gün ərzində köçürülən preparatların həcmi, köçürülmə sürəti haqqında məlumat xəstənin xəstəlik tarixinə qeyd olunmalıdır.
7. Dərman preparatları köçürüldükdən sonra kateter fizioloji məhlulla yuyulmalıdır.
8. Fizioloji məhlulun ardınca heparinləşdirilmiş məhlul yeridilməlidir.
9. Periferik venada ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədi ilə kateterin yeri hər 48-72 saatdan bir dəyişdirilməlidir.
10. Tromboflebitin profilaktikasından ötrü vena üzərinə punksiya olunan yerdən bir qədər yuxarıya, tromboflebitik məlhəmlərdən (traumel, heparin, troksevazin) nazik qatla sürtülməlidir.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- steril sarğı vasitələri;
- 1:1000 nisbətində 10 ml heparinləşdirilmiş məhlul yığılmış şpris;
- 5 ml steril fizioloji məhlul yığılmış şpris;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril qapaqcıq;
- steril əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Steril sarğı vasitələri, qapaqcıq və 2,0 və 5,0-qramlıq şpris olan böyrəkvari ləyən hazırlanır.
2. Xəstə sakitləşdirilir, kateter qoyulan ətrafa münasib vəziyyət verilir və manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Steril əlcəklər geyilir.
4. Birləşdirici borunun altına iki steril salfet qoyulur və infuziya dayandırılır.
5. Sistem periferik venoz kateterin birləşdirici borusundan ayrılır.
6. Əvvəlcə 5%-li fizioloji məhlul yığılan şpris boruya birləşdirilir və məhlul kateterə yeridilir (trombun profilaktikasından ötrü).
7. Sonra 10 ml heparinli məhlul yığılmış şpris boruya birləşdirilir və məhlul kateterə yeridilir.
8. Şpris ayrıldıqdan sonra steril qapaqcıq bağlanır və salfetlər götürülüb atılır.
9. Fiksasiyaedici sarğıya nəzarət edilir.
10. Fəsadların erkən aşkarlanmasından ötrü punksiya yerinə müntəzəm nəzarət edilir. Həmin nahiyədə ödem, qızartı, yerli hərərət, sızıntı, eləcə də preparatlar yeridilərkən ağrı olduqda həkim dərhal məlumatlandırılır.

***Qeyd:** Leykoplastr sarğısı dəyişdirilərkən qayçıdan istifadə qadağan edilir. Bu zaman kateter kəsilib qan-damar sisteminə düşə bilər.*

Periferik venoz kateterin çıxarılması

Göstəriş:

- müalicənin başa çatması;
- kateterin qoyulduğu yerdə ödemənin əmələ gəlməsi;
- kateterin ətrafında qızartının əmələ gəlməsi;
- kateterin keçirildiyi nahiyədə ağrı hissənin əmələ gəlməsi;
- yerli temperaturun qalxması;
- kateterin qoyulmasından 48-72 saat keçməsi;
- kateterin tromblaşması.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən, sınaq şüşəsi, qayçı;
- steril təniz, steril kürəciklər;
- leykoplastr;
- trombolitik məlhəm;
- 70⁰-li etil spirti;
- 0,5%-li xlorheksidin biqlukonat məhlulu;
- steril əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstənin ətrafı hazırlanır, xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Əllər yuyulur.
3. İnfuziya dayandırılır.
4. Mühafizəedici bint sarğısı açılır.
5. Əllər 2 dəfə 0,5%-li xlorheksidin məhlulu ilə işlənir.
6. Steril əlcəklər geyilir.
7. Fiksasiya sarğısı qayçı işlədilmədən mərkəzdən periferiyaya doğru açılır.
8. Kateter yavaş və ehtiyatla venadan çıxarılır.
9. Kateterin yeri steril tamponla 2-3 dəqiqə müddətinə sıxılır.
10. Kateterin yeri 70⁰-li etil spirti ilə silinir.
11. Kateterin yerinə steril təzyiqəedici sarğı qoyulur.
12. Sarğı leykoplastrla fiksə edilir.
13. Kateterin kanyulasının tamlığı yoxlanılır. Kateterin həddən artıq trombla tutulmasına və ya onun infeksiyalaşmasına şübhə olduqda kanyulanın ucu steril qayçı ilə kəsilir, steril sınaq şüşəsinə qoyularaq bakterioloji müayinəyə göndərilir (həkimin təyinatına əsasən).
14. Kateterin çıxarılma vaxtı, tarixi və səbəbi qeyd edilir.

Qeyd: *Periferik venaların kateterizasiyası mərkəzi venaların kateterizasiyasına nisbətən az təhlükəli olsa da prosedura zamanı dərinin tamlığı pozulduğu üçün müxtəlif fəsadlar əmələ gələ bilər. Tibb bacısı manipulyasiyanı düzgün yerinə yetirdikdə, aseptika və antiseptika qaydalarına düzgün riayət etdikdə və kateterə düzgün qulluq etdikdə bu fəsadların əksəriyyətindən xilas olmaq olar.*

Kateter çıxarıldıqdan sonra kateterizasiya yeri 24 saat ərzində islanmamalıdır.

Mərkəzi venaların kateterizasiyası

Uzun müddətli infuziya üçün mərkəzi venaların (körpücükaltı vena, vidacı vena, bud venası) kateterizasiyasından istifadə edilir. **Manipulyasiya yalnız həkim tərəfindən icra edilir!** Lakin tibb bacısı həkimə ixtisaslaşmış köməklik göstərə bilməsi üçün onun necə yerinə yetirməsini yaxşı bilməlidir.

Göstəriş:

- periferik venalardan istifadə mümkün olmadıqda;
- uzun müddətli intensiv müalicə aparılması zərurəti yarandıqda (bir neçə sutka);
- parenteral qidalanma aparılması məqsədi ilə;
- diaqnostik tədqiqatların yerinə yetirilməsi (mərkəzi venoz təzyiqin ölçülməsi, ürək boşluğunda təzyiqin ölçülməsi və s.) məqsədi ilə.

Körpücükaltı venanın punksiyası və kateterizasiyası

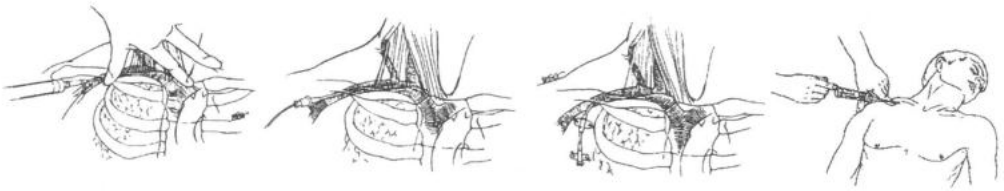
Lazım olan vəsait:

- uzunluğu 10-15 sm olan, ucu 45⁰-li bucaq altında kəsilmiş qalın iynə;
- 0,8-1, 1,0, 1,4 mm. diametrdə steril körpücükaltı polietilen kateter;
- keçirici mandren;
- 2-3 ədəd rezin qapaqcıq;
- 20 ml-lik şpris;
- 0,25%-li novokain məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- yodonat məhlulu;
- steril dəsmallar;
- steril sarğı vasitələri;
- steril rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə arxası üstdə, kürək altına 10-15 sm qalınlıqda yastıq qoyulmuş vəziyyətdə uzadılır (bu zaman baş arxaya atılmış şəkildə olur və kateterizasiya aparılan tərəfin əksinə çevrilir).

2. Körpücükaltı, körpücüküstü və bazu oynaqı nahiyyəsi antiseptiklərlə işlənir.
3. Cərrah əllərini mövcud üsulardan biri ilə yuyur və steril əlcəkləri geyinir.
4. Punksiya aparılacaq nahiyyə steril dəsmallarla əhatə olunur.
5. Dəridə novokain məhlulu ilə ağrısızlaşdırma aparılır və şpris çıxarılmadan önə doğru yeridilərək vena punksiya edilir.
6. İynənin venada olduğuna əmin olduğdan sonra (şprisdə qanın görünməsi), şpris iynədən ayrılır, iynədən venaya keçirici mandren salınır və iynə çıxarılır.
7. Sonra kateter götürülərək keçirici mandrendən vintvari hərəkətlə 5-10 sm dərinliyə salınır və mandren çıxarılır.
8. Tibb bacısı infuziyaya başlayır.
9. Kateter plastrla və ya tikişlə dəriyə fiksə olunur.
10. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
11. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula salınır.



Şəkil 84. Körpücükaltı venaya kateterin qoyulması

Körpücükaltı kateterə steril məhlulların yeridilməsi

Göstəriş: əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə dərman maddələrinin və qanın uzun müddətli (sürəkli) köçürülməsi.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyəndə steril şprislər;
- steril sarğı vasitələri;
- steril mayeləri köçürtmək üçün steril sistem;
- 70⁰-li etil spirti;
- pinset;
- ştativ;
- 0,9%-li natrium xlorid məhlulu;
- heparin məhlulu;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Əlcəklər geyilir.
3. Sistem hazırlanır.
4. Steril şprisə 5 ml natrium xloridin izotonik məhlulu yığılır (kateteri yumaq üçün)
5. Xəstədən körpücükaltı kateter qoyulan tərəfdən əks-tərəfə başını çevirmək və tənəffüsünü saxlamaq xahiş edilir.
6. Kateterin qapaqcığı açılır və spirtə atılır.
7. Kateterin kanyulası steril şprisə birləşdirilir və xəstənin nəfəs almasına icazə verilir.
8. Şprisin porşeni arxaya çəkilməklə körpücükaltı kateterin venada olması yoxlanılır. Qanın təzahürü zamanı kateterə 2 ml natrium xloridin izotonik məhlulu yeridilir.
9. Xəstədən tənəffüsünü saxlaması bir daha xahiş edilir.
10. Şpris kanyuladan çıxarılıb sistemə birləşdirilir.
11. Xəstəyə nəfəs almasına icazə verilir.
12. Damcıların təyin edilmiş miqdarı tənzimlənilir.
13. Körpücükaltı venaya köçürüləcək maye qurtardıqdan sonra sistem bağlanır.
14. Xəstədən kateter qoyulan tərəfdən əks tərəfə başını çevirmək və tənəffüsünü yenidən saxlamaq xahiş edilir.
15. Sistem çıxarılır və kateterə 0,2 ml heparinin 2 ml izotonik məhlulla qarışığı yeridilir (tromb əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün).
16. Spirtədən götürülmüş qapaqcıqla kateterin ağzı bağlanır.
17. Xəstənin nəfəs almasına yenidən icazə verilir.
18. İşlədilən alətlər və əlcəklər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

***Qeyd:** Steril məhlulların uzunmüddətli köçürülməsi zamanı körpücükaltı kateterin venada olmasını, rentgen nəzarəti altında müntəzəm yoxlamaq lazımdır.*

Mərkəzi venada olan kateterə qulluğun həyata keçirilməsi

Göstəriş: kateter vasitəsi ilə dərmanların yeridilməsi

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- steril sargı vasitələri;
- steril pinset;
- 70⁰- li etil spirti, brilliyant yaşıllı;
- leykoplastr;
- steril əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulur.
2. Əlcəklər geyilir.
3. Steril sarğı vasitələri və spirtdən ibarət böyrəkvari ləyən hazırlanır.
4. Kateterin ətrafındakı dərinə silmək üçün 70⁰- li etil spirti və ya 1%-li brilliyant yaşıllı hazırlanır.
5. Manipulyasiyanın məqsədi xəstəyə izah edilir.
6. Xəstə ilə üzbəüz dayanıb ona əlverişli vəziyyət verilir.
7. Kateterin ətrafı 2 dəfə antiseptik məhlulda isladılmış kürəciklə silinir.
8. Kateter dəriyə leykoplastrla fiksə edilir.

XƏSTƏNİN HEMOTRANSFUZİYAYA HAZIRLANMASI

1. Xəstənin və donorun qan qrupu təyin edilir.
2. Xəstənin və donorun rezus amili təyin edilir.
3. Qan ümumi analiz üçün götürülür.
4. Sidik ümumi analiz üçün götürülür.
5. Flakonda qanın yararlılığı yoxlanılır.
6. Hemotransfuziyaya 2 saat qalmış xəstə qidalanmır.
7. Qan köçürməzdən əvvəl sidik kisəsi boşaldılır.
8. Nəbz sayılır, arterial təzyiq və bədənin temperaturu ölçülür.
9. Qanın və rezus amilinin fərdi uyğunluğu sınağı aparılır.
10. Bioloji sınaq qoyulur.

Qan qruplarının təyini

Klinik təcrübədə ABO sistemi üzrə qan qruplarının təyininin aşağıdakı üsulları mövcuddur:

- standart serumlarla;
- standart eritrositlərlə;
- kəşişən üsulla;
- antitel A və antitel B soliklonlarla.

Qan qrupunun standart serumlar üzrə təyin edilməsi (həkimin rəhbərliyi altında aparılır)

Göstəriş: qanköçürməyə ehtiyac, cərrahi müdaxiləyə hazırlıq.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər, önlük, müdafiə eynəyi;
- xüsusi ştativlərdə 2 seriyadan olan standart hemaqlütinasiya serumları




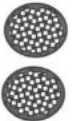

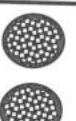







Serumları asanlıqla ayırd etmək üçün etiketlərdə zolaqlı rənglərlə fərqləndirmə aparılır:

- O (I)-rəngsiz (boz), zolaq yoxdur;
 - A (II)-2 mavi rəngli zolaq;
 - B (III)-3 qırmızı rəngli zolaq;
 - AB(IV) – 4 sarı rəngli zolaq.
- natrium xloridin izotonik məhlulu olan flakon;
 - markalanmış planşet və ya emallı qab;
 - əşya şüşəsi (şüşə çubuq);
 - qan götürmək üçün pipetka;
 - izotonik məhlul üçün pipetka;
 - 5 dəqiqəlik qum saati;
 - karandaş;
 - lupa.

İşin ardıcılığı:

1. Standart serumun keyfiyyəti yoxlanılır.
 - ✓ rənginə görə;
 - ✓ xarici görünüşünə görə;
 - ✓ ampulanın tamlığına görə (çöküntüsü olan, şəffaflığını itirmiş, bulanıq serumlar işlədilə bilməz);
 - ✓ qan qrupu, titri, saxlama müddəti, hazırlanma yeri göstərilmiş, düzgün tərtib olunmuş etiketin mövcudluğuna görə.
2. Əlcəklər geyilir, önlük bağlanır, eynək taxılır.
3. Planşetin yuxarı kənarına xəstənin adı və soyadı yazılır.
4. Qan qrupları yazılmış planşetin hər qrupa uyğun, hər oyuğuna iki cərgə olmaqla hər seriyalı serumdan 1 damcı (0,1 ml) damızdırılır.
5. Planşetin hər oyuğuna serumla yanaşı serum damlasından 10 dəfə az olmaqla tədqiq olunan qandan 1 kiçik damcı (0,01ml) qoyulur.
6. Hər serum damlası ayrıca şüşə çubuqla yanaşı qoyulmuş qan damlaları ilə qarışdırıldıqdan sonra planşet ehtiyatla əldə çalxalandırılır.
7. 3 dəqiqə sonra serum-qan qarışığına, yalançı aqlutinasıyanı ləğv etmək məqsədilə 1-2 damcı 0,9%-li natrium xlorid məhlulu damızdırılır.
8. 5 dəqiqədən sonra nəticələr qiymətləndirilir.
 - ✓ aqlutinasiya reaksiyası mənfi və müsbət ola bilər.
 - ✓ əgər serumlar müsbət reaksiya vermişsə, deməli qanda hər iki AB aqlutininləri vardır. Bu zaman əlavə olaraq AB (IV) qrupun standart serumu ilə də yoxlama aparılmalıdır (şəkil 85).

Qeyd: Hər iki seriyalar üzrə aparılan reaksiyaların nəticələri eyni olmalıdır.

Standart serumlarla qan qrupunun təyini zamanı reaksiyanın nəticələri			Tədqiq olunan qan qrupu
O (I)	A (II)	B (III)	
			O(I)
			A(II)
			B(III)
			AB(IV)
AB (IV) qrupun serumu ilə yoxlama 			

Şəkil 85. Qan qruplarının standart serumlarla təyin edilməsi

Qeyd: Saxlama müddəti 10-12 gündən çox olmayan serumlar işlədilməli və onlar 4-8⁰ C temperaturda soyuducuda və ya qaranlıq yerdə saxlanılmalıdır. Qan qruplarının təyini yaxşı işıqlandırılmış 15⁰+20⁰ C temperatura malik otaqlarda aparılmalıdır.

Reaksiyanın nəticələrinin qiymətləndirilməsi

O (I)	A(II)	AB(III)	AB(IV)	Qan qrupu
-	-	-		O (I)
+	-	+		A(II)
+	+	-		AB(III)
+	+	+	-	AB(IV)

Rezus amilinin təyin edilməsi

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər, önlük, müdafiə eynəyi;
- sınaq şüşəsi;
- natrium xloridin izotonik məhlulu olan flakon;
- antirezus məhlulu olan flakon;
- qan flakonu;
- pipetka;
- karandaş;
- lupa.

İşin ardıcılığı:

1. Əlcəklər geyilir, önlük bağlanır, eynək taxılır.
2. Sınaq şüşəsinin dibinə 1 damcı antirezus serumu və 1 damcı tədqiq olunan qan tökülür.
3. Sonra şüşə çubuqla qarışdırılır, sınaq şüşəsi çalxalandırılır və yavaşca elə çevirilir ki, qarışıq sınaq şüşəsinin divarı ilə axsın.
4. 3 dəqiqədən sonra sınaq şüşəsinə 2-3 ml 0,9%-li natrium xlorid məhlulu əlavə edilir.
5. Sınaq şüşəsinə 2-3 dəfə çevirməklə qarışdırılır.
6. Nəticələr yayılmış işıq altında yoxlanılır.
7. Aqlutinasiya baş verərsə, (gözlə görünən dənəciklər olduqda) qan rezus müsbət, baş verməzsə rezus mənfidir.

Qan qruplarının monoklonal antitellərlə (soliklonlarla) təyin edilməsi

Son illər süni yaradılmış antitel A və antitel B monoklonal antitellər (soliklonlar) hətta antigenlərin zəif formalarını da aşkarlaya bildiyi üçün qan qruplarının təyinində ən çox onlardan istifadə olunur.

Göstəriş: qan və onun komponentlərinin köçürülməsi.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər, önlük, müdafiə eynəyi;
- antitel-A (çəhrayı rəngdə) və antitel B (mavi rəngdə) soliklonları;
- donör qanı;
- emalı ağ qab və ya planşet;
- iki ədəd pipetka;
- şüşə çubuqlar;
- böyrəkvari ləyən;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab;
- 3 dəqiqəlik qum saati;
- karandaş;
- lupa.

İşin ardıcılığı:

1. Əlcəklər geyilir, önlük bağlanır və eynək taxılır.
2. Soliklonların keyfiyyəti vizual olaraq yoxlanılır (onlar şəffaf olmalı və heç bir çöküntü olmamalıdır).
3. Soliklonlar açılır və hər birinə pipetka yerləşdirilir.
4. Planşet markalanır. Yuxarı kənarına qan qrupu təyin olunacaq şəxsin adı, soyadı yazılır.
5. Planşetin antitel-A və antitel-B yazılarının aşağısına müvafiq olaraq 0,1 ml (bir böyük damla) soliklon tökülür.
6. Onların yanına isə 10 dəfə kiçik damcı (0,01ml) yoxlanılan qan əlavə edilir.
7. Müxtəlif təmiz və quru şüşə çubuqlarla qan soliklonla qarışdırılır.
8. 3-5 saniyə ərzində aqlütinasiya baş verir.
9. Gec aqlütinasiyaları aşkarlamaq üçün 2-3 dəqiqə müşahidə aparılır (Aqlütinasiya zamanı eritrositlər bir-birilə birləşib çökür, nəticə mənfi olduqda isə damcı qırmızı rəngə boyanır).
10. Cavab aşağıdakı qaydada qiymətləndirilir.
 - ✓ antitel-A və antitel B soliklonları ilə aqlütinasiya yoxdur – bu O(I) qrup qandır;
 - ✓ antitel A soliklon ilə aqlütinasiya baş vermişdir –bu A(II) qrup qandır;
 - ✓ antitel B soliklonu ilə aqlütinasiya baş vermişdir – bu B (III) qrup qandır;
 - ✓ antitel A və antitel B soliklonları ilə aqlütinasiya baş vermişdir – bu AB (IV) qrup qandır. Qan bu qrupa mənsub olduqda, bu qan AB soliklonu ilə təkrar yoxlanılmalıdır.
11. Əlcəklər çıxarılır və istifadə olunmuş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.

Qeyd:

1. Qan qruplarının təyini yaxşı işıqlandırılmış və 15-20°C temperaturu otaqda həyata keçirilməlidir.
2. Açılmış soliklon flakonlarını bağlı şəkildə üç aya qədər işlətmək olar.

Soliklonlarla qan qruplarının təyininin nəticələri

Qan qrupları	Aqlütinasiyanın baş verməsi	
	antitel-A	antitel-B
O (I)	-	-
A (II)	+	-
B (III)	-	+
AB (IV)	+	+

Rezus amilinin anti-D soliklonu ilə təyin edilməsi.

Göstəriş: qan və onun komponentlərinin köçürülməsi.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər, müdafiə eynəyi, önlük;
- soliklon anti-D super;
- tədqiq olunan qan;
- markalanmış planşet;
- qan götürmək üçün pipetka;
- qum saati;
- karandaş;
- lupa.

1. Əlcəklər geyilir, önlük bağlanır, eynək taxılır.
2. Anti-D super soliklonunun keyfiyyəti vizual olaraq yoxlanılır (xarici görünüşünə, ampulun tamlığına, yararlılıq müddətinə görə).
3. Planşetin yuxarı kənarına rezus amili təyin ediləcək şəxsin adı və familiyası yazılır.
4. Planşetin “anti-D” yazısının aşağısına bir böyük damcı (0,1 ml) anti D soliklonu tökülür.
5. Onun yanına bir kiçik damla (0,01 ml) yoxlanılan qan əlavə edilir.
6. Şüşə çubuqla bir-birinə qarışdırılıb 2,5-3 dəqiqə müddətində müşahidə aparılır.
7. Nəticələr vizual olaraq həkim tərəfindən qiymətləndirilir.

Qeyd: Əgər aqlütinasiya baş verərsə, yoxlanılan qan Rh müsbət, aqlütinasiya baş verməzsə yoxlanılan qan Rh mənfidir.

Köçürüləcək qanın yararlılığının təyini

Göstəriş: köçürüləcək qanın yararlılığının təyin edilməsi.

Lazım olan vəsait: qan flakonu

İşin ardıcılığı:

1. Qablaşdırılmanın hermetikliyinin qiymətləndirilməsi.

- qablaşdırma mütləq tam olmalıdır;
- tamlığın pozulmasının hər hansı bir əlaməti yolverilməzdir və mövcud qan köçürmək üçün yararsızdır;

2. Pasportlaşdırmanın düzgünlüyünün qiymətləndirilməsi

- flakonun üzərində nömrəli etiketin mövcudluğu;
- hazırlanma tarixinin olması;
- qan qrupu və rezus mənsubiyyətinin qeyd edilib edilməməsi;
- konservantın adı;
- donorun adı və soyadı;

- hazırlayan müəssisənin adı;
 - həkimin imzası;
 - İCV və virus hepatitinə görə yoxlanılmanın şampı;
- 3. Qanın yararlılıq müddətinə** diqqət yetirərək köçürüləcək tarixi ilə tutuşdurub flakondakı qanı vizual qiymətləndirmək lazımdır.
- qan 3 qata ayrılmalıdır (ən altda tünd qırmızı rəngli eritrosiar təbəqə, ortada nazik ağ rəngli– leykositlərlə və trombositlərin təbəqəsi, üstə isə şəffaf və sarı rəngli plazma təbəqəsi);
 - plazma şəffaf olmalıdır;
 - lopa, laxta və nazik pərdənin olması qanın yoluxması və yarasızlığını göstərir;
 - plazmanın çəhrayı rəngə boyanması eritrositlərin hemolizini və qanın köçürməyə yarasız olduğunu bildirir.

Qanın uyğunlaşma sınağının aparılması

Göstəriş: cərrahi əməliyyata hazırlaşdırılan xəstəyə qan və qan komponentlərinin köçürülməsinə zərurət.

Lazım olan vəsait:

- xəstənin 4-5 ml qanı yığılmış sınaq şüşəsi (sınaq şüşəsi nişanlanmalıdır: xəstənin adı, soyadı, ata adı, yaşı, xəstəlik tarixinin nömrəsi, şöbəsi, qan qrupu və rezus mənsubiyyəti, qanın götürülmə tarixi qeyd olunmalıdır);
- donor qanı olan flakon;
- ağ farfor kasa;
- aqlütinasiya reaksiyasının müddətini qeyd etmək üçün saat;
- pipetka, şüşə çubuq.

İşin ardıcılığı:

1. Ağ farfor kasaya xəstənin qan zərdabından (qan zərdabı qanı saxlamaqla və ya sentrafuqadan keçirtməklə alınır) 1 damcı tökülür.
2. Ona donorun 5 dəfə kiçik miqdarda qan damlası əlavə edilərək şüşə çubuq ilə əsaslı şəkildə qarışdırılır.
3. Sonra qarışığa bir damcı fizioloji məhlul əlavə edilir və farfor kasa 5 dəqiqə müddətinə vaxtaşırı yırğalanır. Aqlütinasiyanın olmaması donor qanının uyğunluğunu göstərir.

Bioloji uyğunlaşma sınağının aparılması

Göstəriş: bütün xəstələrə, hətta narkoz altında olanlara istisnasız qan və qan əvəzədicilərin köçürülməsi (Trombositlər kütlənin köçürülməsindən başqa).

Lazım olan vəsait:

- qan köçürtmək üçün sistem;
- qan flakonu;

İşin ardıcılığı:

1. Qanın venadaxili köçürülməsi üçün sistem hazırlanır.
2. Dirsək venasına sistem birləşdirilir.
3. Soyuducudan götürülmüş qan 30-40 dəqiqə otaq temperaturunda saxlanılmaqla və ya 37°C su hamamına qoyulmaqla (termometrin nəzarəti ilə) qızdırılır və şırnaqla xəstəyə 10-15 ml köçürülür.
4. Sistem bağlanır.
5. 3 dəqiqə müddətində xəstənin vəziyyəti müşahidə edilir.
6. Reaksiya və ağırlaşmanın əlamətləri (nəbzın sürətlənməsi, təngənəfəslik, qusma, baş ağrıları, taxikardiya, uzun hiperemiyası, ürək, döş və bel nahiyəsində ağrı, dəridə səpgi) olmadıqda, şırnaqla bir də 10-15 ml qan köçürülür.
7. Sistem bağlanır.
8. Xəstənin vəziyyəti daha 3 dəqiqə müşahidə edilir.
9. Reaksiya əlamətləri olmadıqda şırnaqla daha 10-15 ml qan köçürülür.
10. Sistem bağlanır.
11. Xəstənin vəziyyəti yenidən 3 dəqiqə müddətində müşahidə edilir.
12. Reaksiya əlamətləri olmadıqda bioloji uyğunluğun olmasını göstərir və qanköçürmə davam etdirilir.

Qeyd: *Qan və qanın komponentlərini bir flakondan bir neçə xəstəyə köçürülməsi qəti qadağandır.*

Bioloji uyğunlaşma sınağı aparılarkən baş verən ağırlaşmalar zamanı ilk tibbi yardım

- təcili sistemi bağlamaqla qanın köçürülməsi dayandırılır;
- flakon və sistem çıxarılır, iynə venada saxlanılır;
- həkim dərhal məlumatlandırılır;
- iynə digər sistemə birləşdirilir (duz məhluluna);
- xəstənin vəziyyəti 2 saat müddətində müşahidə edilir.

Qan köçürmədən sonra xəstəyə qulluq

1. Xəstədə heç bir reaksiya olmadıqda belə hemotransfuziyanın sonunda flakonun dibində 10-15 ml qan saxlanılır və 24 saat ərzində soyuducuya ($+4^{\circ}\text{C}$ – temperaturda) qoyulur (bəzən xəstədə reaksiya 24 saatdan sonra baş verə bilər, onda flakonda qalan qanı yoxlayaraq hansı səhvə yol verildiyi aşkar edilir).

2. Flakonun etiketi xəstəlik tarixinə yapışdırılır.
3. Xəstəyə 2 saat müddətində ciddi yataq rejimi, 8 saat müddətində isə yataq rejimini gözləməsi xəbərdarlığı edilir.
4. 8 saat ərzində hər iki saatdan bir arterial təzyiq və bədənin temperaturu ölçülür, nəbz sayılır, diurez hesablanır.
5. Növbəti gün xəstədən ümumi analiz üçün qan və sidik götürülür.
6. Bütün nəticələr hemotransfuziya protokoluna qeyd edilir.

VI BÖLMƏ.

DESMURGIYA

Desmurgiya (yunanca desmos – bağ, bağlamaq, ergon-iş, fəaliyyət deməkdir) – cərrahiyyənin bir bölməsi olub, tibbi sarğıların mahiyyəti, növləri, qoyulma qaydası, məqsədi, formaları, üsulları və s. dən bəhs edən elm sahəsidir.

Xəstə və zədəli nahiyəni (bəzən profilaktik məqsədlə sağlam nahiyəni də) xarici mühit amillərinin zərərli təsirlərindən qorumaq üçün istifadə olunan material – sarğı materialı, onun bədən səthinə xüsusi şəkildə təsbit edilməsi yaxud köhnə sarğının yenisi ilə əvəz edilməsi isə - sarıma (və ya sarğı qoymaq) adlanır. Sarğılar istifadə olunan materialın bərkliyinə görə yumşaq və sərt olmaqla iki yerə bölünür. Xarakteri və təyinatına görə yumşaq sarğılar aşağıdakı şəkildə təsnif olunur:

- möhkəmləndirici sarğılar;
- sadə (mühafizəedici və dərmanlı) sarğılar;
- sıxıcı və ya təzyiqedici (hemostatik) sarğılar;
- hərəkətsizləşdirici (immobilizəedici) sarğılar;
- korreksiyaedici (yanlış vəziyyəti düzəldici) sarğılar;
- okkuzizyon – (atmosfer havası ilə boşluqların əlaqəsini kəsmək üçün kip, hermetik, qapayıcı) sarğılar;

Sarğılar 2 hissədən ibarət olur:

1. Yara üzərinə qoyulan antiseptik məhlullar, məlhəmlər və s. ilə hopdurulmuş sarğı vasitəsi hissəsi – xüsusi sarğı hissəsi.
2. Sarğı vasitəsini bədənin səthinə bərkidən fiksəedici hissə – köməkçi hissə

YUMŞAQ SARĞILAR

Sarğı materialının fiksasiya üsulundan asılı olaraq sarğılar bölünür:

1. Yapışqanlı sarğılar (kleol, plastr, “cəzb” lenti, mikrorop, blenderm və s.).
2. Bint sarğıları (tənzif bint, kətan, bez, bambaz, flanel elastik bintlər).
3. Ləçək sarğıları.
4. Elastik (rezinləşmiş, resinləşməmiş) sarğılar.
5. Torabənzər- boruşəkilli bintlər (retelast, liqin və s.).

Kleolla sarğıların qoyulması

Göstəriş: yaraya mikrobların düşməsinə qarşısının alınması, yaraların xarici mühitin təsirindən qorunması.

Lazım olan vəsait:

- kleol flakonu;
- steril sarğı vasitələri;
- iki ədəd pinset, qayçı;
- rezin əlcəklər,
- böyrəkvari ləyən;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab.

İşin ardıcılığı:

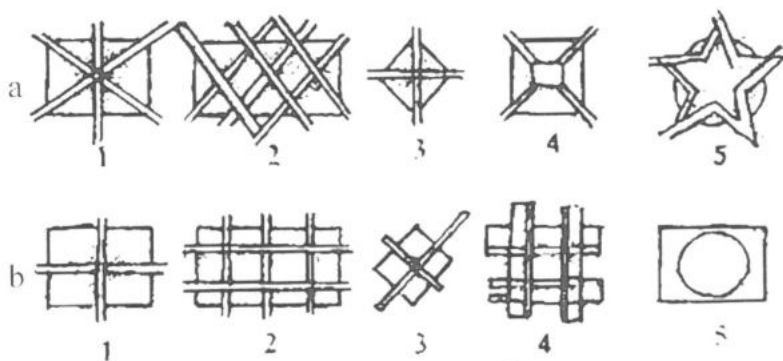
1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstə sarğı stoluna uzadılır və yara səthinə baxılır.
3. Yara qabaqcadan antiseptik məhlullarla işləndikdən sonra steril pinset vasitəsi ilə üzərinə sarğı vasitəsi qoyulur.
4. Sarğı vasitəsi ətrafının tüksüz dərisi kleolda isladılmış kürəciklə (və ya pambıqlı çubuqla) sürtülür.
5. Salfet açılır.
6. Dəri üzərində kleolun vəziyyəti 1-2 dəqiqədən sonra yoxlanılır. Kleol sürtülmüş dəriyə barmaqda toxunduqda barmaqda nazik kleol sapları görünür.
7. Açılmış salfet sarğı vasitəsinin üzərinə elə qoyulur ki, ondan 2-3 sm kənara çıxsın.
8. Salfet iki tərəfdən tarım dartılmış vəziyyətdə möhkəmcə kleol sürtülmüş və azca qurumuş dəri səthinə sıxılaraq yapışdırılır və bir neçə dəqiqə bu vəziyyətdə saxlanılır.
9. Salfetin yapışmamış sərbəst kənarları qayçı vasitəsi ilə kəsilir.
10. Əlcəklər çıxarılır, istifadə olunmuş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qeyd: Kleol dəridə qıcıqlanma yaratmur, dərini dartmur və möhkəm yapışdırmanı təmin edir. Kleolu bədənin tüklü hissəsinə, çox ifrazatlı və ya qanayan yaralara qoyulması məsləhət deyil.

Leykoplastrlı sarğuların qoyulması

Leykoplastrlar adətən sarğı vasitəsinə bədən səthinə fiksasiya etmək üçün istifadə olunur. Leykoplastr zolağının ortası sarğı vasitəsinin üstündən keçməklə ucları sağlam və çılpaq dəriyə yapışdırılır. Bu zaman çalışmaq lazımdır ki, sarğı vasitəsinin bucaqları leykoplastrla tutulsun və ortası yaraya sıxılsın. Əks təqdirdə sarğı vasitəsinin ucları kənar əşyalara ilişərək aralana bilər.

Leykoplastrın kənarı dərini ən azı 1,5-2 sm tutmalıdır. Dərinin həddən artıq tutulması isə estetik cəhətcə yaxşı görünür.



Şəkil 86. Sarğı vasitəsinin leykoplastrla yapışdırma üsullarının müxtəlif variantları
 a) künclər yapışdırılmışdır.
 b) künclər açıq qalmışdır.

Elastik torabənzər – boruşəkilli bint sarğısının (retelastin) qoyulması

Elastiki torabənzər – boruşəkilli bintlər, sarğı vasitəsinə bədənin hər hansı bir hissəsinin yara səthinə fiksasiya etmək üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bu sarğılar qoyulduğu yerin formasını almaqla bədənin bütün nahiyələrini kip örtə bilir, böyük elastikliyə malikdir, üstündən kəsildikdə açılırlar. Oynaqlarda hərəkəti məhdudlaşdırmır və yarada havalandırma şəraitini təmin edirlər.

Elastik torabənzər boruşəkilli bint 5-20 m uzunluğunda, bağlamalarda buraxılır. Bədənin qoyulacaq nahiyəsindən asılı olaraq 7 ölçüdə olur.

№1 – yaşlıların barmaqlarına, uşaqların əl və ayağına;

№2 – əl, said, ayaq, dirsək, bilək, topuq nahiyəsinə;

№3 - №4 – said-bazu, dirsək-diz, bud və baş nahiyəsinə;

№5 - №6 – yaşlıların baş və budu, uşaqların, döş, çanaq, aralıq və qarın nahiyəsinə;

№7 – yaşlıların döş, qarın, çanaq və aralıq nahiyəsinə;

Retelastin tətbiqi zamanı sarğı vasitələrinə kifayət qədər qənaət edilir. Sarğının qoyulması sadələşdirir və müddətini azaldır.

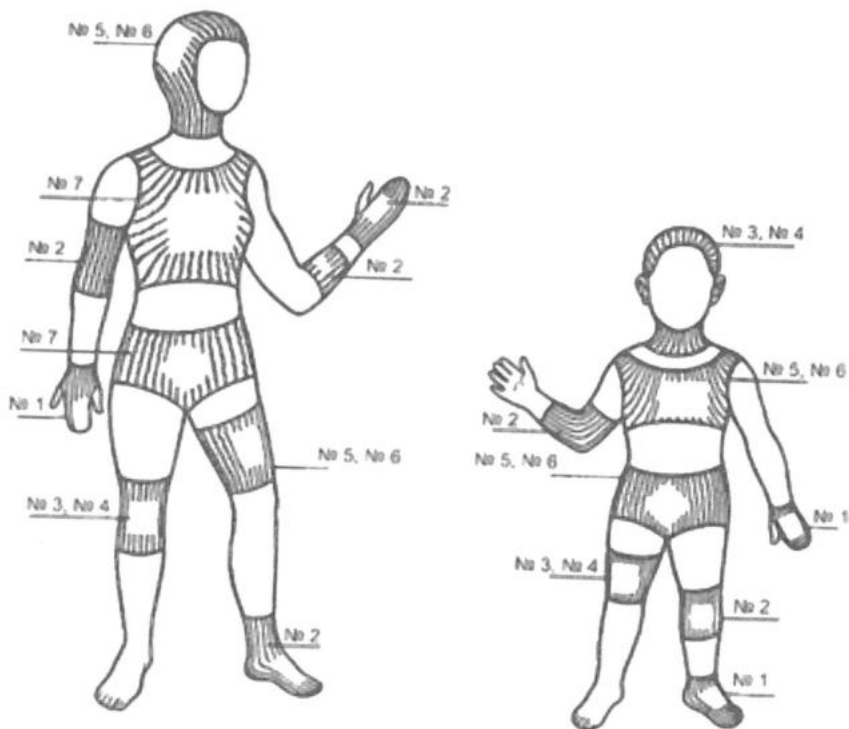
Lazım olan vəsait:

- münasib ölçülü elastik, torabənzər – boruşəkilli bint;
- qayçı;

İşin ardıcılıığı:

1. Yaraya steril sarğı vasitəsi qoyulur.
2. Lazım olan ölçülü bint seçilir.
3. Yara nahiyəsi ona toxunmadan, yarıdan 5 sm yuxarı və yarıdan 5 sm aşağı götürülməklə ölçülür.
4. Bint dartılmadan həmin ölçüdə kəsilir.

5. Hər iki əlin baş barmağı bintin daxilinə salınır.
6. Bint eninə dartılır və o yara səthinə ehtiyatla geyindirilir.
7. Barmaqlar çıxarılır və yara səthində bint düzləndirilir.



Şəkil 87. Elastik torabənzər boruşəkili bintin nahiyələr üzrə istifadə edilmə variantları

Fərdi sarğı zərfinin qoyulması

Göstəriş: dəlib keçən yaralar, yanıqlar, donmalar.

Lazım olan vəsait:

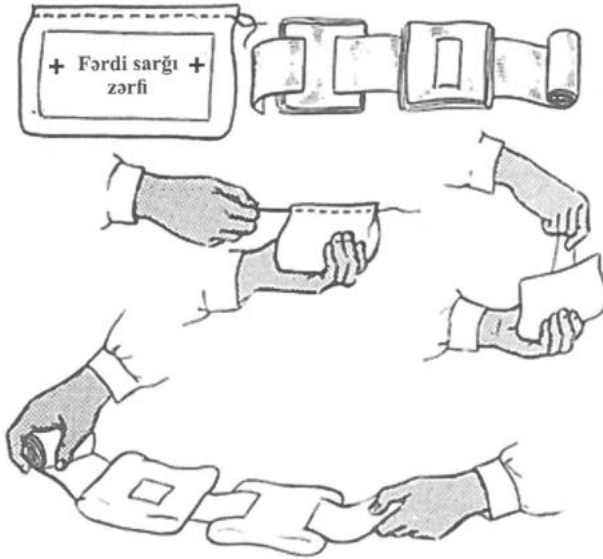
- fərdi sarğı zərfi;
- qayçı;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab;

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstə uzadılır və ya otuzdurulur, zədə nahiyəsinə baxılır.
3. Yara ətrafındakı dəri antiseptik məhlullarla silinir.
4. Fərdi sarğı zərfinin rezinləşdirilmiş örtüyü cırılır.
5. Müvafiq kəsik (şırım) üzrə xarici rezinvari qat cırılıb qoparılır.
6. Sarğı vasitəsi perqament kağız üzlüklə birlikdə çıxarılır.

7. Bükülmüş kağız üzük açılır.
8. Sağ əllə bint yumağı və hərəkət edən yastıq tutulur, sol əllə isə rəngli saplarla nişanlanmış və bintin ucuna tikilmiş hərəkətsiz yastıq tutulur və əllər cəld yanlara açılır.
9. Heç yerə toxundurmadan yastıqların rəngli sap tikilməyən səthi yara üzərinə üst-üstə qoyulur.
10. Dəlib keçən yaralarda hərəkət edən yastıq birincidən o qədər aralanır ki, dəlib keçmiş ikinci yaranı örtə bilsin (qeyd edildiyi kimi digər yaralarda hər iki yastıq bir-birinin üzərinə qoyulur).
11. Yastıqlar bintlə bədənə sarınır.
12. Sarımanın sonunda bint sancaq və ya qaytan vasitəsi ilə təsbit edilir (şəkil 88).

Qeyd: Dəlib keçən yaralarda bir yastığın steril tərəfi giriş dəliyinin üzərinə, digəri isə bint boyu hərəkət etdirilərək çıxış dəliyinin üzərinə qoyulur.



Şəkil 88. Fərdi sarğı zərfi.

BİNT SARĞILARININ NÖVLƏRİ

Dairəvi sarğılar

Ən sadə sarğı növü olub, bir-birinin üzərinə qoyulmuş bir neçə dolaqdan ibarət olur. Adətən bədənə silindrik səthlərini təsbit etmək üçün istifadə olunur. Adından görüldüyü kimi, bint həlqələri çevrə (dairə) şəklində nahiyənin ətrafına dolanır, sonrakı dolaq əvvəlkinin üzərinə düşərək onu tamamilə örtür. Bintin sonu sarğı edilən nahiyəyə qoyularaq sol əllə tutulur, sağ əllə dairəvi olaraq əvvəlki hissənin üzərinə hərlədilir.



Şəkil 89. Dairəvi sarğı.

Sürünən sarğılar

Sarğı vasitələrini az bintlə geniş səthlərdə saxlamaq üçün istifadə olunur. Həlqələr ətrafa ilan kimi "qıvrılaraq" dolanır. Ətrafı bintlə, dairəvi sarğı qoyulmaqla sarımağa başlayır, sonra bint dövrəsi proksimal istiqamətdə aparılır və hər dolaq arasında bintin eni qədər məsafə qoyulmaqla sarğı başa çatdırılır.

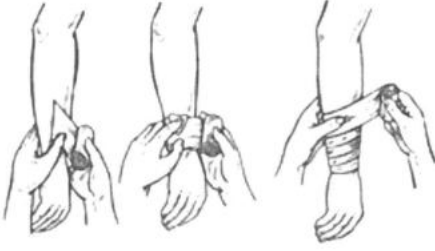


Şəkil 90. Sürünən sarğı.

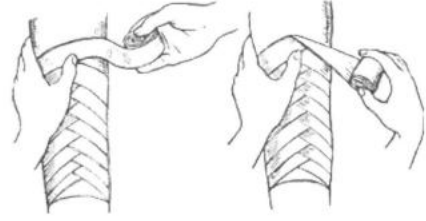
Spiralvari sarğılar

Bədənin kənarları (səid, baldır, barmaq, döş qəfəsi) nahiyələrinə qoyulmaq üçün istifadə olunur. Sarğı 2-3 dəfə dairəvi, sonra isə çəp istiqamətdə spiral şəklində aparılır və əvvəlki dövrənin $\frac{2}{3}$ hissəsi örtülür (şəkil 91).

Sarğı sürüşməsin deyə, sol əlin baş barmağı ilə sarğı tutulur və bint açılaraq orada elə bükülür ki, onun üst kənarı alt kənarına çevrilsin. Sonra yenidən spiral sarğı davam etdirilir. Bu cür büküşlər lazım gəlsə bir neçə dolaqdan sonra təkrar edilir. Bintin həlqəsi aşağıdan yuxarı qalxdıqda qalxan, yuxarıdan aşağı düşdükdə isə enən spiral sarğı adlanır (şəkil 92).



Şəkil 91. Bazunun spiralvari sarğısı



Şəkil 92. Bazunun qatlanan spiralvari sarğısı

Səkkizvari sarğılar

Ənsə, boyun nahiyəsinə, əlin, mil-bilək oynaqının, dizaltı çuxurun, aşıq-baldır, oynaqının, süd vəzilərinin sarınmasında əlverişlidir. Bu zaman bint dairəvi dolaqlarla başlayır, sonra isə kəsişən dolaqlarla çarpazlanaraq tamamlanır və səkkiz rəqəmi şəklini alır.

Sümbülvari sarğılar

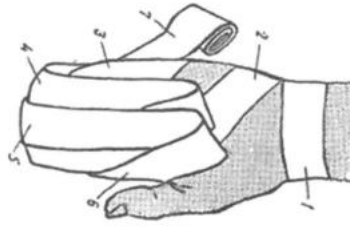
Çiyin nahiyəsinə, əlin baş barmağına, bud çanaq oynaqına və ayağa qoyulur. Səkkizvari sarğının bir variantı olub qoyulması zamanı çarpazlar bir nöqtədə deyil, bir xətt üzrə yerləşərək, hər dolaq əvvəlki dolağın 1/2, 1/3-nə qədər yerini dəyişdirir və dolaqların kəsişdiyi yer sümbülü xatırladır.

Tısbəğayabənzər sarğılar (uzaqlaşan və yaxınlaşan)

Bükülmüş dirsək, diz və aşıq-baldır oynaqlarına qoyulur. Tısbəğa çanağını xatırladır, uzaqlaşan və yaxınlaşan olur, möhkəm təsbit edir, hərəkətə mane olmur.

Qayıdan sarğılar

Dairəvi səthlərə (başın təpə nahiyəsi, barmaqların uc hissəsi), güdülə qoyulur. Sarğı qoyularkən əvvəlcə bintin dairəvi dolağı aparılır, sonra sol əlin baş barmağı binti saxlayıb düz bucaq altında, qatlamaqla sarınan nahiyənin ön və arxa səthinə qaydır. Qatlanmış yerlər yenidən həmin dairəvi dolaqlar ilə bərkidilir. Beləliklə dairəvi dolaqlar, qayıdan dolaqlarla növbələşdirilir.



Şəkil 93. Qayıdan sarğılar (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir).

Bint sarğılarının qoyulma qaydaları

1. Sarğıya göstəriş müəyyənləşdirilir, xəstəyə münasib, rahat vəziyyət verilir (ağırliq dərəcəsindən asılı olaraq) və sarıma üçün əlverişli şərait yaradılır.
2. Sarınan nahiyə hərəkətsiz olmalıdır.
3. Sarınacaq ətrafa orta fizioloji vəziyyət verilir.
 - ✓ aşıq baldır oynaqı 90⁰-li bucaq altında bükülür;
 - ✓ baldır diz oynaqından 160⁰-li bucaq altında bükülür;
 - ✓ bud oynaqından aralanmış vəziyyətdə saxlanılır;
 - ✓ əl barmaqları yüngülcə qatlanır;
 - ✓ dirsək oynaqı 90⁰-li bucaq altında bükülür;
 - ✓ çiyin gövdədən aralanır (qoltuqaltı çuxura yastıq qoyulmaqla ətraf gövdə boyunca sərbəst sallanır).
4. Sarğı qoyularkən xəstə ilə üzbəüz dayanmaq lazımdır ki, ağrı olub olmamasını bilmək üçün xəstənin mimikasını müşahidə etmək mümkün olsun.
5. Sarıma periferiyadan mərkəzə, sağlam yerdən yaraya, soldan sağa doğru aparılır.
6. Sarğı təsbit olunan dairəvi dolaqla başlamalı və eyni qayda ilə də qurtarmalıdır. Bintin hər iki ucu müəyyən bir üsulla bərkidilməlidir. Sarğı qoyulacaq nahiyəyə bint hər 1-2 dövrdən sonra burularaq bağlanmalıdır.
7. Sarınan nahiyə sarğı qoyacaq şəxsin döş qəfəsi bərabərində olmalıdır.
8. Sarıma bərabər şəkildə və hər dolaq əvvəlki dolağın yarısını və ya $\frac{2}{3}$ -ni örtmək şərti ilə büküşlər və qırışlar olmadan aparılır (sürünən sarğı istisandır). Sarğı qoymaq üçün anatomik nahiyələrdən asılı olaraq müxtəlif ölçülü bintlərdən istifadə olunur. Gövdə üçün eni 10-12 sm, baş üçün 6-8 sm, əl və barmaqlar üçün 4-6 sm.
9. Əgər bint sərfləndirilibsə yeni bint onun üzərinə dairəvi gedişlə bərkidilir və sonra sarıma davam etdirilir.
10. Damar və sinir kötöklərinin, dərinin sıxılıb əzilməməsi üçün oynaq

çuxurlarına və sümük çıxıntısı olan dəri səthlərinə nazik pambıq layı qoyulur.

11. Sarğı qoyularkən bintin dolaqları sarğıdan ayrılmamalı, qatlanmamalı, sıxılmamalı, göstəriş olmadan burulmamalıdır.
12. Sarımının sonunda bintin ucu müxtəlif üsullarla, adətən sancaq, leykoplastr, tikiş və ya düyün vasitəsilə təsbit edilir. Bintin ucu, 5-7 sm uzaqda iki “quyruğa” cırılıb və ya kəsilib, sarınmış ətrafa dolayaraq yaranın qarşı tərəfində bağlanılır (düyün yarıdan aşağı və ya yuxarı qoyulmalı, bədənin dayaq səthlərinə düşməməlidir).
13. Düzgün qoyulmuş sarğı, zədələnmiş nahiyəni möhkəm örtməli, ağrı verməməli, limfa və qan dövranını pozmamalı, hərəkətə mane olmamalı və xəstəni eybəcər hala salmamalıdır (sarğı gözəl, yığcam və səliqəli görünməli, estetik olmalıdır).
14. Düzgün qoyulmamış sarğı açılaraq təzədən qoyulmalıdır.

Qeyd: *Sarıyan solaxay olduqda, yaxud sağdan sola apardığı hallarda (məsələn sağ gözə sarğı, sağ qola Dezo sarğısı və s.) bint əksinə tutulur.*

BAŞA QOYULAN SARGILAR

“Gecə papağı” sarğısının qoyulması

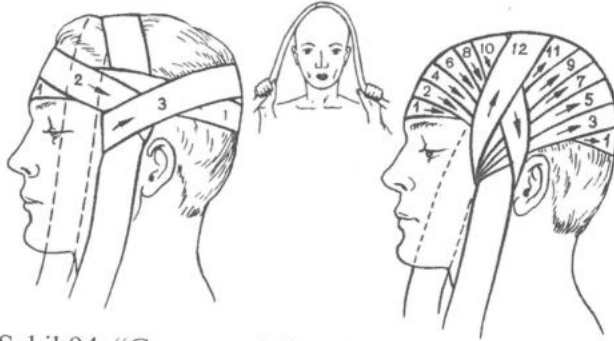
Göstəriş: başın alın və ənsə nahiyəsinin zədələnmələri.

Lazım olan vəsait: eni 7-10 sm olan bint.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintdən 80 sm-lik kəsilib bəndedici qaytan kimi frontal istiqamətdə orta hissəsi təpəyə qoyulur, hər iki tərəfdə gicgah nahiyəsi və qulaq seyvanının önündən ucları aşağı salladılır.
3. Xəstə özü (və yaxud köməkçi) bəndedici qaytanın uclarını dartılmış vəziyyətdə tutur.
4. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülərək, sərbəst ucu qulaq seyvanı önündən qaytana bağlanır.
5. Bint alın və ənsə nahiyəsindən keçməklə, başın ətrafına dolandırılaraq iki dairəvi dolaq qoyulur.
6. Dolaq davam etdirilərək qaytana çatdıqda binti onun altından keçirib hərləməklə çəp istiqamətdə gedərək gicgah nahiyəsi örtülür.
7. Əks tərəfdəki qaytana çatdıqda da həmin qayda ilə onun altından keçib binti geri hərləməklə alın-gicgah nahiyəsi örtülür.
8. Hər sonrakı dolaq əvvəlkinin yarısını örtməklə başın ortasına yaxınlaşır və hər dəfə qaytana çatanda altından keçməklə ona dolaşdırılıb baş tam örtülənədək davam etdirilir.

9. Bintin ucu qaytana bərkidilir, qaytanın tarım çəkilməmiş ucları isə çənə altında bir-birinə bağlanır (şəkil 94).



Şəkil 94. "Gecə papağı" sarğısı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir).

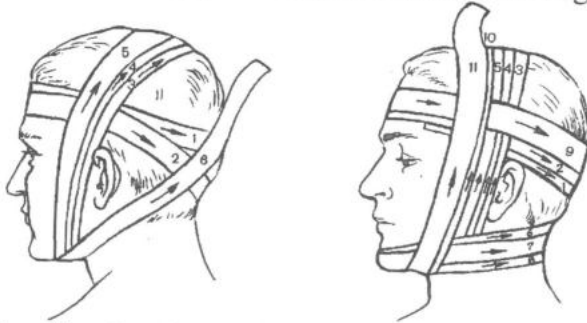
"Yüyən" sarğısının qoyulması

Göstəriş: uzun, alt çənənin və başın, alın nahiyəsinin zədələnmələrində.

Lazım olan vəsait: eni 7-10 sm olan bint .

İşin ardıcillığı:

1. Xəstə üz bəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü sağ ələ götürülür.
3. Başın alın və ənsə nahiyəsindən keçməklə başa iki dolaq dairəvi sarğı qoyulur.
4. Sonra bintin dövrəsi sol qulağın üstündən aşağı qatlanıb arxadan və boynun sağ ön səthindən keçərək sol yanağın üzəri ilə sol qulağın önündən şaquli istiqamətdə yuxarı yəni çənə altından keçməklə boynun əks tərəfindən ənsəyə aparılır.
5. Şaquli gedişlər təpə nahiyəsi örtülənədək təkrar edilir.
6. Bint gicgah nahiyəsində qatlanıb, üfüqi istiqamətdə aparılaraq dairəvi dolaqlarla bərkidilir.
7. Bintin ucları alın nahiyəsində, yaradan kənarında bağlanır (şəkil 95).



Şəkil 95. "Yüyən" sarğısı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

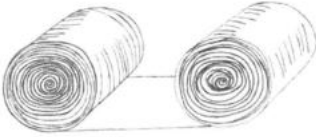
“Hippokrat papağı”nın qoyulması

Göstəriş: başın tƏpƏ nahiyƏsinin zƏdƏlƏnmƏləri.

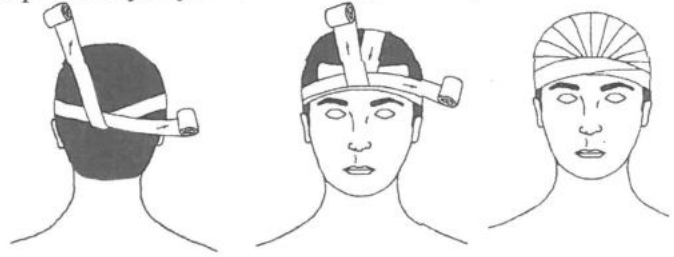
Lazım olan vƏsait: eni 10 sm olan iki ədəd bint .

İşin ardıcılığ:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. İki ədəd bint götürülərək hər biri 15 sm uzunluğunda açılır.
3. Bir bintin sərbəst ucu o birinin sərbəst ucunun üzərinə qoyularaq bükülür və bint iki başlı şəkllə salınır (şəkil 96).
4. Bintlərin hər başı bir ələ götürülür.
5. Bint alın nahiyəsinə qoyularaq hər iki bintin başı əks istiqamətdə qarşı-qarşıya qulaqdan yuxarı başa dolandırılaraq ənsəyədək aparılır.
6. Ənsədə bintlər kəşişərək sağ əllə bintin bir ucu başın ortası ilə sagital istiqamətdə altına doğru gətirilir, sol əllə dairəvi dolaq davam etdirilir.
7. Alında rastlaşan zaman dairəvi dolağın altından keçirilib geriyyə ənsəyə doğru aparılır, dairəvi dolaq isə davam etdirilir.
8. Qayıdan dolaqlar yanlardan başlayaraq əvvəlkinin yarısını tutmaqla başın bütün tükli hissəsi örtülənədək davam etdirilir.
9. Bütün çarpazlaşma xətləri sol əldəki bintlə dairəvi dolaqla bərkidilir (sağ və soldakı dolaqların sayı eyni olmalıdır, şəkil 97).



Şəkil 96 . İki başlı bint



Şəkil 97 . “Hippokrat papağı”

Bir gözə sarğının qoyulması

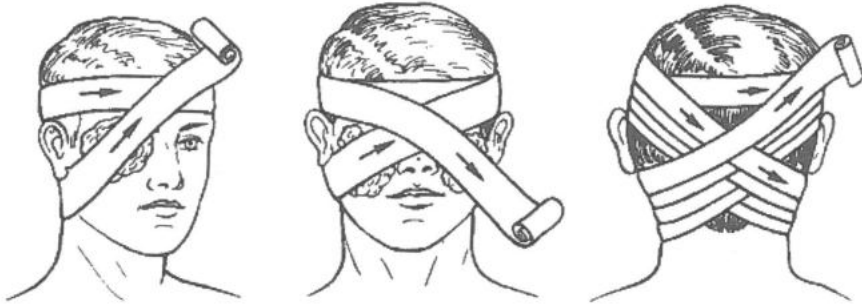
Göstəriş: əməliyyatdan sonrakı dövr, gözün zƏdƏlƏnmƏləri.

Lazım olan vƏsait: eni 10 sm olan bint .

İşin ardıcılığ:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Sol gözə soldan sağa, sağ gözə sağdan sola doğru olmaqla sarğı qoyulur.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
4. Bint başın alın nahiyəsinə qoyulur.

5. Bintin ucu alın və ənsə nahiyəsindən keçərək dairəvi dolaqla başa bərkidilir.
6. Sonra bint zədələnmiş tərəfdə ənsə nahiyəsindən və qulaq seyvanının altından yanağın yan tərəfi ilə yuxarı çəp istiqamətdə gedərək xəstə gözdən və burunun kökündən keçməklə alına aparılır.
7. Alında bintin qalxan çəp dolağı, dairəvi dolaqla bərkidilir, sonra yenidən və əvvəlkindən bir qədər yuxarı çəp dövrə edilərək əvvəlki dolağın yarısı örtülür.
8. Eyni hərəkətlər bir neçə dəfə davam etdirilərək, gözdən keçən çəp dolaqlar növbələşdirilməklə tədricən bütün göz nahiyəsi örtülür.
9. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 98).



Şəkil 98. Bir və hər iki gözə sarğı

Hər iki gözə sarğının qoyulması

Göstəriş: əməliyyatdan sonrakı dövr.

Lazım olan vəsait: eni 10 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
3. Bint alın nahiyəsinə qoyulur və bintləmə soldan sağa doğru aparılır.
4. Bint alın və ənsə nahiyəsindən keçərək dairəvi dolaqla başa bərkidilir.
5. Sonra bint ənsədən enməklə sağ qulağın altından keçir və yanağın yan tərəfi ilə yuxarıya çəp istiqamətdə gedərək sağ gözü örtür.
6. Sağ gözü örtən çəp dolaq alına və ənsəyə qoyulan dairəvi dolaqla bərkidilir.
7. Daha sonra bint sağ qulağın üzərindən sol qulağın altına keçməklə yuxarıdan aşağı doğru çəp dolaq aparılır və sol göz örtülür.
8. Yenidən həmin çəp dövrə alından və ənsədən keçən dairəvi dolaqla bərkidilir.
10. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 98).

Qulağa neapol sarğısının qoyulması

Göstəriş: qulağın və məməyəbənzər çıxıntının zədələnmələri.

Lazım olan vəsait: eni 10 sm olan bint.

İşin ardıcılığı:

1. Bint qulaq seyvanından yuxarı olmaqla başın ətrafına iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
2. Bint zədə tərəfdə gözdən yuxarı boyunu tutmadan arxaya aparılır.
3. Zədələnmə olan tərəfdən bintin bir dövrəsi özündən əvvəlkinin $\frac{2}{3}$ -ni örtməklə yandan getdikcə aşağıya endirilir.
4. Qulaq və məməyəbənzər çıxıntı örtülənədək bu qayda təkrarlanır.
5. Sarıma başın ətrafına dairəvi dolaqlarla başa çatır.
6. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 99).



Şəkil 99. Qulağa neapol sarğısı

Ənsəyə səkkizvari sarğının qoyulması

Göstəriş: boyun nahiyəsində aparılan əməliyyatlardan sonrakı dövr, ənsə nahiyəsinin yaralanmaları.

Lazım olan vəsait: eni 10 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
3. Bint alın nahiyəsinə qoyulur, alın və ənsə nahiyəsinin ətrafından soldan-sağa doğru keçərək iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
4. Sonrakı dolaqlar sol qulağın arxası ilə çəp istiqamətdə boynun arxasına, sağ yan və ön səthlərinə keçir və yenidən ənsəyə və başın ətrafına dövrə vuraraq bərkidilir.
5. Həmin dolaq boynun arxa səthilə alına doğru qalxır və əvvəlki dolaqla kəsişir.
6. Hər bir dolaq əvvəlki dolağın $\frac{2}{3}$ -ni örtməklə ənsə nahiyəsi tam örtülənədək bir neçə səkkizvari dövrə vurulur.

7. Sarğı başın ətrafında dairəvi dolaqla bərkidilərək başa çatır.
8. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 100).



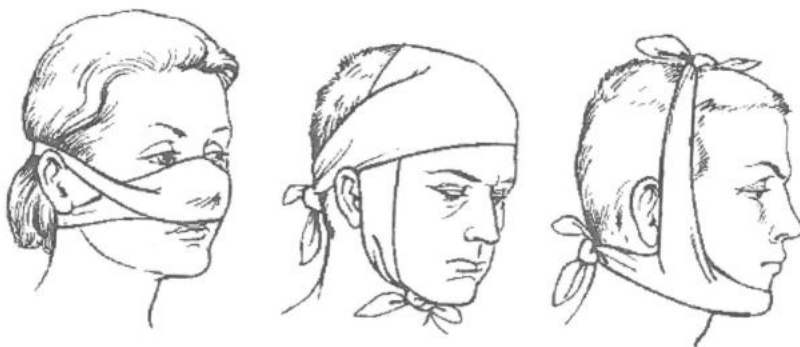
Şəkil 100. Ənsəyə səkkizvari sarğı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

Sapandabənzər sarğının qoyulması

Göstəriş: burun, ənsə, alın nahiyyəsi yaralanmaları.

İşin ardıcillığı:

1. Orta hissəsi 15-20 sm uzunluqda bütöv qalmaqla, hər iki ucu boylama istiqamətdə kəsilmiş 80 sm uzunluqlu bint götürülür.
2. Əmələ gəlmiş dörd uclu bintin kəsilməmiş hissəsi zədələnmiş nahiyyəyə qoyulur.
3. Kəsilmiş hissənin ucları çarpazlaşdırılaraq aşağı zolaqlar yuxarıda, yuxarı zolaqlar aşağıda saxlanılır.
4. Bintin çarpazlaşmış ucları digər tərəfin müvafiq ucları ilə bir-birinə bağlanır (şəkil 101).



Şəkil 101. Burun, alın və çənəyə sapandabənzər sarğı

GÖVDƏYƏ QOYULAN SARĞILAR

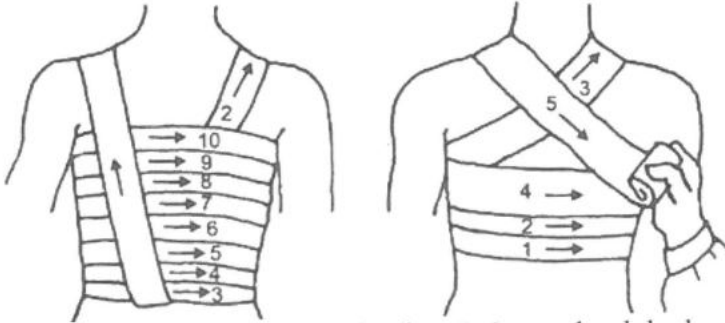
Döş qəfəsinə spiralvari sarğının qoyulması

Göstəriş: döş qəfəsinin küt zədələri və əzilməsi.

Lazım olan vəsait: eni 20 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Götürülmüş bintdən 100-120 sm uzunluqda kəsilir.
3. Kəsilmiş bint zolağı sol çiyindən bir ucu döş qəfəsinin önünə, digəri arxadan kürəyə sallanır.
4. Başqa bintlə döş qəfəsinin aşağı hissəsinə bərkidici dolaqlar qoyulur.
5. Sonra aşağıdan yuxarı qoltuqaltına qədər spiral dolaqlarla sarınır.
6. Qoltuqaltında sarğı iki dairəvi dolaqla bərkidilir və bintin sonu sancaqla təsbit olunur.
7. Sallanmış bintin sərbəst ucu orta xəttə doğru dartılaraq digər çiyinin üzərindən (sağlam çiyindən) aşırılaraq boynun arxa yan səthində ikinci ucla bir-birinə düyünlənir (şəkil 102).



Şəkil 102. Döş qəfəsinə spiralvari sarğı (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

Süd vəzisində sarğının qoyulması

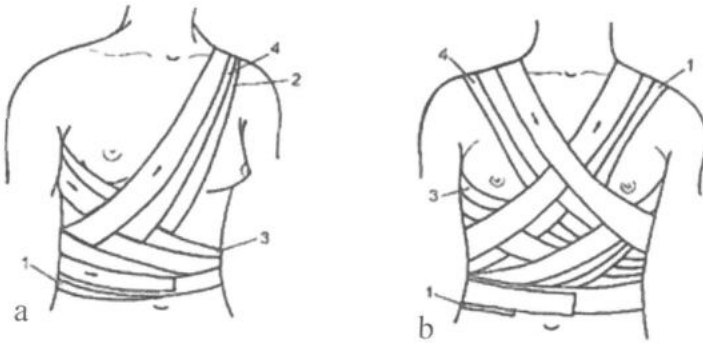
Göstəriş: süd vəzisində əməliyyatlar, yaralanmalar, yanıqlar.

Lazım olan vəsait: eni 20 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür (əgər sarğı sol süd vəzisində qoyulacaqsa).
3. Bint süd vəzilərinin altında döş qəfəsinin ətrafına sağdan sola istiqafət

- mətdə iki dairəvi dolaqla bərkidilir (sağ süd vəzisində qoyularkən isə əksinə tutulur və sarğı soldan sağa olmaqla aparılır.
4. Bint vəzinin altına keçirilərək onu əhatə edib yuxarıya çiyinə doğru aparılır.
 5. Sonra arxada çəp istiqamətdə sağ qoltuqaltına aparılır (xəstə süd vəzisi olan tərəfə) və dairəvi dolaqla süd vəzisini aşağıdan və bayırdan saxlamaqla bintin əvvəlki gedişi möhkəmləndirilir.
 6. Bintin dolağı sarıyan süd vəzisindən keçməklə onu təkrarlayır.
 7. Dairəvi və çəp gedişlər vəzi örtülənədək bir-biri ilə növbələşdirilir.
 8. Sarıma vəzinin altında döş qəfəsinin ətrafına iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
 9. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 103).



Şəkil 103. Süd vəzisində sarğı (a-bir süd vəzisində, b-hər iki süd vəzisində) (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

“Dezo “ sarğısının qoyulması

Göstəriş: yuxarı ətrafın sınıq və çıxıqları zamanı ətrafın fiksasiyası.

Lazım olan vəsait: eni 20 sm olan bint.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üz bəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Qoltuqaltı çuxura pambıq-tənzif yastığı qoyulur.
3. Zədələnmiş ətraf dirsək oynağında düz bucaq altında bükülür.
4. Dirsək bir qədər geri dartılır, çiyin yuxarı qaldırılır, said döş qəfəsinə sıxılır.
5. Sağlam tərəfdən başlamaqla qol iki dairəvi dolaqla bədənə sarınır.
6. Sonra bint sağlam qoltuqaltından çəp istiqamətdə yuxarı döş qəfəsinin ön səthi ilə zədələnmiş çiyinə aparılır.
7. Bint çiyini öndən arxaya keçərək dirsək oynağına qədər endirilir.

8. Dirsəyin üzərindən keçib çəp istiqamətdə saidin ön səthinə çıxarılır və sağlam tərəfin qoltuqaltına aparılır.
9. Buradan bint çəp istiqamətdə gövdənin arxasından xəstə çiyinə qaldırılıb, onun üzərindən önə aşırıaraq bazunun bayır səthi ilə dirsək oynaqına endirilir.
10. Dirsəyi öndən arxaya örtərək saidi altdan tutmaqla gövdənin arxasından aparılaraq sağlam tərəfdəki qoltuqaltına istiqamətləndirilir.
11. Buradan zədələnmiş çiyin qurşağının üstündən bazunun arxa səthi ilə aşağı endirilir.
12. Dirsəyin altından keçməklə onun səthindən sağlam tərəfdəki qoltuqaltına aparılır.
13. Bintin gedişləri çiyin tam fiksasiya olunanadək təkrarlanır.
14. Sarıma bintin gövdənin arxası ilə sağ çiyindən, döş qəfəsinin ön səthindən, xəstə ətrafın said nahiyəsindən iki dairəvi dolaq aparmaqla başa çatır.
15. Bintin ucu sancaqla təsbit edilir (şəkil 104).

Qeyd: Əgər sarğı uzun müddətə qoyulacaqsa, onda dolaqların kəsişmələrini tikmək məsləhət görülür.



Şəkil 104. “Dezo” sarğısı (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

“Velpo” sarğısının qoyulması

Göstəriş: körpücüyün sınığı zamanı ətrafın fiksasiyası.

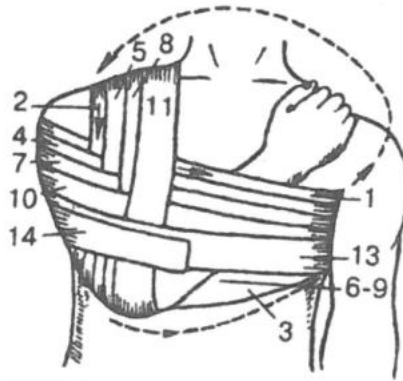
Lazım olan vəsait:

- eni 20 sm olan bint;
- sancaq.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.

2. Zədəli qol dirsək oynaqında itibucaq altında bükülüb bədənə elə şəkildə qoyulur ki, bu zaman dirsək epiqastral nahiyədə, əl isə sağlam çiyinə yapışmış olsun.
3. Qoltuqaltı çuxura pambıq-tənzif yastığı qoyulur.
4. Bint zədəli ətrafından başlayıb onun üzərindən keçməklə sağlam qoltuqaltına aparılaraq gövdənin arxa səthi ilə aparılır və yenidən zədəli ətrafa gətirilən iki dairəvi dolaqla gövdəyə bərkidilir (sağ əl soldan sağa, sol əl sağdan sola sarınır).
5. Sonra sağlam qoltuqaltından gövdənin arxa səthi istiqamətdə xəstə çiyinə qaldırılır və onu arxadan önə aşaraq çiyinin üstündən bazu boyu aşağı endirilir.
6. Bint dirsəyin altından arxaya keçirilir və çəp istiqamətdə sağlam tərəfin qoltuqaltına aparılır və gövdənin ətrafına bir dövrə vurulur.
7. Bintin dolaqları əvvəlki dolağın $\frac{1}{3}$ -ni örtməklə qol möhkəm sarınanadək təkrarlanır (təkrarlanan hər şaquli dolaq əvvəlkindən içəri, üfüqi dolaqlar isə aşağı yerləşdirilməklə bir-biri ilə növbələşdirilir).
8. Bintin sonu sancaqla təsbit edilir (şəkil 105).



Şəkil 105. “Velpe” sarğısı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

Qasıq nahiyəsinə sarğının qoyulması

Bunun üçün sümbülvari sarğıdan istifadə olunur. Bu sarğı qarnın aşağı hissəsini və bud-çanaq oynaqını örtür.

Çarpazlaşmanın hansı nahiyədə yerləşməsindən asılı olaraq yan, ön və arxa sümbülvari sarğı ayırd edilir. Çarpazyana düşdükdə - yan və ya bud-çanaq, önə düşdükdə ön və ya qasıq sümbülvari sarğısı adlanır.

Göstəriş: budun yaralanması.

Lazım olan vəsait:

- eni 20 sm olan bint;
- qayçı;
- sancaq;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə ələ uzadılır ki, bintlənən nahiyə əlverişli vəziyyətdə olsun.
2. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür, sağ ayaq soldan sağa, sol ayaq sağdan sola sarınır.
4. Bint qarın ətrafına iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
5. Bint qalça tını üzərindən önə keçib, çəp istiqamətdə budun ön səthinə enərək, oradan onun arxa səthinə keçirilir.
6. Bint budun arxasının bayır səthindən önə çıxarılır.
7. Bintin davamı yuxarı çəp istiqamətdə əks tərəfin qasıq nahiyəsinə aparılır.
8. Qalça sümüyü darağının üstü ilə gövdənin arxa səthinə keçirilərək yenidən qasığa endirilir.
9. Sarıma qarın ətrafına iki dairəvi dolaq vurmaqla tamamlanır.
10. Bintin dolaqları əvvəlki dolağın $\frac{2}{3}$ -ni örtməklə, dolaqlar aşağı düşmək şərti ilə aparılır.
11. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 106).



Şəkil 106. Çanağın sümbulvari sarğısı (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

T-şəkilli sarğının qoyulması

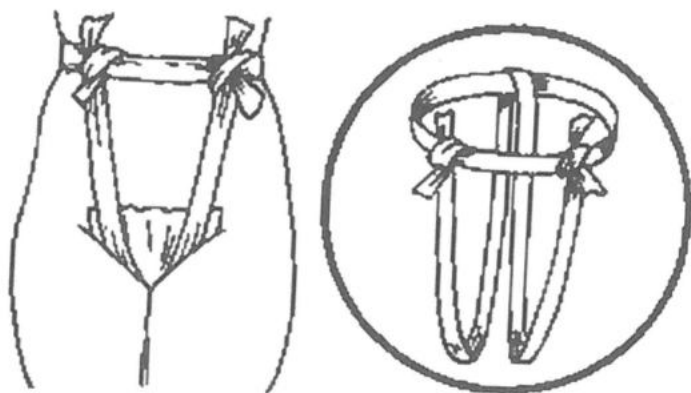
Göstəriş: aralıq nahiyəsində sarğı vasitələrinin saxlanması.

Lazım olan vəsait: enli bint;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Enli bintdən iki ədəd zolaq hazırlanır: biri belə kəmər kimi bağlamaq, digəri isə sarğı vasitəsini aralıqda saxlamaq üçün.

3. Zolaqlardan biri xəstənin belinə kəmər şəklində dairəvi dolaqla bağlanır.
4. İkinci zolaq arxa tərəfdən dairəvi sarğının üzərinə ortasına kimi keçirilərək hər iki ucu geriyyə doğru hərləndirilib, yenidən aralıqdan keçməklə əks tərəfdə qasıq nahiyəsinə qaytarılır.
5. Binti dairəvi sarğıdan keçirib geriyyə qatlamaqla təkrar olaraq aralıqdan keçməklə arxaya qaydılır.
6. Bir neçə dəfə təkrarlanaraq aralığa sarğı qoyulur və bintin hər iki ucu ön tərəfdə dairəvi sarğıya bərkidilir (şəkil 107).



Şəkil 107. Aralığın "T"şəkilli sarğısı

Aralığa suspensori sarğının qoyulması

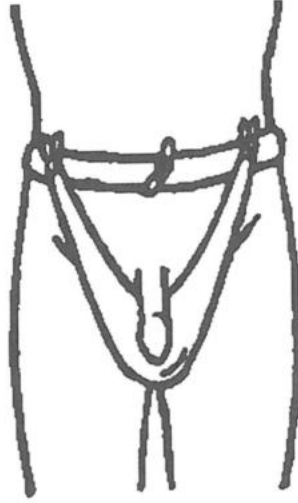
T-vari sarğının şəkildəyişməsi xayalıq üçün suspensori sarğısıdır.

Göstəriş: xayalıqda aparılan müxtəlif cərrahi əməliyyatlar, xayaların iltihabı.

Lazım olan vəsait: eni 20 sm olan bint.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bel nahiyəsinə bir dövrə dairəvi sarğı qoyulur və bintin ucları qasıq nahiyəsində düyünlənir.
3. Eni 20 sm olan bintdən sapand hazırlanır.
4. Sapandın orta hissəsi xayalığa qoyulur.
5. Arxa bağlar belə bağlanmış digər bintə arxadan bir-birindən aralı bağlanır.
6. Ön bağlar xayalığın altından keçirilərək ucları maksimum dartılmaqla öndən dairəvi sarğıya bir-birindən aralı bənd edilir (şəkil 108).



Şəkil 108. Xayalığa suspenzori sarğısı

YUXARI ƏTRAFDA QOYULAN SARĞILAR

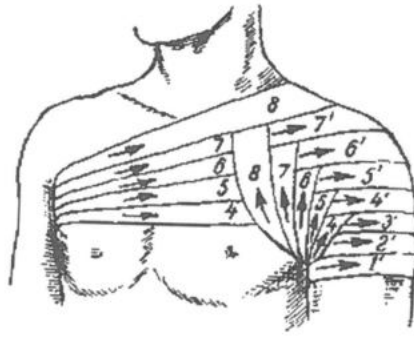
Bazu oynaqına sümbülvari sarğının qoyulması

Göstəriş: çiyin nahiyəsində yara.

Lazım olan vəsait: eni 20 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbaşü otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
3. Ətraf gövdə boyu salladılır.
4. Bint bazunun aşağı $\frac{1}{3}$ -nə qoyulur (sağ əl soldan sağa, sol əl sağdan sola doğru sarınır) və bazunun ətrafına iki dairəvi gedişlə bərkidilir.
5. Bint sağlam çiyindən döş qəfəsinin ön səthinə keçirilib, xəstə qoltuğun altına çatdırılır və döş qəfəsi ətrafına dairəvi gediş edilir.
6. Hər bir dolaq əvvəlki dolağın $\frac{1}{3}$ -ni örtməklə dairəvi gedişlər tədricən yuxarı qalxaraq bazu oynaqını və çiyini tam örtmək şərti ilə bir neçə dəfə təkrarlanır.
7. Sarğı döş qəfəsi və ya bazu ətrafına dairəvi dolaqla başa çatır.
8. Bintin sonu sancaq vasitəsilə bərkidilir (şəkil 109).



Şəkil 109. Bazuya sümbülvari sarğı (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

Dirsək oynaqına “tısbağayabənzər” sarğının qoyulması (yaxınlaşan)

Göstəriş: çiyin nahiyəsində yara.

Lazım olan vəsait: eni 20 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Ətraf dirsək oynaqında 20⁰-li bucaq altında bükülür.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülərək sarıma soldan sağa doğru aparılır.
4. Bint saidin aşağı $\frac{1}{3}$ -nə qoyulur və saidin ətrafına iki dairəvi gedişlə bərkidilir.
5. Dolaqlar bükücü səthlə bazunun aşağı $\frac{1}{3}$ -nə qayıdır.
6. İki dairəvi dolaq getdikdən sonra yenə dirsək çuxurunda əvvəlki çəp dolaqla oynaqın arxa səthində kəşişərək saidə qayıdır.
7. Sonrakı dolaqlar əvvəlkinin $\frac{1}{3}$ -ni örtməklə və dirsək çuxuruna bir-birinə doğru yaxınlaşmaqla təkrarlayır.
8. Bütün oynaq səthi örtüldükdən sonra oynaq xəttinin ortasında dairəvi dolaqlarla tamamlanır.
9. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 110).

Qeyd: Analoji üsulla sarğı diz oynaqına da qoyulur.



Şəkil 110. Dirsəyə qoyulmuş yaxınlaşan “tısağayabənzər” sarğı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

Saidə sarğının qoyulması

Göstəriş: said nahiyəsinin yaralanması, yanığı.

Lazım olan vəsait: eni 10 sm olan bint .

İşin ardıcillığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
3. Bint saidin aşağı $\frac{1}{3}$ -nə qoyulur və saidin ətrafına iki dairəvi gedişlə bərkidilir.
4. Sonrakı dolaq əvvəlki dolağın $\frac{1}{2}$ -ni örtməklə qoyulur.
5. Bintin kip yapışması üçün spiral dolaqlara orta və yuxarıda qatlama elementləri əlavə edib sarıma davam etdirilir.
6. Sarıma saidin yuxarı $\frac{1}{3}$ -də başa çatır.
7. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 111).

Qeyd: *Analoji üsulla baldır sarınır.*



Şəkil 111. Saidə qoyulmuş spiralvari sarğı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

Əlin bir barmağına sarğının qoyulması

Göstəriş: yaralanma, yanıq.

Lazım olan vəsait: eni 10 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Barmağın sərbəst sallanmasından ötrü zədə almış ətraf said nahiyəsindən kiçik stolun üzərinə qoyulur.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
4. Bint bilək nahiyəsinə qoyulur və ətrafına iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
5. Bint əlin arxası ilə xəstə barmağın əsasında dırnaq falanqasınadək və yenidən spiral gedişlərlə barmağın ucundan əsasına doğru aparılır.
6. Sonra bint əlin arxası ilə saidə qayıdıb bilək nahiyəsində (barmağın əsasında əlin arxasına çarpazlanaraq keçir) bir neçə dairəvi dolaqla bərkidilir.
7. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 112).

Qeyd: Barmağa sarğı qoyarkən ovucun sərbəst qalıb əlin istifadə edilə bilməsi üçün köməkçi dolaqlar həmişə arxa səthə düşsə daha yaxşıdır. Ovucun yaralanmalarında isə köməkçi dolaqlar ovuca düşməlidir.



Şəkil 112. Bir barmağa qoyulmuş spiralvari sarğı (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

Barmağa qayıdan sarğının qoyulması

Göstəriş: barmaq ucunun zədələnməsi.

Lazım olan vəsait: eni 3-5 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bint barmağın əsasında ovuc səthində onun ətrafına iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
3. Bint ovuc səthi ilə gedərək zədələnmiş barmaq boyu aparılır, barmağın ucunu örtərək arxaya keçir və yenə də barmağın əsasına qaydır.
4. Qatlandıqdan sonra sürünən gedişlə barmağın ucuna aparılır, sonra spiral dolaqlarla əsasa doğru qaydır.
5. Orada bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 113).



Şəkil 113. Bir barmağa qoyulmuş qayıdan sarğı

Barmağa “sümbülvari” sarğının qoyulması

Göstəriş: baş barmağın daraq-falanqa oynaqının və ovucun böyük hündürlüyünün yaralanmaları.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bint bilək ətrafına iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
3. Bint əlin arxası ilə baş barmağın dırnaq falanqasınadək aparılır.
4. Barmağın ovuc səthindən əlin ortasına və baş barmağın arxa səthinə keçib orta falanqa səviyyəsində baş barmağı əhatə edir və yenidən

bilək nahiyəsinə keçir (arxa səthdən ovuc səthə çarpaz gedişlə keçir).

5. Bilək nahiyəsinin ətrafında bərkidici dolaq qoyulur.
6. Dolaqlar bir neçə dəfə təkrarlanaraq əlin arxa səthinə keçməklə biləkdə bərkidilir.
7. Sonrakı dolaq əvvəlki dolağın eninin $\frac{1}{2}$ -ni örtməklə bütün barmaq sarınır.
8. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 114).



Şəkil 114. Baş barmağa “sümbülvari” sarğı

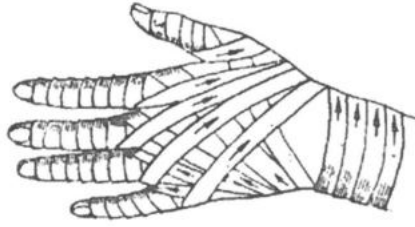
Əlin bütün barmaqlarına əlcəkvari sarğının qoyulması

Göstəriş: bütün barmaqların yanığı.

Lazım olan vəsait: eni 2-3 sm olan bint.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
3. Bint saidin aşağı $\frac{1}{3}$ -nə qoyulur və saidin ətrafına iki dairəvi gedişlə bərkidilir.
4. Sarıma sol əldə beşinci, sağ əldə birinci barmaqdan başlayır.
5. Sol əldə bint beşinci barmağa aparılaraq, barmağın ucundan əsasınadək spiralvari sarğı qoyulur.
6. Barmağın əsasıdan əlin arxası ilə əvvəlki dolaqla çarpazlaşmaqla bilək nahiyəsinə qaytarılır.
7. Bint bilək ətrafına bir dairəvi dolaq vurulub əlin ovuc səthi ilə dördüncü barmağın ucuna aparılaraq dairəvi sarğı qoyulur.
8. Bütün barmaqlar ardıcıl olaraq bu qayda ilə sarınır.
9. Sarğı bilək ətrafına dairəvi dolaqla bərkidilir.
10. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə biləkdə təsbit olunur (şəkil 115).



Şəkil 115. Əlcəkvari sarğı

AŞAĞI ƏTRAFI QOYULAN SARGILAR

Diz oynaqına “tısbağayabənzər” sarğının qoyulması (uzaqlaşan)

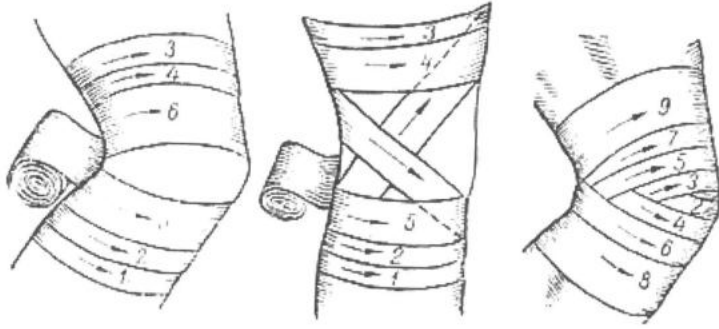
Göstəriş: diz nahiyəsində yara.

Lazım olan vəsait: eni 20 sm olan bint .

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bint diz oynaqı nahiyəsinə qoyulur və diz oynaqının ətrafına iki dairəvi gedişlə bərkidilir.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür.
4. Bint diz oynaqı nahiyəsinə qoyulur və diz oynaqının ətrafına iki dairəvi gedişlə bərkidilir.
5. Bint növbə ilə oynaqın proksimal və distal hissəsinə aparıb, əvvəlki dolaqların $\frac{2}{3}$ -ni örtməklə, dolaqlar oynaqın arxa səthində bir-birindən uzaqlaşır.
6. Dolaqlar çəp istiqamətdə aparıldığı üçün arxa səthdə bir-birindən aralanır, diz çuxurunda isə çarpazlaşırlar.
7. Bütün oynaq örtüldükdən sonra sarğı bud və ya baldırda dairəvi dolaqla başa çatır.
8. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 116).

Qeyd: *Analoji üsulla sarğı dirsək oynaqına qoyulur.*



Şəkil 116. Diz oynaqına uzaqlaşan "tısağayabənzər" sarğı
(rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

Aşıq-baldır oynaqına səkkizvari sarğının qoyulması

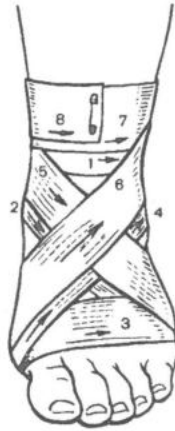
Göstəriş: travmalar zamanı aşıq-baldır oynaqının fiksasiyası.

Lazım olan vəsait:

- eni 15 sm olan bint;
- qayçı;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Ayaq xüsusi altlıq və ya stulun üzərinə elə qoyulur ki, ayaq sallanmış olsun.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür, soldan sağa doğru, sarınır.
4. Bint baldırın aşağı $\frac{1}{3}$ -nin ətrafında iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
5. Bint ayağın arxası ilə çəp istiqamətdə əks tərəfə keçirilir, ayaq arxasında dövrədən sonra əvvəlki dolağı, aşıq-daban oynaqının iç səthindən keçməklə baldıra qaytarılır (Bu zaman pəncə baldıra doğru dartılmalıdır).
6. Baldırı arxadan keçməklə səkkizvari gedişlər oynaq tam fiksasiya olana qədər bir neçə dəfə təkrarlanır və baldırda bərkidilir.
7. Sarıma bintin baldır ətrafında iki dairəvi dolaq vurmaqla başa çatır.
8. Bintin sonu yarıya bölünərək düynlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 117).



Şəkil 117. Aşıq-baldır oynağının səkkizvari sarğısı
(rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

Daban nahiyəsinə “tısağayabənzər” sarğının qoyulması

Göstəriş: daban mahiyyəsinin yaralanmaları.

Lazım olan vəsait:

- eni 15 sm olan bint;
- qayçı;

İşin ardıcillığı:

1. Xəstə otuzdurulur və ayaq xüsusi altlıq və ya stulun üzərinə elə qoyulur ki, daban sallanmış olsun.
2. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür, soldan sağa doğru sarınır.
4. Bint daban və topuq nahiyəsi ətrafında dairəvi dolaqla bərkidilir.
5. Bint aşağı və önə doğru ayağın bayır səthinə, oradan da ayaqaltı ilə içəri səthə aparılır.
6. Uzaqlaşan tısağayabənzər sarğının dolaqları ilk dolaqdan növbə ilə yuxarı və aşağı olmaqla davam etdirilir.
7. Bint dabanın arxasında bayır topuğun üstündən çəpinə dabanın altına keçirilməklə təsbit edilir.
8. Daban tam örtülənədək dolaqlar təkrarlanır, sarıma bintin aşıq-daban oynağı ətrafına iki dairəvi dolaq vurmaqla başa çatır.
9. Bintin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 118).



Şəkil 118. Dabanın tısbəğayabənzər sarğısı
(rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

Bütün ayağa qayıdan sarğının qoyulması

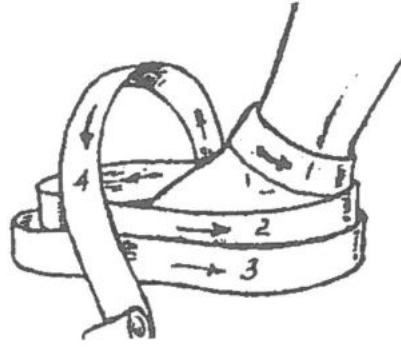
Göstəriş: ayağın yanığı və yaralanması.

Lazım olan vəsait:

- eni 15 sm olan bint;
- qayçı;

İşin ardıcillığı:

1. Xəstə otuzdurulur və ayağı altına xüsusi altlıq və ya stul qoyulur ki, ayaq sallanmış olsun.
2. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür, soldan sağa sarınır.
4. Bint baldırın aşağı $\frac{1}{3}$ -nin ətrafında iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
5. Bint ayağın yan səthi ilə dabandan barmağadək aparılır, barmaqları ucdan örtərək ayağın iç tərəfi ilə dabana qaytarılır.
6. Ayaq tam örtülənədək bu gedişlər təkrarlanır. Bu zaman hər sonrakı dolaq özündən əvvəlkinin $\frac{2}{3}$ -ni örtməlidir.
7. Barmaqlardan dabanadək və eyni zamanda dabandan barmaqlaradək dairəvi dolaqlar spiral gedişlərlə bərkidilir.
8. Sarıma bintin baldırın aşağı $\frac{1}{3}$ -nin ətrafına iki dairəvi dolaq vurmaqla başa çatır.
9. Bntin sonu yarıya bölünərək düyünlə sağlam tərəfdə təsbit olunur (şəkil 119).



Şəkil 119. Dabanın qayıdan sarğısı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

Ayağa sümbülvari sarğının qoyulması

Göstəriş: ayağın yaralanması.

Lazım olan vəsait:

- eni 15 sm olan bint;
- qayçı;

İşin ardıcillığı:

1. Xəstə otuzdurulur, ayağı altına xüsusi altlıq və ya stul qoyulur ki, ayaq sallanmış olsun.
2. Xəstəyə aparılacaq manipulyasiyanın gedişi izah edilir.
3. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür, sağ ayaq soldan sağa, sol ayaq sağdan sola bintlənir.
4. Bint ayağın barmaqları ətrafında iki dairəvi dolaq vurmaqla bərkidilir.
5. Bint dabandan başlayaraq ayağın bayır səthi ilə (sol dabanda içəri səthlə) barmaqların əsasına, oradan arxa səthlə çəp istiqamətdə ayağın əks tərəfinə gətirilir.
6. Sonra ayağın altından keçir, barmaqların əsasında bir dövrə vuraraq yenidən ayaqarxasına qaytarılır.
7. Bint əvvəlki dolaqlarla çarpazlaşaraq ayağın iç səthinə və dabana keçirilir.
8. Dabanı arxadan örtərək səkkizvari gedişləri təkrarlanaraq tədricən aşıq-daban oynağına yaxınlaşır.
9. Bintin sonu yarıya bölünməklə topuq nahiyəsində düyünlənir (şəkil 120).



Şəkil 120. Ayağın sərbülvari sarğısı (rəqəmlər dolaqların ardıcılıq sırasını göstərir)

Bud güdülünə sarğının qoyulması

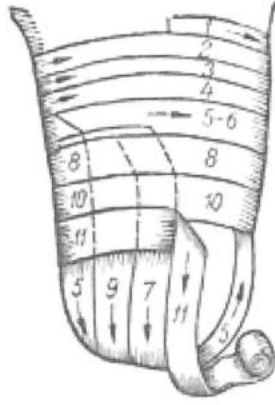
Göstəriş: aşağı ətrafın amputasiyası.

Lazım olan vəsait:

- eni 20 sm olan bint;
- qayçı;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə arxası üstə uzadılır, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Bintin sərbəst ucu sol ələ, özü isə sağ ələ götürülür, sarıma soldan sağa doğru aparılır.
3. Bint güdüldən yuxarıda budun ətrafına iki dairəvi dolaqla bərkidilir.
4. Bint düz bucaq altında qatlanaraq boylama istiqamətində güdülə doğru aparılır.
5. Güdülə çatdıqdan sonra arxa tərəfində əsasına qaytarılır və boylama gedişin ucu həlqəvi dolaqla təsbit edilir.
6. Sonrakı boylama gediş əvvəlkindən bir az içəri və bayıra getməklə təkrarlanaraq güdülün ucunu bütünlüklə örtür.
7. Hər qayıdan gediş həm öndən, həm də arxadan spiral dolaqla bərkidilir.
8. Sarıma binti budun ətrafına iki dairəvi dolaq vurmaqla başa çatır.
9. Bntin sonu yarıya bölünərək düyünlə təsbit olunur (şəkil 121).



Şəkil 121. Bud güdülünün qayıdan sargısı (rəqəmlər dolaqların ardıcillıq sırasını göstərir)

LƏÇƏK SARGILARI

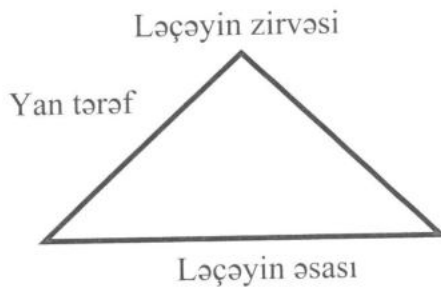
Sarğının bu növü ləçək və ya düzbucaqlı üçbucaq şəkilli parçanın köməyi ilə qoyulur. İlk yardım göstərmək məqsədi ilə 135x100x100 sm. ölçüdə sənayedə istehsal olunmuş standart ləçəklərdən istifadə edilir.

Göstəriş:

- yuxarı ətraflarda sakitlik yaratmaq.
- yaralar və yanıqlar zamanı sarğı vasitələrini fiksasiya etmək.

Lazım olan vəsait:

- ləçək;
- sancaq;



Baş ləçək sargısının qoyulması

Göstəriş: başın zədələnmələri.

Lazım olan vəsait:

- ləçək;
- sancaq;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Ləçəyin əsası ənsəyə qoyulur, zirvəsi isə altına sallanılaraq baş örtülür.
3. Ucları qulaq seyvanlarının yuxarısı ilə arxadan önə aparılaraq alın nahiyəsində bağlanır.
4. Ləçəyin zirvəsi altında düyünlənmiş ucların altından üstünə qatlayıb sancaqla bərkidilir (şəkil 122).

Qeyd: Əgər alın zədələnmişsə onda ləçək tərsinə sarınır.



Şəkil 122. Başa ləçək sarğısı

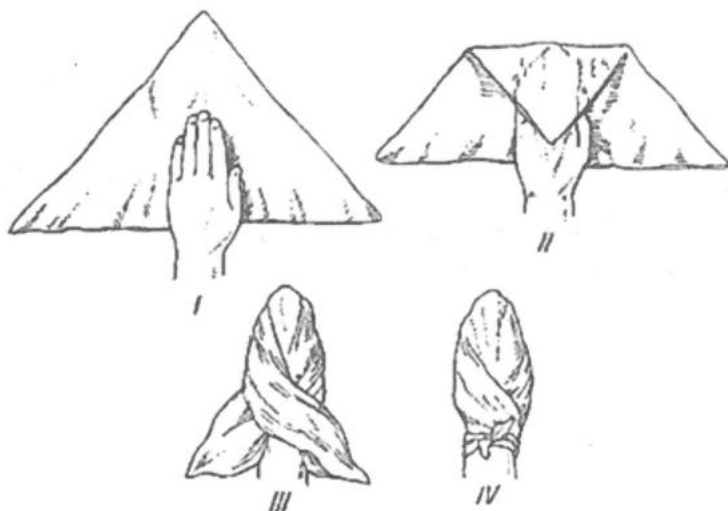
Əl ləçək sarğısının qoyulması

Lazım olan vəsait: ləçək.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Ləçəyin əsası mil-bilək oynaqına, zirvəsi isə əl barmaqlarına tərəf olmaqla stol üzərinə sərilir.
3. Əl ləçəyin ortasına qoyulur.
4. Ləçəyin zirvəsi əlin arxa səthinə qatlanır.
5. Ləçəyin yan tərəfdə mil-bilək oynaqını üzərinə aşırılıb, düyünlənir (şəkil 123).

Qeyd: Analoji qaydada sarğı ayağa da qoyulur.



Şəkil 123. Ələ ləçək sargısı

Saidə ləçək sargısının qoyulması

Lazım olan vəsait:

- ləçək;
- sancaq.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Əli dirsəkdən düz bucaq altında büküb, ləçəyi əlin altından elə keçirirlər ki, onun uzun uclarından biri xəstənin əl tərəfindən körpücük sümüyünün üzərinə düşsün.
3. İkinci ucu aşağı sallanır.
4. Zirvəsi isə dirsəyin altından xaricə çıxır.
5. Ləçəyin aşağı ucunu xəstə əlin önündən yuxarı doğru bükərək, onu sağlam tərəfin çiyini üstündən arxaya apararaq boynun arxasında ləçəyin digər ucu ilə bağlanılır.
6. Ləçəyin zirvəsi dirsəyi ətrafına dolayaraq öndə sancaqla sargıya bağlanır (şəkil 124).



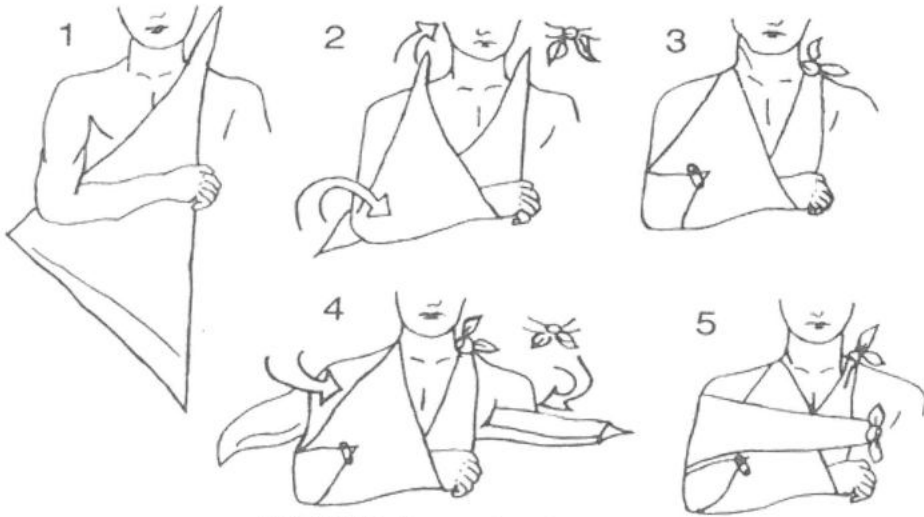
Şəkil 124. Saidə ləçək sarğısı

Bazuya ləçək sarğısının qoyulması

Lazım olan vəsait: iki ədəd ləçək.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Ləçəyin əsası bazunun yuxarı $\frac{1}{3}$ -ni bayır səthinə, zirvəsi isə boynun yan tərəfinə qoyulur.
3. Uclar bazu ətrafında bağlanılır.
4. Zirvəsinin üzərinə ikinci ləçəyin əsası qoyulur.
5. İkinci ləçəyin ucları sağlam tərəfin qoltuqaltında bağlanılır.
6. Sarıma birincinin zirvəsinin, ikincinin əsasına bərkitməklə başa çatır.



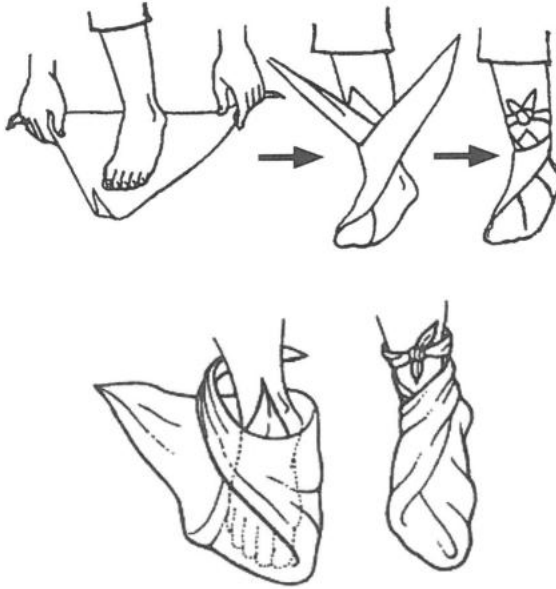
Şəkil 125. Bazuya ləçək sarğısı.

Dabana ləçək sarğısının qoyulması

Lazım olan vəsait: Ləçək.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Ləçəyin zirvəsi aşıq-daban oynaqının arxasında, əsası ayaqaltına yerləşdirilir.
3. Ucları ayaq üstündə çarpazlayıb aşıq daban oynaqının arxa səthində ləçəyin zirvəsinin üstündə bağlanılır.
4. Sonra isə zirvə ucların düyününə bərkidilir (şəkil 126).



Şəkil 126. Dabana ləçək sarğısı

VII BÖLMƏ.

BƏRK SARĞILAR. MÜALİCƏVİ İMMOBİLİZASIYA

Müalicəvi immobilizasiya sınıqlar zamanı müalicə məqsədilə sümüklərin tərpənməzliyini təmin etməkdir. Müalicə məqsədlə immobilizasiyalarda gipsdən hazırlanmış bərk sarğılardan istifadə edilir.

GİPS SARĞILARI

Gipsin yüksək plastik xassəsinin sayəsində fiksəedici sarğıları bədənin bütün hissələrinə qoymaq mümkündür. Gips sarğıları əl və istehsalat yolu ilə hazırlanır. Orta tibb işçisi gips sarğılarının hazırlanma və qoyulma texnikasını dərinləndirən öyrənməlidir.

Gipsin keyfiyyətinin yoxlanma üsulları

Gips tozu quru, yaxşı ələnmiş, yumşaq konsistensiyalı olmalı, qızdırıldıqda su buxarı xaric olmamalıdır (qızdırılmış gipsin üzərini örtən şüşə tərlənməməlidir).

Gips ağzı bağlı qutu və yeşiklərdə, quru yerdə, gips otağının yaxınlığında olan otaqların birində saxlanılmalıdır.

Gips sarğıları hazırlanmazdan əvvəl gipsin keyfiyyətini yoxlamaq lazımdır. Bunun üçün bir neçə sınaqdan istifadə edilir:

1. Gips tozu ovuca götürülərək sıxılır. Əgər gips qurudursa onun çox hissəsi barmaqların arasından səpələnir, əgər nəmdirsə yumaq (lomba) əmələ gətirir;
2. 1 hissə su ilə 2 hissə gips tozu götürülərək böyrəkvari ləyəndə qarışdırılır və müşahidə edilir. Əgər gips keyfiyyətlidirsə o, 6-7 dəqiqə ərzində qurumalı, alınan kütləyə barmaqla təzyiq etdikdə o ovulmamalıdır;
3. Gipslə su qarışdırıldıqda lax yumurta iyi verməməlidir;
4. Gipsi su ilə (25°C) 1:1 nisbətində qarışdırıb alınan sıyıqdan kürəcik hazırlanır. Gips keyfiyyətli olduqda kürəcik 5-8 dəqiqəyə qurumalı, kürəciyi 1 metr hündürlükdən döşəməyə buraxdıqda metal səsi verərək dağılmamalıdır;

Gipsin qurumasını sürətləndirən vasitələr

1. Suyun miqdarının az götürülməsi.
2. Daha isti sudan istifadə edilməsi.
3. Xörək duzu (4%-dən çox olmamaq şərti ilə).
4. Əhəng suyu.

Gipsin qurumasını ləngidən vasitələr

1. Suyun miqdarının çox götürülməsi.
2. Daha soyuq sudan istifadə edilməsi.
3. Dülgər kleyi.
4. Soda.
5. Nişasta.
6. Süd.
7. Yumurta ağı.
8. Pivə.

Qeyd: Göstərilən məhsullardan 1 qaşığı 1 litr suya əlavə edilir.

Gips bintinin hazırlanması

Göstəriş: müalicəvi immobilizasiyanın aparılması.

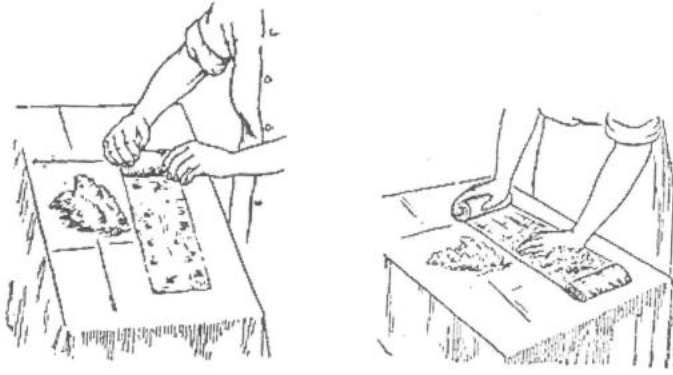
Lazım olan vəsait:

- metalla üzlənmiş və ya mərmər örtüklü stol;
- gips üçün qab;
- 15-20 sm enində bintlər;
- gipslənməmiş bintlərin saxlanması üçün metal və ya taxta qab;
- gipsi ələmək üçün ələk;
- əlcəklər;
- maska.
- yuyula bilən ayaqqabı;
- xalat;
- müşəmbə önlük.

İşin ardıcılığı:

1. Xüsusi geyim: xalat, yuyula bilən ayaqqabı, müşəmbə önlük, maska və əlcəklər geyilir.
2. Metal və ya plastmasla üzlənmiş stolun üzərinə gips qabı qoyulur.
3. Gips tərkibində ola biləcək yad cisimləri kənarlaşdırmaqdan ötrü ələnilir.
4. Eni 15-20 sm olan bint, 40-50 sm uzunluğunda açılır.
5. Bintin üzərinə nazik təbəqə ilə gips tökülür.
6. Bintin üzərindəki gips bintə hopdurularaq artığı əl barmaqları ilə sürtülməklə çəkilərək kənarlaşdırılır.
7. Sonra bint daha 40-50 sm açılaraq, üzərinə gips tökülür.
8. Bintin gipslənməmiş hissəsi yumşaq şəkildə bükülür (şəkil 127).
9. Bint qutuda quru yerdə saxlanılır.

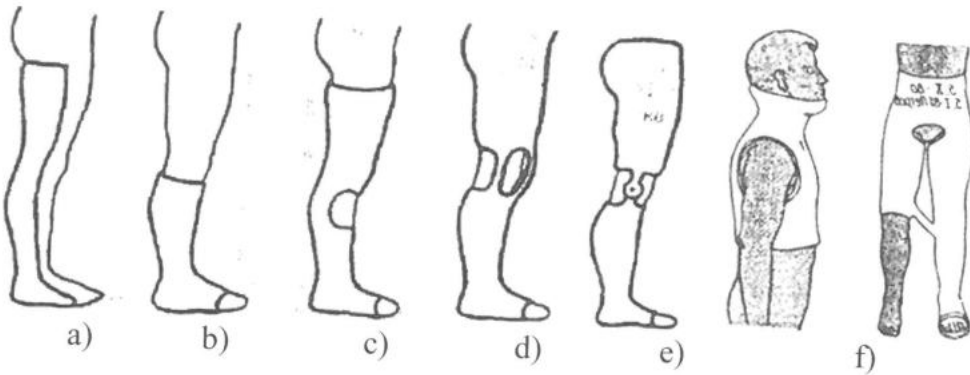
Qeyd: Gips bintinin uzunluğu 2-3 metr olmalıdır. Belə uzunluqda binti asanlıqla islatmaq olur və işlətmək rahatdır.



Şəkil 127. Gips bintinin hazırlanması

Gips sarğılarının növləri

- Kar sarğılar- ətrafın bütün xarici səthinə bintləmə yolu ilə qoyulur;
- Longet sarğılar -ətrafın yalnız $\frac{2}{3}$ hissəsi örtülür;
- Longet – dairəvi sarğılar longet gips binti ilə fiksə olunur;
- Pəncərəli sarğılar – yaraya sarğı qoymaq üçün gips sarğısında pəncərə açılır;
- Tutor sarğıları – bir oynaqı fiksasiya edən sarğı;
- Körpüyəbənzər sarğılar – oynaqı açılmış vəziyyətdə saxlamaq üçün oynaq nahiyəsinə qoyulmuş metal zolaq gipslənilir;
- Uzunboğaz çəkmə sarğısı - ayaq barmaqlarından baldırın ortasınaqədər qoyulan çirkulyar sarğı;
- Torakobraxial sarğı – bazu və bazu oynaqı zədələnmələrində qoyulur;
- Korset sarğısı – onurğa sütünü zədələnmələrində tətbiq edilir;
- Koksit sarğısı – bud, bud-çanaq oynaqı zədələnmələrində tətbiq edilir;



Şəkil 128. Gips sarğılarının növləri
a) longet b) sirkulyar; c) pəncərəli;
d) oynaq gips korseti; e) korset f) körpülü;

Gips longetinin hazırlanması

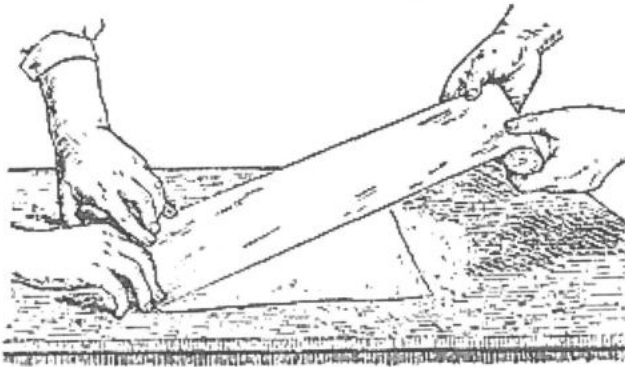
Lazım olan vəsait:

- qayçı;
- bıçaq;
- şpatel;
- ləçək;
- bint, pambıq;
- leykoplastr;
- gips, gips binti;
- müşəmbə;
- ləyən;
- vazelin;
- gips stolu.

İşin ardıcılığı:

1. Xüsusi geyim: xalat, yuyula bilən ayaqqabı, müşəmbə önlük, maska və əlcəklər geyilir.
2. Metal və ya plastmasla üzlənmiş stolun üzərinə gips qabı qoyulur.
3. Eni 15-20 sm olan bint bədənin müvafiq nahiyyəsinə ölçü götürülərək lazım olan uzunluqda (50-75-100 sm) sərilir.
4. Bintin üzərinə nazik təbəqə ilə gips tökülərək hopdurulur.
5. Gips hopdurulmuş bintin üzəri həmin uzunluqda bint qatı ilə örtülür.
6. Hər qat bərabər təbəqədə yüngülcə əllə sürtülərək gipslənilir.
7. Gipslənmiş longet yumşaqca hər iki ucundan ortaya doğru yumrulandır (büzmələnilir və kitab şəklində qatlanır, şəkil 129).
8. Longet qutuda və quru yerdə saxlanılır.

Qeyd: Yuxarı ətraf üçün 6-8, aşağı ətraf üçün 9-10 qatdan ibarət longet hazırlanır.



Şəkil 129. Gips longetinin hazırlanması

Gips longetinin qoyulması

Göstəriş: gips sarğısının qoyulması.

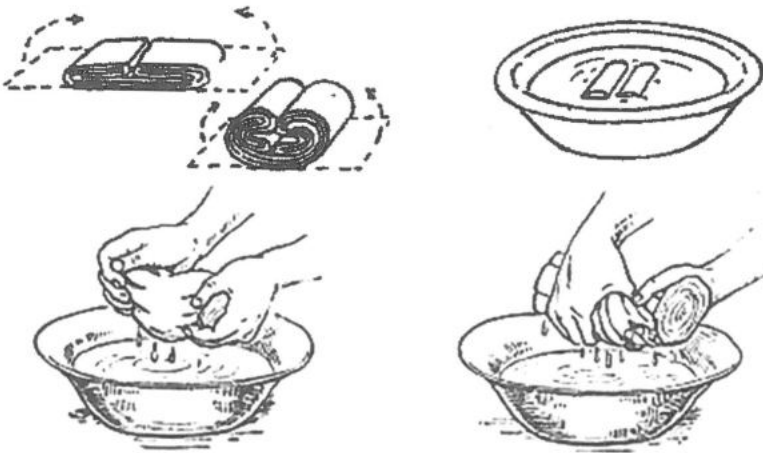
Lazım olan vəsait:

- 25⁰ C temperaturda su tökülmüş ləyən;
- gips longeti;
- 15-20 sm enində bint;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Gips qoyulacaq nahıyyədən asılı olaraq xəstə otuzdurulur və ya uzadılır.
2. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Gips longeti 25⁰ C temperaturunda su tökülmüş ləyənə elə salınır ki, üzəri tam su ilə örtülmüş olsun.
4. Hava qabarcıqlarının çıxması dayanandan sonra longet sudan çıxarılır, ehtiyatla, burulmadan, yənlərdən mərkəzə doğru sıxılır. Düzgün sıxılmadıqda gipsin bir hissəsi tökülür (şəkil 130).
5. Stolun üzərinə sərərək əlin ovucu ilə qırıqlar əvvəl bir tərəfdən, sonra da o biri tərəfdən açılır.
6. Qoyulacaq nahıyyənin dərisi uşaq kremi və ya vazelinlə yağlandıqdan sonra longet zədələnmiş ətrafa qoyulur.
7. Qan dövranına nəzarət etmək üçün barmaqlar açıq saxlanılır.
8. Bərkidikdən sonra bintlər spiralvari dolaqlarla ətrafa fiksə edilir.
9. Gips quruyanaqəd ətraf hərəkətsiz saxlanılır.
10. Sarğı qoyulduqdan iki saat ərzində xəstə nəzarətdə saxlanılır.

Qeyd: Qabaqcadan sağlam ətraf üzərində longetin eni və uzunluğunu ölçü götürülməlidir.



Şəkil 130. Gips bintinin isladılması və düzgün sıxılması

Gips sarğısının qoyulması

Göstəriş: açıq sınıqlarda cərrahi işlənmədən sonra sınıan sümüklərin repozisiyası, osteosintez əməliyyatı, yerini dəyişməyən qapalı sınıqlar.

Lazım olan vəsait:

- su ilə dolu qab;
- gips binti;
- gips binti hazırlamaq üçün stol;
- ortopedik stol.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə ortopedik stolda otuzdurulur.
2. Ətrafa ehtiyatla əlverişli fizioloji vəziyyət verilir.
3. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
4. Bütün sümük çıxıntıları üzərinə pambıq arakəsmə salınır.
5. Gips longeti 25⁰C temperaturunda su tökülmüş ləyənə elə salınır ki, üzəri tam su ilə örtülmüş olsun.
6. Hava qabarcıqlarının çıxması dayandıqdan sonra (bu gips sarğısının suyu tam canına çəkdiyini göstərir) gips binti sudan çıxarılır, ehtiyatla burulmadan, yanlardan mərkəzə doğru sıxılır.
7. Gips binti dartılmadan ətrafın üzərinə qoyularaq tədricən açılır.
8. Bintləmə soldan sağa növbəti dolaq əvvəlkinin $\frac{2}{3}$ -ni örtməklə aparılır.
9. Bintləmə zamanı ətraf yalnız barmaqla deyil, bütün ovucla saxlanmalıdır ki, sarğı sıxılmasın.
10. Hər qatda gips bintinin büküşləri sığallamaqla düzəldilir.
11. Sarğı qoyularkən xəstənin bədəninin zədələnmiş nahiyəsinin konturuna uyğun modeli hazırlanır.
12. Sarğı qoyulan zaman ətrafın vəziyyətini dəyişmək olmaz. Bu damarları sıxan qırışların əmələ gəlməsinə və nəticədə yataq yaralarının yaranmasına səbəb olur.
13. Gips sarğısının qoyulma prosesində xəstənin üzünün ifadəsinə, mimikasına fikir vermək lazımdır ki, ağrı hiss edib-etməməsi bilinsin.
14. Qan dövranına nəzarət etmək üçün barmaqlar həmişə açıq saxlanmalıdır.
15. Sarğı qoyularkən bədənin zədələnmiş nahiyəsinin konturuna uyğun modeli hazırlanır .
16. Sarğı qoyulduqdan sonra gips sarğısı isti küləyin vasitəsilə qurulur.
17. Gips sarğısının qoyulduğu müddət üzərinə yazılır.
18. Xəstəyə gipsin düzgün qoyulmaması nəticəsində baş verəcək ağırlaşmaların əlamətləri haqqında məlumat verilir. Əgər ətrafın barmaqları

ödemli, rəngi göyümtül və toxunduqda soyuqdursa deməli venoz durğunluq var. Əgər güclü ağrı, barmaqların rənginin avazıması və soyuması müşahidə olunursa deməli arteriya sıxılmışdır.

Qeyd:

- ✓ Gipsin qurumasını sürətləndirmək və ya ləngitmək lazım gəldikdə yuxarıda göstərilən vasitələrdən istifadə edilir.
- ✓ Xəstəyə, sarğısının deformasiyaya uğramaqdan və nəm olmaqdan qorumaq yolları öyrədilməlidir.
- ✓ Gips sarğısı qoyularkən bintin dolaqlarını burmaq olmaz!

Gips sarğısının açılması

Göstəriş: immobilizasiyanın vaxtının başa çatması.

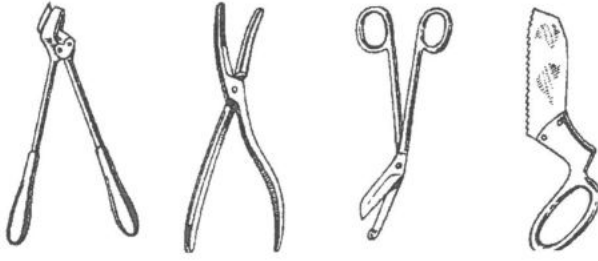
Lazım olan vəsait(şəkil 131):

- Ştill qayçısı;
- Volf maşası;
- Knorr genişləndiricisi;
- Kuper qayçısı;
- gips bıçağı;
- gips mişarı.

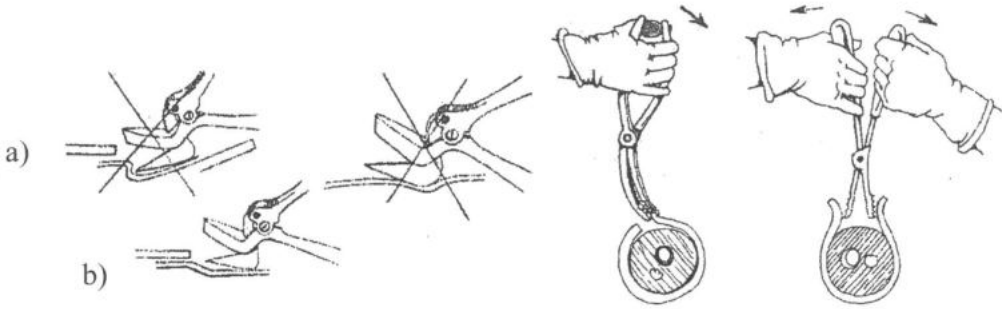
İşin ardıcılığı:

1. Xəstə otuzdurulur və sakitləşdirilir.
2. Aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Gips sarğısında olan ətraf xüsusi altlığa uzadılır.
4. Gips sarğısı gips qayçısı və mişarın köməyi ilə açılmağa başlanır. Ştill qayçısının istifadəsi zamanı:
 - ✓ qayçının kəsən hissəsi gipslə, onun altına salınmış şpatelin arasına keçirilir;
 - ✓ bir əllə qayçının yuxarı dəstəyi qaldırılır və ona bitişik kəsər hissə endirilir;
 - ✓ kəsər hissə aşağı dəstəyin köməyi ilə qabağa itələnilir;
 - ✓ hər iki dəstəyi yaxınlaşdırmaqla sarğının kəsilməsi icra edilir.
5. Sarğı uzununa kəsildikdən sonra kənarlar maksimum bir-birindən dartılaraq aralanır (şəkil 132).
6. Ətrafın periferik hissəsi saxlanılmaqla sarğı ehtiyatla çıxarılır.
7. Gips çıxarılandıqdan sonra ətrafın dərisi yumşaq əski ilə isti su və sabunla yuyulur.
8. Dəri fərdi dəsmalla qurudulur.
9. Ətrafın derisinə vazelin yağı sürtülür.

Qeyd: Gips sarğısını kəsən zaman ehtiyatlı olmaq lazımdır ki, ətraf zədələnməsin.



Şəkil 131. Gips sarğısını açmaq üçün alətlər.
Ştill qayçısı, kəlbətin, Kuper qayçısı, gips mişarı



Şəkil 132. Gips sarğısının açılması

- a) gips qayçısının branşı düzgün qoyulmamışdır.
b) gips qayçısının branşı düzgün qoyulmuşdur .

Skelet dartmasının qoyulması

Skelet dartması müalicəvi immobilizasiyalara aiddir. **Manipulyasiyanı yalnız həkim icra etməlidir!** Lakin tibb bacısı skelet dartması üçün lazım olan alətlər dəstini və dərman preparatlarını hazırlamağı bacarmalı və aparılacaq manipulyasiyanın gedişini bilməlidir.

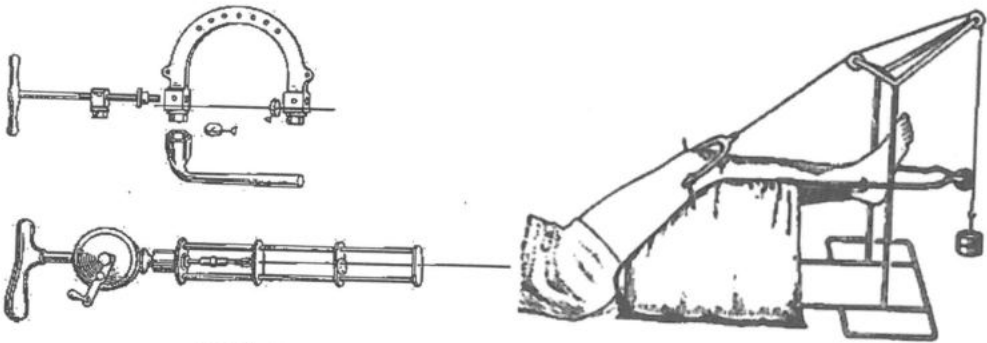
Lazım olan vəsait:

- dartma üçün qövs;
- Kirşner mili;
- steril drel;
- 2 ədəd mil fiksatoru;
- şpris;
- sarğı vasitəsi;
- pinset;
- qayçı;
- yodonat məhlulu;
- 70⁰- li etil spirti;
- 1-2 %-li novokain məhlulu;

- qaytan;
- yük;
- Beler şinası;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
 2. Milin keçiriləcəyi və çıxacağı nahiyənin dərisi yodonat və ya digər antiseptiklərlə işlənir və steril ağlarla örtülür.
 3. 0,5%-1%-li 10 ml novokainlə yerli anesteziya aparılır.
 4. Əllə milin iti ucu sümüyə perpendikulyar olmaqla dərinə deşərək sümüyə qədər çatdırılır.
 5. Sonra milin, ətrafın xaricindəki ucu, əl yaxud elektrik drelinə birləşdirilir, xaricdən daxilə doğru hərəkət etdirilməklə (fırlatmaqla) sümükdən keçirilir.
 6. Milin dəridən çıxan yerləri antiseptiklə silinir və milin yerini dəyişməməsindən ötrü həmin yerlərə qabaqcadan antiseptikdə isladılmış kürəcik qoyulmaqla milin ucları hər iki tərəfdən əhatə edilir (milin ucu hər iki tərəfdən bərabər səviyyədə çıxarılmalıdır).
 7. Milə qövs bənd edilir və qoyulmuş kürəciyə yaxın yerdən vint açarı ilə bərkidilir.
 8. Ətraf Beler şinası üzərinə uzadılır (şəkil 133).
 9. Sonra qövsə qaytan bərkidilir.
 10. Qövsə bağlanmış qaytan şinanın blokunun üzərindən aşırı olaraq onun sərbəst ucundan yük asılır (yükün miqdarı xəstənin çəkisindən, əzələsinin inkişafından və sınımış sümüklərin yerdəyişməsindən asılıdır).
 11. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
- Qeyd:** Baldır sınıqlarında skelet dartması daban sümüyündə, bud sınığında baldır sümüyünün qabarında və ya bud sümüyünün metafizində, bazu sınığında isə dirsək çıxıntısında aparılır.



Şəkil 133. Skelet dartması üçün alətlər dəsti və skelet dartmasının ümumi görünüşü

VIII BÖLMƏ

NƏQLİYYAT İMMOBİLİZASİYASI

İmmobilizasiya (hərəkətsizləşdirilmə)–müxtəlif vasitələrin köməkliyi ilə bədənin zədələnmiş nahiyəsinin hərəkətsizliyini yaratmaqdır. Nəqliyyat və müalicə immobilizasiyası ayırd edilir.

Nəqliyyat immobilizasiyası xəsarət almış şəxsin travmanın baş verdiyi yerdən müalicə müəssisəsinə çatdırılmasında əlverişli şəraiti təmin etmək üçün bədənin zədələnmiş nahiyəsində hərəkətsizlik və müvəqqəti sakitlik yaratmaq məqsədi ilə tətbiq edilir.

Məqsədi:

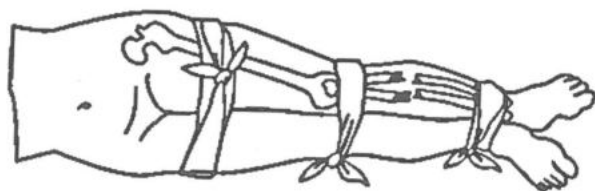
- ağrını azaltmaqla travmatik şokun profilaktikası;
- sınımış sümüklərin bir-birindən aralanmaması və sümük uclarının yerdəyişməsi nəticəsində toxumaların sonradan zədələmə təhlükəsini aradan götürmək;
- iri damarların yaralanmasının qarşısını almaqla ikincili qanaxmanın profilaktikası;
- yaraların infeksiya fəsadlaşmasının qarşısının alınması.
- zədələnmiş və digər toxumalarda qan təchizatının və innervasiyanın yaxşılaşdırılması;
- uzun borulu sümüklərin (bud, qamış, bazu və s.) sınıqlarında piy emboliyasının profilaktikası məqsədilə sümük iliyinin damarlara keçməsinin qarşısının alınması.
- zərərçəkənin xəstəxanaya aparılmasının asanlaşdırılması.

İmmobilizasiya tətbiq olunur:

- sınıqlarda;
- oynaq və sinir zədələnmələrində;
- toxumaların geniş zədələnmələrində;
- ətrafların iltihabı proseslərində;
- iri damarların yaralanması və trombozunda;
- geniş yanıqlarda;

Növləri:

1. Auto immobilizasiya – bu zaman xəstənin bədəninin sağlam hissələrindən istifadə olunur (şəkil 134).
 - ✓ yuxarı ətraf zədələnmələrində ətraf bədənə bintlə bağlanır;
 - ✓ aşağı ətraf zədələnmələrində zədəli ayaq sağlam ayağa bağlanır;



Şəkil 134. Autoimmobilizasiya

2. Əlaltı vasitələrlə immobilizasiya – bu zaman faner, taxta parçası, saman və ya qamış bağlaması, ağac budağı, çubuq, talaşa, dəmir, silah, xizək və s. istifadə olunur (şəkil 135).



Şəkil 135. Aşağı ətrafın əlaltı vasitələrlə immobilizasiyası

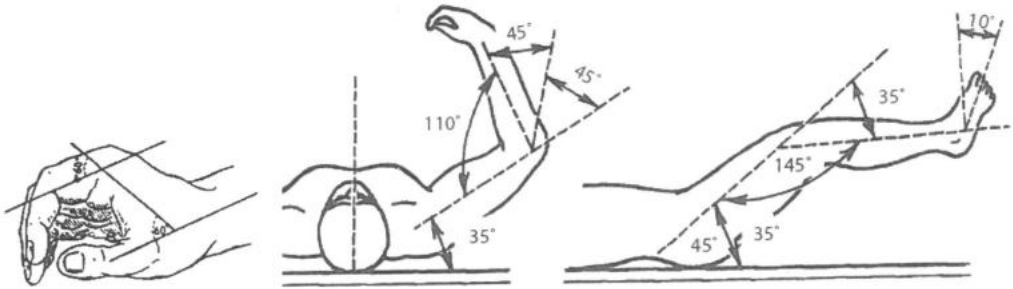
3. Standart şinalar vasitəsilə immobilizasiya – qabaqcadan zavodda hazırlanmış şinalardan istifadə olunur. Şinalar distraksion və fiksasion olmaqla 2 yerə bölünür. Distraksion şinalara Diterixs, fiksasion şinalara isə nərdivanvari Kramer şinası, pnevmatik şinalar və s. aiddir.

Nəqliyyat immobilizasiyasına qoyulan əsas tələblər:

1. Nəqliyyat immobilizasiyası zədələnmə anından dərhal sonra hadisə yerində yerinə yetirilməlidir.
2. Xəstəni immobilizasiya aparılmadan daşımaq yol verilməzdir.
3. Xəstənin ayaqqabılarını və paltarını çıxarılması məsləhət görülmür (bu ağrı ilə yanaşı əlavə travma da yarada bilər).
4. Şina qoyulmazdan qabaq ətrafa orta fizioloji vəziyyət verilməlidir (əgər bu mümkün olmazsa, onda xəstəyə onu daha az incidən vəziyyət verilir, şəkil 136).
5. İmmobilizasiyanı yerinə yetirməzdən əvvəl ağrısızlaşdırma (yerli və ya ümumi) aparmaq, açıq sınıqlarda qanaxmaları dayandırmaq və aseptik sarğı qoymaq lazımdır.
6. Etibarlı immobilizasiyaya nail olmaq üçün ən azı iki qonşu oynaq - zədələnməmiş nahiyədən yuxarıdakı və aşağıdakı oynaqları hərəkətsizləşdirmək lazımdır. Bazu və bud zədələnmələrində isə ən azı 3 oynaq hərəkətsizləşdirilməlidir (bazu zədələnmələrində bazu, dirsək

və mil-bilək oynaqları, bud zədələnmələrində isə bud-çanaq, diz və baldır-aşiq oynaqları, immobilizasiya edilir). Ona görə də şinalar seçilərkən onların uzunluğunu nəzərə almaq lazımdır.

7. Şinaları çox böyük ehtiyatla qoymaq lazımdır ki, sümüklərin cüzi yerdəyişməsi zamanı belə, zərərçəkən əlavə xəsarət almasın.
8. Xəstənin zədələnmiş seqmentinin təkrar zədələnməsinin qarşısını almaq və əlavə ağrı yaratmamaqdan ötrü qapalı sınıqlarda nəqliyyat şinaları paltar və ayaqqabının üzərindən qoyulmalıdır.
9. Sərt şinanı çılpaq dəri üzərinə qoymaq olmaz (altdan mütləq yumşaq dəsmal və ya pambıq qoyulmalıdır).
10. Qoyulmazdan əvvəl sağlam ətraf üzərində şinanının modeli hazırlanmalıdır.
11. İmmobilizasiya həm möhkəm, həm də asan və sadə olmalıdır.
12. Zərərçəkəni xərəyə qoyarkən və xərəkdən götürərkən bir nəfər mütləq şina qoyulmuş nahiyəni tutmalıdır.
13. Nəqliyyat immobilizasiyası zamanı şərti adlandırılan “üçqat ehtiyatlılıq” qaydasına əməl olunması məsləhət görülür:
 - ✓ zərərçəkənə ehtiyatla sarğı qoyulur.
 - ✓ zərərçəkənə ehtiyatla şina qoyulur.
 - ✓ zərərçəkən ehtiyatla xərəyə keçirilir, uzadılır və daşınır.



Şəkil 136 . Ətrafların orta fizioloji vəziyyəti

Bazuya Kramer şinasının qoyulması

Şina qoyulmazdan əvvəl pambıq və ya tənziqlə sarınır, sonra isə müşəmbə örtüyə salınır (dezinfeksiyaedici məhlulla işlənmək üçün).

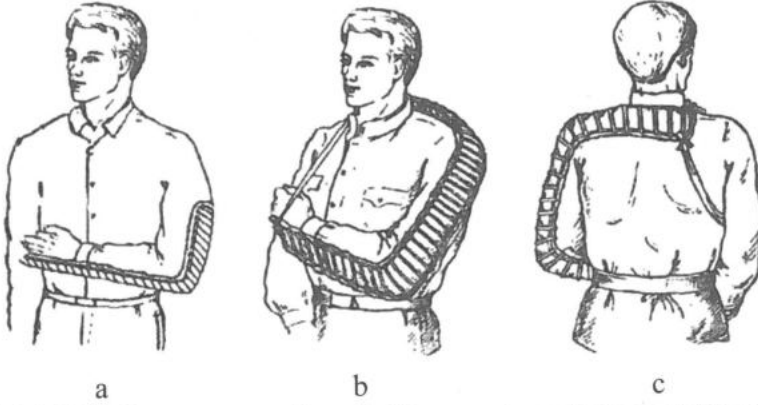
Göstəriş: bazunun sınığı, çıxığı.

Lazım olan vəsait:

- nərdivanvari Kramer şinası;
- 2 ədəd bint;
- pambıq;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Paltarlar tikiş yerindən sökülür, zədə nahiyəsinin üstü açılır.
3. Zədə yerinə baxılır, sınıq və ya çıxığın mövcudluğuna əmin olunur.
4. Lazım olan nərdivanvari Kramer şinası seçilir (120,0x11,0 ölçüdə).
5. Hər iki tərəfdən şinanın üzərinə pambıq sərilir və üzərindən bintlə sarınır.
6. Şina xəstənin sağlam ətrafına barmaqların ucundan dirsək oynaqnadək qoyulur.
7. Şina götürülür və şərti güman edilən oynaq nahiyəsində 90⁰-li bucaq altında əyilir.
8. Şina sağlam ətrafa təkrar qoyularaq dirsək büküşündən bazu oynaqnadək ölçülür.
9. Şina fərz edilən şərti bazu oynaqında 115⁰ -li bucaq altında gövdəyə basılıb, lazımı formaya salınır.
10. Şina sağlam ətrafa elə qoyulur ki, barmaqlar, said və bazu şina ilə əhatə olunsun, şinanın ucu kürəkdən əks tərəfdəki bazu oynaqına çataraq lazımı formanı alsın (şinanın düzgün hazırlanması yoxlanılır). Buna imkan olmadıqda yardım göstərən şəxs öz üzərində şinanı lazımı formaya salır.
11. Zədələnmiş ətrafa mümkün qədər orta fizioloji vəziyyət verilir (qol dirsəkdən bükülür). Barmaqlar şinaya supinasiya ilə pronasiya arasında orta vəziyyətdə uzadılır.
12. Ətrafin modeli hazırlanmış şinanın daxili səthi barmaqlara, saidə və ətrafin sərbəst hissəsinə arxa xarici səthini tutmaqla elə qoyulur ki, çiyin üstündən keçməklə digər tərəfin çiyinə istiqamətlənmiş olsun.
13. Şinanın ucu sağlam tərəfin çiyinin üstündən və qoltuqaltı çuxurdan keçməklə bağlanır.
14. Pambıq və tənziədən hazırlanmış yastıq, xəstə ətrafin qoltuqaltı çuxuruna və əlin barmaqlarının altına qoyulur.
15. Şina ətrafa spiralvari bint sarğısı ilə bazunun orta $\frac{1}{3}$ -dək bağlanır.
16. Ətrafin yaxşı fiksasiyası üçün "Dezo" sarğısı qoyulur (şəkil 137).



Şəkil 137. Bazunun sınıqlarında Kramer şinası ilə immobilizasiya
a) şinanın hazırlanması; b) şinanın qoyulması; c) şinanın bintlə fiksasiyası

Saidə Kramer şinasının qoyulması

Göstəriş: said sümüklərinin sınıqları.

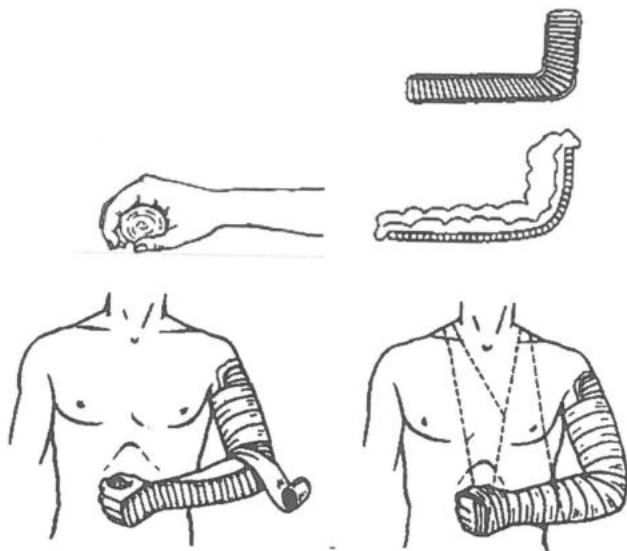
Lazım olan vəsait:

- nərdivanvari Kramer şinası;
- 2 ədəd bint;
- pambıq;
- ləçək;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üzbəüz otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Zədə nahiyəsində paltarlar tikiş yerindən sökülür.
3. Sınığın mövcudluğuna əmin olmaq üçün zədə yerinə baxılır.
4. Lazım olan Kramer şinası seçilir (80,0x8,0sm. ölçüdə).
5. Hər iki tərəfdən şinanın üzərinə pambıq sərilir və bintlə sarınır.
6. Şina xəstənin sağlam ətrafına barmaqların ucundan dirsək oynaqnadək qoyulur.
7. Şina götürülür və şərti güman edilən oynaq nahiyəsində 90⁰-li bucaq altında əyilir.
8. Şinanın düzgün hazırlanmasına əmin olmaqdan ötrü sağlam ətrafa elə qoyulur ki, əl və saidi örtmüş olsun.
9. Zədələnmiş ətrafa orta fizioloji vəziyyət verilir (qol dirsəkdən bükülür, barmaqlar şinaya supinasiya ilə pronasiya arasında orta vəziyyətdə uzadılır).
10. Hazırlanmış şinaya əl və said yerləşdirilir. Şina əl barmaqlarından, bazunun yuxarı $\frac{1}{3}$ -dək ətrafın arxa xarici səthinə qoyulur.

11. Şina barmaqlardan bazı oynadıgındak spiralvarı bint sarğısı qoyulmaqla fiksə edilir.
12. Ətrafın yaxşı fiksə olunmasından ötrü əlavə olaraq ləçək sarğısı qoyulur (şəkil 138).



Şəkil 138. Saidin zədələnmələrində Kramer şinasının qoyulması

Baldıra Kramer şinasının qoyulması

Göstəriş: baldır sümüklərinin sınıqları, diz oynadıgının çıxığı.

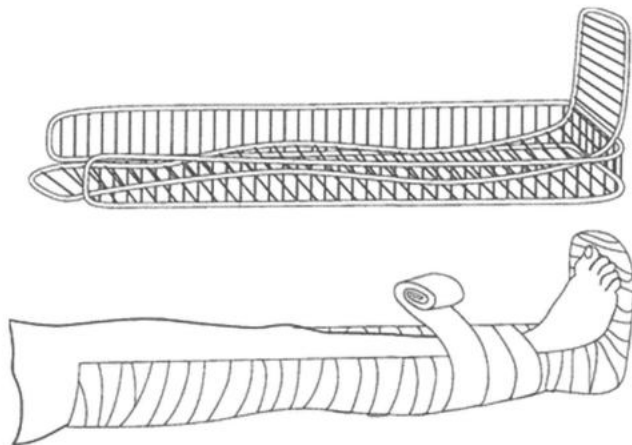
Lazım olan vəsait:

- 3 ədəd nərdivanvari Kramer şinası;
- 20 sm enində bint;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üz bəzən otuzdurulur, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Zədə olan yerdə paltarlar tikiş yerindən sökülür.
3. Sınığın mövcudluğuna əmin olmaq üçün zədə yerinə baxılır.
4. 1 ədəd 120,0 x 11,0 sm ölçüdə, 2 ədəd 80,0 x 8,0 sm. ölçüdə Kramer şinası götürülür.
5. Hər iki tərəfdən şinanın üzərinə pambıq sarınır və bintlə sarınır.
6. Xəstənin sağlam ətrafının arxa səthində, barmaqların ucundan budun orta $\frac{1}{3}$ -dək olan məsafədə şinanın modeli hazırlanır.
7. Şina götürülür topuq nahiyəsi nəzərdə tutulan yerdə 90⁰-li bucaq altında əyilir.

8. Ayaq hazırlanmış şınaya yerləşdirilir:
- ✓ 1-ci şına dabandan və baldırın arxa səthindən budun orta $\frac{1}{3}$ -dək (ayaq barmaqları çəkmə çıxaran kimi baldıra doğru dartılmalıdır);
 - ✓ 2-ci şına baldırın xarici səthindən dabanın xarici kənarınadək;
 - ✓ 3-cü şına baldırın daxili səthindən dabanın daxili kənarınadək yerləşdirilir.
9. Zədələnmiş ətrafa orta fizioloji vəziyyət verilir.
10. Şına spiralvari bint sarğısı qoyulmaqla ətrafa fiksə edilir (şəkil 139).



Şəkil 139. Baldır sümüklərinin sınıqları zamanı Kramer şinaları vasitəsilə immobilizasiya

Diterixs şinasının qoyulması

Göstəriş: bud sümüyünün sınığı, bud- çanaq və diz oynaqının zədələnmələri.

Lazım olan vəsait:

- Diterixs şinası;
- 2 ədəd bint;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir.
2. Aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Zədə nahiyəsində paltarlar tikiş yerindən sökülür.
4. Sınığın mövcudluğuna əmin olmaq üçün zədə yerinə baxılır.
5. Diterixs şinasının daxili və xarici detalları xəstənin sağlam ətrafına qoşulur (xəstənin boyundan asılı olaraq şınanın uzunluğu artırılıb, azaldıla və asanlıqla xəstənin boyuna uyğunlaşdırıla bilər).
6. Şınanın dartma altlığı səkkizvarı sarğı ilə ayaqqabı çıxarılmadan zədələnmiş ətrafın ayaq hissəsinə fiksə edilir.

7. Şinanın xarici detallı qoltuqaltı çuxurdan zədələnmiş ətrafın xarici səthinə elə bərkidilir ki, o, ayaqaltı səthdə 8-10 sm çıxıntı əmələ gətirsin.
8. Diterixs şinasının xarici detallı ayaqaltı hissəsinin metal dəliyinə yerləşdirilir.
9. Şinanın daxili detallı zədələnmiş ətraf tərəfdən qasıq nahiyəsinə yerləşdirilir və budun iç səthinə söykənməklə ayaqaltı hissənin metal dəliyindən keçirilərək onun bəndinə bağlanır.
10. Sümük qabarıqlarının (daban, diz oynaqı, qalça sümüyünün tini və burması) altına pambıqdan hazırlanmış döşəkçə salınır (sıxılmanın və nekrozun inkişafının qarşısını almaqdan ötrü).
11. Kəmər xəstə tərəfin qoltuqaltı çuxurundan sağlam çiyinə və bud səviyyəsində bərkidilir.
12. Bəndin dəliklərindən qaytan keçirilərək çubuq - burmaya bərkidilir.
13. Çubuq tarım olana qədər çəkilib o qədər burulur ki, ayaq dartı-laraq şinanın köndələn tirlərini qasıq və qoltuqaltı çuxura dirəsin.
14. Çubuq- burma xarici şinanın çıxıntısına fiksə edilir.
15. Şina aşiq baldır oynaqından bud çanaq oynaqınadək sprilavari gedişlərlə ətrafa sarınır (şəkil 140).



Şəkil 140. Aşağı ətrafların zədələnmələrində
Diterixs şinasının qoyulması

Qeyd: Əgər xəstədə eyni vaxtda dabanın, topuqların və aşiq daban oynaqının sınığı olarsa Diterixs şinası qoyula bilməz!

Döş və bel fəqərələrinin sınıqlarında nəqliyyat immobilizasiyası

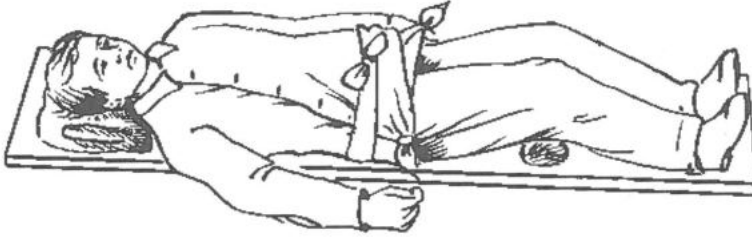
Göstəriş: fəqərə zədələnmələri.

Lazım olan vəsait:

- sərt xərək (şəkil 141) və ya vakuumlu immobilizəedici xərək (şəkil 142);
- bint (20x25 sm enində).



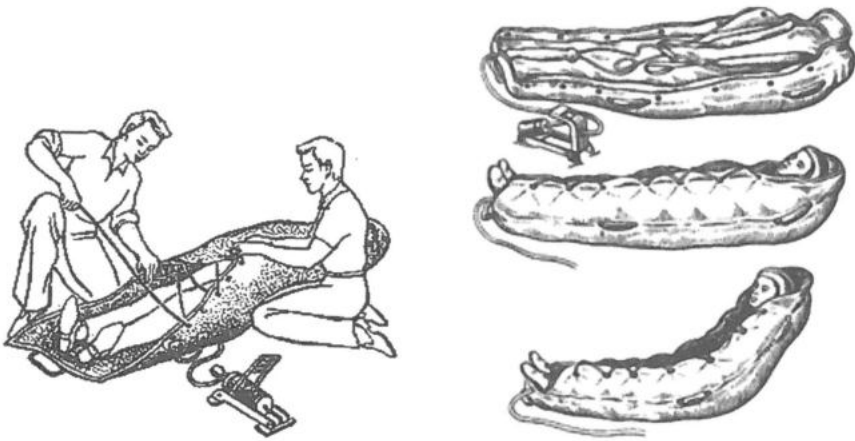
Şəkil 141. Sərt xərək



Şəkil 142. Onurğa zədələnmələrində immobilizasiya

İşin ardıcılığı:

1. Xəstəyə baxış keçirilərək sınığın mövcudluğuna əmin olunur.
2. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Xəstə 4 nəfərin iştirakı ilə (əllər başın, döş qəfəsinin yuxarı hissəsinin, çanağın və ayaqların altına salınır) komanda ilə ehtiyatla götürülərək onurğanı əymədən xərəyə qoyulur.
4. Xəstənin bədənini enli bintlə xərəyə qaytanlanır (şəkil 143).
5. Xərək 2 nəfərlə daşınır.



Şəkil 143. Onurğa zədələnmələrində xəstənin daşınması üçün istifadə edilən vakuüm-xərək

Çanaq sümüklərinin zədələnmələrində nəqliyyat immobilizasiyası

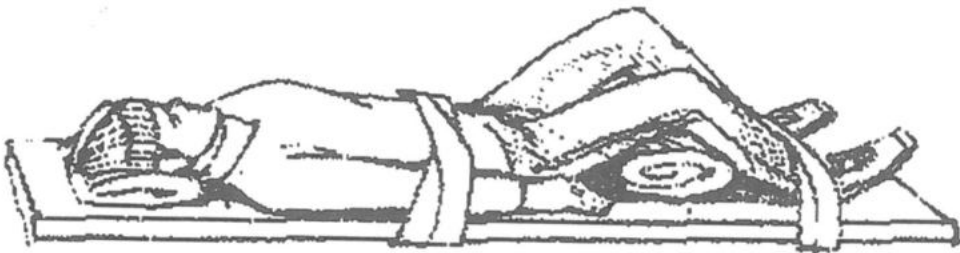
Göstəriş: çanaq sümüklərinin sınıqları, çanaq üzvlərinin zədələnmələri.

Lazım olan vəsait:

- sərt xərək;
- 25-30 sm hündürlüyündə yastıq;
- dəsmal.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstəyə baxış keçirilərək sınığın mövcudluğuna əmin olunur.
2. Xəstə sakitləşdirilir.
3. Aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
4. Xəstə ehtiyatla arxası üstə xərəyə uzadılır.
5. Xəstənin ayaqları dizdən qatlanaraq, bir qədər bir-birindən aralanır.
6. Qatlanmış dizin altına yastıq qoyulur (şəkil 144).
7. Diz yastığa dəsmalla fiksə edilir ki, daşınma zamanı yastıqdan sürüşüb çıxmasın.



Şəkil 144 . Çanaq sümüklərinin zədələnmələrində immobilizasiya

Qapalı kəllə-beyin zədələnmələrində nəqliyyat immobilizasiyası

Göstəriş: silkələnmə, əzilmə, baş beynin sıxılması.

Lazım olan vəsait:

- xərək;
- böyrəkvari ləyən;
- dəsmal.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir.
2. Aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Xəstə arxası üstə uzanmış vəziyyətə xərəyə qoyulur.
4. İmmobilizəedici yaxalıq geyindirilir.
5. Salfet soyuq su ilə isladılıb zədə yerinə qoyulur (ödem və qanaxmanı azaltmaq məqsədi ilə).
6. Xəstə təcili stasionara daşınır.

Qeyd: Əgər xəstə huşsuzdursa, ona nəşatır spirti iylədilir

Qabırğa sınıqlarında nəqliyyat immobilizasiyası

Göstəriş: qabırğa sınıqları.

Lazım olan vəsait:

- enli leykoplastr;
- qayçı.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstəyə baxış keçirilərək sınığın mövcudluğuna əmin olunur.
2. Xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verilir.
3. Xəstə sakitləşdirilir.
4. Aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
5. Sınan nahiyəyə leykoplastrdan kirəmitvari sarğı qoyulur. Bunun üçün:
 - ✓ leykoplastrdan uzun zolaq kəsilir;
 - ✓ leykoplastrın uzun zolağı döş sümüyündən onurğa sütunünədək yapışdırılır;
 - ✓ hər növbəti leykoplastr zolağı əvvəlkinin yarısını örtməklə yapışdırılır (şəkil 145).
6. Xəstə stasionara daşınır.



Şəkil 145. Qabırğa sınıqlarında immobilizasiya

Aşağı və yuxarı ətrafların plastmas və ya pnevmatik şinalarla immobilizasiyası

Son illər daha əlverişli olan pnevmatik şinalardan istifadə edilir. “Kisə” şəklində ikiqat şəffaf materialdan ibarət olan şina zədələnmiş ətrafa geyindirilir, sonra ətrafa bənd olunur və rezin borusundan içərisinə hava doldurulur.

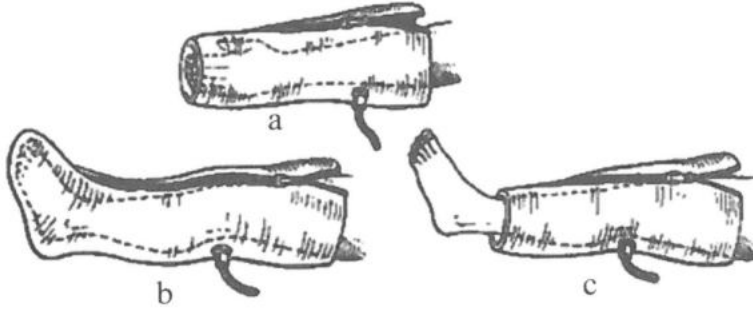
Göstəriş: yuxarı və aşağı ətraf sümüklərinin sınıqları.

Lazım olan vəsait: pnevmatik şina dəsti.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə uzadılır, sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Ətrafa əlverişli fizioloji vəziyyət verilir.
3. Şina bağlamadan çıxarılır və zəncirbəndi açılır.
4. Hava keçirici qurğunun qapağı saat əqrəbinin əksinə fırlatmaqla açılır.
5. Şina ehtiyatla zədələnmiş ətrafa geyindirilir.
6. Zəncirbənd bağlanır.
7. Ağız və ya pedallı nasos vasitəsilə şinaya sərtləşənədək hava doldurulur. Havakeçirici qurğunun qapağı saat əqrəbi istiqamətində hərəkət etdirilməklə bağlanır (şəkil 146).

Qeyd: Kamerada 40-45 mm. civə sütunu təzyiqin olması immobilizasiya üçün qənaətbəxş hesab olunur. Bu zaman ətrafda qan dövranı pozulmur, təkrar zədələnmə baş vermir və şina rentgen şüalarını yaxşı keçirir.



Şəkil 146. Pnevmatik şinalar
a) əl və said üçün; b) ayaq və baldır üçün; c) diz oynaqı üçün;

Pnevmatik şinaların üstünlüyü

1. Paltar və ayaqqabının üzərindən qoymaq əlverişlidir.
2. Onları zədələnmiş ətrafa bintlə sarımaq lazım olmur.
3. Şına çıxarılmadan ətrafın vəziyyətini vizual olaraq müşahidə etmək olur.
4. Çəkisi azdır (yüngüldür).
5. Qoyulması tez və asan olur (hətta zərərçəkən özü də qoya bilər).
6. Şına asanlıqla çıxarıla bilər (havasını boşaltmaq və zəncirbəndi açmaqla)
7. Təkrar istifadə edilə bilər.

Pnevmatik şinaların çatışmazlığı

1. Az olduğundan çətin əldə edilir.
2. Hava doldurularkən ətrafın sıxılması nəticəsində qan dövranı pozğunluğu mümkündür.
3. Yalnız qısa müddətə tətbiq etmək olur.

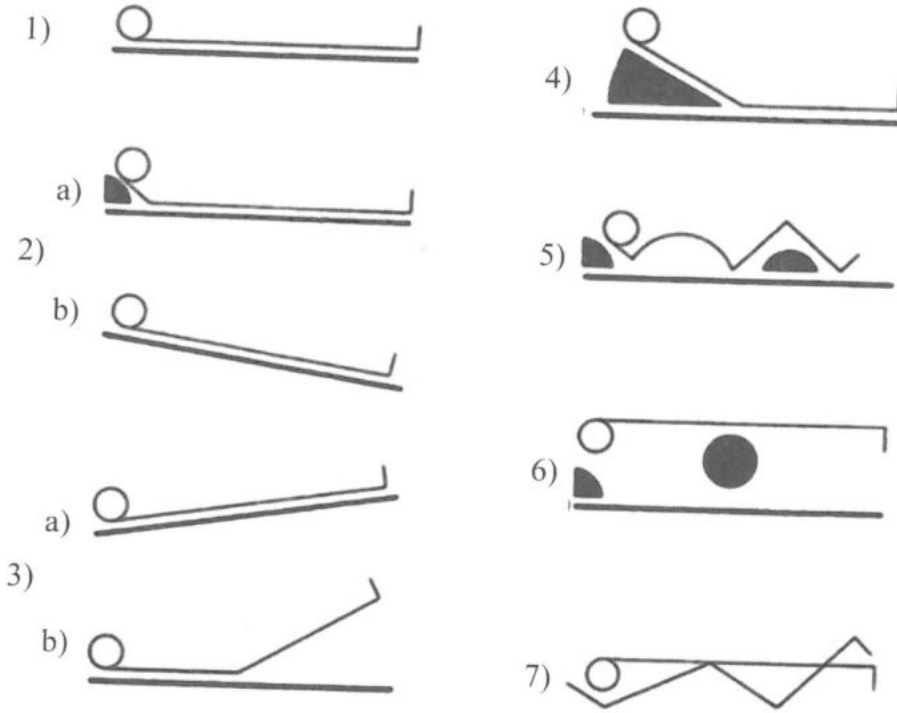
Nəqliyyat şinalarının qoyulmasında buraxıla biləcək səhvlər

1. Qısa şinaların qoyulması (immobilizasiya qaydaları pozulur, hərəkətsizlik yaranmır).
2. Qabaqcadan pambıq və tənzip sarınmamış sərt şinaların qoyulması.
3. Şınanın zədələnmə nahiyəsinin anatomik lokalizasiyasına uyğun gəlməyən modelinin hazırlanması.
4. Şınanın zədələnmiş ətrafda bintlə fiksasiyasının qənaətbəxş olmaması.
5. Qış mövsümündə (xüsusilə qanaxmalarda) immobilizasiya olunan ətrafın qeyri-kafi isidilməsi.

Xəstələrin daşınması

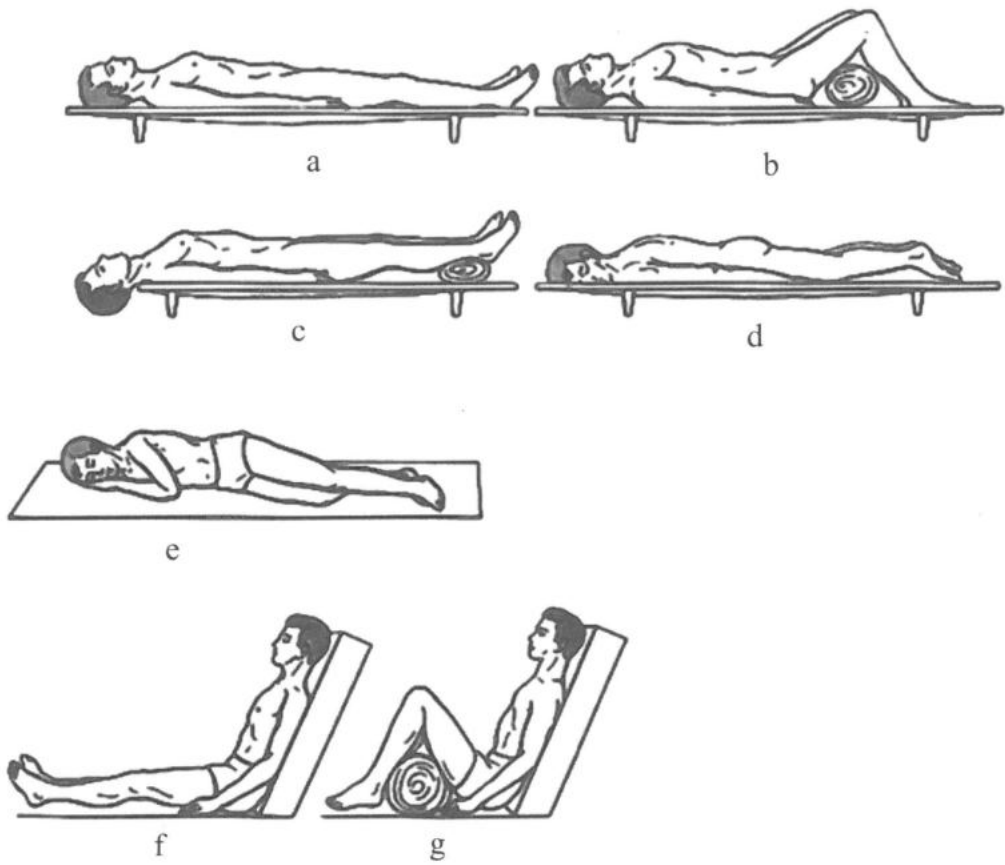
Müalicənin bütün mərhələlərində zərərçəkənin düzgün daşınması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Daşınma metodunun seçilməsi xəstənin vəziyyətindən, travmanın növündən və sərəncamda olan nəqliyyat vasitəsindən asılıdır.

Müxtəlif zədələnmələrdə daşınma zamanı zərərçəkənin xərəkdə yerləşdirilməsinin vəziyyəti aşağıdakı şəkildə göstərilmişdir (şəkil 147-147a).



Şəkil 147. Müxtəlif zədələnmələrdə daşınma zamanı zərərçəkənin xərəkdə optimal yerləşdirilməsi

- 1) onurğa zədələnmələrində;
- 2) kəllə beyin zədələnmələrində;
 - a) baş altına yastıq qoymaqla;
 - b) xəbəyin baş tərəfini qaldırmaqla;
- 3) hipovolemiya və şok zamanı;
 - a) xəbəyin ayaq tərəfini qaldırmaqla;
 - b) xəstənin ayağını qaldırmaqla;
- 4) ağciyər və ürək çatışmamazlığında bədənin yuxarı hissəsini qaldırmaqla;
- 5) qarın zədələnmələrində "qurbağa" vəziyyətində;
- 6) üzün travmalarında üzüstə vəziyyət;
- 7) dərin komatoz vəziyyətdə;



Şəkil 147 a. Daşınma zamanı zərərçəkənin vəziyyəti

a) arxası üstə; b) arxası üstə ayaqlar dizdən bükülmüş vəziyyətdə; c) arxası üstə başı aşağı, ayağı qaldırılmış vəziyyət; d) qarını üstə; e) qarını üstə fiksə olunmuş vəziyyət; f) yarımoturaq vəziyyət; g) yarımoturaq, ayaqlar dizdən bükülmüş vəziyyət;

IX BÖLMƏ

XƏSTƏNİN ƏMƏLİYYATA HAZIRLANMASI

Əməliyyata göstəriş həkim tərəfindən müəyyən edildikdən sonra xəstədə əməliyyatdan qabaqkı hazırlıq aparılır. Bu zaman müayinələr vasitəsilə xəstənin diaqnozu və yanaşı gedən xəstəlikləri dəqiqləşdirilir. Əməliyyata hazırlıq əməliyyatın riskini minimuma endirməyə, əməliyyat təhlükəsinin azaldılmasına, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların qarşısının alınmasına və xəstənin xəstəxanadaxili infeksiyaya yoluxma ehtimalının azaldılmasına xidmət edir.

Xəstənin planlı əməliyyata hazırlanması ambulator şəraitdə həyata keçirilir. Hazırlıq prosesi 2 həftə müddətində davam edir. Əməliyyata bilavasitə hazırlıq isə cərrahi şöbədə əməliyyata 1 sutka qalmış yerinə yetirilir. Xəstənin əməliyyata hazırlanması aşağıdakılardan ibarətdir:

- xəstə cərrahi şöbə ilə tanış edilir;
- əməliyyatın vacibliyi xəstəyə izah edilir və onda yaxşı nəticəyə inam yaradılır;
- xəstənin əməliyyatdan qabaqkı vəziyyəti (arterial təzyiq, nəbz, tənəffüsün sayı və bədənin temperaturu) qiymətləndirilir, qadınlarda sonuncu aybaşının vaxtı dəqiqləşdirilir;
- xəstə ilə birlikdə əməliyyatdan sonrakı qulluğun planı tərtib olunur;
- xəstəyə psixoloji dəstək verilir;
 - özünün hər hansı iztirabı, təlaşı və problemini danışmağa xəstə ruhlandırılır;
 - xəstə anestezioloqun müayinəsinə hazırlaşdırılır;
 - xəstədə aparılacaq əməliyyat haqqında təsəvvürün yarandığına əmin olmaq lazımdır;
 - tibbi personal xəstənin fərdi xarakteri ilə hesablaşmalı, onda xəstəyə qarşı nəzakətliklik, təmkinlilik, səbr və mənəvi qayğı göstərmək bacarığı olmalıdır;
- xəstəyə pəhriz izah edilir, axşam əməliyyat ərəfəsində ona yüngül şam verilir, əməliyyat günü isə qida qəbulu dayandırılır;
- bağırsaqların hazırlanması yerinə yetirilir, əməliyyat ərəfəsində axşam və səhər əməliyyata 3 saat qalmış təmizləyici imalə aparılır;
- xəstəyə əməliyyatdan sonra sudnadan necə istifadə etməsi izah olunur;
- gecə xəstəyə rahat yatması üçün anestezioloq tərəfindən təyin edilmiş sedativ preparatlar verilir;
- xəstəyə əməliyyatdan qabaq və əməliyyatdan sonrakı dövrdə siqaretdən imtinanın vacibliyi başa salınır;

- əməliyyat günü səhər xüsusi ayrılmış otaqda əməliyyat sahəsi qırılır;
- xəstəyə duş qəbul etmək təklif edilir, dəyişək və yataq aqları dəyişdirilir;
- əməliyyat sahəsi 70⁰- li etil spirti ilə silinir və oraya furasillin məhlulunda isladılmış salfet qoyulur;

Xəstə əməliyyat otağına aparılmazdan qabaq bütün gigiyenik prosedurlara əməl etməlidir.

- ✓ ağız yaxalanmalı, dişlər təmizlənməli, protezlər çıxarılmalı və palatada xüsusi stakanda saxlanılmalıdır;
- ✓ burun boşluğu təmizlənməli, kişilər üz və saqqalını qırılmalıdırlar;
- ✓ xəstəyə ayaqyoluna getmək təklif olunur. Əgər xəstədə sərbəst sidik ifrazı mümkün deyilsə onda əməliyyata 30 dəqiqə qalmış sidik kisəsinin kateterizasiyası aparılır;
- ✓ dırnaqlardan boya təmizlənilir (narkoz vaxtı dırnağın rəngini müşahidə edə bilmək üçün) gözdən linzalar götürülür, eynək çıxarılır, saçlardan sancaqlar, qulaqdan eşitmə aparatları çıxarılır;
- ✓ zinət əşyaları (üzük, sırğa, saat, qolbaq, boyunbağı) çıxarılır, baş tibb bacısına və ya xəstənin qohumlarına verilir;
- ✓ xəstənin ev ünvanı və telefonları haqqında qeydiyyatın düzgünlüyü yoxlanılır;
- ✓ dominant əli təyin edilərək (sağ və ya sol) qeyd edilir;
- ✓ əməliyyata 30 dəqiqə qalmış premedikasiya olunur və arabada əməliyyat otağına aparılır;
- ✓ xəstənin lazımsız paltarları çıxarılır;
- ✓ əməliyyat otağına xəstə ilə bərabər xəstəlik tarixi və uyğunluq sınağını yoxlamaq üçün sınaq şüşəsinə götürülmüş qan aparılır;

Qeyd:

1. Yoğun bağırsağ əməliyyatlarında 2-3 gün müddətində xəstənin qidasında selülloza mənşəli ərzaqlar məhdudlaşdırılır.
2. Əgər xəstədə aşağı ətraflarda tromboflebitə şübhə olduqda əməliyyatdan qabaq və sonra elastik corab geyinmək və ya ayaqları elastik bintlə sarımaq məsləhət görülür.

Əməliyyatdan qabaqkı dövrdə xəstənin ağrısızlaşdırma hazırlanmasının mərhələləri.

1. Xəstə ilə əvvəllər hansı ağrı hissənin keçirdiyi müzakirə edilir, ağrı haqqında onun fikirləri, ağrısızlaşdırmada nəyə üstünlük verdiyi öyrənilir.
2. Ağrısızlaşdırmanın metodları və hansı situasiyada tətbiq olunması haqqında söhbət aparılır.

3. Xəstə ilə birlikdə ağrının qiymətləndirilməsi müzakirə edilir və ağrısızlaşdırmanın planı tərtib edilir.
4. Xəstəyə ağrının qiymətləndirilməsi, əməliyyatdan sonra ağrıkəsicilərin tətbiqinə ehtiyac yaranan ağrının səviyyəsinin təyin edilməsi öyrədilir.
5. Xəstəyə ağrıkəsicilər yeridildikdən sonra ağrının davam etməsi baş verdiyi hallarda, dözməklə ağrını azaltmaq əvəzinə həkimi dərhal məlumatlandırmaq tövsiyə olunur. Çünki ağrının əmələ gəlməsinin başlanğıcında ondan daha tez qurtulmaq olur, nəinki uzunmüddətli davam etdikdə.

Xəstənin yerinin dəyişdirilməsi.

Xəstənin yerinin dəyişdirilməsinin növünü həkim müəyyənləşdirir. Manipulyasiya xəstənin özünün köməyi olmadan iki və ya üç nəfərin iştirakı ilə yerinə yetirilir. Xəstələrin nəqli, sərbəst hərəkəti mümkün olmayan xəstələrin əməliyyat otağına və əməliyyat otağından palataya gətirilməsi, onların yerdəyişməsi zamanı xəstəyə maksimum rahatlıq yaradılması məqsədini daşıyır.

Çarpaydan arabaya

Göstəriş: əməliyyatın aparılması üçün xəstənin əməliyyat otağına daşınması.

Lazım olan vəsait:

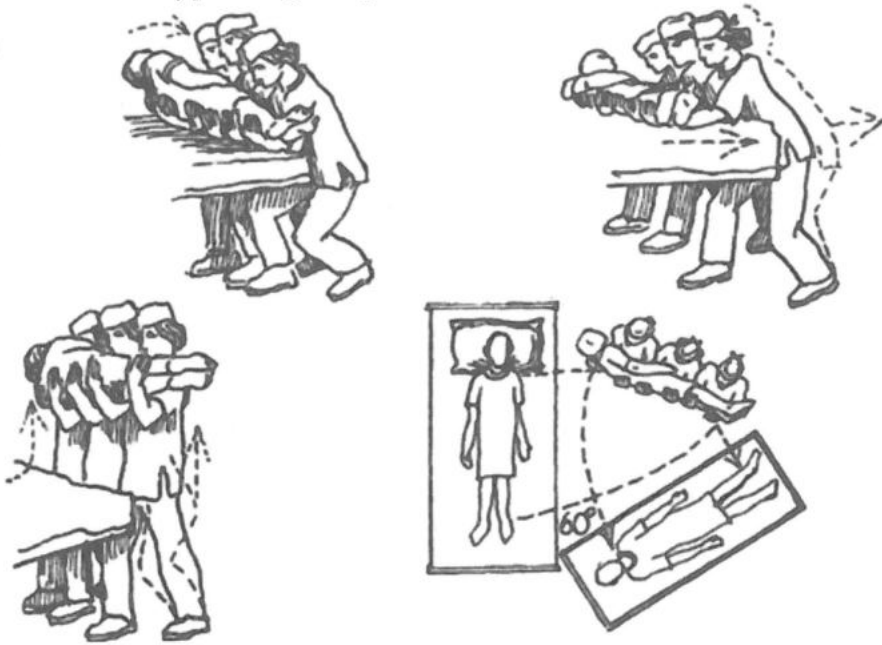
- araba;
- yastıq;
- döşək;
- mələfə.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstənin çarpayısının palatada hansı vəziyyətdə yerləşməsi müəyyənləşdirilir.
2. Xəstəyə aparılacaq manipulyasiyanın gedişi izah edilir.
3. Araba xəstənin çarpayısına sıx yaxınlaşdırılır.
4. Tibb bacılarından biri araba tərəfdə, digəri isə çarpayı tərəfdə dayanır.
5. Xəstədən çarpaydan arabaya keçmək xahiş edilir.
6. Xəstə ağır vəziyyətdə olduqda 3 və ya 4 tibb bacısının köməyi ilə xəstə çarpaydan arabaya keçirilir (şəkil 148).
7. Əvvəl xəstənin yastığı çarpaydan arabaya keçirilərək xəstənin başı altına qoyulur və qolunun vəziyyətinə diqqət yetirilir (xəstənin qolu

bədəni boyu uzadılmalıdır; əgər xəstə kökdürsə, onda qol budun ön səthinin üzərinə uzadılır).

8. Xəstənin üzəri mələfə və ya adyalla örtülür, mələfə və adyalın aşağı kənarı araba döşəyinin altına salınır.
9. Tibb bacılarından biri xəstənin başı, digəri ayaqları tərəfdə durmaqla xəstə əməliyyat otağına aparılır.



Şəkil 148. Ağır xəstənin çarpayından arabaya keçirilməsi.

Qeyd: Əməliyyatdan qabaqkı otaqda xəstə paltarlarını soyunur. Xəstənin psixikasının zədələnməməsindən ötrü, əməliyyat otağına aparılarkən, xəstə əvvəlki əməliyyatdan qalan qana bulaşmış aqları və sarğı vasitələrini görməməlidir.

Əməliyyat otağında xəstəni tam çıpaqlaşdırmaq olmaz! Çılpaq vəziyyətdə xəstə özünü tamamilə müdafiəsiz hiss edir. Aparılacaq əməliyyat kəsiyindən asılı olaraq xəstənin əynində mümkün olan qədər geyimin müəyyən hissəsi (yuxarıda mayka, aşağıda tuman) saxlanılmalıdır. Xəstə şöbənin arabasından, əməliyyat otağının arabasına, çarpayından arabaya keçirilən qaydada keçirilir.

Arabadan əməliyyat stoluna və əksinə

İşin ardıcılığı:

1. Xəstəyə aparılacaq manipulyasiyanın gedişi izah edilir.
2. Xəstə araba ilə əməliyyat otağına salınır.
3. Araba əməliyyat stoluna, baş tərəfləri yanaşı olmaqla sıx yapışdırılır.
4. Araba tərəfdə cərrahiyyə şöbəsinə olan iki tibb bacısı, əməliyyat stolu tərəfdə isə iki əməliyyat tibb bacısı dayanır.

5. Üzbəüz hər iki əl saidədək qarşı qarşıya xəstənin altına salınır.
 - ✓ xəstənin başı üzərində duran tibb bacıları sağ əllərini xəstənin boyun və çiyinin altına, sol əllərini isə döş qəfəsinin altına salaraq birləşdirirlər.
 - ✓ xəstənin aşağı ətrafı tərəfində duran tibb bacıları sağ əllərini xəstənin çanağının altına sol əllərini isə baldırın altına salaraq birləşdirirlər.
6. Tibb bacılarından biri 1,2,3 komandası verərək, dördü də birlikdə xəstəni qaldırıb əməliyyat stoluna keçirirlər.

Qeyd: Eyni hərəkətlə xəstə əməliyyat stolundan arabaya keçirilir. Bu zaman tibb bacıları xəstənin hansı nahiyəsində əməliyyatın aparıldığını bilməli, eyni zamanda qoyulan sistem və ya drenajlar nəzərə alınmalıdır.

Əməliyyatdan sonra arabadan çarpayuya

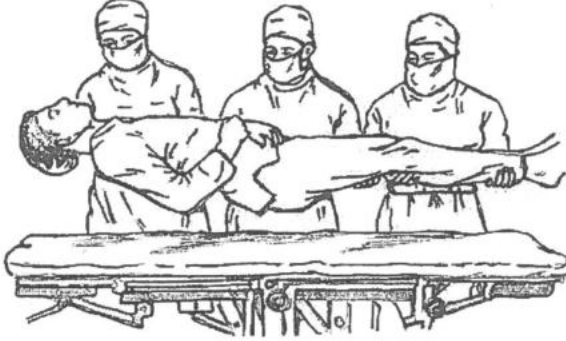
Xəstənin əməliyyat otağından palataya gətirilməsi və çarpayuya qoyulması dəqiqliklə icra olunmalıdır. Xəstənin və tibbi personalın zədələnməməsi üçün kömək edənlərin sayı kifayət qədər olmalı və xəstənin çəkisi nəzərə alınmalıdır.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstənin çarpayısının palatada necə yerləşməsi müəyyənləşdirilir (araba çarpayuya münasibətdə bir neçə cür yerləşir: paralel, ardıcıl, sıx, bucaq altında).
2. Xəstəyə aparılacaq manipulyasiyanın gedişi izah edilir.
3. Arabanın çarpayuya nisbətən yerləşmə metodlarından biri seçilir və araba ilə çarpayı arasında dayanmaq üçün kifayət qədər məsafə saxlanılır.
4. Xəstənin çarpayısı hazırlanır (əgər xəstə yerli anesteziya ilə əməliyyat olunmuşsa xəstənin başı altına yastıq qoyulur, yaxud ümumi anesteziya ilə əməliyyat olunmuşsa xəstənin başı altına yastıq qoyulmur və bu zaman xəstə 6-8 saat müddətində yastıqsız uzanmalıdır).
5. Araba ilə çarpayı arasında 3 nəfər tibb bacısı dayanır və əllərini saidə qədər xəstənin altına salırlar.
 - ✓ xəstənin başı yanında dayanan tibb bacısı sağ əlini xəstənin boynu və çiyinin altına salır, sol əli ilə isə qucaqlayırmış kimi xəstənin əks tərəfdəki qolundan yapışır;
 - ✓ ortada dayanan tibb bacısı sağ əlini xəstənin kürəyinin, sol əlini isə belinin altına salır;
 - ✓ xəstənin çanağını yanında dayanan tibb bacısı sağ əlini xəstənin belinin altına, sol əlini isə baldırının altına salır;
6. Xəstəni arabadan çarpayuya qoymaq üçün tibb bacılarından biri 1,2,3 komandası verir. Xəstənin baş tərəfində dayanan tibb bacısı çevrilir və tibb işçiləri xəstəni qolları üstə daşıyırlar (şəkil 149).

7. Xəstə ehtiyatla çarpayıya qoyulur, üzəri örtülür və araba palatadan çıxarılır.

Qeyd: Əgər xəstədə drenajlar və ya digər qurğular qoyulmuşsa, onda onları tutmaq üçün əlavə personala ehtiyac yaranır.



Şəkil 149. Xəstənin arabadan çarpayıya keçirilməsi.

Əməliyyatdan sonrakı palatada xəstəyə cavabdehlik daşıyan tibb bacısının bilməli olduğu məsələlər

- hansı əməliyyat icra olunduğunu;
- həyati vacib orqanların funksiyalarının vəziyyətini;
- əməliyyat zamanı yeridilən dərman maddələri (anestetiklər də daxil olmaqla), mayelər, qan və qan preparatları və narkozun növünü;
- əməliyyat zamanı qan itkisini və ifraz olunan (sidik və ya drenajla) mayenin miqdarını;
- kateterlərin və drenajların sayını;
- əməliyyatın və anesteziyanın gedişində baş vermiş problemləri;
- anomaliyaları və yanaşı gedən xəstəlikləri;
- tələb olunan xüsusi nəzarət və manipulyasiyaları.

ƏMƏLİYYATLARIN NÖVLƏRİ

Cərrahi əməliyyatları cərrahın icra etməsinə baxmayaraq, cərrahi şöbədə işləyən tibb bacıları, eləcə də əməliyyat tibb bacıları müxtəlif nahiyələrdə aparılan əməliyyatların növlərini bilməli, adlarını tanımalı və əməliyyatların gedişi haqqında məlumatlı olmalıdırlar. Bu baxımdan aşağıda orqanizmin müxtəlif orqan və toxumalarında aparılan əməliyyat növləri haqqında məlumatlar verilmişdir.

Sümüklərdə aparılan əməliyyatlar

1. **Osteosintez** – sınıqlardan sonra sümük qırıntılarının metal lövhəcik, mil və mismar vasitəsilə birləşdirilməsi.
2. **Osteotomiya** – sümüklərin kəsilməsi.
3. **Sekvesterektomiya** - sümüklərin açılması və əmələ gələn sümük sekvesterlərinin çıxarılması.
4. **Artrotomiya** – oynaqaların açılması.
5. **Oynaqaların rezeksiyası** – oynaq səthlərinin bir hissəsinin çıxarılması.
6. **Artroplastika** – oynaqaların rezeksiyasının sonradan transplantantlarla plastikası.
7. **Tenotomiya** – vətərlərin kəsilməsi.
8. **Miotenoplastika** - əzələ və vətərlərin köçürülməsi.
9. **Neyrorafiya** – sinir üzərində əməliyyat .
10. **Veneseksiya** – venaların yarıılması.
11. **Venektomiya** – venaların bir hissəsinin kənar edilməsi.
12. **Amputasiya** - ətrafların kəsilərək götürülməsi.

Baş və onurğada aparılan əməliyyatlar

1. **Trepanasiya** – kəllə sümüklərinin açılması.
2. **Laminektomiya** – onurğa kanalının açılması.

Boyunda aparılan əməliyyatlar

1. **Traxeotomiya** – traxeyanın yarıılması.
2. **Traxeostomiya** – traxeyada stomanın formalaşdırılması.
3. **Ezofaqotomiya** – qida borusunun açılması.
4. **Ezofaqostomiya** – qida borusunda stomanın formalaşdırılması.
5. **Strumektomiya** – qalxanabənzər vəzinin çıxarılması.

Döş nahiyəsində aparılan əməliyyatlar

1. **Qabırğanın rezeksiyası** – qabırğanın bir hissəsinin çıxarılması.
2. **Sternotomiya** - döş sümüyünün yarıılması.
3. **Torakotomiya** – döş boşluğunun açılması.
4. **Pulmonektomiya** – ağ ciyərin çıxarılması.
5. **Lobektomiya** – ağciyərin payının çıxarılması.
6. **Perikardektomiya** – perikardın çıxarılması.
7. **Mastektomiya** – süd vəzisinin çıxarılması.
8. **Süd vəzisinin rezeksiyası** – vəzinin şöbəsinin çıxarılması.

Qarın divarı yırtıqları zamanı aparılan əməliyyatlar

1. **Herniotomiya** – yırtıq qapısının plastikası

Qarın boşluğu üzvləri üzərində aparılan əməliyyatlar

1. **Laparotomiya** – qarın boşluğunun açılması.
2. **Qastrotomiya** – mədənin açılması.
3. **Qastrostomiya** – mədəyə stomanın qoyulması.
4. **Qastrektomiya** - mədənin çıxarılması.
5. **Qastroenteroanostomoz** – mədə ilə nazik bağırsağ arasında fistulun yaradılması.
6. **Bağırsağın rezeksiyası** – bağırsağın bir hissəsinin kəsilib götürülməsi.
7. **Xolesistotomiya** – öd kisəsinin açılması.
8. **Xolesistoektomiya** – **öd kisəsinin çıxarılması.**
9. **Mədəaltı vəzin rezeksiyası** – mədəaltı vəzin cisminin və quyruğunun kəsilib götürülməsi.
10. **Splenektomiya** – dalağın xaric edilməsi.
11. **Enterostomiya** – nazik bağırsaqda svişin yaradılması.
12. **Kolostomiya** – yoğun bağırsaqda svişin yaradılması.
13. **Appendektomiya** – soxulcanabənzər çıxıntının çıxarılması.

Peritonarxası sahənin üzvlərində aparılan əməliyyatlar

1. **Nefrotomiya** – böyrəyin açılması.
2. **Nefrostomiya** –böyrəyə svişin qoyulması.
3. **Nefropeksiya** – böyrəyin tikilməsi.
4. **Nefrektomiya** – böyrəyin xaric edilməsi.
5. **Pielotomiya** – böyrək ləyəninin açılması .

Kiçik çanaq üzvlərində və aralıqda aparılan əməliyyatlar

1. **Düz bağırsağın rezeksiyası** – düz bağırsağın bir hissəsinin kəsilib götürülməsi
2. **Ekstirpasiya** – uşaqlığın çıxarılması.
3. **Sistotomiya** – sidik kisəsinin açılması.
4. **Sistektomiya** – sidik kisəsinin xaric edilməsi.
5. **Sistostomiya** – sidik kisəsinə svişin qoyulması.

CƏRRAHİ ALƏTLƏR

Hər bir cərrahi fəaliyyət üçün cərrahın əllərinin davamı kimi müvafiq cərrahi alətlər lazımdır. Cərrahi alətlər dedikdə cərrahi əməliyyatlar zamanı cərrahın orqan və toxumalar üzərində manipulyasiyalar aparmaq üçün lazım olan texniki vasitələr başa düşülür. Tətbiq olunmalarına görə alətlər ümumi (bütün əməliyyatlarda istifadə edilirlər, şəkil 150) və xüsusi (müəyyən növ əməliyyatlarda istifadə edilirlər, şəkil 151) olmaqla iki yerə bölünürlər. Cərrahi alətlərin istifadəsinə aşağıdakı tələblər qoyulur:

1. Cərrahi əməliyyatların icrası zamanı yalnız saz alətlərdən istifadə olunmalıdır.
2. Hər bir cərrahi alət mütləq öz təyinatına uyğun olaraq istifadə olunmalıdır.
3. Alətlə işləyərkən onu inamla, bununla belə yüngül tutmaq lazımdır. Tibbi personal istifadə etdiyi alətlərin dəstəyini deyil, işlək ucunu-branşını hiss etməlidir.
4. Bütün əməliyyatlar zamanı alətlərdən kəskin hərəkətlərlə deyil, sərbəst və ritmiki istifadə edilməlidir. Alətlə işləyən zaman canlı toxumalarla çox ehtiyatlı davranışa xüsusi fikir verilməlidir.

Funksional əlamətlərinə və təyinatına görə cərrahi alətlər beş qrupa bölünürlər:

1. Toxumaları kəsib ayıran alətlər:
2. Toxumaları tutan alətlər
3. Yara genişləndirici alətlər
4. Toxumaları birləşdirən alətlər
5. Toxumaları mühafizə edən alətlər

Əməliyyatların texnikasının təkmilləşməsi və müasir cərrahiyyənin səviyyəsinin artması, daha mürəkkəb alətlərin yaranmasına, eləcə də mövcud cərrahi alətlərin də təkmilləşdirilməsinə təkan vermişdir.

Ona görə də toxumaları ayırmaq üçün mexanikləşdirilmiş alətlər: elektrik bıçağı, elektrik mişarı, ultrasəs və krioskalpel, lazer skalpeli və s meydana gəlmişdir. Yanıqların plastikası üçün geniş sahəli dəridən iri loskut götürə bilmək üçün elektrodermatomlar yaranmışdır.

Cərrahi texnikanın əhəmiyyətli dərəcədə əldə olunan nailiyyətlərinə damarları, sinirləri, ürək, bronx, beynin sərt qişası, sümük, mədə, bağırsağı tikmək üçün xüsusi aparatları aid etmək olar. Hər bir tibb bacısı alətlərlə yanaşı, əməliyyatları icra etmək üçün lazım olan alətlər dəstəni də tanımalıdır.

Ümumi cərrahi alətlər

I. Toxumaları kəsib ayıran alətlər: 1-qarın skalpeli; 2-itiuclu skalpel; 3-düz rezeksiya bıçağı; 5-amputasiya bıçağı; 6-küt uclu qayçı; 7-iti uclu qayçı; 8-Kuper qayçısı; 9-Rixter qayçısı; 10-damar qayçısı.

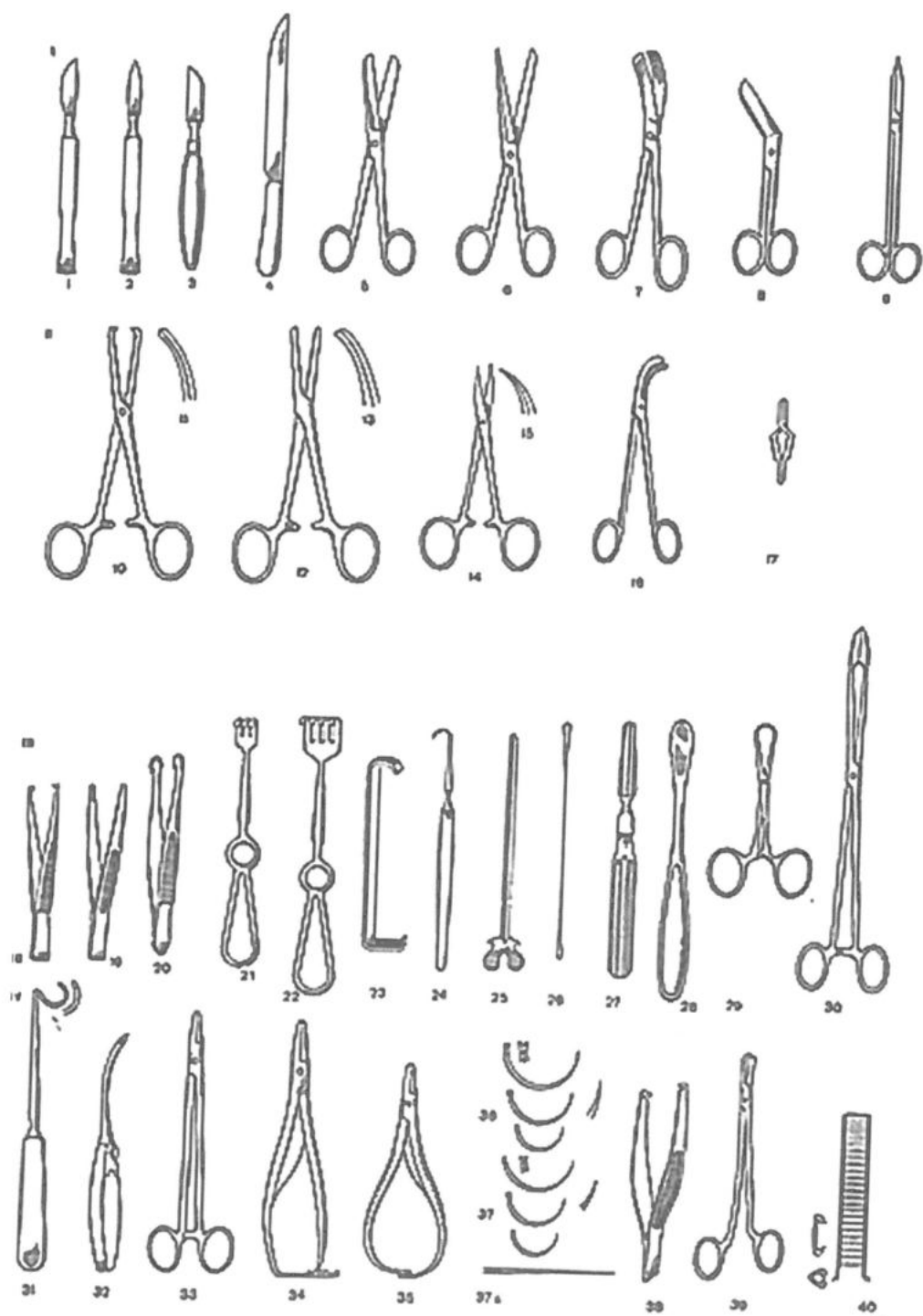
II. Qandayandırıcı alətlər: 10-11-Koxer sıxıcısı (düz və əyri); 12-13-Bilrot sıxıcısı (düz və əyri); 14-15-“Moskit” sıxıcısı (düz və əyri); 16-dissektor; 17-Blelok damar sıxacı.

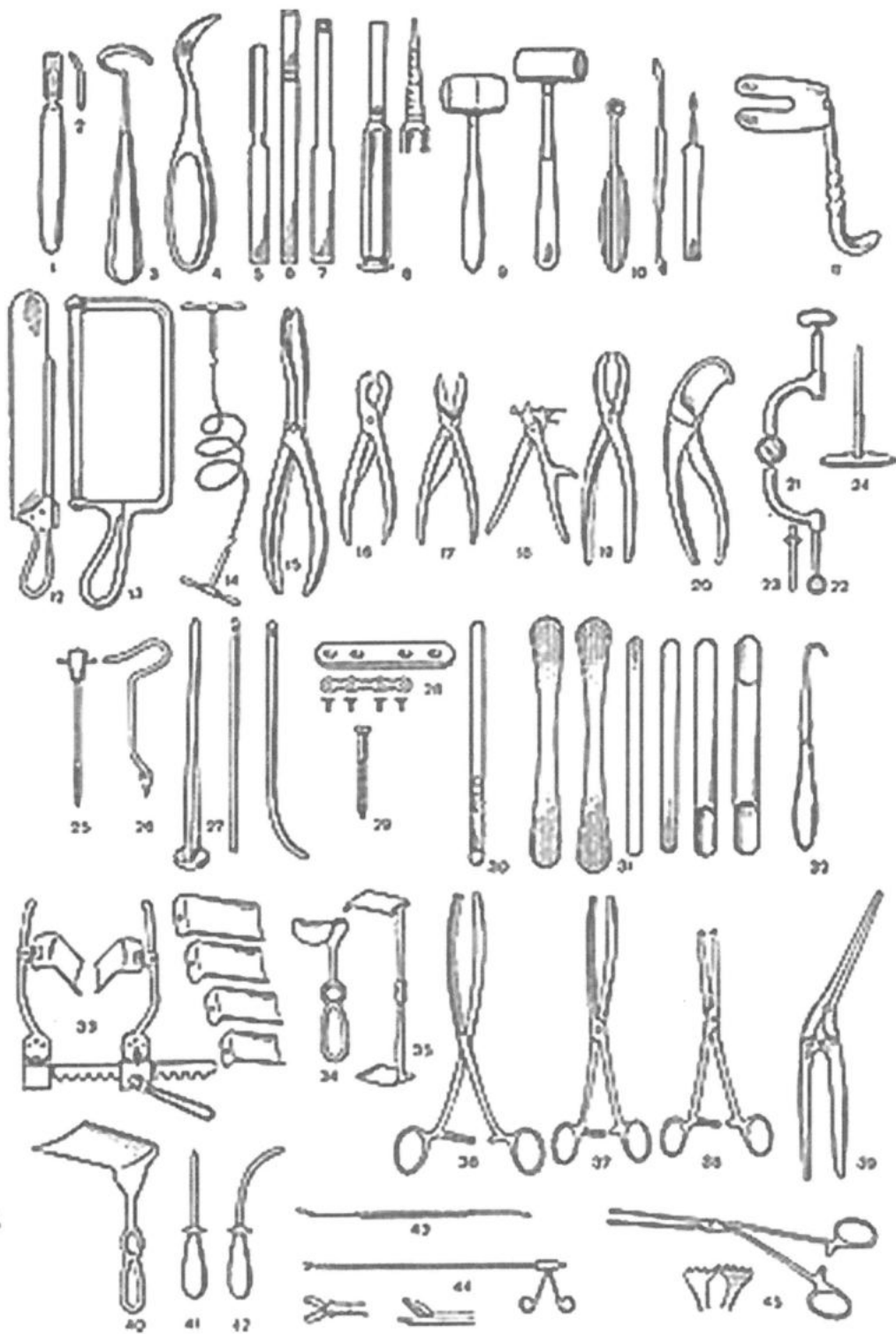
III. Toxumaları tutan alətləri: 9-cərrahi pinset; 20-anatomik pinset; 21-pəncəşəkilli pinset; 22-23-iti və küt dişli qarmaq; 23-Farabef qarmağı; 24-birdişli qarmaq; 25-novlu zond; 26-düyməli zond; 27-Koxer zonu; 28. Buyalski lapatkası; 29-ağlar üçün tutqac; 30-kornsanq.

IV. Toxumaları birləşdirən alətlər: 31-Deşan iynəsi; 32-Reverden iynəsi; 33-Geqar iynə-tutğacı; 34-Trayanov iynə-tutğacı; 35-Matye iynə-tutğacı; 36-deşici iynə; 37-kəsici iynə; 37a-düz iynə; 38-qövs pinseti; 39-qövssökən pinset; 40-Mişel qövsü.

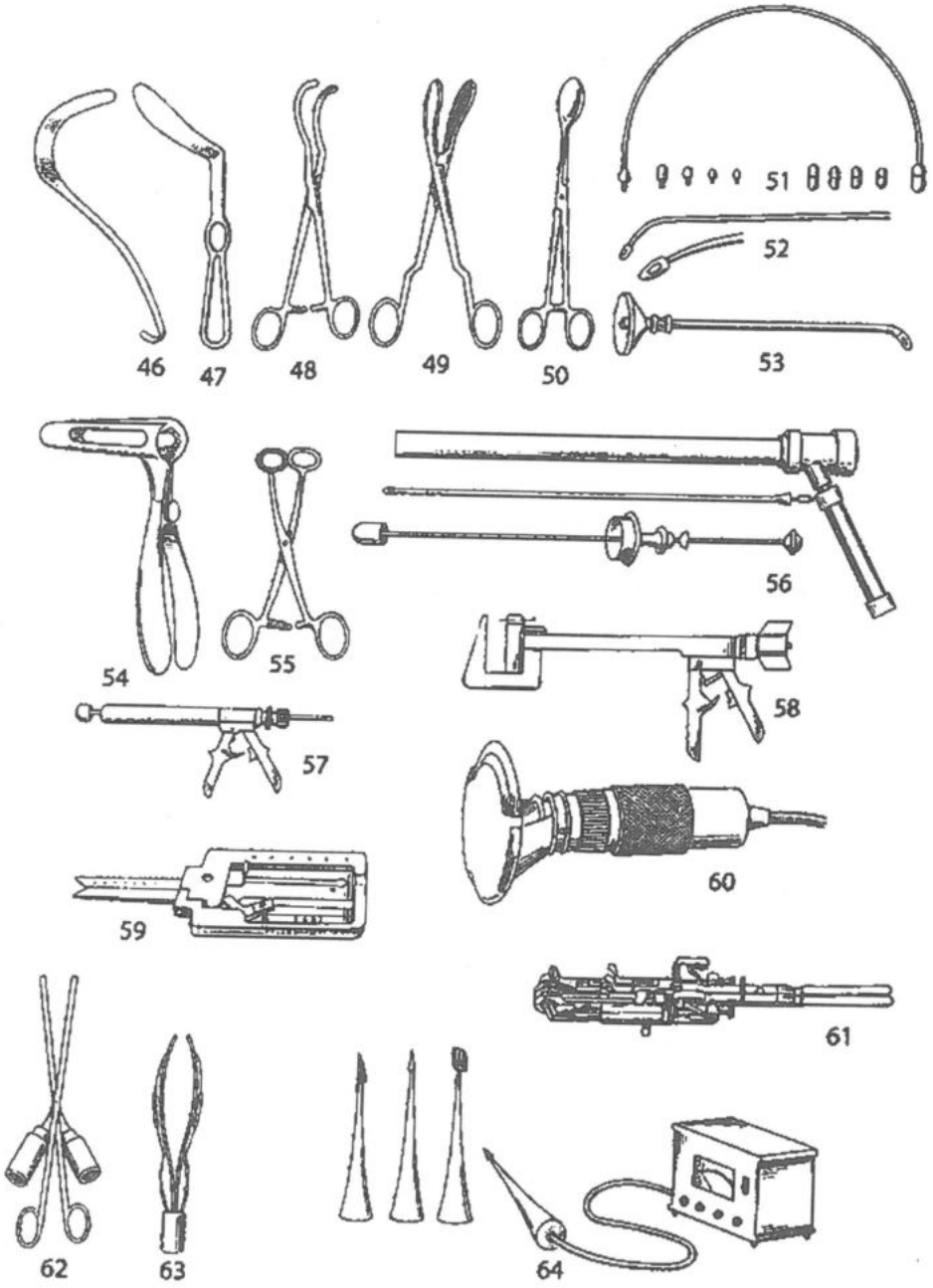
Xüsusi cərrahi alətlər

1-2-düz və əyri raspator; 3-qabırğa raspatoru; 4-elevator; 5-7- isgənə; 8-osteotom; 9-çəkiç; 10-sümük qaşığı; 11-retraktor; 12-lay mişar; 13-qövşəşəkilli mişar; 14-məftilli mişar; 15-sekvesteral kəlbətin; 16-Lüer kəlbətini; 17-Liston kəlbətini; 18-Dalgren kəlbətini; 19-sümük tutğacı; 20-Duayyen qabırğa qayçısı; 21-əl sümük deşəni; 22-şarşəkilli sverlo; 23-nizəşəkilli sverlo; 24-burğu; 25-sverlo; 26-perforator; 27-osteosintez üçün ştift; 28-29-ostiesintez üçün metal plastinka və şurup; 30-Polenov keçiricisi; 31-beyin şpateli; 32-tək dişli sümük qarmaq; 33-yaragenişləndirici; 34-bucaqlı güzgü; 35-C şəkilli güzgü; 36.-elastik bağırsağ sıxacı; 37-əzən bağırsağ sıxacı; 38-Mikuliç sıxıcısı; 39-Payer sıxacı; 40-qaraciyər güzgüsü; 41-42-troakar (düz və əyri); 43-metal qaraciyər mili; 44-biopsion kəlbətin; 45-pəncəşəkilli kəlbətin; 46-kisə güzgüsü; 47-böyrək güzgüsü; 48-Fyodrov sıxıcısı; 49-Levkoviçin əyri kəlbətin; 50-qasıqvari kəlbətin; 51-kateterləri retroqrad yeritmək üçün keçirici; 52-uretral mil; 53-sistoskop; 54-düzbağırsağ güzgüsü; 55-Lüer sıxıcısı; 56-ektoromonoskop ; 57-bağırsağ və mədə üçün tikiş aparatı; 58-ağciyər kökünü tikmək üçün aparat; 59-mədə-bağırsağ anastomozu üçün aparat; 60-elektrodermatom; 61-damar tikmək üçün aparat; 62-kriosıxıcı; 63-kriopinset; 64-diatermokoaqulyator.





Şekil 150. Ümumi cerrahi aletler.



Şəkil 151. Xüsusi cərrahi alətlər

Laparoskopik əməliyyatlarda istifadə olunan əsas alətlər.
Laparoskopik dəst.

1. Akvapurator, işıqötürən .
2. Laparoskop (düz və çəp optik boruya mənsub).
3. Pnevmo-peritoneuma qoyulan birdəfəlik və dəfələrlə işlədilən iynələr.
4. Qarın boşluğuna düşdükdən sonra iti uclu iynələri əvəz edən küt iynələr.
5. Birdəfəlik və dəfələrlə işlədilən traokarlar (iti uclu və üç üzlü).
6. Yumşaq və sərt branşlı laparoskopik sıxıcılar.
7. Elektrocərrahi qayçı və elektrocərrahi qarmaqlar.
8. Applikator.
9. Zondlar.
10. Aspirasion boru.

Laparoskopik əməliyyatlar zamanı işləyən tibb bacısının vəzifələri

Laparoskopik əməliyyatlar zamanı cərrahi briqadaya bir həkim və iki tibb bacısı daxil edilir. Belə əməliyyatlar zamanı kömək edən tibb bacısı aşağıda göstərilənləri bacarmalıdır:

1. Müəyyən sahəyə aid cərrahi xəstəliklər və onların əsas müalicə üsulları haqqında təsəvvürə malik olmalıdır.
2. Laparoskopik aparatları yaxşı tanımalı, endovideocərrahi müdaxilələrin metodikasını bilməlidir.
3. Müxtəlif endoskopik alətlərlə işləmək bacarığını mənimsəməli, təcrübəsini gündən-günə təkmilləşdirməli və onların təyinatını bilməlidir.
4. Əməliyyat tibb bacısının və prosedura otağı tibb bacısının vərdişlərinə malik olmalıdır.
5. Müxtəlif endoskopik əməliyyatlar zamanı baş verə biləcək əsas ağırlaşmaları bilməli, onların profilaktikası və müalicə üsullarından xəbərdar olmalıdır.
6. Laparoskopik əməliyyatlar zamanı xəstəyə psixoloji dəstək verməlidir.

X BÖLMƏ.

OPERATİV CƏRRAHIYYƏ

Operativ cərrahiyyə - cərrahi əməliyyatlar haqqında təlimdir. Bütün cərrahi əməliyyatlar ən sadədən ən mürəkkəbədək bir-biri ilə üzvi surətdə əlaqəli olan 3 elementdən ibarətdir.

1. Toxumaların kəsilməsi.
2. Qanaxmaların dayandırılması.
3. Toxumaların tikilməsi.

Xəstə əməliyyat otağına daxil olduqdan sonra əməliyyatdan qabaqkı dövr qurtarır və əməliyyat dövrü başlayır. Əməliyyat dövrü ibarətdir:

- xəstənin əməliyyat stoluna uzadılmasından;
- yerli və ya ümumi anesteziyanın yerinə yetirilməsindən;
- əməliyyat sahəsinin hazırlanmasından;
- əməliyyatın özündən;
- xəstənin narkozdan ayıldılmasından;
- əməliyyatın başa çatmasından.

Yaranın birincili cərrahi işlənməsi

Göstəriş: yumşaq toxumaların yaralanması.

Əks göstəriş: şok, kəskin qanıtirmə, kollaps, irinli iltihabın inkişafı.

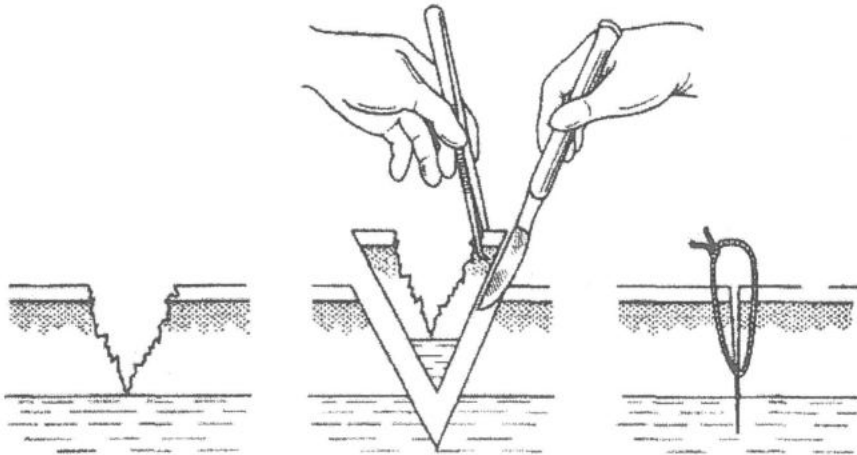
Lazım olan vəsait:

- steril alətlər stolu;
- əməliyyat ağıları;
- rezin əlcəklər;
- steril sarğı vasitələri;
- tikiş materialı;
- skalpel;
- Koxer və Bilrot sıxıcıları;
- Kuper və Rixter qayçıları;
- dişli yaragenişləndiricilər və Farabef;
- Deşan iynəsi, kəsici iynələr;
- iynətutqacı;
- novlu və düyməli zondlar;
- şprislər;
- 0,2%-li furasillin məhlulu;
- 1%-li yodonat məhlulu;

- 70⁰-li etil spirti;
- 0,5 və ya 0,25%-li novokain məhlulu;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- 0,9%-li natrium xlorid məhlulu;

İşin ardıcılıığı:

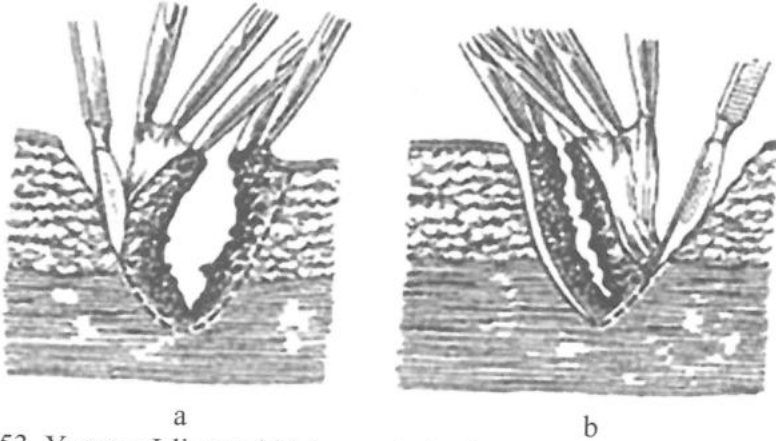
1. Əməliyyat paltarı və əlcəklər geyilir.
2. Yara ətrafı 0,02 %-li furasillin məhlulu və ya 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
3. Yara da eyni məhlulla silinir və qurudulur.
4. Yara ətrafı 2 dəfə yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
5. Yara ətrafına hər tərəfdən steril salfet salınaraq sıxıcı ilə bərkidilib yara üçün pəncərə yaradılır.
6. Yara ətrafı spirtlə isladılmış salfetlə silinir.
7. Yara nahiyəsində yerli anesteziyanın metodlarından biri ilə ağrısızlaşdırma aparılır.
8. Yara yaragenişləndirici vasitəsilə genişləndirilir və kənarlarından dibinədək diqqətlə baxılır.
9. Pinset və qayçı vasitəsilə yad cisimlər çıxarılır.
10. Yaranın yerləşdiyi nahiyədən asılı olaraq onun kənarlarındakı sağlam dəri 0.5-1.0 sm məsafədə yaranın dibinə qədər, yaşama qabiliyyətini itirmiş, əzilib-didilmiş yaranın nekrotik toxumaları pinset və skalpelin köməyi ilə kəsilib götürülür (şəkil 152-153).
11. Yara, şpris və ya yumşaq tampondan istifadə etməklə antiseptik məhlullarla yuyulur.



Şəkil 152. Yaranın I-li cərrahi işlənməsinin sxemi.

12. Damarların bağlanması ilə qanaxma dayandırılır.
13. Yara qurudulur, yara ətrafı yodonat məhlulu ilə silinir.
14. Yaraya qat-qat düyünlü tikiş qoyulur.
15. Yara yodonatla silinir, quru steril salfet qoyulur və fiksasiya edilir.
16. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Qeyd: Cırılmış, çirklənmiş, dişlənmiş yaralarda və yaralanmadan 24 saatdan çox vaxt keçdikdə tikişlər qoyulmur və yara drenajlanır. Üzdə, əldə boyun nahiyəsində olan yaraların kənarları kəsilmədən tikilməlidir.



Şəkil 153. Yaranın I-li cərrahi işlənməsində pinset və skalpelin köməkliyi ilə nekrotik toxumanın kəsilib götürülməsi.
a) kəsilmənin başlanması; b) kəsilmənin yara dibini götürməklə başa çatması

Yaraya düyünlü tikişlərin qoyulması

Göstəriş: təmiz yaralar.

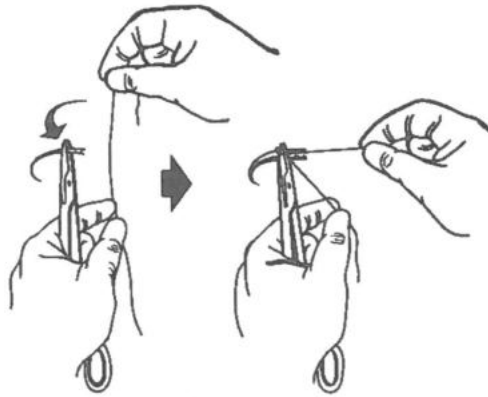
Əks göstəriş: irinli, dişlənmiş, çirklənmiş yaralar.

Lazım olan vəsait:

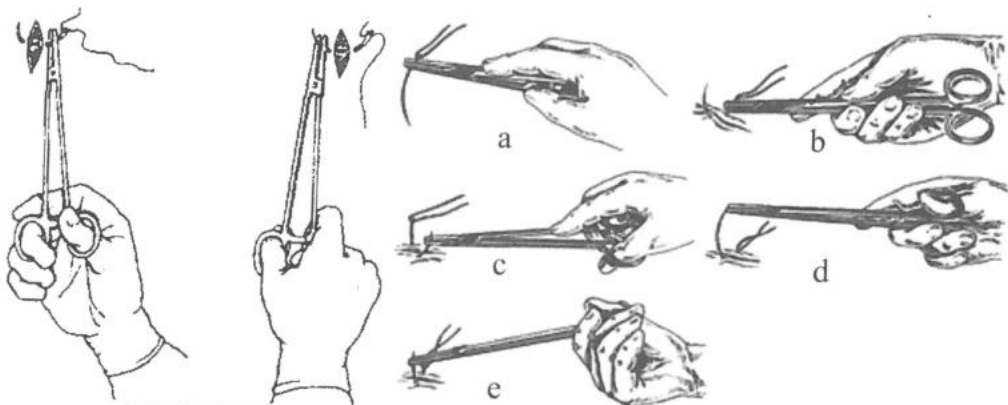
- steril böyrəkvari ləyən;
- rezin əlcəklər;
- 1%-li yodonat məhlulu, 70⁰-li etil spirti;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- steril sarğı vasitələri;
- pinsetlər;
- iynətutqacı;
- kəsici iynə;
- tikiş materialı;
- şpris;

İşin ardıcılığı:

1. Əlcəklər geyilir.
2. Yara ətrafının dərisi 2 dəfə yodonat məhlulu ilə işlənir.
3. Yara ətrafı təkrarən 70⁰- li etil spirtində isladılmış salfetlə silinir.
4. Yerli anesteziyanın metodlarından biri ilə yerli ağrısızlaşdırma aparılır.
5. Kəsici iynə qulaqcığından iynətutqacı ilə tutulur.
6. İynənin gözünə tikiş materialı salınır (şəkil 154).
7. Yaranın bir kənarında toxuma cərrahi pinsetlə tutulur.
8. İynətutqacındakı saplanmış iynə yara kəsiyinin kənarından 1 sm aralı məsafədə xaricdən dəriyə batırılaraq yaranın dibindən aparılır.
9. İynə yara kəsiyinin o biri tərəfinin kənarından 1 sm aralıda batırılaraq daxildən xaricə keçirilir (şəkil 155).
10. İynənin iti ucundan iynətutqacı ilə tutulur.
11. İynə çıxarılarəkən dəri cərrahi pinsetlə tutulub saxlanılır.
12. İynə toxumadan çıxarılır və sapdan azad edilir.
13. Köməkçi tərəfindən yara kənarları cərrahi pinsetlə tutularaq birbirinə yaxınlaşdırılır.
14. Sapın ucu yaranın bir tərəfində adi qayda ilə yaxud ikiqat cərrahi düyün şəklində 3 dəfə düyünlənir (şəkil 156).
15. Sapın artıq hissəsi düyündən 1 sm. aralıda kəsilir (şəkil 160).
16. Digər tikişlər eyni qayda ilə əvvəlki tikişdən 1 sm. aralı qoyulur (yəni tikişlər arasında orta hesabla 1 sm. məsafə olmalıdır, şəkil 157).
17. Tikişlər yaraya paralel istiqamətdə düyünlənir (köndələn düyünlər yalnız yaranın dərinliyində qoyulur, şəkil 158).
18. Tikiş yodonatda isladılmış salfetlə silinir.
19. Üzərinə salfet qoyulur və fiksasiya edilir.
20. Əlcəklər çıxarılır və istifadə olunmuş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

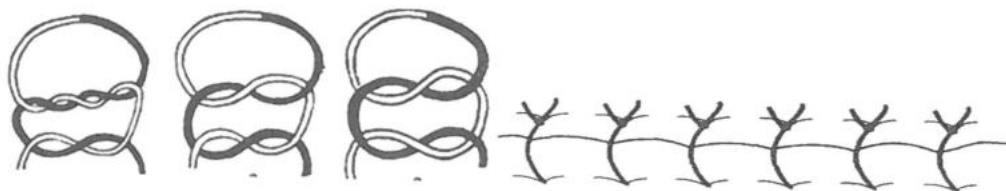


Şəkil 154. İynənin saplanması.



Şəkil 155. Yaraya tikişin qoyulmasında iynə-tutqacın tətbiqi. a), b)-düzgün, c), d), e) qeyri düzgün

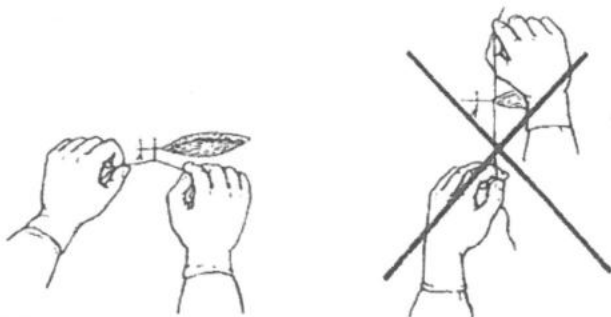
Qeyd: 1 Dəri üzərinə tikişlər qoyduqda çalışmaq lazımdır ki, tikişlər arasında məsafə 2 sm-dən artıq olmasın, sapı dartıldıqda və tikişi möhkəmləndirdikdə yaranın kənarları (ağzı) bir-birinə sıx toxunsun, bərabər bitişsin və çevrilməsin, hər iki tərəfdə iynənin batırılan yeri eyni məsafədə olsun, nəhayət düyün yaradan kənara tikiş xəttindən yan tərəfə düşmüş olsun. Düyün qoyularkən hələ ikinci düyünlə möhkəmləndirilməmiş, birinci düyünün orada boşalmasına yol verilməməlidir (şəkil 159). Düyün barmağa çox dəydikdə öz möhkəmliyini itirir və eyni zamanda infeksiyalaşmaq təhlükəsi də artır.



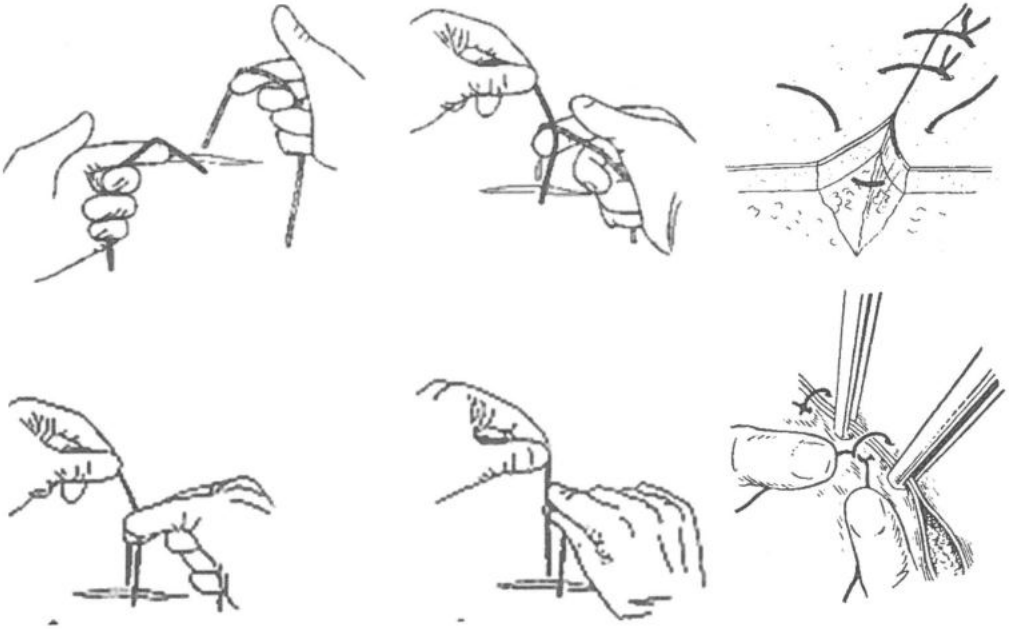
a) b) c)

Şəkil 156. Düyünlərin növləri:
a) ikiqat cərrahi düyün; b) sadə (qadın);
c) dənizçi;

Şəkil 157. Dəridə düyünlü tikişlərin düzgün yerləşməsi



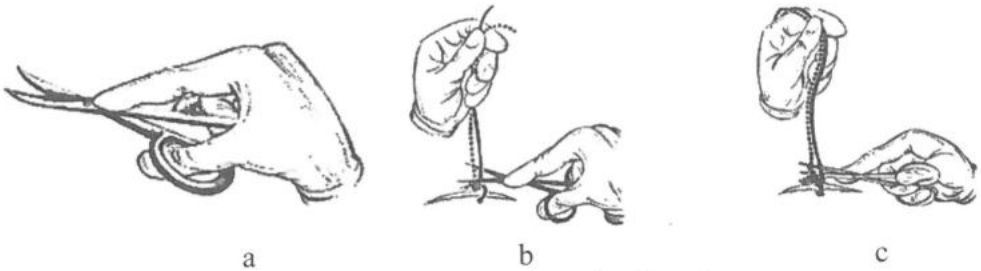
Şəkil 158. Dəridə sapın düzgün və qeyri düzgün düyünlənməsi



Şəkil 159. Sadə düyünlü tikişlərin bağlanması

Qeyd 2. Sapın artıq hissəsinin kəsilməsi ilk baxışdan sadə manipulyasiya kimi görünə də, tikişin formalaşmasının çox vacib və yekun mərhələsidir (şəkil 160). Tikişin etibarlılığı bu mərhələnin düzgün yerinə yetirilməsindən asılıdır. Sapın artıq hissəsinin kəsilməsində 3 növ səhvlər buraxıla bilər.

1. **Düyünün kəsilməsi.** Sapın artıq hissəsinin kəsilməsi əvəzinə ehtiyatsızlıqdan düyünün özü kəsilir.
2. **Sapın qısa kəsilməsi.** Bu zaman sap nəzərdən qaçdığına görə bir müddət sonra tikiş açılır və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalara səbəb olur (yırtıq, peritonit, qanaxma).
3. **Sapın uzun kəsilməsi.** Sapın kifayət qədər uzun kəsilməsi zamanı tikişin açılması təhlükəsi olmasa da, onun irinləməsi ehtimalı böyük olur.



Şəkil 160. Sapın artığının kəsilməsi.

- a) qayçının əldə tutulması, b) qayçının düyünün üzərinə qoyulması, c) qayçının 45°-li bucaq altında döndərilməsi

Yadda saxlayın:

- Yara kənarları bir-birinə birləşənə qədər düyün dartılmalıdır. Sap bağlanarkən artıq gücün tətbiqi trofikanın pozulmasına səbəb ola bilər.
- İynənin giriş və çıxışı eyni xətt üzrə və yaraya perpendikulyar olmalıdır.
- Dəri kəsici iynə ilə rahat dəşilir, üçkünc formalı dəlik sapı yaxşı saxlayır.
- Düyünün daha təkmil mənimsənilmiş növü tətbiq edilməlidir.
- Sap düyünlənərkən heç vaxt tələsmək lazım deyil.
- Əgər tikiş qoyulandan və düyün bağlandıqdan sonra onun etibarlılığına şübhə yaranmışsa, sapı tamamilə kənarlaşdırıb tikiş yenidən qoyulmalıdır.
- Xüsusilə sonuncu düyün daha diqqətlə bağlanılmalıdır.

Düyünlü tikişlərin çıxarılması

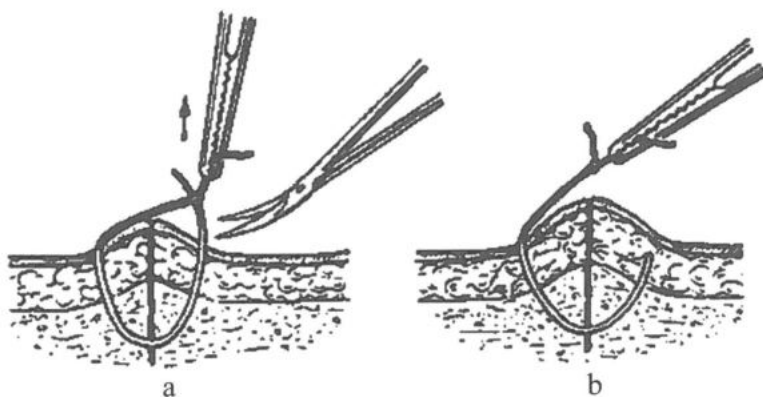
Düyünlü tikişlər qoyulduğu vaxtdan 5-7 gün ərzində çıxarılır. Əgər yara böyük ölçüdədirsə, onda tikişlər biri saxlanılmaqla digəri çıxarılır, sonrakı gün isə yerdə qalanlar çıxarılır.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- anatomik pinset;
- itiüclü qayçı;
- steril sarğı vasitələri;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- rezin əlcəklər;

İşin ardıcılığı:

1. Əlcəklər geyilir.
2. Yara yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
3. Anatomik pinsetlə sapın düyününün arxa hissəsindən tutulur və özünə doğru çəkib qaldırılır.
4. Qayçı ilə sap düyünün altından, sapın rənginin dəyişmədiyi hissəsindən kəsilir (sapın toxumanın dərinliyində gizlənmiş hissəsinin rəngi bayırda qalan hissəsinin rəngindən fərqli olur).
5. Sap toxumadan pinsetlə dartılaraq kənarlaşdırılır (şəkil 161).
6. Yara yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
7. Yaraya quru steril salfet qoyulur və bərkidilir.
8. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlulda yerləşdirilir.
9. Əlcəklər çıxarılır.



Şəkil 161. Düyünlü tikişlərin sökülməsi.

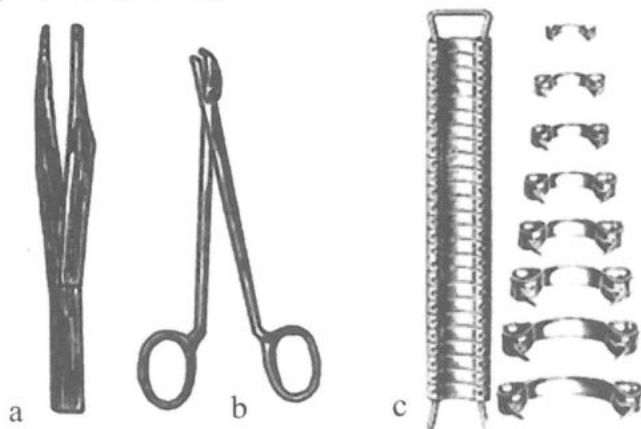
a) sapın dartılaraq kəsilməsi, b) kəsilmiş sapın çıxarılması

Mişel qövlərinin qoyulması və çıxarılması

Göstəriş: səthi yaralar, aralıq nahiyəsində əməliyyatdan sonrakı yaralar.

Lazım olan vəsait:

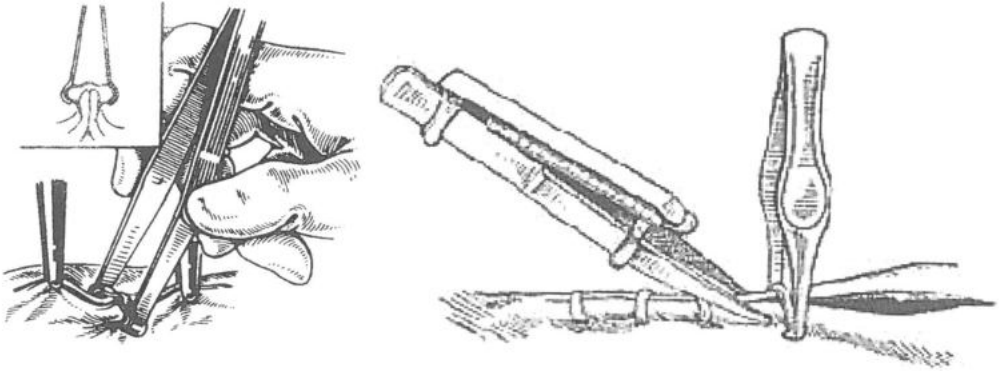
- steril böyrəkvari ləyən;
- steril sarğı vasitələri;
- metal Mişel qövləri;
- qövsü qoymaq üçün pinset;
- qövssökən;
- qövsü çıxartmaq üçün sıxıcı (şəkil 162);
- qandayandırıcı Bilot sıxıcısı;
- cərrahi pinset;
- 1%-li yodonat məhlulu;



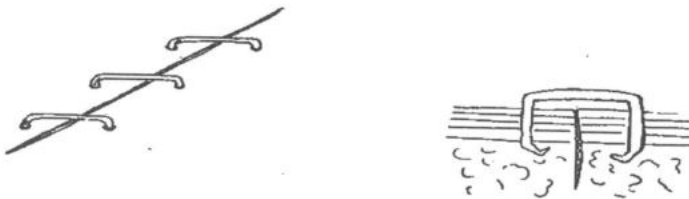
Şəkil 162. Mişel qövlərini qoymaq üçün pinset (a), sıxıcı (b) və qövs dəsti (c).

İşin ardıcılığı:

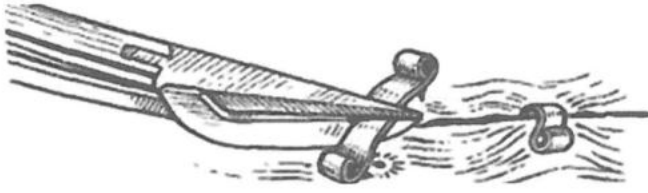
1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Yara ətrafı yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
3. Mişel qövsü yara kəsiyinin hər iki kənarına dəri üzərinə qoyularaq yara kənarları pinsetlə bir-birinə yaxınlaşdırılır.
4. Qövs xüsusi pinsetlə tutularaq perpendikulyar istiqamətdə sıxılır (bu zaman qövslərin əyilmiş uclarının daxili səthindəki iti dişləri toxumaya batır və təsbit edir, şəkil 163).
5. Digər qövs əvvəlkindən 1-1,5 sm aralı qoyulur (şəkil 164).
6. Yara qoyulan qövslərlə birlikdə yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
7. Qövsləri çıxartmaq üçün qövsçixardan və Mişel qövsü üçün sıxıcı götürülür (Bilrot sıxıcısı və ya cərrahi pinset də götürmək olar).
8. Qövssökənin branşı qövsün orta hissəsinin altına salınır.
9. Alət və qövs yumulur.
10. Qövsün əvvəl bir sonra ikinci dişi dəridən çıxarılır və qövs kənarlaşdırılır (şəkil 165).
11. Yara yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
12. Yaraya quru steril salfet qoyulur və fiksasiya edilir.
13. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.



Şəkil 163. Dəriyə Mişel qövslərinin qoyulması



Şəkil 164. Dəridə qövslərin düzgün yerləşməsi



Şəkil 165. Mişel qövlərinin çıxarılması

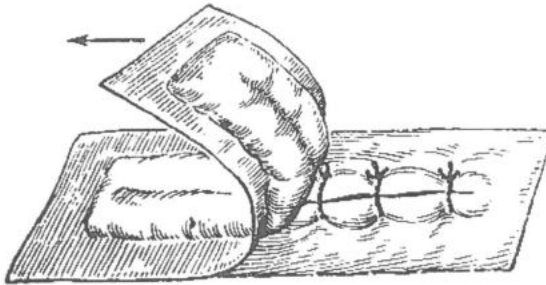
Əməliyyatdan sonrakı təmiz yaranın sarğısının dəyişdirilməsi

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- rezin əlcəklər;
- steril sarğı vasitələri;
- pinset;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- dezinfeksiyaedici məhlul;

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Çırtlənmiş sarğı, yarıdan yarıya boyu pinsetlə ehtiyatla götürülür. (şəkil 166).
3. Tikişlərin ətrafı palpasiya edilir.
4. Yara ətrafının dəri örtüyü 1%-li yodonat məhlulu və ya 70⁰-li etil spirti ilə silinir.
5. Tikişlər pinsetə götürülmüş yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
6. Yaraya pinsetlə quru steril salfet qoyulur və fiksə edilir.
7. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.
8. Rezin əlcəklər çıxarılır.



Şəkil 166. Köhnə sarğının götürülməsi

Əməliyyatdan sonrakı irinli yaranın sarğısının dəyişdirilməsi

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- rezin əlcəklər;
- steril sarğı vasitələri;
- pinset;
- sıxıcı;
- qayçı;
- düyməli zond;
- küt iynəli şpris;
- yastı rezin drenaj;
- dezinfeksiyaedici məhlul;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Çirklənmiş sarğı pinsetlə götürülür.
3. Tikişlər pinsetlə götürülmüş və 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış salftlə silinir.
4. Tikişlər quru salftlə qurudulur.
5. Tikişlər və yara ətrafının dərisi yodonat məhlulunda isladılmış salftlə silinir.
6. Tikişlərin ətrafı palpasiya edilərək irinləşmiş sahə tapılır (şəkil 167).



Şəkil 167. İrinlənmiş sahənin tapılması və tikişlərin hissəvi çıxarılması

7. İrinlənmiş sahədə 1-2 tikiş çıxarılır.
8. Çıxarılmış tikişlər sahəsi sıxıcının köməyi ilə genişləndirilir.
9. Yara 3 %-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış salft və ya küt iynəsi olan şprisin köməklili ilə yuyulur.
10. Yara quru salftlə qurudulur.
11. Yara ətrafı yodonat məhlulunda isladılmış salftlə silinir.
12. Yaraya pinset və ya zond vasitəsi ilə yastı rezin drenaj yeridilir.

13. Üzərinə antiseptik məhlulda isladılmış salfet qoyulur.
14. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlulda yerləşdirilir.
15. Rezin əlcəklər çıxarılır.

İrinliyin açılması, drenaj qoyulması və sarğısının dəyişdirilməsi

Göstəriş: abses, fleqmona, karbunkul, furunkul, dolama.

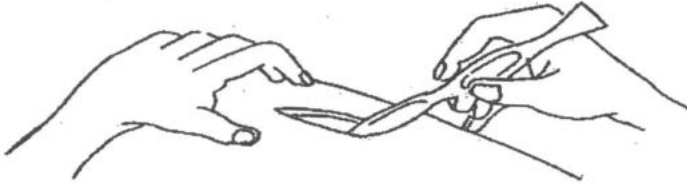
Lazım olan vəsait:

- steril alətlər stolu;
- yodonat məhlulu;
- 70⁰- li etil spirti;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- yastı rezin drenaj;
- steril sarğı vasitələri;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Əməliyyat paltarı və əlcəklər geyilir.
2. İrinliyin açılacaq yeri yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə silinir.
3. Əməliyyat sahəsinin ətrafı steril salfetlərlə örtülür və sıxıcı ilə tutularaq irinliyin açılması üçün pəncərə yaradılır.
4. Əməliyyat sahəsi 70⁰- li etil spirtiində isladılmış salfetlə silinir.
5. Yerli anesteziyanın üsullarından biri ilə ağrısızlaşdırılma aparılır.
6. Toxumalar barmaqlarla dartılır, irinciyn mərkəzindən skalpellə kəsik aparılır (şəkil 168).
7. Küt sıxıcı ilə irinlik dəşilir və irin axıb tökülür.
8. Yara yaragenişləndiricilərlə genişləndirilir.
9. Yara 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə isladılmış salfet və ya küt iynəsi olan sprişlə yuyulur.
10. Yara quru salfetlə qurudulur.
11. Yara ətrafı yodonatda isladılmış salfetlə silinir.
12. Pinset və ya zond vasitəsi ilə antiseptik məhlulda isladılmış yastı rezin drenajın sərbəst ucu yaraya yeridilir
13. Drenajın digər ucu 1 sm. ölçüdə yara səthində saxlanılır.
14. Yara üzərinə antiseptik məhlulla isladılmış salfet qoyulur və bərkidilir.
15. Əməliyyat paltarı və əlcəklər çıxarılır.
16. Sarğı dəyişdirilərkən çirklənmiş sarğı götürülür, rezin drenaj çıxarılır.
17. Yara ətrafı yodonatla silinir, yara 3%-li hidrogen-peroksid məhlulu ilə yuyulur.

18. Yenidən yaraya zond və ya pinset vasitəsi ilə drenaj yeridilir.
19. Yaraya təkrar antiseptik məhlul qoyulur və fiksasiya edilir.
20. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.



Şəkil 168. İrinciyin mərkəzində dərinin kəsilməsi

Yanıq yaralarının sarınması

Göstəriş: yanıq yaralarının müalicəsi.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- rezin əlcəklər;
- steril sarğı vasitələri;
- şpatel;
- 2%-li bor turşusu, 0,02%-li furasillin məhlulu və ya 0,1-0,2 %-li etakridin laktat (rivanol) məhlulu;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti.

İşin ardıcılıığı:

1. Əvvəlki sarğı antiseptik məhlullarla isladılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Çirklənmiş sarğı pinsetlə götürülür.
4. Yara ətrafındakı dəri 70⁰-li etil spirtində isladılmış salfetlə işlənir.
5. Yerli anesteziyanın üsullarından biri ilə ağrısızlaşdırma aparılır.
6. Yanıq səthi antiseptik məhlullarla suvarılır.
7. Yanıq səthi steril salfetlə qurudulur.
8. Yarılmış suluqların loskutları qayçı ilə kəsilir.
9. Yanıq səthinə həkim təyinatına əsasən 2 qatdan çox olmayaraq isladılmış yaş-quruducu sarğı qoyulur və bintlə bərkidilir.
10. Ətraf ləçək sarğısı ilə immobilizasiya edilir.
11. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Qeyd: 3-4 gündən sonra əgər yanıq yarasında irinləmə yoxdursa sarğı məhləmlə qoyulur. Həkim təyinatına əsasən məhləmlə salfetlərlə sarğı hər 4 gündən bir dəyişdirilir.

YARA VƏ BOŞLUQLARIN DRENAJLANMASI

Drenajlanma – yaradan və bədənin boşluqlarından, xaricə parçalanma məhsullarının xaric edilməsi, eyni zamanda dərman maddələrinin yeridilmə üsuludur.

Yaranın yumşaq (boş) tamponadası

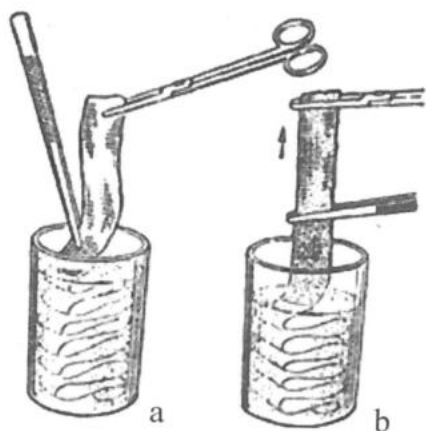
Göstəriş: irinli və çox çirklənmiş yaraların yuyulması, qazlı qanqrena zamanı yaranın müalicəsi.

Lazım olan vəsait:

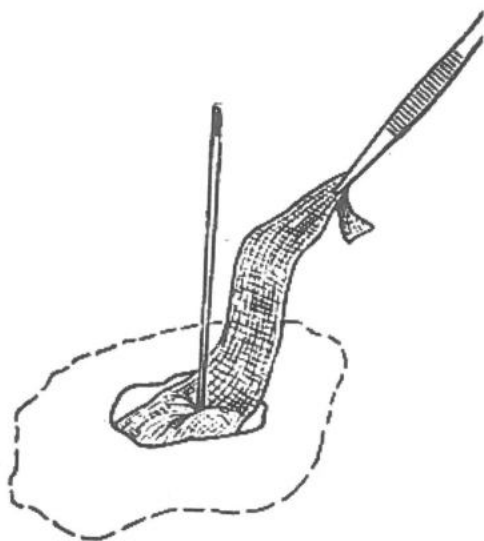
- steril böyrəkvari ləyən;
- pinsetlər;
- şpris;
- antiseptik məhlullar;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- yaragenişləndirici;
- yodonat məhlulu;
- steril sarğı vasitələri;
- rezin əlcəklər;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sarğı stoluna uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Yara ətrafı pinsetlə götürülmüş və yodonat məhlulunda isladılmış salfetlə 2 dəfə silinir.
4. Yara ətrafında 0,5%-li 20-50 ml novokain məhlulu ilə infiltrasion anesteziya aparılır.
5. Yara yaragenişləndirici ilə genişləndirilir.
6. Pinsetlə götürülmüş salfet antiseptik məhlulunda isladılır və sıxılır (şəkil 169)
7. Salfet iki pinset və ya zond vasitəsi ilə yaraya təzyiq edilmədən yumşaqcasına yaraya yeridilir (şəkil 170).
8. Salfetin sərbəst ucu pinsetlə saxlanılmaqla yaragenişləndirici yaradan kənarlaşdırılır.
9. Salfet yarada həkimin təyin etdiyi vaxtadək saxlanılır.
10. Salfet pinset vasitəsilə yaradan çıxarılır.
11. Yara pinsetə götürülmüş salfetlə qurudulur.
12. İstifadə olunmuş alətlər və sarğı vasitələri müxtəlif dezinfeksiyaedici məhlul olan qablara yerləşdirilir.
13. Əlcəkər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.



Şəkil 169. Salfetin isladılması
və sıxılması



Şəkil 170. Salfetin zondla yaraya
yeridilməsi

Yaranın kip tamponadası

(bax: qanaxmaların müvəqqəti saxlanması, səhifə 103)

Mikuliç üsulu ilə tamponadanın aparılması

Göstəriş: yarada qraunlyasion toxumanın sürətli inkişafı.

Lazım olan vəsait:

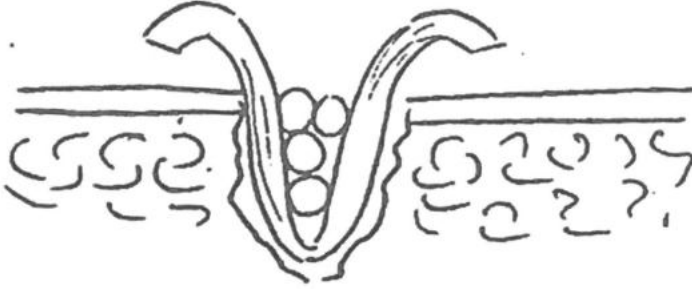
- steril böyrəkvari ləyən;
- pinsetlər;
- ortası tikiş materialı ilə tikilmiş tənzip salfet;
- steril sarğı vasitələri;
- məlhəm;
- 70⁰-li etil spirti;
- rezin əlcəklər;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sarğı stoluna uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Yara ətrafı pinsetlə götürülmüş və spirdə isladılmış salfetlə silinir.
4. Ortası tikiş materialı ilə tikilmiş tənzip salfet iki pinsetin köməyi ilə götürülərək məlhəmdə isladılır.
5. Salfet iki pinsetin köməyi ilə yaraya elə yeridilir ki, salfetin tikilmiş hissəsi yaranın dibində, tikiş materialının hər iki ucu isə 2 sm ölçüdə yara səthində qalsın (şəkil 171).

6. Pinset vasitəsilə steril kürəciklər məlhəmdə isladılır.
7. Bu kürəciklər yarıdan ortası tikilmiş salfetin üzərinə yığılır.
8. Üzərinə pinset vasitəsilə steril salfet qoyulur və sarğı ilə təsbit edilir.
9. İstifadə olunmuş alətlərdə dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
10. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qeyd: Kürəciklər hər gün dəyişdirilir, ortası tikiş materialı ilə tikilmiş tənziq salfet isə 5-7 gündən sonra çıxarılır.



Şəkil 171. Mikuliç üsulu ilə yaranın tamponadası

Yaraya yastı rezin drenajın qoyulması

Göstəriş: səthi yaralardan eksudatın axıdılması.

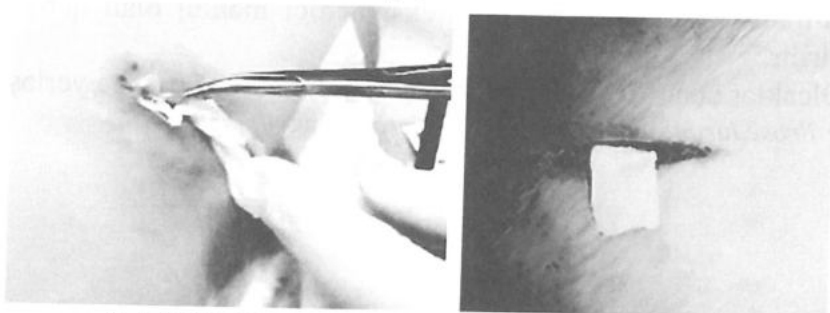
Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- pinsetlər;
- düyməli və ya novlu zond;
- yastı rezin drenajlar;
- furasillin məhlulu;
- yodonat məhlulu;
- steril sarğı vasitələri;
- bint;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sarğı stoluna uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Yara ətrafı pinsetlə götürülmüş və yodonatla isladılmış salfetlə iki dəfə silinir.
4. Yastı rezin drenaj pinsetlə götürülür.
5. Pinsetin köməyiylə drenaj antiseptik məhlulunda isladılır.
6. Digər əllə zond götürülür.

7. Rezin drenajın sərbəst ucu pinset və ya zond vasitəsilə yaraya yeridilir.
 8. Drenajın digər ucu yara səthində 1 sm. ölçüdə saxlanılır.
 9. Drenajla birlikdə yaranın üzərinə antiseptik məhlulunda isladılmış salfet qoyulur.
 10. Üzərinə sarğı qoyulur və bintlə təsbit edilir.
 11. İstifadə olunmuş alətlərdə dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
 12. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
- Qeyd:** *Yastı rezin drenaj hər gün dəyişdirilməlidir.*



Şəkil 172. Yaraya yastı rezin drenajın yeridilməsi

Dərin yaraların və ya boşluqların borulu drenajlar vasitəsi ilə yuyulması

Göstəriş: kəskin irinli infeksiya.

Lazım olan vəsait:

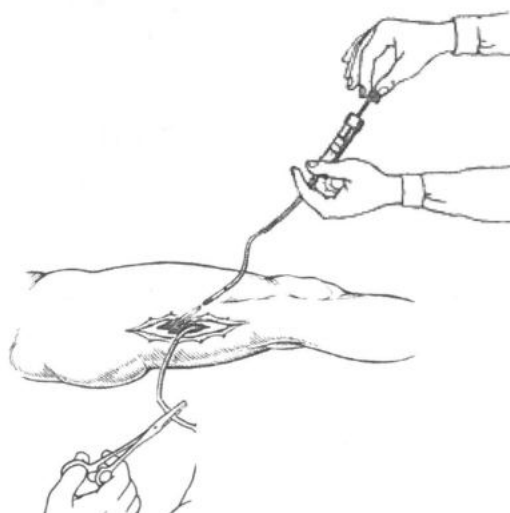
- steril böyrəkvari ləyən;
- pinsetlər;
- Jane şprisi və ya 40 ml-lik şpris;
- antiseptik məhlulu;
- SİXICI;
- brilliyant yaşı;
- steril sarğı vasitələri;
- leykoplastr;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sarğı stoluna uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Antiseptik məhlulla doldurulmuş şprisdrenaj borusunun sərbəst ucuna birləşdirilir.
4. Yaraya və boşluğa drenaj vasitəsilə yavaş sürətlə 40-200 ml anti-septik məhlul yeridilir.

5. Drenaj sıxıcı ilə tutulur.
6. Şpris drenajdan ayrılır.
7. Mayenin axıdılması üçün drenaj borusunun sərbəst ucu qaba buraxılır və ya aktiv drenajlama üçün digər şprisə birləşdirilir (şəkil 173).
8. Sıxıcı, drenaj borusundan açılır.
9. Drenajın ətraf dərisi pinsetə götürülmüş quru salfetlə silinir.
10. Drenajın ətraf dərisi pinsetlə götürülmüş və brilliyant yaşılında isladılmış salfetlə silinir.
11. Drenajın ətrafına pinsetlə quru salfet qoyulur.
12. Salfet leykoplastrla təsbit edilir.
13. İstifadə olunmuş alətlərdəzinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
14. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qeyd: Proseduranı plevra boşluğunda icra etmək olmaz!



Şəkil 173. Yaraların borulu drenaj vasitəsi ilə yuyulması

Dərman maddələrinin mikroirriqator vasitəsilə yeridilməsi

Göstəriş: kəskin irinli infeksiya, iltihabi yaraların sağalma mərhələsi.

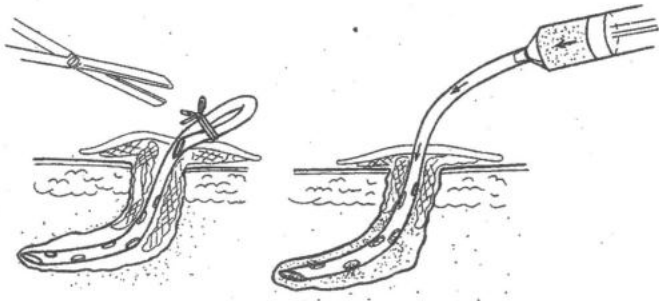
Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- pinsetlər;
- qayçı;
- şprislər;
- ipək sap və ya sıxıcı;
- brilliyant yaşılı məhlulu;
- steril sarğı vasitələri;
- dərman maddələri;

- 70⁰-li etil spirti;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Mikroirriqatora bağlanmış ipək sap və ya sıxıcı açılır.
3. Şprisə dərman maddəsi yığılır.
4. Mikroirriqatorun sərbəst ucu 70⁰-li etil spirtində isladılmış salfetlə silinir.
5. Şpris mikroirriqatora birləşdirilir və məhlul yaraya və ya boşluğa yeridilir.
6. Şpris mikroirriqatordan ayrılır.
7. Mikroirriqatora ipək sap və ya sıxıcı bağlanır (şəkil 174).
8. Mikroirriqatorun ətraf dərisi pinsetlə götürülmüş və brilliyant yaşılında isladılmış salfetlə silinir.
9. Mikroirriqatorun üzərindən pinsetlə salfet qoyulur.
10. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
11. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.



Şəkil 174. Mikroirriqatordan dərman maddələrinin yeridilməsi

Bilau üsulu ilə drenajın qoyulması

Göstəriş: plevral boşluğun drenajlanması.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- Babrov aparatı;
- pinset;
- qayçı;
- sıxıcı;
- ipək sap;
- furasillin məhlulu;

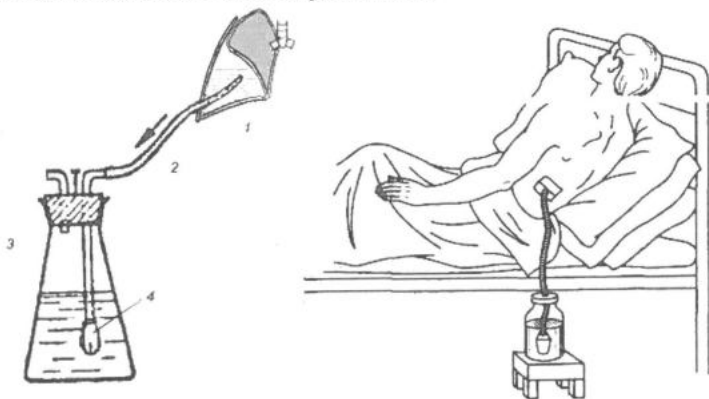
- rezin barmaqlıq;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Babrov aparatına 200 ml furasillin məhlulu tökülür.
2. Babrov aparatının uzun şüşə borusuna pinset vasitəsilə rezin barmaqlıq geyindirilir.
3. Barmaqlıq şüşə boruya ipək sap vasitəsi ilə bərkidilir.
4. Barmaqlığın sərbəst ucu 1 sm uzunluğunda qayçı ilə kəsilir.
5. Şüşə çubuq tıxacla birlikdə Babrov aparatına buraxılır.
6. Babrov aparatı tıxac vasitəsi ilə hermetik olaraq bağlanır.
7. Rezin əlcəklər geyilir.
8. Tıxacdan xaricə çıxan şüşə çubuğun bayıra çıxan ucu xəstənin döş qəfəsinə qoyulan drenajın sərbəst ucuna birləşdirilir.
9. Xəstənin drenajından sıxıcı açılır.
10. Babrov aparatının qısa şüşə borusu açıq saxlanılır.
11. Babrov aparatı xəstənin çarpayısından aşağı səviyyədə, altlıq üzərində yerləşdirilir (şəkil 175).
12. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qeyd:

1. Babrov aparatında hemorragik möhtəviyyat yarandıqda dərhal həkim məlumatlandırılmalıdır.
2. Drenaj sisteminin keçiriciliyinə və Babrov aparatının dolmasına nəzarət edilməlidir.
3. Babrov aparatı dəyişdirilərkən drenaj borusu sıxıcı ilə tutulmalı, aparat dəyişdirildikdən sonra sıxıcı açılmalıdır.



Şəkil 175. Bilau drenajının qoyulması

Aktiv aspirasiyanın rezin armudluq vasitəsi ilə aparılması

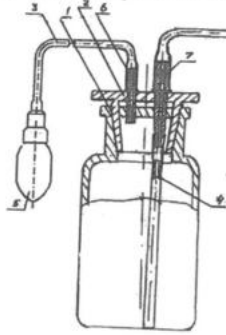
Göstəriş: plevral boşluqdan möhtəviyyatın sürətlə kənarlaşdırılmasının vacibliyi.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- rezin armudluq;
- Babrov aparatı;
- rezin əlcəklər;

İşin ardıcılığı:

1. Rezin əlcəklər geyilir.
2. Xəstənin drenajının sərbəst ucu Babrov aparatının uzun şüşə borusuna birləşdirilir.
3. Babrov aparatı xəstənin çarpayısından aşağı səviyyədə, altlıq üzərində yerləşdirilir.
4. Rezin armudluğun balonu əldə sıxılır.
5. Rezin armudluğun ucluğu Babrov aparatının qısa şüşə çubuğuna birləşdirilir (şəkil 176).
6. Rezin armudluğun balonu buraxılır və bu proses bir neçə dəfə təkrar edilir.
7. Babrov aparatının dolması müşahidə edilir.
8. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.



Şəkil 176. Plevra boşluğundan möhtəviyyatın aktiv aspirasiyası üçün Babrov aparatı.
1-şüşə qab, 2-tıxac, 3-qısa boru, 4-uzun boru,
5-rezin armudluq, 6, 7-birləşdirici borular

Axarlı – yuyulan drenajlanmanın aparılması (lavaj)

Göstəriş: yara vəboşluqların çoxlu miqdarda antiseptik məhlullarla yuyulması.

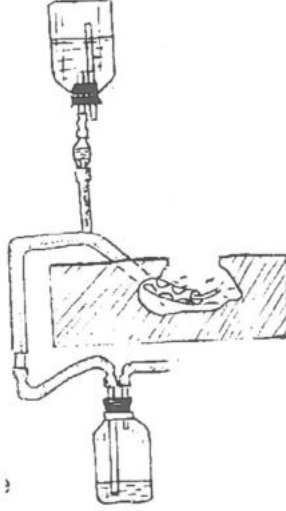
Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- rezin əlcəklər;
- antiseptik məhlul (həkim təyinatına əsasən);
- steril sargı materialı;

- infuziya üçün birdəfəlik sistem;
- 70⁰-li efil spirti;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstəyə yara və boşluqlardan möhtəviyyatın axmasını yaxşılaşdıran vəziyyət verilir.
2. Antiseptik məhlul birdəfəlik sistemə yığılır.
3. Rezin əlcəklər geyilir.
4. Birdəfəlik sistem xəstəyə qoyulmuş iki mənəfzli borulu drenajın bir borusuna birləşdirilir,
5. İki mənəfzli denajının digər borusu steril qaba buraxılır (şəkil 177).
6. Sistemin damcılayıcısı bir dəqiqədə 40-60 damcı olmaqla tənzimlənir.
7. Xəstənin ümumi vəziyyətinə və xaric olan mayeyə nəzarət edilir.
8. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.



Şəkil 177. Axarlı-yuyulan drenajlanma (lavaj).

PUNKSIYALAR

Punksiya – müalicə və ya diaqnostika məqsədi ilə orqan, toxuma və ya boşluqların iynə və ya troakar vasitəsi ilə deşilməsidir.

Yumşaq toxumalara punksiya edilməsi

Göstəriş: hematoma möhtəviyyatının aspirasiyası, diaqnostik və ya müalicə məqsədilə abseddən irinin çıxarılması, dərman maddələrinin yeridilməsi, şişlər zamanı biopsiya.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- 10 və 20 ml-lik şprislər;
- müxtəlif uzunluğa və qalınlığa malik punksiya üçün iynələr dəsti;
- şprislər;
- pinsetlər;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- yodonat məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril sarğı vasitələri;
- əşya şüşəsi və ya sınaq şüşəsi;
- leykoplastr;
- rezin əlcəklər;
- bint.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə üfqi vəziyyətdə uzadılır.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Punksiya olunacaq nahiyənin dərisi pinsetlə götürülmüş və spirtlə isladılmış salfetlə iki dəfə silinir.
4. İnfiltrasion anesteziya aparılır (patoloji ocaq səthdə yerləşən zaman məsləhət görülmür).
5. Punksiya iynəsi perpendikulyar şəkildə törəməyə yeridilir (şəkil 178).
6. Şprisin köməyi ilə törəmənin möhtəviyyəti xaric edilir.
7. Möhtəviyyətin ilk porsiyası şprisdən əşya şüşəsi üzərinə və ya sınaq şüşəsinə tökülür.
8. Punksiya iynəsi çıxarılır və punksiya yeri yodonat məhlulu ilə silinib sıxıcı sarğı qoyulur.
9. Ətraf ləçək sarğısı və ya şina ilə immobilizasiya edilir.
10. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
11. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.



Şəkil 178. Yumşaq toxumaların punksiyası zamanı punksiya iynəsinin yeridilməsi

Plevra boşluğuna punksiya edilməsi (torakosentez)

Göstəriş: eksudativ və irinli plevrit, pnevmotoraks, hemotoraks

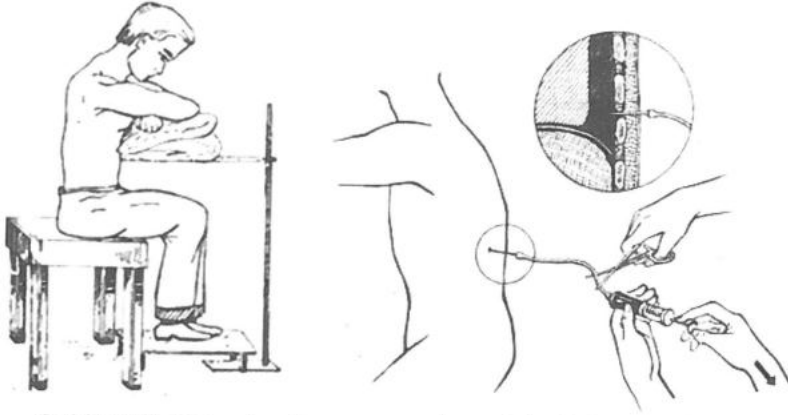
Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- uzunluğu 10 sm, eni 1mm olan punksiya iynəsi;
- drenaj boru;
- SİXICI;
- pinsetlər;
- 2 ədəd şpris;
- 0,5 %-li 10 ml novokain məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril sarğı vasitələri;
- bakterioloji laboratoriyadan gətirilmiş sınaq şüşəsi;
- döş qəfəsinin düz və yan proyeksiyada rentgenoqramması;
- leykoplastr;
- rezin əlcəklər;

İşin ardıcılıığı:

1. Xəstə çiyin qurşağına dayaq verərək, kürəyi çox əyməmək şərti ilə otuzdurulur (şəkil 179).
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Punksiya olunacaq nahiyənin dərisi pinsetlə götürülmüş və spirtlə isladılmış steril salfetlə 2 dəfə silinir.
4. 0,5%-li 10 ml novokain məhlulu ilə yumşaq toxumaların plevraya-dək qat-qat infiltrasion anesteziyası aparılır.
 - ✓ plevra boşluğunda çoxlu maye olduqda arxa qoltuqaltı xətlə VII-VIII qabırğarası nahiyədə qabırğanın yuxarı kənarı ilə;
 - ✓ plevra boşluğunda hava olduqda orta körpücük xətti ilə II-III qabırğarası nahiyədə qabırğanın yuxarı kənarı ilə;
5. Punksiya iynəsi hazırlanır, ona sıxıcı ilə tutulmuş drenaj boru geydirilir.
6. **Punksiyanı həkim icra edir!**
7. Həkimin tələbinə əsasən möhtəviyyatı xaric etmək üçün şpris verilir və drenaj borusundan sıxıcı açılır. Divar aralığı üzvlərinin birdən-birə yerdəyişməsinin qarşısını almaq məqsədilə plevral boşluqdan möhtəviyyat tədricən sorulur.
8. Şprisi drenaj borusundan ayırmazdan əvvəl plevral boşluğa havanın daxil olmaması üçün o yenidən sıxıcıya tutulur.
9. Plevral boşluğun möhtəviyyatının ilk porsiyası şprisdən, sınaq şüşəsinin divarına toxunmadan içərisinə tökülür.
10. Punksiya iynəsi çıxarılır və iynənin yeri spirtlə işlənir.

11. Punksiya yeri steril salfetlə örtülür və leykoplastrla bağlanır.
12. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
13. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.



Şəkil 179. Hemotoraks zamanı plevral boşluğun punksiyası

Qarın boşluğuna punksiya edilməsi (laparosentez və ya abdominal punksiya)

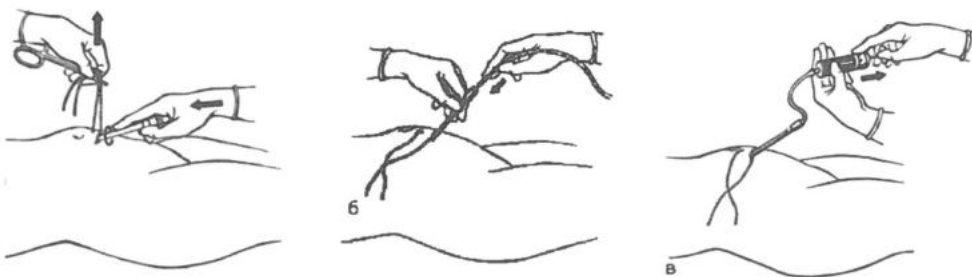
Göstəriş: assit, qarının qapalı travması zamanı diaqnostikasi.

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- skalpel;
- iynətutqacı;
- dəri iynəsi (kəsici);
- 4 və ya 6 ölçülü ipək sap;
- troakar və ya mandrenli qalın punksiya iynəsi;
- drenaj borusu;
- qayçı;
- sıxıcı;
- pinsetlər;
- şprislər;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- yodonat məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril sarğı vasitələri;
- leykoplastr;
- rezin əlcəklər;
- ləyən.

İşin ardıcılığı:

1. Sidik kisəsi boşaldılır.
2. Xəstəyə münasib vəziyyət verilir.
 - ✓ arxası üstə üfüqi;
 - ✓ stulda və ya sarğı stolunda oturaq vəziyyət;
3. Steril əlcəklər geyilir.
4. Göbəklə qasıq arasındakı nahiyənin dərisi pinsetlə götürülmüş və spirtlə isladılmış salfetlə iki dəfə silinir.
5. 0,5%-li novokain məhlulu ilə göbəkdən 2-3 sm aralı yumşaq toxumaların qat-qat infiltrasion anesteziyası aparılır.
6. Kiçik alətlər stolu hazırlanır.
7. **Punksiyanı həkim icra edir!**
8. Troakardan stilet və ya punksiya iynəsindən mandren çıxarıldan sonra maye şırnağının altına ləyən qoyulur (şəkil 180).
9. Qarındaxili təzyiqin birdən-birə düşməsinin qarşısını almaq məqsədilə troakarın xarici dəliyinə drenaj borusu keçirilir və vaxtaşırı olaraq sıxıcı ilə tutulur.
10. Punksiya yerindən yuxarı və aşağı nahiyəni əhatə etməklə qarın dəsmalla çəkilib bağlanır.
11. Troakar çıxarılır və dəriyə tikişlər qoyulur.
12. Punksiya yeri yodonatla silinir, tənzif salfetlə örtülür və leykoplastrla təsbit olunur.
13. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
14. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.



Şəki 180. Qarın boşluğuna punksiya edilməsi

Lümbal punksiyanın edilməsi

Göstəriş: onurğa beyni mayesinin müayinəsi, beynin travması və ödemi zamanı beyindəxili təzyiqin azaldılması, dərman maddələrinin yeridilməsi, pnevmoensefaloqrafiya zamanı, anesteziya zamanı

Lazım olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- mandrenli punksiya iynəsi;
- steril sınaq şüşəsi;
- pinsetlər;
- şpris;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril sarğı vasitələri;
- Klod manometri;
- rezin əlcəklər;
- leykoplastr.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə böyrü üstə başı bir qədər döş nahiyəsinə əyilmiş və ayaqlar qarnına doğru bükülmüş vəziyyətdə uzadılır (şəkil 181).
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. IV-V bel fəqərələri nahiyəsinin dərisi pinsetlə götürülmüş və spirtlə isladılmış steril salfetlə 2 dəfə silinir.
4. 0,5%-li novokain məhlulu ilə yumşaq toxumaların qat-qat infiltrasion anesteziyası aparılır.
5. Steril salfetlə mandrenli punksiya iynəsi hazırlanır.
6. **Punksiyanı həkim icra edir!**
7. İynədən damcılanan onurğa beyni mayesi sınaq şüşəsinə yığılır.
8. Onurğa beyni mayesi təzyiqini təyin etmək üçün həkimə Klod manometri verilir.
9. Punksiya iynəsi çıxarıldıqdan sonra punksiya yeri yodonat məhlulu ilə silinir, steril salfet qoyulur və leykoplastrla bağlanır.
10. Xəstəyə 2 saat müddətində yastıqsız ciddi yataq rejimi və 2 gün yataq rejimi təyin edilir.
11. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
12. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.



Şəkil 181. Lümbal punksiya zamanı xəstənin vəziyyəti və onurğa beyni mayesinin yığılması

Sidik kisəsinə punksiya edilməsi

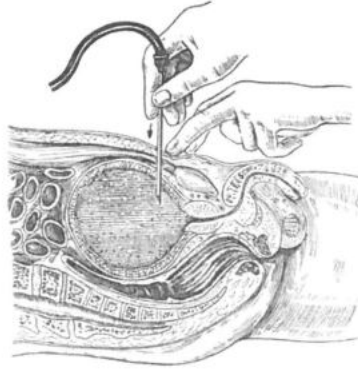
Göstəriş: kateterizasiya mümkün olmayan kəskin sidik ləngimələri.

Laızm olan vəsait:

- steril böyrəkvari ləyən;
- Bir iynəsi və ya uzunluğu 12-15 sm olan iynə;
- drenaj boru;
- sıxıcı;
- pinsetlər;
- şpris;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril sarğı vasitələri;
- yodonat məhlulu;
- leykoplastr;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstənin qasıq nahiyəsindəki tüklər qırılır.
2. Xəstə arxası üstə və çanağı qaldırılmış vəziyyətdə uzadılır.
3. Palpator və perkutor olaraq sidik kisəsinin sərhədi təyin olunur.
4. Rezin əlcəklər geyilir.
5. Qasıq nahiyəsinin dərisi pinsetlə götürülmüş və spirdə isladılmış salfetlə iki dəfə silinir.
6. 0,5%-li novokain məhlulu ilə qarının orta xətti üzrə qasıq birləşməsindən yuxarıda yumşaq toxumaların qat-qat infiltrasion anesteziyası aparılır.
7. Qarının orta xətti üzrə qasıq birləşməsindən 2 sm yuxarı punksiya iynəsi dəriyə batırılır və perpendikulyar istiqamətdə qarın divarının bütün qatlarından keçirilməklə, sidik kisəsinə 6-8 sm dərinliyinə daxil edilir (şəkil 182).
8. Təzyiqin birdən-birə düşməsinin qarşısını almaqdan ötrü punksiya iynəsinin xarici dəliyinə drenaj borusu keçirilir və vaxtaşırı olaraq sıxıcı ilə sıxılır.
9. Punksiya iynəsi çıxarıldıqdan sonra yeri yodonatla silinir və steril salfet qoyulur.
10. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
11. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlulla yerləşdirilir.



Şəkil 182. Sidik kisəsinin punksiyası

Oynaqlara punksiya edilməsi

Göstəriş: oynaq möhtəviyyatının xarakterinin təyin edilməsi, möhtəviyyatın oynaqdan xaric edilməsi və oynaq boşluğuna dərman preparatlarının yeridilməsi.

Lazım olan vəsait:

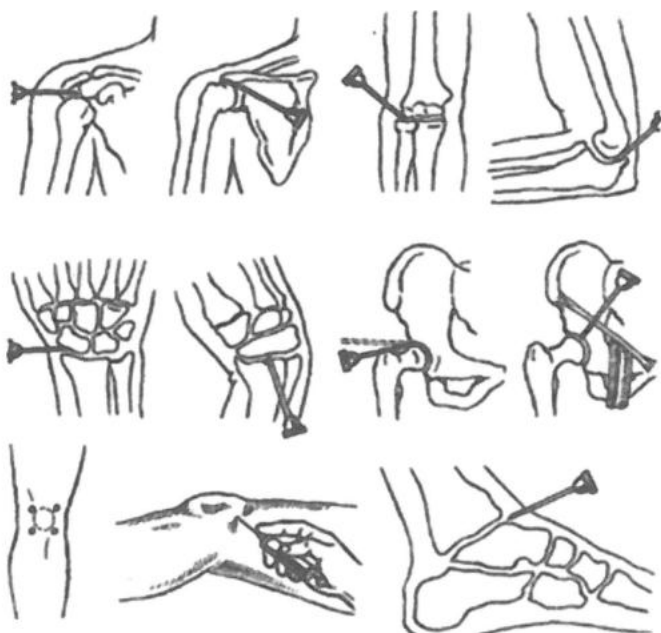
- steril böyrəkvari ləyən;
- diametri 2 mm-dən böyük olmayan punksiya iynəsi;
- pinsetlər;
- 10,0 və 20,0 ml-lik şprisələr;
- 0,5%-li novokain məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- yodonat məhlulu;
- steril sarğı vasitələri;
- bakterioloji laboratoriyadan gətirilmiş sınaq şüşəsi;
- rezin əlcəklər;
- leykoplastr.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstəyə punksiya aparılacaq oynağa uyğun olaraq münasib vəziyyət verilir (bazu oynağına əllər sallanmış vəziyyət, dirsək oynağına 90⁰-li bucaq altında bükülmüş vəziyyət, mil-bilək oynağına əlin ovuc səthini stolun üzərinə qoyulmuş vəziyyət, bud-çanaq oynağına arxası üstə uzanmış və ayağı üfüqi şəkildə dartılmış vəziyyət, diz oynağına dizin altına yastıq qoyulmuş vəziyyət, aşıq-baldır oynağına uzanaraq və ayağı azacıq önə doğru bükmüş vəziyyət verilir, şəkil 183)
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Oynaq nahiyəsi 70⁰-li etil spirti ilə silinir.
4. 0,5%-li novokainlə yumşaq toxumaların qat-qat infiltrasion anesteziyası aparılır.

5. Punksiyanı həkim icra edir.

6. Həkimin tələbinə əsasən möhtəviyyatı xaric etməkdən ötrü şpris verilir.
7. Möhtəviyyatın ilk porsiyası şprisdən sınaq şüşəsinin divarına toxunmadan içərisinə tökülür.
8. Punksiya iynəsindən antiseptik məhlul və ya antibiotik yeridilir.
9. Punksiya iynəsi çıxarılır və yeri yodonatla silinir, steril salfet qoyulur.
10. Ətraf gips longeti və ya şina ilə immobilizasiya edilir.
11. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
12. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlulla yerləşdirilir.



Şəkil 183. Müxtəlif oynaqlarda punksiya aparılan nöqtələr

XI BÖLMƏ

ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI DÖVRDƏ TİBB BACISININ İŞİ

QARIN BOŞLUĞU ORQANLARINDA APARILAN ƏMƏLİYYATLARDAN SONRA XƏSTƏYƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ

Qarın boşluğu orqanlarında aparılan əməliyyatlardan sonra xəstəyə nəzarət və qulluğun ümumi prinsipləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- palatanın, çarpayının və qulluq əşyalarının hazırlanması;
- xəstəyə qulluğun göstərilməsi;
- əməliyyatdan sonra sarğının vəziyyətinə nəzarətin edilməsi;
- əməliyyatdan sonra ilk saatlarda baş verən qusma zamanı yardımın göstərilməsi;
- meteorizmlə mübarizə məqsədi ilə qazburaxan borunun qoyulması və hipertonik imalənin tətbiqi;
- daimi aspirasiyadan ötrü mədəyə zondun qoyulması;
- həkim təyinatına əsasən qan və qan əvəzedicilərin köçürülməsi;
- xəstədə ümumi gigiyenik tədbirlərin aparılması; əllərin yuyulması, dəri örtüyünün gündəlik silinməsi, xəstənin ifrazatının toplandığı nahiyələrin əsaslı şəkildə yuyulması və s.;

Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi, hərəkəti aktivliyin və qidalanmanın rejimi

1. İlk iki saat ərzində xəstə arxası üstə uzadılır (yerli anesteziyadan sonra yastıqla, ümumi anesteziyadan sonra 2 saat ərzində yastıqsız). Baş yana çevrilir. Mədə bağırsaq rezeksiyası, xolesistektomiyalar zamanı 12-14 saat ərzində ciddi yataq rejimi, sonrakı 3 gün ərzində isə yataq rejimi təyin edilir.
2. Əməliyyat yarasına buz qovluğu qoyulur.
3. Qarın əzələlərinin gərginliyini aradan qaldırmadan ötrü ayaqları dizdən yüngülcə büküb altına yastıq qoyulur.
4. Xəstənin üzəri örtülür.
5. Əməliyyatdan 2 gün sonra (mədə rezeksiyası və xolesistektomiyalarda 4-6 gün sonra) xəstə həkim təyinatına əsasən duruzdurulur və palatada gəzdirilir.

6. Qidalanma rejimi: 10 saat müddətində aclıq, 10-12 saatdan sonra pəhriz №1a, 2 gündən sonra pəhriz №1, sonrakı günlər isə pəhriz №15.

Qeyd: Qarın boşluğu orqanlarında aparılan əməliyyatlardan sonra süd məhsullarının qəbulu məsləhət görülmür.

Qusuntu kütləsinin elektrik sorucusu ilə təmizlənməsi

Göstəriş: asfiksiyanın qarşısının alınması.

Lazım olan vəsait:

- elektrik sorucusu;
- steril salfet;
- böyrəkvari ləyən.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə uzadılır, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Əlcəklər geyilir.
3. İlk qusma ehtiyacı yarandıqda xəstənin başı yana doğru çevrilir.
4. Böyrəkvari ləyən xəstənin üzünə tərəf qoyulur.
5. Elektrik sorucusunun rezin ucluğu ağız boşluğuna yeridilir.
6. Mədə möhtəviyyatı ağız boşluğundan xaric edilir.
7. Ucluq ağız boşluğundan çıxarılır və ağız boşluğu steril təmiz salfetlə silinir.
8. Ucluq və rezin borucuq isti su ilə yuyulur və dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə nazik mədə zondunun qoyulması

Göstəriş: mədə möhtəviyyatının tənəffüs yoluna düşməsinin qarşısının alınması

Lazım olan vəsait:

- steril nazik mədə zondu;
- Jane şprisi;
- böyrəkvari ləyən;
- mədə möhtəviyyatını yığmaq üçün qab;
- sıxıcı;
- steril salfet;
- elektrik sorucusu;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.

2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Ağız boşluğundan mədəyə qədər olan məsafə mövcud üsullardan biri ilə ölçülür.
4. Həkimin icazəsi ilə və nəzarəti altında zond burun keçəcəyindən mədəyə, zondun nişanlanmış yerinə qədər yeridilir.
5. Jane şprisi və ya elektrik sorucusu vasitəsi ilə mədə möhtəviyyatı sorulur.
6. Zond bint vasitələ ilə xəstənin üzünə fiksasiya edilir.
7. Zondun ucuna steril salfet qoyulur.
8. Zondun keçiriciliyini saxlamaq məqsədi ilə hər 2 saatdan bir fizioloji məhlul ilə yuyulur və zondun ucu, mədənin selikli qişasına yapışmasının qarşısını almaqdan ötrü vaxtaşırı hərəkət etdirilir.
9. Zond həkim təyinatına əsasən çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.
10. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Hipetronik imalənin aparılması

Göstəriş: bağırsaqda kəskin peristaltika olmadan işlədici təsir yaratmaq.

Lazım olan vəsait:

- armudabənzər balon;
- steril vazelin;
- 100-200 ml 38°C temperaturda 10%-li natrium xlorid və ya 20-30 %-li maqnezium sulfat məhlulu;
- salfet;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Armudabənzər balona təklif edilən mayelərdən 50-100 ml yığılır.
4. Balonun ucluğu vazelin ilə yağlanır.
5. Xəstə sol böyrü üstə ayaqları qarnına çəkilməmiş vəziyyətdə və ya arxası üstə ayaqları diz oynağında bükülmüş vəziyyətdə (əgər xəstəyə hərəkət məsləhət görülmürsə) uzadılır.
6. Armudabənzər balon sağ ələ götürülərək havası çıxarılır.
7. Sol əlin I və II barmağı ilə sargı aralanır və sağ əllə armudabənzər balonun ucluğu 15 sm dərinlikdə düz bağırsaqa salınır.
8. Armudabənzər balon sıxılmaqla məhlul tədricən düz bağırsaqa yeridilir.

9. Balon sıxılmış vəziyyətdə ucluq çıxarılır.
10. Xəstəyə 20-30 dəqiqə ərzində defekasiya aktından çəkinmək məsləhət görülür.
11. Defeksiya aktından sonra xəstə yuyulur.
12. Armudabənzər balon və onun ucluğu dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
13. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Qaz buraxan borunun qoyulması

Göstəriş: xəstənin bağırsağında toplanmış qazın xaric edilməsi.

Lazım olan vəsait:

- qazburaxan boru;
- vazelin;
- müşəmbə;
- böyük salfet;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiya edici məhlul olan qab;
- ləyən;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Xəstə arxası üstə ayaqları dizdən bükülmüş vəziyyətdə uzadılır.
4. Xəstənin altına üzəri salfetlə örtülmüş müşəmbə qoyulur.
5. Qaz buraxan borunun dəyirmi ucu 30 sm ölçüdə steril vazelin ilə yağlanır.
6. Sağ ələ qaz buraxan boru götürülür, sol əllə isə xəstənin sarğısı aralanır.
7. Qaz buraxan boru düz bağırsaqa fırlanma hərəkəti ilə 20-30 sm uzunluqda yerdilir.
8. Borudan qazla birlikdə duru nəcis kütəsinin xaric olunma ehtimalı olduğu üçün borunun xarici ucu salfet bükülmüş müşəmbəyə bürünür.
9. Qaz buraxan boru 1 saatdan sonra çıxarılır.
10. Xəstə ləyənə otuzdurulur, anal dəlik isti su ilə yuyulur salfetlə qurudulur, vazelin ilə yağlanır.
11. Xəstənin vəziyyətində yaxşılaşma müşahidə edilmədikdə, qaz buraxan borunun qoşulması bir saatdan sonra təkrar edilir.
12. Qaz buraxan boru çıxarılır, dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.
13. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Qeyd: *Düz bağırsağın selikli qişasında yataq yarası əmələ gəlməsinə dəyər qazburaxan borunu düz bağırsaqda 1 saatdan artıq saxlamaq olmaz.*

Qastrostomaya (yeyunostomaya) qulluq

Göstəriş: əməliyyatdan sonra yaraya qulluq.

Lazım olan vəsait:

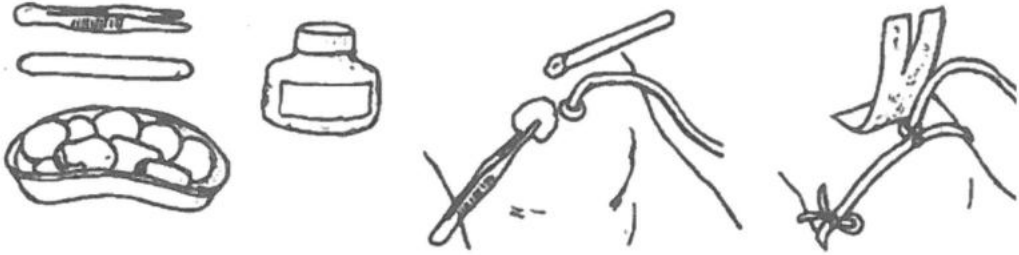
- 3-4 ədəd pinset;
- Kuper qayçısı;
- şpatel;
- Lassar pastası (isidilmiş şəkildə) və ya sink məlhəmi;
- 0,1-0,5%-li kalium permanqanat məhlulu;
- steril böyrəkvari ləyən;
- steril kürəciklər və salfetlər;
- leykoplastr;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Sargı zamanı qoyulmuş laparotomik borunun yara ilə əlaqəsinin olmamasına nəzarət edilir.
4. Borunun dəri səthində olan hissəsinə 10-15 sm uzunluqda leykoplastr dolandırılaraq, bir ucu xəstənin dərisinə yapışdırılır.
5. Stomanın ətrafındakı dəri 0,1-0,5%-li kalium permanqanat məhlulunda isladılmış kürəciklə silinir.
6. İsidilmiş Lassar pastası və ya sink məlhəmi azı steril şpatellə 0,5 sm-dən az olmayan qalınlıqda stomanın ətrafındakı dəriyə sürtülür (dərinin maserasiyaya məruz qalmaması üçün).
7. Pastanın üzərində gödək tuman şəklində kəsilmiş steril salfetlər qoyulur (birinci salfet, kəsiyi aşağı olmaqla, ikinci salfet, kəsiyi yuxarı olmaqla, üçüncü, kəsiyi sola, dördüncü kəsiyi sağa olmaqla stomanın ətrafına döşənir).
8. Steril salfetlərin üzərində borunun çıxması üçün ortasında dəlik olan nisbətən böyük salfet qoyulur.
9. Böyük salfetin dəliyindən xaricə çıxmış rezin boru enli bintlə möhkəm bağlanaraq belin ətrafına kəmər kimi dövrələnib 2 dəfə düyünlənir (şəkil 184).
10. Bu kəmər aşırma qayış rolunu oynayan 2-ci enli bintlə bərkidilir. (enli bint çiyinin üstündən bağlanaraq kəmərin aşağıya düşməsinə maneçilik yaradır).
11. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
12. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlulda yerləşdirilir.

Qeyd:

1. Sarğıdan sonra borunun mədədə və ya bağırsaqda olmasına bir daha əmin olmaqdan ötrü Jane şprisi ilə qıf vasitəsi ilə boruya bir qədər steril 0,5%-li novokain məhlulu və ya 0,9%-li fizioloji məhlul daxil edilir.
2. Əgər boru yerindən çıxmışsa bu zaman həkim təcili olaraq məlumatlandırılır.
3. Borunun kənarında bağırsaq ifrazatınının xaric olamaması, möhtəviyyatın yalnız borudan axmasını təmin etmək üçün borunun ətrafına gips tökülür.



Şəkil 184. Qastrostomanın işlənməsi

Nəcis fistuluna (kolostomaya) qulluq.

Göstəriş: maserasiyanın profilaktikası üçün nəcis fistulası ətrafı dəriyə qulluq.

Lazım olan vəsait:

- 1-1,5 litr sabunlu məhlul olan qab;
- 0,5% kalium permanqanat məhlulu;
- 3 ədəd pinset;
- şpatel;
- steril sarğı vasitələri;
- qayçı;
- steril böyrəkvari ləyən;
- müşəmbə;
- ləyən;
- nəcis qəbuledici;
- Lassar pastası;
- steril vazelin yağı;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab.

İşin ardıcılıığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.

2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Xəstənin böyrü altına müşəmbə salınır və müşəmbənin bir tərəfi ləyənə buraxılır.
4. Nəcislə bulaşmış stomanın ətrafındakı dəri pinsetlə götürülmüş və sabunlu məhlulda isladılmış kürəciklə yuyulur.
5. Dəri steril kürəciklə qurudulur, pinset dəyişdirilir.
6. Stomanın ətraf dərisi zəif kalium permanqanat məhlulu ilə işlənir.
7. Stomanın ətraf dərisi qurudulur.
8. Steril şpatellə steril salfetə qalın Lassar pastası və ya sink məlhəmi sürtülür.
9. Məlhəmli salfet nəcis fistulunun ətraf dərisinə qoyulur.
10. Steril vazelin yağı hopdurulmuş salfet stomanın önə çıxan selikli qişasına qoyulur.
11. Üstdən çox qatlı bükülmüş böyük salfet ilə fiksasiya edilir.
12. Sarğı bint və ya bandaj ilə bərkidilir (şəkil 185).
13. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
14. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Qeyd:

1. Svişin ətrafındakı dəriyə sürtülmüş pasta vaxtaşırı olaraq 3%-li hidrogen peroksid və 70⁰-li etil spirti ilə təmizlənməlidir.
2. Bağırsağ ifrazatını rahat yığmaq üçün birdəfəlik və ya dəfələrlə istifadə edilə bilən xüsusi nəcis qəbuledicilərindən istifadə olunmalıdır.
3. Dəfələrlə istifadə edilə bilən nəcis qəbulediciləri gündə bir neçə dəfə möhtəviyyatdan azad edilməli, yuyulub yerinə quraşdırılmalıdır.



Şəkil 185. Kolostomanın işlənməsi

DÖŞ QƏFƏSİNDƏ APARILAN ƏMƏLİYYATLARDAN SONRA XƏSTƏYƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ

Döş qəfəsində aparılan əməliyyatlardan sonra xəstəyə əməliyyatdan sonrakı pnevmoniyanın profilaktikası məqsədi ilə məsləhət görülür:

- çarpayıda vəziyyətini dəyişdirmək;
- bəlgəmi öskürtmək;
- müalicə və bədən tərbiyəsi məşğələləri aparmaq;

Spontan pnevmotoraks və hemotoraks əmələ gəlməsinə deyərək plevral boşluğun drenajlanması aparılır. Drenajlanma metodunun məqsədi:

- hemorragik mayenin, irinin və havanın plevral boşluqdan evakuasiyası;
- ağ ciyərlərin hamarlanması və divar aralığının yerdəyişməsinin aradan qaldırılması;

Drenaj borusunun ucu elektrik sorucusuna və ya su şırnağına birləşdirilir (aktiv drenaj) ya da ucuna rezin klapan keçirilib antiseptik məhlul olan bankaya buraxılır (passiv drenaj).

Fikir vermək lazımdır:

1. Drenaj sisteminin funksiya edib-etməməsinə;
2. Keçiriciliyinə;
3. Hermetikliyində;
4. Yaxşı fiksasiya olub-olmamasına;
5. İfraz olunan möhtəviyyətin miqdarına və xarakterinə;
6. Plevral boşluqda havanın çıxmasına;

Drenajın ucunda klapanın olmasına baxmayaraq bankanı yuxarı qaldırıqda plevral boşluqdakı mənfi təzyiqin hesabına hava geriye plevral boşluğa qayıdaraq xəstənin ağ ciyərlərini sıxa bilər.

Drenaj sistemi nəinki eksudatın xaric olunmasından, həmçinin plevral boşluğun antiseptik və ya bakterisid məhlullarla yuyulmasından ötrü də qoyulur. Əməliyyatdan asılı olaraq xəstəyə iki ədəd drenaj qoyulur. Biri aşağı arxaya, ikincisi yuxarı önə. Xəstə sarğı otağına aparılarkən mütləq vacibdir:

1. Drenaj borusuna sıxıcının qoyulması;
2. Borunun sorucudan ayrılması;

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

1. **Pnevmtoraks** – drenajın hermetikliyinin pozulması nəticəsində (drenajın sərbəst ucunu antiseptik məhlulə salınmadıqda havanın plevral boşluğa daxil olması nəticəsində) əmələ gəlir. Bu zaman dərhal həkim məlumatlandırılmalı və həkim gələndək drenaj borusu sıxıcı ilə tutulmalıdır.
2. **Dərialtı emfizema** – drenaj döş qəfəsinin yumşaq toxumalarına kip bərkidilmədikdə havanın drenaj qoyulan sahədən dəri altına keçməsi

nəticəsində əmələ gəlir. Bu zaman dərhal həkim məlumatlandırılmalı və həkimin rəhbərliyi ilə drenaj başqası ilə əvəz olunmalıdır.

3. **Drenajdan çoxlu miqdarda (50 ml/saat-dan çox) intensiv qanlı mayenin axması** – daxili qanaxmanın baş verməsini bildirir. Bu zaman xəstənin vəziyyəti haqqında həkim dərhal məlumatlandırılmalıdır.
4. **Drenajdan möhtəviyyətin gəlməməsi** – bu drenajın qan laxtası, seliklə tıxanması nəticəsində əmələ gəlir. Bu zaman həkim məlumatlandırılmalı və tutulmuş drenaj onun rəhbərliyi altında yuyulmalı və yaxud dəyişdirilməlidir.

Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi və hərəkəti aktivliyin rejimi

1. Xəstəyə 2– 4 saat ərzində ciddi yataq rejimi təyin olunur və yataqda yastıqsız vəziyyət verilir.
2. Sonrakı 24 saat ərzində yataq rejimi, ürəyin işləməsi, tənəffüs, bəlgəmin ifraz olunması üçün əlverişli olan yarımoturaq vəziyyətlə əvəz olunur.
3. 2-3-cü gün oturaq və ya yarımoturaq vəziyyət növbələşdirilməklə yataq rejimi təyin olunur.
4. 4-5-ci gündən xəstəyə qalxmaq və gəzmək məsləhət görülür. Bu zaman drenaj borusu sıxıcı ilə tutulur.

Plevral boşluğa drenaj qoyulmuş xəstənin sargısının dəyişdirilməsi

Göstəriş: əməliyyatdan sonrakı yarada drenaja qulluq

Lazım olan vəsait:

- 4 ədəd pinset;
- qayçı;
- steril sargı vasitələri;
- 0,9 %-li natrium xlorid məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- 1%-li yodonat məhlulu;
- 1%-li briliyant yaşılı;
- bint;
- ehtiyat drenajlar;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir və ona aparılacaq manipulyasiyanın gedişi izah edilir

2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Köhnə sarğı açılır (sarğı vasitəsi ilə birlikdə drenajın yaradan çıxmasına diqqət yetirmək lazımdır).
4. Pinset dəyişdirilir.
5. Drenajın ətrafındakı dəri 0,9%-li natrium-xlorid məhlulunda isladılmış kürəciklə təmizlənir.
6. Drenajın ətrafındakı dəri qurudulur.
7. Yara kənarı 1%-li yodonat məhlulu və ya 1%-li briliyant yaşılı ilə silinir.
8. Pinset dəyişdirilir.
9. Drenajın ətrafındakı yaraya steril salfet qoyulur.
10. Drenaj borusunun ucu bint və ya kleolla təzyiq edilmədən sarğı materialından kənara çıxarılır.

Yara səthinin steril salfetlə müdafiəsindən ötrü aşağıdakı ardıcılığa riayət etmək lazımdır:

1. 4 qat bükülmüş steril salfet ortasına qədər kəsilir.
2. Drenaj boru bir kəsikdən çıxarıldıqdan sonra kəsilmiş salfetin sağ və sol yarısı çarpaz olaraq drenaj borunun üstünə keçirilir.
3. İkinci kəsilmiş salfet elə qoyulur ki, salfetin kəsilməmiş hissəsi altdan salfetin kəsilmiş hissəsini örtsün.

Bu ardıcılıq gözləniləndə sarğı yaranı yaxşı örtmüş olur. Əgər yara səthi kleol sarğısı ilə bağlanarsa bu zaman yapışdırılacaq salfətdə drenaj üçün dəşik açılmalıdır. Əgər bintlə bağlanarsa bu zaman drenaj sarğının bağları arasından keçirilməlidir.

UROLOJİ XƏSTƏLƏRƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ

Uroloji xəstələrə qulluğun mürəkkəbliyi, hər şeydən əvvəl onların cərrahi müdaxilədən sonra sidik ifrazının drenajlarla baş tutmasından ibarətdir. Bir xəstədə drenajlar bir neçə, bəzən də 4-5 ədəd ola bilər.

Drenajların təyinatını və hansı orqana (böyrəyə, sidik axarına, sidik kisəsinə) qoyulduğunu və sidiyin haradan gəldiyini bilmək üçün onlar mütləq markalanmalıdır.

Hər bir drenajın sərbəst ucu ayrı-ayrı bankalara yerləşdirilir. Drenajlar palatada eyni diametrə malik birləşdirici şüşə borudan istifadə edilməklə rezin və ya polimer boru ilə uzadılır. Birləşdiricisi şüşə boru ifrazatın karakterini müşahidə etməyi asanlaşdırır.

Uroloji xəstələrə nəzarət və qulluğun ümumi prinsipləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- manipulyasiyalar zamanı aseptikanın ciddi gözlənilməsi;
- sarğının sidiklə islanması zamanı drenajın ətrafının dərisinə nəzarət-

tin edilməsi (dəri gün ərsində 2-3 dəfə isti su ilə yuyulmalı, qurudulmalı və indifferent məlhəmlər sürtülməlidir;

- drenajların irin, qan laxtası, seliklə tutulmasının qarşısını almaqdan ötrü, onların gün ərzində 4-5 dəfə furasillin məhlulu ilə yuyulması;
- sidiyin rahat axmasından ötrü xəstəyə yataqda əlverişli vəziyyətin verilməsi;
- sistostomik boruya qulluğun edilməsi və sidik qəbuledicilərin sutkada 4-5 dəfə boşaldılması;
- sistostomik borunun sutkada 4-5 dəfə furasillin məhlulu ilə yuyulması.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

1. **Yara nahiyəsində sarğının sidiklə islanması** – drenajın qan laxtası və ya seliklə tıxanması, yerini dəyişməsinə yaxud çıxmasını bildirir. Belə vəziyyət yarandıqda həkim dərhal məlumatlandırılmalıdır.
2. **Sarğının təzə qanla islanması** daxili qanaxma başlanmasının əlamətini göstərir. Bunun haqqında həkimi təcili olaraq məlumatlandırmaq lazımdır.
3. **Qanlı sidik ifrazı** da daxili qanaxmanın əlamətidir. Bu zaman qanaxmanın intensivliyini təyin etmək o qədər də asan olmur. Sidikdə qan laxtaları görüldükdə qanaxmanın intensiv olduğunu, sidiyin tünd-qəhvəyi rəngə boyanması isə qanaxmanın artıq davam etmədiyini bildirir.
4. **Kəskin sidik ləngiməsi**, əməliyyatdan sonra qarın əzələlərinin gərginləşməsi nəticəsində yarada ağrınən olması, narkozdan sonra sidik kisəsinin tonusunun zəifləməsi və xəstənin üfüqi vəziyyətdə uzanması səbəbindən inkişaf edir. Çalışmaq lazımdır ki, əməliyyatdan sonrakı sidik ifrazının ləngiməsi 12 saatdan artıq keçməsin. Belə halda sidik buraxmanı reflektori olaraq yaratmaq lazımdır. Bu baş tutmadıqda dəri altına 1%-li 1 ml pilokarpin məhlulu və 0.5%-li 1 ml prozerin məhlulu yeridilir. Nəticə alınmadıqda sidik kisəsinin kateterisasiyası aparılır.

Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi və hərəkəi aktivliyin rejimi

1. Xəstəyə 4– 5 saat ərzində ciddi yataq rejimi təyin olunur və yataqda yastıqsız, arxası üstə uzadılır.
2. Sonrakı 20 saat ərzində ciddi yataq rejimi təyin olunur və başın altına yastıq qoyularaq, arxası üstə uzadılır.
3. 2-ci gün yataq rejimi təyin olunur yataqda xəstə üçün əlverişli vəziyyət yaradılır və ona böyrü üstə çevrilməyə icazə verilir.

4. 3-4-cü gündən xəstəyə qalxmaq və palatada gəzmək məsləhət görülür
5. Qidalanma rejimi: İlk iki gün ərzində parenteral qidalanma, sonrakı 2 gün ərzində pəhriz №7a, daha sonrakı iki gün və evə yazılana qədər pəhriz №7 təyin olunur.

Qeyd: *Uroloji əməliyyatlardan sonra xərək düzünü məhdudlaşdırmaqla süd-bitki pəhrizi məsləhət görülür.*

Drenajların yuyulması

Göstəriş: drenajın qan laxtası, seliklə tıxanmasının qarşısının alınması

Lazım olan vəsait:

- 1:5000 nisbətində furasillin məhlulu;
- steril böyrəkvari ləyən;
- 20-50 ml-lik şpris;
- sidiyi yığmaq üçün qab;
- steril drenaj;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Furasillin məhlulu yığılmış şpris hazırlanır.
4. Furasillin məhlulu drenaja yeridilir (əgər drenaj böyrəyə daxil edilmişsə 4-5 ml., sidik kisəsinə daxil edilmişsə 40-50 ml. miqdarında yeridilir).
5. Şpris drenajdan ayrılır.
6. Drenajın ucu, sidik yığmaq üçün qaba salladılır.
7. Məhlulun axmasına nəzarət edilir.
8. Yeridilən maye sərbəst axmadıqda, onda ehtiyatla şprislə geriyyə sorulur.
9. Proseduranın sonunda drenaj boru antiseptik tökülən qaba buraxılır və boru üçün dəliyi olan tıxacla bağlanır.
10. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaesici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
11. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaesici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qeyd: *Görülən tədbirlər nəticə vermədikdə, drenajı dəyişdirmək üçün təcili həkimi çağırmaq lazımdır.*

Sidik kisəsinə kateterin qoyulması

Sidik kisəsinin kateterizasiyası, müalicə və diaqnostika üçün sidik kisəsinin boşaltmaq və yumaq məqsədilə yerinə yetirilir. Kateterizasiya zamanı sərt və yumşaq kateterlərdən istifadə olunur. Kateterlər 30 ölçüdə olur və hər biri digərindən $\frac{1}{3}$ mm fərqlənir. Adətən 14-18 ölçülü kateterlərdən istifadə edilir. Kateterlər birdəfəlik və dəfələrlə işlədilən olurlar. Qaydaya əsasən əvvəl yumşaq kateterlərdən istifadə olunur. Uğurlu nəticə alınmadıqda metal kateterlər tətbiq edilir. Proseduranı feldşer və ya ixtisaslaşmış tibb bacısı yerinə yetirir.

Qadınlara kateterin qoyulması.

Göstəriş:

- sidik ləngiməsi zamanı sidiyin xaric edilməsi;
- sidik kisəsinin yuyulması;
- laborator müayinə üçün sidiyin götürülməsi;
- sidikkisədaxili kimyaterapiyası;
- uretranın əməliyyatdan sonrakı bərpası (bujlama).

Əks göstəriş:

- sidik kanalının iltihabı;
- sidik kanalının zədələnməsi;
- sidik kisəsi sfinkterinin spazmı;

Lazım olan vəsait:

- 1:5000 nisbətində furasillin məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril böyrəkvari ləyən;
- 3 ədəd pinset;
- steril kateter;
- steril salfetlər;
- steril vazelin yağı;
- rezin əlcəklər.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər isti su altında sabunla yuyulur və spirtlə işlənir.
2. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Manipulyasiyanın məxfiliyini təmin etməkdən ötrü xəstə manipulyasiya otağına dəvət edilir, əgər palatada icra olunacaqsa, onda digər xəstələrlə şirma örtüsü ilə ayrılır.
4. Xəstə uzadılır, ayaqlar dizdən bükülür və aralanır (şəkil 186).



Şəkil 186. Qadınlarda sidik kisəsinin kateterizasiyası

5. Xəstənin sarğısının altına müşəmbə döşənir.
6. Xəstədən sağ tərəfdə dayanıb, sol ələ su olan qab, sağ ələ pinsetlə salfet götürülür.
7. Xəstə yuxarıdan aşağıya doğru (qasıq dağcığından anal dəliyə doğru) yuyulur.
8. Salfet dəyişdirilir.
9. Həmin ardıcılıqla xəstənin dərisi qurudulur (qasıq dağcığından anal dəliyə doğru).
10. Pinset dəyişdirilir.
11. Sol əlin I və II barmaqları ilə cinsiyyət orqanının dodaqları aralanır, sağ əllə furasillin məhlulu ilə isladılmış salfet götürülür, kiçik dodaqların arası yuxarıdan aşağıya doğru silinib təmizlənir (sidik kanalından aralığa doğru).
12. Salfet dəyişdirilir.
13. 1:5000 nisbətində furasillin məhlulunda isladılmış salfet sidik kanalı üzərinə qoyularaq 1 dəqiqə saxlanılır.
14. Salfet atılır, pinset dəyişdirilir.
15. Pinsetlə yumşaq kateterin dimdiyindən 4-6 sm aralı, yazan qələm formasında tutulur.
16. Kateterin sonu əlin üzərindən dövrələnərək sağ əlin IV-V barmaqları arasında sıxılıb saxlanılır .
17. Kateterin dimdiyinə steril vazelin yağı və ya qliserin sürülür.
18. Kateter güc işlədilmədən ehtiyatla sidik ifrazı kanalına 4-6 sm uzunluqda, sidik zahir olunanadək yeridilir.
19. Kateterin sərbəst ucu sidiyi yığmaq üçün olan qaba salınır.
20. Sidik ifrazı qurtardıqdan sonra kateter sağ ələ götürülmüş pinsetlə çıxarılır.
21. Kateterdən sərbəst sidik ifrazı dayandıqdan sonra sol əllə qasıq dağcığından qarnın ön divarına təzyiq edilir.
22. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qeyd: Sidik kisəsinin selikli qişasının infeksiyaya qarşı az müqavimətli olduğuna görə, aseptika qaydalarının gözlənilməməsi onun infeksiyalaşmasına səbəb ola bilər.

Kişilərə kateterin qoyulması

Göstəriş:

- sidik ləngiməsi zamanı sidiyin xaric edilməsi;
- sidik kisəsinin yuyulması;
- laborator müayinə üçün sidiyin götürülməsi;
- sidikkisədaxili kimyaterapiyası;
- uretranın əməliyyatdan sonrakı bərpası (bujlama).

Əks göstəriş:

- sidik kanalının iltihabı;
- sidik kanalının zədələnməsi;
- sidik kisəsi sfinkterinin spazmı;

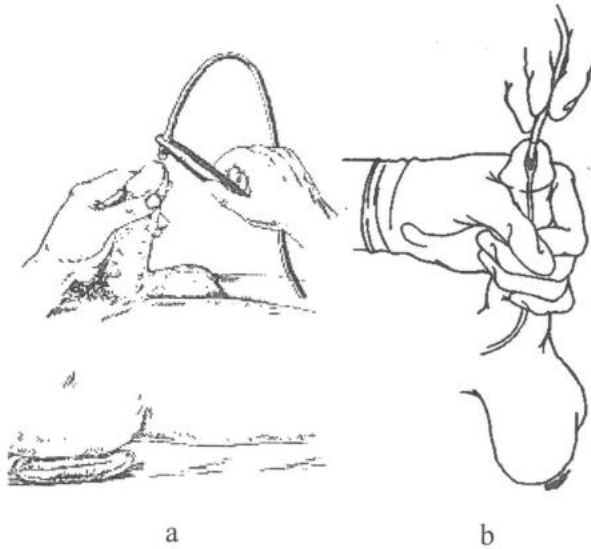
Lazım olan vəsait:

- 1:5000 nisbətində furasillin məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- steril böyrəkvari ləyən;
- 2 ədəd pinset;
- steril kateter;
- steril salfetlər;
- steril vazelin yağı;
- rezin əlcəklər;

İşin ardıcılığı:

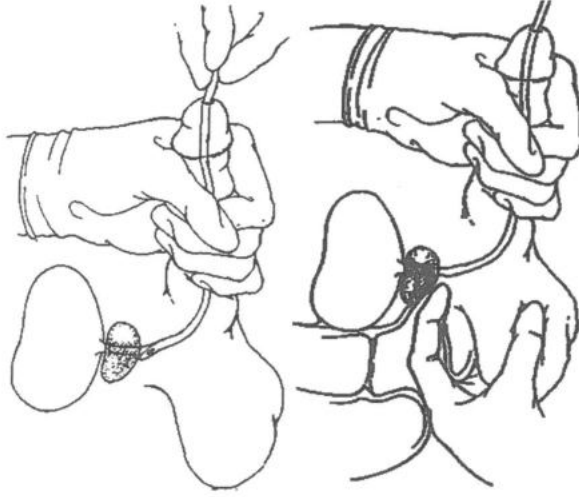
1. Əllər isti su altında sabunla yuyulur və spirtlə işlənir.
2. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Xəstə arxası üstə ayaqlar dizdən bükülmüş, budları bir-birindən aralı vəziyyətdə uzadılır və ayaqları arasına sidiyi yığmaq üçün qab qoyulur.
4. Cinsiyyət üzvünün boynuna steril salfet bükülür.
5. Cinsiyyət üzvi sol əlin III və IV barmaqları arasına götürülür.
6. Sidik ifrazı kanalının xarici dəliyini açmaq üçün cinsiyyət üzvünün başına yüngülcə təzyiq edilir.
7. Sağ əldəki pinsetlə 1:5000 nisbətində furasillin məhlulu ilə isladılmış kürəcik götürülür.
8. Cinsiyyət üzvünün başı yuxarıdan aşağı doğru (sidik kanalından periferiyaya) furasillində isladılmış kürəciklərlə iki dəfə təmizlənir.
9. Açılmış dəlikdən sidik ifrazı kanalına bir neçə damcı steril vazelin yağı damızdırılır.

10. Pinset dəyişdirilir.
11. Sağ əldə sıxılmış steril pinsetlə kateter, dimdiyindən 5-7 sm məsafədə tutularaq götürülür.
12. Kateterin sonu ələ toxunmadan əlin üstündən dövrələnərək sağ əlin IV-V barmaqları arasında sıxılıb saxlanılır.
13. Kateterə, dimdiyindən 15-20 sm məsafədək steril vazelin yağı sürtülür.
14. Kateterin ilk 4-5 sm-i yeridilərək cinsiyyət üzvünün başını fiksə edən sol əlin barmaqları ilə saxlanılır.
15. Kateter pinsetlə cinsiyyət üzvünün başından 3-5 sm aralı tutularaq, yenidən sidik kanalına ehmalca 19-20 sm yeridilir.
16. Eyni zamanda sol əl cinsiyyət üzvündən buraxılır ki, kateterin sidik kanalına daha yaxşı irəliləməsinə imkan yaransın.
17. Kateterin sərbəst ucu sidik yığımaq üçün qaba buraxılır (şəkil 187).
18. Kateter sağ ələ yerləşdirilən pinset vasitəsilə əks ardıcılıqla çıxarılır.
19. Sidik ifrazının kateterlə sərbəst xaric olunması kəsildikdən sonra sol əllə qasıq nahiyəsindən qarının ön divarına təzyiq edilir.
20. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.



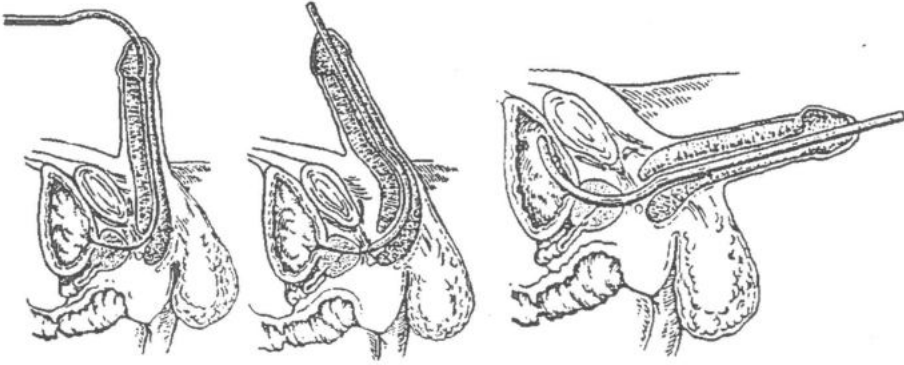
Şəkil 187. Kişilərdə sidik kisəsinin kateterizasiyası
a) pinsetlə b) əllə

Qeyd. Kateter sidik kanalının zarlı hissəsindən (şöbəsiindən) keçərkən bir sıra müqavimətlə rastlaşır. Bu zaman kateteri çıxartmadan 3-5 dəqiqə gözləmək, aralıq əzələlərinin spazmı kəsildəndən sonra sol əlin şahadət barmağı ilə xayalığın arxasından azacıq təzyiq edib, (şəkil 188) yenidən irəliyə yeritmək lazımdır. Sidik kanalını zədələyə bildiyinə görə kateterin zorla yeridilməsi yolverilməzdir.



Şəkil 188. Kateterin yeridilməsində rast gəlinən müqavimətin aradan qaldırılması

*Elastik rezin kateteri yeritmək mümkün olmadıqda metal kateter tətbiq edilir (şəkil 189). Metal kateterin yeridilməsi məsuliyyətli manipulyasiya olduğu üçün həddən artıq ehtiyatla icra olunmalıdır. **Metal kateterlə sidiyin buraxılmasını yalnız həkim həyata keçirməlidir!***



Şəkil 189. Kişilərdə metal kateterin yeridilməsi mərhələləri

Sidik kanalına yeridilməsi zamanı kateterin düzün yerləşməsinin yoxlanılması

Lazım olan vəsait:

- 2 ədəd 20 ml-lik şpris;
- 1:5000 nisbətində 50,0 ml furasillin məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;

- steril qab ;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər isti su altında sabunla yuyulur və spirtlə işlənir.
2. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Şprisə 10-15 ml furasillin məhlulu yığılır.
4. Şpris sidik kanalına yeridilmiş kateterin sərbəst ucuna birləşdirilir.
5. Furasillin məhlulu sidik kanalına yeridilir (anuriya zamanı məhlul sidik kisəsinə sərbəst daxil olur, kateterin sidik kanalında burulması zamanı məhlul, kateterlə sidik kanalının divarı arasından geriyə axır, kateterin obturasiyası zamanı isə ona mayeni yeritmək mümkün olmur).
6. Anuriya zamanı kateter xaric edilir.
7. Kateterin ucunun sidik kisəsinin divarına söykənməsi və ya burulması zamanı kateter azacıq geri dartılır və yenidən sidik kanalına yeridilir.
8. Obturasiya zamanı steril şpris hazırlanır və kateterin mənfəzini tutan möhtəviyyatın sorulmasına cəhd edilir. Bu kömək etmədikdə kateter dəyişdirilir.
9. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Sidik kisəsinin yuyulması

Göstəriş:

- sidik kisəsinin infeksiyalaşmasının qarşısının alınması (sidik kisəsindən irin, qan, toxumanın parçalanma məhsulları, kiçik daşların xaric edilməsi);
- sistoskopiyaadan əvvəl;

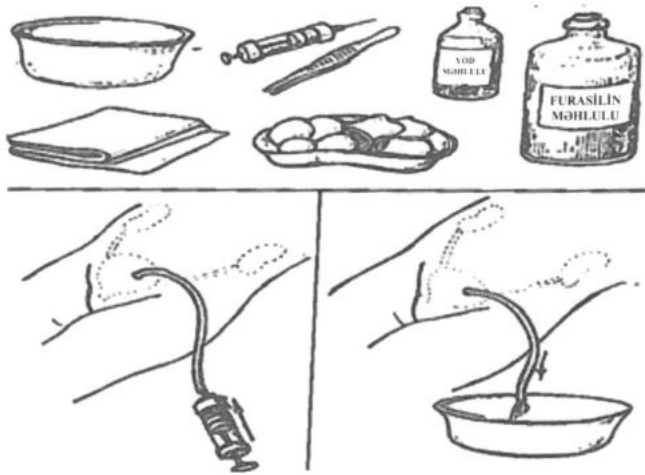
Lazım olan vəsait:

- 1:1000 nisbətində furasillin məhlulu və ya 1:1000 nisbətində kalium permanqanat məhlulu, yaxud 1:1000 nisbətində bor turşusu məhlulu;
- 70⁰-li etil spirti;
- Esmarx parçı və ya Jane şprisi;
- yuyuntu suyunu yığmaq üçün qab;
- kateter;
- rezin əlcəklər;
- duz məhlulu.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər isti su altında sabunla yuyulur və spirtlə işlənir.

2. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
3. Antiseptik məhlul 38°C temperaturadək qızdırılır.
4. Bir sidik ifrazı zamanı ifraz olunan sidiyin miqdarına görə sidik kisəsinin həcmi əvvəlcədən müəyyənləşdirilir.
5. Xəstə arxası üstə ayaqlar dizdən bükülmüş, budları bir-birindən aralı və çanağı bir qədər qaldırılmış (çanaq altına yastıq və ya bükülmüş ədyal qoyulur) vəziyyətdə uzadılır.
6. Xəstənin çanağı altına müşəmbə döşənir və sidiyi yığmaq üçün qab qoyulur.
7. Xəstənin çarpayısından 1-1,5 metr hündürlükdə ştativ yerləşdirilir.
8. Daxilində antiseptik məhlul olan Esmarx parçısı ştativdən asılır (və ya Jane şprisi hazırlanır).
9. Rezin kateter sidik kanalına yeridilir və sidik kisəsində olan sidik boşaldılır.
10. Kateterin xarici ucu, Esmarx parçından çıxan boru ilə (və ya Jane şpris ilə) birləşdirilir (şəkil 190).



Şəkil 190. Antiseptiklərlə sidik kisəsinin yuyulması

11. Kran açılmaqla antiseptik məhlul sidik kisəsinə yeridilir (sidik kisəsinin həcmindən az olmaqla).
12. Kran bağlanır və kateterin xarici ucu Esmarx parçından çıxan borudan ayrılır.
13. Sidik kisəsinə yeridilən maye buraxılır (prosedura şəffaf maye görünənədək təkrarlanır).
14. Prosedura sidik kisəsinə onun həcmnin tən yarısı miqdarında mayenin yeridilməsi ilə başa çatır.

15. Kateter çıxarılır (kateteri sidik kisəsindən çıxartmazdan qabaq kateter sıxacla sıxılmalıdır ki, sidik kisəsinə vurulan antiseptik məhlul sidik kanalına tökülməsin).

16. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.

17. Proseduradan sonra xəstəyə 30-60 dəqiqə uzanmaq məsləhət görülür.

Qeyd: *Yuyulmanın tezliyini həkim təyin edir. Adətən 10-12 yuma aparılır.*

TRAXEOSTOMALI XƏSTƏLƏRƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ

Əməliyyatdan sonrakı ilk 5-7-ci günlərdə traxeotomik boruya nəzarət və qulluq

Traxeostomalı xəstələrə qulluq xüsusi diqqət və aseptikanın əsaslı surətdə gözlənilməsini tələb edir.

Traxeostoma ilə tənəffüs edən xəstənin traxeyasının selikli qişasında quruluğun əmələ gəlməsi, orada iltihabın inkişafına səbəb olur. Xəstənin effektiv öskürə bilməməsi, traxeyada seliyyin, bəlgəmin, qan laxtasının və irinli ifrazatın toplanmasına səbəb olur.

Traxeostoma əməliyyatından sonrakı dövrün fəsadları

1. Traxeotomik borunun etibarlı fiksasiya edilməməsi nəticəsində onun çıxması

Xəstəni həyata qaytarmaq üçün:

1. Dərhal yara genişləndirilir.
2. Çıxmış boru yerinə salınır.
3. Tənəffüs bərpa olunandan sonra xəstə sakitləşdirilir və həkim palataya dəvət olunur.

2. Kəskin tənəffüs çatışmazlığı – traxeotomik borunun daxili ucunun qatı irinli möhtəviyyatın, qan laxtasının, özlü sekretin tıxaması nəticəsində əmələ gəlir. Belə situasiyarlada boğulma nəticəsində ölüm bir neçə dəqiqəyə baş verə bilər.

Bu zaman:

1. Daxili boru dərhal çıxarılır;
2. Elektrik sorucusu ilə xarici borudan traxeyadakı möhtəviyyat sorulur.

3. Traxeyanın sıxılması ilə boynun dərialtı emfizeması –havanın dərialtına çıxması nəticəsində boynun həcmi böyüyür və üz şişir. Bu zaman:

1. Xəstənin vəziyyəti haqqında həkim təcili məlumatlandırılır.
4. **Yaranın irinləməsi-** əməliyyat həyatı göstəriş əsasında icra edildikdə aseptikanın gözlənilməməsi nəticəsində əmələ gəlir.

5. **Traxeotomik borunun uzun müddət saxlanması** nəticəsində inkişaf edən yataq yarasından təhlükəli qanaxma baş verir.

Bu zaman:

1. Manjetli borudan istifadə edilir.
2. Vurulan hava, manjeti dolduraraq traxeyada hermetizasiya yaradır.

Traxeostomaya qulluğun qaydaları

Traxeostomaya steril bir yara kimi yanaşmaq lazımdır:

1. Əllər antiseptik maddələrlə işlənir.
2. Maska və xalat geyilir.
3. Steril alətlərdən, kateterdən və pipetkadan istifadə olunur.
4. İlk 3 gündə hər 2-3 saatdan bir traxeobronxial ağac təmizlənir, daxili borunun kanyulası ölçüsünə uyğun olaraq yenisi ilə əvəz olunur
5. Palatada havanın sanasiyası aparılır.

Traxeotomik borunun təmizlənməsi

Göstəriş: traxeotomik borunun özlü ifrazatla tıxanması nəticəsində əmələ gələn asfiksiyanın profilaktikası.

Lazım olan vəsait:

- steril kateter;
- 1:5000 nisbətində hazırlanmış steril furasillin məhlulu;
- elektrik sorucusu;
- steril pipetka;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

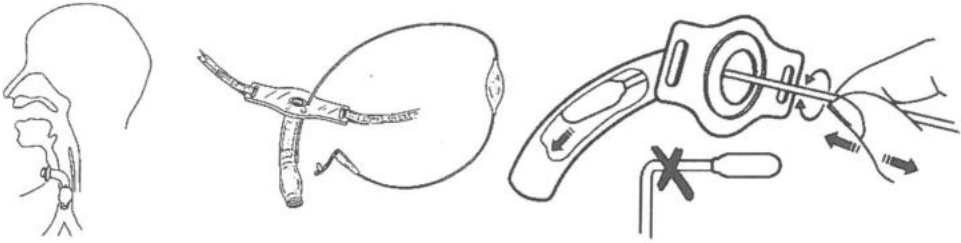
İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Kateter elektrik sorucusuna birləşdirilir.
4. Xəstənin başı kateterin dimdiyinin əksi istiqamətdə yana çevirilir.
5. Kateter maksimal olaraq maneəyə rastlaşana qədər bronxlardan birinə yeridilir. Öskürək yarandıqda kateterin yeridilməsi dayandırılır və nəfəsalma zamanı yenidən davam etdirilir.
6. Kateter stomadan maksimum uzaqda yerləşdirilir. Bu zaman kateteri yalnız yuxarı və aşağı hərəkət etdirmək olmaz. Eyni zamanda öz oxu ətrafında fırlatmaq tələb olunur (şəkil 191).
7. Elektrik sorucusu işə salınır.
8. 5-10 saniyə aparılan aspirasiyadan sonra kateter çıxarılır.

9. Elektrik sorucusu söndürülmədən kateter steril bankaya tökülmüş furasillin məhlulu ilə yuyulur.
10. Elektrik sorucusu şəbəkədən ayrılır.
11. Xəstənin başı əks tərəfə çevrilir.
12. Kateter digər bronxa salınaraq aspirasiya davam etdirilir.
13. İstifadə olunmuş alətlər dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.
14. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qeyd: Traxeotomik borudakı selik qatı olduqda 4-5 damcı 4%-li natrium hidrokarbonat məhlulu tökülür. Özlü bəlgəm zamanı isə 1 ml təzə hazırlanmış ximopsin məhlulu və ya tripsin tökülür. Prosedura 4-5 dəfə 3-5 saniyə intervalla təkrarlanır və selik elektrik sorucusu vasitəsilə sorulur.

Traxeyanın selikli qişasının iltihabının qarşısını almaqdan ötrü, traxeyaya həkim təyinatına əsasən sınaq qoyulduqdan sonra 1 ml antibiotik əlavə edilir.



Şəkil 191. Traxeotomik borunun yerləşməsi və təmizlənməsi

Traxeostomanın ətraf dərisinin işlənməsi

Göstəriş: əməliyyatdan sonrakı yaranın işlənməsi.

Lazım olan vəsait:

- 1%-li yodonat məhlulu;
- 96⁰-li etil spirti;
- 0,9%-li natrium xlorid məhlulu;
- steril vazelin yağı;
- 2 ədəd pinset;
- Kuper qayçısı;
- steril sarğı vasitələri;
- traxeotomik kanyulanın müvafiq ölçüyə uyğun daxili borusu;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.

3. Selik sorulduqdan sonra traxeotomik kanyulanın daxili borusu traxeyadan çıxarılır.
4. Traxeotomik kanyulanın hazırlanmış steril daxili borusu, steril vazelin yağında isladılmış steril salfetlə silinir.
5. Xarici traxeotomik kanyulaya müvafiq ölçülü daxili boru yeridilir, kilidlə fiksə edilir (metalik boru gündə 3 dəfə plastik boru isə gündə 1 dəfə dəyişdirilir).
6. Kanyulanın ətraf dərisi və tikişlər əvvəl 1%-li yodonat məhlulunda, sonra isə 96⁰-li etil spirtində isladılmış kürəciklə silinir.
7. Salfet bir tərəfdən ortasına qədər kəsilir və kanyulanın “qalxan”ının altına keçirilir (salfet 4-5 saatdan bir və ya islandıqda dəyişdirilir).
8. Selikli qişanın qurumasının qarşısını almaqdan ötrü kanyulanın traxeostomik dəliyi 0,9%-li natrium xlorid məhlulunda isladılmış salfetlə “tuman” şəklində örtülür (şəkil 192).
9. İstifadə olunmuş alətlərdəzinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
10. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Qeyd: *Traxeyanın selikli qişasının qurumasının qarşısını almaqdan ötrü traxeyaya 2-3 damcı steril vazelin yağı və ya steril qliserin damızdırılır.*



Şəkil 192. Traxeotomik boruya sarğının qoyulması

Traxeostoma borusuna qulluğun xəstəyə öyrədilməsi

Lazım olan vəsait:

- 4 ədəd steril salfet;
- 70⁰-li etil spirti;
- borutəmizləyən;
- sabun məhlulu;
- güzgü;
- bint.

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulur və qurudulur.
2. Güzgü qarşısında dayanılır (oturulur).
3. Xarici traxeostomik borunun cəftəsi “yuxarı” vəziyyətə gətirilir.
4. Sol əlin baş və göstərici barmağı ilə xarici traxeotomik borunun lövhəsi hər iki tərəfdən fiksə olunur.
5. Sağ əlin baş və göstərici barmağı ilə daxili traxeotomik borunun “qulaqcığı” möhkəm tutulur və “özündən” əks istiqamətə doğru qövsvari hərəkətlə çıxarılır (şəkil 193).
6. Daxili boru sabun məhlulu olan qaba yerləşdirilir və boru təmizləyənə bütün səthi selikdən təmizlənilir.
7. Daxili traxeotomik boru axar su altında yuyulur.
8. Daxili traxeotomik boru 70⁰-li etil spirtində isladılmış salfetlə silinir və steril salfetlə qurudulur.
9. Xarici traxeotomik borunun lövhəsi sol əlin baş və göstərici barmaqları ilə fiksə olunur. Daxili traxeotomik borunun “qulaqcığı”ndan sağ əlin baş və göstərici barmaqları ilə tutularaq xarici borunun dəliyinə salınır və cəftə “aşağı” vəziyyətə gətirilir.
10. Əllər yuyulur və qurudulur.

Qeyd: Qış aylarında gəzinti zamanı borunun dəliyinin ikiqatlı tənziif-salfetlə örtmək lazımdır. Yay aylarında isə həmin salfeti su ilə islatmaq lazımdır. Borunu gizlətmək üçün boğazı şarf və ya yaylıqla örtmək olar.



Şəkil 193. Xəstənin özü tərəfindən traxeotomik boruya qulluq

TRAVMATOLOJİ ŞÖBƏNİN XƏSTƏLƏRİNƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ

Travmatoloji şöbədə dayaq-hərəkət sisteminin xəstəlikləri və zədələnmələri ilə müalicə alan xəstələr yerləşdirilir. Belə xəstələrin müalicə xüsusiyyətlərinə əsasən gips sarğılarının, skelet dartmasının və müxtəlif növ xüsusi konstruksiyaya malik aparatların qoyulması aiddir. Zədə, xəstənin hərəkəti aktivliyini məhdudlaşdırdığına görə, müalicə müddətində həmişə yataq rejimi tələb olunur. Bu zaman qida qəbulu, yuyunma, defekasiya aktı və sidik ifrazı kimi proseduralar xəstə üçün olduqca çətin olub, palatada icra olunur.

Gips sarğısı qoyulmuş xəstələrə nəzarət və qulluq

Xəstəyə gips sarğısı qoyulduqdan ilk iki gün ərzində tibb bacısı müşahidələr aparmalıdır:

1. **Gips sarğısının təhlükəsinə görə:** - gips sarğısında çat əmələ gəldikdə və ya sındıqda onu əlavə olaraq gipsləməklə möhkəmləndirmək lazımdır.
2. **Gips sarğısı qoyulmuş ətrafın vəziyyətinə görə** - gips sarğısının ətrafı sıxması nəticəsində, ətrafda qan dövranının pozulduğuna görə xəstə kəskin ağrıdan şikayətlənir, ətrafın distal hissəsində ödem əmələ gəlir, soyuq olur, dərinin rəngi tünd-qırmızı yaxud göyümtül olur, həssaslığı pozulur və ya tam itir. Belə hallar baş verdikdə dərhal həkim məlumatlandırılmalıdır. Gips qoyulmuş ətrafa qaldırılmış vəziyyət verilir. Əgər aşağı ətrafdırsa onda altına yastıq və ya Beler şinası qoyulur, əgər yuxarı ətrafdırsa ləçəklə bağlanıb boyundan asılır. 15-20 dəqiqə ərzində qan dövranı pozğunluğunun simptomları dəyişməyə və daha da inkişaf edərsə, onda gips sarğısı təcili boşaldılmalıdır (longetin kənarlarını aralayır, sirkulyar sarğıyı boyu uzunluğuna kəsirlər). Bu tədbirlər də effektiv olmadıqda sarğı dəyişdirilərək yenisi ilə əvəz olunur. Əgər vaxtında yardım göstərilməzsə xəstədə damarların və yumşaq toxumaların nekrozu, hətta qanqrenası yarana bilər.
3. **Torakobraxial sarğılar** (döş qəfəsi və bazunu əhatə edən) qoyularkən çalışmaq lazımdır ki, xəstəni qidalandıran zaman çörək qırıntıları sarğının altına düşməsin. Dəridə qıcıqlanma və iltihab yaratmasın deyə gips sarğısı ilə xəstənin dərisi arasına bir neçə dolaq yumşaq bint sarınır. Bu sadə metodqeyd olunan fəsadın qarşısını almaq üçün çox effektivdir.
4. **"Koksid" sarğıları** qoyularkən (aşağı ətrafdan aralığa qədər) sidik ifrazı və defekasiya zamanı sarğıyı təmiz və quru saxlamaq lazımdır. Bunun üçün gips sarğısı ilə xəstənin bədəni arasına müşəmbə, onun da üzərindən salfet salınır. Çirklənən zaman salfet asanlıqla dəyişdirilir, müşəmbə isə sabunla yuyulub qurudulur.

Skelet dartması qoyulmuş xəstələrdə milin ətrafının işlənməsi

Göstəriş: mil salınan yerin irinləməsinin qarşısının alınması.

Lazım olan vəsait:

- pinset;
- qayçı;
- salfetlər;
- kürəcik;
- 70⁰-li etil spirti;
- 1%-li yod məhlulu;
- 0,5%-li xlorheksidin məhlulu;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi izah ona edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Milin giriş və çıxış yerinə qoyulmuş kürəcik pinsetlə götürülür.
4. Pinset dəyişdirilir.
5. Milin giriş və çıxış dəliyinin yeri 1%-li yodonat məhlulunda isladılmış kürəcikle silinir.
6. 70⁰-li etil spirti və ya 0,5%-li xlorheksidin məhlulunda isladılmış salfet iki pinset vasitəsi ilə sıxılaraq milin giriş və çıxış nahiyəsinə qoyulur.
7. Əlcəklər çıxarılır və istifadə olunmuş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlula yerləşdirilir.

Skelet dartması qoyulmuş xəstənin yataq ağlarının dəyişdirilməsi

Lazım olan vəsait:

- yataq ağları;
- rezin əlcəklər;
- dezinfeksiyaedici məhlul.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Təmiz mələfə bint kimi eni istiqamətində bütünlüklə bürmələdir.
3. Belər şinasından yük götürülür.
4. Xəstənin bədəninə yuxarı hissəsi qaldırılaraq yastıq yığışdırılır.
5. Çirkli mələfə çarpayının baş tərəfindən xəstənin belinədək bürmələdir, təmiz mələfə isə çarpayının mələfə götürülmüş hissəsinə sərilir.
6. Yastıq qoyulur və xəstənin uzanmasına kömək edilir.

7. Xəstədən sağlam ayağını qatlayıb və yatağa dirəməklə çanağını qaldırmaq xahiş edilir.
8. Sarğının altından çirkli mələfə çəkilir, təmiz mələfə isə hamarlanaraq sərilir.
9. Belər şinası zədələnmiş ətrafla birlikdə əllə qaldırılır.
10. Çirkli mələfə çəkib çıxarılır, təmiz mələfənin isə açılaraq sərilməsi davam etdirilir.
11. Belər şinası mələfə üzərinə qoyulur, ətraf şina üzərində düzəldilir (şinanın əyilmiş hissəsi dizaltı çuxurda olmalıdır).
12. Blokun qaytanı yoxlanılır və yük asılır.

Yataq yaralarının profilaktikası

Xəstə uzun müddət bir vəziyyətdə yatdıqda bədənin ən çox təzyiqə məruz qalmış nahiyələrində qan dövranı pozulur, yumşaq toxumalar nekrozlaşaraq yataq yarasının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Yataq yaralarının əmələ gəlməsi üçün zəif olan nahiyələrə büzdüm, oturaq qabarıqları, daban, kürək, ənsə nahiyələri aiddir. Yataq yaralarına eyni zamanda xəstəyə kifayət qədər keyfiyyətli qulluğun olmamasının fəsadı kimi baxmaq lazımdır. Bundan əlavə yataq yaraları aparılan tibbi manipulyasiyaların ağırlaşması kimi də (yatrogen) inkişaf edə bilər. Bunlara aiddir:

- endotraxeal borunun traxeyada uzun müddət qalması nəticəsində əmələ gələn traxeyanın yataq yaraları;
- qalın zondun qida borusunda uzun müddət qalması nəticəsində əmələ gələn qida borusunun yataq yaraları;
- qaz buraxan borunun düz bağırsaqlarda uzunmüddət qalması nəticəsində əmələ gələn düz bağırsağın yataq yaraları;
- gips sarğılarının, drenajların, sünni aparatların toxumalara təzyiq etməsi nəticəsində əmələ gələn yataq yaraları.

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- 10%-li kamfora spirti və ya 1%-li salisil spirti və ya 40%-li etil spirti;
- şampun;
- tənzip tampon;

İşin ardıcılığı:

11. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
12. Rezin əlcəklər geyilir.
13. Xəstə üzü üstə uzadılır və döş qəfəsinin altına yastıq qoyulur.
14. Xəstənin kürək, sarğı, baldır və daban nahiyəsinə (ən çox sıxılan yerlərə) baxılır (şəkil 194).
15. Xəstənin bədəni isti su ilə və yalnız maye sabunla yuyulur (bərk sabunla yumaq olmaz) və qurudulur.

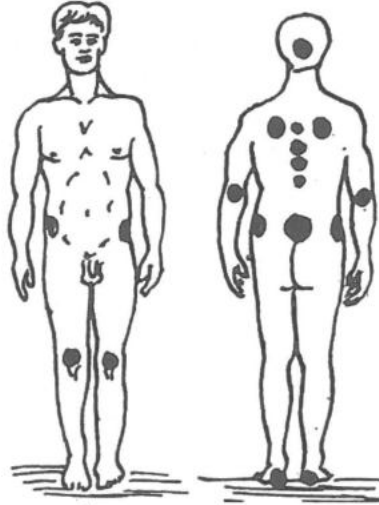
16. 10%-li kamfora spirti və ya 1%-li salisil spirti ya da 40%-li etil spirti ilə şampununun 1:1 nisbətində qarışığında isladılmış tənzif tamponla, yaxud da yarıya bölünmüş limonla dəri qızaranadək silinir (silinmə zamanı dəri büküşlərinə, xüsusilə də kök adamlarda ciddi diqqət etmək lazımdır, şəkil 195).

17. Dəri örtüyünün təmizlənməsi hər gün aparılır.

18. Əlcəklər çıxarılır və dezinfeksiyaedici məhlulla yerləşdirilir.

Qeyd: Yataq yarası ilə mübarizə xəstəyə qulluq etməkdən ibarətdir. Qulluğun qaydaları xəstənin qohumlarına da öyrədilməlidir. Xəstədə sıx sarğılar, mələfədə büküşlər, yamaq yerləri, düymə, qida qırıntıları olmamalı, sidik və nəcislə çirkənlənmiş nahiyələr gecikmədən təmizlənməli, xəstə tez-tez (yaxşı olar ki, hər 2 saatdan bir) yataqda çevrilməli, islanmış və bulaşmış nəm mələfələr dərhal dəyişdirilməli, ən çox təzyiqli düşən nahiyələrin, sümük çıxıntılarının altına içərisində hava olan rezinhəlqələr qoyulmalıdır. Sidik və nəcis saxlaya bilməyən xəstələrdə sidik və ya nəcis qəbuledicilər yaxud da pampersdən istifadə effektivdir.

Əgər dəri qurudursa PANTETOL, həddən artıq nəmdirsə BEPANTEN və VAZA-PENA kimi müdafiə məlhəmləri ilə silinir.



Şəkil 194. Yataq yaralarının ən çox əmələ gəldiyi nahiyələr.



Şəkil 195. Xəstənin yataqda çevrilərək bədəninin silinməsi və rezin həlqənin qoyulması

Yataq yaralarının müalicəsi

Lazım olan vəsait:

- rezin əlcəklər;
- 5%-li kalium permanqanat məhlulu və ya 1%-li brilliyant yaşılı;
- 3%-li hidrogen peroksid məhlulu;
- Vişnevski və ya solkoseril məlhəmi;
- şampun;
- steril salfet;
- tənzif tampon;
- kvars lampası.

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir və aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir.
2. Rezin əlcəklər geyilir.
3. Xəstə ehtiyatla qaldırılıb çevrilir (sürüşdürmək olmaz).
4. Yataq yarasının ilk əlamətlərinin təzahürü zamanı (dərinin qızarması) dəri gün ərzində 2-3 dəfə 5%-li kalium permanqanat məhlulu və ya 1%-li brilliyant yaşılı ilə silinir.
5. Dərinin tamlığı pozulduqda yara səthi 3%-li hidrogen peroksiddə isladılmış kürəciklə işlənir.
6. Sarğılar dəyişdirilərkən yataq yarasının kənarları 5-10%-li kalium permanqanat məhlulu ilə aşılır.
7. 1-3 dəqiqə müddətində yataq yarası nahiyəsi kvars lampası ilə şüalandırılır.
8. Yataq yarasına Vişnevski və ya solkoseril məlhəmi hopdurulmuş salfet qoyulur.
9. Əlcəklər çıxarılır və istifadə olunmuş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlulə yerləşdirilir.

Qeyd: Yataq yaralarının müalicəsi ciddi həkim təyinatına əsasən həyata keçirilməlidir.

Yadda saxlayın: Yataq yaralarının qarşısını almaq, müalicə etməkdən daha asandır.

XII BÖLMƏ

CƏRRAHIYYƏDƏ MÜXTƏLİF VƏZİYYƏTLƏRDƏ HƏKİMƏQƏDƏRKİ YARDIM

Həkiməqədərki yardım zədələnmənin baş verdiyi yerdə və ya kəskin cərrahi xəstəliklər zamanı göstərilir. Həkiməqədərki yardımın effektivliyi diaqnozun düzgün qoyulmasından çox asılıdır. Vaxtında və düzgün aparılan tibbi yardım zərərçəkənin həyatını qurtarır, onun müvəffəqiyyətli müalicəsini təmin edir, ağır fəsadların inkişafının qarşısını alır və tez sağalmasına imkan yaradır.

Tibb işçisi tibbi yardım göstərərkən tibbi xalalda, qalpaqda, maskada olmalı, rezin əlcək geyinməli, antiseptik məhlullar və zəruri dərman maddələrinə malik olmalıdır. Vacib cərrahi alətlər və sarğı materialları steril bağlamada olmalı, ilk tibbi yardım göstərildikdən sonra istifadə olunan bütün materiallar xüsusi tullantı konteynerinə yerləşdirilməlidir.

Mexaniki travmalar zamanı ilk yardım.

Əzilmə: Dəri tamlığının pozulması ilə yumşaq toxumaların zədələnməsidir.

Dartılma: Yumşaq toxumaların anatomik tamlığının pozulmaması ilə gedən qapalı zədələnmədir.

Cırılma: Yumşaq toxumaların anatomik tamlığının pozulması ilə gedən qapalı zədələnmədir. Bu zədələnmələrə ən çox bağlar, fassiyalar, vətərlər, əzələlər, damarlar məruz qalır.

İşin ardıcılığı:

1. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 50%-li 2 mq analgin məhlulu yeridilir və ya 50 ml 0,5%-li və ya 5 ml 2 %-li novokain məhlulu ilə yerli anesteziya aparılır).
2. Ətraf immobilizasiya olunur (yumşaq sarğı və şinalarla).
3. Zədələnməmiş nahiyəyə 2-3 saat müddətinə, 20 dəqiqə fasilə verilməklə buz qovluğu qoyulur.
4. Xəstə bədənin zədələnməmiş nahiyəsi qaldırılmış vəziyyətdə uzadılır.
5. Xəstə stasionara göndərilir.

Travmatik çıxıqlar

Oynaq kapsulu və bağ aparatının cırılması ilə müşahidə olunan oynaq səthlərinin bir-birinə nisbətən yerdəyişməsidir.

İşin ardıcılığı:

1. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 50%-li 2 mq analgin məhlulu yeridilir və ya 50 ml 0,5%-li və ya 5 ml 2 %-li novokain məhlulu ilə yerli anesteziya aparılır).
2. Ətraf immobilizasiya olunur (ləçək sarğısı və ya şinalarla).
3. Zədələnmiş oynaqın üzərinə buz qovluğu qoyulur.
4. Xəstə xərəkdə ona əlverişli vəziyyətdə uzadılır.
5. Xəstə stasionara göndərilir.

Qapalı sümük sınıqları

Qapalı sümük sınıqları – dəri örtüyünün zədələnməməsi ilə gedən sümük tamlığının pozulmasıdır.

İşin ardıcılığı:

1. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 50%-li 2 mq analgin məhlulu yeridilir və ya 50 ml 0,5%-li və ya 5 ml 2 %-li novokain məhlulu ilə yerli anesteziya aparılır).
2. Ətraf immobilizasiya olunur. Said və baldır sümükləri sınıqlarında iki oynaq, bazu və bud sümükləri sınıqlarında isə 3 oynaq fiksasiya edilir.
3. Sınıq nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur.
4. Xəstə xərəkdə üfüqi vəziyyətdə uzadılır.
5. Xəstə stasionara göndərilir.

Açıq sümük sınıqları

Açıq sümük sınıqları – dəri örtüyünün və digər yumşaq toxumaların zədələnməsi ilə gedən sümük tamlığının pozulmasıdır.

İşin ardıcılığı:

1. Ətraf paltarlardan azad edilir.
2. Sınmış nahiyədən yuxarıda kəmərlər və ya turna qoyulmaqla qanaxma dayandırılır.
3. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 50%-li 5 mq analgin məhlulu yeridilir və ya 50 ml 0,25%-li 100-200 ml novokain məhlulu ilə futlyar anesteziya aparılır).
4. Yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir (1%-li yodonat məhlulu, 70⁰-li etil spirti, 0,02%-li furasillin məhlulu).
5. Yaraya antiseptik sarğı qoyulur.
6. Kəmərin üzəri örtülməmək şərti ilə ətraf şinalar vasitəsi ilə immobilizasiya edilir.
7. Sınmış nahiyəyə buz qovluğu qoyulur.
8. Xəstə xərəkdə üfüqi vəziyyətdə uzadılır.

9. Travmatik şokun diaqnostikasından ötrü arterial təzyiq və nəbzə nəzarət edilir.
10. Xəstə stasionara göndərilir.
11. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Uzunmüddətli sıxılma sindromu

Uzunmüddətli sıxılma sindromu – yumşaq toxumaların uzun müddət sıxılması nəticəsində meydana çıxan, travmatik şokun ağır kliniki simptomları, toksemiya, plazma itkisi ilə müşayiət olunan patoloji vəziyyətdir. Bu sindrom zəlzələlər, partlayışlar, sürüşmələr zamanı binaların ağır dağınmaları, yol nəqliyyat hadisələri, dəmir yol qəzaları nəticəsində yumşaq toxumaların sıxılması zamanı inkişaf edir.

İşin ardıcılığı:

1. Sıxılan ətraf sıxan əşyadan azad edilməmişdən əvvəl sıxılan nahiyədən yuxarıya kəmərlər bağlanır.
2. Ətraf azad edildikdən sonra o periferiyadan mərkəzə doğru bintlə sıx sarınır və bundan sonra kəmərlər açılır.
3. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 2%-li 2 ml promedol məhlulu yeridilir).
4. Ətraf şinalar vasitəsi ilə immobilizasiya edilir.
5. Vena daxilinə 500 ml-dək poliqlukin (reopoliqlukin) 2 ml kordiamin, 60 ml prednizolon yeridilir.
6. Sıxılmaya məruz qalmış ətrafa buz qovluğu qoyulur.
7. Xəstə üfüqi vəziyyətdə xərəyə uzadılır.
8. Nəbzə və arterial təzyiqə nəzarət edilir.
9. Xəstə stasionara göndərilir.
10. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll olunur.

Ətrafın travmatik qopması

Travmanın bu növü kəskin qanitirmə və travmatik şokla müşayiət olunur.

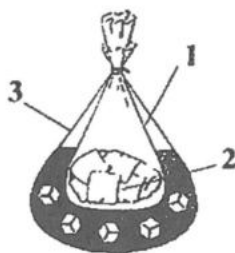
İşin ardıcılığı:

1. Ətraf paltardan azad edilir.
2. Ətrafın ayrılan yerindən yuxarıya kəmərlər qoyulmaqla qanaxma dayandırılır.
3. Əzələ daxilinə 2%-li promedol yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
4. Yaraya aseptik sarğı qoyulur.
5. Kəmərin üzəri örtülməmək şərti ilə ətraf şinalarla immobilizasiya edilir.
6. Sarğı üzərinə buz qovluğu qoyulur.
7. Vena daxilinə 500 ml poliqlukin (reopoliqlukin), 2 ml kordiamin, 60 ml prednizolon yeridilir.

8. Zərərçəkmiş xərkədə arxası üstə üfüqi vəziyyətdə uzadılır.
9. Qopmuş ətraf sellofan paketə qoyularaq tərkibində buz parçaları olan digər paketin içərisinə yerləşdirilir (şəkil 196-197).
10. Travmatik şokun diaqnostikasından ötrü arterial təzyiqə və nəbzə nəzarət edilir.
11. Ehtiyatla və cəld olaraq xəstə cərrahi şöbəyə göndərilir.
12. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll olunur.



Şəkil 196. Ətrafin travmatik qopması



Şəkil 197. Amputasiya olunmuş toxumanın saxlanması qaydası

1) Xarici polietilen paket, 2) Steril materiala bükülmüş amputasiya olunmuş toxuma, 3) Su və ya buzla dolu polietilen paket.

Yaralanmalar zamanı həkiməqədərki yardım

Yara-dəri örtüyünün tamlığının pozulması və daha dərin toxumaların zədələnməsi ilə nəticələnən açıq mexaniki zədədir.

İşin ardıcılığı:

1. Yara nahiyəsi paltardan azad edilir.
2. Qanaxmanın növündən asılı olaraq qanaxma dayandırılır.
3. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu yeridilir).
4. Yara ətrafındakı dəri antiseptik məhlullarla işlənir (3%-li hidrogen – peroksid məhlulu, 1%-li yodonat məhlulu, 0,02 %-li furasillin məhlulu).
5. Yaraya aseptik sarğı qoyulur.
6. Ətraf şinalar və ya ləçək sarğısı vasitəsi ilə immobilizasiya edilir.
7. Yara nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur.
8. Travmatik şokun diaqnostikasından ötrü arterial təzyiqə və nəbzə nəzarət edilir.
9. Xəstə xərkədə uzanmış vəziyyətdə stasionara göndərilir.
10. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Qeyd:

- ✓ dişlənmiş yaralarda qanaxmanın dayandırılmasına tələsməyib quduzluğun profilaktikası məsələsi həll edilməlidir;
- ✓ zəhərlənmiş yaralarda (ilan dişlənməsi) ilan zəhərinə qarşı zərdab (antidot) yeridilməli, yara ətrafına 10 ml dək 0,5%-li novokain məhlulu və 1%-li 0,1% ml adrenalin məhlulu yeridilməlidir;
- ✓ həşərat dişləməsində (arı, milçək, eşşək arısı) həşəratın dişləri pinset vasitəsi ilə xaric edilir, əzələ daxilinə 1ml 1%-li dimedrol və ya 2 ml 2%-li pipolfen məhlulu yeridilir;
- ✓ yarada yad cisim olduqda o çıxarılmamalıdır;

**Heyvan dişləməsinə görə müraciət edənlərə
ilk tibbi yardımın göstərilməsi**

Göstəriş:

- heyvan dişləməsi;
- sıyrıntı yerinə heyvanın ağız suyunun düşməsi;
- dəri və selikli qişalara, quduzuluqdan ölən heyvanın infeksiyalaşmış materialının düşməsi;
- hidrofobiyadan ölən insanların meyitinin yarılması və s.

İşin ardıcılığı:

1. Yara çoxlu su ilə dəfələrlə yuyulur.
2. Sıyrıntılar, cızıqlar, cırmaq yerləri, ağız suyu dəymiş nahiyələr sabunla şırnaq altında yuyulur.
3. Yara ətrafı 70⁰-li etil spirti və ya yod məhlulu ilə silinir.
4. Steril sargı qoyulur.
5. Geniş yaralarda yerli işlənmədən sonra bir neçə yaxınlaşdırıcı tikiş qoyulur.
6. Xarici qanaxmanı dayandırmaq üçün qan axan damarlar tikilir.
7. Antirabik peyvəndi almaq üçün antirabik kabinetə göndərilir (bax: səhifə 245).
8. Hadisə haqqında dərhal gigiyena-epidemioloji mərkəzə telefonogramma və ya yazılı məktub göndərilir.
9. Hər bir zərərçəkən, peyvənddən imtinanın fəsadları haqqında məlumatlandırılır.
10. Aşağıdakı kateqoriyaya aid zərərçəkənlər peyvənd kursunun aparılmasından ötrü qospitalizasiya edilir.
 - ✓ çoxlu dişləmələrə məruz qalanlar;
 - ✓ təhlükəli lokalizasiyalı xəstələr;
 - ✓ kəndlərdə yaşayanlar;
 - ✓ təkrar peyvənd olunanlar;
 - ✓ anamnezində nevroloji və allergoloji şikayəti olanlar;

11. Antirabik peyvənd kursunun fasiləsizliyi təmin edilir (imkan daxilində eyni seriyadan olan vaksinasıya istifadə olunması məsləhətdir).
12. Antirabik peyvənddən imtina dərhal xəstədən qəbz alınmaqla, iki həkimin imzası və müalicə müəssisəsinin möhürü ilə sənədləşdirilir.
13. Xəstəyə antirabik peyvənd alması haqqında arayış verilir.
14. Vaksinasiyadan sonrakı reaksiyalar və fəsadların hesabı aparılır.

Yanıqlar zamanı həkiməqədərki yardım

Termikli yanıqlar - buxarın, qaynar mayələrin, alovun və qızmış əşyaların təsirindən əmələ gəlir.

İşin ardıcılığı:

1. Zədələyici amilin təsiri dayandırılır.
2. Zərərçəkən təmiz havaya çıxarılır.
3. Yanan nahiyə paltardan azad edilir (əgər paltar hər hansı bir nahiyədən çıxarıla bilmirsə bu zaman yara ətrafında qayçı vasitəsi ilə kəsilir).
4. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 2-5 ml 50%-li analgin məhlulu və ya 2 ml 2%-li promedol məhlulu yeridilir).
5. Yara soyuq antiseptik məhlullarla yuyulur.
6. Yaraya aseptik sarğı qoyulur (anestezin suspenziyası ilə furasillin məhlulu) və ya yara köpüklü aeroxolla (pantenol) işlənir.
7. Ətraf şinalar və ya ləçək sarğısı vasitəsilə immobilizasiya edilir.
8. Yanmış nahiyəyə buz qoyulur.
9. Travmatik şokun diaqnostikasından ötrü arterial təzyiq və nəbzə nəzarət edilir.
10. Xəstə xərəkdə uzanmış vəziyyətdə stasionara göndərilir.
11. II, III, IV dərəcəli yanıqlar zamanı tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Kimyəvi yanıqlar zamanı həkiməqədərki yardım

Kimyəvi yanıqlar dəri və selikli qişalara qatı turşuların (nitrat, sulfat, florid, sirkə turşusu), qələvilərin (kalium, natrium, sönməmiş əhəng) fosfor və ağır metal duzlarının (gümüş nitrat, sink-xlorid, mis kuporosu və başqaları) düşməsi nəticəsində əmələ gəlir.

İşin ardıcılığı:

1. Zədələyici amilin təsiri aradan qaldırılır.
2. Yanan nahiyə paltardan azad edilir.
3. Yanıq səthi 20 dəqiqə müddətində soyuq su ilə yuyulur (sulfat turşusu, sönməmiş əhəng və fosforla yanmış dəri səthini yumaq olmaz). Bu zaman fosfor pinset vasitəsi ilə, sulfat turşusu və sönməmiş

əhəng isə antiseptik məhlulda isladılmış salfet vasitəsi ilə kənarlaşdırılır.

4. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 2-5 ml 50% analgin məhlulu yeridilir).
5. Yara səthinə antiseptik sarğı qoyulur (anestezin suspenziyası ilə furasillin məhlulu) və ya yara köpüklü aeroxolla (pantenol) işlənir.
6. Yara nahıyyəsi şinalar və ya ləşək sarğısı vasitəsi ilə immobilizasiya edilir.
7. Yanan nahıyyəyə buz qovuşu qoyulur.
8. Xəstə xərəkdə uzanmış vəziyyətdə stasionara göndərilir.
9. II-IV dərəcəli yanıqlar zamanı tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Elektrotravmalar zaman həkiməqədərki yardım

Elektrotravma – elektrik cərəyanı və ya ildırım zədəsidir. Zədələnmə yerli (toxunan nahıyyədə dərinin yanması) və ya ümumi (bayılma, kollaps, şok, ümumi zəiflik, tənəffüsün və ürəyin dayanması) ola bilər.

İşin ardıcılığı:

1. Elektrik cərəyanının təsiri təhlükəsizlik texnikası qaydaları gözlənilməklə dərhal dayandırılır.
2. Zərərçəkən arxası üstə üfüqi vəziyyətdə uzadılır.
3. Yanmış nahıyyəyə aseptik sarğı qoyulur.
4. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 2-5 ml 50%-li analgin məhlulu yeridilir).
5. Əzələ daxilinə 2 ml kordiamin, dəri altına 1ml 5%-li efedrin məhlulu yeridilir. İçməyə 25 damcı korvalol və ya valerian dəmləməsi verilir. Tənəffüsün və ürəyin dayanması zamanı dərhal ağciyərlərin süni ventilyasiyası və ürəyin qapalı masajı aparılır.
6. Xəstə xərəkdə uzanmış vəziyyətdə stasionara aparılır.

Donmalar zamanı həkiməqədərki yardım

Donma aşağı temperaturun təsiri nəticəsində toxumaların zədələnməsidir. İlk tibbi yardımın iki növü mövcuddur.

I üsul

İşin ardıcılığı:

1. Donmuş nahıyyə quru əllərlə ovuşdurulur.
2. Quru termoizoləedici sarğı qoyulur (pambıq tənzip tamponundan hazırlanmış sarğı sellofan və ya müşəmbə ilə örtülür). Üstündən yumşaq bint sarğısı və ya yun parça qoyulur.
3. Ətraf immobilizasiya edilir.
4. Zərərçəkən cəld müalicə müəssisənə çatdırılır.

II üsul

İşin ardıcılığı:

1. Donmuş nahiyə quru əllərlə ovuşdurulur.
2. Donmuş nahiyə temperaturu 18 dərəcə olan isti suya salınır və suyun temperaturu tədricən 38°C dərəcəyə qədər qaldırılır.
3. Donmuş nahiyə quru salfetlə qurudulur.
4. Donmuş nahiyəyə aseptik sarğı qoyulur.
5. Ətraf, şinalar və ya ləçək sarğısı ilə immobilizasiya edilir.
6. Zərərçəkənə isti çay və ya kofe verilir.
7. Əzələ daxilinə 1%-li 1 ml dibazol məhlulu, 1 %-li 1 ml nikotin turşusu məhlulu yeridilir.
8. Zərərçəkən stasionara göndərilir.

Kəllə-beyin travmaları zamanı həkiməqədərki yardım

Kəllə-beyin travmalarına aiddir:

- qapalı-kəllə beyin travmaları – silkələnmə, baş-beynin əzilməsi və baş-beynin sıxılması;
- kəllə tağının sıxılması;
- kəllə əsasının sınığı;
- çənənin çıxığı;

Qapalı kəllə-beyin travması zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkən xərəkdə başı yan tərəfə çevrilmiş və xərəyin baş tərəfi yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə uzadılır.
2. Xəstənin huşu pozularsa naşatır spirti iylədilir. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu, 1%-li 1 ml dimedrol məhlulu yeridilir.
3. Vena daxilinə 20 ml 40%-li qlükoza məhlulu və ya əzələ daxilinə 10 ml 25%-li magnezium sulfat məhlulu yeridilir (aşağı arterial təzyiq zamanı magnezium sulfat məhlulunu yeritmək olmaz).
4. Başa buz qovuğu qoyulur.
5. Huşun itməsi zamanı dilin qatlanmasının və qusuntu kütləsinin aspirasiyasının profilaktikası aparılır (Baş yana çevrilir, ağız boşluğu təmizlənir, dil salfetlə tutulur və kənara dartılır).
6. Nəbzə və arterial təzyiqə nəzarət edilir
7. Xəstə stasionora göndərilir.

Kəllə tağının sınığı zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə xərəkdə baş tərəfi yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə uzadılır (şok zamanı üfüqi vəziyyətdə).
2. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu, 1%-li 1 ml dimedrol məhlulu yeridilir.
3. Vena daxilinə 20 ml 40%-li qlükoza məhlulu yeridilir.
4. Yara və qanaxma olduqda qanaxma gicgah arteriyasını sıxmaqla və ya gicgah arteriyasına sıxıcı sarğı qoyulmaqla dayandırılır.
5. Yara üzərinə ehtiyatla təzyiq edilmədən aseptik sarğı qoyulur.
6. Başın üzərindən buz qovuğu asılır.
7. Şokun diaqnostikasından ötrü arterial təzyiq və nəbzə, bundan əlavə xəstənin huşuna və bəbəklərinin genişlənməsinə nəzarət edilir.
8. Xəstə stasionara göndərilir.
9. Yaralanma olduqda tetanusun profilaktikası aparılır.

Kəllə əsasının sınığı zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə, başı yana çevrilmiş və yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə xərəkdə uzadılır.
2. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələdaxilinə 50%-li 5 ml analgin məhlulu yeridilir).
3. Əzələ daxilinə 2 ml kordiamin, dəri altına 1 ml 5%-li efedrin məhlulu yeridilir.
4. Vena daxilinə 40 ml-dək 40%-li qlükoza məhlulu yeridilir.
5. Yara olduqda antiseptik məhlullarla işlənir və təzyiq etmədən antiseptik sarğı qoyulur.
6. Başın üzərinə buz qovuğu qoyulur.
7. Baş tənzip – pambıq dairəvi yastığında fiksə olunur (şəkil 198).
8. Şokun diaqnostikasından ötrü arterial təzyiq və nəbzə nəzarət olunur.
9. Xəstə ehtiyatla stasionara göndərilir.

Qeyd: *Burun və qulaq nahiyəsində qanaxmanı və likvorreyanı dayandırmaq, burun və qulaq boşluğunda qan laxtalarını təmizləmək olmaz.*



Şəkil 198. Başın fiksasiyası üçün yumşaq pambıq-tənzip dairəvi yastığı

Alt çənənin sınığı zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkmiş xərkədə başı yana çevrilmiş vəziyyətdə uzadılır.
2. Ağız boşluğuna baxılır və salfetlə təmizlənilir.
3. Burun qanaxması və sınımış dişlərin oyuğunun qanaxması dayandırılır.
4. Ağrısızlaşdırma aparılır (əzələ daxilinə 50%-li 5 ml analgin məhlulu yeridilir).
5. Yara üzərinə aseptik sarğı qoyulur.
6. Çənə sapandvarı sarğı və ya yüyən sarğısı vasitəsi ilə immobilizasiya edilir.
7. Xəstə stasionara göndərilir.
8. Arterial təzyiq və nəbzə nəzarət edilir.
9. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Alt çənənin çıxığı zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Ağız boşluğuna baxılır və salfetlə təmizlənilir.
2. Oynaq nahiyəsinə 2% -li novokain məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
3. Alt çənəyə sapandabənzər sarğı qoyulur.
4. Zərərçəkən xərkədə böyrü üstə uzadılmış vəziyyətdə stasionara aparılır.

Qırtlağın və traxeyanın yad cisimləri zamanı həkiməqədərki yardım

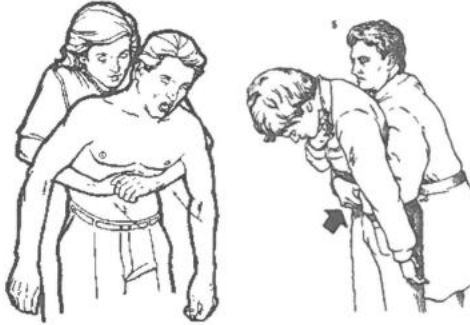
İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkənin vəziyyəti qiymətləndirilir.
2. Xəstənin huşu özündədirsə xəstəyə öskürmək imkanı yaradılır və danışmaq məsləhət görülür.
3. Nəticə alınmazsa və boğulma şiddətlənərsə abdominal təkanlardan istifadə edilir.
4. I,II dərəcəli stenozlar zamanı zərərçəkən ayağı üstə başısağı çevrilir və ya budun üzərində (yaxud kreslonun arxalığının üzərində) elə uzadılır ki, zərərçəkənin döş sümüyü kömək edən budunun üzərindən olsun. Sonra kürəyi əllərlə sıxmaqla reflektor nəfəsvermə alınadək öskürmək məsləhət görülür (şəkil 199).
5. Effekt alınmaqda qədər zərərçəkəni arxadan qucaqlayaraq, döş qəfəsinin döş sümüyünə sıxmaq üsulu tətbiq edilir (şəkil 200).

6. III və IV dərəcəli stenozlarda xəstə arxası üstə kürək sümüyü altına yastıq qoyulmaqla uzadılır və Dyufo iynəsi vasitəsilə traxeostomik punksiya edilir.
7. Xəstə stasionara xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə göndərilir.
8. Tənəffüsə nəzarət edilir.



Şəkil 199. Zərərçəkənin budun üzərinə uzadılmaqla döş sümüyünün sıxılması.



Şəkil 200. Zərərçəkənin arxadan qollarla tutulmaqla döş qəfəsinin döş sümüyünə sıxılması.

Qida borusunun yanıqları zamanı həkiməqədərki yardım

Qida borusunun yanıqları yüksək qatılıqlı turşu və ya qələvi udulması nəticəsində əmələ gəlir.

İşin ardıcılığı:

1. Əzələ daxilinə 50%-li 5 ml analgin məhlulu və ya 2%-li 2 ml promedol məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
2. 0,1%-li 1 ml atropin, 2%-li 2 ml papaverin kimi spazmolitiklər dərialtına yeridilir.
3. Qida borusu və mədə nazoqastral zondla 10 litrədək axar su ilə 15-20 dəqiqə müddətinə yuyulur.
4. Əzələ daxilinə 2 ml kordiamin, vena daxilinə 300 ml poliqlukinlə 30 ml 2%-li novokain məhlulu yeridilir.
5. Zərərçəkən xərəkdə arxası üstə üfüqi vəziyyətdə uzadılaraq stasionara göndərilir.
6. Arterial təzyiq və nəbzə nəzarət edilir.

Döş qəfəsi və onun üzvlərinin zədələnmələrində ilk yardım

Döş qəfəsi yaralanmaları qapalı və açıq olmaqla 2 qrupa bölünür. Qapalı zədələnmələr – daxili orqanların zədələnməsi və ya zədələnməməsi ilə müşayiət edilir. Açıq zədələnmələr isə dəlib keçən və dəlib keçməyən olmaqla daxili orqanların zədələnməsinə və ya zədələnməməsinə səbəb olur. Döş qəfəsi yaralanmaları travmatik şok, kəskin qan itirmə, tənəffüsün pozğunluğu, ürək, ağ ciyər çatışmazlığı ilə müşayiət olunur.

Döş qəfəsinin əzilməsizamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkənə 1 ədəd analgin həbi içirdilir.
2. Əzilmiş nahiyəyə buz qovluğu qoyulur.
3. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.

Döş qəfəsinin sıxılması və silkələnməsi zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkən sıxılmadan azad edilir.
2. Əzələ daxilinə 2%-li 2 ml promedol məhlulu, dəri altına isə 0,2%-li 1 ml platifillin məhlulu və ya 0,1%-li 1 ml atropin məhlulu yeridilir.
3. Maksimal nəfəsvermə mərhələsində döş qəfəsinə yumşaq bintlə spiralvarı sarğı qoyulur.
4. Oksigenlə inhalyasiya aparılır.
5. Zərərçəkən yarım oturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.
6. Şokun və ya ağciyər ödeminin diaqnostikasından ötrü arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.

Qabırğaların sınığı zamanı həkiməqədərki yardım

Qabırğa sınıqları tək və ya bir neçə qabırğanın sınığı ilə həmçinin daxili üzvlərin zədələnməsi və ya zədələnməməsi ilə baş verə bilər.

İşin ardıcılığı:

1. Əzələ daxilinə 50%-li 2ml analgin məhlulu və ya zədələnmiş qabırğanın aşağı kənarına 2%-li 10 ml novakain məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır
2. Yumşaq toxumaların zədələnməsi varsa, yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir və yaraya steril salfet qoyulur.
3. Zədələnmiş tərəfdə döş sümüyündən onurğa sütununaqədər leykoplastlarla kirəmitəbənzər sarğı qoyulur (şəkil 201)
4. Sınımış nahiyəyə buz qovluğu qoyulur.

5. Oksigenlə inhalyasiya aparılır.
6. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.
7. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.
8. Açıq sınıqlarda tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.



Şəkil 201. Döş qəfəsi yaralanmalarında leykoplastrla hermetikləşdirici sarğının qoyulması

Körpücük sümüyünün sınığı zamanı həkimədənki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
2. Zədələnmiş tərəfin ətrafına fizioloji vəziyyət verilir.
3. Dezo sarğısı və ya Delbe həlqəsi qoyulur (şəkil 202).
4. Sınan nahiyəyə buz qovluğu qoyulur.
5. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.



Şəkil 202. Delbe həlqəsinin qoyulması

Hemotoraks zamanı həkimədənki yardım

Hemotoraks-ağciyər və döş qəfəsi divarı damarlarının zədələnməsi nəticəsində baş verən qanaxma zamanı plevral boşluğa qanın yığılmasıdır.

İşin ardıcılığı:

1. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu və ya 2%-li 1 ml pro-medol məhlulu yeridilməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
2. Yara varsa onun ətrafı antiseptik məhlulla silinir.

3. Yaraya aseptik sarğı qoyulur.
4. Yara nahıyyəsınə buz qovuşu qoyulur.
5. Vena daxilinə 10%-li 10 ml kalsium xlorid və ya kalsium qlukonat məhlulu yeridilir.
6. Xəstə xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.
7. Travmatik şok və kəskin qanitimənin diaqnostikasından ötrü arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.
8. Yara olduqda tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Qapalı pnevmotoraks zamanı həkimədənki yardım

Qapalı pnevmotoraks yaradan plevral boşluğa havanın bir momentdə daxil olması nəticəsində inkişaf edir və ətraf mühitlə heç bir əlaqəsi olmur.

İşin ardıcılığı:

1. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
2. Yara olduqda yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir.
3. Yaraya aseptik sarğı qoyulur.
4. Yaraya buz qovuşu qoyulur.
5. Xəstə xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.
6. Yara olduqda tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir

Açıq pnevmotoraks zamanı həkimədənki yardım

Açıq pnevmotoraks havanın yaradan plevral boşluğa nəfəsalma zamanı daxil olması, nəfəsvermə zamanı isə xaric olması nəticəsində inkişaf edir.

İşin ardıcılığı:

1. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
2. Yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir.
3. Yaraya okkluzion sarğı qoyulur (yara tamponada edildikdən sonra dəri ətrafı yağlı məhlullarla işlənir və fərdi sarğı zərfinin steril rezinləşdirilmiş üzü leykoplastrla bağlanır).
4. Yara nahıyyəsınə buz qovuşu qoyulur.
5. Xəstə xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.
6. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.
7. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Qeyd: Yarada yad cisim olduqda onu çıxarmaq olmaz! Bu zaman həmin vəziyyətdə yerləşdiyi yerdə onu fiksə etmək məsləhət görülür. Əgər yad cisimin ucu uzundursa bir qədər kəsilir.

Qapaqlı pnevmotoraks zamanı həkiməqədərki yardım

Qapaqlı pnevmotoraks havanın yaradan plevral boşluğa hər nəfəsalma zamanı daxil olması və nəfəsvermə zamanı yara ağzının hermetik qapanması zamanı inkişaf edir. Hər nəfəsalma zamanı havanın miqdarı tədricən plevral boşluqda artmağa başlayır.

İşin ardıcılığı:

1. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu və ya 2%-li 1 ml promedol məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
2. Yaranın ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir.
3. Yaraya okkluzion sarğı qoyulur (yara tamponada edildikdən sonra dəri ətrafı yağlı məhlullarla işlənir və fərdi sarğı zərfinin steril reziləşdirilmiş üzə leykoplastrla bağlanır).
4. Sarğının üzərinə buz qovuşu qoyulur.
5. Zədələnmiş tərəfdə havanın çıxarılması üçün plevral punksiya edilir.
6. Oksigenoterapiya aparılır.
7. Vena daxilinə 500 ml poliglükün, əzələ daxilinə 2 ml kordiamin məhlulu yeridilir.
8. Xəstə xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.
9. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.

Qarın boşluğu üzvlərinin kəskin cərrahi xəstəlikləri və zədələnmələri zamanı həkiməqədərki yardım

Qarın zədələnməsi açıq və qapalı olmaqla iki yerə bölünür.

Qapalı zədələnmələr daxili üzvlərin zədələnməsi və ya zədələnməməsi ilə müşayiət olunur. Açıq zədələnmələr isə dəlib keçən və dəlib keçməyən olur. Qarın zədələnmələrini travmatik şok, kəskin qanitirmə, peritonitin inkişafı müşayiət edir.

Qarın divarının əzilməsi zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Zədə nahiyəsinə buz qovuşu qoyulur.
2. Zərərçəkən xərəkdə üfüqivəziyyətdə baldır altına yastıq qoyulmaqla uzadılaraq stasionara göndərilir.
3. Arterial təzyiqə və nəbzə nəzarət edilir.
4. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Qeyd:

- ✓ Ağrısızlaşdırma aparmaq olmaz.
- ✓ Spirtli içki içmək olmaz.
- ✓ Travmatik şok yarandıqda azot oksidi ilə oksigenin 1:1 nisbətində qarışığı

tətbiq edilərək, vena daxilinə 500 ml-dək poliqlükün, əzələ daxilinə 2 ml kordiamin məhlulu yeridilir.

- ✓ *Qanaxma olduqda vena daxilinə 10 ml 10%-li kalsium xlorid məhlulu yeridilir.*

Qarın dəlib keçməyən yaralanması zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir.
2. Yaraya aseptik sarğı qoyulur.
3. Sarğı üzərinə buz qovluğu qoyulur.
4. Zərərçəkən xərəkdə arxası üstə üfüqi vəziyyətdə uzadılaraq stasionara göndərilir.
5. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Qarın dəlib keçən yaralanması zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkən xərəkdə üfüqi vəziyyətdə baldırın altına yastıq qoyularaq uzadılır.
2. Yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir.
3. Xaricə çıxmış üzvün ətrafına tənzip yastıq qoyulur.
4. Yara və üzvün səthinə natrium xloridin izotonik məhlulu ilə yaş quruducu aseptik sarğı qoyulur.
5. Vena daxilinə 500 ml poliqlükün, 2 ml kordiamin, 5%-li 100 ml aminokapron turşusu məhlulu yeridilir.
6. Travmatik şok olduqda azot oksidi ilə, oksigenin 1:1 nisbətində qarışığı tətbiq edilir.
7. Xəstə stasionara yerləşdirilir.
8. Arterial təzyiqə və nəbzə nəzarət edilir.
9. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Qeyd: Zərərçəkəni qidalandırmaq olmaz.

“Kəskin qarın” zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə xərəkdə üfüqi vəziyyətdə baldır altına yastıq qoyulmaqla uzadılır.
2. Qarın nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur.
3. Xəstə stasionara göndərilir.

Qeyd: Əks göstərişlər:

- ✓ *isitqacın tətbiqi;*
- ✓ *imalənin edilməsi;*

- ✓ *mədənin yuyulması;*
- ✓ *ağrıkəsicilərin istifadəsi;*
- ✓ *işlədicilərin istifadəsi;*
- ✓ *qidalanmaq və maye qəbulu;*
- ✓ *antibiotiklərin tətbiqi;*

Boğulmuş yırtıq zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə xərəkdə üfüqi vəziyyətdə baldır altına yastıq qoyulmaqla uzadılır.
2. Qarın nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur.
3. Xəstə stasionara göndərilir.

Qeyd: Yırtıq möhtəviyyatını yerinə salmaq və ağrısızlaşdırma aparmaq olmaz!

Mədə-bağırsağ qanaxmaları zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkən xərəkdə böyrü üstə, xərəyin aşağı hissəsi qaldırılmış vəziyyətdə stasionara aparılır.
2. Vena daxilinə 10%-li 10 ml. kalsium xlorid məhlulu, 5%-li 100 ml-dək aminokapron turşusu məhlulu, 12,5%-li 2 ml. etamzilat məhlulu yeridilir.
3. Qarın nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur.
4. Xəstəyə qida verilmir.
5. Xəstə stasionara göndərilir.

Düz bağırsağın xəstəlikləri və zədələnmələri zamanı həkiməqədərki yardım

Düz bağırsağın dəlib keçən yaralanmaları zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir.
2. Yaraya sıxıcı sarğı qoyulur.
3. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml analgin məhlulu və ya 2%-li 2 ml promedol məhlulu yeridilir.
4. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə yerləşdirilir.
5. Vena daxilinə 500 ml polliqlükün, əzələ daxilinə 2 ml kordiamin məhlulu yeridilir.
6. Xəstə stasionara göndərilir.
7. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Düz bağırsağın sallanması zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə böyrü üstə uzadılır və ya xəstəyə diz-dirsək vəziyyəti verilir.
2. Sallanmış selikli qişanın nekrozu və boğulması yoxlanılır.
3. Salfet vazelin və ya digər yağlarla yağlanır.
4. Həmin salfet vasitəsilə düz bağırsağa bərabər səviyyəli dairəvi təzyiqlər göstərməklə sallanmış segment eyni momentdə icəri salınmağa cəhd edilir.
5. Təzyiqlər daha çox bağırsağın zirvəsinə, əsasına isə hər tərəfdən iki əlin mümkün qədər çox barmaqlarının köməyi ilə edilərək bağırsağın yerinə salınır.
6. Mümkün olmadıqda bir neçə dəqiqə gözləyib, yenidən çoxlu yağ sürtməklə təkrar icəri salınmağa cəhd edilir.
7. İcəri salındıqdan sonra bir saat müddətində ciddi yataq rejimi məsləhət görülür.
8. Uşaqlarda sarğı bir-birinə sıxılır və bir saat müddətinə sarğıya leykoplastr yapışdırılır.

Qeyd: Bağırsağın selikli qişasının nekroz olduqda bağırsağı yerinə salmaz olmaz!

Kəskin sidik ləngiməsi zamanı həkiməqədərki yardım

Kəskin sidik ləngiməsi – sidik kisəsinin boşalmasının qeyri-iradi kəsilməsidir.

Səbəbləri:

- prostat vəzinin adenomasi;
- sidik axarının daşları və strikturası;
- şişlər;
- fimoz;
- nəcis daşları;
- isteriya;
- laparotomiya əməliyyatından sonrakı vəziyyət;
- doğuşdan sonrakı vəziyyət;

İşin ardıcılığı:

1. Sidik ləngiməsinin səbəbi aydınlaşdırılır.
2. İsteriya, əməliyyatdan sonrakı və doğuşdan sonrakı vəziyyətlərdə xəstə şirna ilə örtülür, xəstənin sidik kisəsi üzərinə isti qoyulur və su kranı açıq saxlanılır.
3. Digər xəstəliklərdə və əvvəlki vəziyyətlər zamanı effekt alınmadıqda, rezin kateterlə sidik kisəsinin kateterizasiyası aparılır.

4. Bütün tədbirlər effekt vermədikdə xəstə xərəkdə üfüqi vəziyyətdə stasionara göndərilir.

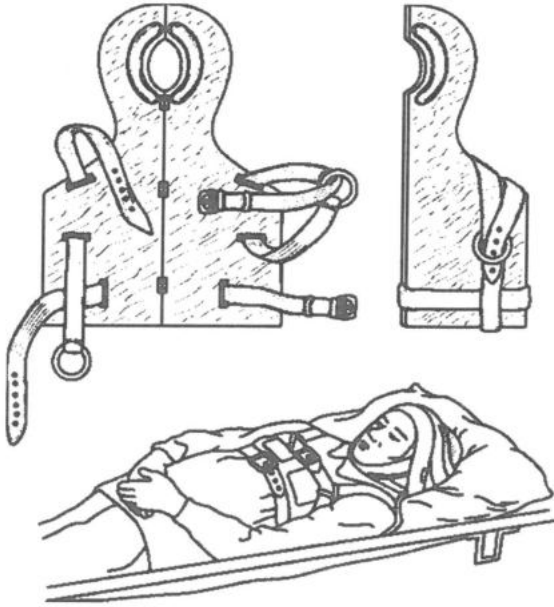
Onurğa sütunu və çanağın zədələnmələri zamanı həkiməqədərki yardım

Onurğa sütununun sınığı onurğa beyninin zədələnməsi və ya zədələnməsi ilə baş verərək tez-tez travmatik şokla müşayiət olunur.

Onurğanın boyun hissəsinin sınıqları zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə taxta lövhə və ya sərt xərək üzərində üfüqi vəziyyətdə arxası üstə boynun altına yastıq qoyulmaqla uzadılır.
2. Əzələ daxilinə 2%-li 2 ml promedol məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
3. Vena daxilinə 500 ml polliqlukin, 2 ml kordiamin məhlulu yeridilir.
4. Boyuna Elanski şinası və ya pambıq tənzip yaxalığı qoyulur (şəkil 203).
5. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.
6. Xəstə stasionara göndərilir.



Şəkil 203. Boyun fəqərələrinin sınıqlarında Elanski şinasının qoyulması

Onurğannın döş və bel nahiyəsinin sınıqları zamanı həkiməqədərki yardım

İşin ardıcılığı:

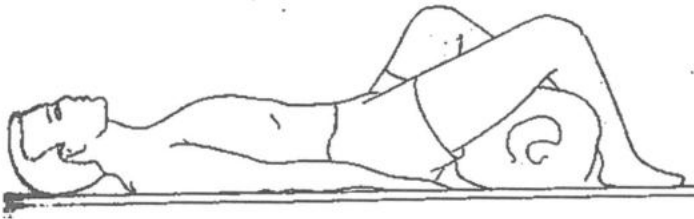
1. Xəstə taxta lövhə və sərt xərək üzərində üfüqi vəziyyətdə arxası üstə sınımış nahiyə altına yastıq qoyulmaqla uzadılır.
2. Əzələ daxilinə 2%-li 2 ml promedol məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
3. Vena daxilinə 500 ml polliqlukin, 2 ml kordiamin yeridilir.
4. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.
5. Xəstə stasionara göndərilir.

Çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı həkiməqədərki yardım

Çanaq sümükləri sınıqları tez-tez kiçik çanaq sümüklərinin zədələnməsi və travmatik şokla müşayiət olunur.

İşin ardıcılığı:

1. Zərərçəkən sərt xərəkdə arxası üstə, üfüqi vəziyyətdə, ayaqları diz və bud çanaq oynaqlarından bükülmüş və aralanmış vəziyyətdə- “qurbağa” vəziyyətində uzadılır (diz oynaqı altına yastıq qoyulur, şəkil 204).
2. Əzələ daxilinə 2%-li 2 ml promedol məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır.
3. Vena daxilinə 500 ml polliqlukin , 2 ml kordiamin məhlulu yeridilir.
4. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir.
5. Xəstə stasionara göndərilir.



Şəkil 206. Çanaq sümüklərinin sınıqlarında
ilk yardım zamanı xəstənin vəziyyəti

XIII BÖLMƏ

ƏLAVƏLƏR

Cərrahi profilli tibb bacının davranış qaydaları

Cərrahiyyə şöbələrində işləyən tibb bacısının davranışının ümumi qaydaları arasında aşağıdakıların fərqləndirmək lazımdır:

1. Tibb bacısının geyimi təmiz olmalıdır.
2. Saçları qalpağın altında səliqə ilə yığılmalıdır.
3. Dırnaqları qısa kəsilməlidir.
4. Kosmetika və bəzəklərinə ifrat yol verməməlidir.
5. Ətriyyat vasitələrinin istifadəsi məhdudlaşdırılmalıdır (xəstədə xoşagəlməz subyektiv hisslər, bronxial astma və digər allergik reaksiyaları yarada bilər)
6. Çox vacibdir ki, tibb bacısı xəstə ilə söhbət apararkən üzünün ifadəsinə, danışığ və davranış ədalarına diqqət yetirsin. Xeyirxah və sakit davranış xəstənin psixikasına müsbət təsir göstərərək, onda müalicənin uğurlu olacağına əminlik yaradır.
7. Qulluq zamanı əsəbi, hirsli, tündməcaz olmaq əvəzinə maksimum dözümlü göstərmək, xəstəyə daim diqqət ayırmaq lazımdır ki, ruh düşkünlüyünə məruz qalmış xəstə bilsin ki, onun vəziyyətinin yaxşılaşdırılması üçün mümkün olan hər şey edilir.
8. Ağır və perspektivsiz xəstələrlə ünsiyyət yaratmaq xüsusi çətinliklər törədir. Belə xəstələrlə ünsiyyət yaradıldıqda isə, qulluq tədbirlərinin aparılması zamanı, xəstə tibb bacısı tərəfindən qayğı hiss edir.

Tibb bacısı heç vaxt xəstəlik tarixini xəstəyə və ya müalicə prosesi ilə əlaqəsi olmayan digər şəxslərə göstərməməlidir. Cərrahın icazəsi olmadan xəstə və ya onun qohumlarının diaqnoz haqqında məlumatlandırılması faciəvi nəticələrə gətirib çıxara bilər. "Həkim sirri" anlayışı tək-cə həkimlərə deyil, eləcə də müalicə prosesində iştirak edən bütün tibb işçilərinə aiddir.

Tibb bacısı telefonda özünü təqdim etməyən heç kəsə xəstə haqqında məlumat verməməlidir.

Cərrahi xəstənin minimal standart müayinələri

Hər hansı bir cərrahi əməliyyatdan qabaq (həyati göstəriş olan təxirəsalınmaz əməliyyatlar istisna olmaqla) müayinələrin həcmi müəyyən standartlara uyğun yerinə yetirilir.

Bu müayinələrə daxildir:

- qanın ümumi analizi;
- qanın biokimyəvi analizi;
- qanın laxtalanma müddətinin təyini;
- qan qrupu və rezus amilinin təyini;

- döş qəfəsinin flüroqrafiyası;
- ağız boşluğunun sanasiyası haqqında stomatoloqun rəyi;
- elektrokardioqrafiya;
- terapevtin baxışı;
- qadınlar üçün ginekoloqun baxışı.

Əgər standart müayinələrin nəticələri normativ göstəricilərə uyğun gəlsə, əməliyyata hazırlıq minimal tədbirlərlə başa çatır. Yox əgər hər hansı kənara çıxma varsa, onda onların səbəbləri aydınlaşdırılır, aradan qaldırılması üçün lazımı korreksiya yolları nəzərə alınır.

Cərrahi xəstənin müayinələrə hazırlanması

1. Qarın boşluğu üzvlərinin (qaraciyər, öd kisəsi, mədəaltı vəzi, dalaq) ultrasəs müayinəsinə hazırlanması.

1. Xəstəyə müayinənin məqsədi və zəruriliyi izah edilir və onun razılığı alınır.
2. Müayinəyə 2-3 gün qalmış xəstənin qida rasionundan köp əmələ gətirən ərzaqlar (paxlalı bitkilər, qara çörək, kələm, süd) çıxarılır.
3. Köplük zamanı xəstəyə gündə 2 dəfə çobanyastığı dəmləməsi və ya gündə 4 dəfə aktivləşdirilmiş kömür verilir.
4. Xəstəyə müayinənin ciddi olaraq ac qarına aparılması xəbərdarlığı edilir.
5. Müayinədən qabaq xəstədən siqaret çəkməməsi xahiş olunur və spirtli içki qəbulu qadağan edilir.
6. Bu tələblərin gözlənilməməsinin səhv nəticəyə gətirib çıxara bilməsi xəstəyə izah edilir.
7. Xəstəyə müayinə ediləcək yer və müayinənin vaxtı bildirilir.

2. Qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsağın endoskopik müayinəyə hazırlanması

1. Xəstəyə müayinənin məqsədi və zəruriliyi izah edilir və onun razılığı alınır. Psixoloji hazırlıq aparılır.
2. Müayinə ərəfəsində saat 18:00-da xəstəyə yüngül şam yeməyi məsləhət görülür.
3. Səhər xəstəyə yeməmək, içməmək, dərman qəbul etməmək, diş protezlərini çıxartmaq xəbərdarlığı edilir.
4. Müayinənin yeri və vaxtı haqqında xəstə məlumatlandırılır.
5. Xəstə endoskopik kabinetə xəstəlik tarixi və fərdi dəsmalla göndərilir.
6. Müayinədən sonra 1-2 saat müddətində yemək yeməmək tövsiyə edilir.

3. Xəstənin kolonoskopiyaya hazırlanması

1. Xəstəyə müayinənin məqsədi və gedişi izah edilir və onun razılığı alınır.
2. Xəstəyə saat 12-13⁰⁰ radələrində 25% - li 60 ml magnezium sulfat məhlulu verilir.
3. Xəstə sadə pəhrizdən istifadə etməsi haqqında məlumatlandırılır.
4. Müayinə ərəfəsində axşam xəstəyə təmiz su gələnədək bir neçə dəfə təmizləyici imalə edilir.
5. Səhər müayinəyə 2 saat qalmış təkrar təmizləyici imalə edilir.
6. Xəstə endoskopik kabinetə fərdi mələfə və xəstəlik tarixi ilə göndərilir.

Cərrahiyyədə antibakterial müalicənin aparılması qaydaları

Cərrahi infeksiyalar zamanı antibiotiklər geniş tətbiq edilir. Antibiotiklər təyin edilməzdən qabaq səmərəli nəticə almaq üçün aşağıdakı qaydalara əməl etmək lazımdır.

1. Antibiotikə qarşı allergik reaksiyalar yoxlanılmalı, preparatın oto-, nefro-, hepatotoksik təsiri və fərdi həssaslıq diqqətdə saxlanılmalıdır.
2. Yalnız patoloji prosesi əmələ gətirən mikroorqanizmlərə qarşı həssas olan antibiotiklərdən istifadə olunmalıdır.
3. Antibiotiklərə kurs müalicəsinə mümkün qədər erkən başlamaq lazımdır.
4. Müalicədə işlədilən antibiotikin dozası yolverilən müalicəvi dozanı keçməmək şərti ilə maksimal yüksək olmalıdır.
5. Antibakterial müalicə zamanı onların orqanizmə mənfi təsirini aradan qaldıran dərman maddələri ilə (vitaminlər, göbələk ələhinə preparatlar, hepatoprotektorlarla) yanaşı təyin etmək vacibdir.
6. Antibiotiklərin kombinasiyalı şəkildə tətbiqindən mümkün qədər qaçmaq lazımdır. Antibiotiklərin tək təyin edilməsi daha məsləhətdir. Kombinasiya lazım olacağı təqdirdə isə onların sinergist təsiri nəzərə alınmalıdır.
7. Antibiotik seçilərkən onların lokal təsiri nəzərə alınmalıdır.
8. Preparatın tətbiqinin optimal yolu nəzərə alınmalıdır. İrınli septik xəstəliklərdə antibiotiklər ya venadaxilinə, ya da birbaşa infeksiyalaşmış ocağa yeridilməlidir.
9. Aşağı keyfiyyətli və səmərəsi sübut olunmamış antibiotikləri təyin etmək məsləhət görülmür.
10. Antibakterial müalicə rejiminin gözlənilməməsinin zərəri, antibiotiklərdən nəzarətsiz istifadə edilməsi və özünümüalicənin təhlükəli olması xəstəyə izah edilməlidir.
11. Apteklərdə antibiotiklərin reseptisiz satışı məhdudlaşdırılmalıdır.

Cərrahiyyədə antibakterial profilaktikanın prinsipləri

Cərrahiyyədə antibiotikoprofilaktikanın müasir konsepsiyası aşağıdakı prinsiplər üzrə qurulur.

1. Əməliyyat yarasının mikrobla çiklənməməsi hətta aseptika və antiseptika qaydaları ideal olaraq gözlənilsə belə praktik olaraq qaçılmazdır. 80-90% hallarda əməliyyatın sonunda yara kənarı müxtəlif ekzogen və endogen mənşəli mikroblarla çiklənmiş olur.
2. Antimikrob preparatların əməliyyat yarasında səmərəli konsentrasiyası əməliyyatın əvvəlində əldə olunmalı və əməliyyat başa çatanadək saxlanılmalıdır.
3. Profilaktika məqsədilə antibiotiklərin venadaxilinə yeridilməsi bir qayda olaraq əməliyyata 30-40 dəqiqə qalmış həyata keçirilir.

Yaraların irinlənməsinə təsir edən amillər içərisində xəstənin vəziyyəti ilə əlaqəli amillər (60-dan yuxarı yaş, hipotrofiya, piylənmə, şəkərli diabet, anemiya, onkoloji vəziyyət, şüa terapiyası, siqaret çəkmə, yanaşı gedən xəstəliklər, eksogen, endogen yoluxma) törədicilərlə əlaqəli amillər (bakteriyaların virulentliyi, aerob və anaerobların sinergizmi, xəstənin əməliyyata qədər antibakterial müalicə alması) və xəstəxanadaxili amillərin (uzunmüddətli qospitalizasiya, əməliyyat sahəsinin hazırlanması, tüklərin qırılması) olması ilə yanaşı, əməliyyatdaxili amillər də mühüm rol oynayır.

Bunlara aiddir:

- cərrahi müdaxilənin uzunmüddət davam etməsi;
- anatomik toxumaların zədələnmə dərəcəsi;
- əməliyyatın yolu;
- əməliyyatın xarakteri (müştərək əməliyyatlar);
- diatermokoaqulyasiyadan istifadə;
- 800-1000 ml-dən artıq qanıtirmə və qeyri/kafi hemostaz (qanaxma);
- yad materialların (liqatura, protez) tətbiqi və tikiş materiallarının keyfiyyəti;
- təchizatın sterililliyi;
- hemotransfuziya;
- yaraya qoyulan sarğının növü;
- yaralara drenajın qoyulması;
- əməliyyat zamanı xəstədə hipotenziya;
- dərinin spirt və xlortərkibli antiseptiklərlə silinməsi;
- cərrahin mütəxəssislik dərəcəsi.

Cərrahiyyədə antibakterial müalicə zamanı buraxılan səhvlər.

Cərrahi xəstələrin antibiotiklərlə müalicəsindəki uğursuzluq, antibiotiklərə qarşı mikroorqanizimlərin davamlılığın sürətli inkişafı, onların tətbiqi zaman çoxlu miqdarda əlavə təsirlərin əmələ gəlməsi, onların təyin edilməsinə yanlış yanaşma və həmçinin onlara təhlükəsiz preparat kimi münasibət göstərilməsi ilə müəyyən edilir.

Bu baxımdan cərrahi təcrübədə antibiotikoterapiyada bir sıra səhvlər buraxıla bilər ki, onları da rast gəlmə tezliyinə və əhəmiyyətinə görə aşağıdakı kimi qruplaşdırmaq olar:

1. Əsaslandırılmış göstəriş olmadan antibiotiklərin təyin edilməsi (bir sıra patoloji proseslərdə onlarsız da keçinmək mümkündür olduğu halda antibiotiklərin təyin edilməsi nəinki faydasız, eyni zamanda xəstənin sağlamlığı üçün zərərli).
2. Mikrofloranın antibiotiklərə qarşı davamlılığının nəzərə alınmaması.
3. Antibiotiklərin ya az, ya da həddən artıq yüksək dozada təyin olunması (kiçik doza mikrofloranın antibiotikə tez uyğunlaşmasını yaradır, yüksək doza isə antibiotiklərin toksikliyi və əlavə təsiri nəzərə alınmadan təyin edildikdə fəsadlar törədir).
4. Çox qısa və ya çox uzun müddətli müalicə kursunun təyin edilməsi.
5. Antibiotiklərin səmərəsiz kombinasiya edilməsi (kombinasiyalar zamanı qaydaların gözlənilməməsi, antibiotiklərin bir-birinə qarşılıqlı təsiri nəzərə alınmadan onların təyin edilməsi ağır fəsadlara, üzv və sistemlərdə geriye dönməz pozğunluqlara gətirib çıxarır).
6. Antibiotiklərin tətbiqində əks göstərişlərin nəzərə alınmaması (antibiotiklərin təyin edərkən anamnestik olaraq antibiotiklərə həssaslıq, allergik reaksiyalar diqqətdə saxlanılmalıdır).
7. Antibiotiklərin gücünə faktiki olduğundan artıq bel bağlayaraq, onların lazım gəldi -gəlmədi təyin edilməsi.
8. Apteklərdə antibiotiklərin sərbəst (reseptsiz) satışı ilə əlaqədar xəstənin özünə müalicə təyin etməsi.
9. Mikrofloranın həssaslığının nəzərə alınmadan antibiotiklərin təyin edilməsi (bu çox ciddi bir səhv olub, vaxtında antibiotikin dəyişdirilməsini tələb edir).
10. Antaqonist antibiotiklərin birlikdə təyin edilməsi.
11. Praktik həkimlərin yeni, yerli və xarici preparatları kifayət qədər tanımaması nəticəsində müxtəlif firma adları altında istehsal olunan eyni təsir mexanizminə malik antibiotiklərin tətbiq edilməsi.
12. Antibiotikləri zərərsiz dərman kimi hesab edib, onlara yanlış münasibətin göstərilməsi.

Xəstədə antibiotiklərə qarşı həssaslığın təyini üsulları.

1. Dəriiçi sınağın qoyulması

Göstəriş: Antibiotiklərə qarşı həssaslığın təyini.

Əks göstəriş: İynə yeridiləcək nahiyədə dəri və dərialtı piy toxumasının hər hansı xarakterli zədələnmələri.

Lazım olan vəsait:

- əlcəklər;
- müşəmbə önlük;
- pambıq kürəcikli steril biks;
- 1,0 və 10,0 qramlıq steril şprislər;
- steril pinçət və ya kornsanq;
- antibiotik flakonu;
- fizioloji məhlul;
- qayçı;
- 70⁰-li etil spirti;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə sakitləşdirilir, aparılacaq manipulyasiyanın gedişi ona izah edilir və onun yerinə yetirilməsinə razılıq əldə olunur.
2. Müşəmbə önlük taxılır, əllər yuyulur və əlcəklər geyilir.
3. Antibiotik olan flakonun saxlama müddəti və adı yoxlanılır.
4. Kürəcik olan bağlama biksdən çıxarılır.
5. 2 ədəd kürəcik antiseptikdə isladılır, əvvəlcə flakonun metallik qapağı və yuxarı 1\3-i silinir.
6. Sonra isə flakonun rezin tıxacı silinir.
7. 10 qramlıq şpris götürülərək iynəsi taxılır.
8. Antibiotik natrium xloridin fizioloji məhlulunda ehtiva nisbətində həll edilir ki, bu zaman 1 ml məhlulda 100000 vahid antibiotik olmuş olsun. 1 qramlıq şpris açılır və ona həll edilmiş antibiotikdən 0,1 ml yığılır və üzərinə 0,9 ml natrium xloridin fizioloji məhlulu əlavə edilir (Bu zaman alınan məhlulda 10000 vahid antibiotik olur).
9. Alınan məhlulun havası çıxarılır, qalıq hissəsi atılır və şprisdə 0,1 ml məhlul saxlanılır (1000 vahid antibiotik qalır).
10. Xəstəyə oturmaq və ya uzanmaq təklifi edilir.
11. Əllər antiseptiklərlə işlənir.
12. İynə vurulacaq nahiyə 2 ədəd kürəciklə silinir və spirt quruyanadək gözlənilir.
13. Şpris sağ ələ götürülərək iynənin qapağı çıxarılır, göstərici barmaq iynənin kanyulası üzərinə, qalanlar isə şprisin silindrinə yerləşdirilir (çalışmaq lazımdır ki, iynənin kəsiyi yuxarı doğru istiqamətlənmiş olsun)
14. Sol əllə iynə vurulacaq nahiyənin dərisi dartılır.

15. İynə, iynənin kəsiyi uzunluğunda dərinin buynuz qişasının altına dəriyə paralel istiqamətdə yeridilir.
16. Sol əlin baş barmağı ilə porşenə təzyiq edilərək antibiotik məhlulu yeridilir. (ineksiyanın düzgün yerinə yetirilməsi zamanı “limon qabığı” şəklində papula əmələ gəlir)
17. İynə cəld hərəkətlə dəridən çıxarılır.
18. İynənin yerinə 2-3 dəqiqə müddətinə təzyiq etməmək şərti ilə quru steril pambıq kürəcik qoyulur.
19. Əlcəklər çıxarılır və işlədilmiş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.
20. Xəstəyə nəzarət edilir: 20-30 dəqiqədən sonra reaksiya qiymətləndirilir. Əgər xəstənin allergik reaksiyaya şikayəti yoxdursa və papulanın diametri 10 mm-i keçməmişsə, bu zaman reaksiya mənfi hesab edilir. Əgər xəstədə allergiya baş vermişsə, (başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma, dəri səpkiləri və s) və papulanın diametri 10 mm-dən artıqdırsa, reaksiya müsbət hesab olunur. Bu zaman antibiotik yeritmək olmaz.
21. Reaksiya həkimə göstərilir.

2. Dilaltı sınaq

Lazım olan vəsait:

- əlcəklər;
- steril kürəcik;
- tədqiq edilən antibiotik (tablet və ya flakon);
- fizioloji məhlul;
- müşəmbə önlük;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulur, əlcəklər geyilir.
2. Antibiotik tableti 4 yerə bölünür və ya steril kürəcik fizioloji məhluluda həll edilmiş antibiotikdə isladılır.
3. Xəstəyə antibiotikin bir hissəsinin və ya isladılmış kürəciyin dil altına qoyulması təklif olunur və vaxt qeyd edilir.
4. 20 dəq müddətində saxlanılır. Müsbət reaksiya zamanı dil yüyənində və dodaqda ödem, ağzın selikli qişasında suluqlar əmələ gəlir.
5. Əlcəklər çıxarılır və işlədilmiş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

3. Skarifikasiya üsulu ilə dəri sınağı

Lazım olan vəsait:

- əlcəklər;
- müşəmbə önlük;
- skarifikator;

- antibiotik flakonu;
- fizioloji məhlul;
- qayçı;
- 70⁰-li etil spirti;
- dezinfeksiyaedici məhlul olan qab;

İşin ardıcılığı:

1. Əllər yuyulur, əlcəklər geyilir.
2. Saidin ovuc səthinin dərisi 70⁰-li spirtlə silinir.
3. İzotonik məhlulda həll edilmiş tədqiq ediləcək antibiotikdən 1 damcı dəri üzərinə qoyulur.(allergik anamnezlər zamanı 0,5 vahid antibiotik 1 ml-də , digər hallarda isə 50 vahid antibiotik 1 ml izotonik məhlulda həll edilir)
4. Daha sonra həmin nahiyədə skarifikatorla qan gəlməmək şərtilə 10 mm uzunluqda iki paralel cızıq çəkilir və vaxt qeyd edilir.
5. Nəticələr dəri içi sınaqdakı kimi qiymətləndirilir.
6. Əlcəklər çıxarılır və işlədilmiş alətlərlə birlikdə dezinfeksiyaedici məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Tetanusun təcili spesifik profilaktikasının aparılması

Tetanusun spesifik profilaktikası planlı və təxirəsalınmaz ola bilər. Aktiv immunitet yaratmaqdan ötrü tetanus əleyhinə anatoksin tətbiq edilir. Planlı profilaktika hərbi qulluqçulara, mexanizatorlara, inşaatçılara aparılır: Bunun üçün 0,5 ml anatoksin iki dəfə 1 ay intervalla yeridilir. 1 ildən sonra revaksinasiya 0,5 ml anatoksin yeritməkdə aparılır. Təkrar revaksinasiya 5 il sonra icra olunur. 12 yaşa qədər uşaqların immunizasiyasından ötrü kompleks –göyöskürək-difteriya-tetanus vaksini tətbiq edilir.

Təcili spesifik profilaktika isə peyvənd olunmuşlarla peyvənd olunmamışlarda fərqli olur. Peyvənd olunmuşlara birdəfəyə 0,5 ml anatoksin yeridilir, peyvənd olunmamışlara isə 1 ml anatoksin və 3000BE tetanus əleyhinə zərdab və ya 450-600 E tetanus əleyhinə immunoqlobulin yeridilir. Davamlı immunitet yaratmaq üçün 1 ay sonra 0,5 ml anatoksin yeridilir. 1 il sonra birdə 0,5 ml anatoksin yeridilir

Göstəriş:

- dəri örtüyünün və selikli qişaların tamlığının pozulması ilə gedən zədələnmələr;
- II, III, IV dərəcəli donmalar və yanıqlar;
- xəstəxanadan kənar abortlar;
- tibb müəssisəsindən kənar doğuşlar;
- irinləmə mərhələsində cərrahi infeksiyalar (uzunmuddətli sürən abses, karbunkul və digər iltihabi xəstəliklər);
- toxumaların nekrozu və qanqrenası;
- heyvan dişləməsi;

- mədə-bağırsaq traktının dəlib keçən zədələnmələri;

Əks göstərişlər:

- preparata qarşı yüksək həssaslığın olması;
- hamiləlik;

Profilaktika aparılmır:

- xəstənin yaşa uyğun olaraq planlı profilaktik peyvəndləri alması haqqında təsdiqedicə sənədin olması və ya yaşlı şəxsin 5 il əvvəldən çox olmayaraq tam immunlaşdırma kursunu alması;
- xəstənin qan zərdabında bioloji neytrallaşdırma reaksiyasının göstəricilərinə əsasən tetanus antitoksininin titri 0,1 Bv/ml-dən çox olduqda (titr xəstənin müalicə müəssisəsinə müraciət etdiyi andan 1,5-2 saat ərzində təyin olunur).
 - ✓ titr: 0,01 Bv/ml-dən 0,1 Bv/ml-dək olduqda profilaktika məqsədilə yalnız 0,5 ml və ya 0,5 ml tetanus anatoksini (TƏ) yeridilir.
 - ✓ 0,01 Bv/ml-dən az olduqda 1 ml tetanus anatoksini (TƏ) və 3000 Bv tetanus əleyhinə zərdab (TƏZ) dərialtına yeridilir.

Lazım olan vəsait.

- tetanus əleyhinə anatoksin (TƏ) və ya tetanus əleyhinə insan immunoqlobulini (TƏİİ) (TƏİİ peyvənd edilməmiş uşaqlarda tetanusun passiv təcili profilaktikası və böyüklərdə müalicəsi məqsədilə işlədilir).
- TƏİİ olmadıqda tetanus əleyhinə təmizlənmiş qatılaşdırılmış duru at zərdabı (TƏZ);
- bölgüsünün qiyməti 0.1 ml və nazik iynəsi olan şprislər;
- 70⁰-lietil spirti;
- kürəciklər.

İstifadəsinə göstəriş: tetanusun təcili spesifik profilaktikası və müalicəsi

- ✓ TƏZ yeridilməzdən əvvəl dəri içi sınaq qoyulmalıdır.
- ✓ Hər sınaq üçün 0.1 ml bölgüsü olan ayrı steril şpris və iynə istifadə olunmalıdır.
- ✓ Ampulanın ucu spirtli pambıqla silinib, xüsusi kəsici ilə kəsildikdən sonra yenidən spirtlə silinməlidir.

İşin ardıcılığı:

1. Tibb bacısı bu preparatları işlətməzdən əvvəl ampulanı (etiketini, yararlılıq müddətini, fiziki xəssələrinin dəyişdiyini, çöküntünün olmasını, ampulanın çatını və s) diqqətlə yoxlayır.
2. TƏ bircinsli məhlul alınana qədər çalxalanır.
3. Yeridiləcək yerin dərisi 70⁰-li etil spirti ilə silinir.
4. Preparat bir iynə ilə yığılır və inyeksiya üçün digər iynə ilə dəyişdirilir.
5. 1 ml tetanus anatoksini (TƏ) bazunun yuxarı 1/3-nin dəri altına yeridilir.
6. 0,1 ml tetanus əleyhinə zərdab (TƏZ) (1:100 nisbətində durulaş-

- dırılmış) bölgüsünün qiyməti 0.1 ml və nazik iynəsi olan şprisdən istifadə etməklə saidin ön səthinin orta 1/3-nə dəri içərisinə yeridilir.
7. İnyeksiya yerində əmələ gələn papula 20 dəqiqədən sonra ölçülür. Papulanın diametri 0,9 sm və ya ondan kiçik olduqda zərdabın yeridilməsi davam etdirilir. Papulanın diametri 0,9 sm-dən böyük olduqda (reaksiya müsbətdir) tetanus əleyhinə zərdabın yeridilməsi əks göstərişdir. Belə olduqda TƏİİ yeridilməsi göstərişdir.
 8. Dəri içi sınağının mənfi reaksiyası zamanı durulaşdırılmış tetanus əleyhinə zərdab (TƏZ) 0,1 ml miqdarında bazunun orta 1/3-nə dəri altına yeridilir (bu zaman steril şprisdən istifadə edilir və açılmış ampul steril salfetə bükülür).
 9. 30 dəqiqədən sonra xəstənin allergik reaksiyanın olub olmamasına baxılır reaksiya olmadıqda və zərdabın təyin olunmuş dozasının qalan miqdarı steril şprisdən istifadə etməklə yeridilir.
 10. Həll olunmamış tetanusəleyhi zərdabın qalıq dozası (300 MV-dək) bazunun yuxarı 1/3-nə dərialtına yeridilir.
 11. Xəstəyə onun bir ay müddətinə peyvəndləşdirilməsi haqqında arayış verilir.
 12. 1 ay sonra bazunun yuxarı 1/3-nə dəri altına 0,5 ml tetanus anatoksini yeridilir.
 13. Xəstəyə onun 1 il müddətinə peyvəndləşdirilməsi haqqında arayış verilir.
 14. 1 il sonra bazunun yuxarı 1/3-nə dəri altına 0,5 ml tetanus anatoksini yeridilir.
 15. Xəstəyə onun 10 il müddətində peyvəndləşdirilməsi haqqında arayış verilir.

Qeyd:

- ✓ İnyeksiyadan sonra xəstə 1 saat ərzində müşahidə olunmalıdır
- ✓ Açılmış ampul steril salfetlə örtülmüş vəziyyətdə 30 dəqiqəyədək saxlanıla bilər.

Yadda saxlayın! Zərdab xüsusi sxem üzrə və xüsusi hazırlıqlı tibb personalı tərəfindən vurulmalıdır. Orqanizmin at zərdabı zülallarına həssaslığını göstərən sınağın müsbət nəticəsi zamanı zərdab yalnız həyatı təhlükə olduqda yeridilir. Bu məqsədlə əvvəlcə dəri içi sınaq üçün istifadə olunan durulaşdırılmış zərdab 20 dəqiqəlik fasilələrlə 0,5 – 2,0-5,0 ml dozalarda dərialtına vurulur. Əgər heç bir reaksiya yoxdursa onda durulaşdırılmamış zərdab 0.1 ml dozada dəri altına yeridilir və yenə də 30 dəqiqə ərzində reaksiya olmadıqda zərdabın qalan hissəsi əzələ daxilinə yeridilir (Bezredka üsulu). Əgər yuxarıda qeyd olunan dozaların hər hansı birinə reaksiya olarsa müalicəvi zərdab ümumiyyətlə vurulmur və ya narkoz altında adrenalin və ya efedrin məhlulu yeridilir.

Quduzluq əleyhinə (antirabik) vaksinin tətbiqi

Göstəriş: heyvan dişləməsi.

Lazım olan vəsait:

- 1 ml ampulda antirabik vaksin;
- şpris;

İşin ardıcılığı:

1. Xəstə otuzdurulur (uşaq arxası üstə uzadılır).
2. Ampulun daxilində olan tərkib 1,0 ml destillə suyunda həll edilir.
3. İynə vurulacaq nahiyə (böyüklərdə deltayabənzər əzələ, 5 yaşadək uşaqlarda budun ön bayır səthi) 2 dəfə antiseptiklərlə silinir.
4. Əzələ daxilinə hazırlanmış məhlul dərhal və yavaş-yavaş yeridilir (həll olmuş vaksini 5 dəqiqədən artıq saxlamaq olmaz).
5. Xəstə 30 dəqiqə ərzində müşahidə edilir.
6. Preparatın tipi və seriyası, eləcə də postvaksinal reaksiyalar barədə arayış verilir.

Qeyd: *Vaksinin yeridilməsinin yerli əlamətləri azacıq şişkinlik, ödem, qızartı, qaşınma, regional limfa düyünlərinin böyüməsi, ümumi əlamətlərinə isə halsızlıq, baş ağrıları, zəiflik aiddir.*

Cərrahiyyədə QİÇS-in profilaktikası

Son zamanlar QİÇS-in yayılması ilə əlaqədar təbabətin bütün sahələrində olduğu kimi cərrahiyyə də yeni problemlərlə üz-üzə durur. Nəzərə alınsa ki, cərrahi xəstələrdə yara vardır və invaziv diaqnostika və müalicə üsullarından istifadə nəticəsində qan ilə daimi təmasın olması və s. bu kimi səbəblərdən cərrahi profilaktikası tibb personalının immun çatışmazlıq virusuna yoluxma ehtimalı daha böyük olur. QİÇS, B və C hepatitlərinin uzun müddət simptomuz gedışı, bu xəstəlikləri vaxtında aşkarlamağa imkan vermədiyindən bu xəstəliklərə yoluxmuş xəstələr tibbi heyət üçün böyük təhlükə yaradırlar. Ona görə də cərrahiyyədə QİÇS-in qarşısının alınması, ümumiyyətlə QİÇS-in profilaktikasixüsusi əhəmiyyət kəsb edir və hazırkı dövrün ən aktual problemlərindən biri hesab olunur.

QİÇS-in profilaktikasının bir neçə istiqaməti var:

1. Virus daşıyıcılarının aşkarlanması;
2. QİÇS-li xəstələrin aşkarlanması;
3. Təhlükəsizlik qaydalarına ciddi şəkildə riayət edilməsi;

1. **Virus daşıyıcılarının aşkarlanması** İnsanın İmmun Çatışmazlığı Virusunun (İİÇV) müəyyən etmək üçün sorğuya və aşağıdakı kateqoriyalara əsaslanır:

- risk qrupuna daxil olan bütün xəstələr (narkomanlar, cinsi azlıqlar, Hepatit B və C viruslu xəstələr, zöhrəvi xəstələr, qan və orqanizmin digər bioloji mayeləri ilə kontakda olan tibb işçiləri yüksək risk qrupuna aiddirlər və s.);

- müalicə və diaqnostikasında invaziv üsullardan istifadə olunan xəstələr;

-qanla təmasda olan cərrahi blok, cərrahi şöbə, qanköçürmə şöbəsi, hemodializ, laboratoriya və s. şöbələrin bütün personalları;

Buna görə də bu şəxslər də (tibb personalı) İİÇV-ni müəyyən etmək üçün onlarda, hər 6 aydan bir qanın biokimyəvi analizi aparılmalı, qanda Avstraliya və RW antigenləri təyin edilməlidir.

2. QİÇS-li xəstələrin aşkarlanmasında bütün səviyyələrdə tibb personalının bilikləri xüsusi rol oynayır. Tibb personalı xəstədə aşağıdakı əlamətlərə xüsusi diqqət yetirməlidir və şübhələnməlidir:

- 3 sutkadan artıq davam edən qızdırma;
- ishal;
- arıqlama;
- qaraciyərin və dalağın böyüməsi;
- pnevmoniya;
- Kaposi sarkoması.

3. Təhlükəsizlik qaydalarına riayət etmək üçün tələblər:

Yoluxmanın qarşını almaq üçün aşağıdakı qaydalara tibb bacısı əməl etməlidir.

1. Dəri və selikli qişalarda iltihabi proseslərin profilaktikası aparılmalıdır.

- əllər fərdi dəsmal və ya birdəfəlik salfetlərlə hər iş növbəsi başlayanda silinməlidir;
- çalışmaq lazımdır ki, bu zaman dərinin epidermisi zədələnməsin;
- əllər yuyularkən sərt şotkalardan istifadə edilməməlidir;
- dəri səthinin deffektləri və sıyrıntıları zamanı tibb bacısı müvəqqəti olaraq xəstə ilə işləməkdən uzaqlaşdırılmalıdır;
- hər hansı proseduradan sonra əllər iki dəfə isti axar su altında sabun ilə yuyulmalıdır;

2. Qan və onun komponentləri və ya xəstənin digər bioloji mayeləri (qan, sperma, tüpürcək, sidik, uşaqlıq yolu ifrazatı, drenajlarda və yaralarda ifraz olunan serebrospinal, plevral, peritoneal möhtəviyyat) ilə təmasda olan tibb bacısı işə daxil olanda və ildə bir dəfə Avstraliya antigentinə və hepatit B virusuna görə müayinə olunmalıdır.

3. Alətlərin yığılması, yuyulması, yaxalanması və sterilizasiyası zamanı möhkəm uzun əlcəklər geyilməlidir.

- qanla təmas olunacaq bütün manipulyisayalar zamanı, tibbi əlcəklərdən istifadə olunmalıdır. (cərrahi müdaxilə, sargılar, infeksiyalar, qanın alınması və s);
- cərrahi müdaxilələr zamanı xüsusi maskalar və eynəklərdən istifadə olunmalıdır.
- laboratoriyada istifadə olunmuş sınaq şüşələrin, təkrar istifadəsi üçün mütləq sterilizasiya olunmalıdır;
- kəsici və itiuclu alətlərlə ehtiyatla davranılmalıdır;

- tibb bacısının təsadüfən barmağı ehtiyatsızlıqdan kəsilib və ya deşildikdə dərhal;

1. Əlcəklər çıxarılır, iynə batan yerdən sıxılaraq bir neçə damcı qan çıxarılır və ya qanaxma varsa 1-2 dəqiqə müddətində saxlanılır.
2. Dəri antiseptik məhlulunda yaxşıca isladılmış kürəciklə silinir.
3. Əllər iki dəfə sabunla isti axar su altında yuyulur.
4. İynə batan yer 5%-li yod məhlulu ilə işlənir, yod quruduqdan sonra təkrar işlənmə aparılır.
5. İynə və ya zədə yeri aseptik sarğı ilə bağlanır.
- maksimum dərəcədə bir dəfəlik alətlərdən və şprislərdən istifadə olunmalıdır; hazırkı dövrdə qan köçürmə zamanı təkrar istifadə oluna bilən sistemlərin istifadə olunması qadağan edilmişdir!

Dəri və selikli qişalara (həmçinin gözün konyuktivasına) qan və ya xəstənin digər bioloji mayeləri düşdükdə əsaslı surətdə təmizlənməli və dərhal lazımı antiseptiklə təmizlənməlidir;

- bioloji mayələrin ətrafdakı əşyalara düşməsi zamanı mütləq dezinfeksiya olunmalıdır;
- təkrar istifadə oluna bilən cərrahi alətlər sterilizasiya önü hazırlıq və sterilizasiyadan əvvəlki dövrlərdə dezinfeksiya olunmalı, güclü antiseptik məhlullarda saxlanılmalıdır. Bu məqsədlə 3%-li xloramin məhlulundan (alətlər 60 dəqiqə bu məhlulda saxlanılmalıdır) və ya 6%-li hidrogen peroksid məhlulundan (alətlərin bu məhlulda saxlanma müddəti 90 dəqiqədir) istifadə edilə bilər.
- sağalmamış yaraya düşdükdə - dəri 70⁰-li etil spirti ilə silinir, həmin nahiyə iki dəfə isti axar su altında sabunla yuyulur, təkrar 70⁰-li etil spirt ilə silinir;
- gözə düşdükdə - göz 1:100000 nisbətində kalium permanqanat məhlulu ilə yuyulur (10 mq. preparat 100 ml. destillə suyunda həll edilir);
- buruna düşdükdə - 1%-li kalium permanqanat və ya 1%-li protarqol məhlulu ilə yuyulur;
- ağız və ya boğaza düşdükdə - ağız su ilə yaxalanır, ağız boşluğu 0,05%-li kalium permanqanat və ya 70⁰-li etil spirti ilə yuyulur (50 mq preparat 100ml. destillə suyunda həll edilir);

Xəstənin qanı və digər bioloji mayeləri ilə təmas tibb bacısının yoluxması üçün yüksək risk yaradır. Ona görə də tibb personalının yoluxma təhlükəsizliyindən ötrü bütün manipulyasiyalar xüsusi geyim, önlük və cərrahi əlcəklər geyilməklə, eyni zamanda bioloji mayələrin tibb bacısının üzünə sıçramasının qarşısını almaqdan ötrü üz maskası, şüşə müdafiə eynəyi və ya müdafiə ekranından istifadə etmək məsləhət görülür.

Cərrahi şöbədə meyitlə davranma qaydaları

Həkim xəstənin öldüyünü elan etdikdən sonra tibb bacısı aşağıdakı tədbirləri həyata keçirməlidir:

1. Meyitin paltarları çıxarılır, o arxası üstə çarpayuya və ya xərəyə yataqsız uzadılır.
2. Müalicə həkiminin və ya növbətçi həkimin iştirakı ilə üzərində olan qiymətli əşyalar çıxarılır və siyahı tərtib edilərək saxlamaq üçün baş tibb bacısına verilir. Əgər qiymətli əşyaları çıxartmaq mümkün deyilsə, onda bunun haqqında xəstəlik tarixində qeyd aparılır və meyit onlarla birlikdə meyitxanaya göndərilir.
3. Göz qapaqları örtülür (əgər onlar açıqdırsa).
4. Əllər yana qoyulur.
5. Ağzı bağlanır (əgər o açıqdırsa).
6. Ayaqlar uzadılır və bir-birinə bağlanır.
7. Ölmüş şəxsin üzəri mələfə ilə tam örtülür və belə vəziyyətdə 2 saat (bioloji ölümün etibarlı əlamətləri-meyid ləkələri təzahür etməyədək) palatada şirna ilə arakəsmə qoyulub saxlanılır və ya arabada izolyatora gətirilir.
8. Ölmüş şəxsin adı, soyadı, atasının adı, xəstəlik tarixinin nömrəsi birkada yazılır və birka onun ayağına bağlanır.
9. Baş verən hadisə haqqında qohumları məlumatlandırılır.
10. Qohumları ilə əyani söhbət nəzakət və hörmətlə aparılır, onlara təsəlli verilərək, birgə müayinə qeydi tərtib olunur və burada ölmüş şəxsin adı, soyadı, ata adı, xəstəlik tarix nömrəsi, baş vermə tarixi və vaxtı göstərilir.
11. 2 saatdan sonra bioloji ölümün etibarlı əlamətləri (meyid ləkələri) təzahür etdikdən sonra növbətçi sanitarların köməyi ilə patoloji anatomik şöbəyə göndərilir.

Əməliyyatdan qabaqki epikrizin sxemi (nümunə)

1. *Pasport hissə: Soyadı, adı, ata adı, yaşı, sənəti.* _____
2. *Əsas xəstəliyin əlamətləri* _____
3. *Xəstəliyin tarixi (müddəti, əvvəl aparılmış müayinə və müalicə, onun effektivliyi)* _____
4. *Obyektiv müayinənin nəticələri (ancaq patologiya).* _____
5. *Diaqnozun dəqiqləşməsi üçün aparılan müayinələr: nəticələrin qiymətləndirilməsi.* _____
6. *Əsas diaqnoz, yanaşı xəstəliklər.* _____
7. *Əməliyyata göstəriş, ağrısızlaşmanın növü, əməliyyatın həcmi və xarakteri.* _____
8. *Əməliyyatdan qabaq keçirilən hazırlığın xarakteri.* _____
9. *Xəstənin əməliyyata razılığı.* _____
10. *Əməliyyat riskinin dərəcəsi.* _____

Cərrahi əməliyyata razılıq (nümunə)

Mən hazırkı sənədi imzalayarkən əməliyyata razılıq verir və onun yerinə yetirilməsini xəstəxana personalından xahiş edirəm.

Əməliyyat zamanı gözlənilməz halların və ağırlaşmaların baş verməsinin mümkünliyünü başa düşürəm. Başa düşürəm ki, belə olduğu halda əməliyyatın gedişi həkimlər tərəfindən onların rəyi əsasında dəyişdirilə bilər.

Mən başa düşürəm ki, əməliyyatın aparılması qan itirmə, infeksiyalaşma, ürəyin işinin pozulması riski ilə bağlı ola, hətta arzuolunmaz nəticələr verə bilər.

Əməliyyatın nəticəsinə dair mənə heç bir vəd və təminat verilməmişdir. Bir sıra hallarda təkrar əməliyyatın lazım olduğunu başa düşür və buna razılıq verirəm.

Bilirəm ki, sağlamlığımla bağlı problemlərim, allergik hallarım və dərmanlara qarşı fərdi həssaslığım, eləcə də spirtli içkilərə və ya narkotiklərə aludəçiliyim, QİÇS-lə yoluxmağım haqqında həkimə məlumat verməliyəm.

Mən anlayıram ki, əməliyyat zamanı qan itkisi mümkündür və belə olan halda qan köçürməyə razılıq verirəm. Mən və mənim qohumlarım da qan itkisinin bərpası və qanla təchiz olunmanın çətinlikləri ilə bağlı məlumatlandırılmışdır.

Mən hazırkı sənədin bütün bəndləri ilə tanış oldum və onlarla razıyam.

Xəstənin və ya qohumunun imzası _____

“ _____ ” _____ 201__ il.

Qeyd: Xəstənin vəziyyəti ilə əlaqədar imzasını almaq mümkün olmadıqda, 15 yaşına çatmayan şəxslər və qanunla müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan vətəndaşların barəsində əməliyyatın aparılmasına razılıq onların qanuni nümayəndələri (valideynlər, övladlığa götürənlər, qəyyumlar və ya himayəçilər) tərəfindən verilir (Adı, soyadı, ata adı-tam, qohumluq əlaqəsi).

**Cərrahi əməliyyatın (tibbi müdaxilənin) aparılmasından imtina
(nümunə)**

Mən, _____, _____ il təvəllüdü, _____ ünvanında yaşayan
(soyadı, adı, atasının adı tam)
_____ şöbəsində müalicədə (müayinə) olarkən, öz
(şöbənin adı)

iradəmə əsasən mənə təqdim edilən cərrahi əməliyyatın (tibbi müdaxilənin) aparılmasından imtina edirəm.

Mənə mənim xəstəliyimin xarakteri, ağırlıq dərəcəsi və mümkün fəsadları haqqında, eləcə də aparılan müayinənin nəticələri də daxil olmaqla, onlarla bağlı tibbi müdaxilənin mümkün variantlarındakı risk, müalicə üsulları, nəzərdə tutulan müalicənin nəticələri, xəstəliyimin diaqnoz və proqnozu barədə tam və hərtərəfli məlumatlar verildi.

Mənə təklif olunan əməliyyatdan imtina etməyimin mümkün nəticələri ətraflı və aydın formada mənim üçün izah olundu. Başa düşürəm ki, tibbi müdaxilədən imtina etməyim mənim sağlamlığıma mənfə təsir göstərə və hətta pis nəticələrə gətirib çıxara bilər.

Tibbi müdaxilədən imtina etmənin mümkün nəticələri:

1. _____
2. _____
3. _____
(müalicə həkimi göstərir)

Xəstənin və ya qohumunun imzası _____

“ _____ ” _____ 201__ il.

İSTİFADƏ OLUNAN ƏDƏBİYYAT

1. Z.Məmmədov. Ümumi cərrahlıq Bakı, 1969
2. H.A.Sultanov, Q.H.Əliyev, Z.Z.Məmmədli. Cərrahiyyə, Bakı, 1997.
3. B.A.Ağayev, Cərrahi xəstəliklər, Bakı, 2000
4. A.Məmmədov, T.Məmmədova, Yumşaq sarğılar, Bakı-Təbib, 2002.
5. C.H.Nasıyev, R.Y.Əliyev, Təxirəsalınmaz Tibbi yardım, Bakı, 2005
6. C.Səfərov. Ümumi cərrahlıq, Bakı, 2006
7. C.H.Nasıyev, Ümumi cərrahlıq, I-II cild, Bakı, 2013
8. İ.Q.Əmənullayev, Tibbi biliklərin əsasları, Bakı, 2015
9. Г.М.Семенов, Современные хирургические инструменты, Краткое руководство, Санкт-Петербург, 2006
10. В.И. Оскретков, Общехирургические навыки, Ростов-на-Дону, Феникс -2007
11. Б.О.Милькова, Соединение тканей в хирургии, Черновцы-1992
12. П.Н.Зубарева, Практикум по курсу общей хирургии, Санкт-Петербург, Фолиант- 2004
13. М.А.Евсеев-Уход за больными в хирургической клинике, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» -2008
14. А.В. Колсанов, Б.И.Яремин и др., Практикум операций и манипуляций, Самара-2012
15. Р.А.Галкин, С.П.Двойников, Сестринское дело в хирургии, Москва -1999
16. Е.М.Тургунов, А.А.Нурбеков, Хирургические инструменты, Караганда-2008
17. И.В.Слепцов, Р.А.Черников, Узлы в хирургии, Санкт-Петербург- 2000
18. В.К. Гостищев, Общая хирургия, учеб., «ГЭОТАР-Медиа»-2002
19. Т.П. Обуховец, Т.А.Склярова, О.И.Чернова, Основы сестринского дела, Ростов-на-Дону, Феникс-2005
20. Л.А.Волков, А.С.Зюзько, Основы ухода за больными хирургического профиля, Благовещенск-2010
21. Н.В.Барыкина, В.Г.Зарянская, Сестринское дело в хирургии, Ростов-на-Дону, «Феникс»-2012
22. А.А.Глухов, А.А.Андреев и др., Основы ухода за хирургическими больными, «ГЭОТАР-Медиа»-2008
23. И.В.Яромич, Сестринское дело и манипуляционная техника, Минск, «Высшая школа»-2011
24. Н.П. Володченко, Асептика и антисептика, Благовещенск-2011
25. В.Г. Климовицкий, В.Н.Гастернок. Манипуляции в практике ургентной травматологии, Донецк, «Сталкер»-2003

26. Г.Чен и др. Руководство по технике врачебных манипуляций, Витебск, Бедмедкнига-1996
27. Д.Н.Вонцевич, Хирургические шовный материал, Москва, Интеграция-2005
28. С.А.Мухина, И.И.Тарновская, Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода, Москва «АНМУ»-1997
29. В.Г.Стецюк, Сестринское дело в хирургии, Москва, «ГЭОТАР-Медиа»-2013
30. А.В.Возьмитина, Г.Л. Усевич, Медсестра хирургического профиля. Ростов-на-Дону «Феникс»-2002
31. Н.В. Барыкина, О.В.Чернова, Сестринское дело в хирургии, Ростов-на-Дону, «Феникс»-2015
32. А.З.Нычик, Основы оперативной техники в хирургии, Практические пособие, Тернопыл, 2003
33. Г.М.Семенов, В.Л.Петришин, М.М.Ковшова, Хирургический шов, Питер-2006
34. А.А.Шевченко, Клинический уход за хирургическими больными, «ГЭОТАР-Медиа»-2007
35. Н.В.Широкова и др., Основы сестринского дела, Алгоритмы манипуляций, М.«ГЭОТАР-Медиа»-2010
36. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела, «ГЭОТАР-Медиа»-2009
37. Н.В.Дергунова, Сборник манипуляций по общей хирургии, Калуга 2011
38. А.В. Возьмитина, Н.В. Барыкина. «Практические навыки и умения медицинской сестры в хирургии», Феникс, Ростов на Дону, 2002 год.
39. В. М. Кузнецова. «Сестринское дело в хирургии», Феникс, Ростов на Дону, 2002 год.
40. А.Д. Морозова, Т.А. Конова. «Хирургия», Феникс, Ростов на Дону, 2002 год.
41. В.В. Русанов, И.Х. Аббясов. «Сестринское дело в хирургии», Издательство Бочкарёвой, Калуга, 2000 год.

MÜNDƏRİCAT

MÜƏLLİFDƏN.....	3
I BÖLMƏ.....	5
TİBB BACISININ CƏRRAHİ FƏALİYYƏTİNİN ƏSASLARI	5
XƏSTƏXANADAXİLİ CƏRRAHİ İNFEKSİYANIN PROFİLAKTİKASI. DEZİNFEKSİYA. STERİLİZASİYA.....	5
Xlorlu əhəngin işlək məhlulunun hazırlanması	5
Xloramin məhlulunun hazırlanması.....	6
Xlorheksidin biqlukonat məhlulunun hazırlanması	7
Yeni nəsil dezinfeksiyaedici maddələr	7
Sterilizasiya. Sterilizasiyadan qabaqkı işlənmə	8
Alətlərin və aparatların sterilizasiyasına qoyulan əsas tələblər	9
Əməliyyatdan və sarğıdan sonra alətlərin işlənməsi.....	9
Sterilizasiyadan əvvəlki təmizliyə nəzarət.....	11
Azopiram sınağı	11
Amidopirin sınağı	11
Fenolftalein sınağı.....	12
Benzidin sınağı.....	12
Laparoskopik alətlərin sterilizasiyaya hazırlanması	13
Laparoskopik alətlərin sterilizasiyası.....	14
Narkoz aparatları və onların detallarının sterilizasiyadan qabaqkı təmizlənməsi	15
Rezin əlcəklərin sterilizasiyaya hazırlanması	16
Əlcəklərin kimyəvi sterilizasiyası.....	16
Əlcəklərə qoyulan tələblər:	17
Avtoklavın doldurulması	17
Avtoklavın boşaldılması	18
Avtoklavlaşdırmadan sonra materialın nəm olmasının səbəbləri:	18
Quruducu şkafın doldurulması.....	18
Quruducu şkafın boşaldılması.....	19
Sterilizasiyaya nəzarət.....	19
Sterilizasiya olunmuş məmulatın saxlanma müddəti.....	20
SARĞI VASİTƏLƏRİNİN HAZIRLANMASI	20
Salfetlərin hazırlanması.....	21
Kürəciklərin hazırlanması	23
Turundaların (piltələrin) hazırlanması	24

Tupferlərin (zond-tamponların) hazırlanması.....	24
Materialların biksə yığılma üsulları	25
Sarğı vasitələrinin bikslərə yığılması.....	26
Dəyişəyin və geyimlərin bikslərə yığılması.....	27
TİKİŞ MATERIALLARININ STERİLİZASİYASI	28
Müasir tikiş materiallarına qoyulan tələblər:	28
İpək sapın sterilizasiyası	29
Koxer üsulu	29
Perşin üsulu	29
Bakulev üsulu.....	29
Sintetik sapların sterilizasiyası (kapron, neylon, lavsan).....	30
Ketqutun sterilizasiyası	30
Sitkovski metodu.....	30
Ketqutun spirtli lüqol məhlulunda sterilizasiyası (Qubarev üsulu ilə)	31
Ketqutun sulu lüqol məhlulunda sterilizasiyası (Klaudis metodu).	31
Tikiş materiallarının sürətləndirilmiş sterilizasiya qaydası	32
Metal sapların (polad, tantal) sterilizasiyası	32
II BÖLMƏ	33
ƏMƏLİYYAT BLOKUNDA İŞİN TƏŞKİLİ	33
Əməliyyat otağının hazırlanması	33
Əməliyyat otağına qoyulan tələblər	34
Əməliyyat tibb bacısının əməliyyata hazırlanması	35
ƏLLƏRİN ƏMƏLİYYATA HAZIRLANMASI	36
Əllərin mexaniki yuyulmasının mərhələləri	37
Əllərin Alfeld üsulu ilə əməliyyata hazırlanması	40
Əllərin Spasukoketski – Koçerğın üsulu ilə əməliyyata hazırlanması.....	40
Əllərin müasir metodlarla yuyulması.....	41
Əllərin pervomurla (C-4 məhlulu) işlənməsi	42
Əllərin yodopironla işlənməsi	43
Əllərin xlorheksidin biqlükonatın spirtli məhlulu ilə işlənməsi.....	43
Əllərin çerigellə işlənməsi	44
Əllərin susuz işlənməsi	44
Əməliyyat tibb bacısının steril xalat, maska və əlcək geyinməsi	45
Steril xalat, maska və əlcəklərin cərraha geyindirilməsi.....	48
STERİL STOLUN HAZIRLANMASI	50
Böyük alətlər stolunun hazırlanması.....	50
Böyük alətlər stolunda alətlərin təxmini düzülüşü.....	51
Kiçik alətlər stolunun hazırlanması.....	51

Kiçik alətlər stolunda alətlərin təxmini düzülüşü	52
Əməliyyat stolunda xəstənin vəziyyəti	54
Cərrahi briqada üzvlərinin əməliyyat zamanı yerləşməsi	56
Əməliyyat sahəsinin hazırlanması	57
Əməliyyat sahəsinin tüklərdən təmizlənməsi (quru üsulla qırılma)	57
Əməliyyat sahəsinin işlənməsi.....	58
Əməliyyat otağının yığışdırılması.....	60
ALƏTLƏRİN CƏRRAHA VERİLMƏSİ QAYDALARI.....	60
Alətlərin cərrah tərəfindən istənilməsi.....	62
Alətlərin tibb bacısı tərəfindən verilməsi:.....	65
Alətlərlə işləyərkən gözlənilən ümumi qaydalar:	69
Alətlərin verilməsində buraxılan səhvlər	70
Əməliyyat tibb bacısının vəzifələri	71
SARĞI OTAĞININ HAZIRLANMASI.....	72
Sarğı otağında steril stolun hazırlanması	73
Sarğılarda dəyişdirilməsi	74
Sarğılarda növbədən kənar dəyişdirilməsinə göstərişlər	75
Sarğı tibb bacısının vəzifələri	75
 III BÖLMƏ.....	 76
AĞRISIZLAŞDIRMA	76
YERLİ ANESTEZİYA	76
Yerli anesteziyanın əsas üstünlükləri:.....	76
Yerli anesteziyanın çatışmazlıqları	76
Xəstənin yerli anesteziyaya hazırlanması	77
Səthi anesteziyanın aparılması	77
İnfiltrasiya qat-qat anesteziyanın aparılması (Vişnevski üsulu ilə).....	78
Futlyar anesteziyanın aparılması.....	80
Venadaxili anesteziyanın aparılması.....	81
Onurğa beyni, epidural və peridural anesteziyanın aparılması.....	82
Novokain blokadasının aparılması.....	83
Qabırğalararası blokadanın aparılması.....	83
Uşaqlığın girdə bağıının blokadası.....	84
Toxum ciyəsinin blokadası	85
Lukaşeviç – Oberst üsulu ilə blokada	85
Yerli anesteziyadan sonra xəstəyə qulluq	86
Yerli anesteziyanın ümumi ağırlaşmaları	86
Yerli anesteziya yerinə yetirilərkən daha çox rast gəlinən səhvlər	86
ÜMUMİ ANESTEZİYA (NARKOZ)	87

Xəstənin ümumi anesteziyaya hazırlanması	87
Narkoz stolunun hazırlanması.....	88
Ümumi anesteziyadan sonra xəstəyə qulluq	88
Anesteziyin vəzifələri.....	89
Narkoz zamanı partlayışın profilaktikası üçün aparılan tədbirlər.....	89
IV BÖLMƏ	91
HEMOSTAZ-QANAXMALARIN DAYANDIRILMASI	91
QANAXMANIN MÜVƏQQƏTİ DAYANDIRILMASI.....	91
Qanaxmalar zamanı ilk yardım.....	91
Zədələnmiş arteriyaların damar boyu barmaqla sıxılması	91
Rezin kəmərlərin qoyulması	94
Parçadan hazırlanmış turnanın qoyulması	96
Boyunun damar dəstəsinin yaralanmalarında kəmərin qoyulması	97
Qaytanın və ya kəmərin qoyulmasında buraxıla biləcək səhvlər.....	98
Qanaxan damara qandayandırıcı sıxıcının qoyulması	98
Təzyiqəddici sarğının qoyulması	99
Qanaxan ətrafa yuxarı qaldırılmış vəziyyətin verilməsi	100
Ətrafin yaradan yuxarı oynaqda maksimal bükülməsi	101
QANAXMANIN DAİMİ DAYANDIRILMASI	103
Qanaxmanın mexaniki yolla dayandırılması.....	103
Yaranın kip tamponadası	103
Qanaxan damarın yarada bağlanması	104
Qanaxmanın fiziki üsulla dayandırılması	106
Yaraya yük və ya buz qovuşunun qoyulması	106
Qanaxmanın diatermokoqulyasiya ilə dayandırılması	106
Damarın diatermokoqulyasiyası aparılarkən tibb bacısının taktikası.....	107
Diatermokoqulyasiya zamanı baş verə biləcək fəsadlar	108
Kardiostimulyator qoyulan xəstələrdə elektrokoqulyator işlədikən tələb olunan qaydalar	109
Qanaxmanın kimyəvi üsulla dayandırılması.....	109
Qanaxmanın bioloji üsulla dayandırılması.	110
Daxili qanaxmalar zamanı həkiməqədərki yardım	110
Burun qanaxmalarında həkiməqədərki yardım.....	110
Diş çıxarılmasından sonrakı qanaxmalarda həkiməqədərki yardım	111
Xarici qulaq keçəcəyindən qanaxma zamanı həkimə qədərki yardım.....	112
Ağ ciyərlərdən qanaxma (qan hayxırma) zamanı həkiməqədərki yardım	112
Qida borusu və mədə qanaxmaları zamanı həkiməqədərki yardım	113
Bağırsaq qanaxması zamanı həkiməqədərki yardım.....	114

Uşaqlıq qanaxması zamanı həkiməqədərki yardım	114
Qanaxmaların ağırlaşmaları	115
V BÖLMƏ	116
İNFUZİYA VƏ TRANSFUZİYA	116
Periferik venoz kateterin qoyulması	116
Ən çox yayılmış periferik kateterlərin növləri:.....	116
Periferik venoz kateterin seçilməsində qaydalar.....	117
Kateterizasiya üçün venanın seçilməsi qaydaları.....	117
Periferik venoz kateterin qoyulması	118
Kateterin fiksasiya üsulları.....	119
Periferik venoz kateterə qulluq	121
Periferik venoz kateterin çıxarılması	123
Mərkəzi venaların kateterizasiyası.....	124
Körpücükaltı venanın punksiyası və kateterizasiyası	124
Körpücükaltı kateterə steril məhlulların yeridilməsi	125
Mərkəzi venada olan kateterə qulluğun həyata keçirilməsi	126
XƏSTƏNİN HEMOTRANSFUZİYAYA HAZIRLANMASI	127
Qan qruplarının təyini	127
Qan qrupunun standart serumlar üzrə təyin edilməsi.....	127
Rezus amilinin təyin edilməsi	130
Qan qruplarının monoklonal antitellərlə (soliklonlarla) təyin edilməsi.....	130
Rezus amilinin anti-D soliklonu ilə təyin edilməsi.....	132
Köçürüləcək qanın yararlılığının təyini	132
Qanın uyğunlaşma sınağının aparılması	133
Bioloji uyğunlaşma sınağının aparılması	133
Bioloji uyğunlaşma sınağı aparılarkən baş verən ağırlaşmalar zamanı ilk tibbi yardım	134
Qan köçürmədən sonra xəstəyə qulluq	134
VI BÖLMƏ	136
DESMURĞİYA	136
YUMŞAQ SARGILAR	136
Kleolla sarğıların qoyulması	136
Leykoplastrlı sarğıların qoyulması.....	137
Elastik torabənzər – boruşəkilli bint sarğısının (retelastin) qoyulması.....	138
Fərdi sarğı zərfinin qoyulması	139
BİNT SARGILARININ NÖVLƏRİ	141
Dairəvi sarğılar.....	141

Sürünən sarğılar	141
Spiralvari sarğılar	141
Səkkizvari sarğılar.....	142
Sümbülvari sarğılar	142
Tısbəğayabənzər sarğılar (uzaqlaşan və yaxınlaşan)	142
Qayıdan sarğılar	142
Bint sarğılarının qoyulma qaydaları.....	143
BAŞA QOYULAN SARĞILAR	144
“Gecə papağı” sarğısının qoyulması	144
“Yüyən” sarğısının qoyulması	145
“Hippokrat papağı”nın qoyulması	146
Bir gözə sarğının qoyulması	146
Hər iki gözə sarğının qoyulması	147
Qulağa neapol sarğısının qoyulması	148
Ənsəyə səkkizvari sarğının qoyulması.....	148
Sapandabənzər sarğının qoyulması.....	149
GÖVDƏYƏ QOYULAN SARĞILAR.....	150
Döş qəfəsinə spiralvari sarğının qoyulması	150
Süd vəzisinə sarğının qoyulması.....	150
“Dezo “ sarğısının qoyulması	151
“Velpo” sarğısının qoyulması	152
Qasıq nahiyəsinə sarğının qoyulması.....	153
T-şəkilli sarğının qoyulması	154
Aralığa suspensori sarğının qoyulması	155
YUXARI ƏTRAF QOYULAN SARĞILAR	156
Bazu oynağına sümbülvari sarğının qoyulması	156
Dirsək oynağına “tısbəğayabənzər” sarğının qoyulması (yaxınlaşan).....	157
Saidə sarğının qoyulması	158
Əlin bir barmağına sarğının qoyulması.....	159
Barmağa qayıdan sarğının qoyulması.....	160
Barmağa “sümbülvari” sarğının qoyulması	160
Əlin bütün barmaqlarına əlcəkvari sarğının qoyulması	161
AŞAĞI ƏTRAF QOYULAN SARĞILAR.....	162
Diz oynağına “tısbəğayabənzər” sarğının qoyulması (uzaqlaşan).....	162
Aşiq-baldır oynağına səkkizvari sarğının qoyulması.....	163
Daban nahiyəsinə “tısbəğayabənzər” sarğının qoyulması	164
Bütün ayağa qayıdan sarğının qoyulması	165
Ayağa sümbülvari sarğının qoyulması.....	166
Bud güdülünə sarğının qoyulması.....	167

LƏÇƏK SARĞILARI.....	168
Başa ləçək sarğısının qoyulması	168
Ələ ləçək sarğısının qoyulması	169
Saidə ləçək sarğısının qoyulması	170
Bazuya ləçək sarğısının qoyulması	171
Dabana ləçək sarğısının qoyulması.....	172
VII BÖLMƏ	173
BƏRK SARĞILAR. MÜALİCƏVİ İMMOBİLİZASİYA	173
GİPS SARĞILARI	173
Gipsin keyfiyyətinin yoxlanma üsulları.....	173
Gipsin qurumasını sürətləndirən vasitələr.....	173
Gipsin qurumasını ləngidən vasitələr.....	174
Gips bintinin hazırlanması	174
Gips sarğılarının növləri.....	175
Gips longetinin hazırlanması	176
Gips longetinin qoyulması	177
Gips sarğısının qoyulması.....	178
Gips sarğısının açılması	179
Skelet dartmasının qoyulması	180
VIII BÖLMƏ	182
NƏQLİYYAT İMMOBİLİZASİYASI	182
Nəqliyyat immobilizasiyasına qoyulan əsas tələblər:	183
Bazuya Kramer şinasının qoyulması.....	184
Saidə Kramer şinasının qoyulması.....	186
Baldıra Kramer şinasının qoyulması.....	187
Diterixs şinasının qoyulması.....	188
Döş və bel fəqərələrinin sınıqlarında nəqliyyat immobilizasiyası	190
Çanaq sümüklərinin zədələnmələrində nəqliyyat immobilizasiyası.....	191
Qapalı kəllə-beyin zədələnmələrində nəqliyyat immobilizasiyası.....	192
Qabırğa sınıqlarında nəqliyyat immobilizasiyası.....	192
Aşağı və yuxarı ətrafların plastmas və ya pnevmatik şinalarla immobilizasiyası	193
Pnevmatik şinaların üstünlüyü	194
Pnevmatik şinaların çatışmazlığı	194
Nəqliyyat şinalarının qoyulmasında buraxıla biləcək səhvlər	194
Xəstələrin daşınması	195

IX BÖLMƏ	197
XƏSTƏNİN ƏMƏLİYYATA HAZIRLANMASI	197
Əməliyyatdan qabaqkı dövrdə xəstənin ağrısızlaşdırma hazırlanmasının mərhələləri.	198
Xəstənin yerinin dəyişdirilməsi.	199
Çarpayıdan arabaya.....	199
Arabadan əməliyyat stoluna və əksinə.....	200
Əməliyyatdan sonra arabadan çarpayıya	201
Əməliyyatdan sonrakı palatada xəstəyə cavabdehlik daşıyan tibb bacısının bilməli olduğu məsələlər.....	202
ƏMƏLİYYATLARIN NÖVLƏRİ	202
Sümüklərdə aparılan əməliyyatlar	203
Baş və onurğada aparılan əməliyyatlar	203
Boyunda aparılan əməliyyatlar	203
Döş nahiyəsində aparılan əməliyyatlar	203
Qarın divarı yırtıqları zamanı aparılan əməliyyatlar.....	204
Qarın boşluğu üzvləri üzərində aparılan əməliyyatlar	204
Peritonarxası sahənin üzvlərində aparılan əməliyyatlar.....	204
Kiçik çanaq üzvlərində və aralıqda aparılan əməliyyatlar	204
CƏRRAHİ ALƏTLƏR	205
Ümumi cərrahi alətlər	206
Xüsusi cərrahi alətlər	206
Laparoskopik əməliyyatlarda istifadə olunan əsas alətlər. Laparoskopik dəst.	210
Laparoskopik əməliyyatlar zamanı işləyən tibb bacısının vəzifələri	210
X BÖLMƏ	211
OPERATİV CƏRRAHİYYƏ	211
Yaranın birincili cərrahi işlənməsi.....	211
Yaraya düyünlü tikişlərin qoyulması	213
Düyünlü tikişlərin çıxarılması.....	217
Mişel qövslərinin qoyulması və çıxarılması	218
Əməliyyatdan sonrakı təmiz yaranın sarğısının dəyişdirilməsi	220
Əməliyyatdan sonrakı irinli yaranın sarğısının dəyişdirilməsi	221
İrinliyin açılması, drenaj qoyulması və sarğısının dəyişdirilməsi.....	222
Yanıq yaralarının sarınması	223
YARA VƏ BOŞLUQLARIN DRENAJLANMASI	224
Yaranın yumşaq (boş) tamponadası.....	224
Yaranın kip tamponadası	225

Mikuliç üsulu ilə tamponadanın aparılması.....	225
Yaraya yastı rezin drenajın qoyulması.....	226
Dərin yaraların və ya boşluqların borulu drenajlar vasitəsi ilə yuyulması.....	227
Dərman maddələrinin mikroirriqator vasitəsilə yeridilməsi.....	228
Bilau üsulu ilə drenajın qoyulması.....	229
Aktiv aspirasiyanın rezin armudluq vasitəsi ilə aparılması.....	230
Axarlı – yuyulan drenajlanmanın aparılması (lavaj).....	231
PUNKSİYALAR	232
Yumşaq toxumalara punksiya edilməsi.....	232
Plevra boşluğuna punksiya edilməsi (torakosentez).....	234
Qarın boşluğuna punksiya edilməsi (laparosentez və ya abdominal punksiya).....	235
Lümbal punksiyanın edilməsi.....	236
Sidik kisəsinə punksiya edilməsi.....	238
Oynaqlara punksiya edilməsi.....	239
XI BÖLMƏ	241
ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI DÖVRDƏ TİBB BACISININ İŞİ	241
QARIN BOŞLUĞU ORQANLARINDA APARILAN ƏMƏLİYYATLARDAN SONRA XƏSTƏYƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ	241
Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi, hərəkəti aktivliyin və qidalanmanın rejimi.....	241
Qusuntu kütləsinin elektrik sorucusu ilə təmizlənməsi.....	242
Əməliyyatdan sonrakı dövrdə nazik mədə zondunun qoyulması.....	242
Hipetronik imalənin aparılması.....	243
Qaz buraxan borunun qoyulması.....	244
Qastrostomaya (yeyunostomaya) qulluq.....	245
Nəcis fistuluna (kolostomaya) qulluq.....	246
DÖŞ QƏFƏSİNDƏ APARILAN ƏMƏLİYYATLARDAN SONRA XƏSTƏYƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ	248
Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi və hərəkəti aktivliyin rejimi.....	249
Plevral boşluğa drenaj qoyulmuş xəstənin sarğısının dəyişdirilməsi.....	249
UROLOJİ XƏSTƏLƏRƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ	250
Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi və hərəkəti aktivliyin rejimi.....	251
Drenajların yuyulması.....	252
Sidik kisəsinə kateterin qoyulması.....	253
Qadınlara kateterin qoyulması.....	253
Kişilərə kateterin qoyulması.....	255

Sidik kanalına yeridilməsi zamanı kateterin düzgün yerləşməsinin yoxlanılması	257
Sidik kisəsinin yuyulması	258
TRAXEOSTOMALI XƏSTƏLƏRƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ	260
Əməliyyatdan sonrakı ilk 5-7-ci günlərdə traxeotomik boruya nəzarət və qulluq	260
Traxeostoma əməliyyatından sonrakı dövrün fəsadları	260
Traxeostomaya qulluğun qaydaları	261
Traxeotomik borunun təmizlənməsi	261
Traxeostomanın ətraf dərisinin işlənməsi	262
Traxeostoma borusuna qulluğun xəstəyə öyrədilməsi	263
TRAVMATOLOJİ ŞÖBƏNİN XƏSTƏLƏRİNƏ NƏZARƏT VƏ QULLUQ	265
Gips sarğısı qoyulmuş xəstələrə nəzarət və qulluq	265
Skelet dartması qoyulmuş xəstələrdə milin ətrafının işlənməsi	266
Skelet dartması qoyulmuş xəstənin yataq ağlarının dəyişdirilməsi	266
Yataq yaralarının profilaktikası	267
Yataq yaralarının müalicəsi	269
XII BÖLMƏ	270
CƏRRAHİYYƏDƏ MÜXTƏLİF VƏZİYYƏTLƏRDƏ HƏKİMƏQƏDƏRKİ YARDIM	270
Mexaniki travmalar zamanı ilk yardım	270
Travmatik çıxıqlar	270
Qapalı sümük sınıqları	271
Açıq sümük sınıqları	271
Uzunmüddətli sıxılma sindromu	272
Ətrafin travmatik qopması	272
Yaralanmalar zamanı həkiməqədərki yardım	273
Heyvan dişləməsinə görə müraciət edənlərə ilk tibbi yardımın göstərilməsi	274
Yanıqlar zamanı həkiməqədərki yardım	275
Kimyəvi yanıqlar zamanı həkiməqədərki yardım	275
Elektrotavmalar zamanı həkiməqədərki yardım	276
Donmalar zamanı həkiməqədərki yardım	276
Kəllə-beyin travmaları zamanı həkiməqədərki yardım	277
Qapalı kəllə-beyin travması zamanı həkiməqədərki yardım	277
Kəllə tağının sınığı zamanı həkiməqədərki yardım	278
Kəllə əsasının sınığı zamanı həkiməqədərki yardım	278
Alt çənənin sınığı zamanı həkiməqədərki yardım	279
Alt çənənin çıxığı zamanı həkiməqədərki yardım	279

Qırtlağın və traxeyanın yad cisimləri zamanı həkiməqədərki yardım	279
Qida borusunun yanıqları zamanı həkiməqədərki yardım	280
Döş qəfəsi və onun üzvlərinin zədələnmələrində ilk yardım	281
Döş qəfəsinin əzilməsizamanı həkiməqədərki yardım.....	281
Döş qəfəsinin sıxılması və silkələnməsi zamanı həkiməqədərki yardım.....	281
Qabırğaların sınığı zamanı həkiməqədərki yardım.....	281
Körpücük sümüyünün sınığı zamanı həkiməqədərki yardım	282
Hemotoraks zamanı həkiməqədərki yardım	282
Qapalı pnevmotoraks zamanı həkiməqədərki yardım	283
Açıq pnevmotoraks zamanı həkiməqədərki yardım.....	283
Qapaqlı pnevmotoraks zamanı həkiməqədərki yardım.....	284
Qarın boşluğu üzvlərinin kəskin cərrahi xəstəlikləri və zədələnmələri zamanı həkiməqədərki yardım	284
Qarın divarının əzilməsi zamanı həkiməqədərki yardım	284
Qarının dəlib keçməyən yaralanması zamanı həkiməqədərki yardım	285
Qarının dəlib keçən yaralanması zamanı həkiməqədərki yardım	285
“Kəskin qarın” zamanı həkiməqədərki yardım.....	285
Boğulmuş yırtıq zamanı həkiməqədərki yardım.....	286
Mədə-bağırsağ qanaxmaları zamanı həkiməqədərki yardım	286
Düz bağırsağın xəstəlikləri və zədələnmələri zamanı həkiməqədərki yardım	286
Düz bağırsağın dəlib keçən yaralanması zamanı həkiməqədərki yardım	286
Düz bağırsağın sallanması zamanı həkiməqədərki yardım.....	287
Kəskin sidik ləngiməsi zamanı həkiməqədərki yardım	287
Onurğa sütunu və çanağın zədələnmələri zamanı həkiməqədərki yardım.....	288
Onurğanın boyun hissəsinin sınıqları zamanı həkiməqədərki yardım	288
Onurğanın döş və bel nahiyəsinin sınıqları zamanı həkiməqədərki yardım	289
Çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı həkiməqədərki yardım.....	289
XIII BÖLMƏ	290
ƏLAVƏLƏR	290
Cərrahi profilli tibb bacınının davranış qaydaları	290
Cərrahi xəstənin minimal standart müayinələri.....	290
Cərrahi xəstənin müayinələrə hazırlanması.....	291
1. Qarın boşluğu üzvlərinin (qaraciyər, öd kisəsi, mədəaltı vəzi, dalaq) ultrasəs müayinəsinə hazırlanması	291
2. Qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsağın endoskopik müayinəyə hazırlanması	291
3. Xəstənin kolonoskopiyaya hazırlanması	292

Cərrahiyyədə antibakterial müalicənin aparılması qaydaları.....	292
Cərrahiyyədə antibakterial profilaktikanın prinsipləri.....	293
Cərrahiyyədə antibakterial müalicə zamanı buraxılan səhvlər.	294
Xəstədə antibiotiklərə qarşı həssaslığın təyini üsulları.....	295
1. Dəriçi sınağın qoyulması.....	295
2. Dilaltı sınaq.....	296
3. Skarifikasiya üsulu ilə dəri sınağı.....	296
Tetanusun təcili spesifik profilaktikasının aparılması.....	297
Quduzluq əleyhinə (antirabik) vaksinin tətbiqi.....	300
Cərrahiyyədə QİÇS-in profilaktikası	300
Cərrahi şöbədə meyitlə davranma qaydaları.....	303
Əməliyyatdan qabaqkı epikrizin sxemi (<i>nümunə</i>)	303
Cərrahi əməliyyata razılıq (<i>nümunə</i>).....	304
Cərrahi əməliyyatın (tibbi müdaxilənin) aparılmasından imtina (<i>nümunə</i>)....	304

İ.Q.Əmənullayev

**TİBB BACISININ
ÜMUMCƏRRAHİ VƏRDİŞLƏRİ**

Naşir: Ceyhun Əliyev

Dizayner: Flora Əliyeva

Texniki redaktorlar: Ülvi Arif, Asim Səfərov

Yığılmağa verilmişdir: 15.03.2016

Çapa imzalanmışdır: 19.04.2016

Tiraj: 500, ş.ç.v. 20

Sifariş № 58

“Ecoprint” nəşriyyatının mətbəəsində
çap olunmuşdur

Bakı, Mətbuat pr., 529

Tel.: (99455) 216 09 91



TİBB BACISININ ÜMUMCƏRRAHİ VƏRDİŞLƏRİ

**ƏMƏNULLAYEV İQBAL
QABİL oğlu**

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent,
Lənkəran Tibb Kollecinin direktoru.

1987-ci ildə ATU-nun pediatriya fakül-
təsini fərqlənmə diplomu ilə bitirmiş və
uşaq cərrahı ixtisasına yiyələnmişdir. Uşaq-
larda inkişaf qüsurlarının korreksiyası za-
manı və qarın boşluğunun bütün orqan-
larında geniş spektrli cərrahi əməliyyatlar
aparır. "Tibbi biliklərin əsasları"(2004),
"Onu zərurət yaratdı"(2006, 2016), "Təhsil
fədaisi" (2008) kitablarının, 30-dək elmi
məqalənin, o cümlədən 1 dərs vəsaitinin, 2
tədris-metodiki vəsaitin, 1 proqramın və
uşaq cərrahiyyəsinə həsr olunmuş 1 səmə-
rələşdirici təklifin müəllifidir.



9 789952 811568