TİBB BACISININ

MƏLUMAT KİTABI

«Çıraq» nəşriyyatı
2008

Tərcümə edəni: **Ə.Q. Cəfərov**

Müəllif kollektivi:

N.İ.BELOVA, tibb elmləri doktoru B.A.BERENBEYN, tibb elmləri namizədi V.İ.BORODULİN, tibb elmləri namizədi D.A.VELİKORETSKİ, M. S.VİNOQRADOVA, M.L.VOLO-VSKAYA, tibb elmləri namizədi Y.Y.QURTOVAYA, tibb elmləri namizədi Y.Q.DEXTYAR, tibb elmləri namizədi L.S.ZALİKİNA, prof. Q.A.ZUBOVSKİ, prof. A.L.KAPLAN, tibb elmləri namizədi V.L.KASSİL, tibb elmləri doktoru V.İ.KULAKOV, tibb elmləri namizədi İ.P.LARİÇEVA, tibb elmləri doktoru A.İ.LENYUŞKİN, tibb elmləri namizədi A.M.NAQORNI, tibb elmləri namizədi İ.S.PROXOROVA, tibb elmləri namizədi L.M.ROŞAL, tibb elmləri namizədi N.İ.ROŞAL, tibb elmləri doktoru M.A.ŞUSTER, tibb elmləri namizədi B.L.ELKONİN.

Tərtib edəni tibb elmləri namizədi V.A.RAYSK

Bu kitabın müəlliflik və nəşriyyat hüquqları Azərbaycan Respublikasının qanunları ilə qorunur. Nəşriyyatın icazəsi olmadan kitabın hər hansı formada nəşri qadağandır.

Tibb bacısının məlumat kitabı (xəstəyə qulluğ) **N.R.Paleyevin** redaktəsi ilə, — B.: «Çıraq» 2008 səh.528 (ikinci nəşr).

Bu kitabda tibb bacısının mə'nəvi və peşə keyfiyyətləri; xəstələrə ümumi qulluq və müalicə-diaqnostika əməliyyatları; dərmanlar, onların aptekdən yazıb alınması, saxlanması və paylanması; xəstələrin müalicə qidası; terapevtik, vərəmli, infeksion, cərrahi və yaman şişləri olan xəstələrə; hamilə və zahı qadınlara, ginekoloji xəstələrə; yeni doğulmuş sağlam və xəstə uşaqlara; nevroloji və psixi xəstələrə; qulaq, boğaz və burun, göz xəstəliklərində, dəri və zöhrəvi xəstəliklərdə qulluğa aid mə'lumatlar; rentgen-radioloji şö'bələrdə və kabinetlərdə tibb bacısının işinin xüsusiyyətləri; tə'xirəsalınmaz və həkimədər yardım, reanimasiya məsələlərinə dair mə'lumatlar verilir.

K $\frac{4100000000}{067}$ 2008
İSBN 5-552-00560-0

© "Çıraq" nəşriyyatı, 2008

I FƏSİL
TİBB BACISININ MƏ'NƏVİ VƏ PEŞƏ KEYFİYYƏTLƏRİ

Xəstənin müalicəsində, xüsusən stasionarda, tibb bacısı son dərəcə böyük rol oynayır. Həkimin tə'yinatlarını yerinə yetirmək, ağır xəstələrə qulluq etmək, bir çox əməliyyatları (bə'zən olduqca mürəkkəb) yerinə yetirmək— bütün bunlar orta tibb işçisinin bilavasitə vəzifəsidir. Həmçinin tibb bacısı xəstənin müayinəsində, onun müxtəlif cür cərrahi əməliyyatlara hazırlanmasında iştirak edir, operasiya zamanı anestezist və ya operasiya bacısı kimi işləyir, reanimasiya və intensiv terapiya şö'bələrində xəstələrə baxır. Bütün bunlar tibb bacısından nəinki bilik və səriştə tələb edir, həm də onun mə'nəviyyatına yüksək tələblər qoyur, o, kollektivdə özünü aparmağı, xəstələrlə və onların qohumları ilə rəftar etməyi bacarmalıdır.

Həmişə yadda saxlamaq lazımdır ki, xəstə dərdinə əlac istəyir, ona bədbəxtçilik üz vermişdir, bə'zən bu, çox ciddi olub onun səhhətinin, əmək qabiliyyətinin itirilməsinə, hətta ölümünə səbəb ola bilər. Tibb bacısı xəstənin dərdinə tamam şərik olarsa, onun vəziyyətini dərindən başa düşərsə onunla xəstə arasında əsl ünsiyyət bağlana bilər, müalicənin uğurlu olması üçün isə bu, son dərəcə vacib şərtdir. Xəstənin həssas münasibətə, mə'nəvi köməyə, mehribançılığa ehtiyacı dərmandan az deyil, bəlkə də çoxdur. Buna görə də hələ yaxın zamanlara qədər tibb bacılarına «şəfqət bacıları» deyərdilər; bu söz nəinki onların işinin ixtisas cəhətini, həm də mə'nəvi cəhətini ifadə edirdi. Laqeyd, tez özündən çıxan, xəstənin dərdini başa düşməyə qabil olmayan adam tibb müəssisələrində işləməyə layiq deyildir.

Tibb bacısı xəstə ilə danışdıqda, əziyyətli və ağrılı əməliyyatları yerinə yetirdikdə xəstənin fikrini yayındırmağa çalışmalı, ona ürəkdirək verməli, sağalacağına inam yaratmalıdır. O həm də psixoloq olmalıdır, yə'ni hər xəstənin fərdi xüsusiyyətlərini və həmin anda onun vəziyyətini nəzərə almalıdır: xəstənin birini azca dözməsi üçün dilə tutmalıdır (məsələn, ona belə deməlidir: «Bir az incidəcək, amma sonra yaxşı olacaq»), başqa bir xəstənin isə kənar söhbətlə başını qatmalıdır və s.

Çox vaxt xəstələr tibb bacılarından öz diaqnozunu və sağalmasına ümid olub-olmamasını soruşurlar. Xəstəyə onun sağalmayacağını, xüsusən onda yaman şiş olmasını qətiyyən demək olmaz. Xəstənin proqnozuna gəldikdə isə, onu qəti inandırmaq lazımdır ki, sağalacaq. Lakin ağır xəstəyə onun xəstəliyinin "boş" bir şey olduğunu və "tezliklə evə buraxılacağını" deyib arxayınlaşdırmaq da olmaz, çünki çox vaxt belə xəstələr düçar olduqları xəstəliyin xarakterini pis bilmirlər və həddindən artıq xoş söz eşitdikdə səhiyyə işçilərinə inamı itirirlər. Onlara belə demək daha yaxşıdır: "Doğrudur, sizin xəstəliyiniz yüngül

deyil və uzun müddət müalicə olunmalısınız, lakin axırı yaxşı olacaq!". Hər halda tibb bacısı xəstələrə deyəcəyi mə'lumatı həkimlə razılaşdırmalıdır.

Çox vaxt xəstələr kiçik tibb işçiləri ilə söhbətə girişib onlardan özlərinə lazım olmayan mə'lumatlar alırlar. Tibb bacısı belə söhbətləri kəsməli və eyni zamanda xidmətçilərə, texniklərə, bufetçilərə tibb deontologiyasının, yə'ni tibb işçiləri ilə xəstələrin qarşılıqlı münasibətinin əsaslarını izah etməlidir. Xəstənin yanında mə'nasını az bildiyi və buna görə də onu təşvişə salan: "taxikardiya", "aritmiya", "kollaps", "hematoma", habelə "qanlı", "irinli", "üfunətli" və s. kimi sözlər işlətmək olmaz. Yadda saxlamaq lazımdır ki, bə'zən narkoz yuxusunda və hətta səthi koma vəziyyətində olan xəstələr palatadakı söhbətləri eşidirlər. Xəstəni həmişə əsəb sarsıntısından qorumaq lazımdır ki, vəziyyəti ağırlaşmasın, bə'zən o bu sarsıntıya dözə bilməyib müalicədən imtina edir, hətta özünə qəsd etmək istəyir.

Bə'zən xəstələr hövsələsiz olur, müalicəyə mənfi münasibət bəsləyib şəkk-şübhə edirlər. Onların şüuru pozula bilər. Hallüsinasiya baş verər, sayıqlaya bilərlər. Bu cür xəstələrlə çox səbirli olmaq və nəzakətlə danışmaq lazımdır. Onlarla mübahisəyə girişmək olmaz, lakin müalicə əməliyyatlarını aparmağın labüd olduğunu izah etmək və bunları xəstəyə mümkün qədər az əziyyətlə icra etmək lazımdır. Xəstə yerini batırıbsa bundan ötrü onu qətiyyən danlamaq olmaz, tibb bacısı özünün iyrəndiyini və narazılığını qətiyyən bildirməməlidir. Yataq ağlarını nə qədər tez-tez dəyişmək lazım gəlsə də elə etmək lazımdır ki, xəstə xəcalət çəkməsin.

Lakin elə xəstələr də olur ki, vəziyyətləri ağır olmasa da nizam-intizam gözləmir, müalicə rejimini pozurlar: palatalarda papiros çəkir, içki içirlər. Tibb bacısı belə halların qarşısını qəti almalı, xəstələrlə çox ciddi danışmalı, lakin kobudluğa yol verməməlidir. Bə'zən xəstəyə onun davranışının nəinki özünə, həm də başqalarına zərər yetirdiyini başa salmaq kifayət edir (lakin papirosun zərərindən danışan tibb bacısının özündən papiros iyi gələrsə, çətin ki, belə söhbət fayda verə!). Xəstənin özünü yaxşı aparmamasını həkimə xəbər vermək lazımdır, çünki bu, xəstənin vəziyyətinin pisləşməsi ilə əlaqədar ola bilər, yaxud müalicə qaydasını dəyişmək lazım gələr.

Tibb bacısı həmişə təmkinli, gülərüzlü olmalı, xəstəxanada sağlam iş şəraiti yaranmasına kömək etməlidir. Hətta nədənsə qanı qaralıbsa, yaxud həyəcan keçirirsə xəstələr bunu hiss etməməlidirlər. Tibb bacısının əhval-ruhiyyəsi onun işinə, iş yoldaşları və xəstələrlə danışıq tərzinə tə'sir etməməlidir. Həmçinin xasiyyətcə həddindən artıq quru olmaq və rəsmiyyətçilik də yaramaz, habelə şit zarafatlar etmək, xəstələrlə münasibətdə pərdə götürmək olmaz. Tibb bacısı öz davranışı ilə xəstələrin hörmətini və e'timadını qazanmalıdır. Xəstələr görməlidirlər ki, onun hər şeydən başı çıxır və hər şey əlindən gəlir, ona

öz səhhətini və həyatını e'tibar etmək olar. Tibb bacısının xarici görünüşünün böyük əhəmiyyəti vardır. O işə gələn kimi əynindəki paltarı çıxarıb təmiz, ütülənmiş xalat və ya həmin müəssisədə qəbul olunmuş forma geyir, bayır ayaqqabısını çıxarıb şapşap, yaxud asan təmizlənən və gəzəndə cırıldamayan yüngül ayaqqabı geyir. Saçlarını papağın və ya ləçəyin altına salır. Evə gedəndə bütün iş paltarlarını və ayaqqabısını xüsusi şkafa qoyur.

Səliqəli geyinmiş, özünü təmkinli aparan tibb bacısı xəstənin e'timadını qazanır, xəstə xasiyyətcə yumşalır, özünə inamı artır. Əksinə, əyin-başın səliqəsizliyi, xalatın çirk olması, papağın və ya ləçəyin altında saçların pırtlaşıb çıxması, üzə həddindən artıq bəzək-düzək vurmaq, dırnaq uzadıb lak çəkmək— bütün bunlar tibb bacısının ixtisasına, bilik və bacarığına xəstədə şübhə oyadır. Əksər hallarda xəstələrin şübhələri doğru çıxır.

Tibb bacısı həkimin göstərişlərini sözsüz yerinə yetirməli, nəinki dərmanların dozalarına və proseduraların müddətinə, həm də bunların hansı ardıcıllıqla və nə vaxt icra edilməsinə də dəqiq əməl etməlidir. Həkim dərmanların nə vaxt və hansı ardıcıllıqla verilməsini tə'yin etdikdə bunların tə'sir müddətini, başqa dərmanlarla birlikdə vermək mümkün olmasını nəzərə alır. Buna görə də tibb bacısının diqqətsizliyi və ya səhvi xəstəyə çox zərər yetirə və hətta onun ölümünə səbəb ola bilər. Məsələn, heparin iynəsini vaxtında vurmadıqda qanın laxtalanma qabiliyyəti birdən-birə arta və tac arteriyasının trombozu baş verə bilər. Həmçinin tibb bacısı heç vaxt həkimin tə'yinatını özbaşına dəyişməməli, yaxud öz mülahizəsinə görə hər hansı bir əməliyyat aparmamalıdır. Məsələn, belə bir hadisə olmuşdur. Prostat vəzisi kəsilib götürülmüş bir xəstə operasiyadan sonra uretraya yeridilmiş kateterin incitdiyini görüb siyiyə bilməməsinin səbəbini bunda görmüş və tibb bacısından xahiş etmişdir ki, onun qarnının altına isitqac qoysun. O əvvəllər də belə edibmiş. Tibb bacısı isə həkimlə məsləhətləşmədən xəstənin xahişini yerinə yetirmişdir. Nəticədə xəstədə güclü qanaxma baş vermiş və ikinci dəfə operasiya aparmaq lazım gəlmişdir.

Müasir müalicə müəssisələri yeni diaqnostika və müalicə aparatları ilə təchiz olunmuşdur. Tibb bacıları nəinki bu və ya başqa bir cihazın nəyə xidmət etdiyini bilməli (xüsusilə, həmin cihaz palatada qoyulubsa), həm də ondan istifadə etməyi bacarmalıdır.

Tibb bacısı mürəkkəb manipulyasiyaları aparanda, özünə tam inamı yoxsa, daha təcrübəli iş yoldaşlarından və ya həkimlərdən kömək istəməyə utanmamalıdır, həmçinin bu və ya başqa manipulyasiyanı aparmağı yaxşı bacaran tibb bacısı bunu təcrübəsi az olan yoldaşlarına öyrətməlidir. İnsanın sağlamlığı və həyatı məsələsi qarşıda duranda təkəbbür, özünə qürrələnmə, lovğalıq yaramaz!

Bə'zən xəstənin vəziyyəti çox ağırlaşa bilər, bu vaxt hay-küy salmaq,

yaxud özünü itirmək olmaz. Tibb bacısının bütün hərəkətləri son dərəcə dəqiq, sərrast, ölçülüb-biçilmiş və təmkinli olmalıdır.

Xəstənin vəziyyəti ağırlaşmış olsa belə (profuz qanaxma, ürək ritminin birdən-birə pozulması, qırtlağın kəskin ödemi), o, tibb bacısının gözlərindəki təlaşı görməməli, səsinin titrəməsini eşitməməlidir. Həmçinin: "Tez olun, xəstənin ürəyi dayanmışdır!" deyə bütün şö'bəyə haray salmağa da yol vermək olmaz.

Xəstənin vəziyyəti nə qədər ağır olsa, bir o qədər astadan danışmaq lazımdır. Əvvəla, xəstə huşunu itirməyibsə səs-küy ona pis tə'sir edər; ikincisi, o biri xəstələri narahat edər, çünki həyəcan keçirmək onlara zərər yetirə bilər; üçüncüsü, qara-qışqırıq, vurnuxma və əsəbi çımxırma xəstəyə vaxtında və səriştəli yardım göstərməyə mane olur.

Qorxulu vəziyyət yarandıqda nə etmək lazım gəlməsi barədə sərəncamı şö'bənin müdiri, yaxud daha təcrübəli həkim, həkim gələnə qədər isə həmin palatada və ya kabinetdə işləyən tibb bacısı verir. Onların göstərişləri dərhal və sözsüz yerinə yetirilməlidir.

Şö'bədə daim sakitliyə, xüsusən gecə, riayət edilməlidir. Müalicənin uğurlu olması üçün sakitlik əsas şərtdir. Xəstə işçilərin ucadan danışmasından və dəhlizdəki ayaq səslərindən yata bilmirsə, heç bir dava-dərman ona kömək etməyəcəkdir.

Tibb bacısı xəstələrdən başqa onların qohumları və yaxın adamları ilə də təmasda olur. Burada da`bə'zi cəhətləri nəzərə almaq lazımdır. Tibb işçiləri xəstədə sağalmayan xəstəlik olmasını, yaxud onun vəziyyətinin ağırlaşdığını ondan gizlədib qohumlarına bunu anlaşıqlı şəkildə deməlidirlər. Lakin bunların arasında da xəstə adamlar ola bilər, odur ki, onlarla çox ehtiyatla və nəzakətlə danışmaq lazımdır. Xəstənin hətta ən yaxın qohumlarına, ələlxüsus iş yoldaşlarına, xəstənin, xüsusən qadının hər hansı bir orqanının kəsilib götürüldüyünü qətiyyən demək olmaz. Xəstənin yanına gələnlərlə söhbət etməmişdən əvvəl həkimlə məsləhətləşmək lazımdır, bə'zən isə xəstənin özündən soruşmaq olar ki, gələnlərə nəyi demək olar, nəyi yox.

Xüsusən telefonla mə'lumat verdikdə çox ehtiyatlı olmaq lazımdır. Ciddi bir xəbəri, xüsusən bəd xəbəri, telefonla deməmək daha yaxşıdır, belə halda həmin adama xəstəxanaya gəlməsini və bu barədə şəxsən özü həkimlə danışmasını məsləhət görmək lazımdır. Tibb bacısı telefonu götürəndə əvvəlcə şö'bənin adını, özünün vəzifəsini və familiyasını deməlidir. Məsələn, "Dördüncü terapevtik şö'bə, tibb bacısı Məmmədova". Telefonla "Hə!", "Eşidirəm!" və s. deyə cavab vermək nəzakətsizlikdir.

Çox vaxt ağır xəstənin adamları ona qulluq etmək üçün icazə istəyirlər. Həkim xəstənin qohumlarına hətta müəyyən müddət palatada qalmağa icazə veribsə, onların xəstəyə qulluqla əlaqədar hər hansı əməliyyatı icra etmələrinə, ağır xəstəni yedizdirmələrinə yol vermək olmaz. Təcrübə göstərir ki, yaxın adamların ağır xəstəyə

göstərdiyi heç bir qayğı təcrübəli tibb bacısının müşahidəsini və qulluğunu əvəz edə bilməz.

Çox vaxt xəstənin qohumları şö'bədə olmayan dərmanı almaqda öz köməyini təklif edirlər. Bu cür təklifləri nəzakətlə, lakin qəti surətdə rədd etməli. Əvvəla, dərman almaq xəstəxananın müdiriyyətinin bilavasitə vəzifəsidir və lazım gəldikdə rəsmi yolla istənilən dərmanı almaq olar. İkincisi, qohumlar həmin dərmanı tapa bilməsələr və xəstə ölərsə, onlar həmişəlik bu fikirdə qalacaqlar ki, şö'bədə həmin dərman olsa idi, xəstə ölməzdi. Axı belə deyil! Çox vaxt adamlar "dəbdə" olan və şöhrəti yayılmış dərmanı axtarırlar, halbuki bu ya o qədər də mühüm dərman deyil, yə da onu şö'bədəki başqa dərmanla əvəz etmək olar.

Tibb bacısından tələb olunan başlıca şərt odur ki, o daim öz ixtisasını, biliyini artırmalı, yeni-yeni vərdişlər qazanmalıdır. Müalicə müəssisəsinin ümumi mühiti buna kömək etməlidir, çünki yüksək ixtisaslı, intizamlı və işə məs'uliyyətlə yanaşan tibb bacısının yetişməsi, onda mərdlik, insanpərvərlik kimi yüksək mə'nəvi keyfiyyətlərin yaranması, onun öz davranışı ilə xəstənin sağlamlığının və əmək qabiliyyətinin bərpa olunmasına kömək edə bilməsi bundan asılıdır

II FƏSİL
XƏSTƏLƏRƏ ÜMUMİ QULLUQ VƏ MÜALİCƏ-DİAQNOSTİKA PROSEDURALARI

AQONİYA—orqanizmin terminal vəziyyətlərinə aid olub ölmənin dönər mərhələsidir. Aqoniyadan əvvəl preaqonal vəziyyət olur, bu vaxt qan təzyiqi çox düşür, xəstə huşunu getdikcə itirir, beynin elektrik fəallığı azalır, üzv və toxumaların oksigen aclığı şiddətlənir. Preaqonal vəziyyətdən aqoniyaya keçid mərhələsi terminal pauza adlanır, bu vaxt tənəffüs birdən-birə dayanır, buynuz qişanın reflekslərı sönür; bu vəziyyət bir neçə saniyədən 3 dəqiqəyə qədər davam edir. Bundan sonra ölmənin ikinci dövrü—aqoniya başlayır. Əvvəlcə ağrı hissiyyatı itir, bütün reflekslər sönür, xəstə huşunu itirir. Xəstənin tənəffüsü zəif, seyrək ola bilər, yaxud əksinə, o maksimum nəfəs alıb tezliklə nəfəsini axıra qədər buraxıb qısa ola bilər; bu zaman tənəffüs amplitudası böyük ola bilər. Xəstə hər dəfə nəfəs alanda başı dala gedir, ağzı geniş açılır. Ürək yığılmaları tədricən yavaşıyıb 1 dəqiqədə sayı 40—20 olur, nəbz sapvarı olub əllədikdə çox çətin bilinir. Arterial təzyiq civə sütunu ilə 20—10 mm-ə düşür. Bə'zən ənsə əzələlərinin rigidliyi və ümumi tonik qıcolmalar baş verə bilər. Xəstə qeyri-iradi siyir və yerini batırır. Bədənin temperaturu çox düşür.

Aqoniyanın müddəti ölümün səbəblərindən asılıdır. Travmatik şok və qanitirmə nəticəsində baş verən aqoniya dövründə dəri örtükləri mum kimi solğun olur, burun sivriləşir, buynuz qişa bulanıq olur, göz bəbəkləri genişlənir, taxikardiya baş verir. Ürək qəflətən dayandıqda xəstənin dodaqları, dəri örtükləri və bütün gövdəsi tez bir zamanda göyərir. Üzü şişir, qıcolmalar baş verir, nəbz ələ gəlmir və beyin qabığının funksiyaları itir. Xəstə qan itirdikdə, şok və ya as fiksiya zamanı aqoniyanın klinik əlamətləri göründükdə dərhal kompleks reanimasiya tədbirlərinə keçmək lazımdır, birinci növbədə sün'i tənəffüsə başlamaq, eyni zamanda ağızdan-ağıza, ağızdan buruna hava üfürüb ağciyərləri ventilyasiya etmək, həmçinin ürəyi dolayı masaj etmək lazımdır. Aqoniya travmatik şok nəticəsində baş veribsə, venaya qan və plazmaəvəzediciləri vurmaqla yanaşı bunları arteriyaya da vururlar.

Aqoniya vəziyyətindən çıxarılmış xəstə üzərində uzun müddət ciddi müşahidə aparmaq, ona yaxşı qulluq etmək və intensiv müalicə aparmaq lazımdır, çünki müxtəlif səbəblər üzündən terminal vəziyyət təkrar oluna bilər. Xəstənin bədəninin dörd bir tərəfinə isitqac qoymaq, yataq yarası əmələ gəlməməsi üçün tədbir görmək, dərini dezinfeksiyaedici məhlullardan biri ilə silmək, xəstəni çevirmək, yataq ağlarını və alt paltarı dəyişmək, xəstəni yedizdirmək və içizdirmək lazımdır.

ANTROPOMETRİYA—insanın fiziki inkişafının: boyunun, bədən kütləsinin, döş çevrəsinin, tənəffus funksiyasının (spirometriya), əzələ gücünün (dinamometriya) tə'yin edilməsi. Sadə antropometrik

ölçmələri tibb bacıları aparırlar.

Boyun ölçülməsi. Boyu boyölçən alətlə ölçürlər. Onun şaquli dayağı meydançaya bərkidilmiş və santimetrlərə bölünmüşdür; üfqi yerləşmiş planşet dayağın üzəri ilə aşağı-yuxarı aparılır. Xəstənin boyunu ölçdükdə o, arxasını dayağa tərəf çevirib dabanlarını, sağrılarını, kürəyini və ənsəsini ona toxundurur. Başını elə saxlayırlar ki, xarici eşitmə keçəcəyinin yuxarı tərəfi və gözlərin küncləri bir üfqi xətt üzərində olsun; planşeti başım üzərinə salır və şkalanın üzərindəki bölgüləri planşetin aşağısına qədər sayırlar. Bə'zən xəstənin boyunu onun oturmuş vəziyyətində də ölçürlər, onda xəstənin hündürlüyü üstünə stuldan döşəməyə qədər olan məsafəni gəlirlər.

Xəstəni tibb tərəzisində çəkirlər: tərəzi düzgün qoyulmalı və yaxşı tənzim edilməlidir. Xəstələri xəstəxanaya daxil olduqda, sonra həftədə ən azı bir dəfə, ehtiyac olduqda isə tez-tez çəkirlər. Xəstəni həmişə eyni vəziyyətdə—acqarına, alt paltarda, sidik kisəsi və mümkünsə bağırsaqlar boşaldıqdan sonra çəkirlər.

Ağır xəstələri stulla birlikdə çəkmək olar, lakin stulu əvvəlcə çəkmək lazımdır. Tərəzinin yırğalanmaması üçün çalışmaq lazımdır ki, xəstə tərəzinin ortasına kilid bağlı ikən çıxsın. Tarazlıq əmələ gəldikdə kilidi qaldırırlar.

Döş çevrəsini ölçmək üçün santimetrlərə bölünmüş lenti qabaqdan IV qabırğaya, daldan kürəklərin altına qoyurlar. Xəstə əllərini aşağı sallayır, sakit nəfəs alır. Ölçməni xəstə nəfəsini buraxıb dərindən nəfəs aldıqda aparırlar.

Spirometriya—ağciyərlərin tənəffüs həcminin ölçülməsi. Spirometriya vasitəsilə ağciyərlərin həyat tutumunu (AHT) tə'yin edirlər. Kişilərdə o 3500—4500 kubsantimetr, qadınlarda isə—2500—3500 kubsantimetrdir. Spirometriyanı sağlam adamları, xüsusən idmançıları müayinə edəndə, istirahət evləri və sanatoriyalarda, habelə ağciyərlərin və ürəyin xəstəlikləri zamanı tətbiq edirlər.

Spirometriya üçün Hetçinson spirometrinin müxtəlif növlərindən istifadə edirlər: o, tutumu 6—7 l olub bir-birinin içində olan iki silindrdən ibarətdir. Xarici silindrə su tökülür, içəridəki silindr isə başıaşağı endirilmiş və iki çəki daşı ilə tarazlanmış olur: daşların blokdan keçirilmiş ipi vardır. Daxili silindrin içərisində borucuq vardır, onun daxili ucu suyun səviyyəsindən yuxarıdır. Borucuğun xarici ucuna şüşə və ya rezin ucluqlu borucuq taxılır; ucluğu sterilizə etmək və dəyişmək olar.

Spirometriya aparmaq üçün xəstəyə lap dərindən nəfəs almağı, burnunu sıxıb ağzındakı şüşə ucluğa yavaş-yavaş maksimum nəfəs verməsini təklif edirlər. Nəfəslə buraxılan hava cihazın içəridəki silindrini qaldırır, bu vaxt silindrin üzərindəki və ya aparatın yan tərəfindəki şkala üzrə nəfəslə buraxılan havanın həcmini tə'yin edirlər. Tibb bacısı hər xəstədən sonra ucluğu çıxarır, onu işləmiş ucluqlar olan

bankaya qoyur, kranın altında sabunla yaxşı yuyur və sterilizatora qoyub qaynadır. O biri xəstəyə sterilizatordan çıxarılmış ucluq verir.

Ağciyərlərin həyat tutumunu spirometrsiz də tə'yin etmək olar, lakin bu ancaq təxmini olacaqdır. Belə hesab edirlər ki, sağlam yaşlı adam nəfəsvermə müddətində ucadan 30-dan 40-a qədər saya bilər. Xəstə 10-a qədər, yaxud bundan bir qədər çox sayarsa bu, aqciyərlərin həyat tutumunun təxminən 30%-ə düşdüyünü göstərir.

Son vaxtlar sənayemiz əldə gəzdirilən portativ yeni spirometrlər buraxmağa başlamışdır.

Dinamometriya. Adətən insanın müxtəlif əzələ qruplarının qüvvəsini siferblat oxuna birləşdirilmiş metal yaylı cihazla ölçürlər. Həmçinin civəli, hidravlik, elektriklə işləyən və rəqqaslı dinamometrlər də var. Son vaxtlar A.V.Korobkov və Q.İ.Çernyayevin polidinamik dəzgahından istifadə edirlər. Bunun vasitəsilə müxtəlif əzələ qruplarını ayrıca işlədib eyni şəraitdə onların qüvvəsini ölçmək olur.

Qarın çevrəsinin ölçülməsi. Qan dövranı pozulduqda, qaraciyər sirrozunda, şişlərdə qarın boşluğuna yavaş-yavaş su yığıla bilər (assit). Assiti aşkar etmək üçün hər gün səhər acqarına xəstələrin qarın çevrəsini ölçürlər. Santimetrlərə bölünmüş lenti daldan III bel fəqərəsinə və qabaqdan göbəyin uzərinə qoyurlar. Qarnın hətta bir santimetr böyüməsi qarın boşluğuna su yığıldığını göstərə bilər.

ARTERİAL TƏZYİQ—sistola və diastola zamanı qanın damarların divarına təzyiqidir. O, ürəyin yığılması gücündən, arterial sistemə gələn qandan, periferik damarların müqavimətindən, damar divarlarının elastikliyindən, qanın özlülüyündən və bir çox başqa amillərdən asılıdır.

Sistolik arterial təzyiq (maksimal təzyiq), diastolik (minimal təzyiq) və nəbz təzyiqi ayırd edilir. ***Sistolik təzyiq***—sol mə'dəciyin sistolası ardınca arteriya sistemində baş verən nəbz dalğasının ən çox qalxdığı andakı təzyiqdir. ***Diastolik təzyiq*** ürəyin diastolası dövründə, nəbz dalğası yatan zaman olur. Sistolik təzyiqlə diastolik təzyiqin qiymətindəki fərqə nəbz təzyiqi deyilir.

Böyük yaşlı sağlam adamlarda arterial təzyiq müxtəlif səbəblərdən, məsələn, sinir sisteminin vəziyyətindən, günün saatlarından və s.-dən asılı olub müxtəlif olur. Sistolik təzyiqin normal qiymətləri civə sütunu ilə 120-dən 140mm-ə qədər, diastolik təzyiqinki 70-dən 90 mm-ə qədər olur. Səhər arterial təzyiq civə sütunu ilə 5—10 mm aşağı olur.

Arterial təzyiqi ölçmək üçün ən çox yayılmış cihaz civəli sfiqmomanometrdir (Riva-Roççi aparatı). O manometr, manjet, "armud" (balon) və cihazın hissələrini bir-birinə birləşdirən rezin borucuqlar sistemindən ibarətdir. Cihazın qapağına bərkidilmiş manometr şüşə borucuq olub aşağı ucu tutumu 15—20 ml olan civəli rezervuara lehimlənmişdir. Manometrin millimetrlərə bölünmüş (0-dan 250—300-ə qədər) şkalası vardır. Şüşə borucuqda civənin səviyyəsini 0-

da saxlayırlar. Manjet—eni 12—14 sm və uzunluğu 30—50 sm olan içərisi boş rezin torbadır. O, qalın parçadan tikilmiş örtüyün içərisindədir; bu onun üçündür ki, manjetə hava vuranda o genəlməyib, ancaq xəstənin qolunu sıxsın. "Armud"—hava vuran cihazdır; bu, klapanlı yoğun rezin balon olub içəriyə kənardan hava buraxır və onu xaricə çıxmağa qoymur.

Civəli rezervuardan "armuda" və manjetə birləşdirici rezin borucuqlar çıxır. Bə'zi aparatlarda civəli manometri yaylı manometrlə əvəz edirlər. Belə aparatlara tonometr deyilir. Burada yayın müqavimət qüvvəsi arterial təzyiqi göstərir ki, bunu da millimetrlərə bölünmüş siferblatın üzəri ilə hərəkət edən əqrəblər bildirir.

Arterial təzyiqin səslə tə'yin edilməsi metodu arteriyanı maksimal və minimal təzyiqə bərabər qüvvə ilə sıxanda arteriyada baş verən səs fenomenlərinin qeydə alınmasına əsaslanır (Korotkov metodu).

Arterial təzyiqi müəyyən saatlarda, ən yaxşısı, nahara qədər, hələ xəstədə yorğunluq və həyəcan yox ikən, bədənin müəyyən vəziyyətində, mümkün qədər eyni orta temperaturda və adi atmosfer təzyiqi şəraitində ölçmək lazımdır.

Bazu arteriyasında arterial təzyiqi ölçmək qaydası. Arterial təzyiqi ölçüləcək adam oturmalı, yaxud rahat uzanmalı, danışmamalı və cihaza baxmamalıdır. Onun çılpaq sol qolunun bazusu üzərinə dirsək büküşündən 2—3 sm yuxarıda manjeti elə qoyub bərkidirlər ki, onunla dəri arasında ancaq bir barmaq yer qalır. Həmin adam sol əlini açıb qolunu rahat saxlayır. Dirsək büküşündə bazu arteriyasını tapır və nəbzi tə'yin etmək üçün fonendoskopu bərk basmadan onun üzərinə qoyurlar. Sonra balondan yavaş-yavaş hava vururlar, o eyni vaxtda həm manjetə, həm də manometrə daxil olur. Havanın təzyiqi manometrdəki civəni şüşə boruçuğa itələyir. Şkalanın rəqəmləri manjetdəki havanın təzyiqini, yə'ni təzyiqi ölçülən arteriyanın yumşaq toxumalar tərəfindən sıxıldığı qüvvəni göstərəcəkdir.

Havanı ehtiyatla vurmaq lazımdır, çünki böyük təzyiqlə vurduqda civə borucuqdan çıxa bilər. Manjetə yavaş-yavaş hava vuraraq nəbz döyüntüləri səsinin itdiyi anı qeyd edirlər. Sonra balonun ventilini açıb manjetdəki təzyiqi tədricən azaltmağa başlayırlar. Manjetdəki əkstəzyiq sistolik təzyitə bərabər olanda çox qısa, uca bir səs—ton eşidilir. Bu anda çivə sütunundakı rəqəmlər sistolik təzyiqi göstərir. Manjetdə təzyiq düşdükcə tonlar zəifləyir və tədricən itir. Tonlar itən anda manjetdəki təzyiq diastolik təzyiqə bərabər olur. Manometrdəki rəqəmlər minimal təzyiqi göstərir.

Xəstənin təzyiqi aşağı olduqda başqa üsuldan istifadə etmək daha yaxşıdır—manjetə yavaş-yavaş hava vurulur. İlk dəfə eşidilən tonlar diastolik təzyiqi göstərəcəkdir. Manjetdə təzyiq qalxdıqda tonların itdiyi andakı rəqəmlər sistolik təzyiqi göstərəcəkdir.

Arterial təzyiqi ossilyator metodu ilə də ölçmək mümkündür. Bu

yaylı manometrin əqrəblərinin rəqsi hərəkətlərinin müşahidə edilməsindən ibarətdir. Bu metodda da bazu arteriyasını tamam sıxana qədər manjetə hava vururlar. Sonra ventili açıb yavaş-yavaş havanı buraxmağa başlayırlar. Arteriyaya gələn qanın ilk porsiyaları ossilyasiya verir, yə'ni əqrəb tərpənib sistolik arterial təzyiqi göstərir. Manometrin əqrəbinin rəqsi hərəkətləri əvvəlcə güclənir, sonra isə birdən-birə azalır ki, bu da minimal təzyiqi göstərir. Yaylı manometrlər gəzdirmək asandır, lakin təəssüf ki, yaylar tez boşalıb, dəqiq rəqsi hərəkətlər alınmır və tez sıradan çıxır.

AUTOHEMOTERAPİYA—xəstəni öz qanı ilə müalicə metodu. Uzun çəkən xroniki xəstəliklər zamanı (çiban, xroniki pnevmoniya, ağciyər absesi, uşaqlıq artımlarının xroniki iltihabı və s.) autohemoterapiya orqanizmə müsbət tə'sir edir. Müalicəyə əks-göstəriş kəskin xəstəliklərdir. Manipulyasiyanı aparmaq üçün venepunksiyada işlənən steril material olmalıdır. Şprislə venadan qan götürür və onu həmin xəstənin sağrısının yuxarısına vururlar. Qanı yavaş-yavaş, uzunluğu 6—8 sm olan iynə ilə vurmaq lazımdır. Bundan sonra həmin yerin irinləməməsi üçün isitqac qoymaq lazımdır. Vurulacaq qanın dozasını həkim tə'yin edir. Adətən, müalicəni 2 ml-dən başlayır, hər 3—4 gündən bir qanın miqarını artırıb 10 ml-ə çatdırırlar. Müalicə kursu 8—12 iynədir. Bə'zən iynə vurduqdan 12—24 saatdan sonra xoşagəlməz hallar baş verir; bədənin temperaturu 38°-yə qalxır, iynə vurulan yer şişir və ağrıyır. Belə hallarda sonrakı iynədə qanın dozasını azaldırlar. İynə vuran vaxt xəstələrin ümumi vəziyyətinə baxmaq lazımdır.

AEROTERAPİYA (hava ilə müalicə)—müalicə və profilaktika məqsədilə açıq havadan istifadə edilməsidir. İqlimlə müalicənin əsas metodlarından biridir.

Aeroterapiyanın xüsusi növlərinə uzun müddət (o cümlədən yuxu) açıq şüşəbəndlərdə, balkonlarda, xüsusi iqlim pavilyonlarında gecə-gündüz olmaq, hava vannaları qəbul etmək aiddir. Aeroterapiyanın bir elementi gəzinti, ekskursiya, idman oyunları və s. zamanı təmiz havanın tə'siridir. Aeroterapiyanın fizioloji və sağlamlaşdırıcı tə'siri orqanizmin çoxlu oksigen alması, habelə bədənin soyuması effekti ilə əlaqədardır, soyuğun tə'siri uzunmüddətli və arasıkəsilmədən (gündüz və gecə) və qısamüddətli ola bilər, lakin bu, müntəzəm surətdə təkrar edilməlidir (hava vannaları). Aeroterapiyada ultrabənövşəyi şüaların da müəyyən tə'siri olur. Bu cür proseduraya işıq-hava vannası deyilir. Hava vannaları dərinin tənəffüsünü yaxşılaşdırır, onun reseptorlarını oyadır, çünki bayırdakı havanın temperaturu dərinin üzərindəki temperaturdan həmişə aşağı olur. Havanın hərəkəti soyuducu tə'siri artırır. Bütün bunlar məpkəzi sinir sisteminə, reflektor olaraq tənəffüs, ürək-damar sistemlərinin funksiyasına, əzələ tonusuna; maddələr mübadiləsinə və orqanizmin istilik tənziminə tə'sir edir. Orqanizmin

soyuğa müqaviməti artır, yə'ni orqanizm möhkəmlənir (bax).

Metodikası. Xəstə hava vannalarını və yarımvannaları (belə qədər çılpaq) uzanmış, yarıuzanmış və oturmuş vəziyyətdə gündə 1—2 dəfə qəbul edir. Aeroterapiyanı aerosolyaridə, şüşəbənddə, balkonda, parkların kölgəli meydançalarında, otaqda pəncərəni açıb aparmaq olar). Bunları soyuğun dərəcəsinə. yaxud nəzərdə tutulan soyuğa görə dozalayırlar.

Hava vannaları soyuq (0—8°S), orta dərəcədə soyuq (9—16°S), sərin (17—20°S), indifferent (21—22°S) və ilıq (22°S-dən yuxarı) olur. Vannanın müddətini hazır dozimetrik cədvəllərlə tə'yin edirlər, bu cədvəllərdə proseduranın vaxtı, soyuma dərəcəsi və ətraf mühit şəraiti arasındakı nisbət göstərilir.

Sağlam adamlara aeroterapiyanı bədəni möhkəmlətmək üçün tənəffüs üzvlərinin xəstəliklərində sağalmaq üzrə olan xəstələrə, ürək-damar və sinir sistemi xəstə olan adamlara, ürəkdə və ağciyərlərdə aparılan operasiyadan sonra tə'yin edirlər.

Aerotzrapiyanın tətbiqinə əks-göstəriş bütün kəskin infeksion, infeksion-allergik xəstəliklər, şiddətlənmiş irinli-iltihab xəstəlikləri, habelə istilik tənziminin üzvi mənşəli pozğunluqları ola bilər.

BANKALAR dəriyə fiziki tə'sir edir, altdakı toxumalara və üzvlərə çoxlu qan gəlməsini reflektor tə'min edir, iltihab hallarının sorulmasını yaxşılaşdırır və ağrını azaldır. Adətən, xəstəyə quru bankalar qoyurlar, bunlar kolbaşəkilli balaca şüşə stəkanlar olub ağzı yoğun və hamar, dibi enli və dəyirmidir. Bankaları döş qəfəsinə qabaqdan sağa, kürəyə və belə qoyurlar. Onurğa sütununa, ürək nahiyəsinə və qadınlarda süd vəzilərinin üzərinə banka qoymaq olmaz.

Banka qoymaq üçün göstərişlər: döş qəfəsindəki üzvlərin iltihab prosesləri, qabırğaarası nevralkiyalar, radikulitlər. ***Banka qoymaq üçün əks-göstərişlər:*** ağciyər qanaxmaları, ağciyər vərəmi və döş qəfəsinin şişləri, dəri xəstəlikləri və dərinin həddindən artıq həssaslığı, xəstənin çox arıqlaması, qıcolmalarla birlikdə şiddətli ümumi oyanıqlıq halı.

Banka qoymaq qaydası. Adətən xəstəni uzadıb 10-dan 20-yə qədər banka qoyurlar. Bankaları qoymamışdan qabaq isti su ilə yaxşı yuyur, silib qurudur, ağzını yoxlayır və xəstəni yatağa uzadırlar. Sonra 12—15 sm uzunluğunda metal telə hiqroskopik pambıq sarıyır və onu tezalışan mayeyə (spirt, efir və s.) azca batırırlar. Xəstəni yandırmamaq üçün tamponun artıq spirtini silkələyir və yalnız bundan sonra yandırırlar. Adətən, bankanı döş qəfəsinə, kürəyə, belə qoyurlar. Dəridə tük varsa, ülküclə qırxır, dərini ilıq su ilə yuyur, bankanın bədənə möhkəm yapışması və bədəni yandırmaması üçün dəriyə vazelin və ya başqa bir yağ sürtürlər. Bankanı sol əldə xəstənin bədəninə yaxın saxlayır, sağ əllə isə yanar tamponu bankaya salıb çıxarır və cəld bədənə qoyurlar. Bankada əmələ gəlmiş seyrəklik sayəsində xəstənin dərisi bankanın içərisinə sorulur və banka bədənə möhkəm yapışır.

Bankalar bədənin üzərində 15—20 dəqiqə qalır. Bankalar yaxşı qoyulubsa dəri qaralır, deməli, buraya qan toplanmışdır. Xəstənin üstünü möhkəm örtmək lazımdır.

Xəstəni incitmədən bankanı çıxarmaq üçün onu bir əllə azca yana əyib o biri əllə əks tərəfdə dərini basmaq lazımdır. Bankaları çıxardıqdan sonra həmin yeri vazelinlə silir, xəstəni qalın geyindirir, üstünü örtürlər. Bundan sonra xəstə azı 30 dəqiqə uzanmalıdır. Bankaları yaxşı-yaxşı silir və qutuya yığırlar, spirti, vazelini və kibriti də buraya qoyurlar.

BƏDƏNİ MÖHKƏMLƏTMƏK—mühüm fiziki tərbiyə vasitəsi olub xəstələnmə hallarının azaldılmasına kömək edir. Soyuqdəymə xəstəliklərinə, meteoroloji amillərin dəyişməsinə və müxtəlif iqlim şəraitinə orqanizmin müqavimətini artırır. Bədəni möhkəmlətmək üçün hava və günəş vannalarından, habelə su proseduralarından istifadə edirlər (bax: ***Su ilə müaliçə—bədənə su tökmə, yuyunma, yaş dəsmalla bədəni silmə).***

Helioterapiya—müalicə və profilaktika məqsədilə günəş şüalarından istifadə etmək, iqlimlə müalicə metodudur. Bu vaxt orqanizmə düz düşən günəş şüaları, səpələnmiş şüalar və müxtəlif əşyaların üzərindən qayıdan şüalar tə'sir edir. Helioterapiyanın tə'siri nəticəsində orqanizmin müxtəlif infeksion, xəstəliklərə və soyuqdəyməyə müqaviməti artır, əmək qabiliyyəti yaxşılaşır.

Helioterapiyanı bütün sağlam adamlara tə'yin etmək olar; o, Uzaq Şimalda xüsusən, vacibdir, bütün D hipovitaminozu hallarında, bir sıra dəri xəstəliklərində (piodermiya, psoriaz və s.) dayaq-hərəkət aparatının xroniki xəstəliklərində, radikulitlərdə tə'yin edilir. Helioterapiyanı bütün xəstəliklərin şiddətlənən dövründə, qanaxmalarda və qanaxmaya meyl olduqda, arıqlamada, yaman və səlamət şişlərdə, inkişaf edən ağciyər vərəmində, ürək və damar xəstəliklərində (ateroskleroz, hipertoniya), qan xəstəliklərində, günəş şüalarına həssaslıqda tə'yin etmək olmaz.

Ümumi günəş vannaları şəklində helioterapiya, yə'ni bütün bədənin şüalandırılması çimərlikdə və ya aerosolyarıdə aparılır. Bu vaxt baş kölgədə olmalı, gözə tünd şüşəli eynək taxılmalıdır. Acqarına və ya yemək yeyən kimi şüa qəbul etmək, prosedura vaxtı yuxulamaq və kitab oxumaq olmaz. Tə'yin edilmiş şüa dozası bədənin qabaq, dal və yan tərəflərinə bir bərabərdə paylanmalıdır: şüa qəbul edəndən sonra kölgədə dincəlmək lazımdır. Səhər və axşamüstü günəş vannaları qəbul edərkən gimnastika və idman oyunları ilə də məşğul olmaq olar. Helioterapiyanın fayda verməsi üçün şüaların dozasını tədricən artırıb təkrar etmək olar. Günəş şüalarının tə'sirindən dəri əvvəlcə qızarır, sonra onda melanin piqmenti toplanır və dəri qaralır. Helioterapiya nəticəsində dərinin ultrabənövşəyi şüalara müqaviməti artır, onun baryer və qoruyucu xassələri yaxşılaşır.

BƏLĞƏM — öskürdükdə və hayxırdıqda tənəffüs yollarının selikli qişasının ifraz etdiyi patoloji sekretdir. Bəlğəmi analiz etmək üçün iki metod vardır: makroskopik və mikroskopik. Makroskopik analizdə bəlğəmin miqdarını, rəngini, konsistensiyasını, iyini və qarışıq olub-olmamasını tə'yin edirlər. Analiz üçün bəlğəmi təmiz və şəffaf şüşəyə yığırlar: şüşəyə xəstənin familiyası, adı və atasının adı, analizin məqsədi, palata və şö'bənin adı (stasionarda), yaxud həkimin familiyası yazılmış (poliklinikada) kağız yapışdırırlar.

Ağciyərlərin xəstəliklərində ***bəlğəmin miqdarı*** sutkada çox müxtəlif olub 2—3 dəfə tüpürməkdən ta 500—1000 ml-ə qədər olur. Ağciyərlərin absesində, bronxoektazlarda, kavernoz vərəmdə xəstə çoxlu bəlğəm ifraz edir. ***Bəlğəmin konsistensiyası*** adətən özlü, bə'zi hallarda isə duru olur. Bəlğəmin konsistensiyası onun tərkibindən asılıdır. Xarakterinə görə bəlğəm selikli, irinli, sersoz və qanlı olur. Çox vaxt ağciyər və bronxların xəstəliklərində o qarışıq, seroz bəlğəm isə duru, rəngsiz, köpüklü olur, xarici görünüşünə görə o çalınmış yumurta ağına oxşayır, ona eritrositlər qarışdığına görə çəhrayıya çalır. Ağciyərlərin ödemində bu cür bəlğəm ifraz olunur. ***Bəlğəmin rəngi*** onun tərkibindəki qatışıqların hüceyrə elementlərindən (eritrositlər, leykositlər, epitel hüceyrələri) asılıdır. Ağciyər qanaxmasında bəlğəm al-qırmızı rəngdə ola bilər: krupoz pnevmoniyada o pas rəngində, selikli-qanlı olub moruq jelesinə oxşayır, ağciyərlərin şişində də bu cür bəlğəm olur. Daim kömür tozu ilə nəfəs alan adamlar tünd boz rəngli bəlğəm ifraz edirlər. Qatışıqları aşkar etmək üçün bəlğəmi bir və ya bir neçə Petri fincanına nazik layla tökür və fincanları qara kağızın və ya qara stolun üzərinə qoyurlar. Qatışıqlar topa-topa, fibrin laxtaları və s. şəkildə olduqda yaxşı aşkar edilir. Təzə ifraz olunmuş bəlğəmin adətən iyi olmur. Bəlğəm açıq qabda qaldıqda, xüsusən isti havada çürüyür və pis iy verir. Aqciyər qanqrenində, bronxoektazlarda, irinli bronxitdə bəltəm üfunət iyi verir.

Bəlğəmin mikroskopik analizində onun əsas hissəsini leykositlər təşkil edir və bunlar irinli bəlğəmdə çox olur. Bronxial astmalı xəstələrin bəlğəmində eozinofillər, Şarko-Leyden kristalları və Lurşman spiralları tapılır.

Bəlğəmdə eritrositlər olması ona qan qarışdığını göstərir ki, bu da ağız boşluğunda baş verir, yaxud ağciyər qanaxması ilə əlaqədardır. Aqciyər toxuması dağıldıqda bəlğəmdə elastik liflər tapılır.

Ağciyərlərdə yeni törəmələr olduqda bə'zən bəlğəmdə şiş hüceyrələri (atipik hüceyrələr) tapılır. Şiş hüceyrələrini tə'yin etmək üçün bəlğəmi Petri fincamına yığırlar və dərhal laboratoriyaya göndərirlər, çünki atipik hüceyrələr tez parçalanır.

Bəlğəmin bakterioloji analizi müxtəlif ağciyər xəstəliklərinin törədicilərini tapmağa imkan verir. Diaqnozu qoymaq üçün bəlğəmdə vərəm mikobakteriyalarının tapılmasının mühüm əhəmiyyəti vardır.

Bakterioloji analiz üçün bəlğəmi steril qaba yığırlar. Bəlğəm azdırsa, onu 3 sutkaya qədər yığmaq və sərin yerdə (döşəmədə) saxlamaq olar.

Xəstəyə antibiotik tə'yin etmək lazım gəldikdə bəlğəmin həmin antibiotikə həssaslığını yoxlayırlar. Bunun üçün xəstə səhər ağzını yaxaladıqdan sonra öskürüb steril Petri fincanına bir neçə dəfə bəlğəm tüpürür, bundan sonra fincanı dərhal laboratoriyaya göndərirlər.

Bəlğəm ifraz edən hər bir xəstə cibində fərdi tüpürcək qabı gəzdirməlidir, bu, qapağı burulub bağlanan qara şüşə qabdır. Tibb bacısı fərdi tüpürcək qablarının və ya bəlğəm yığılan bankaların həmişə təmiz olmasına fikir verməlidir. Bunun üçün hər gün isti su ilə yuyub 2%-li natrium-hidrokarbonat məhlulunda 30 dəqiqə qaynatmaq lazımdır. Tüpürcək qabının dibinə 5%-li karbol turşusu məhlulu, 2%-li kalium-permanqanat və ya 3%-li xloramin məhlulu tökürlər. Ümumi tüpürcək qablarını dezinfeksiya etmək üçün bəlğəmin üzərinə xloramin məhlulu, duruldulmuş xlorlu əhəng məhlulu tökür və sonra kanalizasiyaya axıdırlar.

Bəlğəm özlü olub çətin çıxdıqda onun yaxşı çıxması üçün xəstəyə qələvi—1 stəkan ilıq südə bir çimdik natrium-hidrokarbonat (5—10 dəqiqə ara verib udum-udum içməli), termopsis və devyasil tinkturu, histamin məhlulu, xardal kağızı və banka tə'yin edirlər.

Ağciyərlərində kaverna olan xəstələr çoxlu bəlğəm ifraz edirlər. Bəlğəmin asan çıxması üçün xəstə münasib vəziyyətdə uzadılır—buna drenaj vəziyyəti deyilir. Proses ağciyərlərin bir payındadırsa, xəstə sağlam böyrü üstə uzadılır. Drenaj gündə 3 dəfə, hər dəfə 20—30 dəqiqə aparılır. Tibb bacısı fikir verməlidir ki, xəstə bunu müntəzəm etsin. Xəstə bəlğəmi tüpürcək qabına tüpürməlidir. Bir sutkada çıxan bəlğəmi ölçmək üçün cib tüpürcək qabındakı bəlğəmi qapaqlı şəffaf şüşə qaba (ölçü qabı) boşaldır və qaranlıq, sərin yerdə saxlayırlar. Analiz üçün laboratoriyaya, ya yuxudan duranda yığılan səhər bəlğəmini, ya da bütün sutka ərzində çıxan bəlğəmi göndərirlər. Bəlğəmi səhər yeməyinə qədər, xəstə dişlərini yuduqdan və ağzını yaxaladıqdan sonra yığmaq daha yaxşıdır. Xəstə dərindən nəfəs alıb öskürdükdə bəlğəm yaxşı xaric olur. Bəlğəmi təmiz və quru şüşə bankaya, yaxud ağzı qapaqla möhkəm bağlanan xüsusi steril qaba yığırlar. Adi analiz üçün ən çoxu 3—5 ml bəlğəm kifayətdir.

Bəlğəmdə qan görünərsə tibb bacısı dərhal həkimə xəbər verməli və laboratoriyaya göndərmək üçün bu bəlğəmi saxlamalıdır.

BRONXOQRAFİYA—bronxların və traxeyanın rentgenoloji müayinəsidir. Bunun üçün qabaqcadan həmin üzvlərə kontrast maddə yeridirlər.

Bronxoqrafiya üçün göstərişlər: 1) bronxların və ağciyərlərin müxtəlif xəstəliklərində bronx-ağciyər prosesinin yerini dəqiqləşdirmək üçün; 2) bronx ağacının şö'bələrini müayinə etmək üçün, çünki bunları bronxoskopiyada ya heç görmək olmur, ya da aydın görünmür; 3) ağci-

yərlərdə aparılacaq cərrahi əməliyyatın miqyasını tə'yin etmək üçün.

Xəstənin hazırlanması: 1) xəstənin bədəninin yod preparatlarına həssaslığını tə'yin etmək üçün qabaqcadan sınaq qoyulur (xəstəyə 2-3 gün hər dəfədə 1 xörək qaşığı 3%-li kalium-yodid məhlulu verirlər); 2) aparılacaq müayinənin məqsədini və mahiyyətini xəstəyə izah edirlər; 3) bronxlardan irinli bəlğəm gəldikdə 3—4 gün əvvəl bronx ağacını təmizləyirlər (xəstəni çarpayıda münasib vəziyyətdə uzadıb bronxları drenaj edir, quru yeməklər, bəlğəmgətirici və bronxgenəldici dərmanlar verir, bronxları antibiotiklərlə sanasiya edirlər); 4) bronxoqrafiyadan 30—60 dəqiqə əvvəl xəstəyə fenobarbital(0,1q), dərialtına atropin-sulfat (0,1%-1 ml) tə'yin edir, daxilə pipolfen (0,025), seduksen (0,005 q) verirlər.

Diaqnostikanın vəzifəsindən və konkret, hadisənin xüsusiyyətlərindən asılı olaraq narkoz və ya yerli anesteziya aparırlar. Yerli anesteziyanı 2%-li dikain, 3—5%-li novokain məhlulları ilə aparırlar. Bu məhlulları başqa dərmanla, məsələn, adeqonla qarışdırıb vurmaq tövsiyə edilir, o bəlğəmi yumşaldır, keyləşdirici dərmanın selikli qişaya daha yaxşı yeriməsinə kömək edir. Anesteziyanı dərmanı sürtmək, tozunu səpmək və aspirasiya üsulu ilə aparmaq olar. Sürtmə üsulu demək olar ki, tətbiq olunmur. Dərmanın tozunu səpməklə aparılan anesteziya üçün pulverizator prinsipi ilə işləyən xüsusi cihaz—tozlandırıcı olmalıdır. Fizioloji cəhətdən daha münasib və sadə üsul aspirasiya üsuludur, bu vaxt xəstəni dərindən nəfəs aldırıb dərmanı pipetka ilə burnuna tökür, yaxud dilin dibinə yavaş-yavaş damızdırırlar, sonra isə traxeya və bronxları keyitmək üçün xəstəyə zondla nəfəs aldırırlar.

Kontrast maddəni bronx ağacına qırtlağın içərisindən, qırtlaq qapağından və ya altından kateterlə yeridirlər. Kateteri burundan və ya ağızdan salıb qırtlaqdan keçirilən bronxoqrafiya daha çox yayılmışdır. Bronxlara dərman doldurmaq üçün yarımelastiki rezin zondlar işlədilir, bunların ucları müxtəlif bucaq altında əyilmişdir. Həmçinin iplərlə idarə olunan kateterlər də vardır, bunları ehtiyac olduqda rentgenlə baxıb lazımi şəkildə əymək mümkündür. Kate-terləri qaynadıb sterilizə edir və xüsusi sterilizatorlarda saxlayırlar.

Bronxoqrafiya zamanı baş verən ağırlaşmalar anesteziya, kontrast maddənin yeridilməsinə orqanizmin reaksiyası və bunun ağciyərlərdə qalması ilə əlaqədar ola bilər. Bronxoqrafiyadan sonra temperatur qalxa bilər. Belə xəstələri yatağa uzadır, bol içirdir, sakitləşdirici və yuxu dərmanları verirlər. Onlara yaxşı qulluq etmək lazımdır.

BRONXOSKOPİYA—traxeya və bronxların içərisini bronxoskop adlanan xüsusi cihazla əyani müayinə etmək metodudur.

Diaqnostika məqsədilə bronxoskopiyanı traxeya və ya bronxların şişlərini, bronxların və ağciyərlərin irinli vərəmini dəqiqləşdirmək, traxeya və bronxlardakı yad cisimləri tapmaq, xüsusilə tənəffus

yollarının rentgenoneqativ (qeyri-kontrast) və başqa xəstəliklərində tətbiq edirlər.

Müalicə məqsədilə bronxoskopiyadan traxeya və bronxlardan yad cisimləri, bronx sekretini çıxarmaq və dərmanları bilavasitə iltihab yerinə yeritmək üçün istifadə edirlər.

Bronxoskop—işıq və optik sistemləri olan, ucları dəşik metal borucuqlardan ibarətdir. Həmçinin alətlər dəstində keyləşdirici dərmanın tozunu səpən cihazlar, dərmanları bronxlara yeritmək, bronxdan mayeləri sormaq üçün borucuqlar, yad cisimləri çıxarmaq və biopsiya üçün maşalar, ucluqlar, pambıqtutanlar və s. də olur. Müayinə başlanmamışdan əvvəl tibb bacısı işıq sistemini yoxlayır, baxış borularını, qarmaqları, maşaları və pambıqtutanları sterilizə edir. Lampanı və dəstəyi spirtlə yaxşı silir. Operasiya stoluna steril materialı: pambıq tamponları, qarmaqları, maşaları və lazım olan bütün dərmanları düzür.

Proseduranı ya yerli keyitmə ilə, yaxud narkoz altında aparırlar. Narkozu uzatmaq üçün atropin və ya 0,1%-li metasin məhlulu vururlar. Bronxoskopiyada yerli keyitmə almaq üçün dərmanı (dikain, kokain, trimekain) sürtür, tozunu səpir, yaxud xəstəyə onunla nəfəs aldırırlar. Həmçinin 10%-li novokain məhlulunu 5%-li heksametilentetramin (urotropin) məhlulu ilə qarışdırıb vururlar. Keyitməni 2—3 dəqiqə ara verib 2—3 mərhələdə aparırlar. Əvvəlcə udlağın, sonra qırtlağın və səs tellərinin selikli qişasını keyidirlər, nəhayət, keyləşdirici məhlulu qırtlaq şprisi ilə traxeyaya tökürlər.

Bronxoskopiyanı acqarına, yaxud yüngül səhər yeməyindən 2—3 saat sonra, sarğı və ya endoskopiya otağında aparırlar. Tibb bacısı operasiyada olduğu kimi, əllərini yuyur, alətləri verərək həkimə kömək edir. Kiçik tibb bacısı xəstəni lazımi vəziyyətdə tutur və onun ümumi halına fikir verir. Bronxoskopiyanı xəstənin oturmuş vəziyyətində ancaq yerli keyitmə ilə aparmaq olar. Xəstə bədənini azca qabağa əyib həkimin qabağında oturur. Qollarını qıçlarının arasına sallayır (belə etdikdə boyun və bazu əzələləri boşalır), başını azca dala aparır. Xəstəyə demək lazımdır ki, müayinə aparılan vaxt başı dik tutmaq, döşü qaldırmaq olmaz, çünki bu, bronxoskopu salmağa mane olur. Tibb bacısı xəstənin yanında durub başını tutur, onun ümumi vəziyyətinə fikir verir. Bronxoskopiyanı xəstəni arxası üstə uzadıb apardıqda çiyninin altına 60X40X5 sm ölçüdə bərk yastıq qoymaq lazımdır. Xəstənin başını və boynunu xüsusi alətlə, yaxud 10—12 sm qalınlığında mütəkkə qoyub azca qaldırırlar ki, boyun düzəlsin.

Prosedurадan sonra aparatı sökür, borucuqları, pambıqtutanları və işlənmiş başqa alətləri yuyub silirlər.

BUJLAMA—diaqnostika, yaxud müalicə məqsədilə boruşəkilli üzvlərə (qida borusu, sidik kanalı, eşitmə borusu və s.) buj salınmasıdır.

Bujların hazırlanması və sterilizə edilməsi. İşlətdikdən sonra bujları sabun və ilıq su ilə yaxşı yumalı, tənziflə və ya nazik dəsmalla qurulamalı. Üzərində yağ, qan və irin izi olub-olmamasını yoxlamalı. Metal və rezin bujlar çatladıqda işlətməyə yaramır, çünki müayinə edilən orqanın selikli qişasını zədələyə bilər. Metal bujları da digər cərrahi alətlər kimi saxlayır və qaynatmaqla sterilizə edirlər. Elastik bujları qaynatdıqda tez xarab olur (lakı gedir, üzəri nahamar olur). Yalnız plastik kütlədən qayrılmış bujları sodasız suda azca qaynatmaq olar. Bunları tənzifə və ya dəsmala büküb üzərinə buxar buraxmaqla sterilizə etmək qaynatmaqdan yaxşıdır, lakin bujlar elastikliyini tez itirir, halbuki elastiklik bujlar üçün vacib keyfiyyətdir. Spirt və karbol turşusunun məhlulları, lakı əridib cilanı tez korlayır. Elastik alətləri süleymani məhlulu ilə dezinfeksiya etmək olar, lakin bundan sonra distillə edilmiş su və ya steril fizioloji məhlulla yaxşı yumaq lazımdır, çünki süleymani selikli qişanı çox qıçıqlandırır.

Elastiki bujları dezinfeksiya etmək üçün işlədilən ən güclü civə preparatları 1:1000 nisbətində civə-oksisianid və diosiddir. Bujları yuyub sildikdən sonra civə oksisianid məhlulunda 20 dəqiqə, diosiddə isə 5—10 dəqiqə saxlayırlar. Diosid məhluluna korroziyaya qarşı NDA (natrium-disiklo-heksilammonium) preparatı qatırlar, onu 1 l diosid məhluluna 1 q hesabilə götürürlər. Sintetik parçalardan hazırlanmış bujları qatı ammonium-sulfat məhlulunda qaynatmaqla sterilizə etmək olar. Elastik bujlar üçün ən zərərsiz üsul onların formalin buxarı ilə dezinfeksiya edilməsidir. Bujları dibinə ya 40%-li formalin məhlulu tökülmüş, ya da trioksimetilen (formalin) həbləri atılmış şüşə silindrdə 24 saat saxlayırlar, həblər buxarlandıqda bankadakı havanı quru formalip buxarları ilə doydurur. Hazırda elastik bujlar və rezin kateterlər üçün metal sterilizatorlar vardır, bunların dibinə formalin həbləri atır, yuxarı rəflərə bujları qoyurlar. İşlətməmişdən əvvəl bujların üzərinə distillə edilmiş su gəzdirirlər, çünki bunların üzərinə və ya diosid qonmuş olur. Bu metodun mənfi cəhəti—çox vaxt aparmasıdır, buna görə də sterilizatoru azca qızdırmaq olar. Buju xəstəyə salmamışdan qabaq steril vazelin yağı, qliserin və ya Kasper pastası sürtmək lazımdır. Tibb bacısının həmişə ehtiyat steril bujları olmalıdır. Prosedura vaxtı o xəstənin yanında durur, onun vəziyyətinə göz qoyur və həkimə kömək edir. Bujlama ən çox urologiyada və cərrahiyyədə sidik kanalının və qida borusunun çapıqlaşması nəticəsində baş vermiş daralmalarında, habelə daralma yerini və dərəcəsini tə'yin etmək üçün tətbiq edilir.

VANNALAR—gigiyenik, müalicə və profilaktika məqsədilə tətbiq edilən su proseduraları. Ümumi vannalarda—bütün bədəni, yerli vannalarda bədənin bir hissəsini suya salırlar. Yarımvannalarda—bədənin aşağı hissəsi belə qədər suya girir; oturmuş vəziyyətdə qəbul edilən vannalarda—çanaq-qarının aşağı hissəsi və budların yuxarı

hissəsi suya girir, lakin qıçlar bayırda qalır. Temperatura görə vannalar soyuq vannalara (20°S-dən aşağı), sərin (30°S-yə qədər), indifferent (34—36°S), ilıq (38°S-yə qədər), isti (39°S-dən yuxarı) vannalara bölünür. Vannaların müddəti adətən 15 dəqiqədən 20 dəqiqəyə qədərdir. Suyun tərkibinə görə vannalar şirin sulu, ətirli, dərmanlı, mineral və qazlı ola bilər.

Vannanın tə'sir mexanizmi dəriyə temperatur, mexaniki və kimyəvi qıcıqların tə'sirindən ibarətdir.

Hər bir vannadan əvvəl tibb bacısı vanna otağının və vannanın proseduraya hazır olub-olmamasını yoxlamalıdır. Vanna otağında temperatur azı 25°S olmalıdır, nəfəsliklər örtülməli, otaq yel çəkməməlidir. Xidmətçi qadın lifi sabunlayıb vannanı qaynar su ilə yuyur, sonra dezinfeksiyaedici məhlulla yaxalayır (adətən 0,5%-li duruldulmuş xlorlu əhəng), sonra isə xəstəni vannaya salmamışdan qabaq bir daha isti su ilə yaxalayır. Xəstəni vannaya elə oturtmaq lazımdır ki, kürəyini vannaya söykəsin və qıçlarını vannanın o biri tərəfinə dirəsin. Xəstənin ayaqları vannanın o biri tərəfinə çatmırsa sürüşməməsi üçün ayaqların altına taxta parçası və ya başqa bir şey qoyurlar. Hər xəstəyə təmiz dəyişək dəsti, 25 q hamam sabunu və təmiz lif hazırlamaq lazımdır, hər xəstədən sonra lifi qaynadırlar. Tibb bacısının şkafında xəstənin vəziyyətinin pisləşməsi ehtimalına qarşı, həkim gələnə qədər ilk yardım göstərmək üçün lazım olan bütün dərmanlar olmalıdır. Xəstə istər müalicə məqsədilə, istərsə də gigiyenik vanna qəbul etdikdə, onu tək qoymaq olmaz. Tibb bacısı xəstənin ümumi vəziyyətinə, rənginə və nəbzinə fikir verir. Xəstənin rəngi qaçarsa, başı hərlənərsə, yaxud o get-gedə huşunu itirərsə, tibb bacısı xidmətçi qadınla birlikdə dərhal xəstəni vannadan çıxarmalı, qurulamalı, kürsüyə uzatmalı, gicgahlarını naşatır spirti ilə ovuşdurmalı və naşatır spirti iylətməlidir. Xəstənin ürəyi ağrıyırsa, validol verib tə'cili həkimi çağırmalıdır.

Gigiyenik vanna dərini mexaniki surətdə təmizləmək üçün şirin su ilə aparılan sanitariya təmizliyi üsullarından biridir. Adətən, suyun temperaturu 36—38°S, vannanın müddəti 20—30 dəqiqə olur. Vannanı yavaş-yavaş soyuq su ilə və üstünə qaynar su tökərək yarıya qədər doldururlar, belə etdikdə otaqda buxar olmur. Sonra taxta qasnaqlı xüsusi termometrlə suyu qarışdırıb termometri sudan çıxarmadan temperaturunu ölçürlər. Xəstəni vannaya ehtiyatla salır və onu elə tuturlar ki, bədənin 2/3 hissəsi suda qalsın. Ürək nahiyəsi sudan kənarda qalmalıdır. Xəstənin halı yaxşıdırsa, özü yuyuna bilər. O zəifdirsə, lakin gigiyenik vanna qəbul edə bilərsə, bunun üçün ayrılmış işçilər (xəstə çimizdirən qadın, xidmətçi qadın, kiçik tibb bacısı) əvvəlcə onun başını, boynunu, gövdəsini yuyur, sonra ən çox çirk, tər yığılan və bişmə olan yerləri (qadınlarda döşün altı, qoltuq, qasıq büküşləri və barmaqların arası) yaxşı yuyurlar. Gigiyenik vanna üçün əks-

göstərişlər: dəri xəstəlikləri, kəskin psixozlar, oyanma, kəskin infeksion xəstəliklər, kəskinləşmə dövründə daxili üzvlərin ağır xəstəlikləridir. Vanna qəbul etdikdən sonra xəstəyə vannadan çıxmağa kömək edir, onu döşəkağı və ya dəsmalla qurulayır, təmiz alt paltarı geyməyə kömək edir və şö'bəyə qədər müşayiət edirlər. Xəstənin şö'bəyə necə aparılacağını həkim tə'yin edir. Qısamüddətli soyuq vannalar bədənin tonusunu qaldırır, sinir və ürək-damar sisteminin işini yaxşılaşdırır, maddələr mübadiləsini artırır. İlıq vannalar xəstəni sakitləşdirir, damarların tonusunu qaydaya salır, yuxunu yaxşılaşdırır. İsti vannalar maddələr mübadiləsini artırır, tər ifrazını gücləndirir.

Suyun temperaturunu tədricən artırmaqla qəbul edilən ümumi vannalar. Suyun temperaturunu tədricən 37—40—42°S-yə qədər qaldırırlar. Vannanın müddəti 20 dəqiqəyə qədərdir. Vannadan sonra xəstəni kuşetkaya uzatmaq, üstünü döşəkağı və yün adyalla örtmək lazımdır. Vanna güclü termik qıcıqlandırıcıdır və orqanizm buna kəskin reaksiya verir: nəbz 1 dəqiqədə 100-ə qalxır, tənəffüs 1 dəqiqədə 24-dən çox olur, buna görə də tibb bacısı xəstənin ümumi vəziyyətinə fikir verməlidir.

Bədəni sürtməklə vanna qəbulu. Vannanı yarıya qədər temperaturu 34—35°S olan su ilə doldururlar, xidmətçi qadın vannada oturan adamın arxasını şotka ilə sürtür və eyni zamanda parçla su tökür, sonra isə onun döş qəfəsini, qarnını, qollarını və qıçlarını sürtür. Vannadakı suyun temperaturunu tədricən salmaqla bu proseduranı 2—3 dəfə təkrar edirlər. Xəstə üşüməyə başladıqda proseduranı kəsirlər. Vannanın müddəti 10—12 dəqiqədir. Bunu nevrozlarda, yaxud isti su proseduralarından sonra tətbiq edirlər. Vannadan sonra xəstəni cod hamam dəsmalı və ya döşəkağı ilə yaxşı qurulayır, döşəkağıya büküb kuşetkaya uzadır və üstünü adyalla örtürlər. Xəstə burada 20—25 dəqiqə qalır. Müalicə kursu 6—8 vannadır.

Mirvari vannaları kompressorla 1,5 atm təzyiqlə vurulan havanın vannanın dibindəki şadaradan çıxdıqda alınan effektə əsaslanır. Təzyiqlə gələn hava pıqqıldayır, hava qovuqcuqları vannanın içərisindəki suda mirvari kimi bərq vurur. Bu hava qovuqcuqları da bədəni mexaniki surətdə qıcıqlayır. Mirvari vannalarının temperatur tə'siri su ilə havanın istilik tutumunun müxtəlif olması ilə əlaqədardır. Bu vannaları günaşırı tə'yin edirlər, suyun temperaturu 35—37°S-dir; vannanın müddəti 10—20 dəqiqə, müalicə kursu 12—15 vannadır.

Köpüklü vannaları nevralgiyalı xəstələrə, habelə dəri qaşınmasında ürək-damar sistemində kəskin reaksiya törətmək qorxusu olan hallarda tə'yin edirlər.

Xardal vannalarından yayındırıcı vasitə kimi istifadə edilir və yuxarı tənəffüs yollarının katarında, bronxitlərdə, arterial təzyiqi qalxdıqda tə'yin edir, həmçinin bronxial astma tutmasında yerli vannalar kimi (ayaqlara) qəbul edirlər. Bunun üçün 100—250 q xardalı 38—40°S

temperaturlu 10 l suda əridib lazımi temperaturlu şirin su doldurulmuş vannaya tökür və yaxşı qarışdırırlar. Ümumi vannanı 36— 38°S temperaturlu su ilə 5—7 dəqiqə, yerli vannaları isə 39—40°S demperaturlu su ilə 10—15 dəqiqə müddətində aparırlar. Vannadan sonra xəstəni ilıq su ilə yaxalayır, quru dəsmalla yaxşı qurulayır, döşəkağı və adyala bükür, 30—40 dəqiqəliyə kuşetkaya uzadırlar. Xardal vannalarını axşam qəbul edirlər. Dəri zədələnmiş olduqda xardal vannası qəbul etmək olmaz. Xəstənin nəbzinə, tənəffüsünə və ümumi vəziyyətinə fikir vermək lazımdır.

Skipidar vannaları periferik sinirlərin xəstəliklərində (radikulit, pleksit), oynaq xəstəliklərində (poliartritlər, osteoartroz), xroniki pnevmoniyalarda tə'yin edilir.

Vannanı hazırlamaq üçün salisil turşusu, doğranmış uşaq sabunu, skipidar və sudan ibarət ağ emulsiyadan istifadə edirlər. Emulsiyanı bu cür hazırlayırlar. Salisil turşusu (0,75 q) və uşaq sabununun (10 q) üzərinə qaynar su (550 ml) tökür, həmcins emulsiya alınana qədər yaxşı qarışdırır və 40—50°-yə qədər soyudurlar, bundan sonra skipidar (500 q) əlavə edirlər. Birinci vannada həmin emulsiyadan 15—20 ml, bundan sonrakı proseduralarda isə 60—70 ml tökürlər. Vannanın temperaturu 36—37°S, müddəti 10—15 dəqiqədir; günaşırı tə'yin edilir, müalicə kursu 10—15 vannadır. Vannadan sonra xəstəni qurulamalı, döşəkağı və adyala büküb yerinə uzatmalı. Otaq yel çəkməməli və xəstə üşüməməlidir.

Şalfey (adaçayı) vannaları—periferik sinirlərin xəstəliklərində, dayaq-hərəkət aparatının zədələnməsi ilə əlaqədar baş verən hərəkət və hissiyyat pozğunluqlarında, qadın cinsiyyət üzvlərinin xroniki iltihab xəstəliklərində ağrıkəsici vasitə kimi tə'yin edilir. Bu vannaları hazırlamaq üçün suya adaçayının duru və ya quru kondensatını tökürlər. Vannanı su kəmərindən axan su ilə, dəniz sahilindəki kurortlarda isə dəniz suyu ilə doldururlar. Sonra 100 l suya şalfeyin 4—5 l duru kondensatını və ya 100 l suya 200 q quru kondensatını töküb yaxşı qarışdırırlar. Suyun temperaturu 35—37°S, proseduranın müddəti 8—15 dəqiqədir, mualicə kursu 12—18 vannadır.

Natrium-xlorid vannaları (sün'i vannalar) tutumu 200 l olan vannada 5 kq xörək duzunu (göl və ya dəniz duzu) əridirlər, bunun üçün duzu torbaya töküb isti suyun altında qoyurlar, vannadakı suyu qarışdıra-qarışdıra temperaturu 35—36°S-yə çatana qədər üzərinə soyuq su buraxırlar. Suya iynəyarpaq briketi də atmaq olar. Vannanın müddəti 12—15 dəqiqədir. Müalicə kursu 12—15 vannadır.

Yod-brom vannalarını (sün'i vannalar) brom və yod duzlarının məhlulundan hazırlayırlar. 1 l suda 100 q natrium-yodidi və 250 q kalium-bromidi həll edib qara şüşəyə (işıqdan qorumaq üçün) tökürlər. Hazırlamaq qaydası: 2 kq xörək duzunu həll edirlər, sonra üzərinə 100 ml yuxarıdakı məhluldan tökürlər, vannanı lazımi temperaturlu, adətən

35—36°S su ilə doldururlar, vannanın müddəti 10—12 dəqiqədir. Vannanı künaşırı tə'yin edirlər, müalicə kursu 12—15 vannadır.

Hidrogen-sulfid vannaları. Bunlar sərbəst hidrogen-sulfidin güclü turşularla duzlardan çıxarılması prinsipinə əsaslanır. Başlapğıc kimyəvi xammal natirium-sulfid, texniki xlorid turşusu, natrium-hidrokarbonatdır (soda). Bu kimyəvi maddələr (sodadan başqa) və alınan sərbəst hidrogen-sulfid zəhərlidir, buna görə də bunlarla işlədikdə təhlükəsizlik texnikasına riayət etmək lazımdır.

Vannanı hazırlamaq qaydası. Vannaya 35—37°S temperaturlu 200 l su, 27 q soda töküb əriyənə qədər ağac çubuqla qarışdırırlar. 355 ml 12,6%-li natrium-sulfid məhlulu, sonra isə 110 ml texniki hidrogen-xlorid turşusu töküb bir daha qarışdırırlar. Bu cür vannaların konsentrasiyası 100—150 mq/l və temperaturu 36—37°S-dir. Vannanın müddəti 10—15 dəqiqədir. Künaşırı, yaxud 2 gündən bir tə'yin edilir. Müaliçə kursu 12—15 vannadır.

Radon vannalarını təhlükəsizlik texnikası qaydalarını gözləməklə ayrıca otaqda radium duzlarındaı alınmış radon məhlulundan hazırlayırlar. Preparatı xüsusi qaba töküb sink konteynerə qoyurlar. Sonra bu preparatdan az-az götürüb (100—200 ml) radon vannası hazırlayırlar. Vannanı aşağıdakı kimi hazırlayırlar: qatı radon məhlulunu qabdan sifonla su ilə dolu vannanın dibinə tökür və ehtiyatla, lakin mükəmməl qarışdırırlar, suyun temperaturu 35—37°S-dir. Radonun miqdarı 35—37°S-də 36—72—109,2 mKi-dir. Vannanın müddəti 10—15 dəqiqədir, günaşırı tə'yin edilir. Müalicə kursu 12—15 vannadır.

Oksigen vannalarını xəstəni vannaya qoymamışdan 10 dəqiqə əvvəl hazırlayırlar. 200 l suya 100 q natrium-hidrokarbonat, 50 ml 5%-li miosulfat (mis kuporosu) məhlulu və 200 ml texniki perhidrol töküb mükəmməl qarışdırır və 10 dəqiqədən sonra oksigen qabarcıqları lap çoxalanda, xəstəni vannaya salırlar. Hər bir qaz kimi sudakı oksigen də dəridən keçib ürək-damar sisteminə müsbət tə'sir edir, maddələr mübadiləsini, əsas e'tibarilə oksidləşmə-reduksiya proseslərini yaxşılaşdırır. Vannadakı suyun temperaturu 35—37°S, vannanın müddəti 10—15 dəqiqədir. Müalicə kursu günaşırı, yaxud hər gün olmaqla 12—15—20 vannadır.

Uşaqlara tə'yin edilən vannalar həm gigiyenik, həm də müalicə məqsədilə ola bilər. Bu zaman uşaq orqanizminin temperaturun tə'sirinə çox həssas olmasını nəzərə almaq lazımdır. Buna görə də vanna qəbulunda çox ehtiyatlı olmalı və uşağın üzərində daim nəzarət aparılmalıdır. İlıq və isti vannaların temperaturu böyüklərin vannasından 1—2°S aşağı olur, həmçinin vannaların müddəti və sayı, dərmanların və kimyəvi maddələrin miqdarı da az olur.

Gigiyenik vannalar uşağın emosional vəziyyətinə, tənəffüsünə, ürək-damar sisteminə, istilik tənziminə müsbət tə'sir edir, bədəni möhkəmlədir. Yeni doğulmuş uşağa ilk gigiyenik vannanı göbək

düşəndən və yara sağalandan sonra edirlər. Birinci ay uşağı 37—37,5°S temperaturlu qaynanmış suda çimizdirirlər. Altı aylığa qədər uşaqları çimizdirmək üçün suyun temperaturu 36,5—37°, altı aylıqdan sonra və daha böyük uşaqlara 36—36,5°S olur. Bir yaşına qədər uşaqları çimizdirmə müddəti 5—7 dəqiqə, ikinci il 10—15 dəqiqədir. Uşağın bədənini möhkəmlətmək üçün onu temperaturu vannadakı sudan 1—2° aşağı olan su ilə yaxalamaq yaxşıdır. Uşaqları uşaq sabunu, yumurtalı (yayiçnı) və ya lanolin sabunu ilə yuyundurmaq lazımdır. Südəmər uşaqları uşaq vannalarında (çini, sink vannalar) və ya emallı ləyəndə çimizdirmək lazımdır. Uşağı çimizdirəndə sağrısından və budundan tutub başını və gövdəsinin yuxarı hissəsini azca qaldırırlar. Onu qıçlarından tutub ehtiyatla suya salırlar. Belə etdikdə əzələlər boşalır. Nisbətən böyük uşaqlar vannada sərbəst oturmalıdırlar. Vannaya suyu uşağın döşünə qədər tökürlər, döşün yuxarısı sudan kənarda qalır. Vannada uşağı əmizdirdikdən azı bir saat sonra, yaxud əmizdirməyə 40—45 dəqiqə qalmış və yuxudan 1—1 1/2 saat qabaq çimizdirmək lazımdır. Vannadan sonra uşaq 30 dəqiqə dincəlməlidir. Müalicə məqsədilə şirin su tökülmüş ümumi vannalardan və dərman tökülmüş vannalardan istifadə edirlər. Bunlara da əks-göstərişlər böyüklərdə olduğu kimidir.

Ümumi isti vannaları yeni doğulma dövründən başlayıb kəskin respirator (tənəffüs yolunun) dəstəliklərinin kompleks müalicəsimdə istifadə edirlər. Uşaqı suyun temperaturu 37°S olan vannaya salır. sonra ayaq tərəfə isti su tökərək, suyun temperaturunu 39—40°S-yə çatdırırlar. Vannanın müddəti 2—5 daqiqədir. Müalicə kursu 4—6 vanna olub hər gün tə'yin edilir. Vannadan sonra uşağı qurulayır, adyala büküb isti çay verirlər.

İynəyarpaq vannalar sinir sisteminin funksional pozğunluqlarında tə'yin edilir. Bunları hazırlamaq üçün ya duru iynəyarpaq ekstraktından—bir vedrə suya 2—3 ml, ya da bunun poroşokundan—bir vedrə suya 1— 2 q istifadə edirlər; vannanın müddəti 7—10 dəqiqədir, suyun temperaturu 36—37°S-dir. Müalicə kursu—günaşırı olmaqla 15—20 vannadır.

Kalium-permanqanat vannaları dezinfeksiyaedici və quruducu tə'sir edir, bunları dəri xəstəliklərində və tərdən bişmə zamanı tə'yin edirlər. Vannadakı su açıq çəhrayı rəng alana qədər 5%-li kalium-permanqanat məhlulu tökürlər. Proseduranın müddəti 5—10 dəqiqəyə qədərdir, suyun temperaturu, 37—37,5°S-dir. Mualicə kursu günaşırı olmaqla 6—8 vannadır.

Natrium-xlorid (duz) vannaları bədənin tonusunu qaldırır, maddələr mübadiləsini yaxşılaşdırır. Bu vannalar raxitdə tə'yin edilir. dəri zədələnmiş olduqda isə tə'yin etmək olmaz. 10 l (bir vedrə) şirin suya 100—150 q hesabilə xörək duzu tökürlər. 1 yaşına qədər uşaqların qəbul etdiyi birinci vannanın temperaturu 36—36,5°S olur, sonralar

temperaturu hər 3—4 gündən bir azaldıb 35°S-yə endirirlər. Vannaların müddəti 3 dəqiqədən 10 dəqiqəyə qədərdir. Hər 2—3 vannadan sonra proseduranın müddətini 1 dəqiqə artırırlar. Vannaları hər 1—2 gündən bir aparırlar. Müalicə kursu 15—20 vannadır. Duz vannasından sonra uşaqları temperaturu vannadakı sudan 1° aşağı olan şirin su ilə yuyur, yaxşı qurulayır, adyala büküb yatağa qoyurlar.

Nişasta vannaları qaşınmanı kəsir və quruducu tə'sir edir; bunları ekssudativ diatezin dəri əlamətlərində tə'yin edirlər. Kartof nişastasını (bir vedrə suya 100 q) soyuq suda əridib vannadakı suya tökürlər. Vannanın temperaturu 37-38°S, müddəti 7—10 dəqiqədir, bu vannaları hər gün, yaxud günaşırı edirlər. Müalicə kursu cəmi 10—12 vannadır.

VENEPUNKSİYA—xəstədən qan götürmək, yaxud bədənə dərman məhlulu, qan, qanəvəzedicilər vurmaq üçün iynənin dəridən venaya salınmasıdır. Çox vaxt iynəni dirsək çuxurundakı venalara yeridirlər, çünki bunların diametri daha 'böyükdür, özləri üzdədir və az tərpənir, həmçinin iynəni əlin, saidin, dirsək büküşünün üstdəki venalarına, nadir hallarda aşağı ətrafların venalarına yeridirlər. Bunun üçün şpriləri və iynələri qaynadıb sterilizə edirlər. Xəstə yatağında uzanır, yaxud stulda oturur, dirsəyinin altına mütəkkə qoyur və bunun üstünə steril salfetka və ya təmiz dəsmal salırlar. Xəstənin qolu axıra qədər açılmış olur. Bazunun yuxarısına turnanı elə qoyurlar ki, ancaq venalar sıxılır, arteriyalar isə boş saxlanır. Arteriyalarda qanın axınına mil arteriyasındakı nəbzə görə nəzarət edirlər: nəbz zəifdirsə, deməli, turna çox sıx bağlanmışdır.

Venaların qanla yaxşı dolması üçün xəstəyə əlini bir neçə dəfə yumub açmağı təklif edirlər. İynəni vurmamışdan əvvəl dərman keçib-keçmədiyini yoxlayırlar. Özsüz mayeləri (duz məhlulları və ya qlükoza) nazik iynə ilə, özlü mayeləri isə (qan, poliqlükin, zülal hidrolizatları) böyük diametrli iynə ilə vururlar. Tibb bacısı əllərini sabun və şotka ilə yuyur, dırnaq buğumlarını spirtlə silir. Xəstənin dirsək çuxurunun dərisini spirtlə silib steril salfetka ilə örtürlər. İynəni salfetkanın deşiyindən vururlar. Venanın tərpənməməsi üçün punksiya yerindən aşağıda dərini əllə dartırlar. Venepunksiyanı iki dəfədə aparmaq olar: iynəni əvvəlcə dəriyə batırmaq, sonra venanın ön divarına, yaxud eyni vaxtda həm dəriyə, həm də venanın divarına batırmaq olar. İynəni venaya batırdıqdan sonra qan görünərsə, bu, iynənin venaya düşdüyünü göstərir. Qan yoxsa, deməli, iynə venaya düşməmişdir, belə olduqda iynəni bir daha batırmaq lazımdır. İynəni venadan çıxardıqdan sonra həmin yerə pambığı spirtə batırıb qoyur, 1—2 dəqiqə barmaqla sıxır, xəstənin qolunu dirsək oynağında qatlayır, yaxud steril sarğı qoyub bərk bağlayırlar. Ağırlaşmalar da ola bilər. Məsələn, venanın hər iki divarı deşilib hematoma əmələ gələ bilər, iynə səhvən arteriyaya düşə bilər, dirsək çuxurunun orta siniri zədələnə bilər, dəfələrlə aparılan venepunksiya nəticəsində, yaxud iynə venada

çox qaldıqda flebit və tromboz əmələ gələ bilər və s.

VENESEKSİYA — infuzion müalicə, yaxud diaqnostika məqsədilə venaya iynə, kanülya və ya kateter yeritmək üçün venanın yarılmasıdır. Dərialtı venalar dərində olduqda və uzunmüddətli infuzion müalicə aparmaq üçün veneseksiyadan istifadə edirlər. Belə hallarda venanı yarıb iynəni yeridir və daim baxırlar. Çox vaxt veneseksiyanı dirsək büküşünün və saidin aşağı venasında, habelə pəncənin və baldırın səthi venalarında aparırlar. Tromboflebit keçirmiş, yaxud venaları xəstə olan adamların, habelə hamilə qadınların aşağı ətraflarında veneseksiya aparmaq olmaz.

Veneseksiya üçün aşağıdakı alətlər olmalıdır: skalpel, qayçı, anatomik və cərrahi pinsetlər, bir neçə ədəd qansaxlayan sıxıcı, iynə ilə birlikdə iynətutan, şpris, bir neçə ipək və ketqut sap, 0,25—0,5%-li novokain məhlulu, tənzif salfetkalar və kürəciklər, döşəkağı, yastıqüzü, dəsmal və məhlul vuran cihaz. Bunları qabatcadan hazırlayır və ayrıca bikslərdə saxlayırlar. Dərini hər cür operasiyada olduğu kimi hazırlayırlar. Xəstəyə narkoz verilməyibsə, 0,25—0,5%-li novokain məhlulu ilə yerli keyitmə aparırlar. Dərini kəsdikdən sonra toxumaları pinsetlə aralayıb venanın üstünü açır və altına iki ketqut liqatur qoyurlar. Venanın periferik ucundakı liqaturu bağlayır, mərkəz tərəfdəki liqaturu isə çəkib dartır və bundan tuturlar.

Damara dərman vurulacaq bütün sistemə və kanülyaya qabaqcadan məhlul tökürlər. Venanın altına açıq pinseti qoyub venanı lazım olan uzunluqda yarırlar. Venanın divarının tamam açıldığını gördükdən sonra iynəni venanın içərisinə salırlar. Ketqut sapı iynənin ətrafına bant şəklində bağlayıb sapın uclarını yaranın yuxarısından çıxarırlar. İynəni sistemlə birləşdirirlər. Rezin borucuğa təsbitedici tikiş qoyub bağlayır, yaxud plastır qoyur və dərini tikirlər.

İynəni bu cür çıxarırlar: təsbitedici sapları kəsir, yaxud plastır zolaqlarını çıxarırlar. Ketqut sapın düyününü dəri tikişlərini götürmədən açırlar, iynəni çıxarır və ketqut liqaturu dartıb venanın üst tərəfinə sarıyırlar, ketqut sapın uclarını isə kəsirlər. Yaranın kənarları bir-birinə çatmırsa, əlavə dəri tikişi qoyurlar. Ehtimal olunan ağırlaşmalar—flebitlər, tromboflebitlər, kanülyanın gözünün tutulmasıdır. Hazırda xüsusi sintetik borucuqlar vardır ki, bunları venaya salır, açıq qalan tərəfini isə dərmanı uzun müddət vurmaq üçün sistemə birləşdirirlər.

QAZBURAXMA. Bağırsaqlarda çoxlu qaz yığıldıqda onu diametri 3—5 mm və uzunluğu 30—50 sm olan yumşaq yoğun rezin boru ilə çıxarırlar. Borunun bir ucu dəyirmi olub deşiyi vardır, o biri ucu isə çəpinə kəsilmişdir. Borunu əvvəlcə qaynatmaq lazımdır. Borunun yaxşı keçməsi üçün xəstəni sol böyrü üstə uzadır və sağrılarını aralayırlar. Boruya vazelin və ya hər hansı yağ sürtüb bura-bura (yaxud fırlada-fırlada) anusa salırlar. Xəstəni böyrü üstə çevirmək mümkün deyilsə

onu arxası üstə uzadıb dizlərini qatlayır və qıçlarını aralayıb borunu yeridirlər. Tibb bacısı sol əli ilə xəstənin omasını qaldırır, sağ əli ilə isə borunu 20—30 sm içəri salır. Borunun bayırda qalan hissəsi xəstənin altındakı ləyənə salınır; çünki qazla birlikdə bağırsaqlardan nəcis də çıxa bilər. Borunu bağırsaqlarda 2 saatdan çox saxlamaq olmaz, çünki bağırsaq divarları zədələnə bilər. Sutka ərzində bu əməliyyatı vaxtaşırı (1—2 saatdan bir) bir neçə dəfə təkrar etmək olar.

Bağırsaqlarda bərk nəcis kütlələri yığıldıqda qazçıxaran borunu salmaq çətinləşir. Belə hallarda xəstəyə əvvəlcə qliserin və ya çobanyastığı ilə kiçik imalə qoyurlar.

Borunu çıxardıqdan sonra anusun ətrafını pambıqla silir, dəri qızarmışsa vazelin sürtürlər.

Borunu sabun və ilıq su ilə yumaq, silmək və qaynadıb sterilizə etmək lazımdır. Çirkli borudan qətiyyən istifadə etmək olmaz. Tibb bacısının postunda tə'cili hallar üçün həmişə ehtiyat təmiz, qaynanmış qazçıxaran boru olmalıdır.

Qan[1]. Qanın analizi diaqnostikanın mühüm bölmələrindən biridir. Xəstəxanaya daxil olan bütün xəstələrin qanını klinik analiz edirlər. Qanın analizi əsas üç istiqamətdə aparılır: a) bakterioloji və seroloji; b) biokimyəvi; v) morfoloji analiz. Qanın analizini həmişə eyni şəraitdə aparmaq lazımdır. Tibb bacısı xəstəyə deməlidir ki, analiz üçün qan götürülənə qədər o heç bir şey yeməsin.

Adətən, ümumi analiz üçün qanı barmağın ucundan nadir hallarda qulağın sırğalığından götürmək kifayət edir. Bunun üçün iynəni və ya çiçək lansetini 2—2,5 mm dərinliyə batırırlar, birinci damcını pambıqla silirlər. Sonrakı damcıları eritrositlərin çökmə sür'ətini, hemoqlobini, leykositləri, eritrositləri tə'yin etmək, yaxma hazırlamaq üçün götürürlər. Hər əməliyyatdan sonra barmağı efirə batırılmış pambıqla silirlər. Qanı götürdükdən sonra barmağın ucuna efirdə isladılmış pambıq qoyur və xəstəyə deyirlər ki, barmağını bərk sıxsın. Belə etdikdə qan tez kəsir.

Tibb bacısı malyariya plazmodidlərinə görə qanın analizi üçün qalın damcı götürmək qaydasını bilməlidir. Belə damcıda qanı daha qalın qatda analiz etmək mümkün olur, analizə az vaxt sərf olunur və parazitləri onların az olduğu yerdə də tapmaq mümkün olur. İynə yerindən çıxan qana əşya şüşəsini 2—3 yerdən toxundururlar. bundan sonra şüşəni azca hərlədib, yaxud başqa şüşənin küncü ilə damcıları bir yerə birləşdirir və böyük bir sahəyə yayırlar ki, qan qatı çox qalın olmasın. Damcıları qurumağa qoyurlar.

Tibb bacısı standart serumlara görə qan qruplarını tə'yin edə bilməlidir. Biokimyəvi analiz üçün venadan 20 ml qan götürürlər. Əkmək üçün qanı steril sınaq şüşəsinə, xəstənin çarpayısı yanında götürürlər. Tibb bacısı qanı laboratoriyaya göndərəndə onunla birlikdə

[1] Bu bölməni tibb elmləri namizədi A.M.Naqornı yazmışdır.

kağızı bütün mə'lumatlar və analizin məqsədi aydın yazılmış kağızda göndərməlidir.

QANBURAXMA—venadan qan götürməklə aparılan müaliçə metodudur. Ağciyərlərin ödemində, hipertoniya krizində tətbiq edilir. Qanburaxmanı venepunksiya (bax) və veneseksiya (bax) üsulu ilə aparmaq olar. Venepunksiya daha çox yayılmışdır. Qanburaxmaya əks-göstəriş qanazlığı və kəskin dərəcəli hipotoniyadır.

Xəstəni bu əməliyyata psixoloji cəhətdən hazırlamağın böyük əhəmiyyəti vardır. Tibb bacısı ona izah etməlidir ki, bu, zərərsiz əməliyyatdır və labüddür. Xəstə qanın necə buraxıldığını özü görməməlidir, çünki qan gördükdə bə'zi xəstələrin ürəyi gedir. Xəstəxana şəraitində qanburaxmanı operasiya, sarğı otağında, yaxud prosedura kabinetində aparırlar. Xəstəni yerindən tərpətmək mümkün deyilsə, qanburaxmanı palatada aparırlar.

Xəstəlikdən və xəstənin ümumi vəziyyətindən asılı olaraq nə qədər qan götürülməsini həkim tə'yin edir. Adətən 300—500 ml qan götürülür. Əməliyyatdan əvvəl tibb bacısı alətləri, iynələri, şprisləri yaxşı hazırlayır, əllərini sabun və şotka ilə yuyur, dırnaq buğumlarını spirt və yodla silir. Qan götürmək üçün dirsək venaları daha münasibdir. Lazım gəldikdə saidin və əlin xırda venalarından da qan götürmək olar. Xəstənin çarpayısı yanına ləyən, qolunun altına müşəmbə qoyurlar, onun bir ucunu ləyənə salırlar ki, döşəkağı, bulanmasın. Qanı qabaqcadan hazırlanmış dərəcəli qaba, bu olmadıqda isə həcmi mə'lum olan qaba yığırlar.

Qan buraxmaq üçün dördüzlü muftası və ucluğu olan iri iynə (Düfo iynəsi) götürür və rezin borucuğu bu ucluğa taxırlar. Proseduradan qabaq iynəni və borucuğu steril 5%-li natrium-sitrat məhlulu ilə yuyurlar, bu məhlul qanı laxtalanmağa qoymur. İynəni batırmamışdan 1—3 dəqiqə əvvəl bazunu dirsək büküşündən 5 sm yuxarıda rezin turna ilə bərk bağlayırlar, bundan məqsəd qanı venadan geri axmağa qoymamaqdır. Turnanın düzgün qoyulub-qoyulmamasını nəbzə görə yoxlayırlar: arteriyalar sıxılmayıbsa bilək arteriyasında nəbz yaxşı bilinir. Venaların yaxşı şişməsi üçün xəstəyə əlini bir neçə dəfə açıb yumdururlar. Qan götürdükdən sonra dirsək büküşü nahiyəsini spirtlə silir, üstünə steril pambıq tampon qoyur və xəstəyə dirsəyini qatlamağı təklif edirlər. Venadan gələn qan kəsmirsə, basıcı sarğı qoyurlar. Bə'zən damarı qan laxtası tutduğundan, beyinin qan dövranının kəskin pozulması şəklində ağırlaşmalar olur. Adətən, qanburaxma əməliyyatı səlamət keçir və bundan sonra xəstə özünü yaxşı hiss edir.

QASTROSKOPİYA—qastroskopla mə'dənin və qida borusunun selikli qişasını müayinə metodudur. Qida borusunun və mə'dənin xəstəliklərində tətbiq edilir. Qastroskopiyanı həkim aparır, tibb bacısı isə xəstəni tutur və alətləri hazırlayır.

Qastroskop ayrı-ayrı hissələrdən: optik sistem, elektrik açarının

dəstəkləri, elektrik qaytanı, hava vuran balon və işıq sistemindən ibarət elastiki borudur. Lampadan işıq saldıqda mə'də divarının şəkli prizma və optik sistemdən okulyara düşür, müayinəni okulyara baxıb aparırlar. Qastroskopu sterilizə etmək lazım deyil; işlətməmişdən əvvəl və işlədəndən sonra onu spirtlə silir və qurulayırlar.

Qastroskopiyanı acqarına aparırlar. Müayinədən 30 dəqiqə əvvəl 1 ml 1%-li omnopon məhlulu və 1 ml 0,1%-li atropin məhlulu vururlar. Udlaqın selikli qişasına sürtmək üçün 2%-li dikain məhlulu hazırlayırlar. Müayinədən əvvəl aparatı yoxlayırlar. Xəstə sol böyrü üstə sol qıçını uzadıb yatır, sağ qıçını isə diz və çapaq-bud oynaqlarıpda qatlayır. Başının altına kiçik mütəkkə qoyulur. Kömək edən adam xəstənin dalında durub başını elə tutur ki, udlaqla qida borusu bir xətt üzərində olur. Xəstə sakit uzanmalı, düzgün tənəffüs etməli, tüpürcəyini udmamalı və danışmamalıdır. Yumşaq damağı, dili, qövsləri, udlağı, qida borusunun girəcəyini və onun başlanqıc hissəsini dikain məhlulu ilə sildikdən sonra mə'dənin möhtəviyyatını çıxarmaq üçün zond salırlar. Xəstə proseduradan sopra 2 saat dincəlir və yemək yemir.

QIZDIRMA—zərərli agentə, çox vaxt infeksion agentə qarşı orqanizmin ümumi uyğunlaşma reaksiyası olub istiliyin yığılması və bədənin temperaturunun qalxması şəklində istilik tənziminin dəyişməsidir. Qızdırmaya səbəb bakteriyaların və bunların toksinlərinin (infeksion), zülalların parçalanma məhsullarının (hemolizdə, toxumaların nekrozunda, sümük sınıqlarında, irinli ocaqlar olduqda və s. hallarda), hormonların və zəhərlərin tə'siridir, habelə o, beynin zədələnməsi və əzilməsi nəticəsində istilik mərkəzi qıcıqlandıqda da baş verir.

Qızdırma zamanı maddələr mübadiləsinin bütün növləri pozulur. Sidiklə çıxan azotun miqdarı artır, hiperqlikemiya, bə'zən qlükozuriya baş verir, su-duz tarazlığı pozulur. Temperatur 1° qalxdıqda ürək döyüntüsü 10 vurğu artır. Qızdırma zamanı tənəffüs ürək yığılmalarının artması və bədənin temperaturunun qalxması ilə yanaşı tezləşir.

Temperatur xəstə orqanizmin reaktivlik dərəcəsini göstərdiyinə görə infeksiya ilə mübarizədə orqanizmin vəziyyətini bildirən mühüm göstəricidir. Lakin qızdırma heç də həmişə müsbət hal sayıla bilməz, çünki bədənin temperaturunun həddindən artıq qalxması da onun birdən-birə düşməsi kimi orqanizmə zərər yetirə bilər. Hər bir konkret halda qızdırmanın gedişini və onun orqanizm üçün əhəmiyyətini xüsusi tə'yin etmək lazımdır.

Qızdırmanın klinik təzahürü olan temperatur əyrilərini temperaturun qalxması dərəcəsinə görə ayırd edirlər: subfebril (38°S-dən yuxarı olmur), orta (38°S-yə qədər), yüksək (39—41°S), ifrat yüksək hiperpireksiya—41°S-dən yuxarı temperatur olur. Temperatur əyrilərinin xarakterinə görə aşağıdakı qızdırma tipləri vardır: 1) daimi tipli qızdırma—bu zaman səhərki temperaturla axşamkı arasında fərq

1°-dən çox olmur. Qızdırma birdən-birə (krizis) və ya yavaş-yavaş (lizis) düşə bilər. Bu cür qızdırma infeksion xəstəliklərdə (qarın yatalağı, səpkili yatalaq, krupoz pnevmoniya və s.) olur; 2) zəifləyən qızdırma—axşamkı temperaturla səhərki temperatur arasındakı fərq 1°-dən çox olur (sepsis, qarın yatalağının ikinci mərhələsi və s.); 3) dəyişən tip qızdırma—temperatur vaxtaşırı qısa müddət qalxıb (paroksizmlər) normal dərəcəyə düşür. Yüksək temperatur bir neçə saat qalır, sonra normaya düşür və yenə də qalxır. Qızdırmasız günlərin sayı müxtəlif ola bilər (hər ikinci, üçüncü gün və ya hər gün). Bu cür qızdırma malyariyaya xasdır; 4) qayıdan qızdırma—temperatur 5—8 gün yüksək olur və sonra düşür. Bu qayıdan yatalağa xasdır; 5) pozulmuş qızdırma—səhər temperaturu axşamkından yüksək olur. Ağciyər vərəmində, sepsisdə belə olur; 6) dalğavarı qızdırma—bunun xarakter çəhəti odur ki, bir neçə gün temperatur tədricən qalxır və sonra tədricən də enib normal rəqəmlərə çatır. Qızdırmasız dövrdən sonra yenə tədriçən qalxır və sonra yenə enir. Brüssellözdə belə olur; 7) nizamsız qızdırma—temperatur sutkada müxtəlif vaxtlarda cürbəcür qalxıb enir. Revmatizmdə, qripdə, dizenteriyada və s.-də təsadüf edilir; 8) hektik və ya əldənsalan qızdırma—sutkala temperatur fərqləri 2°-dən 4°S-yə qədər olur. Temneratur yüksək dərəcədən normal və ya subnormal dərəcəyə düşdükdə xəstə tərləyib əldən düşür və çox zəifləyir. Limfoqranulematozda, sepsisdə, vərəmin ağır formalarında təsadüf edilir.

Əksər qızdırmaların gedişində üç mərhələ ayırd edilir: 1) temperaturun, qalxması mərhələsi—qısa müddət olub orqanizmdə əmələ gələn istilik verilən (buraxılan) istilikdən çox olur. Dərinin üst qatının soyuması reflektor olaraq əsmə törədir, soyuğun hiss edilməsimə səbəb isə dərinin səthindəki damarların spazmı ilə əlaqədar olaraq onun temperaturu düşdükdə sinir uclarının qıcıqlanmasıdır. Bu mərhələ bir neçə saatdan bir neçə günə qədər davam edir; 2) daim yüksək tempsratur mərhələsi—istiliyin verilməsi və istiliyin əmələ gəlməsi müəyyən dərəcədə sabit qalır. Lakin istiliyin əmələ gəlməsi ilə verilməsi arasındakı tarazlıq sağlam adamda olduğundan yüksək səviyyədə qalır. Tər ifrazı az olur; 3) temperaturun düşməsi mərhələsi—istiliyin az əmələ gəlməsi və çox verilməsi ilə xarakterizə olunur. Qızdırma prosesinin müxtəlif dövrlərinin gedişi nəinki etioloji amildən, həm də orqanizmin vəziyyətindən, onun sinir sisteminin reaktivliyindən, maddələr mübadiləsindən və oksidləşmə proseslərinin intensivliyindən asılıdır.

Qızdırmalı xəstələrə qulluq. Temperatur qalxmağa başladıqdan ta düşüb sabitləşənə qədər qızdırmanın bütün dövrlərində xəstələrə qulluq etmək lazımdır. Temperatur qalxmağa başladıqda, yə'ni qızdırmanın birinci mərhələsində xəstə titrədir, bütün bədəni sızıldayır, başı aqrıyır, dodaqları göyərir. Xəstəyə rahatlıq yaratmaq, yerinə uzatmaq, üstünü

qalın örtmək, ayaqlarına isitqac qoymaq, tünd şirin çay vermək, qapı-pəncərəni örtmək və xəstənin fizioloji funksiyalarına fikir vermək lazımdır. Yüksək temperaturda mərkəzi sinir sistemi həddindən artıq oyanıq olduğu üçün xəstəni tək qoymaq qorxuludur. O yerindən dik qalxıb özünü pəncərədən ata bilər və s. Yaxşı olar ki, onun yanında ayrıca tibb bacısı qoyulsun. Bu mümkün deyilsə, postda duran tibb bacısı tez-tez xəstənin yanına gəlməli, nəbzini saymalı və ümumi vəziyyətinə fikir verməlidir. Vəziyyəti pisləşərsə dərhal həkimi çağırmalıdır.

Temperatur nə qədər yüksək olsa və nə qədər çox qalxıb ensə xəstə bir o qədər çox zəifləyir. Orqanizmin müqavimətini artırmaq və onun itirdiyini doldurmaq üçün xəstəyə duru və yarımduru, yüksək kalorili və tez həzm olunan yeməklər verilir. İştahası azaldığı üçün xəstəni sutkada 5—6 dəfə az-az yedizdirmək lazımdır. Qızdırma zamanı qana toksik məhsullar sorulur, bunları bədəndən çıxarmaq üçün xəstələrə çoxlu meyvə və giləmeyvə şirəsi, mors, mineral su vermək lazımdır. Mineral su şüşəsinin ağzını bir müddət açıq qoymaq lazımdır ki, qazlar çıxsın və xəstədə meteorizm əmələ gəlməsin. Körək duzunu azaldırlar, bu da diurezi artırır. Bu dövrdə xəstələrin ağzı quruyur, dodaqları çatlayır. Buna görə də tibb bacısı xəstənin ağız boşluğunu tez-tez zəif natrium-hidrokarbonat (soda) məhlulu ilə silməli və dodaqlarına hər hansı yağ sürtməlidir. Şiddətli başağrısında xəstənin alnına buz qoyur və buz əridikdə dəyişirlər. Həmçinin xəstənin başına dörd qatlanmış kətan salfetkanı və ya dəsmalı sirkə məhlulunda isladıb (0,5 l suya 2 xörək qaşığı) soyuq kompres də qoymaq olar. Tibb bacısı xəstənin adyalı üstündən atmamasına, palatanın isti olmasına və sə's-küy olmamasına fikir verməlidir. Nəbzin keyfiyyəti və sür'əti, arterial təzyiq üzərində xüsusi nəzarət olmalıdır.

Tibb bacısı xəstənin dərisinə qulluq edib yataq yarası əmələ gəlməyə qoymamalıdır. Xəstədə qəbizlik varsa təmizləyici imalə qoymalıdır. Qızdırmalı aqır xəstələr bütün fizioloji funksiyaları yataqda etməlidirlər. Buna görə də kiçik tibb bacısına demək lazımdır ki, xəstələrin altına qoyulacaq ləyənləri və sidik qablarını onların yanına gətirsin.

Üçüncü dövr—temperaturun düşməsi dövrü olub müxtəlif cür gedir, belə ki, temperatur birdən-birə düşə bilər (40°S-dən 36°S-yə), bunun nəticəsində də çox vaxt damarların tonusu çox zəifləyir, arterial təzyiq düşür və pəbz sapvarı olur. Temperatur bu cür düşdükdə xəstə çox zəifləyir və tərləyir; Ətrafları soyuyur, dodaqları göyərir, dərini yapışqan soyuq tər basır. Buna böhran halı deyilir və tə'cili tədbir görmək lazım gəlir. Tibb bacısı tə'cili olaraq həkimi çağırır və onun tə'yinatlarını yerinə yetirir. Dərialtına arterial təzyiqi qaldıran dərmanlar: mezatoi, kofein, adrenalin vurulur. Xəstəiin dörd bir tərəfinə isitqac qoyur, tünd ılıq çay və ya qəhvə içirdir. O çox tərlədikdə qurulayır, alt paltarını, lazım gəldikdə isə yataq ağlarını

dəyişirlər. Əksər hallarda temperatur tədricən düşür, bu vaxt dəri azca tərləyir və xəstədə zəiflik olur. Adətən, temperatur düşdükdən sonra xəstə yuxuya gedir. Bu vaxt onu oyatmaq olmaz.

QICQIRMA—qida borusunun içərisinin göynəməsi. Turş mə'də şirəsi qida borusunun selikli qişasına duşdükdə baş verir. Turşuluqu çox olan mə'də şirəsi həddindən çox ifraz olunduqda təsadüf edilir, lakin bə'zən turşuluqu normal və az olan adamlarda da əmələ gəlir. Adətən, qıcqırma qastritli xəstələrdə, mə'də şirəsi çox ifraz olunduqda, habelə mə'də xorasında olur. Bə'zən belə xəstələr turş mə'də şirəsi gəyirir. Qıcqırma olduqda səbəbini aydınlaşdırmaq, bunu aradan qaldırmaq üçün isə yarım stəkan süd içmək və ya qələvi qəbul etmək tövsiyə edilir, məsələn, bir çimdik natrium-hidrokarbonatı yanmış maqneziumla yarıbayarı qarışdırıb içirlər. Labil sinir sistemli və mə'də-bağırsaq peristaltikası pozulmuş xəstələrdə qıcqırma olarsa sinir sistemini sakitləşdirici dərmanlar tə'yin etmək lazımdır.

QULLUQ ƏŞYALARI, İNVENTAR. Qulluq əşyalarına su qabları, isitqac, buz qovuğu, şüşə, e'mallı və rezin ucluqlu Esmarx qabları, xəstənin altına qoyulan ləyən, sidik qabları, menzurkalar, tibb termometri, su və hava termometrləri, xəstənin altına qoyulan hava üfürülmüş rezin dairələr (yataq yarası əmələ gəlməməsi üçün) taxta başaltlıqlar, ayaq qoymaq üçün kətillər və s. aiddir. Bütün bu şeylər təmiz, dezinfeksiya edilmiş olmalı və ayrıça yerdə saxlaimalıdır ki, tibb bacısı və ya xidmətçi qadın bunları axtarmaq üçün vaxt itirməsin. Gecə ləyənlərini və sidik qablarını ayaqyolu otağındakı xüsusi yerlərdə saxlayırlar. Bunları xəstəyə verdikdə isti su ilə yaxalamalı, işlətdikdən sonra isə sabun və ya poroşokla ("Ayna", "Lotos" və s.) yumalı və 0,5%-li xlorlu əhəng, yaxud 1%-li xloramin məhlulu ilə dezinfeksiya etməli. İşlənmiş imalə ucluqlarını xüsusi şüşə bankalarda saxlamalı, belə bankalara "çirkli" sözü yazılmış olur, təmiz ucluqlar isə sterilizatorlarda saxlanılır; bunları sabunla yuduqdan sonra sterilizatorlarda qaynadırlar. İnfeksion şö'bələrdə hər xəstənin özünə məxsus qulluq əşyaları olur, xəstəxanada olduğu müddətdə bunlardan, ancaq o özü istifadə edir.

Çarpayılar, çarpayının yanına qoyulan tumboçkalar, xərəklər, kreslolar, diyircəkli əl arabaları, topçanlar, şkaflar xəstəxana inventarına aiddir. Xəstəxaia inventarına təsərrüfat bacısı cavabdehdir. İnventarı təmizləmək xidmətçi qadının vəzifəsidir, tibb bacısı isə onun işinə nəzarət edir.

QUSMA. Mürəkkəb reflektor akt olub, mə'dənin, diafraqmanın, ön qarın divarının, habelə qırtlaq qapağının və yumşaq damağın əzələlərinin iştirakı ilə baş verir, bunun nəticəsində mə'dədəki qusuntu kütlələri ağızdan xaricə çıxır. Qusma mə'də-bağırsaq yolunun xəstəliyi, zəhərlənmə, dilin dibinin və yumşaq damağın qıcıqlanması nəticəsi ola bilər. Həmçinin kəllədaxili təzyiq qalxdıqda, beyin şişlərində,

hipertoniya xəstəliyində və s.-də qusma ola bilər. Şiddətli qusma zamanı qida kütləsinə onikibarmaq bağırsaqdan öd qarışa bilər. Xəstəni qəsdən qusdurmaq lazım gəldikdə ona reflektor tə'sir edirlər: dilin kökünü şpatellə qıcıqlayır, yaxud dərialtına 0,5 ml 1%-li apomorfin məhlulu vururlar.

Qusma zamanı qulluq. Tibb bacısının vəzifəsi xəstə qusan zaman onun vəziyyətini mümkün qədər yünkülləşdirməkdir. Onu rahat oturtmaq, döşünə dəsmal və ya müşəmbə salmaq, ağzının altına təmiz qab, ləyən tutmaq və ya vedrə qoymaq lazımdır. Sün'i dişləri çıxarmaq lazımdır. Xəstə zəifdirsə, yaxud ona oturmaq qadağandırsa, başını yana elə əyirlər ki, gövdədən azca aşağı olsun, sonra ağzının yanına qab tuturlar. Həmçinin yastığın və alt paltarın bulaşmaması üçün dəsmalı bir neçə dəfə qatlayıb və ya balaca döşəkağı qoymaq olar. Xəstə qusan vaxt tibb bacısı onun yanında durmalıdır. Xəstənin qusmasını dərhal həkimə xəbər vermək lazımdır.

Qusduqdan sonra xəstəyə ilıq su verib ağzını yaxalatdırmalı, dodaqlarını və ağzının yanlarını silməli. Çox zəif xəstələr hər dəfə qusduqdan sonra aqız boşluğunu suda və ya dezinfeksiyaedici məhlullardan birində (borat turşusu məhlulu, açıq kalium-permanqanat məhlulu, 2%-li natrium-hidrokarbonat məhlulu və s.) isladılmış pambıqla silməlidirlər. Qusmanın dayanması üçün xəstəyə bir neçə damcı nanə cövhəri, bir udum soyuq su, azca buz, 5 ml 0,5%-li novokain məhlulu vermək olar.

Adətən, qusuntu kütləsində həzm olunmamış qida hissəcikləri, öd qatışığı olur və o, turşumuş iy verir. "Qəhvə xıltı" qusmaq mə'də qanaxmasına dəlalət edir. Qusuntunun bu cür olmasına səbəb mə'də şirəsinin hemoqlobinə tə'siridir. Xəstə "qəhvə xıltı" və ya qan qusanda tibb bacısı dərhal həkimi çağırır və həkim gələnə qədər xəstəyə yardım göstərir. Xəstəni dərhal yatağa uzatmaq, mə'də nahiyəsinə azca buz (qovuqda) qoymaq lazımdır. Buz əridikcə dəyişməli. Xəstəyə yemək, içmək və dərman qəbul etmək olmaz. Tibb bacısı xəstəyə həm cismani, həm də ruhi rahatlıq yaratmalı və həkim gələnə qədər onu tək qoymamalıdır. Xəstələri əllə və nəqliyyat vasitələri ilə daşıdıqda çox ehtiyatla xərəyə qoyub daşıyırlar.

Tibb bacısı həkim gələnə qədər qusuntunu saxlayır və lazım gəldikdə onu laboratoriyaya göndərir. Bunun üçün onu ağzı enli, dərəcəli təmiz bankaya tökür və bankanın ağzını qapaqla örtür; xəstə barəsində lazımi mə'lumatları və analizin məqsədini kaqıza yazıb bankaya yapışdırır. Qusuntunu dərhal laboratoriyaya göndərmək mümkün deyilsə, sərin yerdə saxlayırlar. Xəstə sutkada bir neçə dəfə qusarsa, hər dəfə qusuntunu ayrıca qaba yığmaq lazımdır, cünki qusuntunun keyfiyyətcə və miqdarca fərqinin diaqnostika üçün əhəmiyyəti vardır.

DEFEKASİYA—yoğun bağırsağın distal şö'bələrinin boşalmasıdır.

Bağırsaqlar normal işlədikdə defekasiya aktı sutkada bir dəfə olur; bu, şərti reflektor akt olub insanın iradəsinə tabedir. Defekasiya aktı pozulduqda qəbizlik, ishal və qeyri-iradi nəcis ifrazı olur.

Qəbizlik—bağırsaqların yavaş boşalması nəticəsində defekasiyanın ləngiməsidir. Çox vaxt bağırsaq əzələlərinin və peristaltikanın zəifləməsi, bağırsaqların və qarın əzələlərinin atoniyası və ya yoğun bağırsağın ayrı-ayrı yerlərində girdə əzələlərin tonusunun qalxması nəticəsində baş verir. Atönik qəbizliyə oturaq həyat tərzi, tez həzm olunan yeməklər (sıyıq, xama), az miqdarda sellülözlü qida (çörək, tərəvəz və s.) yemək, spastik qəbizliyə isə sellülözü çox olan qaba qida yemək səbəb olur.

Adət edilmiş qəbizlik—tələsmə, işin çoxluğu, utancaqlıq üzündən normal defekasiya refleksinin daim yatırılması nəticəsində baş verir, nəticədə bağırsaqlar gec-gec boşalmağa adət edir. Qəbizlik 3—4 gün danam etdikdə ürəkbulanma, qarın boşluğunda köp, qarının aşağısında xoşa gəlməyən duyğu əmələ gəlir, iştaha azalır, aqızdan pis iy gəlir.

Spastik qəbizlik—girdə əzələlərin tonik yıqılması nəticəsi olub bağırsaqların müvafiq hissəsində peristaltikanın dayanmasına səbəb olur. Bağırsaqların spazmının əmələ gəlməsində vegetativ sinir sisteminin həddindən artıq oyanması böyük rol oynayır.

Mexaniki qəbizlik—bağırsaqlar burulduqda, bağırsaqların müxtəlif şö'bələrini şiş, hemorroidal düyünlər, nəcis daşları tutduqda əmələ gəlir. Nəcis daşları olduqda kiçik tibb bacısı və ya palata bacısı rezin əlcək geyir, vazelin sürtur və iki barmağını xəstənin anusuna salıb nəcis daşlarını çıxarmağa çalışır. Xəstə arxası üstə uzanıb dizlərini qatlayır. Omasının altına ləyən qoyurlar. Bə'zən mexaniki qəbizlik bağırsaqların bir hissəsinin kəçməməzliyinə səbəb olur. Belə hallarda nəcis çıxana qədər sifon imaləsi qoyurlar.

Qəbizliyin müalicəsi. Adət edilmiş qəbizlik zamanı gündəlik defekasiya refleksi yaradır, yaxud qarını yumşaldan dərmanlar: ravənd, murdarça qabığı və s. verirlər. Bə'zi hallarda 20%-li maqnezium-sulfat məhlulu (hər gün acqarına 1 xörək qaşığı) da kömək edir. Xəstələrə bitki sellülözü çox olan pəhriz yeməyi—çuğundur, kələm, qara gavalı, qara çörək tə'yin edirlər. 3 №-li pəhriz.

Spastik qəbizlikdə sinir sistemini sakitləşdirən dərmanlar (pişikotu, bromidlor, belloid və s.), habelə tərkibində atropin olan dərmanlar tə'yin edirlər. Balneoloji müalicə yaxşı kömək edir. Yataq xəstələrinə vaxtaşırı təmizləyici imalə qoymaq tövsiyə edilir, bunun üçün otaq temperaturlu suya 1 stəkan standart çobanyastığı dəmləməsi, doğranmış uşaq sabunu (5—10 q) yaxud 20 q qliserin qatırlar.

Oturaq həyat tərzi keçirəndə mümkün qədər çox hərəkətdə olmaq, idmanla məşğul olmaq, günün müəyyən saatında defekasiya aktını vərdişə keçirmək lazımdır.

İshal—bağırsaqların peristaltikası gücləndikdə və onların sekretor

funksiyası artdıqda baş verir. Bağırsaqların selikli qişasının iltihabında, mə'də şirəsinin turşuluğu azaldıqda, sinir sistemi oyandıqda, qida maddələri və su pis sorulduqda (buna görə də bərk nəçis kütləsi əmələ gəlmir) müşahidə edilir. Nəcisdə qan və selik görünməsi xəstədə yoluxucu xəstəlik olmasına dəlalət edir. Belə hallarda xəstənin nəcis ifraz etməsi üçün ləyən və ya qorşok ayırır və bunları həkim gələnə qədər sərin yerə qoyurlar (ayaqyolu otağının kaşı döşəməsinə), sonra isə analiz üçün laboratoriyaya göndərirlər.

İshal infeksion mənşəli olduqda, bu cür xəstələri infeksion şö'bəyə keçirirlər, gecə ləyəni və qorşokları açıq xlorlu əhəng məhlulu ilə dezinfeksiya edir, krandan axan isti su ilə yuyurlar. Şö'bədə mövcud qaydada cari dezinfeksiya aparırlar. Qeyri-infeksioi ishalda xəstənin pəhrizinə fikir verirlər. O tez həzm olunan, tərkibində çoxlu zülal, V və S vitaminləri və maye olmalıdır. Xəstəyə süd, yağlı və qızarmış yeməklər, habelə bitki sellülözü vermirlər. Su-elektrolit tarazlığını düzəltmək üçün xəstələrin dərisi altına sutkada 3 l-ə qədər 5%-li qlükoza məhlulunu 0,85%-li natrium-xlorid məhlulu ilə vururlar.

İshalı olan xəstələri hər dəfə defekasiyadan sonra yuyub qurulamaq və anusun ətrafına vazelin və ya hər hansı başqa bir yağ sürtmək lazımdır ki, dəri göynəməsin.

Qeyri-iradi defekasiya anusun sfinkterinin boşalması nəticəsində baş verir. Bu zaman xəstələrin anusundan daim az-az duru nəcis axır ki, bu da yatağı bulaşdırır, o biri xəstələri iyrəndirən pis iy verir. Xəstənin anusu ətrafındakı dərini yeyir, bu da yataq yaraları əmələ gəlməsinə səbəb olur. Tibb bacısı yerini batıran xəstələrin alt paltarının və yataq ağlarının təmizliyinə xüsusi fikir verməli və lazım gəldikdə bunları dəyişməlidir. Döşəyin üzərinə müşəmbə və bunun da üzərinə əski salırlar, əski bulaşdıqca tez-tez dəyişirlər. Xəstənin oması altına hava vurulan rezin ləyən qoyurlar, bu həm də yataq yarasına qarşı qoyulan rezin döşəkçəni əvəz edir. Yaxşı olar ki, xəstə üç hissədən ibarət xüsusi çarpayıya qoyulsun. Belə çarpayının ortasında ləyən olur.

DİSFAGİYA—udma aktının pozulması; buna səbəb qida topasını qida borusu ilə irəliləməsinə mane olan üzvi və ya funksional pozğunluqdur. Disfakiyanı törədən əsas səbəblər udlağın xəstəlikləri (travmatik və ya iltihab xarakterli), sinir sisteminin və udmaç aktında iştirak edən əzələlərin zədələnməsi, qida borusunun daralması (orta divarın və qida borusunun şişləri, limfa düyünlərinin böyüməsi), qida borusunun selikli qişasının zədələnmələridir (travma, yanıq, iltihab).

Disfagiyanın əsas simptomu qidanı uda bilməməkdir, xəstə əvvəlcə bərk qidanı, sonralar isə duru qidanı da uda bilmir. Funksional disfakiya ya hərdənbir, ya da vaxtaşırı baş verir və qıcıqlandırıcı qida (isti və soyuq) ona təkan verir. İsterik nevroz nəticəsində baş verən disfagiya duru qida və su udanda da əmələ gələ bilər, lakin bərk qida udanda baş verməyə bilər. Adətən funksional disfagiya artmır. Üzvi

disfagiyada remissiya (yaxşılaşma) olmur və bərk qida udduqda baş verir. Qidanın üstündən su içmək yüngüllük gətirir. Qida borusunda şiş olduqda disfagiya artır və udduqda döş sümüyünün dalında aqrı olur. Disfagiyanın üzvi mənşəli olmasından şübhələndikdə qida borusunu və mə'dəni rentgenoloji müayinədən keçirib sonra fibroezofaqoskopiya aparmaq lazımdır. Diferensial diaqnostikaya dəri altına atropin-sulfat vurmaq və sonra rentgenoloji müayinə aparmaq kömək edir. Qida borusunun funksional pozğunluqlarında (spazmında) dərialtına 1 ml 0,1%-li atropin-sulfat vurduqda disfagiya keçib gedir, üzvi mənşəli pozğunluqlarda isə disfagiya qalır.

DUODENAL ZONDSALMA—qaraciyərin, öd kisəsinin və öd axacaqlarının xəstəliklərində tətbiq edilir. Axşam xəstəyə 8 damcı 0,1%-li atropin məhlulu verir və ödün daha yaxşı çıxması üçün bir neçə parça sorbit və ya azca ılıq suda əridilmiş 30 q ksilit verirlər. Xəstə axşam yüngül yemək yeməli, qaz əmələ gətirən qidalar (qara çörək, süd, kartof) yeməməlidir.

Duodenal zond salmaq üçün 1,5 m uzunluğunda və diametri 3—5 mm olan nazik elastiki zond (onun deşikli metal başı olur), sınaq şüşələri və bunları qoymaq üçün ştativ, ödü əkmək üçün steril sınaq şüşələri, 20 qramlıq şpris, maqnezium-sulfat (40 ml 33%-li məhlul), qlükoza (40 ml 40%-li məhlul), sorbit (30 q), ksilit (40 q) olmalıdır. Müayinədən qabaq zondu qaynadırlar. Adətən, zondu acqarına prosedura kabinetində salırlar. Xəstənin ayaq üstə vəziyyətində zondun üzərində göbəkdən kəsici dişlərə qədər olan məsafəni ölçür, xəstəni oturdur, zondun metal başını sağ əllə tutur, dilin dalına salır, xəstəyə bir neçə dəfə udqunmağı və burundan dərin nəfəs almağı təklif edirlər. Xəstə öğüyərsə zondu dodaqları arasında saxlayıb burnu ilə dərindən nəfəs almalı 40 və bundan sonra zondu, udmaqa çalışmalıdır. Zondu yavaş-yavaş udmaq lazımdır ki, burulmasın. Zond mə'dəyə düşdükdə xəstəni böyrü üstə kuşetkaya uzadır, lakin başının altına yastıq qoymurlar. Sağ böyrünün altına isə yastığı köndələn yaxud adyal qatlayıb qoyurlar. Bunların da üstüiə isitqacı dəsmala büküb (xəstəni yandırmaması üçün) qoyurlar. Bu vaxt xəstə ayaqlarını dizdən qatlayır. Xəstə zondu yavaş-yavaş və tədricən udmaqda davam edir.

Zonddan gələn mayeyə görə zondun olduğu yeri tə'yin edirlər. Zond mə'dədə olduqda şəffaf, azca bulanıq turş mə'də şirəsi (lakmus kağızı qızarır) çıxır. 50—60 dəqiqədən sonra öd gəlməlidir. Zonddan sarımtıl maye gəldikdə belə hesab edirlər ki, zondun başı onikibarmaq baqırsağa girmişdir. Zondun burada olmasını mayenin qələvi reaksiyası təsdiq edir (yaş qırmızı lakmus kağızı göyərir). Zond qatlanıbsa və sarı ifrazat yoxsa, tibb bacısı zondu əli ilə düzəldir, sonra xəstə onu bir daha udur. Zondun onikibarmaq bağırsağa düşməsini şprislə hava vurub bilmək olar: zond mə'dədə olduqda xəstə hava vurulduğunu hiss edir, onikibarmaq baqırsaqda olduqda isə hiss etmir.

Zondun yerini bilmək üçün rentgenoskopiyadan da istifadə edirlər. Uzun müddət öd gəlmədikdə ümumi öd axacağının sfinkterini açmaq üçüp dərialtına 1 ml 0,1%-li atropin məhlulu vurmaq olar. Zond salıb üç porsiya öd almaq lazımdır.

Birinci porsiya—A porsiyası onikibarmaq bağırsağın möhtəviyyatıdır. O, açıq-sarı rəngdə olub şəffafdır, qələvi reaksiyası göstərir. Birinci porsiyanı aldıqdan sonra ümumi öd axacaqının açılması və öd kisəsindəki ödün gəlməsi üçün hər hansı qıcıqlandırıcı vururlar. Bunun üçün 40 ml 33%-li maqnezium-sulfat məhlulunu 60°S-yə qədər qızdırıb vurmaq olar, xəstəyə bu düşmürsə sorbit, ksilit (40 ml) və ya eyni miqdarda 40%-li qlükoza məhlulu yeritmək olar. Bundan başqa, 15—20 ml 10%-li penton məhlulu, yaxud zeytun yağını qızdırıb yeritmək olar. Bununla öd kisəsi refleksi yaradırlar, yə'ni Oddi sfinkteri açıq ikən öd kisəsi yığılır. Sonra zondu 5—7 dəqiqə bağlayırlar, bundan sonra onun o biri tərəfini sınaq şüşəsinə salırlar. Şəffaf tünd öd gəlməyə başlayır, bu ikinci porsiya—V porsiyası olub öd kisəsinin möhtəviyyatıdır. Öd kisəsi tamam boşaldıqdan sonra açıq rəngli öd—S porsiyası görünür, o, öd axacaqlarından gəlir, açıq-sarı rəngdə və şəffafdır, qatışığı olmur. V və S porsiyalarına mikroskopla baxdıqda normada leykositlər və selik olmur, əkmək üçün isə steril öd götürürlür. Bakterioloji analiz üçün steril material götürmək qaydalarına əməl edib steril sınaq şüşələrinə hər porsiyadan əlavə azca öd götürmək lazımdır. Sınaq şüşələri ödlə dolana qədər və dolduqdan sonra bunların ağzını spirt lampasının alovuna tutmaq və steril tıxacla bağlamaq lazımdır.

Duodenal zond saldıqda ödün gəlməsi öd yollarının açıq olmasını (tutulmadığını) göstərir. Bunlar tamam tutulduqda, ancaq mə'də şirəsi çıxır, öd isə olmur. Öd kisəsi refleksinin olması öd kisəsinin qatılaşdırma və hərəki funksiyasının qalmasını göstərir. Öd kisəsində patoloji proses olduqda qaraciyərin diffuz zədələnmələrində öd ifrazı funksiyası pozulmaqla öd kisəsi refleksi olmur.

Duodenal möhtəviyyatda qatışığın olub-olmamasına fikir verməlidir. Qan götürdükdə zondu çıxarmaq lazımdır. Bə'zən zond uzun müddət onikibarmaq bağırsağa düşmür, ola bilsin ki, zond qatlanmışdır. Belə olduqda zondu çıxarıb yumaq və təzədən salmaq lazımdır. Həmçinin bu, mə'də çıxacağının spazmı ilə də əlaqədar ola bilər, spazmı aradan qaldırmaq üçün 100 ml 2%-li natrium-hidrokarbonat məhlulu vurmaq və zondu 10—15 dəqiqəliyə bağlamaq, sonra isə zondu davam etdirmək olar. Zondun başının mədə çıxacağından o yana irəliləməsini bu cür sür'ətləndirmək olar: xəstəyə dərindən nəfəs aldırmaqla peristaltikanı sür'ətləndirir, qarın nahiyəsini ovuşdurur, dərialtına 1 ml 0,1 %-li atropin-sulfat məhlulu vururlar.

Duodenal zondsalma xəstəni əldən salır, buna görə də bu əməliyyatı uzatmaq lazım deyil. 1—11/2 saatdan sonra öd görünmürsə (A

porsiyası) zondsalmanı dayandırırlar. Bütün üç porsiyanı alandan sonra zondu ehtiyatla çıxarırlar.

Mə'dəaltı vəzinin funksional vəziyyətini duodenal zondla bir qədər başqa cür müayinə edirlər. Zondun onikibarmaq bağırsaqda olduğuna əmin olduqdan sonra zondla 30 ml 0,1—0,5%-li hidrogen-xlorid turşusu məhlulu, sekretin və ya zeytun yağı yeridirlər. Bundan sonra onikibarmaq bağırsağın möhtəviyyatını 1 saat ərzində hər 15 dəqiqədən bir yığır və onda pankreatik fermentlərin olub-olmamasını tə'yin etmək üçün analizə göndərirlər.

Son zamanlar xromatik duodenal zondlamadan istifadə edirlər. Bu proseduranın mahiyyəti aşağıdakından ibarətdir. Bir gün əvvəl, axşam saat 20—21-də (axırıncı yeməkdən azı 2 saat sonra) xəstə həkimin tə'yinatı ilə jelatin kapsulda 0,15 q metilen abısı qəbul edir. Səhər adi qaydada zond salırlar, həm də kisə ödü göy rəngə boyanmış olur, çünki metilen abısı qan damarı ilə qaraciyər ödünə qarışıb rəngini itirir, öd kisəsinə daxil olduqda isə göy rəngini bərpa edir və kisə ödünü boyayır.

DUŞ—su ilə müalicənin səmərəli metodlarından biridir. Ayrıca müalicə kursu kimi, ya da su ilə başqa müalicə proseduraları kompleksində, bə'zən müalicəyə başlayanda, yaxud müalicənin axırında tətbiq edilir. Suyun temperaturunu xəstəliyin xüsusiyyətindən və nəzərdə tutulan məqsəddən asılı olaraq tə'yin edirlər. Qısamüddətli soyuq və isti duş insanı gümrahlaşdırır, əzələlərin və damarların tonusunu artırır; uzun çəkən soyuq və isti duş hissi və hərəki sinirlərin oyanma qabiliyyətini azaldır, maddələr mübadiləsini artırır; ilıq duş isə sedativ tə'sir edir. Sərin və soyuq duşdan sonra bədəni cod dəsmalla bərk-bərk sürtmək lazımdır, bu, ürək-damar sisteminin işinə müsbət tə'sir edir.

İynəvarı yağış duşu xüsusi qurğunun başına taxılmış tordan ayrı-ayrı şırnaqlara bölünüb, yağış şəklində tökülən sudur. Bu su ilıq, indifferent, sərin və soyuq ola bilər. Duşun müddəti 1 dəqiqədən 5 dəqiqəyə qədərdir; su 1—2 atm təzyiqlə verilir. Proseduranı hər gün aparırlar, müalicə kursu 15—25 proseduradır.

Şarkə duşu. Xüsusi duş kafedrasından müəyyən temperaturlu və təzyiqli su vurulur. Çılpaq xəstəni duş kafedrasının qarşısında 3—3,5 m arah qoyur və ayağından başına kimi bədəninə yelpikvarı su şırnağı buraxırlar. Sonra yığcam şırnağa keçirlər, onu əvvəlcə xəstənin bir ayağına, sonra ikinci ayağına, belinə və kürəyinə yönəldirlər. Sonra xəstəni döndərir, şırnağı yanlarına və qabaqdan ətraflara yönəldirlər. Qarnına yelpikvarı şırnaq salırlar. Müalicə kursunun əvvəlində suyun temperaturu 35—32°S (lazım gəldikdə 42°S-yə qədər), axırda 20—15°S, təzyiq 3 atm olur. Proseduranın müddəti 1—2 dəqiqədən 3—5 dəqiqəyə qədərdir. Duşu hər gün keçirirlər; müalicə kursu 15—25 proseduradır. Suyun temperaturu nə qədər aşağı olsa, prosedura bir o qədər qısa və suyun təzyiqi bir o qədər yüksək olmalıdır.

Yelpikvarı duş—şırnaqlı duşun bir növüdür. Fərqi ondadır ki, bu duşda xəstənin bədəninə suyu yelpik şəklində vururlar. Şarko duşuna nisbətən bu duş yumşaqdır. Suyun temperatru 35°-dən 25°S-yə, təzyiq 1,5 atm-dən 3 atm-ə qədərdir. Proseduranı hər gün keçirirlər; müalicə kursu 15—20 proseduradır.

Sirkulyar duşu xüsusi qurğu ilə yaradırlar, bu qurğu dairə üzrə yerləşib yuxarıda və aşağıda yarımçıq halqa ilə qurtaran borular sistemindən ibarətdir. Boruların içəri tərəfində xırda deşiklər vardır, xəstənin üstünə salınan su bu deşiklərdən çıxır. Sirkulyar duşu 36—34°S-dən başlayır və temperaturu tədricən azaldıb 25°S-yə salırlar. Suyun təzyiqi 1—1,5 atm-dir. Proseduranı hər gün, ya da günaşırı keçirirlər, müalicə kursu 15—20 proseduradır.

Yuxarı qalxan duş. Bu qurğu oturacağında oyuq olan əldə gəzdirilən stuldan ibarət olub altında tor ucluq vardır, suyu səpələyən də budur. Tordan çıxan su xəstənin aralığına dəyir. Göstərişdən asılı olaraq suyun temperaturu müxtəlif ola bilər (ilıq sudan soyuq suya qədər). Soyuq duş qısamüddətli, ilıq duş uzunmüddətli olur. 2—5 dəqiqəlik bu proseduralar hər gün aparılır, müalicə kursu 15—20 proseduradır.

EZOFAQOSKOPİYA—qida borusunun selikli qişasının ezofaqoskopla müayinəsidir. Qida borusunun xəstəliklərini tə'yin etmək, yad cisimləri tapmaq, disfakiyanın səbəblərini aydınlaşdırmaq üçün bə'zən bunun həlledici əhəmiyyəti olur. Hazırda fibroezofaqoskop adlanan alətdən istifadə edirlər; bu aparatda işıq şüaları yığcam (sıx) yerləşmiş şüşə liflərdən keçir.

ZƏLİ—şirin suda yaşayan, 8—12 sm uzunluğunda, zeytu-niyaşıl rəngli ikicinsiyyətli qurddur. Zəlinin bədəninin ensiz baş tərəfində sormac vardır, onun içərisində xırda dişli çənə ilə birlikdə ağız yerləşir. Zəli bu dişləri dəriyə batırıb qan sorur. Bu vaxt o qana hirudin adlanan maddə buraxır, həmin maddə qanın laxtalanma qabiliyyətini azaldır. Hipertoniya xəstəliyinin serebral formasında, insultqabağı, yerli qan durğunluğunda, qan damarlarında və qadın cinsiyyət üzvlərində iltihab prosesi olduqda, qaraciyərdə qan durğunluğunda, tromboflebitlərdə və s. də qan çıxarmaq və qanın axınını yayındırmaq üçün xəstəyə zəli qoyurlar. Qanın laxtalanma qabiliyyətinin pozulması, dəri xəstəlikləri, qanazlığı və eyni vaxtda antikoaqulyantlarla müalicə aparılması zəli qoyulmasına əks-göstərişdir.

Qanburaxmanın başqa metodları, ilə muqayisədə zəli qoymağın üstünlüyü onu hər hansı bir nahiyəyə (yerli) qoymağın mümkün olmasıdır. Zəlini çay və ya su kəməri suyu tökülmüş bankada saxlayırlar, hava girməsi üçün bankanın ağzını tənziflə örtürlər. Bankanın suyunu hər gün dəyişmək lazımdır. Bankanı pəncərədə, mümkün qədər 10—15°S temperaturda saxlayırlar. İstifadə üçün ancaq sağlam və ac, suda tez yeriyən zəlilər yarayır. Zəlinin süst yeriməsi,

bədənində düyünləri bərkimiş yerlər, bədənin yapışqan olması zəlinin xəstə olmasını və istifadəyə yaramadığını göstərir. Vena və arteriyalar səthi yerləşən (üzdə olan) yerlərə zəli qoymaq olmaz, çünki bu yerlərdə dəri çox nazik və həssasdır, yaxud dərialtı birləşdirici toxuma çox yumşaqdır (xaya). Həmçinin əlin ovucuna və ayağın altına da zəli qoymaq olmaz, çünki burada dəri çox qalındır. Çox vaxt zəlini qulağın ardına, ürək, qarəciyər nahiyəsinə və ətraflara qoyurlar (tromboflebitlərdə). Məməvarı çıxıntılara zəlini şaquli xətt üzrə, qulaq seyvanından 1 sm kənara qoyurlar; ürək nahiyəsinə—üçüncü, dördüncü, beşinci qabırğaarasına döş sümüyündən 1 sm sola qoyurlar, qaraciyərdə durğunluq olduqda—zəlini qabırğaların kənarı boyunca qoyurlar.

Zəlini ancaq həkim tə'yin etdikdə qoyurlar. Xəstə uzanır. Qabaqca steril lotok və pinset, bir şüşə hidrogen-peroksid, azca duz vurulmuş su, menzurka, qlükoza məhlulu, steril tamponlar, salfetkalar, sarğı materialı hazırlayırlar. Zəli qoyulacaq yeri ülküclə qırxır, su ilə yuyur və qurulayırlar. Zəlinin dəridən daha yaxşı yapışması üçün dərini şirin su ilə isladırlar. Ətirli sabun, efir işlətmək və dərini yodla silmək olmaz, çünki zəli yapışmayacaqdır. Zəlini pinsetlə götürür, quyruq tərəfi aşağı, başı yuxarıda olmaqla sınaq şüşəsinə və ya menzurkaya salıb sınaq şüşəsini dərinin üzərinə qoyur və zəlinin yapışmasını gözləyirlər. Sonra sınaq şüşəsini kənara qoyur və zəlinin qopub düşməməsinə fikir verirlər. Adətən, zəli 30 dəqiqədən 60 dəqiqəyə qədər qalır və özü düşür. Zəlini bundan tez götürmək lazım gəldikdə dərini duzlu su ilə isladırlar. Zəli sormağı dayandırdıqda ona əl vuran kimi təzədən sormağa başlayır. Zəlini qopartmaq olmaz, yoxsa xəstənin dərisi yaralanar və xeyli qan axa bilər. Hər zəli 2—10 ml qan sora bilər. Yaradan 10 ml-dəi 40 ml-ə qədər qan axa bilər. Zəli dişləyən yerlərdən bir sutka və bundan çox qan gələ bilər. Qan axan yerlərə aseptik sarğı qoyur, bə'zən lap sıx bağlayırlar. Yaralar 2—3 gündən sonra sağalır. Adətən, xəstəyə 6-dan 12-yə qədər zəli qoyurlar. Zəlidən ancaq bir dəfə istifadə edir, sonra onu duzlu suya, formalin məhluluna və ya naşatır spirtinə qoyub kanalizasiyaya axıdırlar. Xəstəyə təkrar zəli qoymaq lazımsa, bir neçə gün keçməlidir.

Aseptika qaydaları pozulduqda yerli ağırlaşmalar baş verə bilər, belə ki yaranın və ya furunkulun ətrafı qaşına bilər. Qaşınmaya qarşı yaranın ətrafındakı dəriyə naşatır spirtini yarıbayarı vazelin yağı ilə qarışdırıb sürtmək olar.

Zəli qoyulan xəstələrə qulluq çox məs'ul işdir. Tibb bacısı daim xəstənin vəziyyətinə, habelə zəlilərin qopub düşməməsinə fikir verməlidir. Xəstəyə zəliləri göstərmək lazım deyil, çünki xəstə bunları gördükdə diksinə bilər, hətta ürəyi gedə bilər. Xəstənin nəbzinə və arterial təzyiqinə fikir vermək lazımdır, çünki zəli qoyduqdan sonra qan təzyiqi düşür. Zəlilərin dişlədiyi yerlərdən 2—3 gündən sonra da

qan gələrsə və sarğı kömək etməzsə, həmin yerlərn kalium-permanqanat kristalları ilə dağlamaq olar. Zəliləri qopardıqdan sonra həmin yerlər qabıq bağlayana qədər xəstələrin üzərində müşahidə aparılmalıdır.

İMALƏ—mualicə və diaqnostika məqsədilə yoğun bağırsağın aşağı hissəsinə müxtəlif mayelər yeridilməsi. Təmizləyici, sifon, qidalı, dərman və damcı imalələri olur. İmalə qoymaq üçün Esmarx qabından istifadə edirlər, o, 1—2 l maye tutan şüşə, emallı və ya rezin qabdır. Onun altındakı deşiyə 1,5 m uzunluğunda və diametri 1 sm olan yoğun rezin boru taxılır. Bağırsaqlara buraxılan suyu borunun ucundakı kranla tənzim edirlər. Borunun ucuna şüşədən, obenitdən və ya plastik kütlədən qayrılmış 8—10 sm uzunluğunda ucluq taxırlar. Ucluq bütöv və kənarları hamar olmalıdır. İşlətdikdən sonra ucluğu isti suyun altında sabunla yuyur və qaynadırlar. Onu bankada dezinfeksiyaedici məhlulda saxlayırlar.

Təmizləyici imalələri qəbizlikdə bağırsaqların aşağı şö'bəsini nəcisdən və qazlardan təmizləmək üçün, mə'dəni, baqırsaqları, böyrəkləri rentgenoloji müayinəyə hazırladıqda, onerasiyadan, doqquşdan, abortdan, dərman imalələrindən qabaq qoyurlar.

Əks-göstəriş: anus nahiyəsində kəskin iltihab xəstəlikləri, qanayan babasil, düz bağırsağın daqılma mərhələsində olan şişləri, mə'də və baqırsaq qanaxmalarıdır.

Təmizləyici imalə qoymaq üçün Esmarx qabından başqa onu asmaq üçün ştativ, yeridilən mayenin (su, çobanyastığı məhlulu və s.) və otağın temperaturunu ölçmək üçün termometrlər, müşəmbə, ləyən olmalıdır.

Həkim tə'yin etdikdə imaləni tibb bacısı və ya bu işi yaxşı öyrənmiş kiçik tibb bacısı qoyur. Xəstəni sol böyrü üstə kuşetkaya və ya çarpayıya (kənarıma yaxın) uzadırlar, o, ayaqlarını qarnına sıxıb dizdən qatlayır. Xəstəyə hərəkət etmək olmazsa, onu arxası üstə uzadırlar. Sağrısının altına ləyən, ləyənin altına müşəmbə qoyur və onun kənarını vedrəyə salırlar ki, xəstə suyu saxlaya bilməsə, vedrəyə tökülsün. Esmarx qabına 1—1,5 l otaq temperaturunda su tökür, onu yuxarıya qaldırıb ucluğu aşaqı salaraq suyu azca buraxırlar, onunla birlikdə qabdakı hava da çıxır. Sistemi doldururlar (borudan azca maye çıxarırlar), bundan sonra qabı aşaqı salmadan rezin borudakı kranı baqlayırlar. Ucluğun sınıb-sınmadığını yoxlayır, vazelin sürtür və onu xəstənin sağrılarını aralayıb ehmallıca bura-bura anusa yeridirlər. Əvvəlcə ucluğu 3—4 sm göbəyə tərəf, sonra 5—8 sm büzdümə paralel yeridirlər. Maneə varsa və boru bağırsağın divarına və ya bərk nəcisə dirənibsə borunu 1—2 sm çıxarıb kranı açırlar. Esmarx qabını 1—1,5 m yuxarı qaldırırlar, su təzyiq altında yoqun bağırsağa girir.

Ucluğun gözünü nəcis tutduqda, onu çıxarıb təmizləyir və təzədən salırlar. Düz bağırsaq nəcislə dolubsa onu su ilə yumşaldıb çıxarmağa

çalışırlar. Bə'zən nəcis elə bərk olur ki, imalə qoymaq mümkün olmur. Belə hallarda əlcək geyib vazelin sürtərək düz bağırsaqdakı nəcisi barmaq salıb çıxarırlar.

Xəstənin qarnında qaz və köp olduqda dərhal qabı çarpayıdan aşağı tutmaq və qazlar çıxdıqdan sonra onu bir daha yavaş-yavaş yuxarı qaldırmaq lazımdır. Bağırsaqlara hava getməməsi üçün qabın dibində azca su qoyub kranı (bu, mayenin gəlməsini tənzim edir) bağlayır və ucluğu çıxarırlar.

Yaxşı olar ki, xəstə suyu 10 dəqiqə saxlasın. Bunun üçün o arxası üstə uzanıb dərindən nəfəs almalıdır. İmaləni qurtardıqdan sonra Esmarx qabını yuyur, qurulayır və üstünə tənzif və ya dəsmal salırlar. Adi su ilə qoyulan imalə bağırsaqları həmişə təmizləmir. Suyun tə'sirini artırmaq üçün ona 1/2 çay qaşığı doğranmış uşaq sabunu, 2—3 xörək qaşıqı qliserin, 1—2 xörək qaşıqı xörək duzu, 1 stəkan çobanyastığı dəmləməsi və s. qatmaq olar.

İmalənin nəticəsi olmadıqda bir neçə saatdan sonra onu təkrar etmək olar. Təmizləyici imalə qoyduqda fikir vermək lazımdır ki, eyni vaxtda 1,5—2 l-dən artıq su yeridilməsin.

Sifon imaləsi. Adi təmizləyici imalələr kömək etmədikdo bağırsaq keçməməzliyində, habelə zəhərli maddələrlə zəhərləndikdə bağırsaqlardan qıcqırma, çürümə məhsullarını və qazları çıxarmaq, baqırsaqları yumaq üçün ən yaxşı üsul sifon imaləsidir (bağırsaqların bir neçə dəfə yuyulması); bunun üçün birləşmiş qablar prinsipindən istifadə edirlər: bunlardan biri bağırsaqlar, digəri—düzbağırsağa salınmış rezin borunun bayırda qalan uçundakı qıfdır. Sifon imaləsi üçün uzunluğu 75 sm, diametri 1,5 sm olan və bayırda qalan ucuna 0,5 l maye tutan qıf taxılmış sterilizə olunmuş boru, dolça, 10—12 l dezinfeksiyaedici maye (zəif kalium-permanqanat məhlulu, natrium-hidrokarbonat məhlulu) yaxud 38°S-yə qədər isidilmiş qaynanmış su, habelə suyu boşaltmaq üçün vedrə götürürlər. Xəstəni sol böyrü üstə və ya arxası ustə uzadır, altına müşəmbə salır, çarpayının yanına isə vedrə və su ilə dolu dolça qoyurlar. Borunun düz baqırsağa salınacaq hissəsinə çoxlu vazelin sürtüb 20—30 sm içəri yeridirlər. Fikir vermək lazımdır ki, boru düzbağırsağın girəcəyində qatlanmasın, lazım gələrsə onu barmaqla yoxlamaq olar. Qıfı xəstənin bədənindən bir qədər yuxarı əyib tutmaq lazımdır. Sonra onu yavaş-yavaş maye ilə doldurub bədəndən 1 m yuxarıda saxlayırlar. Su bağırsaqlara getməyə başlayır. Su azala-azala qıfın boğazına çatanda qıfı ləyənə yaxın tutub bağırsaqlardan çıxan suyun qıfı doldurmasını gözləyirlər. Qıfı bu vəziyyətdə tutduqda hava qabarcıqları və nəcis parçaları aydın görünür. Bütün bunları ləyənə boşaldır, qıfı bir daha su ilə doldurur, qaz çıxıb qurtarana qədər və qıfa təmiz su gələnə qədər bu əməlmyyatı bir neçə dəfə təkrar edirlər. Sifon imaləsi üçün 10—12 l-ə qədər su lazım olur. Proseduranı qurtardıqdan sonra qıfı çıxarıb yuyur və

qaynadırlar, rezin borunun bayırda qalan tərəfini bağırsaqlarda qalan suyun tökülməsi və qazların çıxması üçün ləyənə salır, o biri tərəfini isə düz bağırsaqda 10—20 dəqiqə saxlayırlar.

Hipertonik imalə—peristaltikanı birdən-birə artırmadan bağırsaqları yumşaldır. Adətən, belə imalə üçün 5—10%-li natrium-xlo-rid, 20—30%-li maqnezium-sulfat, yaxud natrium-sulfat məhlulla-rından istifadə edirlər. Düzbağır-sağa rezin balon—"armudla" 100—200 ml ilıq məhlul yeridirlər. Yoğun bağırsağın aşağı şö'bə-sində iltihab və yara prosesləri olarsa bu imaləni qoymaq olmaz.

Yağ imaləsini uzun çəkən qəbizlikdə qoyurlar. Bunun üçün bitki yağları: günəbaxan, zeytun, çətənə və vazelin yağları işlədirlər. Bir imalə üçün 37—38°S-yə qədər qızdırılmış 50—100 ml yağ götürürlər. Adətən, yağı rezin balonla, şprislə, yaxud kateterlə yeridirlər, kateteri düzbağırsağa 10 sm salırlar. Yat baqırsağın divarı ilə axıb nəcisi bürüyür, bağırsaq əzələlərini boşaldır və nəcisin çıxmasına kömək edir. Yağın bayıra tökülməməsi üçün xəstə 10—15 dəqiqə sakit uzanmalıdır.

Emulsiya imaləsi. Qabaqcadan 2 stəkan çobanyastığı dəmləməsi hazırlayırlar (1 xörək qaşığı çobanyastığına 1 xörək qaşığı qaynar su hesabilə), sonra bir yumurtanın sarısını 1 çay qaşığı natrium-hidrokarbonatla çalıb üzərinə çobanyastığı dəmləməsi tökürlər, bunu 2 xörək qaşığı vazelin yağı və ya qliserin əlavə edirlər.

Dərman imaləsi. Dərman maddələrini aqızdan vermək mümkün olmadıqda, yaxud əks-göstəriş olduqda, bunları düz-baqırsaqdan yeritmək olar, onlar burada sorulur və qaraciyərin iştirakı olmadan hemooroidal venalar vasitəsilə tez qana keçir. Dərman imalələri yerli tə'sirli və ümumi imalələrə bölünür. Birincilər yoğun baqırsaqda iltihab prosesi olduqda, ikinçilər—orqanizmə dərman maddələri və ya qidalı maddələr yeritmək üçün tətbiq edilir.

Dərman imaləsindən 30—40 dəqiqə əvvəl təmizləyici imalə qoyur və baqırsaqlar boşaldıqdan sonra dərmanı yeridirlər. Dərman imalələri əsas e'tibarilə kiçik imalədir, çünki 50—100 ml-dən artıq dərman yeritmək olmaz.

Dərman maddələrini adi 20 qramlıq şprisə, Jane şprisinə, yaxud tutumu 50—100 q olan rezin balona yığırlar. Dərman maddəsinin temperaturu azı 40°S olmalıdır, çünki temperatur bundan aşaqı olduqda xəstənin defekasiyaya meyli olur və dərman sorulmaqa macal tapmır.

Xəstə sol böyrü üstə uzanır, qıçlarını dizdən qatlayıb qarnına sıxır. Tibb bacısı sol əli ilə xəstənin sağrılarını aralayıb stsril vazelin yağı sürtülmüş kateteri sağ əli ilə bura-bura düzbaqırsağa 15—20 sm yeridir. Sonra dərman maddəsi yığılmış, şprisi kateterə keçirib dərmanı az-az, kiçik təzyiqlə kateterə vurur. Kateterdəki mayenin dala axmaması üçün onun bayırda qalan tərəfini sıxıb şprisi ehtiyatla çıxarır, ona hava çəkib təzədən kateterə taxır və üfürürlər ki, burada qalan məhlul kateterə getsin. Bağırsaqların mexaniki, termik və kimyəvi

qıcıqlanmaması üçün dərman maddələrini kiçik konsentrasiyada yeritmək lazımdır: bunun üçün onlar natrium-xloridin ilıq izotonik məhlulu və ya bürüyücü maddə ilə (50 q nişasta həlimi) qarışdırılıb yeridilir. Çox vaxt kiçik imalə ilə ağrıkəsici, sakitləşdirici və yuxu dərmanı yeridirlər.

Nişasta imaləsi peristaltikanı azaltmaq üçün və kəskin kolitlərdə yumşaldıcı və bürüyücü vasitə kimi tətbiq edilir. Bunun üçün 5 q nişastanı (kartof, düyü, qarğıdalı, buğda nişastasını) 100 ml sərin suda əridir və qarışdıra-qarışdıra üzərinə tədricən 100 ml qaynar su tökürlər. Sonra bu məhlulu 40°S-yə qədər soyudub düzbağırsağa yeridirlər.

Xloralhidrat imalələrini qıcolmalar və şiddətli oyanma zamanı tə'yin edirlər. Xloralhidratı (1 q) 25 ml distillə edilmiş suda əridir və üzərinə 25 ml bişmiş nişasta (1:50 hesabilə) əlavə edirlər, xloralhidrat düzbağırsağın selikli qişasına qıcıqlandırıcı tə'sir edir.

Damcı imaləsini qan və ya su itkisini doldurmaq üçün edirlər. Adətən damcı üsulu ilə 5%-li qlükoza məhlulunu natrium-xloridin izotonik məhlulu ilə qarışdırıb yeridirlər. Damcı imaləsini qoyanda da təmizləyici imalədəki eyni cihazlardan istifadə edirlər. Fərq yalnız ondadır ki, ucluğu Esmarx qabı ilə birləşdirən rezin boruya sıxıcısı olan damcı qabı taxırlar. Sıxıcını isə elə burub bərkidirlər ki, borudakı məhlul düzbağırsağa şırnaqla yox, damcı-damcı gedir. Damcıların sür'ətini də sıxıcı ilə tənzim edirlər (çox vaxt dəqiqədə 60—80 damcı, başqa sözlə saatda 240 ml gedir). Sutkada damcı üsulu ilə 3 l-ə qədər maye yeritmək mümkündür.

İçərisinə məhlul tökülmüş Esmarx qabını çarpayıdan 1 m yuxarıda asırlar. Tibb bacısı diqqət yetirməlidir ki, xəstənin üstü yaxşı örtülmüş olsun, boru qatlanmasın və maye kəsilməsin. Düzbağırsağa yeridilən məhlulun temperaturu 40—42° olmalıdır, bunun üçün Esmarx qabının dal tərəfinə isitqac bağlayır və onun soyumamasına fikir verirlər.

Qidalandırıcı imalə. Qida maddələrini ağızdan vermək mümkün olmadıqda bunları düzbağırsaqdan yeritmək olar ki, bu da sün'i qidalanma növlərindən biridir. Qidalandırıcı imalə çox az hallarda qoyulur, çünki yoğun bağırsağın aşağı şö'bəsində ancaq su, natrium-xloridin izotopik məhlulu, qlükoza məhlulu və spirt sorulur. Zülallar və amin turşuları qismən sorulur. Qidalandırıcı imalə qida maddələrini yeritməyin ancaq əlavə metodudur. Bu imalədən 30—40 dəqiqə əvvəl bağırsaqlar tamam boşalana qədər təmizləyici imalə qoyurlar. Qidalandırıcı imalə 1 stəkandan çox olmamalıdır. Rezin balona ilıq məhlul yığır, 5 damcı opium tinkturu qatır, balonun ucuna vazelin yağı sürtür, içəridəki havanı buraxır və balonun ucunu düzbağırsağa keçirirlər. Mayenin bağırsaqlara yavaş-yavaş getməsi və selikli qişanı qıcıqlandırmaması üçün balonu yavaş sıxmaq lazımdır. Bundan sonra xəstə sakit uzanmalıdır ki, defekasiya refleksi oyanmasın.

İNYEKSİYALAR (iynə vurmaq)—dərman maddələrinin parenteral

(mə'dədən kənar) yeridilməsi. Bu üsulun başlıca üstunlükləri dərmanın tez tə'sir etməsi və dozanın dəqiqliyidir. Dərman dəyişməmiş şəkildə qana keçir. Dərmanları parenteral yeritmək üçün istifadə edilən alətlər həmişə steril olmalı, tibb bacısı isə iynə vurmamışdan əvvəl əllərini yaxşı yumalıdır.

İnyeksiya üçün şpris və iynələrdən istifadə edilir. Şpris kermetik olmalıdır, yə'ni silindrlə porşenin arasından hava və maye buraxmamalıdır. Porşen silindrin içərisində sərbəst gedib-gəlməlidir. Şprisin kipliyini yoxlamaq üçün silindrin konusunu sol əllə tamam örtüb sağ əllə porşeni hərəkət etdirmək lazımdır. Porşenlə silindrin divarı arasından hava keçmirsə porşeni dala və ya qabağa hərəkət etdirdikdə əvvəlki vəziyyətini alır.

Hazırda Sovet İttifaqında kipliyinə tə'minat verilən və yaxşı sterilizə etmək mümkün olan Lüer və "Rekord" şprislərindən istifadə edilir. Lüer şprisi iynə taxmaq üçün uçluğu olan şüşə silindrdən ibarətdir. Şprisin həcmi 1 ml-dən 10 ml-ə qədərdir. Silindrin üzərində bölkülər vardır, o biri tərəfi açıq olub kənarları əyilmişdir. Porşen də şüşədən olub qısa boğazı və yastı dəstəyi vardır. Qaynatdıqda yaxşı sterilizə olunur, lakin tez xarab olur, daha doğrusu, hava buraxır.

"Rekord" şprisi şüşə silindrdən ibarət olub iynə taxmaq üçün paslanmayan poladdan olan qıfı metal qapaqla örtülüdür. Silindrin o biri tərəfində də eyni metal qasnaq vardır. Metal silindr şəklindəki qısa porşen cilalanıb şüşə silindrlə elə pərçimlənib ki, şpris qətiyyən hava və maye buraxmır. Porşenə yivli metal mil bərkidilmişdir ki, bunun da ucunda yastı dəstək vardır.

Xüsusi tə'yinatlı şprislər də vardır, bunlar kiçik həcmli olsalar da silindri dar və uzundur, silindrin üzərində bir-birindən çox aralı və dəqiq 0,02 və 0,03 ml bölküləri vardır. Bunun sayəsində güclü dərmanları, insulin, vaksin və serumları dəqiq dozalamaq mümkün olur.

Tibb praktikasında plastik kütlələrdən hazırlanmış alətlərdən istifadə edilməsi ilə əlaqədar olaraq sənayemiz möhkəm və yünkül şprislər buraxır. Bunlar asan yuyulur və yaxşı sterilizə olunur. Vunların mənfi cəhəti silindrin şəffaf olmamasıdır.

Son zamanlar şpris-tübiklər yayılmışdır. Bunları plastik kütlədən hazırlayır və fabrikdə sterilizə edib buraxırlar. Bu şprislər dərman maddəsini bir dəfə vurmaq üçündür. Bu çür şpris ilk tibb yardımı göstərmək üçün çox əlverişlidir. Şpris-tübiki işlətmək üçün qapağı fırlatmaqla iynəni şprisin korpusunun axırına qədər aparırlar. Həm də iynənin mandreni onun kanalını örtən membrana girir. Qapağı əks-istiqamətdə fırladıb mandrenlə birlikdə çıxarır və iynəni yuxarı tutub iynədən hava çıxana qədər korpusa basırlar. İynəni batırdıqdan sonra korpusa təzyiqi artıraraq dərmanı yeridirlər. Bu vaxt qətiyyən iynəyə əl toxunmamalıdır.

İynələri adi və ya paslanmayan poladdan və platindən düzəldirlər.

Bunlar içiboş metal borucuq olub bir tərəfl çəp kəsilmiş və şişdir, o biri tərəfində mufta bərkidilmişdir, mufta şprisin ucluğuna kip durmalıdır. Lüer şprisinin iynəsini "Rekord" şprisinə taxmaq üçün xüsusi kanülya olmalıdır.

İnyeksiya üsulundan və yeridilən maddədən asılı olaraq müxtəlif uzunluqda (3—4 sm-dən 8—10 sm-ə qədər) və müxtəlif diametrli (0,3 mm-dən 1,5 mm-ə qədər) şprislərdən istifadə edilir. Şpris və iynələri işlətməmişdən əvvəl xüsusi sterilizatorlarda qaynadıb sterilizə edirlər, bu çür sterilizator dördüzlü metal qutu olub dibinə tor vurulmuş və kip bağlanan qapağı vardır. Elektrik şəbəkəsinə qoşulan elektrik sterilizatorları, qaz plitəsinin üstündə qızdırılan və s. sterilizatorlar vardır.

Şpris və iynələri qaynatmamışdan əvvəl soyuq suyun, sonra isə ilıq suyun altında yaxşı yumaq və 20 dəqiqə 5—10%-li məhlulda saxlamaq lazımdır; bu cür məhlul 950 ml su, 20 ml perhidrol və 10 q sulfanoldan, yaxud başqa bir yuyucu maddədən ("Lotos") hazırlanır. Sonra şprisi 5 dəqiqə soyuq suyun altında yuyurlar. Təmizlənmiş və yuyulmuş şprisləri sökür (silindri və porşeni ayırırlar), tənzifə bükür və sterilizatorun toru üzərindəki bir neçə qat tənzifin üstünə (şprisləri məhlula salanda və qaynadanda çatlamaması üçün) qoyurlar. İynələri şprislərlə birlikdə sterilizatora qoyurlar. Sterilizatorda şpris və iynələrdən başqa şprisləri yığanda əl dəyməməsi üçün iki pinset və toru çıxarmaq üçün qarmaqlar da olur. Şprisləri palataya gətirmək üçün işlədilən böyrəyəoxşar qabı da oraya qoymaq yaxşı olar. Sterilizatora distilə edilmiş su tökürlər, buna görə də metal hissələri dəfələrlə qaynatdıqda üzəri az ərp bağlayır. Distilə edilmiş su olmadıqda adi suya bir çimdik natrium-hidrokarbonat (2%-li məhlulu) tökürlər. Sterilizatora tökülən su şprislərin üstünü tamam örtməlidir. Adətən şpris və iynələri 40 dəqiqə qaynadırlar. Sterilizatora əlavə olaraq hər hansı alət də atılmışsa, yenə 30 dəqiqə qaynadırlar. Qaynatdıqdan sonra sterilizatorun dibindəki toru qarmaqlarla çıxarır və şprislərin tez soyuması üçün toru sterilizatora söykəyirlər. Hər bir şö'bədə penisillin vurulan şprisləri qaynatmaq üçün ayrıca sterilizator və başqa şprislər üçün də sterilizator olmalıdır.

Kauçuk sağanaqlı şprisləri qaynatmaq olmaz. Bunları yarıbayarı distilə edilmiş su ilə qarışdırılmış 3%-li karbol turşusu məhluluna salıb dezinfeksiya edirlər.

Bir çox xəstəxanalarda şpris və iynələri mərkəzləşmiş qaydada quru sterilizasiya şkaflarında sterilizə edirlər. Bunun üçün hər şpris və iynəni xüsusi silikat kağızdan düzəldilmiş kağız torbalara iki-iki qoyur və torbaların ağzını hər iki tərəfdən yapışdırırlar. İşlətmək lazım gəldikdə torbanı açır, porşeni pinsetlə götürüb silindrə qoyurlar, həmçinin iynələri də bu cür edirlər.

İşlətdikdən sonra şprisi axar suyun altında yuyub hidrogen-

peroksid və "Lotos" poroşokundan hazırlanmış dezinfeksiyaedici məhlula salır, sonra təzədən yuyur, qurudur və quru halda sterilizasiyaya verirlər. Burada şprisdə qan qalıb-qalmadığını bir damcı benzidin töküb bir daha yoxlayırlar. Sonra şprisləri 5%-li sirkə məhlulunda 15 dəqiqə saxlayır və distilə edilmiş suda qaynadırlar. Quru şprisləri zərfə qoyub ağzını yapışdırır və ancaq bundan sonra sterilizasiya üçün quru sterilizasiya şkafına qoyurlar. Bu cür dəfələrlə aparılan sterilizasiyanın böyük üstünlüyü vardır. Əvvəla, o tə'cili hallarda həmişə əlaltında steril şpris olur, belə ki, bağlı zərflərdə sterillik bir ay qalır. İkincisi, bu cür sterilizasiya daha keyfiyyətli olduğu üçün infeksiyadan sonra infiltrat və abseslər əmələ gəlmir, çünki hər dəfə ayrıca şpris və iynə işlədilir.

Bə'zi xəstəxanalarda şprisləri avtoklavlarda mərkəzləşmiş qaydada sterilizə edirlər. Bu usul əlverişli, sərfəli və e'tibarlıdır. Şprisləri sterilizasiya üçün ümumi taydada hazırlayırlar. Şprisləri qurutduqdan sonra köhnə döşəkağı və dəsmaldan tikilmiş torbalara qoyurlar. Bunların ağzını qatlayıb əskiyə bükür və üstündən bağlayırlar. Əlverişli olması üçün hər torbaya 5 şpris qoyurlar. İynələri Petri fincanına və ya tənzifdən düzəldilmiş bir neçə kürəcik və pinsetlə birlikdə salfetkaya qoyurlar. Sonra bunları bu şəkildə sterilizasiyaya verirlər. Burada onları seçmə yolla yoxlayırlar: düzmü yığılıb, yaxud yararsız şprislər varmı. Habelə yaxşı təmizlənibmi (benzidin sınağı ilə yoxlayırlar). Bundan sonra şpris yığılmış torbaları avtoklava qoyur və 0,5 atm təzyiq altında (106°S-yə bərabərdir) 45 dəqiqə sterilizə edirlər. Bu cür torbada sterillik 35 gün qalır. Prosedura kabinetlərində bu torbaları aseptika qaydalarına əməl edib kiçik cərrahiyyə stoluna (diyircəkli) qoyurlar. Lazım gəldikcə şprisləri torbanın ciblərindən çıxarırlar.

Qaynatdıqdan sonra şprisi tamam soyuduqda yığmaq olar. Tibb bacısı şprisi yığmamışdan əvvəl əllərini sabun və şotka ilə yaxşı yumalı, sonra dəsmalla qurulamadan (sterilliyi pozmamaq üçün) spirtlə yaxşı silməlidir. Yuduqdan sonra başqa şeylərə əllərini vurmamalıdır. Sterilizə olunmuş şeyləri pinsetlə götürmək lazımdır. Hətta yaxşı yuyulmuş əlləri belə şprisin ancaq bədənə dəyməyən hissələrinə vurmaq olar. İynəyə qətiyyən əl vurmaq olmaz. Şprisi bu cür yığırlar: sol əldəki pinsetlə silindri götürür sağ əldəki pinsetlə porşenin başından tutub hərlədə-hərlədə silindrin deşiyinə qoyur və axıra kimi yeridirlər. Çeçələ barmaqla isə porşeni tutub tərpənməyə qoymurlar. Sağ əldəki pinsetlə muftadan tutub iynəni götürür, onu silindrə taxır və möhkəm bərkidirlər. Şəhadət barmaqla muftanı tutub iynədən hava və ya steril məhlul buraxaraq iynəni yoxlayırlar. Şprisi yığdıqdan sonra ona inyeksiya üçün məhlul yığırlar.

Şprisə dərman yığmamışdan əvvəl diqqətlə adını oxumaq lazımdır ki, səhvə yol verilməsin. Hər inyeksiya üçün iki iynə lazımdır: biri şprisə məhlul yığmaq üçün, o biri isə biləvasitə inyeksiya üçün. Yaxşı olardı

ki, birinci iynənin diametri böyük olsun. İynələri dəyişəndə sterilliyə əməl olunmalıdır. Həmçinin ampulun boğazını, yaxud dərman şüşəsinin ağzındakı rezin tıxacı spirt və ya yodla silmək lazımdır. Ampulun dar yerini kiçik yeyə ilə mişarlayır, spirtdə isladılmış tənziflə sındırırlar. Ampulu sol əldə tutub sağ əllə ona iynəni salırlar. Porşeni çəkib ampuldakı və ya şüşədəki dərmanı yavaş-yavaş şprisə yığırlar. Dərmanın yaxşı yığılması üçün bunları lazım gəldikcə yana əyirlər.

Ağırlaşma olmaması üçün şprisdəki hava qabarcıqlarını çıxarmaq lazımdır. Bunun üçün iynəni yuxarıya tutub şprisi dik saxlayır, çeçələ barmaqla porşeni, şəhadət barmaqla isə iynəni tuturlar. Porşeni basıb iynənin gözündən damcı gələnə qədər şprisdəki havanı çıxarırlar. Xəstəyə yağ mayesi vurulacaqsa ampulu ilıq suya salıb qızdırmaq lazımdır.

İnyeksiya vurulacaq yeri (xeyli böyük bir nahiyəni) spirtdə isladılmış steril tamponla silirlər. İnyeksiya üçün şprisi, iynəni, tibb-bacısının əlləri və xəstənin dərisini hazırlamağın böyük əhəmiyyəti vardır. Başlıca məsələ bütün aseptika qaydalarına əməl olunmasıdır. İnyeksiya üçün hazır şprisi xəstənin palatasına dibinə steril tənzif salfetkalar salınmış steril qabda (böyrəyəoxşar qabda) gətirirlər. İynəni spirtlə isladılmış pambığa bükmək qətiyyən olmaz, çünki pambığın tiftiyi xəstənin dərisi altına gedib infiltrat və irinləşmələr törədə bilər.

Dərman maddələrinin dəridaxilinə vurulması. Dəridaxilinə inyeksiyaları diaqnostika məqsədilə, habelə yerli keyitmə üçün tətbiq edirlər. Bunun üçün uzunluğu 2—3 sm-dən böyük olmayan və kiçik diametrli iynə götürürlər. Adətən dərman maddələrini dəri daxilinə saidin içəri tərəfinə vururlar. İnyeksiya yerini spirtlə, sonra isə efirlə silirlər. Uzunluğu 2—3 sm olan nazik iynəni dəriyə elə batırırlar ki, onun ucu ancaq buynuz qatına girir. İynəni dərinin səthinə paralel aparıb 0,5 sm dərinliyə yeridir və 1—2 damcı maye vururlar, bundan sonra dərinin üzərində limon qabığına oxşayan ağımtıl qabarcıq əmələ gəlir. İynəni yavaş-yavaş yeridərək şprisdən damcı-damcı maye buraxıb dərinin altına lazım olan qədər yeridirlər.

Dərialtı inyeksiyalar və məhlul yeridilməsi. Dərialtına az miqdardan tutmuş 2 l-ə qədər maye vurmaq olar. Dərialtına maye vurmaq üçün ən münasib nahiyələr bazunun bayır tərəfi, kürəyin altı, budun ön tərəfi, qarın divarının yan tərəfi və qoltuğun aşağı hissəsidir. Bu yerlərin dərisi yaxşı bükülür və qan damarlarını, sinirləri və sümüküstlüyünü zədələmək təhlükəsi olmur. Dərialtı piy toxuması şişdikdə və ya əvvəlki inyeksiyaların pis sorulması üzündən bərkimiş yerlərə iynə vurmaq və məhlul yeritmək olmaz.

İnyeksiyadan əvvəl dərini spirtlə silir, sol əllə dərini qaidəsi aşağıda olan üçbuçaq şəklində bükürlər; sağ əllə şprisi götürür, iynəni və porşeni tutub iynəni üçbucağın qaidəsinə 45° bucaq altında 1—2 sm dərinliyə cəld batırırlar. İynənin ucunun dəridən keçib dərialtı

birləşdirici toxumaya düşdüyünə əmin olduqdan sonra yavaş-yavaş məhlulu yeridirlər. Şprisdə hava qabarcığı qalmışsa, dərmanı yavaş yeritmək və məhlulun hamısını dərinin altına buraxmayıb azca şprisdə saxlamaq lazımdır. Dərmanı dərialtı birləşdirici toxumaya yeritdikdən sonra iynəni tez çıxarır, iynə yerini spirtlə silir və spirtdə isladılmış pambıqla sıxırlar. Dərman maddəsini şprisin tutumundan çox vurmaq lazımdırsa, şpris boşaldıqdan sonra iynəni çıxarmadan, şprisi ehtiyatla iynədən ayırıb təzədən doldururlar. Bundan sonra şprisi bir daha iynəyə keçirir və yavaş-yavaş dərmanı vururlar.

Dərialtına inyeksiyalarda iynə damarlara düşə bilər və buna görə də dərialtı birləşdirici toxumaya düşməli dərmanlar damarlara gedə bilər. Yağ məhlullarının (kamfora yağı) və suspenziyaların damarlara düşməsi xüsusilə qorxuludur. Həmçinin dərman maddələrini dərialtı birləşdirici toxuma əvəzinə dərinin içərisinə vurmaq olmaz, iynəni dərin batırmadıqda belə olur. İynənin ucu küt olduqda toxumalar zədələnir, bunun nəticəsində iynə vurulan nahiyədə iltihab əmələ gəlir. İnyeksiyadan sonra dərialtı infiltrat əmələ gələ bilər, yağ məhlullarını qızdırmadan vurduqda, həmçinin aseptika və antiseptika qaydalarına əməl etmədikdə bu, daha çox baş verir. Bu cür ağırlaşmaların baş verməməsi üçün inyeksiyanı müvafiq uzunluğu və diametri olan iynə ilə etmək, habelə inyeksiya yerlərini dəyişmək lazımdır.

Tibb bacısı iynə vurulan yerin bərkidiyini, yaxud qızardığını gördükdə, 40%-li spirt məhlulu ilə qızdırıcı kompres qoymalı, habelə isitqac qoyub həkimin diqqətini buna çəlb etməlidir.

Dərialtına böyük miqdarda maye vurulması—bax: məhlul yeritmək.

Əzələ daxilinə inyeksiyalar. Bə'zən dərman maddələrinin dərialtına vurulması ağrılı olur və pis sorulur, bunun nəticəsində də infiltratlar əmələ gəlir. Bu cür preparatlardan istifadə etdikdə, habelə dərmanın tə'sirini tez görmək istədikdə onu dərialtına yox, əzələ daxilinə vururlar. Əzələlər daha geniş qan və limfa damarları şəbəkəsinə malikdir ki, bu da dərmanların tez və tam sorulmasına şərait yaradır. Əzələ daxilinə inyeksiyaları bədənin müəyyən yerlərinə, daha doğrusu, əzələ toxuması qalın olan, iri qan damarları və sinir kötüklərindən uzaq yerlərə etmək lazımdır. Daha münasib yerlər sağrının, qarının və budun əzələləridir.

Əzələ daxilinə inyeksiyalar üçün "Rekord" şprisindən, yoğunluğu 0,8-1,5 mm və uzunluğu 8-10 sm olan iynələrdən istifadə edirlər. İynənin uzunluğu dərialtı birləşdirici toxumanın qalınlığından asılıdır, çünki iynə dərialtı piy toxumasından keçib əzələnin içərisinə girməlidir. Sağrı nahiyəsinə əzələdaxili inyeksiyaları ancaq sağrının yuxarısına, sinirlərdən və iri qan damarlarından uzaq yerə vururlar. Bunun üçün sağrını xəyalən dörd yerə bölür və iynəni yuxarı kvadrata (dairənin 1/4-i) vururlar.

Şprisi, tibb bacısının əllərini və xəstənin dərisini ümumi aseptika

qaydalarına müvafiq hazırlayırlar. Dərmanı sağrıya vurduqda xəstə qarnı üstə, yaxud böyrü üstə uzanır.

Şprisi sağ əldə tuturlar: II barmaq porşeni, IV iynənin muftasını, o biri barmaqlar silindri tutub saxlayır. Şprisi xəstənin bədəninə perpendikulyar tuturlar. İynə vurulacaq yerin ətrafındakı dərini sol əllə dartırlar. İynəni qəti hərəkətlə 7—8 sm batırıb muftadan yuxarıda 1 sm saxlayırlar, çünki çox vaxt iynə bu yerlərindən sınır. Bundan sonra porşeni özünə tərəf çəkməli və iynənin qan damarına düşmədiyinə əmin olduqdan sonra (qan damarına düşsə şprisdə qan görünəcəkdir) porşeni sıxıb məhlulu yavaş-yavaş axıra qədər vururlar. Dərini spirtdə isladılmış pambıq tamponla silib iynəni cəld çıxarmaq lazımdır. Dərmanı bud əzələsinə vurduqda şprisi qələm perosu kimi bucaq altında tutmaq lazımdır ki, sümüküstlüyü zədələnməsin. Qeyri-steril şpris və iynələr işlətdikdə, inyeksiya yerini düzgün seçmədikdə, iynəni lazımi qədər batırmadıqda və o damarlara düşdükdə müxtəlif cür ağırlaşmalar baş verə bilər: iynə vurulan yer irinləyə, sinir zədələnə, dərman emboliyası əmələ gələ, iynə sına bilər və s.

İNHALYASİYA—dərman maddələrinin nəfəslə bədənə daxil edilməsi metodudur. Nəfəs aldıqda qaz halında olan (oksigen, karbon qazı), tez buxarlanan (efir, xloroform), habelə narın toz halında olan maddələr (aerozollar) udulur. Aerozol əmələ gəlməsi üçün pulverizator prinsipi ilə qurulmuş xüsusi aparatlardan istifadə edirlər: sıxılmış hava və ya oksigen dərman məhlullarını narın toz halına salır və xəstələr bu tozla nəfəs alırlar. İnhalyasiya zamanı sakit və dərindən nəfəs almaq lazımdır. Bronxial astmalı xəstələr üçün evdə istifadə olunan inhalyatorlar vardır. Dərman maddəsi plastik kütlədən hazırlanmış borucuqda olur, ona rezin balon taxılmışdır. Xəstə balonu sıxıb havanın gücü ilə dərmanı özünün tənəffüs yollarına buraxır.

Çox vaxt dərman maddələrini buxar halında udurlar, bunun üçün xüsusi aparat—buxar, inhalyatoru vardır. Xəstənin paltarının çirklənməməsi üçün inhalyasiyadan əvvəl döşünə müşəmbə salırlar. Aparatdan çıxan buxarın xəstəni yandırmaması üçün onu aparatdan aralı oturdurlar. Xəstə buxarı ağzı ilə nəfəs alıb udur.

Aerozollar yaxşı kömək edir—bronxları genəldir, bəlğəmi yumşaldır və s. Tənəffüs yollarının selikli qişasını zərərli tə'sirlərdən qorumaq üçün inhalyasiyadan profilaktika tədbiri kimi də istifadə etmək olar. Yağ inhalyasiyaları üçün bitki yağları: badam və şaftalı yağı, təmizlənmiş günəbaxan yağı və s. işlədilir. Bə'zən yağa mentol (1—3%) qatırlar, o, ağrıkəsici və zəif bakterisid xassəyə malikdir. Burun udlağın infeksion xəstəliklərində evkalipt yağı qarışdırılmış antibiotikli inhalyasiya yaxşı kömək edir. Bu zaman tənəffüs yollarının selikli qişası qızararsa və quru olarsa antibiotiklərdən imtina etmək lazımdır. Kurortlarda təbii aerozollardan, çox vaxt qələvi aerozollarından istifadə edirlər. Bə'zən qələvi inhalyasiyalarını yağ

inhalyasiyaları ilə birlikdə aparırlar. Bu zaman xəstə əvvəlcə qələvi ilə nəfəs alır, sonra 15 dəqiqə fasilə verib yağ inhalyasiyası qəbul edir, çünki yağ hissəcikləri dərmanı selikli qişaya qonmağa qoymur.

İRRİQOSKOPİYA—yoğun bağırsağın rentgenoloji müayinəsidir, bunun üçün qabaqca ona düzbağırsaqdan barium vururlar. 3 gün xəstə qaz əmələ gətirən qidalar (qara çörək, süd, kartof, kələm, paxla, alma, üzüm və s.) yemir. Ona asan həzm olunan qida: sıyıq, kisel, omlet, şorba, suda bişmiş ət və balıq tə'yin edirlər. Xəstəni meteorizm (qazlar) narahat edərsə ona gündə 3 dəfə çobanyastığı dəmləməsi verir və axşam yeməyindən sonra qazçıxaran boru qoyur və 2 saat saxlayırlar. İşlətmə dərmanları tə'yin etmək tövsiyə edilmir, çünki bunlar qaz əmələ gəlməsinə səbəb olur. Müayinə ərəfəsində xəstəyə nahardan qabaq 30 q gənəgərçək yağı verir, axşam 1 saat ara verib iki dəfə təmizləyici imalə qoyurlar. Səhər yünkül səhər yeməyi verir, sonra imalə edir, yarım saatdan sonra isə ikinçi təmizləyici imalə edirlər. Bağırsaqların müayinəsinə 1 saat qalmış qazçıxaran boru qoyurlar. Rentgen kabinetində yoğun bağırsağa barium imaləsi edirlər.

İSİTQAC—iltihab proseslərinin sorulması, bədəni qızdırmaq və ağrını kəsmək üçün qoyulur. Rezin və elektrik isitqacları vardır. Rezin isitqac 1—1,5 l su tutan, ağzı tıxacla möhkəm bağlanan rezin qabdır. İsitqacın $^3/_4$ hissəsinə su tökülür (onun çox ağır olmaması üçün), sonra basıb havası çıxarılır, tıxac yaxşı burulub bərkidilir, isitqac ağzı aşağı çevrilir (su buraxıb-buraxmamasını yoxlamaq üçün), qurulanır, dəsmala bükülüb xəstəyə qoyulur. İsitqacın altında dərinin nə dərəcədə qızmasını yoxlamaq lazımdır. İsitqacın altında qalan dərinin qızarmaması üçün ona vazelin və ya yağ sürtülür.

Çox isti isitqacı əvvəlcə adyalın üstündən, sonra döşəkağının altına və axırda birbaşa bədənə qoyurlar. İsitqacı soyuyana qədər saxlayırlar. Zəif və ağır xəstələr istini həmişə tez hiss etmirlər, buna görə də isitqac onların bədənini yandıra bilər. Huşunu və dəri hissiyyatını itirmiş xəstələrlə çox ehtiyatlı olmaq lazımdır. Tibb bacısı dərinin çox qızıb-qızmadığını yoxlayır və isitqacın düz qalmasına fikir verir.

Su isitqacından başqa elektrik isitqacı da vardır. Bundan istifadə etdikdə onun qızdırma dərəcəsini reostatla tənzim etmək mümkündür. Tənzimləyici reostat şnurun balışdan çıxdığı yerdədir. Bu isitqacı ara verməklə qoymaq lazımdır.

İsitqac qoymağa əks-göstərişlər: qarın boşluğunda kəskin iltihab prosesləri (appendisit, xolesistit, pankreatit), şişlər, qanaxmalar, zədələnmələr (ilk saatlar).

İFRAZAT GÖTÜRMƏK (analiz üçün)[1]. Bakterioloji analiz üçün materialı mümkün olduqca steril şəraitdə və mütləq steril qaba götürmək lazımdır. Əkmək üçün götürülən materialı laboratoriyaya mümkün qədər tez çatdırırlar. Əsnəkdən götürülən yaxma (selik) tez quruyur. Dizenteriya üçün götürülən nəcis autoliz nəticasində turşu reaksiyalı olur ki, bu da xəstəlik törədicisinə öldürcü tə'sir edir və s.

Analiz üçün materialı laboratoriyaya tez çatdırmağa imkan yoxsa, onu soyuq yerdə saxlamaq lazımdır, çünki bakteriyaların əksəriyyəti soyuğa dözümlü olur.

Analiz üçün əsnəkdən və ya burundan (difteriyaya, ankinaya görə) materialı steril pambıq tamponla götürürlər; bu zaman dili şpatellə tutub saxlayırlar: yaxmanı zədələnmiş nahiyə ilə sağlam selikli qişa arasındakı sərhəddən götürürlər.

Yemək yeyən kimi, yaxud ağzı dezinfeksiyaedici məhlulla yaxaladıqdan sonra dərhal yaxma götürmək olmaz. Yaxşı olar ki, materialın götürülməsi ilə əkilməsi arasında ən çoxu 5—6 saat keçsin.

Kişilərdə sidik kanalından götürülən ifrazatı (çox vaxt süzənəyə görə) səhər birinci dəfə siyiyənə qədər götürürlər, bunun üçün sidik kanalının xarici deşiyini əvvəlcə natrium-xloridin steril izotonik məhlulu, 1%-li xloramin məhlulu və ya ilıq su ilə isladılmış pambıqla silirlər. İfrazat az gəldikdə sidik kanalının dal divarına azca basır və barmağı içəri salıb bir damcı sıxıb çıxarırlar, sonra tel ilməklə eyni qalınlıqda nazik yaxmalar hazırlayırlar.

Adətən qadınlarda analiz üçün sidik kanalının, uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun ifrazatını götürürlər. Sidik kanalından ifrazat götürmək üçün barmağı uşaqlıq yoluna salır və sidik kanalının dal divarına basırlar. Uşaqlıq yolundan ifrazatı tel ilməklə, novvarı zondla və ya küt qaşıqla götürürlər: bu zaman dəyirmi güzgünü salmaq da olar, salmamaq da. Güzgü saldıqda ifrazatı dal tağdan götürmək daha yaxşıdır. Hazırlanmış və qurudulmuş yaxmaları laboratoriyaya göndərirlər. Əkmək üçün materialı bütün aseptika qaydalarına əməl edib steril sınaq şüşələrinə götürürlər. Materialı laboratoriyaya göndərdikdə kağızda xəstənin familiyası, adı və atasının adı, şö'bə və ya sahə, analizin məqsədi və tarix yazılır.

YANĞI—orqanizmdə su çatışmamasını göstərir. Toxumalarda su yığıldıqda da (ürək və böyrək ödemləri, daxili sekresiya vəzilərinin fəaliyyətinin pozulması və s.) yanğı ola bilər. Ağız boşluğunun və udlağın selikli qişası çox qurudutda, habelə bunların səthindən su tez buxarlandıqda müvəqqəti hal kimi də yanğı olur. Mə'də möhtəviyyatının evakuasiyası yavaş olduqda həzm şirələrinin bol ifraz olunması da yanğı törədə bilər. Yüksək temperatur şəraitində (isti sexlərdə, isti iqlimdə, yayda və s.) işləyən işçilərdə şiddətli yanğı olur, buna səbəb çox tərləmə nəticəsində orqanizmin su və mineral duzlar itirməsidir. Patoloji halda yanğı şəkərsiz və şəkərli diabetdə olur. Cərrahiyyə əməliyyatından sonra xəstədəki yanğını söndürmək üçün dodaqların və ağzın selikli qişasını isladırlar. Bə'zən xəstə ağzını su ilə yaxalayıb tüpürür.

YATAQ YARALARI—uzun müddət yataqda qalan zəif xəstələrdə baş verən distrofik xora—nekroz proseslərdir. Yataq yaraları yumşaq

[1] Bu bölməni tibb elmləri namizədi A.M.Naqorni yazmışdır.

toxumaların sıxıldığı yerlərdə əmələ gəlir. Adətən, belə yerlər oma, kürək, böyük burma və dirsək nahiyəsidir. Dəriyə pis qulluq edilməsi, döşəyin rahat olmaması, gec-gec çevrilməsi də yataq yarasının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Yataq yarasının ilk əlaməti—dərinin ağarıb sonra qızarması, şişməsi, onun üst qatının qopmasıdır. Bundan sonra suluqlar və dərinin nekrozu əmələ gəlir. Ağır hallarda nəinki yumşaq toxumalar, həmçinin sümüküstlüyü və sümük maddəsinin üst qatları da ölür. İnfeksiya da qoşulduqda sepsis baş verir və xəstənin ölümü ilə nəticələnir.

Yataq yaralarının profilaktikası: 1) xəstənin vəziyyəti imkan verərsə, onu gündə bir neçə dəfə böyrü üstə çevirməli: 2) gündə bir neçə dəfə döşəkağı çırpılmalıdır ki, üstündə çörək qırıntıları olmasın; 3) döşəkağının və xəstənin alt paltarının qırışıq və yamaqlı olmamasına fikir verməli; 4) uzun müddət yataqda olan ağır xəstələrin altına hava üfürülən rezin dairə qoymalı; ona örtüyü elə taxmaq lazımdır ki, xəstənin oması deşiyə tən gəlsin; 5) hər gün dərini dezinfeksiyaedici məhlulla silməli, məsələn, kamfora qarışıqı, kamfora spirti, araq, odekalon, sirkə məhlulu (1 xörək qaşığı sirkəyə 300 ml su götürülür) və s. ilə; bunlar olmadıqda isə dərini ilıq su ilə isladılmış dəsmalla silib qurulamalı; 6) dəri qıza ış olduqda yerli qan dövranını yaxşılaşdırmaq üçün həmin yeri quru dəsmalla sürtməli; 7) dərisi yeyilmiş yerləri soyuq su və sabunla yuyub, spirtlə silməli və sonra pudra səpməli.

Dərini dəsmalla sürtmək üçün dəsmalın ucunu dezinfeksiyaedici məhlulla isladır, sonra azca sıxıb xəstənin boynunu, qulaqların dalını, kürəyi, sağrıları, döş qəfəsinin qabaq tərəfini və qoltuqları sürtürlər. Süd vəzilərinin altındakı büküşlərə xüsusi fikir vermək lazımdır, çünki tosqun qadınlarda bu yerlər tərdən bişə bilər. Sonra dərini eyni qaydada silib qurudurlar.

Müalicəsi. Suluqlar əmələ gəldikdə bunlara brilyant abısının spirt məhlulunu sürtür, sonra quru sarğı qoyurlar. Nekrozun sərhədləri aydın bilinəndə ölmüş toxumaları kəsib götürür və yaraya 1%-li kalium-permanqanat məhlulu ilə isladılmış steril salfetka qoyurlar; sarğını gündə 2—3 dəfə dəyişirlər. Yara təmizləndikdə məlhəm qoyurlar, məsələn, Vişnevski məlhəmi. Peru yağı ilə ağ şam yağının qarışığını, sintomisin emulsiyası və s. Xəstələrdə yataq yaralarının əmələ gəlməsi, adətən, onlara pis qulluq edilməsini və xəstəxanada sanitariya mədəniyyətinin aşağı olmasını göstərir. Buna görə də tibb bacısı ağır xəstələrə fikir verməli və hər gün yataq yaralarına qarşı tədbir görməlidir.

KATETERİZASİYA—kateterin sidik kisəsinə yeridilməsi. Kateteri müalicə və diaqnostika məqsədi ilə və sidik kisəsini yumaq üçün yeridirlər. Sidik kisəsinə infeksiya salmamaq üçün kateteri çox ehtiyatla yeritmək lazımdır, çünki sidik kisəsinin selikli qişasının

infekdiyaya müqaviməti azdır. Deməli, kateter salmaq heç də zərərsiz deyil, buna görə də o ancaq zərurət olduqda salınmalıdır. Sidik kisəsi üçün yumşaq və bərk kateterlər vardır.

Yumşaq kateter—25—30 sm uzunluğunda və diametri 0,33 mm-dən 10 mm-ə qədər olan (№№1—30) elastiki rezin borudur. Kateterin sidik kisəsinə salınan ucu dəyirmi və bütöv olub yandan oval deşiyi vardır, bayırda qalan ucu çəpinə kəsilmiş, yaxud qıf kimi açılmışdır, buna görə də sidik kisəsinə dərman maddələri yeritdikdə şprisin ucluğunu taxmaq asan olur.

Kateteri işlətməmişdən əvvəl su qaynamağa başlayan andan 10—15 dəqiqə qaynadırlar. İşlətdikdən sonra ilıq su və sabunla yaxşı yuyur və yumşaq əsgi ilə silirlər. Rezin kateterləri ağzı qapaqlı e'mallı və şüşə qutulara tökülmüş, 2%-li borat turşusu və ya karbol turşusu məhlulunda saxlayırlar, çünki bunsuz onlar quruyur, elastikliyini itirir və tez sınır. Hazırda rezin kateterləri saxlamaq üçün xüsusi sterilizatorlar vardır. Bu cür sterilizatorların dibinə formalin həbləri qoyurlar; bunlar buxarlandıqca kateterləri dezinfeksiya edir.

Bərk (metal) kateter—dəstək, buj və dimdikdən ibarətdir. Uretraya salınan uçu bütöv və dəyirmi olub, yanlarda iki oval deşiyi vardır. Kişi kateterinin uzunluğu 30 sm qadın kateterinin—12—15 sm olub kiçik dimdiyi vardır.

Qadına kateter salma. Prosedurадan qabaq tibb bacısı əllərini ilıq su və sabunla yuyur, dırnaq falanqalarını isə spirt və yodla silir. Qadının uşaqlıq yolundan ifrazat gəlirsə, onu yuyur, yaxud şırınqalayır. Tibb bacısı və ya həkim xəstənin sağ tərəfində durur, xəstə isə dizləri qatlanmış halda ayaqlarını aralayıb arxası üstə uzanır. Tibb bacısı sol əllə cinsiyyət dodaqlarını aralayır, sağ əllə isə yuxarıdan aşağıya doğru xarici cinsiyyət üzvlərini və sidik kanalının deşiyini dezinfeksiyaedici məhlulla (1:1000 nisbətində süleymani məhlulu, furasilin və ya çivə-oksisianid) yaxşı silirlər. Sonra steril vazelin yağına salınmış kateteri pinsetlə götürüb ehtiyatla sidik kanalının deşiyinə salırlar. Kateterin bayır dəliyindən sidik gəlməsi kateterin sidik kisəsinə düşməsini göstərir.

Sidik daha özü gəlmirsə qarın divarından sidik kisəsi nahiyəsinə azca basıb içəridə qalan sidiyi çıxarmaq olar. Qadınlarda sidik kanalı qısa (5—6 sm) olduğu üçün onlara kateter salmaq çətinlik törətmir. Sidiyi əkmək üçün götürdükdə steril sınaq şüşəsinin ağzını alovun üstündə tutur və şüşə dolduqdan sonra ağzını steril pambıq tıxacla bağlayırlar. Yuxarıya infeksiya yeriməməsi üçün tibb bacısı aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi əməl etməlidir.

Kişilərə kateter salma. Kişilərə kateter salmaq xeyli çətindir, çünki onlarda sidik kanalı uzun olub 22—25 sm-dir və iki yerdə fizioloji daralma əmələ gətirir ki, bu da kateterin keçməsinə mane olur, Kateter qoyduqda xəstə arxası üstə uzanır, qıçlarını dizdən azca qatlayıb

aralayır; ayaqlarının arasına "ördək", böyrəyəoxşar qab və ya dolça qoyurlar ki, kateterdən gələn sidik buraya tökülsün. Tibb bacısı və ya həkim sol əli ilə xəstənin cinsiyyət üzvünü tutub onun başını və uretranın deşiyini borat turşusu məhlulunda isladılmış pambıqla silir. Sonra sol əli ilə uretranın xarici dəliyinin dodaqlarını aralayır, sağ əlindəki pinsetlə və ya steril tənzif salfetka ilə uretraya yavaşca yumşaq kateteri yeridir (onu əvvəlcədən steril bitki və vazelin yağına salırlar). Kateter sidik kisəsinə girən kimi sidik çıxır. Elastik kateteri salmaq mümkün olmayanda metal kateter salırlar. Metal kateteri kişilərə həkim salır.

Kateteri sidiyin hamısı çıxdıqdan sonra yox, bir qədər tez çıxarmaq lazımdır tsi, kateteri çıxardıqdan sonra gələn sidik kanalı yusun.

KOMPRESLƏR—yayındırıcı müalicə növlərindən biridir. Bunlar dəridə; dərialtı piy toxumasında və bundan altda yerləşən toxumalardakı yerli iltihab proseslərinin sorulması üçün qoyulur. Qızdırıcı, soyuq və isti kompreslər olur.

Qızdırıcı kompres—dərinin damarlarını və bundan altda yerləşən qan damarlarını uzun müddət genişləndirir, nəticədə həmin yerə qan çox gəlir, iltihab prosesi sorulur və ağrı azalır. Qızdırıcı kompresi bədənin hər yerinə qoymaq olar. Onun qoyulmasına əks-göstəriş dəri xəstəlikləridir.

Qızdırıcı kompres aşağıdakı üç qatdan ibarət olur: 1) bir qat qalın, lakin yumşaq, su hopan təmiz parça (kətan parça, salfetka polotnosu, bumaze və s.), bunu otaq temperaturlu suda isladıb yaxşı sıxırlar; 2) müşəmbə və ya yağlı kağız, 3) pambıq. Hər qat əvvəlkindən 2 sm enli olmalıdır. Bu qayda ilə hazırlanmış kompresi səliqə ilə bədənə elə qoyurlar ki, yaş qat altda qalır, qalanlar isə onun üstündən qoyulur. Sonra kompresi bintlə möhkəm sarıyır və üstündən isti yun şal və ya şərflə bağlayırlar.

Kompresi bədəndə 12 saatdan çox saxlamaq olmaz. Onu səhər və axşam dəyişirlər. Dərinin qıcıqlanmaması üçün kompresi dəyişəndə həmin yeri ilıq su və spirtlə yaxşı silir, yumşaq dəsmalla qurulayır və 2 saat ara verirlər. Təzə kompres üçün təmiz material götürmək lazımdır.

Kompres qoymaq üçün ilıq su, zəif sirkə məhlulu (1 çay qaşığı 0,5 l suya), araq, odekalon və ya su ilə qarışdırılmış spirt (1:2) işlətmək olar. Dəridə səpkilər əmələ gələrsə, ona talk və ya pudra səpirlər. Kompresi qoyduqdan sonra xəstə üşüyərsə bu, kompresin düzgün qoyulmadığını göstərir, müşəmbə və ya pambıq tənzifin üstünü tamam örtmür, yaxud bint boş sarınmışdır. Belə olduqda kompreslə dərinin arasına hava və su girir, su tez buxarlanaraq dərini qızdırmaq əvəzinə soyudur. Buna görə də kompresi yuxarıdakı qaydalara əməl edib daha səliqəli qoymaq lazımdır.

Qızdırıcı kompres böyük bir nahiyəyə qoyulubsa, xəstə yerində uzanmalıdır. Araqla və xüsusilə spirtlə qoyulan kompreslər tez

buxarlanıb quruyur, buna görə də bunları tez-tez dəyişmək lazım gəlir. Uzun müddət bu cür kompresləri qoymaq olmaz, çünki bunlar dərini çox qıcıqlandırır.

Soyuq kompresləri (islatmalar) əzilmə, travma qanaxmalar zamanı qoyurlar. Bu cür kompreslər yerli soyuma ömələ gətirir, həmin yerdəki qan damarlarının daralmasına və beləliklə, buraya az qan gəlməsinə səbəb olur, ağrını azaldır. Soyuq kompres üçün bir parça tənzif və ya polotno götürüb bir neçə dəfə qatlayırlar. Onu soyuq su ilə isladıb sıxır və lazım olan yerə qoyurlar; 2—3 dəqiqə saxlayıb qızanda götürürlər, bundan sonra təzəsini qoyurlar.

İsti kompreslər. Qalın parçanı isti suda (50—60°S) isladıb sıxır və bədənə qoyurlar. Üstündən müşəmbə və qalın yun parça qoyurlar. Parça əvəzinə müşəmbənin üstünə isitqac da qoymaq olar. Bu prosedura iltihab ocaqlarının tez sorulmasına kömək edir və ağrını kəsir. İsti kompresi hər 10—15 dəqiqədən bir dəyişirlər.

GƏYİRMƏ—mə'dədəki qazların qida borusundan çıxması. Udlaqdan keçib (aerofakiya) qida borusuna və mə'dəyə düşən hava, habelə zülalların parçalanması və qıcqırma proseslərində əmələ gələn karbon qazı, hidrogen-sulfid və metan adam gəyirdikdə çıxa bilər. Axırıncı qazları gəyirdikdə adətən pis iy gəlir. Gəyirmənin əmələgəlmə mexanizmi belədir: mə'-dənin kardial hissəsi açıq və mə'də çıxacağının spazmı olduqda nəfəsalma zamanı aşağı düşən diafraqma və kərkin qarın presi mə'dəni basır: həmçinin burada mə'də divarlarının yığılmasının da rolu vardır. Gəyirməni mə'də və qarın refleksləri törədir. Sağlam adamda gəyirmə mə'də qida ilə dolduqda da baş verə bilər.

Mə'də şirəsinin turşuluğu çox olduqda gəyirti turş olur, öd kisəsinin xəstəliyində—pis iy verir, mə'dədə çoxlu hava yığıldıqda—xəstə adam hava gəyirir. Gəyirmə xəstəlik deyil xəstəliyin əlamətidir, buna görə də xəstəni narahat edən tez-tez gəyirmədə əsas xəstəliyi müalicə etmək lazımdır. Gəyirmə həddindən çox yeməklə əlaqədardırsa, az-az yemək lazımdır.

METEORİZM—bağırsaqlarda patoloji qaz əmələ gəlməsi. Qarın çox köpür. Bə'zən çoxlu hava udduqda, yaxud bağırsaq diskineziyasında təsadüf edilir, nadir hallarda—qazların bağırsaqlardan pis sorulması nəticəsində baş verir. Qara çörək, turşuya qoyulmuş kələm, süd meteorizmi artırır. Adətən, meteorizm enterokolitlərdə, qaraciyərin sirrozu ilə birlikdə ürək çatışmamazlığında, habelə qarın boşluğunda aparılan operasiyadan sonra əmələ gəlir.

Meteorizmi azaltmaq üçün gündə 2 dəfə, hər dəfədə 1 həb fəallaşdırılmış kömür, çobanyastığı imaləsi, pəhriz tə'yin edirlər. Qazçıxaran boru qoymaq yaxşı kömək edir (bax: Qazçıxarma).

MƏ'DƏ ŞİRƏSİ (analiz üçün götürmək). Mə'dənin selikli qişasındakı vəzlər mə'də şirəsi ifraz edir, o qidanın həzm olunmasına kömək edir. Mə'də şirəsi—iysiz və qatışıqsız, turş reaksiyalı, açıq rəngli

şəffaf mayedir. Mə'də şirəsinin tərkibində hidrogen-xlorid turşusu və pepsin vardır, bunların olmaması həzmə mənfi tə'sir edir. Turşuluq artmaqla mə'də şirəsinin çox ifraz olunması qıcqırma və qəbizliyə, turşuluğun azalması isə qidanın pis həzm olunmasına və ishala səbəb olur. Sağlam adamda ümumi turşuluq 60-dan 40-a qə-dər, sərbəst xlorid turşusu—40-dan 20-yə qədər və zülallarda birləşmiş halda—20-dən 10-a qədərdir.

Mə'də möhtəviyyatını analiz etməklə mə'dənin sekretor və hərəki funksiyalarını qiymətləndirmək və bunların pozulmasına görə xəstəliyin xarakterini tə'yin etmək mümkündür. Adətən, sağlam adamın mə'dəsi acqarına boş olur, yaxud 50 ml-ə qədər maye olur.

Mə'də şirəsinin turşuluğunu tə'yin etmək üçün bir neçə üsul vardır. Ən yayılmış üsul turşuluğun sınaq səhər yeməyindən sonra yoğun və nazik zondla mə'də şirəsi götürüb tə'yin edilməsidir. Sınaq səhər yemək-ləri: 1) suxari (Boas—Evald yeməyi)—50 q boyat ağ çörək (qabıqsız) və ya 400 ml qaynamış suda və ya qənd salınmamış çayda isladılmış 35 q ağ suxari; 2) kofeinli səhər yeməyi—0,2 q kofein və 300 ml qaynamış su; mə'dənin hərəki funksiyasını tə'yin etmək üçün suya bir neçə damcı göy boyaq atılır; 3) kələm həlimi—300 ml; 4) ət bulyonu—300 ml; 5%-li alkoqol məhlulu; 6) histaminli səhər yeməyi (0,5 ml histamin 1:1000).

Mə'də şirəsinin yoğun zondla götürülməsi (ani metod). Yoğun zond 1—2 mm yoğunluğunda və diametri 8 mm-ə qədər olan rezin borudur. Zondun mə'dəyə salınan ucunda iki oval deşik vardır, mə'də şirəsi həmin deşiklərdən zonda axır.

Axşam xəstə mə'dənin selikli qişasını qıcıqlavdırmayan orta miqdarda yemək yeyir, səhər isə müayinəyə acqarıia gəlir. Adətən, mə'də şirəsini sınaq səhər yeməyindən (Boas—Evald yeməyi) 45 dəqiqə keçdikdən sonra prosedura kabinetində tibb bacısı götürür. Xəstə arxasını stula möhkəm söykəyib oturur. Qarnını və ayaqlarını örtmək üçün ona müşəmbədən tikilmiş önlük geydirir, yaxud kiçik bir döşəkağı salırlar. O başını bir qədər qabağa əyir, sün'i diş protezlərini çıxarırlar. Tibb bacısı sağda durub sol əli onun başını tutur, sağ əlinin şəhadət barmağı ilə dili bərk basıb zondu dilin dalına salır. Zondu barmağı ilə itələyib dilin dibindən qida borusuna aparır. Mə'dəyə salınan zondun uzunluğu kəsici dişlərdən göbəyə qədər olan məsafəyə bərabərdir. Bu zaman xəstələr burundan dərin nəfəs almalıdırlar. Sonra xəstəyə bir neçə dəfə gücənməyi təklif edirlər. Qarındaxili təzyiq qalxdığı üçün mə'də şirəsi şüşə qaba tökülür. Zondu zorla salmaq tövsiyə edilmir, çünki xəstəni incitməsindən başqa, o qida borusunu zədələyə bilər. Zondu salarkən xəstədə ara verməyən öskürək baş verərsə zondu çıxarmaq lazımdır, bu onu göstərir ki, zond nəfəs yoluna düşmüşdür.

Mə'də şirəsi çıxmadıqda zondu bir neçəgdəfə aşağı və yuxarı aparmaq lazımdır. Zondun gözünü qida qalıqları tutarsa zonddan azça

su buraxmaq olar, bu kömək etməzsə zondu çıxarıb yumaq və təzədən salmaq lazımdır. Kifayət qədər (100—150 ml) mə'də şirəsi aldıqdan sonra zondu tez çıxarır və xəstənin ağzına tutulan dəsmaldan keçirirlər. Proseduradan sonra zondu yaxşı yuyur və qaynadıb sterilizə edirlər. Analiz üçün materialı təmiz bankaya yığırlar; bankanın üzərindəki kağıza xəstənin familiyası və diaqnozunu yazıb laboratoriyaya göndərirlər. Mə'də şirəsində qan olarsa şirə götürülməsini dərhal saxlayır və ehtiyatla zondu çıxarırlar. Xəstənin acqarına götürülmüş mə'də şirəsini analiz etmək lazımdırsa, əvvəlcə zondu salıb mə'də şirəsinin hamısını yığırlar, sonra zondu çıxarır, xəstəyə sınaq səhər yeməyi verir və 45 dəqiqədən sonra zondu təzədən salırlar.

Mə'də şirəsinin nazik zondla götürülməsi. Mə'də şirəsinin nazik zondla götürülməsinin yoğun zonddan bir sıra üstünlükləri vardır. Belə ki, nazik zondu mə'dədə uzun müddət saxlamaq mümkündür. Bunun sayəsində mə'dənin həm sekretor, həm də hərəki funksiyası fizioloji şəraitə yaxın şəraitdə öyrənilir. Bə'zən nazik zondu burundan salırlar, bu, xəstəni narahat etmir, həm də yoğun zond salmaq əks-göstəriş olduqda müayinəni nazik zondla aparmaq olar. Nazik zond diametri 3—5 mm və uzunluğu 1—1,5 m olan rezin borudur. Zondun dəyirmi bütöv ucunda yanlardan iki deşik vardır. Zondun açıq tərəfinə 20 qramlıq şpris taxırlar, bununla 2 saat müddətində hər 15 dəqiqədən bir mə'də şirəsi götürürlər. Mə'də şirəsini tökmək üçün 8—10 ədəd sınaq şüşəsi olmalıdır.

Mə'də şirəsini səhər acqarına götürürlər. Xəstənin vəziyyəti yoğun zondla mə'də şirəsi götürüləndə olduğu kimidir. Zondu yazı perosu kimi tuturlar. Onun ucunu su ilə isladır və dili azca qabağa və aşağı basıb zondu onun dalından salırlar. Dili basdıqda udlağın əyriliyi azalır və qırtlaq qapağı zondun yolundan çəkilir. Xəstəyə bir neçə dəfə udqunmağı təklif edir və elə bu vaxt zondu qida borusuna itələyirlər, o buradan maneəsiz keçir. Xəstənin qusmağı gələrsə burundan dərin nəfəs almalıdır.

Zond mə'dəyə düşdükdən sonra mə'də şirəsi görünür, onun hamısını şprislə çəkib götürürlər. Sonra zondla yuxarıda göstərilmiş səhər yeməklərindən birini yeridir (Boas—Evaldın səhər yeməyindən başqa), zondu bağlayır və hər 15 dəqiqədən blr şprislə mə'də şirəsi götürüb sınaq şüşələrinə tökürlər. 8 sınaq şüşəsi dolduqdan sonra zondu dəsmalla tutub ehtiyatla ağız boşluğundan çıxarırlar, xəstəyə ağzını yaxalatdırır və sonra palataya aparırlar. Sınaq şüşələrini ştati və şirənin götürüldüyü ardıcıllıqla düzürlər.

Hər sınaq şüşəsinə nömrə yazıb yapışdırır və analiz üçün laboratoriyaya göndərirlər.

Radiotelemetrik müayinənin məqsədi şirə ifrazını fasiləsiz qeyd etməkdir. Mədənin müxtəlif dərinliyinə ölkəmizdə istehsal olunan "Kapsula" adlanan çox kiçik elektron cihaz salırlar.

Hazırda mə'də şirəsini zond salmadan, sidikdə metilen abısının

miqdarına və uropepsinin əmələ gəlməsinə görə, (Sali sınağı) öyrənirlər.

MƏ'DƏNİN YUYULMASI. Mədəni müalicə və diaqnostika məqsədilə, mə'dədən yararsız qidanı, zəhərləri, seliyi çıxarmaq üçün yuyurlar. Mədəni yumaq üçün ucu qıf şəklində genişlənmiş 1—1,5 m uzunluğunda yoğun mə'də zondu götürülür, bu zonda tutumu 1 l, borusunun diametri azı 8 mm olan şüşə qıf taxılır. Su, yaxud dərman maddəsi (2%-li natrium-hidrokarbonat məhlulu, otaq temperaturunda açıq kalium-permanqanat məhlulu) tökülmüş qab, habelə xəstə üçün müşəmbə önlük və çirkli suyu boşaltmaq üçün vedrə olmalıdır.

Xəstə arxasını stula söykəyib oturur, başını azca qabağa: əyir, ləyən və ya vedrə qoymaq üçün qıçlarını aralayır. Xəstənin diş protezləri varsa bunları çıxarır. Xəstənin döşünü önlük və ya döşəkağı ilə örtürlər. Xəstəni xəbərdar edirlər ki, zondu saldıqda ola bilər ki, ürəyi bulansın, yaxud qusmağı gəlsin, lakin bu əməliyyat zərərsiz və ağrısızdır. Ona izah etmək lazımdır ki, udqunmaqla və burundan dərin nəfəs almaqla öğüməsini yatıra bilər. Xəstə dişi ilə zondu sıxmamalı və onu dartmamalıdır.

Tibb bacısı stulda oturmuş xəstənin sağ tərəfində durur, xəstə "a" demək üçün ağzını geniş açmalı və burundan dərin nəfəs almalıdır. Tibb bacısı zondu cəld dilin dalına salır, xəstə ağzını örtür və bir neçə dəfə udqunur, bundan sonra tibb bacısı zondu qida borusuna itələyir. Zondun başı çıxsa, yaxud qatlansa onu çıxarır, xəstəni sakitləşdirib təzədən salır. Zond qırtlağa düşərsə, xəstə öskürməyə başlayır, çətin nəfəs alır, göyərir və səsi batır. Belə hallarda zondu tez çıxarıb təzədən salmaq lazımdır. Zondu xəstənin kəsici dişlərindən göbəyinə qədər olan məsafədən 5—10 sm çox içəri salırlar.

Əvvəlcə qıfı xəstənin dizləri səviyyəsində, mə'dəyə hava girməməsi üçün bir qədər əyib tuturlar, bundan sonra məhlul tökməyə başlayır və qıfı tədricən ağızdan yuxarı qaldırırlar. Məhlul tez 'mə'dəyə gedir. Qıfdakı suyun hamısının mə'dəyə getməsini gözləmək lazım deyil, çünki sudan sonra içərigyə hava gedir ki, bu da mə'dənin yuyulmasını çətinləşdirir.

Su qıfın boğazına çatanda qıfı xəstənin dizlərinin səviyyəsinə salırlar, o mə'də möhtəviyyatı ilə dolduqda, ləyənə və ya vedrəyə boşaldırlar. Qıfdan su kəsilən kimi ona bir daha məhlul tökür və su təmizlənənə qədər bu işi təkrar edirlər. Bunun üçün 8—10 l su lazımdır.

Zəif xəstələrin mə'dəsini yataqda yuyurlar. Bunun üçün xəstəni böyrü üstə uzadır, başını alçaq qoyur və yana əyirlər ki, qırtlağa su getməsin. Xəstə zondu uda bilmirsə, içməyə 1—2 l ılıq sodalı su verirlər. Xəstə qusa bilmirsə dilin dibini və ya qırtlağı barmaqla, şpatellə və ya tamponla qıcıqlandırıb qusdururlar. Bu əməliyyatı bir neçə dəfə təkrar edirlər. Adətən bu yolla mə'də möhtəviyyatının hamısını çıxarmaq mümkün olmur, odur ki, bu üsulu ancaq mə'dəni

lazımınca yumaq mümgkün olmayan hallarda tətbiq edirlər.

Mə'də qida ilə zəhərlənəndən bir neçə saat sonra yuyulubsa və qidanın bir hissəsi bağırsaqlara gedibsə, mə'dəni yuyub qurtardıqdan sonra ona zondla işlətmə dərmanı (60 ml 25%-li maqnezium-sulfat) yeritmək lazımdır. Əməliyyatı qurtardıqdan sonra qıfı açır, zondu cəld çıxarırlar. Sonra içərisinə isti su buraxıb yaxşı-yaxşı yuyurlar, yuyanda yuxarıdan aşağıya doğru bir neçə dəfə sıxırlar, sonra 15-20 dəqiqə qaynadırlar.

MƏHLUL YERİTMƏK. Adətən arteriyaya qan, dərman məhlulu və s.-ni intensiv müalicə bloklarında aqoniya və klinik ölüm halında olan xəstələrə yeridirlər.

Arteriyaya qan, məhlul və sairəni həkim vurur. Tibb bacısı konservlənmiş qan, plazma və qanəvəzedicilər, zülal hidrolizatları,5%-li və 40%-li qlükoza məhlulları, adrenalin və s. qan köçürmək üçün sistemi, Riçardson balonunu, təzyiqə baxmaq üçün manometri, şprisləri, iynələri gətirir. Vurulacaq məhlullar şüşə flakonlarda və ya plastik kütlədən hazırlanmış kiçik torbalarda olur və xüsusi rezin və ya plastik kütlədən hazırlanmış sistemlərdən vurulur, bu cür sistemlər ya dəfələrlə, ya da bir dəfə istifadə etmək üçündür. Xəstəyə sutkada 3 l-dən 6 l-ə qədər məhlul vurulur. Bu, xəstəliyin xarakterindən, xəstənin vəziyyətindən, yaşından, biokimyəvi və hemodinamik dəyişikliklərdən asılıdır. Dərmanı arteriyaya təzyiq altında (civə sütunu ilə 160—220 mm, bə'zən 260—280 mm) vururlar. Bu təzyiq qan köçürülən sistemə birləşmiş rezin balondan şüşəyə hava vurmaq yolu ilə yaradılır. Sistemdəki havanı çıxarmaqla və iynəni çəkdikdə çıxan qanla hava emboliyasının qarşısını almaq olar. Arteriyaya dərman vurmaq üçün arterioseksiya, arteriopunksiya aparır, yaxud kateteri birbaşa dəridən arteriyaya salırlar. Çox vaxt dərmanı bazu, bud və ya qamış arteriyasına vururlar. Tibb bacısı proseduranı aparmaq üçün dərman vurulacaq yeri işləyir, alətləri hazırlayır, kateter varsa ona dərman doldurur və xəstənin ümumi vəziyyətinə fikir verir.

Venaya dərmanları damcı-damcı və şırnaqla vurmaq olar. Şırnaqla vurmaq uçün 10—20 ml-lik şpris və iynə, rezin turna, spirt və steril material olmalıdır. Şprisi, iynələri möhkəm sterilizə edirlər. Tibb bacısı əllərini sabunla yuyur, spirtlə silir, dırnaq buğumlarına isə yod sürtür.

Vurulacaq məhlulu şprisə yığmamışdan əvvəl tibb bacısı ampulun və ya şüşənin üzərindəki yazını, hazırlandığı tarixi və dozanı mütləq oxumalıdır. ***Ampulunvə ya şüşənin üzərində yazı yoxsa, yaxud yaxşı oxunmursa, dərmanı vurmaq olmaz.***

Şprisə dərmanı bilavasitə ampuldan yoğun iynə ilə yığırlar. Sonra şprisin iynəsini dik tutur, porşeni çəkib xırda qabarcıqları yığır və porşeni basıb bunları iynədən buraxırlar. Venaya vuranda hava emboliyası əmələ gəlməməsi üçün çalışmaq lazımdır ki, qana hətta azacıq da olsa hava düşməsin.

Adətən, dərmanı venepunksiya və ya veneseksiya aparıb dirsək

büküşünün venasına vururlar (bax).

Xəstəyə zərər yetirmədən venaya vurulan bə'zi dərman maddələri (məsələn, 10%-li kalsium-xlorid məhlulu) ətraf toxumaya və ya dərinin altına düşüb bərk göynədir, həmin yer qızarır və hətta toxumaların ölməsinə səbəb olur. Belə hallarda dərmanın vurulmasını saxlamaq və iynəni çıxarmadan venanın ətrafını 10—20 ml 0,25—0,5%-li novokain məhlulu ilə yumaq lazımdır, novokain ağrını kəsmək xassəsindən başqa, qıcıqlandırıcı maddənin konsentrasiyasını azaldır və toxumaların ölməsinin qarşısını alır. İynə vurulan nahiyədə əmələ gələn infiltrata görə dərmanın dərialtına düşməsi sonralar mə'lum olmuşsa, yenə də novokain blokadası aparır, qızdırıcı kompres qoyur və sorulmanı sür'ətləndirən lidaza vururlar.

Venaya böyük dozada dərman vurmaq üçün bunlar olmalıdır: şüşə qab və damcı qabı ilə birlikdə rezin borular, qansaxlayan 1—2 ədəd sıxıcı, vintvarı sıxıcı, venaya punksiya etmək üçün müxtəlif yoğunluqda 3—4 iynə. Venaya dərman vurduqda sistemə damcı qabından aşağıda mütləq Piroqov şüşəsi qoymaq lazımdır, o damcı qabından aşağıya hava düşdüyünü vaxtında görməyə və hava emboliyasının qarşısını almağa imkan verir.

İşlənəcək bütün sistemləri yığıb yoxlamaq lazımdır. Rezin borucuqlar şüşə hissələrə kip taxılmalıdır. Sistemin (damcı qabı, ampul, borucuqlar) heç bir yerindən maye sızmamalı, yaxud içəriyə hava girməməlidir.

Dərman vurulacaq sistemləri, adətən, qabaqcadan hazırlayırlar; hər sistemi ayrıca döşəkağıya büküb avtoklavda sterilizə edirlər. Sterilizasiyadan sonra sistemdən 1—2 sutka ərzində istifadə etmək olar.

Bir dəfə istifadə ediləcək sistemlər plastik kütlədən hazırlanır, zavodun özündə sterilizə olunur və steril zərflərdə buraxılır, üzərində seriya və sterilizasiya tarixi yazılmış olur. Bu sistemlər ağzında rezin tıxacı olan şüşələrdəki dərmanı bir dəfə vurmaq üçündür. Bunlar şüşəyə hava girməsi üçün iynə taxılmış qısa borucuqdan və damcı qabına birləşmiş uzun borucuqdan ibarətdir. Qısa borucuğun bir ucunda iynə, o biri ucunda tozu tutmaq üçün süzgəc olur. Uzun borucuğun bir ucunda şüşənin ağzındakı rezin tıxaca batırmaq üçün iynə, o biri ucunda isə venaya salınan iynəyə gedən kanülya vardır. İynələr xüsusi qalpaqlarda olur.

Sistemi işlətməmişdən əvvəl zərfin kipliyi və iynələrin qalpağının bütövlüyü yoxlanılır. Zərfi cırıb sistemi açır və çıxarır, iynələri və qalpaqları isə çıxarmırlar. Şüşədəki dərmanı çalxalayıb onun tıxacını spirt və ya yodla silir, qısa borucuğun iynəsini qalpaqdan çıxarıb şüşənin ağzındakı tıxaca mümkün qədər dərin batırırlar. İynənin uzun borucuğunu şüşəyə paralel bərkidirlər. Damcı qabına yaxın olan iynəni çıxardıqdan sonra onu da zərfdəki lövhəşəkilli sıxıcı ilə sistemi damcı

qabından yuxarıda sıxıb tıxaçdan şüşəyə salırlar. Şüşəni başıaşağı ştativə bərkidir və adi qaydada sistemi doldururlar.

Süzgəcdən və damcı qabından havanı çıxarırlar, bunun üçün damcı qabını elə qaldırırlar ki, kapron süzkəc yuxarıda, damçı qabının borucuqu aşağıda qalır. Damcı qabını yarıya qədər məhlulla doldururlar, sonra onu aşağı salır və məhlul iynədən şırnaqla axana qədər qalpağı çıxarıb borucuğun aşaqı şö'bəsindən havanı çıxarırlar. İynədən qabaqda borucuqa sıxac qoyurlar.

Venepunksiya (bax) aparır, sistemi iynə ilə birləşdirir və venaya məhlul vurmağa başlayırlar. Mayenin dərinin altına gedib-getmədiyini (gedibsə, həmin yer şişir) bir neçə dəqiqə müşahidə edirlər, sonra iynəyə venanın getdiyi istiqamətdə yapışqan plastır qoyur, punksiya nahiyəsini isə steril salfetka ilə örtürlər. Dərman vuran müddətdə bütün sistemin işinə fikir vermək lazımdır.

Bədəndə dövr edən (qanın miqdarını tez doldurmaq lazım gəldikdə (operasiya vaxtı çox qan itirdikdə, şok və ya kollaps baş verdikdə) qanı şırnaqla vururlar. Lakin bir dəfədə 500 ml-dən artıq qan vurmaq olmaz.

Damcı üsulu ilə yavaş-yavaş çoxlu (sutkada bir neçə litrə qədər) maye vurmaq mümkündür. Bu üsulun bir neçə üstünlükləri vardır: xəstəyə əziyyət vermir, vurulan maye yavaş sorulur və orqanizmdə çox qalır, arterial təzyiq qalxıb-enmir və ürəyin işini ağırlaşdırmır.

Vurulacaq mayeni 40°S-yə qədər qızdırmaq lazımdır. Mayenin temperaturunu 40°-də saxlamaq uçün mayenin axdığı rezin borucuğa ortadan qatlanmış isitqac qoyur və onun soyumamasına fikir verirlər. Venaya dərmanın damcı-damcı vurulması uzun müddət davam etdiyi üçün xəstəni arxası üstə rahat uzatmaq, ətrafını yumşaq bintlə bağlayıb tərpənməyə qoymamaq mümkünsə dirsək venasından nazik vena (qıçın və ya əlin üstündəki venalar) tapıb vurmaq lazımdır.

Məhlulun yeridilməsi sür'əti damcı qabı ilə tənzim edilir. Damcı qabında mayenin səviyyəsi həmişə altdakı kanülyadan yuxarıda olmalıdır ki, damcı qabından qana hava düşməsin. Məhlul qabını çarpayıdan 1 m yuxarıda qoyur və qabın vintvarı sıxacını elə bururlar ki, cihazdan dəqiqədə 40— 60 damcı tökülsün.

Dərman vurulan müddətdə bütün sistemin düzgün işləməgsinə fikir verirlər: sarğı islanmayıbmı, mayenin venadan kənara, yaxud ətraf toxumaya düşməsi nəticəsində iynə vurulan nahiyədə iltihab yoxdurmu, yaxud şişməyibmi; sistemin borucuqlarının qatlanması, yaxud venanın gözünün tromb tutması üzündən mayenin axması dayanmayıbmı? Venanın gözünü tromb tutduqda maye axmırsa sistemdə təzyiqi qaldırmaq və kanülyanı təmizləmək olmaz, belə halda venanı başqa yerdən deşib məhlulu vurmaq lazımdır. Damcı qabına daha maye tökülmürsə, venaya hava düşməməsi üçün məhlulun damcı ilə vurulmasını dayandırırlar.

Venaya hər hansı dərman vurmaq lazım gəldikdə borucuğun iynəsini yodla sürtüb vururlar. Dərmanı yavaş yeritmək lazım gəldikdə onu qabdakı məhlula töküb damcı-damcı vururlar.

Tibb bacısı proseduranı apardıqda xəstənin xarici görünüşünə, nəbzinə, tənəffüsünə, şikayətlərinə fikir verməlidir. Xəstənin vəziyyəti azacıq pisləşsə, dərhal həkimi çağırmalıdır. Dərmanı vurduqdan sonra aparatı sökür, ilıq su ilə yaxşı yuyub sterilizə edir və iynəni qaynadırlar. Bütün bu şeyləri xüsusi sterilizatora qoymaq lazımdır ki, istənilən vaxt işlətmək mümkün olsun.

Məhlulları dəri altına orqanizm su itirdikdə (arasıkəsilməyən qusma, ishal, qanaxma, yanıqlar zamanı), habelə operasiyadan sonra ilk günlər xəstəyə çay və s. içməyə icazə verilmədiyinə görə, zəhərlənmələrdə və s. hallarda vururlar. Adətən natrium-xloridin steril izotonik məhlulu, 5%-li qlükoza məhlulu və tərkibində orqanizmə lazımlı duzlar olan başqa məhlullar vurulur. Sutkada dərialtına 3 l-ə qədər, dərialtı birləşdirici toxumanı zədələməmək üçün birdəfədə 500 m-ə qədər maye vurmaq olar. Sutkada vurulacaq mayenin yarısını saat 9-dan 15-ə qədər, o biri yarısını saat 18-dən 24-ə qədər vururlar.

Dərmanı dərialtına uzun müddət vurmaq üçün ən münasib yer budun üstüdür.

Dərmanları dərialtına damcı-damcı o vaxt vururlar ki, bunları uzun müddət, yaxud çox miqdarda maye vurmaq lazım gəlsin. Bunun üçün xüsusi sistem (aparat) vardır; o diametri 7 mm, uzunluğu 10, 15 və 50 sm olan rezin boruçuqlardan, şüşə damcı qabından, 5 sm uzunluğunda şüşə nəzarət borucuğundan, Mor və Koxer, yaxud Pean sıxıcılarından və iynə üçün kanülyadan ibarətdir. Sistem steril qaba birləşdirilir; üsulu ilə vurulacaq steril məhlul həmin qaba tökülür.

Tibb bacısı aparatın bütün hissələrini (rezin borucuqlar, iynələr, şüşə borucuqlar, kanülyalar, damcı qabı) qabaqcadan hazırlayır. Yeni rezin borucuqları lazımi uzunluqda kəsir və bayır tərəfdən ilıq axar su, içərisini isə sabunlu su ilə yuyurlar. Borucuğu vaxtaşırı əllə ovxalayırlar. Sonra borucuqları 1 1 1%-li hidrogen-peroksidə 30 q "Lotos" poroşoku tökülmüş məhlulda 2 saat saxlayırlar. Məhlulun temperaturu 50°-dir. 2 saatdan sonra borucuqları bir daha su ilə yuyur, ovxalayır və distilə edilmiş suda 20 dəqiqə qaynadırlar. İşlənmiş rezin borucuqları təmizləməyə başlamamışdan əvvəl bunların zədələnib-zədələnmədiyini yoxlamaq lazımdır. Zədələnmiş borulardan istifadə etmək olmaz. Həm yeni, həm də işlənmiş borucuqların axırıncı sterilizasiyası avtoklavda qurtarır, burada təzyiqi 30 dəqiqə müddətində artırmırlar; bundan avtoklavdan çıxardıqdan sonra qurudurlar.

Yeni iynələrin, kanülyaların üzərindəki vazelini silir, bunların içərisini spirtə batırılmış pambığı mandrenə sarıyıb təmizləyirlər. İynələri itiləyirlər. Kanülyaları və itilənmiş iynələri 30 dəqiqə qaynadır

və sonra 160°S-də quru sterilizasiya şkafında 1 saat, yaxud avtoklavda 1,5 atmosfer təzyiqdə 30 dəqiqə sterilizə edirlər.

Sistemin şüşə hissələrini (həm yeni, həm də işlənmiş hissələri) yaxşı yuduqdan sonra rezin borucuğu təmizləmək üçün işlənən məhlulda 2 saat saxlayır, sonra distilə edilmiş suda 20 dəqiqə qaynadır, qurulayır və parçadan tikilmiş təmiz torbalarda saxlayırlar.

Sistemin quraşdırılması çox məs'ul iş olub bunu tibb bacısı edir. O bunu təmiz stolun üstündə əllərini təmiz yuyub quraşdırır, hissələri bu ardıcıllıqla birləşdirirlər; iynə kanülyası, qısa (10 sm) rezin borucuq, şüşə borucuq, qısa (15 sm) rezin borucuq, damcı qabı, uzun (50 sm) rezin borucuq, şüşə qab. Damcı qablarını quraşdırdıqdan sonra perqament kağızında və ya dəsmala büküb bintlə bağlayır, nişan qoyur və avtoklavda 1,2 atm təzyiq altında 1 saat sterilizə edirlər. Tə'cili hallarda bunları distilə edilmiş suda 45 dəqiqə qaynatmaqla sterilizə etməyə icazə verilir. Dəsmala bükülmüş sistemlərin saxlanma müddəti 1 sutka, perqamentə bükülmüş sistemlərin isə 5 sutkaya qədərdir.

Steril damcı qabına məhlul tökməmişdən əvvəl damcı qabından yuxarıdakı rezin borucuğa Mor sıxıcısı, iynəyə yaxın isə qansaxlayıcı sıxıcı qoyurlar.

Şüşə qab maye ilə dolduqdan sonra qansaxlayıcı sıxıcını götürür, Mor sıxıcısını boşaldır və damcı qabını başaşağı tutub doldurmağa başlayırlar. Yarıya qədər dolduqdan sonra onu yavaş-yavaş əvvəlki vəziyyətdə qoyur və sistemi doldururlar, bu vaxt hava qabarcıqlarının neçə keçdiyinə nəzarət boruçuqlarından baxırlar. Mayeni azça buraxıb hava qabarcıqlarının çıxdığına əmin olduqdan sonra kanülyadan 3—4 sm aralı qansaxlayıcı sıxıcı qoyurlar. İynəni sistemə taxıb dəriyə batırdıqdan sonra dərmanın tərkibindən, xəstənin vəziyyətindən və yaşından asılı olaraq həkimin tə'yin etdiyi qədər bir dəqiqədə buraxılacaq damcılara görə Mor sıxıcısını qoyurlar.

Ağzı möhürlü şüşələrdəki hazır məhlulları (qanəvəzedicilər, natrium-xloridin izotonik məhlulu, 5%-li qlükoza məhlulu və s.) dərialtına vurmaq üçün qabsız sistem daha münasibdir, onun yerinə sistemə qısa yoğun iynə taxırlar. İynəni tıxaca batırıb dərman şüşəsinə salırlar, şüşəyə hava getməsi üçün ona ikinci bir uzun iynə də salırlar.

Məhlulu vurmamışdan qabaq etiketdəki yazıya baxıb onun sterilliyinə, qabın kipliyinə və mayenin şəffaflığına əmin olmaq lazımdır.

Hər dəfə işlətdikdən sonra sistemi sökmək, bütün borucuqları, iynələri və kanülyaları ayrıca yumaq lazımdır. Hazırda bir dəfə işlənən sistem geniş yayılmışdır.

NƏBZ—ürəyin itələdiyi qanın hərəkəti nəticəsində damarların divarının təkanvarı hərəkətidir. Nəbzi səthi arteriyalarda və bilavasitə əllə tutmaq mümkün olan yerlərdə sayırlar. Nəbzi gicgah, yuxu və bud arteriyalarında tutmaq olar. Lakin adətən, onu mil arteriyasında

tuturlar. Əzələlərin və vətərlərin gərilməsi əlləməyə mane olmaması üçün xəstə əlini boş saxlamalıdır.

Mil arteriyasında nəbzi hər iki əldə öyrənmək lazımdır. Yalnız nəbzin xassələrində fərq olmadıqda onu bir əldə tutub öyrənmək kifayətdir. Müayinə olunan şəxsin əlini sağ əllə mil-bilək oynağında tuturlar, baş barmağı dirsək tərəfdən, şəhadət, orta və adsız barmaqları isə mil sümüyü tərəfdən bilavasitə mil arteriyasına, xəstənin 1 barmağının dibinə qoyurlar.

Döyünən arteriyanı tapıb onun üstündən mil sümüyünün içəri tərəfinə yavaşca basırlar. Arteriyanı çox sıxmaq olmaz, çünki təzyiqdən nəbz dalğası itə bilər, həmçinin nəbzi özünün I barmağı ilə də tutmaq olmaz, çünki ondan nəbz vuran arteriya keçir ki, bu da çaşdıra bilər. Mil arteriyasında nəbzi tapmaq mümkün olmursa, onu gicgah və ya yuxu arteriyasında tapıb öyrənirlər.

Nəbzin tezliyi, ahəngi, gərginliyi və dolğunluğu onun xassələrini müəyyən edir.

Nəbzin tezliyi normal halda dəqiqədə 60-dan 80-a qədərdir, o adamın yaşından, cinsiyyətindən, ətraf mühitin və bədənin temperaturundan, habelə fiziki işdən asılı olaraq geniş həddə dəyişə bilər. Ana bətnində və bir yaşına qədər uşaqların nəbzi çox tez-tez vurur. 25 yaşından 60 yaşına qədər nəbz sabit blur. Qadınlarda nəbz kişilərdən tez-tez vurur, Əzələ nə qədər intensiv işləsə, nəbz də bir o qədər tez vurur. Nəbzin çox tez-tez vurmasına taxikardiya, az-az vurmasına—bradikardiya deyilir. Həm taxikardiyada, həm də bradikardiyada xəstə üzərində diqqətli nəzarət olmalıdır, çünki hər cür ağırlaşma baş verə bilər.

Nəbzi ən azı $^1/_2$ dəqiqədə saymaq lazımdır, alınmış rəqəmi 2-yə vururlar. Aritmiyada 1 dəqiqədəki nəbzi sayırlar. Bə' zən sol mə'dəcik o qədər zəif yığılır ki, nəbz dalğaları periferiyaya gedib çıxmır, nəbz kəsiri (periferik nəbzin sayı ilə ürək yığılmalarının sayı arasında fərq) əmələ gəlir. Bu vaxt nəbzi iki adam saymalıdır. Ayrıca mil arteriyasında və ürək yığılmalarının sayına görə.

Nəbzin ahəngi. Nəbz vurğuları arasında vaxt fərqi olmazsa, yə'ni bunlar bir-birinin ardınca eyni vaxtdan sonra olarsa, buna düzgün ahəng, yaxud ahəngdar nəbz deyilir. Bunun əksi qeyri-bərabər, aritmik nəbzdir. Sağlam adamlarda çox vaxt nəfəsalmada nəbz tezləşir və nəfəsvermədə seyrək olur, bu—tənəffüs aritmiyasıdır. Tənəffüsü saxlamaqla bu cür aritmiyanı aradan qaldırmaq olar. Elektrokardioqrafiya metodu ilə aritmiyanın bütün növləri daha dəqiq müəyyən edilir.

Nəbzin sur'əti—arteriyadan nəbz dalğası keçərkən təzyiqin qalxıb enməsinin xarakteri ilə tə'yin edilir.

Nəbzin gərginliyi—nəbz döyüntüsünün kəsilməsi üçün arteriya divarına basmaqdan ötrü tələb olunan güclə müəyyən olunur. Nəbzin

gərginliyinə görə maksimal arterial təzyiqi təxminən bilmək olar: bu təzyiq nə qədər yüksək olsa nəbz bir o qədər kərkin olur.

Nəbzin dolğunluğu nəbzin yüksəkliyindən və qismən də onun gərginliyindən əmələ gəlir. O, nəbz dalğasını əmələ gətirən qanın miqdarı ilə müəyyən olunur və ürəyin sistolik həcmindən asılıdır. Nəbzgin dolğunluğu yaxşı olduqda barmağın altında yüksək nəbz dalğasını tutmaq olur, nəbzin dolğunluğu pis olduqda isə nəbz zəif, nəbz dalğaları kiçik olub çətin bilinir. Bu, ürək əzələsinin pis işləməsini göstərir. Sapvarı adlanan güclə bilinən nəbz xüsusilə qorxulu əlamətdir. Tibb bacısı xəstənin nəbzinin sapvarı olduğunu gördükdə dərhal həkimə xəbər verməlidir. Nəbzi əllə yoxlamaqla və bunun üçün müvagfiq vərdiş olduqda qiymətli nəticələr alınır, lakin bu, müəyyən dərəcədə subyektiv olur. Son illər nəbzi uzun müddət və arasıkəsilmədən öyrənmək üçün pulsotaxometr və monitor adlanan xüsusi aparatlardan istifadə edirlər, bunlar nəbzi həm sayır, həm də yazır.

NƏCİS—yoğun bağırsaqda əmələ gəlir və qida qalıqlarından, əsas e'tibarilə bitki sellülözündən ibarətdir. Nəcisin bir hissəsini canlı və ölü mikroblar təşkil edir. Nəcisin tərkibi yeyilən qidadan və həzm yollarının funksiyasından asılıdır. Analiz üçün nəçisi defekasiya qurtaran kimi ilıq ikən gətürürlər ki, mikroorqanizmlərin və fermentlərin tə'siri ilə dəyişikliyə uğramasın. Analiz üçün nəcisi təmiz, quru şüşə qaba götürürlər. Nəcisi laboratoriyaya kağızda, karton və kibrit qutularında göndərmək tövsiyə olunmur. Bankaya xəstənin familiyası, adı, atasının adı, ünvanı (şö'bə, palata), analizin məqsədi, tarix yazılmış və göndərən adamın imzası olan kağız yapışdırılır. Analiz üçün sərbəst defekasiyadan sonra götürülən nəcisi göndərmək daha yaxşıdır. Nəcisi makroskopik, mikroskopik, kimyəvi və bə'zən bakterioloji analizdən keçirirlər. Makroskopik analizdə nəcisin rəngini, qatılığını, şəklini, iyini və ondakı qatışıqları tə'yin edirlər.

Qarışıq qida yedikdə nəcisin rəngi sarımtıl-qonur, qəhvəyi, ət yedikdə—tünd qəhvəyi, südlü yeməklər yedikdə—sarı, yaxud açıq sarı olur. Nəcisin rəngi sterkobilin adlanan piqmentdən asılıdır. Yeni doğulmuş uşağın nəcisi yaşılımtıl-sarı rəngdə olur. Çoxlu qarağat, qaragilə, albalı, xaşxaş yedikdə nəcis qara olur; kahı, quşqonmaz nəcisə yaşılımtıl rəng verir. Həmçinin bə'zi dərman maddələri də nəcisin rəngini dəyişir, məsələn, kalomel qəbul etdikdə nəcis yaşıl, bismut, dəmir, yod duzları qəbul etdikdə qara rəngdə olur. Nəcisdə qan olduqda, hemoqlobinin dəyişməsi dərəcəsindən və miqdarından asılı olaraq nəcisin rəngi qara olur, nəcis kütlələri isə qatrana oxşayır.

Nəcisin ***konsistensiyası*** (qatılığı) yumşaqdır. Müxtəlif patoloji hallarda nəcis sıyıq, orta dərəcədə yumşaq, bərk, duru, yarımduru, zamaska kimi olur. Nəcisin gilə yaxud zamaskaya oxşamasına, boz rəngdə olmasına səbəb ona həzm olunmamış yağ qarışmasıdır ki, bu da

öd axacağı tutulduqda olur.

Adi halda nəcisin ***şəkli*** silindrə, yaxud kolbasaya oxşayır. Yoğun bağırsağın daralmalarında yaxud spazmında nəcis lentşəkilli və ya bərk yumrular şəklində (qoyun qığı kimi) olur.

Nəcisin ***iyi*** qidanın tərkibindən, qıcqırma və çürümə proseslərinin intensivliyindən asılıdır. Ətli qida nəcisə kəskin iy, südlü rida— turşumuş iy verir.

Nəcisə selik, irin, qan, bağırsaq parazitləri və təsadüfi yad cisimlər qarışa bilər.

Selik—nəcisin üzərində müxtəlif ölçüdə yumrular, parçalar, pərdələr şəklində əmələ gəlir. Selik hissəciklərinə qan qarışa bilər, yaxud sarı piqmentlə boyanmış ola bilər.

Nəcisdə ***irin*** sarımtıl, qeyri-şəffaf yumrular şəklində olur. Çox vaxt o seliyə və ya duru yaxud yarımduru nəcisə qarışmış olur.

Qanı makroskopik görmək mümkündür, o nəcisin üzərində müxtəlif ölçüdə laxtalar şəklində, yaxud irinə və ya seliyə qarışmış olur. Nəcisdə tünd rəngli qan bağırsaqların yuxarı şö'bələrindəki qanaxmalar zamanı olur, nəcisin üzərindəki açıq rəngli qan isə babasil qanaxmasını göstərir.

Nəcisdə gizli qanı tapmaq üçün nəcisi analiz edəndə xəstəni buna 3 gün qabaqcadan hazırlayırlar, belə ki, xəstə ət, balıq və bunlardan hazırlanmış yeməklər yemir.

Bağırsaq parazitlərinə bütöv fərdlər və onların hissələri (buğumları) şəklində rast gəlinir.

Nəcisdəki öd və bağırsaq daşları şəklinə, konsistensiyasına və səthlərinin xassələrinə görə nəcisin başqa hissələrindən fərqlənir. Bunları tapmaq üçün nəcisi yaxşı yumaq lazımdır. Daşları, parazitləri və yad cisimləri asan tapmaq üçün nəcisi su ilə yuyub xüsusi ələklərdən keçirirlər. Qurd yumurtalarını tapmaq üçün nəcisi defekasiya qurtaran kimi, ilıq ikən, həm də üç müxtəlif yerdən götürmək lazımdır, çünki bir yerdə qurd yumurtaları olmaya bilər.

Dizenteriya üçün nəcis götürdükdə içinə qliserinlə naşatır spirtinin qarışığı tökülmüş sınaq şüşəsi olmalıdır, bunun içində anusa salınan şüşə borucuq olur. Xəstəni sol böyrü üstə uzadır, borucuğu ehtiyatla, fırlada-fırlada anusa 5—6 sm yeridirlər. Sonra ehtiyatla çıxarıb əli toxundurmadan sınaq şüşəsinə qoyurlar. Daha sonra sınaq şüşəsinin ağzını bağlayır, analizin məqsədini yazıb şüşəni dərhal laboratoriyaya göndərirlər.

NOVAKAİN BLOKADASI—müalicə metodu olub novokainin qanqlilləri (sinir düyünlərinin) təcridedici tə'sirinə, onun tə'siri ilə saya əzələlərin spazmının azalmasına, ağrını kəsmək xassəsinə və s. əsaslanır. Blokada üçün bir neçə sxem vardır: 1) belin novokain blokadası; 2) boyunun blokadası (vaqosimpatik blokada); 3) qılaflı blokada; 4) zədələnmə ocağındakı sinirlərin qısa blokadası.

Novokain blokadasını tibb bacısının köməyi ilə həkim aparır. Tibb bacısı steril material: 20 ml-lik şpris, uzun (6—8—10 sm) və qısa (2—3 sm) iynələr, salfetka, tampon, habelə 200—250 ml 0,25—0,5%-li novokain məhlulu, dərini silmək üçün spirt və yod hazırlayır. Adətən bu proseduranı sarğı otağında, prosedura kabinetində yaxud operasiya otağında aparırlar.

Belin novokain blokadası. Xəstəni böyrü üstə uzadır, belinin altına mütəkkə qoyurlar. Əvvəlcə dəriyə novokain məhlulu yeridib səthi infiltrasiya əmələ gətirir, (dəri "limon qabığına" oxşayır), sonra uzun iynəni yumşaq toxumaların içərisinə yeridirlər. Tibb bacısı xəstənin ümumi vəziyyətinə fikir verir və daim şprisə novokain məhlulu tökür.

Boyunun vaqosimpatik novokain blokadasını xəstəni arxası üstə uzadıb aparırlar, bu vaxt onun başını cərrahdan mümkün qədər kənara çevirirlər. Kürəklərin altına mütəkkə qoyur, qollarını aşağı dartırlar, buna görə də bazu aşağı sallanır. Hər iki novokain blokadasını stasionarda aparırlar, çünki xəstə 1—2 gün yataqda qalmalıdır.

Qılaflı novokain blokadasını ayaqlara edirlər, bunun üçün xəstə ayaqlarını stolun üstünə uzatmalıdır. Dərini operasiya qabağı olduru kimi işləyir, yod tinkturu, sonra spirtlə silirlər.

Sinirlərin qısa novokain blokadasını məhdud iltihab proseslərində, məsələn, koribanda, həm müalicə kimi, həm də çərrahi operasiyadan qabaq ağrısızlaşdırma tədbiri kimi aparırlar.

NÖVBƏTÇİLİK (növbəni qəbul etmək və təhvil vermək). Xəstələrin ardıcıl müalicəsinin mühüm amillərindən biri növbənin başqasına təhvil verilməsidir. Tibb bacısı onu əvəz edən şəxs gəlməyincə postdan gedə bilməz. O özünün iş növbəsi müddətində həkimin bütün tə'yinatlarını yerinə yetirir və xəstələrə lazımi şəkildə qulluq edir. Növbəni qəbul edən tibb bacısı özündən əvvəlki tibb bacısı ilə palataları gəzir, ağır xəstələri nəzərdən keçirir və xüsusi dəftərdə xəstənin familiyasını və palatanın nömrəsini yazıb görüləsi işləri qeyd edir. Habelə palatanın təmizliyini və xəstənin şəxsi gigiyenaya əməl edib-etməmələrini yoxlayır. Tibb bacısı termometrləri, şprisləri, dərmanları, A və V şkafının açarlarını təhvil alır, narkotik maddələrin yerində olub-olmamasını yoxlayır və jurnala qol çəkir.

Tibb bacısı növbəni qəbul edəndə kiçik tibb bacısının təsərrüfat bacısından kecə üçün lazımi qədər ehtiyat dəyişək almasına fikir verir, tə'yinatların və laboratoriyaya göndərişlərin siyahısını alır. Palata tibb bacılarının müalicə tə'yinatları üçün ayrıca jurnalı olur, onlar tə'yinatları jurnala xəstəlik tarixindən köçürürlər. Narkotik maddələrin xüsusi uçotu aparılmalıdır. Xüsusi dəftərlərə xəstənin familiyasını, xəstəlik tarixinin nömrəsini, tibb bacısının imzası ilə alınmış narkotik maddələrin miqdarını yazırlar. Tibb bacısı növbənin axırında xəstələrin hərəkəti barədə mə'lumat yazır: sutkanın əvvəlində neçə xəstə olub, neçə xəstə daxil olub, neçəsi gedib (evə yazılanlar, başqa şö'bələrə

köçürülənlər, yaxud ölənlər) və neçə xəstə qalıb.

OKSİGENOTERAPİYA—müalicə məqsədilə oksigendən istifadə olunmasıdır.

İnhalyasiya metodu ilə oksigenin yeridilməsi. Oksigendən istifadə etməmişdən əvvəl tənəffüs yollarının açıq olmasına, yə'ni bunlarda bəlğəm və ya qusuntu kütlələri yığılıb qalmamasına əmin olmaq lazımdır. Orqanizmin həddindən artıq oksigen almamasına fikir vermək lazımdır, çünki uzun müddət yüksək faizli (70%-dən yuxarı) oksigendən istifadə etmək ürək-damar sisteminin işinə və tənəffüsə mənfi tə'sir edir. İnhalyasiya metodu ilə bədənə oksigen vermək üçün aşağıdakı cihazlar olmalıdır: oksigen doldurulmuş və reduktor qoyulmuş balon; rezin boru, kran və müştüklə birlikdə oksigen balışı. Balışa oksigeni aşağıdakı kimi doldururlar: müşitüyü çıxarır və kranı açıb rezin borunu oksigen balonunun reduktoru ilə birləşdirir və reduktorun ventilini yavaş-yavaş açırlar. Balış dolduqdan sonra reduktorun ventilini və balışın kranını bağlayır və müştüyü taxırlar. Oksigeni nəmləşdirmək və ağızın qurumaması üçün müştüyə yaş tənzif sarıyırlar. Müştüyü xəstənin ağzından 4—5 sm aralı saxlayır və yavaş-yavaş rezin borunun klapanını açırlar. Təzyiq artdığı üçün oksigen balışdan çıxır və nəfəs aldığı üçün tənəffüs yollarına gedir. Oksigen daxilolma sür'ətini borudakı kranla və balışın künclərinə basmaqla tənzimləyirlər, oksigenin hamısı çıxana qədər balışın künclərinə əllə basırlar.

Adətən xəstələr dəqiqədə 4—5 l oksigen verilməsini yaxşı keçirirlər. Bir balış 4—7 dəqiqəyə çatır, sonra onu ehtiyat balışla əvəz edir, yaxud təzədən oksigen doldururlar. Oksigeni bu üsulla verdikdə kifayət qədər nəmlənmir, ağızın və burunun selikli qişalarını qurudur.

Oksigenin burun kateterlərindən verilməsi. Bu məqsəd üçün kateterlərdən, yaxud müvafiq uzunluğu və diametri olan plastik kütlədən hazırlanmış borucuqlardan istifadə edirlər, bunları V-varı üçboğazın iki qoluna taxır, üçüncü tərəfini isə hər hansı oksigen mənbəyinə (oksigen balışı, oksigen inhalyatoru, mərkəzdən oksigenpaylama kranı) birləşdirirlər. Kateterləri qabaqca qaynadır, steril vazelin yağı sürtür və aşağı burun yolu ilə udlağın dal divarına qədər yeridirlər. Elə etmək lazımdır ki, xəstə öskürməsin. Oksigeni nəmləşdirici cihazdan (Bobrov cihazı) dəqiqədə 2—3 l verirlər. Oksigenin verilmə sür'ətini reduktorla tənzim etmək, yaxud nəmləşdiriçidən hava qovuqcuqlarının keçməsinə görə nəzarət etmək olar. Oksigeni çox sür'ətlə verdikdə xoşagəlməz duyru əmələ gəlir və oksigen itkisi çox olur.

Oksigenin birbaşa balondan verilməsi proseduranı xeyli asanlaşdırır və buna görə də oksigenlə müalicəni ara vermədən uzun müddət aparmağa imkan verir. Oksigen balonlarının tutumu 40 l-dir və içərisindəki qaz halında oksigenin təzyiqi 150 atm-dir. Oksigen ən çoxu

2—3 atm təzyiqlə verildiyi üçün balona təzyiqi aşağı salan reduktor adlanan xüsusi cihaz birləşdirirlər. Reduktorun iki kamerası və iki manometri vardır, bunlardan balona yaxın olan manometr balondakı təzyiqi göstərir. Bu manometrə görə balondakı oksigenin miqdarını bilirlər. Aşağı təzyiq kamerasına birləşmiş ikinci manometr xəstəyə verilən oksigenin təzyiqini göstərir. Bu təzyiqi tənzimləyici vintlə 1—2 atm həddində qururlar. Palatalarda oksigenin mərkəzləşdirilmiş sistemlə verilməsi daha əlverişlidir.

Oksigen balonundan istifadə etdikdə yadda saxlamaq lazımdır ki, sıxılmış oksigen yağlarla, neftlə təmasda olduqda bunlarla tez birləşib alışır və partlayışa səbəb olur. Balonlar saxlanan otaqda papiros çəkmək qəti qadağandır. Yağlı əskini oksigen balonları ilə bir yerdə saxlamaq olmaz. Qurğularla işləyən adamların əlləri, paltarı, işlətdikləri alətlər yağa və boyağa bulaşmamalıdır. Balonu bərk silkələməməli və zərbədən qorumalı. Onu divara dik söykədib sərin yerdə saxlayırlar. Balonun ventilini açan adam üzünü balona tərəf tutmamalıdır, çünki oksigen sıçrayıb gözlərin selikli qişasını zədələyər və üzü yandırar. Oksigen balonları saxlanan hər bir şö'bədə odsöndürən çihaz olmalıdır.

Oksigenin maskadan verilməsi. Maskalar metaldan, yaxud plastik kütlədən hazırlanmış kapsul şəklində olub elə düzəldilmişdir ki, üzə taxdıqda ağız boşluğunu və burunu örtür. Maskaların nəfəs almaq və nəfəs vermək üçün klapanları vardır. Nəfəsalma klapanının tubusu nazik rezin torbaya birləşir və oksigenin verilməsini bu tənzim edir. Nəfəs verən vaxt oksigen tənəffüs kamerində toplanır və nəfəs aldıqda ağciyərlər tərəfindən sorulur. Kamerdəki oksigenin həcmi xəstənin nəfəs aldığı oksigenin həcmindən az olduqgda klapanı açıb xəstənin rahat nəfəs almasını tə'min edirlər.

Maskadan oksigeni açıq, yarımqapalı və ya qapalı sistemlə almaq olar. Açıq sistemdə maska xəstənin üzünə kip yapışmır və nəfəslə alınan qaz qarışığı yalnız oksigenlə zəngin (30%-ə qədər oksigen) atmosfer havasıdır. Nəfəs sərbəst surətdə bayıra verilir. Bu üsulda oksigenin dozası dəqiq olmur və az fayda verir. Yarımqapalı metodla oksigen inhalyasiyasında nəfəslə verilən qaz qarışığının ancaq bir hissəsi ətraf mühitə çıxır. Sistemə tənəffüs kamerini—tənəffüs torbasını qoşduqda oksigendən daha səmərəli istifadə edilir.

Tənəffüs kamerinin həmişə ağzına qədər dolmaması üçün ona klapan qoyulmuşdur, qazın artıq hissəsi bu klapan vasitəsilə xaricə buraxılır. Qaz çıxmaması üçün maskanı xəstənin üzünə kip taxır və rezin bağla bərkidirlər. Xəstə xalis oksigenlə nəfəs alır və nəfəslə verdiyi havanın təqribən 1/3-i kamerə qayıdır. Bu sistemdə oksigeni nəmlətməmək olar. Tənəffüs kamerində toplanmış su buxarını vaxtaşırı buraxırlar. Bu metodun pis çəhətlərindən biri odur ki, nəfəslə alınan qaz qarışığında karbon qazı çox ola bilər, klapan və tənəffüs kameri

tənəffüsə əlavə müqavimət yarada bilər ki, ağciyərlərin və ürəyin xəstəliklərində bunun mənfi tə'siri olar. Karbon qazının həddindən çox yığılmaması üçün oksigeni dəqiqədə ən azı 8 l vermək lazımdır. Bu sistemə oksigen sərfini ölçən cihazı (debitometri) qoşduqda oksigenin daxil olmasına kifayət qədər nəzarət edilir ki, bu da oksigenlə aparılan müalicəni xeyli asanlaşdırır.

Tibb müəssisələrində göy boyaqla rənglənmiş və üzərində "M" hərfi yazılmış[1] bir sıra iri oksigen balonlarından ibarət stasionar aparatlar vardır. Bu balonları ya ayrıca otaqda, ya da qızdırıcı cihazlardan uzaq, günəş şüaları düşməyən yerdə, əsas divarın oyuğunda saxlayırlar; bunları dəmir bəndlə divara bərkidirlər. Balonlar bir-birilə və reduktorla birləşmişdir, oksigen reduktordan çıxıb mis borularla palatalara verilir, palatalarda hər xəstənin yanında kateter və ya maska ilə birləşdirmək üçün kran vardır.

Oksigen tenti. Xəstə maska və kateter götürə bilmədikdə, yaxud huşunu itirdikdə oksigen tentindən istifadə edirlər.

Soyuducu sistemi avtomatik işə salmaqla, yaxud içərisində buz olan qabdan oksigeni buraxmaqla optimal temperatur (20°S) yaradırlar. Karbon qazını ya natron əhənginə hopdurur, ya da pokrışka özünə çəkir.

Tent vurub oksigenlə müalicə aparmaq üçün qaz buraxmayan parçadan düzəldilmiş tenti xəstənin başı üstündən xüsusi çubuqdan asırlar. Xəstənin başı tentin altında olur, tentin kənarlarını döşəyin altına salırlar. Tentin pleksiqlasdan pəncərələri olur, ya da bütün tent şəffaf plastik materialdan düzəldilir. Tentin çubuğunu bir, ya iki oksigen balonunu, reduktoru və regenerator aparatını təkərli metal meydançanın üzərinə qoyurlar. Tentin içərisinə dəqiqədə 6—8 l oksigen buraxılır. Tentin içərisindəki qarışıq qazlar arasıkəsilmədən nasosla regeneratora vurulur, bunun içərisində karbon qazını udan maddə, havanı soyutmaq və artıq suyu kənar etmək üçün buz rezervuarı vardır.

Tentin altında oksigenin və karbon qazının faizi tentin ölçülərindən və verilən oksigenin həcmindən asılıdır. Oksigeni 15 l/dəq sür'ətilə verdikdə o, 50—60%-ə çatır, karbon qazı isə 1—1,5%-dən çox olmur. Oksigeni nəmlətmək lazım gəlmir, lakin onun və karbon qazının temperaturuna və faizinə fikir vermək lazımdır.

Oksigen 60%, karbon qazı 1% olduqda xəstələr özlərini yaxşı hiss edirlər: temperatur və nəmişlik münasib olmalıdır (havanın temperaturu 20—22°S, nəmişliyi 40—50%).

Oksigenlə bu cür müalicə metodunun əsas çatışmayan cəhəti ondadır ki, sistemin kermetikliyinə daim nəzarət etmək lazım gəlir, xəstə yemək yedikdə, onu müayinə etdikdə və müalicə proseduraları zamanı oksigenin verilməsi kəsilir.

[1] Rusca "medisinskiy" sözünun baş hərfi olub ancaq tibb oksigenindən istifadəyə icazə verildiyinə işarədir—red.

ÖDEM—su mübadiləsinin pozulmasıa nəticəsində bədən boşluqlarında və toxumalarda suyun toplanmasıdır. Ödemin baş verməsində suyun qan damarlarından diffuziya yolu ilə toxyumaya keçməsi və toxumanın onu saxlaması əsas rol oynayır. Ödem mayesinin xüsusiyyəti onun xüsusi çəkisinin az və zülalın cüzi miqdarda olmasıdır.

Açıq-aşkar görünən ödemlərdən əvvəl mayenin ləngiməsinin gizli dövrü olur, bu vaxt sidik ifrazı azalır və bədənin kütləsi artır (bunu xəstəni hər gün tərəzidə çəkib bilirlər). Ağır hallarda qıçlar və gövdə çox şişir. Dəri quru, hamar, solğun olur, qabıq verir, o istini az hiss edir. Buna görə də xəstəyə isitqac qoyduqda fikir vermək lazımdır ki, yandırmasın. Ödemli yerləri basdıqda çuxur qalır və uzun müddət çəkilmir. Dərinin üzərində dəyişəyin büküşlərinin izi qalır. Ödemli xəstələrdə yataq yaraları tez əmələ gəlir, buna görə də, tez-tez yataqda onların vəziyyətini dəyişmək lazımdır (ən yaxşısı xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verməkdir). Döşəkağının üstündə qırış və çörək qırıntıları olmamalıdır. Sağrının və omanın altına hava üfürülən rezin dairə qoyur və bunun üstündən müşəmbə salırlar. Dərinin sürtünən yerlərinə (qadınlarda süd vəzilərinin altı, qasıq büküşləri) talk səpir, yaxud tənzif qoyurlar. Xəstənin dərisini spirtin su məhlulu, odekalon və ya başqa bir dezinfeksiyaedici maddə ilə (kamfora spirti, araq və s.) silirlər.

Ödemdə dərinin qoruyucu xassələri azalır. Buna görə də iynə vurandan sonra deşikdən ödem suyu axarsa, həmin yerə yod sürtmək, infeksiya və irinləşmənin qarşısını almaq üçün steril salfetka qoymaq lazımdır.

Ödemli xəstəni hər gün tərəzidə çəkib bədəndəki sutkalıq su tarazlığını, yə'ni sutka ərzində içilən su ilə ifraz olunan sidiyin miqdarı arasındakı nisbəti bilmək lazımdır. İçilən suya duru yeməklər də (sup, kisel) daxildir. Sutkalıq sidiyi ayaqyolunda qoyulmuş ayrıca qaba (çox vaxt üçlitrlik balona) yığmaq lazımdır. Sidiyin miqdarını ölçü kolbası ilə ölçürlər. Gecə növbətçi duran tibb bacısı səhər yekun, vurub xəstəlik tarixinə yazır. Bu rəqəmlərin sutkalıq uçotunu aparmaqla və xəstələri hər gün çəkməklə ödemlərin dinamikasını—azalmasını və ya artmasını bilmək olur.

Adətən, ödem mayesi bədənin aşağı hissələrinə yığılır. İnsan ayaqüstə olanda ödem qıçlarda əmələ gəlir və axşama doğru artır. Xəstə uzandıqda ödem birinci növbədə, bel nahiyəsidə əmələ gəlir. Böyrək mənşəli ödemlər gözlərin altında olur, çünki burada dərialtı birləşdirici toxuma yumşaqdır.

Bütün ödemli xəstələr həkimin müşahidəsi altında olmalıdırlar, həkim belə xəstələrə duz və su az olan pəhriz tə'yin edir.

ÖLÜM (bioloji ölüm)—orqanizmin həyat fəaliyyətinin qarşısıalınmaz dayanmasıdır. Bioloji ölümün əlamətləri: tənəffüsün tamam dayanması, nəbzin, ürək döyüntüsünün, reflekslərin itməsi, dəri

örtüklərinin ölüyə xas solğunluğu, əzələlərin boşalması, o cümlədən alt çənənin sallanması, gözlərin parıltısının getməsi, hissiyyatın itməsi, bədənin tədricən, sonra tamam soyuması, göz bəbəklərinin genəlməsi və işığa reaksiya göstərməməsidir. Daha sonra əzələlər alt çənədən və ənsədən başlayıb qatıyır (cəng olur), cəngolma 6—8 saatdan sonra bədənin bütün əzələlərinə keçir və bir neçə gün davam edir, meyit ləkələri əmələ gəlir: bunlar əvvəlcə meyitin arxasında, bazunun bayır tərəfində olur.

Reanimasiyanın inkişafı ilə əlaqədar olaraq tənəffüsün və ürəyin dayanması kimi hallar indi daha əlacsız (qeyri-dönər) sayılır. Ölümdən sonra yalnız zülalın parçalanmasını qarşısıalınmaz dəyişikliklərin başlanması hesab etmək olar. Mərkəzi sinir sisteminin hüceyrələri öldükdən sonra ölüm ən geci 5—6 dəqiqədən sonra baş verir. Ölümü həkim təsdiq edir, tibb bacısı isə xəstənin nə vaxt öldüyünü xəstəlik tarixinə yazır. Meyiti soyundurur, arxası üstə qoyub əllərini və ayaqlarını düzəldir, alt çənəsini bağlayır, göz qalaqlarını örtür, üstünə döşəkağı atıb çarpayıda 2 saat saxlayırlar. Yalnız meyit ləkələri əmələ gəldikdən sonra tibb bacısı ölənin familiyasını, adını, atasının adını, xəstəlik tarixinin nömrəsini onun qıçına yazır, sonra həmin mə'lumatları meyitxanaya göndərilən kağıza köçürür, həmçinin buraya diaqnozu və ölüm tarixini də yazır. Meyit ləkələri, meyit qatıması əmələ gəldikdən və göz alması yumşaldıqdan sonra meyiti patoloji anatomiya şö'bəsinə köçürürlər, burada onu yarırlar.

Çox təhlükəli infeksion xəstəliklərdən (vəba, taun və s.) ölmüş adamların meyitini süleymani və ya karbol turşusu məhlulunda isladılmış döşəkağıya bükür, sonra qapağı möhkəm mismarlanan tabuta qoyurlar, tabutun dibinə taxta kəpəyi, torf yaxud meyitin ifrazatını udan başqa bir maddədən qalın qat tökür və sonra tabutla birlikdə yandırırlar.

Ölənin paltarlarını və qiymətli şeylərini qohumlarına qol çəkdirib verirlər. Bu işi böyük tibb bacısı görür, o ölənin əynindəki paltarların və qiymətli şeylərin çıxarılmasına və xüsusi dəftərə yazılmasına nəzarət edir. Bunları çıxarmaq mümkün olmadıqda xəstəlik tarixinə qeyd edirlər. Çox qorxulu infeksion xəstəliklərin şəxsi şeyləri xəstə öləndən sonra meyitlə birlikdə yandırılmalıdır.

ÖSKÜRƏK—tənəffüs yollarında yad cisimləri, seliyi və bəlğəmi çıxarmaq üçün qoruyucu-reflektor aktdır. Öskürək təkanı—səs yarığı bağlı ikən birdən-birə baş verən kəskin nəfəsvermədir. Səs yarığı birdən-birə açıldıqda hava bəlğəmlə və tənəffüs yollarında yığılmış başqa yad cisimlərlə (toz, selik və s.) birlikdə zərblə ağızdan çıxır. Tənəffüs yollarının seliyi burundan gəlmir, çünki öskürək zamanı burun boşluğunu yumşaq damaq örtür. Quru və yaş öskürək ayırd edilir. Quru öskürəkdə bəlğəm olmur, quru plevritdə, faringitdə və kəskin bronxitlərdə quru öskürək olur, bə'zən o bronxial astmada da

olur. Yaş öskürəkdə bəlğəm ifraz olunur. Bəlğəm nə qədər duru olsa, bir o qədər asan çıxır. Bədənin vəziyyətini dəyişdikdə çoxlu bəlğəm ifrazı ilə baş verən öskürək boşluqlu xəstəliklərə (abses, bronxoektazlar) xasdır. Qida qəbul etdikdə baş verən öskürək qida borusu ilə traxeya, yaxud bronxlar arasında fistula olduğunu göstərir; məsələn, qida borusundakı şiş buranı deşib bronxa keçdikdə belə olur. Qusma ilə müşayiət olunan öskürək göyöskürəkli xəstələrdə, vərəmin bə'zi formalarında, habelə xroniki faringitdə olur, çünki bu vaxt özlü bəlğəm əsnəyin həssas selikli qişasını qıcıqlandırır. Bronxların, ağciyərlərin, plevranın iltihabında öskürək daimi, yaxud ağciyər və bronxların xroniki iltihab xəstəliklərində vaxtaşırı ola bilər. Adətən belə hallarda öskürək zamanı çoxlu miqdarda (ağız dolusu) irinli bəlğəm ifraz olunur.

Öskürək zamanı birinci növbədə əsas xəstəliyi müalicə etmək lazımdır. Xəstənin başını hündür qoymaq, lazım gəldikdə, kürəyinin altına yaxşı çırpılmış 2—3 yastıq qoyulur. İçmək üçün ılıq südə natrium-bikarbonat töküb (1 stəkan ılıq südə bir çimdik soda) verirlər. Qoyunqıran dəmləməsi ilə aparılan inhalyasiya (1 stəkan qaynar suya 1 xörək qaşığı ot töküb 30 dəqiqə saxlamalı, sonra süzüb pulverizatorla, yaxud əl inhalyatoru ilə nəfəs almalı), boğazı evkaliptlə, tünd çayla yaxalamaq (1 stəkan qaynar suya 1 çay qaşığı) yaxşı kömək edir.

Bəlğəmin yaxşı çıxması üçün xəstələrə devyasil kökünün, dəvədabapı (termopsis) otunun dəmləməsini, ılıq südlə borjom verirlər. Öskürək refleksinin qarşısını almaq üçün kodein, kodterpin, dionin tə'yin edirlər. Yuxarı tənəffüs yollarında iltihab hallarını azaltmaq üçün yayındırıcı vasitələrdən istifadə edirlər—xardal kağızı, banka qoyur və s. Bəlğəm hayxıran bütün xəstələrin cibdə gəzdirilən qapaqlı tüpürcək qabı olmalıdır; hər dəfə qabı boşaltdıqdan sonra ılıq su və sabunla yumalı və 0,5%-li xloramin məhlulu ilə dezinfeksiya etməli. Xəstələr bəlğəmi döşəməyə və burun yaylığına tüpürməməlidirlər.

PUNKSİYALAR—bədən boşluqlarını, üzv və toxumaları deşmək.

Abdominal punksiya—diaqnostika və ya müalicə məqsədilə qarın boşluğunun deşilməsi. Bu əməliyyat üçün tibb bacısı aşağıdakıları hazırlamalıdır: diametri 3—4 sm olan iti, uclu yoğun mandrenli troakar, rezin drenaj borusu, sıxıcı, şprislər, yod tinkturu, spirt, ağrısızlaşdırma üçün 0,25%-li novokain məhlulu və ya xloretil, assit suyu götürmək üçün (laboratoriyaya göndərilir) steril sınaq şüşələri, steril bint, steril salfetkalar, leykoplastır, kollodi, pambıq, dəsmal və assit suyunu tökmək üçün ləyən. Punksiya üçün əllərinə xəstənin dərisinin hazırlanması və alətlərin sterilizasiya qaydası operasiyada olduğu kimidir. Punksiyanı sarğı və ya prosedura otağında aparırlar. Bir gün əvvəl axşam xəstəyə təmizləyici imalə qoyurlar, xəstə punksiyadan əvvəl sidik kisəsini boşaltmalıdır. Punksiyadan 20 dəqiqə əvvəl dərialtına 1 ml 1%-li promedolu 0,5 ml 0,1%-li atropin məhlulu

ilə vururlar. Xəstə stula söykənib oturur, qıçlarının arasına isə assit mayesini toplamaq üçün ləyən qoyurlar. Punksiyanı həkim aparır, tibb bacısı xəstəiin çiyinlərindən tutur və onun ümumi vəziyyətini müşahidə edir. Punksiyadan sonra xəstəni təkərli stola uzadıb palataya aparırlar.

Plevranın punksiyası. Sağlam adamda plevra boşluğunda 50 ml-ə qədər maye olur. Plevranın xəstəliklərində onun səfhələri arasına xeyli maye yığıla bilər ki, bu da xəstənin vəziyyətini ağırlaşdırır və plevranı punksiya etmək üçün göstərişdir; bu punksiyanı Poten aparatı ilə, yaxud plevroaspiratorla aparırlar.

Plevra boşluğunda az miqdarda maye olduqda, diaqnostika məqsədilə punksiya aparıb mayenin xarakterini və onda patogen hüceyrələr olub-olmamasını tə'yin edirlər. Adətən diaqnostika məqsədi daşıyan punksiyanı 10 qramlıq şprislə aparırlar, onu rezin borucuq vasitəsilə ucu çəp iynə ilə (uzunluğu 7—10 sm, diametri 1—1,2 mm) birləşdirirlər. Borucuğun bir uçu iynənin muftasına taxılmış, o biri ucuna isə şprisin konusu ilə birləşdirmək üçün kanülya qoyulmuşdur. Birləşdirici rezin borucuğa Mor sıxıcısı qo-yurlar ki, punksiya vaxtı plevra boşluğuıa hava girməsin. Laborato-riya analizi üçün 2—3 ədəd steril sınaq şüşəsi hazırlayırlar. Punksiya apardıqda bütün aseptika qaydalarına əməl edir və ona operasiya əməliyyatında olduğu kimi hazırlaşırlar: alətləri sterilizə edir, əlləri sabunla yuyur, dırnaq falanqalarına yod sürtürlər. Xəstənin dərisini spirtlə silir, punksiya ediləcək yerə yod sürturlər. Xəstə başını aşağı əymiş, əlləri ilə döşünü qucaqlamış vəziyyətdə üzünü stulun arxasına çevirib oturur, ya da əllərini punksiya aparılacaq tərəfdə başına və ya o biri çiyninə qoyub arxasını işığa çevirərək oturur.

İynə batırılan vaxt tibb bacısı xəstəiin əllərini tutur. Xəstənin yanındakı kiçik stula qabaqcadan naşatır spirti və tə'çili yardım göstərmək üçün zəruri dərmanlar qoyurlar, çünki bə'zən punksiya aparılan vaxt zəif, yaxud vegetativ oyanıqlığı olan xəstələrin ürəyi gedir. Tibb bacısı xəstənin dəri

örtüklərinə, nəbzinə və ümumi vəziyyətinə fikir verir. Lazım gəldikdə ona naşatır spirti iylədir, punksiya yerinə yod tinkturu sürtür və leykoplastır yapışdırırlar. Əməliyyat qurtardıqdan sonra tibb bacısı xəstəni palataya aparır və yatağa uzadır; xəstə azı 2 saat yataqda qalır.

Plevra mayesini xüsusi sınaq şüşələrinə tökürlər. Sınaq şüşələrinin ağzını qabaqca alovun üstündə tutur və sonra steril tıxacla bağlayırlar. Sınaq şüşəsinə xəstənin familiyası, adı, atasının adı və analizin məqsədi yazılmış kağız yapışdırırlar.

Plevra boşluğunda maye çox yığıldıqda onu Poten aparatı ilə (plev-roaspirator) çıxarırlar. Bu aparat üzərində bölgüləri olan, 1—2 l maye tutan və ağzı rezin tıxacla bağlanan qabdır, tıxacdan metal boru çıxır. Bu boru bayır tərəfdən iki qola ayrılır və bunların hər birinin metal kranı vardır, lazım gəldikdə kranla müvafiq borunu bağlayırlar. Qol-

lardan biri nasosla qabdakı havanı çəkib çıxarmaq və qabda mənfi təzyiq yaratmaq üçündür. O biri qol iynə taxılmış rezin borucuqla birləşdirilmişdir. Cihaza kanülyalı əlavə iki rezin borucuq qoyulmuşdur. Metal nasosun iki burnu vardır—düz və yan burun. Yan burundan hava ancaq nasosa daxil olur, düz burundan isə ancaq nasosdan çıxır. Hər burunun işini bu cür yoxlamaq olar. Sol əlin şəhadət barmağı ilə burunun birini sıxıb bir neçə dəfə nasosdan havanı buraxırlar. Bu vaxt barmaq təzyiqi hiss edərsə, deməli, hava nasosdan gəlir. Burun barmağı özünə çəkirsə, deməli, o, havanı sorub çıxarmaq üçündür. Aparatı işlətməmişdən əvvəl sterilizə edirlər, lakin rezin hissələri yox.

Cihazı yığmaq üçün əvvəlcə tıxacla borucuqları bankanın boğazına salır və vintlə bərkidirlər. Hər iki kranı bağlamaq lazımdır. Metal borucuqlardan birini rezin borucuqla nasosun havasoran burnu ilə birləşdirirlər. Müvafiq borucuğun kranını açıb nasosla bankadaqdı havanı çıxarırlar. Sonra kranı təzədən bağlayırlar, bundan sonra cihaz istifadəyə hazır sayılır. Cihazda mənfi təzyiq olduğu üçün plevra boşluğundakı maye bankaya tökülməyə başlayır. Maye yavaş axmağa başladıqda, yaxud kəsildikdə iynə taxılmış borucuğun kranını bağlayıb o biri kranı açır və bankadan havanı çıxarırlar. Təzədən maye çəkib çıxarmaq üçün cihazı işə salırlar. Cihaz kifayət qədər maye götürülənə qədər işləyir. İstifadə etdikdən sonra cihazı yaxşı yuyur və metal hissələrin paslanmaması üçün spirtlə və ya efirlə silirlər.

Plevra boşluğundan mayeni çıxarmaq üçün sadə bir üsul da vardır. Plevra boşluğuna salınmış iynənin açıq qalan tərəfinə rezin borucuq taxırlar, borucuğun bir tərəfini xəstənin gövdəsindən aşağıda qoyulmuş dərəcəli şüşə qaba salırlar. Plevra mayesi birləşmiş qablar qanunu ilə aşağıdakı şüşə qaba axacaqdır. Plevradan mayeni çıxardıqdan sonra rezin borucuğa sıxıcı qoyur, iynəni plevra boşluğundan çıxarır, yaranı yodla işləyib leykoplastr qoyurlar.

REKTOROMANOSKOPİYA. Düzbağırsağın selikli qişasına və siqmavarı bağırsağın başlanğıc hissəsinə baxmaq üçün rektoromonoskopiyadan istifadə edirlər. Rektoskop—düzbağırsağa salınan müxtəlif uzunluqda borular dəsti, optik sistem və düzbağırsağa hava vurulan balondan ibarətdir. Xəstəni rektoskopiyaya hazırladıqda ancaq rektoskopun borusunu, aparatın başını və pambıqtutanları sterilizə edirlər. Rektoskopun qalan hissələrini spirtlə silir və 0,5%-li xloramin məhlulunda saxlayırlar.

Defekasiya ləngidikdə xəstəni rektoskopiyaya bir neçə gün əvvəl hazırlayırlar: qarnını təmizləmək üçün işlətmə dərmanı, 15%-li maqnezium sulfat verir, (gündə 3 dəfə 1 xörək qaşıqı) və hər gün imalə edirlər. Xəstəni rektoskopiyaya hazırlamaq üçün başqa üsul da vardır—iki dəfə imalə edir və sonra qazçıxaran boru salırlar, yüngül axşam yeməyi (peçenye ilə çay) verirlər, səhər—30 dəqiqə ara verməklə yenə iki dəfə imalə edir və qazçıxaran boru salırlar. Çox vaxt iki imalə

kifayət edir: birini—müayinədən bir gün əvvəl, ikincisini—müayinəyə 4 saat qalmış qoyurlar. Rektoskop qoymaq üçün xəstənin ən münasib vəziyyəti diz-dirsək və diz-bazu vəziyyətidir. Xəstə dizləri üstə sarğı stolunun ustundə elə durur ki, pəncələri stoldan sallanır, dirsəklərini və qollarını isə stola dirəyir. Yaxud xəstə çanağını bir qədər qaldırıb sağ böyrü üstə uzanır.

Xəstənin rektoskopiyaya hazırlanmasında tibb bacısının rolu alətləri yoxlamaq və rektoskopu saldıqdan sonra həkimə kömək etməkdir. Bağırsaqlarda qalmış suyun və ya duru nəcisin axmasını həmişə gözləmək olar, buna görə də tibb bacısı ləyəni hazır saxlamalıdır, ləyəni rektoskopun borusunun bayırda qalan tərəfinə tutur. Həmçinin steril pambıq yumruları, 0,1%-li atropin-sulfat, bağırsaqların selikli qişalarını dağlayan preparatlar (gümüş-nitrat məhlulu), habelə biopsiya üçün lazım olan bütün şeyləri hazırlayırlar.

Müayinə qurtardıqdan sonra rektoskopu və sterilizə olunacaq hissələri yaxşı yuyur, qalan hissələri isə xloramin və spirtlə silirlər.

SİDİK[1]. Sidiyin analizindən nəinki böyrəklərin vəziyyətini və funksiyasını bilirlər, həm də bir sıra başqa üzv və sistemlərdə xəstəlik olmasını (qaraciyərin xəstəlikləri, mübadilə pozğunluqları və s.) öyrənirlər. Buna görə də sidiyin analizi müalicəyə təzə qəbul olunmuş hər xəstənin ümumi müayinəsinin mühüm tərkib hissəsindən biridir. Birinci dəfə analiz üçün səhər sidiyi götürülür, çünki o daha qatı olur. Şəkərli diabeti olan xəstələrin pəhrizini qaydaya salmaq, insulin müalicəsi və s. üçün nəinki şəkərin faizini, həm də sutkada nə qədər sidik çıxdığını da bilmək lazımdır, buna görə də sutkalıq sidiyin hamısını yığır və sonra ölçürlər. Sidiyi bakterioloji analiz etmək lazım gəldikdə ona hər hansı kimyəvi maddə qatmaq olmaz.

Böyük adamın sutkada ifraz etdiyi ***sidiyin miqdarı*** 1 l-dən 1,8 l-ə qədər olub orta hesabla 1,5 l-dir. Orqanizmə çoxlu maye yeridildikdə sidiyin miqdarı artır, quru yeməklər yedikdə, habelə ishal zamanı və bədən tərlədikdə sidik ifrazı azalır. Bə'zi xəstəliklərdə məsələn, kəskin qlomerulonefrit-də sutkalıq sidiyin miqdarı xeyli az olur (oliquriya), digər xəstəliklərdə artır (sidikdə şəkər olmadıqda—poliuriya).

Sidiyin ***xüsusi çəkisinin*** artmasına səbəb, adətən, onun miqdarca azalmasıdır. Buna görə də o ya bədənə maye az daxil olduqda, ya da çox itirildikdə müşahidə edilir. Bundan başqa sidiyin xüsusi çəkisi şəkərli diabetdə yüksək olur, sidiyin sutkalıq miqdarı artdıqda (poliuriya) xüsusi çəkisi az olur ki, bu da şəkərsiz sidik ifrazına xasdır. Sidiyin miqdarca az olub, xüsusi çəkisinin yüksək olması böyrəklərin ağır funksional pozğunluqlarında müşahidə edilir və pis əlamət sayılır.

Sidiyin ***rəngi*** ondakı piqmentlərdən asılıdır və adətə açıq-sarı rəngdən tutmuş tox qırmızımtıl-sarı rəngə qədər olur. Sidiyin rəngi qaraciyərin ağır xəstəliklərində dəyişə bilər. Adətən qatı sidik tünd çay

[1] Bu bölməni tibb elmləri namizədi A. M. Naqorni yazmışdır.

rəngində olur. Sidiyin ***şəffaflığı*** normal sidik şəffaf olur, qaldıqda bulanır və bunun heç bir diaqnostik əhəmiyyəti olmur, sidik şəffaf, bulanıq, süd kimi ağ bulanıq olur. Sidiyin iyinin heç bir diaqnostik əhəmiyyəti yoxdur. Yalnız meyvə iyi verməsi onda çoxlu miqdarda aseton cisimləri olmasını göstərir. Quşqonmaz, qıtıqotu və ya sarımsaq yedikdə sidik kəskin üfunət iyi verir.

Böyrəklərin funksiyasının öyrənilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır, çünki çox vaxt anatomik zədələnmələr və klinik əlamətlər olmasa da açıq-aşkar funksional pozğunluqlar ola bilər. Sidiyin xüsusi çəkisinin krioskopiya metodu ilə molekul səviyyəsində, yaxud adi urometriya ilə tə'yin edilməsinin muhüm əhəmiyyəti vardır. Zimnitski üsulu ild böyrəklərıı funksiyasını öyrəndikdə xəstə adi pəhrizdə olur və o, sutka ərzində hər 3 saatdan bir çıxan sidiyi ayrıca qaba yığır. Səkkiz qabdakı sidiyin hərəsinin miqdarını və xüsusi çəkisini ayrıca tə'yin edirlər. Alınan rəqəmlər nə qədər müxtə-lif olsa, deməli, böyrəyin uyğunlaşma qabiliyyəti bir o qədər çoxdur. Bu rəqəmlər nə qədər kiçik, bərabər, yeknəsəq olsa, böyrəyin pis işlədiyini və xəstəliyin ağır olmasını göstərir. Bə'zən böyrəklərin sidiyi qatılaşdırma qabiliyyətini quru yemək sınağı ilə öyrənirlər.

Bütün qablardakı sidiyin ümumi miqdarını cəmləyib ***sutkalıq*** diurezi tə'yin edirlər: sağlam adamda sidiyin miqdarı içilən mayenin 65—75%-ni təşkil edir. Həmçinin gündüz və gecə sidiyini müqayisə edirlər: adətən, bütün sidiyin 2/3—3/4 hissəsi gündüz çıxır. Ürək çatışmazlığında gecə diurezi çox olur (nikturiya).

Bakterioloji analiz üçün sidiyi kateterlə götürürlər, bunun üçün xəstənin xarici cinsiyyət üzvlərini yaxşı yuyur və uretranın ön hissəsini şırnaqlayırlar. Hətta bunları etdikdə belə sidiyin birinci porsiyalarını atırlar, qalan porsiyaları isə steril qaba yığırlar. Hər hansı səbəbdən xəstəyə kateter salmaq mümkün olmadıqda, uretranı yaxşı yuduqdan və şırnaqladıqdan sonra xəstəyə siyiməyi təklif edirlər: bu dəfə də analiz üçün ancaq ikinci porsiyanı götürürlər, çünki o, sidik kanalını birinci porsiya yuduqdan sonra götürülmüşdür. Sidiyi mümkün qədər ifraz edilən kimi analiz etmək lazımdır, çünki nə qədər ehtiyatlı olunsa belə ona təsadüfən kənardan düşmüş mikroblar tez törəyib artır və patoken floranı tə'yin etməyi çətinləşdirir.

Sidik kisəsinin yuyulması. Sidik kisəsindən irini, toxumanın parçalanma məhsullarını, yaxud xırda daşları çıxarmaq, habelə ona sistoskop salmaq üçün qabaqca yuyurlar. Adətən sidik kisəsini rezin kateterlə yuyurlar. Bunu üçün bir dəfədə çıxan sidiyin miqdarına görə sidik kisəsinin tutumunu tə'yin edirlər.

Xəstə ayaqları dizdən qatlanmış, budları aralanmış və çanağı azca qalxmış vəziyyətdə arxası üstə uzanır. Bu əməliyyatı uroloji kresloda da aparmaq olar. Sidik kisəsini Esmarx qabından borat turşusu (2%-li), kalium-permanqanat (1:1000), civə-oksisianid (1:10000) məhlulları

buraxıb yuyurlar. Məhlul və alətlər steril olmalıdır. Əvvəlcə kateter salırlar (bax: Kateterizasiya), sidiyi boşaldıb kateteri Esmarx qabının borusu ilə birləşdirirlər. Sidik kisəsini su təmiz gələnə qədər yuyurlar, yuduqdan sonra sistoskop salınmayacaqsa, onu yarıya qədər məhlulla doldurur və kateteri çıxarırlar. Sidik kisəsini yuduqdan sonra xəstə 30—60 dəqiqə uzanmalıdır.

Sidik kisəsini neçə vaxtdan bir və bir neçə dəfə yuyulmasını həkim tə'yin edir. Adətən, sidik kisəsini 12—14 dəfə yuyurlar.

Sidiyi saxlaya bilməmək—qeyri-iradi siyimə. Sidik kisəsindən daim damcı-damcı, yaxud hərdənbir hissə-hissə sidik axır. Bunun səbəbi sidik yollarının xəstəlikləri, sidik kisəsi sfinkterinin boşalması, onurğanın və haram iliyin anadangəlmə qüsurları, ruhi sarsıntılar və s.-dir. Sidiyini saxlaya bilməyən ayaqüstə olan xəstələr üçün xüsusi sidik qabları vardır, bunları qayışla xəstənin qıçlarına bağlayır və dolduqca boşaldırlar. Xəstələr sidiyin yığılmasına fikir verməli, sidik qabını təmiz saxlamalı, tez-tez yumalı, sidik iyi verməməsi üçün dezinfeksiya etməlidirlər. Tibb bacısı yataqda qalan və sidiyini saxlaya bilməyən xəstələrin döşəyinin islanmaması üçün döşəkağının altında müşəmbə olmasına, fikir verməlidir; imkan varsa xəstənin altına ləyən üçün ortası deşik döşək qoyurlar. Xəstənin ombası altına hava üfürülən rezin ləyən qoyurlar, bu həm də rezin dairəni əvəz edir, kişilərin cinsiyyət üzvünü "ördəyə" keçirmək olar, xəstə onu daim qıçlarının arasında saxlayır. Xəstələrin altını tez-tez yumaq və yataq yaralarının qarşısını almaq lazımdır. Xəstəni yuduqdan sonra qasıq nahiyəsini əski ilə qurulayır və. yağ sürtürlər (vazelin və ya günəbaxan yağı, uşaq kremi və s.). Talk də səpmək olar. Xəstənin alt paltarını tez-tez dəyişirlər ki, xəstədən sidik iyi gəlməsin, çünki bu, palatadakı başqa xəstələri iyrəndirə bilər, xəstənin altına qoyulan rezin ləyəni dezinfeksiyaedici məhlulla yuyur, şüşə sidik qablarını isə kalium-permanqanat məhlulu (1:5000), durulaşdırılmış xlorlu əhəng məhlulu və ya hidrogen-xlorid turşusunun məhlulu ilə yuyurlar.

SİSTOSKOPİYA—sidik kisəsinə sistoskop adlanan xüsusi cihazla baxmaq. Sistoskopun işıq və optik sistemləri vardır, sidik kisəsinə yeridilmiş şəffaf mayedən optik sistemlə baxıb azca böyüdülmüş halda kisənin içərisini və opun selikli qişasını nəzərdən keçirirlər. Uroloji xəstəlikləri olan xəstələrə tətbiq edilir. Sistoskopiyanı irriqasion baxış sistoskopu ilə də aparmaq olar, onun optika sistemini çıxarıb yerinə yuma sistemi qoyurlar; bunun təmiz su tökülən və çirkli suyu axıdan borusu vardır. Optik sistemi çıxarıb sistoskopları xüsusi qablarda formalin buxarında saxlayırlar. Formalinin selikli qişanı qıcıqlandırmaması üçün sistoskopu işlətməmişdən əvvəl steril su ilə yuyur, etil spirti ilə silir və steril qliserinlə yağlayırlar. Sistoskopu ikinci dəfə işlətdikdə 1:1000 nisbətində hazırlanmış civə-oksisian, məhlulunda 15—20 dəqiqə saxlayıb dezinfeksiya edirlər. Sistoskopun optik

sistemini etil spirti ilə isladılmış tənziflə silirlər. Proseduradan qabaq xəstəyə təmizləyici imalə qoyurlar.

Hər böyrəyi ayrıca öyrənmək üçün xromosistoskopiya apardıqda venaya indiqokarmin məhlulu vurur və sonra sistoskopla baxıb boyanmış sidiyin sidik axarlarının ağzıudan nə vaxt gələcəyini gözləyirlər. Sağlam adamda o boyarı yeritdikdən 3—5 dəqiqə sonra çıxmağa başlayır. Böyrəklərin biri xəstə olduqda həmin tərəfdəki sidik axarından boyanmış sidik geç gələcəkdir. Adətən xromosistoskopiyanı keyitməsiz aparırlar, yalnız çox həssas xəstələrin uretrasına müayinədən 5—10 dəqiqə qabaq 2—3%-li novokain məhlulu vururlar. Prosedura qurtardıqdan sonra xəstələr bir neçə saat yataqda uzanmalıdırlar.

Sidik kisəsinin selikli qişasının iltihabının qarşısını almaq üçün antibiotiklər tə'yin edirlər. Tibb bacısı xəstəni, alətləri və dezinfeksiyaedici məhlulları hazırlayır.

SOYUQ. Soyuğun tə'siri ilə qan damarları daraldığı üçün kəskin iltihab proseslərində, qanaxmalarda, əzilmələrdə ağrıkəsici, qansaxlayıcı vasitə kimi tətbiq edilir. Soyuğu yerli tətbiq etmək qüçün buz qovuğundan istifadə edirlər. Bu cür qovuğun içərisində aşağı temperatur uzun müddət qalır. Buz qovuğu enli ağzı olan və tıxacı burulub bağlanan rezin torbadır. Buzu əskinin üzərində parça-parça doğrayıb torbanın yarısına qədər tökürlər. Qovuqdan havanı çıxarıb tıxacı burub bağlayırlar. Dərinin çox soyumaması və hətta donmaması üçün qovuğu dörd qatlanmış dəsmalın üzərinə qoyurlar. Qovuq yaş olarsa qurulamaq lazımdır. Qovuğun basdığı yer çox ağrıdıqda qovuğu ağrıyan yerdən yuxarıda asırlar. Buz əridikcə suyu boşaldır və yeni buz parçaları doldururlar. Buzu azca fasilələr verib bir sutka saxlamaq olar. Tibb bacısının soyuducuda həmişə ehtiyat buzu olmalıdır.

SU İLƏ MÜALİCƏ (hidroterapiya)—müalicə və profilaktika məqsədilə sudan istifadə. Su ilə müalicədə tempsratur amilindən başqa mexaniki amilin—suyun təzyiqi və hərəkətinin də mühüm əhəmiyyəti vardır. Soyuq su (20°S-dən aşağı) proseduralar ümumi tonusu artırır, sinir və ürək-damar sistemlərinin işini yaxşılaşdırır, maddələr mübadiləsini yüksəldir. İlıq su ilə (37—39°S) aparılan proseduralar xroniki iltihab proseslərində, xüsusilə, dayaq-hərəki aparatın iltihabında, maddələr mübadiləsinin bə'zi növlərinin pozğunluqlarında (su-duz, yağ mübadilələri) vacibdir. İsti su (40°S-dən yuxarı) proseduraları bədəni tərlədir, habelə orqanizmdə maddələr mübadiləsini yüksəldir.

Su ilə müalicəyə əks-göstəriş kəskin surətdə özünü bildirən ateroskleroz, III dərəcəli hipertoniya, yeni törəmələr, fəal fazada vərəm, qanaxmaya meyllilik, qan xəstəlikləri və qanyaradan orqanların xəstəlikləri, infeksion xəstəliklərdir.

Su ilə müalicə proseduralarının dozası ancaq fərdi olub nəinki qıcıqlandırıcının xarakteri, həm də xəstənin reaktivliyi nəzərə alınmalıdır. Reaksiya zəif olduqda, tez keçib getdikdə proseduraları hər gün, nisbətən güclü olduqda günaşırı qəbul etmək olar. Adətən su müalicəsini kurs şəklində 12—15 proseduradan 20—30 proseduraya qədər tə'yin edirlər. Su ilə müalicə proseduralarına duş (bax), bağırsaqların yuyulması, çimmə, bədənə su tökmə, yuyunma, yaş dəsmalla bədəni silmə, bələmə aiddir.

Baqırsaqların yuyulması—su ilə müalicə prosedurası olub onun vasitəsilə bağırsaqlarda qalmış nəcisi, bakteriyaları, toksinləri, seliyi çıxarırlar, sanatoriya-kurort praktikasında müvəffəqiyyətlə tətbiq edilir.

Çimmə—bədəni möhkəmlətmə növlərindən biridir. Açıq su hövzələrində çimmə bədəni çox möhkəmlədir, suyun bədəni termik qıcıqlaması ilə bir vaxtda hava, günəş şüaları və hərəkət (üzmə) də bədənə tə'sir edir. Çimmə müddəti havanın və suyun temperaturundan asılıdır. 4—5 dəqiqədən başlayıb vaxtı tədricən artıraraq 15—20 dəqiqəyə çatdırırlar. Yeməkdən azı bir saat keçdikdən sonra çimmək olar.

Bədənə su tökmə bədəni möhkəmlədən prosedura kimi, habelə ürək-damar və sinir sistemlərinin pozğunluqlarında tətbiq edilir. Bədənə yavaş-yavaş 2—3 vedrə su tökülür. Bu vaxt vedrəni xəstənin çiyinləri səviyyəsində elə tuturlar ki, su bədənə həm qabaqdan, həm də arxadan bir bərabərdə tökülür, sonra isidilmiş cod döşəkağı və ya tiftikli dəsmalla bədəni bərk-bərk sürtürlər. Prosedura hər gün və ya günaşırı 2 dəqiqə aparılır; suyun temperaturunu 34—35°S-dən başlayıb hər də-fə 1—2° aşağı salır və müalicə kursunun axırında 22—20°S-yə endirirlər; müalicə kursu 16—20 proseduradır.

Yuyunma. Sağlam adamların bədənini möhkəmlətmək, habelə yüngül xəstələrin orqanizminin müqavimətini artırmaq üçün yuyundururlar; zəifləmiş, yataqda olan xəstələrin bədəninin ayrı-ayrı yerlərini yuyurlar. Bütün bədəni yumaq üçün ləyənə lazımi temperaturlu su tökür (5° l-ə qədər), həmən suya lifi və ya tiftikli dəsmalı batırıb suyunu sıxır və bununla kətildə oturmuş çılpaq xəstənin bədənini tez-tez yuyurlar. Qabaqca döş qəfəsindən, daldan isə ənsədən yumağa başlayırlar. Proseduranı 2—3 dəfə təkrar edirlər, bundan sonra xəstənin bədənini qızarana qədər kətan dəsmalla yaxşı-yaxşı silir, isidilmiş döşəkağı və adyala büküb yatağa uzadırlar. Bədənin hər hansı bir yerini yumaq üçün temperaturu 32—30°S olan su götürür və sonra 20°S-yə endirirlər. Prosedura hər gün və ya günaşırı aparılır və 2—3 dəqiqə çəkir. Proseduraların ümumi sayı 15—20-dir. Xəstə yuyundurulan otaq isti olmalıdır (havanın temperaturu azı 25°S olmalıdır) və yel çəkməməlidir.

Bədəni yaş dəsmalla silmə adamı gümrahlaşdıran və tonusu artıran

proseduradır. Xəstəni yaş döşəkağıya bükür, qızana qədər bədənini sürtür, sonra döşəkağını çıxarıb xəstənin üzərinə su tökür və quru kətan (tiftikli) dəsmalla və ya döşəkağı ilə qurulayırlar. Bədəni sürtmək üçün əvvəlcə suyun temperaturu 30—32°S olur, sonra temperaturu tədricən azaldıb 18—20°S-yə endirirlər. Bə'zən bədəni yaş dəsmalla sürtdükdən sonra vedrədən su tökürlər: suya duz, sirkə, odekalon vururlar. 3—5 dəqiqə davam edən bu proseduranı hər gün aparırlar: çəmi 20—30 proseduradır.

Bələmə—yuxusuzluq, I—II dərəcəli hipertoniya və nevrasteniyalarda sinir sistemini sakitləşdirmək məqsədilə tətbiq edilir (yaş və quru bələmə olur, bütün bədəni və ayrı-ayrı hissələri bələyirlər). Bu yolla qızdırmalı xəstələrin hərarətini salır, habelə çoxlu tərlədirlər. Bələməni hər gün, yaxud günaşırı tə'yin edirlər. Müalicə kursu 15—20 proseduradır, müddəti 10—15 dəqiqədir. Bələmə qaydası belədir: xəstəni soyundurur, yun adyal üstündən yaş döşəkağı salınmış kuşetkaya uzadırlar, sonra onu əvvəlcə döşəkağıya bükür, üstündən isə adyal örtürlər.

TERMOMETRİYA. Sağlam adamda bədənin temperaturu sabit olub səhər və axşam temperaturları arasında fərq az olur (36—37°S). Səhərlər temperatur dərəcənin onda bir hissəsi qədər aşağı, axşam isə bir o qədər yuxarı olur. Belə hesab edirlər ki, temperatur 37° S-dən yuxarı qalxmamalıdır, fərq isə 0,3° ilə 1° arasında olur. Temperaturun bu cür sabitliyi istiliyin əmələ gəlməsi ilə verilməsi proseslərindən asılıdır. Uşaqlarda bədənin temperaturu bir qədər yuxarı, yaşlı adamlarda isə bir qədər aşağı olur. Düzbağırsaqda və uşaqlıq yolunda temperatur qoltuq və qasıq nahiyələrində olduğundan 1° yüksək olur. Bədənin temperaturunu ölçmək və ona nəzarət etmək tibb bacısının gündəlik vəzifəsidir. Çünkn bədənin temperaturunun dəyişməsi və qalxıb enməsi, xüsusilə onun qalxması hər hansı bir xəstəliyin başlanmasını göstərir. Bədənin temperaturunu tibb termometri ilə ölçürlər.

Ölkəmizdə Selsi termometrindən istifadə edilir; o şüşə kapillyar borucuq olub ucunda civə ilə dolmuş rezervuar vardır. Borucuq Selsi ilə 34°-dən 42°-yə qədər bölgüləri olan şkalaya bərkidilmişdir.

Tibb termometri maksimal termometrdir, belə ki, onun kapillyarlarının üzərindəki daralma civəyə istilik tə'siri qurtardıqda onun geriyə—rezervuara axmasına mane olur. Civənin rezervuara qayıtması üçün termometri bir neçə dəfə silkələmək lazımdır.

Termometri yerə salmamaq, yaxud yaxınlıqdakı əşyalara dəyməməsi üçün ehtiyatlı olmaq lazımdır. Tibb termometrlərini dibinə pambıq qoyulmuş və üstündən dezinfeksiyaedici məhlul, məsələn, 0,5 №-li xloramin məhlulu tökülmüş bankada və ya stəkanda saxlayırlar.

Hər xəstənin temperaturunu ölçdükdən sonra termometri içində dezinfeksiyaediçi məhlul olan bankaya salıb çıxarır və yaxşı silir, sonra

silkələyərək civəni 35°-dən aşağı salıb o biri xəstəyə verirlər. Termometri xəstəyə verməmişdən əvvəl qoltuq çuxurunu yoxlayır və silirlər. Termometri elə qoymaq lazımdır ki, civəli rezervuarın hər tərəfi qoltuq çuxurunun ən dərin yerində bədənə toxunsun. Termometr azı 10 dəqiqə qalmalıdır. Termometrlə bədənin arasına paltar girməməlidir. Tibb bacısı zəif xəstələrin qolunu tutub saxlayır. Çox zəif və ağır xəstələrin temperaturunu düzbağırsaqda ölçmək olar, lakin burada o, 0,5—1° yuxarı olacaqdır. Temperaturun bu cür ölçülməsinə əks-göstərişlər defekasiyanın ləngiməsi (qəbizlik), ishal, düzbağırsağın xəstəlikləridir. Termometri düzbağırsağa salmamışdan əvvəl vazelin yağı, yaxud hər hansı başqa bir yağla yağlanır və xəstənin beyrü üstə uzanmış vəziyyətində yarıya qədər yeridilir. Xəstənin sağrıları bir-birinin üstünə düşməlidir. Hər dəfə temperaturu düzbağırsaqda ölçdükdən sonra termometri yaxşı yuyur və spirtlə, yaxud əl altında olan dezinfeksiyaedici məhlullardan birində (0,5%-li xloramin məhlulu) dezinfeksiya edirlər.

Uşaqların temperaturunu qasıq büküşündə ölçürlər. Bunun üçün uşağın qıçlarını çanaq-bud oynağında qatlayıb əmələ gələn büküşə termometri qoyurlar.

Stasionarda bədənin temperaturunu sutkada iki dəfə ölçürlər: səhər saat 6 ilə 8 arasında və gündüz saat 16 ilə 18 arasında. Bu vaxt xəstə uzanmalı, yaxud oturmalıdır. Həmin saatlarda maksimal və minimal temperaturu bilmək olar. Sutkalıq temperaturu daha dəqiq bilmək lazım gəldikdə temperaturu hər 2—3 saatdan bir ölçmək olar. Temperaturu ümumi temperatur vərəqinə yazırlar, burada xəstələrin familiyası, qemperaturun ölçüldüyü tarix və vaxt səhər və axşam yazılır. Bundan başqa, hər xəstə üçün də ayrıca temperatur vərəqi olur və bunu xəstəlik tarixinə qoyurlar; onu tibb bacısı temperatur əyrisi ilə doldurur. 37°S-dən yuxarı temperatur qızdırma adlanır (bax). Tibb bacısı temperaturun qalxmasını həkimə xəbər verməlidir.

Civəli termometrlərdən başqa elektrotermometrlərdən də istifadə edirlər, bunlar kütləvi müayinələr aparmaq, müəyyən bir nahiyədə dərinin və selikli qişaların temperaturunu ölçmək üçün əlverişlidir. Həmçinin bədənin temperaturunu uzun müddət ərzində qeyd etmək üçün də termometrlər vardır.

TƏNƏFFÜS—orqanizmlə ətraf mühit arasında gedən qazlar (oksigen və karbon qazı) mübadiləsi prosesidir. Tənəffüs nəfəsalma və nəfəsvermədən, yə'ni aqciyərlərə hava yeritməkdən və onu ağciyərlərdən çıxarmaqdan ibarət mürəkkəb sinir-əzələ aktıdır. Ağciyərlərdəki qaz mübadiləsinin əsasını təşkil edən funksiyaları mərkəzi sinir sistemi əlaqələndirir. Qanda karbon qazı çoxaldıqda tənəffüs mərkəzi reflektor surətdə qıcıqlanır. Aşağıdakı tənəffüs tipləri vardır: a) ***xariçi tənəffüs***—tənəffüs üzvlərində gedən proseslərdir, bunların sayəsində xarici mühitdən alınan oksigen qana daxil olur,

karbon qazı isə xarici mühitə verilir; b) ***qanın qaz daşıması***—üzvlərin oksigenlə doyması və karbon qazının çıxması; v) ***toxuma tənəffüsü,*** yaxud ***hüceyrədaxili tənəffüs*** bədənin hüceyrələrində üzvi birləşmələrin oksidləşməsidir, bu vaxt oksigen sərf olunur, karbon qazı əmələ gəlir və enerji çıxır; bu enerji həyat proseslərinə sərf olunur.

Qazlar mübadiləsi prosesləri üçün ağciyərlərin tutumunun və ağciyərlərlə qan arasındakı mübadilənin getdiyi səthin ölçüsünün mühum əhəmiyyəti vardır. Ağciyərlərin tutumu nə qədər çox olsa toxumalar bir o qədər çox oksigen alır. Ən dərin nəfəsalmadan sonra ən dərin nəfəsvermənin həcmi ağciyərlərin həyat tutumudur. Ağciyərlərin həyat tutumunun ölçüsü yaşdan, cinsiyyətdən və tənəffüs aparatının inkişaf dərəcəsindən (döş qəfəsinin ölçüləri, tənəffüs əzələlərinin gücü və s) asılıdır. Kişilərdə ağciyərlərin həyat tutumu, orta hesabla 3,5 l, qadınlarda—3 l, idmançılarda—4,7 l-dir. Ağciyərlərin həyat tutumunu spirometrlə, yaxud qaz saatları ilə tə'yin edirlər.

Ağciyər ventilyasiyasının—vaxtaşırı nəfəsalma və nəfəsvermə yolu ilə ağciyərlərin boşluğunda havanın dəyişməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. O, insanın 1 dəqiqədə nəfəslə buraxdığı havanın miqdarı ilə, yə'ni 1 dəqiqəlik tənəffüs tutumu ilə ölçülür. Böyük adam sakit halda dəqiqədə orta hesabla 16—20 dəfəyə qədər nəfəs alır, hər dəfə orta hesabla 500 ml-ə qədər hava udur, deməli, bir dəqiqəlik tənəffüs tutumu 500X16=8000 ml olacaqdır. Yeni doğulmuş uşaqda tənəffüsün tezliyi 1 dəqiqədə 60—70-dir, 5 yaşında o, azalıb 26 olur, 15— 20 yaşlarında isə 1 dəqiqədə 20-yə düşür. İş zamanı, hərəkət etdikdə, qızdırma zamanı (mübadilə yüksək olduğu üçün) 1 də-qiqədə tənəffüsün sayı artır. Ağciyərlərin ventilyasiyası sakit halda 8 l olur, ağır fiziki iş zamanı 20 dəfə artır.

Tənəffüsün tezliyini tə'yin etmək üçün əli xəstənin döş qəfəsinin və ya qarnının üstunə qoymaq və onun diqqətini yayındırıb 1 dəqiqədəki tənəffüsü saymaq lazımdır. Xəstələrdə tənəffüs çatmamazlığı olduqda təngnəfəslik əmələ gəlir və onların tibb yardımı göstərilməsinə ehtiyacları olur. Tibb bacısı temperatur vərəqində 1 dəqiqədəki tənəffusün sayını xətlərlə göstərir.

TƏNGNƏFƏSLİK—tənəffüsün çətinləşməsidir: tənəffüs hərəkətlərinin ahəngini və gücünün pozulması ilə xarakterizə olunur. Təngnəfəslik orqanizmin qoruyucu-fizioloji uyğunlaşmasıdır, bu zaman oksigen kəsiri dolur və həddindən artıq yığılmış karbon qazı xaric edilir. Tənknəfəslik zamanı tənəffüs pozulur ki, bu da onun tezliyinin və dərinliyinin dəyişməsi ilə özünü göstərir. Tezləşmiş və seyrək, səthi və dərin tənəffüs vardır. Sağlam adamda təngnəfəslik böyük fiziki iş zamanı əmələ gələ bilər. Klinik simptom kimi bir sıra xəstəliklərdə təngnəfəsliyin böyük diaqnostik və proqnoz əhəmiyyəti vardır. Klinik əlamətlərindən, əmələgəlmə səbəblərindən və mexanizmindən asılı olaraq ürək, ağciyər, qarışıq, serebral və

hematogen təngnəfəslik ayırd edilir.

Ürək təngnəfəsliyi ürək çatışmazlığında əvvəlcə fiziki iş gördükdə və yemək yedikdə, sonra isə sakit halda da baş verir. Çox vaxt buna ürək qüsuru və kardiosklerozu olan xəstələrdə təsadüf edilir. ***Ağciyər təngnəfəsliyi*** tənəffüs aparatının fəaliyyəti müxtəlif şəkildə pozulduqda, tənəffüs yollarının selikli qişasına zəhərləyici maddələr tə'sir etdikdə baş verir. Çox vaxt pnevmoniyada, ağciyər emfizemasında, plevritlərdə, ağciyər arteriyasının emboliyasında olur. ***İnspirator*** və ekspirator təngnəfəslik ayırd edilir. İnspirator təngnəfəslikdə nəfəsalma uzanır və bu səs yarığının reflektor spazmında, ürək astmasında baş verir. Ekspirator təngnəfəslik (nəfəsvermə çətinləşir)—bronx əzələlərinin spazmı nəticəsində (bronxial astmada) xırda bronxlar və bronxiollar daraldıqda baş verir. ***Ürək—ağciyər*** (qarışıq) təngnəfəslik bronxial astmanın ağır formalarında və ağciyər emfizemasında olur, buna səbəb ağciyər arteriyasında sklerotik dəyişikliklər, sağ mə'dəciyin hipertrofiyası və hemodinamikanın pozulmasıdır. ***Serebral təngnəfəslik*** beynin üzvi zədələnmələrində (kəllə travmaları, şişlər, qansızmalar zamanı və s.) hallarda baş verir. ***Hematogen təngnəfəslik*** qanda maddələr mübadiləsinin turş məhsullarının yığılması ilə əlaqədar olaraq qanın kimyəvi tərkibi d: ışdikdə (diabet koması, uremiya) baş verir, habelə qanazlığında müşahidə edilir. Çox vaxt təngnəfəslik boğulma tutmasına keçir, bu vaxt xəstənin vəziyyəti xeyli ağırlaşır və ona tə'cili yardım göstərməyə ehtiyac olur.

Təngnəfəslik zamanı qulluq. Tibb bacısı xəstədə təngnəfəslik olduğunu həkimə xəbər verməli və xəstənin tənəffüsünü yüngülləşdirmək üçün tə'cili tədbir görməlidir: onun başının, yaxud kürəyinin altına bir neçə balış qoymalı, yaxud funksional çarpayının yuxarı tərəfini bir qədər qaldırmalıdır. Xəstənin üstündən ağır adyalı götürməli, onu sıxan paltarı cıxarmalı, bayırdan təmiz hava gəlməsi üçün xəfəngi və pəncərəni açmalı, habelə xəstəyə oksigen balışı verməlidir. Bundan sonra həkimin bütün tə'yinatlarını yerinə yetirməlidir.

TİBB BACISI—orta pillə tibb işçisi, müalicə-profilaktika müəssisələrində və məktəbəqədər uşaq müəssisələrində həkimin köməkçisidir. Müalicə-profilaktika müəssisəsinə tibb bacısı vəzifəsinə azı 2 illik tibb məktəbini bitirmiş və tibb bacısı şəhadətnaməsi almış şəxsləri tə'yin edirlər.

Tibb bacısı öz işində rəhbərliyi altında işlədiyi həkimlərin yazdıqlarını və göstərişlərini yerinə yetirməlidir. Tibb bacısının xəstəxanalarda, xəstəxanadankənar müalicə-profilaktika müəssisələrində və xəstənin evində həkimin tə'yin etdiyi aşağıdakı əməliyyatları icra etməyə ixtiyarı çatır: 1) mə'dəyə zond salıb yumaq; 2) hər cür imalə (təmizləyici, sifon, qidalandırıcı, damcı imaləsi qoymaq); 3) qazçıxaran boru salmaq; 4) sidik kisəsinə yumşaq rezin kateter salmaq; 5) sidik kisəsini yumaq; 6) uşaqlığı şırınqalamaq; 7) xardal

yaxması, zəli, banka qoymaq; 8) dərman sürtmək; 9) dərialtına və əzələdaxilinə iynə vurmaq, venaya məhlul yeritmək, (sonuncuya həkimin icazəsi olmalıdır); 10) kompres qoymaq; 11) arterial təzyiqi ölçmək; 12) qanaxmanı saxlamaq üçün turna qoymaq; 13) sün'i tənəffüs aparmaq; 14) travmatik zədələnmələrdə, zəhərlənmələrdə, don vurduqda, yanıqlarda və s. ilk tibb yardımı göstərmək; 15) autohemoterapiya aparmaq; 16) əsnəkdən və 17) cinsiyyət üzvlərindən yaxma götürmək; 18) həkimin tə'yin etdiyi fizioterapiya proseduralarını yerinə yetirmək; 19) udlağa dərman sürtmək; 20) qulağı yumaq (qulaq kiri tıxacını); 21) tuberkulin diaqnostikası üçün bütün nisbətlərdə tuberkulin hazırlamaq.

Hər bir tibb bacısı ağır xəstələrin və yaralıların daşınmasını və əldə aparılmasını, lazım gəldikdə onların nəqliyyatla daşınmasını təşkil etməyi, habelə elementar laboratoriya analizləri aparmağı (sidiyi zülala görə analiz etməyi, qan yaxmaları hazırlamağı, hemoqlobini, EÇR-nı tə'yin etmək üçün qanı analiz etməyi) bacarmalıdır.

Tibb bacısı öz işində nümunəvi, nizam-intizamlı, təmiz və səliqəli olmalı, xəstələrə qayğı və həssas münasibət göstərməli, onlara ürəkdirək verib, ruhdan düşməyə qoymamalıdır; həkimin bütün göstərişlərini və müalicə əməliyyatlarını yerinə yetirməlidir, habelə müalicə müəssisəsinin əmlakını qorumalıdır.

Xəstəxananın (poliklinikanın) baş həkimi yerli şəraiti nəzərə alaraq tibb bacısına yuxarıda göstərilən işlərdən başqa, orta tibb təhsili tələb olunan dikər işlər də tapşıra bilər.

Dispanserin tibb bacısı. Dispanser, ambulatoriya tipli müalicə-profilaktika müəssisəsidir, bə'zi kateqoriyalı xəstələr buranın qeydiyyatında olurlar, məsələn, vərəm, zöhrəvi, onkoloji, endokrinoloji xəstələr. Burada nəinki həmin xəstəliklərin qarşısını alır və müalicə edirlər, həm də patronaj işi görür və xəstələri dispanserizasiyadan keçirirlər. Hər bir dispanserin tibb bacısı xəstələrin dəqiq uçotunu aparır, onların sənədlərini qaydada saxlayır, profilaktika işlərinin vaxtlı-vaxtında aparılmasına nəzarət edir, xəstələrin patronajını həyata keçirir, xəstələri həkimin qəbuluna çağırır, qanın, sidiyin və s. analizi üçün göndəriş kağızı yazır. Tibb bacısı müalicə işindən başqa xəstələrin və onlarla təmasda olan qohumlarının evində sanitariya-profilaktika işi də aparır, onları yoluxucu xəstələrlə davranış qaydaları ilə tanış edir, habelə xəstəliklərin qarşısını almağa kömək edir.

Operasiya tibb bacısı. Operasiya tibb bacısı hər operasiyaya sarğı materiallarını, çərrahi alətləri və başqa şeyləri hazırlayır, cərrahi əməliyyatlarda iştirak edir (operasiyanın gedişində cərraha alətləri və materialları verir), lazım gəldikdə inhalyasiya narkozu aparır (həkimin müşahidəsi altında); xəstənin narkoza və operasiyaya hazır olub-olmamasını yoxlayır; xəstəni operasiyadan sonra palataya müşayiət edir və onu növbətçi tibb baçısına təhvil verir.

Tibb bacısı müalicə əməliyyatlarında: seroz boşluqlardan su çəkib çıxarmaqda, sün'i pnevmotoraks qoymaqda və s. həkimlərə kömək edir; həkimin müşahidəsi altında sadə sarğıları icra edir; bint, ləçəkvarı, şin sarğıları və başqa sarğılar qoyur, kips sarğıları qoymaq üçün hazırlıq işi görür, xəstələrə qulluq edir.

Operasiya tibb bacısı cərrahın göstərişi ilə sarğı materiallarının (pambıq, tənzif, ipək və ketqut saplar və s.) sterilliyini yoxlamaq üçün laboratoriyaya göndərir, operasiyalarda işlənən bütün mate-rialların, alətlərin, məhlulların, dəyişəyin və s. sterilliyini tə'min edir.

Palata tibb bacısı xəstələrə qulluq edir və özünə təhkim edilmiş palataların təmizliyinə fikir verir, müalicə həkiminin müalicə və gigiyena tə'yinatlarını yazır və dəqiq yerinə yetirir. Ordinator və ya növbətçi həkim xəstələri yoxlayanda iştirak edir, xəstələrin vəziyyəti haqqında ona mə'lumat verir, bundan sonra xəstələrə nə kimi qulluq edilməsi barədə həkimdən göstərişlər alır. Onun vəzifəsinə səhər və axşam, həkim sərəncam verdikdə günün başqa vaxtında da xəstələrin temperaturunu ölçmək, bunu temperatur vərəqinə qeyd etmək, nəbzi və tənəffüsü saymaq, həkimin tə'yinatına görə kiçik tibb bacısının köməyi ilə sutkalıq sidiyi və bəlğəmi ölçmək, bütün bu mə'lumatları xəstəlik tarixinə yazmaq daxildir.

Palata tibb bacısı palatalarda təmizliyə, sakitliyə və qayda-qanuna, xəstələrin şəxsi gigiyena qaydalarına (dəriyə, ağız boşluğuna qulluq, saçların vurulması, dırnaqların tutulması) əməl etmələrinə fikir verir: qulluq və müalicə üçün lazım olan bütün şeylərlə xəstələrin tə'min olunması qayğısına qalır, gigiyenik vannaların vaxtlı-vaxtında qəbul edilməsinə, alt paltarın və yataq ağlarının vaxtlı-vaxtında dəyişdirilməsinə fikir verir, xəstələrlə sanitariya-maarifi işi aparılmasında iştirak edir. O, zəif xəstələrin diqqətlə müayinə olunmasını tə'min edir, onların əl-üzünü yumağa kömək edir, yedizdirir, içizdirir, lazım gəldikdə gözlərini, ağzını, qulaqlarını yuyur, yataq yaralarının qarşısını alır. Palata tibb bacıları xəstələrə diqqətlə qulluq etməlidirlər, lakin çalışmalıdırlar ki, onların rahatlığı pozulmasın.

Palata tibb bacısı həkimin tə'yinatı ilə analiz üçün material yığır (sidik, nəcis, bəlğəm, selik və s.) bunları laboratoriyaya göndərir, analizlərin cavablarını vaxtında alıb xəstəlik tarixinə yapışdırır. Palata tibb bacısı xəstələrin kiçik tibb işçilərinin və xəstələrin yanına gələnlərin xəstəxananın daxili qayda-qanununa əməl etmələrinə nəzarət etməli; yeni daxil olmuş xəstələri daxili qayda-qanunla, gün rejimi ilə və şəxsi gigiyena qaydaları ilə tanış etməli, xəstələri şö'bənin və xəstəxananın içərisində düzgün daşımalı; xəstələrin tə'yin olunmuş müalicə yeməyi və bunun hamısını almalarına fikir verməli, xəstəyə evdən gətirilən yeməklərin ona münasib olub-olmamasına nəzarət etməlidir.

Palata tibb bacısı palatalardakı tibb və təsərrüfat inventarının və

dərman şkaflarının qaydada saxlanmasını tə'min edir; dərman, sarğı materialı və xəstələrə qulluq əşyaları üçün tələbnamə yazır, bunu həkimə və böyük tibb bacısına imzalatdırıb burada yazılanların hamısını aptekdən alır. O, həkimin tə'yinatı ilə xəstələri rentgenoloji və başqa müayinələrə göndərir, rentgen kabinetindən xəstəlik tarixinin qaytarılmasına nəzarət edir, müayinənin nəticəsini xəstəlik tarixinə yapışdırır, həkimin tə'yinatına müvafiq olaraq porsiya tələbnamələri yazır, bunları həkimə imzalatdırıb böyük tibb bacısına verir.

Palata tibb bacısı yeni daxil olmuş xəstələri qəbul edir. Onların sanitariya təmizliyinin keyfiyyətini yoxlayır, xəstələri müvafiq palataya yerləşdirir.

Poliklinikanın tibb bacısı sahə ordenatoruna xəstələri poliklinikada qəbul etməkdə kömək edir, həkimlik ixtisası tələb olunmayan işləri görür, xəstənin müayinə və müalicə olunması üçün başqa kabinetlərə göndərilməsi ilə əlaqədar bütün yazı işlərini görür (xəstəlik tarixində gündəlik yazmaqdan başqa), növbə talonu və başqa sənədləri verir; yüksək temperaturlu, yaxud getdikcə zəifləyən xəstələri növbədənkənar qəbul etdirir, lazım gəldikdə xəstələrə ilk tibb yardımı göstərir.

Həkim xəstələri qəbul edənə qədər kabinetdə lazımi temperatur yaradır, otağı təmizlətdirir, lazım olan bütün alətləri, dərmanları gətirir, qaynamış su qoyur, həmin gün qəbul olunacaq xəstələrin xəstəlik tarixlərini ayırır. Dispanser xəstələrinin poliklinikaya vaxtında gəlməsinə nəzarət etmək; dispanserizasiyaya aid uçot-statistika işi aparmaq (müxtəlif uçot sənədlərini pasport hissəsini doldurmaq; arayış, göndəriş yazmaq) dispanserizasiyanın keyfiyyət göstəricilərini hesablamaq; dispanserizasiyadan keçirilmiş xəstələrin məişət və sanitariya-gigiyena şəraitini yoxlamaq, xəstələr arasında sanitariya-maarif işi aparmaq, onlara fərdi profilaktika metodlarını öyrətmək; tuberkulin sınağı qoymaq, vərəmə qarşı və başqa profilaktika peyvəndləri aparmaq poliklinika tibb bacısının vəzifəsidir.

Tə'cili yardım stansiyasının tibb bacısı. Tə'cili tibb yardımı stansiyaları Sovet İttifaqının bütün şəhərlərində vardır, bunlar gecə-gündüz ən zəruri hallarda əhaliyə tə'cili yardım göstərirlər. Çağırış üzrə gedən orta pillə tibb işçiləri briqadanın həkiminə kömək edir və onun bütün sərəncamlarını dərhal və sözsüz yerinə yetirirlər.

Tibb bacıları və tibb qardaşları növbəyə başlayanda: iş paltarı almalı, əyin-başı səliqəli olmalı, işləyəcəkləri avtomaşının nömrəsini öyrənməli, aparatları, dərman yeşiyini qəbul etməli, dərmanları gözdən keçirməli və alətlərin sazlığını yoxlamalı, dərmanlar çatışmırsa, yaxud alətlər sınıbsa düzəltməli, maşının hazır olub-olmamasını, onun təmizliyini, radiostansiyanın saz olub-olmamasını yoxlamalıdırlar. Orta tibb işçiləri yeşiyin içərisindəki bütün dərmanları bilməli və həkim göstəriş verdikdə bunlardan istifadə etməyi, aparatlarla işləməyi bacarmalıdırlar. İxtisasartırma məşğələlərində iştirak etməlidirlər.

Çağırılan yerə həkimlə birlikdə gedən tibb bacısı həkimin bilavasitə köməkçisidir və onun göstərişlərini yerinə yetirir. Xəstəni xərəkdə daşımaq tibb işçisinin vəzifəsinə daxildir və tibb yardımının bir növü sayılır.

Hadisə yerinə maşınla yanaşmaq mümkün olmadıqda çağırış briqadası həmin yerə ayaqla getməli, dərhal tibb yardımı göstərməli, xəstəni maşına gətirməlidir. Xəstənin üstünə gedən tibb işçiləri ona həssaslıq və mehribanlıq göstərməli, yaxın adamlarının dərdinə şərik olduqlarını hiss etdirməlidirlər.

Orta pillə tibb işçisi çağırışa vaxtında gedilməsinə, xəstələrin əldə aparılması və nəqliyyatla daşınmasına dair tə'limatın düzgün yerinə yetrilməsinə cavabdehdir və lazım gəldikdə tibb yardımı göstərir. Çağırış yerinə gəldikdə, cavabdeh şəxs xəstənin əlində olan tibb sənədləri ilə (xəstəxanaya göndərmiş, diaqnoz və s. ilə) tanış olur. Çağırış briqadası ağır xəstələri maşına ancaq xərəkdə aparır. Lakin pilləkən ensiz, dəhliz qısa və əyri-üyrü olduqda xəstələri əldə, yaxud döşəkağıya, adyala büküb və s. daşımaq olar.

Xəstəni maşında apardıqda orta tibb işçisi xəstənin yanında oturur. Yolda xəstənin vəziyyəti birdən-birə ağırlaşarsa, yardım göstərməli və onu ən yaxın xəstəxananın qəbul şö'bəsinə çatdırmalıdır. Orta tibb işçiləri xəstəni xəstəxanaya çatdırıb qəbul şö'bəsinin növbətçi işçilərinə təhvil verir və müşayiət vərəqinə imza edib gedirlər. Bihuş vəziyyətdə olan xəstələrin, habelə sərxoş adamların sənədlərini, qiymətli şeylərini, pulunu və paltarlarını feldşer (tibb bacısı) xəstəxananın qəbul şö'bəsinə qəbzlə təhvil verir və həmin şeyləri qəbul edən adamın familiyasını müşayiət vərəqinə yazır.

Tə'cili yardım maşını yolda bədbəxt hadisəyə rast gələrsə, məs'ul orta pillə tibb işçisi maşını saxlamalı, zərər çəkmiş adama tibb yardımı göstərməli və onu xəstəxanaya çatdırmalıdır.

Tibb bacısı yarımstansiyaya qayıtdıqdan sonra dispetçerə çağırışın yerinə yetirilməsi barədə mə'lumat verir və dispetçer bunları çağırış vərəqinə yazır. Növbə qurtaranda tibb bacısı avtomaşından dərman yeşiyini götürür, təzədən dərman qoymaq üçün aptekə və ya böyük feldşerə, qalan şeyləri isə onu əvəz edəcək məs'ul feldşerə təhvil verir.

Böyük tibb bacısı. Böyük tibb bacısını daha təcrübəli tibb bacıla-rı arasında şö'bə müdiri seçir və baş həkim təsdiq edir. O, orta və ki-çik tibb işçilərinə rəhbərlik edir, iş cədvəli tərtib edir, şö'bənin sənə-dlərini aparır, şö'bəyə dərman alır, xəstələrin yeməyinə nəzarət edir.

Sexin tibb bacısı—tibb məntəqələrinə və tibb-sanitariya hissələrinə xidmət edir. Travmalarda, təsadüfən baş vermiş xəstəliklərdə və peşə zəhərlənmələrində ixtisaslı tibb yardımı göstərməklə yanaşı, müvəqqəti əmək qabiliyyətinin itirilməsinin qarşısını almaq və azaltmaq üçün planlı sanitariya-gigiyena və müalicə-profilaktika işləri aparır. Tibb məntəqəsində ən sadə müalicə əməliyyatları aparırlar (sarğı, kompres

və banka qoymaq, iynə vurmaq və s.). Burada istehsalatda xəstəliyə səbəb olan əlverişsiz sanitariya amillərinin aşkara çıxarılması və aradan qaldırılması üçün iaşə blokuna sanitariya nəzarəti və kəskin infeksion xəstəliklərə qarşı profilaktika işi aparılır, peyvəndlər vurulur, fəhlələr arasında sanitariya-maarifi işi aparılir. Tibb bacıları müntəzəm surətdə sexlərə və başqa iş otaqlarına gedir, bunların sanitariya vəziyyətini yoxlayır, əmək şəraitinə və təhlükəsizlik texnikasına əməl edilməsinə nəzarət edirlər. Sexin tibb bacısının işi sahə prinsipi üzrədir. Tibb-sanitariya hissəsinin əsas vəzifəsi ixtisaslı tibb yardımı göstərmək, fəhlə və qulluqçuların müvəqqəti əmək qabiliyyətini itirməsinə səbəb olan xəstəlikləri azaltmaq üçün kompleks profilaktika işləri aparmaqdır.

Tibb-sanitariya hissələrinin işinin başlıca istiqaməti fəhlələrin sağlamlığı üzərində müntəzəm dispanser müşahidəsi aparmaq, həm peşə, həm də somatik xəstəliklərin ilk formalarının qarşısını almaq və erkən aşkara çıxarmaq məqsədilə profilaktika və vaxtaşırı tibb yoxlamaları keçirmək, habelə ağır xəstəlik keçirmiş fəhlələrin müvafiq işə düzəldilməsi üçün tədbir görməkdir.

Məktəbin tibb bacısı bütün profilaktika işlərinin yerinə yetirilməsində məktəb həkiminin daimi köməkçisidir. O, məktəblilərin kütləvi şəkildə yoxlanmasında həkimə kömək edir, antropometriya aparır, məktəblilərin sənədlərinin tərtib edilməsinə nəzarət edir və növbəti profilaktika peyvəndlərinin aparılacağı vaxtı qeyd edir. Sinif otaqlarının, ayaqyolunun və iaşə blokunun təmizliyinə nəzarət edir, məktəbdə verilən səhər yeməyindən nümunə götürür, iaşə blokunda işləyən işçilərin müntəzəm tibb müayinəsindən keçməsinə nəzarət edir. Məktəbdə aşkar edilən infeksion xəstəliklər barədə tə'cili surətdə sanitar-epidemioloji stansiyaya xəbər verir. Profilaktika peyvəndləri aparır, xəstə qəbulunda həkimə kömək edir. Məktəblilərə laboratoriya üçün göndəriş yazır, sanitariya-maarifi mövzularında söhbətlər aparır.

TİBB BACISININ GİGİYENASI. Tibb bacısı təmizlik və səliqə nümunəsi olmalıdır. O, bədənini təmiz saxlamalı, həftədə azı bir dəfə, çox tərlədikdə isə tez-tez yuyunmalı, əllərini təmiz saxlamalı, yeməkdən qabaq və ayaqyolundan sonra, hər tibb əməliyyatından əvvəl və sonra əllərini yumalıdır. Dırnaqlarını dibdən tutmalı və lak çəkməməlidir. Əlləri şotka ilə yumaq lazımdır ki, dırnaq falanqaları daha yaxşı təmizlənsin. Dəri quru olduqda əlləri yuduqdan sonra krem və ya hər hansı başqa bir yağ sürtməlidir. Qliserini (3/4) naşatır spirti (1/4) ilə qarışdırıb sürtmək olar.

Tibb bacısı səliqə ilə müəyyən olunmuş forma geyməlidir. O, əyninə ağ təmiz xalat geyməli, başına ağ ləçək bağlamalı, saçları papağın və ya ləçəyin altına salmalıdır. O, ayağına şap-şap geyməlidir ki, gəzəndə cırıldamasın, həm də bunu dezinfeksiya etmək asan olur. Xalatı və ləçəyi işdən sonra xüsusi şkafa qoymalıdır, bunları evə aparmaq qəti qadağandır.

Xəstəxananın daxilində infeksiyanın qarşısını almaq üçün tibb

bacısı: a) üst paltarı və iş paltarını ayrıca saxlamalıdır; b) iş paltarında xəstəxananın ərazisindən kənara çıxmamalı və onu işdənkənar vaxt geyməməlidir; v) infeksion şe'bələrə getdikdə iş paltarını çıxarmalı və bunun üçün şö'bədə ayrılmış yerə qoymalıdır.

TURNA—qanaxmanı müvəqqəti saxlamaq, habelə ətrafları bərk bağlamaq və onun toxumalarını sıxmaqla venoz durğunluq yaratmaq üçün istifadə edilən alətdir. Bir neçə turna növü vardır.

Esmarx turnası—turnanı bağlamaq üçün uclarında qarmaqları və zənciri olan yoğun rezin borucuqdur.

Lentvarı turna—eni 3—4 sm olan rezin zolaqdır. Yuxarı ətraflarda qanaxmanı saxlamaq və operasiya vaxtı ətrafa qan getməməsi üçün qoyulur. Turnanı qoymaq qaydası: ətrafı qaldırır və turnanı yanlardan mərkəzə doğru düzgün spiral üzrə aparırlar, turnanın ucunu düyünləyir, yaxud ucundakı bağları bağlayırlar.

Parçadan tikilmiş burmaç-turna—uzunluğu 1 m və eni 3 sm, bir ucu burulmuş və düyməli, qalın parçadan kəsilmiş zolaqlardır. Burmac da turna enində və uzunluğunda şəriddir, bunun ortasından çubuq keçirmək və uclarını bağlamaq üçün parçadan tikilmiş ilmələri vardır. Burmacın şəridinə keçirilmiş çubuğu fırlatmaqla turnanı bərkidirlər. Çubuğun ucunu ilmələrin birinə keçirib bərkidirlər. Bu turnanı qanaxmanı müvəqqəti saxlamaq üçün parça ilə əvəz etmək olar. Parçanı enli lent şəklində qatlayır, ətrafa dolayır və uclarını iki dəfə düyünləyib arasına çubuq qoyurlar. Çubuğu fırladıb turnanı dartırlar. Qanaxmanı saxlamaq üçün turnanı zədələnmiş nahiyədən yuxarıda elə qoymaq lazımdır ki, kənarlarda nəbz itsin. Turna boş bağlanıbsa venoz durğunluq əmələ gələ bilər və qanaxma şiddətlənər. Ətrafın turna ilə həddindən sıx bağlanması sinirlərin sıxılıb iflic olmasına səbəb ola bilər. Dərinin zədələnməməsi üçün turnanın altına paltarın bir hissəsini, bir parça pambıq, yaxud əsgi qoyurlar. Turnanı 2 saatdan çox saxlamaq olmaz, çünki toxumalar ölə bilər. Buna görə də turnanı qoyan kimi birka düzəldib turnanın qoyulduğu vaxtı qeyd edirlər. Turnanı uzun müddət saxlamaq lazım gəldikdə bir neçə dəqiqəliyə açır, damarı əllə sıxıb həmin nahiyəni yüngülcə ovuşdurur, sonra turnanı təzədən, lakin başqa yerə qoyurlar. Ətrafa rahat, hundür vəziyyət vermək və tərpənməyə qoymamaq lazımdır. Qanaxmanı tamam saxlamaq üçün turna qoyulmuş xəstə müalicə müəssisəsinə çatdırılmalıdır.

ÜRƏKBULANMA—mə'də girəcəyində xoşakəlməz duyğu, ağırlıq hiss edilməsi. Bu vaxt bə'zən xəstənin rəngi qaçır, cox tərləyir, ürəkdöyünməsi olur, ağız suyu axır və tənəffüs hərəkətləri yavaşıyır. Çox vaxt ürəkbulanma qusmadan əvvəl olur. Mə'də şirəsinin turşuluğu az olduğu üçün ürəyi bulanan xəstələrə yemək vaxtı qəbul etməyə 1 xörək qaşığı təbii və ya sün'i mə'də şirəsi tə'yin edirlər. Öd kisəsinin selikli qişası qıcıqlanmış xəstələrə zondsuz dübaj tə'yin edirlər: 1 çay

qaşığı acı duzu 1/4 stəkan isti suda əridirlər, xəstə bunu yavaş-yavaş içir və sağ böyrü üstə 40 dəqiqə isitqacla uzanır. Belə etdikdə öd çıxır və ürəkbulanma azalır. Spirtli içki ilə zəhərləndikdə mə'dəni əvvəlcə restoran üsulu ilə yuyur (bax: Mə'dənin yuyulması), bu kömək etmədikdə yoğun zondla yuyu, sonra xəstəyə 1/2 stəkan suya 3—5 damcı naşatır spirti töküb verirlər.

XARDAL. Xardalın tətbiqi dərini qıcıqlandıran və buradakı qan damarlarını genişləndirən efir yağının tə'sirinə əsaslanır. Yuxarı tənəffüs yollarının katarında, ağciyərlərin iltihabında, bronxitlərdə, hipertoniya xəstəliyində, ürək nahiyəsində ağrılar olduqda xəstəyə xardal yaxması qoyurlar. Xardal yaxmasını quru və qaranlıq yerdə saxlayırlar, bunun saxlanma müddəti 8 aydan 11 aya qədərdir. Yararlı xardal yaxmasının yararsızdan fərqi ondadır ki, kəskin xardal yağı iyi verir və tökülmür. Yaxmanı xəstəyə qoymamışdan əvvəl yoxlamaq lazımdır. Fabrikdə hazırlanan xardal yaxması 12X18 sm ölçüdə kağız parçası olub, ona xüsusi üsulla quru xardal yaxılmış olur. Xardal yaxmasını bədənin hər yerinə qoymaq olar. Onu əvvəlcə ılıq suda (35°S-dən yuxarı olmamalıdır) isladır, suyunu çırpır, xardal aşağıda olmaqla bədənə qoyur və 10—15 dəqiqə saxlayırlar. Dəri çox həssas olduqda yandırmağa başlayır, onda kağızın altına suda isladılmış papiros kağızı və üstündən salfetka və ya dəsmal qoymaq olar. Xardal yaxmasını qəzetin üstünə qoymaq olmaz, çünki onda xardalın bilavasitə dərini qıcıqlandırıcı tə'siri itir. Xardal yaxması düzgün qoyulmuşsa dəri qızarır və göynəyir. Xardal yaxmasını çıxarıb dərini ılıq su ilə yuyur, qurulayır, xəstəni geyindirir və üstünü qalın örtürlər.

Dəri xəstəliklərində və qanaxmalarda xardal yaxması qoymaq olmaz. Dəriyə ləkə düşməməsi üçün eyni yerə dalbadal xardal qoymaq məsləhət görülmür. Xardal yaxmasını bədəndə çox saxladıqda və dəri həssas olduqda yanıq əmələ gələ bilər.

Xardal yaxmasını hər kəs hazırlaya bilər. Bunun üçün 1 xörək qaşığı xardala 1 xörək qaşığı buğda unu tökür və yavaş-yavaş qarışdıraraq sıyığabənzər horra alınana qədər ustünə isti su (45—50°S) tökürlər, efir-xardal yağı alınana qədər 30 dəqiqə saxlayırlar. Sonra bu sıyığı iki qatlanmış tənzifə və ya əskiyə nazik yaxır (0,5 sm), üstündən yenə tənzif və ya kağız salıb, xəstənin bədəninə qoyur və üstündən bağlayırlar. Bu xardal yaxmaları fabrikdə hazırlanan yaxmalardan tünd olur, buna görə də vaxtında götürmək lazımdır ki, xəstəni yandırmasın.

Yuxarı tənəffüs yollarının xəstəliklərində, habelə hipertoniyada ayaqlara ***xardal vannaları*** tə'yin edirlər (suyun temperaturu 50°S olur, bir vedrə suya 50 q xardal tökülür, vannanın müddəti 20—30 dəqiqədir). Vannadan sonra ayaqları ılıq su ilə yaxalayır, yaxşı qurulayır və sonra xəstəni yatağa uzadırlar.

Xardal sarımaları. 1 xörək qaşığı quru xardalı 0,5 l su-da əridib çalxalayır, iri bir əskini (dəsmal, döşəkağı) bunda isladıb möhkəm sıxır

və bunu bədənin müvafiq yerinə sarıyırlar. Üstündən döşəkağı və ya adyal salırlar.

XƏSTƏNİN GİGİYENASI. Xəstəxana dəyişəyinə bunlar aiddir: döşəkağılar, yastıqüzləri, yorğanağları, əskilər, alt köynəklər, dizliklər, ləçəklər, xalatlar, pijamalar, dəsmallar və s. Təmiz dəyişək şö'bənin dəyişək saxlanan otağında, çirkli dəyişəyi isə şö'bənin yaxınlığındakı ayrıca binada, xüsusi yeşiklərdə və ya baklarda saxlayırlar. Bunlar dolduqca boşaldır və çirkli dəyişəyi camaşırxanaya göndərirlər. Dəyişəyin hamısının üstündə şö'bənin nişanı və ştampı olmalıdır. Hər şö'bənin təsərrüfat bacısı olur, o dəyişəyin vaxtlı-vaxtında dəyişdirilməsinə və çirkli dəyişəyin camaşırxanaya göndərilməsinə cavabdehdir. 7—10 gündən bir dəfə hamam günü keçirilir, bu vaxt dəyişəyi də dəyişdirirlər, lakin şö'bədə yerini batıran ağır xəstələr varsa, təsərrüfat bacısı kiçik tibb bacısına ehtiyat üçün bir neçə dəst təmiz dəyişək qoyur. İfrazata və qana bulaşmış dəyişəyi əvvəlcə duruldulmuş açıq əhəng məhlulunda isladıb qurudur və sonra camaşırxanaya göndərirlər.

Xəstələri yumaq. Uzun müddət yataqda qalan və hər həftə çimməyən xəstələri, habelə yerini bulaşdıran xəstələri gündə bir neçə dəfə yumaq lazımdır, çünki qasıq büküşlərində sidik və nəcis qaldıqda dərini yeyib yataq yaraları əmələ gələ bilər. Xəstəni zəif kalium-permanqanat məhlulu və ya başqa bir dezinfeksiyaedici maddə ilə yuyurlar. Məhlul ılıq (30—32°S) olmalıdır. Xəstəni yumaq üçün aftafa, kornsanq və steril pambıq yumruları olmalıdır.

Qadını yuduqda sağrının altına ləyən qoyurlar. Xəstə qadın dizlərini qatlayır və qıçlarını azca aralayıb arxası üstə uzanır. İlıq dezinfeksiyaedici məhlul tökülmüş aftafanı sol ələ götürür və xarici cinsiyyət dodaqlarına aftafadan tökürlər. Pambıq tamponu kornsanqla tutub cinsiyyət üzvlərindən anusa (yuxarıdan-aşağıya) bir dəfə aparırlar, bundan sonra quru pambıq tamponla eyni istiqamətdə dərini silir, anus nahiyəsindən sidik kisəsinə infeksiya salmamaq üçün tamponu tullayırlar. Xəstəni Esmarx qabından su tökməklə də yumaq olar, bunun üçün ona rezin borucuq, sıxıcı və uşaqlıq yoluna salınan ucluq taxılır, bu vaxt su və ya zəif kalium-permanqanat məhlulunun şırnağını aralığa yönəldirlər.

Kişiləri yumaq xeyli asandır. Xəstə yenə də arxası üstə uzanır və qıçlarını dizdən qatlayır, sağrıların altına ləyən qoyub su şırnağını aralığa və qasıq büküşlərinə yönəldirlər. Pambıq tamponla dərini silir, sonra quru pambıq tamponla qurulayırlar: qasıq büküşləri bişibsə vazelin, yaxud hər hansı başqa bir yağ sürtürlər.

Yatağın hazırlanması. Xəstə günün çox vaxtını yataqda olduğu üçün yataq rahat və təmiz olmalı, çarpayının toru tarım çəkilməli və sallanmamalıdır. Torun üstündən qoyulan döşək kələ-götür olmamalıdır. Ayrı-ayrı hissələrdən ibarət döşək xəstəyə qulluq etmək

üçün çox münasibdir. Döşəyin üzünü tez-tez təmizləyib havaya vermək lazımdır ki, qoxusu getsin, lazım gəldikdə isə dezinfeksiya etməli. Yerini bulaşdıran xəstələrin altına döşəyin üstündən döşək enində müşəmbə salır və kənarlarını yaxşı qatlayır-lar ki, döşək çirklənməsin. Cinsiyyət üzvlərindən çoxlu ifrazat axan qadınların altına müşəmbə, üstündən isə döşəkcə salırlar, onu lazım gəldikcə, lakii 2—3 gündə 1 dəfədən az olmayaraq dəyişirlər. Döşəyiş üstünə təmiz döşəkağı salır və kənarlarını döşəyin altına qatlayırlar ki, sürüşüb düşməsin və qırışmasın.

Altdakı yastıq quş lələyindən, üstdəki isə tükdən olmalıdır. Yastıqları elə qoyurlar ki, altdakı yastıq düz olub üstdəki yastıqdan çıxsın, üstdəki yastığı isə carpayının baş tərəfinə söykəmək lazımdır. Xəstəyə yorğanağı keçirilmiş bayka adyal verirlər, çünki bayka adyalı havaya vermək və dezinfeksiya etmək asan olur, yayda pike adyal vermək olar.

Çarpayının ayaqları təkərli olur, bunun sayəsində oyan-buyana asan çəkilir, həmçinin onun xüsusi altlıqları olur ki, bunları çarpayının baş və ayaq tərəflərinə qoyub bərkidirlər. Bunların köməyi ilə çarpayını döşəmədən azca qaldırır və asanlıqla yerini dəyişirlər. Çarpayının yerini bu cür dəyişmək xəstəni narahat etmir və yormur. Başı yuxarıda olmağa ehtiyacı olan ağır xəstələr üçün başaltılar, habelə funksional çarpayılar vardır; bu cür çarpayının üç bölməsi olur, dəstəklərin köməyi ilə çarpayını cırıldatmadan xəstəyə rahat vəziyyət vermək mümkündür. Hazırda xəstəxanalarda nikel və ya yağlı boyaqla rənglənmiş çarpayılar vardır, bunları silmək və dezinfeksiya etmək asan olur. Çarpayının yanında tumboçka qoyurlar; xəstənin şeyləri burada olur. Ağır xəstələr üçün diyirçəkli xüsusi balaça stollar vardır, bunlardan yemək və qəzet-jurnal oxumaq üçün istifadə edirlər.

Alt paltarı dəyişmək. Stasionarda xəstənin alt paltarını hər 7—10 gündən bir gigiyenik vannadan sonra dəyişirlər. Natəmiz, çox tərləyən, yaxud çox zəif xəstələrin alt paltarını ehtiyac olduqca dəyişirlər. Miokard infarktı olan xəstələrə yaxası açıq köynəklər geydirirlər, bunları geydirib çıxarmaq asan olur. Tibb bacısı xəstənin əynindən köynəyi çıxarmaq üçün əllərini onun oması altına salır, köynəyin ətəyindən tutub bürmələyə-bürmələyə yuxarı gətirir, sonra xəstənin əllərini yuxarı qaldırır, bürmələnmiş köynəyi xəstənin başından çıxarıb əllərini buraxır. Köynəyi əks-qaydada geydirirlər. Əvvəlcə köynəyin qollarını geydirir, sonra başından keçirib ətəyini xəstənin altına salırlar. Xəstənin qolu zədələnmiş olduqda əvvəlcə köynəyin sağlam qolunu çıxarırlar, geydirəndə isə əvvəlcə zədələnmiş qolu geydirirlər.

Yataq ağlarını müntəzəm surətdə—həftədə azı bir dəfə xəstə çimməndən sonra dəyişirlər. Bə'zən bunları ehtiyac olduqda da dəyişirlər.

Şö'bədə bir sutka üçün dəyişək ehtiyatı olmalıdır. Dəyişəyi mərkəzdən qızdırma radiatorlarının üstündə qızdırıb xəstəyə geydirmək

qətiyyən olmaz. Çirkli dəyişəyi müşəmbə kisələrə doldurub tez palatadan çıxarırlar. Yataq ağlarını, xüsusilə ağır xəstələrin yataq ağlarını kiçik tibb bacısı ilə birlikdə tibb bacısı dəyişməlidir. Yataq ağlarını dəyişmək qaydası xəstonin vəziyyətindən asılıdır. Xəstəyə gəzməyə icazə verilibsə, o özü bunları kiçik tibb bacısı ilə birlikdə dəyişə bilər. Xəstəyə oturmağa icazə verildikdə onu stula oturdur, kiçik tibb bacısı isə onun yerini düzəldir. Xəstələrin yataq ağlarını dəyişəndə çirkli döşəkağını baş və ayaq tərəfdən bürmələyib yavaşca göturürlər. Təmiz döşəkağını hər iki tərəfdən bint kimi bürmələyib xəstənin oması altına keçirir və sonra baş və ayaqlara doğru açıb düzəldirlər. Döşəkağı cırıq, qırışıq, yamaqlı olmamalıdır.

Döşəkağını başqa cür də dəyişmək olar: xəstəni döşəyin kənarına çəkir, döşəkağını uzunluğu boyu bint kimi bürmələyir, onun yerinə isə təmiz döşəkağı salır və xəstəni uzadırlar, o biri tərəfdə isə çirkli döşəkağını götürür və təmizini açıb düzəldirlər. Yataq ağlarını xəstəyə əziyyət vermədən iki adam dəyişir.

Dırnaqların tutulması. Dırnaqları balaca qayçı ilə tuturlar. Dırnağı tutanda barmağı kəsməməli. Tutub qurtarandan sonra qayçını dezinfeksiya etməli. pambığı spirtə və ya 0,5%-li xloramin məhluluna batırıb silməli.

Dəriyə qulluq. Uzun müddət yataqda qalan və çimməyən xəstələrin bədənini su və ya hər hansı dezinfeksiyaedici məhlulla—kamfora spirti, odekalon, araq, yarıbayarı su qatılmış spirt, xörək sirkəsi və s. ilə isladılmış dəsmalla silmək lazımdır. Bunun üçün dəsmalın ucunu dezinfeksiyaedici məhlulda isladır, azca sıxıb qulaqların dalını, boyunu, kürəkləri, döş qəfəsinin qabaq tərəfini və qoltuğu silirlər. Döş vəzilərinin altındakı büküşlərə baxmaq lazımdır, çünki tosqun qadınlarda bişmə əmələ gələ bilər. Sonra bədəni həmin qaydada yaxşı qurulayırlar. Uzun müddət arxası üstə yataqda qalan xəstələrdə çox vaxt yataq yaraları əmələ gəlir (adətən omada, kürəkdə, dabanda və dirsəkdə). Ağır xəstələrin dərisinə pis qulluq edilməsi, yatağın rahat olmaması, onun gec-gec düzəldilməsi də yataq yaraları əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Omanın və ya başqa bir yerin dərisi qızardıqda həmin yerə yarı bölünmüş limon sürtmək, yaxud yaş dəsmalla silmək, qurulamaq, kvars lampası altına tutmaq və müntəzəm surətdə dərini yoxlamaq lazımdır. Bütün bunlara baxmayaraq, yataq yaraları əmələ gəlibsə, tünd kalium-permanqanat məhlulu sürtmək, Vişnevski məlhəmi, Peru yağı ilə ağ şam balzamının qarışığı, sintomisin emulsiyası və ya başqa bir məlhəmlə sarğı qoymaq lazımdır.

Hər dəfə xəstənin yerini düzəldəndə onun bədəninə baxmaq və yataq yaralarının daha çox əmələ gəldiyi yerlərə fikir vermək lazımdır. Hər gün dərini dezinfeksiyaedici məhlulla silmək, yataq yaralarının əmələ gələ biləcəyi yerlərə üzlük keçirilmiş rezin dairə qoymaq lazımdır.

Rezin dairəni elə qoymaq lazımdır ki, xəstənin oması dairənin deşiyinə tən gəlsin. Hazırda sənaye yataq yaralarına qarşı işlədilən hava üfürülən, üzəri qırçınlı və elektriklə qızdırılan rezin dairələr buraxır.

Ağız boşluğuna qulluq. Gəzən xəstələr hər gün səhər və ya axşam dişlərini yuyur, yemək yedikdən sonra isə ağızlarını azca duz tökülmüş su ilə (bir stəkan suya 1/4 çay qaşığı xörək duzu) və ya zəif kalium-permanqanat məhlulu ilə yaxalayırlar. Dişlərini özləri yuya bilməyən ağır xəstələrin ağzını hər dəfə yemək yeyəndən sonra tibb bacısı silməlidir. Bunun üçün o, pambıq yumrusunu pinsetlə götürüb 5%-li borat turşusu məhlulunda, 2%-li natrium-hidrokarbonat məhlulunda, zəif kalium-permanqanat məhlulunda, yaxud adi qaynanmış suda isladıb xəstənin dilini və dişlərini silir. Bundan sonra xəstə ağzını yaxşı yaxalayır. Çox vaxt ağır xəstələrdə ağız boşluğunun selikli qişasının iltihabı—stomatit əmələ gəlir, yemək yedikdə xəstəni incidir, xəstədən ağız suyu axır, temperatur qalxır. Selikli qişanın müalicəsi applikasiya və ya dərman şırınqalamaqdan ibarətdir. ***Applikasiya***— dezinfeksiyaedimi məhlulda (2%-li xloramin və ya 0,1%-li furasilin məhlulu) isladılmış steril tənzif salfetkaları selikli qışaların üzərində 3—5 dəqiqə saxlamaqdır. Bu əməliyyatı gündə bir neçə dəfə təkrar edirlər. Applikasiyaları ağrıkəsici dərmanlarla da qoymaq olar. Dərmanı Esmarx qabı, Jane şprisi və ya rezin "armudla" şırınqalayırlar. Xəstənin döşünə müşəmbə salır, ona yarıoturaq vəziyyət verirlər, xəstə əlində böyrəyə oxşar qab tutur ki, ağzını yuduğu su bu qaba tökülsün. Tibb bacısı şpatellə xəstənin əvvəlcə bir yanağını, sonra o biri yanağını dartıb ucluğu onun ağzına salır və ağız boşluğunu şırınqalayır. Suyun təzyiqi ilə qida, irin qalıqları və s. mexaniki surətdə yuyulub gedir. Esmarx qabı xəstənin başından 1 m yuxarıda asılmalıdır. Belə etdikdə su şırnağının təzyiqi kifayət qədər olur. Əməliyyata qədər ucluğu qaynadır, sonra kranın altında yuyur və 2%-li xloramin və ya 1:5000 nisbətində furasilin məhlulunda saxlayırlar. Bə'zən xəstələrin dodaqları quruyur və ağzın küncləri çatlayır. Xəstəni incitməməsi üçün dodaqların üzərinə yaş tənzif salfetka qoyur, sonra hər hansı yağ sürtürlər. Xəstəni ağzını çox açmağa, çatlamış yerlərə vurmağa və qabığı qoparmağa, diş fırçası işlətməyə qoymamalı. Xəstə hər dəfə yemək yedikdən sonra ağzını yaxalamalıdır.

Gecə yatanda diş protezlərini çıxarmalı, sabunla yaxşı yumalı və səhərə qədər təmiz stəkanda saxlamalı, səhər isə qəzədən yuyub taxmalıdır. Temperaturu yüksək olan, yaxud qan dövranı ağır şəkildə pozulmuş xəstələrdə aftoz stomatit əmələ gəlir, bu vaxt ağızdan cox pis iy gəlir ki, bu da xəstənin özünə və ətrafdakılara çox pis tə'sir edir. Aftoz stomatitə qarşı mübarizə üçün əsas xəstəliyi müalicə etmək, habelə iyi itirən dərmanlar tə'yin etmək lazımdır, məsələn, ağızı 0,5%-li xloramin məhlulu, 2%-li natrium-hidrokarbonat, yaxud 1%-li natrium-xlorid məhlulu ilə yaxalamaq lazımdır.

Gözlərə qulluq işi tibb bacısından xüsusi diqqət tələb edir. Gözdən kirpikləri yapışdıran ifrazat axdıqda gözləri yumaq lazımdır. Steril tənzif tamponları 3%-li ilıq borat turşusu məhlulunda isladıb yuyurlar. Gözlər xəstələndikdə damcı tökür və göz məlhəmi sürtürlər. Dərman tökülən pipeqkanı əvvəlcə qaynadırlar. Tibb bacısı xəstənin gözünü yumağa başlamamışdan əvvəl əllərini sabun və şotka ilə yaxşı yuyur, gözə infeksiya salmamaq üçün əlləri spirtlə də silir. Dərman tökmək qaydası belədir: sol əllə gözün alt qapağını azca dartır və xəstəyə əks-tərəfə baxmağı təklif edib dərmandan bir damcı buruna yaxın yavaşca tökürlər, bir qədər gözləyib ikinci damcını tökür və xəstədən gözlərini yummasını xahiş edirlər. Pipetkanı işlətdikdən sonra ilıq su ilə yuyur və yerinə qoyurlar. Göz məlhəmlərini göz qapağına xüsusi şüşə kürəciklə yaxırlar. Məlhəmlər və kürəciklər steril olmalıdır. Xəstənin göz qapağını aşağı dartır və məlhəmi əllə yavaş-yavaş selikli qişaya sürtürlər.

Qulaqlara qulluq. Gəzən xəstələr hər gün səhər əl-üzlərini yuyan-da qulaqlarını özləri yuyurlar. Uzun müddət yataqda olan xəstələrin qulağını tibb bacısı təmizləyir. Kir tıxacı əmələ gəlibsə onu çıxarır (bax: ***qulaq, boğaz və burun xəstdlikləri olan xəstələrə qulluq, kir tı-xacı***). Xəstənin qulağına dərman tökmək üçün başını sağlam qulaq tərəfə çevirirlər. Sol əl[illegible] n sırğalığını dartır, sağ əllə isə pipet-kanı tutub dərmanı qulaq [illegible]çəyinə tökürlər. Bundan sonra qula-ğa kiçik pambıq tampon qoyub bir neçə dəqiqədən sonra çıxarırlar.

Buruna qulluq. Xəstə zəif olub burun yollarını özü təmizləyə bilmirsə, tibb bacısı hər gün xəstənin burnunun qartmağını təmizləməlidir. Bunun üçün o, xəstənin başını dala əyir, pambığı eşib vazelin yağında, qliserində və ya hər hansı yağ məhlulunda isladaraq burun yollarına salır və 2—3 dəqiqədən sonra pambığı bura-bura qartmağı çıxarır.

Saçlara qulluq. Uzun müddət yataqda qalan xəstələrin daim saç-larına fikir vermək lazımdır. Kişilərin saçını dibdən vurur və həftə-də bir dəfə gigiyenik vanna keçirib başlarını yuyurlar. Uzun saçları olan qadınların başını hər gün sıx daraqla darayırlar. Özgənin darağından qətiyyən istifadə etmək olmaz. Qısa saçları dibdən uclara doğru, uzun saçları isə ortadan tağ ayırır, ucdan başlayaraq yavaş-yavaş darayır və didməməyə çalışırlar. Sirkə məhlulunda isladılmış sıx daraq kəpəyi və çirki yaxşı təmizləyir. Başı təmiz yumaq üçün müxtəlif şampunlar, uşaq sabunu və ya xına tökülmüş su işlətmək olar. Xəstənin vəziyyəti imkan verərsə, onun başını gigiyenik vanna zamanı yuyurlar. Xəstə uzun müddət yataqda qalarsa, onun başını yataqda yuyurlar. Başa sabun sürtdükdə tüklərin dibini yaxşı sürtmək lazımdır. Sonra başı yaxalayır və qurulayır, daha sonra darayırlar. Başı yuduqdan sonra, xüsusilə, saçı uzun olan qadınların başına tibb bacısı dəsmal sarıyır, yaxud yaylıq bağlayır ki, soyuq dəyməsin. Tibb bacısı hər gün xəstələrin

başının tük bitən hissəsini yoxlayır və pedikülözün qarşısını alır.

XƏSTƏNİN YATAQDA VƏZİYYƏTİ. Ümumi vəziyyətindən, asılı olaraq xəstə yataqda müxtəlif vəziyyətlər, məsələn, fəal, passiv və məcburi vəziyyət alır.

Fəal vəziyyət—xəstə çevrilə bilir, oturur və yataqda fəal hərəkətlər edə bilir, lakin özü durub gəzə bilmir. Fəal vəziyyət hələ xəstəliyin yüngül keçməsi demək deyildir.

Passiv vəziyyət—xəstənin huşunu itirdiyi vəziyyətdir. Xora xəstəliyinin ağrı sindromunda xəstə məcburi diz-dirsək vəziyyəti alır, miokard infarktında—arxası üstə ekssudativ plevritdə—ağrıyan böyrü üstə yatır və s.

Təngnəfəsliyi olan xəstələrdə məcburi vəziyyət daha aydın şəkildə özünü göstərir. Onlar oturmağa, əlləri ilə çarpayının kənarından tutmağa, ayaqlarını aşağı salmağa çalışırlar. Belə hallarda xəstənin kürəyinin altına yaxşı çırpılmış 2—3 yastıq, başaltı qoymaq, yaxud funksional çarpayının baş tərəfini azca qaldırmaq lazımdır. Xəstə divara söykənəndə kürəyinin altına yastıq, ayaqlarını isə balaca kətilin üstünə qoyur. Ağciyərlərdə və ya bronxlarda irinlik olduqda bəlğəmin yaxşı çıxması üçün münasib vəziyyət seçmək lazımdır. Buna bronx drenajı deyilir. Xəstə dizləri üstə durub alnını yatağa söykəyə bilər (namaz qılan adam kimi), ya da başını çarpayıdan sallaya bilər (çarpayının altında ayaqqabısını axtaran adam kimi). Ağciyərlərin bir payında xəstəlik varsa, xəstə sağlam tərəfdə yatır, bu vəziyyətdə ağciyərlərdən bəlğəm yaxşı çıxır.

XƏSTƏNİN REJİMİ. Xəstə stasionara daxil olduqda tibb bacısı onu şö'bənin daxili qayda-qanunu ilə tanış edir. Xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq ona rejim tə'yin edirlər: 1) yataq rejimi—bu vaxt xəstə bütün fizioloji aktları yataqda edir, tibb bacısı isə ona qulluq edir, yedizdirir və onun ayağa durmamasına ciddi nəzarət edir; 2) yarımyataq rejimi—xəstəyə ayaqyoluna qədər getməyə icazə verilir, o burada səhər əl-üzünü yuyur və bütün fizioloji aktları edir; 3) ümumi rejim—xəstəyə gəzməyə icazə verilir. Xəstələr şö'bənin rejiminə əməl etməli, səhər yeməyindən sonra və nahara qədər palatada olmalıdırlar, çünki bu vaxt həkimin yoxlaması başlayır və tibb bacısı onun tə'yinatlarını yerinə yetirir. Tibb bacısı nahardan sonrakı istirahət saatında xəstələrin yataqda olmalarına fikir verməlidir. Yuxulamayan xəstələr sakit uzanmalı, yaxud mütaliə etməlidirlər; ucadan danışmaq, qapını çırpmaq, palataları gəzmək, radioqəbuledicini qoşmaq olmaz. Günorta yatıb durandan sonra axşam yeməyinə qədər xəstələr asudə olurlar, onlar vəziyyətlərindən asılı olaraq bu vaxtdan səmərəli istifadə edirlər. Gəzən xəstələr yay vaxtı həkim icazə veribsə, xəstəxananın həyətinə çıxa bilərlər. Axşam yeməyindən və proseduralardan sonra tibb bacısı palatalarda işığı söndürür, şö'bədə qayda-qanuna və sakitliyə nəzarət edir.

Xəstələrin yanına gələnlərə və xəstələrin özlərinə demək lazımdır ki, xəstəxanaya qadağan edilmiş, xüsusilə tez xarab olan yeməklər və spirtli içki gətirməsinlər. Rejimi pozan xəstələri evə yazırlar.

XƏSTƏLİK TARİXİ—xəstəxanada və ya hər hansı başqa bir müalicə-profilaktika müəssisəsində olan hər xəstə üçün ilk dəfə doldurulan əsas tibb sənədidir. Həkimlər xəstəlik tarixinə bütün müalicə müddətində xəstənin vəziyyəti üzərində apardıqları müşahidələri yazırlar. Müalicənin davam etdirilməsi, dispanser müşahidəsi, habelə xəstənin əmək qabiliyyətinin tə'yin edilməsi üçün xəstəlik tarixi əsas sənəddir. O, hüquqi sənəddir, buna görə də müəyyən formada, tam yazılmalıdır; xəstəlik tarixinə sonradan heç nə əlavə etmək, yapışdırmaq, pozmaq olmaz. Xəstəlik tarixi bütün müalicə müəssisələri üçün məcburi olan və SSRİ Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş vahid blankda yazılır.

Laboratoriya, rentgenoloji, elektrokardioqrafiya mə'lumatları və başqa analizlərin cavabları xronoloji qaydada xəstəlik tarixinə yapışdırılmalıdır. Bədənin temperaturunu, nəbzi, tənəffüsü, arterial təzyiqi, diurezi ölçüb nəinki xəstəlik tarixinin gündəliyinə yazmalı, həm də xəstəlik tarixinə əlavə olunan temperatur vərəqində qrafik şəkildə göstərməli. Xəstəlik tarixləri tibb bacısının postundakı qıfıllı yeşikdə saxlanır və xəstələrin əlinə keçmir. Xəstəlik tarixini xəstənin əlinə vermək, xəstəliyi barədə, yaxud laboratoriya analizlərinin cavablarını ona demək qəti qadağandır. Tibb bacısı bütün laboratoriya analizlərinin cavabları gəldikcə xəstəlik tarixinə yapışdırır və bunların itməməsinə cavabdehdir. Poliklinikada xəstəlik tarixini ambulatoriya vərəqi əvəz edir, həkim buraya xəstəliyin baş verməsi barədə əsas mə'lumatları, analizləri və xəstənin evində apardığı müayinələrin nəticələrini qeyd edir. Tibb bacısı laboratoriya analizlərinin cavablarını xronoloji qaydada yapışdırır və dispanserizasiyanın uçotunu aparır. Ambulatoriya vərəqələri qeydiyyat otağında saxlanır.

XƏSTƏLƏRİN STASİONARA QƏBUL EDİLMƏSİ. Xəstələri stasionara müalicə müəssisəsinin (poliklinika, ambulatoriya, tibb məntəqəsi və s.) göndəriş kağızı ilə, habelə tə'cili yardım maşını gətirəndə qəbul edirlər. Bə'zi hallarda xəstələri göndəriş kağızı olmadan da qəbul edirlər. Xəstələrin vəziyyətindən asılı olaraq onları ya xəstəxanaya qoyur, ya da ilk yardım göstərib müalicəni yaşadığı yerdəki müalicə müəssisəsində aparmaq üçün göndərirlər. Xəstəxananın qəbul şö'bəsində xəstə üçün xəstəlik tarixi doldururlar (bax:), xəstəyə baxıb təxmini diaqnoz qoyur və sanitariya təmizliyindən keçirib müvafiq şö'bəyə göndərirlər. Xəstənin diaqnozu mə'lum olmayanda onu diaqnostika şö'bəsinə qoyurlar, infeksion xəstəlikdən şübhələndikdə müvəqqəti boksa qoyur sonra isə infeksion xəstəliklər xəstəxanasına göndərirlər. Xəstənin paltarlarını anbara göndərirlər; bunların siyahısının bir surətini xəstəlik tarixinə yapışdırır, bir surətini

isə paltarların arasına qoyurlar. Qiymətli şeyləri və pulu böyük tibb bacısına təhvil verirlər, o bunları xəstə evə yazılana qədər özündə saxlayır.

XƏSTƏLƏRİN POLİKLİNİKADA QƏBUL EDİLMƏSİ. Poliklinika—müalicə-profilaktika müəssisəsi olub, adətən, birləşmiş xəstəxananın nəzdindədir. Poliklinikada xəstələri müxtəlif ixtisaslardan olan həkimlər qəbul edirlər, habelə burada laboratoriya analizləri, rentgenoloji və başqa analizlər də aparılır. Poliklinikaya gələ bilməyən xəstələr həkimi evə çağırırlar. Həkim onlara yardım göstərir və hər cür məsləhət verir. Hər poliklinikada prosedura kabineti vardır, burada xəstələrə iynə vururlar, banka, xardal yaxması qoyurlar və s. Xroniki xəstəliyi olan bütün xəstələr dispanser uçatuna alınırlar. Onlar profilaktik müayinələr üçün müntəzəm surətdə həkimin qəbulunda olurlar.

Poliklinikalar səhər saat 8-dən axşam saat 8-o qədər işləyir. Bir çox poliklinikalarda gecə-gündüz işləyən tə'xirəsalınmaz yardım məntəqəsi vardır. Poliklinikaya gələn xəstə qeydiyyat otağına müraciət edir. Burada ona ambulatoriya vərəqi açırlar (bax: Xəstəlik tarixi). Həmçinin ona həkimin qəbul saatı, növbə nömrəsi və həkimin kabineti yazılmış talon verirlər. Həmin kabinetə xəstənin ambulator vərəqini də göndərirlər. Tibb bacısı xəstələrin növbə gözləməsinə fikir verir; həkim yüksək temperaturlu xəstələri növbədənkənar qəbul edir.

XƏSTƏLƏRİN EVƏ YAZILMASI. Sağaldıqdan yaxud vəziyyətləri yaxşılaşdıqdan sonra xəstələri evə yazırlar. Xəstə həddi-büluğa çatmayıbsa və evə yazılmasını tə'kid edirsə, onu ancaq valideynlərin icazəsi olduqda evə yazırlar. Xəstə adam xəstəxana rejiminə əməl etmədikdə, müalicə həkimi 1—2 gün əvvəl onu evə yazmaq üçün lazım olan sənədləri hazırlayır, epikriz yazır. Xəstəni evə yazan gün böyük tibb bacısı anbardan xəstənin paltarlarını gətirdir, onun evə yazılmasını qəbul şö'bəsinə xəbər verir, yemək alan xəstələrin siyahısından çıxarır. Xəstəyə əmək qabiliyyətini itirmə vərəqi (xəstəlik kağızı), xəstəxanada olması barədə arayış verir və arayışda diaqnozu göstərirlər. Xəstənin saxlanmağa qoyulmuş qiymətli şeylərini və pulunu qaytarırlar. Xəstənin daimi həkim müşahidəsində olacağı müalicə müəssisəsinə xəstəlik tarixindən çıxarış verirlər, burada xəstəliyin gedişini, müalicə metodlarını və laboratoriya analizlərinin nəticələrini yazırlar. Xəstədə onkoloji xəstəlik tapılıbsa müayinənin nəticələrini poçtla göndərirlər.

XƏSTƏLƏRİN DAŞINMASI. Şö'bədə xəstələri bir neçə üsulla daşıyırlar. Xəstənin hansı üsulla daşınacağını həkim tə'yin edir. Orta vəziyyətdə olan xəstələri palataya tibb bacısı müşayiət edir. Bir sıra hallarda xəstəni şö'bəyə təkərli kresloda aparmaq məqsədəuyğundur. Ağır xəstələri şö'bəyə xüsusi təkərli stolların üstünə qoyulmuş xərəklərdə aparırlar. Bu cür təkərli stola təmiz döşəkağı və mövsümdən asılı olaraq adyal salır, hər xəstədən sonra döşəkağını dəyişirlər. Adyalı

günə sərir, infeksion xəstələrdən sonra isə dezinfeksiyaya göndərirlər. Hazırda tormozlu təkərli xərəklər buraxılır. Lift olmadıqda ağır xəstələri yuxarı mərtəbələrə xərəkdə iki və ya dörd adam qaldırır, xəstənin başı qabaqda, xərəyin ayaq tərəfi yuxarıda olur. Xəstəni aşağı mərtəbəyə apardıqda ayaqları qabaqda olur, bu dəfə də xərəyin ayaq tərəfi yuxarıda olur.

Hazırda bir sıra xəstəxanaların xüsusi nəqliyyat vasitələri vardır, xəstələri qəbul şö'bəsindən uzaqda olan korpuslara bu nəqliyyat vasitələri ilə daşıyırlar.

Şok vəziyyətində olan ağır xəstələri sanitariya təmizliyindən keçirmədən və qəbul şö'bəsinə aparmadan birbaşa şö'bəyə, intensiv müşahidə palatasına aparırlar. Hərəkət etmək, qadağan edilmiş ağır xəstələri xərəkdən çarpayıya köçürəndə çox ehtiyatlı olur və müəyyən qaydaları gözləyirlər. Xərəyin ayaq tərəfini çarpayının baş tərəfində qoyurlar. Palata kiçikdirsə xərəyi çarpayıya paralel qoyurlar, tibb baçısı isə xərəklə çarpayı arasında, üzü xəstəyə tərəf durur. Lüzumsuz və qolaysız hərəkətlər etməmək üçün çarpayıya görə xərəyin necə qoyulacağını qabaqcadan fikirləşmək lazımdır. Bu isə palatanın böyük-kiçikliyindən və çarpayıların yerləşməsindən asılıdır.

Təkərli stol olmadıqda xəstələri aşağıdakı kimi daşımaq olar: 1) xəstəni bir sanitar aparanda—xəstə onun boynunu qucaqlayır; 2) iki sanitar aparanda—biri xəstənin ayaqlarını və sağrılarını, o birisi kürəyini və başını tutur: 3) üç sanitar aparanda—biri xəstənin ayaqlarını, o biri belini və kürəyinin bir hissəsini, üçüncü sanitar isə kürəyini və başını tutur.

XƏSTƏNİ MƏ'DƏNİN VƏ NAZİK BAĞIRSAĞIN RENTGENOLOJİ MÜAYİNƏSİNƏ HAZIRLAMAQ. Qarın boşluğunda yerləşən əksər orqanların rentgenoloji müayinəsinə xüsusi hazırlaşmaq lazımdır, bundan məqsəd mə'dəni və onikibarmaq bağırsağı möhtəviyyatdan və qazlardan təmizləməkdir. Müayinədən 2—3 gün qabaq xəstənin yeməyindən meteorizm əmələ gətirən qida məhsullarını (qara çörək, üzlü süd, duza qoyulmuş kələm, kartof və s.) çıxarırlar. Xəstə saat 18-də axşam yeməyini yeyir, bundan sonra ona deyirlər ki, daha heç nə yeməsin, içməsin və mümkün qədər papiros çəkməsin. Saat 19—20-dək xəstə gənəgərçək yağı içir, 2—3 saatdan sonra ona təmizləyici imalə qoyurlar (1—1,5 l ilıq suya çobanyastığı dəmləməsi və ya 5 q uşaq sabunu əridib tökürlər). Səhər müayinədən 2—3 saat əvvəl otaq temperaturunda 1 l su ilə bir daha təmizləyici imalə qoyur və xəstəni rentgen kabinetinə göndərirlər. Müayinə günü çay içmək və papiros çəkmək olmaz. Acqarına mə'dədə çoxlu maye varsa, rentgenoloji müayinədən 2 gün qabaq mə'dəni yoğun zondla qələvi məhlulları yeridib yuyurlar. Bə'zən mə'dədəki mayeni bilavasitə rentgenoloji müayinədən qabaq çəkib çıxarmaq lazım gəlir. Çoxlu qaz olduqda müayinədən 30 dəqiqə əvvəl bir daha təmizləyici imalə qoyurlar.

XƏSTƏNİ ÖD KİSƏSİNİN VƏ ÖD YOLLARININ RENTGENOLOJİ MÜAYİNƏSİNƏ HAZIRLAMAQ. Xolesistoqrafiya yolu ilə orqanizmə kontrast maddə yeritmək və sonra rentgen şəkli çəkməklə öd kisəsinin və öd yollarının formasını, yerini, funksiyasını öyrənirlər. Öd kisəsinin rentgenoloji müayinəsi üçün tərkibində yod olan kontrast maddələrdən—xolevid (yopaqnost), biliqnost (biliqrafin), bilitrastdan istifadə edirlər.

Xolesistoqrafiyadan 2 gün əvvəl xəstə ancaq tərkibində qaba sellüloz və meteorizm əmələ gətirən maddələr olmayan yüngül yemək yeyir. Bağırsaqları imalə qoyub təmizləyirlər. Müayinəyə bir gün qalmış saat 16—17-də 50—100 q ağ çörək, 25 q kərə yağı və 2 yumurtanın sarısını verirlər. Yağı 100 q qaymaqla əvəz etmək olar. Saat 19-da təmizləyici imalə qoyurlar. Kontrast maddələri xüsusi sxemlə tə'yin edirlər. Səhər müayinədən 2—3 saat əvvəl ılıq su ilə və ya çobanyastığı dəmləməsi ilə təmizləyici imalə qoyurlar. Xəstə rentgen kabinetinə özü ilə 2 ədəd çiy yumurta, 25 q kərə yağı və ya 100 q qaymaq, 50 q ağ çörək gətirir. Öd axacağı tutulmuş olduqda, öd kisəsində iltihab prosesi olduqda, qaraciyərin xəstəliklərində kontrast maddədən sonra öd kisəsinin kölgəsi görünmür. Xolesistoqrafiya vasitəsilə öd kisəsindəki daşları tapırlar.

Öd kisəsi kəsilib götürülübsə, habelə daxilə bilitrastə və ya xolevid qəbulu istənilən nəticəni verməyibsə, yaxud bunların qəbul edilməsinə əks-göstəriş varsa, kontrast maddəni (biliqnostu) venaya vururlar.

Xəstəni müayinəyə 2 gün hazırlayırlar. Ona baqırsaqlarda az qaz əmələ gətirən pəhriz tə'yin edirlər. Süd, qara çörək, alma, kələm yemək olmaz. Təmizləyici imalə tə'yin edirlər. Müayinəyə bir gün qalmış xəstənin kontrast maddəyə həssaslığını yoxlayır—venaya 1—2 ml 20%-li biliqnost məhlulu vururlar. Xəstənin bədəni yoda həssas olub xəstədə qaşınma, səpki, titrətmə olduqda, temperatur qalxdıqda və ya başqa əlamətlər olduqda venaya biliqnost vurulmasından əl çəkmək lazım gəlir. Tə'cili hallarda bilavasitə müayinədən qabaq venaya 1—2 ml biliqnost vurur və reaksiya olmadıqda 3 dəqiqədən sonra iynəni venadan çıxarmadan yavaş-yavaş lazım olan opreparatı vururlar. Böyük adama 3—5 dəqiqə müddətində 30— 40 ml 30%-li biliqnost məhlulu vururlar, lakin əvvəlcə onu bədən temperaturuna qədər qızdırırlar. Biliqnostu vurduqdan 10—15 dəqiqə svnra ola bilsin ki, rentgenoqramda öd axacaqları görünsün, 40—45 dəqiqədən sonra isə öd kisəsi dolmağa başlayır. Rentgen şəkillərini 45—50 dəqiqədən sonra çəkirlər.

XƏSTƏNİ YOĞUN BAĞIRSAĞIN MÜAYİNƏSİNƏ HAZIRLAMAQ. Yoğun bağırsağı iki cür yoxlamaq olar: 1) ona imalə ilə barium yeritməklə (bax: İrriqoskopiya); 2) xəstə bir gün əvvəl kontrast maddə qəbul etdikdən sonra yoğun bağırsağa baxmaqla. Adətən yoğun bağırsağa mə'dənin rentgen müayinəsindən 24 saat

sonra baxırlar. Bə'zi hallarda bariumun bir hissəsi çıxır. Çox vaxt barium qəbulundan sonra bağırsaqlar bir sutka boşalmır. Bariumun reflektor surətdə yeriməsi üçün xəstəyə səhər yeməyi verir və 2 saatdan sonra rentgenə salırlar. Korbağırsaqda iltihab proseslərini aşkara çıxarmaq üçün xəstə gecə saat 3-də barium içir (1 stəkan suya 200 q) və 7—8 saatdan sonra onu rentgenə salırlar.

XƏSTƏNİ SİDİK SİSTEMİNİN RENTGENOLOJİ MÜAYİNƏSİNƏ HAZIRLAMAQ. Böyrəklərin yerini, ölçüsünü daş və şiş olub-olmamasını bilmək üçün böyrəklərin ümumi rentgen şəklini çəkirlər. Bunun üçün 2—3 gün xəstəyə qaz əmələ gətirən qida məhsulları (çovdar çörəyi, kartof, süd) vermir, işlətmə duzları, habelə yod preparatları tə'yin etmirlər. Müayiiə ərəfəsində saat 22-də 1—1,5 l ılıq suya 1 stəkan çobanyastığı dəmləməsi töküb təmizləyici imalə qoyurlar. Müayinə günü proseduraya qədər yemək və içmək olmaz. Səhər proseduraya 3 saat qalmış bir daha təmizləyici imalə qoyurlar. Müayinəyə 30 dəqiqə qalmış xəstənin bağırsaqlarında çox qaz olub-olmamasını yoxlamaq üçün rentgen kabinəsinə göndərirlər. Qaz aşkar edildikdə təzədən təmizləyici imalə qoyur və 45 dəqiqədən sonra böyrəklərin ümumi şəklini çıxarırlar. Proseduradan qabaq xəstə sidik kisəsini boşaltmalıdır.

Böyrəkləri, böyrək ləyənlərini, sidik axarlarını və sidik kisəsini kontrast maddə (yod preparatları) yeridib rentgenlə müayinə aparmaq üçün bir gün əvvəl venaya test-ampuldan 1—2 ml preparat vurub sutka ərzində xəstənin reaksiyasınm müşahidə edirlər. Zökəm, titrətmə, qaşınma və ya temperaturun qalxması kimi allergik reaksiya olduqda rentgen müayinəsi aparılmır.

XƏSTƏXANA VƏ SANİTARİYA REJİMİ. Xəstəxana rejimi xəstələrin vaxtlı-vaxtında və düzgün yeməsini, lazımi müalicə və sanitariya-gigiyena işləri aparılmasını tə'min edir. Bütün tibb işçilərinin işi gün cədvəli əsasında qurulur. Xəstələr səhər saat 7-də yuxudan durana qədər onların səhər tualeti və palataları yığışdırmaq üçün lazım olan inventarı hazırlayırlar. Palatada işığı yandırır, mövsümdən asılı olaraq xəfəngləri və ya pəncərələri açıb otaqların havasını dəyişirlər.

Zəif xəstələrə əl-üz yumaq üçün ləyən və su gətirir, tüpürcək qablarını və gecə ləyənlərini palatadan çıxarır, xəstələrin yerlərini düzəldirlər. Ciddi yataq rejimində olaş xəstələrin altına səhər yeməyinə qədər ləyən və sidik qabları qoyurlar. Laboratoriya analizi üçün sidiyi və ya nəcisi də səhər yeməyinə qədər götürürlər.

Kiçik tibb bacısı ağır xəstələrin əl-üzünü yuyur, həmçiniş yerini batıran xəstələrin altını da yuyur, bundan başqa, uşaqlıq yolundan ifrazat axan qadınların və ayağa qalxa bilməyən xəstələrin də altını yuyur.

Xəstələrə iki nəfər qulluq etdikdə kiçik tibb bacısı səhər yeməyi zamanı səhər saat 8-dən 9-a qədər palataları yığışdırmaq üçün lazım olan bütün şeyləri hazırlayır, üç nəfər qulluq etdikdə isə—xalatını

dəyişib, əllərini yaxşı yuyur və postda duran tibb bacısına ağır xəstələri yedizdirməkdə kömək edir.

Palataları yığışdıran vaxt (səhər yeməyindən sonra) xəfəngləri açmaq və palatanın havasını dəyişmək lazımdır, lakin çalışmaq lazımdır ki, yelçəkən yer olmasın. Xəstələrik üstü yaxşı örtülməlidir. Palataları və bütün qalan otaqları gündə 3 dəfə açıq xlorlu əhəng məhlulu ilə sılıb təmizləyirlər. Məhlulu bu cür hazırlayırlar: 10 l soyuq suda 1 kq xlorlu əhəngi həll edir və qara şüşə butulkaya tökürlər. Məhlulu 12 saat durulmağa qoyurlar, sonra onu şüşələrə tökür və qaranlıq yerdə saxlayırlar. Çünki xlorlu əhənk işıqda parçalanır və dezinfeksiyaedici xassəsini itirir. Bir vedrə suya 200 q duruldul-muş məhlul götürürlər. Palataları təmizləmək üçün şotka, döşəmə ağacı, dezinfeksiyaedici məhlulda isladılmış əski işlədirlər. Kiçik tibb bacısı palataları yaş əski ilə təmizlədikdə əllərinə rezin əlcək geyir.

Palatanı təmizləməyə başlayanda əvvəlcə çarpayıların yanındakı tumboçkaları yığışdırırlar: bunların tozunu silir, tez xarab olan yemək şeyləri olmasına fikir verir və ən zəruri şeyləri saxlayırlar, məsələn, sabun, diş tozu, kitab və ya jurnallar, peçenye, mürəbbə, konfet. Meyvə və tez xarab olan yeyinti şeyləri soyuducuya qoyulmalıdır. Pəncərələrdə yemək şeyləri saxlamaq qəti qadağandır. Sonra pəncərələrin altının, plafonların, çarpayıların və başqa avadanlığın tozunu silirlər.

Palatanı süpürəndə pəncərə və divarlardan başlayıb qapıya tərəf palatanın ortasına doğru süpürürlər. Nahardan sonra süpürgəni dezinfeksiyaedici məhlula batırıb süpürür və palatanın havasını dəyişirlər. Xəstələr gündüz yatanda mövsümdən və havadan asılı olaraq framuqa və ya xəfəngləri açıq qoymaq məsləhətdir. Bu vaxt otağı yığışdırmaq, ucadan danışmaq, otaqda gəzmək, qapını çırpmaq, telefon söhbətləri qəti qadağandır. Yuxudan durandan sonra xəstələrə çay verirlər, tibb bacısı onların temperaturunu ölçür.

Xəstələrə baş çəkməyə gələn adamları həftənin müəyyən günləri və saatlarında buraxırlar. Onlar xəstənin çarpayısında oturmamalı, ucadan danışıb gülməməli, ona pis xəbər deməməli, habelə qadağan olunmuş yeyinti şeyləri gətirməməlidirlər. Tibb bacısı xəstənin yanına gələnlərə nəzakətlə deməlidir ki, onlar xəstəni yormasınlar, ona qadağan olunmuş yeməklər verməsinlər və s. Tibb bacısı kiçik tibb bacısının işini yaxşı bilməlidir ki, daim ona nəzarət edə bilsin.

Axşam yeməyindən sonra tibb bacısı axşam ta'yinatlarını alır və palatalarda işığı söndürür. Tibb işçiləri gecə xəstələrin yuxulamasına fikir verir, ağır və narahat xəstələrə göz qoyurlar. Bütün tibb işçiləri şö'bədə sakitlik olmasına çalışmalıdırlar; astadan danışmalı, telefonlar palatalardan uzaqda olmalı, səs siqnalı işıq siqnalı ilə əvəz edilməlidir. Çarpayıların ayaqlarına rezin taxmalı və qapı pəncərələrini yağlamalı, qapılara rezin vurulmalıdır. Gecə palatada lazım gəldikdə ümumi işığı yox, stolüstü lampanı yandırırlar.

Tibb bacısının iş yeri, adətən, dəhlizdə, palatalara yaxın olmalıdır. Tibb bacısının postunda dərman və alətlər saxlanan şkaf, xəstəlik tarixləri saxlanan, siyirmələri qıfıllanan stol, telefon və stolüstü lampa olmalıdır. Stoldan yuxarıda siqnal lövhəsi vurulur. Stolun yanında şpris və iynələri qaynatmaq üçün sterilizator qoyulmuş stol, habelə güclü və zəhərli maddələr qoyulan seyf olur. Seyf olmadıqda tibb bacısının stolundan yuxarıda açarla bağlanan iki kiçik şkaf (A və B) olur, şkafların açarını böyük tibb bacısı, yaxud daha təcrübəli post bacısı saxlayır. Əlüzyuyan da burada olur. Tibb bacısının iş yeri nümunəvi, təmiz olmalıdır.

Çirkli sarğı materialı və ya başqa zibil atılan yeşiyi hər əməliyyatdan sonra boşaltmaq lazımdır. Tibb bacısının postunda dərman saxlanan şüşə şkaflar olur. Hər rəfdə "Daxilə", "Xaricə" və "İnyeksiyalar" sözü olmalıdır. Bütün tibb alətlərini tə'yinatına və tez-tez işlənməsinə görə yerləşdirirlər.

Müalicə-qoruyucu rejim. Hər bir müalicə müəssisəsinin özünün daxili rejimi—həmin müəssisə üçün qoyulmuş qayda-qanunu olur. Müalicə-qoruyucu rejimin mühüm şərtlərindən biri xəstəni ruhdan düşməyə qoymamaq, onun cismən və ruhən sakit olmasını tə'min edən əlverişli şərait yaratmaqdır. Bunun üçün səmərəli gün rejimi qurmaq, zərərli xarici tə'sirləri aradan qaldırmaq lazımdır (uçadan danışmaq, səs-küy, qapını çırpmaq olmaz). İşçilərin növbənin dəyişməsi, palataların təmizlənməsi, temperaturun ölçülməsi kimi işlər xəstələr yuxudan durduqdan sonra, yə'ni səhər saat 7-dən tez olmayaraq görülür.

Xəstələri diksindirən şeyləri (qana bulaşmış tənzif parçaları, şprislər və skalpellər, çirkli pambıq və bint atılmış ləyən və s.) otaqdan çıxarmaq lazımdır. Həmçinin xəstələrin fikrini yayındırmaq üçün onların yaxşı dincəlməsini təşkil etməyin də böyük əhəmiyyəti vardır. Yaxşı olardı ki, bunun üçün ayrıca otaq ayrılsın, yaxud koridorlardan istifadə edilsin: burada kitab və jurnal stendləri düzəldilsin, televizor qoyulsun. Ayaq üstə olan xəstələr həmin otaqda qohumları ilə görüşə bilərlər. Xəstələr asudə vaxtlarında qəzet, jurnal oxuyur, stolüstü oyunlar oynayır, əl işi ilə məşğul olur, radioya qulaq asırlar.

Açıq havada, xüsusən yayda gəzmək çox faydalıdır.

Ölkəmizdə xəstəxanaların hamısında gün rejimi təxminən eynidir.

HELİOTERAPİYA—bax: Bədəni möhkəmlətmək.

HIÇQIRIQ—diafraqmanın birdən-birə qıcolma yığılmasından ibarət reflektor aktdır, bu zaman xəstə güclü nəfəs alır və xarakter səs çıxarır. Bir neçə dəqiqədən tutmuş bir neçə günə qədər davam edə bilər. Ara verməyən hıçqırıq—tə'xirəsalınmaz yardım tələb edən son dərəcə ağır vəziyyətdir. Qısamüddətli hıçqırıq—çox vaxt mə'dənin tez dolmasına, xüsusən quru yeməklə dolmasına cavab olaraq baş verir. Nisbətən uzun sürən hıçqırıq 'mə'də-bağırsaq yolunun, xüsusən öd kisəsinin xəstəliklərində, qarın boşluğunda aparılan operasiyadan

sonra, ensefalitlərdə, beynin qan dövranı pozulduqda, bağırsaq keçməməzliyində, nevrozlarda və s.-də baş verir.

Müalicəsi simptomatikdir: daxilə 1—2 xörək qaşığı 0,5%-li novokain məhlulu, belladonna (xanımotu) (0,015 q), aminazin (0,025—0,05 q), pişikotu tinkturu, etaperazin (0,005—0,01 q) tə'yin edilir.

ŞIRINQALAMA—müalicə məqsədilə uşaqlıq yolunun su və ya dərman maddələrinin su məhlulları ilə yuma metodu. Bu zaman uşaqlıq yolunun möhtəviyyatı su ilə yuyulub xariç edilir. Dərmandan asılı olaraq uşaqlıq yolunun selikli qişasını dağlamaq, ona büzücü, tonusu artıran və dezinfeksiyaedici tə'sir etmək olar. Hamiləliyin ikinci yarısında və doğuşdan sonra qadınları şırınqalamaq olmaz. Şırınqalama aparmaq üçün müvafiq temperaturlu 2 l su və ya dərman məhlulu, Esmarx qabı və uşaqlıq yoluna salınan ucluq, ləyən və müşənbə hazırlayırlar. Çox vaxt zəif kalium-permanqanat məhlulundan (2 l suya 5—6 zərrəcik natrium-xloridin 0,9%-li izotonik məhlulundan), natrium-hidrokarbonat məhlulundan (1 l suya 2 çay qaşığı soda), borat turşusu məhlulundan— ($^1/_2$ l suya 2—4 çay qaşığı) istifadə edirlər.

Uşaqlıq yoluna salınan ucluqlar şüşədən və plastik kütlədən hazırlanır. Bunlar uzunluğu 15 sm və yoğunluğu təxminən 1 sm, ucunda bir, yaxud yanlarda bir neçə deşiyi olan azca əyilmiş borudur. Şüşə ucluqları işlətməzdən əvvəl qaynadıb sterilizə edirlər, plastik kütlədən hazırlanmış ucluqları antiseptik məhlullarla yuyurlar. Esmarx qabını çarpayıdan 70—100 sm yuxarıda asır və ona ən çoxu 1 l məhlul tökürlər. Şırınqalama zamanı qadın yataqda qıçlarını dizdən qatlayıb ləyənin üstündə uzanır və budlarını aralayır. Xarici cinsiyyət üzvlərini təmiz su və sabunla yuyub sol əlin iki barmağı ilə cinsiyyət dodaqlarını aralayırlar, ucluğu ehtiyatla cinsiyyət yarığına salır, yavaş-yavaş yuxarıya və dala 6—7 sm yeridirlər. Sonra ucluğu tutur, o biri əllə kranı və ya sıxıcını açıb mayeni buraxırlar. Əməliyyatı qurtardıqdan sonra ucluğu qabağa və aşağıya aparıb ehtiyatla çıxarmaq lazımdır ki, sidik kanalı zədələnməsin.

Ginekoloji xəstələrə şırınqalamanı müalicə proseduası kimi aparırlar. Bə'zən dərman şırınqalandıqdan sonra məhlulun tə'sirini uzatmaq üçün xəstələr bir müddət uzanırlar.

Esmarx qabını işlətdikdən sonra əvvəlcə ılıq su ilə, sonra dezinfeksiyaedici məhlulla yuyur, ucluğu isə 3 %-li xloramin və ya borat turşusu məhlulu tökülmüş bankaya salırlar.

III FƏSİL
DƏRMAN MADDƏLƏRİ, ONLARIN APTEKDƏN ALINMASI, SAXLANMASI VƏ PAYLANMASI

ÜMUMİ MƏ'LUMATLAR. Dərman maddələri orqanizmə həm yerli, həm də ümumi tə'sir edir. Dərman maddələrinin yeridilməsinə olan reaksiya orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərindən, onun toxuma və orqanlarının həssaslığından asılıdır.

Dərman preparatlarını insanın orqanizminə müxtəlif-yollarla yeridirlər. Onların ağızdan (oral metod) və ya duz-bağırsaqdan (rektal metod) yeridilməsinə enteral metod deyilir. Bu vaxt dərman maddəsi mə'də-bağırsaq yolunun selikli qişasından sorulur. Dərman maddələrinin mə'də-bağırsaq yolundan kənar (əzələyə, venaya, dərialtına və s.) yeridilməsinə parenteral metod deyilir. Dərman preparatları yerli, birbaşa xəstəlik ocağına; onurğa beyni kanalına (endolümbal)—meningitdə, oynaq kisələrinə—bunlarda iltihab prosesləri olduqda; plevra boşluğuna, bronxlara, traxeyaya və s.-yə yeridilə bilər. Dərman preperatları əsas müalicəvi tə'sirindən başqa əlavə mənfi reaksiyalar da törədə bilər. Bə'zən dərman maddələrinin bir-birinə tə'siri zərərli, tamamilə yeni fiziki-kimyəvi reaksiyalara səbəb olur. Tibb bacısı bilməlidir ki, hansı dərmanları bir vaxtda vermək olmaz. Bə'zi: dərman preparatlarına qarşı orqanizmin göstərdiyi mənfi reaksiyaları çox vaxt dozanı azalt-maqla, yaxud müalicənin ilk günlərindən sonra tez aradan götürmək mümkün olur. Bu reaksiyaları orqanizmin bu və ya başqa dərman maddəsini götürməməsindən fərqləndirmək lazımdır, belə ki, orqanizmin dərman maddəsini götürməməsi anafilaktik şok kimi ağır dərəcəli ağırlaşmalara səbəb olur. Bə'zən dərman maddəsini müalicə tə'siri eyni olan və orqanizmin daha yaxşı götürdüyü başqa bir dərmanla əvəz etmək lazım gəlir. Bə'zi xəstələr müəyyən dərman-ların onlara düşmədiyini bilirlər; odur ki, xəstə özü bunu həkimə deməyibsə tibb bacısı deməlidir. Orqanizmin götürmədiyi bə'zi dər-man preperatlarını tətbiq etməzdən əvvəl sınaq qoyurlar. Bunun üçün dərman maddəsini kiçik dozada yeridirlər; reaksiya əmələ gəl-məsi həmin preparatın (yod preparatları, rentgenkontrast maddələr, serumlar və s.) xəstəyə verilməsinin məsləhət olmamasını göstərir.

Dərman maddəsindən uzun müddət istifadə etdikdə çox vaxt onun müalicəvi tə'siri azalır ki, bu da mikrobun həmin dərman preparatına həssaslığının itməsi, yaxud onun həmin preparata qarşı müqavimət qazanması ilə izah olunur. Mikrobların müqavimətinin qarşısını almaq məqsədilə dərman maddələrinin işlədilməsinin çox müxtəlif metodları işlənib hazırlanmışdır: bir neçə preparatın eyni vaxtda verilməsi, müalicənin ara verib aparılması və s. Preparatı tə'yin etməmişdən əvvəl

mikrob florasının həssaslığını, xüsusən antibiotiklərə həssaslığını bilmək üçün xəstənin ifrazatını (bəlğəmi, irinli ifrazatı və s.) əkmək məsləhət görülür ki, bu da dörhal daha tə'sirli dərman maddələri tə'yin etməyə imkan verir.

Orqanizm bə'zi preparatlara alışır, hətta dərmandan asılı olur. Narkotik maddələrdən istifadə ağır xəstəliyə— narkomaniyaya səbəb olur, bu preparatların tə'yin edilməsinə və tətbiqina ciddi nəzarət olmalıdır.

Bir sıra dərman preparatları orqanizmdən yavaş çıxır, yaxud orqanizmdə toplanır (kumulyasiya), odur ki, belə preparatların (üskükotu preparatları) dozalarını tə'yin edəndə bunu nəzərə almaq, bə'zən dozanı azaltmaq lazımdır. Tibb bacısı dərman maddələrinin dozalarını bilməlidir. Dərman maddəsinin dozasını bədənin kütləsindən və yaşdan asılı olaraq tə'yin edirlər. Birdəfəlik doza—bir dəfə qəbul etmək üçün, yüksək birdəfəlik doza—dərmanı bir dəfədə qəbul edilən ən böyük miqdarı, sutkalıq doza dərman maddəsinin sutka ərzində qəbul edilən ən böyük miqdarıdır. Tibb bacısı preparatın zəhərlənmə əmələ gətirən toksik və ölümçül dozasını bilməlidir.

Tibb bacısı həkimin icazəsi olmadan xəstəyə dərman verə bilməz, belə ki, hətta adi dərman, məsələn, işlətmə dərmanı, ağrıkəsən dərman müəyyən hallarda ağır nəticələrə səbəb ola bilər (appendisitdə, uşaqlıqdankənar hamiləlikdə, işlətmə dərmanı və s. kimi). Dərman qəbulundan sonra xəstənin özünü pis hiss etməsini, yaxud hər hansı səbəbə görə dərmandan imtina etməsini tibb bacısı dərhal həkimə xəbər verməli və özü heç nəyi dəyişməməlidir.

DƏRMANLARI APTEKDƏN YAZIB ALMAQ işini palata tibb bacılarının sifarişlərinə və şö'bənin tələbatına əsasən şö'bədə böyük tibb bacısı görür. Dərmanları xüsusi blanklara yazırlar və şö'bənin müdiri imzalayır, uçotu aparılan dərmanların blanklarını isə müalicə-profilaktika müəssisəsinin rəhbəri imzalayır.

Aptek stasionar şəraitində müalicə olunacaq xəstələrə məxsus dərmanları, ancaq orijinal zavod və ya aptek qablaşdırmasında buraxır.

Şö'bənin nümayəndəsi dərmanları alanda tələbnamə ilə tutuşdurmalıdır. Dərmanların aptekdən köməkçi (ikinci dərəcəli) işçilər (sanitarka, şofer və b.) tərəfindən alınması qəti qadağandır.

Dərmanların saxlanması və sərf edilməsinə, habelə səliqə ilə saxlanmasına, düzgün paylanması və tə'yin edilməsinə şö'bənin müdiri cavabdehdir. Dərmanların saxlanması və sərf olunmasını bilavasitə böyük tibb bacısı təşkil edir. Şö'bələrdə (kabinetlərdə) dərmanlar qıfıllı şkaflarda saxlamalıdır; bu cür şkafların "Xaricə", "Daxilə", "İnyeksiya", "Göz damcıları" bölmələri olur. Bundan başqa, şkafın hər şö'bəsində, məsələn, "Daxilə" bölməsində poroşoklar, miksturalar, ampullar ayrı saxlanmalıdır, həm də poroşokları yuxarı rəfdə, məhlulları isə aşağı rəfdə saxlayırlar.

Qoxusu olan və boyayıcı maddələr üçün ayrıca şkaf olur. Operasiya, sarğı prosedura otaqlarında dərmanları alətlər saxlanan şüşə şkaflarda və ya cərrahiyyə stollarında saxlayırlar. İçində dərman olan hər flakon, banka və qutunun üzərində müvafiq yazı olmalıdır.

Zəhərli dərmanları ayrıca qıfıllı şkafda, narkotik maddələri— seyflərdə və ya dəmir şkaflarda saxlayırlar. Şkafın (seyfin) qapısının içəri tərəfinə "A" hərfi yazır və zəhərli dərmanların siyahısını vururlar; burada onların birdəfəlik ən yüksək dozası və sutkalıq dozası göstərilir. Zəhərli və narkotik maddələrin ehtiyatı 5 günlük tələbatdan artıq olmamalıdır. Çox güclü dərman maddələrini ("B" siyahısı) taxtadan qayrılmış ayrıca şkafda, qıfıl altda saxlayırlar. Çox güclü dərmanların ehtiyatı 10 günlük tələbatdan çox olmamalıdır.

"A" və "B" şkaflarının açarları müalicə müəssisəsinin əmri ilə tə'yin edilmiş, zəhərli və çox güclü dərmanların saxlanmasına və verilməsinə cavabdeh şəxslərdə olur, geçə isə bu açarlar növbətçi həkimə təhvil verilir; açarları və həmin dərmanları təhvil verən və təhvil alan şəxslər xüsusi jurnalda müvafiq qeyd aparır və öz imzalarını qoyurlar.

Dərman saxlanan yerlərdə və tibb bacılarının postlarında zəhərli və çox güclü dərmanların birdəfəlik ən yüksək və sutkalıq dozaları yazılmış cədvəllər, habelə zəhərlənmələrdə işlənən pədzəhərlərin cədvəlləri asılmalıdır.

Tərkibində zəhər və narkotik maddələr olan dərmanların ədədi uçotunu aparmaq üçün şö'bələrdə (kabinetlərdə) xüsusi kitab olmalıdır, onun səhifələri nömrələnməli, ip keçirilməli və baş həkimin möhürü və imzası olmalıdır. Dərman maddələri saxlanan yerlərdə temperatur və işıq rejimi gözlənilməlidir. Tinkturalar, dəmləmələr, emulsiyalar, penisillin, serumlar, vaksinlər, üzvi preparatlar, qlükoza məhlulları və s. ancaq soyuducularda (+2°-dən+10°S temperatura qədər) saxlanmalıdır.

Saat	Tədbirlər	Tibb bacısının işi
1	2	3
7.00	Yuxudan durmaq	Palatalarda işığı yandırır
7.05—7.30	Temperaturun ölçülməsi	Termometrləri payla-yır, bədənin temperaturunun duzgün ölçülməsinə fikir verir, vərəqə qeyd edir.
7.30—8.00	Xəstələrin səhər tualeti	Ağır xəstələrin əl-üzünü yumağa kömək edir, onların ağız boşluğunu, gözlərini, burnunu silib təmizləyir. Xəstələrin o başını darayır, yerini duzəldir, onlara yataqda duzgün vəziyyət verir. Sidiyi, nəcisi laboratoriyaya göndərir.

8.00—8.30	Dərmanların paylanması	Xəstələrə dərman paylayır və bunların qəbul edilməsinə fikir verir.
8.30—9.00	Səhər yeməyi	Yeməkləri paylamaqda bufetçiyə kömək edir, ağır xəstələri yedizdirir.
9.00—10.00	Həkimlərin səhər yoxlanması	Yoxlamada iştirak edir və tə'yinatları yazır.
10.00—13.00	Həkimin tə'yinatlarının yerinə yetirilməsi	Xəstələri rentgen kabinetinə, konsultantların yanına aparır, xəstələrə zond salır, mə'də şirəsi götürür, isitqac, qızdırıcı kompres qoyur, iynə vurur, resept yazır, ağır xəstələrə qulluq edir.
13.00—13.30	Dərmanların paylanması	Xəstələrə dərman paylayır və bunların qəbul edilməsinə fikir verir.
13.30—14.30	Nahar	Xörəkləri paylamağa kömək edir, ağır xəstələri yedizdirir.
14.30—16.30	Nahardan sonra dincəlmə	Palataların havasını dəyişir, palatada və şöbədə sakitlik olmasına, habelə ağır xəstələrin vəziyyətinə fikir verir
16.30—17.00	Gündüz temperaturun ölçülməsi	Termometrləri payla-yır, ölçmələrin nəticələrini temperatur vərəqlərinə və xəstəlik tarixinə yazır.
17.00—17.30	Nahardan sonra vaxt	Şö'bədə qayda-qanuna fikir verir, qohumların gətirdikləri yemək şeylərini yoxlayır, sənədləri yazır (tə'yinat vərəqləri, reseptlər və s.)
17.30—19.00	Xəstələrin yanına qohumların gəlməsi, asudə vaxt	
19.00—19.30	Dərmanların paylanması	Axşam yeməyindən qabaq dərmanları paylayır.
19.30—20.00	Axşam yeməyi	Axşam yeməyini paylamağa kömək edir, ağır xəstələri yedizdirir.
20.30—21.30	Axşam tə'yinatlarının yerinə yetirilməsi	Xəstələri ertəsi günə rentgenoloji müayinəyə hazırlayır, imalə, banka, qızdırıcı kompres qoyur
21.30—22.30	Axşam tualeti	Xəstələrin altını yuyur, yerini düzəldir, onlara münasib vəziyyət zerir, ağız boşluğunu silir, palatanın havasını dəyişir və s.
22.00	Yatmağa getmək	Palatalarda işığı söndürür, xəstələrin üstünü örtür, palatada və şö'bədə sakitlik olmasına fikir verir.

Xəstələrə veriləcək dərmanları dezinfeksiyaedici maddələr və texniki məqsədlər üçün işlənən məhlullarla bir yerdə saxlamaq qadağandır. Şö'bələrdəki postlarda dərmanları bir qabdan başqa qaba boşaltmaq, etiketini dəyişmək olmaz. Xəstələrə tərkibində narkotik və zəhərli maddələr olan dərmanları başqa dərmanlardan ayrı vaxt vermək lazımdır. Aptekdə hazırlanan dərmanların müəyyən saxlanma müddətn

vardır: bu, inyeksiya məhlulları üçün—2 sutka; göz damcıları üçün—2 sutka; tinktura, dəmləmə və həlməşiklər üçün—2 sutka; emulsiyalar üçün—3 sutka; qalan dərmanlar üçün—1 sutkadır.

Dərmanların paylanması. Bunları xəstəlik tarixinə yapışdırılmış, yaxud ayrıca kartotekada olan tə'yinat vərəqi əsasında tibb bacısı paylayır. Vərəqdəki və ya kartotekadakı tə'yinatda mütləq həkimin imzası olmalıdır, o həmin tə'yinatda tarix qoymalıdır, yaxud dərmanın kəsilməsi tarixini də göstərməlidir. Dərmanları vaxtlı-vaxtında, yeməkdən qabaq, yaxud yeməkdən sonra, yuxudan qabaq və s. qəbul edirlər. Tibb bacısı dərmanları ancaq tə'yin olunmuş saatlarda paylayır. O, dərmanları rənginə, iyinə, dadına görə yadda saxlamalıdır ki, payladıqda səhvə yol verməsin, həmçinin xəstəyə dərmanın acı olduğunu, yaxud onu çeynəməməsini (kapsuldakı dərmanı) və s. deməlidir. Tibb bacısı dərmanları paylamağa başladıqda son dərəcə diqqətli olmalı, fikrini cəmləşdirməlidir. Dərmanı paylamamışdan əvvəl tə'yinat vərəqəsindəki yazını dərmanın üzərindəki aptek yazısı ilə yaxşı yoxlamalıdır.

Xəstə dərmanı ancaq tibb bacısının yanında qəbul etməlidir. Dərman paylayan zaman tibb bacısının həmişə qrafində qaynanmış suyu və təmiz menzurkası olmalıdır. Ayaqüstə olan xəstələr dərmanı tibb bacısının stolundan götürürlər, yataq xəstələrinə isə dərmanları tibb bacısı aparır.

Dərman şamları soyuducuda saxlanır, bunları xəstəyə, ançaq tibb bacısı qoyur. Dərman damızdırmaq üçün hər xəstəyə ayrıca pipetka olmalıdır, həmçinin bir dəfə işlənib atılan pipetkalar da fərdi olmalıdır.

Dərmanları paylamamışdan qabaq tibb bacısı əllərini yaxşı yumalı, sarğı qoyduqda, dərman səpdikdə və xaricə edilən başqa əməliyyatlarda isə hər xəstədən sonra yuyur. O, xəstəyə deməlidir ki, bə'zi dərmanlardan sonra (metilen abısı, dəmir preparatları, karbolen, vikalin və s.) sidiyin və nəcisin rəngi dəyişir.

IV FƏSİL
XƏSTƏLƏRİN MÜALİCƏ QİDASI

QİDA, ONUN TƏRKİBİ VƏ KALORİLİYİ. Qidalanma— canlı orqanizmin əsas fizioloji tələbatlarından biridir. İnsan qida ilə özünün normal həyat fəaliyyəti üçün lazım olan maddələri: zülallar, yağlar, karbohidratlar, mineral elementlər, su və vitaminlər alır. Bütün bu maddələr mürəkkəb mübadilə proseslərində iştirak edir, parçalanır və orqanizmdən çıxır. Zülallar, yağlar və karbohidratlar oksidləşib yananda istilik ayırır ki, bu da kalorilərlə ölçülür.

1 kq suyu 1°S qızdırmaq üçün lazım olan istiliyin miqdarına böyük kalori, yaxud kilokalori deyilir.

Zülalın bir qramı 4,1 kkal, 1 q yağ—9,3 kkal və 1 q karbohidrat—4,1 kkal ayırır. Yeyinti məhsullarının kaloriliyini xüsusi cədvəllərlə hesablayıb tapırlar. Müxtəlif cür qida yeyən sağlam adam sutkada orta hesabla təxminən 3000 kkal alır. Bədənin kütləsini artırmaq üçün yüksəkkalorili, azaltmaq üçün isə azkalorili yeyinti məhsulları tə'yin edirlər (cədvəl 1).

Zülallar—orqanizmin bütün tòxumalarının əsas hissəsini təşkil edir, onlar amin turşularından ibarətdir. Amin turşuları əvəzolunan və əvəzolunmayan olur; birinciləri başqa amin turşuları ilə əvəz etmək mümkün olur, yaxud bunlar orqanizmdə başqa amin turşularından sintez olunur; ikincilər (əvəz olunmayanlar) olmadıqda orqanizmdə zülal mübadiləsi pozulur. Əsas zülal mənbəyi peyvan mənşəli qida məhsullarıdır, məsələn, ət, balıq, kəsmik, yumurta. Bitki məhsullarında da zülallar vardır, lakin az miqdardadır. Bunlar paxlalı bitkilərdə, qoz-fındıqda nisbətən çoxdur. Orqanizmin zülallara sutkalıq tələbatı 100 q-dan 120 q-a qə-dərdir. Fiziki iş zamanı zülallara tələbat artıb 160 q-a çatır. Qida payında zülallar həddindən çox olduqda zülal mübadiləsi pozula bilər. Zülallı qida çatışmadıqda orqanizmdə dərin degenerasiya dəyişiklikləri baş verir. Zülalın qida dəyəri həm də onun mənimsənilməsindən, yə'ni mə'də-bağırsaq yolunda həzm olunmasından asılıdır. İnsan ac qalıb arıqladıqda, kəskin infeksion xəstəliklərdən sonra sağalma dövründə, xroniki infeksiyalarda (vərəm, irinli infeksiyalarda) qanazlığında və s.-də orqanizmin zülala ehtiyacı çox olur.

Yağlar—mürəkkəb üzvi birləşmələrdir və mühüm enerji mənbəyidir. Bunların bir hissəsi hüceyrənin enerji məsrəfinə gedir, bir hissəsi isə yağ depolarında (dərialtı piy toxuması, piylik və s.) ehtiyat şəklində toplanır və tələbat olduqca işlənir. Orqanizmə yağlarda həll olan A, D, E və K vitaminləri yağlarla daxil olur. İnsan heyvani və bitki yağlarından istifadə edir. Heyvani yağlara ət piyi (mal piyi, quyruq yağı və s.), süddən alınan yağ, balıq yağı aiddir. Bitki yağı günəbaxanda, soyada, qarğıdalı və kətanda, habelə qozda lap çoxdur.

Böyük adamın yağlara orta tələbatı 80—100 q-dır, bunun 20—25 q-ı bitki yağıdır. Həddindən artıq yağ qəbulu onun mübadiləsinin pozulmasına—piylənməyə səbəb olacaqdır. Uzun müddət qidada yağı azaltmaq bədəni zəiflədə bilər.

Karbohidratlar— orqanizmin enerji məsrəfini ödəyən əsas mənbədir. Şəkərdə, unda və ondan bişirilmiş mə'mulatda, tərəvəzdə, meyvələrdə, nişastada, kartofda, dənli bitkilərdə olur.

Tərəvəz, meyvə və qara çörəkdə olan bitki sellülözü həzm olunmur, lakin bağırsaqların peristaltikasını, öd ifrazını artırır, artıq xolesterinin orqanizmdən çıxmasına kömək edir.

Karbohidratlar maddələr mübadiləsinin normal getməsi üçün lazımdır: onlar zülalların və yağların həzm olunmasına kömək edir. Orqanizmin karbohidratlara sutkalıq tələbatı 400—500 q-dır.

Karbohidrat mübadiləsinin tənzim edilməsində mərkəzi: sinir sistemi və daxili sekresiya vəzilərinin hormonları (insulin, adrenalin) iştirak edir. Qida ilə həddindən çox daxil olub enerji məqsədlərinə sərf olunmayan karbohidratlar yağlara çevrilib, yağ depolarında toplanır və piylənməyə səbəb olur. Qəbul olunmuş fizioloji qidalanma normalarına görə böyük adam üçün zülal, yağ və karbohidratların daha münasib nisbəti 1:1:4-dir, yə'ni 1 q zülala 1 q yağ və 4 q karbohidrat tövsiyə edilir.

Vitaminlər. V_1 vitamini (tiamin) sinir sisteminə tə'sir edir; sinir sistemini qıcıqlandırdıqda bu vitamin çox sərf olunur, orqanizmin sakit halında isə az sərf olunur.

Müntəzəm surətdə alkoqol qəbul etdikdə və əsasən karbohidratlı qida yedikdə orqanizmin tiaminə tələbatı artır. V_1 vitamini buğdadan alınmış yeyinti məhsullarında, xüsusəş kəpəkdə daha çoxdur. V_1 vitamini iri üyüdülmüş undan bişirilən çörəkdə, qabıqlı düyüdə, paxlada, pivə və çörək mayasında çox olur.

Yeyinti məhsulları	Zülallar	Yağlar	Karbohidratlar	Kaloriliyi
1	2	3	4	5
Orta köklükdə qoyun əti	16.15	15.30	—	208.5
Orta köklükdə mal əti	19.00	9.45	—	165.8
Yağsız donuz əti	22.33	9.00	—	175.3
Arıq dana əti	19.00	0.45	—	82.1
Mal qaraciyəri	18.05	4.05	2.94	123.7
Toyuq əti	19.00	4.50	—	119.8
Dəniz xanı balığı	16.91	5.31	—	118.7
Başı kəsilib atılmış treska	16.72	0.36	—	71.9
İslandiya siyənəyi	17.40	13.50	—	199.2
Kefir	3.38	3.33	4.21	62.0
İnək südü	3.26	3.52	4.41	64.2
Şəkər qatılmış qatı süd	7.13	8.55	54.88	333.8

20% yağlılığı olan qaymaq	2.88	19.0	3.43	202.6
1-ci növ xama	2.88	28.50	2.45	286.9
Yağlı kəsmik	14.40	17.10	0.98	222.1
Yağsız kəsmik	16.80	0.48	0.98	77.4
Şirin kəsmik	18.72	14.25	14.21	267.5
Əridilmiş pendir	20.16	22.33	2.94	302.4
Yağlılığı 40% olan pendir	22.56	19.95	3.43	292.1
Ərinmiş yağ	—	94.05	—	874.7
Bitki yağı	—	94.81	—	881.7
Duzsuz kərə yağı	0.48	79.33	0.49	741.0
Yumurta	12.0	11.40	0.49	157.2
Arı balı	0.34	—	77.24	318.1
Şəkər	—	—	98.90	405.5
Ağbaş kələm	1.44	—	4.51	24.4
Duza qoyulmuş kələm	0.80	—	1.79	10.6
Gül kələm	3.52	—	8.84	50.6
Göy soğan	1.04	—	3.74	19.6
Baş soğan	2.00	—	8.43	44.8
Qarpız	0.48	—	7.65	33.3
Göy noxud	4.80	—	10.29	62.2
Qovun	0.56	—	9.61	41.7
Təzə xiyar	0.80	—	2.04	11.6
Pomidor	0.80	—	3.23	16.5
Kartof	1.40	—	19.00	83.6
Yerkökü	1.04	—	7.40	34.6
Çuğundur	1.20	—	8.84	41.2
Portağal	0.77	—	8.19	36.7
Üzüm	0.60	—	14.58	62.2
Quşüzümü	0.26	—	8.55	36.1
Limon	0.51	—	9.27	40.1
Naringi	0.77	—	9.00	40.1
Qırmızı qarağat	0.85	—	10.08	44.8
Qara qarağat	0.85	—	12.06	52.9
Orta qurşaqda bitən alma	0.43	—	10.8	43.1
Cənubda bitən alma	0.43	—	11.98	50.8
Alma qurusu (qaxı)	2.38	—	63.36	269.6
Qarabaşaq	89.5	2.30	63.36	317.0
Manna yarması	2.45	0.74	70.37	334.1
Vələmir yarması	9.10	5.98	61.01	343.1
Sarı darı	8.40	2.30	65.42	342.1
Düyü	6.46	0.93	72.77	333.5
Makaron-vermişel	9.35	0.84	71.23	338.9
Buğda çörəyi	5.46	0.84	41.45	200.1
Çovdar çörəyi	4.83	0.84	40.23	192.6

Qidada tiamin çatışmadıqda sinir sisteminin xəstəliyi—polinevritlər əmələ gəlir, qidada B^1 vitamini uzun müddət olmadıqda beri-beri adlanan ağır xəstəlik baş verə bilər ki, bu zaman iflic əmələ gəlir və orqanizm çox zəifləyir. Böyük adamın V_1 vitamininə sutkalıq tələbatı 2—2,5 mq-dir.

V_2 *vitamini* (riboflavin) zülallar, yağlar və karbohidratlar mübadiləsində, hemoqlobinin sintezində, gözün normal funksiyasının görmə qabiliyyətinin qorunub saxlanmasında iştirak edir. V_2 vitamininin əsas mənbəyi ət və süd məhsulları: kəsmik, pendir,

qaraciyər, böyrəklərdir; mayada bu vitamin lap çoxdur. Böyük adamın V_2 vitamininə birgünlük tələbatı 2,5—3 mq-dir. V_2 hipovitaminozunun erkən əlamətləri ağız boşluğunun selikli qişasında baş verən dəyişikliklər (dil alqırmızı rəngdə olub üzəri hamar olur) və ağzın künclərinin çatlamasıdır. Qidada zülal çatışmaması, habelə bağırsaqlarda mikrofloranı öldürən və orqanizmdə mənfi riboflavin tarazlığını yaranan sulfanilamid preparatların və antibiotiklərin qəbulu V_2 avitaminozunun əmələ gəlməsinə kömək edir.

RR *vitamini* (nikotin turşusu) maddələr mübadiləsində iştirak edən fermentlərin tərkibinə daxildir. Orqanizmdə uzun müddət RR vitamini çatışmadıqda pellaqra xəstəliyi əmələ gəlir ki, bunun da əlamətləri dermatit, ağıl zəifliyi, profuz ishallar şəklində həzm yolunun pozğunluqlarıdır. Orqanizmin nikotin turşusuna sutkalıq tələbatı 20—25 mq-dır.

V_6 *vitamini* (piridoksin) zülal və yağ mübadiləsində iştirak edir. Hamilələlik və radioaktiv şüalanma zamanı orqanizmin bu vitaminə tələbatı xüsusilə çox olur. V_6 vitamini qaraciyərdə, böyrəklərdə, ətdə, balıqda, yumurta sarısında, mayada və paxlalı bitkilərdə lap çoxdur. Orqanizmin piridoksinə sutkalıq tələbatı 2—3 mq-dır.

V_{12} *vitamini* (sianokobalamin) eritrositlərin yetişməsi üçün lazımdır. Qidada bu vitamin çatışmadıqda, habelə bağırsaqların selikli qişası xəstələnib qida pis sorulduqda yaman xassəli qanazlığı əmələ gəlir. Orqanizmə 812 vitamini çox az lazımdır—gündə cəmi 15—20 mkq. V_{12} vitamini heyvan mənşəli zülallarda: qaraciyərdə, böyrəkdə, mal ətində, yumurtanın sarısında olur.

Fol turşusu daV qrupu vitaminlərinə aiddir, o, bağırsaqların selikli qişasındakı bakteriyalar tərəfindən sintez olunur və qan hüceyrələrinin əmələ gəlməsində fəal iştirak edir. Yarpaqlı göyərtidə—ispanaqda, quşqonmaz otunda, habelə paxlalı bitkilərdə və qaraciyərdə fol turşusu çoxdur. Orqanizmin fol turşusuna sutkalıq tələbatı 50 mq-a qədərdir.

S *vitamini* (askorbin turşusu) oksidləşmə proseslərində fəal iştirak edir, orqanizmin infeksion xəstəliklərə müqavinətini artırır, qaraciyərdə qlikogenin toplanmasına kömək edir, qaraçiyərin antitoksik funksiyasını yaxşılaşdırır, damar divarlarının yüksək ötürücülüyünü azaldır.

S *vitamininin* əsas mənbəyi itburnu, qara qarağat, göy soran, cəfəri, qırmızı istiot, iynəyarpaq cövhəridir. Ölkənin orta qurşağında S vitamininin daimi mənbələri—kartof, təzə və duza qoyulmuş kələmdir. Askorbin turşusu yüksək temperaturda, qələvi mühitində parçalanır və oksigenlə oksidləşəndə fəallığını itirir. Yeyinti məhsullarını bişirəndə bunu nəzərə almaq lazımdır: qazanın qapağını örtüb bişirməli. Orqanizmin S vitamininə sutkalıq tələbatı 70—120 mq-dır.

Yazda yeyinti məhsullarında S vitamini ehtiyatı azaldığından və təzə köyərti hələ çıxmadığından S hipovitaminozu əlamətləri müşahidə

edilir. Adamda zəiflik, əzginlik əmələ gəlir, iştaha azalır, adam tez yorulur, yuxucul olur, dişlərin əti qanayır. S avitaminozu sinqa adlanan ağır xəstəliyə səbəb olur.

R *vitamini* də S vitamini kimi kapillyarların keçiriciliyini qaydaya salır, lakin o, ancaq S vitamini olduqda tə'sir edir. Qırmızı istiotda, sitrus bitkilərində bu vitamin lap çoxdur. R vitamini preparatı qarabaşaqdan hazırlanır. Orqanizmin bu vitaminə sutkalıq tələbatı 50 mq-a qədərdir.

Yağda həll olan vitaminlərə A, D, E, K vitaminləri aiddir.

A *vitamini* süddə, qaymaqda, xamada, kərə yağında, yumurtanın sarısında, qaraciyərdə və böyrəklərdə olur. A vitamini ən çox treska balığının və ya dəniz xanıbalığının qaraciyərindən alınan balıq yağında olur. O selikli qişaların və dərinin normal vəziyyətdə olması, qaranlıqda gözün itiliyi, yağ mübadiləsinin normal gedişi üçün lazımdır.

A hipovitaminozunun erkən əlaməti gecə korluğu, selikli qişaların və dərinin quruluğudur. A provitamini (karotin) bitki məhsullarında: yerkökündə, pomidorda, balqabaqda, ərikdə, kahıda, ispanaqda, paxlalılarda olur. Karotin yağlarda həll olur, buna görə də yağda bişirilmiş qida ilə daha yaxşı mənimsənilir. Karotin qaraciyərdə və bağırsaqlarda A vitamininə çevrilir. Orqanizmin xalis karotinə sutkalıq tələbatı 1,5 mq-dır. Hamilə və uşaq əmizdirən qadınlara dozanı artırıb 2—2,5 mq-a çatdırırlar.

D *vitamini* sümük toxumasında kalsium və fosforun mənimsənilməsinə kömək edir. Uşaq orqanizmində bu vitamin çatışmadıqda raxit xəstəliyi əmələ gəlir. D vitamini süddən alınan yağda, yumurtanın sarısında, balıq yağında olur. Ultrabənövşəyi şüaların tə'sirilə D vitamini orqanizmdə əmələ gəlir. Müxtəlif yaşda olan uşaqlar üçün ən aşağı doza 300—400 mkq hesab olunur. Adi şəraitdə böyük adamın D vitamini qəbul etməsinə ehtiyac yoxdur, lakin günəş şüaları kəskin surətdə çatışmadıqda sutkada 500 mkq-a qədər D vitamini qəbul etmək tövsiyə edilir.

E *vitamini* (tokoferol) bitki yağlarında—qarğıdalı, soya, çaytikanı və s. yağında olur. O tac damar qan dövranına, qaraciyərin, cinsiyyət üzvlərinin funksiyasına müsbət tə'sir edir. Sutkada 5—10 mkq vitamin lazımdır.

K *vitamini* (antihemorragik) qanın laxtalanma qabiliyyətinə tə'sir edir, protrombinin əmələ gəlməsində iştirak edir. Noxudda, pomidorda, ispanaqda, kahıda olur. Sutkalıq tələbatı 4 mq-dir.

Su bütün orqan və toxumaların tərkibində vardır və insanın bədən kütləsinin 2/3 hissəsini təşkil edir. 10%-dən çox su itirmək həyat üçün təhlükəlidir. Bədəndə bütün mübadilə proseslərində kifayət qədər su iştirak edir. Həzm zamanı qida maddələri suda həll olur və işlənmiş maddələr orqanizmdən çıxır. Su tər ifrazı və bədənin səthindən buxarlanma yolu ilə bədənin temperaturunun tənzim edilməsində

iştirak edir. Duz mübadiləsi də su mübadiləsi ilə sıx bağlıdır. Sutkada insan orqanizmi, adətən, 2,5 l-ə qədər maye qəbul edir, bunun 1,5 l-i maye halında və 1 l-i bərk qida ilə.

Mikroelementlər—hüceyrələrin və maddələr mübadiləsinin normal funksiyası üçün lazım olan mineral duzlardır. Bunların müxtəlif funksiyaları vardır: turşu-qələvi tarazlığını tənzim edir, hüceyrələrin protoplazmasının tərkibinə daxildir, su mübadiləsində, dayaq toxumaların əmələ gəlməsində və həzm prosesində iştirak edir. Mineral duzların əsas mənbəyi süd, yumurta, balıq, kəsmik, pendir, paxlalı bitkilər, qarabaşaq və qaraciyərdir.

Natrium-xlorid—orqanizmin yaşaması üçün son dərəcə vacibdir. Orqanizmin ona olan ən aşağı tələbatını tə'yin etmək üçün sutka ərzində sidik və nəcislə bədəndən çıxan natriumun miqdarını hesablayırlar ki, bu da 7—10 q-dır. Kərkin fiziki iş gördükdə, idmanla məşğul olduqda, xüsusilə yayda, orqanizm sutkada 20 q-a qədər natrium-xlorid itirir. Tərkibində kalium olan bitki qida yedikdə orqanizmin xörək duzuna tələbatı artır. İnsan sutkada qida ilə orta hesabla 8 q-dən 15 q-a qədər xörək duzu yeyir. Çoxlu xörək duzu yedikdə orqanizmdə maye yığılıb qalır.

Kalium duzları qaysı qurusunda, paxlalı bitkilərdə, kəpəkdə, balıqda olur.

Orqanizm çoxlu miqdarda kalium duzları qəbul etdikdə bunlar bədəndən natrium duzlarını və suyu çıxardığına görə onları ödemləri aradan qaldırmaq üçün tə'yin edirlər. Bundan başqa kalium ürək əzələsinin qüvvətlə yığılmasına səbəb olur.

Maqnezium duzları—spazmı aradan qaldıraraq və damarları genəldərək arterial təzyiqi aşağı salır. Maqnezium beyində tormozlanma proseslərini qüvvətləndirir və sinir sisteminə sedativ tə'sir edir. Orqanizmin maqneziuma sutkalıq tələbatı 0,15 q-dan 0,5 q-a qədərdir. Maqneziumun 60%-ə qədəri nəcislə, qalan hissəsi isə sidiklə çıxır. Maqnezium duzları çovdar çörəyində, kartofda, pomidorda, sarı darıda, lobyada, badamda, kəpəkdə lap çoxdur.

Kalsium duzları—iltihaba qarşı tə'sir edir, qanın laxtalanmasında iştirak edir, sinir sisteminə musbət tə'sir edir və sümüklərin normal böyüməsi üçün lazımdır. Bundan başqa, kalsium duzları desensibilizəedici xassəyə malikdir və qan damarlarının keçiriciliyini azaldır. Kalsiumun əsas mənbəyi süd, kəsmik, xama, habelə soya və göyərtidir. Sutkalıq tələbat—1 q-dır.

Fosfor duzları—maddələr mübadiləsinin normal getməsi üçün lazımdır; beynin, çinsiyyət üzvlərinin, əzələlərin işini yaxşılaşdırır. Fosfor qaramal beynində, yumurtanın sarısında, qaraciyərdə, qozda, çovdarda çoxdur. Sutkalıq tələbat 1,5 q-a qədərdir.

Dəmir duzları—qanyaranmada (hemoqlobinin əmələ gəlməsi) iştirak edir və hüceyrə nüvələrinin qurulması üçün lazımdır. Bunlar

orqanizmə qida ilə daxil olur. Bişməmiş qaraciyərdə, Anton almasında, yumurtanın sarısında, ətdə, paxlalı bitkilərdə dəmir xüsusilə çoxdur. Qanazlığında bunları böyük dozada tə'yin edirlər. Sutkalıq tələbat—15 mq-dır.

MÜALİCƏ QİDASI—xəstə adamın qida maddələrinə fizioloji tələbatını ödəyən və xəstəliyin gedişinə müalicəvi tə'sir göstərən qidalanma növüdür. Pəhrizin keyfiyyət tərkibini və yeyinti məhsullarının bişirilmə üsulunu dəyişməklə orqanizmin funksional vəziyyətinə müsbət tə'sir etmək mümkündür. Müxtəlif xəstəliklərin kompleks müalicəsində, xüsusən daxili xəstəliklərin klinikasında, mütləq müalicə qidası tətbiq etmək lazımdır. SSRİ Tibb Elmləri Akademiyasının Qidalanma İnstitutu tərəfindən işlənib hazırlanmış normalara görə sağlam adamın qida maddələrinə fizioloji tələbatını ödəmək üçün qida payında heyvani zülallar—60 q, bitki zülalları—40 q, heyvani yağlar—85—90 q, bitki yağları—10—16 q, karbohidratlar—400—450 q təşkil etməlidir. Bu cür qida payı ilə orqanizm 1—2 mq A vitamini, 2—3 mq V_1 və V_2 vitaminləri, 15 q natrium-xlorid, 0,8 q kalsium, 0,5 q maqnezium, 1,4—1,6 q fosfor və 15 mq dəmir alır. Qida payının kaloriliyi təqribən 3000—3100 kalori, qidanın ümumi miqdarı 3 kq-a qədərdir, bu qədər qida dörd dəfəyə qəbul edilir.

Tamam mexanikləşdirilməmiş işdə işləyən adamlar gündə 4100 kaloriyə qədər, yə'ni 140 q zülal, 130 q yağ, 450 q karbhidrat almalıdırlar. Ağır fiziki işdə işləyən adamlara sərf edilmiş enerjini ödəmək üçün 4670 kaloriyə qədər qida payı tövsiyə edilir, bu müvafiq miqdarda qida, maye və vitamin olmaqla 160 q zülal, 150 q yağ, 600—650 q karbohidrat deməkdir.

Stasionarda olan xəstələrin qidasının kaloriliyi fiziki işlə məşğul olmayan adamlar üçün qoyulmuş normalardan çox olmamalıdır, lakin bunlar üçün daha münasib qida məhsulları, yeməklər və qida payları seçilməlidir.

Pəhrizlə müalicə—müalicə məqsədilə qidadan istifadə edilməsidir. Bunun üçün birinci növbədə xəstəni üzvi, kimyəvi və mexaniki tə'sirlərdən qoruyur, onun funksiyasını bərpa etmək üçün yeyinti məhsulunu başqası ilə əvəz edir, yaxud xəstənin bədəninə çatışmayan zəruri qidalı maddələri verirlər.

Hər hansı pəhrizi qurduqda, birinci növbədə, fizioloji qida normaları nəzərdə alınır. Hazırda SSRİ Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən əhalinin müxtəlif qruplarının enerjiyə və əsas qida maddələrinə tələbatını ödəyən yeni normalar işlənib hazırlanmışdır. Bu normaların tərtibində cinsiyyət, yaş, bədən çəkisi, boy, fiziki işlə əlaqədar əsas fizioloji göstəricilər nəzərə alınmışdır.

Qidanı ancaq müəyyən vaxtda qəbul etmək lazımdır. Bir dəfədə yeyiləcək ən böyük porsiyanın miqdarı çox olmamalıdır. İsti yeməklərin temperaturu +60°S-dən yuxarı, soyuq yeməklərin isə 4-

10°S-dən aşağı olmamalıdır.

Pəhrizlərin xarakteristikası. Sovet İttifaqının müalicə müəssisələrində SSRİ Tibb Elmləri Akademiyasının müaliçə qidası klinikasında işlənib hazırlanmış pəhrizləri tə'yin edirlər. Əsas nozoloji formalara görə müxtəlif cür pəhrizlər işlənmişdir. Müəyyən olunmuş nomenklaturaya görə 1-dən 15-ə qədər nömrələnmiş pəhrizlərdən istifadə edilir. Xəstəxanada pəhrizlərin sayı müalicə müəssisəsinin profilindən, yə'ni xəstələrin əsas kontingentindən asılıdır. Adətən, ümumi tipli çoxprofilli xəstəxanada daim SSRİ Tibb Elmləri Akademiyasının Qidalanma İnstitutu tərəfindən işlənmiş 15 pəhriz tətbiq edilir.

1a №-li *pəhriz.* ***Bunu tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** xora xəstəliyi kəskinləşdikdə müalicənin birinci 8—10 günü və qanaxma olduqda, şirə ifrazı çoxalmaqla qastritin kəskinləşməsi, qida borusunun yanığında. Bu pəhrizi tə'yin etməkdən məqsdd pəhrizdən kimyəvi, mexaniki və termik qıcıqlandırıcıları çıxarmaqla mə'dəni maksimum qorumaqdır. Ümumi xarakteristikası: mə'də şirəsi ifrazını artıran maddələri pəhrizdən çıxarırlar. Qidanı əsas e'tibarilə duru və yarımduru halda verirlər.

Qidanın kaloriliyini əsas e'tibarilə karbohidratlar hesabına azaldırlar. Körək duzunu da azaldırlar. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar—80 q, bunun azı 50 q-ı heyvani zülallardır. Yağlar 80—90 q, karbohidratlar—200 q, kaloriliyi 2000. Qidalanma rejimi: az-az və tez-tez yemək (hər 2—3 saatdan bir), gecə süd və ya qaymaq.

1 b №-li *pəhriz.* ***Bu pəhrizi tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** pəhrizdən məqsəd, ümumi xarakteristikası 1 a №-li pəhriz kimidir. Lakin 1 a №-li pəhrizin xarakteristikasında göstərilmiş yeyinti məhsullarına ağ çörək suxarısı, quru biskivit, süd mətbəxində hazırlanmış və sürtülmüş kəsmik əlavə edilir, buxarda bişirilmiş ət və balıq körəklərinin miqdarını artırırlar. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 100 q, yağlar 100 q, karbohidratlar 300 q, kaloriliyi 2600. Qidalanma rejimi: tez-tez yemək (hər 2—3 saatdan bir), gecə—süd və ya qaymaq.

1 №-li *pəhriz.* ***Pəhrizi tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** kəskinləşib sönmək üzrə olan xora xəstəliyi, xoranın çapıqlaşması, habelə sağalma (remissiya) dövründə 2—3 ay müddətində. Şirə ifrazı artmış qastritin kəskinləşmə dövrü. Tə'yin etməkdən məqsəd: qidadan kimyəvi qıcıqlandırıcıları çıxarmaq və mexaniki qıcıqlandırıcıları azaltmaqla mə'dəni və onikibarmaq bağırsağı qorumaq, həmin qıcıqlandırıcıların azaldılması xoranın çapıqlaşmasına kömək edir. Ümumi xarakteristikası: mə'də şirəsinin ifrazını artıran maddələri (tünd balıq və ət bulyonu, göbələk, qızardılmış, yağlı yeməklər, qəhvə, tünd qəlyanaltılar, qara çörək, bitki sellülozu, spirtli içkilər, çiy tərəvəz) çıxarırlar. Əsas e'tibarilə sürtülmüş, suda və ya buxarda bişirilmiş yeməklər verirlər. Bu pəhrizin kaloriliyi normal miqdardadır:

zülalların, yağların və karbohidratların nisbəti normadadır. V və S vitaminləri çoxdur. Xörək duzu azdır.

Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 100 q, yağlar 100 q, karbohidratlar 400 q, kaloriliyi 3000. Qidalanma rejimi: tez-tez yemək (gündə 6 dəfə); gecə yuxudan qabaq süd, qaymaq və ya təzə kefir (yaxud qatıq).

2 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** şirə ifrazı çatışmayan xroniki qastrit, kəskinləşməmiş xroniki enterokolit, çeynəmə aparatının pozulması, operasiyadan sonra sağalma dövrü və kəskin infeksiyadan sonra, habelə mə'də-bağırsaq yolunu orta dərəcədə qorumaq lazım gəldikdə. Tə'yin etmədən məqsəd mə'dənin, bağırsaqların sekretor və hərəki funksiyalarını qaydaya salmaq, mə'də-bağırsaq yolunu mexaniki tə'sirdən qorumaqdır. Ümumi xarakteristikası: ekstraktiv və mə'də şirəsinin ifrazını yaxşılaşdıran, mə'dənin selikli qişasını qıcıqlandırmayan başqa maddələr qalmaqla fizioloji cəhətdən tamdəyərli pəhrizdir. Qaba birləşdirici toxumadan ibarət əti və tərkibində bitki sellülozu olan yeyinti məhsullarını, əsas e'tibarilə, əzilmiş halda verirlər. Paxlalı bitkilər—lobya, göy noxud, paxla pəhrizdən çıxarılır. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 70—100 q, yağlar 80—100 q, karbohidratlar 400, kaloriliyi 3000. S vitamini 100 mq, başqa vitaminlər çox miqdarda.

4 №-li *pəhriz.* ***Bunu tə'yin etmək üçün göstərişlər;*** qastroenterokolitlər, kəskin enterokolitlər, xroniki enterokolitlərin kəskinləşməsi, kəskin dövrdə dizenteriya, bağırsaq operasiyasından sonra. Tə'yin etmədən məqsəd bağırsaqları mexaniki və kimyəvi qıcıqlandırıcılardan xeyli qorumaq, bağırsaqların peristaltikasını və burada gedən qıcqırma proseslərini artıran qida məhsullarını pəhrizdən çıxarmaqdır. Ümumi xarakteristikası: karbohidratlar və yağları azaldıb kaloriliyi aşağı olan pəhriz, zülallar fizioloji normanın aşağı həddindədir. Pəhrizdən süd, qəhvə, meyvə şirələri, ədviyyat, ərldilmiş pendir, bitki sellülozu olan yeyinti məhsulları (kələm, çuğundur, ağ turp, ispanaq, turşənk), duza qoyulmuş tərəvəz, hisə verilmiş ət və ət mə'mulatı, balıq çıxarılır. Pəhrizi ən çoxu 5—7 gün müddətinə tə'yin edirlər. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 80 q, yağlar 70 q, karbohidratlar 50 q, kaloriliyi 2000. S vitamini 100 mq. Yeyinti məhsullarında çatışmayan V qrupu vitaminlərini və başqa vitaminləri vitamin preparatları ilə əvəz edirlər. Qidalanma rejimi: gündə 5—6 dəfə az-az yeməli. İsti çay, qara qəhvə, bulyon, ltburnu dəmləməsi şəklində ayrıca maye—1,5 l.

46 №-li *pəhriz.* ***Pəhrizi tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** mə'də və bağırsaqların xəstəlikləri ilə birgə gedən və orta dərəçədə kəskinləşmiş xroniki enterokolitlər, sakitləşmə dövründə dizenteriya. Tə'yin etməkdən məqsəd: xroniki enterokolitin orta dərəcədə kəskinləşmo dövründə xəstəni tamdəyərli qida ilə tə'min etmək, iltihabı azaltmağa kömək etmək və mə'də-bağırsaq yolunun pozulmuş funksiyasını

qaydaya salmaqdır. Ümumi xarakteristikası: fizioloji cəhətdən tamdəyərli pəhrizdə karbohidratlar və xörək duzu orta miqdarda olur. Bağırsaqların selikli qişasını mexaniki və kimyəvi qıcıqlandıran, burada qıcqırma və çürümə proseslərini artıran yeyinti məhsullarını pəhrizdən çıxarırlar. Pəhrizdə yumşaq bitki sellülozlu yeyinti məhsulları (sürtülüb əzilmiş tərəvəz, alma, qara gavalı, boyat ağ çörək) orta miqdarda olur. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 100—120 q, yağlar 100 q, karbohidratlar 300—350 q, kaloriliyi 2600—2900. Qidalanma rejimi: yeməyi gündə 5—6 dəfə verirlər.

5 a №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** kəskin xolesistit, yaxud xronlki qastritin kəskinləşməsi, kəskin pankreatit, yaxud xroniki pankreatitin kəskinləşməsi, xora xəstəliyi ilə birgə olan xroniki xolesistit, öd yollarında aparılan operasiyanın 5—6-cı günü. Tə'yin etmədən məqsəd qaraciyərin pozulmuş funksiyasının bərpa olmasına, qaraciyərdə qlikogenin toplanmasına kömək etmək, qaraciyərin funksiyasını, öd ifrazını yaxşılaşdırdmaq, mə'dənin və bağırsaqların mexaniki qıcıqlanmasını azaltmaqdır.

Ümumi xarakteristikası: pəhrizdə yağlar azdır, zülal və karbohidratlar norma həddindədir; lipotrop amillərin miqdarı çoxdur. Ekstraktiv maddələr, qızartdıqda alınan yağların parçalanma məhsulları pəhrizdən çıxarılır. Bütün yeməkləri suda və ya buxarda bişirilmiş və sonra ələkdə əzilmiş yeyinti məhsullarından hazırlayırlar.

5 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçüh göstdrişlər:*** qaraciyərin və öd yollarının xroniki xəstəlikləri—xolesistit, hepatit, qaraciyərin kəskinləşməmiş sirrozu, mə'də və bağırsaqlarda xəstəlik olmayıb sağalma üzrə olan "Botkin xəstəliyi". Tə'yin etməkdən məqsəd qaraciyərin pozulmuş funksiyasının bərpa olmasına kömək etməkdir. Ümumi xarakteristikası: pəhrizdə zülallar fizioloji cəhətdən normadadır, karbohidratlar bir qədər çoxdur, yağları orta miqdarda azaldırlar; pəhrizdən xolesterinlə zəngin yeyinti məhsulları çıxarılır. Bişirdikdə azotlu ekstraktiv maddələr, purinlər, qızardıqda o alınan yağların parçalanma məhsulları (akroleinlər) çıxarılır. Həmçinin pəhrizdən göbələk, ispanaq, turşənk, ədviyyat, kakao, şokolad, quşüzümü, qarağat da çıxarılır. Pəhrizdə lipotrop amillər və vitaminlər çoxdur. Xörək duzu 10—12 q-a qədərdir. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 80—100 q, yağlar 60—70 q, karbohidratlar 450—500; kaloriliyi 2800— 2900.) Yağ mübadiləsi pozulmuş xəstələrə karbohidratları azaldırlar. Qidalanma rejimi: tez-tez yemək (2—2 1/2saatdan bir) və bol içmək 2 l-ə qədər ilıq çay, meyvə şirəsi və mineral su.

6 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək uçün göstərişlər:*** podaqra və turşu reaksiyalı sidik ifraz edilən diatez, eritremiya, ət və balıq yeməkləri qadağan edilmiş başqa hallar. Tə'yin etməkdə məqsəd purin mübadiləsini qaydaya salmağa və sidik turşusunun endogen yolla əmələ gəlməsini azaltmağa kömək etməkdir. Ümumi xarakteristikası:

pəhrizdən yağları və purin birləşmələri ilə zəngin yeyinti məhsullarını (donuz piyi, quyruq yağı və mal piyi, qaraciyər, böyrək, beyin, şprot, qızardılmış ət, balıq və bunların tünd bulyonu, souslar, turşənk, ispanaq, göynoxud, şokolad, kakao, qəhvə, spirtli içkilər) çıxarırlar. Pəhrizə tərkibində qələvi radikalları olan yeyinti məhsulları (tərəvəz, meyvə, giləmeyvə və süd) daxil edirlər; xörək duzunu orta miqdarda azaldırlar. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 80—100 q, yağlar 80 q, karbohidratlar 400 q; kaloriliyi 2700. Bədən çəkisi normadan çox olan xəstələrə karbohidratları azaldırlar. Qidalanma rejimi: gündə 5 dəfə yemək, bol içmək 2—2,5 l çay, meyvə və giləmeyvə şirəsi, qələvili sular.

7 a №-li *pəhriz. **Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** düyü, alma, kartof və ya şəkər günlərindən sonra kəskin qlomerulo-nefrit. Böyrək çatmamazlığı mərhələsində xroniki nefrit. ***Tə'yin etməkdən məqsəd:*** böyrəkləri maksimum qoruyan şərait yaratmaq, xörək duzunu azaltmaqla hipertoniya və ödemlərə tə'sir etməkdir. Ümumi xarakteristikası: çox az zülal olan pəhrizdir. Yağlar və karbohidratlar fizioloji normalar həddindədir. Duzsuz, natriumu az olan pəhrizdir (xörəyə duz vurmurlar, ayrıca duzsuz çörək bişirirlər). Yeyinti məhsullarında natriumun miqdarı 400 mq olur ki, bu da 1000 mq (1 q) xörok duzu vurulmasını tə'yin edir. Belə xəstələrə əvvəlki sutkada ifraz olunduğu qədər maye verməyə icazə verilir. Yeyinti məhsullarını bişirdikdə əzmirlər. Pəhrizə tərəvəz, meyvə, giləmeyvələri kifayət miqdarda daxil edirlər, bir hissəsini çiy verirlər. ***Kaloriliyi və tərkibi:*** zülallar 5—30 q, yağlar 80—100 q, karbohidratlar 400—450 q, kaloriliyi 2500— 2600. S vitamininin və V qrupu vitaminləri çoxdur. Qidalanma rejimi: gündə 5 dəfə yemək.

7 b №-li *pəhriz. **Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** 7 a №-li pəhrizdən sonra kəskin nefrit, ödemlə və yüksək arterial təzyiqlə gedən, lakin böyrəklərin funksiyası pozulmamış xroniki nefritin kəskinləşməsi. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** 7 a №-li pəhrizdə olduğu kimidir. ***Ümumi xarakteristikası:*** yağlar və karbohidratların miqdarı fizioloji normalar həddindədir. 7a №-li pəhrizə nisbətən zülallar çox olub 45—50 q-dır, suda bişmiş ət və ya balıq, 200 q süd və ya kefir əlavə edilmişdir. Başqa yeyinti məhsullarının sayına və bişirilmə xarakterinə görə bu pəhriz də 7a №-li pəhriz kimidir. Yeyinti məhsullarında xörək duzunun miqdarı çox olub 1,5 q-a çatır. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 45—50 q, yağlar 100 q, karbohidratlar 450—500 q, kaloriliyi 3000.

7 №-li *pəhriz. **Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** sağalma dövründə olan kəskin nefrit, sidik çöküntüsündə azca dəyişikliklər olan xroniki nefrit, hamilə qadınlarda nefropatiya, hipertoniya xəstəliyi və duzsuz pəhriz tələb olunan başqa hallar. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** böyrəklərin funksiyasını qorumaq, yüksək arterial təzyiqə və ödemlərə tə'sir etməkdir. ***Ümumi xarakteristikası:*** duzsuz pəhrizdir, yeyinti məhsullarının seçilməsinə və bişirilməsinə görə 7 a və 7 b nömrəli

pəhrizlər kimidir. lakin suda bişmiş ot və ya balıq, habelə kəsmik əlavə etməklə zülalların miqdarı 80 q-a çatdırılır. Pəhrizdən paxlalı bitkilər, tünd ət bulyonu, pirojna və kremlər, qazlı və spirtli içkilər, qızarmış ət, pivə çıxarılır. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 80 q, yağlar 100 q, karbohidratlar 400—500 q, kaloriliyi—2800—3200. Yeyinti məhsullarında xörək duzu 6—7 q-a qədərdir. S, R vəV qrupu vitaminlərini çox verirlər. Böyrəklərin funksiyası saxlanmaqla böyrək amiloidozu olan və nefrozlu xəstələrə 140 q-a qədər zülal, lipotrop amillər, polidoymamış yağ turşuları vitaminlər olan 7 №-li pəhriz tə'yin edirlər.

8 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** həzm üzvlərinin, qaraciyərin və ürək-damar sisteminin xüsusi qidalanma rejimi tələb edən xəstəlikləri olmayan piylənmə. Tə'yin etməkdən məqsəd həddindən artıq piy toplanmasını aradan qaldırmaq və bunun qarşısını almaq üçün maddələr mübadiləsinə tə'sir etməkdir. Ümumi xarakteristikası: karbohidratları və qismən də yağları azaltmaqla qidanın kaloriliyini aşağı salır, zülallar fizioloji normadan çoxdur. Tərəvəz və meyvələr kifayət qədərdir. Xörək duzunu azaldır, iştahanı artıran xuruşlar və azotlu ekstraktiv maddələr, yağlı ət, xəmir xörəkləri və makarondan bişirilmiş xörəklər, şoraba, hisə verilmiş ət və balıq, şokolad, kakao çıxarılır, şəkər əvəzinə—ksilit, sərbit verilir. Ayrıca maye verilməsini (1000 ml), kartofu, ağ çörəyi orta miqdarda azaldırlar.

Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 100—120 q, yağlar 60—70 q, karbohidratlar 180—200 q, kaloriliyi 1800—1850. S vitamini çoxdur, başqa vitaminlər fizioloji norma həddindədir. Qidalanma rejimi: aclığı yatıran azkalorili, lakin kifayət qədər yeməyi tez-tez vermək.

9 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** asidozu və onu müşayiət edən daxili orqanların xəstəlikləri olmayan şəkərli diabet. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** müsbət karbohidrat tarazlığını saxlayan şərait yaratmaq, yağ mübadiləsinin pozulmasının qarşısını almaqdır. ***Ümumi xarakteristikası:*** pəhrizdə zulallar fizioloji normadan çoxdur, yağlar və karbohidratlar orta miqdarda azaldılır. Tez həzm olunan karbohidratları (şirin meyvə və tərəvəzi) pəhrizdən çıxarırlar. Pəhrizə lipotrop tə'sir göstərən maddələr salırlar. Qidada tərəvəz çoxdur. Duzu və tərkibində xolesterin olan yeyinti məhsullarını azaldırlar. Adi qaydada bişirilir. ***Kaloriliyi və tərkibi:*** zulallar 100—120 q, yağlar 70 q, karbohidratlar 300 q, kaloriliyi 2400. ***Qidalanma rejimi:*** gündə 6 dəfə yemək: karbohidratları bütün günə paylayırlar. İnsulin iynəsi vurulanda və inyeksiyadan 2—2 $^1/_2$ saatdan sonra xəstə karbohidratlı qida yeməlidir.

Daxili üzvlərin xəstəlikləri ilə müşayiət olunan şəkərli diabeti olan xəstələrə 9 №-li pəhrizi göstərməklə başqa bir müvafiq pəhriz də tə'yin edirlər. Məsələn, qaraciyərin xəstəliklərində 9/5 №-li pəhriz tə'yin edirlər, bu pəhrizdə yağları 60 q-a salır, ekstraktiv maddələri və

ədviyyatı çıxarırlar. 9/5№-li pəhrizi aterosklerozlu və hipertoniyalı xəstələrə də tə'yin etmək olar.

10 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** ürək-damar sisteminin xəstəlikləri (kompensasiya mərhələsində olan və ya I dərəcəli qan dövranı çatmamazlığı olan ürəyin revmatik qüsurları), sinir sisteminin xəstəlikləri; xroniki nefrit, sidik çöküntüsündə dəyişikliklər olan pielonefrit, kəskin və xroniki pielit. ***Tə'yin etməkdən məqsəd:*** qan dövranı üçün daha əlverişli şərait yaratmaq (sinir sistemini oyadan maddələr çıxarılır), azotlu maddələrin çıxmasını yaxşılaşdırmaqdır, sidik yollarını qıcıqlandıran yeyinti məhsulları pəhrizdən çıxarılır. ***Ümumi xarakteristikası:*** pəhrizdə xörək duzu azaldılır (5—6 q), azotlu ekstraktiv maddələr və ədviyyat çıxarılır. Yağlı ət və balıq xörəkləri, yağlı xəmir, beyin, böyrək, qara ciyər, dənəvər və sıxılmış kürü, donuz və mal piyi, quyruq yağı, şoraba, tünd qəlyanaltılar, konservlər, spirtli içkilər, kakao, şokolad, qəhvə də pəhrizdən çıxarılır. Pəhrizə bağırsaqların işini tənzim edən yeyinti məhsulları—zərif sellülozlu tərəvəz, meyvə və giləmeyvələr, habelə kəpəkli undan bişirilmiş buğda və çovdar çörəyi salınır. Bişirdikdə mə'də və bağırsaqların orta dərəcədə mexaniki qıcıqlanması nəzərə alınır. ***Kaloriliyi və tərkibi:*** zülallar 80 q, (bunlardan heyvan mənşəli zülallar 50 q), yağlar 65—70 q, karbohidratlar 350—400; kaloriliyi 2500—2800. ***Qidalanma rejimi:*** gündə 5—6 dəfə az-az yeməli, axşam yeməyini yatmazdan 3 saat qabaq yeməli. Ürək-damar sisteminin xəstəliklərində ayrıca maye içilməsini azaldıb 1000—1200 ml-ə endirirlər.

10 a №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** II və II—III dərəcəli qan dövranı çatmamazlığı mərhələsində ürəyin xəstəlikləri, qan dövranı çatmamazlığı və ya beynin qan dövranı pozulmuş hipertoniya xəstəliyi, kəskin və yarımkəskin dövrdə miokard infarktı. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** xörək duzunu çox azaltmaq (yeyinti məhsullarında 1,5—1,8 q) və pəhrizdə kaliumu artırmaqla ürəyin pozulmuş funksiyasına və ödemlərə tə'sir etmək, həzm orqanlarının işini azaltmaqdır. ***Ümumi xarakteristikası:*** zülalların miqdarı fizioloji normanın aşağı həddindədir. Yağlar və karbohidratlar orta dərəcədə azaldılmışdır. Yeməklərin hamısı duzsuz bişirilir, həmçinin ayrıca duzsuz çörək bişirirlər. Ayrıca içilən mayeni azaldırlar.

Bişirilməsi: bütün yeyinti məhsullarını ələkdə əzir, suda və ya buxarda bişirirlər. ***Kaloriliyi və tərkibi:*** zülallar 70—80 q (bunların 50 q-ı heyvan mənşəli zülaldır), yağlar 60 q, karbohidratlar 80 q; kaloriliyi 2000—2100. Yeyinti məhsullarında xörək duzu 1,5—1,8 q-dan çox deyil, kalium 3,3—3,8 q. ***Qidalanma rejimi:*** az-az, lakin tez-tez yemək (gündə azı 6 dəfə).

10 b №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** əsasən ürəyin, beynin və ya başqa orqanların damarları zədələnməklə arteriyaların aterosklerozu, çapıqlaşma mərhələsində miokard infarktı, hipertoniya

xəstəliyi. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** aterosklerozun daha da inkişaf etməsinin qarşısını almaq, piylənmədə—bədənin çəkisini azaltmaqdır. ***Ümumi xarakteristikası:*** əsas e'tibarilə tez həzm olunan karbohidratlar (şəkər, ağ undan bişirilmiş mə'mulat) və heyvan mənşəli yağlar hesabına pəhrizin kaloriliyi azaldılır, xolesterin və D vitamini ilə zəngin yeyinti məhsulları çıxarılır. Qida payına lipotrop tə'sirə malik yeyinti məhsulları, polidoymamış yağ turşuları ilə zəngin bitki yağı, təbii S vitamini mənbəyi olan eyni zamanda bitki sellülozlu tərəvəz, meyvə və giləmeyvələr; yodla zəngin dəniz məhsulları daxil edilir. Bişirdikdə azotlu ekstraktiv maddələr və qaba bitki sellülozu atılır. ***Kaloriliyi və tərkibi:*** zülallar 80—100 q, yağlar 60—70 q, o cümlədən bitki zülalları 35%, karbohidratlar 250—300 q; kaloriliyi 2000—2200. Xörək duzunu və ayrıca içilən mayeni azaldıb 1000—1200 ml-ə salırlar. ***Qidalanma rejimi:*** gündə 5—6 dəfə az-az yemək, axşam yeməyini yatmazdan 3 saat qabaq yemək.

11 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək uçün göstərişlər:*** sakitləşmə, kəskinləşmə mərhələsində və ya xroniki şəkildə olan ağciyər vərəmi və daxili üzvlərin xəstəlikləri olmadıqda sanatoriya rejimi şəraitində gəzintilər və s. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** orqanizmin vərəm infeksiyasına müqavimətini artırmaq, xəstənin ümumi qidalanmasını yaxşılaşdırmaq və vitamin tarazlığının bərpa olunmasına kömək etməkdir. ***Ümumi xarakteristikası:*** zülallar və vitaminlər çox, yağlar və karbohidratlar orta miqdarda olan kalorili pəhrizdir. Qida payına kalsiumla zəngin kifayət qədər süd məhsulları daxil edirlər. Xörək duzu və maye norma həddindədir. Adi qaydada bişirilir, azotlu ekstraktiv maddələr saxlanılır; ədviyyata icazə verilir. Pəhrizdən spirtli içkilər çıxarılır. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 120—140 q, yağlar 100—120 q, karbohidratlar 500—550 q, kaloriliyi 3800—4000. Vitaminlər çoxdur. ***Qidalanma rejimi:*** gündə 4—5 dəfə yemək.

12 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** sinir sisteminin xəstəlikləri. Tə'yin etməkdən məqsəd: sinir sistemini həddindən çox oyatmamaqdır. ***Ümumi xarakteristikası:*** tünd xörəklər və xuruşlar, habelə oyandırıcı maddələr (tünd çay, qəhvə, şokolad, spirtli içkilər) azaldılmaqla qarışıq stol.

13 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** kəskin qızdırmalı dövrdə infeksion xəstəliklər, angina, operasiyadan sonrakı vəziyyət (appendisitdən sonra 2—3-cü gün, mə'də rezeksiyasından sonra göstəriş varsa 8—9-cu gün). ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** kəskin qızdırmalı vəziyyətdə olan, yaxud operasiyadan sonrakı dövrdə xəstənin orqanizminin ümumi qüvvəsini saxlamaq, mə'də-bağırsaq yolunu qorumaqdır. ***Ümumi xarakteristikası:*** zülallar fizioloji norma həddindədir, yağlar, karbohidratlar və kalori orta miqdardadır. Qızdırmalı xəstələrə vitaminli içkilər şəklində çoxlu maye verilir. Bişirilməsi: qidada orta dərəcədə kimyəvi qıcıqlandırıcılar olub əzilmiş

şəkildə verilir. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 70—80 q (o cümlədən heyvan mənşəli zülallar 50 q), yağlar 70 q, karbohidratlar 400 q, kaloriliyi 2200, S vitamini və başqa vitaminlər çox miqdarda. ***Qidalanma rejimi:*** gündə 6 dəfə az-az yemək.

14 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstərişlər:*** qələvi reaksiyalı sidik ifrazı ilə fosfaturiya, sidikdə fosfor—kalsium duzlarının çöküntüsü olur. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** sidiyin turşu reaksiyasının bərpa olunmasına kömək etmək və bu yolla çöküntü əmələ gəlməsinə mane olmaqdır. ***Ümumi xarakteristikası:*** pəhrizə sidiyin reaksiyasını turşuluğa doğru dəyişən yeyinti məhsulları daxil edirlər. Sidiyi qələviləşdirən və kalsiumla zəngin yeyinti məhsulları (süd, kəsmik, pendir), paxlalı bitkilər, tünd ət bulyonu, şokolad, qəhvə pəhrizdən çıxarılır. Ayrıca içilən mayenin miqdarı 1,5—2 l-dir. Adi qaydada bişirilir. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 80—100 q, yağlar 100 q, karbohidratlar 400 q; kaloriliyi 2800. ***Qidalanma rejimi:*** gündə 4—5 dəfə yemək.

15 №-li *pəhriz.* ***Tə'yin etmək üçün göstdrişlər:*** xüsusi müalicə pəhrizi tə'yin etməyə ehtiyac yoxsa və həzm orqanları normal vəziyyətdədirsə, müxtəlif xəstəliklər. ***Tə'yin etməkdən məqsəd*** müalicə müəssisəsi şəraitində xəstənin qidalanmasının fizioloji normalarını tə'min etməkdir. ***Ümumi xarakteristikası:*** zülalların, yarların, karbohidratların miqdarı və kaloriliyi fiziki işdə işləməyən sağlam adamın qidalanma normaları kimidir. Vitaminlər çox verilir. Qida müxtəlif yeyinti məhsullarından ibarətdir. Çətin həzm olunan yağlı xörəklər: yağlı ət, yağlı qoyun və donuz əti, mal və donuz piyi, quyruq yağı, habelə yağlı xəmirdən bişirilmiş yeməklər pəhrizdən çıxarılır. Ədviyyat orta miqdarda verilir. Adi qaydada bişirilir və vitaminlər saxlanılır. Kaloriliyi və tərkibi: zülallar 80—100 q (o cümlədon heyvan mənşəli zülallar 50 q), yağlar 80—100 q (o cümlədən bitki yağları 20—25 q), karbohidratlar 400—450 q (o cümlədən nişasta 400—450 q, şəkər 50—100 q); kaloriliyi 3000. ***Qidalanma rejimi:*** gündə 4—5 dəfə yemək. Hər cür bişirilmiş ət, quş əti, balıq tövsiyə edilir; kolbasa, sosiska, konservlər az verilir; müxtəlif cür süd mə'mulatı, hər gün saat 21-də süd və ya kefir; yağlar—kərə yağı və hər gün salata, vineqretə və başqa yeməklərə bitki yağı tökülür; tərəvəz və kartofdan bişirilmiş müxtəlif xörəklər və qarnirlər; tərəvəzin bir hissəsini çiy halda verməli, xörəklərə göyərti vurulur; meyvə və giləmeyvələrin bir qismi çiy halda verilir, buğda və çovdar çörəyi.

0 №-li *pəhriz.* Bu pəhrizi mə'dədə və bağırsaqlarda aparılan operasiyadan sonra ilk günlər, habelə xəstə yarımhuşsuz vəziyyətdə olduqda (beyin qan dövranı pozulduqda, kəllə-beyin zədələnmələrində, qızdırma ilə gedən xəstəliklərdə) tə'yin edirlər. Qida duru və həlməşik xörəklərdən ibarətdir. Ayrıca süd və hətta püre şəklində belə qatı yeməklər vermək olmaz. Bunlara icazə verilir: şirin çay, meyvə ıə

giləmeyvə kiselləri, jele, şəkər salınmış itburnu dəmləməsi, şirin su ilə qarışdırılmış təzə giləmeyvə və meyvə şirələri, açıq bulyon, düyü həlimi. Qidanı bütün gün ərzində və gecə az-az və tez-tez verirlər. Adətən bu pəhrizin əz çoxu 2—3 gün üçün tə'yin edirlər.

1 №-li *cərrahi pəhrizi* operasiyadan sonra 4—5-ci günlər, appendisit operasiyasından sonra 2-ci gün üçün tə'yin edirlər. Suda bişirilmiş ət və ya toyuq ətinə, öz buğunda hazırlanan körəklərə icazə verilir; ilıq yumurta və buğda bişirilmiş omlet: yağsız ət və ya toyuq buüoylnu; bulyonda herkulesdən bişirilimiş həlməşik sup; mannı yarması və ya uşaqlar üçün buraxılan düyü və ya qarabaşaq unundan bişirilən 10%-li duru sıyıq, sıyığı bişirəndə azca süd və ya qaymaq qatmaq olar; kisel, meyvə və giləmeyvə jelesi: şirin su ilə qarışdırılmış təzə meyvə və giləmeyvə şirəsi, itburnu dəmləməsi, limonlu çay, ağ çörək suxarisi, kərə yağı, kefir.

Kontrast (yüngül) günləri qismən ac qalmaq və xəstə üzvlərin az işləməsi, maddələr mübadiləsini yaxşılaşdırmaq və şlakları orqaniz-dən çıxarmaq üçün tə'yin edirlər. Bunları vaxtaşırı 1—2 gün üçün, xəstəlikdən asılı olaraq ayda 2—5 dəfə tə'yin edirlər. Piylən-mə, po-daqra kimi xəstəliklər üçün yüngül günlər labüddür. Bunlar müa-licənin səmərəsini xeyli artırır və xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırır.

Kompot günü: 1,5 kq almanı, 150 q şəkəri və 800 ml yuyu yaxşı qaynadıb gün ərzində 5 dəfə verirlər.

Kəsmik günü: 600 q kəsmiyi hər dəfə 200 q, gündə 3 dəfə verirlər. Hər porsiya kəsmiyə 100 q kefir və ya 60 q xama əlavə etmək olar.

Süd günü: 6 stəkan südü hər dəfə 1 stəkan səhər saat 9-dan axham saat 19-a qədər hər 2 saatdan bir, 3 dəfəyə verirlər.

Alma günü: 1,5 kq almanı soyub doğmaları və gündə 5 dəfə, hər dəfədə 300 q yeməli.

Yerkökü günü: 1,5 kq yerkökünü xırda gözlü sürtgəcdən keçirib hər dəfə 300 q, gündə 5 dəfə verməli.

Ayrıca yüngül pəhriz saat 9-da parça qəndlə 1 stəkan qəhvə, saat 11-də bərk bişmiş yumurta, saat 13-də—2 alma, saat 15-də—100 q yağsız pendir, saat 17-də—200 q suda bişmiş yağsız ət, saat 19-da—1 stəkan kefir.

Müalicə qidasının təşkili. Müalicə qidasını təşkil etmək və onun üzərində nəzarət aparmaq üçün iri xəstəxanalarda pəhriz həkimi, şö'bələrdə isə pəhriz tibb bacısı olur; bu işlər şö'bənin böyük tibb bacısına da həvalə edilə bilər. Hər gün tibb bacısı xəstələr üçün pəhriz yeməklərinin siyahısını tutub böyük tibb bacısına verir, o isə, öz növbəsində, pəhrizləri cəmləyib əsas mətbəxə göndərir. Xəstəxanaya gecə daxil olmuş yeni xəstə üçün yemək siyahısını səhər qəbul şö'bəsinin növbətçi tibb bacısı verir. Bu siyahılar əsasında mətbəxdə körəkləri hazırlayıb, adətən, mərkəzləşmiş qaydada qazanlarda, başqa məqsəd üçün istifadə olunmayan avtomobil nəqliyyatında gətirirlər.

Xörək daşınan vedrələri və ya qazanları həmişə təmiz saxlamalı və bunların qapağı olmalıdır. Vedrə və ya qazanları altdan qızdırılan xüsusi təkərli stolların üstünə qoyub palataya isti ikən gətirirlər.

Xəstəxana yeməyinin şəklində nəinki pəhriz stollarına əməl etmək, həm də vaxtlı-vaxtında yemək, qidanı gün ərzində düzgün paylamaq, onun birdəfədə yeyiləcək miqdarına, optimal temperaturuna əməl etmək və s. də vacibdir. Bundan başqa, yemək qəbulu ilə əlaqədar olaraq bütün xarici amillər də nəzərə alınmalıdır. Bunlara aşağıdakılar aiddir: süfrənin düzəldilməsi, xörəklərin xarici görünüşü, iyi və dadı, bufetçi qadının səliqəli geyimi. Bütün bu amillər həzmin düzgün getməsinə və qidanın daha yaxşı həzm olunmasına eömək edir. Xəstələrin çoxunun iştahası olmadığını nəzərə alıb iştaha açdırmaq üçün xörəklərə yaraşıq vermək lazımdır. Yeməkxanada sakit şərait olmalıdır. Tibb bacısı xəstəni inandırmalıdır ki, sağlamlığın bərpası üçün yeməyin birinci dərəcəli əhəmiyyəti vardır.

SSRİ Səhiyyə Nazirliyi xəstəxanalar üçün ən azı 4 dəfə, bə'zi xəstələr üçün (ürək xəstəliklərində, xora xəstəliyində)—5—6 dəfə yemək verilməsi qaydasını qoymuşdur. Gündəlik qida payını bir bərabərdə bölüşdürmək lazımdır: axşam yeməyi yüksək kalorili və çox olmalıdır, adətən, axşam yeməyinin kaloriliyi sutkalıq qida payının 25—30%-dən çox olmamalıdır. Xəstələrin yemək saatları qidanın miqdarından və müalicə müəssisələrindəki gün rejimindən asılıdır. Gündüz hər qida qəbulu arasında 4 saatdan çox fasilə olmamalıdır, axırıncı axşam yeməyindən səhər yeməyinə qədər ən çoxu 10—11 saat keçməlidir. Müəyyən olunmuş eyni saatlarda yedikdə xəstələrdə vaxta görə şərti refleks əmələ gəlir və iştahanın yaxşılaşmasına kömək edir.

Yemək saatları: 9.00—10.00 səhər yeməyi; 13.00—14.00 nahar; 18.00—19.00—axşam yeməyi, 21.00—kefir.

Gündə 5 dəfə yemək verildikdə ikinci səhər yeməyi, 6 dəfə verildikdə isə nahardan sonra çay verilir. Xəstəyə uzun müddət eyni pəhrizi tə'yin etmək olmaz, çünki xalis müalicə yeməyi müəyyən dərəcədə məhdud olur və deməli, tamdəyərli olmur.Yeməyin yeknəsəq olmaması üçün qida rejimini vaxtaşırı dəyişmək lazımdır, bə'zən irə ciddi rejimdən bir qədər kənara çıxmaq da olar.

Xəstələr evdən gətirilən yeməklərin yoxlanması. Xəstələrə evdən gətirilən yeməklərə şö'bənin tibb bacısı nəzarət etməlidir; onun əlində hər xəstənin aldığı pəhrizin siyahısı olur. Xəstələrin dincəldiyi yerlərdə qəbul şö'bəsində və evdən gətirilən yeməklərin qəbul edildiyi yerlərdə xəstələrə icazə verilən və qadağan edilən yemək şeylərinin siyahısı asılır. Hər şö'bədə yemək şeylərini, xüsusən tez xarab olanları saxlamaq üçün lazımi şərait yaratmaq lazımdır. Tibb bacısı xəstələrin yemək şeyləri saxlanan tumboçkaları və soyuducuları müntəzəm surətdə yoxlamalıdır. Tez xarab olan yemək şeylərini palatalarda saxlamaq qəti qadağandır.

Ağır xəstələri yedizdirmək. Yeməkdən qabaq bütün müalicə proseduraları və xəstələrin fizioloji işləri qurtarmalıdır; palatanı yığışdırmaq və havasını dəyişmək, ağır xəstələrin əllərini yumasına kömək etmək lazımdır. Xəstə çarpayıda otura bilmirsə, başını azca qaldırıb, yaxud kürəyinin altına bir neçə yastıq qoyub ona yarıoturaq vəziyyət vermək lazımdır. Boynuna və döşünə müşəmbə və ya önlük salırlar. Yataq xəstələrini yedizdirən vaxt yeməyi çarpayının yanındakı balaca stola qoyurlar. Ağır, arıqlamış və çox zəifləmiş xəstələri müxtəlif vasitələrdən istifadə edib onlar üçün daha münasib vəziyyətdə yedizdirirlər. Tibb bacısı sol oli ilə xəstənin başını yastıqla bərabər qaldırır, sağ əli ilə isə qaşığı və ya duru xörək qabını onun ağzına aparır. Xəstə udmursa, zorla ağzına tökmək olmaz, çünki qida tənəffüs yollarına düşüb xəstənin vəziyyətini son dərəcə ağırlaşdıra bilər.

Ağır xəstələrə qulluq etdikdə ən çətin iş qətiyyən iştahaları olmamasına, hətta bə'zən yeməkdən ikrah dərəcəsinə çatan iştahasızlığa baxmayaraq onları yeməyə məcbur etməkdir.

SÜN'İ QİDALANMA—zond, fistul və ya imalə ilə, habelə parenteral yolla (venaya və ya dərialtına) orqanizmə qida maddələri yeritmək. Sün'i qidalanma tətbiq etmək üçün göstərişlər aşağıdakılardır: 1) udmanın çətinləşməsi; 2) qida borusunun daralması və ya keçməməzliyi; 3) mə'də çıxacağının stenozu; 4) qida borusunda və mə'də-bağırsaq yolunda aparılan operasiyadan sonrakı dövr; 5) ara verməyən öskürək; 6) çoxlu maye itirmək; 7) bihuş vəziyyət; 8) yeməkdən imtina edilən psixozlar.

Sün'i qidalanmanın növləri: 1) qidanın mə'də zondu ilə yeridilməsi; 2) mə'dədə və ya nazik bağırsaqda operasiya ilə açılan fistuldan yeridilməsi; 3) rektal (düzbağırsaqdan); 4) parenteral qidalanma.

Mə'də zondu ilə sün'i qidalandırma qaydası. Steril nazik zondu xəstənin mə'dəsinə yeridirlər. Zondun açıq tərəfinə qıf taxırlar, ona içində bərk qida hissəcikləri olmayan duru yemək, süd, qaymaq, çiy yumurta, tünd bulyonlar, qlükoza məhlulları, qaymaqla bişirilmiş kakao və qəhvə, meyvə şirələri tökürlər. Bunları gündə bir neçə dəfə, yavaş-yavaş tökürlər. Bə'zi hallarda zondu 2—3 həftə saxlayırlar. Zondu burundan salmaq mümkün olmadıqda onu ağızdan yeridir və bayırda qalan tərəfini yapışqan plastırla üzün dərisinə və ya qulaq seyvanına bərkidirlər. Narahat və ya bihuş vəziyyətdə olan xəstələrə zondun açıq tərəfini ipək sapla dodağa və ya yanağa tikirlər. Qidalı maddələri yeritdikdən sonra zonddakı qida qalıqlarını təmiz su töküb yuyurlar.

Xəstəni operasiya fistulundan yedizdirmək. Mə'də fistulu qoymaq üçün göstərişlər: qida borusunun keçməməzliyi, mə'də çıxamağının stenozu. Bu vaxt qidanı isidib az-az (15—200 ml) gündə 5—6 dəfə verirlər. Sonra bir dəfədə verilən qidanın miqdarını tədricən artırıb 250—500 ml-ə çatdırırlar, lakin onu 3—4 dəfəyə verirlər. Qıfdan su ilə

qarışdırılmış əzilmiş qida məhsulları: narın əzilmiş ət, balıq, çörək, suxari vermək olar. Bə'zən xəstələr qidanı çeynəyib su ilə qarışdırır və qıfa tökürlər. Qıfa çox qida tökmək olmaz, çünki mə'də əzələlərinin spazmı əmələ gəlib qida fistuldan kənara çıxa bilər.

Rektal sün'i qidalanma—orqanizmin mayeyə və xörək duzuna tələbatını ödəmək üçün qida maddələrinin düzbağırsaqdan yeridilməsi. Orqanizm çox su itirdikdə, qida borusulun tam keçməməzliyində, qida borusunda və mə'dənin kardial şö'bəsində aparılan operasiyadan sonra tətbiq edilir. Bundan başqa, qida imalələri diurezi artırır və orqanizmdən zəhərlərin çıxmasına kömək edir (bax: qidalandırıcı imalələr).

İmaləni qoymaq qaydası: qida imaləsini qoymağa bir saat qalmış bağırsaqlar tamam boşalana qədər təmizləyici imalə qoyurlar. Düzbağırsaqda 5%-li qlükoza və 0,85%-li xörək duzu məhlulu yaxşı sorulduğuna görə sün'i qidalanma üçün əsas e'tibarilə bunlardan istifadə, edirlər. Rezin armudla da kiçik qidalandırıcı imalələr qoyurlar—200—250 ml məhlulu (37—38°S) yeridirlər; bu məhlula bağırsaqların peristaltikasını azaltmaq üçün 10 damcı opium tinkturu tökürlər. Bu proseduranı sutkada 3—4 dəfə təkrar edirlər. Bundan çox (1 l-ə qədər) mayeni isə birdəfədə damcı yolu ilə yeridirlər. Düzbağırsağın sfinkterini qıcıqlandırmamaq və anusda çatlaqlar əmələ gəlməməsi üçün qida imalələrini tez-tez qoymaq tövsiyə edilmir. Bu ağırlaşmaların olmaması üçün anusu yaxşı yumaq lazımdır.

Parenteral qidalanmada bədənə zülal qarışıqları, habelə qlükoza məhlulları, vitaminlər və mineral duzlar yeridilir!

V FƏSİL
TERAPEVTİK XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

Tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri. Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri olan xəstələr adətən təngnəfəslikdən, quru və ya bəlbəm gələn öskürəkdən, qanhayxırmadan, nəfəs aldıqda və öskürdükdə döş qəfəsində ağrılardan, bədənin temperaturunun qalxmasından, titrətmədən, çox tərləmədən şikayət edirlər.

Tənəffüs tezliyi adətəi dəqiqədə 16—20-dən çox olur (normada). Tənəffüs orqanlarının xəstəliklərində təngnəfəslik ekspirator və ya qarışıq xarakterdə olur. Tibb bacısı müntəzəm surətdə tənəffüsün tezliyinə fikir verməli və stasiopar xəstəsinin temperaturunu ölçüb temperatur vərəqinə yazmalıdır. Xəstənin başı hündürdə olmalı, köynəyinin yaxasını açmalı, otağa mümkün qədər çox təmiz hava gəlməsina çalışmalı. Xəstəyə evdə baxdıqda tibb bacısı otağın havasını tez-tez dəyiməyin əhəmiyyətini onun qohumlarına izah etməlidir. Tibb bacısı həkimin tə'yin etdiyi oksgkenli müaliçə aparır (oksigen balışı verir), nəmləşdirilmiş oksigeni balondan rezin borularla birbaşa xəstənin burnuna və ya ağzına verir, oksigen tentinə salınmış xəstənin vəziyyətinə diqqət yetirir.

Xəstəni əldən salan və əsəbiləşdirən quru öskürək zamanı onu sakitləşdirmək üçün isti çay, soda tökülmüş (bir stəkaia 1/4 çay qaşıqı) qaynar süd, yaxud yarıbayarı ilıq borjom tökülmüş süd vermək lazımdır. Evdə buxarla ən sadə inhalyasiya aparmaq olar—xəstə suda bişmiş kartof buxarı ilə nəfəs almalıdır, tibb bacısı bunu xəstəyə və ya onun yaxın adamlarına öyrətməlidir. Xardal yaxması, banka da xəstənin vəziyyətini xeyli yüngülləşdirir. Xəstə bəlğəm ifraz edirsə, hər gün sutkalıq bəlğəmi ölçmək və xəstəlik tarixinə yazmaq lazımdır. Bəlğəmin keyfiyyətinin, qatılığının dəyişməsi, iylənməsi, onda qan izləri və ya laxtaları, qida hissəcikləri görülməsi, rənginin dəyişməsi tibb bacısının diqqətindən qaçmamalıdır. Tibb bacısı bəlğəmi tüpürməsini xəstəyə izah etməlidir, çünki onun udulması mə'də-bağırsaq yolunu xəstələndirə bilər. Tibb bacısı xəstəyə fərdi tüpürcək qabı verir, lakin ona əvvəlçə 1/3-i qədər 5%-li xloramin məhlulu tökür və xəstəyə qabdan istifadə etməyi öyrədir. Fikir vermək lazımdır ki, xəstə tüpürcək qabından nəinki palatada, həm də şö'bənin; dəhlizində gəzməyə çıxdıqda və s. hallarda istifadə etsin.

Tibb bacısı stasionarda hər gün axşam tüpürcək qablarını dezinfeksiya edir. Evdə baxılan xəstə də fərdi tüpürcək qabından istifadə etməlidir. Bundan başqa xəstəyə "öskürək qaydasını", yə'ni son dərəcə qeyri-münasib yerdə—çörək yeyən vaxt, söhbət zamanı, başqa sözlə, kənar adamların yanında, öskürəyini saxlamağı öyrətmək lazımdır.

Xəstə bəlğəmi hayxıra bilmirsə, tibb bacısı ağız boşluğunun selikli

qişasını dezimfeksiyaedici məhlulda isladılmıı salfetka ilə silməlidir. Ağciyərlərin irinli xəstəliklərində bəlğəm çıxdıqda boşluqlar boşalır, orqanizmin intoksikasiyası azalır. Tibb bacısı bunu nəzərə almalı və bəlğəmin mümkün qədər çox çıxmasına kömək etməlidir. Xəstəyə bəlğəmin tam və rahat çıxmasına kömək edən münasib vəziyyət verməli, drenaj adlanan bu vəziyyəti hər gün 2—3 dəfə 20—30 dəqiqə etmək lazımdır. Tibb bacısı stasionarda müalicənin ilk günləri xəstəyə lazımi vəziyyət tapmaqda kömək edir və sonralar bunu müntəzəm özü etməsinə kömək edir. Evdə tibb bacısı xəstəyə birinci dəfə lazımi vəziyyət tapmaqda kömək edir, onun özünə və qohumlarına gələcəkdə drenaj vəziyyət keçirmək qaydasını izah edir. Bəlğəmdə qan izləri və ya laxtaları göründükdə tibb bacısı xəstəyə gəzməyi qadağan etməli, ona yataqda yarıoturaq vəziyyət verməli, dərhal bunu müalicə həkiminə və ya növbətçi həkimə xəbər verməlidir. Xəstə evdə ilk dəfə qan hayxırarsa tibb bacısı həkimi evə çağırmalıdır, həkim gələnə qədər bütün lazımi işləri görməlidir (bax:: Tə'xirəsalınmaz yardım, qanhayxırma).

Tənəffüs üzvlərinin xəstəliklərində döş qəfəsində *ağrılar* adətən plevra vərəqlərinin qıcıqlanması ilə əlaqədardır. Xəstə ağrıyan tərəfi üstündə uzandıqda plevra vərəqləri az hərəkət etdiyi üçün ağrı azalır. Xardal yaxması, banka, isti kompres qoymaq lazımdır. Ağciyərlərin irinli xəstəliklərində döş qəfəsində birdən-birə ağrılar baş verib xəstənin vəziyyətinin çox pisləşməsi absesin plevra boşluğuna deşilməsi nəticəsi ola bilər. Belə hallarda dərhal həkim köməyi lazımdır.

Müxtəlif mikroorqanizmlərin törətdiyi ağciyərlərin bir çox xəstəliklərində (pnevmoniya, plevritlər, abseslər və s.) xəstəliyin kəskin dövründə yüksək qızdırma olur. Temperaturu gündə iki dəfə ölçüb yazmaq və temperatur vərəqində qrafik şəkildə göstərmək diaqnozun düzgün tə'yin edilməsi və müalicənin fayda verib-vermədiyinin müəyyən edilməsi üçün mühüm əhəmiyyətə malikdir, odur ki, xəstəni evdə müalicə etdikdə də temperaturu müntəzəm ölçmək lazımdır.

Tibb bacısı temperaturu ölçüb yazmaq qaydasını xəstənin qohumlarına izah etməli, xəstəyə baş çəkdikdə, müxtəlif manipulyasiyaları yerinə yetirdikdə isə temperaturu da ölçməli və nəticəsini sahə həkiminə xəbər verməlidir. Temperatur qalxdıqda adətən *üşütmə* olur. Bu zaman yataqda xəstənin dörd bir tərəfinə isitqac qoyub qızdırmaq, əlavə adyal verib üstünü qalın basdırmaq, çoxlu qaynar şirin çay vermək lazımdır; bədənin temperaturu çox qalxdıqda başına buz qoymaq olar. Temperatur düşdükdə adətən xəstə çox tərləyir. Xəstənin bədənini quru döşəkağı ilə silmək, alt paltarını dəyişmək lazımdır. Gecəyə bir neçə cüt ehtiyat alt paltarı qoymaq lazımdır ki, xəstə bir dəqiqə də olsun yaş paltarda qalmasın.

Qızdırmalı xəstəyə çoxlu maye içirdirlər—gündə 1.5 l-ə qədər çay, mors, kompot, bulyon verirlər. Tez həzm olunan, vitaminlərlə zəngin,

xüsusilə S vitamini ilə zəngin yeməklər verilməlidir. Xəstə tez-tez və az-az yeməlidir. Stasionarda qızdırmalı xəstəni tibb bacısı yedizdirir və içdirir. Xəstəyə evdə baxdıqda tibb bacısı ona nə yedizdirmək lazım olduğunu və yedizdirmək qaydasını qohumlarına izah edir. Lazım gəldikdə tibb bacısı dərialtına, damcı üsulu ilə venaya və ya damcı imalələri şəklində maye yeridir. Temperaturu yüksək olan xəstənin ürək-damar sisteminin vəziyyətini müşahidə etmək lazımdır. Tibb bacısı xəstənin nəbzini müntəzəm yoxlamalı, arterial təzyiqi ölçməli və nəticəsini növbətçi həkimə verməlidir ki, kəskin damar və ya ürək çatmamazlığının vaxtında qarşısını almaq mümkün olsun.

Adətən ağciyərlərin xroniki xəstəliyi zamanı baş verən tənəffüs çatmamazlığının qarşısını almaqda və müalicə etməkdə tənəffüs gimnastikasının böyük əhəmiyyəti vardır. Hərəkətlərdən məqsəd— xəstəyə düzgün və dərindən nəfəs almağı öyrətmək, bütün tənəffüs əzələlərini tənəffüsə cəlb etməkdir. Əsas diqqət uzunmüddətli səlis nəfəsvermənin məşq etdirilməsinə verilir. Adətən hərəkətlər kompleksini bədən tərbiyəsi metodisti tə'yin edir və dəyişir, tibb bacısı isə xəstənin hərəkətləri müstəqil etməsinə fikir verir.

Ağciyər absesi—ağciyər toxumasının irinli dağılması; bu, ağciyərin ətraf nahiyyələrindən kapsulla ayrılır. Çox vaxt abses bundan əvvəlki ağciyər iltihabı yerində əmələ gəlir. Üşütmə və tərləmə ilə birkə hektik tipli yüksək qızdırma, orqanizmin intoksikasiyası olur. Abses bronxa açıldıqda xəstə bir dəfədə çoxlu irinli bəlğəm ifraz edir, bundan sonra xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır, temperatur düşür. Sonralar xəstəlik xroniki mərhələyə keçib vaxtaşırı kəskinləşir. Xəstəlik kəskinləşdikdə müalicəni stasionarda aparmaq lazımdır. Xəstə yataq rejiminə əməl etməlidir. Çoxlu üfunətli bəlğəm ifraz etdikdə xəstəni mümkün qədər havası yaxşı dəyişilən ayrıca palataya qoymaq lazımdır. Tibb bacısı sutka ərzində çıxan bəlğəmi ölçür, onun necə olmasına fikir verir, analiz üçün yığır, xəstənin bəlğəmi öz tüpürcək qabına tüpürməsinə fikir verir. Müntəzəm vəziyyət drenajı keçirmək lazım gəldikdə tibb bacısı xəstəyə bu cür vəziyyəti tapmağa kömək edir, sonralar xəstə onun köməyilə gündə 3—4 dəfə 20— 30 dəqiqə bu proseduranı təkrar edir, buna haqlı olaraq bronxların təmizlənməsi deyilir.

Ağciyər absesində antimikrob preparatlar, çox vaxt antibiotik məhlulları, aerozollar və traxeyaya məhlul yeridilməsi yaxşı kömək edir. Aerozol inhalyasiyalarını şö'bənin tibb bacısı keçirir və müvafiq aparatlardan istifadə etməyi qabaqcadan öyrənir. Tibb bacısı həkimə dərmanların traxeyaya yeridilməsiiə kömək edir. O antibiotik məhlulu hazırlayır və onu şprisə yığır, kateteri sterilizə edir, qusmaması üçün xəstəyə proseduraya qədər yeməməsini tapşırır. Proseduradan sonra xəstəni abses olan tərəfdə uzadırlar ki, açılmış boşluğa mümkün qədər çox dərman düşsün.

Xəstənin qida payında çoxlu zülal (gündə 120—150 q) vitaminlər və

kalsium duzları olmalıdır. Həddindən çox bəlğəm çıxdıqda içilən mayeni 400—500 ml-ə salırlar. Xəstə zülal və vitaminlə zəngin keyfiyyətli qidanı remissiya dövründə də, xəstəlik kəskinləşməyən dövrdə də almalıdır, çünki absesin xroniki gedişi orqanizmdə zülal qıtlığı əmələ gətOirir. Xroniki ağciyər absesi olan xəstədə hər cür respirator infeksiyası (mövsümi katarlar, qripə oxşar xəstəliklər) xəstəliyi kəskinləşdirə bilər. Buna görə də tibb bacısı özünün müşahidəsi altında olan xəstələrə gigiyena qaydalarına əməl etmək lüzumunu izah etməlidir; xəstələr evdə, işdə respirator infeksiyası ilə xəstələnənlərlə təmasda olmamağa çalışmalıdırlar. Ağciyər absesi olan xəstə bu cür infeksiya ilə xəstələnibsə tibb bacısı evdə həkimin tə'yin etməsinə uyğun olaraq antibiotiklərlə profilaktika müalicəsi aparır. Tənəffüs çatmamazlığı əmələ gəlməməsi və ya inkişaf etməməsi üçün xəstələrə tənəffüs gimnastikası tə'yin edirlər. Gimnastikadan əvvəl bronxları təmizləmək lazımdır.

Bronxial astma—xırda bronxların spazmı ilə əlaqədar olan allergik xəstəlik olub birdən-birə baş verən və boğulma dərəcəsinə çatan ekspirator nəfəsvermə zamanı tənqnəfəslik tutmaları şəklində özünü göstərir. Tez-tez boğulma tütmaları ilə uzun müddət davam edən bronxial astma ağciyər emfizemasına və tənəffüs çatmamazlığına səbəb olur. Bropxial astma zamanı göstərilən yardım barədə "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsinə bax. Tutma olmayan vaxt tibb bacısı xəstəyə bronxların spazmını azaldan, ona daha yaxşı tə'sir edən ağızdan qəbul edilən dərmanları (efedrin, antasman, teofedrin və s.) seçməkdə kömək etməlidir. Bu dərmanları tutma təzəcə başlayan vaxt qəbul etmək lazımdır. Bronxial astmalı bir çox xəstələr evdə tutma zamanı özlərinə adrenalin, efedrin, atropin iynəsi vurur və ya bu dərmanları kordiaminlə birlikdə vururlar: adətən, onlar hansı dərmanın, nə kimi dozada və hansı dərmanla birlikdə daha yaxşı tə'sir etdiyini özləri bilirlər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, bir çox kəskin iylər xəstədə astma tutması törədə bilər. Buna görə də bronxial astmalı xəstələrin müalicəsində iştirak edən tibb bacısı nəinki özü ətir vurmamalı, krem sürtməməli, həm də xəstənin palata yoldaşlarının və ya qohumlarının ətirli maddələr işlətməməsinə fikir verməlidir.

Müalicə bədən tərbiyəsi kompleksində düzgün nəfəs verməyi öyrənməyə kömək edən bədən tərbiyəsi hərəkətləri əsas yer tutmalıdır.

Krupoz pnevmoniya—kəskin infeksion xəstəlik olub iltihab prosesinə ağciyərin payı və onu örtən visseral plevra colb olunur. Krupoz pnevmoniyalı xəstəni ilk gündən dərhal xəstəxanaya qoymaq lazımdır: yalnız nadir hallarda xəstəni evdə müalicə etmək olar. Krupoz pnevmoniyalı xəstəyə qulluq etdikdə və onun müalicəsində kifayət qədər dozada antimikrob preparatları (antibiotikləri və sulfanilamidləri) vaxtlı-vaxtında müəyyən fasilə ilə verməyin böyük əhəmiyyəti vardır.

Birinci günlər xəstələr yataq rejiminə əməl etməlidirlər. Palatanın, havasını həmişə dəyişmək lazımdır. Tibb bacısı xəstəyə bütün qulluq işlərini görür, paltarını dəyişir, əl-üzünü yuyur, ağız boşluğunu təmizləyir. Nəfəs aldıqda prosesə plevranın qoşulması nəticəsində döş qəfəsində baş verən ağrılar, adətən xardal yaxması, banka qoyduqda yox olur. Tibb bacısı xəstənin ürək-damar sisteminin vəziyyətinə, nəbzinə, arterial təzyiqinə fikir verir. Damar çatmamazlığı əlamətləri olduqda dərhal həkimə xəbər vermək lazımdır, həkim gələnə qədər xəstəyə dəri altına damar dərmanları (kamfora, kordiamin) vururlar. Damar çatmamazlığı əmələ gəlməsində temperaturun kəskin surətdə düşməsi dövrü (böhran) çox qorxuludur.

Krupoz pnevmoniyanın kəskin dövründə aydın özünü göstərən psixomotor oyanma ilə psixoz baş verə bilər, buna görə də belə xəstələrdən bir dəqiqə belə göz çəkməmək lazımdır. Psixoz baş verdikdə həkim gələnə qədər mümkün qədər xəstəni sakitləşdirmək, yataqda saxlamaq lazımdır. Bə'zən xəstəni torun dalına salmaq lazım gəlir. Temperatur düşdükdən və xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqdan sonra xəstənin rejimi genişlənir: ayaqyoluna getməyə, evə yazmağa bir neçə gün qalmış yeməkxanaya getməyə icazə verilir.

Xəstəliyin kəskin dövründə xəstəyə az-az, yüksək kalorili, tez həzm olunan və S vitamini ilə zəngin qida verilməlidir. Xəstəyə sutkada 2 l-ə qədər maye vurulmalıdır. Sağalma dövründə qida payında zülalları 120 q-a və xörək duzunu sutkada 15 q-a çatdırmaq lazımdır.

Ekssudativ plevrit—plevranın kəskin iltihabıdır, adətən, vərəm mənşəli olub plevra boşluğunda çoxlu iltihab mayesi toplanır. Ekssudativ plevritli xəstələrin böyük əksəriyyəti xəstəliyin kəskin mərhələsində ümumi terapevtik stasionarda müalicə olunurlar. Ekssudativ plevritdə temperatur zəifləyən qızdırma xarakteri daşıyır və xəstə çox tərləyir. Xəstəliyin birinci günləri xəstə nəfəs aldıqda ağrıyan tərəfdəki ağciyərin sıxılması, onun tənəffüsdən çıxması nəticəsində plevra boşluğuna xeyli ekssudat yığıldıqıqdan təngnəfəslik əmələ gəlir. Xəstəliyin birinci günləri xəstə yataq rejimində olmalıdır, tibb bacısı onun alt paltarını tez-tez dəyişməli, həkimin tə'yinatına müvafiq olaraq vərəmə qarşı intensiv müalicə aparmalı, dərmanla yanaşı böyük dozada S vitamini də verməlidir.

Ekssudat çoxaldıqda həkim ekssudatı çıxarmaq üçün plevra boşluğunu punksiya edir (bax). Tibb bacısı xəstəni punksiyaya hazırlayır və onu aparmaqda həkimə kömək edir. Punksiyadan 15—20 dəqiqə qabaq, xüsusən zəifləmiş xəstələrə, kamfora və ya kordiamin vurmaq olar. Tibb bacısı punksiya üçün lazım olan bütün alətləri hazırlayır və sterilizə edir, xəstəni oturdur, punksiya yerini yod və spirtlə işləyir, ekssudatı çəkib çıxarmaqda həkimə kömək edir, xəstənin əhvalına və nəbzinə fikir verir. Punksiyadan sonra xəstə bir sutka yataqda olmalıdır.

Ekssudativ plevritli xəstəni stasionardan evə yazdıqda mütləq vərəm dispanserinə göndərmək lazımdır, burada onu uçota götürür və vərəmə qarşı lazımi müalicə aparırlar. Sahənin tibb bacısı xəstənin mütləq həmin dispanserdə uçoqa durmasına fikir verməlidir.

Ürək-damar sisteminin xəstəlikləri. Bu və ya digər səbəbdən baş vermiş ürək-damar xəstəlikləri zamanı ürəyin müxtəlif şö'bələrinin işi çətinləşir ki, bu da nəticədə ürək çatmamazlığına və venoz qan durğunluğuna səbəb olur. Ürək-damar sistemi xəstəliklərinin mühüm əlamətləri ürəkdöyünmə, ürək nahiyəsində ağrılar, təngnəfəslik və ödemlərdir. Ürək yığılmalarının sayının artması—xəstənin ürəkdöyünmə hesab etdiyi *taxikardiya* çox vaxt əmələ gəlməyə başlayan ürək çatmamazlığının ilk əlaməti olur. Xəstədə ürəkdöyünmə olduqda tibb bacısı bunu həkimə xəbər verməlidir ki, o taxikardiyanın səbəbini dəqiqləşdirib lazımi rejim və müalicə tə'yin etsin. Bə'zən ürəkdöyünmə sinir tənzimi pozulmuş sağlam adamlarda da baş verir. Belə hallarda pişikotu kökünün preparatları yaxşı tə'sir edir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, tərkibin-də xanımotu (atropin) olan preparatlar taxikardiyanı artırır.

Ürək nahiyəsində ağrılar vena damarları mənfəzinin daralması, spazmı nəticəsində miokardın qanla yaxşı təchiz olunmaması üzündən ola bilər. Stenokardiya tutmasında ağrı bu səbəbdən olur. Belə halda ağrı döş sümüyünün dalında, yaxud ondan solda olur, sol qola, kürəyə verir, basıcı, sıxıcı xarakter daşıyır, ölüm qorxusu, zəiflik, bə'zən bədənin əsməsi, çox tərləmə ilə müşayiət olunur. Ağrı tutması bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir. Ürək nahiyəsində ağrı tutması olan xəstəyə ağrını götürmək üçun tə'xirəsalınmaz yardım göstərilməlidir (bax: "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsində ürək nahiyəsində ağrı). Ağrı tutması zamanı və tutmadan sonra diqqətli müşahidə aparılmalı və qulluq edilməlidir. Dərmanlardan başqa (nitroqliserin, amilnitrit, validol, narkotik analgetiklər) ağrıları götürmək üçün ürək nahiyəsinə xardal yaxması, qollara və qıçlara isitqac qoyurlar. Tibb bacısı bütün bu proseduraları həkim gələnə qədər həm evdə, həm də stasionarda aparır. Ürək nahiyəsinə zəli qoymaq ağrını kəsir; lakin zəlini dəriyə yapışan kimi götürürlər, çünki bu zaman zəlini qoymaqdan məqsəd qan çıxarmaq deyil. Tibb bacısı zəlini həkim tə'yin etdikdə qoyur. Stasionarda olan xəstədə stenokardiya tutması olduqda tibb bacısı həkim gələnə qədər xəstənin yanından getmir. Xəstəyə evdə yardım göstərdikdə, özü həkimi çağırır. Hər iki halda tibb bacısı həkimə kömək edir, tə'xirəsalınmaz yardıma dair həkimin tə'yin etdiyi bütün işləri görür. Ağır stenokardiya tutmasından sonra xəstə yataq rejimində olmalıdır, çünki birinci günlər miokard infarktı baş verməyəcəyinə əmin olmaq çətindir. Xəstənin tənəffüsünə, nəbzinə, arterial təzyiqinə fikir verilməlidir, mütləq temperaturu ölçülməlidir. Ağrı tutmasından sonra temperaturun

qalxması ürək əzələsi nahiyəsinin nekrozu nəticəsində ola bilər.

Təngnəfəslik karbon qazı çoxluğundan tənəffüs mərkəzinin qıcıqlanması nəticəsində baş verir. Qanın oksigenlə lazımınca doymaması və karbon qazının çoxluğu kiçik qan dövranında venoz durğunluğun nəticəsidir. Fiziki iş gördükdə taxikardiya ilə birlikdə təngnəfəs-liyin əmələ gəlməsi ürək çatmamazlığının başlamasının ilk əlamətlərindən biridir. Qanın axmasının yavaşıması və venoz durğunluqla bərabər oksigenin azlığı sianozun səbəbidir. Ürəyin sol mə'dəciyinin çatmamazlığında və ya mitral stenozda (sol qulaqcıq-mə'dəcik dəliyinin daralması), ağciyər damarlarının qanla dolması nəticəsində kəskin təngnəfəslik tutması—ürək astması zamanı xəstəyə tə'cili yardım göstərmək lazımdır (bax: "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsində ürək astması).

Tibb bacısı şö'bədə xəstəyə münasib vəziyyətdə oturmağa kömək edir, oksigen verir, venaya iynə vurmaq, qanburaxmaq üçün iynə və şpris, ətraflara qoymaq üçün turna, lazımi dərmanları (strofantin, eufillin, qlükoza, laziks, novurit, morfin ampullarını) hazırlayır. Boğulma tutmasını aradan götürməmiş tibb bacısı xəstənin yanından getməməlidir.

Evdə xəstədə ürək astması tutması baş verdikdə tibb bacısı həkim gələnə qədər dərialtına kordiaminlə pantopon vurur, ətraflara ancaq venaları sıxan turna qoyur. Tutmanı aradan qaldırandan sonra xəstəni mütləq stasionarın terapevtik şö'bəsinə qoymaq lazımdır. Daimi təngnəfəslik olduqda xəstənin başını hündürdə qoymaq lazımdır, belə olduqda diafraqma daha mütəhərrik olur və ürəyə venoz qan az gəlir. Bə'zən xəstə ancaq əl arabasında oturduqda təngnəfəsliyin bir qədər azaldığını hiss edir. Tibb bacısı xəstəyə daha əlverişli vəziyyət verməlidir. Oksigen vermək qaydasını (oksigen balışları, birbaşa balondan) həkim göstərir.

Ürək-damar sistemi xəstəliklərində *ödemlər* ürəyim əsasən sağ mə'dəciyinin çatmamazlığı, böyük qan dövranının venalarının həddindən artıq qanla dolması, bunlarda qan təzyiqinin qalxması (venoz təzyiq), qanın duru hissəsinin damarlardan ətraf toxumalara çıxması nəticəsində əmələ gəlir. Belə xəstələrin qaraciyəri böyüyür, dərialtı birləşdirici toxumanın ödemləri, boşluq (qarın, plevra boşluqunun) hidropsları əmələ gəlir. Açıq-aşkar ödemlərdən əvvəl bədəndə mayenin ləngiməsi dövrü olur, bu vaxt ifraz olunan maye azalır (oliquriya) və bədənin çəkisi artır ki, bunu da hər gün xəstəni çəkməklə bilirlər. Ödemlər olduqda xəstə çox da ciddi olmayan yataq rejimində olmalıdır. Tibb bacısı onun nə qədər maye içməsinə və yeməsinə fikir verir, hər gün diurezi ölçür, nəticəsini xəstəlik tarixinə yazır. İfraz olunan sidiyin miqdarının içilən mayedən az olması ödemlərin artdığını və müalicənin fayda vermədiyini göstərir. Müalicəni evdə apardıqda tibb bacısı xəstəyə və ya onun qohumlarına

diurezi ölçməyi öyrədir, hər gün ölçmənin nəticələrini qeyd etməyi məsləhət görür, xəstənin üstünə gedən müalicə həkimi bunlara əsasən müalicənin nəticələri barədə daha dolğun təsəvvür alır.

Ödemli dərinin trofikası xeyli pisləşir, onun qoruyucu xassələri azalır. Çox vaxt dəridə çatlaqlar əmələ gəlir ki, bunlardan infeksiya keçə bilər. Xəstəyə qulluq etdikdə bunları nəzərə almaq lazımdır. Xəstənin yatağı rahat olmalıdır, döşəkağı qırışıq, üzərində çörək qırıntıları olmamalıdır, çünki sağlam adamlar üçün zərərsiz zədələr ödemli xəstələrdə yataq yarasına çevrilə bilər. Yataq yaralarının əmələ gəlməməsi üçün xəstəni tez-tez çevirmək, sağrıların və omanın altına hava üfürülən rezin dairə qoymaq lazımdır, bunun üstünə döşəkağı salınır. Ödemlər olduqda dərinin sürtünən yerlərinə (qadınlarda süd vəzilərinin altı, qasıq büküşləri) talk səpmək və ya nazik hiqroskopik pambıq qatı qoymaq lazımdır. Gigiyenik vanna və ya duş həkim tə'yin edibsə verilir. Ürəyinin vəziyyətinə görə bu proseduralar əks-göstəriş olan xəstələrin dərisini tibb bacısı yaş tənzif və ya pambıqla silir; lazım gəldikdə dərinin bə'zi yerlərini kamfora spirti ilə işləyirlər. Qarın və ya plevra boşluqlarından ödem mayesini çıxarmaq üçün çox vaxt punksiya aparmaq (bax) lazım gəlir.

Adətən ürək çatmamazlığı zamanı qarın boşluğu orqanlarında qan durğunluğu olur ki, bu da bir sıra dispepsiya pozğunluqlarına gətirib çıxarır: xəstənin iştahası pozulur, ürəkbulanma, qusma, qarnın yuxarı şö'bələrində ağırlıq, qəbizlik olur. Tibb bacısı xəstənin fizioloji işlərinə fikir verməlidir. Həkim tə'yin edibsə xəstəyə işlətmə dərmanı verir, təmizləyici imalə edir. Adətən bağırsaqların vaxtlı-vaxtında boşalması xəstənin vəziyyətini xeyli yaxşılaşdırır. Defekasiya aktından sonra ağır xəstələrin altını yumaq lazımdır. Ev şəraitində tibb bacısı xəstəyə və onun qohumlarına bağırsaqların işini qaydaya salmaq lüzumundan danışır, təmizləyici imalə qoymaq qaydasını göstərir. Ürək-damar sistemi xəstəliklərinin müaliçəsində səmərəli müalicə qidasının (bax) böyük əhəmiyyəti vardır, bundan məqsəd diurezi artırmaqla ürəyin işini azaltmaqdır. Ağır xəstələri tibb bacısı yedizdirir.

Ürək-damar sistemi xəstəliklərində xəstəyə edilən bütün qulluq ürəyin işini mümkün qədər yüngülləşdirməyə yönəldilməlidir. Əlbəttə, xəstəyə mə'nəvi sakitlik yaratmaq lazımdır, mümkün qədər onu mənfi emosiyalardan, bə'zən isə nagahani müsbət emosiyalardan da qorumaq lazımdır. Stenokardiyalı xəstələr üçün bu xüsusilə vacibdir, çünki hər cür səbəbdən həyəcan keçirmək onlarda tac damarların spazmına səbəb ola bilər. Bunu xəstənin yanına gələnlərə demək lazımdır. Tibb bacısı xəstənin yanına gələnlərin lüzumsuz söhbətlərlə onu yormamalarına fikir verməlidir.

Hipertoniya xəstəliyi—arterial təzyiqin yüksək olduğu xəstəlik. Bu, damar tonusunun sinir tənzimi pozulduqda xırda arteriyaların uzun müddət spazmı nəticəsində əmələ gəlir. Adətən xəstəlik illərlə davam edir; xəstəliyin ağırlaşma və yaxşılaşma dövrləri olur. Hipertoniya

xəstəliyi uzun müddət davam etdikdə damarların qarşısıalınmaz dəyişiklikləri baş verir, ürəyin, böyrəklərin, beynin funksiyası pozulur. Hipertoniya xəstəliyini vaxtında müalicə etməyə başladıqda, xəstənin əməyini və məişətini səmərəli təşkil etdikdə xəstəliyin inkişafı xeyli ləngiyir, bə'zən isə xəstə tamam sağalır.

Xəstəliyin kəskinləşməsi dövründə tibb bacısı xəstənin yataq rejimi gözləməsinə, sinir sistemini sakitləşdirən və arterial təzyiqi aşaqı salan dərmanları vaxtlı-vaxtında qəbul etməsinə fikir verir. Bə'zi dərmanları (heksoni, heksametoni, apressin və s.) vuran kimi arterial təzyiq kəskin surətdə düşür, buna görə də ürəkgetmə, bə'zən də hətta kollaps baş verməməsi üçün, dərman vurulandan sonra xəstə 1—2 saat uzanmalıdır. Belə hallarda tibb bacısı xəstəni müşahidə edir, onun əhvalını soruşur, yataqdan durmamasına nəzarət edir. Hipertoniya xəstəliyinin müalicəsində xəstəyə mümkün qədər mə'nəvi sakitlik vermək, dərin yuxulamasına şərait yaratmaq lazımdır. Yuxusuzluq çəkdikdə gecəyə həkimin tə'yin etdiyi yuxu dərmanı vermək olar. Xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqda ona açıq havada gəzməyə icazə verilir.

Müalicəni evdə apardıqda tibb bacısı xəstənin yanına getdikdə həkimin tə'yin etdiyi rejimin yerinə yetirilməsinə nəzarət edir, xəstənin qan təzyiqini ölçür. Qan təzyiqinin nə qədər olmasını həmişə xəstəyə demək lazım deyil, çünki bə'zi xəstələr xəstəliyin mahiyyətini bilmədiklərindən bu rəqəmlərə çox böyük əhəmiyyət verirlər, təzyiq azca qalxdıqda belə qanları qaralır. Tibb bacısı ölçmənin nəticələrini həkimə deyir. Hipertoniyalı xəstə üzərində dispanser müşahidəsi apardıqda tibb bacısı onu vaxtlı-vaxtında müayinəyə çağırır, başqa həkimlərə (göz həkiminə, rentgenə, elektrokardioqrafiyaya) göndərir.

Xəstənin yeməyində xörək duzunu azaltmaq lazımdır. Hisə verilmiş balıq, kolbasa, tünd yeməklər, bulyon oyanıqlığı artırdığı üçün verilmir. Spirtli içkilər və papiros çəkmək qəti qadağan edilir, çünki bunların hər ikisi sinir sisteminə və damar tonusunun tənziminə mənfi tə'sir edir. Tibb bacısı spirtli içkilərin və papirosun zərərini xəstənin özünə və qohumlarına izah edir.

Xəstənin yanına gələnlərin gətirdikləri yeməkləri yoxlamaq tibb bacısının işidir: şoraba, konserv, hisə verilmiş kolbasa geri qaytarılmalıdır.

Xəstədə ürək çatmamazlığı yoxsa içilən mayeni azaltmaq lazım deyil. Hipertoniya ilə birlikdə xəstədə piylənmə də varsa, qidanın ümumi kaloriliyi azaldılmalıdır. Hipertoniya xəstəliyinin kəskinləşmədiyi dövrdə xəstələr həmişəki işlərini görə bilərlər. Xəstələr boş vaxtlarını açıq havada keçirməlidirlər, istirahət günləri özünü yormadan piyada gəzmək faydalıdır. Hipertoniya xəstəliyinin son dərəcə kəskinləşməsinə *hipertoniya krizi* deyilir ("Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsinə bax).

Miokard infarktı—tac arteriyalarından birinin çox daralması və ya

ateromatoz yastıqca, trombla tutulması nəticəsində ürək əzələsinin bir nahiyəsinin nekrozu (elməsi). Adətən miokard infarktı tac arteriyalarının aterosklerozu olan xəstələrdə əmələ gəlir. Çox vaxt infarktdan qabaq tac damar çatmamazlığı, tez-tez və ağır keçən stenokardiya tutmaları, sakit halda da baş verən stenokardiya tutmaları olur. Miokard infarktının ən mühüm əlaməti döş sümüyü arxasında, ürək nahiyəsində stenokardiyaya xas irradiasiya edən (yayılan), iyirmi—otuz dəqiqə, bə'zən bir neçə saat davam edən şiddətli, dözülməz ağrılardır. Bu anda xəstəyo tə'xirəsalınmaz yardım göstərilməlidir (bax: "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsində ürəkdə ağrılar), bundan məqsəd ağrıları tez və tamam aradan qaldırmaqdır. Miokard infarktından şübhələndikdə xəstəni dərhal xəstəxananın terapiya şö'bəsinə qoymaq lazımdır, çünki xəstəliyin ilk günləri bütün müasir tibb yardımı ancaq xəstəxanada göstərilə bilər. Xəstəni daşımağın mümkün olub-olmamasını həkim tə'yin edir. Xəstəni tə'cili yardım maşınında aparırlar (iri şəhərlərdə bunun üçün ixtisaslaşmış briqada olur). Xəstəni qəbul şö'bəsində mümkün qədər az tərpədib öz paltarında palataya aparırlar. Əlbəttə yaxşı olardı ki, kəskin miokard infarktı olan xəstələr üçün funksional çarpayılar, oksigen vermək üçün aparatlar, sadə narkoz aparatı, elektrokardioqraf, lazımi dərmanlar və alətlər qoyulan kiçik şkaf olsun, gecə-gündüz tibb bacısı postu qoyulan palatalar təşkil edilsin. Beləliklə, bu palatalarda xəstəyə tə'xirəsalınmaz yardım göstərmək üçün lazım olan hər şey olmalıdır. Miokard infarktının kəskin dövrü, adətən, birinci 2 həftədir, bu vaxt ürək əzələsinin nekroz zonası əmələ gəlir və ətraf toxumalardan seçilir, çox vaxt bu dövr kəskin ürək və damar çatmamazlığı, təkrar infarkt, müxtəlif cür mə'də-bağırsaq pozğunluqları ilə ağırlaşır. Buna görə də bu dövrdə xəstə daim həkimin və tibb bacısının müşahidəsində olmalı, ona yaxşı qulluq edilməlidir. İxtisaslaşmış infarkt palatasında daha ixtisaslı və əlavə tə'lim keçmiş tibb bacıları işləməlidirlər.

Miokard infarktının diaqnostikasında elektrokardioqrafiya aparmağın böyük əhəmiyyəti vardır, buna görə də tibb bacısı kardioqram çıxarmağı bacarmalıdır. Narkotik analgetiklərin təkrar vurulması, o cümlədən bunların venaya da vurulması uzunsürən ağrıları aradan götürmürsə oksigenlə o birlikdə azot-oksidi vermək lazım gəlir. Tibb bacısı narkoz aparatının quruluşu, ondan istifadə etmək qaydası ilə tanış edilməlidir ki, narkoz verməkdə həkimə kömək edə bilsin. Birbaşa tə'sir edən antikoaqulyantları (heparin və fibrinolizin) erkən vurmaq üçün (bunlar laxtalanmaya qarşı tez tə'sir edir), əvvəlcə qanın laxtalanma müddətini tə'yin etmək lazımdır. Bunu tə'yin etmək qaydasını infarkt palatasında işləyən tibb bacısına öyrətmək lazımdır. Çox vaxt miokard infarktının kəskin dövründə dərmanları (fibrinolizin, strofantin, mezaton) venaya vururlar, buna görə də tibb bacısı damcı qabını qaydaya salmağı və tənzim etməyi bacarmalıdır.

Tibb bacısı xəstənin vəziyyətinə və ənvalına, nəbzinə, arterial təzyiqinə, tənəffüsün tezliyinə fikir verir. Bu dövrdə xəstə fəal hərəkət etməməlidir. Həkim tapşırdıqda tibb bacısı xəstəni böyrü üstə çevirməlidir. O xəstəni yedizdirir və içizdirir, səhər əl-üzünü yuyur. Defekasiya və siymə aktı yataqda aparılır. Xəstəliyin ikinci həftəsindən başlayıb təkrar infarkt baş verməyibsə, tədricən çapıqlaşma gedir, miokardın nekrozlaşmış nahiyəsi birləşdirici toxuma ilə əvəz olunur. Bu proses 4—5 həftə çəkir. Bütün bu müddətdə xəstə yataq rejimində olur, lakin 3-cü həftədən başlayıb, əks-göstəriş yoxsa, ona özü çevrilməyə, əvvəlcə tibb bacısının köməyilə, sonra özü oturmağa icazə verilir.

Xəstə müstəqil hərəkət etməyə başladıqda tibb bacısı xəstənin yanında olmalı, onun nəbzinə fikir verməlidir, çünki tərpənən kimi xəstələrdə başgicəllənmə, büdrəmə, bə'zən hətta yüngül ürəkgetmə olur. Elə bu vaxt müalicə gimnastikasına və ətrafları masaj etməyə başlayırlar. Müalicə gimnastikasına ətrafları əvvəlcə passiv, sonra fəal hərəkət etdirmək, tənəffüs gimnastikası daxildir; xəstələr hərəkətləri əvvəlcə uzanmış vəziyyətdə edirlər. Bunlar xəstənin ürək-damar sistemini və dayaq-hərəkət aparatını sonrakı fəal hərəkətlərə hazırlayır: 7—8-ci həftə xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq ona yataqdan durmağa, əlüzyuyana getməyə icazə verilir. Xəstə ilk addımları atanda tibb bacısı ona kömək edir. Tədricən hərəkətlərin həcmi və müddəti artır. Lakin bunlar, xəstənin vəziyyətini ağırlaşdırmamalı, stenokardiya tipli ağrılara səbəb olmamalıdır. Tac damar çatmamazlığı olan və miokard infarktı keçirmiş xəstənin yanında həmişə nitroqliserin və ya validol (nitroqliserini bədəni götürmürsə) olmalı və stenokardiya ağrıları əmələ gələn kimi dərhal bunlardan birini qəbul etməlidir. Tibb bacısı bu dərmanları qəbul etməyin faydasını və zərərsiz olmasını, ehtiyac olduqda gündə bir neçə dəfə qəbul edilməsini xəstəyə izah edir. Tac damarlarda təkrar trombozlar əmələ gəlməsinin və emboliya ağırlaşmalarının qarşısını almaq üçün uzun müddət dolayı tə'sir edən antikoaqulyantlar (neodikumarin, pelentan, fenilin) tə'yin edirlər; bunun üçün qanda protrombinin miqdarını müntəzəm—3 gündə azı 1 dəfə yoxlamaq lazımdır. Tibb bacısı bu qaydanın gözlənilməsinə fikir verir, analizin nəticələrini laboratoriyadan vaxtlı-vaxtında alır. Antikoaqulyantların tətbiqi çox qanama ilə, o cümlədən hematuriya ilə (sidikdə qan) ağırlaşa bilər. Qanaxmanın ilk əlamətləri görünən kimi, tibb bacısı bunu həkimə xəbər verməlidir.

Xəstəliyin birinci günləri ağrılar, kəskin ürək və ya damar çatmamazlığı əlamətləri olduqda xəstəyə ancaq azca 1/4 stəkan meyvə şirəsi, alma, ərik, portağal şirəsi verirlər. Sonrakı günlər qidanın ümumi kaloriliyini, miqdarını azaldırlar. Sutkada 600 ml-dən çox mayeyə icazə verilmir. Xəstəyə müxtəlif cür püre, buxarda bişmiş kotlet, sürtülmüş kəsmik verirlər. Alma, çuğundur və yerkökü püresi, qara gavalı bağırsaqların peristaltikasına və boşalmasına kömək edir.

Qaz əmələgətirən yeməklər verilməməlidir, çünki qarnın köpməsi, diafraqmanın qalxması ürəyin işini çətinləşdirir və taç damarda qan dövranını pisləşdirir. Xəstə bir dəfədə çox yeməməli və yedikdə yorulmamalıdır. Fəal dövrdə qidanın miqdarını zülallar və karbohidratlar hesabına artırırlar, suda bişmiş ət, balıq, çiy meyvə, tərəvəz, iri undan bişirilmiş çörək verilir. Bağırsaqların işinə nəzarət etməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Xəstəyə işlətmə dərmanı tə'yin edir, yaxud ancaq müalicə həkimi və ya növbətçi həkim tə'yin edibsə, təmizləyici imalə edirlər. Miokard infarktının bütün dövrlərində xəstəyə mə'nəvi sakitlik vermək lazımdır. Tibb bacısı ən təhlükəli hallarda belə xəstəyə ürək-dirək verməli, sağalacağına inandırmalı, təmkinlə, dəqiq, vurnuxmadan və tələsmədəi işləməlidir. Xəstənin yanına mümkün qədər az adam buraxmalı, xəstənin qohumları onu söhbətlə yormamalıdırlar. Tibb bacısı bu şərtlərə əməl olunmasına fikir verir, evdən gətirilən xörəklərin keyfiyyətini və miqdarını məhz özü yoxlayır.

Xəstəii stasionardan evə yazdıqdan sonra sahə tibb bacısı ona baş çəkir, onun qohumlarına xəstənin səmərəli rejimi (yeməyi) barədə tə'limat verir.

Revmatizm—orqanizmin birləşdirici toxumasını zədələyən və ürək qüsurlarına gətirib çıxaran infeksion-allerkik xəstəlikdir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində xroniki tonzillitdə, dişlərin kariyesində, badamcıqlarda toplanan stereptokokkların böyük rolu vardır. Xəstəlik kəskin poliartrit şəklində başlaya bilər. Çox vaxt proses diz, topuq, mil-bilək, dirsək oynaqlarında gedir. Zədələnmiş oynaqlar şişir, dərisi qızarır, şiddətli ağrılar olduğu üçün hərəkətlər məhdudlaşır. Eyni zamanda bədənin temperaturu qalxır, titrətmə, ürəkdöyünmə əmələ gəlİr. Revmatizmdə oynaqların zədələnməsi çox davam etmir, oynaqlarda iltihab prosesi bir neçə gün, bə'zən: bir neçə həftə davam edir, bundan sonra oynağın deformasiyası qalmır və funksiyası pozulmur. Lakin çox vaxt revmatik poliartrit ürəyin revmatik zədələnməsi ilə birgə olur, bunun nəticəsində əksər hallarda ürəyin aypara qapaqlarının qüsuru əmələ gəlir.

Kəskin revmatik poliartritli xəstələr uzun müddət stasionarda müalicə olunmalı və sonra dispanser müşahidəsinə alınmalıdırlar. Kəskin poliartritdə xəstəyə rahat vəziyyət verməli, ağrıyan oynaqlarının altına yastıq qoymalı. Xəstəni çevirəndə və əynini dəyişəidə ehtiyatlı olmaq lazımdır. Bə'zən xəstə oynaqlara qızdırıcı kompres və ya məlhəm sarğıları qoymaq kömək edir. Poliartrit sakitləşəndən sonra xəstə hərdənbir durub gəzə də bilər, lakin çox hərəkət etməməlidir, xüsusilə ürəyin revmatik zədələnməsi və ya ürək çatmamazlığı əlamətləri varsa, az hərəkət etməlidir.

Kəskin revmatizmi olan xəstələr, adətən, salisilatlar və ya steroid hormonlar (prednizalon, urbazon, kartizon) və penisillinlə birlikdə amidopirin alırlar. Müalicə uzun müddət aparılır. Kəskin dövrdə

xəstənin yeməyində çoxlu S vitamini, kifayət qədər tamdəyərli zülallar olmalıdır. Xəstə steroid preparatlar alırsa, körək duzu az yeməlidir, çünki bunlar bədəndə natrium və duzu saxlayır. Revmatizmli xəstə stasionardan evə yazıldıqdan sonra dispanser müşahidəsində olmalı, xəstəliyin residiv verməməsi üçün ona yazda və payızda salisilatlarla birlikdə bisillin vurulmalıdır, çünki bu dövrdə fəal revmatizmin residivvermə qorxusu daha çoxdur.

Sahənin tibb bacısı xəstəni növbəti müayinəyə çağırır, laboratoriyaya, rentgenoloji müayinəyə və elektrokardioqrafiyaya göndəriş kağızı yazır, həkim tə'yin edibsə, bisillin vurur.

Xroniki ürək çatışmazlıqı—ürək qapaqlarının qüsuru, çoxillik hipertoniya, kardioskleroz, ağciyər emfizeması ilə əlaqədar oluburək əzələsinin uzun müddət yorulması nəticəsində əmələ gəlir. Çox vaxt ürək çatışmazlıqı ürəyin ahənginin müxtəlif pozğunluqları ilə, xüsusilə səyrici aritmiya ilə birgə olur, səyrici aritmiya isə, öz növbəsində, ürək çatışmazlığını daha da dərinləşdirir. Ürəyin mə'dəciklərinin-çatışmazlığı nəticəsində venoz durğunluq əmələ gəlir ki, bu da qaraciyərin böyüməsinə, ödemlərin, boşluq hidropsunun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Ağciyərlərdə venoz qan durğunluğu olduqda xəstədə təngnəfəslik, sianoz əmələ gəlir. Aydın görünən ürək çatışmazlığı olduqda xəstə stasionarda müalicə olunmalıdır. Tibb bacısı xəstəyə bütün qulluq işlərini edir: başını hündürdə qoyur, palataya yemək gətirir, ehtiyac olduqda xəstəni yedizdirir, yerini düzəldir və əynini dəyişir, içməyinə baxır, diurezi ölçür və s. Çox vaxt belə xəstələrdən ürəyin işini yüngülləşdirmək üçün 300—400 ml qan buraxır, qaraciyər nahiyəsinə 8—10 zəli qoyurlar. Dərman müalicəsindən məqsəd üskükotu qrupundan olan ürək dərmanları vurmaqla miokardın yığılmasını yaxşılaşdırmaq və müxtəlif sidikqovan dərmanlar verməklə orqanizmdən artıq mayeni çıxarmaqdır. Müalicənin birinci günləri, adətən, xəstələrə Karrelin kalsiumla zəngin südlü yeməklər tə'yin edirlər, sonralar qidada mayenin miqdarını azaldıb 800 ml-ə salır və körək duzunu azaldırlar, stasionardan evə yazıldıqdan sonra xəstə, adətən, həkimin və sahə tibb bacısının nəzarəti altında ürək dərmanları ilə ambulator müalicəni davam etdirir. Səyrici aritmiyada üskükotu qrupundan olan dərmanlarla müalicənin səmərəsini bildirən mühüm göstərici nəbz kəsirinin olmamasıdır (ürək yığılmalarının sayı ilə mil arteriyasında nəbz dalğaları sayı arasında fərq olmaması). Nəbz kəsirindən sonra ürək çatışmazlığının başqa əlamətləri əmələ gələcəkdir, buna görə də mühüm əhəmiyyəti olan bu əlamət gözdən yayınmamalıdır. Tibb bacısı xəstəyə baş çəkdikdə dərinin və selikli qişaların rənginə, ödemlər, təngnəfəslik, assit olub-olmamasına diqqət yetirir, nəbzi və ürək yığılmalarını sayır. Tibb bacısı öz müşahidələrinin nəticələrini müalicə həkiminə xəbər verir.

QAN XƏSTƏLİKLƏRİ dərinin və görünən selikli qişaların

rənginin dəyişməsi, dəriyə qansızma, çox qanalma, periferik limfa düyünlərinin, dalağın, qaraciyərin böyüməsi, zəiflik, qızdırma şəklində özünü göstərir. Dərinin və görünən selikli qişaların solğunluğuna səbəb, adətən, qanazlığıdır. Patoloji qanama, dəriyə qansızma, qanın laxtalanma sisteminin pozulması (Verlqof xəstəliyində trombositlərin kifayət tədər əmələ gəlməməsi) və ya damar divarının çox kövrək olması (skorbut) ilə əlaqədardır. Hemolitik anemiyada eritrositlərin sür'ətlə parçalanması və qida ilirubinin artması nəticəsində dəri saralır. Qanda eritrositlərin çoxalmasından ibarət olan eritremiya adlanan xəstəlikdə dəri, xüsusən üzün dərisi həddindən çox qızarır. Qanazlığının bütün növlərində dərinin selikli qişası müəyyən dərəcədə dəyişir, lakin daha parlaq və tipik dəyişikliklər pernisioz (B_{12} vitamininin çatışmaması ilə əlaqədar) anemiyada müşahidə edilir.

Dilin selikli qişası hamar, açıq moruq rəngində olur. Limfoleykozda, limfoqranulematozda, infeksion mononukleozda periferik limfa düyünləri böyüyür. Kəskin leykoz, xroniki leykozun və limfoqranulematozun kəskinləşməsi qalxıb enən yüksək qızdırma ilə müşayiət olunur.

Anemiya və ya qanazlığı—qanitirmə, qan dövranının çatışmazlırı, yaxud eritrositlərin sür'ətlə parçalanması, hemoliz nəticəsində eritrositlərin miqdarının və hemoqlobinin azalması. Xəstələrin rəngi solğun olur, zəiflikdən, çox yorulmaqdan, təngnəfəslikdən, ürəkdöyünmədən, başgicəllənmədən şikayətlənirlər.

Qanazlığına səbəb olan çoxlu qan itirmək nadir hallarda diqqətdən yayınır; çox vaxt babasildə, qadınlarda aybaşı zamanı, qanayan mə'də xorasında xroniki qan itirməyə çox vaxt əhəmiyyət verilmir. Tibb bacısı xəstələrin nəcisinə diqqətlə baxmalı, nəcisdə al-qırmızı qan olduqda və ya nəcis qatrana oxşadıqda dərhal həkimə xəbər verməlidir. Dəmirin yaxşı mənimsənilməməsi nəticəsi olan anemiyanın əsas müalicəsi böyük dozada dəmir preparatları verməkdən ibarətdir. Dəmirin yaxşı mənimsənilməsi üçün onu askorbin turşusu ilə birlikdə vermək lazımdır. Xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqda o, açıq havada olmalı, gəzintiyə çıxmalı, su proseduraları qəbul etməli, bədən tərbiyəsi ilə məşğul olmalıdır. Tərkibində S vitamini və V qrupu vitaminləri, dəmir, keyfiyyətli zülallar olan qida yeməlidir. Təzə tərəvəz, meyvə, göyərti, ət, qaraçiyər bu cür qidadır. Xəstələr üzərində müşahidələri sahədə davam edirlər. Bə'zən dəmir preparatlarını bir neçə ay verirlər. Normal qanyaranma üçün orqanizmdə V_{12} vitamininin çatışmaması nəticəsində baş verən pernisioz anemiyada bu vitaminin parenteral yeridilməsi gözəl nəticə verir. Stasionarda bu vitaminin səmərəli dozasını və həmin xəstəyə onu vurmaq üçün optimal intervalı müəyyən edirlər. Xəstə evə buraxıldıqdan sonra V_{12} vitamini inyeksiyasını ambulatoriya qaydası ilə həftədə 1 və ya 2 dəfə, bə'zən də daha az almaqda davam edir. Tibb bacısı xəstənin poliklinikaya müntəzəm

gəlməsinə nəzarət edir, qanı kontrol yoxlamaq üçün ona laboratoriyaya göndəriş kağızı yazır, analizləri alır xəstənin həyatı təhlükədə olanda qan köçürülür. Tibb bacısı Anemiyada xəstənin qan qrupunu tə'yin edir və rezus-amili yoxlamaq üçün qanı göndərir (nəticəsi xəstəlik tarixinə yazılır), qanköçürmədə iştirak edir.

Leykozlar—qanyaradan hüceyrələrdən törəyən və bir qayda olaraq, sümük iliyini zədələyən qanyaradan sistemin şişləri. Patoloji qanyaranma ocaqları nəinki sümük iliyində, həmçinin başqa toxumalarda və üzvlərdə də əmələ gəlir. Periferik qana yetişməmiş və yetişməyə qabil olmayan çoxlu miqdarda leykosit buraxılır. Xəstəliyin xarakteri yaman şişlər kimidir. Xəstəliyin gedişinə görə bir neçə gündən bir neçə aya qədər dav'am edən kəskin formalar və adətən, bir neçə il davam edən xroniki formalar ayırd edilir. Kəskin leykozda xəstələrin vəziyyəti (xroniki leykoz çox kəskinləşdikdə olduğu kimi) son dərəcə ağır olur. Xəstəliyin gedişində yüksək qızdırma, titrətmə, bərk tərləmə, çox qanama olur. Adətən buna ağır nekrotik angina da qoşulur. Xəstələrin mükəmməl qulluğa ehtiyacları olur. Ciddi yataq rejimi gözləmək, alt paltarı vaxtlı-vaxtında dəyişmək lazımdır. Xəstə az-az yeməlidir, qida yaxşı bişirilməli, vitaminlərlə, zülallarla zəngin olmalıdır. Tibb bacısı xəstəni yedizdirir, içizdirir, ağız boşluğunu təmizləyir. İçilən mayeni azaltmaq lazım deyil. Diaqnozu təsdiq etmək və leykozun xarakterini aydınlaşdırmaq üçün, adətən, döş sümüyünü punksiya edib alınan sümük iliyini analiz edirlər. Tibb bacısı punksiya zamanı həkimə kömək edir, iynəni sterilizə edir, sümük iliyindən yaxma hazırlanaçaq şüşəni efirlə silir.

Leykozun müasir üsulla müalicəsində patoloji qanyaranmanı zəiflədən dərmanlardan istifadə edir, qan və eritrosit kütləsi köçürür və böyük dozada vitaminlər vururlar. Müalicə apardıqda qanın tərkibini, leykositlərin və trombositlərin sayını tez-tez laboratoriyada yoxlamaq lazımdır. Kəskin leykozu stasionarda müalicə edirlər. Xroniki leykozlu xəstə leykoz kəskinləşməyən dövrdə yüngül, həmişəki işini görə bilər, o şərtlə ki, özünün əmək rejimini və istirahətini səmərəli təşkil etsin. Açıq havada gəzsin. Günəş altında olmaq xəstəliyin kəskinləşməsinə təkan verə bilər; tibb bacısı bunu xəstəyə deməlidir. Xəstənin qidası müxtəlif olub zülalla və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Əlavə olaraq askorbin turşusu qəbul etməlidir (sutkada 0,5—1 q-a qədər). Xəstələr dispanser müşahidəsində olmalıdırlar. Tibb bacısı xəstənin vaxtlı-vaxtında həkimə getməsinə nəzarət edir. Lazım gələrsə, qanyaranmanı yavaşıdan preparatlarla müalicəni ambulatoriyada davam etdirmək olar. Müalicəni bu cür apardıqda əsas şərt qanı müntəzəm surətdə laboratoriyada yoxlamaqdır.

MƏ'DƏ-BAĞIRSAQ YOLUNUN XƏSTƏLİKLƏRİ. Mə'də-bağırsaq xəstəliklərinin əsas əlamətləri qarında ağrılar, iştahanın pozulması, ürəkbulanma, qusma, kəyirmə, qıcqırma, qarın köpməsi, qəbizlik və ishaldır.

Ağrılar daimi, vaxtaşırı tutmalar şəklində, ilin müəyyən vaxtlarında ola bilər. Yeməklə açıq-aşkar əlaqədar olan ağrılara vaxtaşırı ağrılar deyilir, bunlar yemək yeyən kimi, yaxud 2—3 saatdan sonra ola bilər. Onikibarmaq xorasında ağrılar gecə və ac qaldıqda əmələ gəlir, yemək yeyən kimi kəsilir. Tutmayabənzər birdən-birə baş verən şiddətli ağrılara sancı deyilir. Diaqnozu düzgün qoymaq üçün ağrıların yerini, bunların daha çox qarnın hansı şö'bəsində olmasını, yayılma dərəcəsini, irradiasiya olub-olmamasını (kənara verib-verməməsini), irradiasiya yerini aydınlaşdırmaq lazımdır. Ağrılar müxtəlif dərəcədə, hətta dözülməz olur. Lakin qarında çox şiddətli ağrılar olduqda belə tibb bacısı ağrıkəsici dərmanlar verməməlidir, xüsusilə həkimsiz narkotik maddələr vermək heç olmaz. Ağrıların azalması, bunların xarakterinin dəyişməsi, bə'zən də narkotik maddələrdən sonra bunların tamam itməsi düzgün diaqnoz qoymağı çətinləşdirər, diaqnoz yanlış qoyular, nəticədə tə'xirəsalınmaz cərrahi yardım göstərmək üçün vaxt əldən gedər.

Qarındakı ağrıların səbəblərini aydınlaşdırmamış və həkimsiz qarına isitqac qoymaq, xəstələrə işlətmə dərmanları vermək və ima-lə qoymaq olmaz. Tə'xirəsalınmaz cərrahi yardım göstərmək tələb olunan qarın boşluğundakı üzvlərin bir çox kəskin xəstəliklərində (appendisit, xolesistit) həkimsiz yuxarıdakı əməliyyatları etmək xəstəliyin gedişini pisləşdirə bilər və müxtəlif ağırlaşmalara səbəb olar. Adətən mə'dəbağırsaq xəstəliklərində müşahidə edilən mühüm həzm vəziləri'nin şirə ifraz etmək funksiyası pozulduqda xəstənin iştahası pis olur. İştaha açmaq üçün imkan daxilində yeməkləri tez-tez dəyişmək, onları xəstəyə qızdırıb vermək, süfrəni səliqəli düzəltmək lazımdır. V qrupu vitaminləri yaxşı tə'sir edir.

Ürək bulanma və qusma mə'də əzələlərinin geriyə peristaltikası ilə əlaqədardır. Xəstə qusarkən tibb bacısı onun yanında durur, ləyən qoyur, onun başını tutub saxlayır. Qusuntunu yoxlamaq lazımdır. "Qəhvə xıltı" və ya təmiz qan qusma mə'də və ya qida borusu qanaxmalarında olur. Belə hallarda dərhal həkimi çağırır, xəstəni çarpayıya uzadır, qarnına buz qoyurlar. Bundan sonra qanı kəsmək üçün tətbiq edilən bütün tədbirləri görürlər (bax: "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsində *Qanaxma*). Xəstə qusub qurtardıqdan sonra tibb bacısı xəstəyə ağzını təmizləməyə kömək edir, yaxud ağır xəstələrin ağzını özü təmizləyir.

Gəyirmə adətən yemək yeyən vaxt hava udduqda baş verir (aerofagiya). Belə hallarda tibb bacısı xəstəyə yavaş yeməyi, qidanı yaxşı çeynəməyi, yemək yeyən vaxt oxumamağı və danışmamağı, az-az yeməyi məsləhət görür. Lax yumurta iyi verən gəyirmə qidanın mə'dədə patoloji ləngiməsini göstərir. Daim üfunət iyi verən, bə'zən içində qida qalıqları olan möhtəviyyat qusmaq, çox vaxt mə'də çıxacağının daralması ilə əlaqədardır. Bu cür daralmaya (stenoz) səbəb ya şiş, ya da xoranın çapıqlaşmasıdır. Mə'də çıxacağının stenozu olan xəstə cərrahi yolla müalicə olunmalıdır.

Qıcqırma turş mə'də möhtəviyyatının qida borusuna düşməsi ilə əlaqədardır, çox vaxt bu hal mə'də şirəsinin turşuluğu artdıqda müşahidə edilir, lakin turşuluq normal və aşağı olduqda da baş verə bilər. Qıcqırma vaxtaşırı olub, gecələr və ac qaldıqda əmələ gələrsə xora xəstəliyindən şübhələnmək lazımdır. Xəstəyə qıcqırma verən qida, məsələn, qara çörək, şirin kisel, mürəbbə, tünd və qızardılmış xörəklər yeməməyi məsləhət görürlər. Qıcqırmanı qələvili sular, yandırılmış maqnezium, natrium-hidrokarbonat aradan götürür.

Bağırsaqlarda qaz çox əmələ gəlib yavaş irəliləndikdə xəstənin *qarnı köpür* (meteorizm) və ona əziyyət verir. Heyvani kömür və ya karbolen qəbul etmək, çobanyastığı imaləsi, yataq xəstələrinə qazçıxaran boru qoymaq yüngüllük gətirir.

Mə'də-bağırsaq yolunun xəstəliklərində *bağırsaqların işinə* diqqət yetirməyin mühüm əhəmiyyəti vardır. Tibb bacısı bağırsaqların vaxtlı-vaxtında boşalmasına və nəcisin xarakterinə, qatılığına, rənginə diqqət yetirməlidir. Qatranaoxşar qara nəcis, xəstə hətta özünü nisbətən yaxşı hiss etdikdə belə, yaxınlarda olmuş, bəlkə indi də davam edən mə'də-bağırsaq qanaxmasını göstərən çox qorxulu əlamətdir. Nəcisin qatrana oxşamasından azca belə şübhələndikdə tibb bacısı xəstəni yerinə uzatmalı, nəcisi müalicə həkiminə və ya növbətçi həkimə göstərməlidir. Tibb bacısı nəcisin xarakterinin dəyişməsini, onun tez-tez xaric olmasını, onda selik, irin, qan izləri görünməsini dərhal həkimə xəbər verməlidir. Qəbizlik olduqda əvvəlcə bağırsaqların peristaltikasını artıran yeməklər: suda bişmiş çuğundur, qara gavalı, bişməmiş alma, acqarına bir stəkan soyuq su tə'yin edib defekasiyanın vaxtlı-vaxtında olmasına çalışmaq lazımdır. Yemək çox isti olmamalıdır.

Mə'də-bağırsaq yolu xəstəliklərinin müalicəsində səmərəli pəhriz rejimi gözləməyin olduqca böyük əhəmiyyəti vardır. Qida məhsullarını, bunların çeşidini, bişirilmə üsulunu, yemək vaxtını elə seçirlər ki, normal həzmin bərpa olunmasına kömək edilsin. Pəhrizi həkim tə'yin edir, tibb bacısı ona əməl olunmasına nəzarət edir, evdən gətirilən yeməkləri yoxlayır, qadağan olunmuşları qohumlarına qaytarır (bax: "Müaliçə qidası").

Mə'dənin və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi. Xəstəlik mə'dənin və ya onikibarmaq bağırsağın selikli qişasında xora əmələ gəlməsindən ibarətdir. Klinik mənzərədə kəskinləşmədən sonra nisbi sağalma (remissiya) dövrü gəlir. Kişilər qadınlardan çox xəstələnirlər. Kəskimləşmə dövründə xəstələr yedikdən sonra, yaxud onikibarmaq bağırsaq xorası olduqda ac qalan zaman mə'də girəcəyi nahiyəsində baş verən ağrılardan, qıcqırmadan, yedikdən sonra qusmadan şikayətlənirlər, qusduqdan sonra onlar xeyli yüngülləşirlər. Xəstəliyin yazda və payızda kəskinləşməsi, pəhrizin pozulması ilə açıq-aşkar əlaqədar olması, spirtli içkilərdən və qəlyanaltılardan sonra kəskinləşmə olması xarakterikdir. Xora xəstəliyinin kəskinləşmə dövründə müalicəni daxili xəstəliklər xəstəxanasında aparmaq lazımdır.

Xəstə yataq rejimində olmalıdır. Kəskinləşmə halları sakitləşdikdən, ağrılar kəsildikdən sonra xəstə yavaş-yavaş ayağa durub gedə bilər. Papiros çəkmək qəti qadağandır. Tibb bacısı bunu xəstəyə və onun qohumlarına deyir, buna sözsüz əməl olunmasına nəzarət edir. Xoranın tez sağalması üçün müxtəlif cür isti fizioterapevtik proseduralardan istifadə edirlər. Tibb bacısı xəstəni fizioterapiya kabinetinə göndərir, proseduradan sonra onun vəziyyətinə diqqət yetirir. Xora xəstəliyinin dərmanla müalicəsində qələviləşdirici maddələr, atropin, V qrupu vitaminləri, sinir sisteminə tə'sir edən, mə'dənin şirə ifrazını və peristaltikanı azaldan preparatlar tə'yin edirlər. Xora xəstəliyinin müalicəsində xəstəliyin müvafiq dövrünə görə seçilən müalicə qidası əsas rol oynayır. (bax: Müaliçə qidası).

Xəstədə gecələr ac ikən ağrılar olarsa, qabaqcadan gecəyə şirin açıq çay, suxari tədarük görüb çarpayının yanındakı tumboçkaya qoymaq lazımdır, adətən suxari ilə çay içdikdə ağrılar kəsir. Xəstə remissiya dövründə şirə ifrazını artıran yeməklərdən (şoraba, hisə verilmiş kolbasa və balıq, ət, tə-rəvəz və göbələkdən bişirilmiş qatı şorba, yağda qızardılmış yeməklər, balıq və konservlər, tünd qəhvə) çəkinməlidir. Lakin xəstənin qida payında kifayət qədər tamdəyərli zülallar, yağlar, karbohidratlar, mineral duzlar və vitaminlər olmalı, onun kaloriliyi orqanizmin tələbatını ödəməlidir. *Qida* qəbulu arasında fasilə 4 saatdan çox olmamalıdır. Gecə yatmamışdan 1 saat əvvəl yüngül axşam yeməyi yeyilir. Xəstənin yaxşı əhvalını saxlamaq üçün kəskinləşmədən 4—5 aydan sonra qida rejimini tədricən genişləndirmək, xəstəni ümumi stola keçirmək olar, lakin kimyəvi qıcıqlandırıcılardan qoruma prinsipi gözlənilməlidir.

Xoralı xəstəni xəstəliyin bütün dövrlərində müşahidə altında saxlamaq lazımdır, çünki xəstəliyin nisbətən salamat keçməsinə baxmayaraq birdən-birə qanaxma baş verə bilər, yaxud xora deşilə bilər, belə halda tə'cili cərrahi yardım göstərilməlidir. Bə'zən mə'də qanaxmasını xəstə özü hiss etmir, "qəhvə xıltı" qusmur, yalnız qısamüddətli yüngül ürəkgetmə, birdən-birə zəifləmə, başgicəllənmə olur və soyuq tər gəlir. Ola bilsin ki, 1—2 gündən sonra nəcisin qara rəngdə olmasına xəstə əhəmiyyət verməsin. Tibb bacısı bilməlidir ki, xoralı xəstələrdə ürəkgetmə daxili qanaxma ilə əlaqədar ola bilər, xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirmək üçün dərhal müalicə həkiminə və ya növbətçi həkimə xəbər vermək lazımdır.

Xoralı xəstələr dispanşer müşahidəsində olmalı, poliklinikada və ya işlədiyi yerin tibb-sanitariya hissəsində residivə qarşı müalicə olunmalıdırlar. Tibb bacısı xəstəni növbəti kliniki və rentgenoloji müayinəyə çağırır, evdə yemək rejiminin təşkili barədə onun qohumları ilə söhbət edir, papiros çəkməyə və spirtli içkilər içməyə yol verilməməsini izah edir. Xəstəlik əksər hallarda yazda və payızda kəskinləşdiyi üçün həmin dövrdə profilaktika məqsədilə pəhriz və

dərmanla müalicə kursu keçirmək lazımdır. Bu cür müalicə kursunu zavod, sanatoriya nəzdindəki gecə profilaktoriyasında və evdə keçirmək olar. Müalicəni evdə apardıqda xəstə işdən sonra çox vaxt yataqda olmalıdır. Kəskinləşmə olmadıqda xəstə həmişəki işi görə bilər, ona ağır fiziki iş görmək və gecə növbəsində işləmək olmaz. Xoralı xəstələrdən mə'də şirəsi götürmək, mə'dəni və onikibarmaq bağırsağı rentgenoskopiyaya hazırlamaq tibb bacısının vəzifəsidir.

QARACİYƏRİN, ÖD KİSƏSİNİN VƏ ÖD YOLLARININ XƏSTƏLİKLƏRİ. Əsas əlamətləri sarılıq, tünd sidik, açıq rəngli nəcis ifrazı, dəridə qaşınma, çoxqanama, assitdir. Bütün bunlara səbəb qaraciyərin ayrı-ayrı funksiyalarının pozulmasıdır.

Qaraciyərin xəstəliklərində *sarılıq* ya mexaniki maneə olduqda (şiş, daş), ya da qaraciyər hüceyrələrinin zədələnməsilə əlaqədar qaraciyər kapillyarlarının keçiriciliyi artdıqda ödün normal axmasının pozulması nəticəsində əmələ gəlir, qanda bilirubinin və öd turşularının miqdarı artır, dəri və görünən selikli qişalar sarımtıl rəng alır, sidikdə öd piqmentlərinin miqdarı artır, *sidik tünd rəng* alır. Öd turşuları dəridə toplanıb sinir uclarını qıcıqlandırır və xəstəyə əzab verən dəri qaşınması əmələ gəlir. Bağırsaqlara kifayət qədər öd gəlmədikdə *nəcis açıq rəngdə* olur, öd çatışmadıqda yağlar sorulmur. Həzm olunmamış yağlar nəcisə qarışıb çıxır və ona yağlı şəkil verir. Qanda öd turşularının həddindən artıq toplanması *bradikardiyaya* və *hipotoniyaya* səbəb olur; çox vaxt sarılığı olan xəstələrdə belə olur. Qaraciyərin müxtəlif xəstəliklərində qaraciyər hüceyrələrinin zədələnməsi əvvəl-axır qaraciyər toxumasının xeyli hissəsinin birləşdirici toxuma ilə əvəz olunmasına, qaraciyər sirrozunun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu vaxt qapı venasının xırda şaxələri sıxılır, qapı venası sistemində qan pis axır, nortal hipertoniya baş verir. Qanın portal vena ilə axını çətinləşdikdə qanın maye hissəsi qarın boşluğuna çıxması *assit* əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bağırsaqlarda sorulma pozulur, xəstələr tədricən arıqlayır. Qaraciyər parenximası zədələndikdə qanın normal laxtalanması üçün lazım olan protrombinin sintezi pozulur ki, bunun da nəticəsində patoloji *qanama* əmələ gəlir. Qaraciyər toxumasının gündən-günə artan zədələnməsi qaraciyərin zərərsizləşdirmə (antitoksik) funksiyasının pozulmasına səbəb olur, orqanizm üçün zərərli maddələr toplanır, *qaraciyər koması* əmələ gələ bilər.

Qaraciyər xəstəlikləri olan şəxslər diqqətli müşahidə altında olmalı və onlara yaxşı qulluq edilməlidir. Çox vaxt rejimdən azca kənara çıxdıqda xəstələrin vəziyyəti ağırlaşır. Bu, ən çox qaraciyər hüceyrələri zədələnmiş xəstəliklərə aiddir. Qida rejiminin qaba şəkildə pozulması, çox hərəkət etmək prosesin gedişini ağırlaşdırıb qaraciyər çatmamazlığı və koma əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Tibb bacısı xəstənin vəziyyətinə, onun fəallığına, əhvalına, özünü necə hiss etməsinə diqqət yetirir. Çox vaxt qaraciyər çatmamazlığından əvvəl

xəstədə qabaqlar olmayan süstlük, bikeflik olur, iştahası pozulur. Xəstənin vəziyyətində baş verən hər cür dəyişikliyi tibb bacısı müalicə edən həkimə xəbər verir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, inkişaf etməkdə olan qaraciyər çatışmazlığında xəstəyə nə qədər tez tə'cili yardım göstərilsə, nəticəsi bir o qədər yaxşı olar. Yataq rejimi gözləməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Fiziki hərəkətlər azaldıqda orqanizm az enerji sərf edir və beləliklə, qaraciyərin işi azalır, bundan başqa yataqda bədənin bir bərabərdə qızması qaraciyərdə qan dövranını yaxşılaşdırır ki, bu da onun funksiyasının bərpa olunmasına kömək edir. Parenximatoz sarılığı olan bütün xəstələr vəziyyətləri zahirən yaxşı görünməsinə baxmayaraq mütləq yataq rejimində olmalıdırlar. Qaraciyər xəstəliklərinin müalicəsində pəhriz saxlamağın böyuk əhəmiyyəti vardır (bax: Müaliçə qidası).

Tibb bacısı ağır xəstələri yedizdirir, onlara evdən gətirilən xörəkləri yoxlayır. İcazə verilməyən xörəkləri geri qaytarır. Qaraciyər xəstəliyi zamanı assit varsa, içilən suyu azaldırlar, lakin xörək duzunun gündəlik dozasını 4—5 q-a endirirlər. Çox vaxt assit böyüdükdə qarın boşluğunu punksiya etmək lazım gəlir. Tibb bacısı bu əməliyyatı aparmaqda həkimə kömək edir. Lazımi alətləri və dərmanları hazırlayır, punksiyadan əvvəl xəstənin sidik kisəsini mütləq boşaltmasına nəzarət edir. Punksiyadan sonra xəstə yataq rejimi gözləməlidir. Qaraciyər xəstəliklərində müalicə məqsədilə daxilə sirop şəklində xeyli miqdarda qlükoza verir, onu damcı yolu ilə, imalə ilə dərialtına və venaya yeridirlər. Qlukozanın yaxşı mənimsənilməsi üçün dərialtına 8 vahid insulin vururlar. İnsulin vurduqda yadda saxlamaq lazımdır ki, o qanda şəkəri azaldır və hipoqlikemiya reaksiyasına (zəiflik, çox tərləmə, titrətmə) səbəb olur. Buna görə də insulin vurduqdan sonra xəstəni mütləq yedizdirmək, hipoqlikemiyanın ilk əlamətləri görünəndə isə 2—3 parça qənd vermək, venaya 20 ml 40%-li qlükoza məhlulu vurmaq və həkim çağırmaq lazımdır. Tibb bacısı dərinin, selikli qişaların rənginə, nəcisin və sidiyin xarakterinə, rənginə diqqətlə nəzarət edir. O öz müşahidələrini müalicə edən həkimə deyir, çünki dərinin və nəcisin rənginin dəyişməsinin müəyyən diaqnostik və proqnoz əhəmiyyəti vardır. Tibb bacısı qanda bilirubinin miqdarını tə'yin etmək və qaraciyərin başqa sınaqlarını aparmaq üçün xəstədən acqarına qan götürür. Sarılıqda xəstəyə əzab verən dəri qaşınmasını dərini 1%-li mentol və ya salisil spirti ilə silmək, antihistamin preparatları (dimedrol, pipolfen), ılıq duş qəbul etmək xeyli azaldır. Dözülməz dərəcədə dəri qaşınması olan xəstələrin əllərinin təmiz olmasına, dırnaqların vaxtlı-vaxtında tutulmasına fikir vermək lazımdır ki, qaşıdıqda dəriyə irin infeksiyası keçməsin.

Xroniki hepatit—qaraciyər toxumasının xroniki iltihabı; adətən kəskin hepatit (Botkin xəstəliyi) keçirdikdən sonra baş verir. Xəstəliyin kəskinləşmə və remissiya dövrləri olur. Xəstələr sağ tərəfdə qabırğanın

altındakı ağrılardan şikayətlənir, ağızda acı dad hiss edirlər, iştahaları pozulur, gəyirmə, arıqlama, zəiflik olur. Kəskinləşmə dövründə sarılıq əmələ gəlir, yaxud çoxalır, temperatur qalxır, xəstənin ümumi vəziyyəti xeyli pisləşir. Xroniki hepatiti kəskinləşmiş xəstə stasionarda müalicə olunmalıdır. Kəskinləşmədən kənar vaxt xəstə kifayət qədər zülal, karbohidrat və vitaminlər olan pəhriz saxlamalıdır. Hər gün 200—300 q təzə kəsmik yemək məsləhət görülür, çünki kəsmikdə qaraciyərin funksiyasını qaydaya salan amin turşuları—metionin və sistin vardır. Yağları 60 q-a salmaq lazımdır, buraya həm kərə yağı, həm də bitki yağı daxildir. Çətin əriyən heyvani yağlar, kəskin xörəklər, hisə verilmiş kolbasa yemək olmaz. Spirtli içkilər qəti qadağandır. Xəstə gün ərzində 1500 ml-ə qədər maye içir. V qrupu vitaminləri, xüsusilə V_{12} vitamini, askorbin turşusunu parenteral yeritmək lazımdır. Çox vaxt xroniki hepatitlə bərabər öd ifrazı da pozulmuş olur, buna görə də ödqovan dərmanlar qəbul etmək və mineral sular içmək vacibdir.

Remissiya dövründə xəstə yünkül iş görə bilər, lakin üşüməməli və hətta qısamüddət belə fiziki iş görməməlidir. Xroniki hepatitli xəstə dispanser müşahidəsində olmalıdır, tibb bacısı patronaj işi aparır, xəstəni növbəti müayinəyə çağırır.

Remissiya dövründə xəstə ixtisaslaşmış sanatoriyalarda sanatoriya-kurort müalicəsində olmalıdır.

Qaraciyər sirrozu—xroniki hepatitin nəticəsidir; bu vaxt iltihab və distrofiya nəticəsində qaraciyər toxumasını birləşdirici toxuma əvəz edir. Qaraciyər parenximasının atrofiyası nəticəsində onun əsas funksiyaları pozulur, portal hipertoniya inkişaf edir, dalaq böyüyür, assit əmələ gəlir, xəstələr arıqlayırlar. Assitlə ağırlaşmış qaraciyər sirrozu olan xəstələr stasionarda və evdə müalicə olunurlar. Bu vaxt ən mühüm şərt fiziki hərəkətləri son dərəcə azaltmaq və ciddi pəhriz saxlamaqdır. Xəstələr özlərinə tam qulluq edə bilmirlər və kənardan qulluq edilməsinə ehtiyacları olur. Xəstə turşumuş süd məhsulları (kefir, qatıq, kəsmik), yağsız balıq və suda bişmiş ət, yumurtanın ağı, çox şor olmayan və yağsız pendir sortları, yulaf yarmasından bişirilmiş sıyıq və sup yeməlidir. Zülalların sutkada ümumi miqdarını gündə 200 q-a çatdırırlar, çünki, adətən, belə xəstələrdə zülal distrofiyası əmələ gəlir. Xəstələr gündə 500 q karbohidrat almalıdırlar, bunun 200 q-ı şəkər olmalıdır. Yağları az—40 q-a qədər, xörək duzunu 4—5 q-a qədər verirlər. Xəstələrə V qrupu vitaminləri vurulmalı, təzə meyvə verilməlidir. Assit artdıqda qarın boşluğunu punksiya edirlər. Tibb bacısı punksiya (bax) vaxtı həkimə kömək edir. Ehtiyac olduqda və lazımi şərait varsa təkrar punksiyaları evdə də aparmaq olar. Tibb bacısı həkimə kömək edir, sonra isə təzədən xəstəyə baş çəkir, özünü necə hiss etməsini və vəziyyətini soruşur.

Öddaşı xəstəliyi. Xəstəliyin mahiyyəti öd kisəsində və öd yollarında daş əmələ gəlməsindən ibarətdir. Xəstəliyin inkişaf etməsinə öd

yollarının infeksiyaları, maddələr mübadiləsinin pozulması, öd kisəsinin yığılma qabiliyyəti pozulduğu üçün öd kisəsində öd durğunluğu kömək edir. Xəstəliyin ən mühüm və başlıca əlaməti qaraciyər sancısıdır, birdən-birə sağ qabırğaaltında kəskin ağrılar əmələ gəlib sağ qola və kürəyə verir, çox vaxt ürəkbulanma və qusma olur. Sançı tutması bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edə bilər, sancıya səbəb daşların öd yollarında hərəkətidir. Öd yollarını daş tutduğu üçün çox vaxt tutmadan sonra sarılıq olur. İnfeksiya qoşulub öd kisəsinin iltihabı əmələ gəldikdə (xolesistit) temperatur qalxır. Qaraciyər sancısında tə'cili yardım göstərmək lazımdır. Öd yollarının saya əzələlərinin spazmını götürən dərmanlar, məsələn, atropin vururlar. İltihab əlamətləri olmadıqda isitqac qoymaq olar. Sarılıq və ya kəskin xolesistit əlamətləri olduqda xəstəni dərhal stasionarın cərrahiyyə şö'bəsinə qoymaq lazımdır. Qaraciyər sancısından şübhələndikdə tibb bacısı həkimi çağırır, həkim tə'yin etməyincə ağrıları götürmək üçün narkotik maddə vurmaq olmaz. Sancı tutmaları bə'zən illərlə baş vermir və xəstəliyin heç bir başqa əlaməti olmur.

Rejimin və qulluğun təşkili xəstəliyin inkişafının və kəsginləşməsinin qarşısını almağa yönəldilməlidir. Xolesterinlə zəngin qida (beyin, qaraciyər, böyrək, yumurtanın sarısı), ət bulyonu, donuz, mal və qoyun piyi, yağlı balıq, hisə verilmiş kolbasa az yeməklə pəhriz saxlamağın böyük əhəmiyyəti vardır. Qidanı daha çox suda bişirməli, xəmir xörəkləri, peçenye, yağlı xəmirdən bişirilmiş şeylər, xüsusən öddaşı xəstəliyi vaxtı piylənmə də varsa, az yemək lazımdır. Bitki və kərə yağını çox azaltmaq lazım deyil. Az-az yemək—hər 4 saatdan bir az-az yemək öd kisəsinin vaxtlı-vaxtında boşalmasına kömək edir. Mə'dənin və bağırsaqların çox dolması, əksinə, öd kisəsində durğunluğa səbəb olur.

Qəbizlikdə iri undan bişirilmiş çörək, sellülozla zəngin qida (çuğundur, kələm, alma, gavalı) yemək lazımdır. Lazım gəldikdə həkimin tövsiyə etdiyi işlətmə dərmanı içmək olar.

Kifayət qədər (gündə 6—8 stəkan) maye içmək ödün onikibarmaq bağırsağa tökülməsinə kömək edir. Oturmuş vəziyyətdə öd kisəsi çətin boşalır, buna görə də öddaşı xəstəliyi olan şəxslərin işi oturaq işdirsə, onlara məsləhət görmək lazımdır ki, gündə bir neçə dəfə bədənin vəziyyətini dəyişən gimnastika və tənəffüs hərəkətləri etsinlər. Bu vaxt diafraqmanın hərəkətləri qaraciyərdə qanın axınını, öd ifrazını yaxşılaşdırır və bağırsaqların peristaltikasını artırır. Fiziki hərəkətlərin miqdarını xəstənin yaşından, yanaşı gedən xəstəliklərin ağırlığından asılı olaraq tə'yin edirlər. İşdən sonra piyada gəzmək lazımdır. Tutmalar arasındakı dövrdə dərmanlardan ödqovucu və spazmı götürən dərmanlar, bunların müxtəlif cür kombinasiyalarını tə'yin edirlər, bunlar öd yollarının spazmını götürür və ödün yaxşı çıxmasına kömək edir. Ödqovucu dərmanları yeməkdən qabaq qəbul edirlər.

Öd yolları xəstəliklərinin diaqnostikası və müalicəsində duodenal zondsalmanın mühüm əhəmiyyəti vardır. Zondla öd götürüb onun hər üç porsiyasına mikroskop altında baxmaq müvafiq antibiotikləri birbaşa onikibarmaq bağırsağa yeritmik mümkündür. Bundan başqa, zondsalma ödün daha yaxşı axmasına kömək edir. Duodenal zondlamanı (bax) stasionarda və poliklinikada tibb bacısı keçirir. Ev şəraitində ödqovucu müalicə kimi hər gün acqarına yarım çay qaşığı maqnezium-sulfatı yarım stəkan qızdırılmış mineral suda əridib vermək olar. Müalicə kursu 10 gündür; 2 həftədən sonra təkrar edilir.

Zondun bir növü olan *kor zondlamanı* da tövsiyə etmək olar: xəstə sağ böyrü üstə qaraciyər nahiyəsinə isitqac qoyub uzanmalı, 1 $^{1}/_{2}$ saat ərzində bir şüşə isidilmiş mineral su içməlidir. Öd kisəsində daşları tapmaq və öd kisəsinin yığılma qabiliyyətini tə'yin etmək üçün venadaxili və ya peroral xolesistoqrafiya aparırlar, öddaşı xəstəliyinin diaqnostikasında bu xeyli kömək edir. Xəstəni xolesistoqrafiyaya da (bax) mə'dənin rentgenoskopiyasına olduğu kimi hazırlayırlar. Venadaxili xolesistoqrafiyada qabaqca venaya 1 ml preparat (biliqnost) yeridib, baxmaq lazımdır, çünki tam dozanı vurduqda, bə'zi xəstələrdə ağır reaksiya əmələ gəlir (bədən götürmür).

BÖYRƏKLƏRİN XƏSTƏLİKLƏRİ. Əsas əlamətləri: ödemlər, hipertoniya, sidiyin tərkibinin dəyişməsi, onda zülal, eritrosit və leykositlər olmasıdır. *Ödemlər* nefronun yumaqcıq və kanalcıqlarını zədələyən böyrək parenximasının kəskin iltihab xəstəliklərində əmələ gəlir. Ödem kəskin şəkildə əmələ gəlir, çox vaxt sifətdən başlayır, sonra gövdəyə, ətraflara keçir, bə'zən boşluq hidropsu əmələ gəlir. Böyrək ödemlərinin mənşəyi kapillyarların keçiriciliyinin pozulması və qanın plazmasında zülalların azalmasıdır. Böyrək xəstəliklərində arterial təzyiqin qalxmasına səbəb böyrəyin daxilində qanın hərəkətinin pozulması, böyrək toxumasının işemiyasıdır. Hipertoniya zamanı xəstəyə əzab verən baş ağrıları olür, ürəyin sol mə'dəciyinin işi çox artır və ürək astması tutması təhlükəsi yaranır. Böyrək xəstəliklərində qanın analizinin böyük əhəmiyyəti vardır, analiz vasitəsilə sutkada nə qədər sidik çıxdığını, onun xüsusi çəkisini, reaksiyasını, zülal olub-olmamasını, sidik çöküntüsünün tərkibini tə'yin edirlər. Böyrək xəstəliklərində çox vaxt sidikdə zülal (*albuminuriya*) və bununla əlaqədar olaraq silindrlər olur. Böyrək parenximasının kəskin iltihabında, böyrəklərin və sidik yollarının şişlərində, sidik kisəsinin, sidik axarlarının selikli qişasının müxtəlif zədələnmələrində sidikdə qan ola bilər (*hematuriya*). o laxta, xırda qurdlar şəklində olub bə'zən sidiyi ət suyuna (*makro hematuriya*) oxşadır, yaxud mikroskopla baxdıqda sidik çöküntusü şəklində olur. Sidik yollarının, böyrək ləyənlərinin, sidik kisəsinin iltihab xəstəlikləri zamanı sidikdə leykositlər və irin olur (*piuriya*). Sidik ifrazı ahənginin dəyişməsi, gecə sidik ifrazının artması (*nikturiya*), Zimnitski sınağı ilə tə'yin edilən (bax) sidiyin hər porsiyasının xüsusi çəkisinin azalması böyrəklərin qatılaşdırma

qabiliyyətinin pozulmasını göstərir. Adətən, böyrək xəstəliklərinin son mərhələlərində böyrəklərin azot ifrazetmə funksiyasının pozulmasını xəstənin venasından götürülən qanın qalıq azota görə analizi təsdiq edir. Normada qanda qalıq azotun miqdarı 14,3—28,6 m mol/l-dir. Böyrəklərin azot ifrazetmə qabiliyyətinin pozulması nəticəsində qanın qalıq azotunun miqdarı artdıqda (*azotemiya*) orqanizm zülal mübadiləsi məhsulları ilə tədriclə zəhərlənir və uremiyanın xarakter klinik mənzərəsi alınır. Böyrək çatışmazlığını müəyyən dərəcədə kompensə edən mə'də-bağırsaq yollarının buraxdığı azotlu şlaklar mə'dənin və bağırsaqların selikli qişasını qıcıqlandırır, qusma və ishala səbəb olur. Baş ağrısı və yüksək arterial təzyiqlə birlikdə olan ürəkbulanma və qusma bə'zən böyrək parenximasın və kəskin xəstəlikləri zamanı baş verən beyində qan dövranı pozğunluğu ilə əlaqədar ola bilər.

Kəskin böyrək xəstəliklərində, yaxud xroniki böyrək xəstəliklərinin kəsginləşməsində xəstə stasionarda müalicə olunmalıdır. Mütləq yataq rejimi gözləmək lazımdır. Bədənin üfqi vəziyyəti və qızması böyrək damarlarının genişlənməsinə kömək edir və böyrəyin içərisində qanın hərəkətini yaxşılaşdırır. Bundan başqa, yataq rejiminə əməl etdikdə orqanizm az enerji sərf edir, zədələnmiş böyrək toxumasına az ağırlıq düşür. Tibb bacısı yataq rejiminə sözsüz əməl olunmasına nəzarət edir, xəstəyə başa salır ki, bunu pozduqda, həddindən çox hərəkətdə olduqda, xəstəliyin kəskin şəkli sağalmayan xroniki şəklə keçə bilər.

Böyrəyin hemodinamikasını yaxşılaşdırmaq üçün bel nahiyəsinə isitqac qoyurlar. Sidiyin miqdarı çox azalanda (oliquriya) bel nahiyəsinə diatermiya qoyur, yaxud Vişnevski üsulu ilə paranefral novokain blokadası aparırlar. Hər iki prosedura böyrəklərdə qan dövranını yaxşılaşdırır, diurezi artırır. Tibb bacısı paranefral novokain blokadası aparmaqda həkimə kömək edir, alətləri və dərmanları hazırlayır, blokadadan sonra xəstənin vəziyyətinə diqqət yetirir.

Pəhriz saxlamaq böyrək xəstəliklərinin müalicəsində əsas metodlardan biridir. Tibb bacısı xəstəyə tə'yin edilmiş yemək və içmək rejimini xəstənin yerinə yetirməsinə nəzarət edir. Böyük ödemlər və hipertoniya ilə müşayiət olunan kəskin böyrək xəstəliklərində ya 1—3 gün yeməmək və içməmək, ya da mayeni azaltmaq, lakin meyvə və qlükoza vermək tövsiyə edilir. Birinci halda xəstə heç nə yemir və içmir, venaya vitaminlərlə birlikdə qlükoza vurulur. Bu cür ciddi rejimdə olanda adətən xəstə özünü yaxşı hiss edir, ödemlər çəkilir, arterial təzyiq düşür, bundan sonra xəstə yavaş-yavaş, tədricən yeməyə başlayır, lakin körək duzu cəmi 3—4 q verilir. Hisə verilmiş hər cür kolbasa, duza və sirkəyə qoyulmuş tərəvəz pəhrizdən çıxarılır. Bu cür tələbləri 7 №-li və 76 №-li pəhriz ödəyir. Təzə meyvə və tərəvəzlə çoxlu S vitamini qəbul edilməlidir. Diurezi yaxşılaşdırmaq üçün xəstəyə ancaq; şəkər, meyvə, qarpız verilən günlər tətbiq edilir. Tibb bacısı xəstəyə bu cür günlərin necə aparılmasını izah edir. Ödemlərin

azalmasına və orqanizmdən suyun çox çıxmasına kalium duzları kömək edir; bunlar dərman şəklində və kaliumla zəngin qida ilə verilir (düyü, qaysı qurusu, kartof).

Kəskin hallar azalandan sonra və böyrəklərin azot çıxarma qabiliyyəti pozulmamış xroniki xəstəliklərində xəstə zülal, karbohidrat, yağ və vitaminlə zəngin qida yeməlidir, lakin xörək duzunu yenə də əvvəlki kimi azaldırlar. O, sutkada 5 q-dan çox olmamalıdır: duzlu xörəklər, spirtli içkilər qətiyyən olmaz. Böyrəklərin azotçıxarma funksiyası pozulduqda qidada zülallar çox azaldılır, bə'zi hallarda qəti zülal olmayan pəhriz tə'yin edilir. Belə xəstələr çoxlu maye içməli, onlara parenteral məhlul yeridilməlidir. Bütün bunlar orqanizmin azotlu şlaklarla, zülal mübadiləsi məhsulları ilə zəhərlənməsini azaldır. Çoxlu albuminuriya ilə keçən və bunun nəticəsində qan plazmasında zülalın azaldığı (hipoproteinemiya) böyrək xəstəliklərində qida ilə xəstənin bədən çəkisinin hər kiloqramına 2 q zülal hesabilə çoxlu zülal yeritmək tövsiyə edilir. Xəstələrə əlavə suda bişmiş ət, balıq, kəsmik tə'yin edirlər. Mayeni və xörək duzunu azaldırlar. Bə'zi hallarda bu çür xəstələrə qan plazması vururlar.

Kəskin böyrək xəstəliyi olan, yaxud xroniki böyrək xəstəliyi kəskinləşmiş xəstə diqqətli müşahidə altında olmalı və ona yaxşı qulluq edilməlidir. İlk baxışda xəstənin vəziyyətində əhəmiyyətsiz kimi görünən dəyişikliklər çox qorxulu ağırlaşmaların "carçısı" ola bilər, buna görə də bunlar tibb bacısının diqqətindən yayınmamalıdır. Dərinin son dərəcə quru olması və qaşınması, iştahanın pozulması, ürəkbulanma, qusma, yanğının şiddətlənməsi böyrək çatmamazlığının artmasını və uremiya başladığını göstərir. Xəstələrin psixikasına fikir vermək lazımdır, çünki azotlu uremiyadan qabaq xəstələr bikef, gündüz yuxucul olurlar və gecələr yata bilmirlər, gözləri pis görür. Bu əlamətlərdən hər hansı biri olduqda dərhal həkimə xəbər vermək lazımdır. Böyrəklərin kəskin və xroniki xəstəliklərində çox vaxt ürək çatmamazlıqları əmələ gəlir, buna görə də tibb bacısı tənəffüsün tezliyinə, xəstənin nəbzinə, arterial təzyiqə fikir verməlidir. Tibb bacısı müşahidənin nəticələrini müalicə həkiminə xəbər verir. Böyrək xəstəlikləri ilə əlaqədar ağır hallarda tə'cili yardım kimi xəstədən qan alır, venaya birbaşa və damcı üsulu ilə dərman vurur, mə'dəni yuyur, təmizləyici imalə qoyurlar. Tibb bacısı bu proseduraları mükəmməl bilməlidir ki, xəstəyə vaxtında lazımi yardım göstərə bilsin.

Kəskin nefrit—böyrək yumaqcıqlarının infeksion-allergik iltihabıdır (qlomerulonefrit). Adətən, xəstəlik streptokokk infeksiyasından (angina, skarlatina, qızılyel) və bədən çox üşüdükdən sonra əmələ gəlir. Xəstəlik kəskin şəkildə başlayır: ödemlər, başağrısı, hipertoniya, bel nahiyəsində küt ağrılar olur, temperatur qalxır.

Birinci gunlər oliquriya olur, sidikdə qan olduğu üçün çox vaxt o, ət yuyulmuş suyu xatırladır. Xəstə stasionarda müalicə olunmalıdır.

Xəstəni evdən ancaq sanitariya maşınında aparmaq lazımdır. Xəstə ciddi yataq rejimində olmalıdır. Böyrək ödemlərində və hipertoniyada aclıq və susuzluq rejimi tə'yin edirlər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, xəstəliyin birinci günləri bə'zən beyin ödemi nəticəsində eklampsiya tutması baş verir, buna görə də tibb bacısı xəstədən gözünü çəkməməlidir. Baş ağrısının artması, psixikanın dəyişməsi, arterial təzyiqin qalxması, gözün pis görməsi xəstəyə qulluq edən adamları düşündürməlidir. Xəstəni lüzümsuz qıçıqlardan (parlaq işıq, ucadan danışmaq və s.) qorumaq lazımdır. Vaxtında çoxlu qan almaq, venaya və ya əzələyə maqnezium-sulfat vurmaq, imalə ilə xloralhidrat yeritməklə eklampsiya komasının qarşısını almaq mümkündür.

2—3 gün ac və susuz qaldıqdan sonra xəstəyə meyvə, yaxud şəkər günləri tə'yin edirlər: 150—200 q şəkər və 500 q su, yaxud həmin miqdarda meyvə verirlər. Körək duzunu pəhrizdən tamam çıxarırlar. Bu cür pəhriz saxladıqda və yataq rejiminə əməl etdikdə, adətən, xəstələrin vəziyyəti yaxşılaşır, arterial təzyiq düşür və ödemlər azalır. Tədricən pəhrizə başqa qidalar daxil edirlər. Xəstə şəkər, meyvə, duzsuz ağ çörək, yağ, kəsmik, xama, kartof, sıyıq alır. Sutkalıq qida payında zülallar 25 q, yağlar 60 q, karbohidratlar 350 q olur; 1 l-ə qədər maye verilir. Xəstə palatada yeyib-içir, tibb bacısı onun ancaq tə'yin edilmiş pəhriz almasına nəzarət edir. Xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqda onu 7 №-li stola keçirirlər. Ona çoxlu S vitamini verilməlidir.

Tibb bacısı xüsusilə xəstəliyin kəskin dövründə xəstəyə çox qayğı göstərir; dərisinə, ürək-damar sisteminin vəziyyətinə, sidik ifrazına diqqət yetirir, sutkalıq diurezi ölçür. Xəstənin sağalmasının me'yarı bütün kliniki və laboratoriya göstəriciləridir. Kəskin nefrit keçirmiş xəstə fiziki iş görməməli, özünü soyuqdan qorumalıdır. Ağız boşluğunu və burun-udlaqda infeksiya ocaqlarını (kariyes dişlər, badamcıqlar) sanasiya etmək lazımdır. Hər cür soyuqdəymə nefritin kəskinləşməsinə təkan verə bilər. Buna görə də soyuqdəymə xəstəliyindən sonra sidiyi analiz etmək lazımdır. Belə şəxslər rütubət olmayan, isti otaqda işləməlidirlər. Spirtli içkilər içmək qətiyyən olmaz.

Xroniki nefrit—adətən qabaqlar keçirilmiş kəskin nefrit nəticəsində baş verir. Bə'zən xəstəliyin kəskin mərhələsini xəstə özü və onun ətrafındakılar bilmədən keçirir, yalnız xroniki nefritin geniş klinik mənzərəsinə, əsasən xəstənin bundan əvvəl kəskin nefrit keçirdiyi mə'lum olur. Xəstəlik vaxtaşırı baş verən kəskinləşmələrlə gedir, bunun nəticəsində getdikcə çox yumaqcıq zədələnir, böyrək çatmamazlığı və azotemik uremiya baş verir, xroniki nefritli xəstənin ölümünə səbəb də budur. Zimnitski sınağında sidiyin xüsusi çəkisinin aşağı olması və bunun sidiyin ayrı-ayrı porsiyalarında az fərqlənməsi, gecələr sidiyin çox ifraz olunması böyrək parenximasının yayılmış zədələnməsini, xeyli yumaqcığın sıradan çıxıb birləşdirici toxuma ilə əvəz olunduğunu göstərir. Adətən, xəstəliyin kəskinləşməsinə streptokokk (angina, qızılyel iltihabı), yuxarı tənəffüs yollarının virus xarakterli xəstəlikləri, üşümə təkan

verir. Buna görə də xroniki nefritli xəstə özünü soyuqdəymədən və hər cür soyuqdan qorumalıdır; soyuq havada isti paltar və o ayaqqabı geyməlidir. Ağır fiziki işdə işləməməli və iş yeri soyuq olmamalıdır.

Xroniki nefritin kəskinləşdiyi dövrdə xəstə stasionarda müalicə olunmalıdır. Kəskin nefritdəki kimi ciddi yataq rejimi və pəhriz gözləməlidir. Böyrəklərin azotçıxarma funksiyasının pozulması əlamətləri olduqda (yanğının artması, dərinin və selikli qişaların quruluğu, iştahanın pozulması, ürəkbulanma, qusma, ishal, ağızdan ammonyak iyi gəlməsi, arterial təzyiqin həmişəkindən yüksək olması, yuxunun pozulması, bikeflik, qanda qalıq azotun çoxalması) pəhrizdə zülalı çox azaldırlar (sutkada 25 q-a qədər verilir), dezintoksikasiya məqsədilə dərialtına və ya venaya damcı üsulu ilə 5%-li qlükoza məhlulu və 0,85%-li natrium-xlorid məhlulu vururlar; bədəndə suyu saxlamaq üçün venaya natrium-xloridin hipertonik məhlulunu vurur, mə'də-bağırsaq yolunun ,ifraz etdiyi azotlu şlakları kənar etmək üçün mə'dəni bir neçə dəfə yuyur, hündür təmizləyici imalələr qoyurlar. İçilən suyu azaltmırlar, xörək duzunun sutkalıq miqdarını 8 q-a çatdırırlar. Bütün bu işləri vaxtında gördükdə uremik komanın əmələ gəlməsini uzatmaq, bə'zən də tamam qarşısını almaq mümkündür. Xəstəlik kəskinləşməyən dövrdə böyrəklərin azotburaxma funksiyası pozulmayıbsa, xəstə vitaminlərlə zəngin müxtəlif və tamdəyərli qida yeməlidir. Spirtli içkilər qəti qadağandır. Xəstəlik kəskinləşməyən dövrdə və başqa orqanlar tərəfindən əks-göstəriş yoxsa, xroniki nefritli xəstələr quru və isti iqlimi olan kurortlarda (Türkmənistan, Şimali Qafqaz, Krımın Cənub sahili) müalicə olunmalıdırlar.

Pielit—böyrək ləyənlərinin iltihabı. Xəstəliyi böyrək ləyənlərinə düşən mikroorqanizmlər törədir. Çox vaxt isə xəstəliyi bağırsaq çöpü törədir. Mexaniki maneə nəticəsində (daşlar, prostat vəzinin adenoması, hamiləlik zamanı uşaqlığın böyüməsi) böyrək ləyənlərində sidik durğunluğu da xəstəliyin əmələ gəlməsinə kömək edir. Xəstəlik 39—40°S temperatur, titrətmə, beldə küt ağrılarla kəskin şəkildə başlayır. Çox vaxt xəstə tez-tez siyimək istəyir və siyidikdə ağrı olur. Sidik bulanıq olur. Mikroskopla baxdıqda sidik çöküntüsündə çoxlu leykosit tapılır. Çox vaxt xəstələr evdə müalicə olunub sağalırlar. Temperatur qalxdıqda xəstə yataq rejimi gözləməlidir. Çoxlu maye içmək tövsiyə edilir, xörək duzunu bir qədər azaldırlar. Kəskinləşmə hallarında həkimin tə'yin etdiyi antimikrob dərmanlar (sulfanilamidlər, geniş dairədə tə'sir edən antibiotiklər, furadonin) yaxşı tə'sir edir.

Böyrəkdaşı xəstəliyi—böyrək ləyənlərində daşlar əmələ gəlməsi. Bədəndə mineral və zülal mübadiləsinin pozulması əlamətidir. Sidik yollarının infeksiyası daşların əmələ gəlməsinə kömək edir. Daşlar sidiyin axmasına mane olub böyrək ləyənlərinin dartılmasına, sonra da böyrək parenximasının sıxılmasına və atrofiyasına səbəb olur. Sidik durğunluğu isə öz növbəsində, sidik yollarında infeksiya baş verməsinə səbəb olur. Daşlar böyrək ləyənləri və sidik axarlarının selikli qişalarını

zədələdikdə xəstə qanlı sidik ifraz edir. Xəstəlik sidik axarlarından daş keçərkən birdən-birə baş verən böyrək sancısı şəklində özünü göstərir. Tutmalar arasındakı müddət çox müxtəlif ola bilər. Böyrəkdaşı xəstəliyinin ağırlaşması olan sancı olmadıqda xəstə, adətən, özünü yaxşı hiss edir. Böyrək sancısı tutmasında zədələnmiş böyrək tərəfdə birdən-birə kəskin ağrılar olur. Bu ağrılar aralığa, cinsiyyət orqanlarına, qıçlara verir. Sonra xəstə tez-tez siyimək istəyir. Çox vaxt reflektor qusma da olur. Dözülməz ağrılardan xəstə özünə yer tapa bilmir, vurnuxur, çarpayıda çapalayır. Adətən, böyrək sancısı tutmasında mikro və makrohematuriya olur. Sancını evdə kəsmək mümkün olmadıqda xəstəni stasionarın cərrahi (uroloji) şö'bəsinə qoymaq lazımdır. Spazmı götürən maddələrdən və narkotik: analgetiklərdən başqa bel nahiyəsinə isitqac qoymaq və xəstəni isti vannaya salmaq kömək edir, belə ki, sidik axarlarının spazmı götürülür və beləliklə, daş çıxır. Tibb bacısı həkimin tə'yin etdiyi bütün əməliyyatları yerinə yetirir və ağrılar kəsənə qədər xəstənin yanından getmir. Tutma keçdikdət. sonra sidiyi analiz etmək lazımdır. Tutmadankənar vaxt aparılan müalicə maddələr mübadiləsinin qaydaya salınmasına və təzədən daş əmələ gəlməsinin qarşısını almağa yönəldilməlidir. Bu məqsədlə müvafiq qida rejimi, çoxlu maye tə'yin edilir, sidik yollarının infeksiyası müalicə edilir. Qidanın xarakteri daşların kimyəvi tərkibindən asılı olur. Sidik turşusu duzları olduqda ət və ekstraktiv maddələr az yeyilməlidir (qəhvə, kakao, ət və göbələk şorbası). Fosfat daşlarında tərkibində kalsium olan qida (süd məhsulları, yumurta, göyərti) yemək tövsiyə edilmir. Əksinə, ət, balıq, xəmir xörəkləri yemək olar. Hər gün 2 l maye içilməlidir.

MADDƏLƏR MÜBADİLƏSİNİN POZULMASI. Şəkərli diabet—sidikdə şəkər olması. Xəstəliyə səbəb mə'dəaltı vəzinin adacıq aparatı hüceyrələrinin kifayət qədər insulin hazırlamamasıdır. İnsulinin çatışmaması karbohidrat sonra da yağ mübadiləsinin qaba şəkildə pozulmasına səbəb slur, orqanizmin toxumaları şəkəri kifayət qədər mənimsəmir, qanda şəkərin miqda'rı artır (hiperqlikemiya), şəkər sidiklə çıxır (qlükozuriya). Xəstəlik illərlə və on illərlə davam edir. Şəkərli diabet xəstənin bütün ömrü boyu qalır. Xəstəliyin əlamətləri: həmişə yanğı olması, çoxlu sidik ifrazı (poliuriya)—sutkada 6—8 l-ə qədər, iştahanın çox olması və buna baxmayaraq xəstənin arıqlaması, gündən-günə, zəifləmə, dərinin (birinci növbədə aralığın) qaşınması. Xəstəlik inkişaf etdikdə yağ mübadiləsi pozulur, qanda yağların natamam yanma məhsulları çoxalır, asidoz və diabet koması əmələ gəlir (bax: "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsində *Diabet koması*).

Şəkərli diabetin müalicəsində xəstəliyin əsas təzahürlərini azaldan səmərəli pəhrizin mühüm əhəmiyyəti vardır. Pəhrizdə karbohidratları və yağları azaldırlar. Xəstədə ilk dəfə şəkərli diabet tapdıqda onu stasionarda müalicə etmək o daha yaxşıdır. Xəstənin sutkalıq yeməyində ancaq müəyyən miqdarda karbohidrat, yağ və zülal

olmalıdır. Standart pəhriz tə'yin edilmiş xəstə sutkada aldığı karbohidratların 10%-ə qədərini sidiklə ifraz edirsə, belə diabet kompensə olunmuş diabet sayılır və ancaq pəhrizlə müalicə edilməlidir. Sutkada sidiklə çıxan şəkər bədənin aldığı karbohidratların 10%-dən çox olarsa, diabeti kompensə etmək üçün xəstəyə insulin vurulmalıdır. Xəstələrə insulini dərialtına gündə bir və ya bir neçə dəfə və mütləq yeməkdən qabaq vururlar ki, hipoqlikemik koma əmələ gəlməsin. Bunun üçün bir qramlıq şpris daha münasibdir. İnsulin dozaları vahidlə göstərilir. Şüşədəki 5 ml-də 200 vahid, başqa sözlə, 1 ml-də 40 vahid insulin vardır. İnsulini birqramlıq şprisə yığanda yadda saxlamaq lazımdır ki, şprisin hər bölgüsü 4 vahid preparat deməkdir. Yaxşı olar ki, stasionarda xəstəyə özünə iynə vurmaq öyrədilsin. Tibb bacısı xəstəyə şprisdən istifadə etməyi, insulini yığmağı göstərir və eyni zamanda sterilliyə əməl etməyi də öyrədir. Xəstə birinci iynələri tibb bacısının yanında vurur, səhv buraxmış olsa, tibb bacısı düzəldir.

Bədəndə insulin hazırlayan aparatın çatmamazlıq dərəcəsini bilmək üçün qanı və sidiyi şəkərə görə vaxtlı-vaxtında analiz etmək lazımdır. Sidikdə şəkəri tə'yın etmək üçün ancaq bir sutkada çıxan sidiyi toplayırlar. Sidiyi təmiz qaba yığmaq lazımdır, çünki qıcqırma törədən maya göbələkləri və bakteriyalar şəkəri çürüdər və alınmış nəticə qlükozuriyanı düzgün göstərməz. Şəkərə görə qanı acqarına insulin vurmamışdan qabaq götürürlər. İnsulin alan xəstə həmişə özü ilə şəkər gəzdirməlidir ki, hipoqlikemiya əlamətləri baş verən kimi yesin (bax: "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsində *Hipoqlikemik koma*). Yanğının və sidiyin azalması, dəri qaşınmasının itməsi, bədən çəkisinin artması, zəifliyin azalması yaxşılaşmanı göstərir; bu zaman laboratoriya analizlərinin göstəriciləri də diabetin kompensə olunduğunu təsdiq edir. Tibb bacısı xəstənin vəziyyətinə, onun özünü necə hiss etməsinə, diurezə diqqət yetirir. Tə'yin olunmuş insulin dozasını vaxtlı-vaxtında müəyyən saatlarda vurmaq və sonra xəstəni yedizdirmək (adətən, xəstə özü yeyir) çox vacibdir. Bu qaydanı pozduqda qanda şəkərin miqdarı çox dəyişə bilər, hətta hipoqlikemik və ya hiperqlikemik koma əmələ gələ bilər.

Xəstəxanadan evə yazıldıqdan sonra xəstələr sahə həkiminin və ya endokrinoloqun dispanser müşahidəsi altında olmalıdırlar. Şəkərli diabeti olan xəstələrə insulini pulsuz verirlər. Tibb bacısı xəstənin dispanser yoxlamasından keçirilməsində və müalicəsində fəal iştirak edir, onu növbəti müayinəyə çağırır, sidiyin və qanın şəkərə görə vaxtlı-vaxtında—15 gündə bir dəfədən az olmayaraq analizə verilməsinə fikir verir. Xəstə özünə iynə vura bilmirsə, tibb bacısı hər gün müəyyən saatlarda insulini ona özü vurur. Şəkərli diabeti olan xəstələrin bədəninin müqavimətinin azaldılmasını nəzərə alıb, iynə vuranda tibb bacısı sterilliyə çox fikir verməli, xəstənin dərisinə baxmalı, şəxsi gigiyena qaydalarına riayət etməlidir. Kompensə olunmuş şəkərli diabeti olan xəstələr uzun müddət əmək qabiliyyətini itirmirlər və öz işlərində qalırlar. Son vaxtlar şəkərli diabetin bə'zi formalarının

müalicəsində sulfanilamidlər qrupundan olan və qanda şəkəri azaldan dərmanlardan (bukarban, orabet və s.) istifadə edirlər. Bu dərmanların üstünlüyü daxilə qəbul edilməsidir; bu vaxt qanın tərkibini, leykositlərin və trombositlərin sayını müntəzəm yoxlamaq lazımdır. Xəstəni dispanser yoxlamasından keçirdikdə tibb bacısı bunu nəzərə almalıdır.

Piylənmə—dərialtı birləşdirici toxumada və daxili üzvlərdə həddindən artıq piy yığılması şəklində özünü göstərir. Çox vaxt piylənməyə səbəb həddindən çox və səmərəsiz qidalanmadır, belə ki, yeyilən qidanın ümumi kaloriliyi orqanizmin həyat fəaliyyətinə və əməyə sərf olunan enerjidən xeyli çox olur. Bundan başqa, piylənməyə səbəb mühüm endokrin vəzilərin (hipofizin, böyrəküstü vəzilərin, qalxanabənzər vəzinin) funksiyasının pozulmasıdır. Daxili üzvlərdə, piylikdə, epikardda çoxlu piy toplanması ürəyin işinə mənfi tə'sir edir. Piylənmənin müalicəsində və qarşısının alınmasında ən mühüm amil qidalanma rejimidir. Əksər hallarda müalicə ambulatoriyada aparılır, xəstə işdən qalmır. Sutkalıq qida payı 1800 kal olmalıdır; qidanın 70 q-nı zülallar, 30 q-nı yağlar, 300 q-nı karbohidratlar təşkil etməlidir və 4—5 dəfəyə bölünməlidir. Xəstə aclıq hiss etməməlidir, çünki ac olduqda insulin çox buraxılır, bu isə karbohidratların mənimsənilib piyə çevrilməsinə səbəb olur. Əsas e'tibarilə sellülozla zəngin qida yemək lazımdır. İçilən maye 600 ml-dən çox olmamalıdır. Xəmir xörəkləri və şirin yeməklər, yağ, yağlı ət və balıq, piy, hisə verilmiş kolbasa az yeməli. Bağırsaqların normal işləməsinə çalışmalı; lazım gəldikdə həkimin tə'yin etdiyi işlətmə dərmanı içməli. Piylənmənin bütün növlərində müalicə bədən tərbiyəsi ilə məşğul olmalı—piyada gəzməli, dənizdə çimməli, idman oyunları və müalicə gimnastikası ilə məş'ğul olmalı.

HELMİNTOZLAR. İnsanın bədənində helmintlərin (bağırsaq qurdlarının) parazitlik etməsi müxtəlif sistem və orqanların işinə mənfi tə'sir edir, infeksion xəstəliklərə orqanizmin müqavimətini azaldır, çox vaxt hipovitaminoza səbəb olur, sağlamlığa xeyli zərər vurur və insanın əmək qabiliyyətini azaldır. Helmint yoluxmuş adamda xəstəlik əlamətlərinin meydanagəlmə dərəcəsi müxtəlif olub, bir tərəfdən parazitlərin xüsusiyyətlərindən və miqdarından, dikər tərəfdən, xəstənin orqanizminin xüsusiyyətlərindən asılıdır.

Askaridoz. Törədicisi insanın nazik bağırsaqlarında parazitlik edən iri qurddur. Dişi askaridlər yumurtalarını bağırsaqlarda qoyur, sonra bu yumurtalar insanın nəcisilə torpağa düşür və orada invaziya sürfəsi mərhələsinə qədər inkişaf edir. İnsan qida ilə bu yumurtaları udub askaridlə xəstələnir. Bu yumurtalar bağırsaqlarda sürfəyə çevrilir, bağırsaqların divarını deşib bağırsaq venalarına keçir, sonra isə, qanla birlikdə ürəyin sağ mə'dəciyinə və ağciyərlərə düşür. Sürfələr ağciyər kapillyarlarının divarından alveollara, sonra bronxlara, nəfəs borusuna və udlağa düşür, burada təzədən udulub bağırsaqlara düşür, burada inkişaf edib iri qurdlara çevrilir. Askardin sürfədən inkişaf edib iri qurda çevrilməsi təqribən 3 ay çəkir. Askarid bağırsaqlarda 1 ilə qədər

yaşayır. Beləliklə, askaridozun mənbəyi xəstə adamdır. Adam çirkli əllərini ağzına apardıqda, tərəvəzi, göyərtini, meyvələri yaxşı yumayıb yedikdə askarid yumurtalarını udur: Torpağa askarid yumurtaları ayaqyolunun çirkabı sızıldıqda, zərərsizləşdirilməmiş nəcisdən gübrə kimi istifadə etdikdə düşür. Askarid yumurtalarının qanla bədəndə gəzməsi ilə əlaqədar olaraq baş verən askaridozun birinci fazasında çox vaxt tez keçib gedən pnevmoniya və bronxitlər baş verir.

Xəstəliyin ikinci—bağırsaq fazasında müxtəlif cür mə'də-bağırsaq pozğunluqları (iştahanın pozulması, ürəkbulanma, bə'zən qusma, mə'də girəcəyi nahiyəsində və göbəyin ətrafında ağrılar, qəbizlik, bə'zən ishal, ağız suyunun axması) olur. Çox vaxt əsəbilik, yuxunun pozulması, baş ağrıları, başgicəllənmə kimi sinir pozğunluqları da əmələ gəlir. Askarid yumağı bağırsağın gözünü tutub bağırsaq keçməməzliyi əmələ gətirə bilər. Askaridlər olduqda infeksion xəstəliklər (qarın yatalağı, dizenteriya, skarlatina) daha ağır keçir.

Askaridozu piperazin, santonin, sankafen, dekaris və oksigenlə müalicə edirlər. Piperazini 2 gün dalbadal hər 2 saatdan bir, gündə 2 dəfə üçün tə'yin edirlər. Müalicə üçün xəstəni hazırlamaq və ayrıca pəhriz saxlatmaq lazım deyil. Qəbizliyə meyl olduqda işlətmə dərmanları və imalə qoymaq tövsiyə edilir. Xəstələr piperazini yaxşı keçirirlər; yalnız azca ürəkbulanma, baş ağrısı olur və dərmanı kəsən kimi keçib gedir. Piperazinlə müalicəni 3 həftədən sonra təkrar etmək olar.

Santionin və sankafenlə müalicəni 3 gün aparır və xəstəni buna xüsusi hazırlayırlar. Müalicə aparılan günlər və müalicədən bir gün əvvəl xəstə asan həzm olunan, yağsız yemək yeyir. Birinci gün gecə işlətmə duzu verirlər, 2-ci və 3-çü gün acqarına, bir saat ara verib 3 dəfə santonin verirlər, preparatı üçüncü dəfə verdikdən bir saat sonra işlətmə dərmanı, bundan bir saat sonra isə yüngül səhər yeməyi verirlər. Santoninlə müalicə aparan vaxt bə'zən xəstələrdə ksantopsiya (xəstə bütün əşyaları sarı rəngdə görür) əmələ gələ bilər, lakin bu müalicəni davam etdirməyə mane olmamalıdır. Bə'zi xəstələrdə zəiflik, baş ağrısı, qusma, qarında tutmaşəkilli ağrılar əmələ gəlir. Belə hallarda müalicəni kəsmək, mə'dəni yumaq, işlətmə duzları vermək, təmizləyici imalə qoymaq lazımdır.

Oksigenlə müalicə aparmaq üçün lazımi qədər oksigeni bir bərabərdə verməyə imkan verən istənilən cihazdan istifadə etmək olar. Oksigeni nazik mə'də zondu və ya duodenal zondla yeridirlər (zondun başı olmur). Xəstə uzanmış olur. Müalicəni 2 gün dalbadal, acqarına aparırlar; oksigeni az-az—1—2 dəqiqədən bir, hər dəfə 200—250 ml yeritmək lazımdır. Oksigen yeritdikdən sonra xəstə 2 saat uzanmalıdır, sonra durub həmişəki işini görə bilər və istədiyi şeyi yeyə bilər. Askaridoz diaqnozunu xəstəliyin klinik mənzərəsinə və nəcisdə askarid yumurtalarının tapılmasına görə qoyurlar. Müalicəni ambulatoriya şəraitində aparırlar. Tibb bacısı lazımi dozada qurdqovan dərman verir və müalicə qaydasını (hazırlaşmaq, dərmanı və işlətmə duzlarını qəbul

etmək vaxtı, ola biləcək ağırlaşmalar barədə) xəstəyə ətraflı izah edir.

Himenolepidozu nazik bağırsaqda parazitlik edən xırda lent qurd törədir. İçində yetişmiş rüşeymlər olan yumurtalar, adətən, xəstənin nəcisi ilə çıxır. Yumurtalar xəstə adamdan keçir. Adam pinti olduqda və gigeyena qaydalarını pozduqda qurdun yumurtalarını ağzına aparır və udur.

Bağırsaqlarda rüşeymlər yumurtalardan çıxır və nazik bağırsağın divarlarına yapışır. 2 həftədən sonra sürfə iri parazitə çevrilir. Bə'zən parazit yumurtalar bağırsaqlardan çıxmadıqda da əmələ gəlir, başqa sözlə, parazitin inkişafının bütün mərhələləri bağırsaqlarda gedir. Xəstəlik iştahanın pozulması, qarında ağrılar, sinir sisteminin pozğunluqları şəklində özünü göstərir. Müalicəni mütləq stasionarda aparmaq lazımdır. Ayıdöşəyi ekstraktı ilə 7, 10 və 12 güun ara verib 3 sikl müalicə aparılır. Müalicədən 2 gün əvvəl asan həzm olunan yemək tə'yin edirlər. Müalicəyə bir gün qalmış axşam xəstə işlətmə duzu içir, müalicəyə başlanacaq gün ona səhər təmizləyici imalə qoyurlar. Erkək ayıdöşəyi ekstraktının bütün dozasını 15 dəqiqə ara verib iki dəfədə verirlər; bir saatdan sonra xəstə işlətmə duzu içir. İşlətmə duzundan $1^1/_2$ saat sonra yünkül səhər yeməyi verilir. Müalicə kursları arasında xəstə vitaminlə zəngin və tam dəyərli qidalar yeməlidir.

Akrixinlə müalicə 14 gün ara verib 3 sikl aparılır. Bir gün əvvəl və müalicəyə başlanacaq gün səhər xəstəyə təmizləyici imalə qoyurlar. Xəstə akrixin dozasını acqarına 30 dəqiqə müddətində qəbul edir. Bir saatdan sonra işlətmə duzu içir. İşlətmə duzundan 2 saat sonra səhər yeməyi verilir. Himenolepidozda müalicə kursunu ona görə təkrar edirlər ki, adətən, xəstələrin bağırsaqlarında yaşlı qurdlarla bərabər bağırsaq xovlarında yerləşən sürfələr də olur və bura qətiyyən dərman gedib çıxmır, buna görə də parazitlərin hamısını böyüdükcə məhv etmək üçün bir neçə sikl müalicə aparmaq lazım gəlir.

Teniidozlar. Törədicisi donuz və öküz soliteridir. Öküz soliterinin parazitlik etməsinə teniarinxoz, donuz soliterinin parazitliyinə isə tenioz deyilir. Öküz soliterinin uzunluğu 4-6 m-ə, donuz soliterinin-1,5-2 m-ə çatır. Tenindozları ancaq insan yayır, çünki soliterlər, ancaq insanın bağırsaqlarında cinsi yetişkənliyə çatır. Soliterin içində yumurtalar olan yetişmiş buğumları ətraf mühitə insanın nəcisi ilə çıxır. Otlara, torpağa, su hövzələrinə düşmüş parazitin yumurtaları qaramala və donuzlara keçir. Heyvanların udduğu parazit yumurtaları pupdan çıxıb qan damarlarına girir və qanla heyvanın toxumalarına aparılır. Sürfələrin finna adlanan bundan sonrakı inkişafı əzələ toxumasında ge-dir. İnsan, içində diri finnalar, soliter sürfələri olan əti çiy, yaxud yaxşı bişirmədən (qızartmadan) yedikdə xəstələnir. Bağırsaqlarda finnalardan yaşlı soliter əmələ gəlir, o, 5—7 il insanın bədənində parazitlik edir.

Adətən xəstələr zəiflikdən, iştahanın pozulmasından, ürəkbulanmadan, mə'də girəcəyində ağrılardan, ishaldan şikayətlənirlər. Bə'zən qanazlığı əmələ gəlir. Diaqnozu nəcislə qurdların və ya onların

buğumlarının tapılmasına görə qoyurlar. Bə'zən laboratoriya analizi üçün anus büküşlərindən sıyrıntı qaşıyıb götürmək lazım gəlir.

Teniidozları erkək ayıdöşəyi ekstraktı, akrixin, balqabaq tumu ilə müalicə edirlər. Ayıdöşəyi ekstraktı ilə müalicəni stasionarda aparırlar. Qabaqca sidiyi analiz edirlər. Müalicəyə 2 gün qalmış və müalicə aparılan günlər xəstə asan həzm olunan, yağı az olan qida yeməlidir. Müalicə ərəfəsində axşam ona işlətmə duzu verirlər. Gənəgərçək yağı tə'yin etmək olmaz. İşlətmə duzu içdikdən sonra xəstə yeməməlidir, ancaq bir stəkan şirin çay içə bilər. Müalicə başlanan gün səhər təmizləyici imalə qoyurlar. Acqarına kapsullardakı erkək ayıdöşəyi ekstraktının sutkalıq dozasını 30 dəqiqə müddətində qəbul edib üstündən 1%-li soda məhlulu içir. Ayıdöşəyi kapsullarda olmadıqda onu bal, mürəbbə və povidla ilə vermək olar. Preparatı axırıncı dəfə qəbul etdikdən $^1/_2$—1 saat sonra işlətmə duzu, bundan 2 saat sonra yüngül səhər yeməyi verirlər. İşlətmə duzundan 3 saat sonra xəstədə defekasiya olmayıbsa (bağırsaqlar boşalmayıbsa) təmizləyici imalə qoyurlar. Parazitin başı çıxmayıbsa, bir daha imalə qoymaq lazımdır. Müalicədən əsas məqsəd paraziti başı ilə bərabər çıxarmaqdır, çünki onun başı bağırsaqlarda qaldıqda təzədən yaşlı qurd əmələ gəlir. Nəcislə parazitin başının çıxıb-çıxmadığını bilmək üçün nəcisi küvetdə bir neçə dəfə su ilə yuyurlar. Paraziti iki dəfə qaynar su töküb öldürürlər. Ürək çatışmazlığında, qaraciyər, böyrək xəstəliklərində, mə'dənin və onikibarmaq bağırsağın xorasında, hamiləlikdə erkək ayıdöşəyi ekstraktı ilə müalicə aparmaq olmaz.

Akrixinlə müalicəni də stasionarda aparırlar. Müalicədən 2 gün əvvəl xəstəyə asan həzm olunan yemək verirlər. Müalicə ərəfəsində xəstə axşam işlətmə duzu qəbul edir və heç nə yemir. Səhər, müalicə başlanan gün ona təmizləyici imalə qoyurlar. Xəstə defekasiyadan sonra acqarına sutkalıq akrixin dozasını 15 dəqiqə müddətində qəbul edir və üstündən ^{2}3%-li soda məhlulu içir. Akrixin qəbul etdikdən sonra xəstə sağ böyrü üstünə uzanır. 1 —1 $^1/$ saatdan sonra işlətmə duzu verirlər. 2 saatdan sonra parazit çıxmayıbsa, təmizləyici imalə qoyurlar. Defekasiyadan sonra yüngül səhər yeməyi yemək olar.

Evdə balqabaq tumu ilə müalicə aparmaq olar, bunun üçün xəstəni qabaqca iki gün hazırlamaq lazımdır. Birinci gün səhər və axşam imalə, ikinci gün, imalədən başqa, işlətmə duzu tə'yin edilir. Tum qəbul ediləcək gün səhər imalə qoyur, qabırı təmizlənib həvəngdəstədə döyülmüş 300 q tumu 100 q-a qədər bal və ya mürəbbə ilə qarışdırır və bir saat müddətində qəbul edirlər. 2 saatdan sonra təmizləyici imalə qoyurlar. Həmçinin 500 q qabıqlı balqabaq tumunu qaynadıb suyunu içmək də olar. Müalicədən 2—3 ay sonra xəstədən yenə parazit buğumu çıxıb çıxmadığını soruşmaq və nəcisi analiz etmək lazımdır.

Trixosefalözü—insanın yoğun bağırsağında yaşayan uzunluğu 4 sm-ə qədər olan xırda parazit—tükbaş törədir. Parazitin yumurtaları ətraf mühitə nəcislə birlikdə çıxır burada onlar yumurtanın içərisində

sürfələr əmələ gələnə qədər yetişir. Tükbaşın yumurtaları çirkli tərəvəz, meyvə və su ilə insanın orqanizminə düşür. Tükbaşın sürfələri yumurtadan çıxıb əvvəlcə insanın nazik bağırsağında, sonra isə yoğun bağırsağında yapışıb qalır. Parazitin yaşama müddəti 4—5 ildir. Trixosefalöz qarında qeyri-müəyyən ağrılar, ishal, iştahanın pozulması ilə başlayır, bə'zən azca qanazlığı əmələ gəlir. Çox vaxt xəstələr yata bilməmələrindən, baş ağrılarından, zəiflikdən şikayət edirlər. Trixosefalözün müalicəsi üçün oksigen, metilen abısı, heptilrezorsindən istifadə edirlər. Heptilrezorsin həblərini bir gün qəbul edirlər. Müalicə ərəfəsində və müalicə başlanan gün xəstə yarımduru yemək yeyir, kəskin və duzlu körəklər, qara çörək pəhrizdən çıxarılır. Birinci gün axşam yüngül yemək gecə işlətmə duzu verirlər. 2-ci gün səhər acqarına preparatın bütün sutkalıq dozasını, hər 5 dəqiqədən bir, hər dəfədə bir həb qəbul edir və üstündən su içirlər (həbi çeynəmirlər). Bütün dozanı qəbul etdikdən 2 $^{1}/_{2}$ saat sonra yüngül səhər yeməyi yeməyə icazə verilir, gecə—işlətmə duzu qəbul edilir. Dərman qəbul edən gün xəstə qarnının üstünə isitqac qoyub uzanmalıdır.

Enterobiozu—insanın nazik və yoğun bağırsağında parazitlik edən bıj qurd törədir. Onun dişisi yumurtalarını anusun ətrafına qoyur, bundan bir qədər sonra tələf olur. Yumurta qoyanda dişi qurdların qurdalanması və onların buraxdığı zəhərli maddələr dözülməz qaşınma əmələ gətirir. Adətən, bıj qurdlar yumurtalarını gecə qoyurlar. İdnan gicişən yeri yuxuda qaşıyır, yerində qurdalanıb əllərini, bədənini döşəkağını və alt paltarını çirkləndirir. Bıj qurdun yumurtaları insanın bədənində 6 saatda yetişir. Adam çirkli əlləri ilə yedikdə yemək şeylərinin üzərindəki yetişmiş bıj qurd yumurtalarını da udur və bu cür xəstələnir. Uşaqlar bıj qurd yumurtalarını ağızlarına nəinki əlləri ilə, həm də çirkli oyuncaqlarla da aparırlar. Beləliklə, xəstəlik xəstə adamla təmasda olduqda keçir; ola bilsin ki, adam öz-özünü də xəstələndirsin. Müalicəni profilaktika tədbirləri ilə birlikdə aparırlar. Xəstənin bütün ailə üzvlərini müayinə etmək lazımdır. Bıj qurddan xilas olmaq üçün, adətən, bir ay möhkəm gigiyena rejiminə əməl etmək kifayətdir. Xəstənin çarpayısı ayrı olmalı, o, dırnaqlarını dibdən tutmalı, səhər əllərini sabun və şotka ilə təmiz yumalıdır. Defekasiyadan sonra və axşam yatmazdan əvvəl sabunla yuyunmalı, sonra bədəni kip tutan qalın tuman geyməli, səhər tumanı ütüləməlidir. Ana yataq ağlarını və alt paltarı tez-tez dəyişməli, otağı yaş süpürgə ilə süpürüb silməli. Uşaq oyuncaqlarının üzərinə qaynar su gəzdirməli, dəyərsiz oyuncaqları isə yandırmalıdır. Piperazin (askaridozda olduğu kimi), dekaris, kombantrinlə aparılan müalicə daha səmərəli olur.

VI FƏSİL
VƏRƏMLİ XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

Vərəmli xəstəyə xüsusi qulluq lazımdır. Vərəmin hansı yolla əmələ gəlməsindən və hansı üzvdə olmasından asılı olmayaraq, o həmişə nəinki yerli xəstəlik, həm də orqanizmin ümumi, xəstəliyidir. Buna səbəb vərəm mikobakteriyalarının buraxdığı toksinlərin tə'siridir. Toksinlər birinci növbədə sinir sistemini həddindən artıq qıcıqlandırır.

Vərəmlə mübarizə müəssisəsində işləyən tibb bacısı belə xəstələrlə çox səbirlə və nəzakətlə rəftar etməli, bu və ya digər əməliyyatın labüd olduğunu izah etməli, onların şikayətlərinə səbrlə qulaq asmalıdır. O, xəstəyə nəzakətlə izah etməlidir ki, bəlğəmi ancaq tüpürcək qabına tüpürmək lazımdır, vərəmli xəstə üçün rejimə əməl etmək müalicənin mühüm şərtlərindən biridir.

Ağciyər vərəmi olan xəstələr uzun müddət, bə'zən bir ilə qədər stasionarda qalırlar. Tibb bacısı xəstəyə izah etməlidir ki, onun özünü yaxşı hiss etməsi hələ sağalması demək deyildir və müalicəni davam etdirmək lazımdır. O, xəstələrin dərmanları vaxtlı-vaxtında, mütləq özünün yanında qəbul etmələrinə fikir verir. Xəstəyə və onun qohumlarına izah edilməlidir ki, vərəm sağalan xəstəlikdir və çox şey xəstənin özündən asılıdır, onun rejimə əməl etmədən, dərmanları vaxtlı-vaxtında qəbul etməsindən, papirosu və spirtli içkiləri tərkitməsindən asılıdır.

VƏRƏM OCAQLARINDA İŞİN TƏŞKİLİ. Vərəm infeksiyası ocaqlarında müntəzəm surətdə sağlamlıq işlərini vərəm dispanserləri və ya poliklinikaların yanındakı kabinetlər (kənd yerində) aparır. Vərəmli xəstənin yaşadığı bina, çox vaxt ayrıca mənzil, şərti olaraq vərəm infeksiyası *ocağı* adlanır. Vərəm dispanserinin sahə həkimi xəstəyə baş çəkir, xüsusilə xəstəlik başlayanda, lakin vərəm ocağında osas işi— profilaktika, sanitar-epidemioloji işi dispanserin sahəyə təhkim edilmiş patrönaj tibb bacısı aparır. Hər ocağın özünün epidemioloji xüsusiyyətləri olur; nisbətən sakit və səlamət ocaqlarla yanaşı elə ocaqlar da olur ki, orada infeksiya təhlükəsi çox böyükdür. Daimi basilgəzdirənlər daha davamlı kütləvi infeksiya ocaqlarıdır. Vərəm mikrobakteriyalarının çox davamlı ştammlarını gəzdirən basilgəzdirənlər daha qorxuludurlar, çünki bu ştammlar yoluxduqda vərəmin çətin sağalan formaları əmələ gələ bilər. Vərəm ocağının qiymətləndirilməsində xəstənin ailə üzvləri, xüsusilə uşaqlar, onların sayı və yaşı, xəstə ilə yaxından təmasda olması, peyvəndlərin və təkrar peyvəndlərin vaxtlı-vaxtında keçirilməsi mühüm şərtdir. Bütün bunlar vərəm dispanserində işləyən sahə tibb bacısının vəzifəsinə daxildir.

Vərəm dispanserinin sahə (patronaj) tibb baçısı vərəm ocağına birinci dəfə sahə ftiziatrı (vərəm həkimi) ilə birlikdə gedir. Onlar ocağın xüsusiyyətləri ilə tanış olur və aparılacaq sağlamlıq işini planlaşdırırlar. Vərəm ocağına getməyin sayı ocağın epidemioloji xüsusiyyətlərindən

asılıdır, lakin,tibb bacısı hər vərəm ocağında ayda azı bir dəfə olmalıdır.

Tibb bacısı ailənin yaşayış şəraitini, xəstənin iş şəraitini, otağın sanitariya-gigiyena vəziyyətini, xəstənin sanitariya mədəniyyətini və ailədə özünü necə aparmasını əvvəlcə gündəliyə, sonra isə vərəm dispanserinə sahə tibb bacısının vərəqinə yazır. Tibb bacısı xəstənin ailəsində həmişə sanitariya-maarifi işi aparmalıdır. O, xəstənin özü və onun ailə üzvləri ilə vərəm xəstəliyinin mahiyyəti, onun müalicə metodları barədə söhbət aparır, onlara əsas gigiyeia və rejim qaydalarına əməl etməyi öyrədir. Tibb bacısı söhbəti çox təmkinli aparıb xəstəni və onun ailə üzvlərinin e'timadını qazanmağa çalışmalıdır. Basilgəzdirən xəstələrin əksəriyyətini xəstəxanaya qoymaq olar, evdə isə onların otağı ayrı olmalıdır. Evdə buna imkan yoxsa tibb bacısı ailə üzvlərini elə yerləşdirir ki, xəstənin otağında ancaq böyüklər olur. Xəstənin çarpayısı, qab-qacağı ayrı olmalıdır; xəstə yedikdən sonra qab-qacağı zərərsizləşdirib yuyurlar. Xəstəyə ayrıca dəsmal, alt paltarı verir və bunları ayrı saxlayırlar, bunları ancaq zərərsizləşdirdikdən sonra yuyurlar. Ümumi otaqda xəstənin çarpayısının yanında metal karkasa asan yuyulan parça çəkilmiş şirma qoymaq tövsiyə edilir.

Kanalizasiyası olan mənzillərdə bəlğəmi 5%-li xloramin-lə dezinfeksiya edib kanalizasiyaya axıdırlar. Tibb bacısı vərəm ocağında həmişə xloramin olmasına cavabdehdir. Kənd yerində bəlğəmi kağıza töküb peçdə yandırırlar. Bəlğəmi xəstə özü toplayıb zərərsizləşdirməlidir. Lakin onun vəziyyəti ağırdırsa, bunu tibb bacısının nəzarəti altında onun yaşlı qohumları edir.

Xəstənin otaqında toz olmamalıdır; bunun üçün gündə 2 dəfə otağı yaş süpürkə ilə süpürür, döşəməni yuyur və ya silir, otağın havasını dəyişirlər. Yumşaq mebelə örtük çəkilsə yaxşı olar, çünki onu çıxarıb yumaq asandır.

Vərəmli xəstə özünü uşaqlarla çox ehtiyatlı aparmalı, onları öpməməli, ümumi burun yaylıqından, əl-üz dəsmalından istifadə etməməlidir; bütün bunlara əməl edilməsini xəstədən dispanserin patronaj tibb bacısı tələb etməlidir. Xəstənin uşaqlarının sanatoriya tipli körpələr evinə və uşaq bağçalarına düzəldilməsində xəstəyə kömək etmək də tibb bacısının vəzifəsinə daxildir.

Vərəmli xəstə anaya uşağını əmizdirməyə icazə verilibsə o, uşağı əmizdirəndə üzünə tənzif maska taxmalı, qabaqca əllərini sabunla yumalıdır.

Vərəmin yayılmış forması olan xəstələr evdə qalmamalı, stasionara qoyulmalıdırlar.

Vərəmli xəstənin otağı, xəstə başqa yerə köçdükdən, yaxud onun ölümündən sonra da vərəm infeksiyası məibəyi ola bilər, çünki və-rəm mikrobakteriyaları virulentliyini və yaşama; qabiliyyətini uzun müddət

saxlayır. Basilgəzdirən xəstə otarı boşaldan kimi *axırıncı dezinfeksiya aparırlar,* bundan məqsəd otağı, avadanlığı və xəstənin: istifadə etdiyi şeyləri tamam zərərsizləşdirməkdir. Xəstəni aparan kimi tibb bacısı dezinfeksiya bürosuna və ya sani-tariya-epidemioloji stansiyaya dezinfeksiya aparılacaq vərəm ocağının (evin) xarakteri və ölçüsü, habelə dezinfeksiyanın vaxtı barədə mə-lumat verir. Sahə tibb bacısı nəzərdə tutulan vaxt xəstənin olduğu evə gəlir və dezinfeksiya qurtarana qədər burada olur. O, xəstənin ailə üzvləri ilə söhbət aparıb dezinfeksiyanıı lüzumunu və əhəmiyyətini izah etməli, həmçinin! dezinfeksiyanın səliqə ilə aparılmasına, otaqdakı əşyaların, mebelin və s. korlanmamasına nəzarət etməlidir.

Axırıpcı dezinfeksiyada əsas zərərsizləşdirmə üsulları bunlardır; 1) yüksək temperaturdan

yerli istifadə etmək (dəyişəyin, sarğı materiallarının, qab-qacağın, əsgərlərin qaynadılması—bax: Dezinfeksiya): b) kamerada aparılan dezinfeksiya (yataq ləvazimatı, üst və alt paltar); v) kimyəvi maddələrdən istifadə etmək (bəlğəmi, dəyişəyi, qab-qacağı, ev müxəlləfatını və mebeli zərərsizləşdirmək üçün). Birinci növbədə epidemioloji baxımdan daha vacib şeyləri (ifrazatı, dəyişəyi, qab-qacağı) zərərsizləşdirrlər.

Kimyəvi müalicə və kimyəvi profilaktika evdə dispanserin tibb bacısının nəzarəti altında aparılır. Sahə ftiziatrının tə'yin etdiyi müalicə üç mərhələyə bölünür: xəstəxanaya qədər, xəstəxanadan sonra və profilaktika müalicəsi (yazda, payızda). Sahənin tibb bacısı kimyəvi dərmanları vərəm dispanserindən alır və həkimin tə'yin etdiyi bütün dərmanları xəstənin qəbul etməsinə nəzarət edir. Kim-yəvi dərmanlarla aparılan müalicəyə dair bütün mə'lumatlar dinspanserdə xəstəlik tarixinə yapışdırılmış xüsusi vərəqəyə köçürülür. Sahə həkimi xəstənin kimyəvi dərmanları vaxtlı-vaxtında almasından şübhələnərsə, sidiyin keyfiyyət analizi onun şübhələnməyə əsası olub-olmamasını göstərəcəkdir. (bax: Kombind edilmiş antibakterial müaliçə.)

Vərəm dispanserlərinin yanında gecə növbəsində işləyən vərəmli xəstələr üçün gündüz stasionarları vardır, burada onlar müvafiq sanitar-gigiyena və pəhriz rejiminə əməl etməklə vaxtlı-vaxtında pulsuz yeyir, tibb bacısının nəzarəti altında kimyəvi dərmanlar qəbul edirlər, həmçinin ancaq gündüz növbəsində işləyən xəstələr üçün də həmin prinsiplə işləyən gecə sanatoriyaları vardır.

VƏRƏMƏ QARŞI VAKSİN VURMAQ VƏ REVAKSİNASİYA. Vərəmə qarşı vaksin vurmaq kütləvi şəkildə aparılan və məcburi profilaktika tədbiridir. Vərəmə qarşı vaksinasiyaları və revaksinasiyaları aparmaq əsas e'tibarilə bütün həkimlərə həvalə olunsa da vərəm dispanseri rayonun başqa tibb müəssisələrinin apardığı bu işə metodik rəhbərlik etməlidir. Dəri daxilinə vurulan quru vərəm vaksini BÜJ vaksin ştammı BÜJ-nin qurulmuş diri bakteriyalarından ibarətdir.

Ondan vərəmin fəal spesifik profilaktikasında istifadə edilir. Vaksin içində 1 ml BÜJ kulturası olan ampullarda buraxılır ki, bu da hər biri 0,05 mq olan 20 peyvənd dozasına bərabərdir.

Quru vaksin ağ rəngdə olub işlətməzdən əvvəl onu natrium-xloridin izotonik steril məhlulunda əridirlər. Vaksinin hər ampuluna içində hazır həlledici olan ampul əlavə olunur, həll etdikdən sonra lopalar və ya yad qatışıqlar olan, vaxtı ötmüş, üzərində etiket olmayan, yaxud etiketi düzgün yazılmayan, yaxud sınmış, hətta azacıq çatlamış ampuldakı vaksini işlətmək olmaz. Vaksinin yararlılıq müddəti kontrol nömrə vurulan gündən başlayaraq 2 ildir. Quru vaksini işıq düşməyən yerdə +8°S-də saxlamaq lazımdır.

Birinci dəfə dəri daxilinə vaksini, əks-göstəriş yoxsa, uşaqların hamısına, uşaq anadan olandan sonra 5—7-ci gün vururlar. Kliniki cəhətdən sağlam olan, dəridaxilinə 1:2000 nisbətində həll edilmiş alttuberkulin, yaxud 5 VV (vərəm vahidi) standart tuberkulin məhlulu yeritdikdə mənfi reaksiya alınan və diametri 4 mm-dən böyük olmayan (dərinin qızarması nəzərə alınmır), papula əmələ gələn bütün uşaqlara, yeniyetmələrə və 30 yaşına qədər böyüklərə revaksinasiya (təkrar peyvənd) aparılmalıdır.

Yeni doğulan uşaqlara dəridaxilinə BÜJ vaksini vurmaq üçün əks-göstərişlər bunlardır: dəri örtüklərinin zədələnməsi(piodermiya, suluqlar, dəri absesləri və s.) doğum travmalarının klinik əlamət-ləri, rezus-amil, bədən temperaturunun 37,5°S-dən yuxarı olması, dispeptik pozğunluqlar, uşağın ümumi vəziyyətinə tə'sir edən xəstə-liklər. Uşağın ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olub çəkisinin normadan ən çoxu 2 kq az olması, vaksin vurmaq üçün əks-göstəriş ola bilməz.

Bütün yaşlardan olan şəxslərə revaksinasiya üçün əks-göstərişlər aşağıdakılardır: dəridaxilinə aparılan Mantu sınağının müsbət göstərməsi (diametri 5 mm və bundan böyük papula), çox qanamaya meyillik, rekonvalessensiya dövrü də daxil olmaqla klinik əlamətlər çəkildikdən azı 2 ay sonra kəskin və xroniki infeksiyalar, allerkik xəstəliklər (kəskin və, yarım kəskin fazalarda revmatizm, bronxial astma və s.), ke-mişdə keçirilmiş sinir sisteminin xəstəlikləri (ensefalit, meningit və s.). Körpə uşaqlarda yuxarıda göstərilən| xəstəliklərdən başqa aşağıdakılar da əks-göstərişdir: dispepsiya pozğunluqları, II—III dərəcəli hipotrofiya, spazmofiliya, dəri əlamətləri ilə təzahür edən ekssudativ diatez, epilepsiya. Keçmişdə vərəm keçirmiş, yaxud qabaqca vərəm yoluxmuş şəxslərə təkrar vaksin vurmaq lazım deyil.

Revaksinasiya müddətləri anadan olanda dəridaxilinə vaksin vurulmuş uşaqlara dəridaxilinə birinci revaksinasiyanı uşaq məktəb yaşına çatanda—6 1/2—7 yaşında aparırlar, ikinci revaksinasiyanı 12 yaşında, 5-ci sinif şagirdlərinə; üçüncü revaksinasiyanı 17 yaşında, 10-cu sinif şagirdlərinə məktəbi bitirənə yaxın aparırlar. Sonrakı; revaksinasiyaları isə 5—7 il ara verib 30 yaşına qədər keçirirlər.

Revaksinasiya aparılacaq uşaqları qabaqcadan müayinə aparıb *seçirlər.*

Revaksinasiya vərəmə tutulmamış ancaq sağlam uşaqlara; və yeniyetmələrə aparılmalıdır. Buna görə də qabaqcadan Pirke tuberkulin sınağı qoymaq lazımdır. Pirke reaksiyası mənfi olarsa, Mantu sınağı qoymağa ehtiyac yoxdur, çünki sübut olunmuşdur ki, qabaqca infeksiya yeridilmiş şəxsə vaksinin; zərəri yoxdur.

Yeni doğulmuş uşağa hər hansı səbəbdən 2 aya qədər və bundan çox peyvənd vurulmayıbsa onu qabaqcadan vərəmə görə yoxlamaq lazımdır. Əkər vərəm infeksiyasının hər hansı əlamətləri görünərsə, uşağa vaksin vurmaq lazım deyil.

Vaksini işlətməzdən qabaq durulaşdırırlar, işlənməmiş: duru vaksinin hamısını tələf edirlər. Ampulun boğazını spirtdə isladılmış pambıqla silir, çərtir və ehtiyatla sındırırlar. Vakuum birdən-birə pozulduğu üçün vaksin toz kimi: qalxa bilər, buna görə də ampulun ağzına tənzif tutmaq tövsiyə edilir. BÜJ -nin lazım olan 0,05 mq dozasını almaq üçün uzun iynə taxılmış 2 qramlıq steril şprisə ampuldakı nat-rium-xloridin izotonik məhlulundan 2 ml yığıb quru vaksinin üzərinə tökürlər. Bu vaxt dərhal bir bərabərdə suspenziya alınmalıdır. Ampul şprislə yaxşı-yaxşı qarışdırırlar. 1 ml duru vaksinlər *bir peyvənd dozası* olur.

BÜJ vaksinini vurmaq qaydası. Peyvəndləri ancaq xüsusi hazırlıq keçmiş şəxslər vura bilərlər. Peyvənd vuranda aseptika və antiseptika qaydalarına əməl etmək lazımdır. Sol qolun bayır tərəfinin dərisini spirtlə silirlər.

Vaksini bir qramlıq, yaxud ucu çəp kəsilmiş qısa iynə taxılan tuberkulim şprisi klə vururlar. Hər peyvənddən somra iynəni çıxarıb təzə steril iynə taxırlar. Şprisə vaksini (duru) yığır, havanı çıxarmaq üçün iynənin gözündəm bir damcı buraxırlar, sonra iynənin gözünü yuxarıda tutub dərinin üst qatına yeridirlər. İynənin gözü itəndən sonra azca vaksin yeridib iynənin dərinin içərisinə

düz düşdüyünə əmin olur, sonra isə vaksinin qalan hissəsini (0,1 ml) vururlar. Vaksini düzgün vurduqda dərinin üzərində diametri 6—8 mm olan ağ papula əmələ gəlir. Yeni doğulmuş

uşaqlarda papulanın diametri 5—6 mm-dən az olur. 15—20 dəqiqədən sonra papula yox olur və dəri normal gənk alır. Vaksin vurulan yeri bintlə bağlamaq və yod sürtmək olmaz.

Yeni doğulmuş uşaqlarda dəridaxilinə vaksin vurduqdan sonra diametri 5—8 sm, ortasında kiçik düyün olan infiltrat əmələ gəlir. Bə'zən infiltratın ortasında azca seroz-irinli nöqtəvarı nekroz əmələ gəlir. Bu cür reaksiyalar normal reaksiyalar hesab olunur.

Yerli reaksiyalar 4—5 həftədən sonra çəkilir və bunların yerində azca çapıq və ya piqmentasiya qalır. Yerli reaksiyaların necə olmasından asılı olmayaraq hər hansı cür müdaxilə etməyə tələsmək

lazım deyil; quru steril sarğı qoymaq kifayətdir.

Yeni doğulmuş uşağa BÜJ vaksini vurduqdan 1—2 ay sonra immunitet əmələ gəlir. Buna görə də ailədə vərəmin açıq forması olan xəstələr varsa, yeni doğulmuş uşağı peyvənddən azı 6 həftə keçənə qədər ayırmaq lazımdır.

Dəridaxilinə BÜJ vaksinini çox vurduqda hər dəfə vaksindən sonra allergiya əmələ gəlir və vərəm peyvəndinə qarşı 5—7 il müddətinə immunitet yaranır.

VƏRƏMLİ XƏSTƏLƏRİN REJİMİ. Vərəmli xəstənin müalicəsində dərmanlarla aparılan və ya cərrahi müalicə üsullarının hamısı düzgün təşkil edilmiş gigiyena-pəhriz və müalicə-profilaktika rejimi zəminində tətbiq edilməlidir.

Tam sakitlik rejimi vərəm prosesi kəskin şəkildə şiddətləndikdə, kazeoz pnevmoniyada, ağciyər qanhayxırmasında, plevritin kəskin dövründə, spontan pnevmotoraksda vacibdir. Xəstə yataqda olur və ona ancaq tibb işçiləri qulluq edirlər. Tibb bacısı yataqda xəstənin əl-üzünü yuyur və yedizdirir. Tam sakitlik, zamanı beyin qabığına mənfi qıcıqlar getmir, tənəffüs və qan dövranı yaxşılaşır, orqanizm az enerji sərf edir.

Xəstə *qan hayxırdıqda* tam sakitlikdən başqa, ona xüsusi qulluq etmək, kürəyinin altına balış qoyub yataqda düzgün vəziyyət vermək lazımdır. Tibb bacısı ona qanı qaba tüpürməyi, udmamağı öyrətməlidir. Xəstəyə soyuq yemək verirlər. Xəstə qan hayxırdıqda tez-tez qusur, çoxlu kalsium, natrium-xlorid və zülal itirir. Belə halda körəklə 15—20 q körək duzu verir, yaxud onun hipertonik məhlulunu venaya yeridirlər.

Qızdırma yoxsa, vərəm prosesi sakitləşib xəstəyə yüngül rejim tə'yin edirlər: ona ayağa qalxıb palatada gəzməyə, az müddət aynabənddə, yaxud xəstəxananın həyətində oturmağa icazə verilir. Məşq rejimində xəstə uzun müddət havada olmalı, müəyyən bədən tərbiyəsi hərəkətləri kompleksi, idman oyunları ilə məşğul olmalı, vəziyyətindən asılı olaraq və həkimlərin nəzarəti altında müəyyən işlər görə bilər. İşdən aldığı zövq (müsbət emosiya) sinir sisteminə və orqanizmin başqa sistemlərinə müsbət tə'sir edir, tənəffüsün dərinləşməsinə, oksidləşmə proseslərinin bərpa olunmasına, yuxunun və iştahanın yaxşılaşmasına kömək edir. Xüsusi müalicə və bədən tərbiyəsi kompleksinin çox böyük əhəmiyyəti vardır.

VƏRƏMLİ XƏSTƏLƏRİN UÇOTU. Dispanserə ilk qəbula aşağıdakı şəxslər göndərilir: 1) vərəmli xəstələr və vərəmə şübhə doğuran şəxslər. Onları vərəm dispanserlərinə, ümumi poliklinika və xəstəxanalar tibb-sanitar hissələri və həkim məntəqələri, tədris müəssisələri, uşaq bağçaları, hərbi komissarlıqlar göndərir; 2) əhalinin profilaktika yoxlamalarında (flüoroqrafiya) aşkar edilmiş xəstələr; 3) vərəmli xəstələrlə təmasda olan şəxslər; onları vərəm dispanserinə tibb bacıları də'vət edirlər.

Xəstələri aşkara çıxarmaq üçün dispanserin səmərəli işləməsində xəstələrin dispanserə gətirdikləri sənədlərin düzgün doldurulmasının böyük əhəmiyyəti vardır. Poliklinikalar xəstəni dispanserə göndərənə qədər rentgenoloji və laboratoriya müayinəsi (döş qəfəsinin rentgenoskopiyası, bəlğəmin, qanın və sidiyin analizi) aparmalıdırlar. Bundan başqa, poliklinikanın pediatrı uşaqları və yeniyetmələri dispanserə göndərəndə, bioloji sınaqların nəticələrini, vaksinasiya və revaksinasiya barədə də mə'lumat yazır. Xəstənin dispanserə hansı məqsədlə göndərildiyini göstərmək olduqca vacibdir.

Xəstə poliklinikadan və ya başqa müalicə müəssisəsindən (yaxud məktəbin həkimindən və ya hərbi komissarlıqdan) aldığı göndəriş kağızı ilə dispanserin qeydiyyat otağına müraciət edir, burada onun üçün ambulatoriya vərəqi açırlar: həkim xəstəyə baxana qədər sahənin tibb bacısı onun temperaturunu, boyunu ölçür və tərəzidə çəkir.

Temperaturu yüksək olan, qan hayxıran, ağrılardan və ya təngnəfəslikdən şikayətlənən, özünü çox pis hiss edən; habelə əlində xəstəlik vərəqi olan xəstələri növbədənkənar qəbul edirlər.

Dispanser həkimi xəstəni birinci dəfə müayinə etdikdən sonra lazım olan analizləri (rentgenoskopiya, rentgenoqrafiya, laboratoriya analizləri, tuberkulin sınaqları və s.) tə'yin edir. Yardımçı kabinetlərin işi elə təşkil edilməlidir ki, xəstənin müayinəsi 2—3 gündən çox çəkməsin. İlk dəfə dispanserə göndərilən xəstədə vərəm tapılarsa, ona dispanserdə xəstəlik tarixi doldururlar; bundan sonra onu müalicə etmək və müşahidəyə almaq üçün dispanserin uçotuna götürürlər. Sahənin tibb bacısı xəstənin qəbul edilməsində həkimə hər cür kömək edir: rentgenoloji və laboratoriya müayinələrinin, bioloji sınaqların nəticələrini gətirir, (xəstələrin yaşayış yerinə görə) xəstəlik tarixini hazırlayır.

Təzə aşkar edilmiş hər xəstə barədə poliklinikaya müvafiq mə'lumatlar (zərfin içində) göndərirlər. Eyni zamanda tibb bacısı vərəm tapılmış yeni xəstə barədə rayonun sanitar-epidemioloji stansiyasına xəbər verir. Sahə tibb bacısı hər xəstə üçün vərəq açır. Sahədəki bütün xəstələr barədəki mə'lumatları kartotekaya yazırlar. Tibb bacısı xəstənin müalicəsi ilə əlaqədar mə'lumatları (dispanserə gəlməsini, hansı dərmanları və proseduraları qəbul etməsini, stasionara və ya sanatoriyaya göndərilməsini və s.) kartotekaya yazır.

Dispanserdə preparatların dəqiq uçotunu aparmaq lazımdır. Bunların miqdarı xəstəlik tarixində qeyd edilir; həmçinin xəstəyə həmin dərmanın düşüb-düşməməsini, dərmanın tə'sir edib-etməməsini də xəstəlik tarixinə yazmaq lazımdır. Bə'zi dispanserlərdə ayrıca prosedura vərəqələri olur; tibb bacısı bunlara da daim diqqət yetirməlidir. Sahə ftiziatrının uçotunda olap bütün şəxslər qəbul olunmuş qruplaşmaya əsasən yeddi qrupa bölünürlər.

Birinci qrupa vərəmin açıq forması olan (fibrozlu-kavernalı vərəm,

yayılmış vərəm, şiddətlənən dövrdə infiltrativ vərəm) xəstələr aiddir. Prosesin təzə başlanmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır; təzə aşkar edilmiş vərəmli xəstələr də birinci qrupa aiddir. Bu qrupa aid edilən xəstələr müntəzəm müalicə almalıdırlar, vərəm stasionarına və sanatoriyasına birinci növbədə onları göndərirlər. Birinci qrupa aid olan xəstə hər hansı səbəbdən evdə o, müalicə olunursa daim sahənin ftiziatrının, vərəm dispanserinin sahəyə təhkim edilmiş tibb bacısının daimi müşahidəsi altında olur.

İkinci qrup. Proses sakitləşəndən və geri çəkilməyə başladıqdan sonra xəstəni ikinci qrupa keçirirlər. Lakin bu xəstələri də müntəzəm müşahidə etmək lazımdır, onlar kimyəvi dərmanlarla ambulatoriyada müalicə olunurlar. Belə xəstələr 3 ayda azı bir dəfə dispanserə getməlidirlər. Bu cür xəstələrik gecə sanatoriyalarına və ya sanatoriya-kurort müəssisələrinə göndərirlər.

Üçüncü qrup. Proses sağalıbsa, yaxud tamam sakitləşibsə xəstəni üçüncü qrupa keçirirlər. Üçüncü qrupa keçirməmişdən əvvəl xəstə mükəmməl müayinə olunmalıdır (rentgenoqrafiya, tomoqrafiya, bəlğəmin əkilməsi və s.). Üçüncü—kontrol qrupa vərəmin qeyri-fəal forması olan, praktiki cəhətdən sağlam, sağalmış şəxslər daxildir. Belə adamların dispanser müşahidəsindən məqsəd prosesin axıra qədər sağalıb-sağalmadığını yoxlamaqdır, çünki xəstəliyin təzədən fəallaşmayacağına və kəskinləşməyəcəyinə tə'minat yoxdur.

Dördüncü qrup ailədə basilgəzdirən xəstə ilə təmasda olan sağlam adamlardan ibarətdir. Həmçinin evdə xəstə ilə təmasda olmuş uşaqlar da uçota alınmalıdırlar.

Sahənin tibb bacısı xəstə ilə təmasda olan adamların, xüsusən uşaqların müntəzəm dispanserə getmələrinə çox tə'kid etməlidir. Xəstə ilə təmasda olanların siyahısını poliklinikanın və məktəbin həkimi bilməlidir. Xəstə ilə təmasda olan böyüklər ildə azı 2 dəfə, uşaqlar—azı 4 dəfə dispanserə getməlidirlər.

Beşinci qrupa ağciyərdən kənar vərəmi (dəri, oynaq, göz, sidik-cinsiyyət üzvlərinin vərəmi) olan xəstələr aiddir; onlar nəinki müvafiq ixtisas həkiminin uçotunda, həm də sahə ftiziatrının uçotunda olmalıdırlar. Sahə ftiziatrının uçotundan məqsəd xəstədə ağciyər vərəmini vaxtında aşkara çıxarmaqdır. Ağciyərdən kənar əsas prosesin fəallıq dərəcəsindən asılı olaraq həmin qrupun xəstələri iki yarımqrupa bölünürlər: 5 a—fəal vərəm və 5 b—qeyri-fəal vərəm.

Sıfır qrupu—diferensial-diaqnostika qrupudur. Tənəffüs üzvlərinin namə'lum etiologiyalı xəstəlikləri olan şəxslər 6—8 ay vərəm dispanserinin uçotunda olmalıdırlar ki, fəal vərəm prosesinin olmamasına qəti arxayınçılıq yaransın. Bu qrupda olan uşaqlarda allergiyanın xarakterini aydınlaşdırmaq lazımdır, allergiya vaksindən sonramı, yoxsa infeksion mənşəli olduğu müəyyən edilməlidir.

Altıncı qrup—vərəm yoluxmuş uşaq və yeniyetmələr; bunları iki

yarımqrupa bölürlər: a) intoksikasiya əlamətləri olmadan tuberkulinə həssaslığın mənfi və b) tuberkulinə qarşı reaksiyanın müsbət olması (qızartı).

Yeddinci qrup iki yarımqrupa bölünür: a) üçüncü qrupa keçirilmiş vərəmli xəstələr, lakin onların ağciyərlərində vərəmin qalıqları çoxdur və gələcəkdə residiv verə bilər; b) ilk dəfə dispanserin uçotuna alınan şəxslər; bunların orqanizmində böyük dəyişikliklər olur (serozlar, pnevmosklerozlar, çoxlu kalsium duzları). Belə adamlar ömürlük dispanserin uçotuna alınırlar və ildə bir dəfə dispanserdə müayinədən keçirlər.

VƏRƏMİN KİMYƏVİ PREPARATLARLA PROFİLAKTİKASI. Dispanserlər öz rayonlarının əhalisini 2 ildə azı bir dəfə müayinədən keçirməlidirlər. Onlar əhalini kütləvi şəkildə flüoroqrafiya üsulu ilə müayinə etməkdən başqa vərəm prosesi xüsusilə yazda və payızda şiddətləndiyi və kəskinləşdiyi üçün, basilgəzdirənlərlə təmasda olan adamların hamısını kimyəvi dərmanlarla profilaktika müalicəsindən keçirirlər.

DEZİNFEKSİYA. Vərəm mikobakteriyaları orqanizmin bütün orqan və toxumalarını zədələyir, buna görə də bədəndən müxtəlif yollarla çıxıb (bəlğəmlə, nəcislə, sidiklə və s.) Epidemioloji nöqteyi-nəzərdən vərəm mikobakteriyalarının bədəndən çıxmasında tənəffüs yolları çox mühüm rol oynayır.

Bəlğəmin və tüpürcək qablarının zərərsizləşdirilməsi. Bunun üçün ayrılmış işçi xəstələrin tüpürcək qablarını yığıb qapaqlı baka və ya bunun üçün düzəldilmiş, tüpürcək qabları üçün gözləri olan metal yeşiyə qoyur. Xəstələrə təmiz tüpürcək qabları paylayırlar.

Bəlğəmin tüpürcək qabları ilə zərərsizləşdirilməsi. Stolun üstünə qoyulan və cibdə gəzdirilən tüpürcək qablarını xəstələrə verməmişdən əvvəl 1/3 qədər su tökürlər ki, yaxşı boşalsın. Tüpürcək qablarını sutkada azı bir dəfə aşağıdakı kimi zərərsizləşdirirlər:

1) 2%-li soda məhlulunda qaynamağa başladığı andan 15 dəqiqə qaynadırlar (məhlul qabların hamısını örtür); 2) qapaqlı qaba qoyub üstünə 2,5%-li fəal xloramin məhlulu tökür və 2 saat saxlayırlar. Bu cür zərərsizləşdirilmiş bəlğəmi lyaqyoluna tökür, tüpürcək qabını və dezinfeksiya aparılan qabı isə adi qaydada yuyurlar.

Bəlğəmin zərərsizləşdirilməsi. 1. Qapağı olan emallı və ya saxsı qabın yarısına qədər bəlğəm tökürlər. Sonra bəlğəmin üstünə aşağı-dakı quru dezinfeksiyaedici maddələri əlavə edirlər (1 l bəlğəmə qramlarla): xlorlu əhəng—200 q (1 saat saxlanmış), xloramin—50 q, həmin miqdarda ammonium-sulfat, ammonium-xlorid və ya 10%-li naşatır spirti töküb qarışdırır, qapağı örtür və 2 saat saxlayır-lar; 2) bəlğəmin üstünə 2,5%-li fəallaşdırılmış xloramin məhlulu tö-kür (1 hissə bəlğəmə 2 hissə məhlul götürülür) və yaxşı qarışdırdıq-dan sonra 15—18°S temperaturda 2 saat saxlayırlar. 5%-li xloramin məhlulu ilə

dezinfeksiya etdikdə zərərsizləşmə müddəti 6 saatdır.

Bəlğəmi atdıqdan sonra tüpürcək qablarını 15 dəqiqə 2%-li soda məhlulunda və ya 30 dəqiqə suda qaynadıb, yaxud 1 saat 1%-li xloramin məhlulunda saxlayıb zərərsizləşdirirlər.

Vərəmli xəstə hər dəfə yemək yeyəndən sonra *qab-qacağı zərərsizləşdirilir.* Dezinfeksiya metodları: 2%-li soda məhlulunda 15 dəqiqə qaynatmaq; 30 dəqiqə suda qaynatmaq; qab-qacağı 0,5%-li fəallaşdırılmış xloramin məhlulunda və ya doldurulmuş xlorlu əhəngin fəallaşdırılmış 0,4%-li məhlulunda 1 saat dik saxlamaq, xlorlu əhəngin 2%-li (tərkibində 0,5% fəal xlor olan) fəallaşdırılmamış məhlulunda 2 saat saxlamaq; 5%-li xloramin məhlulunda 4 saat saxlamaq. Qidanı e'mal etmək, qab-qacaqdan qida qalıqlarını təmizləmək üçün işlənən əşyaları 2%-li soda məhlulunda 15 dəqiqə, yaxud suda 30 dəqiqə qaynadırlar.

Qab-qacaq qaynadılan suyu kanalizasiyaya tökürlər. Dezinfeksiyadan sonra qab-qacağı təmiz su ilə yaxalayır və quruduçu şkafda qurudurlar (dəsmalla silmək olmaz).

Yemək qalıqlarını qapalı qablarda 15 dəqiqə qaynadıb zərərsizləşdirirlər. Bu cür dezinfeksiyadan sonra onları heyvanlara vermək olar.

Ağları (yataq ağları, alt paltar, süfrələr) yuyana qədər ayrı otaqda saxlayırlar. *Bunları dezinfeksiya etmək* qaydaları: 2%-li soda məhlulunda isladıb ağzı örtülü qabda 15 dəqiqə qaynatmalı; 1.%-li fəallaşdırılmış xloramin məhlulunda azı 14°S temperaturda 1—2 saat islatmalı; 1 kq dəyişəyə 1 l məhlul işlənir vətaxta kürəklə müntəzəm qarışdırılır. 5%-li xloramin məhlulunda yataq ağlarını 4—6 saat isladırlar (temperatur və dezinfeksiya məhlulunun norması əvvəlki üsulda olduğu kimidir). Güllü rəngli parçadan tikilmiş dəyişəyi xlor preparatı ilə dezinfeksiya etdikdə rəngi solur.

Xəstənin paltarlarını və yumaq mümkün olmayan xəstəxana şeylərini, habelə yataq ləvazimatını (döşəkləri, yastıqları, adyalları) dezinfeksiya kameralarında zərərsizləşdirirlər.

Hər gün *otaqları yaş süpürgə ilə süpürür,* döşəməni yuyur və avadanlığın tozunu yaş əsgi ilə silirlər. Döşəməni sabunla və 2%-li soda məhlulu ilə yuyurlar. Parket döşəməni kerosində azca isladılmış əsgi ilə silirlər. Vərəm bəlğəminin ləkələrini əsgini 5%-li xloramin məhluluna və ya 2%-li duruldulmuş xlorlu əhəng məhluluna batırıb təmizləyirlər. Otağı təmizləmək üçün işlədilən əşyaları hər dəfə işlətdikdən sonra 15 dəqiqə qaynadıb (əsgiləri), yaxud 1%-li fəallaşdırılmış xloramin məhlulunda 2 saat və yaxud 5%-li xloramin məhlulunda (aktivatorsuz) 6 saat, yaxud 2%-li duruldulmuş xlorlu əhəng məhlulunda 2 saat isladıb (süpürgələr və s.) zərərsizləşdirirlər.

Sidik-cinsiyyət sisteminin vərəminə və ya vərəmin bağırsaq formasına tutulmuş xəstənin ifrazatının üstünə dərhal 1 kq ifrazata 200

q hesabilə götürülmüş quru xlorlu əhəng tökür, yaxşı qarışdırır və ağzı örtülü qabda 2 saat saxlayırlar. Bundan sonra qabı ayaqyoluna boşaldır, qabın özünü isə qaynar su ilə yaxalayır, yaxud dezinfeksiyaedici məhlula salırlar. Kitabların və oyunçaqların tozunu 5 gündə azı 1 dəfə yaş əsgi ilə silir, yaxud tozsoranla təmizləyirlər, tozsoranı dezinfeksiyaedici məhlulda isladılmış kisəyə salırlar, belə etdikdə toz yayılmır.

KOMBİNƏ EDİLMİŞ ANTİBAKTERİAL MÜALİCƏ. Vərəmin müalicəsində işlənən əsas preparatlar kimyəvi dərmanlardır, bunları I, II qrup və ehtiyat dərmanlara bölürlər. Vərəmli xəstənin müaliçəsində kimyəvi maddələrlu antibakterial müalicə kombinə edilmiş şəkildə aparılır, yə'ni iki və ya üç preparat eyni vaxtda, yaxud bir-birinin ardınca verilir ki, bu da onların tə'sirini artırır və mikobakteriyaların dərmana davamlı ştammlarının əmələ gəlməsinin qarşısını alır.

Tibb bacısı həkimin tə'yin etdiyi bütün işləri görməlidir. Xəstə bütün dərmanları vaxtlı-vaxtında (yeməkdən qabaq, yeməkdən sonra) və ancaq tibb bacısının yanında almalıdır. Tibb bacısı xəstənin dərmanı qəbul etməsinə şəxsən məs'uliyyət daşıyır.

I qrup dərmanlar—izonikotin turşusunun törəmələridir—ftivazid, tubazid; PASK. (paraaminsalisilat turşusu), tibon, streptomisin və s. *II qrup dərmanlar*—sikloserin, pirazinamid, protionamid və s. *Ehtiyat dərmanlar*— benemisin, etambutol.

Vərəmli xəstənin müalicəsində tətbiq edilən kimyəvi dərmanlarla antibakterial müalicə uzun müddət aparılır, dərmanların ayrıca, yaxud bir neçə dərmanla birlikdə verilməsini vərəm prosesinin fazasından və xarakterindən, orqanizmin reaktivliyindən, dərmanı götürüb-götürməməsindən asılıdır. Vərəm preparatlarının bir çoxunu venaya damcı üsulu ilə (tubazid), aerozol şəklində traxeyaya (bronxlarda dəyişiklik olduqda), imalə ilə (mə'də-bağırsaq yolunun zədələnmələrində), köpüklə müalicə şəklində (tubazid, çalınmış yumurta ağı, oksigen və dad üçün sirop vurulur) yeridirlər—axırıncı qarışıq vərəmin tənəffüs çatmamazlığı ilə ağırlaşmış formalarında tətbiq edilir.

Tibon çox vaxt əlavə allergik və toksiki tə'sir göstərir, limfa düyünlərinin vərəmində çox yaxşı tə'sir edir. Onun 1—5%-li məhlulunu 0,9%-li natrium xlorid məhlulu ilə qarışdırıb, yaxud qliserində hazırlanmış emulsiyasını kazeoz dəyişikliklər əmələ gəlmiş limfa düyünlərinə vurmaq olar. İzonikotin turşusunun törəmələri olan tubazid və ftivazid yaxşı bakteriostatik tə'sir göstərir, buna görə də insanda vərəmin müxtəlif formalarında bunlardan geniş istifadə edilir. PASK. (paraaminosalisil turşusu) bakteriostatik, iltihaba qarşı dezintoksikasiya tə'sir göstərir; onun həblərini daxilə tə'yin edirlər; preparatın 2—5—10%-li məhlullarını plevra boşluğuna yeridirlər. PASK bir sıra əlavə hallar, məsələn, ürəkbulanma, ishal, qıcqırma

əmələ gətirə bilər. Belə hallarda preparatın dozasını azaldır, V qrupu vitaminləri və S vitamini vururlar.

Streptomisin qırtlağın, bağırsaqların vərəmində, vərəm meningitində çox yaxşı tə'sir edir. Dozanı artırdıqda vestibulyar aparatda yaranan pozğunluqlar kimi əlavə hallar müşahidə edilir. Çox həssas xəstələrdə ağrı hissləri olmaması üçün streptomisini 0,25%-li steril novokain məhlulunda əridirlər.

Son illər müxtəlif antibiotiklər və II qrup kimyəvi, ehtiyat preparatlar alınmışdır.

Dərman maddələrinin öyrənilməsi göstərdi ki, bunları ayrı-ayrı verdikdə mənfi hallar baş verir. Buna görə də 2 preparatı və hətta 3 preparatı *birlikdə* verirlər.

Kimyəvi dərmanları verdikdə həm dərmanın özündən, həm də xəstənin vəziyyətindən asılı olan əlavə hallar əmələ gəlir.

Əlavə hallar həm davamlı olur, həm də tez keçib gedir; tibb bacısının vəzifəsi xəstənin dərisində səpgi olduqda, xəstə qaşınmadan, ürəkbulanmadan, başgicəllənmədən və s. şikayət etdikdə dərhal həkimə xəbər verməkdir.

Əlavə hallar baş verdikdə preparatın dozasını azaltmaq, yaxud onu kəsmək, başqası ilə əvəz etmək, preparatla yanaşı vitaminlər və başqa maddələrdən (pantoten turşusu, hormonlar və s.) vermək lazımdır. Xəstələrin dərmanları qəbul edib-etməmələrini yoxlamaq üçün sidikdə kimyəvi dərmanlar, PASK və ya izonikotin turşusu olub-olmamasını xüsusi reaktivlər və sınaqlarla (keyfiyyət reaksiyaları) tə'yin edirlər.

UŞAQLARDA VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ VƏRƏMİN PROFİLAKTİKASI VƏ ERKƏN AŞKAR EDİLMƏSİNİN TƏŞKİLİ. Yeni doğulmuş uşaqda vərəmin profilaktikası vərəm dispanserinin daimi nəzarəti altında həyata keçirilir; dispanserdə hamilə qadınlar, vərəmli xəstələr, yaxud fəal vərəmlə təmasda olan şəxslər xüsusi uçotdadırlar. Bu uçotu sahənin tibb bacıları və qadın məsləhətxanaları aparır. Uçotdan məqsəd yeni doğulan uşağı ayırmaq üçün qabaqca hazırlıq görməkdir. Qadın məsləhətxanasının həkimləri vərəm ocağından hamilə qadın gələcəyini doğum evinin müdirinə qabaqcadan xəbər verməli, vərəm dispanserinə isə vərəm ocağındakı hamilə qadınların siyahısını göndərməlidirlər.

Anada vərəm olarsa onun özünü və uşağını 6 həftə doğum evində saxlayırlar. İri şəhərlərdə ya vərəmli zahı qadınlar üçün xüsusi doğum evləri, ya da ümumi doğum evlərində vərəm şö'bələri olur. Bu cür doğum evində uşaq və ana bir-birindən ayrı olur (uşağı ancaq əmizdirmək üçün gətirirlər). Vərəmli xəstə anaya uşağını əmizdirməyə icazə verilibsə, uşağı təmas və damcı ilə keçən infeksiyadan qorumaq üçün bütün tədbirlər görülür (ana uşağını əmizdirdikdə maska taxır, ancaq döşünü açıq qoyub döşəkağıya bürünür, əmizdirməzdən əvvəl əllərini yaxşı yuyur, döşünü spirtlə, məməni borat turşusu məhlulu ilə silir).

Evdə basilgəzdirən xəstə varsa yeni doğulan uşağı doğum evindən gətirənə qədər həmin xəstəni xəstəxanaya və ya sanatoriyaya qoymaq, otağı isə axırıncı dəfə dezinfeksiya etmək lazımdır. Yeni doğulmuş uşağı ayırmaq mümkün deyilsə, vərəm dispanseri vərəm ocağına, xəstənin davranışına və uşağın ev şəraitində xəstədən ayrı saxlanmasına daim nəzarət edir. Tuberkulin sınaqlarını uşağın iki aylığından aparmağa başlayırlar. Pirke reaksiyası müsbət olduqda xüsusilə həkim tez-tez ona baxmalıdır.

Uşağı nəinki ailə üzvləri ilə, həm də mənzildə yaşayan başqa adamlarla və ailədən kənar təmasdan qorumaq lazımdır. Tibb patronaj bacısı uşaqda hər hansı xəstəlik əlamətləri görünən kimi sahə həkiminə xəbər verməlidir. Uşaqda tuberkulin sınarı mənfi (viraj dövrü) olandan sonra dərhal tuberkulin sınağı müsbət olarsa buna xüsusi diqqət yetirmək lazımdır, çünki məhz bu vaxt vərəm infeksiyasını erkən aşkar etmək mümkündür. Bə'zi hallarda kompleks müalicə, kimyəvi terapiya aparmaq lazımdır. Sahə pediatrı uşaqda ilk dəfə infeksiyanın müəyyən klinik əlamətlərini gördükdə dərhal uşağı vərəm dispanserinə göndərməlidir.

VII FƏSİL
İNFEKSİON XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

İNFEKSİON XƏSTƏXANA, ŞÖBƏ, BOKS. İnfeksion xəstələri ayırmaq və müalicə etmək üçün infeksion xəstəxanalar və şö'bələr vardır. Xəstələr yoluxucu olduqları və müalicə olunduqları dövrdə burada qalırlar. Xəstələri xəstəxanaya qoyduqda tibb bacısı onların düzgün sanitariya təmizliyindən keçməsinə, cari dezinfeksiyaya, şö'bəyə və palataya başqa infeksiyalar gətirilməməsinə fikir verir. Həkimin tə'yinatlarını dəqiq yerinə yetirir.

İnfeksion xəstəxananın quruluşu axın prinsipi üzrədir; xəstə daxil olduqda xəstəxananın otaqlarından bir-bir keçir və əvvəl olduğu otağa bir daha qayıtmır. Qəbul şö'bəsində xəstə ilk sanitariya təmizliyindən keçir, onun şəxsi şeyləri dezinfeksiya və dezinseksiya olunur, ifrazatı zərərsizləşdirilrr; infeksion şö'bədə mualicə, axırıncı dezinfeksiya aqyarılır və xəstəni evə yazmaq ərəfəsində basil gəzdirməyə görə kontrol yoxlamadan keçir.

Xəstəliyin növündən asılı olaraq xəstələrin yerləşdirildiyi qəbul şö'bəsindən və müalicə şö'bələrindən başqa hər infeksion xəstəxanada sanitariya təmizləyici otağı (iri xəstəxanalarda bir neçə təmizləyici otaq olur), dezinfeksiya kamerası, camaşırxana da olur. Sanitar-texniki avadanlıq— iaşə bloku və təsərrüfat tikintiləri müalicə korpuslarından aralı olur. İnfeksion şö'bələr ayrıca binalarda (pavilyon sistemi), yaxud üçmərtəbəli və bundan hündür korpuslarda ola bilər. İnfeksion xəstəxananın müxtəlif infeksiyalar üçün azı üç şö'bəsi də olmalıdır, şö'bələrin hər biri ayrı binada odur. Hər şö'bədə diaqnozu mə'lum olmayan, yaxud qarışıq infeksiyalı xəstələr üçün balaca bir palata ayırırlar. 100 çarpayılıq və bundan iri infeksion xəstəxananın xüsusi diaqnostika şö'bəsi olmalıdır. İnfeksion xəstəxanada otaq-lar işıqlı, təmiz olmalı, pəncərələrə tor vurulmalıdır, (yaydə), hər xəstəyə orta hesabla 7—8 m^2 düşür. Hər bir infeksion xəstəxananın kliniki, bakterioloji laboratoriyası, morqu (meyitxanası) olmalıdır.

Xəstə əvvəlcə müalicə şö'bələrindən təcrid edilmiş qəbul şö bəsinə daxil olur. Sanitariya nəqliyyatı ilə gətirilən xəstələri müəyyən xəstəliklər üçün (qarın yatalağı, skarlatina, difteriya, meningit və s.) nəzərdə tutulan bokslarda qəbul edirlər. Boksun ayrıca giriş və çıxış qapıları olur. Boksdan qəbul şö'bəsinin dəhlizinə ikiqat şüşə qapılar vardır, boksun bütün qapıları açarla bağlanır, həkim xəstəyə bilavasitə boksda baxır, təxmini diaqnoz qoyur, bundan sonra xəstəni müvafiq şö'bəyə göndərirlər.

İnfeksiyanın yayılmaması və xəstəyə başqa bir infeksiya da yoluxmaması üçün boks elə qurulmuşdur ki, xəstələr bir-birini görmürlər. Boksda işçilər üçün xalat. kuşetka, yazı stolu, stullar, tə'xirəsalınmaz yardım göstərmək üçün bütün dərmanlar, şpris və

iynələr, sterilizator, difteriyaya görə əsnəkdən yaxma götürmək üçün tampon və steril sınaq şüşələri, dizenteriya bakteriyalarına görə nəcis götürmək üçün içində konservləşdirici qarışıq olan sınaq şüşələri olmalıdır.

Xəstəxananın daxilində infeksiyanın qarşısının alınmasında epidemioloji anamnezi düzgün toplamağın mühüm əhəmiyyəti vardır. Bu, birinci növbədə xəstə uşaqlar üçün vacibdir. Uşağın özündən sonra möhkəm immunitet qoyan hansı infeksion xəstəlikləri keçirdiyini (qızılca, suçiçəyi, parotit, göyöskürək, skarlatina, difteriya) aydınlaşdırmaq, evdə, ailədə, uşaq kollektivində çox yoluxucu xəstələrlə nə kimi təmasda olduğunu dəqiqləşdirmək lazımdır. Əgər uşaq axırıncı 25 günün ərzində (ən böyük inkubasiya müddəti) bu cür təmasda olubsa və uşaq bundan əvvəl belə infeksiya keçirməyibsə ehtimal etmək olar ki, o inkubasiya dövründədir, buna görə də müəyyən müddət üçün onu xüsusi boksa və ya balaca palataya qoymaq lazımdır.

Qəbul şö'bəsində müayinə zamanı xəstədə bir neçə infeksiya tapıla bilər, belə halda xəstəni ayrıca palataya və ya boksa qoyurlar.

Qəbul şö'bəsində işləməyə ixtisas təhsili almış şəxslər qəbul olunurlar. Hər xəstəyə qəbul olunmuş qaydada xəstəlik tarixi açırlar. Xəstənin qohumlarının və ya qonşularının ev və iş telefonlarını yazırlar. Növbətçi tibb bacısı xüsusi blankda xəstənin xəstəxanada qalan paltarlarının siyahısını yazır və bunu xəstənin özünə (onun huşu özündədirsə) və ya onu gətirən adamlara deyir. Mətbəxə xəstəyə hansı stol tə'yin edildiyi barədə tələbnamə göndərilir. Xəstəni sanitariya təmizliyindən keçirəndə onu vannada, duşun altında yuyundurur, pedikulöz tapıldıqda bədənin tük bitən yerlərini insektisid məhlulları ilə silirlər. Pedikulözdə tükləri qırxıb yandırırlar. Əllərin və ayaqların dırnaqlarını tuturlar. Hər xəstədən sonra lifləri ayrıca qazana yığıb dezinfeksiya edir və qaynadırlar. Vannaları isti su ilə yuyur və dezinfeksiyaedici maddələrlə silirlər. Zəif xəstələrin sanitariya təmizliyi bədəni ancaq yaş dəsmalla silməkdən ibarəqdir.

Xəstənin dəyişəyini ağzı möhkəm baqlanan kisədə dezinfeksiya kameralarına göndərirlər. Kisəpin üzərinə xəstəlik tarixinin nömrəsi yazılır. Bit varsa, dəyişəyi xüsusi dezinfeksiyadan keçirirlər.

Qəbul şö'bəsində xəstənin şö'bəyə hansı yolla gətiriləcəyi (xərəkdə, diyircəkli arabada, ayaqla) həll edilir. Vəziyyəti çox ağır olan və şiddətli psixomotor oyanması olan xəstəni qəbul şö'bəsində müayinə etmədən xəstəxananın müvafiq şö'bəsinə göndərirlər. Belə halda bütün sənədləri şö'bənin tibb bacısı yazır və qəbul şö'bəsinə xəbər verir.

Qəbul şö'bəsinin növbətçi həkimi və ya feldşeri xəstəni: müayinə edib ilk tə'cili yardımı göstərir və tə'cili analizlər üçün göstəriş verir. Xəstəxanaya qoyulan bütüp uşaqların: burun-udlağından qəbul şö'bəsində difteriya çöpünə görə yaxma götürürlər, bağırsaq xəstəlikləri

olan xəstələrdən bağırsaq törədicilərinə görə əkmək üçün nəcis götürülür.

Xəstələr qəbul şö'bəsindən müalicə şö'bələrinə, diaqnozu mə'lum olmayan xəstələr isə xəstəxananın diaqnozu araşdırma şö'bələrinə daxil olurlar, buradan isə diaqnoz mə'lum olandan sonra xəstəni müvafiq şö'bəyə köçürürlər.

Hər bir infeksiya şö'bəsində çox ağır xəstələr üçün bir və ya iki palata ayırırlar, lazım gəldikdə tibb bacısının fərdi postu qoyulur.

İnfeksion palatalar müəyyən gigiyenik tələblərə cavab verməlidir: hər xəstəyə 18—22 m^3 düşməli, çarpayıların arası azı 1 m, otağın temperaturu 18—20°S olmalı, havası yaxşı; dəyişməlidir (xəfəngləri hətta qışda hər 2—3 saatdan bir açmaq lazımdır); palatalar işıqlı olmalıdır. Palataları və xəstəxananın başqa otaqlarını hər gün dezinfeksiya məhlulları ilə silib təmizləməli. Xəstənin vəziyyəti imkan verərsə, hər həftə vannada və ya duşun altında yuyundurur, alt paltarını və döşəkağlarını mütləq dəyişirlər.

Ağır xəstələrin bədənini yaş dəsmalla silir, tez-tez alt-paltarını və yataq ağlarını dəyişir, dərinin və selikli qişaların vəziyyətinə baxır, yataq yaralarının qarşısını alırlar.

Şö'bədə həmişə ehtiyat dezinfeksiya maddələri (xlorlu əhəng, xloramin), (bunların fəallığını müntəzəm surətdə laboratoriyada yoxlayırlar), insektisid preparatlar (dustlar, DDT sabunu, xlorofos) saxlamaq lazımdır.

Xəstənin nəcisə və sidiyə bulaşmış dəyişəyini xloramin məhlulunda isladıb qaynadır və sonra yuyurlar (bax: *Dezinfeksiya*). Xəstəyə qulluq əşyaları (ləyən, isitqac, hava üfürülən dairələr, qarşoklar) fərdi olmalıdır. Uşaq şö'bəsində ancaq rezindən və ya plastik kütlədən qayrılmış oyuncaqlar olmalıdır, bunları dezinfeksiya etmək və qaynatmaq asan olur. İnfeksion şö'bələrə yumşaq oyuncaqlar gətirmək qətiyyən olmaz.

Ayaqyolu otağında gecə ləyənlərini, qarşokları, həmçinin bunlar qoyulan tərəcələri və yuvaları dezinfeksiya etmək üçün 10%-li xlorlu əhəng tökülmüş su qabları qoyulmalıdır. Palata və dəhlizlərin döşəməsi gündə azı 2 dəfə silinməlidir.

Xəstələrin yeməyini tibb bacıları paylayırlar; tə'yin edilmiş pəhrizlərin düzgün verilməsinə də onlar fikir verir, ağır xəstələri yedizdirməyə kömək edirlər. Tibb bacısı yadda saxlamalıdır ki, intoksikasiya keçirən, qızdırmalı, dispepsiyalı zəif xəstənin sağalmasında qidalanmağın mühüm əhəmiyyəti vardır. Xəstələrə evdən gətirilən yeməklərə fikir vermək lazımdır ki, həmin xəstəlik uçün qadağan edilmiş yeməklər onların əlinə keçməsin(məsələn, qarın yatalağında hisə verilmiş kolbasa, süd məhsulları və s.) Çirkli qab-qacağın üzərinə xlorlu əhəng və ya xloramin məhlulu töküb qaynadır, dəsmalla silmədən qurudurlar. Yemək qalıqlarının üzərinə xlorlu əhəng

tökür, sonra kanalizasiyaya və ya çirkab quyusuna boşaldırlar (bax: *Dezinfeksiya*).

Şö'bənin böyük tibb bacısı şö'bədə həmişə kifayət qədər dəyişək ehtiyatı olmasına çalışmalıdır. Evə yazılmış xəstələrin altından çıxan döşəkləri dezinfeksiya kamerasına göndərir və yalnız dezinfeksiya edildikdən sonra istifadə edirlər.

Şö'bədə bir neçə tibb bacısı postu olur və bunların vəzifələrini aydın bölüşdürürlər. Proseduraları aparmaq üçün tibb bacısı ayırmaq tövsiyə edilir; dərialtına, əzələdaxilinə, dəridaxilinə iynə vurmaq, damcı və şırnaq üsulu ilə venaya məhlul yeritmək, qanköçürmək üçün sistemləri, onurğa beyninə punksiya aparılacaq iynələri və sınaq şüşələrini hazırlamaq onun vəzifəsidir. İntensiv terapiya palatalarında sün'i tənəffüs aparatına yaxşı bələd olan, intubasiya, traxeostomiya aparılan qıcolma tutması, klinik ölüm vəziyyətində və buna oxşar son dərəcə ağır vəziyyətlərdə olan xəstələrə qulluq etməyi bacaran daha təcrübəli tibb bacıları işləyirlər.

Müxtəlif diaqnostika və müalicə proseduralarını (məsələn, rektoromanoskopiya, onurğa beynunə punksiya və s.) yerinə yetirmək üçün ayrıca otaqlar olur. Rektoromanoskopiya kabinetində ayrıca tibb bacısı işləyir, o xəstələri bu proseduraya hazırlayır, onu keçirəndə həkimə kömək edir, rektoskopları, reostatı, lampaları və s.-ni səliqə-sahmanla və təmiz saxlayır. Həmin tibb bacısı, balıq yağı, çobanyastığı, evkalipt dəmləməsi, itburnu yağı, kollarqol məhlulu ilə mikro-imalə qoyur.

Tibb bacısı çox vaxt infeksion xəstəliklər zamanı xəstənin halının birdən-birə dəyişməsini tez həkimə xəbər verməli, həkimin tə'yinatları dəyişməsini diqqətlə izləməli, bunları kecikdirmədən yerinə yetirməli, xəstəlik tarixini səliqə ilə aparmalı, alınmış analizləri vaxtlı-vaxtında yapışdırmalıdır. O, həkimin xəstəlik tarixində göstərdiyi müalicə və diaqnostika tə'yinatlarını müvafiq dəftərlərə, yaxud həmin şö'bədə qəbul edilmiş fərdi tə'yinat vərəqinə köçürür. Xəstəni vaxtından tez evə yazmaq olmaz, onu xəstəliyin klinik əlamətləri aradan qalxdıqdan sonra və bakterioloji analizin cavabları mənfi olduqda evə yazmaq olar; bakterioloji analizin neçə dəfə aparılması xəstənin ixtisasından və iş yerindən asılıdır.

Şö'bənin tibb bacısı yeni gələn xəstələrlə şö'bədəki rejim, sanitariya-gigiyena vərdişləri, həmin infeksion xəstəlik zamanı düzgün qidalanma barədə daim söhbət aparır, evə yazılma ərəfəsində həkim kimi o da xəstəyə evdə özünü necə aparması barədə məsləhətlər verir.

Bir qayda olaraq infeksion şö'bələrdəki xəstələrin yanına onların qohumlarını, yaxud tanışlarını buraxmırlar,

Xəstə şö'bədən xəstəxananın dezinfeksiya kamerasında dezinfeksiya olunmuş öz paltarında çıxır.

DEZİNSEKSİYA[1]—infeksion xəstəlikləri yayan həşəratların tələf

edilməsidir. Dezinseksiya həm məişətdə, həm də epidemik göstərişlər olduqda aparılır.

Məişət dezinseksiyası. Otağı dərmanlamaq, milçəklərin törəyib artdığı yerlərə xlorlu əhəng tökmək, bitliliyə qarşı mübarizə aparmaqla həşəratların (milçəklərin, taxtabitlərin, tarakanların, bitlərin) planlı surətdə və daim tələf edilməsi. *Epidemik göstərişlərə görə aparılan dezinseksiya*—dəyişəyin, paltarların, yataq ləvazimatının quru istilik kamerasında bir anda işlənməsi və bununla bir vaxtda infeksiya ocağındakı bütün adamların hamamda yuyundurulması deməkdir. Dezinseksiya fiziki, kimyəvi və bioloji metodlarla aparılır.

Fiziki dezinseksiya metodlarına əşyaların şotka ilə təmizlənməsi, çırpılması, tozsoranla təmizlənməsi, yandırılması, qaynar suya salınması, uçan həşəratın tələ və yapışqan maddələrlə tələf edilməsi aiddir. Üst paltarı və yataq inventarı (döşəklər, adyallar və s.) isti hava kameralarında 80—100°S temperaturda dezinseksiya edirlər.

Kimyəvi dezinseksiya üsulları insektisid adlanan bə'zi kimyəvi maddələrin buğumayaqlılara toksiki tə'sir göstərməsinə əsaslanır, həşəratların demək olar ki, hamısına Qafqaz və ya İran çobanyastığı piretriumun çiçəklərini əzməklə alınmış poroşok zəhər kimi tə'sir göstərir. Sintetik insektisidlərə heksaxloran aiddir. *Xlorofos* buğumayaqlıların bə'zi növlərini (birələri, taxtabitləri, tarakanları, milçəkləri) zəhərləyir, uzun müddət (7—30 gün) tə'siri qalır və 5—10%-li dustlar, 1—5%-li su məhlulları və suspenziyalar şəklində tətbiq edilir. Milçəklərlə mübarizədə duru və bərk aldadıcı yemlərdən istifadə edilir. Duru aldadıcı yemləri xlorofosun sulu məhluluna (0,5%) milçəkləri cəlb edən maddə (10% şəkər, 50% çörək kvası 10% melassa) qatıb hazırlayırlar. Xlorofosdan hazırlanmış aldadıcı yemdən milçəklərin bütun fəal həyat fəaliyyəti dövründə istifadə etmək lazımdır.

Qansoran həşəratdan fərdi qorunmaq üçün repellent adlanan, yə'ni həşəratları hürküdən maddələr geniş yayılmışdır. Bunlardan tundrada, tayqada və infeksiyanın təbii ocaqları olan yerlərdə istifadə edirlər. Ən çox yayılmış repellentlər bunlardır: dimetilftalat, dietiltoluamid DE-TA, benzimin, küzol zə s. Bunları pambıq tamponla, yaxud əlin içinə 20-30 damcı töküb bədənin açıq yerlərinə sürtür,yaxud bunların məlhəmini, kremini işlədirlər. Repellentləri parçalara da hopdurmaq olar.

DEZİNFEKSİYA—zərərsizləşdirmədir. Dezinfeksiyanı həm infeksiya ocağında, həm də profilaktika məqsədilə aparırlar.

İnfeksiya ocağında aparılan dezinfeksiya — uşaq müəssisəsində, ailədə, yataqxanada, ümumi mənzildə və ya başqa bir yerdə infeksiya baş verdikdə aparılır. Nə vaxt aparılmasından və məqsədindən asılı olaraq infeksiya ocağında aparılan dezinfeksiya cari və axırıncı dezinfeksiyaya bölünür.

[1] "Dezinseksiya", "Dezinfeksiya", "Deratizasiya" bölmələrini tibb elmləri namizədi L.S.Zalikina yazmışdır.

Cari dezinfeksiyanı xəstəlik ocağındakı xəstəlik törədicilərini infeksiya mənbəyindən çıxan kimi tələf etmək üçün aparırlar. Bu dezinfeksiyanı infeksion xəstə, yaxud infeksiya gəzdirən olduğu bütün müddətlərdə xəstənin çarpayısı yanında və onun ətrafında aparırlar. Cari dezinfeksiyadan məqsəd—infeksiyanı yayılmağa qoymamaqdır. Yoluxucu bağırsaq xəstəliklərində cari dezinfeksiyanın daha mühüm əhəmiyyəti vardır. Xəstənin işlətdiyi əşyaları, onun dəyişəyini zərərsizləşdirirlər, çünki dəyişək xəstəlik törədiciləri, nəcis və sidiklə çirklənmiş ola bilər.

Otağı müntəzəm surətdə dezinfeksiya məhlulları ilə, sabunla yuyub təmizləyir, oyuncaqları, qab-qacağı qaynadırlar.

Damcı infeksiyalarında cari dezinfeksiya üsullarından biri xəstələrin olduğu otaqlara ultrabənövşəyi şüalar (kvars) salmaqdır.

Axırıncı dezinfeksiyanı infeksion xəstəlik ocağında xəstəni xəstəxanaya qoyduqdan, xəstə sağaldıqdan, başqa binaya köçürüldükdən, habelə xəstənin ölümündən sonra (şəhərlərdə 6 saatdan, kənd yerlərində isə 12 saatdan gec olmayaraq) aparırlar.

Profilaktika dezinfeksiyası—infeksion xəstəliyin olub olmasından asılı olmayaraq, onun qarşısını almaq üçün aparılır. Profilaktika dezinfeksiyasına otaqların havasını hər gün dəyişmək, müalicə-profilaktika, uşaq müəssisələrində, ictimai istifadə yerlərində otaqları 0,5%-li xlorlu əhəng məhlulu ilə yuyub təmizləmək, yeməkdən qabaq əlləri yumaq, suyu xlorlaşdırmaq, südü pasterizə etmək və qaynatmaq, yeyinti məhsullarını konservləşdirmək, xəstəlik törədiciləri ilə mübarizə və s. aiddir.

Dezinfeksiya üsulları: 1) mexaniki, 2) fiziki, 3) kimyəvi üsul.

Mexaniki üsulla döyişəyi, əlləri, bədəni yuyur, döşəməni süpürür və yuyur, tozu yaş əski və tozsoranla təmizləyirlər və s. Çirklə bərabər xəstəlik törədicilərinin bir qismi də kənar edilir. *Fiziki dezinfeksiya metodlarından* ən çox yayılanı—qaynatmadır (dəyişəyi, qab-qacağı, içməli suyu, yeməkləri, oyuncaqları, cərrahiyyə alətlərini, tüpürcək qablarını və s.). Əşyaları qaynatdıqda suya 2%-li natrium-bikarbonat məhlulu və ya sabun qatdıqda bakterisid tə'sir güclü olur. Dəyişəyi azı 60—90 dəqiqə qaynatmaq və qaynadanda qarışdırmaq lazımdır. İnfeksion xəstələrin dəyişəyini 1 kq quru paltara 10 l məhlul hesabilə götürülmüş qaynar sabunlu-sodalı məhlula salır (1% sabun və 0,3% paltar sodası) və 2 saat qaynadır, bir neçə dəfə qarışdırır və sonra təmiz su ilə azı 3 dəfə yaxalayırlar. Dəyişəyi dezinfeksiya etməyin ikinci üsulu da vardır (qələvidə oynatma üsulu): dəyişəyi 0,5—1%-li kalsiumlaşdırılmış soda məhlulunda 6—12 saat isladır və sonra 1 —1 $^1/_2$ saat dezinfeksiya çənində qaynadırlar. Çəni divara elə qoyurlar ki, bir hissəsi çirkli paltar, o biri hissəsi təmiz paltar şö'bəsinə çıxır. Dezinfeksiya üçün su buxarından da istifadə edirlər. O, parçanın içərisinə girib nəinki mikrobları, həm də onların sporlarını tələf edir.

Su buxarından xüsusi dezinfeksiya kameralarında və avtoklavlarda istifadə edilir.

Kimyəvi dezinfeksiya üsulları daha çox yayılmışdır, bunun üçün müxtəlif kimyəvi maddələrdən: xlorlu maddələr (xlorlu əhəng, xloramin və s.), fenol, kreol, lizol, spirt, qələvi və turşulardan istifadə edilir.

Xlorlu əhəng—kəskin xlor iyi verən ağ poroşokdur. Tə'siredici maddə—fəal xlordur. Dezinfeksiya üçün tərkibində 25%, fəal xlor olan xlorlu əhəng işlənir. O tez parçalanıb fəallığını itirir, buna görə də onu qaranlıq, quru otaqda, ağzı möhkəm bağlanan qabda saxlamaq lazımdır. Quru xlorlu əhənglə nəcisi, irini və bəlğəmi dezinfeksiya edirlər. Zibil quyularını dezinfeksiya etmək üçün quru xlorlu əhəngi quyunun səthinin 1 m^2-nə 1 kq hesabilə işlədirlər. Zibil quyularını hər 3—10 gündə bir dəfə xlorlu əhənglə dezinfeksiya etmək tövsiyə edilir.

Gecə ləyənlərini dezinfeksiya etmək, döşəmə yuyulan əsgiləri, şotkaları islatmaq, vannaları silmək üçün duruldulmuş 0,5—5%-li xlorlu əhəng məhlulu işlənir, onu bu cür hazırlayırlar: 1 kq xlorlu əhəngi 10 l suya tökür (emallı vedrədə), qarışdırır və qapağını örtürlər. 24 saat qaldıqdan sonra tənzifdən keçirir, xıltı atır, məhlulu isə qara şüşəyə töküb ağzını tıxacla möhkəm bağlayır və sərin, qaranlıq yerə qoyurlar. Tə'sir müddəti 5—6 gündür. Xlorlu əhəng məhlullarını bağırsaq infeksiyalarında, tənəffüs yollarının xəstəliklərində və başqa infeksion xəstəliklərdə ifrazatı dezinfeksiya etmək, həmçinin otaqları yaş üsulla təmizləmək üçün işlədirlər.

Xloraminin tərkibində 24—28% fəal xlor vardır, suda həll olur. 0,2%-dən 5%-ə qədər xloramin məhlullarından profilaktika məqsədilə və infeksiya ocağının dezinfeksiyasında geniş istifadə edilir. Xloraminin su məhlullarını dezinfeksiya yerində bilavasitə dezinfeksiyadan qabaq hazırlayırlar. Bu məhlullar öz fəallığını 15 gün saxlayır. Bakterisid tə'siri artırmaq üçün xloramin məhluluna aktivator—ammonyak və ya ammonium duzlarından birini qatırlar (1 l məhlula 1,25 q ammonyak və ya 5—10 q ammonium duzları).

Xəstənin və ya bakteriyagəzdiricinin ifrazatını quru xlorlu əhənglə (ifrazatın miqdarının 1/2-i qədər) zərərsizləşdirmək daha yaxşıdır. Xlorlu əhəngi nəcislə birlikdə ağac qaşıqla qarışdırır, ağzı örtülü qabda 30 dəqiqə saxlayır və sonra kanalizasiyaya və ya zibil quyusuna tökürlər. İfrazatın üstünə ondan iki qat çox 10—20%-lk xlorlu əhəng məhlulu və ya 5%-li xloramin və ya lizol məhlulu da tökmək olar.

İfrazat qablarını (xəstələrin altına qoyulan ləyənlər, qorşoklar və s.) əvvəlcə boşaldır, sonra qaynar su ilə yaxalayır və dezinfeksiya məhlullarından birinə duruldulmuş xlorlu əhəng məhlulu, lizol, fenol, xloramin salır, qabın qapağını örtüb 30—60 dəqiqə saxlayırlar.

Yataq ağlarını və alt paltarlarını dezinfeksiya kameralarında zərərsizləşdirirlər.

Qab-qacağı hər dəfə yeyəndən sonra 1—2%-li natrium bikarbonat məhlulunda və ya 1%-li sabunlu suda 15 dəqiqə qaynadıb zərərsizləşdirirlər. Çiçəkdə və hapatitdə 45 dəqiqə, qarayarada 60 dəqiqə qaynadırlar. Metal şeylərin (çəngəl, bıçaq və s.) üzərinə 0,5—1%-li xlor-betanaftol məhlulu tökür, üzərinə qaynar su gəzdirib quruducu şkafda qurudurlar. Qab-qacağı qaynatmaq mümkün deyilsə, üzərinə 0,5%-li duruldulmuş xlorlu əhəng məhlulu və ya 0,5%-li xloramin töküb 5—10 dəqiqə saxlayır, sonra isə qaynar su ilə yaxalayırlar.

DERATİZASİYA—infeksiya (taun, tulyaremiya, leptospirozlar və s.) mənbəyi olan və onu yayan gəmiricilərin tələf edilməsidir. Epidemioloji cəhətdən ən qorxulusu ev və çöl siçanı, boz və qara siçovullar, sünbülqıran, su siçanı və s-dir. Gəmiricilərlə mübarizədə həm profilaktika işləri aparır, həm də bunları tələf edirlər. Profilaktika tədbirlərinə bunlar aiddir: qida məhsullarını və onların tullantılarını gəmiricilər girə bilməyən yerlərdə düzgün saxlamaq, yaşayış binalarını, anbarları, bazalar və başqa binalar tikəndə texniki qaydalara əməl etmək. Gəmiriciləri bioloji, kimyəvi və mexaniki üsullarla qırırlar. *Bioloji metod* gəmiricilərin bakterial kulturalarla qırılması və bu məqsədlə onların təbii düşmənlərindən—pişiklərdən, itlərdən, yırtıcı heyvanlardan (safsar, siçovul, gəlincik və s.) istifadə edilməsi aiddir. Aldadıcı yemlərə qatılan İsaçenko (siçovul yatalağı kulturası) və Merejkovski kulturalarından geniş istifadə edilir. *Mexaniki üsulu* ya ayrı, ya da kimyəvi və bioloji metodlarla birlikdə tətbiq edirlər. Gəmiriciləri qırmaq üçün cürbəcür tələlər qururlar. *Kimyəvi metod* tənəffüs və bağırsaq zəhərləri işlədilməsindən ibarətdir. Tənəffüslə keçən zəhərli maddələri anbarlara, gəmilərə, vaqonlara, habelə tarla şəraitində yuvalara tökürlər. Kükürd anhidridi ilə dezinfeksiya aparmaq üçün 60—100 q/m^3; karbon qazı ilə—700 q/m^3 tələb olunur; dezİnfeksiyanın tə'sir müddəti—2 saatdan 12 saata qədərdir. Bağırsaq zəhərli maddələri aldadıcı yemlərə qatırlar. Aldadıcı yemi çörək qırıntısı, sıyıq, xəmir, suda bişmiş tərəvəz, taxıl və undan hazırlayırlar. Gəmiriciləri cəlb etmək üçün aldadıcı yemə günəbaxan yağı və ya balıq ətinin qiyməsi qatılır. Zəhərli aldadıcı yemlər hazırlamaq, habelə yuvalara və suya səpmək üçün krısid, zookumarin, difenasin, ratindan, pivalil-indandion, barium-karbonat, sink-fosfid, tiosemikarbazid və arsen preparatlarından istifadə edilir. Şəhər şəraitində aldadıcı yemləri yeşiklərə tökmək yaxşıdır. Zəhərli aldadıcı yemləri xüsusi tə'lim keçmiş şəxslər xüsusi avadanlıq qoyulmuş ayrıca binalarda hazırlayırlar.

İnfeksion xəstələrə qulluğa dair ümumi qaydalar. Növbənin iş günü xəstənin çarpayısı yanında növbətçiliyi qəbul etməkdən başlayır. Birinci növbədə ağır xəstələrə və təzə gələnlərə xidmət göstərilir. İnfeksion xəstəlikdə yüksək qızdırma və intoksikasiya ilə yanaşı iştaha çox pozulur, ürəkbulanma, qusma, yanğı olur. Xəstələri yedizdirmək

tibb bacısından böyük hövsələ tələb edir, habelə xəstəyə çox maye içdirmək lazımdır. Tibb bacısı xəstəyə tez-tez və az-az su, limonlu çay, mors, şirə verməlidir. Yazda yeyinti məhsullarında vitaminlər azaldığından çoxlu vitaminli meyvə şirələri, itburnu, limon, portağal (mə'də-bağırsaq xəstəliyi yoxsa) vermək tövsiyə edilir. Xəstə uda bilmədikdə onu zondla yedizdirir, yaxud qida imaləsi qoyurlar.

Temperaturu gündə 2 dəfə ölçürlər: səhər saat 7-də və axşam saat 6-da, həkim tə'yin etdikdə isə çox vaxt hər 2—3 saatdan bir ölçürlər (malyariyada, sepsisdə və s.). Temperaturu quru termometrlə, qabaqcadan xəstənin qoltuğunu silib mütləq tibb bacısının yanında ölçürlər, xüsusilə xəstə həyəcanlıdırsa, yaxud huşunu itiribsə onun temperaturunu tibb bacısı özü ölçür. Temperaturu ölçdükdə alınan nəticələri xəstənin yanında temperatur vərəqinə yazırlar. Xəstədə yüksək qızdırma

varsa, dərhal həkimə xəbər verirlər. Onun tə'yinatı ilə xəstənin başına və boyundaı keçən iri venalar nahiyəsinə buz qoyur, çay verir,venaya və ya əzələ daxilinə amidopirin vurur, dərini mentol spirti ilə silib ovuşdurur, otağın havasını dəyişirlər.

Tibb bacısı tə'yin olunmuş rejimə xəstənin əməl etməsinə fikir verməli və onui əhəmiyyətini xəstəyə başa salmalıdır. Məsələn, qarın yatalağı olan xəstə vaxtından əvvəl durub gəzməyə başlasa bağırsağın divarı deşilə bilər, yaxud bağırsaq qanaxması baş verə bilər.

Dəridə irinli proseslər olduqda, habelə ağır xəstələrdə yataq yaraları əmələ gəlməməsi üçün dəriyə qulluq etmək vacibdir.

Uzun müddət sağrı nahiyəsində əzələyə antibiotik vurduqda infiltratlar əmələ gəlib absesə çevrilə bilər ki, bu da xəstənin vəziyyətini ağırlaşdıracaqdır. Aseptika və antiseptikaya ciddi əməl etməkdən başqa sağrıya, qıçlara isitqac, parafin applikasiyaları qoymaq, UVÇ kimi sadə üsulları da yaddan çıxarmaq olmaz. Antibiotiklərin ağızdan qəbul edilməsi çox zaman ağız boşluğunun selikli qişasının disbakteriozuna səbəb olur; aftalar, xırda yaralar, ginguvit əmələ gəlir, ağızın içi bərk ağrıyıb göynədiyinə görə xəstə heç nə yeyə bilmir. Belə hallarda aqızın selikli qişasını kalium permanqanat, brilyant abısı məhlulu ilə silirlər; soda məhlulu ilə yaxalamaq, selikli qişaya bal, nistatin qatılmış yağdan hazırlanan məlhəm sürtmək də kömək edir, dilə su qatılmış qliserin sürtürlər. Belə halda xəstəyə ılıq, selikli qişanı qıcıqlandırmayan, əzilmiş yemək vermək lazımdır. Bütün bunlar həm də irinli parotitin qarşısını alır.

Bir çox infeksiyalarda (qrip, meningitlər; qızılca, göyöskürək və s.) tez-tez baş verən pnevmoniyanın qarşısını almaq üçun xəstəni yataqda tez-tez çevirmək, palatanın havasını dəyişmək, oksigen vermək, xəstəni çox ehtiyatla yedizdirmək, içizdirmək lazımdır ki, boğazında tikə qalmasın və ağciyərə düşüb pnevmoniya törətməsin; xardal yaxmalarını yağlı kağızın üstündən qoymaq lazımdır ki, bədəndə uzun

müddət qalsın, belə olduqda onlar daha yaxşı qızdırır: girdə bankalar qoyulur, bunlar üçün əks-göstəriş yoxdur.

Uzun müddət yüksək temperaturla yataqda qalan xəstələr çox vaxt qəbizlikdən əziyyət çəkirlər, meteorizm əmələ gəlir. Belə hallarda qazçıxaran boru, hipertonik məhlulla təmizləyici və ya sifon imalələri (bax) qoyurlar.

İnfeksion şö'bədə işləyən tibb bacısı çox vaxt xəstənin sidik kisəsinə yumşaq kateter (bax) qoymalı olur, çünki xəstə ağır vəziyyətdə çox həyəcanlı olduqda özü siyə bilmir.

Kateter saldıqda infeksiya aparmamaq üçün təmizliyə riayət etmək, əlcək geyib işləmək lazımdır.

Vəba, qida ilə zəhərlənmələr, meninqokokk infeksiyası və s. kimi xəstəliklərdə orqanizmin su tarazlığını bilmək çox vaçib olduğu üçün xəstənin bir sutkada ifraz etdiyi sidiyi (diurezi) diqqətlə ölçmək lazımdır. Xəstənin içdiyi və ona parenteral yeridilən suyun miqdarını sutkalıq diurezlə müqayisə edib su tarazlığını bilmək olar. Tibb bacısı həmişə xəstənin yanında olduğu üçün onun halının dəyişməsini həkimə birinci xəbər verməlidir. Həkim olmadıqda isə gecikdirmədən özü yardım göstərə bilməlidir.

İNFEKSİYA OCAĞINDA TİBB BACISININ DAVRANIŞ QAYDALARI. İnfeksiya ocağında tibb bacısının vəzifəsinə epidemiyaya qarşı aparılan aşağıdakı işlər aiddir:

1) bütövlükdə infeksiya ocağını (adamlar, otaqlar) dezinfeksiya etmək, burada dezinfeksiya və deratizasiya aparmaq, çünki çox vaxt infeksiyanı həşəratlar və gəmiricilər yayır;

2) xəstələrlə təmasda olan şəxsləri hər gün müşahidə etmək, xəstəliyin bütün inkubasiya dövründə temperaturu ölçmək, həm də bu ancaq tibb bacısının yanında edilir. Xəstəni müayinə etdikdə xəstəliyin ilk əlamətlərinə—özünü pis hiss etməsi, başağrısı, əmək qabiliyyətinin azalması, subfebril temperatur və onun getdikcə qalxması (qarın yatalağı), Filatov-Koplik ləkələri (qızılca), selikli-qanlı nəcis ifrazı (dizenteriya), zökəm, əsnəyin gicişməsi, burun-udlaqda kataral hallar (meninqokokk infeksiyası) və s.-yə diqqət yetirmək lazımdır;

3) xəstə ilə təmasda olmuş adamı xəstəliyin ilk əlamətləri göründükdə ayırmaq, yaxud xəstəxanaya qoymaq;

4) göstəriş olduqda əhaliyə peyvəndlər vurmaq;

5) sağlam adamlar içərisindən patogen mikrob gəzdirənləri tapmaq, çünki bunlar infeksiyanı yaya bilərlər (difteriya çöpünə və meninqokokka görə burun-udlaqdan yaxma götürmək, bağırsaq qrupu infeksiyasına görə nəcisi əkmək və s.).

İNFEKSİYANIN XƏSTƏLƏRDƏN VƏ KOLLEKTİVDƏ OLAN MİKROBGƏZDİRƏNLƏRDƏN YAYILMASININ QARŞISINI ALMAQ. İnfeksiyanın yayılmasının qarşısını almaq üçün qabaqlar dizenteriya, qarın yatalağı, vəba, malyariya, infeksion hepatit, difterİya

keçirmiş bütün adamları uçota almaq lazımdır. Belə adamların üzərində daim klinik və bakterioloji müşahidə aparılır (nəcisi bağırsaq qrupuna görə əkir, difteriya çöpünə görə burun-udlaqdan yaxma götürürlər). Uçotda olan şəxslərə ancaq yaxşı yoxladıqdan sonra ictimai iaşədə işləməyə icazə verilir. Yeyinti müəssisələrində, çörəkxanalarda, ət kombinatlarında, əhalinin su təchizatı sistemində işləyən işçiləri həmişə tibb yoxlamasından keçirirlər. Bu adamlar arasında bakteriyagəzdiricilər tapılarsa, analizlər bakteriya tapılmadığını qəti təsdiq etməyincə onları işə buraxmırlar.

Profilaktika işini əsas e'tibarilə rayon poliklinikalarının və tibb-sanitariya hissələrinin infeksion xəstəliklər kabinetləri sanitar-epidemioloji stansiyalarla birlikdə aparırlar. İşin əsas hissəsi orta pillə işçilərinin üzərinə düşür—onlar rekonvalessentləri vaxtlı-vaxtında çağırır, onların evinə gedir, bakterioloji analizlər götürür, sanitar-gigiyenik vərdişlər barədə söhbətlər aparırlar və s.

Tibb bacıları kollektivlərdə profilaktika peyvəndləri vururlar. Kütləvi peyvəndlər üçün canlı, qızdırmaqla və ya kimyəvi dərmanlarla zəiflədilmiş və öldürülmüş mikrob huceyrələrindən hazırlanmış vaksinlərdən istifadə edirlər. Peyvəndlərə başlamaq üçün əvvəlcə otağı hazırlayır, üstünə steril döşəkağı salınmış stol qoyur, yod tinkturu, naşatır spirti, biksdə steril pambıq yumruları, dərini dezinfeksiya etmək üçün spirt, steril şprislər, iynələr, sterilizator tədarük görürlər. *Peyvənd vurulmuş hər adamdan sonra iynələri və şprisi dəyişirlər.* Peyvənd vurmamışdan əvvəl temperaturu ölçmək lazımdır; temperatur yüksək olduqda peyvəndi müvəqqəti saxlayırlar. Vaksin vurandan sonra bir sutka ərzində temperaturu ölçmək tövsiyə edilir.

AMÖBİAZ. Törədicisi—amöbdür, onun əsas xassəsi toxumaları dağıtmaqdır. Xəstəliyə ən çox isti ölkələrdə təsadüf edilir, lakin mö'tədil iqlimdə də tək-tək xəstəlik halları qeyd olunur. İnsana amöbiaz onun yayıldığı yerlərdə arx suyunu qaynatmadan içdikdə keçir.

Xəstəlik çox vaxt tədricən başlayır, temperatur normal olur, lakin 3—5 gün 38°S-yə qalxa bilər, xəstəliyə qarnın aşağısında tutmaya oxşar ağrılar, tenezmlər (defekasiyaya yalançı meyllər), bağırsaqların tamam boşalmasını hiss etməsi əziyyət verir. Nəcis sıyığabənzər və ya duru, selikli, qanlı, rəngi "moruq jelesi" kimi çəhrayı olur. Xəstəlik kəskin və xroniki şəkildə gedir. Amöbiazın ağırlaşmaları qorxuludur: belə ki, qidalanma, ümumiyyətlə, pisləşir, baqırsaq divarı deşilir, bağırsaq qanaxmaları olur, xoraların çapıqlaşması nəticəsində bağırsaqlar daralır, qaraciyər absesi əmələ gəlir.

Amöbiaz kəskinləşdikdə xəstəni xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Kompleks müalicə aparılır: 2 №-li pəhriz, emetin, enteroseptol, maksaform, yatren, dimedrol suprastin, kolibak-terin, bifikol, V qrupu vitaminləri, ilıq rivanol və furasilin məhlulu ilə müalicə mikroimaləsi qoyurlar.

Amöbiaza tutulmuş xəstədə qarnın aşağısında kəskin ağrılar olduqda, tibb bacısı dərhal həkimə xəbər verir (baqırsağın deşilməsi qorxusu).

Xəstələrin işlətdiyi qab-qacağı qaynadırlar. Milçəklər girməməsi üçün palataların, ayaqyolunun pəncərələrinə tor vururlar; xəstələrin nəcisini 10%-li xlorlu əhəng məhlulu ilə 2 saat dezinfeksiya edirlər. Laboratoriya analizi üçün nəcisi ilıq ikən steril bankaya götürür və tez bakterioloji laboratoriyaya göndərirlər, çünki amöb ilıq mühitdən kənarda tez tələf olur. Analizin nəticəsi materialın düzgün götürülməsindən asılıdır.

Botulizm—ağır infeksion xəstəlik olub tərkibində anaerob çöp və onun bütün mə'lum bakterial ekzotoksinlərdən ən güclü toksini olan yeyinti məhsullarının yeyilməsi nəticəsində baş verir. Xəstəlik qısa inkubasiyadan sonra kəskin surətdə başlayır, ürəkbulanma, qusma, mə'dənin həddindən artıq dolması hissiyyatı, köp, ağızda quruluq, şiddətli yanğı olur; xəstəliyin ilk əlamətlərinə uda bilməmək, çeçəmək, səsin batması, gözün üst qapağının sallanması (ptoz), göz bəbəklərinin genəlməsi, aralarında fərq olması (anizokoriya) çəpgözlülük, gözün əşyaları qoşa görməsi, çox kəskin əzələ zəifliyi aiddir. Xəstəlik ağır keçdikdə tənəffüs pozulur; təngnəfəslik əmələ gəlir, tənəffüsün dayanması nəticəsində xəstə boğulub ölə də bilər.

Bakterioloji laboratoriyaya analiz etmək üçün qida məhsullarının qalıqlarını, qusuntunu, mə'də yuyulan suyu və xəstənin nəcisini göndərirlər, toksini tapmaq üçün xəstədən qan götürürlər. Analiz üçün götürülən materialı sərin yerdə, ağzı möhkəm steril qabda saxlayırlar.

Xəstələri mütləq xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Mə'dəni dərhal soda məhlulu ilə yuyurlar. Tibb bacısı botulizm xəstəsinin yanında bir çox çətinliklərlə qarşılaşır: udma refleksi olmadığından və qırtlaq qapağı parez bldüğündan zond tənəffüs yollarına düşə bilər, odur ki, mə'dəni yumağa başlamamışdan əvvəl zondun mə'dəyə düşüb-düşmədiyini yoxlamaq lazımdır; yuxarıdan asılan və ya sifon imaləsi qoyulmalıdır. Toksini neytrallaşdırmaq məqsədilə Bezredka üsulu ilə botulizm serumu vurulur. Dezintoksikasiya müaliçəsi duz məhlulları, qlükoza və plazmaəvəzedicilər (hemodez) yeridilməsindən ibarətdir. Antibiotiklər, ürək-damar preparatları, V qrupu vitaminləri, rekonvalessensiya mərhələsində fizioterapiya proseduraları, müalicə bədən tərbiyəsi, masaj tə'yin edirlər.

Tənəffüs pozulmuşsa, xəstəni aparatla sün'i tənəffüsə keçirirlər, bu işi xüsusi tə'lim keçmiş tibb bacıları görürlər. Fərdi post qoyulur. Xəstəyə zondla duru qida qarışıqları yedizdirirlər. Palatanın havası isti olmalı, səs-küy olmamalıdır.

BRÜSELLÖZ. Törədicisi müxtəlif növ brüsellalardır. Xəstəlik qızdırma ilə başlayır, oynaqlar, limfa düyünləri, sinir sistemi, müxtəlif daxili üzv və toxumalar zədələnir.

Xəstəliyin kəskin əlamətləri olan şəxslər xəstəxanaya

qoyulmalıdırlar. Brüsellözün hansı mərhələdə və formada olmasından asılı olaraq antibiotiklər, vaksin, hormonlar, fizioterapiya, müalicə bədən tərbiyəsi və masaj tətbiq edilir.

Brüsellözlü xəstələr çox tərlədiyi üçün onların dərisinə fikir vermək, alt paltarı və döşəkağılarını vaxtlı-vaxtında dəyişmək, yataq yaraları və irinli səpkilər əmələ gəlməməsi üçün dərini kamfora spirti ilə silmək lazımdır. Xəstəyə çox maye içdirilməli, meyvə və tərəvəz şirəsi verilməlidir.

Tibb bacısı venadaxilinə və əzələyə vaksin vurulan xəstələrə xüsusi diqqət yetirməlidir, onların temperaturunu hər 3 saatdan bir ölçməlidir.

Xəstəliyin uzun çəkməsi brüsellözlü xəstənin psixikasında iz qoyur, belə ki, o vasvası olur, hər şeydən şübhələnir. Tibb bacısının onunla səbirli rəftarı, ona həssaslı; göstərməsi əmək qabiliyyətinin bərpa edilməsində mühüm rol oynayır.

VƏBA—ağır ümumi intoksikasiyası nazik bağırsağın zədələnməsi, su-duz mübadiləsinin pozulması ilə gedən kəskin infeksion xəstəlikdir; çox qorxulu infeksiyalar qrupuna aiddir. Törədicisi—vəba vibrionudur (son vaxtlar Əl-Tor tipi).

Əl-Tor vəbasının xüsusiyyəti keçirilmiş xəstəlikdən sonra uzun müddət vibrongəzdirmə, xəstəliyin silinmiş formaları, Əl-Tor vibrionlarının ətraf mühitin əlverişsiz amillərinin tə'sirinə çox davamlı olmasıdır. Vibrion ət, balıq məhsullarında və tərəvəzdə otaq temperaturunda 2—5 gün yaşayır. Vəba ən çox süd, su kəmərinin və açıq su hövzələrinin suyu ilə yayılır. Havanın temperaturu düşdükdə və su mənbələri donduqda belə vəba vibrionları qışdan salamat çıxa bilir.

Vibrionların turşulara son dərəcə həssas olmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır, içməli suyu zərərsizləşdirəndə bundan istifadə edilir.

Xəstəlik kəskin şəkildə başlayır. İshal əmələ gəlir, sonra nəcis su kimi olur və çox ifraz olunur. Adətən qarında ağrılar olmur. İshalın sayı xəstəliyin gedişinin ağırlığına müvafiq olur. Tipik hallarda nəcis düyü həliminə oxşayır, əzilmiş kartof və ya balıq şorbası iyi verir. Xəstələrin əksəriyyətinin dili quru, qarnı batıq olur. Bundan başqa ürəkbulanma, qusma, aşağı və yuxarı ətrafların qıcolmaları baş verir. Üzün cizkiləri sivriləşir, gözlər içəri batır, skleralar bulanıqlaşır, dəri göyərir, soyuq olur, qırışır və qırışıqlar gec açılır ("paltaryuyan qadın əlləri"). Səs boğuq olur və sonra batır, təngnəfəslik, taxikardiya güçlənir, temperatur normadan aşaqı olur. Müaliçə olunmadıqda maye itkisi bədən çəkisinin 10—12%-ni təşkil edir. Bədən çoxlu duz itirir.

Vəba xəstələri mütləq xüsusi epidemik rejimli xəstəxanaya qoyulmalıdırlar.

Xəstəliyin ilk saatlarında müalicəyə başladıqda daha səmərəli olur, buna görə də tibb xidməti və birinci növbədə, xəstəxana həmişə hazır olmalı və orada həmişə lazımi qədər ehtiyat dərmanlar da olmalıdır.

Hər bir ayrıca halda müalicənin necə aparılması xəstənin bədəninin

nə dərəcədə su itirməsindən asılıdır. Bədən çəkisinin 4—6%-i qədər su itirilərsə, dərhal itirilmiş suyun və duzların yeri doldurulmalıdır, su itkisinin 7%-dən çox olması həyat üçün təhlükəlidir.

Xəstəyə qusuntu, nəcis və sidiklə itirilən su qədər venaya çoxlu maye vurmağa başlayırlar. Bunun üçün axırıncıları yığır və ölçürlər. Xəstəni deşiyin diametri 10—20 sm olub xəstənin çanağına tən gələn xüsusi "vəba" çarpayısına uzadırlar, döşəyə müşəmbə tikir və döşəkdə çarpayının deşiyinə tən gələn deşik açırlar, ona müşəmbədən şlanq tikirlər; nəcis, sidik bu şlanqdan dərəcəli qaba tökülür (vedrə, bak və s.), hər 2 saatdan bir itirilən mayenin miqdarını ölçürlər. Xəstəyə tərkibində natrium-xlorid, natrium-hidrokarbonat, kalium-xlorid olan məhlullar, müxtəlif nisbətlərdə götürülmüş apirogenli su, "Trisol" məhlulu vurulur. Bu məhlullar tez xarab olur, cəmi bir neçə saat yarayır, odur ki, tibb bacısı onların təzə olmasına fikir verməlidir. Standart duz məhlulunu 38—40°S-yə qədər qızdırıb venaya vurmaq olar. Son vaxtlar vəba xəstəsini antibiotiklərlə də (tetrasiklin, lakin mütləq maye də vurulmalıdır) müalicə edirlər.

Xüsusi pəhriz tələb olunmur. Xəstələri 1—2 gündən başlayaraq yedizdirirlər. Əvvəlcə yeməyi az-az verir, xəstəyə çoxlu maye içirdirlər.

Şö'bədə palataları ancaq yaş üsulla—0,5%-li, xloramin məhlulu, 0,2%-li duruldulmuş xlorlu əhəng və ya 3%-li lizol məhlulu ilə silib təmizləyirlər. Hər palatanın qapısında və şö'bələrin çıxış qapılarında yerə dezinfeksiya məhlulunda isladılmış payəndaz atırlar. Əlləri tez-tez sabunla yuyur və 2%-li xloramin məhlulu ilə dezinfeksiya edirlər.

Xəstənin ifrazatını dezinfeksiya edib kanalizasiyaya axıdır, yaxud bunun üçün qazılmış çirkab quyusuna tökürlər. Vəba xəstəliyinin olduğu şö'bədə tibb işçiləri xəstələrdən yoluxmamaq və infeksiyanın kənara çıxmaması üçün bütün tədbirləri görməli, xəstələri müşahidə edəndə son dərəçə diqqətli olmalı, həkimin tə'yin etdiyi bütün proseduraları yerinə yetirməlidirlər. Vəbanın kökünü kəsmək üçün görülən tədbirlər barədə xüsusi tə'limatlarda və metodik göstərişlərdə ətraflı yazılmışdır; hər bir müalicə müəssisəsində mütləq bu tə'limatlar olmalıdır.

Virus hepatiti—iki müstəqil xəstəlikdən—infeksion hepatit və serum hepatitindən ibarətdir. Törədiciləri—viruslardır. Xəstəlik tədricən başlayır. Əvvəlcə qida ilə zəhərlənməyə və ya kəskin respirator xəstəliklərinə oxşayır. 7—12 gündən sonra sidik tündləşir (pivə rəngində olur), çox keçmədən skleralar, sərt damaq, dilçək və dəri sarılıq gətirir.

Nəcis açıq rəngdə olub boz gilə oxşayır. Qaraciyər böyüyür. Serum hepatitində sarılıq dövrü infeksion dövrdə olduğundan xeyli uzun çəkir. Adətən intoksikasiya açıq-aşkar görünür: xəstə süst, yuxucul olur, iştahadan düşür, ürəyi bulanır, qusur, defekasiya dəyişkən olur. Hepatitin ən təhlükəli ağırlaşması qaraciyər komasıdır ki, bu da,

adətən, xəstənin ölümü ilə nəticələnir.

Yüngül formada infeksion və serum hepatitinin kəskin mərhələsində xəstələrin dərman müalicəsinə ehtiyacı olmur. Yüngül pəhriz saxlamaq, yağda qızardılmış, hisə verilmiş, sirkəyə qoyulmuş qida-ları, ədviyyatı və spirtli içkiləri pəhrizdən çıxarmaq kifayətdir; sut-kada 2—3 l-ə qədər su içmək, meyvə şirələri, morslar tövsiyə edilir; bağırsaqların vatxtlı-vaxtında boşalmasına fikir vermək lazımdfr.

Xəstəlik orta dərəcədə olduqda intoksikasiyaya qarşı müalicə aparılır, ağır keçdikdə isə kortikosteroid hormonlar tətbiq edilir.

Hepatitli xəstəyə qulluq etdikdə tibb bacısı əllərini yaxşı yumalı, xəstənin işlətdiyi bütün şeyləri qaynatmalıdır. Tibb bacısı xəstənin yeməyinə və rejiminə xüsusi diqqət yetirməlidir (bütün sarılıq dövründə xəstələr yataq rejimində olurlar).

Xəstədə ürəkbulanma olduqda və gücləndikdə, o, yeməkdən imtina etdikdə, qusduqda, yuxucul, yaxud həyəcanlı olduqda tibb bacısı tez həkimi çağırmalıdır, çünki bu əlamətlər intoksikasiyanın gücləndiyini və qaraciyər çatmamazlığı ola biləcəyini göstərir. Həkim gələnə qədər tibb bacısı qlükoza məhlulu, hormonal preparatlar, oksigen hazırlamalıdır. Hepatit şö'bəsində tibb alətlərinin sterilizasiyasının xüsusi əhəmiyyəti vardır.

QARAYARA. Törədicisi—qarayara çöpüdür. Xəstəliyin dəri, ağciyər, bağırsaq və septik formaları vardır. Dəri formasında azca qaşınan ləkə əmələ gəlir və tez bir zamanda papulaya çevrilir. 1—2 sutkadan sonra papulanın təpəsində içində bulanıq maye olan və çox qaşınan suluq əmələ gəlir, çox keçmədən suluq partlayır, içindən qanlı maye çıxır; suluq yox olur, onun yerində isə dibi bərk, qara qartmaq qalır. Sonralar səpgilər əmələ gəlir ki, bunlar birinci ocaqla birləşir. Yara və onun ətrafındakı nayihə ağrımır. Bu infeksiyada yerli simptomlardansa ümumi intoksikasiya daha ağırdır. Ağciyər forması mikrobun ağciyərlərə tənəffüs yollarının selikli sişalarından keçməsi nəticəsində baş verir və ağır hemorragik pnevmoniya şəklində özünü göstərir. Bağırsaq forması birdən-birə başlayır, kəskin ağrılar olur və bunlar get-gedə artır, qarın köpür, ürəkbulanma, qanlı qusma və ishal olur, tez bir zamanda kollaps baş veri.r. Septik forma çox gur gedir, xəstə huşunu itirir, meningial simptomlar olur.

Müalicəsi: qarayara qamma-qlobulini, antibiotiklər (penisillin), fizioloji məhlul, qlükoza, parenteral yolla hemodez, ürək-damar preparatları. Xəstəyə çoxlu maye içirtmək, az-az yedizdirmək və əsas e'tibarilə vitaminlə zəngin süd-bitki qidası vermək lazımdır. Həmçinin şirələr, itburnu dəmləməsi də verilməlidir. Yalnız temperatur düşdükdən sonra xəstəni ümumi stola keçirmək olar.

Qarayaraya tutulmuş bütün xəstələri ancaq infeksion şö'bəyə qoyur, ayrıca palatalara və ya bokslara yerləşdirirlər. Onların qab-qacağı və qulluq şeyləri ayrı olur. Onlardan çıxan sarğı materialını yandırırlar.

İşçilər əlcək geyir, pambıq-tənzif sarğı bağlayır, eynək taxır, iki xalat geyirlər. Palataları ancaq dezinfeksiya məhlulları ilə silib təmizləyirlər. Xəstəni evə yazandan sonra binada axırıncı dezinfeksiya aparılır.

QARIN YATALAĞI, A, V PARATİFLƏRİ—bağırsaq infeksiyaları qrupuna aid olan kəskin infeksion xəstəliklərdir. Xəstəlik tədricən başlayır: xəstə zəifləyir, tez yorulur, baş ağrısı olur. Həftənin axırına yaxın bu hallar artır, temperatur qalxır, yuxu pozulur (gündüz yuxuculluq, gecə yuxusuzluq). Xəstədə bir növ keylik olur—üzündə mimika olmur, rəngi solğun olur, danışmır, heç bir şeylə maraqlanmır, dili quru, yoğun olub üzərində boz ərp əmələ gəlir, kənarlarında dişlərin izi görünür, qarın köpür, qaraciyər və dalaq böyüyür. Bə'zən şüur tutqunlaşır, xəstə sayıqlayır, hallüsinasiya əmələ gəlir. Birinci həftənin axırında, yaxud ikinci həftənin əvvəlində açıq cəhrayı səpgilər əmələ gəlir; xəstəlik şiddətləndikdə, bakteriyemiya vaxtı səpgilər "quruyub tökülür", 4-cü həftədə xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır.

Qarın yatalağı və paratiflərin bir sıra ciddi ağırlaşmaları olur. Bunlardan biri bağırsağın deşilməsidir ki, bu da adətən, xəstəliyin 3-cü həftəsində baş verir, lakin bundan da tez ola bilər. Ağrı əvvəlcə az olur, xüsusilə xəstənin vəziyyəti ağır olduqda, lakin sonra artır; xəstə nəfəs aldıqda qarnını çəkir, peristaltika eşidilmir, qarın əvvəlcə batıq, sonra köpmüş olur. Bağırsaq yarasının deşilməsindən şübhələndikdə dərhal həkimi çağırmaq, o gələnə qədər isə leykositlərə görə qanı analizə göndərmək lazımdır. Rejimin pozulması (məsələn, vaxtından əvvəl ayağa durmaq, pəhrizi pozmaq) bağırsağın deşilməsinə səbəb olur. Müalicəsi ancaq cərrahi yolladır. Vaxtında həkim çağırılması xəstənin həyatının xilas edilməsində həlledici əhəmiyyətə malikdir.

İkinci qorxulu ağırlaşma bağırsaq qanaxmasıdır. Əgər o, yüksək temperaturla eyni vaxtda baş verərsə, xəstənin ümumi halı bir qədər "yaxşılaşır"—temperatur düşür, şüur aydınlaşır, baş ağrısı azalır, lakin tez bir zamanda daxili qanaxma əlamətləri görünür: xəstə meyit kimi saralır, üzün cizgiləri sivriləşir, alında soyuq, yapışqan tər əmələ gəlir, taxikardiya, hipotoniya baş verir. Qanaxma nə qədər çox olsa kollaps əmələ gəlməsinə bir qədər çox ehtimal olur. Xəstənin nəcisində xalis qan ola bilər, yaxud nəcis qatrana oxşaya bilər, bu qanaxmanın intensivliyindən və bağırsaqların tez, yaxud gec boşalmasından asılıdır. Bu əlamətlər baş verdikdə tibb bacısı həkim gələnə qədər qanın hemoqlobinini tə'yin etmək üçün laborant çağıra bilər. Bağırsaq qanaxmasında xəstəyə tam sakitlik yaratmaq, qətiyyən yemək verməmək, qarnın üstündən buz qovuğu asmaq, venaya kalsium-xlorid və ya kalsium-qlükonat, plazma, eyni qrupun qanından 75—100 ml, əzələyə vikasol, jelatin vurmaq lazımdır.

Qarın yatalağı keçirmiş xəstələrin 3—5%-i xroniki bakteriyagəzdiricidir, infeksiyanın yayılmasında bunlar xeyli rol oynayır.

Qarın yatalağı və paratiflə xəstələrin müalicəsində antibiotiklər

(levomisitin), vaksin və ya ;l— antigeni tətbiq edilir, intoksikasiyaya qarşı müalicə aparılır. Xəstə asan həzm olunan və kalorili qida yeməlidir (yarıduru və duru sıyıqlar, içinə əzilmiş ət salınmış bulyon. pure, ət suflesi, omlet, ağ suxari, əzilmiş təzə meyvə, giləmeyvə şirələri). Xəstə bol maye içməlidir. Xəstəyə evdən gələn yeməkləri diqqətlə yoxlamaq lazımdır ki, ona zərər yetirən yeməklər (kolbasa, ədviyyatlı yeməklər, hisə verilmiş kolbasa, balıq və s.) əlinə düşməsin. Xəstə bütün qızdırmalı dövrdə və temperatur qaydaya düşdükdən sonra 10—12 gün yataqda olmalıdır, sonra yavaş-yavaş rejimi genişlənir, yə'ni ona ayağa durub gəzməyə icazə verilir. Bu dövrdə tibb bacısı xəstələrə diqqətini azaltmamalıdır, çünki bağırsaq deşilə bilər, yaxud bağırsaq qanaxması kimi ağırlaşmalar baş verə bilər. Ağız boşluğunun, qulağın, burunun, anusun, aralığın gigiyenasına fikir vermək lazımdır. Parotit əmələ gəlməməsi üçün hər dəfə yemək yeyəndən sonra ağzı yaxalamaq, dodaqlara və dilə kərə yağı çəkmək lazımdır. Pnevmoniyaların və yataq yaralarının qarşısını almaq üçün xəstəni tez-tez çevirmək, sağrıların və kürəklərin dərisini kamfora spirti ilə silmək lazımdır. Çö'bə təmiz və isti olmalı, havası dəyişilməli, milçəklər girməməsi üçün pəncərələrə tor vurulmalıdır.

Bütün qulluq ləvazimatını işlətdikdən sonra qaynadırlar. Xəstənin işlətdiyi ləyəni, onun nəcisini və sidiyini başqa bağırsaq infeksiyalarında olduğu kimi dezinfeksiya edirlər. Çirkli paltarları camaşırxanaya göndərməmişdən əvvəl 1%-li xloramində isladırlar. Palataları ancaq yaş üsulla 2%-li xlorlu; əhəng məhlulu ilə yuyub təmizləyirlər. İşçilər əllərini 0,5%-li xloramin məhlulu ilə sildikdən sonra ilıq su və sabunla yuyurlar.

QİDA TOKSİKOİNFEKSİYALARI—kəskin infeksion xəstəliklər qrupu olub intoksikasiya, həzm yolunun, ürək-damar sisteminin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur və infeksiya düşmüş yeyinti məhsullarını yedikdə əmələ gəlir. Çox vaxt salmonellalar törədir.

Xəstəlik üşütmə, yüksək temperatur, ürəkbulanma, qusma, mə'də girəcəyində ağrılar, duru, çox vaxt köpüklü, üfunətli nəcis ifrazı ilə xarakterizə olunur; ağır hallarda qıcolmalar, kəskin ürək-damar çatmamazlığı, kollaps əmələ gəlir. Belə xəstələr xəstəxanaya qoyulmalıdırlar.

Xəstəni isitqaclarla qızdırır, mə'dəni su və ya 2—5%-li ilıq soda məhlulu ilə yuyurlar, ürəkbulanma və qusma davam edərsə, venaya 40%-li qlükoza məhlulu, 10% və 0,9%-li natrium-xlorid məhlulu, göstəriş olduqda ürək-damar dərmanları, poliqlükin, hemodez, plazma vururlar.

Qusma və ürəkbulanma kəsdikdən sonra xəstəyə çoxlu qaynamış su, azca duz vurulmuş su və ya natrium-xloridin izotonik məhlulunu, yaxud 5%-li qlükoza məhlulu, limonlu şirin çay, mors və s. içdirmək lazımdır. Xəstəyə yüngül yemək vermək lakin ac qoymamaq lazımdır

(qusma kəsdikdən sonra). Tünd və yağlı yeməklər verilmir.

QRİP—kəskin virus infeksiyası olub üşütmə, yüksək temperatur, baş ağrısı, göz almacıqlarında ağrı ilə gedir, gözlər işıqdan qamaşır, 2—3-cü sutka kataral hallar əmələ gəlir—xəstə asqırır, öskürür, zökəm olur.

Qrip zamanı xəstəyə qulluq etməyin xüsusi əhəmiyyəti vardır: onu qızdırmaq, çox çay içdirmək, xardal yaxması qoymaq, xardala bürümək, xardal vannaları eləmək, otağın havasını dəyişmək, otağı yaş üsulla yığışdırmaq lazımdır. Moruq, limon salınmış çay, balla çay içdirmək, suda bişmiş kartofun buxarı ilə inhalyasiya aparmaq, ayaqlara xardal vannaları eləmək kömək edir.

QUDUZLUQ. Törədicisi—virusdur. Xəstəlik psixikanıı pozulması, qorxu və oyanma ilə özünü bildirir, xəstə bir udum su içmək istədikdə, sonralar isə hətta suyu gördükdə belə (hidrofobiya—sudan qorxma) udma və tənəffüs əzələlərinin qıcolmaları əmələ gəlir.

Xəstəliyin 2—3-cü günündən başlayaraq xəstənin şüuru pozulur, hallüsinasiya olur, sayıqlayır. Xəstəyə yanğı əziyyət verir, çoxlu ağızsuyu axır, çünki xəstə uda bilmir. Oyanma şiddətlənib şüur çalpaşıq olduqda xəstələr təcavüzkar olur, yataqda vurnuxur, döşəmədə sürünür, özlərini pəncərədən atmaq istəyirlər. Oyanma ifliclə əvəz olunur və xəstəliyin 6—8-çi günü, nadir hallarda ilk günlər xəstə ölür.

İnkişaf etmiş quduzluğu müalicə etmək üçün tə'sirli metodlar yoxdur. Odur ki, xəstənin əzabını azaltmaq və xəstəliyin işçilərə keçməməsinə çalışmaq lazımdır.

Quduz heyvan dişləyən yeri mümkün qədər tez qaynamış su və sabunla yuyur və yodla silirlər, yaranın içinə və yumşaq toxumalara aseptika qaydalarına əməl edib antirabik serum və ya immunoqlobulin vururlar. Quduzluğa qarşı peyvəndlər yalnız o zaman fayda verir ki, quduz heyvan dişlədiyi və ya onun tüpürcəyi dəyən andan ən geci 14 gün ərzində vurulmuş olsun. Peyvəndləri xüsusi Paster məntəqələrində Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının tə'limatı əsasında vurur, antirabik vaksin kursunu isə qabaqca Bezredka üsulu ilə qamma-qlobulin vurub aparırlar. Peyvənd vurulan dövrdə və peyvəndə bir neçə gün qalmış spirtli içkilər içmək qəti qadağandır.

Şübhəli heyvanlar 14 gün müddətində xəstələnmirsə, peyvəndləri dayandırırlar.

Xəstəni qaranlıq palataya qoyurlar ki, xarici qıcıqlar—işıq, səs, danışıq, havanın hərəkəti ona tə'sir etməsin.

Qıcolmalara qarşı simptomatik dərmanlar: xloralhidrat, narkotik dərmanlar, seduksen, yuxu dərmanları verilir, qidalandırmaq üçün qlükozanın duz məhlullarını vururlar. Xəstəni çarpayıya bağlayır, fərdi tibb bacısı postu qoyurlar. İşçilər əlcək və maska geyib işləməlidirlər, çünki xəstənin tüpürcəyində quduzluq virusu olur.

Xəstəni çox ehtiyatla yedizdirmək lazımdır. Ona qulluq etmək üçün həmişə ehtiyat yataq dəyişəyi olmalıdır. Qulluq şeylərini, qab-qacağı, dəyişəyi 2%-li xloramin məhlulu ilə dezinfeksiya edirlər.

QIZILYEL—kəskin streptokokk infeksiyasıdır. Xəstəni sarsıdan üşütmə ilə çox kəskin şəkildə başlayır, temperatur 40°S-yə qədər qalxır, çox vaxt qusma olur, dərinin (üzün, ətrafların) zədələndiyi nahiyə aqrıyır və göynəyir. Dərinin-zədələndiyi nahiyə al-qırmızı rəngdə olur, azca qabarır, kənarları "alov dili" kimi aydın, lakin əyri-üyrü olur. İltihab yerinin dərisi gərgin olub işıldayır, isti olur. İntoksikasiya və aqrılar artdıqca bu hallar tez şiddətlənir.

Qızılyel iltihabını antibiotiklərlə (penisillin), həmin yerə kvars şüası salmaqla müalicə edir, dimedrol, pipolfen, suprastin tə'yin edir, tez-tez residiv verdikdə autovaksindən istifadə edirlər, zəifləmiş xəstələrə bədəni möhkəmlədən dərmanlar, vitaminlər, kalorili yeməklər verir və qulluq edirlər; çoxlu maye içirir, yataq ağlarını və alt paltarı tez-tez dəyişir, baş ağrısında başa buz qoyurlar. Şö'bədə alətləri yaxşı qaynadır, sarğı materialını yandırırlar.

QIZILCA—kəskin virus xəstəliyidir. Kəskin şəkildə başlayır, temperatur 39—40°S-yə qalxır, baş ağrısı olur, xəstə özünü pis hiss edir, zökəm, öskürək olur, gözlər yaşarır, işıqdan qamaşır. 2—3-cü gün yanaqların, diş ətinin seliklk qişasında səpələnmiş mannı yarmasına oxşayan o Filatov-Koplik ləkələri əmələ gəlir. Sonra dəri səpir, səngilər piqmentləşir və kəpək kimi qabıq verir.

Müalicəni əksər hallarda ev şəraitində aparırlar. Xəstəlik ağır olduqda, ağırlaşma verdikdə, epidemioloji və məişət göstərişləri olduqda (xəstə yataqxanada və internatdadırsa), belə uşaqları xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Konyunktivit olduqda gözləri borat turşusu məhlulu ilə yuyur, albusid tökürlər. Xəstə bütün qızdırmalı dövrdə yatlq reji mində olmalı, elə uzanmalıdır ki, gözlərinə işıq düşməsin. Otağı ancaq yaş dəsmalla təmizləyir, tez-tez havasını dəyişirlər. Xəstənin vaxtlı-vaxtında üzünü yumaq, aqzını, gözlərini, burnunu silmək qızılcalı xəstəyə qulluqui vacib şərtləridir. Xəstə çoxlu maye: meyvə şirəsi, limonlu çay, kefir və s. içməlidir.

DİZENTERİYA—şiqel cinsindən olan bakteriyaların törətdiyi ümumi infeksion xəstəlikdir. Xəstəlik kəskin şəkildə—titrətmə ilə başlayır, temperatur 38—39°S-yə qalxır, baş ağrısı, çox vaxt ürəkbulanma, ümumi əzginlik, qarnın aşağısında tutmaşəkilli ağrılar olur, çox keçmədon selikli, qanlı, duru ishal baş verir, yalançı tenezmlər olur; qarnı əllədikdə siqmaşəkilli bağırsağın bərk, ağrılı olduğu görünür.

Müalicəsi kompleks şəkildə aparılır: antibiotiklər, vitaminlər, furazolidon, büzüşdürücü, antiseptik, aqrısızlaşdırıcı dərmanlar, biopreparatlar (kolibakterii, bifakol və s.) tətbiq edilir.

İktoksikasiya çox olduqda xəstənin venasına duz məhlulları,

hemodez, neokompensan vurulur.

Sfinkter iltihablı olduqda, yaxud kəskinləşmiş babasildə yerli müalicə kimi mikroimaləni dizenteriya şö'bəsinin tibb bacısı qoyur. Bunun üçün balıq yağı, çobanyastığı, evkalipt yarpağı dəmləməsi, itburnu yağı və Şostakovski balzamından istifadə edirlər. Uşaqlarda anusun ətrafındakı dəri qızarmış olduqda, yaxud düzbağırsağın selikli qişası xaricə çıxdıqda tibb bacısı dərini kalium-permanqanat məhlulu ilə silir. Şö'bədə hər xəstənin özünün qarşoku olur, qarşoka çarpayının nömrəsi yazılır. Xəstəlik tarixindəki temperatur vərəqində tibb bacısı nəcisin necə olduğunu qeyd edir, lazım gələrsə, qarşoku həkim gələnə qədər saxlayır.

Rektoromanoskopiyaya hazırlaşanda tibb bacısı proseduradan 2 saat əvvəl təmizləyici imalə qoyur. Xəstələrin yeməyinə nəzarət etmək onun vəzifəsidir. Konserv, kolbasa mə'mulatı, hisə verilmiş kolbasa və balıq, çiy giləmeyvə və tərəvəz pəhrizdən çıxarılır.

Xəstə evə yazılası vaxt duş və ya vanna qəbul edir, dezinfeksiyadan çıxmış paltar geyir.

DİFTERİYA—kəskin infeksion xəstəlikdir. Törədicisi Lefflerin çox güclü ekzotoksin buraxan difteriya çöpüdür. Əsnək, burun, qırtlaq difteriyası və onun nadir formaları (göz, qulaq, dəri, yara, xarici cinsiyyət üzvləri) ayırd edilir, həmçinin qarışıq formaları da olur. Difteriyanın ağırlaşmaları təhlükəlidir (kəskin ürək-damar çatmamazlığı, miokardit, iflicli nevritlər).

Difteriyalı xəstələr və difteriyaya şübhə doğuran şəxslər mütləq xəstəxanaya qoyulmalıdırlar. Diaqnoz qoyulan kimi dərhal difteriyaya qarşı serum vurulur, həmçinin antibiotiklər, böyrəküstü vəzi qabığının hormonları, oksigen, ürək-damar preparatları tətbiq edilir. Difteriyanın ağır formalarında xəstə ciddi yataq rejimində olmalıdır. Ağırlaşmış disteriyalfl xəstəyə ayrıca tibb bacısı qulluq edir. Xəstəliyin kəskin dövründə xəstəyə duru, yarıduru yeməklər az-az verilməlidir. Çalışmaq lazımdır ki, əsnək və udlaq mümkün qədər az zədələnsin. Yumşaq damağın iflicində tibb bacısı uşağı çox ehtiyatla, hətta bə'zən zondla yedizdirməlidir.

Uşaqda inaq əmələ gəldikdə həkim gələnə qədər vanna eləməli, yaxud xardala bələməli, oksigen verməli, intubasiya və ya traxeotomiya üçün alətləri, şprisləri, parenteral yeridiləcək kortikosteriod hormonları hazırlamalı, qələvi yağ inhalyasiyası aparılmalıdır. Xəstədə miokardit varsa, o, uzun müddət yataq rejimi gözləməlidir, rejimə əməl etməmək ürəyin dayanmasına və ölümə səbəb ola bilər. İşçilər əllərini yaxşı yumalı, şö'bədən çıxdıqda paltarını dəyişməli, difteriya çöpü gəzdirib-gəzdirməməsinə görə müntəzəm yoxlanmalıdırlar (burun-udlaqdan yaxma götürülür).

EPİDEMİK PAROTİT (xənazir)—infeksion virus xəstəliyidir, ümumi intoksikasiya, ağız suyu vəzilərinin, nadir hallarda başqa

vəzilərin, habelə sinir sisteminin zədələnməsi ilə xarakterizə edilir. Ən çox təsadüf edilən simptomlar vəzi orqanlarının: ağızruyu vəziləri, mə'dəaltı vəzi, cinsiyyət vəziləri və nadir hallarda qalxanabənzər, araqalxanabənzər vəzilərin, gözyaşı vəzilərinin zədələnməsidir. Adətən, parotitdə sinir sistemi zədələnir (meningit, meninqoensefalit, nevrit). Cox vaxt xəstəlik temperaturun qalxması, qulaqətrafı, ağızsuyu vəzilərinin şişməsi ilə kəskin şəkildə başlayır. Əvvəlcə bir tərəfdə, 1—2 gündən sonra o biri tərəfdə vəzilər şişir.

Temperatur qaydaya düşənə qədər xəstə bütün kəskin dövrdə yataq rejimində olmalıdır. Zədələnmiş vəzilərə quru isti vermək, ağız boşluğuna qulluq etmək vacibdir (tez-tez su içdirmək, ağız boşluğunu yaxalamaq). Xəstə duru və yarıduru yeməklər yeməlidir. Baş ağrısında analgin, amidopirin verilir. Meningitdən şübhələndikdə onurğa beynini punksiya etmək lazımdır. Bu cür xəstələr mütləq xəstəxanaya qoyulmalıdır. Kəskin pankreatitdə yağlı və tünd yeməklər çıxarılmaqla ciddi pəhriz tə'yin edilir, mə'də nahiyəsinə buz qoyulur.

GÖYÖSKÜRƏK—kəskin infeksion xəstəlikdir. Xəstəlik tədricən az-az öskürmək, zökəm, subfebril temperaturla başlayır. 2-ci həftənin axırında spazm mənşəli öskürək dövrü başlayır və 3—4 həftə davam edir, sonra öskürək tutmaları kəsir, lakin adi öskürək yenə 2—3 həftə qalır. Müaliçəsi: antibiotiklər, oksigenlə müalicə, vitamin kompleksi, sedativ və neyroleptik dərmanlar (aminazin, propazin), göyöskürəyə qarşı xüsusi qamma-qlobulin.

Uzun müddət təmiz havada olmaq yaxşı tə'sir edir, lakin xəstə üşüməməlidir, xüsusilə kəskin kataral hallar olduqda. Otağın havasını tez-tez dəyişməli. Otağı ancaq yaş süpürgə və əsgi ilə təmizləməli, dezinfeksiya maddələri işlətməməli, çünki toz və dezinfeksiya maddələri xəstə uşağın tənəffüs yollarını qıcıqlandıra bilər. Tutmalar arasındakı dövrdə uşağın fikrini maraqlı və sakit oyunlarla, kitab oxumaqla yayındırmaq tövsiyə edilir. Qida vitaminlərlə zəngin, yüksək kalorili olmalıdır. Yedikdən sonra uşaq dincəlməlidir. Tutma başladıqda uşağı qucağa götürmək, yaxud yerində oturtmaq daha yaxşıdır, tutma qurtardıqdan sonra isə ağzı və burnu tənziflə silib seliyi çıxarmalı.

Xəstəni ayırdıqdan sonra otağı dezinfeksiya etmirlər. Ən başlı-cası otağın havasını yaxşı dəyişmək və yaş üsulla təmizləməkdir. Xəstə ilə təmasda olduqda spesifik qamma-qlobulin vururlar.

MENİNQOKOKK İNFEKSİYASI—kəskin infeksion xəstəlikdir. Törədicisi—meninqokokkdur. Meninqokokk infeksiyasının aşağıdakı formaları ayırd edilir (ağırlıq dərəcəsinə görə):

1. Meninqokokk gəzdirmək—simptomsuzdur.

2. Meninqokokk nazofaringiti—burun-udlaqda kataral hallar, subfebril temperatur, başgicəllənmə olur.

3. Meninqokokksemiya və ya meninqokokk sepsisi: kəskin şəkildə,

titrətmə ilə başlayır. Temperatur 39—40°S-yə qalxır, qusma, hemorrakik səpgi olur, bə'zən əl boyda və bundan iri göyümtül, qansızma, təngnəfəslik, sapvarı nəbz olur, arterial təzyiq sıfıra düşür. Xəstələr kollapsdan ölürlər. Meninqokokk infeksiyasının bu forması bə'zən yüngül keçib sağalma ilə nəticələnir.

4. Meninqokokk meningiti: titrətmə, yüksək temperatur, şiddətli baş ağrısı, qusma, boyunda, beldə, omada ağrılar, oyanma olur, gözlərin qabağı qaralır və xəstə huşunu itirir, sayıqlayır, hallüsinasiya, epilepsiya tutmaları, meningeal simptomlar əmələ gəlir; ətraflar parez və iflic ola bilər.

5. Son illər meninqokokk infeksiyasının qarışıq formalarına (meninqokokksemiya və meningit) daha çox təsadüf edilir. Müalicəsi: bədən çəkisinin 1 kq-na 200000—300000 vahid penisillin, venaya maye, sidik qovan preparatlar, litik qarışıqlar, qıcolmalara qarşı dərmanlar vurmaq, oksigenlə, hormonlarla müalicə aparmaq.

Diaqnostika və müalicə məqsədilə lümbal punksiya aparılır. Punksiyanı həkim aparır, tibb bacısı isə ona kömək ednr: xəstəni hazırlayır (xəstəni punksiyaqabağı yedizdirmək olmaz, sidik kisəsini boşaltmağı yaddan çıxarmamalı), onu prosedura otağına gətirir, qıçlarını dizdən qatlayıb sağ böyrüüstə uzadır və başını döşünə qoydurur, belini yod və spirtlə silir. Onurğa mayesini analiz üçün sınaq şüşələrinə, o cümlədən əkmək üçün steril sınaq şüşəsinə yığırlar (axırıncını tez laboratoriyaya çatdırır, yaxud termostata qoyurlar). Punksiyadan sonra xəstəni arxası ustə və ya qarın üstə diyircəkli stola uzadır (başının altına yastıq qoymurlar) və palataya gətirirlər; o bu vəziyyətdə azı 2 saat uzanmalıdır. Onurğa beyninin punksiyası ilə əlaqədar bütün əməliyyatlar cərrahi əməliyyatda olduğu kimi aseptika qaydalarını gözləməklə icra edilməlidir. Həkim və tibb bacısı maska, təmiz xalat geyib işləməlidirlər. Prosedura otağını da palatalar və dəhlizlər kimi hər gün kvarslamaq lazımdır.

Meninqokokk infeksiyası şö'bəsində intensiv terapiya və ya reanimasiya palataları yaradılır. Çox ağır xəstələrin yanında xüsusi hazırlıq keçmiş tibb bacıları növbə çəkirlər: onlar həkimlə birlikdə reanimasiya müalicə üsullarından istifadə edirlər, məsələn, traxeostoma qoyulmasında, intubasiya aparılmasında həkimə kömək edirlər, sün'i tənəffüs aparatının işinə, oksigen tentinin düzgün işləməsinə nəzarət edir, aparatdan oksigen verir, elektrik sorucusu ilə selik çıxarır, xəstəni zondla yedizdirir və bir çox başqa işləri görürlər. Tə'cili reanimasiya yardımına ehtiyacı olmayan xəstələr üzərində də birinci-ikinci sutkalar daim tibb bacısının nəzarəti olmalıdır.

Tibb bacısı penisillini sxem üzrə vurmalı, xəstəni bol içdirməli və səbirlə yedizdirməli, başına və iri damarlara buz, yaxud xəstə titrətdikdə ayaqlarına isitqac qoymalı, sidik ifrazına və sidiyin miqdarına, bağırsaqların işləməsinə fikir verməli, həkim tə'yin edibsə

təmizləyici imalə qoymalı, başını daramalı, əl-üzünü, altını yumalı, dərisinin təmiz olmasına fikir verməlidir. İynə vurandan sonra infiltratlar olmaması üçün isti proseduralar—isitqac, UVÇ, parafin applikasiyaları vacibdir.

Xəstədə oyanma varsa və psixikası pozulmuşsa, onu çarpayıya bağlayır, həkim tə'yin edibsə xloralhidrat, seduksen vurur, fərdi tibb bacısı postu qoyurlar. Şö'bəni ancaq yaş üsulla təmizləyirlər.

SKARLATİNA—kəskin streptokokk xəstəliyidir. Titrətmə, 38—40°S-yə qədər temperaturla başlayır, boğazda ağrı olur, xəstə dəfələrlə qusur; xəstəliyin ilk günləri boyunun və döşün dərisində açıq-çəhrayı, xırda nöqtələr şəklində səpgilər əmələ gəlir, sonra səpgilər gövdəyə və ətraflara keçir, dəri büküşlərində çox olur. Yanaqlar qıpqırmızı olur, burunda səpgilər olmur, dodağın və alt çənənin dərisi qızarmış nahiyələrin yanında solğun üçbucaq şəklində olur (Filatov simptomu). Səpgi azacıq qalxıb dəriyə kələ-götürlük verir. Temperatur qaydaya düşdükdən 2—8-ci gündən e'tibarən dəri qabıq verməyə başlayır. Boyunda və çənə altındakı limfa düyünləri böyümüş olur və ağrıyır. Dil "moruğa" oxşayır, kataral, follikulyar və ya lakunar tonzillit əmələ gəlir. Xəstələri skarlatina şö'bəsinə qoyurlar.

Müalicəsi—antibiotiklər, vitaminlər, bütün bədənə ultrabənövşəyi şüalar verməklə aparılır. Xəstələrə qulluq etdikdə ağız boşluğunu təmizləmək vacibdir, hər dəfə yemək yeyəndən sonra ağzı yaxalamaq lazımdır, burunu vazelin yağı ilə isladılmış pambıqla selikdən və qartmaqdan təmizləyir, qulaqların təmizliyinə fikir verirlər. Dəri qabıq verdikdə qaşınma olduğu üçün xəstələrin dırnağını dibdən tutmaq lazımdır ki, dırnaq yarası əmələ gəlməsin, bu zaman gigiyenik vannaların faydası olur (xəstəni vannada tək qoymaq olmaz:). Ancaq rezin və plastik kütlədən hazırlanmış oyuncaqlara icazə verilir, çünki bunları da qab-qacaq kimi hər gün qaynatmaq lazımdır. Palataları ancaq yaş üsulla süpürüb, silirlər. Palatanın havasını yaxşı dəyişir və kvars lampası asırlar. Tibb bacısı uşağın sidiyinə diqqət yetirməlidir, çünki xəstəlik böyrəklərə ağırlaşma verə bilər.

SUÇİÇƏYİ—əsas e'tibarilə uşaqlarda baş verən kəskin infeksion xəstəlikdir, səlamət keçir, orta dərəcədə ümumi intoksikasiya, qızdırma və ləkəli-vezikulöz səpgilər olur. Spesifik müalicəsi yoxdur. Qulluğun xüsusi əhəmiyyəti vardır. Xəstəliyin əvvəlində yataq rejimi vacibdir. Səpgilərə kalium-permanqanat məhlulu və ya brilyant abısı sürtürlər, gözləri 2%-li borat turşusu məhlulu ilə yuyur, 10—20%-li al-busid məhlulu tökürlər. Dırnaqları dibdən tuturlar.

TAUN—zoonozlar qrupuna aid olub təhlükəli infeksiyalardandır. Törədicisi taun çöpüdür. O, insanın orqanizminə dəridən, tənəffüs yollarından və mə'də-bağırsaq yolundan keçir. Taunun forması onun hansı yolla keçməsindən asılıdır: bubon, dəri-bubon, ağciyər, septik taun ayırd edilir.

Xəstəlik kəskin şəkildə: titrətmə, yüksək temperatur (39—40°S-yə qədər), qusma, kəskin baş ağrısı, əzələ ağrıları ilə başlayır, xəstənin şüuru tez pozulur, sayıqlayır, hallüsinasiya əmələ gəlir. O, həyəcanlı olur, nəbz tez-tez vurur, arterial təzyiq çox düşür, təngnəfəslik əmələ gəlir, qarın, köpmüş, qaraciyər və dalaq böyumüş olur. Bubon formada xəstəliyin 1—2-ci günü spesifik limfadenit əmələ gəlir. Proses bir neçə qonşu limfa düyünlərinə və bunların ətrafındakı birləşdirici toxumaya keçir; şişəbənzər bu törəmə çox ağrılı olur, üzərindəki dəri qırmızı-göyümtül rəngdə olur, işıldayır. Sonra bubon partlayır, onun içindən çıxan irində külli miqdarda taun çöpü olur, çox vaxt bubon sorulub bərkiyir.

Dəri-bubon formasında dərinin üzərində içində qanlı maye olan irinlik əmələ gəlir. Sonra çox ağrılı yaraya keçir. Bu formada böyük ağırlaşmalar: pnevmoniya, sepsis, meningit və s. əmələ gələ bilər.

Ağciyər formasında son dərəcə ağır intoksikasiya, daim yüksək temperatur, təngnəfəslik, döş qəfəsində əziyyətli ağrılar, qanlı və köpüklü duru bəlğəm ifraz olunan öskürək baş verir, ürək-damar fəaliyyəti zəif olur, kollaps əmələ gəlir. Qabaqlar taunun ağciyər forması xəstəliyin 1—3-cü günü ölümlə nəticələnirdi. Septik formanı aydın görünən hemorrakik hallar (dəriyə və selikli qişalara qansızma, qan qusma, qanlı nəcis, sidik) müşayiət edir. Müalicə aparmadıqda ölümlə nəticələnir.

Tauna qarşı peyvənd vurulmuş adamlarda xəstəlik nisbətən yüngül, silinmiş klinik mənzərə ilə keçir. Lakin burada da birdən-birə böyük ağırlaşmalar əmələ gələ bilər.

Müalicəsi—antibiotiklər, intoksikasiyaya qarşı və simptomatik dərmanlarla aparılır. İrinli bubonları deşir, sarğı materiallarını yandırırlar.

Xəstələrə daim ayrıca tibb bacısı qulluq etməlidir. Bol maye içirtməli, asan həzm olunan, kalorili yemək verməlidir.

Taun xəstələrinə qulluq edən işçilər tauna qarşı xüsusi kostyum (qoruyucu kombinezon, rezin uzunboğaz çəkmə, əlcək, maska və eynək) geyib işləməlidirlər.

Tauna tutulmuş hər adam haqqında rəhbər səhiyyə orqanlarına xəbər verirlər. Böyük bir ərazidə karantin e'lan edilir. Həmin yaşayış məntəqəsinin əhalisinin təchizatı üçün xüsusi qayda-qanun qoyulur. Dezinfeksiya və deratizasiya aparılır.

Epidemiyaya qarşı tədbirlərə aid xüsusi tə'limatlar vardır, hər bir müalicə müəssisəsində bunlar olmalıdır.

Bir çox qorxulu infeksiyanın ocağını ləğv etmək üçün xəstəni mütləq ayırmaq, ona fərdi qulluq etmək və səmərəli müalicə aparmaq lazımdır: xəstə ilə təmasda olmuş bütün adamları 9—12 gün ayrı saxlamaq və streptomisinlə profilaktika müalicəsi keçirmək, xəstənin paltarını, əşyaları və otağı mükəmməl dezinseksiya, deratizasiya və dezinfeksiya

etmək; xəstələri və onlarla təmasda olmuş adamları tez aşkar etmək üçün həyətbəhəyət gəzmək, canlı vaksinlə peyvəndlər vurmaq (bir ilə qədər immunitet yaranır) lazımdır.

Taunla mübarizə stansiyaları daim müşahidə aparır və tauna qarşı tədbirlər görürlər.

TETANUS—kəskin infeksion xəstəlikdir. Törədicisi—sinir sisteminə çox güclü tə'sir edən ekzotoksin buraxan sporlu çöpdür. Ümumi və yerli tetanus olur. Ümumi (yayılmış) tetanus ağır keçir və ölüm faizi yüksək olur (40—60%).

Tetanusun klinik mənzərəsi: ümumi intoksikasiya, ağzı açmağı və çeynəməni çətinləşdirən çeynəmə əzələlərinin (trizm) və mimiki əzələlərin qıcolmaları (xəstənin üzündə qəribə sardonik gülüş olur), arxa gövdə əzələlərinin tonik yığılmaları və bunun nəticəsində opistotonus və lordoz əmələ gəlməsi; şiddətli qıcolmalarda xəstə ənsəsini və dabanlarını yatağa dirəyib qıvrılıb qalır, hər cür xarici qıcıq güclü klinik qıcolmalar törədə bilər. Asfiksiyaya (boğulmaya) səbəb olan ağçiyər, ürək çatışmazlığı da döş və qabırğaarası, səs yarığındakı əzələlərin və diafraqmanın qıc olmaları ilə əlaqədardır.

Xəstələr uzunsürən yuxusuzluqdan əziyyət çəkirlər, onların şüuru, adətən, pozulmur, temperatur yüksək olur, pnevmoniya əmələ gəlir, sidik ifrazı çətinləşir. Xəstəlik ölümlə nəticələnmədikdə 2 həftədən 8 həftəyə qədər çəkir.

Tetanusun müalicəsi yaraları, o cümlədən xəstələnənə qədər sağalmış yaraları cərrahi yolla işləməkdən, tetanusa qarşı serum (Bezredka üsulu ilə) və anatoksin vurmaqdan, qıcolmaya qarşı dərmanlar (aminazin, pantopon, dimedrol, ayropin, heksenal, teopeptal-natrium, seduksen) tətbiq etməkdən ibarətdir. Ağır hallarda kurareyə oxşar preparatlar vurur və xəstəni kənardan idarə olunan tənəffüsə keçirirlər.

Xəstənin olduğu şö'bədə ciddi qoruyucu rejim olmalıdır. Xəstəni ayrıca palataya qoyurlar. Azacıq səs-küy, qapının cırıltısı, ayaq səsləri, tibb bacısının və həkimin qolaysız hərəkətləri, xəstənin paltarının dəyişməsi çeynəmə əzələlərinin əziyyətverici qıcolmalarına, trizminə səbəb olur. Buna görə də belə xəstəni trizmin ən zəiflədiyi anı tapıb çox ehtiyatla və səbirlə yedizdirmək lazımdır. Çox vaxt xəstəyə zondla duru yeməklər verir, yeməyi verməmişdən qabaq qıcolmaya qarşı dərman vururlar. Baş çox isti olduqda buz qoyur, bədəni yaş döşəkağıya bürüyürlər. Tibb bacısı yataq yaraları, irinliklər əmələ gəlməməsi üçün xəstənin dərisinə fikir verməlidir, çünki tetanusda xəstə çox tərlədiyi və toxumaların trofikasiyası pozulduğu üçün bunlar əmələ gələ bilir. Tetanuslu xəstəyə baxan tibb bacısı idarə olunan tənəffüsdə ona qulluğun xüsusiyyətlərini bilməlidir.

TULYAREMİYA—təbii ocaqlı xəstəlikdir. Xəstəliyin bubon, abdominal, ağciyər, yayılmış klinik formaları vardır. Kəskin şəkildə

başlayır, temperatur 38—39°S, titrətmə olur, xəstə çox tərləyir, baş ağrısı, əzələlərdə, xüsusilə baldır əzələlərində ağrılar olur, qaraciyər və dalaq böyüyür.

Bubon forma üçün xarakter cəhət limfa düyünlərinin böyüməsidir, bunlar partlayıb irin çıxır, yaxud sklerozlaşır. Bubon formanın özünün yaralı bubon, göz-bubon, anginoz-bubon variantları olur. Xəstə gec sağalır, uzun müddət subfebril temperatur və yerli əlamətlər görünür. Yayılmış forma daha ağır keçir, titrətmə və septik qızdırma, səpgi olur, xəstəlik uzun çəkir, gec sağalır. Xəstələri xəstəxanaya qoymaq lazımdır.

Streptomisin, levomisetin, tetrasiklin yaxşı kömək edir. Uzun çəkən formalarda antibiotiklər və vaksinlə kombinəedilmiş müalicə aparmaq vacibdir. Gözə 10—15%-li albusid tökür, əsnəyi furasillin (1:5000) məhlulu ilə yaxalayırlar, bubonun üstünə isti şey qoyurlar. Bubon deşildikdə məlhəm çəkib sarıyırlar. Bubonu yardıqda və özü deşildikdən sonra sarqı materialını yandırırlar.

Çox tərlədikdə alt paltarı tez-tez dəyişir, dəriyə fikir verirlər. Müalicə vaksini vurulan xəstələrin hər 2 saatdan bir temperaturunu ölçüb xəstəlik tarixinə yazır, nəbzə və arterial təzyiqə fikir verir, bol maye içdirir, baş ağrısında buz qoyurlar.

ÇİÇƏK—kəskin, çox təhlükəli virus xəstəliyidir, bu zaman ağır intoksikasiya, yüksək qızdırma və papulöz-pustulöz səpgi olur. Kəskin şəkildə başlayır: titrətmə, temperatur 39—40°S, ombada və beldə ağrılar, qusma, qarında ağrılar olur, nəbz tez-tez vurur, təngnəfəslik əmələ gəlir. 2—3-cü gün xəstələrin bir qismində tez çəkilib gedən qızılcaya oxşar səpgilər, xəstəliyin 4-cü günündən tünd-qırmızı rəngdə papulalar şəklində əsl səpgilər əmələ gəlir, səpgilərin ortası göbək kimi içəri batmış olur. Selikli qişalarda eroziya və yaralar əmələ gəlir, bunlar xəstə çeynədikdə, udduqda, sidik ifraz etdikdə ağrıyır və xəstəyə əziyyət verir. Xəstənin huşu özündə olmur (çalpaşıq olur), o sayıqlayır, təngnəfəslik olur, arterial təzyiq düşür. Bə'zən pustulalar (irinliklər) birləşib dəridə ağrılı ödem əmələ gətirir, xəstənin üzü tanınmaz dərəcədə eybəcərləşir. 10—14-cü gün pustulalar quruyur və sarımtıl-qonur qartmaq bağlayır. Xəstəyə qaşınma əziyyət verir.

Xəstəliyin 3-cü həftəsinin axırında və 4-cü həftədə qartmaqlar tökülür və bunlardan sonra bütün ömrü boyu getməyən ağımtıl çapıqlar (çopurluq) qalır. Çiçək yüngül (varioland—peyvənd vurulmuş adamlarda çiçəyin özünəməxsus gedişi) və ağır keçə (irinliklər birləşmiş çiçək və hemorrakik çiçək) ya da ölümlə nəticələnə bilər.

Çiçək xəstələrini dərhal xüsusi xəstəxanalara qoymaq və sonra evi mükəmməl dezinfeksiya etmək lazımdır.

Çiçəyi müalicə etmək üçün spesifik qamma-qlobulin, antibiotiklər və simptomatik dərmanlar: amidopirin, analgin, ürək-damar dərmanları tə'yin edilir.

Xəstə uzun zaman mütləq yataq rejimində olmalıdır. Pəhriz duru və yarıduru halda südlü bitki mənşəli yeməklərdən ibarətdir. Ağzı 1—2%-li soda məhlulu ilə yaxalamalı, selikli qişalara 0,5%-li kokain məhlulu sürtməli. Bol maye içirtməli. Gözləri borat turşusu məhlulu, qaynamış su və ya çayla yumalı. Səpgilər irinlədikdə alt paltarı tez-tez dəyişir; dərini 5—10%-li kalium-permanqanat məhlulu ilə silirlər; qaşınmanı azaltmaq üçün isə mentol məlhəmi sürtürlər; xəstənin ümumi vəziyyəti imkan verərsə, vannaya kalium-permakqanat töküb 5—8 dəqiqə 37°S temperaturlu vanna edirlər. Vanna zamanı tibb bacısı xəstənin yanında durmalı, nəbzini yoxlamalı, vəziyyətinə fikir verməlidir. Vannadan sonra xəstəni ehtiyatla steril döşəkağıya uzadıb qurulayırlar, sonra quru, təmiz, isti yatağa köçürürlər.

Dırnaq yaraları əmələ gəlməməsi üçün uşaqların əllərini bintlə sarıyıb bədənə bağlayırlar.

Xəstələrə qulluq etmək üçün xüsusi tibb işçiləri ayrılır, onlar qoruyuçu kostyum geyib işləyirlər. Xəstənin otağını və təmasda olduğu əşyaları dezinfeksiya edirlər (3%-li xloramin, 5%-li lizol), qab-qacağı, tüpürcək qablarını, ləyənləri və sidik qablarını qaynadırlar.

Xəstənin bütün ifrazatını dezinfeksiya edir, sarğı materialını yandırırlar. Palataları təmiz saxlayır, daim cari dezinfeksiya aparırlar. Palataları ancaq yaş üsulla dezinfeksiya məhlulları ilə süpürüb silirlər.

2—6-cı cədvəllərdə infeksion xəstəliklər barədə əsas epidemioloji mə'lumatlar verilir.

Cədvəl 2

İnfeksion xəstəliklərin törədiçilərinin mənbələri və yayılma yolları

Xəstəliyin adı	İnfeksiya mənbəyi	İnfeksion xəstəliklərin törədicilərinin yayılması yolları
1	2	3
Adenovirus infeksiyası	Xəstə adam, virusgəz-dirən	Çox vaxt törədicilər hava-damcı yolu ilə yayılır, ətraf muhitdə törədici davamlı olduğu üçün infeksiya hava-toz, alimentar, təmas-məişət yolu ilə də keçə bilər
A və V paratifləri	İnfeksiya mənbəyi xəstə adam, rekonvalessentlər, bakteriyagəziricilərdir. V paratifində infeksiya mənbəyi heyvanlar, donuzlar, qaramal, ev quşları da ola bilər	Törədicilər təmas-məişət yolu ilə, su, yeyinti məhsulları ilə keçir. Törədiciləri milçəklər də yaya bilər
Amöbiaz	Xəstə adam, sistgəzdirici	İnsan sist düşmüş yeyinti məhsullarını yedikdə, suyu içdikdə, çirkli əllərlə, infeksiya düşmüş ev ləvazimatı, oyuncaqlar və s. ilə sistləri orqanizmə apardıqda xəstələnir. Milçəklər də törədiçiləri yaya bilər

Bağırsaq koli-infeksiyaları (eşerixiozlar)	Eşerixiozların əsas mənbəyi xəstə adam. bakteriyagəzdiricidir.	İnfeksiyanın yayılma yolu su. qidadır. İnfeksiya təmas-məişət yolu ilə az yayılır
Botulizm	Botulizmin törədicisi təbiətdə geniş yayılmışdır. Onu heyvanların və insanın bağırsaqlarında tapmaq olar. Belə hesab edirlər ki. botulizm törədicisi heyvanların və insanın bağırsaqlarında saprofit halda yaşayır	Xəstəlik botulizm törədiciləri və onun toksinləri olan yeyinti məhsullarını yedikdə əmələ gəlir. Son vaxtlar evdə konservləşdirilmiş göbələk və tərəvəz. hisə verilmiş donuz əti yeyilməsi ilə əlaqədar olaraq xəstəlik halları artmışdır
Brüsellöz	Ev heyvanları: davar (qoyun keçi). nadir hallarda qaramal. donuz və başqa heyvanlardır. Xəstə və sağlam müxtəlif ev heyvanları birlikdə saxladıqda. yaxud otar-dıqda Vr. melitensis da-vardan. başqa heyvanlara keçə bilər. Bunlar da. öz növbəsində. davar kimi qorxulu infeksiya mənbəyi olur.	Qida ilə. təmas yolu ilə (bilavasitə xəstə heyvanlara qulluq etdikdə. yaxud xəstə heyvanların ifrazatı ilə infeksiya düşmüş əşyalardan istifadə etdikdə). xəstəliyin hava-toz yolu ilə. sudan keçməsi də mümkündür
Vəba	Xəstə adam. rekonvalessentlər vibrion-gəzdirənlər	İnfeksiya su. qida. təmas-məişət yolu ilə yayılır. Törədiciləri milçəklər də yaya bilər
Vərəm	Açıq formalı vərəmi olan xəstə adam. ev heyvanları. quşlar	Hava-damcı yolu ilə. toz və qida ilə. təmas məişət yolu ilə
Virus hepatiti	Xəstə adam və virus-gəzdirən	İnfeksion hepatitdə törədicilər təmas-məişət yolu ilə. qidadan. sudan və ciftdən keçə bilər və mexaniki surətdə yayıla bilər (parenteral yolla. vaksin. dərman yeritdikdə. çirkli alətlərlə dəridə və selikli qişalarda müxtəlif cür əməliyyatlar apardıqda). İnfeksiya milçəklər və hava-damçı yolu ilə də keçə bilər. Serum hepatitində parenteral yolla xəstələnmə əsas rol oynayır
Qayıdan yatalaq	Xəstə adam	Törədiciləri bitlər yayır. Bit xəstəni dişlədikdən sonra 5-6-cı gün törədicilər bitlərin hemolimfasında yığılır. Bit dişləyən yeri xəstə qaşıdıqda dəri zədələnir. bitlər əzilir. hemolimfa axır. o törədici ilə birlikdə insanın orqanizminə daxil olur
Qarayara	Ev heyvanları (qaramal və davarlar. donuz. at. dəvə maral və s.)	Törədiciləri təmas. qida və transmissiv yolla keçir
Qarın yatalağı	Xəstə adam. bakteriya-gəzdiriçilər. rekonvales-sentlər xroniki sağlam bakteriya gəzdiricilər	Çox vaxt infeksiyanın törədicisi tə-mas-məişət. su və qida ilə yayılır. Qa-rın yatalağının törədicilərini milçəklər də yaya bilər (transmissiya yolu)
Qrip	Xəstə adam	İnfeksiya hava-damcı yolu ilə keçir. Virus xarici mühitdə davamsız olduqu üçün infeksiya məişətdə işlənən əşya-

		larla. (qab-qacaq. əmzik. oyuncaqlar. dəsmal və s.) demək olar ki. yayılmır
Quduzluq	Təbiətdə əsas mənbələri canavar. çaqqal. tülku və s.-dir. İnsanlara xəs-təlik çox vaxt ev heyvan-larından—it və pişik-lərdən. nadir hallarda gəmiricilərdən. dırnaqlı heyvanlardan. ot-yeyən heyvanlardan. quş-lardan və s. keçir	Xəstəlik insanı quduz heyvan dişlədikdə dəri örtüklərinə. selikli qişalara bunların tüpürcəyi düşdükdə keçir. Həmçinin tüpürcəyində quduzluq törədiciləri olan xəstə adamdan da keçə bilər
Qızılca	İnfeksiyanın yeganə mənbəyi xəstə adamdır	İnfeksiya ancaq hava-damcı yolu ilə keçir
Dizenteriya	İnfeksiya mənbəyi dizenteriya ilə xəstə adam. rekonvalessentdir	Törədiciləri yayan amillər xəstələrin nəcisi ilə çirklənmiş yeyinti məhsulları (xüsusilə süd məhsulları). sudur. Hazırda infeksiyanın təmas-məişət yolu ilə yayılması xeyli azalmışdır. Dizenteriya törədicilərini milçəklər mexaniki surətdə yaya bilərlər
Difteriya	Xəstə adam rekon-valessentlər. bakteriya-gəzdiricilər	İnfeksiya əsas e'tibarilə hava-damcı yolu ilə yayılır. Həmçinin infeksiya xəstə ilə təmasda olduqda. yeyinti məhsullarından da keçə bilər
Epidemik parotit (xənazir)	Xəstə adam	İnfeksiya əsas e'tibarilə hava-damcı yolu ilə keçir. xəstənin tüpurcəyi düşmüş əşyalar (oyuncaqlar. qab-qacaq və s.) vasitəsilə infeksiyanın yayılmasının praktiki əhəmiyyəti yoxdur
Ku-qızdırması	Təbiətdə infeksiya mən-bəyi vəhşi məməlilərdir. İnsanlar arasında isə infeksiya mənbəyi ev heyvanlarıdır. bunlara infeksiya təbii ocaqlarda gənələr dişlədik-də. yaxud xəstələrlə və hey-vanlarla təmasda olduqda keçir	İnfeksiyanı gənələr. əsas e'tibarilə iksodid gənələri keçirir. İnsana infeksiya qida ilə xəstə heyvandan alınmış yeyinti məhsullarını yedikdə keçir. tənəffüslə xəstə heyvanın yununu. qılını. tükünü və s. e'mal etdikdə. təmasda olduqda keçir
Gənə ensefaliti	Təbiətdə virusun əsas mənbəyi iksodid gənələri və qamaz fəslinə aıd gənələrin bə'zi növləridir. Təbiətdə virus iksodid gənələri ilə onurğalı heyvanlar arasında arasıkəsilmədən dövr edir	Törədiçi insanın orqanizminə gənələr dişlədikdə keçir - infeksiyanın transmissiv yolla yayılması
Göyöskürək və para göyöskü-rək	İnfeksiya mənbəyi xəstə adam və bakteriyagəzdirici-dir.	İnfeksiya ançaq hava-damçı yolu ilə keçir
Leyşmaniozlar	Visseral leyşmaniozda əsas infeksiya mənbəyi xəstə itlər və insandır. Dəri-zoonoz formasında (kənddə çox olur və tez yara əmələ gəlir) infeksiya mənbəyi gəmiriçi-lərdir (sünbülqıran. qum	İnfeksiyanı flebotomus tipindən olan mığmığalar keçirir

	siçanı) və xəstə adamdır. Antroponoz formada (şəhərlərdə çox olan və keç yara əmələ kələn) - itlərdir	
Leptrospiroz	Təbiətdə infeksiya mənbələri ev siçanı və dağ siçanı kimi gəmiricilərdir. Antropurgik ocaqlarda infeksiya mənbəyi qaramal. donuz. it. siçovul və s.-dir	İnsan infeksiya düşmüş su. torpaq. bitki. yeyinti məhsulları. məişət və istehsalat əşyaları ilə yoluxur
Malyariya	Xəstə adam və parazitdaşıyıcı	İnfeksiyanı anofeles cinsindən olan dişi ağcaqanad keçirir.
Meninqokokk infeksiyası	Bakteriyagəzdirici və xəstə adam	İnfeksiya. başlıca olaraq. hava-damcı yoluü ilə keçir. Törədici xarici mühitdə çox davamsız olduğu üçün infeksiyanın məişət-təmas yolu ilə keçməsinin heç bir praktiki əhəmiyyəti yoxdur
Ornitoz və ya psittakoz	İnfeksiya mənbəyi xəstə vəhşi və ev quşları. virusgəzdiricilərdir	İnfeksiya. əsas e'tibarilə. hava-damcı yolu və tozla keçir. həmçinin xəstə quşla təmasda olduqda da keçə bilir
Para qrip	Xəstə adam	İnfeksiya. əsas e'tibarilə. hava-damcı yolu ilə keçir
Poliomielit	Xəstə adam və virusgəzdirici	İnfeksiya. əsas e'tibarilə. təmas-məişət yolu ilə keçir. Törədicilər yeyinti məhsulları. su və milçəklər vasitəsilə də yayıla bilər. Xəstəliyin ilk günləri infeksiya hava-damcı yolu ilə də keçə bilər
Taun	Təbii ocaqlarda taunun mənbəyi vəhşi gəmiricilərdir (sünbülqıran. qum siçanı. baybak. dağ siçanı. çöl si-çanı və s.). Yaşayış məntə-qələrində əsas infeksiya mənbələri siçovullardır (boz qara və İskəndəriyyə siço-vulları). infeksiyanın ikinci mənbəyi pişik. dəvə və s.-dir. Həmçinin xəstə adam da infeksiya mənbəyidir	İnfeksiyanın transmissiv yolla yayılması birinci yer tutur (birələr dişlədikdə). həmçinin təmas yolu ilə. qidadan. taunun ağciyər forması ilə xəstə adamdan hava-damcı yolu ilə də keçə bilər
Tetanus	İnsan və heyvanlar	Torpaqdan keçir
Tulyaremiya	İnfeksiyanın əsas mənbələri gəmiricilərdir (su siçanı siçanlar. siçovullar və s.)	Törədicilər transmissiv. təmas yolu ilə. qida və tozla keçir
Salmonellöz	İnfeksiya mənbələri-xəstə ev heyvanları (qaramal. donuz. ada dovşanı. keçi. qoyun. at). gəmiriciləri. quşlar və xəstə adamdır	ifeksiya. əsas e'tibarilə. qidadan keçir. həmçinin təmas-məişət yolu ilə də keçə bilər
Sərgili yatalaq	Xəstə adam	Xəstədən sağlam adama infeksiyanı bit keçirir. Bit səpgili yatalaqla xəstə adamı dişlədikdən sonra 4-5-ci gün yoluxucu olur
Skarlatina	Xəstə adam. rekonvalessentlər və sağlam gəzdiricilər	İnfeksiya. əsas e'tibarilə. hava-damcı yolu ilə keçir. həmçinin təmas-məişət yolu ilə və qida ilə də keçə bilər
Suçiçəyi	Xəstə adam	Virus xarici mühitdə çox davamlı olmadığı üçün törədicilər ancaq hava-damcı yolu ilə yayılır

Çiçək	Xəstə adam	İnfeksiya, əsas e'tibarilə, hava-damcı yolu ilə keçir. Törədici xariçi mühitdə davamlı olduğu üçün infeksiya təmas-məişət yolu ilə, həmçinin tozla da keçə bilər
Hemorragik qızdırma	Böyrək sindromlu hemorragik qızdırmada infeksiya mənbəyi gəmiricilərdir: çöl və meşə siçanları, siçovullar və s.-dir. Hemorragik Krım qızdırmasında infeksiya mənbəyi gənələrdir. Virusun təbiətdə dövr etməsində siçanabənzər gəmiricilər, dovşanlar, qaramal da iştirak edir. Hemorragik Omsk qızdırmasında infeksiyanın əsas mənbəyi gənələrdir.	Virusu gənələr yayır.

Cədvəl 3

İnfeksion xəstəliklərdə inkubasiya dövrünün müddətləri

Xəstəliyin adı	İnkubasiya dövrünün müddəti, gündə			Qeyd
	orta hesabla	minimum	maksimum	
1	2	3	4	5
Adenovirus infeksiyası)	5—8 gün	1 gün	14 gün	
Amöbiaz (amöb dizenteriyası	20—30 »	2—»—	95»	
A paratifi	8 »	2—»—	14 »	
B paratifi	6 »	3—»—	15 »	
Bağırsaq koliinfeksiyaları (eşerixiozlar)	18—24 s.	18 saat	3—4 »	
Bakterial dizenteriya	2—3 gün	2 gün	7 »	Qida ilə əlaqədar olduqda inkubasiya dövrü azalıb 12—24 saat ola bilər
Botalizm	6—24 s.	2 saat	8—10 gün	
Brüsellöz	14 gün	7 gün	30 gün	
Vəba	2—3 gün	Bir neçə saat	5 gün	
Virus hepatiti (Botkin xəstəliyi)	35 gün	10 gün	50 gün	Serum Hepatitində 45 gündən 180 günə kimi
Qazlı qanqren (yara infeksiyaları)	3 gün	1 gün	—	
Qayıdan yatalaq	6—7 gün	2 gün	14 gün	
Qarayara	3 gün	Bir neçə s.	8 gün	
Qarın yatalağı	9—14 gün	7 gün	21—25 »	
Qida toksikoinfeksiyaları	6 saat	1—2 saat	2—3 gün	

Qızılca	10—11 gün	9 gün	17 gün	Qamma-şlobu-lin peyvəndi vu-rulmuş uşaqlar-da maksimum inkubasiya döv-rü 21 göndür
Qızılyel	3—5 gün	2 gün	7 gün	
Qrip	1—2 gün	Bir neçə s.	3 gün	
Quduzluq	40 gün	10 gün	90 gün	1 ilə qədər
Difteriya	5 gün	2 gün	10 gün	
Dabaq	4 gün	2—»—	10 »	
Epidemik parotit (xənazir)	18 gün	11 gün	23 gün	
Yapon ensefaliti (ağcaqanad ensefaliti)	14 »	4—7—»—	21 »	
İnfeksion mononukleoz	7—10 »	4—»—	15 »	
İkidalğalı virus meninqoensefaliti		4 gün	20 gün	Virus düşmüş südü içdikdə 4—7 gün: gənə diş-lədikdə 8—10 gün
Ku qızdırması	19—20	8—»—	30 »	Şimal ştammı-nın törətdiyi üç-günlük malyari-yada bə'zən 7—14 aya qədər
Gənə ensefaliti (yaz. yay)	10—14 gün	8 gün	23 »	
Qayıdan gənə yatalağı	3—6 »	2—»—	12 »	
Göyöskürək	5—7 »	2—»—	15 »	
Leyşmaniozlar	21 »	10—»—	10 ay	Quru formada bəzən 3 ilə qədər
Leptospiroz	7 »	3—4—»—	20 gün	
Malyariya	12 »	6—»—	31 »	
Mango	7 »	3—»—	14 »	
Meningokokk infeksiyası	5—7 »	1—»—	7 »	
Məxmərək	14 »	12—»—	23 »	
Ornitoz və ya psittakoz	6—14 »	6—»—	25—30 »	
Pappataçi qızdırması	3—7 »	3—»—	7 »	
Paraqrip	3—4 »	2—»—	7 »	
Paragöyöskürək	9 »	2—»—	15 »	
Poliomielit	5—14 »	3—»—	35 »	
Salmonellözlər	12—24 s.	6 saat	2 gün	
Səpgili yatalaq	11—14 g.	6 gün	25 »	
Siçovul səpgili yatalağı	5—15 »	5—»—	15 »	
Skarlatina	3—7 gün	Bir neçə saat	10—12 gün	
Suçiçəyi	14 »	11 gün	21 gün	
Taun	3 »	Bir neçə s.	10 gün	Peyvəd vurul-muş adamlar-da—8—12 gün
Tetanus	5—14 gün	1 gün	36 gün	Bə'zən 1 ilə qə-dər və bunan çox (qəlpələr çıxarılan opera-siyada)

Tulyaremiya	3 gün	4 gün	21 gün	
Hemorragik qızdırmalar: böyrək sindromlu hemorragik qızdırma	14 gün	4 gün	49 gün	
Krım qızdırması	5—7 »	3 gün	12 gün	
Omsk qızdırması	2—4 »	2—»—	4 »	
Çiçək	9—14 »	5—»—	22 »	

Cədvəl 4

İnfeksion xəstəliklərdə xəstələr və onlarla təmasda olan şəxslərə aid grülən tədbirlər

Xəstəliyin adı	Görülən tədbirlər	
	Xəstələrə və rekonvalessentlərə aid	Xəstələrlə təmasda olanlara aid
1	2	3
Botulizm	Klinik simptomlar yox olandan sonra təridətmə qurtarır	Bela adamları ayırmırlar. Botulizmə şübhə doğuran yeyinti məhsulu yemiş bütün şəxslərin mə'dəsini ilıq 2%-li natrium-hidrokarbonat məhlulu ilə yuyur, işlətmə dərmanı verir və profilaktika məqsədilə hər tip serumdan 2000-5000 vahid vururlar
Brüsellöz	Brüsellözün kəskin forması ilə xəstələnmiş adamları mütləq infeksion xəstəxanalara, xroniki brüsellözlü xəstələri isə-somatik xəstəxanalara qoymaq lazımdır. Bütün brüsellözlü xəstələri uçota almaq və bunların üzərində dispanser müşahidəsi aparmaq lazımdır	Xəstələrlə təmasda olmuş adamları ayırmaq lazım deyil
Vəba	Vəbaya tutulmuş xəstələr və vibriongəzdiriçilər erkən aşkar edilir və xəstəxanaya . qoyulurlar (təcrid edilirlər). Baqırsaq pozğunluqları olan şəxslər faal aşkar edilir və xəstəxanaya qoyulur. Vəbalı xəstələrn (vibrion-gəzdiriciləri) sağaldıqdan sonra, antibiotiklərlə aparılan müalicə başa çatandan və bakterioloji analizlərin nəticələrini alandan sonra evə yazırlar.	Vəba ocağında axırıncı 5 gün ərzində xəstələrlə və vibriongəzdiricilərlə təmasda olmuş şəxsləri aşkar edirlər. Xəstələrlə təmasda olduğu müəyyən olunmuş şəxslərin siyahısı tutulur, burada on-ların ünvanı, iş yeri, təmasda olduğu vaxt, nə dərəcədə və nə kimi təmasda olduğu göstərilir. Siyahıları həmin ərazidəki sanitar-epidemioloji stansiyalara verirlər
	Evə yazma ərəfəsində bakterioloji analizi antibiotiklərlə müaliçə qurtardıqdan 24-36 saat sonra aparır və dalbadal 3 gün təkrar edirlər. Nəcisi üç dəfə, ödü (V və S porsiyalarını) bir dəfə analiz etmək lazımdır.	Məişətdə vəbalı xəstə ilə (vibriongəzdirənlər) sıx təmasda olmuş xəstələr təcrid edilməlidirlər

	Yeyinti sənayesində və ərzaq malları ticarətində işləyən. su kəmərlərinin baş qurğularında və başqa kommunal obyektlərdə içtimai iaşədə. uşaq və müalicə-profilaktika müəssisələrində işləyən işçilər. habelə qaraciyərin və öd yollarının xroniki xəstəlikləri olan xəstələrin nəcisi 5 gün dalbadal (5 dəfə) və ödü bir dəfə analiz edilməlidir	Xəstənin bütün ailə üzvlərini. habelə ümumi ayaqyolu. mətbəx və s.-dən istifadə edən. kommunal evdə yaşayan adamların (qohumların) hamısını məcburi qaydada izolyatora göndərirlər
	Qabaqlar vəba keçirmiş və vibrion gəzdirmiş şəxslərə xəstəxanadan evə yazılan kimi işləməyə (təhsilə) icazə verilir və peşəsindən asılı olmayaraq. onları həm sanitariya-epidemioloji stansiyalar. həm də ya şadıqları yerdə infeksion kabinetlər uçota alırlar. Onların üzərində SSRİ Səhiyyə Nazirliyinin əmri ilə müəyyən olunmuş müddətdə müşahidə aparılır. Onların hər birinə dispanser vərəqi açırlar (forma №30a)	Yeyinti müəssisələrinin işçiləri. onlarla bir bərabərdə tutulan su kəmərinin təmizləmə qurğularında və kanalizasiyada. uşaq müəssisələrində. kommunal təsərrüfatı obyektlərində - hamamlarda. üzgüçülük hovuzlarında. məhmanxanalarda və s. işləyən işçilər mütləq təcrid edilməlidirlər
	Dispanser müşahidəsinin birinci ayında nəcisi 10 gündə 1 dəfə və ödü 1 dəfə bakterioloji analiz edirlər. Sonralar vibriongəzdiriciliyə görə ayda bir dəfə analiz aparılır. Bakterioloji analiz üçün nəcisi əvvəlcə işlətmə dərmanı (böyüklərə 30 q. uşaqlara yaşa uyğun dozada maqnezium-sulfat) verib tibb işçiləri götürürlər.	Vəba ilə xəstə adamla təmasda olmuş şəxslərin təcrid olunmasına dair göstərişləri epidemioloq müəyyən edir və yerli sosial şəraitdən (qidalanma. sanitariya səviyyəsi və s.) asılı olaraq əsaslandırır
	Birinci ay işlətmə dərmanını bir dəfə-üçüncü analizdən qabaq verirlər. Rekonvalessentlər arasında vibriongəzdirənlər tapıldıqda onları xəstəxanaya qoyub müalicə aparırlar. bundan sonra. müayinəni yuxarıda göstərildiyi kimi təkrar edirlər.	Müstəsna hallarda tibb qərargahı komissiyasının qərarına əsasən xəstə ilə təmasda olmuş şəxslərin bir qismini izolyatora qoymurlar. Təmasda olmuş şəxslərin hamısı üzərində 5 gün tibb nəzarəti aparılır və vəbaya görə. onların nəcisini üç dəfə bakterioloji analiz edir və antibiotiklərlə profilaktika müalicəsi aparırlar. İzolyatora qoyulmamış adamlara işləməyə icazə verilir
Qayıdan yatalaq	Xəstələri mütləq xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Sağalmaq üzrə olan şəxsləri axırıncı tutmanın qurtarmasından ən azı 21 gün keçdikdən sonra evə yazırlar	Xəstəni möhkəm sanitariya təmizliyindən keçirdikdən və onun yataq ağlarını. dəyişəyini. paltarlarını. yataq ləvazimatını və evini dezinfeksiya etdikdən sonra təcridolunma qurtarır. Xəstələrlə təmasda olmuş şəxslər üzərində tibb müşahidəsi aparılır və 25 gün temperatur ölçülür
Qarayara	Xəstələri infeksion xəstəxanalara və ya şö'bələrə. bunlar olmadıqda	Xəstə ilə təmasda olmuş adamları ayırmırlar. Xəstə

	somatik xəstəxana da ayrıca palataya qoyurlar. Qarayaranın ağciyər. bağırsaq və septik forması ilə xəstə adamlara qulluq etmək üçün ayrıca tibb işçiləri ayrılır. Dəri formasında rekonvalessentləri qartmaqlar qopana. yaralar epitelləşənə və çapıqlaşana qədər septik. ağciyər və baqırsaq formasında-kliniki sağalmaya və bakterioloji analiz iki dəfə mənfi göstərənə qədər (5 gün ara verib aparılır) təcrid edirlər. Xəstəliyin formasından asılı olaraq qanı. bəlğəmi. sidiyi analiz edirlər.	adamla. yaxud xəstə heyvanla təmasda olmuş şəxslərin üzərində xəstəlik ocağı ləğv edilənə qədər (təmasda olduqdan 8 gündən sonra) tibb müşahidəsi aparılır. Xəstəlik oçağında evləri. avadanlığı və inventarı dezinfeksiya edir və yoluxucu materialla təmasda olmuş şəxsləri sanitariya təmizliyindən keçirirlər. Xəstə adamla. heyvanla və ya infeksiya duşmüş materialla təmasda olmuş şəxslərə qarayaraya qarşı qamma-qlobulin vururlar. Qamma-qlobulini mumkün qədər tez vurmaq lazımdır. Xəstə heyvanın ətini yedikdən 5 gündən çox keçibsə. yaxud təmas nəticəsində dəri örtüklərinə infeksiya düşməsindən 10 gündən çox keçibsə qamma-qlobulin vurmağın faydası olmayaçaqdır. Profilaktika məqsədilə böyuklərə 20-25 ml. 14 yaşından 17 yaşınadək yeniyetmələrə 12 ml uşaqların yaşından asılı. olaraq 5-8 ml qamma-qlobulin vurmaq tövsiyə edilir. Onu vurmamışdan əvvəl at zülalına qarşı həssaslığı yoxlayırlar. Qamma-qlobulini antibiotiklərlə birlikdə vururlar.
Qarın yatalağı və paratiflər	Xəstələri mütləq infeksion xəstəxanalara (şö'bələrə) qoymaq lazımdır. Antibiotiklərlə müaliçə olmuş rekonvalessentləri temperatur normaya düşdükdən 21 gün sonra. antibiotiklərlə müalicə olunmamış şəxsləri klinik sağalmadan sonra 14-cü gün evə yazırlar. Rekonvalessentlərin temperaturu normaya düşdükdən 5 gündən sonra nəcisi və sidiyi 5 gün ara verməklə üç dəfə. klinik əlamətlər yox olduqda 10 gündən sonra ödü bakterioloji analizə vermək lazımdır. Qarın yatalağı və ya paratif keçirmiş bütün şəxslər xəstəxanadan evə yazıldıqdan sonra tibb müşahidəsi altında olmalı. birinçi 2 ay hər 7 gündən bir 1 dəfə və sonra yenə bir ay hər 2 həftədən bir onların temperaturu ölçülməlidir.	Xəstə ilə təmasda olmuş şəxslər 21 gün tibb nəzarətində olmalı və bakteriyagəzdiriciliyə görə analiz aparmaq (bir dəfə. sidiyi və nəcisi) lazımdır. Onların anamnezində qarın yatalağı və paratif. uzunsürən qızdırmalı xəstəliklər. yaxud onların qaraciyəri və öd yollarında iltihab xəstəlikləri olarsa sidiyi və nəcisi üç dəfə və ödü bir dəfə analiz edirlər. Xəstə ilə təmasda olmuş. böyrəkləri və sidik yolları xəstə şəxslərin sidiyini və nəcisini üç dəfə analiz edirlər. Xəstə ilə təmasda olmuş bütün şəxslərin qanını infeksiya mənbəyini tapmaq üçün bir dəfə Vi-hemaqqlütinasiyaya

	Stasionardan yazıldıqdan 10 gündən sonra rekonvalessentlərin nəcisi və sidiyini bakteriyagəzdiriciliyə görə 1-2 gün ara verib beş dəfə analiz etmək lazımdır. Yeyinti müəssisələrinin və onlarla bərabər tutulan obyektlərin işçiləri bu müayinə qurtarana qədər işə buraxılmırlar. Sonralar rekonvalessentlərin nəcisini və sidiyini 3 ay müddətində ayda bir dəfə analizə vermək lazımdır. 3-cü ayın axırında poliklinikada ödü bir dəfə analizə verirlər. Belə şəxsləri nəcisi və sidiyi 2 il müddətində ildə 4 dəfə olmaqla üç dəfə analiz edilir. Yeyinti obyektlərinin və bunlarla bərabər tutulan obyektləri işçilərindən başqa, qarın yatalağı keçirmiş bütün şəxsləri 2-ci ilin axırında uçoqdan çıxartmaq üçün ödü bir dəfə və qanı Vi-hemaqqlütinasiyaya görə analiz etmək lazımdır. Mənfi nəticələr alındıqda rekonvalessentlər uçotdan çıxarırlar. Xəstəlik keçirmiş və işləməyə icazə verilmiş yeyinti obyektlərinin bunlara bərabər tutulan başqa obyektlərin işçiləri 1 il müddətində ayda bir dəfə müayinə edilirlər (nəcis sidik). Sonralar işlədiklər müddətdə onlar hər kvartalda bir dəfə mikrobgəzdiriciliyə görə yoxlanılırlar (nəcis və sidik). Analiz müsbət göstərdikdə yeyinti obyektlərini və bunlara bərabər tutulan müəssisələrin işçilərinə işləməyə icazə verilmir, onları bir aylığa bakteriyagəzdiriçiliyi xarakteri aydınlaşdırılma üçün xəstəxanaya qoyurlar. Stasionarda bakteriyagəzdiricinin nəcisini və sidiyini 12-15 gündə beş dəfə, özünü və Vi hemaqqlütinasiyaya görə qanını bir dəfə analiz edirlər. Bakterioloji analizlər mənfi göstərdikdə və Vi-hemaqqlutinasiya müsbət göstərdikdə nəcisin, sidiyin və ödün bakterioloji analizlərini təkrar edirlər. Sağaldıqdan 3 aydan sonra təkrar törədiçilər tapılan şəxsləri xroniki bakteriyagəzdiricilər siyahısına salır və onlara yeyinti müəssisələrində və bunlara bərabər tutulan obyektlərdə işləməyə icazə verilmir. Belə şəxslər peşəsini dəyişməlidirlər. Uşaqlar arasında bakteriyagəzdiricilər tapıldıqda onlar uşaq kollektivlərinə buraxılırlar, lakin	görə analiz edirlər. İnfeksiya ocağında yaşayan bağça yaşlı uşaqlara, yeyinti müəssisələrinin və bunlara bərabər tutulan, obyektlərin işçilərinə bakteriyagəzdiriciliyinə görə aparılan analiz bir dəfə mənfi göstərənə qədər bağçaya və ya işə getməyə icazə verilmir. Qarın yatalaqı ilə təmasda olmuş şəxslərə qarın yatalağı bakteriofaqı ilə 5 gün ara verib üç dəfə sınaq qoyulur.

	epidemioloji nəzarət altında olurlar. Belə uşaqları qida və su daşımağa, hazırlamağa və paylamağa cəlb etməyə icazə verilmir.	
Qızılça	Xəstə uşaqları çox vaxt evdə ayırırlar. 2 yaşına qədər xəstə uşaqları, ağırlaşmaları olan xəstələri, habelə qapalı uşaq müəssisələrindən, yataqxanalardan, məişət şəraiti əlverişsiz olan və lazımınca qulluq etmək mümkün olmayan ailələrdən olan xəstə uşaqları xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Səpgilər əmələ gələn andan 4 gün sonra, ağırlaşmalar olduqda isə 10 gündən tez olmayaraq xəstə daha təcrid olunmur	Xəstə uşaqla təmasda olan və qabaqlar qızılca keçirməmiş və ona qarşı peyvənd vurulmamış bütün uşaqları 17 gün ayırırlar. Qızılcalı uşaqla təmasda olduğuna görə qamma-qlobulin vurulmuş uşaqlar 21 gün karantində olurlar
Dizenteriya və başqa kəskin bağırsaq xəstəlikləri	Aşağıdakı klinik və epidemioloji göstərişlər olduqda xəstələr mütləq xəstəxanaya qoyulmalıdırlar. Kliniki göstərişlər: — kəskin bağırsaq xəstəliklərinin bütün ağır və orta dərəcədə ağır formaları: — çox zəifləmiş və yanaşı gedən xəstəliklərlə ağırlaşmış xəstələrdə kəskin bağırsaq xəstəlikləri Epidemioloji göstərişlər: — yeyinti müəssisələrinin və onlara bərabər tutulan obyektlərdə işləyən şəxslərdə kəskin bağırsaq xəstəlikləri olduqda yaxud onların ifrazatında dizenteriya törədicisi olduqda — xəstənin yaşadığı yerdə lazımi epidemiya əleyhinə rejimə əməl etmək mümkün olmadıqda, yaxud rejim pozulduqda Diaqnoz bakterioloji cəhətdən təsdiq olunmamış bağırsaq xəstəlikləri keçirmiş xəstələr (müalicə stasionarda və ya evdə aparılır) klinik sağalmadan defekasiya və temperatur qaydaya düşdükdən ən tezi 3 gündən sonra evə yazılırlar. Yeyinti müəssisələrində və bunlara bərabər tutulan obyektlərdə şləyən şəxslər bundan başqa müalicə qurtardıqdan ən tezi 2 gün sonra bakterioloji müayinədən keçirilirlər. Onlar müayinənin nəticəsi ancaq mənfi olduqda evə yazılırlar. Bakterioloji analizin təsdiq etdiyi dizenteriya keçirmiş (stasionarda və ya evdə müalə defekasiya, temperatur qaylicə olunmuş) rekonvalessentdaya	Dizenteriyalı xəstə ilə təmasda olmuş adamları ayırmırlar. Belə adamlar uzərində 7 gün tibb müşahidəsi aparılır, bundan məqsəd xəstəlik ocağındakı yeni xəstələnənləri aşkara çıxarmaqdır. Poliklinika və məktəbəqədər uşaq müəssisələrinin tibb işçiləri xəstə ilə təmasda olmuş şəxsləri müayinədən keçirir və tibb müşahidəsi aparırlar (temperaturu ölçür, nəcisə baxır, qarnı əlləyir və s.) Xəstəlik ocağında yeyinti obyektlərinin və bunlara bərabər tutulan obyektlərin işçiləri varsa, sanitar-epidemioloji stansiyanın işçiləri bakteriyagəzdiriciliyə görə material götürürlər.

	düşdükdən ən tezi 3 gündən sonra və müalicə qurtardıqdan ən tez 2 gün sonra aparılmış bir kontrol bakterioloji analiz mənfi göstərdikdən sonra evə yazılırlar. Yeyinti müəssisələrində və bunlara bərabər tutulan obyektlərdə işləyən işçiləri həmin şərtlərlə ancaq müalicədən ən tezi 2 gün sonra aparılmış bakterioloji analiz iki dəfə mənfi göstərdikdə evə yazırlar. Uşaq bağçasına və körpələr evinə gedən və getməyən körpə uşaqları defekasiya temperatur normaya düşdükdən ən tezi 3 gündən sonra, habelə müalicədən ən tezi 2 gündən sonra bir dəfə aparılan bakterioloji analiz mənfi göstərdikdən sonra evə yazırlar. Xroniki dizenteriyalı xəstələri xəstəliyin kliniki əlamətləri yox olduqdan sonra, 10 gün müddətində defekasiya qaydaya düşdükdən və müalicədən sonra ən tezi 2 gündən sonra aparılan bakterioloji analiz bir dəfə mənfi göstərdikdən sonra evə yazırlar. Yeyinti müəssisələrində və bunlara bərabər tutulan obyektlərdə işləyən şəxslər stasionarın həkiminin onların sağalması barədə verdiyi arayışa əsasən işə buraxılırlar (əlavə bakterioloji müayinə aparılmır). Bakterioloji analiz müsbət göstərdikdə belə şəxsləri stasionardan evə yazma ərəfəsində müalicəni davam etdirir, bir daha bakteriyagəzdiriciliyə görə müayinə edir və lazım gələrsə onları dispanser müşahidəsinə götürlər, onları yeyinti məhsulları ilə əlaqədar olmayan işə keçirirlər. Keçirilmiş xəstəlikdən sonra bakteriyagəzdiricilik 3 aydan çox davam edərsə, konsiliumun qərarı ilə onları xroniki dizenteriyalı xəstələr kimi yeyinti məhsulları il əlaqədar olmayan işə keçirirlər. Uşaq bağçası və körpələr evinə gedən uşaqları və ixtisaslaşmış sanatoriyalardan olan uşaqları klinik cəhətdən sağaldıqdan sonra kollektivə buraxırlar, lakin onlar 1 ay müşahidə altında olurlar. Xroniki dizenteriyanın kəskinləşməsini keçirmiş uşaqlar defekasiya 5 gün normaya düşdükdən sonra ümumi vəziyyəti yaxşı olduqda və temperatur	

	normada olduqda uşaq kollektivinə buraxılırlar. Yeyinti müəssisəsinin və buna bərabər tutulmuş obyektlərd işləyib dizen-teriya törədicisinin növü müəyyən olunmuş dizenteriya keçirmiş şəxslər və bakteriyagəzdiricilər dispanser müşahidəsində olmalıdırlar. Əhalinin başqa qruplarından yalnız xroniki dizenteriyalı xəstələr və uzun müddət defekasiyası sabitləşməmiş yeyinti müəssisəsinin işçiləri müşahidəyə alınırlar.	
Difteriya	Difteriyalı xəstələr mütləq xəstəxanaya qoyulmalıdır. Həmçinin difteriyaya şübhə doğuran xəstələri də diaqnostika şö'bəsinə qoymaq lazımdır. Rekonvalessentləri sağaldıqdan sonra 2 gün ara verib iki dəfə aparılmış kontrol bakterioloji analiz mənfi göstərdikdə evə yazırlar. Difteriya keçirmişləri uşaq müəssisələrinə əlavə olaraq bakteriyagəzdiriciliyinə görə iki dəfə aparılmış analiz mənfi göstərdikdə buraxırlar. Rekonvalessentlər difteriyanın qeyri-toksigen törədicilərini gəzdirənlər uşaq müəssisələrinə buraxılırlar. Difteriyanın toksigen törədicilərinin gəzdiricilərini difteriyaya qarşı bütün uşaqlara peyvənd vurulmuş uşaq müəssisələrinə bakteriyagəzdiricilik müəyyən olunandan 30 gündən sonra buraxılırlar.	Xəstə ilə təmasda olmuş uşaqları və böyükləri difteriyanın silinmiş formalarını və bakteriyagəzdiriciləri aşkara çıxarmaq üçün həkim yoxlayır. Uşaqlar və uşaq müəssisələrində işləyən böyüklər uşaq müəssisələrinə ancaq infeksiya ocağında dezinfeksiya aparıldıqdan və bakteriyagəzdiriciliyə görə aparılan analiz mənfi göstərdikdən sonra buraxılırlar. Onlarda bakteriyagəzdiriçilər tapıldıqda 2 gün ara verib aparılmış bakterioloji analiz iki dəfə mənfi göstərdikdən sonra onları daha ayırmırlar. Difteriyanın qeyri-toksigen çöplərini gəzdirənlər uşaq müəssisələrinə və bunlarla bərabər tutulan müəssisələrə buraxılırlar. Toksigen çöpləri. yaxud toksigenliyi muəyyən olunmamış çöpləri gəzdirənlər uşaqların hamısına difteriyaya qarşı peyvənd vurulmuş uşaq müəssisələrinə çöpgəzdiricilik təsdiq olunan gündən 30 gün sonra buraxılırlar. Peyvənd vurulmamış uşaqlar olan uşaq müəssisələrinə (vərəm. sinir xəstəlikləri sanatoriyaları) difteriyanın toksigen çöplərini gəzdirənlər gəzdiricilik müəyyən olunandan 60 gündən sonra buraxılırlar
Epidemik parotit	Xəstələri evdə ayırırlar. Xəstəliyin başlanmasından 9 gündən sonra xəstəni daha ayırmırlar. Uşaq müəssisəsində yeni xəstələnənlər olduqda xəstəni xəstəliyin kəskin əlamətləri çəkildikdən sonra uşaq	Xəstə ilə təmasda olmuş və parotit keçirməmiş 10 yaşına qədər şəxsləri təmasda olduğu andan 21 gün ayırmaq lazımdır. Təmas müddəti dəqiq müəyyən olunmuş parotit ke-

	müəssisəsinə buraxırlar.	çırməmiş uşaqlar ehtimal olunan inkubasiyanın birinci 10 günü uşaq müəssisəsinə buraxılırlar. Onlar inkubasiyanın 11-ci günündən 21-ci gününə qədər ayrılmalıdırlar
Göyöskürək və paragöyöskürək	Göyöskürəyin ağır və ağırlaşmış formaları ilə xəstə uşaqları, xüsusilə 2 yaşın qədər uşaqları, başqa kəskin və ya xroniki xəstəlikləri olan xəstələri (vərəm, qrip, dizenteriya, qızılca və s.) yeni doğulmuş uşaqlar və göyöskürəyə qarşı peyvənd vurulmamış böyük uşaqlar olan ailələrdə olan xəstə uşaqları xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Xəstəni bakterioloji analiz iki dəfə mənfi göstərdikdə xəstəliyi başlanmasından sonra 25 gün bakterioloji analiz apardıqda xəstəlik günündən azı 30 gün təcrid edirlər. Paragöyöskürəklə xəstə 1 yaşa qədər uşağı 25 gün ayırırlar	Xəstə ilə təmasda olmuş və göyöskürək keçirməmiş 7 yaşına qədər uşaqları axırıncı təmasdan sonra 14 gün ayırmaq lazımdır. Xəstə evdə qalıosa, onun təcrid olunması qurta-ran vaxt təmasda olmuş uşağı daha ayırmırlar. Xəstə ilə tə-masda olmuş bütün uşaqlar bakteriyagəzdiriciliyə görə yoxlanılırlar. Bakteriyagəzdi-rənlər (öskürməyən uşaqlar arasında) tapıldıqda onlar uşaq müəssisələrinə 3 gün ara verib aparılmış bakterioloji analiz mənfi göstərdikdə və uşağın sağlamlığı barədə poli-klinikadan arayış olduqda buraxılırlar. 7 yaşından yuxarı uşaqlar və uşaq müəssisəsində işləyən işçilər üzərində 14 gün, xəstə təcrid edilməyibsə onun izolyasiyası qurtarana qədər müşahidə aparılır. Ayırmaq lazım deyil
Leptospiroz	Xəstələr ətrafdakılar üçün az qorxuludur. Xəstəlik ağır keçdikdə müalicəni düzgün aparmaq və diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün xəstələri xəstəxanaya qoymaq lazımdır	
Malyariya	Malyariyalı xəstəni evdə və ya stasionarda müalicə edirlər. Malyariya keçirmiş və sanitariyadan keçmiş parazitgəzdiricilərin qanını malyariya plazmodilərinə görə müntəzəm surətdə analiz edirlər. Tropik malyariyada xəstə 1½ il, üçgünlük malyariyada 2½ ilə qədər müşahidədə olur	
Manqo	Manqo ilə xəstələnmiş, yaxud buna şübhə doğuran şəxslər bütün xəstəlik muddətində xəstəxananın ayrıca palatasına qoyulmalıdırlar. Rekonvalessentləri bütün kliniki simptomlar çəkildikdən və dəridə yaralar sağaldıqdan sonra evə yazırlar. Rekonvalessent uzun müddət həkimin müşahidəsi altında olur	Xəstə ilə təmasda olmuş adamı ayırmırlar. Xəstəlik ocağında olmuş adamlar üzərində xəstə adam və ya heyvanla təmas qurtardıqdan sonra 21 gün tibb müşahidəsi aparılır. Xəstə adamlarla, heyvanlarla təmasda olmuş şəxslər üzərində tə'cili surətdə 5 gün sulfatiazolla profilaktika aparılır. Karantin qurtardıqdan sonra dəri daxilinə sınaq qoymaq və qan serumunu manqo çöplərinə

		qarşı əks-cisimlər olub-olmamasına görə analiz etmək lazımdır.
Meninqokokk infeksiyası	Meninqokkok infeksiyasının yayılmış forması—meningit meninqokokksemiya ilə (bu diaqnozlara şübhə doğuran) xəstə adamı dərhal ixtisaslaşmış şö'bələrə, bunlar olmadıqdaq isə bokslara və ya yarımbokslara qoymaq lazımdır. İnfeksiya oçaqında aşkar edilmiş nazofaringitli xəstələri (yüksək temperatur və xarakter klinik əlamətlər olduqda) klinik və epidemioloji göstərişlərdən asılı olaraq evdə və ya stasionarda təcrid edirlər. Nazofaringitli xəstələri sanasiyadan ən tezi 3 gün sonra aparılmış bakteriioloji analiz mənfi göstərdikdə evə yazırlar. Yayılmış formanı keçirmiş rekonvalessentləri məktəbəqədər uşaq müəssisələrinə və qapalı məktəblərə stasionardan yazıldıqdan ən tezi 10 gündən sonra aparılan bakterioloji analiz hər dəfə mənfi göstərdikdə evə yazırlar. Bakteriyagəzdiricilər uşaq müəssisələrinə sanasiyadan 3 gün sonra 1-2 gün ara verib aparılmış bakterioloji analizlər iki dəfə mənfi göstərdikdə buraxılırlar.	Meninqokokk infeksiyasının yayılmış forması ilə xəstələnmiş və ya nazofaringiti olduğunu bakterioloji analiz təsdiq etmiş xəstənin ətrafındakı adamları mütəşəkkil kollektivdə 3-7 gün ara verib bakteriyagəzdiriciliyə görə iki dəfə yoxlayırlar. Birinci bakterioloji analiz xəstəni aşkar edib xəstəxanaya qoyduqdan ən keçi iki gün sonra aparılır. Ailədə və ya xəstə ilə bir mənzildə yaşayan və onunla təmasda olan adamların bakterioloji analizini bir dəfə aparırlar. Uşaq müəssisələrinə gedən uşaqlar və uşaq müəssisələrində işləyənlər bakterioloji analiz mənfi göstərənə qədər bu müəssisələrə buraxılmırlar. İnfeksiya ocağında 10 gün tibb müşahidəsi aparılır.
Məxmərək	Səpgilər başladıqdan 4 gün sonra xəstəni daha təcrid etmirlər. Uşaq müəssisəsində yenə xəstələnmiş olarsa o, kəskin xəstəlik əlamətləri çəkiləndən sonra həmin uşaq müəssisəsinə buraxılır.	Xəstə ilə təmasda olmuş şəxsləri ayırmırlar. Xəstəlik ocağında hamilə qadınlar varsa, ana bətnində uşağın xəstələnməməsi üçün onlara qamma-qlobulin vururlar.
Poliomielit	Xəstələr mütləq xəstəxanaya qoyulmalıdırlar. Kəskin xəstəlik əlamətləri çəkiləndən sonra təcridolunma qurtarır, lakin bu, xəstəliyin başlanmasından 21 gündən tez olmamalıdır.	Poliomielit keçirməmiş 15 yaşına qədər uşaqlar, uşaq müəssisələrində və yeyinti müəssisələrində işləyən böyüklər xəstə ilə təmasda olduqda və evi dezinfeksiya etdikdən sonra 20 gün təcrid edilməlidirlər. İzolyasiya ancaq burun-udlaqda və bağırsaqlarda iltihab prosesi olmadıqda qurtarır.
Səpgili yatalaq	Xəstələri vaxtında aşkara çıxarmaq və təcrid etmək üçün səpgili yatalağın əlamətləri olan bütün qızdırmalı xəstələri dərhal xəstəxanaya qoymaq, 5 günə kimi diaqnozu müəyyən olunmamış şəxsləri isə-xəstəxanada boksa qoymaq lazımdır. Səpgili yatalaq keçirmiş rekonvalessent tapıldıqda, onu klinik göstərişlərə görə xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Təxmini diaqnozla qoyulmuş, lakin	Xəstə ilə təmasda olmuş adamların izolə edilməsi onları möhkəm sanitariya təmizliyindən keçirdikdən, onun dəyişəyini və paltarlarını, yataq ləvazimatını və evini dezinfeksiya etdikdən sonra qurtarır. Xəstə ilə təmasda olmuş şəxslər üzərində müşahidəni: şəhərlərdə-

	səpgili yatalaq ehtimal olunan xəstələrin (qrip, pnevmoniya, ensefalitlər və s.) qızdırma 5 gündən çox davam edərsə iki dəfə seroloji analizi aparılmalıdır: həmin analiz xəstəliyin başlanmasından ən geci 6 gün sonra 3-5 gün ara verib iki dəfə aparılır. Səpgili yatalaq keçirmiş şəxsləri temperatur qaydaya düşdükdən 12 gün sonra stasionardan evə yazırlar.	sanitariya-epidemioloji stansiyalar, kənd yerində xəstəxana, ambulatoriya və ya feldşer-mama məntəqələrinin işçiləri aparırlar. Xəstə ilə təmasda olmuş şəxslər arasında yalnız inkubasiya dövründə (inkubasiyanın axırıncı gününü çıxmaq şərtilə) sorğu aparmaqla, tibb sənədlərinə, komplementin birləşməsi reaksiyasına (KBR) və hemaqqlütinasiya reaksiyasına (HAR) əsasən axırıncı 3 ayda səpgili yatalaq keçirmiş adamlar aydınlaşdırılır. Həm inkubasiya dövründə xəstə ilə təmasda olmuş şəxslər, inkubasiyanın axırıncı günündən başlayaraq xəstəni xəstəxanaya qoyana qədər sanitariya təmizliyindən keçdikləri andan e'tibarən 25 gün müşahidə altında olurlar-hər gün onların temperaturu ölçülür. Xəstə ilə təmasda olmuş şəxsləri sanitariya təmizliyinə qədər mütləq pedikulözə görə yoxlayırlar. Pedikulöz tapıldıqda xəstə ilə təmasda olmuş bütün adamlar laboratoriya analizindən keçirilirlər (komplementin birləşməsi reaksiyası (KBR) və hemaqqlütinasiya reaksiyası (HAR) vasitəsilə Pedikulöz olmadıqda infeksiya ocağı aşkar edilənə qədər axırıncı 3 ayda qızdırmalı xəstəliklər keçirmiş şəxslər laboratoriya analizindən keçirilirlər.
Skarlatina	Xəstəni yaşından asılı olmayaraq epidemik və klinik göstərişlərə əsasən xəstəxanaya qoyurlar. Ağır və orta dərəcədə ağır xəstələri, həmçinin evdə ayırmağa və düzgün qulluq etməyə şərait olmayan xəstələri mütləq xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Epidemik göstərişlər bunlardır: ailədə skarlatina keçirməmiş 3 aylıqdan 7 yaşına qədər uşaqlar və birinci, ikinci siniflərdə oxuyan məktəblilər olduqda. Habelə məktəbəqədər uşaq müəssisələrində, məktəbin birinci, ikinçi siniflərində, cərrahiyyə və doğum	Skarlatina keçirməmiş məktəbəqədər uşaq müəssisəsinə gedən, birinci, ikinci siniflərdə oxuyan uşaqlar xəstəni təcrid edəndən sonra 7 gün həmin müəssisələrə buraxılmırlar. Bütün xəstəlik dövrundə xəstə ilə təmasda olmuş və skarlatina keçirməmiş bağça uşaqları və birinci, ikinci siniflərdə oxuyan uşaqlar xəstə ilə təmasda olduqdan sonra 17 gün həmin müəssisələrə buraxılmırlar.

	şö'bələrində. uşaq xəstəxanaları və poliklinikalarında. süd mətbəxlərində işləyənlər olduqda və bunları xəstədən ayırmağa şərait olmadıqda Xəstənin (xəstəxanada və ya evdə) izolə edilməsi klinik sağalmadan sonra. lakin xəstəliyin başlanmasından 10 gündən tez olmayaraq qurtarır. Skarlatina ocağından olan anginalı xəstələr (uşaqlar və böyüklər) yuxarıdakı müəssisələrə xəstələndikləri gündən e'tibarən 22 gün skarlatinalı xəstələr kimi) buraxılmırlar. Məktəbəqədər uşaq müəssisələrinə gedən və birinci. ikinci siniflərdə oxuyan rekonvalessentlər klinik sağalmadan sonra evdə əlavə olaraq 12 gün qaldıqdan sonra uşaq muəssisələrinə və məktəbə buraxılırlar. Qapalı uşaq müəssisələrindən (körpələr evi. uşaq evləri. sanatoriya. internat məktəblər) olan rekonvalessentlər ›tasionardan yazıldıqdan sonra əlavə olaraq həmin qapalı uşaq müəssisəsində 12 gün qalırlar. Yuxarıda göstərilmiş müəssisələrdə işləyən rekonvalessentlər klinik sağalmadan sonra 12 günlüyə başqa işə keçirilirlər (burada onlar epidemioloji baxımdan qorxulu deyillər)	Xəstə ilə bir evdə yaşayan skarlatina keçirmiş uşaqlar və yuxarıda göstərilmiş müəssisələrdə işləyən o şəxslər uşaq müəssisələrinə və işləməyə buraxılırlar. Xəstəliyin başlanmasından sonra onların uzərində 17 gün müşahidə aparılır.
Suçiçəyi	Qarmaqlar qopana qədər uşaqlar evdə qalırlar. Uşaq müəssisəsində başqa uşaqlar da xəstələnərsə. xəstəni uşaq müəssisəsinə xəstəlik əlamətləri çəkiləndən sonra buraxırlar	Qabaqlar suçiçəyi keçirməmiş. 7 yaşına qədər uşaqları xəstə uşaqla təmasda olduqdan sonra xəstənin təcrid olunub-olunmamasından asılı olmayaraq 21 gün ayırırlar. Xəstə uşaqla nə vaxt təmasda olması dəqiq müəyyən edildikdə ehtimal olunan inkubasiyanın 11-ci günündən 21-ci gününə qədər ayırırlar.
Taun	Tauna tutulmuş xəstələri xüsusi xəstəxanalara. qızdırmalı xəstələri isə xəstəxana boksun qoyurlar Belə xəstələri bütün klinik əlamətlər çəkildikdən və bakterioloji analizlər mənfi göstərdikdən sonra evə yazırlar. Taunun bubon formasında bubondan götürülən mayenin bakterioloji analizini 2 gün ara verməklə iki dəfə aparırlar.	Taunun ağciyər formasında təmasda olmuş adamı ayrıca təcrid edirlər. 6 gündən sonra temperatur normal olduqda (mütləq səhər və axşam günda 2 dəfə ölçürlər) təcridetmə qurtarır. Xəstə ilə təmasda olmuş bütün adamlara profilaktika məqsədilə streptomisinlə müalicə kursu aparılır. Bubon formasında gündə 2 dəfə 6 gün temperaturu ölçür və təmasda olmuş şəxslərin hamısına profilaktika müali-cəsi aparırlar. Xəstəliyin epidemioloji xüsusiyyətlərindən asılı olaraq müəyyən bir ərazidə yaşayan adamların hamı-sının temperaturunu ölçürlər.

		Həyatbəhəyət aparılan yoxlamalarda aşkar edilmiş qızdırmalı xəstələrin hamısını boks-lu xəstəxanaya qoyub təcrid edirlər. İnfeksiyanı birələr yaymasına ehtimal varsa dezinfeksiyadan sonra 12 gün karantin qoyulur. Taun oçağı xəstəxanadan axırıncı xəstə evə yazıldıqdan və həmin ocaqda bütün zərərsizləşdirmə işləri (dezinfeksiya, dezinseksiya, və deratizasiya) aparıldıqdan sonra ləğv edilmiş hesab edilir.
Tulyaremiya	Tulyaremiyalı xəstələr ətrafdakılar üçün qorxulu deyildir, lakin onları spesifik müaliçə aparmaq üçün xəstəxanaya qoyurlar. Kəskin xəstəlik əlamətləri çəkiləndən sonra təçrid etmə qurtarır	Təmasda olmuş adamı ayırmırlar
Çiçək	Çiçəyə tutulmuş xəstə və ya çiçəyə şübhə doğuran adam dərhal belə xəstələr üçün ayrılmış xüsusi xəstəxanaya və ya boks tipli şö'bəyə qoyulmalıdır. Xəstələri xəstəxanaya daşıyan briqada II və ya III tip taun kostyumu keyməli və üzünə pambıq tənzif sarğısı maskası taxıb işləməlidir. Briqada xəstəni gətirdikdən sonra stasionarın ərazisində mükəmməl sanitariya təmizliyindən keçir və onların əynindən çıxan kostyum mütləq dezinfeksiya edilir. Xəstələri stasionardan evə qarmaqlar tamam qopub tökuldükdən, lakin xəstəliyin başlanmasından ən tezi 40 gündən sonra yazırlar.	Xəstə ilə təmasda olmuş adamlar yaşayış yerinə, iş yerinə və s. görə aşkar edilirlər. Xəstə ilə sıx təmasda olmuş şəxslər əvvəllər peyvənd vurulmasından və təkrar peyvənd aparılmasından asılı olmaya-raq çiçəyə qarşı peyvənd vuru-lmalı və 17 günlüyə ayrıca ota-ğa qoyulmalıdırlar. Hər gün onların temperaturu ölçülməli (gündə 2 dəfə) və hər gün müşahidə aparılmalıdır. Xəstə ilə dolayı yolla təmasda olmuş şəxslərə dərhal vaksin vurmaq və ya təkrar peyvənd vurmaq və evdə bunların üzərində müşahidə aparmaq lazımdır. 17 gün temperaturu ölçmək la-zımdır. İnfeksiya ocağında işləyən tibb işçilərinə çiçək peyvəndi vurulmalıdır.

Cədvəl 5

İnfeksion xəstələrdə laboratoriya analizləri üçün material götürmək üsulları və müddətləri

xəstəlik	Material və onu götürmə üsulları	Xəstəliyin başlanmasından neçə gün sonra	Analizin laboratoriyadan alınması müddətləri	Qeyd
1	2	3	4	5
Amöbiaz	Nəcis (defekasiyadan 10-15 dəqiqədən sonra götürulür)	Xəstəliyin birinci günündən	Həmin gün	Amöbü tapmaq üçün laboratoriya analizlərini bir neçə dəfə təkrar edirlər

Bağırsaq Kollinfeksiyaları (eşerixozlar)	1. Nəcis (3—5 q) onu qidalı mühitə əkmək üçün içinə qliserin qarışığı tökülmüş steril matrona və ya sınaq şüşəsinə götürürlər	Xəstəliyin birinci günündən və sonra təkrarən	2-ci gün təx-mini. 4-cü gün qəti cavab verilir	Nəcisi xəstənin yanında və antibakterial müalicəyə qədər əkmək daha yaxşıdır
	2. Qusuntu kütlələrin (50—100 q) qidalı mühitlərə əkmək üçün steril və ya qaynadılmış bankaya götürürlər	Eyni qaydada	Eyni qaydada	
	3. Passiv hemaqlütinasiya reaksiyası qoymaq üçün qan (2 ml)	Xəstəliyin 3—5-ci günündən başlayaraq	Ertəsi gün	Qəti cavab əks-cisimlərin titra artanda reaksiyanın dəyişməsini öyrəndikdən sonra verilir
	4. Nəcis yaxması spesifik immunoflüoressent serumlarla işləmək üçün	Xəstəliyin ilk günündə	Analizdən 1—2 saatdan sonra	
Botulizm	1. Venadan qan (8—10 ml): onu müalicə serumu vurana qədər isərisində 1 ml 4%-li natrium məhlulu tökülmüş sınaq şüşəsinə götürürlər	Eyni qaydada	Təxmini cavab həmin gün, qəti cavab isə 3—4 gündən sonra verilir	Botulizm toksinlərini aşkar etmək üçün ağ siçanlar üzərində aparılan təcrübələrdə neytrallaşma reaksiyalarından istifadə edilir
	2. Qidalı mühitlərə əkmək üçün steril bankalara bunlar götürülür: qusuntu kütlələri (100 q), mə'də yuyulan su (250-300 q), yeyinti məhsullarının qalıqları (ayrı-ayrı yerlərdən 100 q), nəcis (100 q): sidik (200 ml)	Eyni qaydada	Eyni qaydada	
Brüsselöz	1. Qan (5-10 ml): onu qidalı mühitlərə əkmək üçün venadan steril şəraitdə götürürlər	—»—	20—25 gündən sonra	
	2. Döş sümüyündən sümük iliyini (0.1-0.2 ml) qidalı mühitlərə əkmək üçün	—»—	—»—	
	3. Qan (1-2 ml); Raytın aqqlütinasiya reaksiyasını (RAR) komplementin birləşməsi reaksiyasını (KBR) və passiv hemaqqlütinasiya reaksiyasını (PHR) qoymaq üçün	—»—	Ertəsi gün	
Vəba	1. Nəcisi və qusuntu kütləsini ağzı enli banka-ya 10-20 ml götürür, ağzını tıxaçla möhkəm bağlayır və üstündən iki-qat perqament kağızı sarıyırlar	Xəstəlik başlanan gündən, xəstəlik müddətində və rekonvalessensiya dövründə təkrar götürürlər	Təxmini cavab 6—12 saatdan sonra, qəti cavab 36—48 saatdan sonra verili	
	2. Öd (mualicə müəssisəsində duodenal zond salıb götürürlər). V və S payı:	—»—	—»—	

Vərəm	1. Sutkalıq və ya səhər bəlğəmini ağzı enli bankaya yığırlar. 2. Yaxma hazırlamaq, əkmək və bioloji sınaqlar aparmaq uçün mə'də yuyulan su 3.Əkmə, yaxma hazırlamaq, sentri-fuqatdan bioloji sınaqlar qoymaq üçün sutkalıq sidiyi yığırlar 4. Onurğa beyni mayesi (göstərişlər olduqda) 5-10 ml əkmək, yaxma, biosınaqlar üçün	Xəstəliyin birinli günündən başlayaraq —»— Eyni qaydada —»—	Bakteriosk opiya aparılan gün Ertəsi gün Eyni qaydada —»—	Laborağlriyada yaxmalar hazırlayır. Heyvanlar üzərində bioloji sınaqlar apa-rır və qidalı mühitlə-rə əkirlər
Virus ensefalitlə-ri (gənə və yapon) ensefalit-ləri	1.Qan (2-3 ml), sidik, biosınaq üçün onurğa beyin mayesi 2.Qan (2 ml), siçanlar üzərində aparılan təçrü-bələrdə virusun neytral-laşdırılması reaksiyası, komplementin birləşməsi reaksiyası və hemaqqlüti-nasiyanı ləngitmək reak-siyası üçün	Xəstəliyin ilk həftəsi Xəstəliyin 10—15-ci günləri	Ertəsi gün Həmin gün	
Qayıdan yatalaq (bitmən-şəli)	Qan (tutma vaxtı), onu qalın damçı hazırlamaq və Roma-novski-Gimza üsulu ilə boyamaq üçün: mikros-kopun qaranlıqgörmə sahəsində asılan damcıya baxmaq üçün qan yaxmalarında kümüşü rəngə çalan spiroxetlərə baxmaq üçün	Xəstəliyin birinci günündən	Həmin gün	
Qarayara	1.Xəstəliyim dəri for-masında xəstələrdən aşa-ğıdakılar götürülür: vezi-kulun, pustulanın, kor-çi-banın möhtəviyyatı, qa-barmış qarıtmaq. Möhtə-viyyatı steril pipetka, şpris, steril tamponla ste-ril sınaq şüşəsinə götürür, yaxud steril süzgəc kaqızına yaxırlar. İki əşya şüşəsi üzərində yaxma hazırlayırlar. Əkirlər. Bioloji sınaq qoyurlar 2. Ağciyər formasından şübhələndikdə bəlğəmi steril bankaya yığır və əşya şüşələri üzərindəiki yaxma hazırlayırlar 3. Bağırsaq formasından şübhələndikdə steril ban-	Xəstəliyin birinci günündən başlayaraq Eyni qaydada —»—	Təxmini cavab bakteriosk opiya aparılan gün, qəti cavab isə ertəsi gün verilir Eyni qaydada —»—	

	kalara nəçis, qusuntu kütləsi və ya sidik götürürlər (1-2 l) 4. Qarayaranın hər hansı formasından şübhələndikdə steril qaydada qan götürürlər (2-3 ml)	—»—	—»—	
Qarın yatalağı: A və V paratifləri	1. Qan (10-20 ml), steril qaydada venadan hemokulturaya götürürlər 2. Qan (2 ml). Vidalın aqqlütinasiya reaksiyasını və passiv (dolayı) hemaqqlütinasiya reaksiyasını (DHAR) qidalı mühitlərə əkmək üçün 3. Steril şüşələrə və ya bankalara aşağıdakıları götürürlər: nəçis (3-5 q), sidik (50-100 ml), öd (duodenal zondla). Laboratoriya analizləri mənfi göstərdikdə, xəstə qarın yatalağına şübhə doğurursa sümük iliyini əkirlər	Xəstəliyin birinci günündən və bütün qızdırmalı dövrdəVidal reaksiyası üçün xəstəliyin 8—9-cugünündən və DHAR üçün 4—6-cı gündən başlayaraq Xəstəliyin ilk günündən, lakin çox vaxt 2-ci həftədən	Təxmini cavab 2 gündən, qəti cavab 4 gündən sonra alınır. Ertəsi gün Təxmini cavab 2 gündən, qəti cavab 4 gündən sonra alınır	Əkini xəstənin yanında və müalicəyə qədər aparmaq daha yaxşıdırAqqlütinasiya reaksiyasını 5—6-cı gün ara verib 2—3 dəfə təkrar edirlər
Qrip	1. Toyuq embrionunda əkmək üçün burun və udlaqdan ifrazat 2. Flüoressiya üçün burun-udlaqdan yaxma 3. Aşağıdakı reaksiyaları: hemaqqlutinasiyanın oəngitmək reaksiyası, komplementin birləşməsi reaksiyası və neytrallaşdırma reaksiyası üçün qan (2 ml)	Xəstəliyin ilk günündən —»— Xəstəliyin ilk günündən və 2—3 həftədən sonra	2-ci gün Həmin gün Ertəsi gün	Seroloji analizlər diaqnozu retrospektiv qoymağa kömək edir
Dizenteriya	1. Nəçis (3-5 q), steril patrona və ya içərisinə 1:3 nisbətində qliserin qarışığı olan sınaq şüşəsinə götürür (selikli parçaları götururlər) və qidalı mühitlərə əkirlər 2. Diaqnostikum ilə passiv hemaqqlütinasiya reaksiyasını (PHAR) qoymaq üçün qan (2 ml) 3. Nişanlanmış saçiyyəvi serum ilə işləmək üçün nəcis yaxması	Xəstəliyin ilk 14 günündəc və bütün xəstəlik rekonvalessensiya dövründə Xəstəliyin ilk günündən	Təxmini cavab 2-ci gün, qəti cavab 4-cü gün alınır Tədqiqat başlanandan 1—2 saat sonra	Nəcisi xəstənin yanında və antibakterial müalicə başlanana qədər əksək daha yaxşıdır
Ku qızdırması	1. Qanı, onurğa beyni mayesini sterial qaydada laboratoriya heyvan-	Xəstəliyin ilk günündən	7 gündən sonra heyvanlar	

	larının qarnına vururlar 2. Sidiyi, bəlğəmi laboratoriya heyvanlarının dərialtına steril qaydada vururlar 3. Qan (2 ml), komplementin birləşməsi reaksiyasını və aqqlütinasiya reaksiyasını qoymaq üçün	—»— Xəstəliyin 10—12-ci günündən	qızdırırlar —»— Ertəsi gün	Reaksiyalar xəstəliyn başlanmasından 3—4-cü həftə maksimum inkişaf edir
Göyöskürək	1. «Göyöskürək lövhəcikləri» metodu. Xəstə öskürərkən onun ağzına 5-10 sm aralı içərisində qidalı mühit olan finçanı dik tutur və xəstə 5-6 dəfə öskürənə qədər saxlayırlar 2. Udlağın dal divarından steril pambıq tamponla materialı götürən kimi qidalı mühitlərə əkirlər	Xəstəliyin ilk günündən Xəstəliyin, yaxud xəstə ilə təmasda olunan ilk gündən	Təxmini cavab 3-cü gün, qəti cavab 5-ci gün alınır —»—	
Leyşmaniozlar	1. Papula məhtəviyyatı, yaraların qranulyasiya parçaları (dəri formasında) yaxma hazırlamaq və onu Romanovskm-Gimza üsulu ilə boyamaq üçün 2. Yaxma hazırlamaq üçün döş sümüyündən vunktat (viseral leyşmaniozda)	Xəstəliyin ilk günündən —»—	Həmin gün —»—	
Leptozpiroz	1. Venadan qan (10-12 ml): mikroskopun qaranlıq sahəsində baxmaq, qidalı mühitə əkmək və laboratoriya heyvanlarının qarnına vurmaq üçün 2. Aqqlütinasiya reaksiyası lizis (AQL) və komplementin birləşməsi reaksiyası üçün barmaqdan qan götürülür 3. Onurğa beyni mayesini klinik göstərişlər olduqda götürür və qidalı mühitə əkirlər, bundan başqa sentrifuqata mikroskopun qaranlıq sahəsində baxırlar. Sentrifunatdan bioloji sınaq qoymaq üçün	2-ci gündən 10-cu günə qədər Xəstəliyin 12—14-cü günü və daha sonra Xəstəliyin 7-ci günündən 21-ci gününə qədər	Dərhal mikroskopiyadan sonra Ertəsi gün Mikroskopla baxan kimi	Əkinlərin 25—30° temperaturda 30 gün yetişdirirlər: hər 5—7 gündən sonra əkinlərə mikroskopun qaranlıq sahəsində baxırlar Eynilə

	istifadə edirlər 4. Sidikdən (5-10 ml) qidalı mühitlərə əkmək, mikroskopun qaranlıq sahəsində baxmaq, bioloji sınaq qoymaq üçün istifadə edilir	Xəstəliyin 14-cü günündən 28-ci gününə qədər	Eynilə	
Malyariya	Barmaqdan qan götürüb əşya şüşələri üzərində iki yaxma və iki qalın damcı düzəldirlər	Ğuğma vaxtı qızdırma tutmasının ən yüksək anında	Dərhal mikroskopiyadan sonra	
Manqo	1. Əkmək üçün yaradan, burunun selikli qişasından, bəlğəmdən, absesdən, xəstə limfa düyünündən material götürülür 2. Venadan qan götürülür (2-4 ml): komplementin birləşməsi reaksiyası (KBR) və passiv hemaqqlütinasiya reaksiyası (PHAR) qoyulur. Tədqiqatları əks-cisimlərin titrinin artmasına görə aparırlar.	Xəstəliyin ilk günüyndən Xəstəliyin 7—8-ci günündə	Dərhal mikroskopiyadan sonra Ertəsi gün	Öyrənilən materialı donuların, dağ siçanlarının və s. Qarnına (erkəklərə) vururlar. Xəstəlik yoluxdurulmuş xəstə heyvanda 3—5 gündən smonra orxit əmələ gəlir
Meninqokoki infeksiyası	1. Klinik analiz üçün onurğa beyni mayesini 2 sınaq şüşəsinə (2 ml) və mikrobioloji analiz üçün 2-4 ml götürürlər 2. Qidalı mühitə əkmək üçün qan (5-10 ml) 3. Burun-udlaqdan acqarına, yaxud yedikdən 3-4 saat sonra steril pambıq tamponla selik götürürlər. Dilin dibini şpatellə tutur, tamponu isə aşağıdan-yuxarıya yönəldib yumşaq damağın altına burun-udlağa aparırlar. Tamponu buradaca sınan şünəsindəki azca steril bulyona salırlar	Xəstəliyin ilk günündən —»— —»—	Bakterioskopiya aparılan gün, qəti cavab isə ertəsi gün alınır 7 gündən sonra Ertəsi gün	Burun-udlaqdan seliyi meninqokokk etiologiyalı nazofaringitdən şübhələnəndə və mikrobgəzdirici aşkar etmək üçün analiz edirlər
Ornitoz	1. Virosoloji analizlər üçün bunları götürürlər: qan, bəlğəm, burun-udlaq yuyulan su, plevra mayesi. Materialı çox qorxulu infeksiyaların törədiciləri ilə işləməyə icazəsi olan laboratoriyaya	Xəstəliyin birinci günündən və birinci 2 həft ərzin-də qan, xəstəliyin 26-cı gününə kimi bəlğəm və burun-udlaq yuyulan su		Öyrənilən materialı ağ siçanlara vururlar

	göndərirlər 2. Komplementin birləşməsi reaksiyası üçün qan (2 ml) götürülür	Xəstəliyin ilk günləri, sonra 2, 3 və 4 həftə-dən		
Salmonel-özlər	1. Qusuntu eütlələrini (50—100 q) və mə'də yuyulan suyu sterial və ya qaynadılmış bankaya götürürlər 2. Şübhə doğuran yeyintə məhsulunun qalıqlarını (50—60 q) ayrı-ayrı yerlərdən sterial bankaya götürürlər 3. Nəcisi (4—5 q) 1:3 nisbətində qliserin qarışığı tökülmüş sterial sınaq şüşəsinə və ya bankaya götürürlər 4. Sidiyi (20—30 ml) sentrifuqadan keçirmək və qidalı mühitlərə əkmək üçün 5. Venadan qan (5—10 ml) steril sınaq şüşəsinə (hemokultura üçün) 6. Aqqlütinasiya reaksiyası (AD) və passiv hemaqqlütinasiya reaksiyası (PHAR) üçün qan (1—2 ml)	Xəstəliyin ilk günündən —»— Xəstəliyin ilk günün-dən sağa-lana qədər Eynilə Xəstəliyin əvvəlindən və bütün qızdırmalı dövrdə AR üçün xəstəliyin 8—9-cu günündən: PHAR üçün 3—5-ci gündən	Təxmini cavab 2 gündən sonra, qəti cavab 4 gündən sonra Eynilə —»— Eynilə Eynilə Ertəsi gün	Materialı bərk və duru qidalı mühitlərə əkirlər
Səpgili yatalaq	Venadan qan (2—5 ml) Rikketsiyaların aqqlütinasiya reaksiyası (RAR), komplementin birləşməsi reaksiyası (KBR) dolayı hemaqqlutinasiya reaksiyası (DHAR) üçün	5—7 gündən	Ertəsi gün	Aşağı titr alındıqda 3—5 gündən sonra reaksiyanı təkrar edirlər
Taun	1. Taunun dəri-bubon formasında analiz üçün materialı vezikul pustul, yara və korçibandan götürürlər: bubon formasında steril şprislə bubondan maye götürüb, 2 yaxma hazırlayır, əkir, laboratoriya heyvanlarına vururlar 2. Ağciyər formasında əsnəkdən selik götürür, ağzı enli bankaya və ya xüsusi patrona bəlğəm yığır,sonra yaxma hazır-	Xəstəliyin birici günündə Eyni qaydada	Təxmini cavab həmin gün—bakteriosk opiyadan sonra, qəti cavab əkinin 2—3-cü günü, biosınaq üzrə 3—9-cu gün alınır Eynilə	Materialı götürərkən başdan-ayağa 1 tip taun kostyumu geyir və ehtiyatla işləyirlər Götürülən materialı metal yeşiyə qoyub

	layır.qidalı mühitlərə əkir. biosınaqlar qoyurlar 3. Xəstəliyin bütün formalarında hemakultura üçun (10 ml) götürür. aq-qlutinasiya komplementin birləşməsi və passiv hemaqqlütinasiya reaksiyaları qoyurlar	5—6 gündən	Ertəsi gün	kip bağlayır və plomblayırlar. Bu iş üçün vyrılmış şəxs müşayiət kağızı ilə həmin materialı xüsusi nəqliyyatda taun laboratoriyasına aparır
Tulyaremiya	Yara bubon. göz-bubon. anginoz-bubon formalarda steril sınaq şüşəsinə və ya Paster pipetkalarına aşağıdakılar götürülür: bubondan punktat yaranın dibindən yaxma Konyuktivadan ifrazat. steril tamponla əsnəkdən selik götürülür 2. Ağciyər formasında bəlğəmi ağzı şüşə tıxacla möhkəm bağlanan steril bankalara yığırlar 3. Bütün formalarda hemokultura üçün venadan 5-10 ml qan götürmək olar 4. Aqqlütinasiya və passiv hemaqlütinasiya reaksiyaları üçün qan (2 ml) 5. Ölmüş gəmiricilərin çəsədləri (ektoparazitləri) öldürmək üçün qabaqca içində kerosin olan qaba salırlar Analiz materialı limfa vəzilərinin. ağciyərlərin. dalağın parçaları. ürəyin qanıdır	Xəstəlik günündən xəstəliyin 14—20-ci gününə kimi Xəstəlik günündən 8—12-ci gününə kimi Xəstəlik başlayan gündən 15—27-ci günə kimi Xəstəliyin ilk günündən Xəstəliyin ilk günündən 6-cı gününə kimi Xəstəliyin ilk günündən	Təxmini cavab dərhal bakteriosk opiyadan sonra. qəti cavab 4—6-cı gün alınır Eynilə Eyni qaydada Ertəsi gün	Əsas laboratoriya üsulları—laboratoriya heyvanlarını yoluxdurmaq və yumurta mühitinə əkməkdir Aqqlütinasiya reaksiyasını 4—5 gün ara verib 2—3 dəfə təkrar edirlər
Çiçək	1. Dəri səpgilərinin: vezikulların. pustulaların mayesi. makula və ya papula seliyi. qartmaq steril alətlə azı 10 dəri elementindən steril qaba götürürlər 2. Əsnəyin selikli qişasının ifrazatını pambıq tamponla götürürlər. Tamponu sterıl sınaq şüşəsinə salırlar 3. Qan (1-3 ml) götürüb	Səpgilərin ilk günündən Xəstəliyin ilk günündən —»—	Təxmini cavab airusoskopiyadan sonra. qəti cavab 48—96 saatdan sonra alınır —»— —»—	

	virusu ayırmaq üçün tez 1:3 nisbətində distillə edilmiş su ilə durulaşdırırlar 4. Qan (1-2 ml): hemaqqlütinasiyanın ləngiməsi reaksiyasını (HALR) qoymaq üçün götürülür	Xəstəliyin 5—6-cı günündən	Ertəsi gün	

Profilaktika peyvəndləri

Peyvəndlərin növü və peyvənd vurulmalı şəxslər	Vaksinasiya	Revaksinasiya	Qeyd
Vərəm yoluxmamış bütün uşaqlara və 30 yaşına qədər böyüklərə dərialtına vərəmə qarşı BÜJ vaksini vurulmalıdır	Yeni doqulmuş uşaqlara əks-göstərişlər yoxsa, ilk peyvəndi 5-7-çi gün vururlar Vaksini sol əlin bazusunun içəri tərəfinə 0.05 mq dozada vururlar	Dəridaxilinə revaksinasiyanı klinik cəhətdən sağlam olan bütün uşaqlara və 7 yaşında (1-ci sinif), 11-12 yaşında (5-çi sinif), 16-17 yaşında (10-cu sinif) yeniyet-mələrə, habelə 22-23 yaşında və 27-30 yaşında böyük-lərə 2VV ilə aparılan Mantu sına-ğı mənfi göstərdikdə, yaxud şübhə doğur-duqda vururlar. Revaksinasiyanı 0.5 mq vaksinlə bir dəfə aparırlar	Uşaqlar arasında vərəm praktiki ləğv edilmiş və xəstəliyin yerli formaları aşkar edilməmiş şəhər və rayonlarda 7 yaşında (1-ci sinifdə) və 14-15 yaşında (8-ci sinifdə) revaksinasiya aparırlar. Vərəmlə xəstələnməmiş şəxslərə sonrakı revaksinasiyalar 5-7 il ara verib 30 yaşına qədər aparırlar
16 yaşına qədər uşaqlara poliomielitə qarşı Seybinin I, II, III tip çanlı vaksini (JVS) vurulmalıdır	3 aylıq uşaqlara vaksini 1½-2 ay ara verib üç dəfə ağızdan tökürlər	1 yaşından 2 yaşına qədər, 2 yaşından 3 yaşına qədər revaksinasiyanın 1½ ay ara verib iki dəfə (hər il)keçirirlər. Yuxarı yaşlı uşaqlara (7-8 yaşında və 15-16 yaşlarında) revaksinasiyanı bir dəfə keçirirlər	
3 aylıqdan 11 yaşına qədər uşaqlara, difteriya, göyöskürək və tetanusa qarşı adsorbsiya olunmuş göyös-kürək-difteriya-tetanus vaksini (AKDS—vaksini) və adsorbsiya olunmuş difteriya-tetanus	Göyöskürək keçirmiş uşaqlardan başqa, 3 aylıq uşaqlara əzələdaxilinə üç dəfə 45 gün ara verib 0.5 ml dozada AKDS vaksini vurulur	Uşaqlara AKDS vaksini ilə aparılan vaksinasiya qurtardıqdan 1 ½-2 ildən sonra vaksinasiya keçirirlər. Vaksini əzələdaxilinə 0,5 ml dozada poliomielit vaksini ilə bir vaxtda bir dəfə vururlar. 6 və 11 yaşlarında	Əks-göstərişlər olmadıqda inyeksiyalar arasında 6-12 aya kimi fasilə vermək olar

vaksini (ADS-vaksini) vurulmalıdır		revaksinasiyanı ADSM-anatoksini ilə (anatoksinin miqdarı azaldılır) 0.5 ml bir dəfə vururlar	
ADS-anatoksini ilə peyvəndi göyöskürək keçirmiş uşaqlara, qabaqlar AKDS vaksini vurulmamış 2 yaşından yuxarı uşaqlara və AKDS vaksininə əks-göstərişləri olan uşaqlara vururlar	ADS-anatoksini ilə aparılan vaksinasiya 45 gün ara verib əzələdaxilinə 0.5 ml dozada iki dəfə iynə vurmaqdan ibarətdir	ADS-anatoksini ilə revaksinasiyanı 2 yaşına qədər göyöskürək keçirmiş uşaqlara; AKDS-vaksini vurulmasına əks-göstərişləri olan uşaqlara, 2 yaşından yuxarı uşaqlara keçirirlər	
Qızılçaya qarşı çanlı qızılca vaksini ilə peyvəndlər əks-göstərişləri olmayan və qızılca ilə xəstələnməmiş 15—18 aylıq uşaqlara vurulmalıdır	Bir dəfə dərialtına 0.5 ml durulaşdırılmış vaksin və ya iynəsiz inektorla (0.1 ml) dəridaxilinə vurulur. Eyni zamanda epidemik parotitə qarşı dapeyvənd vurulur	Bundan böyük 14 yaşına qədər uşaqlara peyvəndləri o zaman vururlar ki, onlara qabaqlar peyvənd vurulmamış olsun və onlar qızılca ilə xəstələnməmiş olsunlar	Qızılca peyvəndinə əks-göstərişləri olan uşaqlara uşarın sağlamlığından, yaşından, habelə qızılcalı xəstə ilə təmasda olduqdan sonra qamma-qlobulinin vurulması vaxtından asılı olaraq 1.5 ml-dən 3 ml-ə qədər qamma-qlobulin vururlar
Quduzluğa qarşı antirabik vaksinlə peyvəndləri aşağıdakı hallarda tə'yin edirlər Hər cür heyvan dişlədikdə, dəri cızıldıqda, dəridə və selikli qişalara açıq-aşkar quduz, quduzluğa şübhə doğuran və namə'lum heyvanların tüpürcəyi düşdükdə (leşləri yardıqda, cəsədləri doğradıqda və s.); quduz heyvan paltarın üstündən dişlədikdə, paltar deşilmiş, yaxud çırılmışsa; quduz heyvan nazik və ya toxunma paltarın üstündən dişlədikdə; 10 gün aparılan müşahidə müddətində həmin heyvan xəstələnibsə, tələf olubsa, yaxud	Peyvənd kursunun müddəti və vaksinin dozaları dişləmənin xarakterindən və yerindən, heyvanın sağlamlıq vəziyyətindən asılıdır və xüsusi hazırlıq keç-miş həkim tərəfindən tə'yin edilir		Böyüklər və 10 yaşından yuxarı uşaqlar üçün vaksinin dozası tə'limatlarda göstərilmişdir. 3 yaşına qədər uşaqlara yarım doza, 3 yaşından 10 yaşına qədər uşaqlara dozanın 75%-ni tə'yin edirlər. 5 ml dozada vaksini ən azı 20-30 dəqiqə ara verib iki iynə də yeridirlər Antirabik vaksini uzanmış vəziyyətdə nazik iynə ilə yavaş-yavaş steril şpris'lə ancaq dərialtına, qarnın orta xəttindən 2-3 barmaq aralı, göbəklə bir xətdə, yaxud ondan aşağı müxtəlif yerlərə vururlar. Vaksini qarnın dərialtı birləşdiriçi toxumasına vurmaq mümkün deyilsə (çapıqlar, böyük infiltratlar və s. varsa) bə'zi hallarda vaksini kürək nahiyəsində dərialtı birləşdirici toxumaya vurmaq olar.

itibsə o. sağlam adamı dişlədikdə. tüpürçəyi dəriyə düşdükdə və dərini cırmaqladıqda. quduzluq olan yerlərdə vəhşi gəmiriçilər dişlədikdə: quduzluq xəstəliyi olan adamın tüpür-əyi dəriyə düşdükdə. yaxud o. dərini cırmaqladıqda			Vaksini vurduqdan sonra 5 dəqiqə ayağa durmaq olmaz. Möhkəm immunitet yaratmaq və ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün peyvənd vurulmuş adamlara peyvənd kursu aparılan bütün müddətdə və peyvənd kursundan sonra 6 ay (şərtsiz göstərişlərə görə). şərti göstərişlərə görə isə 1 ay spirtli içki içmək olmaz. Peyvənd kursu aparan müddətdə xəstə yorulmamalı. soyuqdan. istidən özünü qorumalıdır heyvan dişləmiş adama acqarına peyvənd vurmaq olmaz. Antirabik vaksin lə peyvənd vurulan müddətdə və bundan sonra 2 ay ərzində başqa profilaktika peyvəndləri aparmaq olmaz. Müalicə serumlarını ancaq xəstənin həyatı təhlükədə olduqda vururlar
Antirabik qamma-qlobulin (immunoqlobulin)	Həkimin tə'yin etdiyi antirabik qamma-qlobulinin bütün dozasını bir gündə vururlar. Yalnız üzün və başın çox böyük bir nahiyəsi dişlənmiş olduqda. quduz canavar və başqa ətyeyən heyvan ağır xəsarət vurduqda antirabik immunoqlobulini 2-çi gün yenə vurmaq olar. Qamma-qlobulinin bir hissəsini yaranın ətrafına-dərialtına vurmaq olar		Orqanizmin at serumuna həssaslığını yoxlamaq üçün saidin içəri tərəfinə 0,1 ml 1%-li (1:100) antirabik qamma-qlobulin məhlulu vururlar (ampul əlavə olunur). Reaksiyanı 20-30 dəqiqədən sonra yoxlayırlar Papulanın diametri 1 sm-ə qədər olub yalnız onun ətrafı qızardıqda sınaq mənfi hesab edilir. Sınaq mənfi olduqda bazunun dərisi altına 0,7 ml 1%-li antirabik qamma-qlobulin vururlar: reaksiya olmadıqda 30 dəqiqədən sonra sağrının yuxarı xarici kvadratına 10-15 dəqiqə ara verib 2-3 dəfədə antirabik qamma-qlobulinin bütün müalicə-profilaktika dozasını vururlar (qamma-qlobulini 37°S-yə qədər qızdırırlar)

Botulizmə qarşı polivalentli anatoksinlə (A, V, S, D, E tipləri) aparılan peyvəndlər: a) botulizm xəstələrini müalicə etdikdə: b) botulotoksinlə işləyən laboratoriya işçilərinə, tədqiqatçılara.	a) Polianatoksini dərialtına üç dəfədə aşağıdakı dozalarda vururlar: birinci inyeksnya-2 ml. ikinci və üçüncü inyeksiyalar-5-7 gün ara verib 4 ml: b) Polianatoksini üç dəfədə, birinci və ikinçi peyvəndlər arasında 1½ ay fasilə verib vururlar: üçüncü peyvəndi 3 aydan sonra vururlar		
Botulizmə qarşı müalicə-profilaktika antitoksik A, V, S, E serumlarını (monovalentli) və polivalentli (serumlar) aşağıdakı hallarda vururlar: a) xəstəliyin ilk əlamətləri göründükdə müalicə məqsədilə:	a) Polivalentli serumu, yaxud monovalentli serumların qarışığını aşağıdakı miqdarlarda vururlar: A tipinin 10000-15000 MV; V tipinin 5000-7500 MV və E tipinin 15000 MV. Serumu 37°S-yə qədər qızdırıb venaya vururlar. Serumu venaya vurmaq mümkün olmadıqda əzələyə vururlar:	Serumla müalicə kursunun müddəti onun tə'sirindən və xəstəliyin gedişindən asılıdır: Xəstəlik yüngül keçdikdə serumu 2 gün, orta ağırlıqda olduqda 6-7 gün ərzində vururlar. Xəstəliyi törətmiş toksinin tipini müəyyən etdikdən sonra müalicəni müvafiq monovalentli serumla aparırlar	
b)xəstəlik ocağında botulizmə şübhə doğuran yeyinti məhsulunu yemiş şəxslərə profilaktika məqsədilə:	b) hər tipdən əzələdaxilinə 1000-2000 MV tə'limata uyğun olaraq vururlar		Serumu dəridaxilinə sınaq qoyub həssaslığı yoxladıqdan sonra vururlar. Dəridaxilinə sınaq qoymaq üçün durulaşdırılmış (1:100) serumdan 0,1 ml saidin bükücü səthinin dəridaxilinə vururlar. 20-30 dəqiqədən sonra serum vurulan yerdə əmələ gələn papulanın diametri 0,9 sm-dən böyük olmazsa və onun ətrafı məhdud nahiyədə qızarmasa o sınaq mənfi hesab olunur. Sınaq mənfi olduqda dərialtına 0,1 ml serum vurur və 30 dəqiqə müddətində hər hansı şəkildə reaksiya olmazsa qalan hissəsini vururlar
Brüssellözə qarşı quru çanlı vaksinlə	Vaksini birdəfədə dəriyə, bazunun	Revaksinasiyanı vaksinasiyadan 8-	Peyvəndləri 18 yaşından sonra

peyvəndləri müttəfiq respublikanın səhiyyə nazirliyinin qərarı ilə aşağıdakı şəxslərə vururlar: heyvandarlıq təsərrüfatlarında işləyən işçilərə-malqaranın doğumundan 2-3 ay əvvəl: ət kombinatlarında, sallaqxanalarda və heyvandarlıq məhsulları ilə əlaqədar müəssisələrdə işləyən şəxslərə-malların kütləvi kəsilməsinə, yaxud xammalın kütləvi şəkildə daxil olmasına 1-2 ay qalmış, həmin müəssisələrə yeni daxil olmuş şəxslərə-işə başlamağa ən azı 3 həftə qalmış; heyvandarlıq təsərrüfatlarının baytar və zootexnik işçilərinə; çanlı virulent brusella kulturaları, yaxud brüsellöz yoluxmuş laboratoriya heyvanları ilə işləyən şəxslərə İnfeksion hepatitə qarşı peyvəndləri normal (qızılcaya qarşı işlənən) qamma-qlobulinlə aparırlar; onu aşağıdakı hallarda tə'yin edirlər: a) plan üzrə nəzərdə tutulan mövsümqabağı profilaktika qaydası ilə (sentyabrın əvvəlində) məktəbəqədər kollektivlərin uşaqlarına və xəstələnmə halları çoxalan illərdə birinci sinifdən tutmuş dördüncü sinif şagirdlərinə qədər; b) xəstəlik ocaqlarında hepatitlə birinci xəstə aşkar edildikdə epidemik göstərişlərə görə uşaqlara, hamilə qadınlara və başqa xəstəliklər nəticəsində zəifləmiş adamlara	bayır tərəfinin ortasına, birbirindən 3-4 sm aralı iki yerə dərini çərtib bir damcı sürtürlər: dərini steril çiçək peyvəndi üçün işlədilən pero ilə çərtirlər (üç uzununa və üç köndələn çərtik): peronun yastı tərəfi ilə vaksini çərtiklərə sürtür və 5-10 dəqiqə qurumağa qoyurlar. Böyüklərə-bir doza (0.05 ml) 6 aylıqdan 10 yaşına qədər uşaqlara əzələdaxilinə 1 ml, böyüklərə 1.5 ml qamma-qlobulin vurulur	12 aydan sonra keçirirlər: üçüncü revaksinasiyanı Bürne sınağı mənfi göstərən şəxslərə vururlar: revaksinasiyanı yarım doza ilə aparırlar	vururlar İnfeksion hepatitə qarşı qamma-qlobulinin profilaktik fəallığı 6-7 ay qalır. Epidemik göstərişlərə görə lazım gəldikdə qamma-qlobulini 6-7 ay sonra ikinci dəfə vururlar

Qripə qarşı peyvəndlər: a) 16 yaşından yuxarı adamlara epidemik qripin profilaktikası üçün canlı qrip vaksinini buruna üfürürlər	Vaksini maye preparatları toz halında vuran xüsusi cihazla (tozlandırıcı) buruna üfürürlər Burunun hər deşiyinə 0.25 ml divaksini (A_2+V) və ya monovaksini 0.5 sm dərinliyə 2-3 həftə ara verib üç dəfədə yeridirlər	Hər il	Vaksinasiya aparılaçaq adamlara qabaqca həkim baxır. Peyvəndləri payız-qış dövründə. qrip epidemiyasından 2-3 ay əvvəl. 1 yaşından yuxarı adamlara vururlar
b) 3 yaşından 15 yaşına qədər uşaqlara buruna tökmək üçün canlı qripp vaksini (qripin qarşısını almaq üçünq)	Divaksini və ya monovaksini burunun hər deşiyinə 0.25 ml. 25-30 gün ara verib iki dəfə tökürlər	—»—	
Ağızdan vermək üçün çanlı qrip vaksini (epidemik qripin qarşısını almaq və müalicə etmək üçün)	Profilaktika peyvəndlərini payız-qış dövründə 10-15 gün ara verib üç dəfədə verirlər. Birdəfəlik profilaktika dozası: 1 yaşından 3 yaşına qədar uşaqlara-0,5-ml; 3 yaşından 7 yaşına qədər-1 ml və 8 yaşından yuxarı və böyüklərə-2 ml. Epidemiyalar arasında və qrip başladıqda endogen interferonu güçləndirmək üçün vaksini uşaqlara aşağıdakı dozalarda vururlar: 1 yaşından 3 yaşına qədər-1 ml; 3 yaşından 7 yaşına qədər-2 ml; 8 yaşından 16 yaşına qədər-3 ml və böyüklərə—5 ml Qrip-oçaqlarında xəstələrlə və xəstəliyin əvvəlində xəstə ilə təmasda olan bütün adamlara 2 gün dalbadal. gündə bir dəfə vaksin yeridirlər. Birdəfəlik doza 1 yaşından 3 yaşına qədər-1 ml. 3 yaşından 7 yaşına qədər-2 ml. 8 yaşından 16 yaşına qədər-3 ml və böyüklər üçün 6 ml-dir.		Vaksinin dozasını dərəçəli pipetka. şpris-pipetka və ya damcılarla tə'yin etmək olar (22 damcı-1 ml). Uşaqlar üçün başqa infeksiyalara qarşı vurulan peyvəndlərdən azı 1 ay keçməlidir
b) İnsan qanından düzəlt dilmiş. qripə	Qamma-qlobulini əzələdaxilinə aşağı-		Qrip qamma-qlobulinini vurmaq

qarşı vu-rulan donor qamma-qlobulini qrnpi müalicə et-mək. onun ağırlaşmalarının qarşısını almaq. habelə epidemik ocaqlar: da qripin profilaktikası üçün işlədilir	dakı dozalarda vu-rurlar: 1 yaşına qə-dər uşaqlara-1.5 ml. 1 yaşından 2 yaşına qədər-2 ml. 2 yaşın-dan 7 yaşına qədər-3 ml və 7 yaşından yuxarı-3. 4.5 ml. Xəstəlik ağır keçdik-də preparatı 6-8 saatdan sonra bir də vururlar. Profilak-tika məqsədilə qam-ma-qlobulini 3 ml dozada vururlar		üçün göstərişlər intoksikasiya ilə keçən qrip infeksiyasının bütün formalarıdır
İnsan leykositlərindən alınan interferon qrip və başqa respirator xəstəliklərinin profilaktikası və müalicəsi üçün işlənir	Qripin profilaktikası məqsədilə burunun hər deşiyinə 0.25 ml (5 damçı) interferon məhlulunu sutkada 2 dəfə azı 6 saat ara verib tökürlər. Müaliçə məqsədilə həll olmuş preparatı burunun hər deşiyinə 0.25 ml. 1-2 saatdan bir sutkada azı 5 dəfə. 2-3 gün tökürlər		Profilaktika məqsədilə interferonu bilavasitə yoluxma qorxusu olduqda işlətməli və bunu yoluxma təhlükəsi olan müddətdə davam etdirməli
Dizenteriyanın profilaktikası üçün məktəbəqədər uşaq müəssisələrinin yerləşdiyi ərazidə dizenteriya ilə ən çox xəstələnmə halları olan dövrdə dizenteriya bakteriofaqı (quru) tətbiq edilir	1 yaşından 3 yaşına qədər uşaqlara 1 həb. 3 yaşından yuxarı uşaqlara və böyüklərə bakteriofaqın 2 həbi verilir		Həbləri uşaq müəssisəsindəki uşaqlara və işçilərə hər 3 gündən bir vermək lazımdır. Həbi uda bilməyən uşaqlara onu 20 ml 1%-li çay sodası məhlulunda əridib verməli
Göyöskürəyə qarşı peyvəndləri göyöskürək keçirməmiş 3 aylıqdan 2 yaşına qədər olan uşaqlara vururlar	Vaksinasiya və revaksinasiya sxemində Adsorbsiyalanmış göyöskürək-difteriya-tetanus vaksini (AKDS-vaksini) ilə aparılan peyvəndlər bəhsinə bax		
Göyöskürəyin profilaktikası üçün normal insan qamma-qlobulinindən istifadə edirlər	Qamma-qlobulini göyöskürəklə xəstə uşaqla təmasda olmuş: göyöskürəyə qarşı peyvənd vurulmamış. yaxud peyvənd kursu qurtarmamış. habelə		

	xroniki və infeksion xəstəliklərlə zəifləmiş uşaqlara vururlar Qamma-qlobulinin dozası hər dəfədə 3 ml: 1 gün ara verib 2 dəfə vurulur.		
Leptospiroz vaksini ilə leptospiroza qarşı profilaktika peyvəndləri yoluxma təhlükəsi olan əhaliyə vurulmalıdır	Vaksini dərialtına birinçi inyeksiyada 2 ml. 7-10 gündən sonra 2.5 ml vururlar	Revaksinasiyanı bir ildən sonra 2 ml dozada aparırlar	7 yaşından 16 yaşına qədər uşaqlara peyvəndləri ancaq epidemik göstərişlər olduqda. muttəfiq respublikanın Səhiyyə Nazirliyinin qərarı ilə vururlar
b) Ku qızdırmasına qarşı canlı quru M-44 vaksini ilə peyvəndlər heyvandarlıq. sallaqxana işçilərinə. Ku qızdırması yayılan rayonlarda heyvandarlıq xammalının e'malında işləyən işçilərə vurulmalıdır	Vaksini dərini çərtib sürtürlər	Revaksinasiyanı komplementin birləşməsi reaksiyası mənfi olan şəxslərə birinci peyvənddən ən tezi 2 ildən sonra aparırlar. Epidemik göstərişlərdən asılı olaraq revaksinasiyanın müddətləri dəyişilə bilər	Ku qızdırmasına qarşı peyvəndləri brüsellözə qarşı canlı vaksinlə aparılan peyvəndlərlə bir vaxtda vurmaq olar (hərəsini bir əlin dərisinə)
Epidemik parotitə (xənazir) qarşı canlı parotit vaksini ilə peyvəndləri qabaqlar parotit keçirməmiş və əks-göstərişləri olmayan 15-18 aylıq uşaqlara vururlar	Parotit vaksinini inyektorla birdəfədə dərialtına 0.5 ml və ya dəridaxilinə (0.1 ml) vururlar		Bu peyvəndlərn qızılcaya qarşı aparılan peyvəndlərlə bir vaxtda aparırlar
Qarayaraya qarşı canlı quru "STİ" vaksini ilə peyvəndlər epidemik göstərişlər olduqda müttəfiq respublikanın Səhiyyə Nazirliyinin qərarı ilə heyvandarlıq məhsullarının yığılmasında. saxlanmasında. e'malında və satışında işləyən şəxslərə. xüsusilə gön və yun e'malında. habelə ət kombinatlarında o işləyən işçilərə vurulmalıdır. Bundan başqa qarayaranın canlı kulturaları. xəstə laboratoriya heyvanları	Vaksini çiçək perosu ilə dərini çərtib sürtürlər.	Revaksinasiyanı da vaksinasiya kimi hər il bir dəfə aparırlar	Peyvəndlərə 14 yaşından başlayırlar. Vaksinasiya və revaksinasiyada vaksinin tə'sir edibetməməsini 48. 72. 96 saatdan sonra və 8-çi gün yoxlayırlar. Epidemik göstərişlər olduqda qarayaraya qarşı plandan kənar aparılan peyvəndləri müvafiq iynəsiz dərialtına (şırnaqla) yeritmək məqsədəuyğundur. İnyektordan istifadə etdikdə hər inyektora əlavə olunan tə'limatdakı göstərişlərə əməl

ilə işləyən. yaxud qarayara törədiçisi yoluxmuş materialı analiz edən laboratoriya işçilərinə də peyvənd vurulmalıdır. Qarayaraya şübhə doğuran məntəqələrdə içtimai mal-qara ilə təmasda olan şəxslərə. fəal məntəqələrdə isə (axırıncı 10 ildə heyvanların və adamların xəstələnməsi qeydə alınan yerlər) şəxsi mal-qara ilə təmasda olan adamlara da peyvənd vururlar			etmək lazımdır. İnyektor vaksini dərialtına 0.5 ml yeritmək üçün qurulmalıdır
Qarayaraya qarşı qamma-qlobulini aşağıdakı hallarda vururlar: a) mualicə məqsədilə:	Müalicə məqsədilə qarayara qamma-qlobulinini diaqnoz müəyyən olunan kimi sağrı nahiyəsinə əzələyə 30-50 ml dozada vururlar. Lazım gəldikdə qamma-qlobulini həmin dozada sonrakı günlər də vururlar		Qamma-qlobulini vurmamışdan əvvəl dəridaxilinə sınaq qoyub xəstənin at zülalına həssaslıqını yoxlayırlar. Sınaq qoymaq üçün saidin bükücü səthinə 0.1 ml 100 dəfə durultdulmuş 10%-li qamma-qlobulin vurur və 20 dəqiqə gözləyirlər
b) profilaktika məqsədilə qamma-qlobulini: tərkibində qarayara çöpləri və ya sporları olan materialla bilavasitə təmasda olmuş şəxslərə; qarayara ilə xəstə heyvanın məcburi surətdə kəsilməsində və çəmdəyin doğranmasında iştirak edən şəxslərə; qarayara ilə xəstə heyvana qulluq edən. habelə cəsədin yerə basdırılmasında iştirak edən şəxslərə; qarayara ilə xəstə heyvanın ətindən xörək bişirən şəxslərə; qarayara ilə xəstə adamla çox sıx əlaqədə olan (ümumi yataq, dəsmal və s.) şəxslərə vururlar	Qamma-qlobulini infeksiya düşmüş materialla təmasda olduqdan sonra mümkün qədər tez vurmaq lazımdır: qarayara ilə xəstə heyvanla təmasda olduqdan 10 gündən çox keçibsə (infeksiya dəriyə keçmiş ola bilər). yaxud qarayara ilə xəstə heyvanın ətini yedikdən 5 gündən çox keçibsə qamma-qlobulin vurmağın xeyri yoxdur Qamma-qlobulini profilaktika məqsədilə böyüklərə 20-25 ml. 14-17 yaşlı yeniyetmələrə-12 ml. uşaqlara-5-8 ml vururlar		Papula böyüyüb qabararsa. diametri 1-3 sm və bundan böyük olub ətrafı qızararsa sınaq müsbət hesab olunur. Dəridaxilinə qoyulan sınaq mənfi olduqda dəri altına 0.1 ml 10%-li qamma-qlobulin məhlulu vururlar. Bu dozaya da reaksiya mənfi olduqda 1 saatdan sonra əzələyə qamma-qlobulinin tə'yin olunmuş bütün dozasını vururlar

Tetanusa qarşı adsorbsiyalanmış, təmizlənmiş tetanus anatoksini ilə aparılan peyvəndləri: a) SSRİ-nin hər yerində 3 aylıqdan 16 yaşına qədər bütün uşaqlara və yeniyetmələrə:	Hazırda tetanusa qarşı fəal immunitet yaratmaq uçün: adsorbsiyalanmış-göyöskürək-difteriya-tetanus vaksini (AKDS-vaksini). adsorbsiyalanmış-difteriya-tetanus-anatoksini (ADS-anatoksini) işlənir		Revaksinasiyanı 9-12 aydan sonra bir dəfə dərialtına 0.5 ml anatoksin vurub aparırlar. sonrakı revaksinasiyalar 10 ilə qədər fasilə verib aparılır
b) Əhalinin hər 100000 nəfərinə xəstələnmə göstəricisi 1.0 və bundan çox olan rayonlarda əhalinin hamısına:	(bax: Difteriyaya qarşı peyvəndlər). adsorbsiyalanmış tetanus anatoksini (AS-anatoksini) və s.		
v) Özbəkistan, Tacikistan, Türkmənistan və Azərbaycan SSR kənd yerlərində yaşayan bütün qadınlara (17 yaşından 45 yaşına qədər): q) tetanusla xəstələnmə halları az olan yerlərdə tetanusa qarşı peyvəndlər birinçi növbədə əhalinin aşağıdakı qruplarına vurulur: kənd təsərrüfatı və inşaat işçiləri, dəmir yolu nəqliyyatında işləyən qulluqçular: su kəməri, assenizasiya, təmizləmə qurğuları və zibil qalaqlarında işləyən işçilər: torf mə'dənləri və meşə tədarükü işçiləri: kiçik zədələnmə halları çox olan müəssisələrin işçiləri: tetanus kulturası və ya toksini ilə işləyən laboratoriya işçiləri: vivari və immun-şö'bələrin işçiləri: idmanın bütün növləri ilə məşğul olan idmançılar:	Adsorbsiyalanmış anatoksini dərialtına hər dəfə 0.5 ml, 30-40 gün ara verib iki dəfə vururlar		

əsgəri çağırışa qədər hazırlıq və təkrar hazırlıq keçən vətəndaşlar: orta ümumtəhsil və ixtisas məktəblərini (peşə-texniki məktəblərin) şagirdləri: bütün ixtisaslar üzrə ali məktəb tələbələri: tetanusa qarşı peyvənd almaq istəyən bütün şəxslər: uzun müddət sağalmayan dəri yaraları olan şəxslər Tetanus serumu ilə spesifik profilaktika dəri və selikli qişalar zədələndikdə uşaqlara və böyüklərə. II və III dərəcəli yanıqlarda: həkimin köməyi olmadan evdə doğan qadınlara: xəstəxanadan kənar aparılan abortlarda: II və III dərəcəli donmalarda: heyvan dişlədikdə: mə'də-bağırsaq yolunda aparılan operasiyalarda	Zədənin ağırlığından asılı olmayaraq qabaqlar düzgün peyvənd vurulmuş şəxslərə ancaq 0.5 ml tetanus anatoksini vururlar (tetanus serumu vurmaq lazım deyil) Zədələnmələr zamanı tetanus anatoksinini o zaman vurmaq lazım deyil ki. qabaqlar peyvənd almış şəxslərə birinci revaksinasiyadan 6 aydan çox. ikinci revaksinasiyadan isə bir ildən çox keçməmiş olsun Peyvənd vurulmamış uşaqlara və böyüklərə 1 ml anatoksin vurur. sonra isə başqa şprislə badənin başqa yerinə təmizlənmiş tetanus serumu vururlar		At serumu zülalına qarşı həssaslığı bilmək üçun qabaqça dəridaxili sınaq qoyulur. Saidin bukücü səthinin yuxarı tərəfinə dəridaxilinə 0.1 ml durulaşdırılmış (1:100) serum vururlar və reaksiyanı 20 dəqiqə müşahidə edirlər. Papulanın diametri 0.9 sm-dən çox olmazsa və ətrafı azca qızarmış olarsa reaksiya hesab edilir
Tulyaremiyaya qarşı çanlı quru vaksinlə dərini çərtməklə planlı surətdə aparılan kütləvi peyvəndləri xüsusi epidemik göstərişlər olduqda vururlar	Vaksini dərini çərtib sürtür. yaxud dəridaxilinə vururlar. Quru vaksini dərialtına vurmaq qəti surətdə qadağandır	Qabaqlar peyvənd vurulmuş şəxslərə revaksinasiyanı 5 ildən sonra aparırlar. Revaksinasiyanı da vaksinasiya kimi eyni qaydada aparırlar	Peyvənd vurulmuş adamları 5-çi gündən 7-ci günə kimi yox-layırlar. Peyvənd vurulan yerdə dəri reaksiyası olmadıqda 12-15-ci gün bir daha yoxlayırlar. Həmin müddətlərdə dəri reaksiyaları olmayan şəxslər peyvənd vurulmamış hesab edilirlər və onlara bir daha peyvənd vurul-malıdır
Əhaliyə vəbaya qarşı kütləvi peyvəndlər vurduqda birinçi növbədə. xəstələnmə ehtimalı daha çox	Vaksini ançaq dəri-altına kürəyin kün-çundən aşaqıya. 7-10 gün ara verib 2 dəfə aşağıdakı doza-larda vurmaq lazım-dır: böyüklərə və 15	Revaksinasiyanı 6 aydan sonra bir dəfə. birinçi peyvənddəki doza ilə aparırlar	Eyni vaxtda tulyaremiyaya. brüsellözə. tauna qarşı da peyvənd vurmaq olar 2 yaşına qədər

olan adamlara vurmaq lazımdır. Vəbanın profilaktikası üçun vəba vaksini və Əl-Tor vaksini işlənir.	yaşından yuxarı uşaqlara birinçi dəfə 1 ml, ikinci dəfə-1,5 ml: 10 yaşından 15 yaşına qədər uşaq-lara- 0,7 və 1 ml: 5 yaşından 10 yaşına qədər uşaqlara-0,5 və 0,7 ml: 2 yaşından 5 yaşına qədər- 0,3 və 0,5 ml		uşaqlara vəbaya qarşı peyvənd vurulmur
Vəbaya qarşı xolerogen-anatoksinlə (quru və duru) peyvəndləri epidemik göstərişlər olduqda profilaktika məqsədilə aparırlar	Duru xolerogen-anatoksini bazu nahiyəsinə dərialtına iynəsiz inyektorla mexaniki surətdə vururlar. Peyvənd dozası 18 yaşında və böyüklərə 0,5 ml, 15 yaşından 17 yaşına qədər yeniyetmələrə 0,3 ml. 11 yaşından 14 yaşına qədər-0,2 ml və 7 yaşından 10 yaşına qədər-0,1 ml	Revaksinasiyada peyvənd dozası 15 yaşında və bundan böyüklərə-0,5 ml, 11 yaşından 14 yaşına qədər uşaqlara—0,4 ml. 7 yaşından 10 yaşına qədəq-0,2 ml	Revaksinasiya birinci immunizasiyadan ən tezi 3 aydan sonra aparılır
Tauna qarşı canlı quru taun vaksini və peyvəndləri (2 yaşından) epidemik göstərişlər olduqda müttəfiq respublikanın Səhiyyə Nazirliyinin qərarı ilə böyüklərə və uşaqlara vururlar	Vaksini dərini çərtib sürtur, yaxud dəri-altına, o cümlədən şırnaqlı inyektorlarla vururlar. Dozanı vaksindəki canlı mikrobların sayına görə tə'yin edirlər. Dərialtına vaksini sol kürəyin altına vururlar	Revaksinasiyanı 12 aydan sonra, ağır epidemik şəraitdə-birinci peyvənddən 6 ay sonra aparırlar	
Gənə ensefalitinə qarşı peyvəndləri zəiflədilmiş kultura vaksini ilə gənə ensefalitinin epidemək ocaqlarında profilaktika məqsədilə əhaliyə, habelə gənə ensefaliti virusu ilə işləyən laboratoriya işçilərinə vururlar	Peyvəndləri 4 yaşından 70 yaşına qədər şəxslərə vururlar. Vaksini kürəyin xarici kuncünə dərialtına vururlar. Böyüklərə və 7 yaşından yuxarı uşaqlara peyvənd dozası 1 ml, 4 yaşından 7 yaşına qədər uşaqlara-0,5 ml. Peyvənd 4 dəfə vurulur. Birinci iki peyvənd 7-10 gün ara verib, uçuncü peyvənd-14-20 gündən sonra, dördüncü-üçuncüdən 4-6 aydan sonra, lakin infeksiya ocağına getməzdən, ən azı 2 həftə qabaq vurulur. Adətən, peyvəndləri (birinci üç peyvəndiy payızda, dördüncünü-yazda vururlar	Peyvəndlər qurtardıqdan bir il sonra (yazda epidemik mövsümqabağı) ancaq bir dəfə peyvənd vurmaqla 3-4 il revaksinasiya aparırlar	

VIII FƏSİL
CƏRRAHİ XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

ASEPTİKA VƏ ANTİSEPTİKA. *Aseptika*-operasiya, diaqnos-tika və müalicə əməliyyatları aparan zaman yaraya mikrob düşməməsi üçün görülən tədbirlər məcmuyudur. Yaraya toxunan bütün şeylər (hətta nazik iynənin dəriyə batırıldığı yer belə) steril olmalıdır. Həmçinin dərinin tamlığını pozmayan, yə'ni yara əmələ gətirməyən proseduralar da aseptik qaydada aparılmalıdır.

Aseptika gigiyenadan başlayır; otaqların yaş üsulla təmizlənməsi, işçilərin paltarlarının (işə başladıqda mütləq əyindəki paltarı çıxarıb iş paltarı geyməli), xəstəxana ağlarının təmiz olması gigiyenaya aiddir. Əllərə qulluq etməyin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Məişətdə çirkli işləri gördükdə əlcək geymək, dırnaqları çox uzatmamaq və itiləməmək lazımdır. Əlləri tez-tez şotka ilə yuduqda dərisi nazikləşir və tez zədələnir, buna görə də əllərə krem sürtüb yumşaltmaq, yumşaldıcı məhlullarla silmək lazımdır. Kremi evdə sürtmək, işdə isə bərabər nisbətdə götürülmüş spirt, qliserin və sudan ibarət məhlulla silmək yaxşıdır, çünki onun iyi yoxdur, tez quruyur. Saçlar papağın və ya ləçəyin altına salınmalıdır.

Ağıza və buruna maska taxmaq (4-6 qat tənzifdən ibarət), sarğı və prosedura otağında az danışmaq və az var-gəl eləmək, burun-udlaqdan mikroblar düşməsi (tüpürcək sıçrantıları, öskürmək, asqırmaq, burunu silmək) və bunların havadan çökməsi ehtimalını azaldır. Aseptika üçün ən vacib şərt-əllərə avtoklavda sterilizə edilmiş, yaxud dezinfeksiya maddələri ilə silinmiş rezin əlcək geyməkdir. Əksər əməliyyatları (sarğı qoymaq, inyeksiya) əlcək geyib aparmaq tövsiyə edilir. Həm də bunları əllə yox, alətlərlə, əsas e'tibarilə pinset və kornsanqla (tutqac) icra etməyi öyrənmək çox vacibdir. Şö'bədə vaxtaşırı bakterioloji yoxlama aparılır: sarğı otağının havasından, işçilərin əllərindən və burun-udlağından material götürülüb əkilir.

Aseptika ilə antiseptika qırılmaz vəhdət təşkil edir.

Antiseptika-yaraya düşmüş infeksiyanı azaltmaq və tələf etmək üçün görülən tədbirlər kompleksidir. Mexaniki, fiziki, kimyəvi və bioloji aseptika üsulları vardır. Mexaniki üsullar-yaraları yarmaq, yumaq yolu ilə mikrobların kənar edilməsindən ibarətdir. Fiziki metodlara-yaraları hiqroskopik sarğı materialı, hipertonik məhlullarda isladılmış sarğılarla qurutmaq, boşluqlara drenaj qoymaq və möhtəviyyatı aspirasiya etmək, habelə bakteriyaları qırmaq məqsədilə şüalandırma (məsələn, ultrabənövşəyi şüalarla) aiddir. Bioloji aseptika maddələrinə antibiotiklər, bakteriofaqlar, vaksin və serumlar aiddir.

Tibb bacısının işində alətlərin, qulluq əşyalarının, habelə dərinin, yaraların, infeksiya düşmüş boşluqların kimyəvi maddələrlə dezinfeksiyası xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Dezinfeksiya üçün üç

maddənin məhlulundan (formalin, fenol, natrium-hidrokarbonat) istifadə edilir.

B xloramini irinli yaraları yumaq, islatmaq (1,5-2%-lı məhlulu), əlləri, qeyri-metal cihazları və alətləri dezinfeksiya etmək üçün (0,25-0,5%) işlədilir. Hidrogen-peroksidi (3%-li məhlulu) yaraları və boşluqları silmək, kalium-permanqanatı-yaraları yumaq və kiçik vanna eləmək (0,1-0,5%-li məhlulları), yanıqlara və yaralara sürtmək (2-5%-li məhlulları), sidik kisəsini şırınqalamaq və yumaq üçün (0,02-0,1%-li məhlulları) işlədilir.

Formalinlə alətləri dezinfeksiya edir (0,5%), şırınqalamada istifadə edirlər (1:2000-1:3000). Gümüş-nitrat (lyapis) çubuqlarından iri qranulyasiyaları dağlamaq üçun, onun 2-10%-li məhlullarından isə boşluqları yumaq üçün istifadə edirlər. Karbol turşusunun (fenol) 3-5%-li məhlulları ilə qulluq əşyalarını, alətləri, kateterləri, drenajları dezinfeksiya edirlər. Yodun spirt məhlulu (5-10%) llə yaraların ətrafındakı dərini dezinfeksiya edir, əllərin dərisini silir, sıyrıntıları və xırda yaraları dağlayırlar. Civə-dixlorid (süleymani)-çox güclü, lakin olduqca zəhərli antiseptikdir. Onun təzə hazırlanmış, çəhrayı və ya açıq mavi rəngli məhlulları ilə (1:1000-2:1000) yataq ağlarını, paltarı, qulluq əşyalarını dezinfeksiya edir, əlcəkləri, xarici cinsiyyət üzvlərini (kateterizasiyadan əvvəl) yuyurlar.

İti alətləri (skalpel, qayçı) sterilizə etmək və saxlamaq, əməliyyatlardan əvvəl əlləri və əlcəkləri dezinfeksiya etmək üçün etil spirti (70-90%) işlədirlər. Natrium-hidrokarbonatdan (soda) alətləri qaynatmaq və yumaq üçün: ammonyak məhlulundan (naşatır spirti) cərrahiyyə əməliyyatından qabaq əlləri dezinfeksiya etmək üçün istifadə edirlər.

Çox güclü antimikrob tə'sirə malik preparat-furasilindir: onun su (1:5000), spirt (1:1500) məhlulları və 0,2%-li məlhəmi işlənir. Su məhlulu ilə boşluqları yuyur, yaraları, yanıqları şırınqalayırlar.

Boyaq maddələrini su məhlulları şəklində (0,02%-li metilen abısı) sidik kisəsini yumaq, yaxud onların 0,1-2%-li spirt məhlullarını (brilyant abısı) sıyrıntıları, irinlikləri dağlamaq, yaxud bunlara sürtmək üçün işlədirlər.

Müasir dezinfeksiya maddələrindən detergent diosid çox yayılmışdır. Onunla əlləri işləyir, alətləri, əlcəkləri dezinfeksiya edirlər (1:1000 su məhlulu). Onun məhlullarını bilavasitə işlətməzdən qabaq hazırlayırlar. 1 və 2 №-li həblərin hər ikisini 5 l suda həll edir və bu məhlulu 15 dəqiqədən sonra işlədirlər. Rokkal da detergentdir-ondan operasiya sahəsini işləmək (1%-li məhlulu), alətləri (0,1%/-li məhlulda 30 dəqiqə), rezin şeyləri (1:4000 məhlulu) sterilizə etmək üçün istifadə edirlər. İlk məhlulları (10% və 1%) ancaq distillə edilmiş su ilə durulaşdırırlar.

Tibb işçilərinin əllərinin işlənməsi. Əlləri işdəmək üçün təklif edilən

üsulların hamısının əsasında əllərin dərisini aşılamaq, yaxud əlləri qabaqca mexaniki surətdə təmizləyib zərərsizləşdirdikdən sonra aşılamaq durur. Aşılamanın mahiyyəti dərinin məsamələrini azaltmaq və məsamələrin dibindəki mikrobları öldürməkdən ibarətdir. Əllərin üzərindəki mikrobları mexaniki yolla və bakterisid maddələrlə təlaf edirlər. Əlləri steril şotka ilə (əvvəlcə bir, sonra ikinci şotka ilə) krandan axan ilıq suyun altında barmaqların ucundan (xüsusilə dırnaqların dibini) başlayıb dirsəyə qədər sabunla yuyur, steril salfetkalar və dəsmalla qurulayırlar (biləkdən yuxarıya doğru), 96%-li, yaxud 70%-li spirtdə isladılmış salfetkalarla 5 dəqiqə işləyirlər, sonra barmaqların ucuna və arasına yodun 10%-li spirt məhlulunu sürtürlər.

SSRİ-də Spasokukotski-Koçergin üsulu daha çox yayılmışdır. Əlləri yuxarıda göstərilmiş qaydada yuduqdan sonra qabaqcadan dağlanmış və təzə ammonyak məhlulu (5 l suya 25 ml) tökülmüş ləyənə salır, 3 dəqiqə (saata baxmalı) steril salfetkalarla yuyur, sonra məhlulu dəyişib proseduranı təkrar edirlər. Sonra əlləri qurulayır, spirtlə silir, barmaqların ucuna yodun spirt məhlulu (əlavə olaraq) sürtürlər. Əllərin üzərindəki spirt quruduqdan sonra operasiya (sarğı) otağında steril əlcək geyir və bayır tərəfdən spirtlə silirlər.

Əlləri sabunla yuduqdan sonra ləyənə diosid məhlulu (1:5000) töküb 3-5 dəqiqə salfetka ilə yumaq olar; bundan sonra qurulayır və spirtlə silirlər. Əlləri Rokkal məhlulunda (1:1000) 2 dəqiqə saxlamaq kifayətdir.

Əlləri dezinfeksiya etmək üçün sadə bir üsul da vardır-serigel adlanan antibakterial preparatla əllərin dərisi üzərində mikrob buraxmayan pərdə əmələ gətirilir. Əlləri qabaqca yuyub quru dəriyə 3-4 q preparat (özlü maye) töküb onu 10 saniyə əllərin üzərinə, içərisinə, barmaqlara, barmaqların arasına, biləyə sürtürlər. Barmaqları aralayıb əlləri havada və ya ventilyatorun altında qurudurlar. Pərdəni spirtdə silib götürürlər.

Palatanın tibb bacısı məhlul yeritməyə, iynə vurmağa hazırlaşanda əllərini yuxarıdakı üsullardan biri ilə yuyur, lakin o, əlcək geyməyə də bilər, o şərtlə ki, alətlərdən düzgün istifadə edə bilsin, iynəyə və yaraya dəyən başqa şeylərə əl vurmasın. İynəni şprisə pinsetlə taxmaq, kanülyada steril salfetka ilə tutub saxlamaq lazımdır.

Əlcəkləri çıxarmamışdan əvvəl ilıq su və sabunla, yaxud süleymani məhlulu ilə (1:1000) yuyur, yaxşı qurulayır, talk sürtür və sonra çıxarıb cırılıb-çırılmadığını yoxlayırlar (bunu hava üfürüb bilirlər). Talk sürtülmüş bütöv əlcəkləri tənzifə bükür (hərəsini ayrıca) və avtoklavda sterilizə edirlər (20dəqiqə),

Alətlərin sterilizə edilməsi. Hazırda mərkəzləşmiş sterilizasiyadan istifadə edirlər. Bütün steril materialı və xəstəxana ağlarını şö'bəyə mərkəzi sterilizasiyadan (avtoklav) gətirirlər. Bir dəfə işlənib atılan materiallar çox əlverişlidir, lakin bə'zi şeyləri bilavasitə şe'bədə sterilizə

etmək lazım gəlir. Məsələn, pinsetləri, sıxıcıları, kornsanqları və s.-ni qabaqca sabunlu suda yuduqdan sonra kranın altında bir daha yuyur və distillə edilmiş, yaxud iki dəfə qaynanmış suda qaynadırlar: həmin suya natrium-hidrokarbonat qatırlarx (1l suya 20 q). Bunları 30 dəqiqə arasıkəsilmədən qaynatdıqdan sonra sterilizasiya qurtarır. Kəsici alətləri (skalpellər, qayçılar) soyuq üsulla sterilizə edirlər-3 saat üç maddənin məhlulunda, yaxud 96%-li spirt məhlulunda 30 dəqiqə saxlayırlar. Əl şotkalarını 20 dəqiqə qaynadırlar. Şprisləri və iynələri başqa alətlərdən ayrı qaynadırlar, həm də venaya məhlul yeridilən şpris və iynələri başqa şprislərdən ayrı xüsusi sterilizatorda qaynadırlar. Tetanusa qarşı anatoksin, durulaşdırılmış və durulaşdırılmamış tetanus serumu vurulan iynələri və şprisləri bir-birindən ayrı saxlayır və sterilizə edirlər. Şprisləri sökdükdən sonra kranın altında, sonra isə qələvi məhlulu ilə yuyur və yaxalayırlar. İynələri mandrenlə təmizləyir, şprisdən 1%-li qələvi məhlulu vurub yuyurlar: sonra qələvini təmizləmək üçün bir neçə dəfə su ilə yaxalayırlar, çünki qələvi bəzən dərman preparatlarını parçalayır (məsələn, novokain məhlullarını). Şprisləri söküb qaynadırlar, şüşə hissələri tənzifə bükür, iynələrə mandrenləri taxırlar. İynələri tənzif salfetkaya bükurlər. Şprisləri elə qruplaşdırırlar ki, onların hissələri qarışmasın (silindrə müvafiq porşenin ştokunu azca salmaq olar). Distillə edilmiş suda və ya iki dəfə qaynamış suda (natrium hidrokarbonat əlavə etmədən) 45 dəqiqə qaynatdıqda, hətta hepatit virusu da ölür. Adi halda 20 dəqiqə qaynatmaq kifayətdir. Növbənin axırında sterilizatorları isti suda sabunla və şotka ilə yuyur və yaxşı qurulayırlar. Rezin drenajları, kateterləri, habelə rezin əlcəkləri avtoklava qoymaq daha yaxşıdır, lakin 20 dəqiqə qaynatmaq da olar. Əlcəkləri üç maddənin qarışığından düzəldilmiş məhlulda 3-4 saat, 2%-li xloramin məhlulunda 1-2 saat, süleymani məhlulunda (1:1000) 1-2 saat, diosid-məhlulunda 30 dəqiqə saxlayıb dezinfeksiya etmək olar. Əlcəkləri geydikdən sonra steril salfetka ilə qurulayır və spirtlə silirlər. Sintetik materialdan hazırlanmış borucuqları yaxşı yuduqdan sonra soyuq üsulla zərərsizləşdirirlər (üç maddə məhluluna, spirtə salırlar).

QANAXMA-qan damarı kəsildikdə, yaxud onun divarının buraxma qabiliyyəti pozulduqda baş verir. Arterial, venoz və kapilyar qanaxma ayırd edilir. Arteriyalardan gələn qan alqırmızı rəngdə olur və fışıltı ilə çıxır: xaricə axan qanın sür'əti və miqdarı arteriyanın böyük-kiçikliyindən və damarın daxilindəki təzyiqdən asılıdır. Bu cür qanaxma qorxulu və həyat üçün təhlükəlidir. Venoz qan arterial qandan tünd olub yavaş, aramla çıxır; çox vaxt bu cür qanaxma özü dayanır, yaxud qanı ən sadə üsullarla kəsmək mümkün olur. Daxili parenximatoz orqanlar zədələndikdə baş verən kapilyar qanaxma (bə'zən buna parenximatoz qanaxma da deyilir) qorxuludur, çünki bu orqanların (qaraciyər, dalaq, böyrəklər, ağciyərlər) xırda damarları heç

vaxt yırılmır: Xarici qanaxmanı müəyyən etmək çətin deyil. Daxili qanaxma isə qat-qat çətindir. Qan itirməklə əlaqədar olan ümumi əlamətlərdən başqa (dərinin və görünən selikli qişaların solğunluğu, zəiflik, yanğı, əsnəmə, başgicəllənmə, şuurun tutqunlaşması, nəbzin tezləşməsi və zəifləməsi, arterial təzyiqin düşməsi, bəbəklərin genəlməsi və s. hemorrakik şok vəziyyətinə çatmaq), bədənin müəyyən nahiyələrinə qan yığılması nəticəsində xarakter hallar əmələ gəlir. Belə ki, kəllə boşluğuna qanaxma zamanı beyin sıxılır, plevra boşluğuna qansızma (hemotoraks) orta divardakı üzvləri (ürəyi) sıxışdırır və ağciyərləri basır, oynaqda qan yığıldıqda (hemartroz) oynaq şişir və hərəkətlər pozulur, yumşaq toxumalarda qan yığıldıqda hematoma əmələ gəlir. Mə'də-bağırsaq qanaxması zamanı xəstə qan qusur, yaxud nəcisdə qan olur, böyrək qanaxmasında hematuriya baş verir (sidikdə qan olur), ağciyər qanaxmasında xəstə qan hayxırır. Bə'zən qanaxmaya səbəb damar divarlarının çox nazik olmasıdır. Bu cür ağırlaşmalar avitaminozda, hemorragik diatezlərdə olur.

Qanın laxtalanma qabiliyyətinin pozulması ilə əlaqədar baş verən qanaxmalara xüsusi diqqət yetirmək lazımdır, çünki bu zaman damarın azca zədələnməsi çoxlu qan itirməyə səbəb ola bilər. Anadangəlmə hemofiliya xəstəliyi, habelə sarılığı olan xəstələr üçün bu qorxuludur.

Yardım göstərmək. Qanaxmanı tə'xirə salmadan tə'cili kəsmək lazımdır. Hər bir tibb işçisi qanaxmanı müvəqqəti saxlamaq üçün ilk yardım göstərməyi bacarmalıdır. Vena və xırda arteriyalardan kiçik xarici qanaxmalar zamanı üstdən basan sarğı qoymaq (yaraya steril salfetka, birqat pambır qoymaq, bintlə bərk sarımaq) kifayət edir. Ətrafların arteriyasından qan axdıqda (dizaltı arteriyadan-diz çuxurunda, bazu arteriyasından-dirsək çuxurunda, bud arteriyasından-qasıq nahiyəsində) bə'zən müvafiq oynağı (diz, dirsək, çanaq-bud oynağını) mümkün qədər çox qatlayıb ətrafı möhkəm sarımaqla qanı kəsmək olur.

İri damarlar yaralandıqda turna qoymaq mümkün olmayan nahiyələrdə damarı yaralanmış yerdən yuxarıda qısa müddət sıxırlar. Belə ki, yuxu arteriyasını-boyun fəqərələrinin köndələn çıxıntılarına, körpücükaltı arteriyanı-I qabırğaya, qoltuq arteriyasını-bazu sümüyünün başına, bud arteriyasını-qasığa sıxırlar. Damarı əllə elə sıxmaq lazımdır ki, qan kəsilsin, çox vaxt damarı bərk sıxmaq lazım gəlir, buna görə də yardım göstərən şəxsi əvəz etmək lazımdır. Bə'zən damarboyu sıxmaq qanaxmanı kəsmir, buna görə də yaradakı damarı sıxmaq lazım gəlir.

Qanaxmanı kəsmək üçün ən yaxşı və əlverişli üsul damara turna qoymaqdır (bax: Xəstələrə ümumi qulluq və müaliçə-diaqnostika proseduraları).

Qanaxmanı müvəqqəti saxlamağa çalışdıqda hər bir halda xəs-təyə mümkün qədər rahatlıq yaratmaq (yaxasını, kəmərini açmalı, otağa təzə hava gəlməsini tə'min etməli), yaralanmış ətrafı hündür-də

qoymaq (qolu ləçəkdən asmalı), imkan varsa, heç olmazsa aseptikaya minimum əməl etmək lazımdır, məsələn, açıq yaranın üzərinə steril salfetka qoymalı, əlcək geyməli, yaxud yaradakı damarı sıxmaq üçün əli dezinfeksiyaedici maddə ilə işləməli.

Qanaxmanı tamam kəsmək üçün zərər çəkmiş adamı xəstəxanaya çatdırırlar: burada ya damarı tikir, ya da ona sarğı qoyurlar. Xəstəxanada qanaxmanı dayandırmaq üçün qeyri-cərrahi metodlar da tətbiq edirlər: soyuq, yüksək temperatur və ultratezlikli cərəyanla tə'sir edib zülalların koaqulyasiyasını və qan laxtaları əmələ gətirir, bioloji preparatlardan istifadə edirlər (hemostatik süngər, trombin məhlulu hopdurulmuş tampon qoyurlar). Bundan başqa, damardaraldıcı preparatlar, qanın laxtalanma qabiliyyətini artıran dərmanlar əyin edir, qan və qan əvəzedicilər köçürürlər.

Qanhayxırma, burundan və mə'dədən qanaxma zamanı göstərilən yardım barədə "Tə'xirəsalınmaz yardım" bölməsinə bax.

KEYİTMƏ *(anesteziya).* Bütün operasiyaları, habelə bə'zi diaqnostika və müalicə proseduralarını keyitmə ilə aparırlar. ***Ümumi keyitmə*** (narkoz) aparmaq üçün xüsusi hazırlıq lazımdır (operasiyaya hazırlaşanda (bax) bunu da icra edirlər. Bilavasitə narkozdan qabaq premedikasiya adlanan xüsusi hazırlıq aparılır, bundan məqsəd, operasiya və narkoz gözləməklə əlaqədar olaraq xəstədə baş verən həyəcanı, təlaşı azaltmaq, xoşagəlməz reaksiyaları (məsələn, bronxospazmı) və s. aradan götürməkdir. Premedikasiyanın müxtəlif variantları vardır: adətən, yuxudan qabaq yuxu dərmanları, sakitləşdirici, antihistamin preparatları, bə'zən neyroleptiklər tə'yin edilir. Operasiyaya 40-50 dəqiqə qalmış xəstə hələ palatada ikən venaya analgetiklər (promedol), atropin, göstəriş varsa, neyroleptiklər və antihistamin preparatlar vururlar. Xəstəni narkoza hazırlayanda mə'dəsi boş olmalı, bağırsaqları təmizlənməli, sün'i çənələri çıxarmalı, sidik kisəsi yumşaldılmalıdır. Qadınların dırnaqlarındakı lakı, üzün kosmetikasını təmizləyirlər, çünki bu, xəstəni müşahidə etməyə mane olur (məsələn, xəstənin göyərməsini, rənginin qaçmasını görmək mümkun olmur).

İnhalyasiya və qeyri-inhalyasiya narkozu ayırd edilir. İnhalyasiya narkozunda xəstəyə narkotik maddəni tənəffüs yolundan yeridirlər, qeyri-inhalyasiya narkozunda isə narkotik maddəni iynə ilə venaya, arteriyaya, əzələlərə vurur, imalə ilə düz bağırsaqdan yeridirlər.

Narkotik yuxu ardıcıl surətdə bir neçə mərhələdən keçib tədricən əmələ gəlir: bu mərhələlərdə qırtlağın və ya bronxların spazmı, qusma və qusuntu kütlələrindən boğulma baş verə bilər. Qusma olduqda xəstənin ağız boşluğunu qusuntudan təmizləyir, başını yana çevirib aşağı sallayırlar, bə'zən ağızgenəldən alət qoyur, burun-mə'də kateteri ilə mə'dənin və udlağın möhtəviyyatını çəkib çıxarırlar.

Bilavasitə palatada xəstəyə analgetiklərlə müalicə məqsədi daşıyan

narkoz vermək olar: onu ağrılar olduqda, xüsusən operasiyadan sonra, yaxud xəsarətdən sonra ağrıları adi yollarla kəsmək mümkün olmadıqda verirlər. Bunun üçün narkoz aparatının maskasından verilən azot oksidi ilə oksigen qarışığından istifadə edirlər. Tibb bacısı bu çür narkoz verməyi bacarmalıdır.

Bə'zi operasiyalarda narkozla birlikdə sün'i hipotermiya da tətbiq edirlər, yə'ni orqanizmin, yaxud ayrı-ayrı üzvlərin (ürəyin, beynin) temperaturunu aşağı salırlar ki, mübadilə prosesləri yavaşısın və deməli, operasiya vaxtı (çox zaman ürəkdə gedən operasiya) oksigenə tələbat azalsın. Hipotermiyanı bədəni xaricdən soyutmaq və ona soyuq qan vurmaqla yaratmaq olar. Adətən, xəstəni vannaya-temperaturu 8-10°S olan suya salırlar. Operasiyadan sonra xəstəni ilıq su vannasına (36-40°S) salıb qızdırır, yaxud isidiçi döşək, adyaldan istifadə edir, isitqac qoyub qızdırırlar. Hipotermiya ilə operasiya olunmuş xəstəni müşahidə edərkən yadda saxlamaq lazımdır ki, temperatur həddindən çox qalxa da bilər, yə'ni hipertermiya əmələ gələ bilər, buna səbəb isə xəstənin düzgün qızdırılmaması (çox tez qızdırılması), yaxud həddindəm çox qızdırılmasıdır. Hipertermiyada amidopirin tə'yin etmək, 0,25%-li novokain məhlulu, 40%-li qlükoza məhlulu vurmaq, iri damarlara buz qoymaq, hipertermiya uzun çəkdikdə-bədəni fəal surətdə xaricdən soyutmaq lazımdır.

Yerli keyitmədə-keyidici dərman bilavasitə sinir uclarına tə'sir edir. Yerli anesteziya qorxusuzdur, bunun üçün xüsusi alət və hazırlıq lazım olmur, lakin o böyük operasiyalar üçün kifayət deyil. Bundan başqa, çox vaxt xəstənin huşunun özündə olması arzu olunmur. Yerli anesteziya metodlarına *səthi anesteziya* aiddir: bunun üçün keyidici dərmanları (10%-li novokain, 3%-li dikain məhlulu) operasiya nahiyəsinə sürtür, selikli qişaları şırınqalayırlar; bu üsulu endoskopiyalar (bronxoskopiyalar, ezofaqoskopiya) zamanı, otorinolarinqoloji, oftalmoloji praktikada və s.-də tətbiq edirlər. Yerli anesteziyaya dərini tez buxarlanan xloretillə soyutmaq da aiddir: kiçik cərrahi əməliyyatlar (dərinin üzərindəki irinləri deşmək) üçün bu üsuldan istifadə edirlər. A.V.Vişnevski üsulu ilə aparılan *infiltrasiya anesteziyası* daha çox yayılmışdır; bu zaman 0,25%-li novokain məhlulunu operasiya sahəsinə lay-lay yeridirlər, belə ki, əvvəlcə məhlulu nazik iynə ilə dəridaxilinə yeridib "limon qabığı" əmələ gətirirlər: sonra novokaini dərialtı birləşdirici toxumaya, fassiya altına təzyiqlə vururlar, bundan sonra o, fassiya ciblərinə yayılır ("sürüşən infiltrat"), sinir uclarına və toxumalara tə'sir edib keyidirlər. Novokaini (1-2%-li məhlul) müəyyən nahiyəni innervasiya edən bilavasitə sinir kötüyünə (məsələn, bazu kələfinə), yaxud ətraf toxumalara vurub həmin nahiyəni keyitmək olar. Buna *ötürücü* və ya məhəlli anesteziya deyilir. *Sümükiçi anesteziyanı* ətraflarda cərrahi əməliyyat aparmaq üçün tətbiq edirlər; ətrafı turna ilə bağlayıb xüsusi iynə ilə sümük iliyi

kanalına 0,25%-li novokain məhlulu yeridirlər. Yuxarı və aşağı ətrafları keyitmək üçün bunlara, turna qoyub venaya 0,5%-li novokain məhlulu vurmaqla yerli anesteziya aparırlar.

Onurğa beyninin anesteziyası-ötürücü anesteziyanın bir növüdür; onurğa beyni kanalına yeridilmiş preparat likvora qarışır və onurğa beyni kökcüklərinə tə'sir edib aşağı şö'bələrin əzələlərini boşaldır və hissiyyatın itməsinə səbəb olur. Xüsusi iynə ilə 5%-li novokain məhlulu, yaxud 1%-li sovkain məhlulu vururlar; bunun tə'siri bir neçə dəqiqədən sonra görünür və 1-2 saat davam edir.

Peridural anesteziya-bu da ötürücü anesteziya olub, keyidici məhlulun (dikain, trimekain) sərt beyin qişası səfhələri arasına yayılması ilə əldə edilir. Xəstəiin hazırlanması, alətlər, xəstəyə verilən vəziyyət onurğa beyni anesteziyasında olduğu kimidir.

Palatanın tibb bacısı bə'zən operasiya otağında anestezioloqa kömək edir, palatada müaliçə narkozu aparır, palatada, sarğı otağında yerli anesteziya və ya onurğa beyninin punksiyasi üçün hazırlıq görür. O, narkoz aparatlarının quruluşunu və işini bilməli, narkotik qaz və oksigen balonlarından istifadə etməyi, hər xəstəyə müvafiq maska və endotraxeal borular seçməyi bacarmalıdır.

Yerli aiesteziya üçün balaca steril stol ayırır və onun üzərinə ikiqramlıq və onqramlıq (şprislərin hərəsindən 2 ədəd-qısa və uzun; nazik və yoğun iynələr; anesteziya məhlulu üçün şüşə qab, steril material (pambıq kürəciklər, salfetkalar), yodun spirt məhlulu, spirt qoyurlar. Təzə sterilizə olunmuş (2 sutkadam çox keçməməlidir) novokain məhlulları şəffaf olub, etiketi aydın yazılmış olmalıdır; yazını ucadan oxumaq lazımdır. Məhlulun ilk damcılarını ləyənə tökürlər, sonra krujkanı doldururlar. Çox nadir hallarda yaşlı və zəif xəstələrdə, habelə novokainə çox həssas şəxslərdə yerli anesteziya zamanı intoksikasiya ola bilər. Qorxulu ağırlaşmalar son dərəcə nadir olur.

Onurğa beyni anosteziyadan sonra xəstəni arxası üstə uzadırlar; çarpayının baş tərəfini aşağı sallayır və xəstənin başının altından yastığı göturürlər, xəstəni başını qaldırmağa qoymurlar. Xəstədə baş ağrıları olduqda onu bu cür ciddi rejimdə həmişəki kimi 2 gün yox, çox saxlamaq laəzımdır. Nəbzi və arterial təzyiqi müntəzəm surətdə yoxlanılır.

Narkozdan sonra xəstəni diqqətlə müşahidə etmək lazımdır. Traxeyadakı borunu ancaq xəstə özü rahat nəfəs almağa başladıqdan sonra çıxarırlar (bunu apesteziloq çıxarır). Udma refleksi əmələ jələnə qədər xəstənin dili dala getməməsi üçün başını aşağı salsallanmış vəziyyətdə saxlamaq lazımdır. Bə'zən bunun üçün hava borusu qoymaq lazım gəlir. Belə halda xəstəni oyatmaq lazım deyil. Qusuntu kütlələrindən boğulmamaq üçün xəstənin başını yana çevirir, ağız boşluğunu tez-tez salfetka ilə silir və tüpürcəyi çəkib çıxarırlar, xəstəni heç nə içməyə qoymurlar. Qusma davam etdikdə həkimin tə'yin etdiyi

aminazin və ya diprazin vururlar. Ağrıları kəsmək üçün vaxtaşırı analgetiklər vururlar. Xəstəni daim müşahidə edib nəbzi, arterial təzyiqi ölçməklə, tənəffüsə diqqət yetirməklə ağırlaşmaları vaxtında aşkar etmək və bunları aradan götürmək üçün vaxtında tədbir görmək mümkündür. Uzun müddət tə'sir edən miokrelakstantlarla aparılan narkozdan xeyli vaxt keçdikdən sonra tənəffüs dayana bilər; bu vaxt əvvəlcə xəstədə süstlük, əzələ zəifliyi olur, o, səthi nəfəs alır. Belə hallarda xəstəyə oksigen verilməli (palatada oksigen aparatı, oksigen balonu olmalıdır), prozerin (miorelaksantların antidotu), atropin vurulmalıdır. Arterial təzyiq çox düşüb kollaps baş verdikdə reanimasiyaya qədər bütün tədbirlərə əl atırlar (bax). Narkozun ağırlaşmalarından biri ağciyərlərin atelektazıdır, buna səbəb müvafiq bronxu selik və ya qan, əsas e'tibarilə isə qusuntu kütlələri, mə'də möhtəviyyatı tutmasıdır. Çox vaxt belə hal xəstəni operasiyaya yaxşı hazırlamadıqda (mə'də lazımınca boşalmamışdır) baş verir. Atelektazı aradan götürmək üçün bronxoskopiya aparırlar, profilaktika məqsədilə tənəffüs gimnastikası aparmaq, xəstəni öskürtmək, aerozol terapiyası, oksigen inhalyasiyası məsləhət görülür. Narkozun başqa ağırlaşmaları "Operasiyadan sonrakı dövr" bölməsində şərh edilmişdir.

YANIQLAR. Əksər hallarda yanıqlar yüksək temperaturun (qaynar mayelər, od tutmuş əşyalar, közərmiş metal) tə'siri nəticəsində baş verir. Bə'zi kimyəvi birləşmələrin, məsələn, turşu və qələvilərin, metalların duzlarının, habelə tibbdə işlənən bə'zi maddələrin, məsələn, yodun spirt məhlulunun tə'siri nəticəsində baş verən yanıqları kimyəvi yanıqlara aid edirlər. Günəş şüalarının tə'sirindən baş verən yanıqlar termik yanıqlara oxşayır. Radioaktiv şüaların tə'sirindən baş verən yanıqlar isə xüsusi müalicə tələb edir.

Yanıqların dərinliyi onların dərəcəsi ilə ayırd edilir: I dərəcəli yanıqda-dəri qızarır və şişir, II dərəcəli yanıqda-dərinin üzərində içərisində açıq seroz maye olan suluqlar əmələ gəlir; III A dərəcəli yanıqda-dərinin üst qatları nekrozlaşır; III B dərəcəli yanıqda-dərinin bütün qatları nekrozlaşır; IV dərəcəli yanıqda-bütün dəri və altdakı toxumalar ölür (qaralır). I-III A dərəcəli yanıqlar səthi yanıqlara, III B-IV dərəcəli yanıqlar-dərin yanıqlara aid edilir. Yanığın yayılma dərəcəsini (sahəsini) ya bilavasitə həmin nahiyəni ölçməklə, ya da (çox vaxt) hazır cədvəllər, sxemlər üzrə tə'yin edirlər: bunların köməyi ilə bədənin hər bir hissəsinin ümumi bədən səthinin neçə faizini təşkil etdiyini tə'yin edirlər.

Cədvəl olmadıqda yanıq səthini təxmini olaraq "əlin içi ilə" tə'yin edirlər, əlin içi bir növ ölçü "cihazı" işini görür, belə ki, o, bədənin ümumi səthinin təxminən 1%-ni təşkil edir. Böyük yanıqlarda "doqquzluq" qaydasından istifadə edirlər (belə hesab edirlər ki, başın və boyunun səthi bədəm səthinin 9%-ni, yuxarı ətrafların hər biri 9%-ni, aşağı ətrafların hər biri 18%-ni, gövdənin ön və arxa tərəflərinin pər

biri 18%-ni, aralıq və cinsiyyət üzvləri 1%-ni təşkil edir).

Yanığın ağırlıq dərəcəsi onun dərinliyindən və nə qədər sahəni tutmasından asılıdır. I dərəcəli yanıqda bədən səthinin 50%-dən çoxu yandıqda-ağır hesab edilir; II dərəcəli yanıqda bədən səthinin 30%-dən çox yanması, III dərəcəli yanıqlarda isə-21-15% yanması çox qorxuludur (III A və III B dərəcəli yanıqlar da buna müvafiq surətdə).

İlk yardım - birinci növbədə odun tə'sirini kəsmək lazımdır (zərər çəkmiş adamın üstünə qalın bir şey atıb alovu söndürməli). Yanmış adamı od tutmuş zonadan dərhal kənar etmək, paltarını və ayaqqabını çıxarmaq lazımdır; dəriyə yapışmış alt paltarı zorla qoparmaq olmaz. Zərər çəkmiş çılpaq adamı steril döşəkağıya, bu olmadıqda adicə təmiz döşəkağıya bürümək, şoka qarşı adi tədbirləri görüb nəqliyyatla stasionara çatdırmaq lazımdır. Ətraflar yandıqda, xəstənin vəziyyəti imkan verərsə, yanmış yeri soyuq suyun altında 20-30 dəqiqə saxlamaq lazımdır, belə etdikdə ağrılar azalır və çox vaxt səthi yanıqlarda suluqların əmələ gəlməsinin qarşısı alınır. Belə hallarda yanmış yerə aseptik sarğı qoymaq lazımdır. Salfetkanı spirtə, arağa, odekolona batırmaq olar. Hadisə yerində heç bir başqa sarğı, o cümlədən yağ sarğısı qoymaq olmaz. Suluqları qətiyyən deşmək olmaz. Ağır yanıqlarda mütləq ağrını kəsən dərmamlar vurmaq lazımdır.

Müalicə müəssisəsində tetanusa qarşı serum və tetanus anatoksini vurulur (6-cı cədvələ bax). Zədələnmə dərəcəsini tə'yin etdikdən sonra yanıq yerini və onun ətrafını işləməyə başlayırlar. Yanmış yeri çirkdən, yapışmış paltardan, suluq parçalarından (II dərəcəli yanıq) təmizləyirlər; bunun üçün həmin yeri natrium-xloridin steril ilıq məhlulu, sabunlu su, 0,5%-li naşatır spirti məhlulu, 2%-li furasilin məhlulu ilə yuyur, toxuma parçalarını qayçı və pinsetlə götürürlər. Yaranın ətrafını spirt, benzin və efirə batırılmış salfetkalarla təmizləyirlər. Yanmış yeri yuduqdan sonra salfetkalarla qurudurlar (silmək olmaz, ancaq salfetkaya hopdurmalı!). Suluqları ancaq həkim icazə verdikdə deşirlər; iri suluqları dibdən kəsib suyunu axıdırlar. Təmizlənmiş yerə ya məlhəmlə (sintomisin emulsiyası, vişnevski məlhəmi, balıq yağı, vazelin yağı ilə), ya da yaş (0,1%-li kalium-permanqanat və ya spirt məhlulu ilə) sarğı qoyur, ya da üzərini hibrin plyonka ilə örtürlər. Yağ sarğısının islanmaması üçün salfetkaların üstündən kompress kağızı, qalın pambıq qatı qoyurlar. Binti bir qədər sıx bağlayırlar ki, çoxlu tər əmələ gəlməsinə və zulal itirilməsinə mane olan azca təzyiq əmələ gəlsin (bu, qan dövranını pozmamalı və ağrıtmamalıdır).

Ətrafda böyük bir nahiyə yandıqda ətrafa fizioloji vəziyyət verib şina, gips qoyub bağlamalı. Aralığın yanıqlarını işlədikdən sonra açıq üsulla, yə'ni sarğı qoymadan müalicə edirlər, çünki bu nahiyədə sarğı durmur və tez çirklənir.

Üzdəki (sifətdəki) yanıqlara da ambulatoriya şərantində sarğı

qoymurlar, nisbətən ağır yanıqları isə xəstəxanada müalicə edirlər, burada maska şəklində yağ sarğıları qoyulur; bü cür maskanın göz, burun və aqız üçün deşiyi olur. Həmçinin, körpə uşaqlardakı yanıqları da sarğı qoymadan müalicə edirlər.

I dərəçəli yanıqları işlədikdə anesteziya aparmırlar; II dərəcəli yanıqlarda yanmış yerin sahəsindən və xəstənin ümumi vəziyyətindən asılı olaraq dəri altına ancaq morfi vürur, yaxud xəstəyə narkoz verirlər; böyük və dərin yanıqlarla yanığı narkoz altında işləyir və sonra kompleks intensiv, terapiya aparırlar. Yağ sarğılarını çirkləndikcə dəyişirlər. Birinci sarğını 7-8 gün açmamaq tövsiyə edilir; lakin o irinə bulaşdıqda və pis qoxu gəldikdə açırlar. Sonraş sarıqları tez-tez-3-4 gündən bir dəyişirlər. Sarğıları gec-gec dəyişmək, müxtəlif dərmanlardan istifadə etmək yaranın sağalması, epitel qatı əmələ gəlməsi üçün şərait yaradır.

Dəriyə qələvilər düşdükdə onun üzərindəki piy elementləri əriyir və dərin qatlar zədələnir. Ağır metalların turşuları və duzları isə zülalları pıxtalaşdırıb dərinin üzərində, qartmaq əmələ gətirir və də-rinə keçmir. Bütün hallarda (yanmamış əhənglə əmələ gələn yanıq-lardan başqa) yanmış, dərini su ilə bol isladır, sonra isə neytral-laşdırıcı məhlulla (turşu ilə yandıqda 2%-li natrium-hidrokarbonat məhlulu ilə, dəriyə qələvi düşdükdə isə 2%-li asetat, borat və ya limon turşusu məhlulları ilə) təmizləyirlər. Fosfordan baş verən yanıqda su, hidrokarbonat məhlulu ilə yuduqdan sonra yaraya 5%-li kalium-permanqanat məhlulunda isladılmış tənzif qoyurlar.

Kiçik yanıqlarda müalicəni ambulatoriyada aparır, ağır yanıqları isə stasionarda müalicə edirlər, yaxşı olar ki, xəstə ixtisaslaşmış şö'bəyə və ya yanıq mərkəzinə qoyulsun, çükki burada "sün'i böyrək" aparatı, barokamera olur. Palatanın havasını tez-tez dəyişmək, pəncərəni, yaxud xəfəngiuzun müddət açıq qoymaq lazımdır, çünki yanıq yaralarının ifrazatı üfunət iyi verir. Lakin palatada temperatur 22-25°S-dən aşağı düşməməlidir, çünki bədənnn səthi çox istilik itirdiyi üçün belə xəstələr həmişə üşüyürlər. Xəstənin çarpayısına hər tərəfdən yanaşmaq mümkün olmalıdır: ən
yaxşısı xəstəni yataq ağları qızdırılan funksional çarpayıya qoymaqdır. Oksigen müalicəsi üçün qabaqcadan tədbir görülməlidir.

Ağırlaşmalarla keçən yanıq xəstəliyinin 4 dövrü olur: birinci dövr-şokdur, buna səbəb yanıq yarasından gələn ağrı impulsları, habelə xəstənin keçirdiyi emosional gərginlikdir; ikinci dövr-kəskin toksemiyadır, buna səbəb zülalın parçalanma məhsullarının və bakterial toksinlərin törətdiyi intoksikasiyadır; üçüncü dövr-septikotoksemiyadır, buna səbəb yanıq yaralarının irinləməsidir; yaranın üzəri 1-2 ayda örtülmürsə, xəstədə yanıq zəifləməsi baş verə bilər (dördüncü dövr), proses xoş keçdikdə isə sağalma-rekonvalessensiya başlayır.

Ağır dərəcəli yanıqdan sonra birinci günlər, adətən, yanıq şoku əmələ gəlir, bu vaxt şiddətli ağrı sindromu ilə yanaşı plazma itgisi ilə əlaqədar hallar da olur. Tez bir zamanda böyrək çatışmazlığı baş verir ki, bu da sidik ifrazının pozulması şəklində özünü göstərir. Buna görə də ürək-damar sistemini müşahidə edərkən (nəbzin sayılması, arterial təzyiqin ölçülməsi) qanı analiz etmək də lazımdır, xüsusilə birinci günlər hematokrit göstəricilərinin sidikdə zülal, qan olub-olmaması) əhəmiyyəti vardır. Ağrıları kəsmək üçün novokain blokadası aparır, venaya 0,25%-li novokain məhlulu (300-500 ml), ağrını kəsən (promedol, morfi) və bunların tə'sirini gücləndirən dərmanlar (dimedrol) vururlar. Çoxlu zülal, su itirdiyi üçün böyük transfuzion-infuzion müalicə aparılır (plazma, poliqlükin, Ringer-Lokk məhlulu və s. vurulur). Diurezi ölçmək lazımdır, bə'zən bunu hər saat eləmək lazım gəlir (daimi kateter vasitəsilə). Şoka qarşı aparılan səmərəli müalicədə sidik ifrazı artır və qaydaya düşür. Xəstəyə tez-tez və çoxlu su, şirə, çay içdirmək lazımdır, çünki xəstələr çox su itirdikləri üçün onlara yanğı əziyyət verir.

Gigiyena rejiminə və aseptika qaydalarına xüsusilə əməl edilməlidir. Xəstənin döşək ağlarını və alt paltarını çirkləndikcə və islandıqca dəyişirlər, gündə bir neçə dəfə ağız boşluğunu, aralığı silirlər. Yanıq şö'bəsində maska və əlçək geyib alətlərlə işləmək lazımdır. Yanıq xəstəliyinin ikinci dövrü-toksemiyada xəstədə yuxusuzluq olur, sayıqlayır, qida koma vəziyyətinə çatan güclü tormozlanma əmələ gəlir: bə'zən hemolizlə əlaqədar olaraq sarılıq da olur. Adətən bu ağır dövr 3-4-cü gündən başlayır və 2-15 gün davam edir. Şiddətli toksemiyada zülal çatışmazlığı, qanazlığı olur. İnfuzion müalicə davam etdirilir: həm də qanköçürmə, intoksikasiyanı aradan götürmək üçün vurulan dərmanlar (hemodez, reopoliqlükin), elektrolit məhlullar, zülal hidrolizatları vurmaq böyük rol oynayır. Xəstəyə yüksək kalorili (sutkada 4000 kaloriyə qədər) yeməklər: 130 qram zülal (ət, balıq, kəsmik, yumurta), kefir, qatıq, meyvə, tərəvəz, vitamin preparatları verilməlidir. Yeməyi hər 3 saatdan bir qızdırıb verməli. Ağır yanıqlarda birinci 5-7-ci günlər orqanizmin müqaviməti artırmaq üçün xəstəyə keçmişdə yanıq keçirmiş şəxslərin qapını və plazmasını vurmaq olar. Kandidamikozun profilaktikası ilə birlikdə antibiotiklərlə intensiv müalicə aparılır.

Üçüncü dövrdə-intoksikasiyaya yaraların irinləşməsi nəticəsində baş verən infeksiya da birləşir. Bu dövrdə yüksək qızdırma olur, xəstə yata bilmir, iştahası pozulur, əhvalı pis olur, yarasından çoxlu irin gəlir. Ağır hallarda irinli ağırlaşmalar stafilokokk pnevmoniyası, ağciyər, qaraciyər abseslərı əmələ gəlir. Müaliçəni düzgün apardıqda yaralar təmizlənib üzəri örtüldükcə qızdırma düşür və xəstə sağalmağa başlayır. Ağır hallarda xəstəlik yanıq zəifliyi mərhələsinə keçir. Xəstənin yaxşı yedizdirilməsinə xüsusi fikir verilməlidir. Ağır hallarda parenteral yolla

qida maddələri yeritməkdən başqa burun-mə'də zondu ilə duru qida yeridilir. Bu dövrdə intensiv surətdə aparılan ümumi müalicə ilə yanaşı, yaraların təmizlənməsi və üzərinin örtülməsi üçün ardıçıl surətdə plastik operasiyalar aparırlar. Yaraların təmizlənməsinə müvafiq preparatlarla, o cümlədən fermentlərlə sarğı qoymaq, habelə ölmüş toxumaları pinsetlə götürmək, qartmağı çərtməklə nail olurlar. Yanmış yerləri dəri ilə örtmək üçün aparılan plastik operasiyaların müxtəlif növlərindən biri xəstənin öz dərisini, habelə donorun dərisini köçürməkdir.

Yanıqların müalicəsində ümumi vannaların faydası çoxdur, bunları sarğı qoymamışdan qabaq tə'yin edirlər. Vannanı nəinki yaxşı yuyur, həm də spirtlə silir və dağlayırlar. Suyun temperaturunu 37°-yə çatdırırlar və ona kalium-permanqanat tökürlər, suyun rəngi açıq çəhrayı rəngdə olur. İslanmış sarğıları çıxarırlar. Xəstəni steril döşəkağıya bürüyüb yanmış yeri döşəkağı ilə çox ehtiyatla qurulayır, xəstər steril alt paltarı geydirir, üstünü qalın örtüb sarğı otağına aparırlar.

Pnevmoniyanın qarşısını almaq üçün xəstəyə tənəffüs gimiastikası elətdirmək, öskürtmək, yataqda böyrü üstə çevirmək lazımdır.

Palatanın havasının təmiz olması, oksigen inhilyasiyası da pnevmoniyanın qarşısını almağa kömək edir.

Bağırsaqların boşalmasına fikir vermək, daim diurezi ölçmək lazımdır ki, nə qədər məhlul vurulacağını tə'yin etmək mümkün olsun.

Yanıq xəstəliyinin infeksiya ilə ağırlaşmaları xoş keçmədikdə yanıqdan 2-3 həftə sonra sepsis baş verə bilər.

Səthi yanıqları konservativ yolla (sarğı qoyub) müalicə edirlər, dərin yanıqlarda isə dəri örtüyünü operasiya ilə bərpa etmək lazım gəlir. Bunun üçün müxtəlif cür dəri plastikası üsulları vardır. Bu cür operasiyadan sonra xəstəyə yaxşı və ehmallı qulluq etmək lazımdır ki, dəri yamağı zədələnməsin (sürüşməsin, üstdən basılmasın). Dəri kəsilib götürülən yerlərə infeksiya düşməməsinə çalışmaq lazımdır. Oynaqlara da keçən yanıqlar zamanı baş verən dərin çapıqlar nəticəsində oynaqların çətin hərəkət etməsinin qarşısını almaq üçün xüsusi hərəkətlər etmək, ətrafın fizioloji vəziyyətdə olmasına fikir vermək lazımdır, həmçinin bu, boyunun yanıqlarına da aiddir.

Yanıqlar zamanı şiddətli ağrılar olur, buna görə də ilk dəqiqələrdən narkotik analgetiklər (morfin, omnopon, promedol) tə'yin edirlər. Bədənin bunlara öyrəşməməsi üçün (yanıq xəstəliyi çox çəkdikdə) manipulyasiyaları mümkün qədər narkotik maddələr tətbiq etmədən aparmağa çalışmalı; sarğını ehtiyatla, islandıqdan sonra çıxarmalı; irini salfetkaya hopdurub yaranı çox basmadan təmizləməli, binti sarıdıqda yaraya çox toxunmamalı və s. Ağrılı sarğı qoyulacaqsa, azot oksidi ilə narkoz aparıb qoymalı. Narkotik analgetiklərin az işlənməsi üçün venaya 0,5%-li novokain məhlulu, 10%-li natrium-bromid məhlulu

vurmalı, daxilə analgin, amidopirin, gecəyə-yuxu dərmanı verməli.

İri və dərin yaraların sonrakı ağırlaşmalarından kontrakturalar, oynaqların deformasiyaları, hipertrofik və keloid çapıqlar ola bilər. Bu çür ağırlaşmaların profilaktikası ancaq müalicənin düzgün aparılması və bütün xəstəlik dövründə xəstəliyə yaxşı qulluq etməkdir.

Udlağın və qida borusunun yanıqları çox vaxt turşu və ya qələviləri bilmədən, yaxud qəsdən (özünə qəsd etmək məqsədilə) içdikdə əmələ gəlir. Qaynar maye içmək nəticəsində ağır yanıqlara çox nadir hallarda təsadüf edilir. Yanığın dərinliyi və sahəsi içilən mayenin miqdarından, tündlüyündən və tə'sir müddətindən asılıdır. Şoka qarşı görülən tədbirlərlə yanaşı, yandırıcı maddənin tə'sirini mümkün qədər tez neytrallaşdırmaq lazımdır: belə ki, turşu yandırdıqda xəstəyə içməyə zəif qələvi məhlulu (maqnezium oksidi), qələvi yandırdıqda-zəif (1%) turşu məhlulları (limon, asetat turşularını) vermək, məcburi surətdə süd, bitki yağı, nişasta, yumurtanın ağını, soyuq su, 0,25%-li novokain məhlulu içirtmək lazımdır. Mə'dədən zərərli maddənin qalıqlarını çıxarmaq, mə'dəni bol su ilə yumaq, qida borusunun spazmını aradan götürmək lazımdır (dəri altına 0,1%-li atropin məhlulu, 2%-li papaverin məhlulundan hər dəfə 1 ml).

DONMA-çox aşağı olmayan temperaturda da baş verə bilər. Nəmişlik və külək soyuğun tə'sirini artırır. Zəiflik, yorulma, sərxoşluq, hərəkət etməmək, dar paltar və ayaqqabı da bədənin üşüməsinə səbəb olur: paltarın islanması xüsusilə qorxuludur. Bədənin həddindən artıq soyuması bədənin müvafiq nahiyəsində qan dövranının yavaşımasına və tromblar əmələ gəlməsinə, oksigen çatışmazlığına, kapillyarların iflicinə, onların divarlarının keçiriciliyinin artmasına və ödemə səbəb olur. Çox vaxt ətrafların distal şö'bələri də, xüsusilə bədənin qan dövranı pozulmuş nahiyələri, nadir hallarda burun, qulaqlar, diz oynaqlarının dərisi donur.

Donmanın dörd mərhələsi vardır, lakin klinik əlamətlərdən əvvəl gizli dövr olur ki, bu vaxt hissiyyat itir, donmanın ağırlığı bu dövrün nə qədər davam etməsindən asılıdır.

I dərəcəli donma: soyuğun tə'siri qısa müddət olduqda zədələnmiş nahiyədə dəri göyərir, yaxud mərmər rəngin olur, şişir və ağrıyır, qaşınır, göynəyir. Zərər çəkmiş damı isti otağa gətirmək, bədənin donmuş yerini qızdırmaq (süyun temperaturunu 20°-dən 37°S-yə qədər qaldırıb həmin yeri süya salmaq, yaxud əllə ovxalamaq, tiftikli dəsmalla, arağa, odekalona batırılmış pambıqla sürtmək), həmin yeri yanlardan mərkəzə doğru ovxalamaq, sonra isə qalın pambıqla aseptik sarğı qoymaq lazımdır. Don vurmuş adama tetanusa qarşı serum vurmaq (bax: cədvəl 6) lazımdır; müalicəni evdə aparmaq olar, fizioterapiya proseduralarından da istifadə etməli.

II dərəcəli donmada dəri avazıyır və şişir, içərisində şəffaf maye olan suluqlar əmələ gəlir; bundan sonra həmin yerin dərisi keyləşir. Bu vaxt

dərini I dərəcəli yanıqlarda olduğu kimi işləyirlər. Donmuş yerlərə yağ sarğısı qoyur və eyni zamanda xəstəni qızdırmağa başlayırlar (içməyə isti çay, su ilə durulaşdırılmış spirt verirlər). Müalicə ambulatoriya şəraitində 2-3 həftə çəkir: sarqıları gec-gec dəyişir, donmuş yerlərə qızdırıcı sarğı qoyurlar: bundan sonra fizioterapevtik proseduralar, müalicəvi bədən tərbiyəsi aparılır.

III dərəcəli donmada dəri çox avazıyır və şişir, içində hemorragik möhtəviyyat olan suluqlar əmələ gəlir, hissiyyat olmur-dərinin bütün qatları, bə'zi hallarda hətta altdakı yumşaq toxumalar da nekrozlaşır. 5-7 gündən sonra sorulma başlayır, ölmüş toxumalar qopub düşür. Yara yerləri 1-2 ayda çapıqlaşıb sağalır. Dırnaqlar bərpa olmur.

IV dərəcəli donmada da III dərəcəli donmadakı eyni hallar olur, lakin bunlar çox kəskin şəkildə özünü göstərir: sümük də daxil olmaqla bütün toxumalar başdan-başa nekrozlaşır. İçində ixoroz möhtəviyyat olan suluqlar, quru (mumifikasiya) və ya yaş qanqren əmələ gəlir, dərinin hissiyyatı tamam itir.

I və II dərəcəli donmalar sağalır, III və IV dərəcəli donmalar isə dərinin və altdakı yumşaq toxumaların, bə'zən də ətrafın bütün toxumalarının ölməsi (nekrozlaşması) ilə nəticələnir.

III və IV dərəcəli donmalarda zədələnmiş yerləri II dərəcəli donmalarda olduğu kimi işləyirlər. Ölmüş toxumalar qopduqca pinsetlə götürür, qanqrenin sərhədlərini müəyyən edəndən sonra isə ölmüş nahiyələri kəsib götürürlər.

Nekrotik toxumaların tez qopmasına hipertonik məhlulla qoyulan sarğılar kömək edir. Sağalmaq üzrə olan yaralara məlhəm qoyub sarıyırlar. Fizioterapiyanın, müalicə-bədən tərbiyəsinin və bədəni möhkəmlədən müalicənin mühüm əhəmiyyəti vardır.

Ətrafların IV dərəcəli donmasında, adətən, ətrafları kəsirlər.

Soyuqdan göyərmə-donmanın xüsusi bir növü olub keçmişdə keçirilmiş donma, yaxud əlverişsiz şəraitdə uzun müddət soyuğun tə'siri nəticəsində (əlləri soyuq suya salmaqla əlaqədar iş, küləkdə əlcəksiz işləmək və s.) baş verir. Bu vaxt soyuq havada əllərin və barmaqların dərisi mərmər kimi göyümtül olur, trofik pozğunluqlar əmələ gəlir (barmaqlar quruyub nazikləşir, yaxud ödemli olur), kicişir, havalar soyuyanda isə dəri avazıyır, sanki iynə batır və sonra keyləşir. Bə'zən üz, qulaqlar, çox vaxt isə əllər göyərir.

Müalicəsi: fizioterapevtik proseduralar, Vişnevski məlhəmi ilə kompres. Əlləri üşüməyə qoymamaq lazımdır.

Ümumi soyuma-uzun müddət soyuq tə'sir etdikdə baş verir, çox vaxt ölümə səbəb olan ağır sindrom əmələ gəlir. Əvvəlcə üşümə, süstlük, yuxuculluq (mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi əlamətləri) olur, sonra isə bədənin temperaturunun düşməsi və mə'dəciklərin fibrilyasiyası kimi çox qorxulu hallar baş verir. Yalnız xəstəni intensiv surətdə qızdırmaq ağciyərlərin uzunmüddətdən sün'i ventilyasiyasını

aparmaq, qan dövranını bərpa etmək və normada saxlamaqla xəstəni ölümdən xilas etmək olar.

"Xəndəkayağı" -soyuqdan zədələnmənin bir növü olub yaş ayaqqabıdakı ayaqlara çox da aşağı olmayan (hətta 0°-dən yuxarı) temperaturların uzun müddət arasıkəsilmədən tə'sir etməsi nəticəsində baş verir. Zərər çəkmiş adama ayaqlarının ağrıması, paresteziyalar əziyyət verir, o bütün pəncəsini basa bilmir (əsas e'tibarilə, barmaqları zədələndiyi üçün dabanı üstə durmalı olur). Qan dövranı pozulduğu üçün nekroz əmələ gələ bilər. Müalicəsi-ümumi qayda ilə aparılır.

Profilaktikası: yaş ayaqqabını vaxtında çıxarmaq, ayaqlara qulluq etməkdir.

SINIQLAR VƏ ÇIXIQLAR.[1] Çox vaxt bədbəxt hadisə nəticəsində sümüyün bütövlüyünün tamam, yaxud qismən pozulmasına sınıq deyirlər. Sınıqlar *qapalı* və *açıq* olur. Dəri zədələndikdə (açıq sınıq) yara əmələ gəlir və bura infeksiya düşə bilər. Köndələn, çəp, spiral, boylama, qəlpələnmiş (sümüyün bir neçə yerə bölünməsi), deşilmiş və sıxılmış sınıqlar ayırd edilir. Zədələnmədən və əzələlərin yığılmasından asılı olaraq sümük parçaları sürüşə bilər, habelə bunların arasında əzələlər, vətərlər, damarlar, sinirlər qala bilər.

Uşaqlarda çox vaxt epifizeoliz-epifizar qığırdaq xətti boyunca epifizin metafizdən ayrılması (qopması) müşahidə edilir. Sümüklərdə qocalıqla əlaqədar dəyişikliklər olduqda, habelə sümük sarkoması, xərçəng metastazları, osteomielit və ya vərəm olduqda, sümüyə hətta azca yandan və ya uzununa basqa belə patoloji sınıq baş verə bilər.

Sınıqlarda həmişə sınmış yer ağrıyır, şişir, ağrılı olur, həmin üzvün hərəki funksiyası pozulur: bə'zən sümük parçaları xırçıldayır və əyilir (sümüyün ucları yerinə düşməyəndə).

İlk yardım-ağrını azaltmaq, sümük parçalarını daha tərpənməyə qoymamaq və onlara düzgün vəziyyət vermək məqsədi daşıyır. Sümük parçası xaricə çıxırsa toxumaların içərisinə infeksiya salmamaq üçün onu əllə düzəltməyə çalışmamalı.

Zərər çəkmiş adamı müalicə müəssisəsinə çatdırmaq üçün sınmış yerə şina və ya əl altında olan başqa bir şey (taxta parçası, faner, çubuq) qoyub bağlamalı və tərpənməyə qoymamalı. Şinanın altına kifayət qədər pambıq, tənzif və ya adicə döşəkağını qatlayıb qoymalı. Açıq sınıqda yaranın ətrafını yodla silir və aseptik sarğı qoyurlar. Açıq sınıqda güclü arterial qanaxma varsa əvvəlcə qanaxmanı müvəqqəti saxlayır, yaranın üstünə aseptik sarğı qoyur, sonra isə şina qoyub bintlə möhkəm sarıyırlar. Sümük çıxıntılarına (məsələn, topuğa) pambıq-tənzif yastıqçaları qoyurlar. Şinalar elə uzunluqda olmalıdır ki, ən azı iki oynağı tutsun-biri sınmış yerdən yuxarıda, o biri aşağıda olub bədənin həmin yerini tərpənməyə qoymasın. Məsələn, said sümüyü sındıqda şinalar dirsək və mil-bilək oynaqlarını tutmalıdır.

[1]Tibb elmləri namizədi D.A.Velikoretski tərəfindən yazılmışdır.

Şinaları dirsək oynağında düzbucaq altında qatlayırlar. Şina qoymaq mümkün olmadıqda isə sınmış yuxarı ətrafı (qolu) bintlə gövdəyə, aşaqı ətrafı (qıçı) sağlam qıça sarıyırlar.

Zərər çəkmiş adamı mümkün qədər tez və ehtiyatla xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır, çünki sınmış sümüklərin vəziyyətinin hər hansı şəkildə pozulması ağrı şokuna və sümük parçalarının yerindən çıxmasına səbəb ola bilər. Sınmış ətrafla düzgün rəftar etmədikdə sümük parçaları içəridən dərini zədələyib qapalı sınığı açıq sınığa çevirə bilər ki, bu da xəstənin vəziyyətini çox ağırlaşdırar və yaraya infeksiya düşməsinə səbəb ola bilər.

Çox vaxt ətrafii immobilizasiyası üçün məftildən düzəldilmiş Kramer şinasından istifadə edirlər, çünki onu qatlamaq asan olur və bir neçə şinanı bir-birinə bərkidib istənilən uzunluqda düzəltmək mümkümdür. Şinanı zərər çəkmiş adamın sağlam ətrafına görə düzəldir, bir neçə qat bint və pambıq qoyduqdan sonra biptlə sarıyırlar. Kramer şinasından ətrafların hər cür sınığında istifadə etmək olar.

Ətrafı təsbit edəndə ona düzgün orta fizioloji vəziyyət verib azacıq dartmaq lazımdır. Belə ki, yuxarı ətrafı (qolu) qəsbit edəndə qoltuğa mütəkkə qoyub qolu bazu oynağında azacıq qaldırmaq, dirsək oynağında 90° bucaq altında qatlamaq, mil-bilək oynağında azacıq açmaq və barmaqları qatlamaq lazımdır. Aşağı ətrafın fizioloji vəziyyəti onu çanaq-bud oynağında qaldırmaq, diz oynağını açmaq və ayaqla baldır arasında düzbucaq əmələ gətirməkdən ibarətdir.

Bud sümüyü sındıqda həmin qıçı təsbit etmək üçün Diterixs şinası daha münasibdir: o iki plankadan ibarətdir. Bunlardan birini (uzununu) qoltuqdan başlayıb ayağa qədər bədənin bayır tərəfindən, ikincisini isə qasıqdan başlayıb içəri tərəfdən qoyurlar. Xəstəni daşıdıqda qoltuğun və qasığın sürtülməməsi üçün hər iki plankanın başına manjet şəklində pambıq sarınmışdır. Plankalar iki hissədən ibarətdir. buna görə də şinanı istənilən uzunluqda qurmaq mümkündur.

Plankaların aşağı ucları pəncədən 10-15 sm çıxır və deşikli-köndələn taxta parçası qoyub ayağa sarınmış o biri taxta parçasından çıxan iplə bunları bir-birinə bağlayırlar. Burmacla ipi bərk burub ətrafın dartılmasını tə'min edirlər. Şinanın ucları qoltuqda və qasıqda boş olduqda budun iri əzələləri lazımınca dartılmır, sümük parçaları yerinə düşmür və hərəkət edir. Çox bərk dartdıqda isə ağrıdır və yara açıla bilər. Baldırın dal tərəfinin sallanmaması üçün əlavə olaraq Kramer şinasından istifadə etmək tövsiyə edilir; onu bintlə spiral şəkildə sarıyırlar. Şinanı baldırda, budda, qarında və döş qəfəsində bərkitmək üçün binti dairəvi şəkildə sarıyırlar.

Şina qoyduqda bədəni sürtməməsi və nekroz əmələ gəlməməsi üçün manjet yerlərinə və sümük çıxıntılarının altına pambıq qoymaq lazımdır. İlk yardım göstərdikdə şinanı paltarın üstündən də qoymaq

olar. Şiddətli ağrılar olduqda, baş və qarın zədələnməmişsə, ağrıkəsici dərmanlar vurmaq olar. Dəri azacıq zədələnmiş olduqda tetanusa qarşı serum vurulur.

Xəstəni xəstəxanaya çatdırmaq üçün onu ən rahat vəziyyətdə xərəyə qoymaq lazımdır. Onurğa sütunu, çanaq və aşağı ətraflar sındıqda xəstəni bərk xərəyə uzadıb daşıyırlar. Xəstənin özünün yerimәsinə əks-göstəriş yoxsa, məsələn, said sümüyü sındıqda, zərər çəkmiş adam tibb bacısının köməyi ilə özü gedir.

Sümüklərin və oynaqların bədbəxt hadisə ilə əlaqədar zədələnmələrinin rentgen-müayinəsi ümumi klinik müayinənin ayrılmaz hissəsidir. Rentgen şəkillərini həmişə bir-birinə perpendikulyar iki proyeksiyada çəkmək lazımdır, çünki bir proyeksiya sümük parçalarının vəziyyəti barədə natamam, bə'zən də yanlış təsəvvür verir.

Sümük sınıqlarının müalicəsində travmatik şok, qan itirmə, infeksiya ilə mübarizə sınmış sümüyün anatomik tamlığını (düzgün vəziyyətini, formasını və uzunluğunu), zədələnmiş uzvün funksiyasını və xəstənin əmək qabiliyyətini bərpa etməyin mühüm əhəmiyyəti vardır. Sümük parçalarını ancaq yaxşı anesteziya (narkoz və ya yerli keyitmə) aparıb düzgün yerinə qoymaq olar.

Sınığın yerindən asılı olaraq müalicəni ya konservativ üsulla (gips sarğıları və ya dartmalar tətbiq etmək), ya da operasiya ilə (osteosintez) aparırlar. Repozisiyanı həkim aparır. Tibb bacısının vəzifəsi sınığı düzəldəndə anesteziya üçün (şprislər, iynələr, novakain məhlulu), yaxud skelet dartması üçün lazım olan bütün şeyləri (mil, drel, qövslər) qabaqcadan hazırlamaq, habelə repozisiya vaxtı və sonrakı əməliyyatlarda həkimə yaxından kömək etməkdir. Sümük parçalarını tutuşduranda gips sarğısı qoyarkən ətrafı müəyyən vəziyyətdə təsbit etməyə imkan verən xüsusi aparatdan istifadə edirlər, yaxud ətrafı tibb bacısı tutub saxlayır. Verilmiş vəziyyət dəyişdikdə sümük parçaları yerindən çıxa, yaxud oynağın düzgün vəziyyətini poza bilər. Gipsin üzərində barmaqlardan oyuq yeri qalmaması üçün tamam bərkiyənə qədər gipsi bütün əlin içi ilə tutmaq lazımdır. Repozisiyanı yerli keyitmə ilə, yaxud ümumi narkoz altında aparırlar. Xəstəyə qabaqcadan morfi vurulur.

Adi sınıqlarda (mil sümüyünün və topuğun sınığında əl və ayaq sümükləri yerindən çıxmayıbsa) müalicəni ambulator yolla aparırlar. Gips sarğısını qoyduqdan və o quruduqdan sonra onun düzgün durub-durmadığını yoxlayır, xəstəni 2-3 saatdan sonra (morfinin tə'siri qurtardıqda) tibb işçisinin müşayiəti ilə evə buraxırlar; evdə nə kimi rejim gözləməli olduğunu və sarğıya fikir verməsini ona qabaqca izah edirlər.

Sınıqları təsbit etmək üçün çox vaxt gips sarğısı qoyurlar. Orta tibb işçiləri gips sarğılarını hazırlamaq və qoymaq qaydasını yaxşı bilməlidir. Gips poroşoku quru, yaxşı ələnmiş və yumşaq olmalı,

qızdırdıqda buxar çıxmamalıdır (şüşəni qızdırılmış gipsin üstünə tutduqda tərləməməlidir). Gipsi su ilə qarışdırdıqda hidrogen-sulfid iyi gəlməməlidir. Gipsi ağzı möhkəm örtülən yeşiklərdə və ya qutularda, quru yerdə saxlamaq lazımdır.

Gipsin keyfiyyətini müxtəlif üsullarla yoxlayırlar. Eyni nisbətdə götürülmüş gipsi və suyu qarışdırdıqda alınan yaxşı keyfiyyətli horranı nazik yaxdıqda 5-7 dəqiqədən sonra bərkiyir. Bərkimiş kütləni barmaqla basdıqda ovulmur və su çıxmır. Yaxşı keyfiyyətli gips parçası sınır, lakin ovulmur. Gipsin aşağıdakı kimi yoxlanması çox yayılmışdır. Tamam qurumuş gips yumrusunu yarıb yerə atırlar. Yaxşı qurumuş gips sınmır və çəkiclə vurduqda metal səsi çıxır. Gips yaxşı bərkiməmişsə və nəmdirsə, onu 120°S temperaturda qızdırmaq, sonra isə yarayıb-yaramadığını yoxlamaq lazımdır. Gips sarğısının tez bərkiməsi üçün soyuq su yox, ilıq su götürürlər. Gips sarğıları qoymaq üçün bint və longet işlədirlər. Adətən, gipsə sarınacaq bintləri 2,5-3 m uzunluqda hazırlayırlar, çünki çox uzun bint suda pis islanır və sarğı qoymaq üçün əlverişli deyil, longetləri enli tənzif zolaqlarından, yaxud gips çəkilmiş enli bintlərdən hazırlayırlar, bunları 6-8 qat (qalın longet) və ya 3-4 qat (nazik longet) qoyurlar. Longet qatlarını yanlardan ortaya doğru üst-üstə boş yığırlar. Gipsi xüsusi otaqda qoyurlar. Gips bintləri və longetlərini ayrıca şkafda saxlayırlar. Gips qoyulan otaqda ortopedik stol, repozisiya aparatları, althq və yeşiklər, balaca skamyalar, emallı ləyənlər, həkim üçün stol, gips sarğısını kəsib götürmək üçün alətlər dəsti olmalıdır.

Gipslə işlədikdə işçilərin başında papaq və ya ləçək olmalı, həmçinim onlar xalat geyməli, onu daldan möhkəm bağlamalı və xalatın qollarını aşağı salmalı, əllərinə nazik rezin əlcək geyməlidirlər. Xalatın və qıçların çirklənməməsi üçün müşəmbədən tikilmiş uzun döşlük geyirlər.

Bilavasitə sarğı qoymamışdan qabaq gipsli binti və ya longeti su tökülmüş ləyənə salırlar. Sudan hava qovuqcuqlarının çıxması dayananda binti sudan çıxarır, hər iki tərəfindən azca sıxırlar. Adətən, gips sarğılarını bilavasitə yaxşı təmizlənmiş dərinin üzərinə (tükləri qırxırlar) qoyurlar, sümük çıxıntılarının üstünə isə pambıq-tənzif yastıqcıqlar qoyurlar, çünki sıxılmaqdan burada yaralar əmələ gələ bilər. Longetləri yaxşı hazırlamaq, bunları bərkidən bintləri isə bir-birinin üstünə sıx qoymaq, üstdən isə əllə sığallamaq lazımdır.

Hazırda gips sarğılarının əsas aşağıdakı növləri tətbiq edilir: bütöv, pəncərəli, longetli, körpüşəkilli, habelə gips korsetləri və çarpayıları.

Sarğını qoyduqdan sonra gips çəkilmiş dərini ilıq su ilə yaxşı yuyur və möhkəm qurulayırlar. Sümük parçalarını və gips sarğısını tutuşdurduqdan sonra sümüyün yerinə düzgün düşüb-düşmədiyini yoxlamaq üçün bir daha rentgenoqram çıxarırlar.

Gips sarğısı qoyduqda həmişə barmaqları açıq qoymaq lazımdır ki,

bunlara görə ətrafa qan dövranını bilmək mümkün olsun. Bir sutkadan sonra barmaqlar saralarsa, yaxud göyərərsə, tərpənməzsə bu, gips sarğısının çox sıx qoyulduğunu göstərir. Belə olduqda sarğını açıb təzəsini qoymaq lazımdır. Sarğı düzgün qoyulduqda və heç bir xoşagəlməz hal olmadıqda ətrafın ödemi çəkildiyi üçün sarqı get-gedə boşalır. Təsbit edilmiş oynaqlar tərpənərsə, sümük parçalarının bir daha yerindən çıxmaması üçün sarğını dəyişmək lazımdır. Bunun üçün tibb bacısı həkimlə birlikdə, yaxud həkim icazə verdikdə özü gips sarğısını xüsusi qayçı, bıçaq və ya mişarla boylama kəsir, yanlara qatlayıb ətrafın üstünü açır, lakin həkimsiz onu gipsdən çıxarmır, yalnız bir qədər yuxarı qaldırır. Gipi kəsdikdə ehtiyatlı olmaq lazımdır ki, dəri zədələnməsin, xüsusən ətraf çox şişmiş olduqda.

Gips sarğısını qoyduqdan sonra xəstəni təkərli stolda palataya gətirir, taxta, üstündən iki döşək qoyulmuş çarpayıya uzadırlar. Xəstəni təkərli stola və çarpayıya qoyanda ehtiyatlı olmaq lazımdır ki, gips sınmasın. Bundan sonra xəstəyə yaxşı qulluq etmək, ona yerində çevrilməyə kömək etmək, gips sarğısının qatlanmış yerlərinə altdan bərk valik və qum torbası qoymaq lazımdır. Sarğının nazik yerlərini vaxtında əlavə gipsli bintlərlə bərkitmək lazımdır.

Sümük parçaları yerindən çox aralanmış olub bunları bir dəfədə yerinə salmaq mümkün olmadıqda deformasiyanı duzəltmək üçün daş asıb dartma üsulundan istifadə edirlər.

Skelet dartması metodu daha çox yayılmışdır: belə ki, bud sümüyünün sınığında budun epikondilusundan, qamış sümüyünün qabarıqlığından xüsusi metal mil keçirirlər, baldır sındıqda isə mili daban sümüyündən keçirib metal qövsdə bərkidirlər, daşı da məhz bundan asırlar. Bazu sümüyünün diafizi sınmış olduqda mili dirsək çıxıntısından keçirirlər. Bə'zən leykoplastır qoyub dərini dartırlar.

Sınıqları dartma üsulu ilə müalicə etdikdə sümük parçalarını tədricən tutuşdurmaq və daim nəzərdə tutulan vəziyyətdə saxlamaq mümkün olur. Skelet dartmasını operasiya otağında həkim aparır. Mili sümüyə bütün aseptika qaydalarına əməl edib yerli anesteziya ilə keçirirlər.

Skelet dartması aparmaq üçün tibb bacısı drel, paslanmayan poladdan hazırlanmış 0,3-1 mm diametrli millər, dartma və mili bərkitmək üçün açarlarla birlikdə qövs, müxtəlif ağırlıqda daşlar (1,2 və 5 kq), Beler və ya Braun şinaları, mili sürüşməyə qoymayan fiksatorlar, dişli kəlbətinlər, bloktutucular, çarpayının ayaq tərəfinə qoymaq üçün altlıq hazırlamalıdır.

Sümüyü drellə deşib mili keçirdikdən və ona qövsü bərkitdikdən sonra, milin bayırda qalan tərəflərini kəlbətinlə kəsir, qövsə ipi bağlayıb blokdan keçirir və daşı asırlar. Hər bir halda hansı ağırlıqda daş asılacağını fərdi olaraq tə'yin edirlər.

Həm skelet dartması apardıqda, həm də sonralar aseptikaya çox

ciddi əməl etmək lazımdır, çünki mil salınan yerdəki kiçik yaraya infeksiya düşərsə ağır dərəcəli, məsələn, osteomielit kimi ağırlaşmalar baş verə bilər. Buna görə də mil salınan yerə steril material yapışdırırlar; həkimin göstərişi ilə bunu vaxtlı-vaxtında dəyişirlər.

Adətən skelet dartmasını bud və baldır sınığında tətbiq edirlər. Aşağı ətrafı dartdiqda çarpayının ayaq tərəfini 15-20 sm qaldırır və daşın ağırlığından xəstə tərpənməsin sağlam ayağını dirəməsi üçün yeşik qoyurlar. Sınmış qıçı Beler və ya Braun şinasının üstünə qoyurlar. Pəncənin sallanmaması üçün ona xüsusi ilmək keçirib kiçik bir daş asırlar. Yuxarı ətraf (qol) üçün ÜİTO şinasından istifadə edirlər. Skelet dartması ilk sümük döyənəyi əmələ gələnə qədər qalır, bundan sonra onu gips sarğısı ilə əvəz edirlər.

Xəstənin daimi dartma ilə yataqda olduğu bütün müddətdə diqqətlə müşahidə aparmaq və ona qulluq etmək lazımdır, xüsusilə yara açılmaması üçün dəriyə yaxşı qulluq etmək lazımdır. Uzun müddət yataqda qalan zəif və yaşlı xəstələrə xüsusi fikir verilir.

Açıq sınıqlarda sümük parçaları yerindən çox çıxmış olduqda bunları qapalı üsulla yerinə salmaq və tərpənməyə qoymamaq mümkün olmadıqda operasiya aparılır.

Boruşəkilli uzun sümüklər sındıqda sümüyün içərisinə metal çubuq salıb bərkidirlər. Bu operasiyada sümük parçalarını paslanmayan poladdan, titanla vanadium qarışığından və s. qayrılmış müxtəlif metal konstruksiyalarla tutuş-durub birləşdirirlər (osteosintez). Çox vaxt metal mıx, çubuq, vint və lövhə işlədirlər. Fiksator kimi meyitdən götürülmüş sümük (homosümük), yaxud xəstənin öz sümüyündən (autosümük), nadir hallarda heyvan sümüyündən istifadə edilir. Operasiyadan sonra, adətən, yüngül gips sarğısı, longet və ya şina qoyub bir neçə gün saxlayırlar. Bundan sonra aseptikaya çox fikir verilir, çünki yaraya infeksiya düşərsə sümük irinləyib osteomielit əmələ gələ bilər və sümük parçaları təzədən yerindən oynayar.

Operasiya ilə aparılan müalicənin böyük üstünlüyü ondadır ki, (ağırlaşmalar olmadıqda) ilk günlərdən intensiv surətdə müalicə-bədən tərbiyəsi aparmaq mümkündür.

Alt çənənin sınığına üz skeletinin başqa sümüklərinin sınığından tez-tez təsadüf edilir. Bunu çənənin formasının dəyişməsinə və sümük parçalarının xırçıldamasına görə tə'yin edirlər. Alt çənə sındıqda xəstə çeynəyə, tüpürə bilmir, nitqi aydın olmur.

Sümük parçaları həm öz ağırlığından, həm də əzələlərin dartılmasından yerindən çıxır. İlk yardım kimi yaraya steril parça (yodla sildikdən sonra) və bunun üstündən sapandvarı sarğı qoyub xəstəni cərrahi şö'bəyə göndərirlər. Müalicəsi-dişlərə xüsusi şinalar qoyub bərkitmək, xüsusi aparatlarla çənəni dartmaqdan ibarətdir. Orta pillə tibb işçiləri belə xəstələrin yedizdirilməsinə xusuси fikir verməlidirlər.

Körpücük sümüyünün sınığı bilavasitə bu sümüyə vurduqda, bazunun üstünə və ya qolun üstünə yıxıldıqda baş verir. Çox ağrıdığı üçün bazu sümüyünün hərəkəti məhduddur, körpücük sümüyü nahiyəsi şişir. Uşaqlarda körpücük sümüyünün sınığı, demək olar ki, bilinmir və ancaq körpücük sümüyünün, üstü tərkiyib, sümük deyənəyi əmələ gəldikdə aşkar edilir. Körpücük sümüyü üzdə olduğu üçün sınığı müəyyən etmək çətinlik törətmir. Adətən, əllədikdə onun hər iki parçası aydın bilinir. İlk yardım göstərdikdə qoltuğa bərk bir şey qoyub bazu oynağını yuxarı qaldırır və onu döş qəfəsindən aralı saxlayırlar, sonra bazunu gövdəyə sıxıb sarıyırlar. Sümük parçalarını novokainlə yerli anesteziya aparıb yerinə salır, sonra isə xüsusi sarğı qoyub təsbit edirlər. Qalın parçadan iki halqa kəsib ona birqat pambıq sarıyır və üstündən tənzif və ya parça tikirlər. Halqaları hər iki ələ elə keçirirlər ki, onlar çiyini tutsun: kürəkləri mümkün qədər bir-birinə yaxınlaşdırıb daldan rezin lent və ya borucuqla bağlayırlar, bunun sayəsində onlar çiyinləri dala dartıb daimi dartma əmələ gətirir. Bu cür xəstələri ambulatoriyada müalicə edirlər. Ağırlaşma olmadıqda sümüklər 3-4 həftədən sonra (uşaqlarda 2-3 həftədən) bitişir. Ağırlaşmış sınıqlarda sümükləri mil keçirib birləşdirirlər (osteosintez).

Yuxarı ətrafların sınıqları-bazu sümüyünün ən çox təsadüf edilən sınıqları olub anatomik və cərrahi boyun nahiyəsində və diafizdə baş verir: bunlar həm bədbəxt hadisə, həm də həddindən çox əzələ gərginliyi nəticəsində (daş, qumbara atmaq və s.) baş verir. Bazu sümüyünün distal uçunun sınıqlarına ən çox uşaqlarda təsadüf edilir və bunların çoxu oynağın içərisində olur. Said sümüyünün aşağı üçdə bir hissəsi sındıqda bilavasitə sümüyün üzərindəki mil siniri zədələnə bilər. Bu vaxt əl mil-bilək oynağında, demək olar ki, düzbucaq-altında qatlanıb qalır. Adətən, bazu sümüyünün sınığını müəyyən etmək çətinlik törətmir, çünki sümük əyilmiş olur, şişir, xırçıldayır, çox tərpətmək mümkun olmur. Bazu sümüyünün deşilmiş sınığında, habelə bazu sümüyünün başı sınmış olduqda bunu rentgensiz müəyyən etmək çətin olur.

İlk yardım üçün Kramer şinası qoymaq, yaxud sınmış qolu gövdəyə möhkəm sarımaq lazımdır. Müalicəsi: birinci növbədə, sümük parçalarını yerinə salıb qolu gips sarğısı ilə təsbit etmək, ya da xüsusi şina qoyub ona daim dartılmış vəziyyət verməkdən ibarətdir. Bazu sümüyünün sınığı, adətən 4-6 həftədən sonra bitişir, bundan sonra belə xəstələr oynaqların hərəkətlərinin tam bərpa olması üçün fizioterapevtik; müalicə almalı və müalicəvi bədən tərbiyəsi ilə məşğul olmalıdırlar.

Dirsək oynağı nahiyəsində sınıqlar, adətən, dirsəyin üstünə yıxıldıqda baş verir. Bunlar bazu, dirsək, axud mil sümüklərinin sınıqları ola bilər. Adətən, belə sınıqlar zamanı dirsək oynağına qan sızır, bunun əlaməti isə oynağın şişməsidir. Çox vaxt bağ aparatı qırılır.

Sınığın və bağların zədələnmə növündən asılı olaraq ya konservativ, ya da cərrahi müalicə aparılır. Konservativ müalicə metodunda hematomanı aradan götürmək üçün dirsək oynağını punksiya edir, sümük parçalarını yerinə saldıqdan sonra qoltuq çuxurundan barmaqlara qədər gips sarğısı qoyurlar. Ola bilsin ki, damar-sinir kələfi sıxıldığı üçün ödem əmələ gəlsin, xüsusilə ilk günlər, odur ki, gips qoyulmuş qolun vəziyyətinə və barmaqların işləyib-işləməməsinə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Gips sarğısı qoyduqda həmişə barmaqlar açıq qalmalıdır. Sınıq bitişdikdən sonra dirsək oynağının çətin tərpənməsini aradan götürmək üçün onu tez-tez işlətmək lazımdır.

Said sümüklərinin sınıqlarına daha tez-tez təsadüf edilir. Said sümüyünün yuxarı üçdə birində çox vaxt dirsək çıxıntısı sınır, bunun da əlaməti oynağa və ətraf toxumalara qan sızdığı üçün dirsək oynağının şişməsidir.

Bə'zən qolu azca tərpətmək mümkün olur. Dirsək sümüyünün tac çıxıntısının, habelə mil sümüyünün başının və ya boyunun sınığına nadir hallarda təsadüf edilir.

Said sümükləri diafizinin sınıqlarında ayrıca mil və ya dirsək sümüyü sınmış ola bilər, lakin çox vaxt saidin hər iki sumüyü sınmış olur, xüsusilə uşaqlarda. Adətən, kiçik uşaqlarda sümük tamam sınmayıb "yaşıl budaq" şəklində üzdən sınır və bunu müəyyən etmək çətin olur, çünki aydın klinik mənzərə olmur. Belə sınıqların müəyyən edilməsində rentgenoloji muayinə həlledici rol oynayır.

Sınığın dərəcəsindən asılı olaraq said deformasiyaya uğrayır, xüsusilə o, ortadan sındıqda deformasiya daha çox olur. Said sümüklərinin aşağı üçdə birinin sınıqlarından mil sümüyünün eyni yerdən sınığı xüsusi yer tutur və buna daha tez-tez rast gəlinir. Bu zaman çox vaxt dirsək sümüyünün bizvarı çıxıntısı da sınır.

Said sümüklərinin sınıqlarında ilk yardım bazunun ortasından barmaqlara qədər Kramer şinası qoymaq, qolu dirsək oynağında qatlayıb dirsək və mil-bilək oynağını təsbit etməkdən ibarətdir. Said sümükləri sındıqda həm konservativ, həm də cərrahi müalicə aparırlar. Konservativ müalicədə sümükləri yerinə saldıqdan sonra dairəvi gips sarğısı və ya longet qoyurlar. Saidin hər iki sümüyü sınmış olduqda çox vaxt sümükləri yerinə salmaq asan olur, lakin bu vəziyyəti saxlamağın bə'zi çətinlikləri vardır, buna görə də sümükləri təsbit etdikdən sonra rentgendə baxıb yoxlamaq lazımdır. Said sümüklərinin sınığını, adətən, ambulatoriyada müalicə edirlər.

Əl sümüklərinin və barmaqların sınıqları, adətən, adam əzildikdə və ya yıxıldıqda baş verir. Bilək sümüklərindən çox vaxt qayığabənzər sümüyün sınığı müşahidə edilir. Müayinə etdikdə və əllədikdə əlin üstündə ağrılı şiş görünür, əli işlətdikdə ağrıyır. Ancaq rentgenoloji muayinədən sonra dəqiq diaqnoz qoymaq olar.

Əldarağı sümüklərinin sınıqlarından daha çox birinci əldarağı

sümüyünün qaidəsinin sınığına təsadüf edilir, zahirən qaidənin çıxığına oxşayır. Klinik olaraq əlin üstü şişmiş və qan sızmış olur, sınmış yeri basdıqda və ağırlıq düşdükdə eyni adlı barmağın oxu boyunca ağrıyır. Barmaq sümüklərinin sınıqlarına, ələlxüsus əsas falanqaların sınıqlarına çox tez-tez təsadüf edilir. Barmaqlar aralı ikən əlin üstünə yıxıldıqda baş verən başcığın dalındakı sınıqlar xarakterik sınıqlardır. Dırnaq falanqalarının sınıqları, adətən, çəkiclə vurduqda, sıxıldıqda və s. zamanı baş verir, çox vaxt yumşaq toxumalar əzilir.

Yardım göstərmək üçün əli və mil-bilək oynağını təsbit edən şina (faner, karton, taxta parçası) qoymaq və əli ləçəkdən asmaq lazımdır. Əksər hallarda konservativ müalicə aparırlar. Sınmış əldarağı sümüklərini yerinə saldıqdan sonra saidin ortasından barmaqların dibinə qədər dərin gips longeti qoymaq lazımdır. Sümüyə orta fizioloji vəziyyət verirlər, bunun üçün barmaqları qatlayıb əlin altına pambıq və ya bint yumrulayıb qoyurlar.

Falanqaların sınıqlarında sümükləri yerinə saldıqdan sonra barmaqlara məftildən düzəldilmiş xüsusi şina və üstündən gips longeti qoyub təsbit edir, yaxud açıq sınıqlarda axırıncı falanqalardan elastik yük asıb daimi dartma tətbiq edirlər. Nadir hallarda (sümüklər təzədən yerindən çıxdıqda) sümüyə mil keçirib təsbit edirlər. Adətən, sumük 4-5 həftədən sonra bitişir. Bundan sonra, sınmış barmaqların funksiyası tam bərpa olunana qədər mükəmməl müalicə aparılmalıdır. Fizioterapevtik proseduralarla yanaşı intensiv surətdə müalicəvi bədən tərbiyəsi aparmaq lazımdır.

Kürək sümüyünün sınıqları nadir hallarda müşahidə edilir. Kürək cisminin və akrominal çıxıntının sınıqlarında daha aydın klinik mənzərə alınır. Başqa hallarda dəqiq diaqnoz qoymaq üçün rentgenoloji müayinə, lazımdır. Əksər hallarda sümüyün bitişməsi üçün ləçək, yaxud bint gəzdirmək, sonra fizioterapiya, massaj və müalicə gimnastikası aparmaq kifayət edir.

Qabırğaların sınığı və döş qəfəsinin zədələnməsi. Bərk vurduqda, yaxud ağır bir şeyin altında qaldıqda qabırğalar sına bilər, bu vaxt nəfəs aldıqda və öskürdükdə güclənən bərk ağrı ilə müşayiət olunan qabırğaların sınığı baş verir. İlk yardım enli bintlə bərk sarımaqdır. Binti sarıdıqda xəstə dərindən nəfəsini buraxmalıdır. Qabırğa sümüyünün şiş parçaları plevra və ağciyərləri deşdikdə dərialtı biirləşdirici toxumaya hava girə bilər və bunun nəticəsində dərialtı emfizema əmələ gələ bilər. Döş boşluğunun zədələnməsində qorxulu ağırlaşmalardan biri pnevmotoraksdır, yə'ni plevra boşluğuna hava yığılmasıdır. Ağciyər çox deşildikdə hər dəfə nəfəs aldıqda plevra boşluğuna dolan hava tədricən ağciyəri sı-xıb onu tənəffüsdən çıxarır (atelektaz) və orta divarı yerindən tərpə-dir. Bütün bunlar isə qan dövranının pozulmasına səbəb olur. Ağci-yər damarları və ya qabırğaarası arteriyalar zədələndikdə qan plev-ra boşluğuna tökülür

(hemotoraks). Hemotoraks artdıqda çoxlu qan itirilir, tənəffüs və qan dövranı pozulur, şok əmələ gələ bilər.

Döş qəfəsi bıçaqla və ya güllə ilə yaralandıqda plevra boşluğunda təzyiq atmosfer təzyiqindən aşağı olduğu üçün buraya bayırdan hava dolmağa başlayır və bu zaman açıq pnevmotoraks, yaxud qan yığıldıqda hemopnevmotoraks əmələ gəlir. Plevra boşluğunda təzyiq bərabərləşənə qədər buraya hava dolur, nəfəs aldıqda orta divar sıxışdırılıb, döş qəfəsinin sağlam tərəfinə keçir, nəfəs verdikdə isə geri qayıdır. Orta divarın yerindən tərpənməsi və ağciyərlərin bir payının tənəffüsdə iştirak etməməsi ürəyin işini ağırlaşdırır və qan dövranı çox pozulur. İlk yardım-yaraya qalın aseptik sarğı qoyub plevra boşluğuna daha hava gəlməyə qoymamaq və xəstəni tə'cili surətdə cərrahiyyə şö'bəsinə çatdırmaqdır. Onu nəqliyyata oturaq vəziyyətdə qoyurlar. Ehtiyac varsa şoka qarşı dərman vurulur.

Ayrı-ayrı qabırğalar sındıqda ağrıları kəsmək üçün novokain blokadası aparırlar. Dərialtı emfizema olduqda qabırğanın sınmış yerinə novokain vurmaq olmaz, çünki o, zədələnmiş plevradan çıxıb plevra boşluğuna dola bilər. Qabırğaarası sinirlərin blokadası ağrıları yaxşı kəsir, qabırğaların bütün sınıqlarında blokada aparmaq lazımdır. Döş qəfəsinii zədələnməsində çox vaxt baş verən pnevmoniyanın qarşısını almaq üçün xəstə antibiotiklər, bəlğəmgətirici və ürək dərmanları, oksigen almalı, müalicə gimnastikası ilə məşğul olmalıdır.

Onurğa sütununun sınıqları daha ağır sınıqlara aiddir və çox qorxuludur, çünki bu cür sınıqların $^2/_3$-də onurğa beyni əzilir və ya zədələnir. Adətən, bərk ağrı olur, onurğa sütununun mühərrikliyi çox azalır. Zərər çəkmiş adam ayağa qalxa, belini düzəldə bilmir. Onurğa sütunu sınığının əlamətləri onurğa sütununun və onurğa beyninin zədələnmə dərəcəsindən asılıdır. Lakin sümüklər yerindən çıxmadan baş vermiş hətta böyük sınıqlarda belə aydın simptomlar olmur. Onurğa sütununun sınmasından şübhələndikdə zərər çəkmiş adama heç bir şübhə doğurmayan onurğa sütunu sınığında olduğu kimi ilk yardım göstərilməlidir. Xəstəni müayinə etmək üçün oturtmaq, yaxud ayağa qaldırmaq, bir böyründən o biri böyrü üstə çevirmək olmaz. Xəstəni xərəyə düzgün qoymamaq və ehtiyatsız olmaq onurğa sütununun sınmış yerindən çıxmasına və onurğa beyninin zədələnməsinə səbəb ola bilər. Xəstəni xərəyə qoymaq üçün üç adam olmalıdır: onların üçü də birdən xəstəni çox ehtiyatla götürüb xərəyə qoymalı və sınmış yeri qətiyyən tərpərməməlidirlər. Zərər çəkmiş adamı arxası üçtə xüsusi xərəkdə, yaxud adi xərəkdə aparırlar: onurğa sütununu azca qaldırmaq üçün sınmış yerin altına pambıq və ya parça qatlayıb qoyurlar. Ancaq xərək yumşaq olduqda xəstəni qarnı üstə üzadırla. Boyun fəqərələri zədələndikdə boyuna pambıq qoyub bintlə sarımalı (boyunun tərpənməməsi üçun) və xəstənin başını azca dala aparmalı. Xəstəni nəqliyyatla aparmaq üçün onu başqa xərəyə

köçürmək olmaz, çünki bu ona zərər yetirə bilər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, onurğa sütunu çox zədələnlikdə şok əmələ gəlir, buna görə də şoka qarşı müalicə aparılmalıdır.

Diaqnozu dəqiq qoyduqdan sonra xəsarətin dərəcəsindən asılı olaraq cərrahiyyə stolunda sümükləri birdəfəlik yerinə salır, sonra gips korseti qoyur, yaxud daimi dartma yaradırlar. Xəstəni arxası üstə bərk yastı çarpayıya uzadır (yaxud adi, çarpayıda döşəyin altına taxta qoyurlar), çarpayının baş tərəfini 20 sm qaldırırlar. Onurğa sütununun yuxarı şö'bəsinin sınıqlarında alt çənəyə Qlisson ilməyi keçirib başı dartır, yaxud kəllə tağı sümüklərinə klemlər qoyub dartma yaradırlar. Aşağı döş və bel fəqərələrinin sınıqlarında, qayışı (binti) qoltuqdan keçirib təsbit edirlər. Çarpayının ayaq tərəfi alçaq olduğu üçün xəstənin öz ağırlığı dartma əmələ gətirir. Sınmış yerin altına bərk mütəkkə qoyurlar. Sümük parçaları onurğa beynini sıxdıqda tə'cili cərrahi əməliyyat aparmaq lazımdır.

Müalicənin sonrakı mərhələlərində xəstəyə yaxşı qulluq etməyin böyük əhəmiyyəti vardır, çünki bu cür xəstələr, adətən, $1^1/_2$-2 ay çiddi yataq rejimində olurlar. İlk günlər qan durğunluğu ilə əlaqədar baş verə biləcək pnevmoniyanın qarşısını almaq, sonralar isə yataq yaraları əmələ gəlməməsinə çalışmaq lazımdır. Onurğa sütununun sınıqlarında onurğa beyninin sıxılması, yaxud əzilməsi ilə əlaqədar olaraq baş verən ən böyük ağırlaşmalar ifliclərdir. Sidik kisəsinin ifliclərində irinli sistit və yuxarıya qalxan pielonefrit əmələ gəlməsi qorxusu vardır, düz bağırsağın iflicində qeyri-iradi defekasiya baş verir (xəstə yerini batırır), buna görə də belə xəstələrə xüsusi qulluq edilməlidir.

Çanaq sümüklərinin sınıqları. Çanaq sümüklərinin (qasıq, oturaq və qalça sümükləri) həm ayrıca sınıqlarına, həm də bir neçə sümüyün eyni vaxtda baş verən sınıqlarına təsadüf edilir, bunun nəticəsində çanağın tamlığı pozulur və çox vaxt böyük qansızmalar və daxili üzvlərin zədələnməsi ilə müşayiət olunur (sidik kanalı, sidik kisəsi, düzbağırsaq deşilir). Uşaqlarda çox vaxt qalça-oma birləşməsi qırılır və aralanır. Hər iki qasıq və oturaq sümükləri sındıqda xəstə xarakterik "qurbağa vəziyyəti" alır (qıçlar dizlərdən qatlanıb aralı durur). Simfiz qırıldıqda xəstə hər iki qıçını dizdən qatlayıb bir-birinə birləşdirir, bunları aralamağa qoymur, çünki bərk ağrıyır. Qasıq sümüyü sındıqda xəstənin dabanı "elə bil döşəyə yapışır"-o, dabanını döşəkdən götürüb qıçını qaldıra bilmir. Lakin başqası onun qıçını azca qaldırandan sonra özü bir az da yuxarı qaldırır və kənardan kömək olmadan bu cür saxlayır. Çanaq halqası qırıldıqda sagital və ya frontal istiqamətdə sıxılma qeyri-normal mütəhərriklik və şiddətli ağrı yaradır. Bə'zən əllədikdə ayrı-ayrı sümüklərin sınmış yerlərini müəyyən etmək mümkün olur. Sidik yolları zədələndikdə qarında ağrı, sidikdə qan ola bilər, sidik kisəsinin boş olmasına, yaxud sidik ifrazı ləngiməsinə baxmayaraq xəstə siyimək istəyir.

İlk yardım-zərər çəkmiş adamı maşına düzgün qoyub dərhal xəstəxanaya çatdırmaqdan ibarətdir. Onu bərk xərəyə arxası üstə uzadır və sonra maşınla aparırlar. Bu vaxt onun qıçlarını çanaq-bud və diz oynaqlarında qatlamaq lazımdır. Dizinin altına adyalı və ya paltarı mütəkkə kimi qatlayıb qoyurlar. Şok varsa əsas diqqət şokun aradan götürülməsinə yönəldilməlidir.

Stasionarda diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün klinik müayinə aparılır. Hər iki qıçı və bədənin hər iki hissəsini ölçüb tutuşdurmaqla, düzbağırsaqdan əlləməklə (qadınlarda uşaqlıq yolundan) və mütləq rentgenoloji müayinə aparmaqla düzgün mə'lumat əldə etmək olar. Ağırlaşmamış ayrıca sınıqlarda sümük parçalarını yerinə saldıqdan sonra konservativ müalicə aparırlar; xəstə bərk çarpayıda arxası üstə, qıçlarını azca aralayıb, çanaq-bud və diz oynaqlarında yarıqatlamış vəziyyətdə rahat uzanır: qıçları bu vəziyyətdə saxlamaq üçün dizin altına adyal və ya başqa bir şey qatlayıb qoyurlar. Sümuk parçaları yerindən çıxırsa dartma tətbiq edirlər. Sümük parçaları yerindən çox çıxdıqda bunları məftillə və ya vintlə təsbit edirlər. Daxili üzvlər zədələnmiş çanaq sümüklərinin sınıqlarında cərrahiyyə əməliyyatı aparılır.

Zərər çəkmiş adamlara qulluq etdikdə qan durğunluğu pnevmoniyasının və yataq yaralarının qarşısını almağın böyük əhəmiyyəti vardır. Belə xəstələrlə orqanizmin ümumi tonusunu qaldırmaq və əzələləri möhkəmlətmək üçün məhdud miqdarda tə'yin edilmiş müalicəvi bədən tərbiyəsi aparmaq lazımdır.

Aşağı ətrafların sınığı. *Bud sümüyünün sınıqları* ağır xəsarətlərə aiddir. Bud sümüyü boynunun sınıqlarına daha çox təsadüf edilir: adətən, yaşlı adamlar, (çox vaxt qadınlar) hətta yüngülcə yıxıldıqda belə, bu sümük sına bilər. Uşaqlarda isə sümük sınmır, lakin epifizar xətt pozulur (epifizeoliz).

Diaqnozun qoyulmasında anamnezin mühüm əhəmiyyəti vardır; yıxıldıqda böyük burma nahiyəsində bud sümüyü bərk ağrıyır və xəstə özü qalxa bilmir. Arxası üstə uzanmış xəstəni müayinə etdikdə qıçının bayıra çevrildiyi, azca qısaldığı nəzərə çarpır. O, qıçını rahat qaldıra bilmir. İti bir şeydən deşilmiş sınıqlarda bə'zən sınığın əlamətləri o qədər az nəzərə çarpır ki, xəstə özü gəzə bilir. Bud sümüyünün diafizi sındıqda ətrafın deformasiyası, budun və ayağın bayıra çevrildiyi, sınıq yerinin şişdiyi aydın görünür, xəstə gəzə bilmir.

İlk yardım Diterixs şinası qoymaqdan, yaxud sınıq yerinə iki taxta qoyub təsbit etməkdən ibarətdir: taxtalardan birini büdun içəri tərəfinə qasıqdan ayağın axırına kimi qoyub bintlə sarıyır, ikincisini isə bayır tərəfdən qoltuqdan ayağa qədər qoyub sarıyırlar. Şina olmadıqda sınmış qıçı sağlam qıça bağlayırlar. Sonra xəstəni xərəyə qoyub xəstəxanaya çatdırırlar.

Bud sümüyünün sınığını sınmış yerdən və xəstənin ümumi

vəziyyətindən asılı olaraq daimi dartma və ya cərrahi yolla- osteosintezlə (sümükləri bir-birinə calayıb) müalicə edirlər. Skelet dartması üçün, adətən, xəstənin fiziki inkişafından və bədən quruluşundan asılı olaraq buddan 8 kq-dan 18 kq-a qədər, baldırdan 3-5 kq yük asırlar. Ayağın sallanmaması və onu baldırdan 90° bucaq altında saxlamaq üçün ayağa xüsusi ilmək keçirib balaca daş (1 kq-a qədər) asırlar. 4-6 həftədən sonra skelet dartmasını təxminən eyni müddətə leykoplastırla əvəz edirlər. 3 yaşa qədər uşaqlarda bu cür sınıqları leykoplastırlar qoyub şaquli dartma ilə müalicə edirlər. Bud sümüyünün boynu kec bitişdiyi üçün, xüsusilə yaşlı adamlarda, hazırda osteosintez operasiyası (buna əks-göstəriş yoxsa) geniş tətbiq olunur. Sümük parçalarını xüsusi metal mıxlarla bərkidirlər. Operasiyadan sonra xəstələr, adətən, 3 həftə yataqda qalırlar. Qıçı Beler şinasına qoyurlar. Rentgenlə yoxladıqdan sonra xəstəni yerindən qaldırır və ona əl ağacı ilə gəzməyə icazə verirlər. o xəstə qıçına tədricən ağırlıq salmalıdır.

Diz oynağının zədələnmələri çox vaxt bilavasitə ona vurduqda, habelə ətrafın aşağı şö'bəsi təsbit edilmişkən gövdəni və budu kəskin surətdə döndərəndə olur. Adətən, çavan kişilərdə, çox vaxt idmançılarda, xüsusilə xokkey və futbol oynayanlarda baş verir. Diz qapağının sınığına, bağların qırılmasına, menisklərin zədələnməsinə təsadüf edilir. Çox vaxt bu zədələnmələr eyni vaxtda olur. Diaqnoz qoymaq, adətən, çətinlik törətmir: oynaq bərk ağrıyır, xeyli şişmiş olur, onun içinə qan sızdığı üçün (hemartroz) konturları bilinmir, oynaq az mütəhərrik olur. Zədələnmənin xakterindən asılı olmayaraq ilk yardım bud sümüyünün yuxarı üçdə birindən ayağa qədər daldan və ya yandan şina qoyub zərər çəkmiş adamı xəstəxanaya çatdırmaqdan ibarətdir.

Diz qapağının sınıqları, demək olar ki, həmişə oynaq boşluğuna keçir. Adətən, əllə yoxladıqda sınığın kənarlarını və aponevroz qırıldıqda bunların nə qədər aralandığını müəyyən etmək mümkün olur. Bağlar və aponevroz qırılmamışsa konservativ mualicə aparırlar: diz oynağı boşluğunu punksiya edib qanı çıxarır, sümük parçalarını leykoplastırla yaxınlaşdırır, üstdən basan sarğı qoyur və qıçı açılmış vəziyyətdə longetə qoyurlar. Sümüklər çox aralanıbsa mütləq cərrahiyyə əməliyyatı aparılmalıdır.

Menisklərin zədələnməsi. Zədələnmə böyük olduqda müalicə diz oynağına rahatlıq verməkdən ibarətdir; bunun üçün sağrı büküşündən barmaqların ucuna qədər qıçı diz oynağında azca qatlayıb daldan gips longeti qoyulur: bundan sonra müalicə gimnastikası və fizioterapiya tə'yin edirlər. Zədələnmə təkrar baş verərsə xəstəlik xroniki şəklə keçir. Çox vaxt meniski kəsib götürürlər. Sonrakı müalicədə intensiv müalicə gimnastikasının və fizioterapiyanın böyük əhəmiyyəti vardır, bunlar diz oynağının mütəhərrikliyini saxlayır.

Baldır sümüklərinin sınıqlarına əsas e'tibarilə cavan və orta yaşlı

kişilərdə təsadüf edilir. İlk yardım bud sümüyünün yuxarı üçdə bir hissəsindən ayağa qədər şina qoyub diz və aşıq oynağını təsbit etməkdir. Qamış sümüyünün baş tərəfi sındıqda axırıncı diaqnozu ancaq rentgenoqrafiyadan sonra qoyurlar. Ən yaxşı nəticə dizi açıb aralanmış sümükləri yaxınlaşdırmaq üçün yandan əlavə daş asmaqla sümük tarımlırı yaratmaqdır. Kondilus sındıqda və sümüklər çox aralandıqda mütləq operasiya aparmaq lazımdır.

Bütün sınıqlardan baldır sümükləri diafizinin sınıqları ikinci yer tutur (birinci yerdə saidin sınıqları durur). Qamış sümüyü daha çox zəif yerdən-orta hissə ilə altdakı üçdə bir hissənin sərhəddində sınır. İncik sümüyü, adətən, qamış sümüyündən yuxarıda sınır. Sümük parçaları yerindən çıxmış sınıqlarda deformasiya aydın görünür, bu isə diaqnozu asanlaşdırır. Ayağı, adətən, pəncədən qatlayıb təsbit edirlər. Sümük parçaları yerindən çıxmamış sınıqlarda xüsusi gips sarğısı, yaxud dairəvi gips sarğısı qoyurlar. Sümüklər yerindən çıxdıqda yerli anesteziya aparıb yerinə salır və sümükləri tutuşdurub gips sarğısı qoyurlar. Lakin sümük parçalarını düzgün vəziyyətdə saxlamaq çətin olduğu üçün dabandan mil keçirib skelet dartması yaradırlar. Baldırı Braun şinasına, ayağı isə azacıq kor bucaq altında baldırdan asırlar.

Çəp sınıqlarda dartma əmələ gətirmək üçün böyük daş (10 kq-a qədər) asırlar. Açıq sınıqlarda bu üsul çox münasibdir, çünki yaraya sarğı qoymaq və ona baxmaq asan olur. Sonralar (3-4 həftədən sonra) dizi açıb budun ortasına qədər gips sarğısı qoyurlar. Xəstənin yeriməsi üçün bu sarğıya gipslə dəmir üzəngi bərkidirlər. Sümük tamam bitişdikdən sonra gipsi çıxarırlar. Baldırın əzələləri lazımınca işləmədiyinə görə venoz qan dövranı yavaşıyır və xəstələr ayaqlarında ödem (xüsusən axşama yaxın) olduğunu görürlər. Bu cür ödemlər adi üsullarla (massaj, bintlə sarımaq və s.) çətin çəkilir, buna görə də Unnanın sink-jelatin pastasından istifadə etmək tövsiyə edilir. İşlətmək üçün bu maddədən bir parça götürüb su hamamında əridir və barmaqlara qədər ayağa yaxıb bintlə hər yeri bir bərabərdə bərk sarıyırlar. Sonra yenə pasta yaxır və yenə binti birqat sarıyırlar, daha sonra yenə pasta yaxır və onun bir bərabərdə hopması üçün əllə hamarlayırlar. Bu sarğını xəstə səhər yerindən durana qədər ödemlər hələ yox ikən qoyurlar və 4-6 həftə dəyişmədən saxlayırlar.

Baldırın aşaqı tərəfi sındıqda o şişir, əl vurduqda ağrıyır, aşıq oynağı çətin tərpənir. İlk yardım ayağı baldıra düz bucaq altında qoyub dizaltı çuxurdan barmaqlara qədər daldan şina qoymaqdır. Bir və ya hər iki topuğun sınıqlarına çox tez-tez təsadüf edilir və bağlar qırıldıqda ayağın çıxığı ola bilər. Rentgenlə müayinə aparıb diaqnozu dəqiqləşdirirlər.

Sümük parçaları yerindən çıxmamış sınıqlarda dairəvi gips sarğısı ("uzunboğaz çəkmə" kimi), yaxud daldan longet (topuğun biri sındıqda) qoyurlar. Sümük parçaları yerindən çıxdıqda yerli anesteziya aparıb bunları mükəmməl surətdə tutuşdururlar. Sümük parçaları

yerinə düzgün salınıbsa və möhkəm bəndlənibsə gips şinası qoyur və baldırı yuxarı qaldırıb saxlayırlar. Sümük parçalarının tutuşdurulması şübhə doğurduqda daban sümüyündən mil keçirib skelet dartması tətbiq edirlər.

Ağırlaşmalarsız keçən sınıqlarda xəstələr ambulatoriyada müalicə olunurlar, lakin mütləq hər həftə yoxlamaq lazımdır, xüsusən gips sarğısını: bunu 3 həftə saxlayır, sonra dəyişib yenə 4-5 həftə saxlayırlar. Gipsi çıxardıqdan sonra Unna pastası ilə sarğı qoyub 2-3 həftə saxlamaq yaxşı nəticə verir. Bağ aparatı qırılarkən ayaq çıxıqlarının qarşısını almaq üçün supinator, yaxud xüsusi ortopedik ayaqqabı geymək tövsiyə edilir, çünki bu cür ayaqqabı aşıq oynağını bərk tutur.

Ayaq sümüklərinin sınıqları. Daban sümüyünün sınıqlarına daha çox təsadüf edilir. Bu zaman adi sınıq əlamətləri-ödem, ağrı və çətin yeriməklə yanaşı, zədələnmiş ayaqda içəridəki topuq saqlam ayağın topuğundan yuxarıda olur. İlk yardım-ayağı baldıra düz bucaq altında qatlayıb şina qoymaqdan ibarətdir. Müalicə üçün sınığın xarakterindən asılı olaraq uzunboğaz çəkmə şəklində gips, yaxud daldan gips şinası qoyur və sonra Unna pastası ilə sarğı qoyurlar.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, çox vaxt bir neçə sümük sınmış olur, buna görə də ilk yardım göstərəndə xəstəni diqqətlə müayinə etmək və soruşmaq lazımdır ki, heç bir şey nəzərdən qaçmasın və yolda ağırlaşmalar baş verməsin.

ÇIXIQ-oynaqla birləşən sümüklərin uclarının fizioloji mütəhərriklik həddindən qeyri-normal və uzun müddət yerindən çıxıb oynağın funksiyasının pozulmasıdır. Travma nəticəsində baş verən (daha tez-tez olur) çıxıqlar; oynaqların və oynaq səthlərinin düzgün inkişaf etməməsi nəticəsində baş verən anadangəlmə çıxıqlar; vərəm və ya distrofik proseslə əlaqədar olan patoloji çıxıqlar: ilk travmatik çıxıqdan sonra bağ aparatının zəifləməsi nəticəsində baş verən adi çıxıqlar ayırd edilir. Həmçinin tam və ya yarımçıxıq da ayırd edilir. Yarımçıxıqda oynaqların səthləri bir-birinə qismən toxunur. Çox vaxt çıxıq zamanı oynaq kapsulunun bağ aparatı qırılmış, bə'zən damar və sinirlər zədələnmiş olur. Travmatik çıxıqlarda bə'zən sümük çatlaqları olur və sümüklərin kənarları sınır.

Çıxıqların simptomları: oynaqlarda bərk ağrılar, oynağın tamam və ya qismən işləyə bilməməsi, oynağın deformasiyaya çox uğraması və konfiqurasiyasının dəyişməsi; onun çıxmış tərəfi yumşaq toxumaları başqa yerdən vurub çıxarır, oynağın özündə isə çökəklik əmələ gəlir. Çıxıq tərəfin oynaq çuxuruna görə vəziyyətindən asılı olaraq ətraf qısalır, yaxud uzanır.

Hətta heç bir ağırlaşması olmayan çıxığı belə xəstəxanada ancaq həkim yerinə salmalıdır. İlk yardım şina və ya sarğı qoyub tərpənməyə qoymamaq, ağrıkəsici dərmanlar vermək və ixtisaslı yardım göstərmək üçün tə'cili olaraq xəstəxanaya çatdırmaqdan ibarətdir.

Müalicə üç mərhələdən ibarətdir: oynağın yerinə salınması, yə'ni onun normal anatomik nisbətlərinin bərpa edilməsi, qısa müddət təsbit edilməsi və funksional müalicə. Çıxıqları ilk saatlar yerinə salmaq lazımdır, çünki nə qədər tez salınsa bir o qədər yaxşı yerinə düşür. Bir neçə gündən sonra çıxığı yerinə salmaq çətin olur, 2-3 həftədən sonra isə köhnəlir və cərrahi yolla yerinə salmaq lazım gəlir. Çıxığı yerli anesteziya ilə, yaxud ümumi narkoz altında yerinə salırlar (əzələlər çox gərgin olub çətinlik törətdikdə).

Çıxığı yerinə saldıqdan sonra oynaq nahiyəsini 8-10 gün müddətinə bərk sarıyır, sonra isə massaj, müalicə gimnastikası edir və fizioterapevtik proseduralara başlayırlar. Oynağın çətin hərəkət etməsi və sarğını düzgün qoymamaq, yaxud uzun müddət təsbit edilməsi nəticəsində kapsulun yerindən çıxması kimi halların qarşısını almaq lazımdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, qıçı həddindən artıq işlətmək əzələlərin, kapsulun bir daha zədələnməsinə səbəb olar, sonra isə çıxıq həmişəlik qalar.

SARĞILAR[1]- sarğı materialını yaranın üzərində saxlamaq, yaxud zədələnmələr və xəstəliklər zamanı bədənin müəyyən bir yerini tərpənməyə qoymamaq üçün qoyulur. Həmçinin sarğıları müəyyən bir nahiyəni daim bir bərabərdə sıxmaq üçün sıxıcı sarğılar (adətən, qanaxmanı saxlamaq üçün), bə'zi üzvlərin, məsələn, ətrafların və ya onurğa sütununun vəziyyətini düzəltmək üçün (təshihedici sarğılar) qoyurlar. İlk yardım üçün fərdi sarğı zərfləri çox yayılmışdır: bu cür zərfdəiki steril tampon və bint olur. Hazırda sənayedə və kənd təsərrüfatında baş vermiş bədbəxt hadisələrdə bu zərflərdən, müvəffəqiyyətlə istifadə edilir.

Hansı material işlənməsindən asılı olaraq yumşaq (yapışqanla, plastırla, ləçəkvarı bintlə) və bərk (şinalı, nişastalı və gipsli) sarğılar olur.

Yumşaq sarğılar. Kiçik yaralarda sarğı materialını dəridə saxlamaq üçün kleol və ya kollodi ilə *yapışqanlı sarğılar*, habelə leykoplastır sarğıları qoyurlar. Kleol sarğısı qoymaq üçün yaranın üstünə steril salfetka qoyur və, ətrafına kleol sürtürlər. 1-2 dəqiqədən sonra yapışqan quruduqda sarğının üzərini tənzif və ya bint parçası ilə örtür və dəriyə bərk sıxırlar. Uclarını qayçı ilə kəsirlər. Kleol sarğısının mənfi cəhəti islandıqda qopmasıdır. Bundan, başqa, onu tüklü yerlərə qoymaq mümkün deyil. Kollodi sarğısı qoymaq üçün əvvəlcə sarğı materialının üstünü tənziflə elə örtürlər ki, kənarları hər tərəfdən 2-3 sm çıxır, sonra tənzifin bayırda qalan tərəfinə kollodi yaxırlar. Kollodi tez quruyur, sarğını yaxşı saxlayır, lakin dərini dartır və bir neçə dəfə qoyduqda dərini qıcıqlandırır. Hazırda tibbdə operasiyadan sonra yaranı açıq müalicə etmək üçün xüsusi bakterisid yapışqandan istifadə etməyə başlamışlar. Bu cür yapışqan kiçik balonlarda təzyiq altında

1 Tibb elmləri namizədi D.A.Velikoretski tərəfindən yazılmışdır.

olur və yaraya tikiş qoyduqdan sonra pulverizatordan püskürdülür. Yapışqanlı sarğının bu növü çox münasibdir, çünki yaranın üzərini pərdə örtür və bu pərdə yaraya infeksiya düşməyə qoymur, həm də çox şəffaf olduğu üçün yaraya və tikişlərə baxmağa imkan verir.

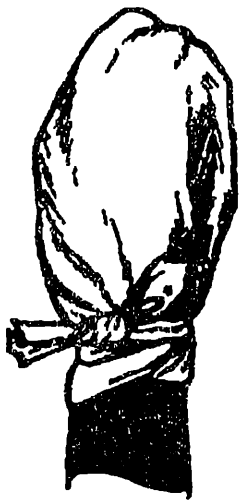
Leykoplastır sarğısında leykoplastır zolaqlarını ya bir-birinə paralel, ya da xaç şəklində qoyurlar. Bir sıra hallarda leykoplastır sarğısını örtülmək üzrə olan yaranın kənarlarını yaxınlaşdırmaq üçün qoyurlar. Yaranın üzərinə steril sarğı materialı zolağı salır, bunun üstündən isə bir-birinə paralel bir neçə leykoplastır zolağı qoyurlar; bunlar yaranın kənarlarını yaxınlaşdırır. Qarın divarının yaralarında, xüsusilə yaranın kənarları çox aralanmış olduqda, güdülün yaralarında və s.-də bu cür sarğılardan istifada edirlər. Dartan leykoplastır sarğısını sınmış qabırğalara da qoyurlar. Enli (5 sm) leykoplastır zolaqlarını xəstənin nəfəsvermə vəziyyətində onurğa sütunundan başlayıb qabaqda orta xəttə qədər qabırğa boyunca qoyurlar. Bu cür sarğı sümük parçalarını tutub saxlayır və nəfəs aldıqda baş verən ağrıları xeyli azaldır. Son vaxtlar kiçik yaralara bakterisid plastır qoyurlar və bu çox kömək edir: o, xüsusi zərflərdə olur. Leykoplastırın aşağıdakı qatı bakterisid maddəyə hopdurulmuş steril salfetkadır, onun üzərində pərdə vardır. Bilavasitə yaraya qoymazdan əvvəl bu pərdəni ehtiyatla götürür, salfetkaya əl vurmadan yaranın üzərinə qoyurlar. Plastır dəriyə yapışdığı üçün sarğı düşmür, bakterisid maddə isə yaranın sağalmasına kömək edir. Leykoplastır sarğısının mənfi cəhəti odur ki, plastır dərini yeyir, xüsusən tez-tez qoyduda, irinli yaralarda isə islanıb qopur.

Ləçəkvarı sarğı-ilk yardım göstərdikdə bundan çox istifadə edilir, habelə bazunun, saidin və biləyil xəstəliklərində yuxarı ətrafa rahatlıq vermək üçün qoyulur. Ləçəyi hər hansı üçkünc kəsilmiş parçadan düzəldirlər. Onun uzun tərəfi qaidə, bunun qarşısındakı güncü təpə, o biri güncləri isə uc adlanır.

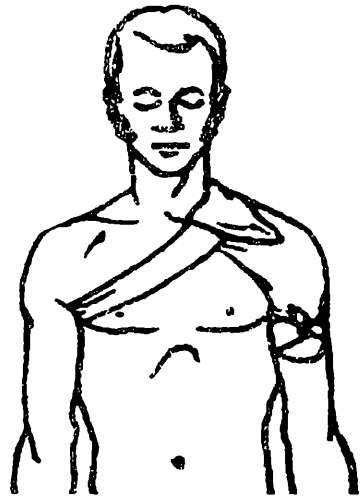
Said sümüyünə ləçəkvarı sarğı qoyduqda aşağıdakı qaydalara əməl edilir. Saidi düzbucaq altında qatlayıb altdan ləçəyi qoyurlar, həm də onun uzun tərəfi bədənin orta xətti üzrə, təpəsi dirsəyə tərəf gövdə ilə qolun arasına qoyulur, uclarını boyuna keçirirlər. Saidlə gövdə arasından gələn ucu, adətən, xəstə qoldan, saiddən qabaqda olan o biri ucu sağlam qoldan keçirirlər. Ləçəyin təpəsi dirsəyi daldan tutub qabağa çıxmalı, mütləq əllə düzəldilməli və qabaqdan sancaqla bərkidilməlidir. Bu cür sarğı xəstəxana şəraitində qoyulub zədələnmiş qolu asmaq üçündür. Bu sarğını bədənin müxtəlif yerlərinə başqa üsullarla da qoymaq olar. Ələ ləçəkvarı sarğı qoyduqda (şəkil 1) onun uzun tərəfini (qaidəsini) saidə tərəf qoyur, təpəsinə barmaqları bükür, əlin üstünə-saidəqədər çatır, uclarını isə mil-bilək oynağında düyünləyirlər. Ələ qalstuk şəklində də sarğı qoymaq olar. Ləçəyi qalstuk şəklində qatlayıb ortasını əlin içinə qoyub əlin üstündə, çarpazlayır və əlin içinə gətirirlər. Buradaca onu bağlayırlar. Bu cür

sarğıları dirsəyə, qoltuqa, dizin altına və ayağa da qoymaq olar. Bazu nahiyəsinə iki ləçəkdən ibarət sarğı qoyurlar. Bunlardan birini qalstuk kimi sağlam qolun qoltuğundan keçirib o biri çiyinə aparır, ikinci ləçəyin təpəsini boyuna, uzun tərəfini bazunun yuxarı tərəfinə qoyurlar. Uclarını bazu ətrafına aparır, təpəsini isə birinci ləçəkdə bərkidirlər (şəkil 2). Sağrıya və budun yuxarı tərəfinə sarğı qoyduqda ləçəyin təpəsini belə bağlanmış kəmərə bərkidirlər, ortası sağrının üzərinə düşür, uzun tərəfini budun yuxarı tərəfinə sarıyıb uclarını bağlayırlar.

Başa ləçək sarğısı qoyduqda onun uzun tərəfini ənsəyə qoyur, təpəsini üzə sallayır, uclarını alından aparır, sonra isə təpəsini əmgəkdə bağlanmış ucların altına qatlayır və burada bərkidirlər. Süd vəzisinə sarğı qoyduqda ləçəyin uzun tərəfini sağlam tərəfdəki bazudan süd vəzisinin altına çəpinə qoyur və sonra arxaya aparırlar: ləçəyin təpəsi başın zədələnmiş tərəfində çiyindən üstdə durur və arxaya düyünlənmiş uclara bərkidilir! Bə'zən böyük yaralara, məsələn, ətrafın amputasiyasından sonra güdülə ləçəkvarı sarğı qoyurlar. Belə halda ləçəyin uzun tərəfi güdüldən yuxarıya qoyulur, ortası güdülü örtür, təpəsi isə düyünlənmiş uclara bərkidilir.



Şəkil 1. Ələ qoyulan ləçəkvarı sarğı



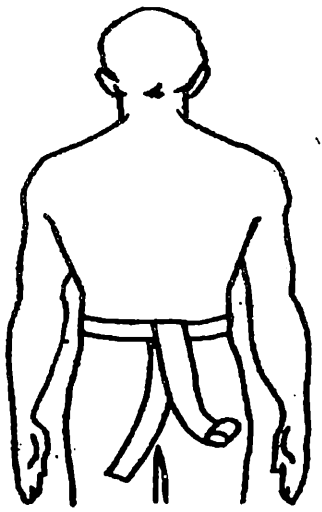
Şəkil 2. Çiyinə qoyulan ləçəkvarı sarğı

Başqa cür sarğılar da vardır.

T-şəkilli sarğıları (şəkil 3) aralığa və anus nahiyəsinə qoyurlar. Bu cür sarğı iri tənzif parçasından ibarətdir: birini kəmər kimi belə bağlayır, o birini isə aralıqdan keçirib kəmərə bərkidirlər.

Sapandvarı sarğılar (şəkil 4) bint parçasından və ya parça zolağından ibarət olub bunların hər iki ucunda uzununa kəsik vardır. Bu cür sarğıları çox vaxt buruna, çənəyə, əmgəyə, ənsəyə qoyurlar. Bunları da qoymaq qaydası eyni olub uclarını mütləq çarpazlayırlar.

Bint sarğıları daha münasib və çox yayılmış sarğılardır. Əl və ayaq barmaqlarını çox vaxt ensiz bintlə (3-5-7 sm), başı, saidi, baldırı orta bintlə (10-12 sm), döş qəfəsini və budu-enli bintlə (14-16 sm) sarıyırlar. Düzgün qoyulmuş sarğı bədənin xəstə yerini tamam örtür, qan dövranını pozmur və xəstəni incitmir. Sarğı qoyduqda xəstə rahat vəziyyət almalı və özünü boş saxlamalıdır. Bədənin sarınan yeri tərpənməməli, binti sarımaq üçün münasib olmalı və sarğını qoyduqdan sonra hansı vəziyyətdə olacaqsa həmin vəziyyətdə də olmalıdır (xüsusilə ətraflar). Binti sarıdıqda xəstəyə fikir verib onun reaksiyasına baxmaq lazımdır (ağrıdırmı, çox sıxırmı və s.). Adətən, binti soldan sağa-saat əqrəbi istiqamətində aparırlar: bintin başını sarınan səthdən ayırmadan bir istiqamətdə elə dolayırlar ki, hər sonrakı dolaq əvvəlkinin yarısını, yaxud üçdə iki hissəsini örtür. Binti sarıdıqda bir əllə açır, o biri əllə isə sarğını tutur və binti düzəldirlər.



Şəkil 3. T-şəkilli sarğının bərkidilməsi

Şəkil 4. Buruna qoyulan sapandvarı sarğı

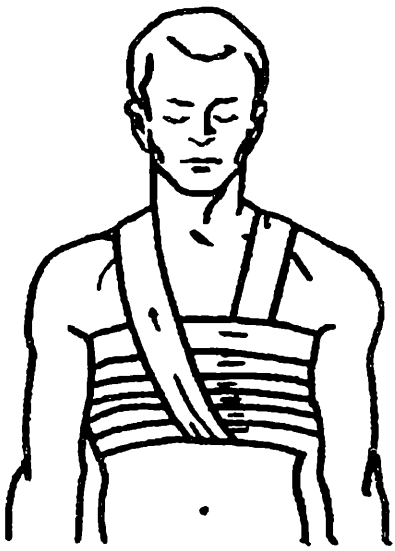
Bə'zi hallarda sarğının daha sıx olması üçün binti 2-3 dəfə doladıqdan sonra burmaq lazımdır, xüsusilə saidi və baldırı sarıdıqda. Bintin ucunu zədələnmiş yerin qarşı tərəfində elə bağlayırlar ki, düyün xəstəni incitməsin.

Bint sarğılarının bir neçə növü vardır: dairəvi, spiral, səkkizvarı, sünbül, tısbağa şəklində, qayıdan və s. Tibb bacısı lap az sarğı materialı işlətməklə sarğını düzgün və tez qoymaq üçün onun əsas növlərini

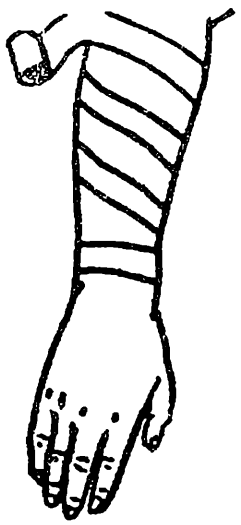
bilməlidir və sonra bunları osas götürüb lazım gəldikdə bir qədər dəyişməlidir.

Dairəvi sarğı daha möhkəmdir, çünki bintin bütün dolaqları bir-birinin üstünə düşüb özündən əvvəlkini tamam örtür. Baldıra, saidə, alına, boyuna və qarına bu cür sarğı qoyurlar.

Spiral sarqı (şəkil 5) da dairəvi sarğı kimi başlayır. Binti iki-üç dəfə doladıqdan sonra onu bir qədər çəpinə aparıb əvvəlki dolağın üçdə iki hissəsini örtürlər. Bint aşağıdan yuxarıya doğru aparılan sarğıya-qalxan sarğı, yuxarıdan aşağıya aparılan sarğıya isə enən sarğı deyilir. Baldırı və ya saidi sarıdıqda ətrafın hər yeri eyni yoğunluqda olmadığı üçün hər dəfə bintin kənarını qatlayırlar, həm də çalışmaq lazımdır ki, bütün büküşlər eyni tərəfdə və eyni xətdə olsun.



Şəkil 5. Döşə qoyulan spiral sarğı



Şəkil 6. Sürüşən sarğı

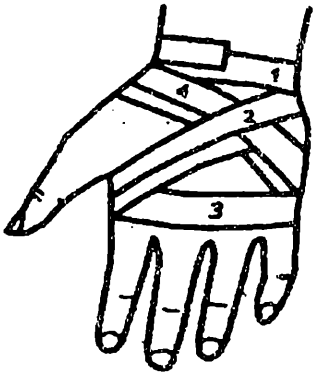
Sürüşən sarğı (şəkil 6) spiral sarğının bir növüdür, lakin bintin dolaqları bir-birinə toxunmur. Bunu sarğı materialını böyük nahiyədə saxlamaq üçün qoyur, sonra isə adi spiral sarğıya keçirlər.

Səkkizvarı və ya xaç şəklində sarğı (şəkil 7)-bu vaxt binti səkkiz rəqəmi şəklində dolayırlar. Əli, döş qəfəsini, boyunun dal tərəfini və ənsəni sarımaq üçün çox münasibdir.

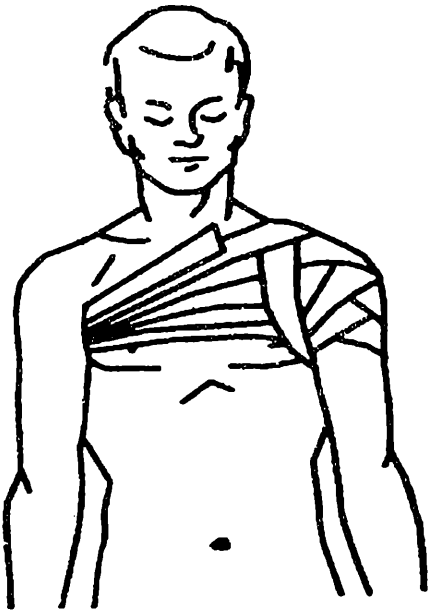
Sünbülvarı sarğı (şəkil 8)-səkkizvarı sarğının bir növüdür, lakin fərqi ondadır ki, bintin hər sonrakı dolaqı bir xətdə çarpazlanıb sonrakı dolaqdan yuxarıda və ya aşağıda olur və zahirən sünbülə oxşayır. Bu cür sarğı boyunu yandan, çiyin qurşağını, körpücüküstünü sarımaq üçün tətbiq edilir.

Tısbağasayaq sarğı (şəkil 9) dirsək və diz oynaqlarını sarımaq üçün

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



Şəkil 7. Əlin səkkizvarı şəklində sarınması

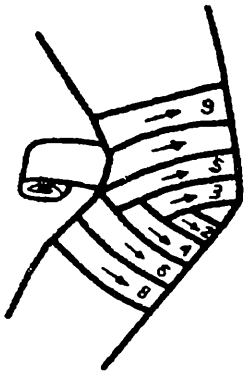


Şəkil 8. Çiyin qurşağına qoyulan sünbülvarı sarğı

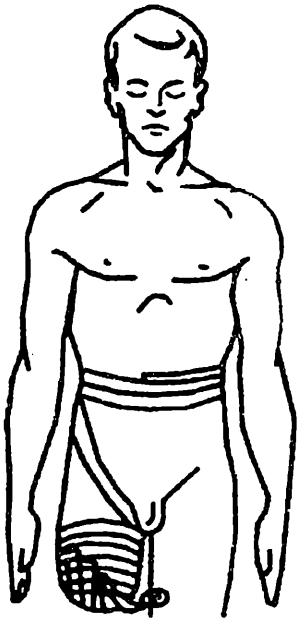
Qayıdan sarğını (şəkil 10) dəyirmi səthlərə-başa, amputasiyadan sonra oynaq güdülünə və s. qoyurlar. Güdülü sarıdıqda əvvəlcə bir sıra bərkidici dairəvi dolaq gedir, sonra binti qatlayıb həmin yeri barmaqla tutur, binti bud boyunca qabaqdan dala aparır, burada yenə qatlayır və bir dəfə dolayıb bintin uzununa zolağını düyünləyirlər. Bundan sonra binti uzununa və dairəvi (bərkidici) aparıb güdülü uzununa zolaqlarla tamam örtürlər. Başı da bu cür sarıyırlar.

Adi tənzif bintlərdən başqa xüsusi elastiki bintlər də buraxılır, bunlardan venaların, əsas e'tibarilə aşağı ətrafların varikoz genəlmələrində istifadə edirlər. Elastiki binti xəstə ayağı qalxan spiral sarğı şəklində yanlardan ortaya doğru sarıyırlar, lakin əvvəlcə qıçı bir müddət yuxarı qaldırırlar ki, dərialtı venalar qandan boşalsın və yatsın. Binti tarım sarıyırlar ki, sarğı qıçı kip tutsun və dayaz venaları sıxsın. Sarğı düzgün qoyularsa yeridikdə və ayaq üstə durduqda qıçlar şişmir.

Venaların varikoz genəlmələrində müntəzəm surətdə elastiki bint sarğısı gəzdirməyin mühüm müalicə-profilaktika əhəmiyyəti vardır.



Şəkil 9. Diz oynağına qoyulan tısbağasayaq sarğı



Şəkil 10. Güdülə qoyulan qayıdan sarğı

Bərk və tərpənməyən sarğılar bədənin zədələnmiş yerini o uzun müddət rahat qoymaq üçün tətbiq edilir. Ətrafların sümükləri sındıqda sümük parçalarını düzgün vəziyyətdə saxlamaq və qıçı tərpətdikdə ağrıları azaltmaq üçün bərk sarğı qoyurlar. Sümük vərəmində, habelə sümüklərdə və oynaqlarda aparılan operasiyalardan sonra ətrafın uzun müddət tərpənməməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Tərpənməyən sarğılar qoyduqda binti ümumi qaydada sarıyırlar, lakin belə sarğıları çox düzgün qoymaq lazımdır, çünki sarğının altından həmin yeri heç də həmişə yoxlamaq mümkün olmur və sarğını dəyişmək xeyli çətin olur.

Şina sarğılarını ilk yardım göstərmək və zərər çəkmiş adamı daşımaq (nəqliyyat şinaları), habelə iltihab xəstəliklərində müalicə məqsədilə (müalicə şinaları) qoyurlar. Hazırda müxtəlif cür nəqliyyat şinaları vardır. Bunlardan ətraflara qoyulan Kramer şinası (nərdivanşəkilli) daha çox yayılmışdır. O, paslanmayan sinklənmiş metaldan olub nərdivan şəklində düzəldilir. Çox yüngüldür və istənilən şəkli vermək mümkündür. Xəstəni daşımaq üçün həmçinin metaldan hazırlanmış torşəkilli şinadan, faner və kartondan düzəldilmiş şinalardan və Diterixs şinasından da istifadə edilir (bax: Sınıqlar, ilk yardım). Bundan başqa, daimi dartma metodu ilə müalicə aparmaq üçün sınmış

qıça lazımi vəziyyət verməyə imkan verən müxtəlif cür müalicə şinaları da vardır. Aşağı ətrafların sınıqlarında çox vaxt çarpayıya qoyulan Braun şinasından istifadə edilir. Bazu sümüyü sınığında Qolubev şinası qoyulur, onu gövdəyə xüsusi bağlar və kəmərlə bərkidirlər. elastiki yük sayəsində qıç daim dartılmış vəziyyətdə olur. Bu şinanın üstünlüyü ondadır ki, xəstə bununla gəzə bilir.

Bə'zi hallarda müalicə aparılan müddətdə bərkiyən sarğılar da qoyurlar, bunlar nişasta dülgər yapışqanı, duru şüş və s. hopdurulmuş bintdir. Bu sarğılar yüngül və möhkəm olur, lakin gec bərkidiyi üçün çox yayılmamışdır. Adətən, bunlardan sümük vərəmində və onurğa sütununun sınıqlarında qoyulub çıxarılan korsetlər hazırlamaq üçün istifadə edirlər, çünki bu cür korsetlər gips korsetlərindən xeyli yüngüldür.

Bədənin sınmış yerinə tam rahatlıq vermək üçün gips sarğılarından istifadə edirlər, bunları qoymaq qaydası əvvəllər təsvir edilmişdir (bax: Sınıqlar, ilk yardım). Gips sarğıları ətrafı yaxşı tutub saxlayır, yaranı ikinci infeksiya düşməsindən qoruyur (açıq sınıqlarda və operasiyadan sonra), yaradan çıxan ifrazatı gips özünə çəkir. Gipsi bilavasitə dəriyə qoyduqda (altdan heç bir şey qoymadan) başqa sarğılara nisbətən ətrafın tərpənməməsini daha yaxşı tə'min edir, lakin çətin çıxır. Bundan başqa, ətrafda ödem olduqda çox sıxır və buna görə də dəyişmək lazım gəlir. Çox vaxt gipsi trikotaj bintin və ya pambığın üstündən qoyurlar. Gips sarğıları bütöv, pəncərəli, körpü şəklində, çıxarılıb qoyulan, longet şəklində olur, həmçinin gips korsetləri və çarpayılarından da istifadə edilir. Bütöv gips sarğısı daha çox yayılmışdır, adətən, o, ətrafların sınığında sümük parçaları yerindən çıxmadıqda (düzgün vəziyyətdə olduqda) tətbiq edilir. Bütöv gips sarğısının bir növü pəncərəli (deşikli)sarğıdır, onu ətraflarda yara olduqda, yaxud açıq sınıqlarda qoyurlar. O, gipsi çıxarmadan yaranı sarımağa imkan verir. Pənçərəni (deşiyi) gips bərkiməmiş, yaxud onu qoyanda açırlar.

Qıçın dörd bir tərəfinə baxmaq üçün ətrafın bir hissəsini açıq qoymaq lazım gəldikdə körpüşəkilli gips sarğısı qoyurlar, o iki bütöv gipsdən ibarət olub bir-birinə taxta, metal və ya karton parçası ilə bərkidilir. Qıçı tərpənməyə qoymamaq, lakin vaxtaşırı ona baxmaq, sarımaq və ya masaj etmək üçün çıxarılıb qoyulan və ya taylı gips sarğıları tətbiq edilir. Ətrafa bütöv gips sarğısı qoyur və o tamam bərkiyənə qədər hər iki yandan uzununa kəsirlər. Bərkiyəndən sonra gips taylarını birləşdirir və bintlə möhkəm sarıyırlar. Lazım gəldikdə sarğını asanlıqla götürmək mümkündür. Çox vaxt yuxarı ətrafların (qolların) sınığında gips longetindən, sümük vərəmində və onurğa sütununun sınığında gips korseti və gips çarpayısından (əsasən uşaqlarda) istifadə edirlər.

OPERASİYAYA HAZIRLIQ. Cərrahiyyə şö'bəsinə daxil olan

xəstələrin əksəriyyətinə cərrahi müdaxilə edilir. Xəstənin daxil olduğu andan operasiya aparılana qədər olan müddət operasiyaqabağı dövr adlanır. Operasiyaqabağı aparılan proseduralar (operasiyaqabağı hazırlıq) ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün görülən tədbirlər olub operasiya təhlükəsini azaltmaq məqsədi daşıyır.

Planlı surətdə aparılan operasiyalara ümumi hazırlıq məfhumuna diaqnoz qoymaq, əsas xəstəliyi və onu müşayiət edən xəstəliyin ağırlaşmalarını aşkara çıxarmaq, həyat üçün mühüm üzvlərin funksional vəziyyətinin müəyyən edilməsində aparılan bütün müayinələr daxildir. Anamnezdə xəstədə allergiya olub-olmamasını, hansı dərmanlar (xüsusilə bu, kortikosteriod hormonlara, antibiotiklərə, antikoaqulyantlara, barbituratlara aiddir) qəbul etdiyini aydınlaşdırmaq lazımdır. Təzə daxil olan xəstəni dindirməkdənsə tibb bacısı bunları xəstəni müşahidə edərkən və onunla təmasda olarkən daha tez aşkara çıxarır. Əsas müayinənin elementləri-xəstənin boyunun və çəkisinin ölçülməsi, qanın və sidiyin klinik analizi, Vasserman reaksiyası qoymaq, qan qrupunu və rezus-amili tə'yin etmək, döş qəfəsinin rentgenoskopiyası və spirometriyası, elektrokardioqrafiya, bağırsaq qurdları yumurtalarına görə nəcisin analizidir.

Operasiyaqabağı hazırlığa-ağız boşluğunun sanasiyası, bə'zən badamcıqların kəsilib götürülməsi, zəruri hallarda dərmanla müalicə aparıb ürək-damar sistemi işini yaxşılaşdırmaq aiddir. Tənəffüs sistemi cəhətdən ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün qabaqca xəstəyə düzgün nəfəs almağı (dərindən nəfəs alıb onu yavaş-yavaş ağızdan buraxmağı), tənəffüs yollarında selik qalıb durğunluq yaranmaması üçün operasiyadan sonra ilk saatlar xəstəyə öskürəklə bəlğəmi çıxarmağı öyrətmək lazımdır. Bu məqsədlə operasiya ərəfəsində (axşam) banka qoyurlar. Operasiyaya hazırlaşanda yanaşı gedən xəstəlikləri də nəzərə almaq lazımdır. Belə ki, şəkərli diabetdə qanda və sidikdə şəkərin faizinin normada, yaxud normaya yaxın olmasına, qanın laxtalanma qabiliyyəti pis olan şəxslərdə-müvafiq göstəricilərin normaya düşməsinə və s. çalışmaq lazımdır.

Adətən, operasiyanı acqarına aparırlar, axşam xəstə yüngül yemək yeyir. Əks göstəriş yoxsa operasiya ərəfəsində bütün xəstələrə təmizləyici imalə qoyurlar.

Operasiyadan qabaq xəstə axşam vanna qəbul edir, onun döşəkağlarını və alt paltarını dəyişirlər. Tibb bacısı xəstənin vəziyyətində dəyişiklik baş verdiyini görsə həkimə deməlidir, aybaşı vaxtı temperatur azca qalxdıqda, soyuq dəydikdə, dəridə irinlik əmələ gəldikdə və s. operasiyanı tə'xirə salmaq lazımdır.

Qarın divarında və qarın boşluğundakı üzvlərdə aparılan operasiyalar. *Qarın dəbəliyi münasibətilə aparılan operasiyalar.* Uzun müddət qarının böyük dəbəliyi olub, qarın üzvləri dəbəlik kisəsinə girmiş xəstələri operasiyaya xüsusi hazırlamaq lazımdır. Bu üzvləri qarın boşluğuna

saldıqda burada təzyiq artır, diafraqma yuxarı qalxır ki, bu da ürəyin və ağciyərlərin işini çətinləşdirir. Xəstələri operasiyaya hazırlamaq üçün 10 gün məşq edirlər: xəstəni baş tərəfi aşağıda olan çarpayıya uzadır və qarın boşluğundakı üzvləri yerinə saldıqdan sonra dəbəlik qapılarına ağır bir şey-içinə qum doldurulmuş müşəmbə torbanı dəsmala büküb qoyur və beləliklə, orqanizmi qarındaxili təzyiqin qalxmasına alışdırırlar. Bağırsaqları işlətmə dərmanı, imalə ilə təmizləyib müvafiq pəhriz gözləməyin böyük əhəmiyyəti vardır, çünki bu cür operasiyalardan sonra bağırsaqların parezi əmələ gəlir.

Mə'dədə aparılan operasiyalar. Operasiyaya hazırlıq xəstənin ümumi vəziyyətindən (bədənin su itirməsi, arıqlama, qanazlığı) xəstəliyin xarakterindən (xora, xərçəng, polip), mə'də şirəsinin turşuluğundan asılıdır. Operasiyadan qabaq xəstəyə çox az şlak əmələ gətirən pəhriz tə'yin edirlər. Turşuluq aşağı olduqda mə'də şirəsi və ya pepsinlə hidrogen-xlorid turşusu tə'yin edirlər. Turşuluq yüksək olduqda qələviləşdirici preparatlar verirlər. Xəstəyə qan, eritrosit kütləsi, zülal preparatları, su-duz məhlulları vururlar. Mə'dədə şiş, iltihab prosesi və ya çapıq olub mə'dənin evakuasiyası pozulduqda yuxudan qabaq mə'dəni ilıq hidrogen-xlorid turşusunun zəif məhlulu və ya sodalı su ilə (turşuluqdan asılı olaraq) su təmizlənənə qədər yuyurlar.

Bu əməliyyat iştahanın artmasına, intoksikasiyanın azalmasına, mə'də divarlarının tonusu qalxdığı üçün mə'dənin yığılma qabiliyyətinin artmasına səbəb olur. Stenozda operasiya aparılacaq gün səhər tezdən zondla mə'də möhtəviyyatını çıxarırlar.

Öd yollarında və qaraciyərdə aparılan operasiyalar. Qaraciyərin funksiyası pozulduqda yağsız yeməklər, vitaminlər, qlükoza və insulin tə'yin edilir. Obturasiyalı sarılıqda (öd yollarını daş tutduqda) K vitamini çatışmadığı üçün qanaxmaya meyl olur. Buna görə də xəstəni operasiyaya hazırladıqda vikasol, kalsium-xlorid tə'yin edir, az-az qan və plazma köçürürlər.

Bağırsaqlarda aparılan operasiyalar. Birinci növbədə bağırsaqları nəcisdən təmizləmək, tikişlərdən infeksiya düşməməsi üçün bağırsaq mikroflorasını tələf etmək lazımdır. Xəstə 3-4 gün ciddi pəhriz saxlayır, ona duru, yarımduru, yüksək kalorili və az şlak əmələ gətirən yeməklər verilir. O, ac qalmamalıdır, çünki bu nəinki xəstənin ümumi vəziyyətini ağırlaşdırır, həm də bağırsaqların funksiyasını pozur. 2-3 gün içməyə naqnezium-sulfat verir, səhər və axşam imalə qoyur, bağırsaq florasına tə'sir edən antibiotiklər tə'yin edirlər.

Qanazlığında, arıqlamada, bədən çoxlu su itirdikdə qan, zülal preparatları və elektrolit məhlulları vururlar.

Düz bağırsaqda və anusda operasiyalar-babasil, anusun çatlaqları, fistul, polip münasibətilə aparılır. Bağırsaqları yaxşı təmizləyirlər. Operasiya qabağı səhər tezdən xəstəyə təmizləyici imalə qoyurlar, həm də bağırsaqlar boşaldıqdan sonra düz bağırsağa rezin boru salıb suyu

çıxarırlar. Aralığı xüsusilə yaxşı təmizləmək lazımdır. Bə'zən operasiyadan qabaq aralığa vanna qəbul edirlər (su çəhrayı rəng alana qədər kalium-permanqanat tökürlər).

Döş divarında və döş boşluğundakı üzvlərdə aparılan operasiyalar. Süd vəzisində operasiya aparmaq üçün xəstəni ümumi şəkildə hazırlamaq və qoltuğunun tükünü ülgüclə qırxmaq lazımdır.

Ürəyin və iri damarların xəstəlikləri münasibətilə operasiyaları ürək cərrahlığı xəstəxanasında aparırlar, bunun üçün xəstəni xüsusi müayinədən keçirmək və hazırlamaq lazımdır, Bütün bunlar xüsusi kitablarda təsvir edilir.

Ağciyərdə operasiyaları da xüsusi (pulmonoloji) şö'bələrdə və ya klinikalarda aparırlar. Belə xəstələr ümumi carrahiyyə şö'bəsinə qoyularsa onlara ayrıca palata ayırmaq lazımdır, çünki ağciyərlərin cərrahi xəstəliklərində çox vaxt xəstələrdə yüksək qızdırma olur, onlar çox öskürürlər, üfunətli çoxlu bəlğəm ifraz edirlər. Belə xəstələrdə zülal itkisini yüksək kalorili qida ilə, qan və qan əvəzedicilər köçürməklə doldurmaq lazımdır. Bronx ağacını bəlğəmdən təmizləmək üçün drenaj vəziyyət yaradırlar (çarpayının baş tərəfi aşağıda olmaqla xəstə başının altına yastıq qoymadan uzanır və yerində dörd bir tərəfə çevrilir, mümkün qədər çox bəlğəm hayxırır). İltihab prosesini və infeksiyanı sağaltmaq üçün sulfanilamidlər, antibiotiklər, ferment preparatları çox kömək edir, bunları inyeksiya, inhalyasiya şəklində verirlər.

Traxeya və bronxları bəlğəmdən təmizləmək üçün traxeyaya boru salır, yaxud onu deşirlər, habelə bronxoskopiya aparıb seliyi çəkib çıxarır və müvafiq preparatın məhlulunu yeridirlər.

Qida borusunun tutulması münasibətilə aparılacaq operasiyadan qabaq (şiş, yanıqlardan sonra çapıqlar olduqda) əsas hazırlıq xəstəni arıqlamağa, susuzlaşmaqa (uda bilmədiyi üçün) qoymamaq, hər çür mübadilə növlərinin pozulmasının və qanazlığının qarşısını almaqdır, bunun üçün1 xəstəni parenteral qidalandırır, qan köçürür, vitaminlər, qlükoza, tonusu artıran və qanazlığına qarşı dərmanlar tə'yin edirlər. Bə'zən radikal operasiyadan qabaq xəstənin qidalanmasını qaydaya salmaq üçün mə'dəyə fistul qoymaq lazım gəlir (bax: *Qida borusuna fistul qoyulmuş xəstələrə qulluq)*. Bə'zən atropin, anestezin, novokain məhlulu (daxilə) tə'yin etməklə udmanı qaydaya salmaq mümkün olur.

Ətraflarda aparılan operasiyalar. Operasiyaya hazırlıq əsas e'tibarilə dərini sağaltmaq və təmizləməkdən ibarətdir. Ayaqda cərrahi müdaxilə apardıqda ayaqlara bir neçə gün zəif naşatır spirti (0,5%-li) məhlulu ilə ilıq vanna eləmək məsləhət görülür.

Qalxanabənzər vəzidə aparılan operasiyalar. Tireotoksiki uru olan xəstələr çox dəyişkən xasiyyətli, əsəbi olurlar. Onların sinir-psixi və ürək-damar sistemləri olduqca səbatsızdır. Ağır hallarda yataq rejimi zəruridir. Zəif xəstələrə 40%-li qlükoza məhlulu və insulin vururlar. Yuxunu qaydaya salmaq, oyanmanı və emosioial gərginliyi aradan

götürmək üçün bromidlər, pişikotu, aminazin, seduksen, dimedrol (pipolfen) tə'yin edirlər. Tireotoksikozu azaltmaq üçün qalxanabənzər vəzinin funksiyasını zəiflədən preparatlar (diyod-tirozin, merkazolil). Lüqol məhlulu verirlər. Operasiyadan sonra böyrəküstu vəzilərin çatışmazlığı qorxusu olur, buna görə də operasiyaya 1-2 gün qalmış hidrokortizon vururlar.

Neyrocərrahi operasiyaları-ixtisaslaşmış xəstəxanalarda aparırlar; bunun üçün xəstəni hərtərəfli müayinədən keçirmək və hazırlamaq tələb olunur.

Ortopedik operasiyaları da ixtisaslaşmış xəstəxanada aparırlar; bu cür operasiyalar aparmaq üçün xüsusi alətlər və cihazlar olmalıdır.

Uroloji operasiyalar. Bütün operasiyalara xas olan hazırlıqdan başqa böyrəklərin funksiyasını yaxşılaşdıran: (sidikqovucu dərmanlar), sidik infeksiyasını azaldan və qarşısını alan dərmanlar (antibiotiklər, furadonin və s.) duzsuz və zulalsız pəhriz tə'yin edirlər. Bə'zən operasiyadan qabaq xəstəyə daimi kateter salırlar.

Operasiyaya bilavasitə hazırlıq bir gün qalmış və operasiya günü aparılır. Xəstə vanna qəbul edir, onun yataq ağlarını və alt paltarını dəyişirlər. Operasiya günü operasiya sahəsini və onun ətrafındakı böyük bir nahiyəni (qarın boşluğunda operasiya aparılacaqsa qasığı, qasıq dəbəliyində-aralığı, budu və s.) ülgüclə qırxırlar. Xətərsiz və xətərli ülgücdən istifadə etməyi xəstəxananın dəlləyindən öyrənmək lazımdır. Operasiyaya bir gün qalmış ülgücləmək lazım deyil, çünki bir günə tüklər çıxır, xırda sıyrıntılara isə infeksiya düşə bilər. Ülgücləməmişdən əvvəl dərini dezinfeksiyaedici məhlulla silir və qurumağa qoyur, qırxandan sonra isə spirtlə silirlər.

Operasiyanı acqarına aparırlar. Səhər xəstənin diş protezlərini çıxarır, tənzifə büküb tumboçkaya qoyurlar. Başına papaq geydirir, yaxud yaylıq bağlayırlar (qadınların saçları uzunsa, hörürlər). Sidik kisəsi mütləq boşalmalıdır. Premedikasiya apardıqdan sonra xəstəni tibb bacısının müşayiəti ilə təkərli stola uzadıb operasiya otağına aparırlar. Xəstə qadının dodağında boya varsa onu, dırnaqlarından lakı silmək (xəstəni müşahidə etməyə mane olur), saçlarını yaylığın altına salmaq lazımdır. Xəstəni təkərli stolla birlikdə ya operasiya otağının işçilərinə təhvil verir, ya da onu operasiya stoluna köçürməyə kömək edirlər.

Tə'çili operasiyalar hazırlıq işlərini mümkün qədər azaltmağa məcbur edir, bu vaxt ancaq zəruri sanitariya təmizliyi aparılır (bə'zən bədənin ancaq çirklənmiş yeri yuyulur), operasiya sahəsi dezinfeksiya edilir və ülgüclənir. Qan qrupunu, rezus-amili, temperaturu tez ölçmək lazımdır. Mə'də möhtəviyyatını çıxarır, bə'zən xəstəyə imalə qoyurlar. Göstəriş varsa venaya dərhal dərman vurur və xəstəni sistem işləyə-işləyə operasiya otağına aparırlar: burada isə lazımi əməliyyatları anesteziya və operasiya vaxtı davam etdirirlər.

Yaşlı və qoca adamların operasiyaya hazırlanması. Yaşlı adamlar operasiyanı ağır keçirirlər, bə'zi dərman maddələrinə son dərəcə həssas olur, yaşla və yanaşı gedən xəstəliklərlə əlaqədar olaraq baş verən müxtəlif cür ağırlaşmalara meyilli olurlar. Bu cür xəstələr bədbin, özünə qapanmış olur, tez inciyirlər. Onların şikayətlərinə qulaq asmaq, xeyirxah və hövsələli olmaq, tə'yinatları vaxtlı-vaxtında yerinə yetirmək onları sakitləşdirir, operasiyanın salamat qurtarağına onlarda inam yaradır. Tənəffüs gimnastikasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bağırsaqların peristaltikasının zəifliyi bununla əlaqədar olaraq, qəbizlik olduğu üçün müvafiq pəhriz, işlətmə dərmanları tə'yin etmək lazımdır. Yaşlı kişilərdə çox vaxt prostat vəzinin hipertrofiyası (adenoma) olur və bunun nəticəsində sidik ifrazı çətinləşir, buna görə də göstəriş olduqda sidiyi kateterlə çıxarırlar. Onlarda istilik tənzimi zəif olduğu üçün ilıq duş tə'yin etməli, vannada suyun temperaturu 37°-dən yüksək olmamalıdır. Vannadan sonra xəstəni yaxşı qurulayır və isti geyindirirlər (üstünü örtürlər). Yaşlı xəstələri vannada tək qoymaq olmaz (ürəkgetmə, kollaps ola bilər). Gecə $^3/_4$-$^1/_4$ doza barbituratlar qrupundan yuxu dərmanı, əlavə olaraq sakitləşdirici və anti-histamin preparatları (bromidlər, dimedrol) verirlər. Premedikasiya aparanda tənəffüs mərkəzini zəiflədən morfini pantopon və ya promedolla əvəz edirlər.

UŞAQLARI OPERASİYAYA HAZIRLAMAQ. Böyüklərdə olduğu kimi, uşaqlarda da operasiyaya hazırlıq cərrahi müdaxilə üçün ən yaxşı şərait yaratmaqdan ibarətdir, lakin bu vaxt ortaya çıxan konkret vəzifələrin və bunların həll edilməsi üsullarının müəyyən xüsusiyyətləri vardır, uşaq kiçik olduqca bu xüsusiyyətlər daha kəskin şəkildə olur. Operasiyaya hazırlığın xarakteri və onun müddəti bir sıra amillərdən: uşağın yaşından, xəstəlik anından (anadan olandan) nə qədər vaxt keçməsindən, yanaşı xəstəliklərin, ağırlaşmaların və s. olub-olmamasından asılıdır. Həmçinin patologiyanın növü və operasiyanın planlı, yaxud tə'cili olması da nəzərə alınır. Bu tədbirlərin bir qismi başqa operasiyalarda olduğu kimidir, başqa bir qismi isə ancaq müəyyən operasiyalarda və müəyyən şəraitdə tətbiq oluna bilər. Tibb bacısı uşağı operasiyaya hazırlamaq üçün yaş xüsusiyyətlərini yaxşı bilməli və həkimin tə'yinatlarını sərişte ilə yerinə yetirməlidir.

Yeni doğulmuş və südəmər uşaqları çox vaxt daxili üzvlərin inkişaf qüsurları ilə əlaqədar olaraq tə'cili və tə'xirəsalınmaz hallarda operasiya edirlər. Operasiyaqabağı hazırlığın əsas vəzifəsi tənəffüs çatışmazlığının, bədənin soyumasının, qanın laxtalanma qabiliyyətinin və su-duz tarazlığının pozulmasının qarşısını almaq, habelə belə halları aradan götürməkdir.

Tənəffüs çatışmazlığının profilaktikası və onunla mübarizə hələ doğum evində başlayır. Tənəffüs çatışmazlığının səbəbləri çox müxtəlifdir (doğum travması, diafraqma və ağciyərlərin inkişaf qüsur-ları,

qusuntu kütlələrinin nəfəs yolunu tutması, pnevmoniya və s.-dir). Tibb bacısı diaqnoz qoyulana qədər və sonra həkimin göstərişi ilə əsas diqqətini uşağın qusuntu kütlələri və seliklə boğulmasının qarşısını almağa yönəldir. Uşağı ağızdan yedizdirməyi dayandırırlar. Uşaq gəyirdikdə və qusduqda mə'dəyə rezin kateter salıb möhtəviyyatı çıxarırlar. Bağırsaqların parezində düz bağırsağa qazçıxaran boru salırlar. Burun-udlağın seliyini kateterlə çəkib çıxarır, yaxud yumşaq tamponla tez-tez təmizləyirlər.

Aspirasiya mənşəli pnevmoniyada həkim yuxarı tənəffüs yollarını traxeobronxoskopiya və ya birbaşa larinqoskopiya aparıb qusuntu kütlələrindən təmizləyir. Bütün bunlarla yanaşı, uşağa nəm oksigen, antibakterial və iltihaba qarşı da müalicə aparır, ürək-da-mar sisteminin işinə kömək edən dərmanlar da tə'yin edirlər. Yeni atelektazlar əmələ gəlməməsi və tənəffüsün çətinləşməməsi üçün tibb bacısı çarpayıda və ya küvezdə uşağın vəziyyətini tez-tez dəyişməlidir.

Uşağın xəstəxanaya qoyulduğu andan soyuqdan qorunması tibb bacısının daim diqqət mərkəzində olur. Yeni doğulmuş uşağın bədəni istiliyi yaxşı tənzim edə bilmədiyi üçün uşaq yolda üşüyə bilər. Bədənin temperaturu 34°S-dən aşağı düşdükdə tənəffüs dayana bilər. Buna görə də cərrahiyyə şö'bəsində uşağı dərhal küvez-inkubatora qoymaq məsləhətdir, vaxtında doğulmuş uşaqlar üçün burada temperatur 28-30°S, vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlar üçün isə 30-32°S olur. Xəstə uşağı bilavasitə operasiya otağına göndərəndə onun qıçlarını sıriqlı adyala, yaxud flanel əsgilərə bələyirlər. Vaxtından tez doğulmuş uşaqların üşüməsi xüsusilə qorxuludur.

Hemorragik sindromun profilaktikası yeni doğulan uşağın operasiyaya hazırlanmasında çox mühüm mərhələdir, belə ki, uşaq anadan olandan sonra 2-5-ci gün qanın laxtalanma qabiliyyəti azalır. Bunu qaydaya salmaq üçün K vitamini (vikasol) tə'yin edilir.

Su-duz mübadiləsinin pozulması ilə mübarizə bunun ağırlıq dərəçəsinə uyğun olaraq aparılır. Bədən çəkisinin neçə faiz azalmasından və klinik mənzərədən asılı olaraq 3 dərəcəli su itirmə ayırd edilir: I dərəcəli-az su itirmə, bu vaxt bədən çəkisinin itgisi əvvəlki çəkinin 5%-ni təşkil edir; II dərəcəli-orta dərəcədə su itirmə, bu vaxt bədən çəkisinin itkisi 5-10% təşkil edir, dəri örtükləri və selikli qişalar quru olur, diurez azalır, bədənin temperaturu azca qalxmış olur; III dərəcəli-çox su itirmə, bədən çəkisinin itkisi 10%-dən çox olur, dəri elastikliyini itirir, turqor aşağı olur, böyük əmgək, gözlər içəri batır, sidik ifazı çox azalır, hipertermiya, taxikardiya əmələ gəlir, arteal təzyiq aşağı olur. I dərəcəli su itirmə-dərhal müdaxilə üçün əks-göstəriş deyil, II və III dərəcəli su itirmədə mütləq operasiyadan qabaq hazırlıq aparmaq lazımdır, yoxsa şok əmələ gələ bilər.

Su-duz mübadiləsini duzəltmək üçün venaya məhlul vurulur. Tibb

1 Tibb elmləri doktoru A.İ.Lenyuşkin tərəfindən yazılmışdır.

bacısı vurulan mayenin miqdarına və tərkibinə ciddi nəzarət etməli və bu barədə həkimin verdiyi göstərişlərə ciddi riayət etməlidir, çünki həm mayenin kifayət qədər vurulması, həm də həddindən artıq vurulması eyni dərəcədə qorxuludur.

Nisbətən böyük uşaqları həm planlı surətdə, həm də tə'cili göstərişlər olduqda operasiya edirlər. Birinci halda mükəmməl klinik müayinə aparırlar. Balaca uşağı operasiyaya *psixoloji cəhətdən hazırlamağa* xüsusi fikir verilməlidir. Uşaqlar çox vaxt operasiya qabağı həyəcan keçirir, qorxurlar. Bə'zən gözlənilmədən keçirilən tibb əməliyyatları zamanı uşaq əsəb sarsıntısı keçirir, buna görə də həmişə uşağa həmin əməliyyatın xarakterini izah etmək lazımdır. Uşağı qorxudan sözlər və ifadələr işlətməmək, onun üstünə qışqırmamaq lazımdır, əksinə, onunla çox mehriban və təmkinlə rəftar etməli. Belə olmazsa, tibb bacısı uşağın e'madını qazanmağa, onu sakitləşdirməyə çalışan həkimin bütün sə'ylərini puç edə bilər.

Operasiyanın salamat qurtarması və operasiyadan sonrakı dövrün normal gedişi üçün uşağı psixolojv cəhətdən hazırlamağın böyük əhəmiyyəti vardır. Həmçinin unutmaq olmaz ki, balaca xəstənin psixoloji cəhətdən hazırlanmasında tibb işçilərinin buraxdığı qüsurlar emosional pozğunluqlara, uşağın xarakterinin düzgün formalaşmamasına səbəb olur. Plan üzrə aparılacaq operasiyaya hazırlaşma prosesində anemiyanı və xroniki qidalanma pozğunluqlarını aradan qaldırmağın mühüm əhəmiyyəti vardır. Müalicə tədbirləri kompleksinə səmərəli pəhriz, dəmir preparatları, vitaminlər, qan və plazma köçürmək daxildir. Müalicənin səmərəsini həm hemoqlobinin qalxması, həm də bədən çəkisinin artması göstərir.

Bilavasitə operasiya qabağı, daha doğrusu, bir gün əvvəl uşağa gigiyenik vanna qəbul etdirir, gecəyə sakitləşdirici dərmanlar tə'yin edirlər. Uşaq axırıncı axşam yeməyini yeyir, gecə təmizləyici imalə edirlər.

Operasiyaya 30-40 dəqiqə qalmış promedol və atropinlə premedikasiya aparırlar. Uşağı operasiya otağına ya təkərli stolda, ya da qucaqda gətirirlər.

Tə'cili operasiyalarda böyüklərdə olduğu kimi, uşağı operasiyaya hazırlamaq üçün ən zəruri analizləri və tədbirləri aparırlar.

Uşaqları operasiyaya hazırlamağın ayrıca məsələləri. *Döş qəfəsi üzvlərində* aparılacaq operasiyadan qabaq, o cümlədən ağciyərlərin xroniki qeyri-spesifik iltihab xəstəlikləri münasibətilə aparılacaq operasiyaya hazırlıq bir sıra işlərdən ibarətdir, bunlardan məqsəd xarici tənəffüs aparatını məşq etmək, bronx ağacını təmizləmək və irin intoksikasiyası ilə mübarizə aparmaqdır.

Xarici tənəffüs aparatının məşqi müalicə gimnastikası, masaj, gəzinti və açıq havada keçirilən idman oyunlarından ibarətdir; uşaqlara dərindən nəfəs almağı, ağciyərin sağlam şö'bələrinin

ventilyasiyasını gücləndirən hərəkətləri öyrədirlər. İxtisaslaşmış müaliçə müəssisələrində bunün üçün xüsusi tə'lim keçmiş metodist olur; lakin həmin kompleksin ayrı-ayrı elementlərini palata tibb bacısı da apara bilər.

Bronx ağacını təmizləmək və irin intoksikasiyasını aradan götürmək üçün bəlğəmin daha yaxşı çıxmasına şərait yaradır, bəlğəmgətirici dərmanlar verir, bəlğəmi yumşaldan fermentlər vururlar. Bəlğəmi çəkib çıxarmaq və antibiotiklər vurmaq üçün narkoz altında bronxoskopiya aparırlar; həmçinin bronx ağacına antibiotikləri aerozol inhalyasiyası şəklində də yeridirlər, balaca uşaqlar üçün bu, çox münasibdir. İnhalyasiyanı gündə 1-2 dəfə, hər gün 15-20 dəqiqə aparırlar. Antibiotiklərdən başqa fermentlərin (tripsin, ximopsin), 2%-li soda məhlulunun aerozollarından da istifadə edirlər.

Qarın boşluğu üzvlərində aparılacaq operasiyadan qabaq operasiyaya hazırlıq işlərinə xəstənin ümumi vəziyyətini möhkəmlətməkdən başqa, bağırsaqların parezinin və operasiyadan sonrakı dövrdə bağırsaq anastomozlarının qarşısını almaq üçün görülən tədbirlər aiddir. Həzm yolunun keçməməzliyində mə'dənin təmizlənməsinin (əmizdirmənin kəsilməsi, mə'də zondu salınması), habelə yoğun bağırsaqda operasiya aparmaq üçün onun nəcis kütlələrindən təmizlənməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Məsələn, Kirş-prunq xəstəliyində, dolixosiqmada, yoğun bağırsağın ikiləşməsində bağırsaqları operasiyaya 2-3 gün qalmış hazırlayırlar. Yüngül pəhriz (bulyon, kefir, kisel) tə'yin edir, hər gün təmizləyici imalə (göstəriş olduqda sifon imaləsi) qoyurlar. Profilaktika məqsədilə bağırsaq florasını azaltmaq üçün daxilə antibiotiklər tə'yin edirlər.

Sidik sistemi üzvlərində aparılaçaq operasiyadan qabaq böyrək çatmamazlığı əlamətləri olan xəstələrdə turşu, qələvi, elektrolit və zülal tarazlığını qaydaya salır (qan köçürür. elektrolit, natrium-hidrokarbonat, qlükoza və s. vururlar), sidik yollarında fəal iltihab prosesi olduqda antibakterial müalicə kursu keçirirlər.

Fistul qoyulmuş və sidiyini saxlaya bilməyən uşaqlara hər gün axşam, yaxud-gündüz "istirahət saatında" gigiyenik vanna edir, onun altını gündə bir neçə dəfə ılıq kalium-permanqanat məhlulu ilə yuyurlar. Dərini sidik qıcıqlandırdıqda fistulun ətrafına və aralığın dərisinə kvars lampası salır, sink pastası və ya Lasser pastası sürtürlər.

Sidik axarını və ya sidik kisəsini bağırsaq seqmenti ilə əvəz etmək, habelə sidik axarını yoğun bağırsağa köçürmək üçün xəstəni operasiyaya hazırladıqda bağırsaq qurdu yumurtalarına görə nəcisi analiz edir və bıj qurd yumurtalarına görə anusun ətrafından material qaşıyıb götürürlər. Operasiyaya 5-7 gün qalmış bağırsaq florasını öldürmək, habelə pielonefrit əmələ gəlməməsi üçün antibiotiklər tə'yin edirlər.

OPERASİYADAN SONRAKI QULLUQ. Tibb işçilərinin bütün

sə'yləri üzvün funksiyasının bərpa olunmasına, yaranın sağalmasına, ağırlaşmaların qarşısının alınmasına və bunlarla mübarizəyə yönəldilir.

Operasiyadan sonrakı dövr operasiya qurtaran kimi başlayır. Xəstənin işə qayıtmasına və normal həyat tərzi keçirməsinə qədər davam edir. Operasiyadan sonrakı ən yaxın dövr birinci 5 gündür, uzaq dövr isə-xəstəxanadan evə yazılandan əmək qabiliyyəti bərpa olunana qədərdir. Böyük operasiyalardan sonra xəstələr intensiv terapiya (reanimasiya) şö'bəsinə, yaxud (bu olmadıqda) operasiyadan sonrakı palataya daxil olurlar. Operasiyadan sonrakı dövr salamat keçdikdə xəstəni 2-4 gündən sonra intensiv terapiya şö'bəsindən palataya köçürürlər.

Operasiya qurtardıqdan və xəstə narkozdan ayılıb sərbəst tənəffüs etməyə başladıqda traxeyadakı borucuğu çıxarır, xəstəni anesteziolog və tibb bacısının müşayiəti ilə palataya aparırlar. Xəstəni operasiya otağından gətirənə qədər funksional çarpayını hazırlamaq və onu elə qoymaq lazımdır ki, hər tərəfdən yanaşmaq mümkün olsun, həmçinin lazımi çihazları da münasib şəkildə qoyurlar. Yataq ağlarını düzəldir, qızdırır, palatanın havasını dəyişir, güclü işığın qabağını tuturlar. Xəstənin vəziyyətindən, operasiyanın və anesteziyanın xarakterindən asılı olaraq xəstəyə yataqda münasib vəziyyət yaradırlar.

Qarında yerli keyitmə ilə aparılan operasiyalardan sonra xəstənin başı yuxarıda və dizləri azca qatlanmış olsa yaxşıdır. Belə olduqda qarın əzələləri boşalır. Əks-göstəriş yoxsa, 2-3 saatdan sonra xəstə qıçlarını qatlaya bilər, böyrü üstə çevrilə bilər. Çox vaxt narkozdan sonra xəstənin başını yana çevirib arxası üstə uzadırlar, başının altına yastıq qoymurlar. Xəstə bu cür uzandıqda beyinə qan yaxşı gedir, tənəffüs yollarına selik və qusuntu kütlələri düşmür. Onurğa sütununda operasiya apardıqdan sonra xəstəni qarnı üstə uzadırlar, döşəyin altından taxta qoyurlar. Narkoz altında operasiya olunan xəstələr tamam ayılana, sərbəst tənəffüs edənə və reflekslər bərpa olunana qədər daim müşahidə altında olmalıdırlar. Operasiyadan sonra dərhal yara nahiyəsinə qum torbası və ya duz qoyurlar ki, hematoma əmələ gəlməsin. Operasiya olunan xəstəni müşahidə edərkən onun ümumi vəziyyətinə, xarici görünüşünə (dərinin rənginə), nəbzin tezliyinə, ahənginə, dolğunluğuna, tənəffüsün tezliyinə və dərinliyinə, arterial təzyiqə, diurezə, qazların çıxmasına və defekasiyaya, bədənin temperaturuna fikir verirlər.

Ağrını kəsmək üçün dərialtına morfi, omnopon (pantopon), promedol tə'yin edirlər; birinci günlər bunları hər 4-5 saatdan bir vururlar. Tromb əmələ gəlməməsi üçün xəstə su itirməməli, fəal olmalı (ilk günlərdən müalicə gimnastikası apapılmalıdır), operasiyadan sonra ayağa tez qalxmalı, göstəriş varsa (venaların varikoz genəlmələrində) baldırı elastiki bintlə bağlamalı, antikoaquliyantlar vurulmalıdır. Yataqda vəziyyəti tez-tez dəyişmək, banka, xardal yaxması qoymaq,

tənəffüs hərəkətləri etmək (rezin torbalara, kürələrə üfürmək) öskurməklə edilən xüsusi hərəkətlər (əli yaranın üstünə qoyub öskürərək onu azca basmaq) qan dövranını və ağciyər ventilyasiyasını yaxşılaşdırır.

Xəstəyə yemək və içmək olmazsa (həzm yolunda operasiya aparıldıqda) zülal, elektrolit, qlükoza məhlulları vururlar. İtirilmiş qanı bərpa etmək və bədəni qüvvətləndirmək üçün qan, plazma, qanəvəzedicilər vururlar. Gündə bir neçə dəfə ağız boşluğunu təmizləmək, pambığı isladıb (hidrogen-peroksid, zəif natrium-hidrokarbonat (soda), borat turşusu, kalium-permanqanat məhlulunda) ağızın selikli qişasını, diş ətini, dodaqları silmək, dodaqlara vazelin sürtmək lazımdır. Xəstənin vəziyyəti imkan verərsə, ona ağzını yaxalatdırmalı. Xəstə uzun müddət ac qaldıqda ağız suyu ifrazı kəsilməməsi üçün (qulaqətrafı ağızsuyu vəzisinin iltihabının qarşısını almaq məqsədilə) qara suxarı çeynəmək (udmaq olmaz), portağal, limon dilimi sormaq tövsiyə edilir.

Qarını yardıqdan sonra (laparotomiya) gəyirmə, hıçqırıq, qusma, köp ola bilər, defekasiya və qazlar ləngiyə bilər. Xəstəyə kömək etmək üçün mə'dəyə burundan və ya ağızdan zond salıb təmizləyirlər(mə'dədə aparılan operasiyadan sonra zondu həkim salır) hıçqırıq ara vermədikdə onu kəsmək üçün dərialtına atropin (0,1 %-li məhlul, 1 ml), aminazin (2,5%-li məhlul, 2 ml) vurur, boyunun vaqosimpatik blokadasını aparırlar. Qazları çıxarmaq üçün boru qoyur, dərman müalicəsi tə'yin edirlər. Mə'də-bağırsaq yolunun yuxarı şö'bəsində aparılan operasiyadan 2 gün sonra hipertonik imalə qoyurlar.

Operasiyadan sonra çox vaxt xəstələr yataqda öyrəşmədikləri vəziyyətdə olduqları üçün və sfinkterin spazmı ilə əlaqədar olaraq özləri siyə bilmirlər. Əks-göstərişlər yoxsa, sidik kisəsi nahiyəsinə ilıq isitqac qoyulur. Krandan axan suyun şırıltısı, ilıq ləyən, venaya heksametilentetramin (uṛotropin) məhlulu, maqnezium-sulfat, atropin, morfi vurmaq xəstəni siyiməyə sövq edir. Bütün bu tədbirlər tə'sir etmədikdə kateter qoyur (səhər və axşam) və sidiyi ölçürlər. Diurezin azalması böyük ağırlaşmaya-operasiyadan sonra böyrək çatışmazlığına dəlalət edə bilər. Yataq yaraları əmələ gəlməməsi üçün dəriyə yaxşı qulluq etmək; bədənin vəziyyətini tez-tez dəyişmək, dərini kamfora spirti ilə silmək, xəstənin altını yumaq, dəyişəyi çirkləndikcə dəyişmək, döşəkağının qırışlarını düzəltmək, rezin dairə qoymaq lazımdır.

Operasiyadan sonra hər xəstə üçün ayrıca rejim tə'yin edirlər. Xəstə ilk dəfə ayağa duranda, ilk addımları atanda tibb bacısı ona kömək edir.

Sarğıya və drenaja fikir vermək. Sarğını gündə bir neçə dəfə yoxlayırlar: onun rahat olub-olmamasına yerində qalıb-qalmamasına, təmizliyinə və islanıb-islanmamasına fikir verirlər. Yara tamam

tikilibsə, sarğı quru olmalıdır. O, yaradan axan çirk və qanla azca islanıbsa üstdəki qatları steril materialla əvəz edir, bintlə sarıyırlar; yaranın üstünü qətiyyən açmaq odmaz. Yara tamam tikilməyib onun içində drenaj, tampon qalıbsa, sarğı islanacaqdır. Xəstəyə izah etmək lazımdır ki, drenaj ona görə qoyulur ki, yara tez sağalsın: xəstənin yatağının çirklənməməsinə çalışmaq lazımdır. Bunun üçün döşəyin üstündən müşəmbə, döşəkağının üstündən isə döşənək qoyulur. Uzun drenajın bir ucunu ya sorucu sistemə birləşdirir, ya da qabın içinə salırdar. Qısa drenaj və tampondan çıxan ifrazat sarğını tez isladır, odur ki, onu müntəzəm dəyişmək lazımdır. Drenajın düşməməsi üçün onu dəriyə tikir, yaxud plastırla yapışdırırlar. Drenajın ucu qaba salınıbsa ifrazatın miqdarını (gündüz, sutka ərzində çıxan) ölçür və temperatur vərəqinə yazırlar. Drenajları və tamponları dəyişmək, dartmaq, qısaltmaq xalis həkim işidir. Drenaj və tamponlar düşərsə tibb bacısı qətiyyən bunları yerinə qoymağa çalışmamalı, bunu dərhal müaliçə həkiminə və ya növbətçi həkimə xəbər verməlidir. Drenajdan ifrazat daha gəlməzsə, bu ya onun daha olmamasını (ekssudat yığılmır, irinlik yaxşı boşalmışdır), ya drenajın gözünü fibrin, selik (tıxac) tutmasını, ya da borunun qatlandığını göstərir. Həkimin rəhbərliyi altında drenajı yuyur, içindəkini kateterlə çəkib çıxarırlar. Drenajı təmizlədikdən sonra qanı çıxarmaq üçün qoyulan tampon və drenajları 2-3-cü gün götürürlər (bu işi sarğı otağında görürlər). Ekssudatı, irini, ödü çıxarmaq üçün qoyulan drenaj və tamponları ifrazatın miqdarı azaldıqca tədricən çıxarırlar. Operasiyadan sonrakı dövr salamat keçdikdə tikişləri sökənə qədər sarğını açmırlar. Dolama sarğı toxumaları sıxıb xəstəni incidirsə bintin dolaqlarını boşaldır, lakin yaranın üzərindəki steril materialı götürmürlər. Sarğı qana çox bulaşıbsa, həkimi çağırır, sarğı üçün steril material hazırlayır, yaxud xəstəbi təkərli stolda sarğı otağına gətirirlər. Bə'zən şiddətli qapaxmalarda tə'cili tədbirlərə əl atmaq lazım gəlir. Qarının üzərindəki sarğı birdən-birə seroz-qanlı maye ilə bulaşarsa və onun altı şişmiş olarsa (həmişə görünmür), bu, yaranın açıldığını və əmələ gələn çuxura içalat düşdüyünü (eventrasiya) göstərir. Çox vaxt eventrasiya xəstə öskürdükdə, asqırdıqda, kəskin çevrildikdə baş verir. Belə hallarda sarğını açmadan üstünə steril dəsmal, döşəkağı salır, xəstəni uzadır (əgər o oturubsa, yeriyirsə) və dərhal həkimi çağırırlar. Tikişləri sökdükdən sonra qarını bandaj şəklində dəsmalla bərk bağlamaq eventrasiyanın qarşısını müəyyən dərəcədə alır.

Döş qəfəsində aparılan operasiyalardan sonra xəstələri xüsusi palatalara qoyurlar. Burada sün'i tənəffüs cihazları, mərkəzdən oksigen verilən aparat: plevraya punksiya etmək, veneseksiya üçün alətlər dəsti, venaya və arteriyaya qan vurmaq üçün sistemlər, steril şprislər, steril material qoyulmuş bikslər, arterial təzyiqi ölçmək üçün aparat olur. Əl altında lazımi dərmanlar-strofantin, hidrokortizon,

noradrinalin, mezaton, atropin, kalsium-xlorid, narkotik analgetiklər, kamfora, kordiamin, kofein, sititon, 5-40% -li qlükoza məhlulu, natrium-xlorid (0,9%) və s. olmalıdır. Xəstə narkozdan ayıldıqdan sonra ona tənəffüs, ürəyin işi, bəlğəmin yaxşı çıxması üçün münasib yarımoturaq vəziyyət verirlər. Adətən, birinci günlər daim venaya damcı-damçı məhlul yeridilir. Hər 2 saatdan bir nəbzi, arterial təzyiqi, tənəffüsü ölçüb vərəqəyə qeyd edirlər. Ağciyərlərin ventilyasiyasını normal saxlamaq üçün oksigen inhalyasiyası, traxeya və bronxları təmizləməyi (seliyi, bəlğəmi çəkib çıxarmaq) tə'yin edirlər. Havanı və ekssudatı çıxarmaq üçün plevra boşluğunda (yaxud perikardda) drenaj saxlanıbsa onun tutulmamasına, ifrazatın miqdarına və xarakterinə fikir vermək lazımdır. Qana bulaşmış çoxlu maye axması təşviş doğuran əlamətdnr. Drenaj kip olmadıqda plevra boşluğuna hava dolur, ürəyi vu orta divarı sıxıb həyat üçün təhlükə törədir. Kəskin tənəfəslik, narahatlıq, nəbzin tezləşməsi, göyərmə şəklində təzahür edən vəziyyət döş boşluğu tamam tikilib buraya qida, hava və ekssudat yığıldıqda və drenaj qoyulmadıqda da ola bilər. Belə xəstələrə dərhal plevraya punksiya etmək lazımdır. Xəstənin rejimini ancaq həkim dəyişə bilər, xəstənin nə vaxt oturacağını, ayağa duracağını və s. ancaq həkim tə'yin edir. Adətən, transtorakal-rezeksiyadan və qida borusunun plastikasından sonra döş boşluğu üzvlərində aparılan operasi yalarda görülən tədbirlərlə yanaşı, qida borusunun bağırsaqla anastomozu üçün maksimum sakitlik yaradılmasına fikir vermək lazımdır. 1-ci gün xəstə hətta tüpürcəyini udmamağa çalışmalı və daim tüpürməlidir. Bu mərhələ xəstə üçün çox ağırdır və buna görə də daim xəstənin üzərində tibb bacılarının gözü olmalıdır, çünki xəstəyə əziyyət verən susuzluq, ağızda quruluq, bə'zən xəstəni zərərli əməllərə sövq edir (onlar içində buz olan qovuqdan, isitqacdan su içmək istəyirlər). İntensiv parenteral qidalanmaya böyük əhəmiyyı verilir. Ancaq 4-cü gündən başlayıb qurtum-qurtum su içmək olar. Tədricən pəhriz yeməklərinin sayını artırırlar, bir həftədən sonra xəstəyə çiy yumurta, kefir, kisel, bulyon, qaymaq, duru sıyıq verilir. 5-6 dəfədə yeyilən qidanın miqdarı 400 ml-dən artıq olmamalıdır. 11-12-ci gün sürtkəcdən keçirilmiş ət, buğda bişirilmiş kotlet, suxarı yeməyə icazə verilir. 15-ci gündən e'tibarən 1 №-li pəhriz tə'yin edilir. Belə xəstələr çox arıqladıqlarına görə çox tez yataq yaraları əmələ gəlir, buna görə də dərini təmiz saxlamağın, yataq ağlarını və alt paltarı dəyişməyin, yataqda xəstəni bir böyründən o biri böyrü üstə çevirməyin mühüm profilaktik əhəmiyyəti vardır.

Mastektomiyadan (süd vəzisinin kəsilib götürülməsi) sonra qanı və limfanı çıxarmaq üçün, adətən, qoltuqda drenaj saxlayırlar. Xəstəni yatağa uzadıb başını yuxarıda qoyurlar; belinin altına (döşəyin üstündən) müşəmbə qoyurlar, çünki adətən sarğı çox islanır. Süd vəzisinin kəsilib götürulməsi gənc analara mə'nəvi cəhətdən çox pis

tə'sir edir. İlk dəfə sarıyanda çalışmaq lazımdır ki, xəstə yaranı görməsin. Süd vəzisini xatırladan sarğı qoymaq lazımdır. 2-ci gündən başlayıb müvafiq qolun oynaqlarını məşq etdirmək lazımdır, çunki qolu uzun müddət işlətmədikdə orada, xüsusən obazu oynağında kontrakturlar əmələ gələ bilər.

Mə'dənin rezeksiyasından və ya qastroenteroanastomozdan sonra ola bilsii ki, həm mə'dəyə, həm də qarın boşluğuna qanaxma olsun. Odur ki, bunu yaddan çıxarmamaq lazımdır. Xəstə çoxlu qan qusarsa tibb bacısı həkimi çağırmalıdır; o əvvəlcə konservativ müalicə tə'yin edir (qarının üstünə buz qoyulur, qan, vikasol, kalsium-xlorid vurulur). Bu tədbirlər nəticəsində qanaxma kəsməzsə xəstəni ikinci dəfə operasiyaya götürürlər. Qarındaxili qanaxma kollaps verir və mütləq tə'cili tədbirlər görmək lazımdır (birinci növbədə operasiya). Operasiyaiın 3-cü günü xəstə ağrılardan və qarın köpməsindən, qıcqırmadan, gəyirmədən və qusmadan şikayətlənə bilər-bütün bu hallar mə'də girəcəyinin, tutulması (anastomozun şişməsi) və ya atoniya (parez) ilə əlaqədar olaraq mə'dənin evakuasiyasıiın pozulması nəticəsidir. Mə'dədə ilk durğunluq əlamətləri olduqda həkim mə'də möhtəviyyatını bir dəfədə çəkib çıxarır, yaxud burundan mə'dəyə salınan zondu mə'dədə saxlayırlar ki, möhtəviyyat daim sorulub çıxsın. Tibb bacısı zondu bərkitdikdən sonra onun vəziyyətinə diqqət yetirməlidir. Eyni zamanda xəstəyə mə'dənin tonusunu artıran dərmanlar verirlər. Adətən, mə'də kudülünün parezi tez keçib gedir. Pəhriz yeməklərinin çeşidini getdikcə artırırlar. Birinci 2 gün xəstə heç nə yeməməli və içməməlidir. Elektrolit məhlullarını, zülalları ancaq parenteral yeridirlər. 3-cü gündən xəstə su içə bilər (sutkada 2 stəkan). Sonra çiy yumurta, yağ, bulyon, kefir, kisel verilir. 6-7 gündən sonra 1 a №-li və daha sonra 1 №-li pəhriz tə'yin edilir. Mə'dəsi rezeksiya olmuş xəstəyə hər 2-3 saatdan bir az-az isti yemək vermək lazımdır.

Mə'dəsi rezeksiya olmuş xəstədə lap sonralar dempinq sindrom deyilən hal ola bilər; bu vaxt yeməkdən sonra xəstəni isti basır, o, zəiflik hiss edir, çox tərləyir, başı gicəllənir. Belə hallarda xəstəni yerinə uzatmaq lazımdır.

Öd yollarında və qaraciyərdə aparılan operasiyadan sonra çox vaxt ödü bayıra axıtmaq üçün drenajı saxlayırlar. Drenajın ucunu çarpayıdan aşağıda qoyulmuş qaba salırlar. fikir vermək lazımdır ki, drenaj düşməsin, qatlanmasın və möhtəviyyat arasıkəsilmədən onun içərisi ilə axsın. Çıxan möhtəviyyatın miqdarını və xarakterini qeyd edirlər. İltihab halları söndükcə öd şəffaflaşır, onun içərisindəki lopalar, irin yox olur. Bu andan başlayaraq drenajı 2-3 saat sıxmağa başlayırlar. Xəstə bu əməliyyata yaxşı davam gətirirsə və sarılıq artmırsa, drenajın sıxma müddətini uzadır və 10-12-ci gün onu çıxarırlar. Uzun müddət fistuldan xaricə öd axdığı üçün ödün bir hissəsi bağırsaqlara düşmür və həzmdə iştirak etmir, bu isə qidanın

mənimsənilməsinə mənfi tə'sir edir. Belə hallarda ödü təmiz qaba yıqıb, süzmək və yemokdən sonra içmək tövsiyə edilir.

Sarılıqı olan xəstələrdə qanaxmaya meyl olduğunu yadda saxlamaq və tamponların islanıb-islanmadığına, möhtəviyyatda qan olub-olmamasına və s. fikir vermək lazımdır.

Bağırsaqlarda aparılan operasiyadan sonra xəstəyə operasiya günü su içməyə icazə verilir. *Nazik bağırsaqda aparılan cərrahi əməliyyatdan sonra* xəstəyə edilən qulluq mə'də operasiyalarında olduğu kimidir. Yoğun bağırsaqda operasiya aparılıbsa, bağırsağın hərəkətini ləngitmək üçün az şlak verən yüngül pəhriz tə'yin edilməlidir. Bə'zən bu məqsədlə 5 sutka opium dəmləməsi tə'yin edirlər. Nəcisi yumşaltmaq və durulaşdırmaq üçün daxilə gündə 2-3 xörək qaşığı vazelin yağı verirlər. İmalələri bir qədər gec, ancaq həkim tə'yin etdikdə qoyurlar, həm də kiçik yağ imalələri tövsiyə edilir. ***Düz bağırsaqda və anusda*** aparılan operasiyalar- düz bağırsağa yağ tamponları və rezin drenaj qoymaqla qurtarır. Deşək çox islana biləcəyinə görə onun üstündən müşəmbə qoyulur. Tamponları dəyişməklə qoyulan birinci sarğı (3-cü gün) çox aqrılı olur. Bunun üçün əvvəlcə analgetiklər vurur və bə'zən sarğını zəif kalium-permanqanat məhlulu ilə isladırlar. Opiumu kəsəndən sonra Defekasiyanı yüngülləşdirmək üçün daxilə vazelin yağı verirlər. Defekasiyadan sonra xəstə oturmuş vəziyyətdə vanna qəbul edir və sonra sarğı qoyulur. Bu cür xəstələrin sarğıları tez-tez və çox islandığı üçün tibb bacısının postunda biks, sarğını dəyişmək üçün çoxlu pambıq olmalıdır.

Həzm yoluna fistul qoyulan xəstələrə qulluq. Qastrostomu (mə'də fistulu) qida borusunun keçməməzliyində qoyurlar, qidanı birbaşa mə'dəyə yeridirlər. Birinci günlər fistul kanalı hələ formalaşmadığından borunun yerindən çıxması çox pisdir, xəstə özü onu yerinə qoymağa qətiyyən çalışmamalıdır. Səriştəsiz xəstə borunu kor-koranə fistula qoymaq tisədikdə boru qarın boşluğuna düşüb peritonit törədə bilər. Mə'də möhtəviyyatının daim axmaması üçün borunu qatlayıb bağlayır, yaxud sıxıcı ilə sıxır və xəstəni yedizdirəndə açırlar. Fistul müvəqqəti qoyulubsa rezin borunu ön qarın divarına tikişlə, tesma və yapışqan plastırla bərkidirlər. Qida borusundakı xərçəngi kəsib kötürmək mümkün olmadıqda selikli qişanı dəriyə tikib dodaq şəklində daimi fistul qoyurlar. Sonra fistul formalaşanda tibb bacısı, sonra isə xəstə özü borunu ancaq yemək üçün salır. Yeməkdən qabaq borunun ucuna qıf taxırlar. Qida yüksək kalorili, duru, yaxud yarımduru və ılıq olmalıdır. Həmcins qarışıq almaq üçün onu mikserdə qarışdırmaq olar. Bu qarışıq çiy yumurta, ətli və südlü sup, əzilmiş ət, meyvə, tərəvəz, xama, qaymaq, yağ və meyvə şirəsindən ibarət olur: yaxşı həzm olunması üçün mə'də şirəsi, pepsin, hidrogen-xlorid turşusu qatırlar. Qidanın bir hissəsini (bir tikə çörək, kotlet, yumşaq meyvə) ağızdan vermək yaxşıdır: xəstə bunu yaxşı-yaxşı çeynəyib qıfa tökür, buradan

isə o, mə'dəyə düşür. Belə etdikdə aclıq hissi sönür, həzm şirələri sekret ifraz edir, qida tüpürcəklə islanır. Dərinin yeyilməsinin qarşısını almaq üçün indiferent məlhəmlər (sink, Lassar pastası və s.) sürtürlər. Dermatol pastası dəriyə çox yaxşı tə'sir edir.

Bə'zən *nazik bağırsağa* müvəqqəti, yaxud daimi *fistul qoyurlar* (eyunostoma, ileostoma). Xəstəyə mə'də fistulunda olduğu kimi qulluq edilir.

Bağırsaq keçməməzliyində nəcisin və qazların çıxması üçün *nəcis fistulu* qoyurlar. Bu vaxt kor bağırsaqdan (sekostomada) çoxlu duru möhtəviyyat axır, yoğun bağırsağın aşağı şö'bələrindən isə formalaşmış nəçis çıxır. Bağırsaq fistulları qoyulmuş xəstələrə qulluq zəhmətli işdir. Bunun üçün vərdiş, səriştə və çox səbirli olmaq tələb olunur. Yaxşı qulluq etdikdə sarğı həmişə təmiz, quru olur, pis iy gəlmir, fistulun ətrafındakı dəri yeyilmir. Sarğı möhkəm bağlanmalıdır (sürüşməməli və xəstənin hərəkət etməsinə mane olmamalıdır). Hər dəfə defekasiyadan sonra dərini silir, xariçə çıxmış selikli qişanın üzərinə vazelin hopdurulmuş salfetka qoyur, fistulun üzərini tənziflə örtür, bint qoyur və sonra sarğını bintlə və ya bandajla bərkidirlər. Kleol, yapışqan plastır işlədilmir-bunlar dərini daha da qıcıqlandırır, dermatitə səbəb olur. Fistulun ətrafındakı dəriyə indifferent məlhəm sürtməli. Nəcis fistulu formalaşandan sonra vanna qəbul etmək faydalıdır, bu, dərinin sağalmasına, dermatitin aradan qaldırılmasına kömək edir. Bu vaxtdan başlayaraq xəstələrə nəcis qabından istifadə etməyi öyrədirlər. Defekasiya ləngidikdə imalə qoyurlar. Əvvəlcə fistula barmaq salıb (əlcəyə vazelin sürtməli) bağırsağın yuxarıdakı şö'bəsinin istiqamətini tə'yin edir və ucluğu yeridirlər. Bağırsaqların yaxşı işləməsi üçün 500-600 ml su və daha yaxşısı 200 ml vazelin yağı yeritmək lazımdır.

Fistulun ətrafındakı dəri yeyildikdə göynəyir. Bunun qarşısını almaq üçün xüsusi məlhəm və pastalar işlədirlər. Dərini möhkəmlətmək üçün taninin su məhlulundan (10%) istifadə edirlər. Dermatitli dəri nahiyələrinə bu məhlulu sürtürlər. Həmçinin quru tanin, gips, talk, kaolin tozu da səpirlər. Bu vaxt əmələ gələn qabıq dərini yeyilməyə qoymur. Bağırsaq möhtəviyyatı qabığın üzərindən axıb gedir (açıq müalicə üsulu), yaxud fistulun üzərindəki sarğıya hopur.

Traxeostomalı (traxeya fistulu) ***xəstələrə qulluq***. Cərrahiyyə praktikasında traxeostoma tənəffüs yollarını uzun müddət açıq saxlamaq lazım gəldikdə tətbiq edilir. Qulluq zamanı başlıca vəzifə traxeya və kanülyanın keçiriciliyini saxlamaqdır. İçəridəki borunu sutkada iki dəfə çıxarırlar, seliyi təmizləyir, qaynar su ilə yuyur və təzədən yerinə qoyurlar. Sterilizə olunmuş plastik borulardan istifadə etmək daha yaxşıdır. Traxeyanın selikli qişasının qurumaması üçün borunu yaş tənziflə örtürlər; borunun altına qoyulan rezin qatı sarğını çirkləpməyə qoymur. Traxeya və bronxların içərisindəki seliyi kanülyadan keçirilmiş steril kateterlə çəkib çıxarırlar. Kateteri

salmamışdan qabaq xəstəyə oksigen verir, qatı seliyi yumşaltmaq üçün traxeyaya 3-5 ml natrium-hidrokarbonatın steril ilıq məhlulunu damızdırırlar. Bəlğəmi ferment məhlulları (ximotripsin) daha yaxşı yumşaldır. Həkim tə'yin etdikdə traxeostomaya penisillin məhlulu yeridirlər. Traxeostomada ağciyərlərə nəmlənməmiş və qızdırılmamış hava daxil olur ki, bu da bronx ağacının selikli qişasının qurumasına səbəb olur. Buna görə də palatanın havasını nəmləndirmək lazımdır (bunun üçün suçiləyicidən istifadə etməli, yaş döşəkağılar asmalı), müntəzəm surətdə aerozol inhalyasiyaları aparmalı. Traxeostomik boru uzun müddət qaldıqda traxebronxit törəyə bilər, bunun qarşısını ancaq fistula yaxşı qulluq etməklə almaq olar. Fistulun ətrafındakı dərini yaxşı işləmək lazımdır. Onu qurulamalı, Lassar pastası sürtməli. Xəstəni xəbərdar, etmək lazımdır ki, traxeostomada o danışa bilməyəcəkdir. Onun nitqinin eşidilməsi üçün borunun deşiyini barmaqla örtmək lazımdır.

Qalxanabənzər vəzidə aparılan operasiyadan sonra qulluq. Tireotoksik ur münasibətilə operasiya olunmuş xəstələrin həyəcanlanmamasına, yaxud bədənin münasib vəziyyətdə olmasına çalışmaq lazımdır. Qalxanabənzər vəzidə aparılmış operasiyadan sonra ən rahat vəziyyət boyunu düzəltmək üçün başı, bir qədər aşağı əyib yarıoturaq vəziyyətdir. Qabaqcadan çarpayını hazırlamaq lazımdır. Tibb bacısı xəstənin ümumi vəziyyətinə, dərinin rənginə, nəbzin tezliyinə, dolğunluğuna və arterial təzyiqin göstəricilərinə, sarğının islanıb-islanmamasına fikir verir. Çox vaxt zobu kəsib götürdükdən sonra yaraya tənzif və ya rezin zolaqları qoyurlar ki, qanaxma olub-olmaması görünsün. Sarğı qanla çox islanıbsa, deməli, qanaxma var, tə'cili tədbir görmək lazımdır. Operasiyadan sonra ilk saatlar xəstə həyəcanlı olur (yerində vurnuxur), üzü qızarır, əlləri, bədəni əsir, nəbzi tezləşir, bə'zən aritmiya olur, temperaturu qalxır. Tibb bacısı bunu dərhal həkimə xəbər verir və xəstəyə tə'cili yardım göstərməyə başlayır. Həmişə əl altında qaynanmış şprislər və lazımi dərmanlar: kordiamin, strofantin, qlükoza, hidrokortizon, inderal, venaya və dərialtına məhlul vurmaq, qan köçürmək üçün steril sistem, oksigen balonu olmalıdır. Bə'zən belə xəstələrdə operasiyadan sonra travma nəticəsində və ya kalsium mübadiləsini tənzimləyən qalxanabənzər ətraf vəzilərin kəsilib götürülməsi ilə əlaqədar olaraq ətrafların, üzün qıcolmaları baş verir. Belə halda venaya və daxilə kalsium-xlorid tə'yin edirlər. Bundan başqa qalxanabənzər ətraf vəzinin hormonu-paratireodin vurmaq vacibdir. Tireotoksik uru olan xəstələrin dərisi zərif və nazik olur: çox vaxt operasiyadan sonra yod, kleol sürtülməsindən dəri qızarır. Belə hallarda dəriyə vazelin və başqa neytral məlhəm sürtmək yaxşı olar. Səsin batmamasına fikir verilməlidir. Boğuq səs-operasiyada qayıdan sinirin zədələndiyini göstərir. Operasiyadan sonra birinci 3 gün xəstəyə yarımduru yemək verilir, çünki yeməyi udmaq çətin və ağrılı olur.

Uroloji operasiyalardan sonra qulluq. Uroloji operasiyaların əksəriyyətində etdiyin axması üçün drenaj və kateter qalır. Çarpayını (funksional çarpayı daha yaxşıdır) elə hazırlamaq lazımdır ki, döşəkağlarını (müşəmbə, döşəkcə) ifrazat bulaşdırmasın və o, çarpayıdan asılmış şəffaf sidik qablarına axsın; bunlar şüşədən və ya plastik kütlədən qayrılmış qablar (şüşələr) olub ağzı tıxacla möhkəm bağlanır: tıxacın üzərindəki deşik keçid şəffaf (şüşə) borucuqlar vasitəsilə drenajla və ya kateterlə birləşmiş borucuğun kalibrinə uyğundur. Sidik qabını və borucuqları qabaqcadan qaynadırlar (infeksiyanın yuxarıya qalxmasının qarşısını almaq üçün); Drenajı sidik qabına salmamışdan əvvəl ora 50-100 ml açıq boyanmış məhlul (furasilin, rivanol) tökürlər; o antiseptik tə'sirindən başqa çürümüş sidikdən gələn ammonyak iyini aradan qaldırır. Operasiya olunmuş xəstəni yerinə uzatdıqda drenajlara fikir vermək lazımdır-onları sarğı ilə möhkəm bərkitmək, sidik qabına düzgün salmaq lazımdır-qatlanmamalıdır, müəyyən dərinllyə düşməlidir (qabın divarına və ya dibinə dəyməməli, sidikdən yuxarıda asılıb qalmamalıdır).

Uroloji operasiyalar üçün xarakter cəhət drenajların ətrafına sidik sızmasıdır. Buna görə də sarğıları islandıqca tez-tez (gündə bir neçə dəfə) dəyişmək lazımdır. Sarğıları pambıqsız qoyurlar, çünki pambıq sidiyi özünə hopdupüb üfunət iyi verir və dərini yeyir: odur ki, ifrazat çox olduqda dəriyə vazelin Lassar pastası sürtmək lazımdır. Bir neçə qat tənzifdən ibarət sarğının kənarlarını drenaja uyğun kəsir və qısa tuman şəklində üstdən qoyurlar: sarğının ikinçi qatını da kəsib altdan elə qoyurlar ki, drenajlar sarğının ortasında qalır, üstdən isə drenajlar üçün deşikləri olan plastır qoyurlar. Drenajları tənzif bağla yaradan çıxdığı yerdə sarıyır, sonra isə bağı qarına dolayıb bağlayırlar, bə'zən drenajı yaranın ətrafında yapışqan plastırla bərkidirlər.

Xayalığa (xayada, toxum ciyəsində aparılan operasiyadan sonra) ya aptekdən alınmış (nömrəsini göstərməli) və sterilizə olunmuş, ya da tibb bacısının bir ieçə qat (20X25 sm) tənzifdən tikdiyi suspenzori geydirilir. Suspenzorini tikdikdən sonra kənarlarına bağlar tikib (qabaqdan kənarlara yaxın, daldan yanında, kənarı daraldıb tikməli) bunları kəmərə (bintdən tikilir) bağlayırlar: suspenzorinin qabaq tərəfində, onun üçkünc yerində penis üçün deşik qoyurlar.

Operasiyadan sonrakı ümumi qulluqla yanaşı drenajların necə işlədiyinə xüsusi fikir verirlər. Ağırlaşmaları aşkar etmək üçün ifrazatın nə rəngdə olmasının böyük əhəmiyyəti vardır (ifrazatda qan, irin olması), bunu birləşdirici borulara baxıb bilmək olar. İfrazat yığıldıqca tez-tez boşaltmaq lazımdır ki, təmizlik olsun və həmin vaxtda ifrazatın xarakteri tə'yin edilsin. Bu vaxt drenajlardan çıxan, habelə təbii ifraz olunan sidiyin miqdarını (diurezi) mütləq ölçmək lazımdır. İfrazatda təzə qan və laxtalar olması təşviş doğurmalıdır. Drenajın gözünün tutulması, drenajın yerindən çıxması, yaxud kateterin qatlanması

nəticəsində drenajdan sidiyni gəlməməsini vaxtında görməyin böyük əhəmiyyəti vardır (sidik ləngidikdə qana sıza bilər). Həkim tə'yin edibsə sidik kisəsini fistula (episistostomaya) və ya uretraya salınmış kateterlə yuyurlar. Bunun üçün ya Jape şprisindən, ya da Esmarx qabından istifadə edirlər. Sidik kisəsinə tə'yin olunmuş məhlulun (0,1%-li rivanol, 2% №-li borat turşusu məhlulu və s.) 10 ml-ni ehtiyatla yeridir və sonra buraxırlar, su təmizlənənə qədər bu əməliyyatı təkrar odirlər. Asentikaya ciddi riayət olunmalıdır: Esmarx qabı, şpris, məhlullar steril olmalıdır, əllərə steril əlcək geyilməlidir. Böyrəyə və ya böyrək ləyəninə salınmış drenajları yumaq lazım gəldikdə 20 qramlıq şpris işlədirlər.

Uroloji praktikada xəstənin fəal hərəkət etməsinə və ayağa durmasına tez icazə verirlər. Çalışmaq lazımdır ki, dremajlar düşməsin və yerindən çıxmasın. Belə hallarda drenajı sıxmaq, borucuğun ucunu qatlayıb bağlamaq lazımdır, həmçinin xəstə vanna qəbul edəndə də belə etmək lazımdır. Ayaqüstə gəzən xəstələrin alt paltarı islanmaması üçün onlara balaca şüşə verirlər və onlar bunu boyundan asırlar. Prostatektomiyada qasıqüstü drenajı çıxardıqdan sonra kapsulu taxırlar; bundan çıxan sidik iki borucuqla sidik qablarına (çarpayının hər iki tərəfindəki) tökülür. Xəstəni arxasıüstə uzadırlar: kapsulu elə bərkidirlər ki, fistul onun ortasına düşür. Kapsuldan çıxan sidik azaldıqca uretradan gələn sidik çoxalır. Sonralar kapsulu çıxarıb sarğı qoyur və xəstəyə gəzməyə icazə verirlər. Prostatektomiya adlanan bu cür operasiyanı yaşlı adamlara edirlər; onlara xüsusi qulluq lazımdır. Bə'zən bu cür xəstələri operasiyanın birinci mərhələsindən sonra (sidik fistulu qoyduqdan sonra) evə yazırlar; ikinci dəfə xəstəxanaya qoyana qədər onlar ambulatoriyada müalicə olunurlar: burada sarğıları, drenajı dəyişir, sidik kisəsini yuyurlar. Uroloji şö'bədə ventilyasiyanın, havanı tez-tez dəyişməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Bu sadə tədbirlər, sarğıları tez-tez dəyişmək və sidik qablarını boşaltmaq palatalarda havanı təmiz saxlamağa, spesifik iyi itirməyə kömək edir.

Operasiyadan sonrakı ağırlaşmalarda qulluq. *Kollaps* bax: *"Tə'xirəsalınmaz yardım".*

Qanaxma-hər cür operasiyanı ağırlaşdıra bilər. Xarici qanaxmadan başqa boşluqdaxili qanaxma da ola biləcəyini nəzərə almaq lazımdır. Sarılıqlı xəstələr qanaxmaya çox meyilli olurlar. Səbəbi-operasiya vaxtı hemostazın kifayət olmaması, bağlanmış damardan liqaturun sürüşməsi, trombun qopması, qanın laxtalanma pozğunluğudur. Xəstəyə göstərilən yardım qanaxmanı kəsməkdən (çox vaxt operasiya yolu ilə, bə'zən konservativ yollarla-buz, tampon qoymaq, üstdən sıxan sarğı), bioloji hemostatik maddələrin yerli tətbiqindən (at serumu, hemostatik qubka, fibrin plyonka, trombin), itirilən qanın yerini doldurmaq, qanın laxtalanma xassələrini yaxşılaşdırmaqdan (plazma, təzə sitrat qan, kalsium-xlorid, vikasol, aminokapron turşusu, fibrinogen, jelatin) ibarətdir.

Ağciyər ağırlaşmalarına səbəb yaranın ağrıması, bronxlarda selik toplanması (öskürdükdə və hayxırdıqda onun pis çıxması), ağciyərlərin dal şö'bələrində qan durğunluğu (uzun müddət arxası üstə uzandıqda), mə'də və bağırsaqlar köpdüyü üçün ağciyərlərin ekskursiyasının azalması və s. ilə əlaqədar olaraq qan dövranının və ağciyər ventilyasiyasının pozulmasıdır. Ağciyərin müvafiq sahəsinin ventilyasiyası kəsildikdə atelektez əmələ gəlir ki, bu da infeksiya ilə ağırlaşıb pnevmoniyaya keçə bilər. Ağciyər ağırlaşmalarının qarşısını almaq üçün tənəffüs hərəkətləri etmək, öskürüb bəlğəmi çıxarmaq, döş qəfəsi yuxarıda olmaqla xəstənin vəziyyətini yataqda tez-tez dəyişmək, ağrını aradan götürmək (ağrıkəsən dərmanları müntəzəm vurmaq), kamfora tə'yin etmək (1-2 ml efirlə birlikdə vurulur və bu tənəffüs yolları ilə çıxır), banka qoymaq, meteorizmlə mübarizə, oksigen inhalyasiyası aparmaq lazımdır. Pnevmoniyanın müaliçəsi ümumi qaydalar üzrə aparılır.

Qırtlağın ödemi-intubasiya vaxtı onup zədələnməsi nəticəsində əmələ gələ bilər. İlk dövrdə xəstənin səsi boquq olur, yaxud tamam batır, ödem artdıqda tənəffüs pozulur (nəfəs almaq və vermək çətinləşir, yardımçı əzələlər gərgin olur). Müalicəsi-antihistamin preparatlar (dimedrol, diprazin), ödemi aradan götürən dərmanlar (kalsium-xlorid, hidrokortizon) tə'yin edilir, mentol natrium-hidrokarbonat məhlulu ilə və nəm oksigenlə inhalyasiya aparılır, döşə xardal yaxması, ayaqlara isitqac qoyulur (yayındırıcı vasitə). Konservativ müalicənin tə'siri olmadıqda traxeostomiya aparılır.

Ağciyərlərin ödemi-bax. *"Tə'xirəsalınmaz yardım". Ürək astması.*

Mə'də və bağırsaqların parezi-qarın boşluğunda aparılan operasiyadan soznra müşahidə edilir; buna səbəb həzm yolunun əzələlərinin atoniyasıdır, bu zaman hıçqırıq, gəyirmə, qusma olur, defekasiya və qazlar ləngiyir. Cərrahiyyə əməliyyatı aparılmış üzvlərdə ağırlaşma olmadıqda bunun-mə'dənin seliyini çəkib çıxarmaq, hipertonik məhlullarla imalə qoymaq və qaz çıxaran borular salmaq, venaya hipertonik məhlullar vurmaq, peristaltikanı artıran dərmanlar (prozerin), spazmı aradan götürən dərmanlar (atropin), tonusu artıran dərmanlar (strixnin) tə'yin etmək və paranefral blokada aparmaqla parezi aradan götürmək mümkün olur. Yuxarıdakı dərmanlar tə'sir etməyəndə parez çox vaxt peritoniti müşayiət edir.

Parotit-qulaqətrafı vəzinin iltihabı. Zəif, yaşlı xəstələrdə həzm yolu üzvlərində aparılmış böyük, çox vaxt onkoloji operasiyalardan sonra baş verir. Ağızdan yeməyən, yaxud yarımduru yüngül qida yeyən xəstələrdə çeynəmə əzələlərinin işi dayanır, ağızsuyu vəzilərinin sekresiyası pozulur,, ağız boşluğunda mikrobların artması və bunların ağızsuyu axacaqlarından vəziyə keçməsinə şərait yaranır. Bu vaxt hər iki vəzinin və ya bir vəzinin iltihabı baş verir, həmin vəzi ağrıyır, şişir, xəstə ağzını nə açа, nə çeynəyə, nə də danışa bilir, ümumi vəziyyəti

pisləşir, bədənin temperaturu qalxır. Müalicəsi yerli qızdırıcı kompreslər qoymaqdan, fizioterapiyadan (əks-göstəriş yoxsa), antibakterial preparatlar tə'yin etməkdən ibarətdir. İrinləmə olduqda vəzini yarmaq lazım gəlir. Profilaktika məqsədilə ağızsuyu vəzilərinin funksiyasını yaxşılaşdırmağa diqqət yetirmək lazımdır: ağıza bir dilim limon sürtür, qara suxarı çeynəyir, (çeynəyib qaba tökməli), ağzı zəif antiseptik məhlullarla yaxalayırlar.

Peritonit-peritonun iltihabı qarında aparılan operasiyaların ən şiddətli ağırlaşmasıdır, çox vaxt bu, mə'dəyə və ya bağırsaqlara qoyulan tikişlərin aralanması nəticəsində baş verir. Xəstəlik kəskin başladıqda dərhal ağrı olur, o əvvəlcə zədələnmiş üzvdə başlayır, sonra isə yayılır. Eyni zamanda intoksikasiya tez artır; nəbz tezləşir, temperatur qalxır, üzün cizgiləri sivriləşir, yanğı olur, ağız quruyur, ürəkbulanma, qusma olur, qarın divarı gərginləşir. Çoxlu antibiotiklər verməklə aparılan müalicə fonunda, habelə çox qoca, zəif adamlarda peritonit mənzərəsi o qədər də aydın olmur. Peritonit əlamətləri görünəndə xəstəyə ağızdan yeməyi qadağan etmək, qarına buz qoymaq və heç bir dərman verməyib (xüsusilə narkotiklər) həkim çağırmaq lazımdır.

Operasiyadan sonra baş verən psixozlar-zəif, tez həyəcanlanan xəstələrdə olur. Bu vaxt onlarda hərəki oyanıqlıq əmələ gəlir, onlar səmti tə'yin edə bilmirlər, hallüsinasiya və sayıqlama olur. Belə xəstə çarpayıdan dik atıla bilər, işçiləri itələyər, sarğını qoparar, özünə və ətrafdakılara xəsarət yetirə bilər. Onu dilə tutmaq, yerinə uzatmağa, sakitləşdirməyə çalışmaq az kömək edir. Bütün vasitələrdən istifadə edib, onu zorla (sağalmaq üzrə olan xəstələrin köməyi ilə) tərpənməyə qoymamağa, döşəkağı ilə çarpayıya bağlamağa, torun altına uzatmaqa çalışmaq lazımdır. İmkan düşən kimi dərialtına aminazin (1-2 ml 2,5%-li məhlul) vurmaq, yaxud imalə ilə xloralhidrat (50 ml 4%-li məhlul) yeritmək, daim müşahidə aparmaq və məsləhət üçun psixiatrı çağırmaq lazımdır. Cərrahi ağırlaşmaların olmamasına qəti inam yoxsa, bu cur xəstələri hələlik psixiatriya şö'bəsinə köçürməyə tələsmək lazım deyil, çünki bə'zən psixoz intoksikasiyanın, tikişlərin yaxşı qoyulmamasının və s.-nin ilk təzahürü olur. Bu cür xəstənin yanında fərdi post qoyulmalıdır.

Sepsis-çox böyük ağırlaşma olub infeksiyanın yayılması ilə əlaqədardır. Spesifik simptomları yoxdur, lakin intoksikasiya, oyanma. sonra ölgünlük, yuxusuzluq olur, qaraciyər, dalaq böyüyür, bə'zən sarılıq, ishal əmələ gəlir. Qanazlığı artır, leykositar formul dəyişir, sidikdə zülal görünür. Proses şiddətlənəndə-yüksək temperatur olur, nəbz tezləşir, hipotoniya əmələ gəlir, selikli qişalar quruyur; yanğı, əzələlərdə, oynaqlarda ağrılar olur. Müalicəsi-irin ocaqlarını irindən boşaltmaqdan, drenaj qoymaqdan, yerli intensiv tə'sir göstərməkdən (dezinfeksiya, antibiotiklər, immobilizasiya, fizioterapevtik

proseduralar), ümumi antibakterial terapiyadan ibarətdir. Xəstəyə sakitlik vermək, dəriyə, ağız boşluğuna yaxşı qulluq etmək, yüksək kalorili çürbəcür yeməklər vermək lazımdır (göstərişlər olduqda-xəstə parenteral qidalandırılır), həmçinin ona çoxlu maye və zülalla zəngin yeməklər verməli. Xəstənin fəal hərəkət etməsinin, vəziyyətini tez-tez dəyişməyin, gimnastikanın böyük əhəmiyyəti vardır.

Tetanus-bax: *"İnfeksion xəstələrə qulluq"*.

Tromboembolik ağırlaşmalar. Trombozlara venaların varikoz genişlənmələri olan, qanın laxtalanması pozulmuş, qan cərəyanı yavaşıyan, operasiya vaxtı damarları zədələnmiş, tosqun, habelə zəifləmiş xəstələr, (ələlxüsus, onkoloji xəstələr), çox doğan qadınlar meyilli olurlar.

Tromb əmələ gələndə və vena iltihaba uğradıqda tromboflebit baş verir. Tromboflebit səthi (çox vaxt baldırda) və dərində yerləşən venalarda (baldır, çanaq) baş verir ki, burada onu müəyyən etmək çətin olur. Ətrafda ağrılar və gündən-günə artan ödemlər olduqda, bə'zən temperatur qalxdıqda dərində yerləşən venaların zədələnməsindən şübhələnmək lazımdır.

Həkiməqədər yardım dərindəki venanın trombunun qopmaması və onun qanın axını ilə qan-damar sisteminin yuxarıdakı şö'bələrinə, hətta ağciyər arteriyasına aparılmaması, ağciyər arteriyasının əsas kötüyünün tutulmasından tutmuş, ta ani baş verən ölümə qədər ağırlaşmalar əmələ gəlməməsi üçün çiddi yataq rejimi tə'yin etməkdən ibarətdir. Tutulan damar əsas damar deyilsə, ağciyər infarktı baş verir.

Tromb əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün operasiyadan sonrakı dövrdə xəstənin fəallığının (durğunluğun azalması), su itkisi ilə (yə'ni qanın qatılaşması ilə) mübarizə aparmağın, venaların varikoz genişlənməsi olduqda elastik bint (corab) gəzdirməyin böyük əhəmiyyəti vardır.

Tromboflebitin yerli müalicəsi yağ-balzam sarğılarından, (heparin məlhəmi daha yaxşıdır), ətrafı hündürdə qoymaqdan (Beler şinası, mütəkkə) ibarətdir. Qanın laxtalanma qabiliyyətini azaldan preparatlardan-antikoaqulyantlardan, fibrinolizindən geniş istifadə edilir (qanın laxtalanma sistemi göstəricilərinə, xüsusilə protrombinə ciddi nəzarət edilir). İnfeksiya da qoşulan tromboflebitdə antibakterial preparatlar tə'yin edirlər.

Protrombini yoxlamağa şərait olmadıqda, səthi venaların tromboflebitində zəli qoymaq məsləhətdir (bax: Xəstələrə ümumi qulluq). Kəskin hallar keçəndən sonra müalicənin necə aparılacağı məsələsi həll edilir.

UŞAQLARA OPERASİYADAN SONRA QULLUQ.[1] Uşaq orqanizminin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri operasiyadan sonra xüsusi qulluq tələb edir. Tibb bacısı yaşla əlaqədar əsas fizioloji göstəriciləri, müxtəlif yaş qruplarında uşaqların qidalanma

xüsusiyyətlərini (xüsusilə yeni doğulmuş və südəmər uşaqların) bilməli, habelə patologiyanı və cərrahi müdaxilənin prinsipini aydın təsəvvür etməlidir.

Uşaqlarda operasiyadan sonrakı dövrün gedişinə tə'sir edən və uşaqlara xüsusi qulluq olunmasını tələb edən amillərdən ən mühümü xəstənin psixi cəhətdən yetkin olmaması və orqanizmin operasiyaya göstərdiyi reaksiyadır.

Operasiyadan sonra uşaqlara edilən qulluğun ümumi prinsipləri. Uşağı operasiya otağından palataya gətirdikdə onu təmiz yatağa uzadırlar. İlk vaxtlar ən rahat vəziyyət-arxası üstə uzadıb başının altına yastıq qoymaqdır. Balaca uşaq öz vəziyyətinin ciddiliyini başa düşmədiyi üçün bə'zən yerində çox qurdalanır, vəziyyətini tez-tez dəyişir, buna görə də onun qıçlarını flanel, yaxud bint və pambıqdan düzəldilmiş manjetkalarla çarpayıya *bağlamaq lazım gəlir.* Çox narahat uşaqların isə bütün bədənini enli yumşaq kəmərlə bağlayırlar. Lakin çox bərk bağlamaq olmaz. Qıçları manjetkalarla çox bərk bağladıqda ağrıyır, venalarda qan durğunluğu əmələ gəlir və ayağın, yaxud əlin qanla təchizi pozulur, hətta nekrozu baş verir. Manjetka ilə dəri arasından barmaqlar rahat keçməlidir. Ətrafların vəziyyətini vaxtaşırı dəyişirlər. Bağlama müddəti uşağın yaşından və keyitmənin növündən asılıdır. Yerli anesteziya ilə aparılan operasiyadan sonra ancaq südəmər və üç yaşına qədər uşaqları 2-3 saat baqlayırlar. Lakin əksər hallarda uşaqlarda operasiyanı ümumi anesteziya ilə aparırlar. Belə hallarda uşağın yaşından asılı olmayaraq onu narkozdan tamam ayılana qədər bağlayırlar, çünki uşaq narkozdan ayılanda çox əl-qol atır, və şüuru tutqun olur, bu vəziyyətdə yaranın üzərindəki sarğını qopara bilər, tikişləri zədələyər, hətta çarpayıdan yıxıla bilər. Operasiyadan 4-6 saat keçəndən sonra uşaq tamam ayılır: o özünü sakit apararsa (adətən, böyük uşaqlar belə olurlar) manjetkaları və kəməri açmaq, əks-göstəriş yoxsa, böyrü üstə uzanmağa və qıçlarını qatlamağa icazə vermək olar. Balaca uşaqların əllərini tikişləri zədələməməsi və infeksiya düşməməsi üçün bir qədər uzun müddətə (3 günə qədər və bundan çox) bağlamaq lazımdır.

Narkozdan ayılma dövründə və sonrakı saatlar uşaqda bərk yanğı olur və o, tə'kidlə su içmək istəyir. Bu vaxt tibb bacısı həkimin göstərişlərindən kənara çıxmır və icazə veriləndən çox su vermir, yoxsa uşaq bir daha qusa bilər. Xüsusi əks-göstərişlər yoxsa (həkim bunu mütləq tibb bacısına deməlidir), kiçik operasiyalardan sonra (appendektomiya aparanda, dəbəliyi kəsəndə, dəri şişlərini kəsib götürəndə və s.) narkozun tə'siri qurtaran kimi və xəstə qusmursa, ona qaynamış su, yaxud limon salınmış kəmşirin çay vermək olar. Əvvəlcə hər 20-30 dəqiqədən bir 2-3 çay qaşığı çay verir, sonra dozanı artırırlar. Çay içdikdən sonra uşaq qusmursa ona yemək verməyə başlayırlar:

[1]Tibb elmləri doktoru A.İ.Lenyuşkin tərəfindən yazılmışdır.

uşağa nə yedizdirilməsi cərrahi müdaxilənin növündən asılıdır.

Operasiyadan sonra uşaqlarda ağrını kəsməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Uşaq narahatdırsa və operasiya yarası nahiyəsinin və ya başqa yerin ağrımasından şikayət edərsə tibb bacısı bunu dərhal həkimə xəbər verməlidir. Adətən, belə hallarda ağrını kəsən sakitləşdirici dərmanlar tə'yin edirlər.

Körpə uşağa qulluq edəndə mütləq nəzərə almaq lazımdır ki, əvvəla, o özü ləyənə otura bilmir, ikincisi, böyüklərə nisbətən o sutkada daha tez-tez siyir, həmçinin defekasiya da tez-tez olur. Buna görə də sutkada uşağın fizioloji fəaliyyətini bir neçə dəfə yoxlamaq, əskiləri vaxtlı-vaxtında dəyişmək və aralığı yumaq lazımdır. Bir sıra hallarda operasiyadan sonra defekasiya və sidik ifrazı gec-gec ola bilər. Defekasiya olmadıqda operasiyadan sonra ikinci günün axırında, yaxud, üçüncü gün təmizləyici imalə qoyurlar. Uşağın qarnı köpdükdə xəstəliyin gedişi daha tə'sirli tədbirlər görməyi tələb etmirsə, 15-20 dəqiqəliyə qazçıxaran boru qoyurlar. Uşaq siyimədikdə tibb bacısı bunu həkimə xəbər verməlidir, çünki sidik ifrazı ləngidikdə bə'zən tə'cili müdaxilə aparmaq lazım gəlir.

Operasiyadan sonrakı tikişlərə, adətən plastır, bə'zən sarğı, yaxud xüsusi pasta qoyurlar. Tibb bacısı xəstəyə qulluq edəndə *tikişlər nahiyəsində sarğının təmiz olmasını* tə'min edir. Boyunda və gövdənin yuxarı hissəsində tikişləri qusuntu kütlələrindən çirklənməyə qoymur, həmçinin yemək qırıntısı və ağız suyu düşməsindən qoruyurlar. Qarnın və belin aşağısında müdaxilə apardıqda tikişi örtən sarğını sidiyə və nəcisə bulaşmağa qoymurlar.

Ağır və mürəkkəb operasiyalardan sonra xəstələri *intensiv terapiya* palatasına qoyurlar, çünki tənəffüsə nəzarət etmək lazımdır, bə'zən ağciyərləri aparatla və ya əllə sün'i ventilyasiya etmək, oksigenlə müalicə aparmaq (burun-udlaq kateteri yeritmək, oksigen tentindən istifadə etmək və s. ilə) lazım gəlir.

Operasiyadan sonra ilk vaxtlar hemodinamika göstəriciləri dəyişə bilər-taxikardiya ola bilər, qan təzyiqi düşər, yaxud qalxa bilər. Tibb bacısı bu ağırlaşmanı aradan götürmək üçün həkimin tə'yin etdiyi tədbiri görür, o cümlədən infuzion müalicə aparır (venaya məhlul vurur). Axırıncı əməliyyat aseptikaya möhkəm əməl olunmasını tələb edir. Allergik reaksiyalar baş verməməsi üçün, bir qayda olaraq, venaya birdəfədə məhlul yeridilən sistemlərdən istifadə edilməlidir. Xəstəyə daim məhlul yeridilməsinə ehtiyac varsa, damcı qabını sutkada 1-2 dəfə dəyişirlər. Məhlulları və onların kombinasiyalarını ancaq həkimin tə'yin etdiyi qaydada vurmaq lazımdır, çünki nəinki nə qədər maye vurulmasının, həm də onun hansı ardıcıllıqla vurulmasının da əhəmiyyəti vardır. Məsələn, ağır intoksikasiyalarda kalium-xloridi qlükoza məhlulu, insulin və novokainlə vurmaq dapa yaxşıdır. Bu, qanda kaliumun birdən-birə çoxalması ilə əlaqədar olaraq xoşagəlməz

hallar əmələ gəlməsi ehtimalını azaldır, habelə onun hüceyrələr tərəfindən mənimsənilməsini yaxşılaşdırır. Qlükoza zülalların yaxşı mənimsənilməsinə kömək edir, buna görə də qlükoza məhlullarını birdəfədə, yaxud bilavasitə zülal preparatlarından qabaq vurmaq daha düzgündür.

Venaya uzunmüddətli məhlul vurarda tibb bacısı sistemin düzgün işləməsinə və saz olmasına fikir verməlidir. Damcılar çox sür'ətlə yerimələlidir, əks təqdirdə orqanizmə həddindən çox maye gedər ki, bunun da nəticəsində ağciyərin, ürək əzələsinin, beynin ödemi əmələ gələr və bu xəstənin ölümünə səbəb olar. Lakin damcıların çox yavaş yeridilməsi nəinki kifayət etməz, həm də damarın tutulmasına, iltihab halları əmələ gəlməsinə səbəb olar. Dəqiqədə 8-10 damcı optimal tezlik hesab olunur. Periferik venaların flebitinin qarşısını almaq üçün ilk iltihab əlamətləri olduqda (venalar boyu ağrılar, hiperemiya) damcı qabını çıxarmalı və başqa venanı seçməli. İltihab yerinə spirtlə və ya Vişnevski məlhəmi ilə kompres qoymalı.

İntensiv terapiya palatasına qoyulan xəstə üçün xüsusi tə'yinatlar vərəqi açırlar: hər 1-2 saatdan bir bədənin temperaturunu ölçüb buraya yazır, həmçinin nəbzi və tənəffüs hərəkətlərinin tezliyini, arterial təzyiqi, ifraz edilmiş sidiyin miqdarını, bədənə yeridilmiş və buradan çıxmış mayenin miqdarını və s. də buraya yazırlar; tibb bacısı həmin vərəqdə həkimin tə'yinatlarının yerinə yetirilməsini də qeyd edir. Tibb bacısı uşağın üzərində müşahidə aparmaqla və orqanizmin funksiyalarının əsas göstəriçilərini dəqiq qeyd etməklə baş verməkdə olan qorxulu ağırlaşmaların əlamətlərini vaxtında görür və həkim gələnə qədər xəstəyə lazımi yardım göstərir. Operasiyadan sonra aşağıdakı ağırlaşmalar ola bilər.

Hipertermiya, əsas e'tibarilə, südəmər uşaqlarda olur və bu vaxt bədənin temperaturu 39,6°S-yə qədər qalxır və bundan çox olur, qıcolma sindromu əmələ gəlir. Tə'cili yardım göstərilmədikdə beyin ödemi əmələ gəlir və xəstə ölür. Hipertermiyanı müalicə etmək üçün əzələyə uşağın bədən çəkisinin 1 kq-na 0,5 ml hesabilə 1%-li amidopirin məhlulu vururlar, lakin bunu 20 ml-dən çox vurmaq olmaz. Temperaturu hər yarım saatdan bir ölçürlər. Bu kömək edəmədikdə amidopirin inyeksiyasını eyni dozada 2 saatdan sonra bədən çəkisinin 1 kq-na 0,2ml olmaqla 25%-li analgin məhlulu ilə birlikdə vururlar. İri damarlar nahiyəsinə (əsas e'tibarilə, bud arteriyaları) buz qoyurlar. Venaya soyudulmuş 20%-li qlükoza məhlulu (yaşdan asılı olaraq 5-20 ml) vurulur. Bunun üçün uşağı soyundurur, dərini spirtlə silirlər.

Tənəffüs çatışmazlığı-təngnəfəslik, dodaqların göyərməsi, yaxud ümumi göyərmə, səthi tənəffüs şəklində özünü göstərir. Tənəffüs birdən-birə dayana bilər. Ağırlaşma qəflətən, yaxud tədricən əmələ gəlir. Tənəffüs çatışmazlığının səbəbini müəyyən etmək həkimin vəzifəsidir, lakin tibb bacısı ağırlaşmanın səbəbini tapmaqda ona

kömək edə bilər. Tənəffüs çatışmazlığının qarşısını almaqda tibb bacısı mühüm rol oynayır (qoymur ki, qusuntu kütlələri tənəffüs yolunu tutsun, burun-udlaqdan müntəzəm surətdə kateterlə seliyi çıxarır, yeridilən mayenin miqdarına ciddi nəzarət edir və s.). Uşağın həyatı təhlükədə olduqda həkim gələnə qədər lazımi yardım göstərir-uşağa oksigen verir, yaxud ona sün'i tənəffüs verir, təmiz hava ilə nəfəs aldırır.

Ürək-damar çatışmazlığı, əsas e'tibarilə, çoxlu qan itirməklə əlaqədar olan böyük, uzun müddət çəkən operasiyalar vaxtı müşahidə edilir. Tibb bacısı bu cür xəstə üzərində fərdi müşahidə aparır, ürək-damar çatışmazlığının ilk əlamətləri görünən kimi (məsələn, nəbz tez-tez vurduqda, arterial təzyiq düşdükdə, ürəyin ahəngi pozulduqda) tez həkimə xəbər verir. Tibb bacısı həkim gələnə qədər ürək-damar preparatları (yaşa uyğun dozalarda kordiamin, efedrin) inyeksiyası vura bilər, oksigen verə bilər. Bu vaxt xəstənin başını aşağı əymək lazımdır. Ürək dayandıqda, yaxud ürəyin fəaliyyəti çox zəiflədikdə sün'i tənəffüslə birlikdə ürəyi qapalı masaj edirlər.

Qanaxma xarici və daxili ola bilər, onun əlamətləri bilavasitə və dolayı olur. Bilavasitə əlamətlər-operasiya yarasından qanaxma, traxeya-bronx ağacından qan gəlməsi, qanlı sidik və nəcis ifrazıdır.

Dolayı əlamətlər-dəri örtüklərinin və görünən selikli qişaların solğunluğu, soyuq tər, taxikardiya, arterial təzyiqin düşməsidir. Bütün hallarda tibb bacısı nəzərinə çarpdığı qanaxma əlamətləri barədə həkimə xəbər verməlidir.

Oliquriya, anuriya-sidik ifrazının azalması və ya kəsilməsi. Sidiyin miqdarının olduqca azalması, ya dövr edən qanın həcminin azalmasını, ya da böyrəklərin xəstələnməsini göstərir.

Operasiyadan sonra uşaqlara qulluğun bə'zi məsələləri. *Üzdə və boyunda* aparılan operasiyadan sonra əsas diqqət tikişlərin sökülməməsinə və operasiya nahiyəsinin təmiz saxlanmasına verilir. Uşağıı əllərini yara sağalana qədər çarpayıya bağlayır, yaxud dirsək oynaqları nahiyəsinə yüngül gips və ya faner şinalar qoyurlar; belə etdikdə uşaq qollarını dirsək oynağında qatlaya bilmir və tikişlərə əli çatmır. Üst dodağın bitişməməsi münasibətilə aparılan operasiyada uşağa ananın sağdığı döş südüıü, yaxud operasiyaya qədər uşağa verilən sün'i süd qarışığını qaşıqla verirlər. Uşağa hər dəfə süd verdikdən sonra 2-3 çay qaşığı qaynamış su içirirlər ki, ağzında süd qalmasın. Yaranı açıq saxlayırlar, sarğı və leykoplastır qoymurlar. Uşağa operasiyadan 2 həftə sonra döş verirlər. Damağın bitişməməsi münasibətilə aparılan operasiyada uşağa bir ay ancaq duru yemək verilir. Hər dəfə uşağı yedizdirəndən sonra ağzını yaxalatdırırlar. Bunu edə bilməyən uşaqlara yeməkdən sonra qaynamış su verirlər ki, ağızda yemək qalıqları qalmasin.

Döş qəfəsindəki üzvlərdə aparılan operasiyadan sonra əsas məsələ

tənəffüs çatmamazlığının qarşısını almaqdır. Bunun üçün xəstənin yataqda vəziyyəti böyük rol oynayır. Uşaq narkozdan ayılan kimi onu yarıoturaq vəziyyətdə, yaxud xəstə böyrü üstə uzadırlar. Hər bir konkret halda həkim tibb bacısına müvafiq göstəriş verir. Uşaqlar tənəffüs yollarında yığılmış seliyi öskürəklə çətin çıxarırlar, buna görə də bu seliyi tez-tez çəkib çıxarmaq lazımdır. Həkimin tə'yin etdiyi bu işi tibb baçısı hər 20-30 dəqiqədən bir edir. Bundan başqa, inhalyasiya, döş qəfəsinə vibrasiya masajı tə'yin edirlər. Bu əməliyyat döş qəfəsini ağciyərlərin proyeksiya yerlərində sağ yumruqla döş divarına qoyulmuş sol ələ vurmaqla döyəcləməkdən ibarətdir. Xardal yaxması, banka, bəlğəmgətirən miksturalar tövsiyə edilir.

Pnevmotoraks və hemotoraks baş verməməsi üçün, adətən, plevra boşluğuna drenaj qoyur və drenajın ucunu elektrik şırnaqlı və ya su şırnaqlı sorucu cihaza birləşdirirlər (fəal drenaj), yaxud rezin klapan ucluğu taxıb bankadakı antiseptik mayeyə salırlar (passiv drenaj). Tibb bacısı drenajın işinə fikir verir, çıxan mayenin miqdarını qeyd edir, drenajda cüzi nasazlıq varsa, bunu həkimə xəbər verir. Ağciyərin bir hissəsi kəsib götürüldukdə fəal aspirasiyaya üstünlük verilir; əksər hallarda su sütunu ilə 6-10 sm seyrəklik kifayət edir. Ağciyərin rezeksiyasından sonra ilk saatlar və sutkalar, adətən, sistemdə hava olur, yə'ni ikinci bankaya salınan uzun borudan hava qabarcıqları keçir. Buna səbəb ağciyərin zədələnmiş hissəsinə operasiya vaxtı hava girməsidir. Operasiyadan sonrakı dövr salamat keçdikdə sistemə daha hava girmir. Operasiyadan bir neçə gün sonra hava olması bronxun deşilməsindən şübhələnməyə əsas verir.

Qarın boşluğu üzvlərində aparılan operasiyadan sonra xəstəyə edilən qulluq müdaxilənin ağırlıq dərəcəsindən və həcmindən asılıdır. Nisbətən asan operasiyalardan sonra (appendisit, pilorostenoz və s.) yuxarıda, "Operasiyadan sonra uşaqlara edilən qulluğun ümumi prinsipləri" bölməsində verilmiş tövsiyələrə uyğun olaraq qulluq edilir. Mürəkkəb operasiyalardan sonra (bağırsaq keçməməzliyi, peritonit və s.), xüsusilə bağırsağın bir hissəsi kəsiləndən sonra xəstəyə çox diqqətlə qulluq etmək lazımdır. Xəstə çarpayıda yarıoturaq vəziyyətdə uzanır, lakin hərdən bir böyrü üstə çevrilməyə də icazə verilir. Birinci 2-3 gün ağızdan yemək, çox vaxt su içmək olmaz. Uşağı parenteral yedizdirirlər. Belə xəstələrdə çox vaxt burun-mə'də zondunu saxlayırlar. Tibb bacısı zonddan gələn ifrazatın xarakterinə fikir verir, çıxan mayenin miqdarını qeyd edir. Zondun gözünün tutulmaması üçün hər 2 saatdan bir onu natrium-xloridin az miqdarda izotonik məhlulu ilə yuyurlar. Zondu mə'dədə 48-72 saat, yaşıl selik ifrazı kəsilənə qədər saxlayırlar. Zond mə'dədə ikən xəstəyə az-az içməyə su vermək olar. Həkim ağızdan yedizdirməyə nə vaxt başlanacağını tibb bacısına xəbər verir və operasiyanın xarakterinə uyğun sxem tə'yin edir.

Çox vaxt qarın boşluğu üzvlərində aparılan operasiyadan sonra bağırsaq ilmələri qazdan köpür. Köpmə çox olduqda ağrılar olur, tənəffüs çətinləşir. Meteorizmin profilaktikası və onu aradan götürmək üçün xəstəyə oksigen vermək, hər 2 saatdan bir 15-20 dəqiqə qazçıxaran boru qoymaq kömək edir.

Qarın boşluğundakı irinləmə prosesləri ilə əlaqədar olaraq aparılan operasiyalar çox vaxt drenaj qoymaqla qurtarır-rezin borucuqlar, yaxud tənzif tamponlar qalır; bunların üzərini salfetka və sarğı ilə örtürlər. Tibb bacısı sarğının təmiz olmasına fikir verir, həkimin göstərişi olduqda onu dəyişir. Sarğı bərk bağlanmamalıdır, yoxsa o, xəstəni narahat edər, diafraqmanın ekskursiyasını azaldar (xüsusilə meteorizm vaxtı) və beləliklə, tənəffüsə mənfi tə'sir edər.

Sidik ifrazı üzvlərində aparılan operasiyadan sonra qulluğun xüsusiyyətləri drenajlarla əlaqədardır. Uşağı çarpayıya qoyandan sonra drenajları şüşə borucuqlar vasitəsilə rezin borucuqlarla birləşdirirlər: bu borucuqların uclarını çarpayının yanından asılmış butulkalara salırlar. Drenajları butulkaya bərkitmək olmaz, çünki uşaq hərəkət etdikdə drenaj yerindən çıxa bilər. Hər drenaj üçün ayrıca butulka olmalıdır: drenaja 1:1000 nisbətində 50 ml furasilin, yaxud zəif kalium-permanqanat məhlulu tökürlər. Tibb bacısı drenaj borucuğunun qatlanmamasına və ondan fasiləsiz olaraq sidik axmasına daim göz qoyur. Drenajı düzgün qoymamaq və onun vaxtından tez yerindən çıxması-qorxulu ağırlaşma olub sidiksızmaya səbəb ola bilər. Adətən, uşaqlar çarpayıda rahat uzana bilmirlər, böyrü üstə çevrilir, dik otururlar. Operasiya vaxtı cərrahi drenajın dəriyə bərkitdiyi sap 5-6-cı gün, adətən, boşalır və drenajın yerindən çıxması qorxusu əmələ gəlir. Buna görə də operasiyadan sonra birinci gündən e'tibarən drenajı yapışqan plastır zolaqları ilə də dəriyə bərkitmək lazımdır.

Operasiyadan sonrakı dövrdə diurezi ölçməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Tibb bacısı uşağın içdiyi suyun və venaya yeridilən mayenin dəqiq uçotunu aparır, sutka ərzində sidik kisəsindən və hər drenajdan çıxan sidiyin miqdarını dəqiq ölçür. Həmçinin əsgilərə və sarğılara hopan sidiyi də nəzərə almaq lazımdır. Tibb bacısı bütün bunları xüsusi vərəqə qeyd edir. Sutkalıq sidik getdikcə azaldıqda, yaxud o, ifraz edilmədikdə tə'cili tədbir körmək lazımdır.

Aralıqda aparılan operasiyadan sonra çarpayıda uşağın qıçlarını qaldırıb aralayır, sonra bunları xüsusi gips şinası ilə, yaxud yuxarıdan çarpayıya köndələn bərkidilmiş taxtalara bintlə bərkidirlər, taxtaların üzərinə adyal salırlar-beləliklə, karkas alınır. Karkasın içərisinə bir və ya bir neçə elektrik lampası qoyub (lampaların üzəri örtülür) tikişlər qoyulan pahiyəni qurudur və müyyən dərəcədə xəstəni isidirlər. Uşaq bu vəziyyətdə 8-10 gün qalır, sonra onu adi vəziyyətdə uzadırlar.

Drenajların (rezin zolaqları, tənzif, borucuq və kateterlərin)

vəziyyətinə, bunların düzgün işləməsinə göz qoymaq xüsusilə vacibdir; bunları yaraya, anusa, sidik kanalının bayır deşiyinə qoyurlar. Tibb bacısı uşağın təsadüfən drenajı çıxarmamasına fikir verməli, ifrazatın xarakterini və miqdarını qeyd etməlidir. O, həkimsiz drenajları nə dəyişə, nə də çıxara bilər.

Operasiyadan sonra 2-ci gündən başlayaraq, uşaq operasiyaya qədərki yeməyi yeyir. Nəcisin yaxşı çıxması üçün gündə 3 dəfə 1 xörək qaşığı duru vazelin yağı tə'yin edirlər. Defekasiya aktından sonra tibb bacısı uşağın aralığını zəif kalium-permanqanat məhlulu ilə yuyur və sonra tənziflə qurulayır. Vaxtaşırı qıçların vəziyyətini dəyişir, əks-göstəriş olmadıqda müəyyən müddət qıçları açırlar.

Ətraflarda aparılan operasiyadan sonra, habelə sınıqlarda, adətən, bərk gips sarğıları, longetlər qoyurlar; bə'zən skelet dartması tətbiq edir, qıçı Beler şinasına qoyurlar və s. Tibb bacısı sarğının düşməməsinə, şinada ətrafın düzgün durmasına, millərin ətrafındakı yumşaq toxumaların vəziyyətinə fikir verir. Barmaqların rənginə fikir vermək çox vacibdir. Bunlar göyərməyə başlayarsa, yaxud uşaq qıçının ağrımasından şikayət edərsə, dərhal həkimə xəbər vermək lazımdır.

YARALAR. Dəri örtüklərinin və selikli qişaların tamlığının pozulmasına yara deyilir. Dərinin üst qatının və ya selikli qişaların zədələnməsinə isə sıyrıntı deyilir. Bədbəxt hadisələr zamanı yetirilən xəsarəti təsadüfi, ilk infeksiyalanmış yaralara aid edirlər. Xəsarət yetirən alətdən asılı olaraq kəsik, doğranmış, deşilmiş, əzilmiş, cırılmış, xıncım-xıncım olmuş, qapılmış, dişlənmiş yaralar olur. Atəş (güllə və qəlpə) yaraları xüsusi yer tutur, bunlar həm dəlib keçən, həm də kor olur. Yaraları boşluqlara görə (kəllə, döş, qarın, oynaq), dəlib keçməyən və dəlib keçən yaralara bölməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Operasiya yaraları-aseptika şəraitində nahiyənin anatomik xüsusiyyətləri nəzərə alınaraq əmələ gətirilən yaralar xüsusi yer tutur: bunları təmiz yaralara aid edirlər. Kliniki olaraq yaraların klassik üç xassəsi vardır: ağrı, ağzının açıq olması və qanaxma. Yaranın xarakterindən və yerindən asılı olaraq hər hansı bir funksional pozğunluq olur; hətta oynağın yanındakı kiçik yaralar belə hərəkətə mane olur. Yaralar zamanı yerli əlamətlərdən başqa yaranın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq ağrı və qan itirmə nəticəsində ümumi hallar da olur (ürəkgetmə, şok).

İlk yardımdan məqsəd qanaxmanı saxlamaq, yaranın çirklənməsinin qarşısını almaq, yaxud çirklənməsini azaltmaq, bədənin xəsarət çəkmiş nahiyəsinr dinclik verməkdir. Hemostaz yaranın yerindən, oynağın zədələnməsindən asılı olaraq aparılır (bax: Qanaxma). Yaranın ətrafındakı dərini yodun spirt məhlulu ilə silmək, yaranın özünü isə steril sarğı və ya təmiz əsgi ilə örtmək lazımdır (fərdi paket daha yaxşıdır). Ətrafda iri yaralar olduqda, hətta sümük sınmadıqda belə,

şina qoymaq lazımdır ki, xəstəni daşımaq asan olsun, şokun qarşısı alınsın. Şoka qarşı dərman verilməsi xəstənin ümumi vəziyyətindən asılıdır.

Bütün yaralarda profilaktika məqsədilə tetanus serumu (PSS), tetanus anatoksini vurulur (bax: çədvəl 6).

Təzə yaraların müalicəsi, birinci növbədə, onların çərrahi işlənməsindən ibarət olub operasiya otağında aparılır. Əvvəlcə yaranın ətrafında 10 sm yeri ülgücləmək lazımdır. Bunun üçün əvvəlçə yaranın üzərinə steril salfetka qoyurlar (yaraya tük düşməməsi üçün) və yaradan ətrafa doğru ülgücləyirlər. Ülgüclənmiş nahiyəni hidrogen-peroksidə batırılmış tamponla yuyur, spirt və ya efirlə silib qurulayırlar. Operasiya otağında yaranın ətrafını spirtlə silir, iki dəfə yodun spirt məhlulunu sürtürlər. Yerli keyitmə aparıb, yaxud narkoz altında yaranın kənarlarını, içərisini və dibini yarıb ölü, çox çirkiənmiş toxumaları kəsib götürür, yad cisimləri (paltar qırıqları, qəlpə) çıxarır, qanaxmanı saxlamağa çalışırlar. Yaranı tikir, yaxud qanı və limfanı çıxarmaq, antibiotik tökmək üçün drenaj qoyurlar. Yaranı işlədikdə aseptikaya xüsusi riayət edilir; dərinə getdikcə alətləri tez-tez dəyişir, əlcəkləri bir neçə dəfə yuyur, yaranı tikmək üçün təzə əlcək geyirlər. Bə'zən yaranı işlədikdən sonra yuyur, antibiotiklə şırınqalayırlar. Yaranı işlədikdən sonra xəstənin ümumi vəziyyətinə fikir verməklə yanaşı, sarğıya da xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Fikir vermək lazımdır ki, sarğı sürüşüb yaraya xəstənin, işçilərin əllərindən mikrob düşməsin, tökülən maye onu çirkləndirməsin, drenaj yerindən çıxmasın. Xəstə ağrıdan şikayət etmirsə və onun ümumi vəziyyəti qənaətbəxşdirsə sarğını bir neçə gün dəyişmirlər. İltihab əlamətləri olduqda (yaranın ağrıması temperaturun qalxması, xəstənin vəziyyətinin pisləşməsi, yaranın ətrafının şişməsi) yaranı açıb yoxlamaq (sarğı otağında) və lazımi tədbirlər görmək lazım gəlir, hətta tikişləri sökürlər. Yarada drenajlar saxlanıbsa döşəyin islanmaması üçün müşəmbə, döşəkcə və s. qoymaq lazımdır.

Tikiş qoyulmamış infeksiya düşmüş yaranı sağalma prosesini nəzərə alıb müalicə edirlər, sağalmanın isə bir neçə dövrü, ya fazası olur. Birinci dövr (hidratasiya) travmadan sonra dərhal başlayır, bir neçə gün davam edir, iltihab, hiperemiya, ödem və eksudat yığılması, ağrı, həmin nahiyədə temperaturun qalxması ilə xarakterizə olunur. Bu dövrdə yaradan möhtəviyyat axmasını gücləndirən dərmanlardan istifadə etmək, ölmüş toxumaları təmizləmək, daha doğrusu, hipertonik məhlullarla (10%-li natrium-xlorid, 15-20%-li maqnezium-sulfat məhlulu) qoyulan sarğıları tez-tez dəyişmək yaxşıdır. Bu fazada quru sarğı və məlhəmlə sarqı qoymaq tövsiyə edilmir. İkinci dövrdə (dehidratasiya və ya susuzlaşma) iltihab halları yatır, yara ölmüş toxumalardan təmizlənir, təzə birləşdirici toxuma əmələ gəlir və kənarlardan başlayıb epitelləşmə gedir. Təzə əmələ gəlməyə başlayan

birləşdirici toxumanı tənzif yumruları və salfetkalarla silmək, ona hipertonik məhlullar və güclü antiseptik dərmanlar vurmaq olmaz, çünki bunlar asanlıqla zədələnib infeksiya düşə bilər. Bu dövrdə yağla qoyulan (Vişnevski məlhəmi, sintomisin emulsiyası və s.) və gec-gec dəyişilən sarğılar xüsusilə vacibdir. Zəif, ölgün qranulyasiyaları yaxşı inkişaf etdirmək üçün lyapis, fizioterapevtik proseduralar tətbiq edirlər. Üçüncü dövrdə yara axırıncı regenerasiya, çapıqlaşma və epitelləşmə ilə tamam sağalır.

Yaranın kənarları hamar olub yapışdıqda, bir-birinə çox yaxın olduqda və epitelləşdikdə yara yerində düz çapıq əmələ gəlir. Belə prosesə birinci gərilmə ilə sağalma deyilir. O ən yaxşı nəticədir, tikilmiş, yaxud kəsilmiş təmiz yaralar belə olur. Nəzərə almaq lazımdır ki, təmiz yaralara ancaq aseptik sarğılar qoyulmalıdır (hipertonik məhlullar olmaz), sonralar isə məlhəm qoymaq olar.

Açıq və ya irinləyən yaraların kənarları arasındakı boşluğu əvvəlcə ölmüş toxumalardan təmizləyirlər, sonra buranı qranulyasiyalar tutur, bir azdan bunlar üzəri epiteli ilə örtülmüş çapıq toxumasına çevrilir. Bu proses yaranın ikinçi gərilmə ilə sağalması adlanır. Hipertonik məhlulla sarğıları tez-tez dəyişmək xəstəni incidir, onun rahatlığını pozur, buna görə də əvvəla, bu sarğıları ən qısa müddətdə qoymaq, ikincisi isə sarğıları çox cəld, xəstəni incitmədən dəyişmək lazımdır (sarğını qurumağa qoymamalı). Proteolitik fermentlərin (tripsin, ximopsin, streptoginaza) tə'sirindən irinli yaralar çox yaxşı təmizlənir. Fermentləri parenteral yeridir və müəyyən bir nahiyədə-yaraları yumaq, sarğıları islatmaq üçün işlədirlər. Yaraların sağalmasının ikinci dövrü həftələrlə çəkir və çapıqlaşma ilə qurtarır; çapıqlar böyük və qaba olduqda sonralar plastik operasiyalar aparmaq lazım gəlir.

Sıyrıntılar, cırmaq yerləri və kiçik yaralar laxtalanmış qan və limfadan əmələ gələn bərk qartmağın (strup) altında sağala bilər. Bu qartmaq altdakı toxumaları zərərli tə'sirlərdən qoruyur, altdakı toxumalar tez epitelləşir. Bərk qartmağı zorla qoparmaq olmaz, yara tamam sağalanda o özü qopub düşəcəkdir.

İrinli yaraları sağaltmaq üçün müxtəlif medikamentoz (sarğı, şırınqalama, vanna) və fizioterapevtik vasitələrdən istifadə edirlər. Yerli müalicə ilə yanaşı bədəni möhkəmlədən vasitələrdən də istifadə etmək, immun-bioloji qüvvələri artırmaq, orqanizmin itirilmiş funksiyalarını bərpa etmək lazımdır.

Sarğı. Hər bir tibb bacısı istənilən şəraitdə-sarğı otağında, palatada, xəstənin evində, hadisə yerində səriştə ilə sarğı qoymağı bacarmalıdır. Bunun üçun hər şeyi düzgün hazırlamaq (şəraitə uyğun olaraq) və proseduranı ardıcıl surətdə aparmaq lazımdır. 1. *Köhnə sarğını ehtiyatla*, xəstəni inçitmədən açmaq lazımdır. Sarğı qoyduqda xəstənin münasib vəziyyətdə oturmasının, işığın yaxşı düşməsinin də çox əhəmiyyəti vardır. Tibb bacısı cəld (tələsmədən) və səriştəli işləməlidir.

Sarğını kəsmək mümkündursə bunu iti qayçı ilə kəsirlər (sarğının altına yumru bir şey qoymalı). Sarğını açdıqda tənzifi pinsetlə yaraya paralel götürürlər, dərini isə pambıqla tutub saxlayırlar ki, sarğı dartıb aparmasın. Qıça qoyulmuş sarğı çox quruduqda azacıq ılıq aseptik məhlul (kalium-permanqanat 1:3000) tökulmüş vanna ilə isladırlar. 2. *Yaranın və onun ətrafındakı dərinin nəzərdən keçirilməsi və təmizlənməsi.* Əvvəlcə dəriyə quru pambıq hopdururlar (isladırlar), sonra yaş tamponla (aseptik məhlula batırılmış) yaradan yanlara doğru silirlər. Eyni qayda ilə dərini qurulayır, spirtlə silirlər. Bə'zən dərini pasta ilə silirlər ki, yaradan çıxan ifrazat onu yeməsin. Yaranı pambığı aseptik məhlula batırıb irini silir, sonra yuyur, yaxud bol şırınqalayırlar. Bütün bu proseduraları steril şəraitdə mütləq əlcəkdə və mümkün qədər alətlə aparmaq lazımdır. 3. *Təzə sarğı qoyduqdan sonra onu müxtəlif üsullarla bərkidirlər.*

YUMŞAQ TOXUMALARIN ÜSTDƏN BASILMASI, SIXILMASI VƏ XINCIM-XINCIM ƏZİLMƏSİ (travmatik toksikoz, yaxud əzələ-böyrək sindromu). Bu ağır xəsarət uçqun, zəlzələ, bombardman, dəmir yolu qəzası və başqa fəlakətlər nəticəsində baş verir, bu vaxt ətrafların (çox vaxt aşağı ətrafların) toxumaları uzun müddət basılır (4 saatdan çox qalan sıx bağlanmış turna da bu cür xəsarət yetirə bilər). Əvvəlcə ağrı sindromu olur, ağrını götürdükdən sonra xəstənin vəziyyəti yaxşılaşa bilər və təşviş doğurmaz, lakin sonralar müəyyən müddətdən sonra işemiya ilə əlaqədar ödem, toxumaların bərkidiyi, solğunluq, sianoz və dəri örtüklərinin soyuması (bə'zən suluqlar), ətrafların distal oynaqlarında hərəkətlərin itməsi, hissiyyatın, nəbzin itməsi kimi yerli simptomlar meydana gəlir. Bə'zən ətrafların basılmasını aradan götürən kimi (çox vaxt 6-12 saatdan sonra) xəstənin vəziyyəti ağırlaşır-buna səbəb çoxlu miqdarda çürüyən əzələ toxumalarının qana sorulması və əzilmiş toxumalardan gələn toksik məhsulların böyrəkləri tutmasıdır. Xəstə uremik koma vəziyyətində ölür.

Vaxtında tədbir görülərsə, xəstəni xilas etmək mümkündür. Birinci növbədə toxumanı basan amili aradan götürmək lazımdır. Bunun üçün qabaqcadan imkan varsa basılmış yerdək yuxarıda ancaq venaları sıxan turna qoyub (çox sıx olmamalı) əzilmiş nahiyələrdən gələn maddələrin qana tez keçməsinə mane olmaq lazımdır. Bu məqsədlə ətrafı periferiyadan başlayıb mərkəzə doğru bintlə bərk bağlamaq da olar (bint çox sıxmamalıdır). Basılmış yerdən yuxarıda novokain blokadası, yaxud paranefral blokada müsbət tə'sir edə bilər. Mütləq xəstəyə ağrısızlaşdırıcı və ürək dərmanları vurmaq, ətrafa şina qoymaq, mümkünsə buz qoymaq, üstünü isə qalın basdırmaq lazımdır. Şoka qarşı lazımi tədbirlər görüb xəstəni çox ehtiyatla xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır; burada intensiv trapsfuzion müalicə aparılır-qanı əvəz edən məhlullar vurulur, oksigenlə müalicə aparılır. Eyni zamanda

ətrafda qan dövranını bərpa etməyə kömək edən tədbirlər də görülür. Bütün bunlar kömək etmədikdə ətrafı kəsmək lazım gəlir. Kəskin böyrək çatışmazlıqı olduqda sün'i böyrəyi işə salır, yaxud peritoneal dializ aparılır.

TRANSFUZİON MÜALİCƏDƏ qan, onun komponentləri, qan əvəzedicilər və başqa mayelər vurulur. İtirilmiş qanın yerini doldurmaq, qanazlığında, müxtəlif patoloji hallarla əlaqədar olaraq zülal və su-duz müvazinəti pozulduqda, habelə parenteral qidalanma üçün xəstəyə qan, onun komponentləri, qanəvəzedicilər və başqa mayelər vurulur.

Hemotransfuziyalar (qanköçürmə) birinci növbədə, xəstə çoxlu qan itirdikdə dövr edən qanın miqdarını bərpa etmək üçün aparılır. Adətən *konservləşdirilmiş donor qanı* köçürülür-dolayı qanköçürmə metodu (bilavasitə donordan resipiyentə qanköçürmədən fərqli olaraq belə deyilir). Qanköçürmə qaydası tə'limatda göstərilmişdir. Qanköçürmədən əvvəl: 1) xəstənin qan qrupunu və xəstənin rezus-mənsubiyyətini tə'yin etmək lazımdır; 2) donorun qanı ilə xəstənin serumunun uyuşub-uyuşmadığını bilmək üçün sınaq aparmalı (şüşə üzərində reaksiya). Bu sınaqları həkim aparır. O, alınmış nəticələri xəstəlik tarixinə yazır, tibb bacısı analiz üçün çox mükəmməl hazırlıq aparır və yalnız tə'çili hallarda həkimin nəzarəti altında qan qrupunu özü tə'yin edir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, qan qrupunu düzgün tə'yin etməmək nəticəsində xəstəyə başqa qrupun qanı köçürürlər ki, bu da xəstənin ölməsinə səbəb ola bilər.

Qan qrupunun tə'yin edilməsi. Qan qrupunu iki müxtəlif seriyalı standart serumlarla tə'yin edirlər (bunlar soyuducuda saxlanılır). Serumlar ampullarda buraxılır: bunların üzərindəki etiketdə seriya nömrəsi, nə vaxt hazırlandığı və yararlılıq müddəti göstərilir. Serum qrupundan başqa onlar müəyyən rəngdə olur: O (I) rəngsizdir; D(P)-göy; V(IP)-qırmızı rəngdə olur. Reaksiyanı ağ nimçələrdə, örtük şüşələri üzlük tavalar üzərində, ən yaxşısı-xüsusi pleksiqlas lövhələrin üzərində aparırlar; bu cür lövhələrin oyuqları olur. Dəriyə batırılacaq steril iynələr, spirt, yodun spirtdə hazırlanmış məhlulu, natrium-xloridin izotonik məhlulu, şüşənin üzərində yazmaq üçün (serum qrupunu, xəstənin familiyasını) karandaş, 8 ədəd steril pipetka və şüşə çubuqlar olmalıdır. Göz pipetkaları ilə iki seriya serumdan iri damçılar götürüb şüşənin üzərinə soldan sağa doğru müəyyən qaydada qoyurlar: O(1), A(P) və V(Ş). Xəstənin dərisini (barmağın, qulağın sırğalığını) spirtlə silir, yodla dezinfeksiya edir, qurulayıb iynəni batırırlar. Standart serumun hər damcısından sağda ən çoxu 2 mm ara verib Paster pipetkası ilə kiçik (10 dəfə kiçik) qan damcısı salır, damcıların müvafiq hər cütünü ayrıca quru şüşə çubuqla (əşya şüşəsinin kənarı ilə) qarışdırır və nimçəni (lövhəni) ehtiyatla tərpədirlər. 5 dəqiqədən sonra nəticəyə baxırlar. Yoxlamaq üçün hər damcıya natrium-xloridin iri

izotonik məhlulunu əlavə edir və reaksiyaya son qiymət qoyulur ki, bunun da əsasını aqqlütinasiya reaksiyası-uyuşmayan qan serumunda eritrositlərin bir-birinə yapışması təşkil edir. İnsanın qan qrupu bütün ömrü boyu sabit olub irsən keçir; o eritrositlərlər zülal amilləri-A və (yaxud) V aqqlütinogenlərinin olması ilə əlaqədardır.

Latın hərfləri ilə qan qrupunu-onun ilk əlamətini göstərirlər. Belə ki, O(I) aqqlütinogenlərin olmamasını: A(P) və V(Ş) müvafiq aqqlütinogenin olmasını, AV(IU)-isə hər iki amilin olmasını göstərir. Serumda (plazmada) aqqlütinogenlərə müvafiq antitellər (əks-cisimlər)-yunan hərfləri a və r ilə göstərilən aqqlütininlər vardır. Eyni adlı aqqlütinogenlə aqqlütinin arasındakı reaksiya (antigen-antitel reaksiyası) aqqlütinasiyaya-eritrositlərin yapışmasına və dağılmasına (həll olmasına)-səbəb olur ki, buna da hemoliz deyilir. Aqqlütinasiya reaksiyası müsbət olduqda qarışıq damcı bulanır və rəngsizləşir, lopalar, dənəçiklər əmələ gəlir və bunlar tədricən bir-birinə qarışır: natrium-xloridin izotonik məhlulunu əlavə etdikdə bu lopalar yox olmur. Reaksiya mənfi olduqda eynicinsii çəhrayı damcı alınır, bunda dənəciklər, lopalar, qırıntılar olmur. Eritrositlərin standart üç serumla ehtimal olunan kombinasiyada reaksiyaları və buna əsasən qan qrup-dörının tə'yin edilməsi 7-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 7

Aqqlütinasiya reaksiyasına görə qan qrupunun standart serumlarla tə'yin edilməsi

Standart serumlar		Öyrənilən qan qrupu	
O (I)	A (II) reaksiya	B (III)	
—	—	—	O (I)
+	—	—	A (II)
+	+	—	B (III)
+	+	+	AB (IV)

Şərti işarələr + və - aqqlutinasiyanın olub-olmamasını göstərir.

Reaksiya IV qan qrupunu göstərirsə, IV qrupun serumu ilə kontrol sınaq aparılır, bu zaman aqqlutinasiya olmazsa bu dəfə də qan IV qrupa aiddir. Öyrənilən serumlar aşağıdakı tələblərə cavab verməlidir; ampullar bütöv, etiketi aydın, maye şəffaf olmalı, istifadə müddətindən keçməməlidir. O(I), A(II), V(III) qruplarının standart eritrositlərinə görə qan qrupunu tə'yin edəndə, əvvəlcə xəstədən 2-3 ml qan götürüb sentrufuqadan keçirir (4%-li natrium-sitratın bir hissəsini 4 hissə qanla qarışdırırlar), yaxud çökdürürlər. Reaksiya əvvəlki reaksiya kimi aparılır (iri plazma damcılarını standart eritrositlərin müvafiq xırda

damcıları ilə qarışdırırlar). Bunların nəticələri 8-ci cədvəldə verilmişdir.

Qan qrupunu tə'yin edəndə səhvə yol verməmək üçün reaksiya aparılan yer işıqlı, temperaturu normal olmalıdır (otağın temperaturu +12°S-dən aşağı olduqda yalançı aqqlütinasiya baş verir), yararlılıq müddəti ötməmiş serum və eritrositlərdən istifadə etmək (etiketləri yoxlamalı), mütləq iki seriya serumla sınaq qoymaq, reaksiya verən maye damcılarının optimal nisbətinə əməl etmək, damcı qarışıqlarını natrium-xloridim izotonik məhlulu ilə əridib yoxlamaq, reaksiyanın nəticələrinə 5 dəqiqədə baxmaq, damcıların kənarlarını qurumağa qoymamaq (yalançı aqqlütinasiya əmələ gələ bilər), nəticələri dərhal xəstəlik tarixinə yazmaq lazımdır.

Cədvəl 8

Standart eritrositlərlə qoyulan aqqlütinasiya reaksiyasına görə qan qrupunun tə'yin edilməsi

Standart eritrositlər		Öyrənilən qan qrupu	
O (I)	A (II)	B (III)	
	Reaksiya		
—	+	+	O (I)
—	—	+	A (II)
—	+	—	B (III)
—	—	—	AB (IV)

Rezus-amilin tə'yin edilməsi. Adamların 85%-nin qanında başqa bir aqqlütinogen-rezus-amil (Kh) də vardır, 15%-də isə o yoxdur. Buna əsasən qanı rezus-müsbət (KH+) və rezus-mənfi qana (Kh+) bölürlər. Rezus-göstərici də irsidir, o, insanın bütün ömrü boyu dəyişmir. Rezus-mənfi qanı olan adamlara rezus-müsbət qan vurulmasına göstərilən reaksiyalar təkrar qan köçürmələrdən sonra, immunitet yarandıqda baş verir. Qan köçurməzdən əvvəl transfuzion anamnezi aydınlaşdırırlar (bundan əvvəl qan köçürülübmü və nə kimi reaksiya olmuşdur), qadınlarda isə əlavə olaraq mamalıq anamnezini də öyrənirlər.

Rezus-amili laboratoriyada tə'yin edirlər; bunun üçün oraya 1 hissə 4%-li natrium-sitrat və 4 hissə qan tökülmüş sınaq şüşəsi göndərirlər. Tə'cili hallarda rezus-amili standart antirezus serumlarla yerindəcə tə'yin edirlər. Petri fincanına iki seriya antirezus serumunun hərəsindən 3 iri damcı cəmi isə 6 damcı tökürlər (hər dəfə ayrıca quru pipetka işlədilir). Birinci iki damcıya resipiyentin qan suspenziyasının kiçik damcısını əlavə edirlər (xəstənin qanına stabilizator əlavə etmədən sınaq şüşəsinə tökürlər, qan laxtalandıqdan və laxta retraksiyaya uğradıqdan sonra serum əmələ gəlir ki, bunun da içərisində eritrositlər-

suspenziya olur); ikinci qoşa damcıya standart rezus-müsbət eritrosit suspenziyası əlavə edirlər (kontrol); üçüncü qoşa damcıya-rezus-mənfi eritrosit suspenziyası tökürlər. Damçıları hər dəfə ayrıca şüşə çubuqlarla (əşya şüşəsinin kənarı ilə) qarışdırırlar: damcıların qurumaması üçün fincanın ağzını örtür və 10 dəqiqəyə su hamamına qoyurlar. Kontrolda (rezus-müsbət eritrositlərlə qoyulur) mütləq aqqlütinasiya baş verməlidir. Xəstənin eritrositləri antirezus-serumla aqqlütinasiya verərsə, deməli, qan rezus-müsbətdir. Aqqlütinasiya baş verməsə qan rezus-mənfidir (cədvəl 9).

Cədvəl 9

Antirezus serumlarla qoyulan reaksiyaya görə rezus-amilin tə'yin edilməsi

Rezus-müsbət qan			Rezus-mənfi qan		
	serum (seriya)		serum (seriya)		
	1-ci	2-ci		1-ci	2-ci
	Aqqlütinasiya		Aqqlütinasiya		
Xəstənin eritrositləri	+	+	Xəstənin eritrositləri	—	—
Eritrositlər (Rh+)	+	+	Eritrositlər (RH+)	+	+
Eritrositlər (Rh—)	—	—	Eritrositlər (Rh—)	—	—

Qan qrupunu və rezus-amili tə'yin etdikdən sonra müvafiq donor qanı sifariş verirlər (seçib götürürlər), bu vaxt çalışırlar ki, eyni qrupdan və eyni adlı rezus-amili olan qan olsun. Birinci dəfə köçürülməsinə və anamnezdə rezus-konflikt olmamasına baxmayaraq, rezus-mənfi resipiyentlərə ancaq rezus-mənfi qan köçürülür. Konservlənmiş qan ampullarını (flakonları, plastik kütlədən qayrılmış torbaları) aldıqda da, onun yararlı olub-olmadığını aydınlaşdırırlar. Flakonun üstündə aydın pasport mə'lumatları: qanın götürülmə tarixi, əməliyyat jurnalının nömrəsi, qanı hazırlayan müəssisənin adı, həkimin və donorun familiyası olmalıdır. Qan qrupuna xüsusi fikir verilir, o nəinki etiketdə aydın yazılmış olur, həm də müvafiq rəngli zolaqla göstərilir. (Göy

zolaq-II qrupu, qırmızı-III qrupu və sarı-IV qrupu göstərir). Flakonun ağzının kip olduğuna əmin olduqdan sonra mikroskopik olaraq, yə'ni xarici görünüşünə görə qanın keyfiyyətini tə'yin edirlər. Qan çalxalanmayıbsa (yolda), yaxşı durulubsa onda 2 qat aydın görünür-yuxarıdakı şəffaf, açıq

rəngli qat (sarımtıl və ya yaşıla çalan) plazmadır, aşağıdakı tünd qırmızı qat isə eritrositlərdir. Köçürüləcək qan bulanıq olmamalıdır.

onun içində qan laxtaları, lopalar, pərdələr olmamalıdır: yuxarıdakı qat çəhrayı rəngdə olarsa bu, hemoliz getdiyini göstərir. Qanda lopalar, bulantı, pərdə olması isə qana infeksiya düşdüyünü göstərir: Qanda iri laxtalar olması da onun köçürməyə yaramadığını göstərir. Köçürməyə yaramayan qanı, adətən, operasiya otağına qaytarırlar; buranın işçilərindən biri köçürüləcək qanın alınmasına, saxlanmasına və sərf olunmasına cavabdehdir. Köçürməyə yararlı qanı soyuducudan çıxarıb otaq temperaturunda isidirlər (ən çoxu 1 saat). 40°S-dən yuxarı və ya təkrar qızdırılmış qan ağır reaksiyalar törədə bilər. Çox tə'cili hallarda qanı qızdırmadan vurmaq lazım gəldikdə, yavaş-yavaş vurulmalıdır, yoxsa xəstənin ürəyi dayana bilər. Plan üzrə qan göçürüləcək xəstənin qanını və sidiyini bir gün əvvəl analiz edir, üzərində xəstənin adı yazılmış quru sınaq şüşəsinə venadan qan götürüb ştativə qoyurlar (sınaq şüşəsində qan laxtalanır və serum əmələ gəlir, həmin serum vasitəsilə sınaq qoyub qanların uyuşub-uyuşmadığını tə'yin edirlər). Analiz üçün təzə qan və sidik götürülməlidir (üç gündən köhnə olmamalıdır). Qan köçürməzdən əvvəl xəstənin temperaturunu, arterial təzyiqi ölçür, sidik kisəsini boşaldırlar (qan köçürülənə qədər olan sidiyi saxlayırlar). Qan köçürməyə 2 saat qalmış yemək olmaz, lakin şirin çay içmək olar. Qan köçürməzdən, əvvəl adi standart serumlarla donorun qan qrupunu tə'yin edirlər. Bilavasitə tan köçürməzdən əvvəl bir daha resipiyentin qan qrupunu tə'yin etmək tövsiyə edilir. Bunu qan köçürən şəxs etməlidir. Qanların uyuşub-uyuşmadığını bilmək üçün mütləq sadə sınaq qoyurlar. Bunun üçün xəstənin qanını duruldub alınmış serumdan istifadə edirlər (tə'cili hallarda xəstənin qanını sentrifuqadan keçirib sınaq qoymaq üçün plazmanı götürürlər), ondan iki iri damcı şüşənin üstünə qoyurlar. Hər damcıya donorun eritrositlərindən kiçik bir damcı (1:10) əlavə edir, qarışdırır və 5 dəqiqədən sonra aqqlütinasiya reaksiyasının nəticələrini qeyd edirlər. Qan uyuşduqda aqqlütinasiya əmələ gəlmir. Kontrol üçün qarışdırılmış damcını natrium-xloridin izotonik məhlulunda həll edirlər. Xəstənin rezus mənsubiyyəti qabaqca tə'yin edilməyibsə, tə'cili olaraq rezus-amilə görə sınaq qoymaq lazım gəlir. Donorun və resipiyentin qanının uyuşduğuna əmin olduqdan sonra sistemi qurmağa başlayırlar: onu steril halda operasiya otağından alırlar, yaxud birdəfəlik istifadə üçün fabrikdə hazırlanmış plastik sistemdən istifadə edirlər; bu sistem qamma-şüalarla sterilizə edilib germetik bağlanmış şəkildə buraxılır. Qanı saxlandığı qabdan (ampul, flakon, plastik torba) köçürürlər. Sistemi doldurmazdan əvvəl qanın formalı elementlərini və plazmanı qarışdırmaq lazımdır; bunun üçün ampulu və ya flakonu bir neçə dəfə şaquli vəziyyətdən üfiqi vəziyyətə keçirir və ox üzrə fırladırlar. Venaya punksiya, kateter və ya venanı yarmaqla qan vurmaq daha çox yayılmışdır.

Venaya dərin yeridilmiş iynəni sistemə birləşdirir, plastırla bərkidir

və qanın uyuşmasını bilmək üçün əvvəlcə bioloji yoxlama aparır və sonra qan köçürməyə başlayırlar. Qandan 15-20 ml tez (20-30 saniyədə) yeridib sistemi bağlayır və 3-5 dəqiqə xəstənin özünü necə hiss etməsinə fikir verirlər (başgicəllənmə, ürəkbulanma, döşdə sıxıntı, belində, döşündə, böyründə ağrılar olub-olmadığını soruşurlar), nəbzi yoxlayır, xəstənin özünü pis hiss etməsinə, rənginin qaçmasına xüsusi diqqət yetirirlər. Mənfi reaksiya olmadıqda yenidən tez 25 ml vurur, sistemi bağlayıb təzədən xəstəni müşahidə edirlər. Üçüncü porsiyanı (25 ml) vurduqdan sonra mənfi reaksiya olmayıbsa qanı arasıkəsilmədən vurmaq olar; onun sür'ətini sıxıcı ilə tənzim edirlər. Qanı vurub qurtardıqda ampulda 5-10 ml saxlayırlar və 2 sutka soyuducuya qoyurlar ki, xəstədə ağırlaşma olarsa analiz edilsin. 2 sutkadan sonra flakonun üzərindəki etiketi isladıb qoparır, qurudur və xəstəlik tarixinə yapışdırırlar. Qanköçürmə prosesində xəstənin qan damarına hər hansı preparat vurmaq lazım gələrsə, bunu sistemin rezinini deşib eləmək olar (iynəyə yaxın yerdən), lakin bu vaxt aseptika və antiseptikaya ciddi əməl etmək və preparatın qanla uyuşub-uyuşmadığını nəzərə almaq lazımdır. Qan köçürərkən iynənin gözü tutularsa, iynəni venadan çıxarmadan onu mandrenlə açmaq qətiyyən olmaz, həmçinin iynəni şprisdən böyük təzyiqlə məhlul vurub yumaq da olmaz. Qanköçürmə qurtardıqdan sonra sistemi sökürlər: rezin borucuqları kranın altında yuyur, iynələri və kanülyaları mandrendə yuyub təmizləyirlər. Sistemin şüşə hissələrini yaxşı-yaxşı yuyurlar. Sistemi operasiya blokunda sterilizə edirlər. Qanköçürmə qurtardıqdan sonra xəstə 2 saat uzanır. Qanköçürmədən sonra birinci dəfə götürülmüş sidiyi həkimə göstərir və analizə göndərirlər. Diurezi ölçürlər. Xəstənin üzərində xüsusi müşahidə aparır, onun şikartlərinə diqqətlə qulaq asırlar, çünki bə'zən bunlar xəstədə baş verən ağırlaşmaların ilk əlamətləri ola bilər. Qan köçürdükdən 2 saat sonra bədənin temperaturunu ölçürlər. Temperatur qalxarsa 4 saat müddətində hər saatdan bir ölçürlər. Yuxarıda təsvir edilmiş venaya konservləşdirilmiş donor qanı vurmaq metodu çox yayılmış və asan metoddur.

Bə'zi hallarda, məsələn, hemofiliya üzündən qanaxma olarsa, stabilizator qatılmamış donor qanını bilavasitə köçürmək son dərəcə faydalıdır (stabilizator qanın laxtalanma qabiliyyətini azaldır). Donor qanköçürmə stansiyasında (yaxud başqa bir yerdə) qabaqcadan müayinədən keçən donor göndəriş kağızını təqdim edir, burada onun bütün pasport mə'lumatları, qan qrupu, rezus-mənsubiyyəti, Vasserman reaksiyasının mənfi olması və qanın bilirubin göstəriciləri yazılmış olur. Bir daha donorun və xəstənin qan qrupunu tə'yin edir, qanın uyuşub-uyuşmadığını bilmək üçün sınaqlar qoyurlar (adi və qızdırıb). Donora xəstəxana paltarı geydirir, qanköçürmə otağında xəstənin uzandığı təkərli stolun yanında, onunla eyni hündürlükdə olan təkərli stola uzadırlar. Donorun və resipiyentin venalarını xüsusi

sistemlə birləşdirirlər-bunda qan dala axa bilmir: qanı şprislə vurmaq əlverişli deyildir. Donorun qanından azca saxlayıb (şprisdə və sistemdə qalan) soyuducuya qoyurlar. Xəstə operasiya otağında 30 dəqiqə qalır. Donor qanköçürmə stansiyasına qayıtmalıdır.

Reinfuziya-ən çoxu bir neçə saat əvvəl xəstənin döş və qarın boşluğuna dolmuş qanın təzədən xəstənin özünə vurulması (içi boş üzvlər zədələnmədən döş qəfəsi və qarın boşluğu üzvlərinin xəsarətində, uşandıqdan kənar hamiləlikdə, plevra boşluğu drenajından çoxlu qan gəldikdə və s.). Bu metodda qabaqcadan heç bir sınaq qoymaq və analiz aparmaq tələb olunmur, çünki vurulacaq qan xəstənin öz qanıdır. Xəstənin öz qanını iti şırnaqla vurmaq olar. Stabilizator (məsələn, 1:10 nisbətində 4%-li natrium-sitrat) tökülmüş steril qaba (flakona, Bobrov bankasına) yığılmış qanı 8 qat steril tənzifdən süzür (tənzifi tez-tez dəyişirlər) və sonra venaya vururlar.

Meyitdən götürülən qanı (fibrinoliz qanı) da adi üsulla köçürürlər.

Qan köçürməklə əlaqədar olaraq ağırlaşma baş verən dövrə posttransfuziya dövrü deyilir, o, qanköçürməyə başlayan kimi təzahür edir. Daha ciddi ağırlaşmalar AVO sistemi ilə, yaxud rezus-amili uyuşmayan, çox qızdırılmış, infeksiya düşmüş və ya hemoliz baş vermiş qanı köçürdükdə əmələ gəlir.

Hemotransfuzion konfliktin gedişində 2 dövr ayırd edilir: 1) hemotransfuzion şok; 2) kəskin böyrək çatışmazlığı. Şok əvvəlcə xəstənin narahatlığı, döşdə, başda ağrılar və sıxıntı, beldə və qarında xarakter ağrılar şəklində təzahür edir. Xəstənin sifəti əvvəlcə qızarır, sonra saralır və göyərir, arterial təzyiq düşür, nəbz tez-tez vurur və yumşadır, tənəffüs pozulur. Sidiyə qan qarışdığı üçün o qəhvə rəngində olur və onda çoxlu zülal aşkar edilir. Böyrək damarlarının uzun müddət spazmından sonra kəskin böyrək çatışmazlığı baş verir, bunun nəticəsində diurez azalır, hətta sidik ifrazı tamam kəsilir (anuriya), uremiya baş verir ki, bu da ölümlə nəticələnə bilər. Sarılıq bə'zən az olur və qanda bilirubini tə'yin etməklə bilinir. Şok zamanı ümumi tədbirlərdən başqa (xəstəni qızdırmaq, plazmaəvəzedicilər, spazmı aradan götürən və antihistamin preparatlar, morfi, böyük dozada qlükokortikoidlər, 5%-li natrium-bikarbonat məhlulu, oksigenlə müalicə) eyni qrupdan olan qan da köçürürlər. Kəskin böyrək çatışmazlığının qarşısını almaq üçün mümkün qədər tez böyrək damarlarının spazmını aradan götürmək və dərmanlarla (mannitol, karbamid, furosemid), paranefral blokada, bel nahiyəsinə isitqac induktotermiya, infuzion müalicə tə'yin etməklə sidik ifrazını yaxşılaşdırmaq lazımdır; xəstəyə vurulan mayenin miqdarı çıxan sidiyin miqdarına bərabər olmalıdır.

Hava emboliyası-prosedura zamanı buraxılan texniki səhv nəticəsində baş verən qorxulu ağırlaşmadır. Damara 100-150 ml hava girməsi ölümə səbəb olur, lakin bundan az hava girməsi də ciddi

ağırlaşmalar törədə bilər. Emboliyanın qarşısını almaq üçün sistemi düzgün quraşdırmaq (birləşmə yerlərində kermetizm), içəridəki havanı çıxarıb doldurmaq, kontrol şüşə boruya baxıb proseduranın gedişini daim müşahidə etmək, flakonda 5-10 ml qan qalanda sistemi bağlamaq lazımdır.

Tromboembolik ağırlaşmalar. Uzun müddət venadan təkrar qan vurmaq tromboflebitə, yaxud flebot-romboza səbəb ola bilər. Aseptikaya riayət edilməməsi (venaya virulent flora düşməsi), venanın divarını qıcıqlandıran məhlullar (hipertonik məhlullar) yeridilməsi, qanın qatılaşması tromb əmələ gəlməsinə kömək edir. Bunun profilaktikası venalarda əməliyyat apardıqda (punksiya, yarma, kateter salma) aseptikaya ciddi əməl etməkdən, uzun müddət venaya qan vurduqda hər 6-8 saatdan bir antikoaqulyantlar yeritmədən ibarətdir; qan cərəyanında eritrositləri parçalayan hipertonik məhlullar (qlükoza) vurmaq olmaz; əvvəlcə sistemr natrium-xloridin izotonik məhlulu ilə yumaq lazımdır. Həmçinin kalsium-xlorid vurduqdan sonra da sistemi yumaq və bir müddət qanı şırnaqla yeritmək lazımdır, sonra isə damcı üsuluna keçmək olar. Topuq və mil-bilək oynaqlarında əl və ayaq barmaqlarını tez-tez işlətmək qanın yaxşı axmasına kömək edir və tromb əmələ gəlməyə qoymur. Tromboflebit aşkar edildikdə zədələnmiş venadan kateteri (iynəni) çıxarmaq, ətrafı 2 həftə, yə'ni tromb damarın divarına möhkəm yapışıb onun qopması, başqa sözlə tromboemboliya qorxusu itənə qədər ətrafı tərpənməyə qoymamaq lazımdır. Tromboflebit üzdə (səthi) olduqda həmin yerə zəli, heparin məlhəmi qoyur, qlivenol tə'yin edirlər. Antikoaqulyantlar trombu böyüməyə və başqa venalarda tromb əmələ gəlməyə qoymur. Poliqlükindən başqa (o yerli ağırlaşmaları yatırır və tromb əmələ gəlməsinin qarşısını alır) venaya vurulacaq bütün dərmanları kəsirlər. Tromboembolik ağırlaşmalara səbəb-qanı konservasiya edərkən əmələ gələn xırda qan laxtaları ola bilər. Qanı çox saxladıqca bu laxtaların sayı artır.

Postransfuzion hepatit-Botkin xəstəliyi, yaxud serum hepatiti ilə xəstələnmiş donordan alınan qanı vurduqda əmələ gəlir.

Yerli infeksion ağırlaşmalar-venanın punksiya edildiyi və ya yarıldığı zonada iltihab prosesi olarsa iynəni və ya kateteri mütləq çıxarmaq lazımdır.

Böyük transfuziya sindromu çoxlu qan itirdiyinə görə böyük dozada (sutkada dövr edən qandal 40-50%, çox) qan köçürülmüş xəstələrdə müşahidə edilir. O ürək-damar pozğunluqları, plazmanın zülal və elektrolit tərkibinin dəyişməsi, qanın laxtalanma xassəsinin pozulması və s. şəkildə özünü göstərir. Böyük dozada qan köçürülmüş xəstələrin üzərində xüsusi müşahidə aparırlar (ilk sutkalar hər saatdan bir arterial təzyiqi, nəbzi və tənəffüsün sıxlığını, diurezi ölçürlər; sidik kisəsində kateteri saxlayıb su itgisinin dəqiq uçotunu aparırlar).

Qan əvəzediciləri tə'sirinə görə şoka qarşı, dezintoksikasion və parenteral qidalanma maddələrinə bölürlər. Belə ki, donor plazmasından nativ və dondurulmuş plazma, fibrinogen, fibrinolizin, immun qlobulinlər, albumin, protein, serum hazırlayırlar. Donor qanının eritrositlərindən eritrosit suspenziyası və kütləsi, aminokrovin, erigem; leykositlərdən və trombositlərdən isə müvafiq surətdə leykosit və trombosit kütlələri hazırlayırlar.

Quru plazması bilavasitə vurulacaq vaxt distillə edilmiş steril su və ya natrium-xloridin izotonik məhlulu ilə lazımi konsentrasiyaya qədər su ilə qarışdırırlar. Sistemə steril tənzifdən süzkəç qoymaq lazımdır. Keyfiyyətli plazma 10 dəqiqədə həll olub çöküntü vermir. Durulaşdırılmış plazmanı damcı və ya şırnaq üsulu ilə dərhal venaya vurmaq lazımdır. Qanı O (I) qrupuna aid olan şəxslərə plazmanı qan qurupunu nəzərə almadan vurmaq olar. AV(IV) qrupun plazmasını bütün xəstələrə vurmaq olar. 300 ml-dən çox plazma vurduqda qan qrupunu nəzərə almaq lazımdır. Fərdi sınaq qoymaq lazım deyil, bioloji sınaq isə mütləq qoyulmalıdır və o üç dəfə təkrar edilməlidir.

Stabilizator qatılmayan qanı laxtaladıb alınan serumun səmərəsi azdır, çünki onda laxtalanma sisteminin bir sıra zülalları olmur. Onu da nativ plazma kimi köçürürlər.

Eritrosit kütləsi-plazmanı atdıqdan sonra alınan mühitdir. Hemoliz (çöküntüdən yuxarıda çəhrayı rəng), laxta və ya mikrob aşkar edilərsə, preparat yaramır. Köçürdükdə qanın uyarlığını AVO sisteminə və rezus-amilə görə yoxlayırlar; bu vaxt qanköçürmədəki eyni sınaqları qoyurlar.

Leykosit kütləsini-kiçik dozalarda hazırlayır və alınan gün işlədirlər. Venaya AVO sisteminə və rezus-mənsubiyyətə görə eyni qrupun leykosit kütləsini yavaş-yavaş 20 qramlıq şprislə vururlar. Uyuşma sınağı qoyulmur.

Trombosit kütləsi 100 ml flakonlarda buraxılır, o da leykosit kütləsi kimi, qan qrupunu və rezus-mənsubiyyəti nəzərə alınaraq vurulur.

Heyvan mənşəli (əsas e'tibarilə qaramal qanından hazırlanır) heterogen zülallardan hidroliz yolu ilə hazırlanan mühitləri *zülal hidrolizatları* qrupunda birləşdirirlər (hidrolizin məhlulu, aminopeptid, fibrinosol). Donor qanının qalığını hidroliz etməklə alınan aminokrovin də bura daxildir. Südün turşu hidrolizi kazein hidrolizatı preparatı verir. Köçürülən bu mühitlərin tərkibində yaxşı həzm olunan amin turşuları vardır və parenteral qidalanmada işlənir. Polisaxaridlərdən və polivinilpirrolidondan (PVP) hazırlanan sintetik qanəvəzediciləri nəqliyyatla daşımaq asandır, temperaturun dəyişməsinə az həssasdırlar, uzun müddət saxlamaq mümkündür. Bundan başqa bu preparatların işlədilməsi qorxusuzdur.

Ortamolekullu məhlullar (poliqlükin) damarlarda uzun müddət qalır və buna görə də dövr edən qanın həcmini xeyli artırır. Aşağı

molekullu məhlullar bədəndən tez çıxır və buna görə də intoksikasiyanı aradan götürür. Elektrolit məhlullar (inyeksiya üçün natrium-xloridin izotonik məhlulu, Ringer-Lokk məhlulları, Ringer-laktat, laktosol) bədənin sutkalıq su, elektrolit tələbatını ödəmək və hüçeyrədənkənar su kəsirini doldurmaq üçündür.

Plazma, serum, britrosit kütləsi vurduqda da qanköçürmədəki eyni ağırlaşmalar ola bilər. Hər bir məhlulu vurduqda hava emboliyası qorxusu vardır; bu proseduranın lap əvvəlindən sistemin düzgün doldurulmaması, yaxud axırda listemin gec bağlanması nəticəsində baş verə bilər.

Yad cisimciklərlə əlaqədar emboliyanı sistemdəki qan laxtaları, habelə rezin borunu deşdikdə qopan rezin parçaları törədə bilər.

Yüksək kolloid mayeləri, məsələn. albumin, hemodezi sür'ətlə vuranda ürəyin işi ağırlaşa bilər (tənəffüs çətinləşir, döşdə sıxıntı olur, xəstə göyərir). Yüksəkmolekullu məhlullar (poliqlükin) və tərkibində yad zülallar olan məhsullar işlədəndə erkən anafilaktik reaksiyalar (tənəffüsün çətinləşməsi, arterial təzyiqin düşməsi, hiperemiya, ağır hallarda, hətta bronxun spazmı) və gec reaksiyalar (serum xəstəliyi) törədə bilər. Piroken reaksiyalar (üşütmə, bədənin temperaturunun qalxması) çox ladir hallarda olur və keyfiyyətsiz məhlul işlətməklə əlaqədardır.

İnfeksiya düşmüş məhlul vurduqda baş verən ağırlaşmalara səbəb aşağıdakı qaydaların pozulmasıdır: flakonun germetikliyinin, məhlulun xarici görünüşünün yaxşı yoxlanmaması, flakondan təkrar istifadə edilməsi (şprislə tıxacı deşib flakonda qalan məhlulun vurulması). Bu ağırlaşmalar olduqca qorxuludur (bax: qanköçurmə).

Toksik reaksiyalar yüksəkmolekullu məhlulların bədəndən çıxması pozulduqda baş verir, çunki bunların hissəcikləri uzun müddət bədəndə qalır.

ƏZİLMƏLƏR, DARTILMALAR VƏ YUMŞAQ TOXUMALARIN YIRTILMALARI. - Əzilmə-küt zərbə (yıxılma, vurma) nəticəsində yumşaq toxumaların qapalı zədələnməsidir. Simptomları əzilmənin yerindən və zərbənin kucundən asılıdır. Başın, döşün, qarnın əzilmələri ağır xəsarətlərə aiddir, bunun üçün xüsusi müayinə və müalicə tələb olunur. Çox vaxt ətrafların əzilməsinə təsadüf edilir. Əsas şikayətlər: ağrı və ətrafın hərəkətinin azalması. Bu vaxt ətrafa məcburi vəziyyət verilir (çox vaxt yarıqatlanmış), muvafiq oynaqda fəal və passiv hərəkətlər məhdudlaşır. Qansızmanın dərəcəsi zədələnmiş oynağın ölçüsündən və yerindən asılıdır. Üzdəki (səthi) damar qırıldıqda gözə görülən qansızma olur, bə'zən qan yığılır, hematoma əmələ gəlir. Dərindəki damarlar zədələndikdə ilk günlər qansızma nəzərə çarpmır, o sonralar, əzələlərdən dərialtı piy toxumasına yayıldıqda görünür. Təzə qansızma qırmızı rəngdə olur, buna səbəb hemoqlobinin olmasıdır. Hemoqlobin parçalandıqca qansızmanın

rəngi dəyişir; o sorularaq, göy rəngə çalır. Qan sızmış yer bu cür dəyişməyib al qırmızı rəngə düşərsə bu, infeksiya düşdüyünü göstərir. Bə'zən böyük bir nahiyəyə qan sızanda bədənin temperaturu qalxır, buna səbəb zədələnmiş toxumalardan qanın çürümə məhsullarının sorulmasıdır. Qan sızmış yerə infeksiya düşərsə iltihaba xas əlamətlər olur: həmin yer ağrıyır, şişir, temperaturu qalxır. Bə'zən qansızmalar tamam sorulmur, onların yerində uzun müddət bərk nahiyələr qalır. Bunlar-üzərini birləşdirici toxuma tutmuş hematomalardır.

Adətən yüngül əzilmələr izsiz keçib gedir və xüsusi müalicə tələb olunmur. İlk yardım kimi ətrafa dinclik vermək, əzilmiş yerə basıcı sarğı, buz, soyuq kompres qoymaq, qansızmanı məhdudlaşdırmaq və ağrını azaltmaq üçün ətrafı yuxarıda qoymaq lazımdır. Böyük nahiyə əzilmiş olduqda şina qoymaq daha yaxşıdır. Böyük qansızmaların tez sorulması üçün 3-4 gündən sonra ətrafları ilıq vannalara (isti vanna olmaz!) qoymaq, fizioterapiya qəbul etmək olar. Ətrafın işləməsinə mane olan, pis sorulan və irinləyə bilən böyük hematomalarda bütün aseptika qaydalarına əməl etməklə punksiya aparmaq lazımdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, "əzilmə" diaqnozu qoyduqda daha ciddi zədələnmələr, o cümlədən sümük sınığı (çox vaxt baldırla pəncəni birləşdirən oynaq nahiyəsindəki əzilmə topuq sınmış, yaxud çatlamış olur) ehtimal olunmur. Böyük əzilmələrdə bunu ancaq rentgenoloji müayinə ilə bilmək olar, odur ki, belə hallarda rentgen çox vacibdir.

Bağların və əzələlərin dartılması, qırılması oynağın adi işindən çox olan son dərəcə kəskin, iti hərəkətlər etdikdə baş verir. Belə zədələnmələr idmançılara xas olub baldır, pəncə, diz, nadir hallarda mil-bilək oynağı zədələnmiş olur. Əlamətləri əzilmədə, xüsusilə, bağlar qırıldıqda olduğu kimidir, lakin daha kəskin şəkildə keçir. Oynağın işi daha çox məhdudlaşır. Oynaq zədələndikdə oynaqətrafı toxumalara bol qan sızır, oynaq boşluğuna isə qanlı maye dolur-hemartroz baş verir. Bu vaxt oynaq şişir, konturları hamarlaşır, hərəkət etmir. Bağ aparatı dartıldıqda və qırıldıqda ilk yardım ətrafı tərpənməyə qoymamaq (şina, bərk sarğı qoymaq) və soyuq şey qoymaqdır. Hemartrozda oynağı punksiya etmək lazımdır, hemartrozlarda və bağların qırılmasında ətrafı uzun müddət təsbit etmək tələb olunur (gips longetini 2-3 həftə saxlayır), sonra fizioterapiya müalicəsi və fəal bədən tərbiyəsi hərəkətləri etmək lazımdır. Əzilmələr kimi bağların dartılması da ambulatoriyada müalicə edilir, lakin uzun müddət ətrafı az işlətmək və sonralar elastiki corab geymək və ya bintlə sarımaq, dizlik geymək tövsiyə edilirr, bundan məqsəd barların bir daha dartılmasının və oynağın yerindən çıxmasının qarşısını almaqdır. Bə'zən bağlar qırıldıqda bərpaedici cərrahi əməliyyat aparmaq lazım gəlir.

KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏSİ. Aşağıdakı kəllə zədələnmələri ayırd edilir: 1) qapalı və açıq zədələnmələr; 2) kəllə sümüklərinin

zədələnməsi (kəllə tağının və qaidəsinin sınıqları) ilə müşayiət olunan və bunsuz zədələnmələr; 3) beyinin zədələnməsi ilə müşayiət olunan və bunsuz zədələnmələr.

Qapalı zədələnmədə hətta kəllə sümükləri sınmadan belə, xüsusilə kəllə sümükləri sınmış olduqda beyin sarsıntısı, əzilməsi və basılması (qansızma, ödem) ola bilər.

Açıq zədələnmələr arasında sərt beyin qişasının zədələnməsindən asılı olaraq nüfuz edən və nüfuz etməyən zədələnmələri göstərmək olar. Kəllə-beyin zədələnməsinin daha çox təsadüf edilən forması beyin sarsıntısıdır. O yüngül, orta və ağır dərəcədə olur. Yüngül sarsıntıda şüur qısa müddət pozulur, retroqrad amneziya (bilavasitə zədələnmə qabağı baş vermiş hadisələr xəstənin yadından çıxır) və anteqrad amneziya (zədələnmədən sonra dərhal həmin hadisələr xəstənin yadından çıxır) müşahidə edilir; xəstə qusur, sonra baş ağrısı, zəiflik, başgicəllənmə, qulaqlarda küy olur, pis yatır. Ağır hallarda komatoz hal əmələ gəlir: xəstə huşunu itirir, göz bəbəkləri genəlir və işığa reaksiya göstərmir, reflekslər itir, nəbz zəif, tənəffüs səthi olur; xəstə sidiyini və nəcisini saxlaya bilmir. Ağır dərəcəli kəllə-beyin zədələnməsində birinci növbədə tənəffüs pozulur, buna görə də tənəffüsü bərpa etməyə çalışmaq lazımdır. Əzilmə zamanı beyin sarsıntısı və uzun müddət huşun itməsi ilə əlaqədar olan ümumi əlamətlər və zədələnmənin yerindən asılı olan yerli simptomlar (iflic, qıcolma, nitqin, hissiyyatın, mimikanın pozulması) müşahidə edilir.

Beyni və kəlləsi zədələnmiş şəxsə yardım göstərəndə, yaxud onu stasionara qəbul edəndə xəstə barədə və baş vermiş hadisə haqqında bütün mə'lumatları hadisə yerində olmuş adamlardan soruşmaq lazımdır, çünki çox vaxt bu çür xəstələr huşunu itirir, yaxud onlarda amneziya əmələ gəlir. Xəstənin ağzından spirtli içki iyi gəlib-gəlmədiyinə fikir vermək, müvafiq sınaqlar aparıb onun sərxoş olub-olmadığını aydınlaşdırmaq lazımdır, çünki bu, klinik mənzərəni aydınlaşdırmağa mane ola bilər. Bundan başqa, sərxoşluğun olmamasının, yaxud onun təsdiq edilməsinin məhkəmə təbabəti üçün əhəmiyyəti vardır. Kəlləsi zədələnmiş şəxsi tez və ehtiyatla nəqliyyata qoyub xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır. Xəstəni mütləq arxası üstə uzadır, başını azca yuxarıda qoyur və yana çevirir, qusuntu kütləsi və selikdən boğulmaması üçün tədbir görürlər. Kamfora, korazol, strixin və morfi vurmaq olmaz, çünki bunlar qıcolma törədir. Arterial təzyiq çox düşdükdə kofein vurulmalıdır. Yaranı işlədikdə, qana bulaşmış tükləri qayçı ilə kəsir, sonra maşınla qırxır, yaranın ətrafındakı tükləri isə ülgüclə yirlər. Çox cüzi sanitariya təmizliyi aparırlar: çirklənmiş yerləri ancaq yaş dəsmalla silir və xəstənin paltarını dəyişirlər. Çox vaxt birinci dəfədə-rentgenoloji müayinə aparırlar, bu vaxt xəstənin başını həkimin göstərdiyi vəziyyətdə saxlamaq lazımdır.

Açıq yaraları cərrahi yolla işləyirlər (adətən, yaranın kənarlarını və

dibini kəsmirlər); tetanusa qarşı mütləq serum vurulmalıdır. Kəllənin qaidəsinin qapalı sınıqlarında burundan, ağızdan və qulaqlardan qan və onurğa beyni mayesi gəlir. Belə hallarda bunu silmək, yumaq, tampon qoymaq olmaz, çünki birinçisi, bu əməliyyatlar kəllədaxili təzyiqin qalxmasına və ikincili, beyin qişalarına infeksiya salıb meningitə səbəb ola bilər.

Kəllə və eyni zədələnmiş xəstələr kəskin dövrdə ciddi yataq rejimində olmalı, onların başına buz qoyulmalıdır. Xəstə huşunu itiribsə onu böyrüüstə çevirir və çənənin sallanmamasına fikir verilir. Xəstə huşunu itiribsə, habelə udma aktı pozulubsa, onu ilk 2-3 gün parenteral yedizdirirlər, sonra xəstə özü yeyə bilmirsə, yeməyi burunmə'də zondundan; verirlər. Belə xəstələrə hər 12 saatdan bir kateter salırlar ki, sidik kisəsi dolub gərilməsin.

Huşunu itirmiş (komatoz vəziyyətdə olan), yaxud həyəcanlı xəstələri, adətən, intensiv terapiya şö'bəsində, yaxud ixtisaslaşmış şö'bədə müalicə edirlər. Bu cür xəstəni ayrıca palataya qoymaq, fərdi tibb bacısı ayırmaq çox yaxşı olar. Oyanma vəziyyətində olan xəstənin çarpayıdan yıxılmaması üçün çarpayıya tor çəkmək lazımdır.

Ağır dərəcəli zədələnmədə çanaq üzvlərinin funksiyası pozulur, bu cür xəstələr yerlərini isladır və bulaşdırırlar, buna görə də döşəkağının altına müşəmbə qoymaq lazımdır. Huşunu itirmiş psixomotor oyanma vəziyyətində olan xəstələrə aminazin tə'yin edirlər (hipotenziya, yoxsa).

Ağır dərəcəli kəllə-beyin zədələnmələri olan xəstələr ağırlaşmalara, birinçi növbədə, pnevmoniyaya olduqca meylli olurlar; pnevmoniyaya səbəb aspirasiya, tənəffüs yollarının tutulması, traxeya-bronx sekretində infeksiya olması tərpənmədən uzanmaq və s.-dir. Pnevmoniyanın profilaktikası traxeostomaya qulluq, hər 30 dəqiqədən bir xəstənin vəziyyətini dəyişmək, banka qoymaq, kamfora yağı ilə inyeksiya, göstərişlər olduqda antibiotikləri sulfanilamidlərlə birlikdə vurmaqdır.

Onurğa beyninin zədələnmələrini onurğanın çıxıqları və sınıqları ağırlaşdırır (bax). İlk yardım göstərdikdə və xəstəni nəqliyyatla xəstəxanaya apardıqda onurğa beynini bir daha zədələməməyə çalışmalı. Zərər çəkmiş adamı bərk yerə (taxtanın üstünə) qarnı üstə və ya arxası üstə uzatmalı, onu böyrü üstə çevirmək olmaz. Şoka qarşı ilk tədbirləri görüb onu xəstəxanaya çatdırırlar (adətən, ixtisaslaşmış xəstəxanaya). Onurğa beyni zədələndikdə nevroloji pozğunluqlar baş verir ki, bunların da xarakteri hansı fəqərənin zədələnməsindən və onurğa beyninin zədələnmə dərəcəsindən asılıdır.

Boyun fəqərələri yerində zədələndikdə əllər və ayaqlar (4 ətraf), çanaq üzvləri iflic olur, hissiyyat itir, kəskin trofik pozğunluqlar baş verir.

Xəstənin müalicəsində neyrocərrahi və ortopedik operasiyaların mühüm rolu vardır, lakin əsas məsələ ona edilən qulluqdur. Belə

xəstələr aylarla xəstəxanada qalır, başqasının köməyinə ehtiyacları olur, bədbindirlər. Onların üzərində nəinki müşahidə aparmaq, həm də onlara təsəlli, ürək-dirək vermək, xoş rəftar etmək lazımdır. Belə xəstələri xüsusi çarpayılara qoyurlar, yaxud xəstəxana carpayılarını elə düzəldirlər ki, altı sərt (döşəyin altına taxta qoyulur) olur; belə olduqda sümük dartması qaydaya salınır, ayaqlarını (baldıra düzbucaq altında) dirəyirlər ki, iflic olmuş ayaq sallanmasın. Bu cür xəstələrdə tez yataq yaraları əmələ gəldiyindən və bunlar pis sağaldığından xəstələrin yatağının rahat olmasına xüsusi fikir vermək lazımdır; döşək yumşaq, hamar olub çökməməlidir, (porolondan qayırılmış yarımbərk döşək, içinə küləş doldurulmuş döşək və həmçinin üç hissədən ibarət döşək də çox rahat olur): ona polotnodan döşəküzü keçirirlər-çanağın altına müşəmbə salır, yaxşı ütülənmiş döşəkağını bağlarla çarpayıya bərkidirlər. Belin altına, dabana rezin dairələri nadir hallarda qoyurlar, çünki bunları daim işlətdikdə həmin nahiyələrdə yataq yaraları əmələ gələ bilər. Lakin bə'zən rezin dairə və yastıq işlətmək lazım gəldikdə, bunlara az hava vurmaq və mütləq üstündən parça salmaq lazımdır. Xəstənin yerini gündə bir neçə dəfə düzəldir, döşəkağının üzərindəki yemək qırıntılarını çırpır, döşəkağının qırışlarını düzəldir, islanmış və bulaşmış döşəkağını dərhal dəyişirlər. Gündə bir neçə dəfə xəstənin vəziyyətini dəyişib ya qarnıüstə, ya da arxasıüstə çevirirlər. Dərini gündə 2-3 dəfə kamfora spirti ilə silir, qurulayır, qızarana qədər dəsmalla sürtürlər. Xəstəni gündə o mütləq iki dəfə, fizioloji aktlardan sonra isə hər dəfə altını yuyurlar. Xəstələrə ancaq gecə köynəyi geydirirlər. Bu cür xəstələrin müalicəsinə mütləq vannalar, masaj; fizioterapiya proseduraları daxildir. Çanaq üzvlərinin funksiyası pozulduqda sidik ifrazı və defekasiya ya olmur, ya da qeyri-iradi baş verir. Xəstə özü siyə bilmədikdə hər 12 saatdan bir kateter salmaq lazımdır: qalxan infeksiya baş verməməsi üçun aseptikaya ciddi əməl olunmalıdır1. Belə xəstələrə imalə qoyub bağırsaqları boşaldırlar. Bə'zən düzbağırsağın ağzındakı nəcis daşlarını rezin əlçək geyib və bol yağlayıb sağ əlin şəhadət barmağı ilə çıxarmaq lazım gəlir. Bu vaxt sol əllə qarnın aşağı hissəsini ovxalayırlar. Çox vaxt onurğa beyninin ağır zədələnmələrində sidik kisəsində daim kateter saxlayır, yaxud sidik kisəsinə fistul qoyurlar ki, bu da daim qulluq tələb edir, məsələn, sidik kisəsinin içərisini yumaq lazımdır.

Xəstənin altına rezin ləyən qoyduqda onu ilıq su ilə doldurur, döşəyin islanmaması üçün müşəmbə qoyur, onurğa sütununun sallanmaması üçün belin altına adyalı və ya döşəkağını mütəkkə kimi burub qoyurlar.

1 Son illər sidik kisəsinin elektrostimulyasiyasından istifadə edirlər. Bunun üçün sidik kisəsinin divarına elektrodlar tikirlər, bunlar radiotezlikli stimulyatorun siqnallarını qəbul edir. Stimulyatorun impulsları sidik kisəsinin yığılmasına və boşalmasına səbəb olur.

Trofikanın çox dəyişdiyini nəzərə alıb isitqac qoyduqda çox ehtiyatlı olmaq lazımdır: çox tez yanıq əmələ gəlir və gec sağalır. İstilik tənzimi pozulduğu üçün xəstələr çox üşüyürlər. Onların üstünü qalın basdırmaq, ayaqlarına corab geydirmək lazımdır. Ağır xəstələri tibb bacısı yedizdirir, eyni zamanda xəstəyə yeməyi öyrədir. Xəstənin yeməyi yüksək kalorili olub vitaminlə və bağırsaqların yaxşı işləməsinə kömək edən yeyinti məhsulları ilə zəngin olmalıdır (kefir, asidofilin). Yeməkdən sonra xəstənin ağzını yaxşı yaxalatmaq lazımdır.

Belə xəstələr ağciyər ağırlaşmalarına meyilli olduqlarından tənəffüs gimnastikasının, oksigen inhalyasiyasının, palatanın havasının dəyişməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır.

ŞOK-çox güclü (şokogen) qıcıqlandırıcıların tə'sirindən baş verən ağır haldır. Hər cür mənşəli şokda birinci növbədə mərkəzi sinir sistemi zədələnir. Şokun birinci fazası oyanmadır-çox az müddət davam edir. Bu vaxt əzələlər gərgin olur, temperatur və arterial təzyiq qalxır, taxikardiya əmələ gəlir, tənəffüs səthi və tez-tez olur, xəstə əl-ayağını atır, çox tərləyir; belə xəstələrdə həssaslıq yüksək olduğu üçün çox fəal olurlar, ağrılardan şikayətlənirlər. Qıcıqlandırıcı aradan götürülməyibsə kollapsdan seçilməyən torpid faza başlayır, bu vaxt birinci növbədə qan dövranı pozulur, oksigen aclığı (toxuma hipoksiyası) əmələ gəlir, maddələr mübadiləsi, bütün üzv və sistemlərin funksiyası pozulur. Xəstə süst, passiv olur, ağrılardan daha şikayətlənmir, çünki hissiyyat azalmışdır.

I dərəcəli şokda (yüngül forma) xəstənin ümumi vəziyyəti nisbətən qənaətbəxş olur. Tormozlanma, demək olar ki, nəzərə çarpmır. Dəri örtükləri solğun olur, nəbz dəqiqədə 90—100-ə qədər olur, maksimal arterial təzyiq civə sütunu ilə 100 mm-dən aşarı olmur. Tənəffüs ahəngdar və tez-tezdir. II dərəcəli şokda (orta ağırlıqda) xəstə süst, lakin şüuru aydın olur, dəri bozumtul, selikli qişalar quru olur, xəstəyə yanğı əziyyət verir. Maksimal arterial təzyiq civə sütunu ilə 80 mm-dən aşağı, nəbz zəif, dolğun olub dəqiqədə 120-yə qədərdir. Tənəffüs tez-tez və səthidir, əzələ tonusu azalmış olur. Böyrəyin funksiyası zəifləyir, sidiyin miqdarı azalır. Dəri və vətər reflekslərı itir. Oliquriya əmələ gəlir, qan qatılaşır. III dərəcəli şok (ağır forma); xəstə huşunu itirmir, lakin hissiyyat tamam itir. Dəri göyərir, soyuyur, xəstəni yapışqanlı soyuq tər basır. Üzün cizgiləri sivriləşir. Maksimum qan təzyiqi civə sutunu ilə 60-70 mm, yaxud bundan da aşağı olur. Nəbz sapvarıdır, lakin saymaq mümkündür. Tənəffüs səthi, tez-tez, yaxud seyrəkdir. IV dərəcəli şokda (klinik ölümə yaxın predaqonal və ya aqonal formalar) şüur dumanlı olur, nəbzi, arterial təzyiqi müəyyən etmək mümkün deyil, tənəffüs dayanır.

Ölüm törətməyən zədələnmələrlə əlaqədar şoku, adətən vaxtında (tə'cili!) reanimasiya tədbirləri görməklə aradan qaldırmaq mümkündür. Bir daha qeyd etmək lazımdır ki, adətən şok vəziyyətiidə olan xəstələrin şikayətləri olmur, onlar susurlar, pıçıltı ilə su istəyir və

işçiləri incitmirlər. İri xəstəxanalarda bu cür xəstələri reanimasiya şö'bəsinə, yaxud xüsusi olaraq düzəldilmiş şok palatalarına qoyurlar. Travmatik zədələnmələr nəticəsində baş verən şoka travmatik şok deyilir. Bunun bir növü operasiyadakı şiddətli ağrı ilə əlaqədar olan operasiyadan sonrakı şok, habelə yanıq şokudur. İçi boş üzvlər deşildikdə baş verən ağrı ilə əlaqədar olan şok da travmatik şoka aiddir. Kardiogen şoku da ağrı törədir. Qanaxma nəticəsində baş verən şoka hemorragik şok deyilir; müxtəlif qrupdan olan qan köçürmək nəticəsində baş verən şoka-posttransfuzion şok; orqanizmin yüksək dərəcədə həssaslıq göstərdiyi maddələrin yeridilməsi ilə əlaqədar şoka anafilaktik şok; infeksiya vaxtı toksinlərin qana sorulması nəticəsiidə baş verən şoka-endotoksik şok deyilir. Travma zamanı, yaxud dərhal ondan sonra baş verən şok-ilk şok, bir neçə saatdan sonra baş verən şoka isə ikinci şok deyilir. Travmatik şoku hər bir əlavə zədələmə (naqolay daşımaq, şinləri duzgün qoymamaq xərəyə naqolay qoymaq) və dayanmayan qanaxma daha da ağırlaşdırır. Birinci vəzifə-qanaxmanı kəsmək, immobilizasiya, şoka qarşı aşarıdakı tə'cili tədbirlər görməkdir ("Reanimasiya" bölməsində təsvir edilənlərdən başqa): 1) xəstəyə dinclik vermək, onu qızdırmaq; 2) novokain blokadası ilə ağrını kəsmək; müalicə məqsədilə xəstəyə narkoz (səthi narkoz) vermək. Arterial qan təzyiqi civə sütunu ilə 70 mm-dən aşağı olduqda morfi, pantopon, promedol vurmaq, hipotoniyanı artırıb tənəffüsu poza bilər; 3) hipoventilyasiya ilə mübarizə; 4) venaya qan və ya qanəvəzedicilər vurmaqla dövr edən qanın miqdarını bərpa etmək.

Qeyd etmək lazımdır ki, ağır dərəcəli şokda bütün dərmanlar venaya vurulmalıdır, çünki bunlar dərialtı piy toxumasından və əzələlərdən çox gec sorulur.

IX FƏSİL
BƏDXASSƏLİ YENİ TÖRƏMƏLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

Şiş xəstəlikləri-xoşxassəli və bədxassəli olur. Sağlam xassəli şişdə onu əhatə edən toxumalardan ayıran xüsusi kapsul vardır. Bu şiş çox yavaş böyüyür və asanlıqla müalicə olunur. Bə'zi xoşxassəli şişlər hərdən bədxassəli (yaman) şişlərə çevrilir: tünd piqment ləkəsi ən bədxassəli şişə-melanomaya, mə'də polipi-xərçəngə çevrilə bilər.

Bədxassəli şişlər üçün səciyyəvi əlamətlər bunlardır: kapsulun olmaması, daima böyüməklə qonşu toxumalara keçməsi, metastazvermə (şiş hüceyrələrinin limfa və ya qan axını ilə başqa üzvlərə və toxumalara köçürülməsi), residiv verməsi (kənar edildikdən sonra eyni yerdə yenidən peyda olma), kaxeksiya (ümumi üzülmə). Bədxassəli şiş epitel toxumasından əmələ gəlmişsə-xərçəng, birləşdirici toxumadan əmələ gəlmişsə-sarkom adlanır.

Bədxassəli şiş prosesinin ağırlıq dərəcəsinin mərhələlərlə qeydolunma qaydası qəbul edilmişdir. I mərhələdə şişin səthi kiçik ölçüdə olur və ya o dərin toxuma qatlarına yayılmır və yaxındıqdakı regionar limfa düyünlərinin zədələnməsi ilə müşayiət olunmur. Bu mərhələdə ən müvəffəqiyyətli müalicə aparılması mümkün olur.

II mərhələdə-artıq şiş ətrafdakı toxumalara keçir, lakin kiçik ölçüdə olur və ən yaxındakı limfa düyünlərində metastaz verir. Xəstəliyin III mərhələsi üçün şişin az mütəhərrikliyi, iri ölçüdə olması, həm də regionar limfa düyünlərinin zədələnməsi səciyyəvi haldır. Bu mərhələdə xəstəliyin, xüsusən kombinə edilmiş (birləşdirilmiş) metodlarla müalicəsi hələ mümkün olur. Lakin müalicənin nəticəsn I və II mərhələlərindəkinə nisbətən pis olur.

IV mərhələ şiş geniş yayılıb, ətrafındakı toxumaların dərin qatlarına işləyir, həm də təkcə regionar limfa düyünlərində deyil, ayrı-ayrı üzvlərdə də metastaz verir; kaxeksiya aydın təzahür edir. Bu mərhələdə az miqdarda xəstələrin kimyəvi terapiyâ və şüa metodları ilə müalicəsi uzunmüddətli müsbət klinik effekt əldə etməyə imkan verir. Bə'zi hallarda simptomatik və ya palliativ (yüngüllük verən) müalicə ilə kifayətlənmək lazım gəlir. Bədxassəli şişlərin ancaq vaxtında aşkar edilməsi hallarında müaliçənin müvəffəqiyyətlə nəticələnməsini gözləmək olar, əks halda proqnoz tamamilə əlverişsiz olur.

Bir qrup xəstəliklər vardır ki, çox vaxt onların fonunda bədxassəli şişlər əmələ gəlir,-bu xərçəngqabağı vəziyyətlər yaradan xəstəliklərdir. Dil və ya dodaq xərçəngi çox vaxt ağ ləkələr olan və ya selikli qişanın uzun müddət sağalmayan çatları olan yerlərdə inkişaf edir: ağ ciyər xərçəngi xronik iltihab prosesləri olan yerlərdə, uşaqlıq boynunun xərçəngi-onun eroziyaları baş vermiş yerdə əmələ gəlir. Bə'zi xərçəng formaları başlanğıc mərhələlərində, demək olar ki, simptomsuz

cərəyan edir və xəstələr çox vaxt həkimə müraciət etmirlər. Məsələn, süd vəzisi xərçəngi başlanğıc mərhələsində bə'zən heç hiss olunmayan və ancaq təsadüfən aşkar edilən kiçik düyüncükdən ibarət olur.

XƏRÇƏNGİN PROFİLAKTİKASI VƏ ERKƏN DİAQNOZU. Xərçəng xəstəliklərinin profilaktikası (qarşısının alınmasa) haqqında müsahibələr aparılması, əhalinin elmi-kütləvi ədəbiyyatla, plakatlarla tə'min edilməsi, xərçəngin və xərçəngqabağı xəstəliklərin səciyyəvi xassələri göstərilən fotovitrinlər təşkil edilməsi, müntəzəm surətdə profilaktik müayinələr keçirilməsi-bədxassəli şişlərin erkən aşkar edilməsi üzrə güclü profilaktika vasitələri və tədbirləridir. Xərçəngqabağı vəziyyətlərin və xərçəngin erkən formalarının aşkar edilməsi məqsədilə poliklinikalar və tibbi-sanitar hissələri tərəfindən keçirilən ümumi tədbirlərlə yanaşı, müntəzəm surətdə orta və qoca yaşlı şəxslərin müayinəsi də keçirilməlidir. İstehsalatda adamların kütləvi flüoroqrafiyadan və ginekoloji müayinədən keçirilməsi ağciyərlərdə və qadın cinsiyyət üzvlərində xərçəngin erkən formalarını aşkar etməyə imkan verir. Xroniki mə'də-bağırsaq xəstəliklərinə tutulmuş xəstələrin mə'də-bağırsaq traktında müntəzəm surətdə keçirilən profilaktik rentgenoskopiya xərçəngqabağı xəstələnmələrin və bunların xərçəngə çevrilməsinin vaxtında meydana çıxarılmasına kömək edir. Xəstələrin müayinəyə cəlb edilməsi və xəstəliyə diaqnoz qoyulmasından sonra 10 gündən gec olmayaraq xəstəxanaya aparılması müalicə nəticələrinin yaxşılaşmasına kömək edir. Xəstələrin qeydə alınması, müayinə və müalicəsindən əlavə keçirilmiş müalicələrdən sonra xəstələr üzərində çoxillik müşahidə aparılması da əhəmiyyətli yer tutur.

MÜAYİNƏ ÜSULLARI. Onkoloji xəstəliklərin diaqnostika-sında xəstəliyin və xəstənin həyatının anamnezinin də böyük əhəmiyyəti vardır. Yaxşı toplanmış anamnez bə'zən xəstəliyin erkən mərhələlərini, habelə xərçəngqabağı vəziyyəti aşkar etməyə imkan verir.

Diaqnostika üçün xəstəliyə irsi meylliliyin də əhəmiyyəti vardır. Obyektiv yoxlamaya xəstənin müayinəsi, ələlxüsus onun limfa düyünlərinin yoxlanmasına aiddir. Şişi əllədikdə onun sərhədlərini, mütəhərrikliyini, ətrafındakı üzvlər və toxumalarla əlaqəsini, şişin ağrılı olub-olmamasını və konsistensiyasını müəyyən etmək lazımdır. Qadın cinsiyyət üzvlərinin patolokiyasına və kiçik çanaq üzvlərinin şişlə ikincili zədələnməsinə yol verməmək üçün onkoloji xəstəliyi olan bütün qadınlar bimanual ginekoloji müayinədən keçirilməlidir. Bədxassəli xəstəliklərin diaqnostikasında laboratoriya tədqiqatının böyük əhəmiyyəti vardır. Çox vaxt ifrazatda (nəcis, sidik, bəlğəm) gizli qan olması xərçəng simptomudur.

Bir çox üzvlərin şişlərində rentgenoloji tədqiqat böyük rol oynayur. Rentgenoskopiya, rentgenoqrafiya və tomoqrafik tədqiqat üzvün qatlar üzrə təsvirini almağa imkan verir. Endoskopiya metodları

onkologiyada əhəmiyyətli yer tutur. Hazırda ezofaqoqastroduodenoskopiya, laparoskopiya, bronoskopiya, rektoskopiya, sistoskopiya, kolposkopiya və s. geniş tətbiq edilir. Bu metodlar vasitəsilə şişi əvvəlki gözlə görmək, həmçinin ondan yaxma və yuyuntu hissəsi götürmək, habelə biopsiya keçirmək mümkün olur. Biopsiya üçün götürülmüş material xəstənin adı, atasının adı və familiyası, anadan olduğu il, gün və ay xəstəlik tarixinin və ya ambulatoriya vərəqinin nömrəsi, toxuma tikəsinin hansı üzvdən götürüldüyü və ehtimal edilən diaqnoz göstərilməklə xəstəxanaya göndərilir. Göndərilən sənədlərin tərtib edilməsində səhvə yol verilməməlidir. Əks təqdirdə xəstənin müalicəsində ciddi nöqsanlar buraxıla bilər. Histoloji tədqiqin nəticələri isə xəstənin gələcək müalicə tədbirlərini müəyyən edir.

Yoğun iynə və ya troakarla (yumşaq toxumaların və sümüklərin şişlərində) aparılan punksiya biopsiyası geniş tətbiq edilir. Bu zaman əldə edilən material sütuncuğu adi mikroskopik tədqiqatdan keçirilir. Mikroskopik tədqiqin nəticələri cərrahi müdaxilənin həcmini müəyyən edir. Məsələn, bütün süd vəzisi şişləri tə'cili biopsiya keçirilməklə sektorial rezeksiya edilir. Xərçəng olması təsdiq edildikdə radial mastektomiya aparılır. Bədxassəli yeni törəmələrin diaqnostikasında sitoloji tədqiq geniş tətbiq edilir. Limfa düyünlərinin, daxili üzvlərin (qaraciyər, dalaq, böyrək və s.) şişlərindən alınmış punktatlar, habelə müxtəlif sekret və ekskretlər tədqiq edilir.

Şiş yaraları səthlərinin izləri, selikli qişaların və yara səthlərinin yuyuntuları da tədqiq edilir. Punksiyalar bütün aseptika qaydalarına riayət edilməklə aparılır. Punksiya əməliyyatında əldə edilmiş materiallardan yaxma hazırlanır və bu yaxma qurudulub rəngləndikdən sonra mikroskopla tədqiq edilir.

MÜALİCƏ METODLARI. Şişlərin şüa vasitəsilə, cərrahi və terapevtik müalicə metodları ayırd edilir. Bir sıra hallarda birləşdirilmiş (kombinə edilmiş) müaliçə (məsələn, şüa ilə operasiya kombinasiyası) tətbiq edilir. Bundan əlavə, onkologiyada şiş prosesinə tə'siretmə növləri üzrə əsas e'tibarilə bir-birinə oxşayan müxtəlif müalicə metodları mövcuddur. Nəhayət, kompleks metod da vardır ki, bu halda 3 növ müalicənin hamısı tətbiq edilir.

Xəstələrin şüa vasitəsilə müalicəsində (onun xaricdən tətbiq edilməsində) dəri zədələnir. Bu zaman dəridə qızartı (eritema) əmələ gələ bilər ki, bu da I dərəcə yanığa müvafiqdir. Şüanın çox böyük dozası alındıqda dərinin xarici qatları aralanır və nəhayət, dərinin III dərəcə yanığa bənzər zədələnmə və tələf olması baş verir. Bu xəstələrə qulluq edilməsində şüa xorası infeksiyası profilaktikasının olduqca böyük əhəmiyyəti vardır. Əksər hallarda isə mö'tədil dermatit əmələ gəlir. Bütün yerli şüa reaksiyaları üçün ümumi hal-onların əlverişli nəticələnməsidir. Yerli reaksiyaların ləğv edilməsi üçün müxtəlif

məlhəmlər, emulsiyalar və kremlər tətbiq edilir. Bunların tərkibinə aloye və ya tezan emulsiyası, linol, siqerol, hekserol, çaytikanı (oblepixa) meyvələri yağı, A, E vitaminləri, yüksək keyfiyyətli yağlar daxildir. Düz bağırsaq və ya uşaqlıq yolu selikli qişasının reaksiyası baş verdikdə qeyd edilmiş preparatları mikroimalə və tamponlar vasitəsilə daxil edirlər. Bir neçə həftədən sonra reaksiya tamamilə yox olur, lakin dərinin bu hissəsində piqmentasiya hələ uzun müddət qalır. İndurativ ödem kimi daha ciddi şüa zədələnmələri uzun müddət davam edən xüsusi müalicə tələb edir.

Xəstələr vaxtlı-vaxtında rentgen terapiyası keçirməlidirlər, çünki proseduraların ötürülməsi müalicənin nəticələrinə pis tə'sir edə bilər. Dərin rentgen terapiyası keçirdikdə xəstənin qan mənzərəsi və ümumi vəziyyəti üzərində xüsusilə ciddi müşahidə aparılır. Ümumi zəiflik, tez yorulma, ürək bulanması, qusma, baş ağrıları, bağırsaqların funksiyasında pozğunluq, iştahanın itirilməsi, bədən temperaturunun yüksəlməsi bə'zi hallarda şüa xəstəliyi başlanmasına dəlalət edir.

Xərçəng prosesi bütün orqanizmdə metastazlar şəklində yayıldıqda, həyat üçün əhəmiyyətli üzvlərdə yerləşmiş və operasiya edilməsi mümkün olmayan şişlər əmələ gəldikdə yeganə ümid kimyəvi preparatlar və hormonlarla müalicəyə qalır.

Şüa terapiyası, habelə kimyəvi terapiya sonralar cərrahi əməliyyat aparılması üçün şərait yarada bilər. Məsələn, süd vəzisi xərçəngində şüa terapiyası kursu keçirilməsi qoltuqaltı limfa düyünlərində metastazların itməsinə səbəb olur ki, bu da cərrahi əməliyyat aparılmasına imkan verir. Qida borusunun ağır xərçəng zədələnmələrində şüa terapiyası və ya kimyəvi terapiya aparılması qida borusundan qida keçməsinin bərpa olunmasına kömək edir. Ağciyərlərə və damarlara təzyiq edən orta divar limfa düyünlərinin metastazında qida terapiyası kursu keçirilməsi damarların təzyiqini azaldır ki, buna görə də toxumaların ödemi azalır və tənəffüs funksiyası yaxşılaşır.

Bədxassəli xəstəliklərə tutulmuş xəstələrdə yataq yarası əmələ gəlməsinə xüsusi təmayülün olması da qeyd edilməlidir (xəstələrə ümumi qulluq, yataq yaraları bəhsinə baxın).

Şiş hallarında edilən cərrahi müdaxilələr arasında radikal və palliativ müdaxilələr fərqləndirilir. Radikal cərrahi müdaxilə kənar edilə bilən (operabil) şişlər olanda və uzaq toxumalarda metastazlar olmadıqda aparılır. Palliativ cərrahi müdaxilə xəstəni böyüməkdə olan şişin törətdiyi ağrının cəfasından xilas edir və zədələnmiş üzvün funksiyalarını qismən və ya tamamilə bərpa edir. Məsələn, qidanın keçməsini çətinləşdirən bə'zi mə'də şişlərində mə'də ilə nazik bağırsaq arasında əlavə dolama yol (məcra) düzəldilməsi xəstəni qusmaqdan və aclıqdan xilas edir.

Çox vaxt ağciyərlərin və süd vəzilərinin qeyri-operabil (operasiya

edilməsi mümkün olmayan) şişlərində əmələ gələn metastazlı plevrit, plevranın punksiyası və plevra boşluğunda toplanmış mayenin çəkilib kənar edilməsi üçün göstərişdir. Bu yolla xəstənin əziyyətləri azaldılır (xəstələrə ümumi qulluq və punksiyalar bəhsinə baxın).

Onkoloji xəstənin palliativ operasiyaya hazırlanması onun mürəkkəb ümumi cərrahi operasiyalara hazırlanmasından fərqlənmir. Lakin şiş xəstəliyinə tutulanlar çox üzülmüş, onların operasiyaya hazırlanması və yoxlanması üçün lazım olan vaxt isə məhdud olur. Odur ki, qanköçürmə, güclü qidalanma rejimi və uzunmüddətli yuxunun belə xəstələr üçün böyük əhəmiyyəti vardır.

Operasiya və şüa müalicəsinə yararlı olmayan residivli və metastazlı xəstələrə, onların iztirablarını və başlıca olaraq ağrılarını azaltmaqdan ötrü simptomatik (dərmanlarla) müalicə aparılır. Müalicə əksər hallarda evdə aparılır, çünki radikal müalicə oluna bilməyən bədxassəli şişlərin yayılmış formalarına tutulmuş bə'zi xəstələrin, ömrü 1 ildən 3 ilə qədər olur. Buna görə də bu xəstələrin simptomatik müalicəsinin və onlardan ötrü tibb işçiləri tərəfindən təşkil edilən qulluğun az və ya çox uzun müddətdə keçirilməsi nəzərə alınmalıdır. Bu tibbi qulluq xəstələrin ümumi vəziyyətinin möhkəmlənməsinə, ağrılarla, yuxusuzluqla və dağılan şişlərdən qanaxmalarla mübarizəyə yönəldilməlidir. Eyni zamanda xəstənin əhvali-ruhiyyəsinin mühafizə edilməsinə-ona ruh verilməsinə, onun sağalmaya ümidinin kəsilməməsinə maksimum fikir verilməlidir. Simptomatik müalicədən keçirilən zaman tə'yinatın (dərialtı inyeksiyalar, sarğı əməliyyatı və s.) yerinə yetirilməsi, habelə xəstənin saxlanması və qidalanması üzərində nəzarət etmək üçun xəstəni müntəzəm surətdə yoluxmaq zəruridir. Onkoloji xəstələrin, xüsusilə istinad-hərəkət aparatı xəstəlikləri və qüsurları olanların reabilitasiyası geniş yayılmışdır.

Tibbi reabilitasiyanın mahiyyəti xəstənin itirilmiş və ya zəifləşmiş funksional və psixoloji qabiliyyətlərinin bərpa edilməsində, cərrahi və medikamentoz vasitələr və kurort müalicəsi vasitəsi ilə kompensasiyaedici mexanizmlərin inkişaf etdirilməsindədir.

Peşə reabilitasiyası-əmək qabiliyyətini itirmiş şəxslərə, onların səhhətinin yol verə bildiyi yeni peşələrin öyrədilməsindən ibarətdir. İctimai reabilitasiya tə'biri-səmərəli surətdə işədüzəltmə mə'nasında işlədilir.

BƏDXASSƏLİ YENİ TÖRƏMƏLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ. Bədxassəli yeni törəmələri olan xəstələrə qulluğun xüsusiyyəti onlara xüsusi psixoloji yanaşmadır. Xəstənin həqiqi diaqnozu bilməsinə yol vermək olmaz. "Xərçəng", "Sarkoma" terminlərini işlətməkdən çəkinməli və bunlar "xora", "daralma", "kipləşmə" və s. sözləri ilə əvəz edilməlidir. Xəstələrin əlinə verilən bütün çıxarış və arayışlarda da diaqnozu onların başa düşə bilməyəcəyi şəkildə göstərmək lazımdır. "Neoplazma" və ya "peo", blastoma və ya

"I" tumor və ya "T", xüsusilə "sapseq" və ya "sq" ifadələri xəstələrə o qədər aydın olmuşdur ki, onları işlətməkdən çəkinmək lazım gəlir.

Onkoloji xəstələrin çox zərif və labil psixikaya malik olduğunu onlara edilən qulluğun bütün mərhələlərində nəzərdə tutmaq lazımdır.

Ağır şişləri olan xəstələri dikgr xəstə dəstələrindən ayırmağa çalışmaq lazımdır. Bu, xüsusilə rentgenoloji tədqiqat zamanı çox əhəmiyyətlidir, çünki bu zaman daha dərin və ətraflı tədqiq üçun seçilmiş xəstələr bu məqsədlə maksimum miqdarda bir yerdə toplanır. Bu cəhət nəzərə alınaraq bədxassəli şişlərin başlanğıc mərhələsində, ya xərçəngqabağı xəstəlikləri olanları xərçəng residivi və metastazı olan xəstələrdən ayırmaq yaxşı olardı. Onkoloji stasionara yeni daxil olan xəstələrin köhnə mərhələlərini keçirən xəstələrin palatalarında yerləşdirilməsinə yol verilməməlidir. Başqa tibb müəssisəsinin mütəxəssisləri ilə konsultasiya keçirmək lazım olduqda bu müəssisəyə xəstə ilə birlikdə həkim və ya tibb bacısı göndərilir və sənədləri də onlar aparırlar. Əgər buna imkan yoxsa, sənədlər poçt vasitəsilə baş həkimin adına, ya da qapalı zərf içərisində xəstənin qohumları ilə göndərilir. Xəstəliyin həqiqi xarakterini ancaq xəstənin ən yaxın qohumlarına bildirmək olar. Lakin söhbət zamanı yalnız xəstə ilə deyil, onun qohumları ilə də çox ehtiyatlı olmaq lazımdır. Radikal operasiya aparıla bilmədiyi halda onun həqiqi nəticələri xəstələrə bildirilməməlidir. Bədxassəli xəstəliyin ətrafdakılar üçün təhlükəsiz olduğunu xəstənin yaxın adamlarına bildirmək lazımdır. Xəstənin özünü aralıq həkimi və türkəçarə vasitələrlə müalicə etməsinə qarşı tədbirlər görülməlidir, çünki bunlar xəstələrin ən ağır və gözlənilməyən mürəkkəbləşmələrinə səbəb ola bilər.

Onkoloji xəstələr üzərində müşahidə aparılan zaman xəstələrin müntəzəm surətdə çəkilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Çünki bədən kütləsi çəkisinin azalması xəstəliyin tərəqqi etməsinin əlamətlərindən biridir. Xəstələr yalnız stasionarda deyil, ambulatoriyada müayinə olunduqda da çəkilməlidir. Bədən temperaturunun müntəzəm surətdə ölçülməsi şişin güman edilən dağılma prosesini, orqanizmin şüalanmaya tə'sirini aşkar etməyə imkan verir. Bədənin çəki və temperatur ölçüləri haqqındakı mə'lumat xəstəliyin tarixində və ya ambulatoriya vərəqində qeyd edilməlidir.

Gigiyena xarakterli tədbirləri xəstəyə və onun qohumlarına öyrətmək lazımdır. Ağciyər və boğaz xərçənginə tutulmuş xəstələrin tez-tez ifraz etdikləri bəlğəm qapaqları kip bağlanan xüsusi tüpürcək qablarına yığılmalıdır. Tüpürcək qablarını hər gün qaynar su ilə yuyub 10-12%-li əhəng məhlulu ilə dezinfeksiya etmək lazımdır. Üfunətli iyi yox etmək üçün tüpürcək qabına 15-30 ml skipidar tökülür. Sidik və nəcisi tədqiq etmək üçün fayans və ya rezin qaba yığırlar. Bu qabları müntəzəm surətdə isti su ilə yumaq və xlorlu əhənglə dezinfeksiya etmək lazımdır. Çox vaxt süd vəzisi və ya ağciyərlərdə xərçəng olduğu

zaman onurğa sütununun metastaz zədələnməsi baş verdikdə xəstə üçün yataq rejimi tə'yin edir və döşəyin altına taxta sipər qoyurlar. Ağciyər xərçənginin qeyri-operabil formalarından əziyyət çəkən xəstələr üçün havada olmağın, onları yormayan gəzintilərin, binada havanın tez-tez dəyişilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır, çünki ağciyərin tənəffüsedici səthi məhdud olan bu xəstələrin təmiz hava axınına ehtiyacı böyükdür.

Düzgün qidalanma rejiminin də əhəmiyyəti vardır. Xəstələr gündə 4-6 dəfədən az olmayaraq vitamin və zülallarla zəngin qida alırlar. Bu zaman xörəklərin müxtəlifliyinə və dad keyfiyyətinə fikir verilməlidir. Hər hansı xüsusi pəhrizlərə riayət olunması tələb edilmir, ancaq həddindən artıq isti və ya soyuq, kobud, qızardılmış və tünd qidalardan çəkinmək lazım gəlir. Mə'də xərçənginin başlı-başına buraxılmış forması olan xəstələrə qoruyucu yüngül qida (xama, kəsmik, suda bişirilmiş balıq, ət bulyonları, buğda bişirilmiş kotlet, xırdalanmış, sürtülüb əzilmiş meyvələr və s.) yedizdirmək lazımdır. Xəstə hər dəfə yemək yeyən zaman mütləq 15-20 ml. 0,5-1%-li hidrogen-xlorid turşusu məhlulu qəbul etməlidir.

Kardiya və qida borusu xərçənginin qeyri-operabil formaları olan xəstələrdə bərk qidanın keçməməsi aydın müəyyəi edildikdə xəstəyə zülal və vitaminlərlə zəngin duru qida (xama, çiy yumurta, şirin çay, duru sıyıq, duru tərəvəz püresr və s.) verilməsi məsləhət görulür. Bə'zən qida borusunun keçiricilik qabiliyyətinin yaxşılaşmasına aşağıdakı qatışıq yaxşı tə'sir|edir: 96°-li 50 ml rektifilat spirt, 150 ml qliserin (yeməkdən qabaq 1 xörək qaşığı). Göstərilən qatışığı yeməkdən 15-20 dəqiqə əvvəl (1 çay qaşığı suya 4-6 damcı) 0,1%-li atropin məhlulunun tə'yin edilməsi ilə kombinə etmək olar.

Qida borusunun tam keçməzliyi təhlukəsi baş verdikdə xəstə palliativ operasiya uçün xəstəxanaya qoyulmalıdır. Qida borusunda bədxassəli şiş olan xəstə üçün xüsusi içirtmə-vasitəsi olmalı və xəstəyə ancaq duru qida verilməlidir. Bu halda tez-tez mə'dəyə burundan salınan nazik mə'də zondundan istifadə etmək lazım gəlir.

BƏDXASSƏLİ YENİ TÖRƏMƏLƏRİN MÜRƏKKƏBLƏŞMƏSİ HALLARINDA XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ *Assit*-adətən, peritonun mayalanması zamanı qarın boşluğunda toplanan mayedir; qarın divarını deşərək bu mayeni vaxtaşırı (bax: xəstələrə ümumi qulluq, punksiyalar) buraxırlar. Assitdən əlavə ödem olan xəstələrə sidikqovucu vasitələrin yeridilməsi məsləhətdir. Assit olduqda santimetrli lentlə qarnın və ətrafların həcmini ölçmək lazımdır.

Simptomatik mualicənin təşkilində ən vacibi *ağrıların aradan qaldırılmasıdır*, çünki bə'zi xərçəng növlərində çox bərk ağrılar olur. Bədxassəli yemi törəmələrdə ağrılar şişin sinir uclarına təzyiq etməsi (onları sıxması) nəticəsində baş verir, buna görə də ağrılar daimi və tədricən artan xassəli olur.

Müalicə, adətən, həkim tərəfindən tə'yin edilən analgetiklərin (asetilsalisil turşusu-aspirin, fenasetin, amidopirin və i.a.) tətbiq edilməsi ilə başlanır.

4 ml 25%-li maqnezium-sulfat və 1 ml 1%-li morfin məhlulu qatışığının dərialtı inyeksiyaları tətbiq edildikdə 10-12 saatlıq müddətə ağrıların tamamilə yox edilməsi kimi yaxşı tə'siredici terapevtik effekt alınır. Qeyd edilməlidir ki, bu qatışıq kənar hadisələr, habelə morfinə kəskin surətdə alışma tərətmir. Yuxusuzluq baş verdikcə yuxu dərmanları tətbiq edilir. Narkotikləri ancaq həkim tə'yin edir. Şişlər səthdə yerləşmişsə həmin sahəyə soyuq (buz) qoyulur, hətta gündə bir dəfə etil-xlorid vasitəsilə dondurulur (bir həftədən çox olmayaraq).

Bədxassəli (yaman) şiş ağrıları həmçinin, sinir uclarının şiş ətrafında əmələ gəlmiş *iltihab infiltratı* ilə sıxılması nəticəsində baş verir. Buna görə də ağrılar əleyhinə adi müalicə tədbirləri-iltihab əleyhinə vasitələrin, əsasən antibiotiklərin tə'yin edilməsi ilə başlanır. Antibiotiklər əvvəlcə həb halında tətbiq olunur, çünki onlar uzun müddətə tə'yin edilir. Ağciyər şişini müşayiət edən iltihab dəyişilmələrində antibiotiklər və sulfanilamidlər verilir.

Onkoloji xəstələrdə çox vaxt *qəbiz* olur. Buna görə də imalə, həmçinin işlətmə dərmanları (fenolftalein, maqnezium-sulfat, ravənd, vazelin yağı) geniş tətbiq edilməlidir. Bunun xüsusilə düzbağırsaq şişləri olanda əhəmiyyəti böyükdür, çünki burada xərçəng prosesinin artması bağırsaqlarda keçilməzliyə, burada nəcis daşları əmələ gəlməsinə, intoksikasiyanın artmasına səbəb olur. Bu çür xəstələr üçün sellülozasız və kalorili duru pəhriz və müntəzəm surətdə işlətmə dərmanları tə'yin edilməlidir. Bağırsaqlarda keçilməzlik artdığı halda nəcis buraxıcı fistul qoyulması (dəlik açılması) üçün xəstəni stasionara göndərmək lazımdır.

Şiddətli intoksikasiya zamanı (orqanizm dağılmış şiş məhsulları ilə zəhərləndikdə) birinci növbədə, xəstəyə diqqətli qulluq edilməlidir. Şişlər üzdə olduqda xərçəng xoraları onları örtən irinli kütlələrdən gündə 2-3 dəfə təmizlənməlidir. Ən yaxşısı onların bədən temperaturu istiliyində qızdırılmış zəif rivanol məhlulu ilə yuyulmasıdır. Xüsusilə ağız boşluğunun yuyulması çox əhəmiyyətlidir, çünki dağılmış toxumaların toplanması və kəskin çürümə qoxusu iştahanı azaldır və xəstələr yeməkdən tamamilə imtina edirlər. İntoksikasiyanı aradan qaldırmaq üçün natrium-xlorid və maqnezium-sulfat tə'yin edirlər. Tozağacı göbələyi dəmləməsi- cagi (gündə 4-5 dəfə 1 xörək qaşığı), krusina, neosid inyeksiyalar yaxşı nəticə verir. İntoksikasiya ilə əlaqədar olan qusma hallarında, xüsusilə mə'də rezeksiyası keçirmiş və metastazlı xəstələrdə qusma əleyhinə aminazin inyeksiyası yaxşı tə'sir göstərir.

Ağciyərlərinin dağılmasından əziyyət çəkən xəstələr ən çox onları bərk incidən *öskürmədən* şikayət edirlər. Bu halda kodein kömək edir.

Şişin dağılmasında həmişə *qanaxma* təhlükəsi olur. Ən cüzi

qanaxma əlaməti baş verdikdə istirahət (şişin harada yerləşməsindən asılı olmayaraq) və aşağıda göstərilən bir neçə müalicə vasitəsi tövsiyə edilir, bunlar xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq istənilən ardıçıllıqla tətbiq edilə bilər. Bu vasitələr: gündə 3 dəfə 0,5 q süd turşusu kalsiumu, gündə 4-5 dəfə 1 xörək qaşığı 10%-li kalsium-xlorid məhlulu; venaya 50 ml 20%-li natrium-xlorid məhlulu; dəri altına 20-50 mq 10%-li jelatin məhlulu və nəhayət, 50 ml-lik kiçik porsiyalarla qan köçürülməsidir. Bunda ötrü əl altında həmişə steril şprislər, iynələr və qanköçürmə üçun tələb edilən hazır sistemlər olmalıdır. Şişlər xariçdə olduqda qan axan yerə hemistatik süngər basmaq, sıxıçı sarğı və soyuq şey qoymaq lazımdır.

Düzbağırsağın dağılan şişlərində profuz qanaxma təhlükəsi olur və bu, qarınaltı damarların sarılması və qanköçürmə üçün xəstənin tə'cili olaraq xəstəxanaya qoyulmasını tələb edə bilər. Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun şişlərində dəri, əvvəlcə keçirilmiş şüa müalicəsi müvəffəqiyyət vermədikdə ilk şiş ocağı olan yerdə şişin dağılması nəticəsində qanaxma verə bilər.

Belə xəstələr üçün qanaxmaya səbəb ola biləcək şırınqalar təhlükəlidir.

Qanaxmanın başlanğıcında uşaqlıq yoluna sıx tampon qoyula bilər, qanaxma artdıqda isə, xəstə operativ müaliçə üçün tə'cili olaraq xəstəxanaya aparılmalıdır.

Fistullar qoyulduqda xəstəyə qulluq edilməsi çətinləşir. Mə'dəyə qida daxil edilməsi mümkün olmayan ağır hallarda mə'də fistulu (qastrostoma) qoyurlar. Mə'dənin massiv şişlərində xəstəni qidalandırmaqdan ötrü fistulu acıbağırsağa qoyurlar (eyunostoma). Mə'də və ya bağırsağın mənfəzinə keçirilmiş rezin boru vasitəsilə xəstəyə yüksək kalorili duru qida verilir. Həmin qidanı rezin borunun mənfəzinə keçirilmiş qıfa tökürlər. Bundan sonra rezin borunun mənfəzini yuyur və borunu sıxacla bağlayırlar. Əlavə qida maddələri imalə vasitəsilə, habelə dəri altına və venaya yeridilir.

Tənəffüsü pozan şişlərdə *traxeostomiya* keçirilir. Fistula (deşiyə) qulluq-sarğıların tez-tez dəyişdirilməsindən, fistul deşiyi ətrafındakı dərini 96°-li spirtlə diqqətlə yuyulmasından ibarətdir. Bronxlarda və nəfəs borusunda çoxlu selik və bəlğəm toplandıqda onları traxeostomadan daxil edilən nazik steril kateter vasitəsilə sorub çıxardırlar. Belə hallarda xəstənin yatağının baş hissəsini aşağı salladaraq bəlğəmin axıb çıxmasını tə'min etmək lazım gəlir.

Fistul deşikləri sahəsində dərinin təmiz saxlanmasına xüsusi fikir verilməlidir. Bu deşiklər, adətən, kənarlara ilə bilavasitə onları bürüyən mə'də dərisinə təmas edən bağırsağın çəhrayı rəngli selikli qişası ilə əhatə olunur. Mə'də və bağırsaq şirəsi, habelə irinli ifrazat daima dərini qıcıqlandırır. Dəridə masserasiya əmələ gəlir, xoralar peyda olur, sarğı kəskin çürümə iyi verir. Dəriyə diqqətlə qulluq etmək, onu məlhəmlərlə

yağlamaq, sarğıları tez-tez dəyişmək lazımdır. Qeyri-təbii gödənə xüsusi nəcis qabı, xaricə çıxarılmış sidik axarı deşiyinə isə sidik qabı bərkidilir.

Stomatik (ağız boşluğu selikli qişasının iltihabı) və *parotit* (qulaqətrafı vəzinin iltihabı) xəstənin vəziyyətini kəskin surətdə ağırlaşdıraraq sepsisin inkişafına səbəb ola bilər. Buna görə də ağız boşluğuna diqqətlə qulluq edilməlidir. Yoxlama və qarqara üçün natrium-hidrokarbonat və ya borat turşusu məhlullarından (1 stəkan suya $^1/_2$--1 çay qaşığı miqdarında) istifadə edirlər. Mineral sularla, habelə hidrogen-peroksid (1 stəkan suya 1-2 çay qaşığı) və kalium-permanqanat məhlulu ilə (1:1000) qarqara da faydalıdır. Qarqara üçün işlədilən mayelərin temperaturu 20-40°S olmalıdır. Xəstəyə tüpürmək üçün xüsusi tüpürcək qabı verilir.

Ağız boşluğu selikli qişasını və dili qliserin və ya çobanyastığı gülü dəmləməsi əlavə edilmiş 1%-li borat məhlulunda isladılmış tənzif parçası ilə silib təmizləyirlər. Parotit əlamətləri göründükdə antibiotiklərlə massiv terapiya aparılmasından ötrü qabaqca bakterial floranın antibiotiklərə həssaslığını yoxlamaq üçün ağız boşluğundan əkin nümunə götürülür.

Onkoloji xəstələr çətin müalicə edilə bilən tromboflebitə meylli olurlar. Qeyri-operabil (operasiya oluna bilməyən) xəstələrə qulluq edilən zaman onlarda *sistitin* (sidik kisəsinin iltihabı) inkişaf etməsi ehtimalı nəzərə alınmalıdır. Bu, sidik kisəsinin şiş kütlələri ilə basılıb sıxılması nəticəsində sidik ifrazının saxlanmasından asılıdır. Buna görə də sistematik surətdə sidiyin şəffaflığı yoxlanmalı və klinik analiz aparılmalıdır. Sistit inkişaf etdiyi zaman sidikartırıcı və dezinfeksiyaedici vasitələr tə'yin edirlər. Ayrı-ayrı hallarda sidik kisəsinə kateter salınaraq manipulyasiyanın axırında sidik kisəsi 1%-li borat turşusu və ya 0,2%-li furasilin məhlulu ilə yuyulur.

Bə'zən mə'dənin operasiyasından sonra *mə'də-bağırsaq anastomozu tikişlərinin davamsızlığı* və ya onikibarmaq bağırsaq güdülü təzahür edə bilər. Bu halda təkrar operasiya edilərək güclü antibakterial terapiya aparılır, zülal mübadiləsinin ciddi korreksiyası və parenteral qidalandırma keçirilir.

Burada qeyd edilən tədbirlərin əksəriyyəti stasionarda həyata keçirilir, bə'ziləri isə poliklinikalarda və ev şəraitində də tətbiq edilə bilər.

X FƏSİL
HAMİLƏ, ZAHI, YENİ DOĞMUŞ QADINLARA VƏ GİNEKOLOJİ XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

HAMİLƏ QADINLAR. Hamiləliyin normal cərəyan etməsi və əmələ gələ biləcək bir sıra mürəkkəbləşmə hallarının qarşısının alınması üçün əsas şərt rasional rejimə riayət edilməsidir. Hamiləlik dövründə qadın üçün həyata keçirilməsi zəruri olan bütün tədbirlər hər bir ayrı-ayrı halda fərdi olaraq tətbiq edilir.

Banday. Hamiləliyin axırıncı aylarında qarnın düz əzələlərinin aralanmasının qarşısını almaq məqsədilə qarnın möhkəm saxlan-ması üçün bel bandajı tətbiq edilməlidir. Bandaj arxaüstə uzanma vəziyyətində taxılır və bağları bağlanır. Xüsusi olaraq, qarnın ölçü və həcminə görə seçilmiş bandaj hamiləlikdən sonrakı dövrdə də taxılmalıdır.

Hamilə qadınlarda venaların varikoz genəlməsi başlıca olaraq aşağı ətraflarda müşahidə edilir, lakin xarici cinsiyyət üzvləri və uşaqlıq yolu sahəsində də ola bilər.

Bu xəstəlik baş verdikdə xəstə qıçlarında ağrı və ağırlıq hiss etməsindən, baldır əzələlərində gecələr qıcolmalar əmələ gəlməsindən, yeridikdə tez yorulmaqdan şikayətlənir. Venaların varikoz genəl-məsi vena mənfəzlərinin qeyri-bərabər genəlməsi və nazikləşmiş vena divarlarında çıxıntılar (qabarıq) əmələ gəlməsi, damar yollarının qeyri-düzgün (əyri-üyrü) istiqamətlənməsi, damarlarda düyünşəkilli qıvrımların inkişafı, qapaqlarda funksional nöqsanlar və pozulmuş qan axını ilə xarakterizə olunur. Bu xəstəlikdə görülən tədbirlər kompleksinə həmişə elastik bint və ya corabdan istifadə edilməsi, müalicə və bədən tərbiyəsi aparılması, həmçinin venoz qan dövranını yaxşılaşdırıcı preparatların tətbiq edilməsi daxildir.

Çəki. Hamilə qadının hər dəfə məsləhətxanaya gəlişində (hamiləliyin birinci yarısında ayda bir dəfədən az olmayaraq və hamiləliyin ikinci yarısında hər iki həftə ərzində) çəkisi yoxlanılır. Bundan məqsəd mayenin orqanizmdə saxlanması və toplanmasını vaxtında aşkar etməkdir. Hamilə qadın qapanda çəkilən zaman bir köynəkdə dayanmalı və qabaqca siyiməlidir. Çəkisi yoxlanılan gün qarnı təmizlənməlidir.

Hamiləliyin fizioloji cərəyanının birinci həftələrində bədənin çəkisi, bir qayda olaraq artmır. Artım hamiləliyin 16-cı həftəsindən e'tibarən qeyd edilir. 23-24-cü həftədən başlayaraq çəkidə artım hər həftə 200 q-a çatır, 29-cu həftədən e'tibarən isə çəkidə artım 300-350 q-dan çox olmamalıdır.

Döldə ürək döyünməsinin dinlənməsi (auskultasiya) geniş borulu mama stetoskopu vasitəsilə aparılır.

Ürək döyüntüləri ay təqvimi ilə hamiləliyin V ayından sonra eşidilir.

Ürək tonlarını dinləməklə dölün vəziyyəti müəyyən edilir. Bunun isə doğuş üçün böyük əhəmiyyəti vardır. Ürək döyünməsi dölün başına yaxın yerdə və dölün arxasının yönəlmiş olduğu tərəfdən daha yaxşı eşidilir.

Döl başı aşağı vəziyyətdə olduqda döyünmə-göbəkdən aşağıda, çanaqda yerləşdikdə-göbəkdən yuxarıda, köndələn yerləşdikdə isə-göbək səviyyəsində başa yaxın sağ və sol tərəfdə eşidilir. Dölün ürək tonları orta hesabla dəqiqədə 130-140 dəfə təkrarlanan ritmik qoşa zərbələr şəklində eşidilir.

İdman hamilə qadının ümumi vəziyyətini yaxşılaşdırır, onun sinir sisteminə yaxşı tə'sir göstərir, toksikozun azalmasına səbəb olur, doğum aktının gedişini yaxşılaşdırır, aralığın (perineumun) cırılması ehtimalını azaldır, habelə doğumdan sonrakı dövrün daha əlverişli cərəyan etməsinə səbəb olur. İdman qarın basması əzələlərinin möhkəmlənməsinə tə'sir edir, doğum zamanı gücənmə fəaliyyətini yaxşılaşdırır, çanaqdibi əzələlərinin elastikliyini yüksəldir ki, bu da daxili cinsiyyət üzvlərinin aşağı salınması və düşməsinin qarşısını alır. Bədən tərbiyəsi doğum zamanı tənəffüsü idarəetmə vərdişlərinin əldə edilməsinə, orqanizmdə dölün inkişafı üçün zəruri olan oksidləşdirmə proseslərinin gücləndirilməsindən ötrü xarici tənəffüs funksiyasının yaxşılaşmasına kömək edir. Qadın məsləhətxanası həkimi məşğələləri keçirilməsi üzərinə müntəzəm nəzarət aparır, o, ümumi yükün həcmini müəyyən edir və hamiləlik dövrü ərzində bu yükü dəyişib tənzim edir. Fiziki məşqlər hamiləliyi mürəkkəb olmayan bütün qadınlar, habelə ürək-damar sistemi xəstəlikləri kompensasiya mərhələsində olan hamilə qadınlar üçün xeyirlidir, lakin bu qadınlar daima terapevtin nəzarəti altında olmalıdırlar. Sağlam hamilə qadınlar öz evlərində idmanla müstəqil məşğul ola bilərlər, lakin patronaj tibb bacısı hər dəfə patronaj apararkən bu qadınların səhhətini yoxlamalıdır.

Qurd invaziyası hamilə qadının vəziyyətinə və dölə pis (anemiya, ümumi halsızlıq) tə'sir edir: o, ciftdə patoloji dəyişikliklərə səbəb ola bilər ki, bu da anemiya ilə yanaşı, döldə oksigen aclığına və hamiləliyin vaxtından qabaq kəsilməsinə səbəb olur. Hamilə qadınlar məsləhətxanaya ilk gəlişlərində qurd yumurtaçıqlarının olmasını müəyyən etmək üçün nəcisi tədqiq etdirməli və lazım gəldikdə müalicə olunmalıdırlar.

Dispanserizasiya-xəstələrin aşkar edilməsi, qeydə alınması, onların üzərində sistematik müşahidə aparılması və sağlamlaşdırmadan ötrü əhalinin profilaktik tibbi müayinədən keçirilməsinə köməkedici metoddur.

Hamilə qadınların dispanserizasiyası onların yaşadıqları yerlərdəki qadın məsləhətxaiaları, kənd rayonlarında isə rayon və sahə xəstəxanaları və poliklinikaları tərəfindən aparılır. Məsləhətxanalar öz rayonunda yaşayan bütün hamilə qadınları uçota alır və onların

üzərində müntəzəm dispanser müşahidəsi aparılmasını tə'min edirlər.

Bütün hamilə qadınları erkən qeydə almaq və hamiləliyin mürəkkəbləşməsi hallarını (toksikozları, çanağın ensizliyini, dölün düzgün yerləşməməsini, qanaxmaları və s.) habelə daxili üzvlərin (urək-damar' sisteminin, tənəffüs üzvlərinin, qaraciyər, böyrək və s.) xəstəliklərini aşkar etmək qadın məsləhətxanalarının ən mühüm vəzifəsidir.

Hamiləlik ərzində qadın məsləhətxanaya azı 10-14 dəfə (hamiləliyin birinci yarısında 3 həftədə 1 dəfə, 20-ci həftəsindən 32-ci həftəsinə qədər-ayda 2 dəfə, hamiləliyin 32-ci həftəsindən sonra hər 10 gündə bir dəfə, lazım olduqda isə daha çox) getməlidir.

Baza qadın məsləhətxanası təkcə hamilə qadınlara məsləhət verib onları müalicə etmir, o, həmçinin bütün poliklinika müəssisələrinə, o cümlədən tibbi-sanitariya hissələrinə metodiki yardım göstərir.

Sex-mamalıq ginekoloji sahələri ərazi baza qadın məsləhətxanaları nəzdində təşkil edilir. Sex mama-ginekoloq həkimi müntəzəm surətdə sənaye müəssisələrinə və sovxozlara gedərək, işçi qadınların əmək şəraitini öyrənmək, müdiriyyət, partiya və həmkarlar aktivi ilə sıxı əlaqədə işləmək imkanı əldə edir.

Səyyar qadın məsləhətxanaları-kənd təsərrüfatı istehsalatı işçi qadınlarına qulluq etmənin müasir bir formasıdır. Hamilə qadınların və ginekoloji xəstələrin mütəxəssis həkimlər tərəfindən bacarıqlı müayinəsi, lazımi laborator tədqiqatının, profilaktik müayinələrin aparılması, müəyyən ginekoloji xəstələr qrupları üzərində dispanser müşahidələri aparılması, hamiləliyi mürəkkəbləşmələrlə cərəyan edən qadınların aşkar edilməsi və vaxtında xəstəxanaya göndərilməsi bu məsləhətxanaların vəzifəsinə daxildir.

Dişlər və aqız boşluğu. Xəstə dişlərin və ağız boşluğunun vaxtlı-vaxtında müalicəsinin böyük əhəmiyyəti vardır, çünki ağız boşluğundakı infeksiya ocaqları orqanizmin daimi infeksiya və intoksikasiya mənbəyi olmaqla, doğumlar zamanı və doğumlardan sonrakı dövrdə infeksion mürəkkəbləşmələrin baş verməsinə səbəb ola bilər. Bə'zən qadınlarda hamiləlik zamanı orqanizmin kalsium duzlarından kasadlaşması qeyd edilir, bu isə dişlərin vəziyyətinə tə'sir edərək, onların tez dağılmasına səbəb olur. Qadın məsləhətxanasına gəldikdə bütün hamilə qadınları stomatoloq-həkim müayinə edərək onlara lazımi müalicə, yardım göstərir.

Qan. Hamilə qadınlarda qanın klinik analizi hamiləlik ərzində, xüsusilə onun ikinci yarısında bir neçə dəfə aparılmalıdır. Qanın təkrar edilən tədqiqləri xüsusi müalicə tələb edən qan xəstəliklərinin vaxtında aşkar edilməslnə imkan verir.

Bütün hamilə qadınlarda qanın Vasserman, Meynike, Zaks-Georgi reaksiyalarına görə seroloji tədqiqi üçün dirsək venasından iki dəfə (hamiləliyin birinci və ikinci yarısında) qan götürürlər. Bu yolla aşkar

edilmiş xəstələrin müalicəsini veneroloji dispanserdə keçirirlər. Həm də müalicəyə mütləq gələcək uşağın atasını da cəlb edirlər.

Bütün hamilə qadınların rezus-mənsubiyyəti də hökmən tə'yin edilməlidir, çünki ananın mənfi rezuslu qanı əksər halda yeni doğulan uşağın hemolitik xəstəliyinə səbəb olur. Hamilə qadının qanının rezus-mənfi olması aşkar edildikdə onun ərinin qanını da tədqiq etmək lazımdır.

Əgər atanın qanı rezus-müsbətdirsə və dölə irsən atanın rezus-mənsubiyyəti keçmişsə, bu cür hamiləlikdə ana ilə döl arasında rezus ixtilafı baş verir ki, bu səbəbə görə döl bətndaxili məhv ola bilər, yaxud vaxtından qabaq, ya da hemolitik xəstəlik əlamətləri ilə doğula bilər. Dölün rezus-anti çisimlərin zərərli tə'sirinə müqavimətini artırmaq və ciftdə qan dövranını yaxşılaşdırmaq məqsədilə rezus-mənfi qanlı bütün hamilə qadınların hökmən desensibilizəedici müalicəsi (hamiləliyin 12-14, 22--24, 32-34-cü həftələrində) keçirilməlidir.

Müalicə profilaktika tədbirlərində dölün inkişafı üçün ən əlverişli şəraitin yaradılması nəzərdə tutulur: qida zülallarla, S vitamini ilə zəngin olmalıdır (hamiləlik ərzində bu qida kiçik fasilələrlə, sutkada 1 q-a qədər qəbul edilməlidir).

Kumbssınağı ananın qanında anticisimləri aşkar etmək üçün tətbiq edilir. Hamiləlik zamanı ananın qanında anticisimlər peyda olduqda, hələ doğumdan çox əvvəl döldə çox ağır xəstəlik formaları baş verir. Belə ki, yeni doğulan uşaqların təxminən 30%-də qeyd olunan hemolitik xəstəlik hələ bətndaxili dövrdə əmələ gəlir.

Hamiləliyin erkən müddətlərində qanaxma-döl yumurtasının uşaqlığın divarından aralanması ilə əlaqədar mürəkkəbləşmə olub, hamiləliyin kəsilməsi təhlükəsini yaradır.

Döl yumurtasının aralanmasının xassə və dərəcəsindən asılı olaraq mürəkkəbləşmənin müxtəlif variantları əmələ gələ bilər: *uşaqsalma təhlükəsi* baş verdikdə-hamilə qadınlar qarnın aşağısında zəif sancıyabənzər ağrılardan şikayət edirlər, *uşaqsalma başlanğıcında*-sancıyabənzər ağrılar və qanaoxşar ifrazat olur; *natamam uşaqsalma* halında-xeyli miqdarda qanaxma qeyd edilir.

Bütün bu hallarda xəstə tə'cili olaraq xəstəxanaya qoyulmalıdır.

Hamiləliyin axırıncı aylarında qanaxma uşaqlığın aşağı hissəsində yerləşmiş bala yatağının aralanması, bala yatağının en vəziyyətdə yerləşməsi (bu zaman qanaxma, adətən, doğum fəaliyyəti və sancılar olmadan başlayır) və ya uşaqlıqda normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq aralanması (bu zaman, adətən, sancı tutmaları olur) nəticəsində baş verir.

Süd vəziləri. Hamiləlik dövründə uşağın süd əmməsi üçün süd vəzilərini elə hazırlayırlar ki, bu vəzilər düz inkişaf etsin, məmələr möhkəmlənsin, onlarda çatlar əmələ gəlməsin. Süd vəzilərini hər gün otaq temperaturu istiliyində su ilə, sabunla yuyub yumşaq (xovlu)

dəsmalla silirlər. Məmələrin dərisi quru isə, onlara steril vazelin yağı çəkilməlidir. Məşələr yastı və ya uzunsov olduqda əlləri sabunlu su ilə diqtətlə yuduqdan və dırnaqları kəsib qısaltdıqdan sonra barmaqları steril talkla ovxalayır və məmələrə də azça steril talk səpirlər. Məməni iki barmaqla lap dibindən tutaraq məməyanı dairəcikdən məmə zirvəsinə doğru dartırlar və eyni zamanda yüngülcə masaj edirlər. Hər gün yatmazdan qabaq süd vəziləri üçün 10-15 dəqiqəlik hava vannası tətbiq edilməsi çox faydalıdır. Bu, məməcikləri və dərini möhkəmlədir.

Sidik. Hamiləlik dövründə böyrəklər çox gərkin işləyir, çünki onlar həm qadının, həm də böyüməkdə olan dölün mübadilə məhsullarını orqanizmdən çıxarırlar. Buna görə də hamilə qadının hər dəfə məsləhətxanaya gəlişində onun sidiyi hökmən tədqiq edilməlidir. Hamilənin sidiyində zülal tapıldıqda hamilə qadını xüsusi qeydə alır və lazım gəldikdə onu xəstəxanaya qoyurlar.

Doğumun ağrısızlaşdırılması və hamilə qadınların doğuma psixo-profilaktik hazırlanması. Doğumların kütləvi surətdə ağrısızlaşdırılması yalnız böyük doğumayardım müəssisələrində deyil, həmçiuin kiçik müəssisələrdə də aparılır. Doğumun vaxtında ağrısızlaşdırılması doğumlarda baş verən bir sıra mürəkkəbləşmə hallarının qarşısını alır. Ağrısızlaşdırma üçün dərman vasitələri və psixoprofilaktik hazırlıq tədbirləri tətbiq edilir. Psixo-profilaktika metodu mərkəzi sinir sisteminin ali şö'bələrinə müsbət tə'sir göstərməklə doğum ağrılarının aradan qaldırılmasına əsaslanır.

Qadının doğuma psixo-profilaktik hazırlanmasından məqsəd-doğum ağrısının psixogen komponentini ləğv etməklə hamilə qadında labüd doğum ağrısından qorxu hissini aradan qaldırmaqdır. Bu hazırlıq prosesində qadında doğum zamanı sakitlik və rahatlıq vərdişi tə'lim edilir. Psixo-profilaktik hazırlıq zamanı qadının ona öyrədilən müəyyən üsulların yerinə yetirilməsinə doğumun ağrısız keçməsinə və doğuş gücünün anomaliyaları kimi hamiləliyin axırıncı (gec) dövrlərində əmələ gələn toksikozların və s. mürəkkəbləşmələrin müəyyən dərəcədə qarşısının alınmasına kömək edir.

Hamilə qadının geyimi rahat və gen olmalı, bərk sıxıcı kəmərlər, dəyirmi bağlar, dar lifçiklər işlətməməlidir. Corablar qurşağa və ya bandaja ilişdirilən uzun rezin bağlarla möhkəm saxlanmalıdır. Hamiləlik dövründə geyimin təmiz olmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Hamilə qadınlara gen paltar və ya çiyinbağlı tuman (paltarın ağırlığı çiyinlərə düşsün deyə) alçaqdaban və rahat ayaqqabı geyməsi məsləhət görülür.

Hamiləlik və doğum münasibətilə mə'zuniyyətlər doğuma qədər 56 və doğumdan sonra 56 təqvim günü müddətinə verilir və dövlət ictimai sığortası qaydalarına əsasən bu dövr üçün müavinət ödənilir. Hamiləliyin və doğumun cərəyanı mürəkkəbləşdiyi, yaxud iki və daha artıq uşaq doğulduğu hallarda doğumdan sonra 70 təqvim günü

müddətində mə'zuniyyət verilir. Hamiləlik və doğum üzrə mə'zuniyyət təqvim günü ilə hesablandığına görə, bu mə'zuniyyət müddətinə ancaq iş günləri deyil, istirahət və bayram günləri də daxil edilir. Doğumdan sonrakı mə'zuniyyət doğum günündən başlayaraq hesablanır və doğum günü də bu hesaba daxil olur.

Hamiləlik və doğum üzrə mə'zuniyyət müddəti ümumi və arasıkəsilməyən, həm də xüsusən illik mə'zuniyyətdən istifadə hüququ verən staja daxil edilir. Hamiləlik və doğum üzrə mə'zuniyyətdən qabaq və ya bilavasitə bu mə'zuniyyətdən sonra qadına, onun ərizəsinə görə, müəssisədəki iş stajından asılı olmayaraq illik əmək mə'zuniyyəti, habelə arzu etdiyi halda doğumdan sonra qismən əmək haqqı və tutduğu vəzifə saxlanılaraq 1 ilə qədər mə'zuniyyət verilir.

Hamilə və döş əmizdirən qadınların əməyinin mühafizəsi. Hamilə qadına hamiləliyin V ayından e'tibarən və döş əmizdirən qadınlara (növbədən xaric və gecə işləri müstəsna olaraq) ancaq yüngül işlər tapşırıla bilər. Hamilə qadın daha yüngül işə keçirildiyi halda, onun axırıncı işinii 6 ayındakı orta əmək haqqı mühafizə olunur. Hamilə qadının razılığı olmadan onu e'zamiyyətə göndərmək olmaz. Hamilə və ya döş əmizdirən qadını işdən çıxarmaq qadağandır.

Döş əmizdirən analara və 1 yaşa qədər uşaqları olan qadınlara iş zamanı ümumi fasilə vaxtından başqa istirahət və uşağın yedizdirilməsi üçün əlavə fasilələr verilir. Bu fasilələr hər 3 saatdan bir, 30 dəqiqə davam edir. Ananın 1 yaşa qədər iki və ya daha artıq uşağı olursa hər dəfə azı 1 saatlıq fasilə verilir.

Uşağın yedizdirilməsi üçün verilən fasilə iş vaxtına daxil edilir və qazanılmış orta əmək haqqı hesabı ilə ödənilir. Fasilə və onun verilmə qaydası ananın arzusu nəzərə alınmaqla həmkarlar ittifaqının fabrik-zavod yerli komitəsi ilə birlikdə müdiriyyət tərəfindən müəyyən edilir.

Hamilə qadınların patronajı onlara ev şəraitində müşahidə edilməsi məqsədilə aparılır. Patronajın vəzifələri: hamilə qadının, yaxud yeni doğanın və ya ginekoloji xəstənin ümumi vəziyyəti və şikayətlərini yoxlamaq, ona gigiyena və yeni doğulanlara qulluq qaydalarını öyrətmək, sanitariya-gigiyena vərdişləri tə'lim etmək və konkret həyat şəraitini nəzərə alaraq gigiyena şəraitini yaxşılaşdırmaq, tə'yin edilmiş rejimin yerinə yetirilməsini yoxlamaq və sanitariya maarifi işindən ibarətdir. Hamilə qadınlara və yeni doğanlara patronaj yardımı göstərildikdə onların qidalanmasının səmərəli olmasına və həkimin bütün məsləhətlərinə riayət edilməsinə xüsusi fikir verilməlidir. İlk patronajda əldə edilən mə'lumatı patronaj bacısı, patronaj vərəqəsində ətraflı surətdə qeyd edir və onu hamilənin şəxsi vərəqinə yapışdırır. Sonra təkrar edilən patronajlarda isə, bacı qeyd olunmuş nöqsanların aradan qaldırılması üçün görülmüş bütün tədbirləri patronaj vərəqəsində qeyd edir və öz müşahidələrini həkimə bildirir.

Hamilə qadının qidalanması. Hamiləlik dövründə düzgün

qidalanmanın qadının səhhətinin qorunması və dölün inkişafı üçün olduqca böyük əhəmiyyəti vardır. Hamiləliyin birinci yarısında xüsusi (pəhriz) saxlanması zəruri deyildir. Qida müxtəlif çeşidli, yaxşı hazırlanmış və ləzzətli olmalıdır. Hamiləliyin ikinci yarısındakı qidalanmada orqanizmin fizioloji xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır. Rasiona sutkada hökmən 100-120 q zülal daxil edilməlidir. Tərkibində tam dəyərli zülallar olan qidalardan kefir, qatıq, süd, kəsmik, pendir, yavan ət (gündə 100-120 q), balıq (gündə 150-200 q) verilməsi məsləhət görülür. Rasionda karbohidratların miqdarı sutkada 500-dən, hamilə qadının çəkisi həddindən artıq isə, 300 q-dan çox olmamalıdır. Rasiona meyvələr, giləmeyvələr, tərəvəz və çörək də daxil edilməlidir. Yağlardan, sutkada 100-110 q miqdarında olmaqla, əksəriyyətlə şit yağ, xama və bitki yağları verilir. Rasionda içməli mayelər sutkada 1-1,2 l-ə qədər, xörək duzu isə, xüsusilə hamiləliyin ikinci yarısında, 8-9 q həddində olmalıdır. Hamiləlik zamanı qidanın tərkibində A, V, S, D, E vitaminləri olmalıdır.

Hamilə qadınların gündə dörd dəfə qidalanması məsləhət görülür. 1-ci səhər yeməyinə qida rasionunun 25-30%-i, ikinçi səhər yeməyinə-10-15%-i, nahar yeməyinə-40-45%-i, şam yeməyinə-15-20-%i daxil edilməlidir.

Müalicəvi mühafizə rejimi. Hamilə qadınlara qulluq rejimində aseptika qaydalarına riayət edilməsindən əlavə, sakitlik və rahatlıq vəziyyəti yaradılmasına, qulluqedici personalın işində vurnuxma və basırığa yol verilməməsinə, bütün tə'yinatın vaxtında yerinə yetirilməsinə, xəstə ilə söhbətin sakit tonla aparılmasına, palatalarda təmizliyə, camaşırın təmizliyinə, yeməklərin ləzzətli olmasına ciddi fikir verilməlidir.

Hamilə qadınlarda erkən baş verən toksikozlar. Hamilə qadınların toksikozu-ürək-damar sisteminin, böyrəklərin, qaraciyərin mərkəzi və periferik sinir sisteminin mübadilə funksiyalarının pozulması ilə təzahür edən polisimptom (müxtəlif simptomlu) xəstəlikdir. Hamilə qadınlarda toksikozlar çox vaxt daxili üzvlərin (mə'dənin, böyrəklərin, qaraçiyərin, hipertonik xəstəliyin və s.) mövcud xronik xəstəlikləri fonunda əmələ gəlir.

Erkən baş verən toksikozlar hamiləliyin birinci günləri və həftələrindən başlayaraq təzahür edərək, hamiləlik dövrünün ikinci yarısında yox ola bilər. Lakin erkən baş verən toksikozların xeyli qrupu hamiləliyin axırına qədər davam edir.

Hamiləliyin erkən müddətlərində toksikoz müxtəlif klinik formalarda təzahür edə bilər. Bunlara qusma, selik, ağız suyu (tüpürcək) axması, dermatozlar (dəri xəstəlikləri) və s. aiddir.

Qadınların xeyli hissəsində hələ hamiləliyin erkən müddətlərində qoxuduyma funksiyalarının (bə'zi qoxulara dözümsüzlük kimi) və dadbilmə funksiyalarının (bə'zi qidalardan ikrah, digərlərinə tələbat kimi) pozğunluğu baş verir.

Arasıkəsilməyən qusma ağır xəstəlikdir. O sutka ərzində 20 dəfə və daha çox təkrarlanır. Həm də gecə və gündüz baş verə bilir. Bu xəstəlik çox çəkdikdə bərk arıqlamaya düçdən düşməyə səbəb olur, nəbz sür'ətlənərək dəqiqədə 100-120-yə çatır, temperatur yüksəlir, ağızdan aseton iyi gəlir, dəri quru və büzüşük olur. Müalicə xəstəxanada aparılır. Xəstəyə yatat rejimi, xırda hissələrlə qəbul edilən yüksək kalorili, vitaminlərlə zəngin qida tə'yin edilir, mayelərin, plazmaların və başqa zülali preparatların, vitaminlərin və birləşmiş vasitələrin parenteral yeridilməsi də tə'yin edilir. Müalicə oluna bilməyən ağır cərəyan edən toksikozlarda hamiləliyin dayandırılması məsələsi qoyulmalıdır.

Ağız suyu ifrazı, demək olar, arası kəsilməyən cərəyanla davam edir ki, bu da çənəaltı dərisinin qıcıqlanma və masserasiyasına səbəb olur. Aydın toksikoz halında hamilə qadının əhvalı pisləşir, yuxusuzluq baş verir, bədən kütləsi azalır. Ağız suyu axını ağır pozğunluqlara səbəb olmur və hamiləliyin dayandırılmasını tələb etmir.

Hamilə qadınların gec baş verən toksikozları. Hamilə qadınlarda hidrops əmələ gəldikdə maye əsasən dərialtı piy qatında toplanır. Mayenin toplanması su-duz mübadiləsinin yüksəlməsindən asılıdır. Xəstəlik hamiləliyin ikinci yarısında baş verir. Əvvəlcə ayaq və baldırlarda pastoz, sonra ödem baş verir. Ödemlər nəticəsində bədənin çəkisi həftə ərzində 500-700 q və daha çox artır. Hamilə qadınlarda hidropsun yüngül formaları olduqda tam dəyərli zulallar (bişirilmiş zərif ət, bişmiş təzə balıq, kəsmik, kefir), vitaminlər daxil edilməklə duzsuz yüngül südlü-bitkili dietik qidalara icazə verilir, mayelər və duz işlədilməsinin məhdudlaşdırılması və yataq rejimi tə'yin edilməsi məsləhət görülür və diurez üzərində nəzarət qoyulur, hamilə qadının rejimi düzgün olmadıqda hidrops toksikozun daha arır forması olan nefropatiyaya keçə bilər.

Hamilə qadınlarda nefropatiya. Bu xəstəlik zamanı hamilə qadınlarda ödemlər baş verir, sidikdə zülal qeyd edilir, arterial təzyiq artır. Nefropatiya, adətən, hamiləliyin 2-ci yarısında çox vaxt onun axırıncı aylarında inkişaf edir. Bu mürəkkəbləşmə halı qadının və dölün səhhəti üçün təhlükəlidir. Nefropatiya eklampsiyaya keçə bilər. Nefropatiyanın müalicəsi ancaq stasionarda aparılır. Tə'yin edilən pəhrizdə duzun miqdarı məhdudlaşdırılaraq, ona vitaminlər, karbohidratlar (kisel, sıyıq, cem, meyvələr) və zülallar (kəsmik, bişmiş təzə balıq, bişmiş ət) daxil edilir. Xəstələr üçün yüngül qidalanma günləri keçirilir. Hipetenziv, spazmolitik vasitələr, qlükoza, sedativ preparatlar, yuxu dərmanı tə'yin edilir.

Preeklampsiya-nefropatiyanın artma hadisələri və mərkəzi sinir sisteminin qıcıqlanma simptomlarının (başağrısı, görmə qabiliyyətində pozğunluqlar, bə'zən qusma və başqa hallar) əmələ gəlməsidir. Preeklampsiya isə eklampsiyaya keçə bilər. Bundan əlavə, həyat üçün

əhəmiyyətli üzvlərə qansızması, ciftin vaxtından qabaq aralanıb qopması və hamilə qadın, habelə döl üçün təhlükəli başqa mürəkkəbləşmələr baş verə bilər.

Xəstəyə tə'cili surətdə ağrısızlaşdırıcı və hipotenziv dərmanlar yeridilməsi, onun stasionara qoyulması, yanında daimi növbətçi olması, bütün qıcıqlandırıcıların (səs-küy, parlaq işıq) aradan qaldırılması tələb edilir. Xəstə üçün uyğun pəhriz tə'yim edilməli və bu pəhrizdə maye və duzun miqdarı məhdudlaşdırılmalıdır. Tə'yin edilən xüsusi müalicədə hipotenziv, sedativ, aqırsızlaşdırıcı, diuretik vasitələrin və yuxu dərmanlarının, habelə mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırıcı vasitələrin və zülal preparatlarının tətbiq olunması tələb edilir. Bütün manipulyasiyalar və inyeksiyalar narkoz altında keçirilməlidir.

Eklampsiya-ağır toksikozdur. Bu xəstəlik, hamilə, habelə zahı və yeniçə doğmuş qadınlarda doğumdan sonrakı dövrün birinci günlərində baş verə bilər. Xəstəlik qıcolmalarla, huşun itməsi, arterial təzyiqin artması ilə xarakterizə olunur. Eklampeiya zamanı həyat üçün əhəmiyyətli üzvlərin-funksiyalarında dərin pozğunluqlar: qan dövranında pozğunluq, maddələr mübadiləsi pozğunluğu, beyin ödemi, beyinə qansızma, mərkəzi sinir sistemində yüksək oyanıcılıq müşahidə olunur. Qıcolma əlamətləri baş verdikdə (üz sinirlərinin, göz qapaqlarının titrəməsi) xəstəyə dərhal narkoz vermək lazımdır. Dilin dişlənməsinə yol verməmək üçün azı dişləri arasına genəldici və ya tənzifə bükulmüş qaşıq sapı qoyulmalıdır. Mama-ginekoloq və anesteziolog həkimin iştirakı ilə xəstələrin xüsusi müalicəsi aparılır.

Hamilə qadınlarda toksikozların profilaktikasına rasional qidalanma, yemək-içməkdə həddin gözlənilməsi, duzun məhdudlaşdırılması, fiziki və zehni əməyin tənzimi, normal geçə yuxusu, tez-tez havada olmaq kimi tədbirlər daxildir.

Toksikoz keçirmiş bütün hamilə qadınlar doğumdan sonra da həkimin nəzarəti altında olmalıdırlar.

Hamiləlik zamanı xariçi cinsiyyət üzvləri isti su və sabunla yuyulmalıdır. Əvvəlcə əllər diqqətlə yuyulur. Sonra sol əldə tutulan aftafa və ya parçdan su tökərək sağ əllə qasıqdan anusa doğru yuyurlar (əksinə istiqamətdə yumaq olmaz). Stasionar şəraitində qadınların tualeti kuşetka üzərində keçirilir. Bu zaman kuşetkaya müşənbə sərir, xəstənin altına isə ləyən qoyurlar. Yuma zamanı kornsanqla tutulmuş steril pambıq tamponlardan istifadə edirlər.

Hamiləlik zamanı ultrabənövşəyi şüalandırma doğum zamanı və doğumdan sonrakı dövrdə baş verən mürəkkəbləşmələrin profilaktikasına kömək edir. Ümumi ultrabənövşəyi şüalandırmaya hamiləliyin 32-ci həftəsindən e'tibarən başlanır və azı 15-20 şüalandırma seansı keçirilir.

Dölün elektrokardioqrafiyası-dölün ürək fəaliyyətinin

elektrokardioqraf vasitəsilə daha artıq və erkən tə'yin edilməsi metodu.

Elektrofonokardioqrafiya-dölün ürəyindən gələn səs ehtizazının qeydedilmə metodu olub, dölün ürək fəaliyyəti və vəziyyətini adi auskultasiyaya nisbətən daha dəqiq və vaxtında tə'yin etməyə imkan verir.

ZAHI QADINLAR. Doğuşlar, bir qayda olaraq, mamaçası olan stasionarda (doğum evində, xəstəxananın doğum şö'bəsində, kolxoz doğum evində) keçir. Doğumlar mamaça gələnə qədər başlayırsa, təxirəsalınmaz ilk yardım, aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi surətdə əməl edilməklə tibb bacısı tərəfindən göstərilməlidir.

Birinci dövr (acıma dövrü). Tibb bacısı zahı qadın üzərində müşahidə aparmalı: onun temperaturunu, nəbzini ölçməli, sidik kisəsinin vaxtlı-vaxtında boşaldılmasına fikir verməlidir. Siyimə və defekasiyadan sonra cinsiyyət üzvü qaynanmış su ilə yuyulmalıdır.

İkinci dövr (kənaretmə dövrü). Zahı qadının gücənmələri başlanır və aralıq sahəsi köpməyə başlayır. Bu vaxt zahı qadın bədəninin yuxarı yarım hissəsi bir qədər qalxmış halda arxası üstə uzanmalıdır. O, qıçlarını diz və bud-çanaq oynaqlarında bükməli, pəncə və dabanları ilə çarpayıya söykənməli və əlləri ilə çarpayının kənarından yapışmalıdır. Çənəaltını deşə sıxaraq defekasiya zamanı olduğu kimi güçənməlidir. Sancı tutmaları olmadıqda da uşağın başı cinsiyyət yarığında görünürsə, deməli doğum başlayır. Bu zaman aralığın cırılmaması üçün başın çox tez çıxmasına yol verilməməlidir. Tibb bacısı uşağın ənsəsinin cinsiyyət üzvü yarığından çıxdığını, yanlardan isə-əmgək qabarcıqlarını ovcunda hiss edən kimi körpənin başını çıxartmağa başlayır.

Üçüncü dövrdə (doğumdan sonra) tibb bacısı həmişə köməyə hazır vəziyyətdə zahı qadının yanında olmalıdır. Bu zaman o zahı qadının vəziyyətinə fikir verərək (onun nəbzini yoxlamaqla) tutmaların baş verməsinə, uşaqlığın formasının dəyişilməsinə, onun dibinin hündürlük vəziyyətinə (hansı hündürlükdə olmasına) fikir verməlidir.

Uşaqlığa əl vurmaq olmaz, çünki uşaqlığın hər cür mexaniki qıcıqlanması doğumdan sonrakı dövrün normal cərəyanını pozur. Uşaq doğulduqdan sonra uşaqlığın həcmi xeyli azalır və onun dibi göbəyin səviyyəsinə qədər aşağı düşür. 10-15 dəqiqədən sonra qarnın aşağısında ağrılar baş verir- uşaqlıq təqəllüs edir və bunun nəticəsində cift aralanır. Cift ayrıldıqdan sonra mamaça və ya həkim ciftin bütövlüyünü yəqin etmək üçün onu nəzərdən keçirirlər.

YENİCƏ DORMUŞ QADINLAR. Doğumdan sonrakı dövr 6-8 həftə davam edir. Doğumdan sonrakı təmizlənmə ifrazatı (loxiya) birinci 4 gün rənginə görə qan xassəli olur, sonra rəngi solğunlaşır, miqdarı tədricən azalır və o səciyyəvi rütubət iyi verir. İfrazat üfunət iyi verdikdə müalicə tə'yin edilməlidir. Əgər doğumdan sonrakı uşaqlıq təqəllüsləri bərk ağrılı olursa analgin vermək və düzbağırsağa papaverin şamı yeritmək olar. Siyimə çətinləşdikdə doğumdan sonrakı

birinci günlər papaverin şamı, furadonin, vələmir həlimi tə'yin edilir və dəri altına maqnezium sulfat yeridilir. Əgər 7-8 saat müddətində bu tədbirlərin tə'siri kifayət etməzsə kateter qoyulur. Bağırsaqların təmizlənməsindən ötrü ya imalə, ya da işlətmə dərmanı tə'yin edilir.

Yeni doğan qadınlara göndərilən ərzaq əvvəlcə tibb bacısı tərəfindən yoxlanmalıdır. Yeni doğan qadına birinci gun duru xörək verilir, sonrakı günlər isə o adi (hər cür) yeməklərdən istifadə edə bilər.

İçkilərdən çay, zəif qəhvə, mineral sular, mors, qaynanmış su vermək olar. Yataq ağları və alt paltarı hər 4-5 gündən bir dəyişilməlidir. Döşənəyi isə gündə 4-5 dəfə dəyişmək lazımdır. Doğan qadın normal doğumdan sonrakı birinci gündən başlayaraq yataqda otura bilər. Onun kəzməsinə isə ilk sutkaların axırında icazə verilir.

İdman. Doğumdan sonrakı dövrdə hər gün səhərlər xüsusi kompleks üzrə ağır templi idman məşqləri keçirilir. Bundan məqsəd doğan qadına düzgün və dərin tənəffüs etməyi öyrətmək, qarın basması əzələlərini möhkəmləndirmək, əzələ sistemini aktivləşdirmək və qan dövranını yaxşılaşdırmaqdır. İdman məşqləri səhər yeməyindən sonra yay dövrü palatanın pəncərələri açılmış və qışda palatanın havası dəyişilmiş şəraitdə aparılır.

Ev şəraitində tətbiq edilən rejim. Doğumdan sonra 1-ci gün yataq rejiminə riayət edilir, sonra isə ayağa qalxmaq olar. Doğan qadın bədənini təmiz saxlamalı (gündə 2 dəfə bədənini qurşağa qədər sabunlayıb yumalıdır), günaşırı duş altında yuyunmalı, hər dəfə uşağı bələməzdən qabaq əl-qolunu yumalı, səhər və axşam sabun və isti su ilə, yaxud kalendula məhlulu ilə (1 l qaynanmış suya 1 çay qaşığı kalendula dəmləməsi qarışdırılaraq hazırlanır) altını yumalıdır. Yataq ağlarının və alt paltarın təmizliyinə riayət etməli və doğumdan sonrakı 4 ay ərzində, qarın sallaq olduqda isə həmişə bandaj taxmalıdır. Hər gün azı 3-4 saat havaya çıxmalıdır. Otağı yaş əski ilə silib təmizləmək lazımdır. Tünd təamlı xörəklər yemək, spirtli içkilər içmək olmaz. Qarnın normal işləməsinə fikir verilməlidir. Doğum normal keçdikdən 2 ay sonra cinsi əlaqəni davam etdirmək olar, lakin bu barədə həkimlə məsləhətləşmək lazımdır. Doğum evindən çıxdıqdan təxminən 7-10 gün sonra qadın məsləhətxanası yanındakı məntəqə həkiminin yanına getməlidir.

Hər hansı ağırlaşmalarda (temperaturun yüksəlməsi, qanaxma, məmələrin həddən artıq kobudlaşması hallarında) dərhal məsləhətxanaya müraciət etmək lazımdır.

Mastit başlanğıcı. Doğumdan sonrakı dövrdə çox vaxt mastit baş verir (mastit-süd vəzisinin iltihabıdır). Bu xəstəlik birdən-birə temperaturun 39°-yə qədər yüksəlməsi və bə'zən üşütmə ilə başlanır. Bu zaman süd vəzisində ağrı baş verir, ümumi halsızlıq və başağrısı hiss edilir. Süd vəzisi dərinliyində ağrılı bərk sahə əllənir, bunun üzərindəki dərinin qızardığı görünür.

Bu halda uşağı əmizdirdikdən sonra süd vəzisini dərhal sağır və azca qaldırıb sıxaraq enli tənzif ilə kip sarıyırlar. Bu sarğının üzərindən (12 saatlığa) buzla doldurulmuş qovuq qoyur və təkrar sarıyırlar. Ağrı kəsilərsə sarğını açıb uşağı həmin döşdən əmizdirirlər. Süd vəzisində iltihab prosesi şiddətləndikdə Vişnevski məlhəmi qoyurlar. Bu sarğı adi kompres kimi hazırlanır (xəstələrə ümumi qulluq, kompres bəhsinə baxın). Lakin kağız olmur.

Ağrı kəsilməsə və temperatur düşməsə, palpasiya zamanı iki və ya bir neçə irinləmə sahəsi müəyyən edilərsə bu sahələr yarılaraq vəzilər irindən təmizlənir və üzərindən sarğı qoyulur.

Mastitlərin profilaktikası süd vəzilərinin təmiz saxlanması, vaxtında və düzgün sağılması və çatların qarşısı alınmasından ibarətdir. Məmələrdə cüzi çatlar olduqda müalicə üçün steril balıq yağı tətbiq edilir. Məməni balıq yağı ilə yağladıqdan sonra üstünü pambıqla örtürlər. Balıq yağını kalendula məlhəmi və brilyant abısı ilə əvəz etmək olar.

Məmələrin əmizdirilməyə hazırlanması. Uşağı əmizdirməmişdən əvvəl məmədən bir neçə damcı süd sağıb məməni pambıqla silirlər. Uşağı əmizdirdikdən sonra məməni vazelin yağı və ya qaynanmış günəbaxan yağı hopdurulmuş tənzif parçası ilə örtərək döşlük taxırlar.

Döşdən südü təmiz yuyulmuş əllərlə, süd vəziləri bərk olduqda isə Dyatlovun südsorucusu ilə sağmaq olar. Bu südsorucu ən steril bir şəraitdə döş südü alınmasını tə'min edir. Mastitlə xəstələnmiş qadınların südünü ayrıca toplayırlar, çünki uşaqları belə südlə bəsləmək olmaz. Həmçinin mənfi rezuslu qadınların südü ayrıca toplanır, çünki həmin südü bu qadınların uşaqlarına içirtmək olmaz, lakin başqa uşaqlara vermək olar.

Doğan qadınların altının yuyulması. Doğan qadınların xarici cinsiyyət üzvlərinin tualeti, yə'ni altının yuyulması birinci üç sutka ərzində 3 dəfə, sonralar isə gündə 2 dəfə keçirilir. Tualetə başlamamış temperaturu ölçmək və nəbzi saymaq, beləliklə, doğan qadının xəstə olub-olmamasını müəyyən etmək lazımdır. Xəstələnmiş qadınların tualetini (altının yuyulması) sağlamların tualetindən sonra keçirilir. Doğan qadın tualetə başlamamış siyiməli və qarnı təmizlənməlidir.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin və bədənin bu üzvləri əhatə edən hissələrinin yuyulması üçün zəif dezinfeksiyaedici məhlullar: kalium-permaiqanat (1:4000), furasilin (1:5000) 2%-li lizol, 0,25%-li xloramin işlədilir. Xarici cinsiyyət üzvləri və budların daxili səthləri qıcıqlanmış olduqda çobanyastığı gülü (romaşka) dəmləməsi (1 xörək qaşığı quru çobanyastığı gülü 200 ml qaynar suda pörtülüb süzülməli və buna 1 l-ə qədər qaynar su əlavə edilməlidir) yaxşı tə'sir göstərir.

Doğan qadının tualeti (altının yuyulub təmizlənməsi) belə keçirilir: mamaça və ya palata bacısı əllərini yuyub steril rezin əlcək geyir. Çarxlı mizə steril örtük sərdikdən sonra üzərinə 10-15 ədəd qaynadılmış

tutqac və ya uzun sıxac qoyurlar. Qaynadılıb təmizlənmiş və kürəşəkilli pambıq topacıqları, bir dəstə steril döşənək və müşənbələr (kleyonkalar), bir neçə qaynadılmış pinset sterilləşdirilmiş pambıqlı taxta çöplər və dezinfekevdaedici məhlul küpəsi qoyulmuş qutunu da bu, miz üzərində yerləşdirirlər. Xadimə (xəstə baxıcısı) çirkli döşəkçəni dəyişərək üzərinə ləyəni qoyur. Mamaça steril tutqacla götürdüyü pambıq yumrusu ilə, arasıkəsilməyən məhlul axını altında qadının cinsiyyət üzvlərini və onu əhatə edən dəri sahələrini yuyaraq, quruyub yapışmış qanlı ifrazatdan (loxiyadan) diqqətlə və ehtiyatla təmizləyir. Təmizlik işləri uşaqlıq yolu girişindən yanlara, yuxarıdan aşağıya doğru aparılır. Sonra budları və sağrıları və axırda aralığı yuyurlar. Cinsiyyət dodaqlarını açmaq olmaz, həm də az-çox sürtünməyə yol verməmək və aralığın sağalmaqda olan qırılmış, çatlamış və sıyrılmış yerlərini zədələməmək, yaranın qabığını qoparmamaq üçün çox ehtiyatlı olmaq lazımdır. Cinsiyyət üzvlərini yuduqdan sonra quru pambıq və ya tənzif salfetka ilə qurutmaq lazımdır. Aralığın tikişlərinə, xaricdən görünən çatlamış yerlərə və selikli qişa sıyrıntılarına sutkada bir dəfə yod tinkturu sürtürlər. Tualet qurtardıqdan sonra sanitarka ləyəni götürür, mamaça (və ya palata bacısı) isə qadının altına steril ağla örtülmüş steril müşənbə sərir. Doğan qadının xariçi çinsiyyət üzvləri və budlarını qıcıqlandıran çoxlu ifrazat olduqda gündə bir-iki dəfə əlavə təmizləmə keçirilməlidir. Xarici cinsiyyət üzvlərinin ödemi baş verdikdə onu iki-üçqat steril tənzif və ya parça ilə örtüb üzərindən buz doldurulmuş qovuq qoyurlar.

Tromboflebit. Doğumdan sonra əmələ gələn tromboflebitlər-vena divarının iltihabı və bunun ardınca əmələ gələn tromb venanın mənfəzini tutur və qan dövranını pozur. Aşağı ətrafların tromboflebiti doğumdan sonrakı 1-18-ci gündə inkişaf edir. Baldır venaları zədələndikdə baldır əzələlərində ağrılar, nəbz döyünməsinin artması, temperaturun azca yüksəlməsi müşahidə olunur.

Dərində yerləşmiş bud venalarının zədələnməsində (bud tromboflebiti) bədənin temperaturu 39,5°-40°S-yə qədər yüksəlir, bu vəziyyət tez-tez təkrarlanan üşütmələrlə müşayiət olunur. Xəstəliyin başlanmasının 3-cü günü baş verən ödemin inkişafı zədələnmiş ətrafda 1-3-cü gün baldır və ayağın aşağı sahəsinin üçdə birində çətin seçildiyi halda bütün aşağı ətrafı, xarici cinsiyyət üzvlərini, sağrıları, hətta gövdənin aşağı yarısını əhatə edən geniş sahədə inkişaf edir. Əksər hallarda qanın artıq dərəcədə laxtalanması qeyd edilir. Doğumdan sonrakı dövrdə tromboflebitin ən dəhşətli mürəkkəbləşmə nəticəsi ağciyər arteriyasının emboliyasıdır.

Palataların doğumdan sonrakı xəstələrlə dolmasının dövriliyi. Bir palatada eyni bir gün və ya iki gün ərzində doğmuş qadınların yerləşdirilməsi çox əlverişlidir. Bu, doğan qadınların tualetinin keçirilməsini yüngülləşdirir. Palatadakı bütün qadınları eyni zamanda buraxıb palatanı sanitar əməliyyatı (təmizləmə) üçün boşaltmağa

imkan verir. Bu halda hər 5-7 gündən bir palatanın havasını dəyişmək, təmizləmək və burada dezinfeksiya aparmaq mümkün olur.

GİNEKOLOJİ XƏSTƏLƏR. ***Uşaqlıq yolu vannacıqları.*** Uşaqlıq yolu isti soda məhlulu ilə şırınqalanır, sonra uşaqlıq yoluna boruşəkilli güzgü salır və burada qalmış mayeləri tupfer vasitəsilə kənar edirlər. Güzgüyə isə (həkimin tə'yin etdiyi) müxtəlif dezinfeksiyaedici məhlullar tökülür. Güzgüyə məhlul elə tökülməlidir ki, o, uşaqlığın uşaqlıq yolu hissəsini tamamilə örtsün. 3-4 dəqiqə keçdikdən sonra güzgünü olduqça yavaş (2-3 dəqiqə ərzində) uşaqlıq yolunun girişinə doğru burma hərəkətləri ilə çıxardarkən aşağı əyir və bunun içərisindəki mayeni axacağın altına qoyulmuş ləyənə boşaldırlar. Uşaqlıq yolunun vannası 2-3 gündən bir keçirilir.

Hidrotubasiya-uşaqlıq boşluğu və borularına dərman qatışıqları yeritməklə bu boruların keçirməzliyinin diaqnostika və müalicə metodu.

Diaqnostika məqsədilə hidrotubasiya aparıldıqda müxtəlif məhlullardan, o cümlədən boyayıcı maddə (metilən abısı, indiqokarmin və s.) məhlullarından istifadə edilir. Müalicə hidrotubasiyasında bir və ya bir neçə dərman preparatlarından (fizioloji məhlul, lidaza, ximotripsin, hidrokortizon, penisillin, streptomisin) ibarət sadə və mürəkkəb qatışıqlar tətbiq edilir.

Uşaqlıq boşluğu və borularına mayelərin nəzarət altında müəyyən təzyiqlə yeridilməsi üçün hidrotubasiya aparatları tətbiq edilir. Hidrotubasiya üçün uşaqlığa daxil edilən müxtəlif ucluqlardan istifadə edirlər. Bu ucluqlar əksəriyyətlə birkanallı əyilmiş metal borucuqlardır. Bunlar konusşəkilli rezin tıxaclı olur və ya uc hissəsi konusvarı metal yoğunlaşma ilə qurtarır.

Bu uçluqlar gülləvi maşa vasitəsilə uşaqlığın daxili girəcəyi (ağzı) arxasına daxil edilmək üçün nəzərdə tutulmuşdur. Atravmatik (gülləvi maşasız) ucluqlar uşaqlıq boynu kanalına daxil edilən bir və ya ikikanallı borucuqdan ibarətdir. Hidrotubasiya ambulatoriya şəraitində və stasionarda ginekoloji kreslo üzərində aparılır.

Uşaqlığın boynunu qaşıqşəkilli güzgü ilə açıb spirtlə silirlər. Servikal kanala uşaqlıq ucluğunu daxil edərək bu zaman onun tam hermetikliyinə fikir verirlər (lazım gələrsə gulləvi maşa tətbiq edilir). Ucluğu hidrotubasiya cihazına birləşdirir və hazırlanmış məhlulu təzyiq altında tədricən daxil etməyə başlayırlar. Prosedura aparılan gün bağırsaqlar və proseduradan qabaq isə sidik kisəsi boşaldılmalıdır. Hidrotubasiya keçirildikdən sonra xəstələr, hətta özlərini yaxşı hiss etdikdə belə 30 dəqiqə-1 saat uzanıb dincəlməlidirlər.

Histerosalpinqoqrafiya-uşaqlıq boşluğu divarlarının vəziyyətini, onun içərisində poliplərin, fibrinoz və bədxassəli törəmələrin olub-olmamasını, uşaqlıq borularının keçiriciliyini, uşaqlıq boynunun endometriozunu müəyyən etmək uçün aparılan rentgen tədqiqatıdır.

Bu tədqiqatın aparılması üçün aşağıdakı alətlər olmalıdır: Sims güzgüləri, 2 ədəd kornsanq, gülləvi maşa, uşaqlıq zondu, uşaqlıq ucluğu, 20 və ya 10 qramlıq şpris, steril material, pambıq tamponlar, tənzif salfetlər, spirt. Kontrast kütlə kimi 30%-li yodolipol, 65-75%-li veroqrafin, urotrast, kardiotrastın sulu məhlulu tətbiq edilir. Əks göstərişlər (ümumi halsızlıq, yoluxucu xəstəliklər, cinsiyyət üzvlərinin kəskin və yarımkəskin iltihabları, uşaqlıq boynunun eroziyaları və s.) olmadıqda tədqiqat aparılan gün səhər təmizləyici imalə edir və xarici cinsiyyət üzvlərini təmizləyirlər. Xəstə əvvəlcə siyiməlidir. Tədqiqatı müalicə tsiklinin (xəstəlik dövrünün) ikinci yarısında (28 günlük tsiklin 20-22-ci günü) keçirmək daha əlverişlidir. Xəstə axırıncı aybaşından sonra cinsi alaqədə olmamalıdır. Tədqiqat keçirildikdən sonra xəstə tibb bacısının nəzarəti altında 1-2½ saat yatmalıdır.

Bikontrast ginekoqrafiya-yodolipolla histerosal-pinqoqrafiyada qarın boşluğuna 1000 ml oksigen yeridildikdən (pnevmoperitoneum) sonra aparılan diaqnostika metodudur.

Histeroskopiya-uşaqlıq boşluğunun optik cihaz vasitəsilə müayinəsi. Histeroskopiya keçirilməsi üçün göstəriş uşaqlığın selikaltı miomu, endometriya polipozu, uşaqlıq cisminin xərçəngi, daxili endometrioz, uşaqlığın inkişaf qüsurlarından şübhələnmə halıdır.

Histeroskopiya keçirilən zaman qadın ginekoloji kresloda uşaqlığın operasiyasında olduğu vəziyyətdə uzanır. Xarici cinsiyyət üzvlərini və uşaqlıq yolunu spirtlə silirlər. Uşaqlıq boynunun ön dodağına gülləvi maşa salınır. Ağrısızlaşdırmadan sonra (adətən, novokainlə paraservikal anesteziya aparılır) uşaqlıq boynu kanalına-zond qoyularaq, kanal genişləndirilir. Histeroskopu daxili uşaqlıq girəcəyinə salaraq uşaqlıq boşluğunun ümumi mənzərəsini müşahidə edirlər.

Diatermokoaqulyasiya-yüksək tezliklə elektrik cərəyanı keçirildikdə əmələ gələn istiliyin canlı toxumalara tə'siri ilə aparılan müalicə üsulu. Bu üsul dərmanlarla müalicə edilməyən xoşxassəli eroziyalarda tətbiq edilir. Diatermo-koaqulyasiya xəstəlik dövrünün ikinci yarısında, anesteziya tətbiq edilmədən aybaşı ərəfəsi ginekoloji kresloda keçirilir. Bu zaman indifferent elektrodu xəstənin oması altına qoyur, uşaqlığın boynunu isə güzgülərlə açıb spirtlə dezinfeksiya edir və qurudurlar. Koaqulyasiya nəticəsində əmələ gələn bozumtul-ağ qartmaq 15 gündən sonra qopub düşür. Prosedura keçirildikdən sonra qadın 30 dəqiqə uzanıb dincəlməlidir ki, qanaxma baş verməsin. 8 həftə ərzində qadın cinsiyyət əlaqəsinə girməməlidir ki, uşaqlıq boynunun ağrılı yeri tamamilə epitelləşsin. Diatermokoaqulyasiya üçun UDL-350, UDL-350 M. UDL-200 M markalı; cihazlardan istifadə edirlər. Cihaz dəyişən cərəyan şəbəkəsinə qoşulur.

Uşaqlığın difteriyasına-nadir təsadüf edilir. Bu xəstəliyi Leffler çöpləri törədir. Onu uşaqlıqdan götürülən möhtəviyyatın əkini vasitəsilə aşkar edirlər. Vulvanın difteriyası zamanı səthdə və ya

dərində yerləşən ağımtıl, yaxud bozumtul-sarı ərplə örtülmüş xoralar əmələ gəlir. Uşaqlıqda üfunətli iy verən qanlı-seroz ifrazatın olması səciyyəvi haldır. Regionar limfa düyünləri şişkin və ağrılıdır.

Uşaqlıq yoluna düşmüş yad cisimlər qız uşaqlarında kəskin iltihab prosesi vulvovaginit əmələ gətirir. Yad cismin olmasını düz bağırsaqdan daxil edilən novlu zond vasitəsilə, rentgenlə alınan şəkillə aşkar edirlər. Qadınlarda masturbasiya aparılan zaman uşaqlıq yolundan şpilkalar, sap çarxı, probka, bitki qırıntıları və başqa cisimlər çıxarılırdı. Hərdən müalicə məqsədilə salınan yad cisimlər: uşaqlıq halqaları, tamponlar, pambıq tigələri də qalırdı.

Yad cismi barmaqla, pinsetlə, yaxud vakinoskop vasitəsilə və cərrahi üsulla kənar edirlər.

İnsufflyasiya-poroşok üfləyici (insufflyator) vasitəsilə narın toz şəkilli müxtəlif dərman maddələrinin daxil edilməsi. Uşaqlıq yolunu güzgülərlə açıb divarları tam hamarlaşana qədər çəkir, soda məhlulunda isladılmış tamponla selik, qan və başqa ifrazatdan təmizləyirlər. Uşaqlıq yolunun divar və tağlarını kornsanqla götürülən quru tampon vasitəsilə qurudur və buraya streptosid, osarsol və başqa tozşəkilli maddələr üfürürlər. Bu maddələr uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun patogen florasına tə'sir edir.

Ginekoloji tədqiq-cinsiyyət üzvləri mühitinin anatomik-funksional vəziyyətinin və cinsiyyət üzvləri xəstəliklərinin xarakterinin tə'yin edilməsinə kömək edən ümumi müayinə təşkil edir. Xəstənin ginekoloji müayinəsi əlcək geyilərək gineokoloji kresloda keçirilir. Xəstə müayinə olunmazdan qabaq siyiməli və qarnı təmizlənməlidir. Müayinə xarici cinsiyyət üzvlərinin yoxlanması ilə başlanır. Uşaqlıq yoluna və uşaqlığın boynuna qaşıqşəkilli uşaqlıq yolu güzgüləri ilə baxırlar. Daxili cinsiyyət üzvlərinin palpasiyası uşaqlıq yolunun barmaqla və kombinə edilmiş iki əllə (bimanual) tədqiqi keçirildikdə aparılır. Uşaqlığın vəziyyəti və halı tə'yin edildikdən sonra onun artımlarının (uşaqlıq borularının, yumurtalıqların bağ aparatının) tədqiqinə keçirlər. Uşaqlığa zond salmaq lazım gəldikdə metaldan hazırlanmış xüsusi bölgülü zondlardan istifadə edirlər.

Ginekologiyada laboratoriya diaqnostikası-qan, sidik analizləri, bakterioloji, bakterioskopik, sitoloji tədqiqat da aparılır.

Kolpit, vaginit-uşaqlıq yolu epitelinin iltihabı. Xəstə uşaqlıq yolunda göynəmədən, siyidikdə, cinsi əlaqə və ginekoloji müayinə zamanı ağrı hiss etməsindən şikayətlənir. Epitel ödemlidir və ona toxunduqda qanayır. Xəstəliyin şiddətli mərhələsində xəstəyə dinclik vermək lazımdır. Cinsiyyət üzvləri kalendula məhlulu ilə (0,5 l qaynanmış suya $^1/_2$ çay qaşığı kalendula qatılır) yumaq və uşaqlıq yolunu çobanyastığı gülü dəmləməsi ilə və ya dezinfeksiya məhlulları ilə şırınqalamaq lazımdır. Lazım gəldikdə antibiotiklər və ya emulsiyalar (20-30%-li sintomisin emulsiyası və s.) şəklində sulfanilamid preparatlar tətbiq edilir.

Trixomonada kolpiti-uşaqlıq yoluna tez-tez təsadüf olunan trixomonada paraziti düşdükdə inkişaf edir. Diaqnozu uşaqlıq yolu ifrazatının mikroskopik analizinə əsasən tə'yin edilir. Bu xəstəlikdə ifrazat bol, köpüklü, yaşılımtıl rəngli və spesifik iyli olur. Xəstə xarici cinsiyyət üzvləri sahəsində geyişmə və göynəmə hiss edir. Yoluxma cinsi əlaqə zamanı və nadir halda ümumi lif, ümumi dəsmal və yataqdan istifadə edildikdə də baş verir. Trixomonada kolpiti ilə xəstələnmiş anaya onun uşaqlarının bu xəstəliyə tutulma ehtimalı və yolları barədə məsləhət verilməlidir. Xəstəliyin yeni doğulmuş qız uşaqlara keçməsinin qarşısını almaq üçün vulvaya 2%-li gümüş-nitrat məhlulundan 2-3 damcı tökmək, hamilənin trixomonada kolpitinə tutulduğunu xəstəlik vərəqində qeyd etmək lazımdır. Xəstəliyi müalicə etmək üçün ər-arvadın hər ikisi hökmən metronidazoldan (trixopoldan) istifadə etməlidir. Bundan əlavə, uşaqlıq yolu yuyulur, qurulanır və ona qlükoza ilə osarsol poroşoku səpilir.

Qız uşaqlarında kolpit-vulvovaginiti-xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun iltihabı. Yoluxucu (qonoreyasız) vulvovaginitlər xarici mühitdən patogen göbələklər düşməsi nəticəsində, habelə qızılca, skarlatin, tonzillit, haymorit və s. kimi ümumi xəstəliklər zamanı baş verir.

Müayinə zamanı vulvanın və uşaqlıq yolu selikli qişaının hiperemiyası və ödemi, serozlu-iriŋli ifrazat qeyd edilir.

Bu xəstəliyi müşayiət edən digər xəstəliklərin müaliçəsinə də xüsusi fikir verilir. Yerli müalicə tədbiri xarici cinqiyyət üzvlərinin çobanyastığı gülü dəmləməsi, 1:1000 tündlükdə rivanol məhlulu və ya zəif kalium-permanqanat məhlulu ilə yuyulmasından ibarətdir, qeyd edilən məhlullarla oturaq vanna tətbiq edilir.

Xarici cinsiyyət üzvlərini yuduqdan sonra vulvanı və qasıq büküşlərini balıq yağı, ya da çaytikanı yağı ilə yağlayırlar. Uşaqlıq yoluna daxil edilmiş steril rezin kateter vasitəsilə 3%-li hidrogen-peroksid, 2%-li borat turşusu və ya 0,02%-li furasilin məhlulu ilə şırınqalayırlar.

Mikotik vulvovaginit (mikoz vulvovaginiti) xarici cinsiyyət üzvləri sahəsində geyişmənin, "kəsmikvarı" aqımtıl qəliz ifrazatı və ərplə örtülməsi ilə fərqlənir.

İfrazat və ərp göbələklərə görə, qan və sidik şəkərə görə tədqiq edilməlidir. Mikoz vulvavoginiti onun klinik əlamətlərinə və ifrazatın mikroskopik analizinə əsasən (göbələyin maya hüceyrələri, missel sporları aşkar edilir) tə'yin edilir.

. *Qonorreya* vulvovaginitində yaxmada qonokokk olur. İnfeksiya anadan və ya uşağa qulluq edən başqa şəxslərdən yoluxur.

Kontrasepsiya-hamiləlikdən qorunma metodu. Hamiləlikdən qorunmanın mexaniki və hormonal üsulları vardır. Mexaniki vasitələrə kişi prezervativi, uşaqlıq boynu qalpağı, uşaqlıq yolu pessarisi, uşaqlıqdaxili spiralları aiddir. Hamiləliyin qarşısını alan peroral

(hormonal) vasitələrə infekundin, bisekurin və s. aiddir. Hamiləliyin qarşısını alan, xüsusən hormonal vasitələr ancaq həkimlə məsləhətləşdikdən sonra tətbiq edilməlidir.

Kolposkopiya-uşaqlıq boynunun 30 dəfə . böyüdücü kolposkop adlanan optik cihazla tədqiq edilməsi. Kolposkop uşaqlıq boynunda əmələ gəlmiş patoloji dəyişiklikləriin xarakterini dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Kuldoskopiya-kuldoskop (endoskop) adlanan xüsusi optik cihazla daxili cinsiyyət üzvlərinin tədqiq edilməsi metodudur. Bu cihaz uşaqlığın arxa tağından duqlas cibinə doğru deşməklə, qarın boşluğuna daxil edilir. Lazım olan alətlər: qaldırıcıları olan 6-8 ədəd Sims güzgüsü, 6 kornsanq, 8 ədəd gülləvarı maşa, 3 uzun pinset, 2 ədəd uzun və yoğun iynə, 2 skalpel, 2 uzun qayçı, 4-5 ədəd cərrah iynəsi, 2 ədəd iynətutan, ketqut, pambıq tamponlar, tupferlər üçün tənzif salfetlər, enli bint, spirt, yod. Endoskopu xususi olaraq başqa alətlərdən ayrı hazırlayırlar. Camaşır-uşaqlıqyolu ginekoloji operasiyası üçun olduğu kimidir.

Xəstənin hazırlanması: əməliyyat ərəfəsində tədqiqat aparılan günün səhəri xəstəyə imalə qoyulur. Əməliyyat qabağı isə dəri altına 1 ml 2%-li promedol məhlulu yeridilir. Xəstə ginekoloji kresloda uzanır. Onun xarici cinsiyyət üzvləri dezinfeksiya edilir, uşaqlıq yolu güzgülərlə geniş açılaraq yuyulur, qurudulub spirtlə sildikdən sonra yod sürtülür. Uşaqlıq yolunun güzgülərlə açılmış arxa tağını reflektor lampası ilə yaxşı işıqlandıraraq həmin tağı uzun və yoğun steril iynə ilə deşirlər. İynə yerini skalpellə genişləndirir və açılan deşikdən endoskopu kiçik çanaq boşluğuna salaraq oranı müayinə edirlər. Müayinə qurtardıqdan sonra kuldoskopu çıxarır, tağın deşiyini 2-3 ketqut tikişi ilə tikirlər.

Uşaqlıqdan qan axması, qanaxma dayandırıldıqdan sonra xəstəyə qulluq edilməsi. Xəstəni yatağa uzandırır, ayaqlarına isitqac qoyurlar. Xəstə çoxlu qan itirdikdə, qan köçürmədən əvvəl ona natrium-xloridin izotonik məhlulu və 5%-li qlükoza məhlulu parenteral yeridilir. Lakin çoxlu maye içirtmək olmaz, çünki bu, qusma törədə bilər. Damar tonusunu mühafizə etmək üçün kamfora, kofein, kordiamin tətbiq edilir.

Yaxmalar üçün uşaqlıqdan alınan ifrazat kornsanqın steril branşesi və ya metal şpatellə götürülür. Ayrı-ayrı yerlərdən götürüldükdə hər dəfə yeni şpatel işlədilir. Yaxmalar üçün ifrazat almamışdan əvvəl siyimək olmaz. Əvvəlcə uretradan yaxma götürərək, ifrazatı təmiz predmet şüşəsinə yaxırlar. Sonra uşaqlıq yoluna steril güzgü salıb uşaqlıq boynunu açaraq servikar kanaldan və uşaqlıq yolunun arxa tağından alınan ifrazatı 2 predmet şüşəsinə nazik layla yaxırlar. Bundan sonra uşaqlıq yolunun arxa tağından ifrazat götürərək onu da predmet şüşələrinə yaxırlar. Şüşələrdə mütləq hərflərlə bu qeydlər edilməlidir: U (uretra), S (boyun), V (uşaqlıq boynu). Yaxmaların

şüşələrdə təsbit edilməsi üçün şüşələri 1-2 dəfə spirt lampası alovu üzərində gəzdirir və bundan sonra mikroskopik analiz üçün müvafiq göndəriş vərəqələri ilə laboratoriyaya göndərirlər.

Aybaşı-qadının orqanizmində hər 21—30 gündən bir təkrarla-nan və cinsiyyət üzvlərindən qan gəlməsi şəklində təzahür edən dövri dəyişilmələrdir.

Normal aybaşı 3-7 gün davam edir. Aybaşı normal hadisədir, lakin bu dövrdə orqanizmdə müşahidə olunan dəyişilmələr gigiyena qaydalarına ciddi əməl edilməsini tələb edir. Aybaşı zamanı qadın adi işi yerinə yetirə bilir, lakin ağır iş görməməli, böyük fiziki gərginliyə, bədəninin soyumasına və çox qızmasına yol verməməlidir. Aybaşıqabağı və aybaşı zamanı daxili üzvlərə və çanaq sahəsi üzvlərinə qan axınını cəlb etməmək üçün kəskin, ədviyyatlı qidalardan çəkinməli və spirtli içkilər içməməlidir. Aybaşı qanı maneəsiz axaraq, qoyulan xüsusi gigiyenik pambıq-tənzif qatına hopmalıdır. Cinsiyyət üzvlərini gündə 2-3 dəfə qaynanmış ilıq su ilə, yuyub təmiz saxlamaq lazımdır. Vannada yox, duş altında çimmək məsləhət görülür, çünki vannanın çirklənmiş suyu uşaqlıq yoluna düşərək onu çirkləndirə bilər.

Operasiyalar. *Mamalıq (uşaqlıqyolu) operasiyalarına hazırlıq.* İmalə qoymaq, kateter vasitəsilə sidiyi axıtmaq, cinsiyyət üzvlərini dezinfeksiya etmək, tüklərini qırxmaq, yumaq, steril pambıqla qurulamaq və budların içəri səthləri, qarnın aşağı yarısının dərisi də daxil olmaqla, cinsiyyət üzvlərinə 5%-li yod tinkturu sürtmək.

Əgər operasiya narkoz altında keçiriləcəksə taxma diş protez-lərini çıxarmaq lazımdır. Uşaqlıq yolu operasiyalarında bu əməliy-yatdan sonrakı dövr laparatoriyadan sonrakı dövrə nisbətən yüngül keçir. Uşaqlıq yoluna qoyulmuş tamponu ya operasiya aparılan günün axşamı, ya da operasiyadan sonrakı 2-çi gündə çıxardırlar.

Aralıqda aparılmış operasiyadan sonra qoyulmuş steril parça qatları hər 3-4 saatdan bir dəyişdirilərək tikişlərin təmiz saxlanması tə'min edilir. Tikişlər aralanmasın deyə, xəstələrə imalə qoyulmur və qarın işlədilməsi 4-5 gün saxlanılır. Operasiyadan sonrakı birinci 4 gün ərzində xəstəyə 4-5 damcı tiryək (opium) verilir. Ona ançaq duru xörək verilməlidir. 5-ci gün yüngül işlədici dərman içirdilir. Aralıqdakı tikişlər operasiyanın 6-cı günü çıxardılır. 7-8-ci gündə isə xəstənin gəzməsinə icazə verilir.

Qadınların profilaktik müayinələri. Qadınların dispanser müşa-hidələri sistemində keçirilən müntəzəm tibbi müayinələr birinci və ən əsas müayinə mərhələsini təşkil edir. Bu zaman hər hansı xəstəliyi erkən çağında aşkar edərək müvafiq mualicə və profilaktika tədbirlərini keçirmək olar. Yaşı 30-dan yuxarı olan bütün qadınlar ildə azı bir-iki dəfə özlərini yoxlatdırmalıdırlar. Xəstəlik aşkar edildikdə tibb bacısı xəstə üçün xəstəlik vərəqəsi açır və sonra xəstənin müalicə kursunu müntəzəm keçirməsinə nəzarət edir.

Güzgülər vasitəsilə uşaqlıq yolunun tədqiqi və uşaqlıq boynunun müayinəsi də hökmən keçirilərək lazımi laborator və sitoloji tədqiqat tə'yin edilir. Uşaqlıq boynunda dəyişikliklər aşkar edildikdə isə kolposkopiya aparılır.

Pertubasiya (uşaqlıq borularının üfürülməsi)-keçiriciliyin olub-olmamasının müəyyən edilməsidir. Bu metod uşaqlıq boşluğuna xüsusi cihaz vasitəsilə hava və qaz üfürülməsindən ibarətdir.

Həmin əməliyyat üçün lazım olan steril alətlər: Sims güzgüləri, 2 kornsanq, gülləvarı maşalar və uşaqlıq ucluğudur. Pertubasiyadan sonra xəstə $1^1/_2$-2 saat uzanmalıdır.

Cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi-cinsi əlaqə zamanı və ya iti bir şey üzərinə yıxıldıqda qızlıq pərdəsinin cırılması, qanaxma və ya böyük hematomların (qanlı şişlərin) əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunan uşaqlıq yolunun və klitorun cırılmasıdır. Tibb bacısı uşaqlıq yoluna kip tampon və ya xarici cinsiyyət üzvlərinə bir neçə qat təzyiqedici steril tənzif sarğısı qoymaqla (sarğının ucları qabaq və arxa tərəfdən dairəvi, bağ və ya kəmərə bərkidilir) həkim gələnə qədər qanaxmanı dayandırır. Xəstənin qıçlarını bir-birinə yaxınlaşdırılmış vəziyyətdə saxlayır, ya da bağlayırlar.

Xəstəni bu vəziyyətdə xəstəxanaya aparmaq olar. Tamponu çoxu 12 saat saxlamaq olar. Bə'zi hallarda xəstəyə tetanus əleyhinə serum vurulur.

Xariçi çinsiyyət üzvlərinin yuyulması. Gəzən xəstə qadınlar altını xüsusi gigiyena kabinəsində və ya duş altında yuyurlar. Bundan qabaq lazımi ehtiyatı görməlidirlər. Əllərini yuyub təmizlədikdən sonra əvvəl xarici cinsiyyat üzvlərini və budlarının içəri tərəfdəki səthinin dərisini, sonra isə gödən sahəsini yuyur və bundan sonra hamısını təmiz salfetka və ya dəsmalla silirlər. Yataq xəstələrinin altını gündə bir dəfə (əgər daha çox yuyulma tə'yin edilməmişsə) yuyurlar. Qabaqça xəstənin altına qab qoyur və suyu parç, yaxud aftafadan tökərək tutqacla götürülən pambıq yumrusu ilə cinsiyyət üzvlərini yuyurlar. Bu məqsədlə kalium-permanqanatın zəif (1:5000) məhlulundan və ya 1%-li lizoform-su məhlulundan da istifadə edilir. Cinsiyyət üzvləri qasıqdan anusa doğru yuyulur.

Sidik kisəsinin yuyulması (həkim tə'yin etdikdə) kateter vasitəsilə Esmarx parçından (qabından) və ya Jane şprisi ilə götürülən 1:8000 kalium-permanqanatla aparılır. Lakin əvvəlcə uretranı 2%-li borat turşusu məhlulu ilə yuyurlar.

Parçı sidik kisəsi səviyyəsindən çoxu 75-100 sm hündürlükdə asmaq lazımdır. Sidik kisəsinin yuyulması üçun işlədiləcək mayeni 37°S-yə qədər qızdırırlar. Sidik kisəsini yuyarkən onun siyiməyə ehtiyac hissi əmələ gələnə qədər doldurulmasına yol verilməməlidir, yoxsa bu, ağrı törədə bilər.

Şırınqa Esmarx qabına taxılan şüşə ucluq vasitəsilə aparılır. Suyun

temperaturu 45°S olmalıdır. Şırınqadan qabaq xarici cinsiyyət üzvlərinə vazelin sürtürlər. Qabı çarpayıdan 1 m hündürlükdə saxlamaq lazımdır. Ucluğu uşaqlıq yolunun arxa divarı üzrə yeritməklə, eyni zamanda mayeni buraxmalı və onu saxlamadan uşaqlıq yolunun arxa tağına çatdırmalıdır. Şırınqadan sonra xəstə uzanmış vəziyyətdə azı yarım saat qalmalıdır.

Uşaqlıq yolu tamponları. Pambıq tampon-iri mandarin böyüklüyündə uzun ucları olan sapla çalın-çarpaz bağlanmış pambıq yumrusudur. Tamponu sterilizə edir və uşaqlıq yolunun şırınqa əməliyyatı qurtardıqdan 1—1½ saat sonra güzgülər vasitəsilə açılmış uşaqlıq yolunun arxa tağına salırlar. Bu tampona əvvəlcədən balıq yağı, qliserin, streptosid, sintomisin emulsiyası hopdurulur. Tampon uşaqlıq yolunda 8-10 saat saxlanılır və sonra sapından dartılaraq çıxarılır.

XI FƏSİL
YENİ DOĞULMUŞ UŞAĞA QULLUQ

Yeni doğulmuş uşağa qulluğun düzgün təşkili onun səhhət və həyatının qorunması və saxlanılmasının mühüm şərtidir. Yeni doğulma dövrü uşağın bətnxarici həyata tədricən uyğunlaşması ilə xarakterizə olunur. Bu dövr-bir sıra qoruyucu reaksiyaların mükəmməl olmaması və ağır cərəyan edən təhlükəli xəstəliklərin baş verməsi ilə fərqlənir. Odur ki, həyat üçün müvafiq xarici mühit şəraitinin yaradılmasını tələb edir. Lakin yeni doğulanlara qulluğun əsas cəhətlərindən biri sanitariya-gigiyena qaydalarına ciddi riayət edilməsidir. Yeni doğulmuş sağlam uşaq üçün fizioloji şö'bədə 2,5 m^2, observativ şö'bədə 4,5 m^2 çarpayı sahəsi ayrılmalıdır.

Yeni doğulanların palatası geniş, işıqlı və havası yaxşı dəyişdirilən olmalıdır. Qadın və uşaq palatalarının dövri olaraq doldurulmasının böyük əhəmiyyəti vardır. Yeni doğulanların palataları isti və soyuq su ilə, müvafiq funksional çarpayılarla, medikament şkafı, çirkli camaşır şkafı ilə, oksigen terapiyası üçün xüsusi cihaz, habelə uşaqlara qulluq etmək üçün lazım olan əşyalarla (əmziklər üçün emallı qablar, kiçik butulkalar, fırçalar, vaxtından qabaq doğulanların, yeni doğulan xəstə uşaqların yedizdirilməsində işlədilən zondlar, imalə üçün rezin balonlar, şpatel və maşalar) tə'min olunmalıdır.

Vaxtından qabaq və asfiksiya vəziyyətində, ya da kəllədaxili doğum zədələnməsi əlamətləri ilə doğulmuş uşaqlar üçün xüsusi palatalar ayrılır. Bu palatalar yuxarıda qeyd olunan təchizatdan əlavə güvəzlər, yeni doğulanların reanimasiyası üçün zəruri olan cihazlar, elektrik sorucu cihazlar, ağciyərlərin sün'i ventilyasiyası cihazı ilə təçhiz edilir.

Yeni doğulanın çarpayısının eni: 60-70 sm, uzunluğu 80-100 sm, çarpayı hündür ayaqlı (80-100 sm hündürlüyündə) olmalıdır. Bu yeni doğulanlara xidmət edilməsini xeyli asanlaşdırır. Uşaq çarpayısının yan divarlarında taxta yanlıqları olmalıdır. Bu yanlıqlardan biri aşağı endirilə bilən olmalıdır. Çarpayıya pambıq və ya tüklə doldurulmuş yastı döşəkçə qoyulur. Yastıq əvəzində çarpayının baş tərəfinin qaldırılmasına imkan verən qaldırıçı altlıqdan istifadə edilməsi əlverişlidir.

Palatanın havası gündə bir neçə dəfə-uşaqlar yedizdirilmək üçün götürüldükləri zaman dəyişilir, eyni zamanda otaqda yaş əski ilə silib təmizləmə və ultrabənövşəyi şüalarla şüalandırma işi də aparılır. Palatalarda daimi temperatur rejimi saxlanılmalıdır: burada havanın temperaturunu vaxtında doğulmuş uşaqlar üçün +22, +24°S, vaxtından qabaq doğulanlar üçün isə +24, 4-26°S, havanın nisbi rütubəti isə 60% olmalıdır.

Uşaqla təmasda olan bütün əşyalar müxtəlif üsullarla dezinfeksnya olunub zərərsizləşdirilməlidir. Bu məqsədlə çarpayıları hər gün 0,5%-li xloramin məhlulu ilə silib təmizləyirlər, döşəklərn isə hər dəfə yeni

doğulanlar buraxıldıqdan (doğum şö'bəsindən çıxdıqdan) sonra döşəkcələr dezinfeksiya kamerasında dezinfeksiya olunmalıdır. İstifadə olunmuş bütün alətlər, zondlar, əmziklər, kiçik butulkalar, pipetkalar, imalə üçün işlədilən rezin balonlar azı 20 dəqiqə qaynadılmaqla steriliza edilməlidir. Bu zaman əmzikləri şüşə əşyalarla birlikdə deyil, ayrıca qaynadırlar.

Tibb bacısı yeni doğulanlara qulluq edən zaman bütün aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi əməl etməlidir. Tibb bacısı işə gələn kimi duş qəbul edərək təmiz xalat geyməli və başına saçları yaxşı örtən təmiz ləçək bağlamalı, həm də ancaq doğum şö'bəsi üçün təxsis edilmiş ayaqqabıdan istifadə etməlidir. Xalat və ləçək hər növbədə dəyişilməlidir. Tibb bacısının əllərinin təmiz olması xüsusilə çox əhəmiyyətlidir. Tibb bacısı növbəni qəbul etdikdə əllərini azı 3-5 dəqiqə fırça və sabunla yaxşıca yuyub təmizlədikdən sonra dezinfeksiyaedici məhlulla, dezinfeksiya etməlidir, dırnaqlarını qısa kəsməli və əllərinə lak sürtməməlidir. Hər uşağın tualetini keçirdikdən sonra öz əllərini sabunla diqqətlə yumalı və sonra dezinfeksiyaediçi məhlulla təmizləməlidir. Damcı vasitəsilə yoluxan infeksiyanın qarşısını almaq üçün hökmən dördqatlı tənzif maska taxmalı və onu hər 3 saatdan bir dəyişməlidir.

Sanitarlar otaqları təmizləməklə məşğul olurlar, lakin yeni doğulanlara vilavasitə qulluq edilməsində iştirak etmirlər.

VAXTINDA DOĞULMUŞ UŞAĞA QULLUQ EDİLMƏSİ VƏ ONUN BƏSLƏNMƏSİ. Doğum zalında yeni doğulmuş uşağın ilk tualeti üçün steril camaşır və alətlər komplektindən istifadə edilir. Steril camaşır komplektinə həmçinin göbək və gözlərə qulluq üçün lazım olan steril fərdi vasitələr, uşağın baş və döşünün çevrəsini ölçmək üçün santimetr lenti də daxil edilir. Uşağa qulluq üzrə belə fərdi əşyanın təxsis edilməsi yeni doğulanları infeksiyalardan qoruma (profilaktika) tədbirləridir.

Uşaq doğum zalından palataya daxil olduqda tibb bacısı onun bədəninin üzərindəki kəsmikvarı qalığı vazelin və ya bitki yağı hopdurulmuş steril pambıqla silir. İrinli səpgilər əmələ gəlməsinin qarşısını almaq məqsədilə uşağı dezinfeksiyaedici məhlullu gigiyenik vannada çimizdirirlər. Göbək ciyəsi düşdükdən və göbək yarası sağaldıqdan sonra isə uşağı hər gün çimizdirirlər. Gigiyenik vannada suyun temperaturu +37°S olmalı və çimizdirmə 3-5 dəqiqə davam etməlidir. Yeni doğulan uşağı çimizdirdikdən sonra ehtiyatla silib qurulayırlar. Uşağı çimizdirdikdən sonra dərisinin büküşlərinə bitki və ya vazelin yağı çəkirlər.

Hər gün yedizdirməmişdən əvvəl, saat 6-da *yenidoğulan uşağın tualeti* ilə məşğul olurlar. Bu zaman əvvəlcə uşağın üzünü ilıq axar su ilə yuyur və gözlərini, burun və qulatlarını təmizləyirlər, yeni doğulan uşağın gözlərini təmizləmək üçün 1:5000 nisbətində həll olunmuş

furasilin məhlulundan istifadə edirlər. Hər gözü ayrı pambıq tamponla yuyur və bu zaman tamponu gözün xarici bucağından içəri bucağına doğru hərəkət etdirirlər. Burnu və qulaq seyvanını vazelin və ya bitki yağı hopdurulan ayrı-ayrı pambıq turnaları ilə təmizləyirlər. Bu məqsədlə ağac və ya kibrit çöpü və başqa bərk şeylər işlətmək olmaz.

Yeni doğulan uşağın *dərisi* çox zərif olduğundan asanlıqla zədələnir, həm də qıcığa və infeksiyaya mə'ruz qala bildiyindən diqqətli qulluq tələb edir. Tibb bacısı birinci 2 həftədə uşağın dərisinin bütün büküşlərinr 1%-li yod tinkturunda (yod-spirt məhlulunda) isladılmış pambıqla silir, sonralar isə uşağın dərisinə ancaq vazelin və ya bitki yağı çəkir.

Göbək ciyəsini ilk dəfə doğum zalının mamaçası dərmanlayır və sarıyır. Sonralar isə göbək ciyəsinə həkim qulluq edir. Göbək ciyəsini 70%-li etil spirti məhlulu ilə silir və 5%-li kalium-permanqanat məhlulunda isladılmış tamponla təmizləyirlər. Göbək ciyəsi açıq saxlanılır. Göbək ciyəsi düşdükdən sonra göbək yarasına 2%-li borat turşusu və ya 3%-li hidrogen-peroksid, bundan sonra isə 5%-li kalium-permanqanat məhlulu sürtürlər.

Hər dəfə əmizdirməzdən əvvəl yeni doğulan uşağı biləmək, əmizdirməarası fasilələrdə isə uşaq siyidikdə əsgiləri dəyişmək lazımdır. Əsgiləri gec-gec dəyişdikdə dəri sidiklə qıcıqlanır, dəridə əvvəlcə qızartı, sonra isə xoralar əmələ gəlir. Hər dəfə uşağın qarnı işlədikdən sonra altını ilıq su ilə yumaq lazımdır. Bu zaman yuyulma cinsiyyət üzvündən arxaya tərəf aparılır ki, bu üzvlər çirklənməsin. Uşağın dərisi yeyildikdə isə ona fərdi qulluq və müalicə tə'yin edilir.

Yeni doğulmuş uşağın geyimi yüngül və isti olmalıdır. Doğumdan sonra ilk camaşır komplektinə 4 steril bələk dəsti, köynək və adyal daxildir.

Sonrakı günlərdə yeni doğulan uşaq üçün steril olmayan, lakin hökmən ütü çəkilmiş camaşırdan istifadə edilir. Əsgilər rütubəti yaxşı hopduran yumşaq pambıq parçadan olmalıdır. Bir qundaq əskisini üçbucaq şəklində bükərək, bunun aşağı bucağını uşağın qıçları arasından keçirirlər. İkinci yüngül əski ilə uşağın bədəninin aşağı hissəsini biləyirlər. Bədənin yuxarı hissəsinə və qollara uşaq köynəyi və isti kofta geydirirlər. Uşaq koftasının qollarının ucu tikilir ona görə də o istiliyi yaxşı saxlayır. Geyindirilmiş və bələnmiş uşağı xüsusi konvertdə yerləşdirir və bayka adyalını da bu konvertə qoyurlar. Vaxtında doğulmuş uşaqların ancaq həyatının birinci günü başı örtülür və qolları bədəni ilə birlikdə bələnir. Sonrakı günlərdə isə uşağın başı örtülmür və qolları açıq qalır.

Yeni doğulanları hər gün birinci əmizdirmədən qabaq *çəkirlər*. Tibb bacısı hər uşağın çəkilməsinə başlamamış tərəzini yoxlayıb tənzim edir. Tərəziyə uşağın əsgisini sərdikdən sonra uşağı çılpaq halda çəkirlər. Alınan çəkidən əsginin çəkisi çıxılır, əldə edilən rəqəm uşağın çəkisini

göstərir. Vaxtından qabaq doğulmuş uşaqlar isti əsgilərə bələnmiş halda çəkilməlidir. Alınan ümumi çəkidən bələk əsgilərinin çəkisini çıxırlar.

Xəstələnmiş uşaqların təcrid edilməsi. Uşaqda zökəm, səpgi, irinli səpgilər və ya başqa xəstəliklər baş verdikdə onu xüsusi boksda yerləşdirərək başqalarından ayırırlar. Tibb bacısı boksa daxil olarkən burada olan xüsusi xalatı keyir. Burada bələmə stolu, uşağın altını yumaq üçün su kəməri vardır. Tibb bacısı boksdan çıxdıqda əllərini diqqətlə yuyur. Əgər sağlam və xəstə uşaqlara bir tibb bacısı baxırsa, o əvvəlcə sağlam uşaqlara, sonra isə xəstələrə qulluq edir. Tibb bacıları (xüsusi xalat geyərək) boksdakı uşaqları əmizdirmək üçün analarına o biri uşaqlardan ayrı verirlər. Bu zaman onları tək-tək aparırlar. Xəstə ana da (qrip xəstəliyinə, irinli xəstəliklərə tutulmuş) uşaq üçün çox təhlükəlidir.

Əgər ana qriplə xəstələnmişsə, onun damağında qızartı varsa və o öskürürsə, onun uşağını başqa uşaqlardan təcrid edirlər.

Yeni doğulanların yedizdirilməsi. Vaxtında doğulmuş körpəni sutka ərzində 6-7 dəfə saat 6-da, 9.30-da, saat 13-də, 16.30-da, saat 20-də, 23.30-da ya da saat 6-9-12-15-18-23-də əmizdirirlər. Ana hər dəfə əmizdirməyə başlamamış əllərini isti su və sabunla yuyub, ləçək və maska geyir, süd vəzisi məməsini 1:5000 furasilin məhlulu ilə və ya 0,5%-li naşatır spirti ilə silir.

Tibb bacısı uşağı anaya verməzdən əvvəl uşağın sənədlərini diqqətlə yoxlayır. Uşağı ancaq steril əsgi üzərində gətirib anasına verirlər. Bu əsgi uşağı anasının yataq camaşırından təcrid edir. Birinci 2-3 gün ərzində ana uşağını uzanmış vəziyyətdə əmizdirir. Bu zaman uşağı anasının yanında yerləşdirərək, uşağın başını anasının bükülmüş dirsəyi üstünə qoyurlar, ana isə əmizdirəcək döşü ilə uşağa yanaşır, o biri əli ilə döşü üstdən saxlayır və beləliklə, uşağın burundan nəfəs almasını asanlaşdırır. Tibb bacısı uşağı döşə düz yanaşdırmalı və beləliklə, düzgün əmizdirmə texnikasını anaya öyrətməli, həm də bütün əmmə dövrü ərzində uşağın düzgün əmizdirilməsinə fikir verməlidir. Hər əmizdirmə növbəsində uşaq ancaq bir döşü tutmalıdır. Əmizdirmə müddəti 25-30 dəqiqədən artıq olmamalıdır. Uşağın birdəfədə əmdiyi südün miqdarını müəyyən etmək üçün tərəzidə kontrol çəkmə aparılır. Bundan ötrü əvvəlcə bələnmiş və əmizdirilməyə hazırlanmış uşağı çəkirlər, sonra əmizdirir və yenidən çəkirlər. Uşağın əmizdirildikdən sonra alınan çəkisindən əmizdirilməzdən qabaqkı çəkisini çıxır və uşağın əmdiyi südün miqdarını müəyyən edirlər. Əgər uşaq lazım olan miqdarda süd əmmirsə, ona əlavə olaraq sıxılmış süd verirlər. Əlavə yedizdirilmə üçün donor südündən istifadə oluna bilər. Bunun üçün qadın döş südündən və ya süd mətbəxindən alınan V-düyü, V-kefir süd qatışıqlarından, habelə "Malyutka" qatışığından istifadə edə bilər.

Yeni doğulan uşaq üçün sutka ərzində tələb edilən südün miqdarını

belə tə'yin edirlər: 10 rəqəmini günlərin sayı və əmizdirmə sayına vururlar. Məsələn, 2 günlük uşağa 6 dəfə əmizdirmək üçün sutkada 10X2X6=240 q süd tələb edilir. Uşaqların əlavə əmizdirilməsini ancaq həkim tə'yin edir. Həkim hər əmizdirmədə tələb edilən əlavə qidanın miqdarını tə'yin edir. Əlavə qidalanma tə'yin edilən uşaqların hər əmizdirmə zamanı çəkisi yoxlanılır. Onların bu kontrol çəkilməsində ananın döşündən nə qədər süd əmdiyi hesaba alınır və əlavə qida (süd) porsiyası tə'yin edilir. Əlavə qida xırda deşikli əmzikdən verilir. Bu zaman verilən süd və ya süd qatışığı doldurulmuş butulkaları isti suya salaraq 37-38°S temperatura qədər qızdırırlar. Yeni doğulanlara içirdilmək üçün aptekdə 5%-li qlükoza məhlulu hazırlanır. Bu içkidən hər uşağa sutka ərzində 80-150 ml verilir. Bunu hər dəfə 15-20 ml olaraq 6-8 dəfədə içirdilir. Qeyd edilən qida və içki xüsusi olaraq ayrılan soyuducularda saxlanır.

Sağılmış döş südünün yırılması və saxlanması. Döş südünün sağılması da, bilavasitə əmizdirmədə olduğu kimi, müəyyən saatlarda keçirilir ki, həm ananın rejimi, həm də uşağın yedizdirilməsi rejimi pozulmasın. Döş südü-uşağı əmizdirdikdən sonra onun əmizdirildiyi döşdən sağılır. Ana öz südünü təmiz əlləri ilə xüsusi bankaya sağır. İrinli mastitlə xəstələnmiş qadınların südünü ayrıca toplayırlar, bu süd infeksiyalı olduğu üçün uşaqlara verilə bilməz. Həmçinin mənfi rezuslu qadınların südünü ayrıca toplayırlar, çünki bu südü həmin qadınların uşaqlarına içirtmək olmaz, lakin başqa uşaqlara vermək olar. Yığılmış döş südünü balaca butulkalara doldurur və 5-7 dəqiqə orzində qazanda sterilizə edirlər. Sterilizasiya əməliyyatındai sonra həmin südü soyuq su axını altıda soyudub soyuducuya qoyurlar.

VAXTINDAN QABAQ DOĞULMUŞ UŞAQLARA QULLUQ VƏ YEDİZDİRİLMƏSİ. Vaxtından qabaq doğulmuş uşağın müvəffəqiyyətlə saxlanmasına ancaq tibb bacısı tərəfiidən bütün uşağa baxım elementlərini diqqətlə yerinə yetirilməsi və bu işdə hər uşağa fərdi yanaşılması məticəsində mümkün olur. Vaxtından qabaq doğulan uşaqı mamaça əvvəlcədən isidilmiş əsgilərə bələyir. Bu uşağın ilk tualeti, ölçülməsi və çəkilməsi onun diqqətlə isindirilməsi şəraitində ən qısa müddətdə aparılır. Vaxtından qabaq doğulmuş uşaq ancaq isti bələk əsgilərinə bələnməlidir. Vaxtından qabaq doğulmuş uşaqın həmişə isti şəraitdə olması üçün onu güvəzə və ya isitqaclı çarpayıya qoyurlar. Çarpayıda isitqacları uşaqın qıçlarının hər iki tərəfindən qoyurlar. Qızdırıcıda suyun temperaturu 60-65°S-dən artıq olmamalıdır. Dəridə yanığa yol verməmək üçün qızdırıcını xüsusi pambıq kisəyə qoyurlar.

Vaxtından çox əvvəl doğulan uşağı yaxşı bəsləmək üçün onu bətndaxili mühitə yaxın xüsusi mikroiqlim yaratmaq mümkün olan xüsusi örtülü güvəzlərdə saxlayırlar. Burada yalnız daimi temperatur deyil, həmçinin daimi rütubət və tələb edilən konsentrasiyada oksigenlə

tə'min olunmuş mühit saxlamılır. Belə güvəzdə uşaq paltarsız (çılpaq) saxlanır ki, bu da opun düzgün tənəffüs etməsinə və hərəkətlərinin sərbəstliyinə səbəb olur. Vaxtından qabaq doğulan uşağı güvəzdən çıxarmadan burada qulluq edir və yedizdirirlər. İstifadə olunmazdan qabaq güvəzin havası yaxşıca dəyişdirilməlidir və içərisi 0,5%-li xloraminlə diqqətlə silinib təmizləiməlidir.

Güvəzdə temperatur uşağın həcmi və fərdi xüsusiyyətlərindən asılı olaraq 31-35°S arasında, rütubət isə həyatının birinci günləri üçün uyğun olaraq 90-95% olmalı, sonrakı günlərdə isə tədricən azaldılaraq 65%-ə endirilməlidir. Güvəzdə oksigenin konsentrasiyası (miqdarı) 30-40%-dən artıq olmamalıdır, çünki onun daha artıq miqdarı ağır mürəkkəbləşmə halına-tor qişanın aralanmasına və nəticədə korluğa səbəb ola bilir.

Vaxtından qabaq doğulmuş uşaqların palatasında havanın temperaturu +24+26°S olmalıdır.

Unutmaq olmaz ki, vaxtından qabaq doğulmuş uşağın bədəni nəinki asanlıqla soyuyur, həm də asanlıqla qızır. Uşağın bədəni həddindən artıq qızdıqda temperaturu yüksəlir və "güvəz isitməsi" əmələ gəlir. Buna görə də tibb bacısı həmişə uşağın bədəninin temperaturunu və güvəzdəki temperaturu yoxlamalıdır. Bundan əlavə o hiqrometrin və oksigen dozimetrinin göstərişlərini də vaxtaşırı yoxlamalı və lazım gəldikdə tənzim etməlidir. "Güvəz isitməsi" baş verdikdə güvəzin temperaturunu aşağı salmaq və uşağa çoxlu maye içirtmək lazımdır.

Qapalı güvəzlər olmadıqda vaxtından qabaq doğulmuş uşaq mərkəzi oksigen qurğusundan rezin borucuqlar sistemi və nazik kateter vasitəsilə arasıkəsilmədən və lazımi konsentrasiyada verilən oksigenlə tə'min edilir.

Zond vasitəsilə yedizdirmə texnikası. Zond uşağın ağız və ya burnundan mə'dəsinə daxil edilən nazik rezin və ya polietilen kateterdən ibarətdir. Zondu daxil etməzdən qabaq steriliz edir və sonra bir ucunu şüşə qıfla və ya ilıq döş sudü doldurulmuş şprislə birləşdirirlər. Zond duzgün salındıqda süd maneəsiz mə'dəyə axır. Rezin zond vasitəsilə lazımi miqdarda süd verdikdən sonra zondu çıxarırlar. Nazik polietilen zonndan istifadə edildikdə yedizdirmə qurtardıqdan sonra zondun uçunu yapışqan plastır vasitəsilə üşağın yanağının dərisində təsbit edir və növbəti yedizdirmə üçün bütün gün ərzində burada saxlayırlar. Yedizdirmədən qabaq və sonra uşağın 5-10 dəqiqə oksigenlə tənəffüs etməsi tə'min edilməlidir. Çünki vaxtından qabaq doğulmuş uşaq yedizdirilərkən göyərir. Uşağı zondla yedizdirərkən o əmziyə misbətən daha çox süd içir, ona görə də sutka ərzində yedizdirmənin sayını azaldıb 6-7 dəfəyə endirmək olar.

Vaxtından qabaq doğulmuş uşağa döş verərkən birinçi həfəadə, o adətən, kafi miqdarda süd əmə bilmir. Buna görə də ona əlavə olaraq

anasının döşündən sağılmış süd vermək lazım gəlir. Əgər uşaq anasının döşünü pis əmirsə, ilk vaxtlar onu döşdən əmziyə sağılmış südlə yedizdirirlər. Uşaq südü əmzikdən sərbəst əmir. Uşağın kafi miqdarda süd əmməsinə fikir vermək lazımdır.

Uşağa çoxlu miqdarda izotonik natrium-xlorid məhlulu vo qlükoza məhlulu içirdilməlidir.

KƏLLƏDAXİLİ DOĞUM TRAVMASI OLAN YENİ DOĞULMUŞ UŞAĞA QULLUQ. Kəllədaxili qansızması şəklində olan doğum travması yeni doğulmuş uşaqların ən ağır xəstaliklərindən biridir. Belə uşaqlar üçün xüsusi palata ayrılır va ayrıca tibb bacısı postu tə'yin edilir. Belə uşaqlara qulluq və müaliçə zamanı yerinə yetirilməsi tələb edilən əsas şərt istirahət və sakitliyə riayət olunmasıdır, çünki kənar səslər-gurultulu, ucadan danışma, uşaqların səs-küyləri xəstə uşaqda qıcolma tutmalarının baş verməsinə və tənəffüsün pozulmasına səbəb ola bilər. Buna görə də palatada ucadan danışmaya, taqqıltı və gurultuya yol verilməməli və hərəkətlər səssiz olmalıdur. Bütün qulluq tədbirləri olduqca ehtiyatlı və bacarıqlı keçirilməli və bu zaman uşağın çarpayıdan götürülərək narahat edilməsinə yol verilməməlidir. Çarpayıda uşaq baş tərəfi qaldırılmış vəziyyətdə yatızdırılmalıdır, çünki bu vəziyyətdə o daha yaxşı nəfəs alır və gəyirmə hallarında aspirasiyanın qarşısı alınır. Beyin toxumasının oksigenə böyük ehtiyacı olduğunu nəzərə alaraq, xəstə uşağın oksigenlə bol nəfəs alması tə'min edilməlidir. Həkimin tə'yinatına görə kranioserebral hipotermiya tətbiq edilir. Bu məqsədlə "Xolod-2" cihazından istifadə edilir. Lakin bu soyuducu cihazdan istifadə edərkən uşağı soyumaqdan qorumaq lazımdır, çünki bu ağciyərlərin iltihabı kimi mürəkkəbləşməyə səbəb ola bilər. Həyatının birinci günləri uşağa ancaq anasının döşündən sağılmış südü verirlər. Çox vaxt travmalı uşaqların sorma və udma refleksləri pozulmuş olur. Belə hallarda onları da, vaxtından qabaq doğulmuş uşaqlar kimi, zond vasitəsilə qidalandırırlar. Xəstə uşağın tez-tez gəyirib qusması çox təhlükəlidir. Ona görə də baxmaq lazımdır ki, gəyirilmiş sud geri qayıdıb aspirasiya verməsin. Aspirasiyanın qarşısını almaq üçün ağız boşluğunda tənəffüs yollarının yuxarı hissəsində toplanmış selik və gəyirilmiş kütlə soruļub kənar edilməlidir.

Uşağa ancaq həkimin tə'yinatı üzrə döş verilir. Uşaq əmizdirilərkən tibb bacısı onun davranışlarına və əmməsinə fikir verməlidir. Əmərkən sianoz əmələ gələrsə dərhal uşağı anasının döşündən ayıraraq onun rütubətləndirilmiş oksigenlə nəfəs almasını tə'min etməlidir. Mübadilə pozulduğu və toksikoz inkişaf etdiyi halda xəstə uşağın mayeyə ehtiyacı artır. Bu zaman uşağa tez-tez 10%-li qlükoza məhlulu içirdilir. Lakin bunu az-az vermək lazımdır ki, uşaq içdiyini gəyirməsin. Uşağa sutka ərzində 250-300 ml maye verilir. Uşağın dərisinə və selikli qişalarına xüsusilə çiddi qulluq edilməlidir. Dəridə quruluq və distrofik

dəyişilmələr müşahidə olunduqda dəriyə steril bitki yağı sürtür və A vitamini verirlər. Ağzın və dodaqların selikli qişası həmişə qlükoza məhlulu və izotonik natrium-xlorid məhlulu ilə isladılır. Gözün buynuz qişasının yaşlanmasına fikir verməli və lazım olduqda, ona gündə 1-2 dəfə 1 damcı A vitamini damızdırılmalıdır.

Xəstə uşaqda S və V vitaminlərinə tələbat artıq olur. Bu vitaminlərin preparatları ya ağızdan verilir, ya da parenteral yeridilir. Daxilə tə'yin edilən preparatları uşağa ehtiyatla və başını bir qədər qaldıraraq verirlər ki, o içdiyini gəyirib qaytarmasın.

HEMOLİZ XƏSTƏLİYİNƏ TUTULMUŞ YENİ DOĞULAN UŞAĞA QULLUQ. Qanı mənfi rezuslu anaların yeni doğulmuş uşaqları hemolitik sarılığın baş verməsini erkən və tam vaxtında tə'yin etmək üçün ciddi nəzarət altında olmalıdırlar. Həyatının ilk saatlarında uşağın dərisində sarılıq rənginin peyda olması tə'yin ediləm kimi, tibb bacısı vəziyyəti dərhal həkimə bildirir, həkim isə uşağa dəyişilən qan köçürülməsi məsələsini həll edir. Uşağın həyatının bundan sonrakı günlərində tibb bacısı sarılığın artmasının intensivliyini qeyd edir və eyni zamanda nəcis və sidiyin rəiginə fikir verir. Sarılıq kəskin təzahür etdiyi zaman uşaqda intoksikasiya əlamətləri və əzginlik müşahidə olunur, o pis əmir, əmdiyi südü tez-tez gəyirib kənar edir. Buna görə də uşağı hər 2,5-3 saatdan bir ehtiyatla, yavaş və az-az əmizdirmək lazımdır.

Əmmə refleksinin tamam itirildiyi ağır hallarda uşağı zond vasitəsilə yedizdirirlər. İntoksikasiyanı azaltmaq məqsədilə uşağa aramsız az-az maye içirdilir, ya da mə'dəsinə zond vasitəsilə damızdırılır. Südün tənəffüs yoluna getməməsi və tənəffüsü yaxşılaşdırmaq məqsədilə çarpayıda uşağın baş hissəsini bir qədər qaldırmaq tövsiyə edilir.

Uşağın həyatının birinci günlərində ona başqa qadınların südü verilir. Vəziyyəti normal, anasının südündə əks cisimlər yox olduqda isə onu anası özü əmizdirir. Həkimin tə'yinatına görə müalicə kompleksinə venadaxili qlükoza, nlazma və ya mayelərin damcı halında yeridilməsi daxil edilir.

XII FƏSİL
SAĞLAM VƏ XƏSTƏ UŞAĞA QULLUQ
SAĞLAM UŞAQ

FİZİKİ VƏ SİNİR-PSİXİ İNKİŞAF HAQQINDA ÜMUMİ MƏ'LUMAT. Uşaqların fiziki inkişafını xarakterizə edən göstəricilər uşağın həyatı prosesində xeyli dəyişir. Bundan başqa son illər uşaqların fiziki inkişafında böyük dəyişikliklər əmələ gəlmişdir ki, bunu "akselerasiya" termini ilə ifadə edirlər. Akselerasiya üçün ümumi inkişafın sür'ətlənməsi, çəkinin artması, boyun uzanması və cinsi yetişkənliyin daha tez başlanması xarakterikdir. Belə hesab edirlər ki, akselerasiya qidalanmanın yaxşılaşması, idmanla məşğul olmaq, günəş vannalarından istifadə, çoxlu vitamin qəbulu, bir sözlə, insanın inkişafına müsbət tə'sir edən amillərin nəticəsidir. Buna görə də uşaqların fiziki inkişafını xarakterizə edən aşağıdakı ayrı-ayrı göstəricilərin hesablama qaydaları nisbidir. Hərçənd ki, indi də bunlar öz əhəmiyyətini itirməmişdir.

Boy. Vaxtında doğulmuş uşağın boyu (bədənin uzunluğu) orta hesabla 50 sm-dir. Oğlanlarda bədənin uzunluğu qızlara nisbətən bir az çoxdur. Sonralar boyun uzanması fərdi xüsusiyyət daşıyır və müxtəlif həyat dövrlərində müxtəlif cür olur. Belə hesab edirlər ki, birinci il uşaq hər ay 2 sm uzanır. Bir yaşında uşağın boyu orta hesabla 75 sm-ə qədərdir. Sonralar boyun uzanması xeyli yavaşıyır. Boyun bir daha sür'ətlə uzanması cinsi yetişkənlik dövründə nəzərə çarpır. Boyun normal ölçüsü bu düsturla tə'yin olupur: uşağın boyu (sm-lə) =754+(5X uşağın yaşı).

1 yaşa qədər uşaqların boyunu ölçmək üçün xüsusi boyölçən alət vardır. O uzəri bölgülənmiş, uzunluğu 80 sm və eni 40 sm-ə qədər olan taxtadır. Taxtanın ayağında tərpənməyən planka, ucunda hərəkət edən planka vardır. Uşaqı arxasıüstə başını tərpənməz plankaya söykəyib uzandırırlar. Gözün aşağı bucağı ilə xarici qulaq girəcəyinin yuxarı kənarı bir xətt üzərində olmalıdır. Uşağın ayaqlarını düzləndir və hərəkət edən plankanı ayaqlarım altına çəkirlər.

Böyük yaşlı uşaqların boyu standart boyölçənlə ölçülür. Boyu ölçərkən bu qaydalara əməl etmək lazımdır. Uşaq arxasını şaquli taxtaya tərəf çevirir. Ənsəsini, kürəklərarası nahiyəni, sağrılarını və dabanlarını şaquli taxtaya dirəyir. Qollarını aşağıya sallayır, dabanlar bir yerdə, pəncələr aralı olur. Gözünıxarici kənarı ilə traqusun yuxarı kənarı bir xətt üzərində olmalıdır. Hərəkət edən yuxarıdakı plankanı basmadan başa qoyurlar.

Yeni doğulmuş uşağın bədən çəkisi çox müxtəlif olur. Belə ki, yarımçıq doğulanlarda az, vaxtında doğulanlarda çox olur. Vaxtın-da doğulan oğlan uşağının çəkisi orta hesabla 3,5 kq, qızınkı 3,1 kq olur. Uşaq doqulduqdan sonra birinci 3-4 gün bədənin çəkisi təxmi-nən 150-

300 q azalır, sonralar, uşaq xəstələnməzsə və düzgün əmiz-dirilərsə çəkisini artırmağa başlayır. Birinci ay uşağın çəkisi 600 q-a qədər artır. Sonralar birinci altı ayda aylıq artım 800 q, ikinci altı ayda aylıq artım 400 q olur. Belə hesab edirlər ki, 4-5-ci aylarda bədənin çəkisi iki dəfə, bir yaşında isə 3 dəfə artır. 1 yaşından yuxarı uşaqların bədən çəkisinin artması daha çox cinsi yetişkənlik dövründən əvvəl və cinsi yetişkənlik dövründə nəzərə çarpır. 1 yaşından yuxarı uşağın çəkisi aşağıdakı düsturla tə'yin edilir.

Uşağın bədən çəkisi (kq-la) =95+(2Xuşağın yaşı).

2-3 yaşına qədər uşaqları gözlüyü olan tərəzidə çəkirlər. Uşağı çəkməzdən əvvəl köynəyin, polzunkanın, əsgilərin çəkisi tə'yin edilir, sonra uşağı çəkirlər. Alınan rəqəmdən paltarların çəkisini çıxırlar, 3 yaşından böyük uşaqları ümumi qaydada çəkirlər. Uşağı səhər, yemək-dən əvvəl, defekasiya və sidik ifrazından sonra çəkmək düzgundür.

Uşağın fiziki inkişafına qiymət vermək üçün onun çəkisi ilə boyu arasındakı nisbətə diqqət yetirmək lazımdır. Yeni doğulmuş oğlanlarda hər 1 sm boya 55,5-dən 68 q-a qədər, qızlarda isə müvafiq surətdə 65,5-dən 67 q-a qədər duşür. Böyük yaşlı uşaqlarda çəki ilə boy arasındakı normal nisbəti bilmək üçün bu qaydadan istifadə etmək olar: 125 sm boya 25 kq çəki normal nisbət hesab edilir. Hər çatmayan 5 sm-q 2 kq çıxılır. Hər artıq 5 sm-ə 3-3,5 kq əlavə olunur (axırıncı rəqəm cinsi yetişkənlik dövrünə aiddir).

Başın, döş qəfəsinin və qarnın çevrəsi. Vaxtında doğulmuş uşağın başının çevrəsi 35 sm-dir, Birinci il o 10-12 sm-ə çatır. Sonra başın çevrəsi yavaş artır. Belə ki, 2 yaşından 5 yaşına kimi ancaq 2-3 sm artır və 50 sm olur, sonra 15 yaşında, kəllə sumuklərinin böyüməsi dayandıqda yenə 5-6 sm artır.

Başın çevrəsini ölçərkən santimetr lentini elə qoymaq lazımdır ki, o ənsə qabarının ən qabarıq nöqtəsi ilə qaşüstu qövslərdən keçsin.

Döş qəfəsinin çevrəsini ölçərkən santimetr lenti arxadan kurək sümuyu bucağının altından, öndə isə döş giləsi ətrafı halqalardan keçməlidir. Pubertat dövrdə qızlarda santimetr lenti IV qabırğaarasından keçirilir. Ağciyərlərin emkursiyasını bilmək üçün ölçmə əməliyyatı uşaq dərindən nəfəs alıb tam nəfəs verərkən və sakit tənəffus edərkən aparılır.

Döş qəfəsinin çevrəsi birinci-ikinci aylarda başın çevrəsindən 1-2 sm az olur, 2-3 aylığında bu ölçülər bərabərləşir. Sonrakı illər isə döş qəfəsinin çevrəsi başın çevrəsindən uşağın yaşının 2-yə vurma hasili qədər çox olur.

Uşaqlarda qarnın çevrəsi döş qəfəsinin çevrəsindən bir qədər az olur. Onlarda qarın çevrəsi göbək səviyyəsində ölçülür. Ölçməni yeməkdən əvvəl aparmaq düzgündür. Döş qəfəsinin, başın və qarnın çevrəsinin ölçulməsi uşağın fiziki inkişafı barədə müəyyən təsəvvür verir. Başın həcminin böyüməsi hidrosefaliya zamanı müşahidə olunur.

Normal göstəricilərə görə başın çevrəsinin azalması da xoşagəlməyən haldır. Başın çevrəsinin azalması əmgəyin erkən bağlanması, raxitin əmələ gəlməsi və ya anadangəlmə inkişaf qüsuru ilə əlaqədar ola bilər.

Böyümə prosesində uşağın bədəninin proporsiyalarında böyük dəyişiklik baş verir. Belə ki, yeni doğulmuş uşağın başı ilə bədəni arasındakı nisbət 1: 4, böyüklərdə isə 1: 8-dir. Həyat boyu aşağı ətrafların uzunluğu 5 dəfə, yuxarı ətraflarınkı 4 dəfə, gövdənin uzunluğu isə 3 dəfə artır.

Ürək-damar sistemi. Yeni doğulmuş uşaqlarda ürəyin kütləsi bədən çəkisinin 9,8%-ni təşkil edir. Sonralar ürək kutləsinin bədən çəkisinə nisbəti azalır. Böyüklərdə bu 0,5% təşkil edir. Müxtəlif yaş dövrlərində ürəyin bir dəqiqə vurduğu qanın miqdarı (urəyin dəqiqəlik həcmi) uşağın yaşından asılı olaraq çox artır. Yeni doğulmuş uşaqlarda ürəyin dəqiqəlik həcmi təxminən 350 ml-dirsə, 15 yaşında 3100 ml olur, başqa sözlə, təxminən 10 dəfə artır.

Tibb bacılarının nəbzin sayının yaşdan asılı olaraq dəyişməsini bilmələrinin praktiki əhəmiyyəti vardır. Uşağın nəbzini sayarkən bilmək lazımdır ki, uşaqlar üçün bu, adi əməliyyat deyil və bu vaxt onlar həyəcan keçirirlər. Ona görə də müayinədən əvvəl uşağı sakitləşdirmək, sınaq üçün nəbzi saymaq, uşaqla kənar söhbətlər aparıb fikrini yayındırmaq, sonra isə nəbzi yenidən saymaq lazımdır. Uşaqlarda nəbzin sayı 10-çu cədvəldə göstərilmişdir.

Nəbzin sayına uyğun olaraq arterial təzyiq də dəyişilir. Vaxtında doğulmuş uşaqda maksimal arterial təzyiq civə sutunu ilə təxminən 70-80 mm-dirsə, 15 yaşında 120 mm-ə çatır.

Yeni doğulmuş uşaqlarda minimal arterial təzyiq təxminən 35 mm-dirsə, 1 yaşına qədər uşaqlarda 40, 3-4 yaşlarında-60, 7-8 yaşında—65, 9-12 yaşlarında-79 və 13-15 yaşlarında-73 mm olur.

Cədvəl 10

Uşaqlarda nəbzin sayı

Yaş (il)	Bir dəqiqədə nəbzin sayı	Yaş (il)	Bir dəqiqədə nəbzin sayı	Yaş (il)	Bir dəqiqədə nəbzin sayı
Yeni doğulmuş	140—160	5	98—100	11	78—84
½	130—135	6	90—95	12	78—84
1	120—125	7	85—90	13	75—82
2	110—115	8	80—85	14	72—80
3	105—110	9	80—85	15	82—78
4	100—105	10	78—85	—	70—76

Tənəffüs sistemi. Uşağın burun yolları nisbətən dardır, bu da bə'zən tənəffüsü çətinləşdirir; buna görə də burun yollarını yaxşı təmizləmək

lazım gəlir. Yeni doğulmuş uşaqda haymor boşluğu olur, lakin 2 yaşından başlayaraq böyüməyə başlayır. Uşaqlarda haymorit də məhz bu yaşdan baş verir. Körpə uşaqların qırtlağı da nisbətən dar olur. Bağaltı boşluğun kiçik olması iltihab əlamətləri olduqda böyüklərə və ya böyük yaşlı uşaqlara nisbətən tənəffüsün daha tez çətinləşməsinə meyillik yaradır. Traxeobronxial ağaçın nisbətən dar olması tənəffüs çatışmazlığının tez əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Yeni doğulmuş uşağın ağciyərlərinin kütləsi 50 q olur. Böyüklərin ağciyərlərinin kütləsi bundan 20 dəfə çoxdur.

Oksigenə olan tələbatı ödəmək üçün yeni doğulmuş və erkən yaşlı uşaqların tənəffüsü sıx və tənəffüsün həcmi kiçik olur. Yaş artdıqca tənəffüsün sayı azalır, həcmi isə artır.

Yeni doğulmuş uşaqlarda tənəffüsün sayı bir dəqiqədə 30-la 80 arasında olur. Yaşdan asılı olaraq tənəffüsün sayı 11-ci cədvəldə verilmişdir.

Vaxtında doğulmuş uşağın tənəffüs həcmi sakit yuxu zamanı böyük deyildir və orta hesabla 20 sm^3-ə qədərdir. 1 yaşın axırında 80 sm^3, 5 yaşında təqribən 150 sm^3, 12 yaşında təqribən 250 sm3, 14-16 yaşında isə təqribən 300-400 sm3 olur. Tənəffüsün həcmi artdıqca müvafiq olaraq tənəffüsün dəqiqəlik həcmi də artır ki, bu da yeni doğulmuş uşaqda təqribən 1000 sm3, 15 yaşlı uşaqda isə təqribən 5000 sm^3 olur.

Praktikada tənəffüs sisteminin vəziyyətini müəyyən etmək üçün çox zaman ağciyərlərin həyat tutumu (AHT) göstəricisindən istifadə olunur. Bu da dərindən nəfəs aldıqdan sonra tam nəfəsvermə zamanı çıxan havanın miqdarına deyilir. Bu rəqəm sağlam uşaqlarda çox müxtəlif olur. 30% fərq olması isə patologiya sayılır. Ağciyərlərin həyat tutumunu müəyyən etmək üçün uşaqla müəyyən tamas yaratmaq lazımdır. Ona görə də bu göstərici yalnız 4-5 yaşından yuxarı uşaqlarda tə'yin edilir. 5-6 yaşlı uşaqda AHT təxminən 1000 sm^3, 9-10 yaşında-1600 sm^3, 14-16 yaşında isə 3200 sm^3 olur.

Cədvəl 11

Yaşından asılı olaraq uşaqlarda tənəffüsün tezliyi

Uşağın yaşı	1 dəqiqədə tənəffüsün sayı
2 həftədən 3 aya qədər	40—45
4—6 aylıq	35—40
7—12	30—35
2—3	25—30
5—6	25=ə qədər
10—12 yaş	20—22
14—15 yaş	18—20
Böyüklər	15—16

Həzm sistemi. Vaxtında doğulmuş uşaqda əmmə və udma anadangəlmə şərtsiz refleksdir və uşağın həyatının ilk saatlarından meydana gəlir. Yarımçıq doğulmuş uşaqlarda bu refleks zəif olur. Yeni

doğulmuş uşaqda çox nadir hallarda anadangəlmə dişlər olur ki, bu da inkişaf qusuru sayılır. Anadangəlmə dişlər çox tez tökülməyə başlayır. Bunlar uşağın əmməsinə mane olursa çıxarırlar. Sağlam uşaqlarda süd dişləri—6-8 aylıqda çıxmağa başlayır. Cəmi 20 süd dişi çıxır. Əvvəlcə aşağıda ortada iki ədəd kəsici diş, sonra yuxarıda ortada iki kəsici diş çıxır. 10-12 aylıqda yuxarıda yanlardan iki kəsici diş, 13-14 aylıqda isə aşağıda yanlardan iki kəsici diş çıxır. İki yaşdan sonra süd dişlərinin hamısı çıxır. 6 yaşından sonra süd dişləri tökülməyə başlayır və daimi dişlər çıxır. Əvvəlcə üçüncü daimi üyüdücü dişlər çıxır. Süd dişləri çıxdığı qaydada da tökülür. Dördüncü üyüdücü dişlər pubertat dövrün axırında çıxır. Beşinci üyüdücü dişlər—«ağıl dişləri» gənc yaşlarında çıxır.

6 aylıqdan 24 aylığa qədər uşağın süd dişlərinin sayını aşaqıdakı düsturla hesablamaq olar: uşağın aylarından 4-ü çıxmalı.

Uşaqlarda badamcıqlar böyüklərə nisbətən böyükdür. Birinçi il bunlar sür'ətlə inkişaf edir. 2-3 yaşından sonra bunlar yavaş böyüyür.

Yeni doğulmuş uşağın yemək borusunun uzunluğu təxminən, 10 sm-dir. Həyat prosesində o 30 sm-ə qədər böyüyür. Yeni doğulmuş uşağın mə'dəsinin həcmi 30-35 sm3-dir. Bir yaşında mə'dənin həcmi 200-250 sm^3 olur.

Körpə uşaqlarda kor bağırsağın qübbəsi həmişəki kimi sağ qalça nahiyəsində yox, sağ qabırğaaltında, epiqastral nahiyədə və s. yerlərdə ola bilər. Buna görə də soxulcanabənzər çıxıntı da həmişəki yerində olmaya bilər, odur ki, kəskin appendisit diaqnozunu qoyanda bunun böyük əhəmiyyəti vardır.

Körpə uşaqlarda piylik tam inkişaf etməmişdir, buna görə də onlarda kəskin iltihab halları tez bir zamanda bütün qarın boşluğuna yayılır.

Yeni doğulmuş uşaqlarda qaraciyər bədən çəkisinin 3-5%-ii, böyüklərdə isə ancaq 1,5%-ə qədərini təşkil edir. Yeni doğulmuş uşağın öd kisəsi təxminən 3 sm-dir. 13 yaşında 7,5 sm-ə çatır,

Sümük-əzələ sistemi. Böyük əmgək təpə və alın sümüklərinin birləşdiyi yerdə rombabənzər sahə olub birləşdiriçi toxumadan təşkil olunmuş zardır. Təxminən bir yaş yarımda o bağlanır. Uşaq doğulanda böyük əmgəyin ölçüsü (ölçməni rombun bir tərəfindən o biri tərəfinə doğru aparırlar) 2,5X3 sm-dir. Əmgəyin bağlanması gecikirsə, yaxud böyük əmgək balacalaşmaqdansa böyüməyə doğru gedirsə və sümük kənarları bir qədər yumşaqdırsa, uşaqda müxtəlif xəstəliklər, məsələn, raxit, hidrosefaliya, xondrodistrofiya, mikse-dema və s. olduğunu ehtimal etmək olar. Böyük əmgəyin tez bağ-lanmasını da müsbət hal hesab etmirlər, belə hal hipervitaminozda və mikrosefaliyada müşahidə edilir. Yeni doğulmuş və südəmər uşaqlarda normal şəraitdə tənəffüs və nəbz vaxtı əmgəyin dərisinin titrədiyi aydın nəzərə çarpır. Sağlam uşaq qışqıran zaman əmgəyin kəllə sümüyündən

azca bayıra qabardığını görmək olar. Əmgəyin şişməsi və gərilməsi xoşagəlməz simptomdur, bu da kəllədaxili təzyiqin artdığını (hidrosefaliya, beyin maddəsində, yaxud beyin qişalarında iltihab prosesləri) göstərir. İshal və qusma ilə əlaqədar olaraq orqanizm çoxlu su itirdikdə əmgək batır.

Kiçik əmgək təpə və ənsə sümükləri arasında yerləşir. O yeni doğulmuş uşaqların əksəriyyətində uşaq doğulanda artıq bağlanmış olur. Lakin bə'zən 3-4 aya qədər bağlanmır və bu xəstəlik hesab edilmir. Sonralar da bağlanmırsa, yaxud böyüyərsə, böyük əmgəyin böyüməsi kimi bu da xoşagəlməz əlamət ola bilər.

Uşaqlarda sümük toxumasının səciyyəvi xüsusiyyəti-onda suyun çox və bərk maddələrin az olmasıdır. Uşağın sümükləri kifayət qədər elastikdir. Buna görə də böyüklərə nisbətən uşaqların sümükləri az sınır və onlarda "sümüküstlüyüaltı sınıq" deyilən xüsusi növ sınıq, yaxud "söyüd budağı" tipi sınıq baş verir.

Uşaqlarda sümükdə gedən yeni törəmələr və bunların sorulması prosesləri böyüklərə nisbətən daha sür'ətlə gedir.

Boruşəkilli uzun sümüklər sındıqda baş verən deformasiyalar uşaq böyüdükcə düzəlir. Bu, eninə və uzununa deformasiyaya aiddir. Bucaq əmələ gətirən deformasiyalar düzəlmir. Sümüklərin qanla təchiz olunmasının xüsusiyyətləri vardır. Körpə uşaqlarda sümüklərin metaepifizar zonaların böyük yaşlı uşaqlarda olduğuna nisbətən qanla pis təchiz olunur ki, bu da osteomielitin xüsusi növünün-epifizar osteomielitin əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Epifizar osteomielitdə böyümə zonaları da zədələnə bilər və bunun nəticəsində ətraf qısalır.

Sümükləşmə nüvələrinin əmələ gəlməsi barədəki mə'lumatların praktiki əhəmiyyəti vardır. Belə ki, mil sümüyünün sümükləşmə nüvəsi 1 yaşında, dirsək sümüyünün-8 yaşında meydana gəlir.

Bud sümüyünün distal epifizinin sümükləşmə nüvəsi uşaq doğulanda aşkar edilir. Bud sümüyü başının sümükləşmə nüvəsi 5 aylıq-da əmələ gəlir. Çanaq-bud oynağının formalaşmasındakı inkişaf qüsuru-budun anadangəlmə çıxığının əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Uşaq doğulanda döş qəfəsinin ön-arxa və yan ölçüləri təxminən bərabər olur. Yeni doğulmuş uşaqların qabırğaları uşağı dik saxladıqda demək olar ki, üfqi vəziyyətdə olur. Uşaq böyüdükdə döş qəfəsinin ön-arxa ölçüsü kiçilir, yan ölçüsü isə artır. 12-13 yaşlarında döş qəfəsinin forması böyük adamın döş qəfəsinin formasına oxşayır. Döş qəfəsinin formasının dəyişməsi onun anadangəlmə qüsurlarında müşahidə edilir, məsələn, qıfabənzər deformasiya, yə'ni döş sümüyü içəri batmış olur, yaxud müxtəlif xəstəliklərdə, ağciyərlərin və ürəyin anadangəlmə qüsurlarında döş qəfəsinin forması dəyişir.

Bütün yaşlarda onurğa sütunu düz proyeksiyada düz xətt üzərində olur. Yan proyeksiyada fizioloji əyriliklər aşkar edilir. Südəmər dövrdə qabağa doğru boyun əyriliyi (lordoz) əmələ gəlir. Sonra onurğanın döş

şö'bəsi azacıq dala əyilir (kifoz) və axırda, uşaq yeriməyə başlayanda bel lordozu əmələ gəlir. Onurğanın xəstəliklərində (vərəm, xəsarət nəticələri və s.), habelə raxit zamanı skolioz (onurğa sütununun yan əyriliyi), yaxud kifoz və lordoz əmələ gələ bilər. Bə'zən eyni vaxtda həm düz, həm də yan proyeksiyalarda əyriliklər olur.

Skoliozun əsas e'tibarilə dörd dərəcəsi olur:

birinçi dərəcəli skolioz-ağırlığı götürməklə əyriliyi düzəltmək olar, bu cür əyrilik hələ sabit olmur, lakin rentgenoqramlarda görünür;

ikinci dərəcəli skolioz-ağırlığı götürdükdə tam düzəlmir, başqa sözlə, daimi əyrilik əmələ gəlmişdir, başqa sözlə, qabırğa donqarı meydana gəlir;

üçüncü dərəcəli skolioz-kəskin surətdə özünü göstərən əyrilikdir. O möhkəmlənmişdir və ağırlığı götürdükdə kiçilmir. Onurğa sütunu qarşı tərəfdə, skoliozun əsas yerindən yuxarıda və aşağıda əyilir; qabırğa donqarı açıq-aşkar görünür;

dördüncü dərəcəli skolioz-onurğa sütununun ağır deformasiyası olub döş qəfəsində aydın görünən dəyişikliklər vardır.

Südəmər dövrdə tam sağlam uşaqlarda da aşağı ətraflarda azacıq əyrilik ola bilər. Sonralar bu əyriliklər düzəlir. Aşağı ətrafların nəzərə çarpan deformasiyaları anadangəlmə inkişaf qüsurlarının və xəstəliklərin, məsələn, osteopatiyalar, sifilis, raxnt kimi xəstəliklərin nəticəsi ola bilər.

Uşaqlarda ayaq tacı tədricən əmələ gəlir. Buna görə də bir yaşına qədər uşaqlarda yastıayaqlılıq diaqnozunu qoymaq mümgün deyil, çünki onlarda ayaq tacı yastı olur.

Körpə uşaqlarda əzələlərin tonusu yüksək olur. Adətən, əzələ hipertoniyası 3 aylığa qədər davam edir. Sonralar tonus qaydaya düşür. Əzələlərin tonusunun həddindən artıq olması, yaxud simmetrik ətraflarda onun bir bərabərdə olmaması xoşagəlməz hal sayılır. Əzələ tonusunun azalması da xoşagəlməz haldır, belə hal raxitdə, sinir sisteminin xəstəliklərində (parezlər və iflicər) və əzələ sisteminin anadangəlmə xəstəliklərində müşahidə edilir. Təxminən 14 yaşına qədər sağ və sol əlin gücü eyni olur. Sonralar, uşağın hansı əlini daha çox işlətməsindən asılı olaraq (sağaxay və solaxay) bu və ya başqa əlin gücu o birisindən çox olur.

Sidik-cinsiyyət sistemi. Körpə uşaqlarda böyrəklər böyüklərinkindən aşağıda yerləşir, sonra bunlar tədricən yuxarı qalxır. Yeni doğulmuş uşaqlarda sidik kisəsinin tutumu təxminən 50 ml-dir. Yeni doğulmuş uşaqda tez-tez sidik ifrazı (sutkada 20-24 dəfəyə qədər) normal haldır. Yeni doğulmuş uşaqlarda böyrəklər sidiyi kifayət qədər qatılaşdıra bilmir.

Yeni doğulmuş uşaq sutkada 300-400 ml-ə qədər, 10 yaşında 1,5 l-ə qədər, 14-15 yaşlarında, demək olar ki, 2 l sidik ifraz edir. Sidiyin xüsusi çəkisi də tədricən artır. 2-3 yaşında 1010-1017 və 12-13

yaşlarında böyüklərə uyğun normalara çatır.

Oğlan uşaqları doğulanda xayalar, hələ formalaşmamış olur və bunların inkişafı 11-17 yaşlarına qədər davam edir, bu vaxt yetişmiş spermatozoidlər əmələ gəlir. Qız uşaqları doğulanda yumurtalıqlar formalaşmış olur. Sonralar onlar çox cüzi diferensiasiya edir. 14-15 yaşlı qızlarda normal hamiləlik başlaya bilər.

Belə hesab edirlər ki, vaxtında doğulmuş uşaqda xayalar xayalığa düşməli, qızlarda isə böyük cinsiyyət dodaqları kiçik dodaqları örtməlidir. Lakin bunlar vacib əlamətlər deyildir. Belə ki, vaxtında doğulmuş oğlan uşaqlarında bə'zən xayalar xayalıqda olmur, yaxud xayalardan biri xayalığa hələ duşmür (kriptorxizm). Xayanın tamam olmaması kimi (aplaziya) anadangəlmə inkişaf qüsuru yoxsa, birinci il tədricən xayalığa düşür. Xayanın uzun müddət yerinə düşməməsi qorxuludur, çünki o, atrofiyaya uğraya bilər, yaxud şiş prosesi başlaya bilər. Buna görə də bu cür dəyişiklikləri olan uşaqlar endokrinoloq və cərrahın müşahidəsi altında olurlar və lazım gəldikdə cərrahiyyə əməliyyatı aparıb xayaları yerinə salırlar.

Sinir-psixi inkişaf. Qeyd etmək lazımdır ki, uşaqlarda şərti reflekslər və vərdişlər onların dünyaya gəldikləri ilk gündən yaranmağa başlayır. Uşaqın tərbiyəsinə də həmin vaxtdan başlamaq lazımdır. Birinci il xarakterip əsas xüsusiyyətləri əmələ gəlir və insanın bütün ömrü boyu qalır.

Sinir-psixi inkişafın əsas dövrləri 12-ci çədvəldə verilir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu və ya digər yaş üçün yuxarıda göstərilmiş xarakter xususiyyətlər şərtidir. Məsələn, mə'lumdur ki, ağılca normal olan bə'zi uşaqlar deyilən sözü yaxşı başa düşsələr də özləri çox gec danışmağa başlayırlar və 3 yaşında, demək olar ki, hələ danışmırlar.

Cədvəl 12

Uşaq doğulandan 6 yaşına qədər sinir-psnxi inkişafı

Yaş	Xarakterik xüsusiyyətlər
1	2
Yeni doğulmuş uşaq	Tənəffüs, əmmə, udma, əsnəmə, asqırma reflcksləri və öskürmə refleksi yaxşı inkişaf etmişdir. Qida refleksi tez əmələ gəlir. Açanda ağlayır. Birinci həftənin axırında eşitmə qabiliyyəti yaxşılaşır. Ağrını, istiliyi, soyuğu, əsginin islanmasını hiss edir, iy və dad bilir. Əşyanı əlinə toxundurduqda ondan möhkim yanışır. Gözün hərəkətləri də daxil olmaqla hərəkətləri dağınıqdır. Çox vaxt fizioloji nistaqm və çəpgözlülük nəzərə çarpır. Əzələ topusu azça yüksək olur. Sutkada 20 saata qədər yatır.
1 aylıq	Gözlərin hərətəti qaydaya düşur. Nistaqm itir. Gözlərini parlaq əşyalara dikir və bunları izləmər başlayır. Gülümsəyir. Qışqırığı həyəcanlı olur. Qarnıüstə uzananda başını qaldırıb saxlayır.
2 aylıq	Gülümsəyən adamın cavabında gülümsəyir. Gözlərpin və qulaqlarını şəkləyir, əhvalın dəymşməsinə mimika ilə cavab verir. Qarnıüstə uzandıqda başını yaxşı qaldırıb saxlayır.

3 aylıq	Hərəkət edən əşyaları izləyir və bunları götürməyə çalışır, səsin haradam gəldiyini tə'yin edir. Müxtəlif çür quğuldayır. Anasını və yaxın adamları tanıyır. Narazılığını qışqırıb bildirir. Musiqi səsləri müsbət emosiyalar dorurur. Başını sərbəst saxlayır. Qarnıüstündən arxasıüstə və əksinə çevrilir.
4 aylıq	Ucadaq gülür. Ağlayır. Əllərini əşyalara inamla aparıb bunları möhkəm tutub saxlayır. Tanımadığı adamı görəndə üzünü yana çevirir. Əzələlirni fizioloji hipertoniyası yox olur. Başqasının köməyi ilə oturur. Əllərindən tutanda azca ayağa qalxır.
6 aylıq	Birinci dəfə "ba", "ma" demək istəyir. Müəyyən əşyalarla əlaqə yaratmağa başlayır. Güzgüyə baxmaqdan həzz alır. Anasının onu çimizdirməyə hazırlaşdığını görəndə sevinir. Böyrüüstə, qarnıüstə və qarnıüstündən arxasıüstə çevrilir. Özü oturur. İməkləmək istəyir. Yerə düşən süd şüşəsindən tutur.
8 aylıq	Ətrafdakı adamların diqqətini özünə cəlb edir. Nəğmə oxuyub oynayan adamı görəndə musiqini eşidən kimi özü də həmin rəqs hərəkətlərini təkrar edir. Stuldan, çarpayıdan tutub ayağa durur. Oyuncağı diqqətlə nəzərdən keçirir və onu bir əlindən o biri əlinə qoyur.
10 aylıq	Bir çox əşyaların və heyvanların adını bilir. İtə "av", inəyə "mu" deyir. Əllərini oynadır, dalaşır. Özü oturur və ayağa qalxır. Stuldan tutub gəzir. İməkləyir. Butulkanı əlində tutub südü və ya çayı içir.
12 aylıq	Təxminən 10 söz bilir. Səsləri tanıyır. "Olmaz" sözünün mə'nasını bilir. Çağıranda cavab verir. Nəğmənin ahənginə uyğun olaraq əl çalır. Yaşadığı mühiti yaxşı tanıyır. Əşyaları bir-birinin üstünə yığır. Oyuncaqları nəzərdən keçirir. Ayaqüstə durur, dizləriüstə imək1əyir. Əlindən tutduqda yeriyir və ilk dəfə özü addım atır.
1,5 aylıq	Sadə çümlələr deyir və pilləkənləri imək1əyir. Tanış cümlələrə cavab verir. Özü yeriyir. Gündüz arabir ləyənə oturur. Şəkilli kitablar xoşuna gəlir. Özünün daha çox istədiyi kitabları snçir. Qutunu açа bilir.
2 yaş	1 yaşın axırında ikinci siqnal sisteminin işi inkişaf edir: sözlər daha ümumi xarakter daşıyır. Sözlə deyilən sadə tapşırıqları yerinə yetirir, fe'l və sifət işlədir. Emosional aləmi nisbətən zənginləşir: mənlik, qısqanma, hiddət, tərslik əmələ gəlir. Tə'rifi, yaxud tənbehi başa düşür. Rəngləri tanıyır. Təmizkarlığı öyrənir. Mebelin üstünə çıxır və yerə hoppanır. Sadə cümlələrlə öz fikrini ifadə edir. Nağıla qulaq asır.
3 yaş	1000-dən çox söz bilir. Mürəkkəb cümlələr işlədir. Şe'r əzbərləyir və yadda saxlayır. Təxəyyülü inkişaf edir. Əsas hərəkətləri edə bilir. Üçtəkərli velosiped sürür. Şəkil; çəkir.
5-6 yaş	Sərbəst danışır, şəkildə gördüklərini təsvir edir. Saymağı öyrənir və məktəb yaşına çatanda isə oxumağı öyrənir. Qayçı işlətməyi bacarır, qayçı ilə şəkilləri kəsir. Hər şeylə maraqlanır, çoxlu sual verir. Uşaqlarla oynamağı xoşlayır. Bilir ki, nəyi eləmək olar, nəyi olmaz.

SAĞLAM UŞAĞA QULLUQ. Uşaqların qidası. Yeni doğulmuş uşaqlar üçün ən təbii qida ana südüdür. Lakin ilk 3-4-cü gün anadan əsl süd yox, ağuz südü gəlir, bunun tərkibində yetişmiş südə nisbətən zülal çox, şəkər və yağ az olur. 4-5-ci gündən başlayaraq ananın döşündə keçid südü əmələ gəlməyə başlayır, yetişmiş süd isə yalnız 2-3-cü həftədən sonra əmələ gəlir. Yetişmiş südün tərkibində 0,9-1 8% zülal, 7,3-7,5% şəkər, 3,3-3,4% yağ və 0,18-0,2% mineral maddələr olur. Yetişmiş südün 1 l-də 700 kalori vardır.

Ananın qidalanmasına çox diqqət yetirilməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, ananın içdiyi cürbəcür dərmanlar, spirtli içki və hətta yediyi soğanın, sarımsağın iyi və s. də südə keçir. Papiros çəkən ananın südündə çoxlu miqdarda nikotin tapılır ki, bu da uşağın inkişafına mənfi tə'sir edir. Ananın qidası həm miqdarca kifayət qədər olmalı, həm də keyfiyyəti yaxşı olmalıdır. Həm doymamaq, həm də həddindən çox yemək südə və ananın sağlamlığına mənfi tə'sir edir. Uşaq əmizdirən ana bir qədər çox maye içməlidir. Lakin mayenin həddindən çox içilməsi südü artırmayıb, əksinə, azaldır. Kifayət qədər tərəvəz və meyvə yemək südün tərkibinə müsbət tə'sir edir.

Tibbi əks-göstərişlər yoxsa, yeni doğulmuş uşağı doğulduqdan 10-12 saatdan sonra ilk dəfə əmizdirirlər (bax: *Yeni doğulmuş uşağa qulluq, əmizdirmə).*

Qidanı zülalla zənginləşdirmək üçün 2-3 həftəlikdən sonra uşağa gündə 1 dəfə 1-2 qaşıq kəsmik vermək olar. İki aylıqdan başlayaraq, alma əzib vermək olar. 4 aylıqdan başlayaraq yumurtanın sarısı faydalıdır. Əslində həm kəsmik, həm alma, həm də yumurtanın sarısı əlavə qidalandırmanın elementləridir, əsl əlavə qidalandırmaya isə 5 aylıqdan başlayırlar.

1 aylıqdan başlayaraq, əlavə vitamin yeritmək uçün uşağa; meyvə və tərəvəz pürəsi və balıq yağı verirlər. Meyvə şirəsini çox ehtiyatla verirlər, belə ki, dozanı hər dəfə 1—2 damcı artırırlar, çünki uşaqlar arasında çox yayılmış eksudativ diatez kimi allergik reaksiya baş verə bilər. Uşağı əvvəlcə hər hansı bir meyvə şirəsinə öyrədir, sonra isə başqa şirə verirlər və s. Valideynlər və tibb bacısı şirələri tə'yin edəndə çox diqqətli olmalıdırlar. Eksudativ diatez əlaməti baş veribsə, yaxud, güclənibsə bu reaksiyanın hansı şirədən sonra əmələ gəldiyini aydınlaşdırmaq və həmin şirəni uşağın qidasından çıxarmaq lazımdır. Həmin şirəni hər gün 1-2 damcıdan çox artırmamaq şərtilə bir daha verib baxmaq olar. Təkrar şirə verdikdə eksudativ diatez əlamətləri güclənərsə həmin şirəni bundan sonra heç vermirlər. Aşağıdakı meyvə şirələrini daha tez-tsz verirlər, alma şirəsi (tərkibində dəmir çoxdur); yerkökü şirəsi (tərkibində karotin çoxdur), portaxal, limon, qreypfut (bunların tərkibində S və R vitaminləri çoxdur) və s. şirələr müəyyən edilmişdir ki, tərkibində askorbinaza fermenti olan kələm, yerkökü və alma şirələrini başqa şirələrlə qarışdırmaq olmaz, çünki

həmin ferment S vitaminini parçalayır. Müxtəlif sitrus şirələrini xüsusilə ehtiyatla verməyə başlamaq lazımdır, çünki başqa şirələrə nisbətən bunlar daha çox allergiya törədir. Müxtəlif şirələrin tərkibində müxtəlif miqdarda bu və ya başqa vitaminlərin olduğunu nəzərə alıb həftə ərzində gah bu, gah da başqa şirə vermək lazımdır. Altı aylıq uşaq gündə təxminən 30-50 ml, altı aylıqdan sonra isə 60-80 ml şirə qəbul etməlidir.

Raxitin profilaktikası üçün bir aylığından başlayaraq, uşaqlara balıq yağı tə'yin edirlər. Balıq yağını birinçi günlər gündə 2-3 dəfə və hər dəfə 4-5 damcı verir və iki həftə ərzində 1 çay qaşığına çatdırırlar, 3 aylıqdan başlayaraq hər dəfədə 2 çay qaşığı tə'yin edirlər. Balıq yağını döş əmizdirdikdən sonra verirlər.

Əlavə yeməyi ehtiyatla verirlər, belə ki, dozanı bir çay qaşığından başlayıb, yavaş-yavaş artırır və çeşidini genişləndirirlər. Adətən, əlavə yeməyi döş əmizdirmədən qabaq verirlər. Bir qayda olaraq, əlavə yeməyi 5%-li mannı sıyığından başlayırlar; onu yarıbayarı südlə qarışdırılmış tərəvəz həlimində bişirirlər. Həftə ərzində əmizdirmənin birini 5%-li mannı sıyığı ilə əvəz edirlər. Təxminən iki həftəliyində uşağa 8-10%-li mannı sıyığı verməyə başlayırlar; bu dəfə onu üzlü süddə bişirirlər. Sonra uşağa qarabaşaq, yulaf yarmasından bişirilmiş sıyıq, düyü sıyığı verir və bunları növbələyirlər. 6 aylıq uşağa ət bulyonunda bişirilmiş təxminən 50 ml sup və bir parça ağ çörək suxarisi verirlər. 7 aylıqda nahar vaxtı döş əmizdirmənin birini əlavə yeməklə əvəz edirlər. Bu yemək sup, tərəvəz püresi və əzilmiş təzə alma ola bilər. 8 aylıq uşağa ət qiyməsi (təxminən 30 q) verirlər. Əmizdirmənin daha birini əlavə yeməklə əvəz edirlər. Əlavə yemək kimi sürtülmüş kəsmiyi süd və ya kefirlə qarışdırıb verirlər. 9 aylıqdan başlayıb, uşağa gündə 3 dəfə əlavə yemək verir və 2 dəfə döş əmizdirilir (səhər və axşam). 10 aylıqdan başlayaraq əti xırda küftələr şəklində vermək olar, 1 yaşında uşağa isə buxarda bişirilmiş kotlet vermək olar.

Uşağı təxminən bir yaşında döşdən ayırırlar, səhər və axşam döş vermək əvəzinə peçenye, yaxud suxari ilə süd verirlər. Yayda həmçinin uşağın xəstələndiyi dövrdə onu döşdən ayırmaq tövsiyə edilmir. Südün kəsilməsi üçün döşü bərk sıxıb bağlayırlar. 2-4 gündə döşün südü kəsilir.

Müxtəlif səbəblər üzündən ananın südü olmadıqda, yaxud anada müxtəlif xəstəliklər olub, uşağa döş verməyə əks-göstəriş varsa *onu sün'i yedizdirmək lazım gəlir.* Bu cür xəstəliklərə vərəmin fəal forması, yaman şişlər kəskin psixi xəstəliklər, ağır dərəçəli qan xəstəlikləri, böyrəklərin, miokardın xəstəlikləri və s. aiddir. Ana bə'zi xəstəliklərə tutulmuş olduqda (qrip, ağır angina və s.) uşağa bir neçə gün döş vermir. Ana döş verməli olduğu saatlarda südünü tamam sağmalıdır ki, kəsilməsin. Mastit vaxtı uşağa xəstə döşü əmizdirmək tövsiyə olunmur, hər iki döşdə mastit olarsa, sün'i qidalandırmaya keçirlər.

Sün'i qidalandırmanın ən yaxşı forması başqa bir ananın südüdür

(sağılmış süd). Hazırda uşaqları sün'i qidalandırmaq üçün çox yayılmış qida poroşokları "Malyutka", "Malış", "Xumana", "Semilak" və s.-dir. 4 aylığa qədər uşaqlara verilən V-kefir, V-düyü, V-qarabaşaq və V-yulaf da əhəmiyyətini itirməmişdir. Bundan sonra üzlü süddən hazırlanmış kefirə keçmək olar. Ananın südü çatışmadıqda yuxarıdakı qarışıqları əlavə qida kimi də vermək olar.

Sün'i qidalandırılan uşaqlara vitaminləri döş həmin uşaqlara nisbətən tez və böyük dozalarda vermək lazımdır. Meyvə şirələri və balıq yağını 2-3 həftəlikdən tə'yin edirlər. Sün'i qidalandırmada yedizdirmələrin sayını bir qədər azaldırlar, çünki mə'dədə uzun müddət qalır. Sün'i qarışığı steril halda və 35-40°S-yə qədər qızdırıb verirlər. Əmziyin deşiyinin çox iri olmamasına fikir verirlər. Uşağı yedizdirdikdə şüşəni elə tutmaq lazımdır ki, mə'dəyə çoxlu hava getməməsi üçün şüşənin boğazı həmişə dolu olsun. Sün'i qidalandırmada əlavə qidanı təxminən 1 ay tez verməyə başlayırlar.

Bir yaşından böyük uşaqları gündə 4 dəfə yedizdirməyə başlayırlar. Uşağın ancaq müəyyən saatlarda yedizdirilməsinə fikir vermək lazımdır. Bir yaşından yuxarı uşaq bədən çəkisini hər 1 kq-na aşağıdakı miqdarda kalori almalıdır: 3 yaşında-100, 6 yaşında-90, 9 yaşında-80, 12 yaşında- 70 və 15 yaşında 60 kalori.

Uşağın qidasında zülalların, yağların və karbohidratların nisbəti 1:1:4 olmalıdır. Kalorilərə olan sutkalıq tələbatın 50%-i karbohidratlar hesabına ödənilir. Zülallar, yarlar və karbohidratlardan başqa uşağın qida payına mineral maddələr də salınır. Natrium və kalium kəsirinin doldurulmasının böyük əhəmiyyəti vardır.

Normadan artıq süd içmək meteorizm və qəbizlik törədir və bu vaxt da iştaha azalır. 1 yaşından 1,5 yaşına qədər uşaqlar üçün südün optimal miqdarı 600-700 ml, bundan böyük uşaqlar üçün 500-400 ml-dir. Qida payına ət və balıq daxil edilməli, yağlı ət az verilməlidir. Yumurta verdikdə allergik reaksiyalar baş verib-verməməsinə fikir verilməlidir. 3 yaşına qədər uşağa hər gün $^1/_3$ yumurta, 6 yaşında-$^1/_2$ yumurta, bundan böyük uşağa isə hər gün 1 yumurta vermək olar.

Uşaqların qida payında mütləq kartof, giləmeyvə, tərəvəz olmalıdır. Kiçik yaşlı uşaqlara çörəyi gündə 100-150 q-dan çox verməməli. Qara çörəyi iki yaşından verirlər. Muxtəlif suplar vermək faydalıdır.

Bədənin möhkəmlədilməsi. Uşağın orqanizminin xəstəliklərə müqavimətinin artırılmasında bədənin möhkəmləndirilməsinin son dərəcə mühüm əhəmiyyəti vardır. Bədəni möhkəmlədən proseduralara başladıqda ümumi qayda odur ki, həmin anda uşaq tamam sağlam olmalıdır. Bədəni möhkəmlədən prosedurları daim və uzun müddət etmək lazımdır, onda bunlar daha yaxşı tə'sir göstərir. Bədəni möhkəmlədən proseduralara çağa vaxtından başlamaq və bütün ömür boyu etmək lazımdır. Bədəni möhkəmlədən prosedurları kəsdikdən 2 həftə sonra nəzərə çarpacaq dərəcədə deadaptasiya baş verir, belə ki,

bədəni möhkəmlədən dövrdə uşağın qazandığı bütün müsbət şeylər 2 aydan sonra itə bilər.

Bədənin hava ilə möhkəmləndirilməsi. Açıq havada gəzmək, açıq havada yatmaq, hava vannaları-bədəni möhkəmlətmək üçün sadə üsullardır.

Açıq havada gəzmək-yeni doğulan uşaqların bədənini möhkəmlətmək üçün vacib şərtdir. Uşaq ilin isti fəslində doğulubsa doğum evindən evə yazıldıqdan 2-3 gün sonra bayırda külək yoxsa, uşağı havaya çıxarmaq olar. Yayda hava yaxşı olarsa, uşağı bütün gün havada saxlamaq olar. Uşaq qışda doğulubsa, adətən onu 3-4 həftəlikdən havaya çıxarırlar: bunun üçün əvvəlcə "nəfəsliyi açıq qoyub otaqda gəzirlər". Arzu olunur ki, temperatur 7°S-dən aşağı olmasın. Gəzintinin müddəti əvvəlcə 15 dəqiqəyə qədərdir. Tədricən onu 1 $^1/_2$ saata çatdırmaq və qışda hər gün uşağı 2 dəfə havaya çıxarmaq olar.

Açıq havada yuxu. Kiçik yaşlı uşaqları qışda havaya çıxardıqda pambıq sırınmış və ya astarı xəzdən olan kisələrə qoyurlar. Aşarı temperatura alışdırılmış 1 yaşa qədər uşaqları-10-12°S temperaturda, məktəbəqədər uşaqları isə-18°S-yə qədər temperaturda havada yatırtmaq olar. Yuxudan duran uşağın əhvalı, iştahası yaxşı, yanaqları qırmızı, əlləri və ayaqları isti olmalıdır. Yayda uşağı havaya münasib geyindirmək lazımdır.

Uşağın hava vannalarına doğum evindən evə yazıldış gündən öyrəşdirməyə başlayırlar. Bələmələr arasında uşağın çılpaq qaldığı vaxtı tədricən artırmaq olar. Otağın temperaturu 20-22°S olmalıdır. Hava vannalarına 2 aylıqdan başlayırlar. Uşağı əvvəlcə 2-3 dəqiqə çılpaq qoyurlar. Proseduranın müddətini hər 3 gündən bir 1-2 dəqiqə artırır və altı aylıq uşaqları 10-15 dəqiqə, altı aylıqdan sonra 30 dəqiqə havada gəzdirirlər. Hava vannalarını gündə 2 dəfə keçirmək olar. Havada olma müddətini artırmaqla bərabər uşaqların olduğu otağın temperaturunu da 6 aylıqdan başlayaraq 17°S-yə, 2 yaşından yuxarı uşaqların otağında 15°S-yə endirmək olar.

İşıq-hava vannaları yayılmışdır (açıq havada, kölgədə). Adətən, işıq-hava vannalarını 2 aylıqdan başlayırlar. İşıq-hava vannalarına küləksiz havada gölgədə havanın temperaturu 1 yaşa qədər uşaqlar üçün 22-23°S və bir yaşdan yuxarı uşaqlar üçün 18-20°S olduqda başlayırlar. Havanın nisbi nəmişliyi 55-65% olduqda hava vannaları, xüsusila yaxşı tə'sir edir. İşıq-hava vannalarını acqarına, yaxud yemək yeyən kimi qəbul etmək tövsiyə edilmir. Belə hesab edirlər ki, cənub rayonlarında bu vannaları qəbul etmək üçün ən yaxşı vaxt səhər saat 8-dən 11-ə qədər, orta qurşaqda səhər saat 9-dan 13-ə qədər, şimalda isə səhər saat 11-dən saat 13-ə qədərdir.

Bədənin günəşdə möhkəmləndirilməsi ümumi və ya yerli günəş vannaları qəbul etməkdən ibarətdir. Günəş altında çox qalmaq olmaz. Buna əməl edilməzsə, yanıq baş verə bilər, bağırsaqların işi pozular,

qusma baş verər, iştaha və yuxu pozula bilər. Günəş vannalarına kölgədə temperatur azı 16°S olduqda başlayırlar. Cənub en dairələrində günəş vannaları üçün ən yaxşı vaxt səhər saat 8-dən 11-ə qadar, orta en dairələrində səhər saat 10-dan 12-yə qədər, şimalda isə səhər saat 11-dən 13-ə qədərdir. Günəş vannalarını açqarına qəbul etmək olmaz. Həm də yeməkdən sonra təxminən 1 saat keçməlidir, bundan sonra vanna qəbul etməli. 1 $^{1}/_{2}$ yaşına qədər uşaqlara günəş vannaları tövsiyə edilir. Onlara işıq-hava vannaları vermək lazımdır.

Günəş vannalarından qabaq uşaq bir həftə işıq-hava vannaları qəbul etməlidir.Günəş vannasından sonra su proseduraları faydalıdır. Uşağın ayaqlarını günəşə tərəf uzadır və başını örtürlər ki, qızmasın. Günəş vannası qəbul edən vaxt uşağı arxası üstündən böyrü üstə, sonra qarnı üstə, o biri böyrü üstə çevirirlər. 2 yaşından 4 yaşına qədər uşaqlar üçün günəş vannasının ən böyük müddəti 20 dəqiqə, böyük uşaqlar üçün isə 40 dəqiqədir. 2-4 yaşlı uşaqlarla bədənin ön və arxa tərəflərini ümumi şüalandırma müddəti 2 dəqiqədən başlayır. Sonra hər dəfə hava vannasının müddəti 2 dəqiqə artırılır və beləliklə, 20-ci gün 20 dəqiqəyə çatır. 5-7 yaşlı uşaqlar əvvəlcə günəş vannasını 4 dəqiqə qəbul edirlər, sonra günəşırı vannanın müddəti 4 dəqiqə uzadılır. 20-ci gün 40 dəqiqə olur. Bu sxem SSRİ-nin orta qurşağı üçündür. Uşaq günəş vannalarını yaxşı keçirdikdə bunları 2 ay davam etdirmək olar. Günəş vannasının vaxtını daha dəqiq tə'yin etmək üçün aktinometr adlanan cihaz vardır. O bədənin səthinin 1 sm^2-nə düşən kiçik kaloriləri göstorir. Adətən 2-5 kaloridən başlayıb dozanı tədriçən artıraraq 25-35 kaloriyə çatdırırlar.

Günəş vannalarının tə'yin edilməsinə əks-göstərişlər vardır. Məsələn, ağciyər vərəmi və bronxiadenit, vərəm intoksikasiyası, çox arıqlama, böyrəklərin və ürəyin kəskin və xroniki xəstəlikləri, qanazlığı, qanaxmaya meyillilik, yüksək dərəcədə sinir oyanıqlığı və epilepsiya.

Bədənini su ilə möhkəmləndirilməsinin başqa metodlarla birlikdə, məsələn, işıq-hava vannaları, günəş vannaları ilə birlikdə, habelə ayrıca aparırlar. Bədəni su ilə möhkəmlətməyə yayda, yaxud payızın əvvəlində, körpə uşaqlar üçün 20-22°S otaq temperaturunda başlayırlar. Yayda isti havada bədəni möhkəmlədən proseduraları açıq havada (ən yaxşısı səhər) keçirmək olar.

Uşağın bədənini yaş dəsmalla silməyə 2 aylıqdan başlayırlar. Bədəni tiftikli dəsmalla, yaxud həmin materialdan tikilmiş təkbarmaq əlcəklə silirlər. Birdən-birə bütün bədəni yox, əvvəlcə qolları, qıçları, arxanı silməkdən başlamaq lazımdır. Kiçik yaşlı uşaqların bədənini silmək üçün suyun temperaturu qışda azı 36-35°S yayda isə təxminən 1-2°S aşağı olmalıdır. Sonra hər 4-5 gündən bir suyun temperaturunu 1°S aşağı salır və 30-28°S-yə endirirlər.

2-4 yaşlı uşaqlar üçün suyun temperaturunu tadricən 26-24°S -yə, 5-7 yaşlı uşaqlar üçün isə 23-22°S-yə endirirlər. Bədəni yaş dəsmalla

sildikdən sonra azca qızarana qədər dəsmalla surtüb qurulayırlar. 1½ aydan sonra bir yaşdan yuxarı uşaqların bədənini yaş dəsmalla silməkdən bədənə su tökməyə keçmək olar, doğrudur, uşaq doğulandan sonra ilk həftələrdən bədənə az-az su tökməyə başlayırlar (gigiyenik vannalar).

6 aylığa qədər uşaqlara *gigiyenik vannaları* hər gün keçirirlər. Bundan sonra bu vannaları günaşırı keçirmək olar. Gigiyenik vannaların neçə vaxtdan bir aparılması iqlim şəraitindən və bayırın temperaturundan asılıdır. Yayda 6 aylıq uşaqlara da gigiyenik vannaları günaşırı yox, hər gün keçirirlər. Bir yaşından sonra ümumi gigiyenik vannaları həftədə orta hesabla 2 dəfə keçirirlər. Gigiyenik vannadan sonra uşağın bədəninə gigiyenik vanna üçün işlədilən suyun temperaturundan 1-2°S aşağı temperaturlu su tökürlər. Sonra suyun temperaturunu tədricən 26-25°S-yə endirirlər.

Bir yaşlı uşaqların *bədəninə su tökməyi* müstəqil prosedura kimi aparırlar. Bədənə tökülən suyun temperaturu yaş dəsmalla sildikdə olduğundan 2 dəfə çox olur. Tədricən suyun temperaturunu salırlar, lakin o, 19-20°S-dən aşağı olmur.

2 yaşından başlayaraq, uşaqların bədənini möhkəmlətmək üçün onları duşun altında yuyundurmağa icazə verilir. Suyun temperaturu bədənə tökülən suyun temperaturu kimi olur və uşağın yaşı nəzərə alınır. Duşun müddəti təxminən 1½ dəqiqədir. Duşdan sonra uşağın bədənini azca qızarana qədər dəsmalla sürtüb qurulayırlar.

Bədəni möhkəmlətmək metodlarından biri ayaqlara su tökməkdir. Ayaqlara yüksək temperaturlu su tökməkdən başlayır, sonra suyun temperaturunu hər hafta 1°S salır və 3 yaşına qədər uşaqlara 24-22°S-yə, məktəbəqədər yaşlı uşaqlara 15-18°S-yə və məktəbyaşlı uşaqlara 12°S-yə endirirlər. Proseduranın müddəti 25-30 saniyədir.

Belə hesab edirlər ki, bədəni möhkəmlətməyin tə'sirli metodlarından biri ayaqları *kontrast temperaturlu vannaya salmaqdır,* yə'ni ayaqları əvvəlcə 37,5°-38,5° temperaturlu su tökülmüş ləyənə və bundan 3-4°S aşağı olan ikinci ləyənə salırlar. Hər ləyəndə ayaqlar 5-10 saniyə qalır. Hər sonrakı həftə ikinci ləyəndəki suyun temperaturunu 1-2°S aşağı salır və 17-18°S-yə endirirlər. Ayaqları ləyənlərdə getdikçə çox—15-20 saniyəyə qədər saxlayırlar.

Nəhayət, bədəni su ilə möhkəmlətməyin axırıncı forması *çimməkdir.* 3 yaşından başlayaraq, uşaqlara açıq su hövzələrində çimməyə icazə vermək olar. Birinci dəfə çiməndə havanın temperaturu 24-25°S, suyun temperaturu azı 22-23°S (məktəbəqədər yaşlı uşaqlar üçün), məktəbyaşlı uşaqlar üçün 20-22°S-dən aşağı olmamalıdır. Birinci dəfə çiməndə uşaq suda təxminən 3-5 dəqiqə qalır, sonra vaxtı tədricən artırıb 10-15 dəqiqəyə çatdırırlar. Çimmək üçün ən yaxşı vaxt səhər saat 10-dan 12-yə qədərdir. Uşağı suya bədən isti ikən, işıq-hava vannasından sonra salmalı, lakin o tərli olmamalıdır.

Hazırda bədəni möhkəmlətmək üçün açıq və üstüörtülü hovuzlarda çimmək geniş yayılmışdır.

Ağız boşluğuna qulluq. Qida aqız boşluğunda nəinki çeynənir, həm də kimyəvi dəyişikliyə uğrayır. Aqız boşluğunu yaxşı saxlamaq sağlamlığa müsbət tə'sir edir. Uşaqlıqda qazanılan vərdişlər bütün ömür boyu qalır. Yeni doğulmuş uşaqlarda ağız boşluğuna qulluğun xüsusiyyətləri kitabın müvafiq bölməsində şərh edilmişdir. Tibb bacısı valideynlərlə daim söhbət aparıb uşağın aqız boşluğuna yaxşı qulluq etməyin vacibliyini onlara izah etməlidir.

Uşağın süd dişləri çıxan kimi (2-3 yaş), valideynlər bunların vəziyyətinə fikir verməli və ildə azı 2 dəfə onu diş həkiminə göstərməlidir. Uşağa balacalığından aqız boşluğuna qulluq etmək qaydalarını öyrətməli, sonralar bunlar ona həmişə lazım olacaqdır. Məsələn, uşağa ağzını yaxalamağı və qida qalıqlarını tamizləməyi öyrətmək lazımdır. Sonra uşağa diş fırçasından istifadə istəməyi əyridirlər. Uşaq böyük adamın dişini yuduğunu görüb onu təqlid edə bilər. Hər uşağın özünün diş fırçası olmalıdır. Əvvəlçə uşaq dişlərini yuduqda diş tozu işlətmir. Sonra dişlərini bütün qaydalara əməl edib yuyur.

Dişləri səhər yeməyindən sonra və axşam yatmazdan əvvəl yumaq lazımdır. Dişlərin yaxşı vəziyyətdə olması mə'də-bağırsaq yolunun düzgün işləməsinə kömək edir. Kariyes dişlərdə infeksiya yuva salır ki, bu da çənəaltı limfadeniti sağalmağa qoymur və kəskin iltihab xəstəliklərinə səbəb ola bilər.

Qamətin və görmə qabiliyyətinin pozulmasının qarşısını almaq. Qamət duz olduqda onurğa sütunu əyilmir. Uşaq başını və gövdəsini dik saxlayırsa və qarnı çıxmırsa-bu, düz qamətdir. Qamətin pozulmasına mebelin düzgün seçilməməsi, uşağın iş yerinə işığın pis düşməsi, uşağın bədən tərbiyəsi ilə, o cümlədən səhər idmanı ilə lazımi qədər məşğul olmaması, yatan zaman bədənin qeyri-düzgün vəziyyəti səbəb olur.

Uşağın stolu və stulu onun yaşına uyğun olmalıdır. Bunlar nə çox böyük, nə də kiçik olmalıdır. Uşaq stolun arxasında düz oturmalıdır. Ayaqlarını dizdən düzbucaq altında qatlamalı və bütün pəncəsini döşəməyə qoymalıdır. Stulu azca stoldan aralı qoyurlar.

Həm qamətin, həm də görmə qabiliyyətinin pozulmasının qarşısını almağa böyük əhəmiyyət verilir. Uşaq dərslərini hazırladıqda stolu pəncərəyə yaxın qoymaq və işığın soldan düşməsinə çalışmaq lazımdır. Gündüz uşaq dərslərini hazırladığı vaxt pəncərənin pərdəsini kənara çəkmək lazımdır. Uşaq axşam məşğul olduqda isə stolüstü lampanı uşağın sol tərəfində qoyurlar. Lampanın gücü 60 Vt-dir. Lampanın işığı düz uşağın gözünə düşməməlidir, buna görə də lampanın abajuru olmalıdır. Uşağı uzanıb kitab oxumağa qoymaq olmaz. Onun kitab oxuduğu yer də işıqlı olmalıdır. Uzun müddət televizora baxmaq,

xüsusən televizor aydın göstərmədikdə, gözə zərər yetirə bilər.

Bədən tərbiyəsi və idman. Bədən tərbiyəsi və idmanla müntəzəm məşğul olmaq uşaqların sağlamlığını möhkəmlətmək üçün çox güclü vasitədir. Bədən tərbiyəsi və idmanla ciddi həkim nəzarəti altında məşğul olurlar, çünki uşağın gücü çatmayan idman hərəkətləri böyüməkdə olan uşaq orqanizminə zərər yetirə bilər.

Uşaq yaşlarında tibb nəzarəti nöqteyi-nəzərindən əsas 2 qrup ayırd edilir: balacalar qrupu (7 yaşından 11 yaşına qədər) və orta yaşlı uşaqlar qrupu (12 yaşından 15 yaşına qədər). Böyük yaş qrupuna (16-18 yaş) ümumtəhsil və orta ixtisas məktəblərinin yuxarı sinif şagirdləri aid edilir. Hər yaş qrupunun özünəxas anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri vardır və bunlara müvafiq bədən tərbiyəsi hərəkətləri aparılır.

SSRİ Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş qaydaya görə, bütün məktəblilər 3 qrupa bölünür: əsas qrup, hazırlıq qrupu və xüsusi qrup. *Əsas qrupa* sağlam və fiziki inkişafı normal olan uşaq-ları aid edirlər. Onlar yaxşı funksional vəziyyətdə olurlar. Bu uşaq-lar məktəbdə bədən tərbiyəsi ilə tam həcmdə məşğul ola bilərlər. İd-man məşğələlərinə gəldikdə isə bə'zi əks-göstərişlər ola bilər. Məsə-lən, yaxındangörmədə (bu cür xəstəliyi olan uşaqları əsas qrupa aid etmək olar) boksla məşqul olmaq, qramplindən xizəklə tullanmaq, ağır atletika və motosiklet idmanı ilə məşğul olmaq tövsiyə edilmir. Kifoza meyillilik olduqda, arxa dəyirmi və dəyirmi-batıq olduqda bu pozğunluğu artıran idman növləri ilə, məsələn, velosiped sürmək, avar çəkmək, boks oynamaq olmaz. Quların təbil pərdəsinim deşilməsi hər cür su idmanı ilə məşğul olmaqa əks-göstərişdir.

Bədəncə yaxşı o inkişaf etməmiş və sağlamlığı azca pozulmuş uşaqları *hazırlıq qrupuna* aid edirlər. Qrupun adı onun qarşısında duran əsas vəzifəni ifadə edir: uşaqları əsas qrupdakı məşğələlərə hazırlamaq. Onlar fərdi plan üzrə məşğul olurlar.

Xüsusi qrupa fiziki inkişafında böyük qüsurlar olan, yaxud xəstə uşaqlar aid edilir. Bu qüsurlar daimi, yaxud müvəqqəti ola bilər. Bu qrupun bir hissəsi xüsusi proqram üzrə bədən tərbiyəsi ilə məşğul olur, o biri hissəsini isə müalicə bədən tərbiyəsi dərslərinə göndərirlər.

Xəstəlikdən sonra müəyyən müddət tam həcmdə bədən tərbiyəsi ilə məşqul olmamağı tövsiyə edirlər. Ən çox yayılmış xəstəliklərdən sonra uşağı bədən tərbiyəsindən azadetmə müddəti uşağın məktəbə qayıtması anından başlayıb orta hesabla aşağıdakı kimidir: angina-da-2-4 həftə, kəskin respirator xəstəliklərində-2-3 həftə, pnevmoni-yada-2 aya qədər, otitdə-3-4 həftə, qripdə-2-4 həftə, kəskin infeksi-on xəstəliklərdə (qızılca, skarlatina, difteriya və s.) 1-2 ay, kəskin nefritdə-2-3 ay, revmokarditdə-2-3 ay, appendisitdə-2-3 ay, boru şə-killi sümüklərin sınıqlarında--3 ay, beyin sarsıntısında-3-12 ay, bağ-ların və əzələlərin gərilməsində-1-2 həftə. Qeyd etmək lazımdır ki, mək-təb proqramı üzrə bədən tərbiyəsi ilə məşğul olmağı qadağan etmək o demək deyildir ki,

belə uşaqlar müaliçə bədən tərbiyəsi, hər gün səhər idmanı ilə və bədəni möhkəmlətməklə məşğul olmamalıdırlar.

ƏHM kompleksinin verilməsinə çox fikir verilir. Qeyd etmək lazımdır ki, ƏHM kompleksinin beş dərəcəsindən üçü məktəbdə verilməlidir.

İdman məşğələləri üçün yaş normaları təsdiq edilmişdir. Gimnastika, üzgüçülük, tennis və fiqurlu konki sürmə üzrə ilk məşğələlərə 7 yaşında: akrobatika, dağda xizək sürmək, suya tullanma ilə-8 yaşından: batut, xizək sürmə və biatlon yarışlarına, tramplindən xizəklə tullanmaya, yelkənli qayıq sürməyə 9 yaşından: basketbol, voleybol, badminton, güləş, su polosu, avar çəkmə, konki sürmə, əl topu oyunu, futbol, xokkey, qılınc oynatma ilə-10 yaşından, yüngül atletika, at idmanı, atıcılıqla-11 yaşından başlamaq olar. İdmanın qalan növləri ilə 12-14 yaşından məşğul olmaq olar.

Uşaqlar uçün ***masaj və gimnastikanı*** 1-1$^1/_2$ aylıqdan başlayırlar. 3 aylığa qədər sadə hərəkətlər edilir: uşağın arxasını və qarnını masaj edir və qarnıüstə uzadırlar. Sonra yeni elementlər əlavə edib əvvəlkiləri möhkəmlədirlər. 3 aylıqdan 4 aylığa qədər uşaqların qollarını işlədir və arxası üstdən qarnıüstə çevirirlər: 4 aylıqdan 5 ayına qədər qıçlarını qatlayıb açırlar, arxası üstə uzadıb "havada süzdürməli", iməkləməyi öyrətmək üçün hərəkətlər 6 aylıqdan 8 aylıqa qədər qolları yanlara aparıb barmaqlarından tutub yerə çömələməli: addımlar atdırmalı, qıçlarını düzəldib qaldırmalı: 8 aylıqdan 10 aylığa qədər qolların dairəvi hərəkətləri, halqalardan tutub yerə çömələmə, 10 aylıqdan 12 aylığa qədər qarnıüstə uzanmış vəziyyətdən qalxıb dik durmaq, gövdəni əyib düzəltmək, oturmuş halda və ayaqüstə qolları qatlayıb açmaq.

Masaj və gimnastikanı uşağı əmizdirdikdən təxminən bir saat sonra aparırlar. Otağın temperaturu 20-22°S-dən aşağı olmamalıdır. Masaj və gimnastika aparanda əllər təmiz və isti olmalıdır.

TİBB BACISININ İŞİNİN TƏŞKİLİ—***pediatriya sahəsi tibb bacısının işinin təşkili.***

Sahə tibb bacısının işi əsas 3 yerə bölünür: profilaktika, müalicə və sanitariya-maarifi işi.

Tibb bacısının işlədiyi sahədə yaşayan uşaqların sağlamlığı *profilaktika işinin* səviyyəsindən asılıdır. Uşağın sağlam olması üçun ananın sağlamlığıla çalışmaq lazımdır. Buna görə də tibb bacısı hamilə qadınlarla da iş aparmalıdır.

Tibb bacısı yeni doğulmuş uşağın ilk patropajını doğum evində evə yazılandan bir-iki gün sonra həyata keçirir. Uşağın təmiz saxlanıb-saxlanmadığına, otağın təmizliyinə, avadanlığın düzgun qoyulmasına və uşağın çarpayısını qoymaq üçün yerinin düzgün seçilməsinə fikir verir. Tibb bacısı ananın uşağı necə bələdiyinə, əmizdirdiyinə, gözlərini və dəri büküşlərini necə təmizlədiyinə, bunun üçün lazım olan şeylərin

olub-olmamasına fikir verir. Tibb bacısı uşağı birinci dəfə çimdirəndə iştirak edir, çunki gənc ana ilk günlər çətinlik çəkir. Valideyinlərin ev şəraitində uşağı düzgün çəkib-çəkmədiklərinə fikir verir.

Uşağın göbəyinə xüsusi fikir verir.

Sonralar birinci ay patronajı həftədə bir dəfə aparırlar (tez-tsz getməyə ehtiyac yoxsa), 1 aylıqdan və bundan sonra 1 yaşına qədər hər ay uşağı poliklinikada müayinə edilər-onu çəkir, kontrol yedizdirir, ümumi müayinədən keçirirlər.

Tibb bacısı profilaktika məqsədilə uşağın evinə gedir; birinci 6 ayda-ayda 2 dəfə, birinci ilin ikinci yarısında-ayda 1 dəfə, 1 yaşından 2 yaşına qədər uşaqlara-ildə 4 dəfə, 2 yaşından 3 yaşına qədər uşaqlara-ildə 2 dəfə (hər 6 aydan bir), 4 yaşından 7 yaşına qədər-ildə 1 dəfə. Tibb bacısının sahədə görəçəyi işlər üçün xüsusi dəftəri olmalıdır, burada hər uşaqla aparılacaq bütün profilaktika işi göstərilmiş olur. Tibb bacısının işinə raxitin profilaktikasına aid həkimin tə'yinatlarının yerinə yetirilməsinə, profilaktika peyvəndlərinin keçirilməsinə nəzarət etmək daxildir.

O bir yaşında uşaqların hamısını müayinə üçün ortopedə, uşaq cərrahına, nevropatoloqa, oftalmoloqa göndərir, qanın və sidiyin analiz olunmasına nəzarət edir.

Tibb bacısının *müaliçə işinə* xəstə uşağı evdə müalicə edəndə sahə pediatrının tə'yinatlarını bilavasitə yerinə yetirməkdən başqa dispanser qrupundakı uşaqları 30 №-li uçot forması əsasında kartotekaya müvafiq olaraq həkimin qəbuluna çağırmaq da aiddir. Tibb bacısı həkimlə birlikdə hər gün poliklinikada qəbulda iştirak edir və həkimin tə'yinatlarını yerinə yetirir. O uşağın inkişaf tarixinə (112 №-li uçot forması), statistika talonuna (25 b №-li uçot forması) yaxşı bələd olmalıdır. Tibb bacısında doğulan gündən 15 yaşına qədər sahədəki uşaqların siyahısı olmalıdır.

Tibb bacısı böyük *sanitariya-maarifi* işi alarır. O həkimlə birlikdə ildə 4 dəfə əhali ilə görüşlər keçirir, öz sahəsində xəstə uşağa qulluq edən dərnəklər, gəzinti qrupları təşkil edir, təmizliyi yoxlamaq üçün reydlər keçirir, mənzil-istismar kontoru nəzdində uşaqlar üçün sağlamlıq otaqları təşkil edir və s. Tibb bacısı həyətbəhəyət gəzib ildə 2 dəfə sahədəki uşaqları siyahıya almalıdır. Siyahıya həmin evdə yaşayan və ev dəftərinə yazılan uşaqları, ev dəftərində olub lakin burada yaşamayan, yaxud həmin evdə yaşayan, lakin ev dəftərində olmayan uşaqları alırlar. Tibb bacısı özünün davranışı və zahiri görkəmi ilə valideynlərə nümunə olmalıdır, bələdə onun hörməti olar və valideynlər onun tövsiyələrini daha dürüst yerinə yetirərlər. O həm özünə, həm də ətrafdakılara qarşı tələbkar olmalıdır.

Uşaq şö'bəsi tibb bacısının işinin təşkili. Adi palata tibb bacısının işi ilə müqayisə etdikdə uşaq şö'bəsi tibb bacısının işinin bir sıra xüsusiyyətləri vardır (bax). Adətən, uşaq şö'bələrinə ağır patologiyalı

və müxtəlif xəstəliklərə tutulmuş uşaqları qoyurlar. Valideynlər getdikdən sonra tibb bacısı belə uşaqlar üçün valideynləri əvəz etməli, uşaqlara qarşı diqqətli və mehriban olmalıdır. Tibb bacısı bütün manipulyasiyaları ehtiyatla və mümgün qədər ağrısız yerinə yetirir. Nisbətən böyük uşaqlara proseduranın vacib olmasını izah edirlər. Bir çox tibb bacıları, daha təcrübəli uşaqlardan şö'bəyə təzə daxil olan uşaqları psixoloji cəhətdən hazırlamaq üçün istifadə edirlər. Uşaq uşağa daha çox inanır, xüsusilə "nəsihətçinin" özünün həmin proseduranı keçirdiyini gördükdə ona daha çox inanır. Tibb bacısı dərmanların verilməsini valideynlərə və böyük uşaqlara e'tibar etməməlidir. O dərmanların hamısını xəstə uşağın "ağzına öz əli ilə" qoymalıdır.

Tibb bacısı uşaqlar və analar arasında sanitariya-maarifi işi aparır. Palatalarda təmizliyə cavabdeh uşaqlar ayrılır (böyük uşaqlar şö'bəsində). Tibb bacısı uşaqların öz çarpayılarını necə yığışdırmalarına, əl-üzünü yumalarına, dişlərini təmizləmələrinə, çimmələrinə göz qoyur. O analara xəstə uşağa qulluq qaydalarını, şö'bədə özünü necə aparmalı olduqlarını və s. öyrənir. Şö'bədə analar üçün məktəb varsa tibb bacısı xüsusi proqram üzrə onlarla dərs keçir.

Uşaq xəstəxanadan evə yazıldıqda tibb bacısı onu valideynin yanına gətirir. O uşağın xəstəxanada olması barədə valideynlərə arayış verməli, valideynlər həmin arayışla tanış olarkən sakit durub gözləməli, onların suallarına çavab verməlidir. Xəstəxanadan evə yazılan uşağın xariçi görkəmi səliqəli olmalıdır.

Şö'bə və ümumiyyətlə xəstəxana barədə valideynlərin fikri bundan çox asılıdır.

XƏSTƏ UŞAQ

MÜAYİNƏ METODLARI. ***Temperaturun ölçulməsi.*** Yeni doğulmuş və südəmər uşaqların bədəni tez soyuyur və tez də qızır. Uşaqların temperaturunu qoltuqda, qasıq büküşlərində və duz bağırsaqda ölçmək olar. Sağlam uşağın duz bağırsağında temperatur qoltuqda və qasıq nahiyəsində olduğundan təxminən bir dərəcə yüksək olur. Xüsusi göstərişlər yoxsa, temperaturu sutkada 2 dəfə ölçurlər. Ağır xəstələrin və operasiyadan sonra temperaturu hər saatdan bir ölçürlər, hipertermiyaya meyl olduqda isə (temperaturun kəskin surətdə qalxması) saatda bir neçə dəfə ölçürlər. Temperatur ölçülən nahiyənin yanında isitqac və ya buz olmamalıdır. Bədənin normal temperaturu, xüsusilə sağlam körpə uşaqlarda, böyüklərə nisbətən 0,3-0,4°S yüksək ola bilər.

Analiz üçün sidik götürmək. Klinik analiz üçün səhər 100 ml-ə qədər sidik götürmək lazımdır. Sidik götürməmişdən qabaq qızları ılıq su ilə mütləq yuyurlar. Körpə uşaqlardan, xüsusilə qızlardan sidik götürmək

bir qədər çətindir. Oğlanlarda sidiyi toplamaq üçün ya cinsiyyət üzvünü sınaq şüşəsinə salır və sınaq şuşəsini bədənə bağlayır, ya da çinsiyyət üzvünə prezervativ keçirib yığırlar. Sutka ərzində çıxan sidiyi toplamaq lazımdırsa, prezervativin ucunu deşib rezin boru taxırlar; borunun o biri ucu sidik yığılan qaba salınır. Çağa qızlarda bə'zən sidiyi aşağıdakı qaydada yığırlar: cinsiyyət dodaqları nahiyəsinə pambıq qoyur və uşaq pambığa siyidikdən sonra pambığı xüsusi bankaya sıxırlar. Pambığı sıxmaq üçün əlləri təmiz yumaq lazımdır. Nisbətən böyük qız uşaqlarını ləyənə tutmaq olar. Çox nadir hallarda sidiyi kateterlə götürürlər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, böyük qızlardan aybaşıya 3 gün qalmış sidik götürmək olmaz. Çox vacib olduqda aybaşı vaxtı sidiyi kateterlə götürürlər.

Analiz üçün nəcis götürmək. Tibb bacısı hər gün uşaqların nəcisi-nə diqqət yetirməli və qeyd etməlidir. Həzm yolu ilə əlaqədar olma-yan müxtəlif xəstəliklərdə (məsələn, kəskin pnevmoniya, otit və s.) nəcis dəyişə bilər. Qurd yumurtasına və lyamoliyaya görə nəcisi analiz etmək üçün götürülən andan 30 dəqiqə müddətində laborat-oriyaya çatdırırlar. Analiz üçün ləyəndəki nəcisin müxtəlif yerlərin-dən götürürlər. Bakterioloji analizlər üçün nəcis götürülən qab steril olmalıdır. Enterobiozdan şübhələndikdə anus ətrafı büküşlərdən şüşə çubuqla selik götürür və onu əşya şüşəsinə tökülmüş natrium-xloridin və ya qliserinin izotonik məhlul damcısına salırlar.

Mə'də şirəsinin analizi və duodenal zondsalma (bax)-uşaqlarda böyük çətinlik törədir. Uşağı müayinəyə çox diqqətlə hazırlayırlar, bə'zən hətta sedativ maddələr də işlədirlər. Hazırda mə'dənin sekretor funksiyasını əsas e'tibarilə Leporskinin fraksion metodu ilə tə'yin edirlər, yə'ni mə'də şirəsini hər 15 dəqiqədən bir yığırlar. Uşaqlar üçün işlədilən zondlar böyüklərə nisbətən ensiz olur, zondu ağızdan, bə'zən körpə uşaqlara burundan da salırlar, bu vaxt nazik kateterdən istifadə edilir. Müayinə ağızdan aparılarsa, yeni doğulmuş uşağın mə'dəsinə zondu dişlərdən başlayıb 20 sm, 6 aylıq uşağa-25 sm, 1 yaşında uşaqlara-30 sm, 2 yaşında-35 sm, böyük uşaqlara-45 sm yeridirlər. Bu məsafə müayinəyə qədər ölçülür və zondun üzərində müvafiq nişan qoyulur. Sınaq səhər yeməyi kimi uşaqlara kələm suyu və uşağın yaşından asılı olaraq 7-10%-li kələm həlimindən 50 ml-dən 150 ml-ə qədər verirlər.

Son zamanlar mə'də şirəsini yoxlamaq üçün çox da dəqiq olmayan, lakin uşaqlar üçün ağrısız olan zondsuz metod yayılmışdır. Bu metod ağızdan aşağımolekullu maddələrlə birləşmiş ion mübadiləli qatranlar verməkdən və sonra sidikdə bunların miqdarını tə'yin etməkdən ibarətdir.

Duodenal zondlamada zondun başını yeni doğulmuş uşağa təxminən 25 sm, 6 aylıq uşaqlara-30 sm, 1 yaşında uşaqlara-35 sm, 2-6 yaşında-40-50 sm, 6-14 yaşında 5-55 sm yeridirlər. Zondun başı

onikibarmaq bağırsağa keçmirsə, zondu təxminən 10 sm çəkib dartır və sonra təzədən onu salmağa çalışırlar. Müayinə üçün uşaq sağ böyrü üstə uzadılır. Sağ bağırsaqaltına isitqac qoyurlar. Zondun yaxşı keçməsi üçün əvvəlcə 1-2 ml ilıq su buraxırlar. Zond bu dəfə də keçmirsə dərialtına atropin vururlar, o mə'dənin pilorik şö'bəsini genişləndirir və zondun onikibarmaq baqırsağa daha yaxşı keçməsinə kömək edir. Ödün A porsiyasını aldıqdan sonra onikibarmaq bağırsağa bədən çəkisinin hər 1 kq-na 0,5 ml hesabilə 30%-li maqnezium-sulfat yeridirlər. 20-25 dəqiqədən sonra öd kisəsindən tünd öd və ya ödün V porsiyası gəlir. Bundan sonra qaraciyər axarlarından nisbətən açıq rəngli öd (S porsiyası) alırlar.

Bronxoskopiya-traxeya-bronx ağacının bronxoskop adlanan optik cihazla müayinəsi. Uşaqlara bronxoskopiyanı narkoz altında aparırlar. Səhər uşağa yemək vermirlər. Müayinəyə qədər sidik kisəsini boşaldır və düz bağırsağı təmizləyirlər. Müayinədən sonra uşağı palataya qoyurlar. Onu çarpayıda uzandırır və ciddi müşahidə altına alırlar. Oksigen inhalyasiyası faydalıdır. Çarpayının yanına kateterlər qoymaq lazımdır ki, ehtiyac olduqda qusuntu kütlələrini çəkib çıxarmaq mümgün olsun. Həmçinin çarpayının yanında ağciyərlərin sün'i ventilyasiyası üçün aparat qoyulmalıdır. Uşaq narkozdan ayıldıqdan sonra ona ancaq 3 saatdan sonra yemək və su vermək olar.

Bronxoqrafiya-traxeya-bronx ağacına kontrast maddə yeridib rentgendə müayinə etmək. Müayinədən qabaq xəstənin sidik kisəsi və düz bağırsağı boşaldılmalıdır. Hazırda bronxoqrafiyanı, əsas e'tibarilə, narkoz altında rentgen kabinetində aparırlar.

Broixoqrafiyadan sonra uşağı palataya gətirir və ayaq tərəfi hündürdə olan çarpayıya qoyurlar.

Oksigen inhalyasiyası faydalıdır. Çarpayının yanında kateter və sün'i tənəffüs aparatı olmalıdır. Narkozdan ayılandan yalnız 3 saatdan sonra uşaq yeyə və içə bilər.

Angiokardiopulmonoqrafiya ağciyərlərin damarlarını və ürəyin boşluqlarını kontrast maddə yeridib müayinə etmək. Uşaqlarda ürək və ağciyər xəstəliklərində geniş yayılmışdır. Periferik venalardan birinə xüsusi kateterlə kontrast maddə yeridirlər, o ürək boşluqlarına və ağciyər damarlarına dolur. Adətən, uşaqları narkoz altında müayinə edirlər. Yalnız böyük uşaqları yerli keyitmə ilə müayinə etmək olar. Müayinəyə bir gün qalmış xəstəyə sınaq qoyurlar: venaya məhz müayinə aparılacaq kontrast maddədən 1 ml vururlar. Kontrast maddə vurduqdan sonra bir sutka uşağın vəziyyətinə fikir vermək lazımdır, çünki uşaqda temperaturun qalxmasının, səpgilərin olmasının, qusub-qusmamasının, ürəyinin bulanmasının, həyəcanlı, yaxud süst olmasının və s.-nin əhəmiyyəti vardır. Tibb bacısı uşaqda gördüyü bu halları dərhal həkimə xəbər verməlidir.

Angiokardiopulmonoqrafiyanı acqarına aparırlar. Müayinədən

qabaq sidik kisəsini və düz bağırsağı boşaltmaq lazımdır. Müayinə narkoz altında aparılıbsa, uşaq narkozdan ayılandan yalnız 3 saat sonra yemək vermək olar. Tibb bacısı angiokardiopulmono-qrafiyadan sonra uşağın vəziyyətinə xüsusi diqqət yetirməlidir.

Nəbzin sayılması-tibb bacısının işlətdiyi ən çox yayılmış metoddur. Uşaqların da nəbzini böyüklərdə olduğü kimi mil arteriyasında, mil-bilək oynağından azça yuxarıda yoxlayırlar. Lakin körpə uşaqlarda bu, çətinlik törədə bilər. Onda nəbzi gicgah arteriyasında, qaşüstü qövsün bayır tərəfindən azca yuxarıda sayırlar. Həmçinin uşaqların nəbzini yuxu arteriyasında və budun yuxarı tərəfində pupart büküşünün altında da saymaq olar.

Uşaqlarda ***arterial təzyiqin ölçülməsinin*** öz xüsusiyyətləri vardır, belə ki, manjetləri düzgün seçmək lazımdır. Böyüklər üçün olan manjetlərdən istifadə etdikdə, xüsusilə körpə uşaqlarda alınan nəticələr düzgün olmur.

Sənaye uşaqlar üçün xüsusi manjetlər dəsti buraxır. Belə manjetlər olmadıqda bunları tibb bacısı özü düzəldə bilər. Manjet bazunun uzunluğunun 3-4-ü qədər olarsa nəticələr düzgün olar.

MÜALİCƏ PROSEDURLARI. ***Mə'dənin yuyulması.*** Zondu uşağın yaşından və mə'dənin hansı məqsədlə yuyulmasından asılı olaraq seçirlər. Mə'də bir dəfə yuyulacaqsa nisbətən enli zond götürmək olar, lakin zond mə'dədə çox qalacaqsa (bir neçə saat və ya sutka) nazik zond götürürlər. Yeni doğulmuş uşağın mə'dəsini yumaq üçün təxminən 20 sm uzunluğunda, 6 aylıq uşaq üçün-25 sm, 1 yaşında uşaq üçün 30 sm, 2 yaşında uşaq üçün-35 sm, böyük uşaqlar üçün təxminən 45 sm uzunluğunda zond götürürlər (dişlərdən hesablanır).

Uşaqlara edilən inyeksiya və venaya məhlul yeridilməsi texnikası böyüklərdən seçilmir (bax: *xəstələrə ümumi qulluq: inyeksiyalar, məhlul yeridilməsi).*

Uşaqlarda dərmanların aqızdan verilməsi ən çox yayılmış müalicə üsuludur. Adətən, böyük uşaqlarda bu, çətinlkk törətmir. Lakin bir qaydaya əməl edilməlidir: uşaq tabletləri və poroşokları tibb bacısının, evdə isə valideynlərinin gözünün qabağında içməlidir.

Körpə uşaqlara tabletləri və poroşokları kəmşirin suda əridir, mürəbbə ilə, yaxud uşağın xoşladığı hər hansı bir başqa yeməli şeylə verirlər. Bə'zən dərmanı uşağa güclə vermək lazım gəlir. Uşağın ağzını açması üçün 2 üsul var: 1) iki barmaqla uşağın yanağını ehtiyatla sıxırlar, onda ağzını açır: 2) burnunu sıxırlar və o ağzını açır. Həll olunmuş dərmanı dərhal uşağın ağzına tökür və üstündən şirin çay verirlər. İki-üç aylıq uşaqlara acı olmayan duru dərmanları əmzikdən vermək olar.

Dərmanları bir-birilə qarışdırmamağa çalışırlar. Dərmanları, (o cümlədən bə'zi antibiotikləri) şam və məhlul şəklində düz bağırsaqdan yeritmək geniş yayılmışdır. Dərmanı yeritdikdən sonra bir müddət

sağrıları sıxırlar. Düzbağırsağa dərman yeritmək üçün əvvəlcə düzbağırsağı təmizləmək lazımdır və dərman ilıq olmalıdır, belə edilərsə o daha yaxşı sorulacaqdır.

Uşaqlara təxminən $1^1/_2$-2 yaşından başlayaraq, banka qoyurlar. Uşaqlar üçün ayrıca xırda "uşaq bankaları" vardır. Banka qoymamışdan əvvəl uşağı sakitləşdirir, ona izah edirlər ki, banka onu incitməyəcəkdir. Uşaqlar oddan və ağrıdan qorxurlar. Arxaya banka qoyanda yadda saxlamaq lazımdır ki, bunları onurğa sütununa və kürəklərə qoymağa lüzum yoxdur. Daha böyük sahəyə banka qoymaq üçün xəstəni qarnı üstə uzandırıb əllərini qabağa uzadırlar, belə etdikdə kürəklər yuxarıya qalxır və sərbəst döş qəfəsinin həcmi böyüyür. Uşaqlara banka qoymamışdan əvvəl və bankaları çıxarandan sonra dəriyə vazelin sürtmək lazımdır. Bunu edəndə əllər isti və təmiz olmalı və vazelin dəriyə yaxşı-yaxşı sürtülməlidir. Körpə uşaqlarda dərialtı piy toxuması yumşaq olduğu üçün bankaları ancaq 5-10 dəqiqə saxlayırlar. Başqa cəhətdən bu prosedura böyüklərdə olduğu kimidir.

Xardal kağızı qoymaq və xardal bələməsi. Böyük uşaqlara da xardal kağızını böyüklərə olduğu kimi qoyurlar. Körpə uşaqlarda xardal qoyulan yerdə yanıq və kəskin gicişmə əmələ gəlməməsi üçün xardal qoymaqın "asan" üsulları vardır. Bunlar aşağıdakılardır: 1) xardal kağızını üz tərəfindəm qoyurlar; 2) kağız əvəzinə polotno parça da qoymaq olar; 3) xardal kağızını üz tərəfindən yox, astar tərəfini birbaşa uşağın bədəninə qoyurlar. Xardal kağızının üstünə əsgi qoyub dəsmalla bağlaymrlar. Balaca uşaqlarda xardal kağızını təxminən 5-7 dəqiqə, böyük uşaqlarda 10 dəqiqəyə qədər saxlayırlar. Xardal kağızını götürəndən sonra ilıq su ilə silir (əllər isti olmalıdır), yanığa şübhə varsa vazelin sürtürlər.

Xardal bələmələrini körpə uşaqlara tə'yin edirlər. Bunun üçün 1 xörək qaşığı quru xardalı temperaturu təxminən 40°S olan 1 l suda isladırlar. Məhlulu süzdükdən sonra bunda bir parça əskini isladıb uşağı bələyirlər. Sonra bunun üstündə polietilen plyonka qoyub dəsmalla möhkəm bağlamaq olar, 5 dəqiqədən 15 dəqiqəyə qədər saxlayırlar.

Kompreslər. Uşaqlara kompresləri 5%-li soda məhlulu, rivanol məhlulu, müxtəlif məlhəmlərlə (Vişnevski məlhəmi, ixtiol və s.) kamfora və bitki yağı ilə qoyurlar. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlara ançaq 20-25%-li spirt kompresləri qoyurlar. Kompresi 2-8 saat saxlayırlar.

İsitqac qoymaq. Uşaqlara isitqacı düzgün qoymamaq üzündən yanıq əmələ gəlməsi halları çoxdur. Tibb bacısı bilməlidir ki, isitqacın tə'siri təkcə onun içindəki suyun temperaturundan yox, həm də onun bədəndə qalması müddətindən də asılıdır. İsitqac dərinin üzərində təxminən 40°S temperatur yaratmalıdır. Yeni doğulmuş uşaqlar isitqaca çox həssasdırlar. Buna görə də yanıq əmələ gəlməməsi üçün

isitqaca isti su yox, ılıq su tökmək, soyuduqca tez-tez dəyişmək lazımdır.

İsitqacın yarısına qədər su tökürlər. İsitqacı yana əyib içərisindəki havanı və buxarı buraxır, tıxaçı bərk burub bağlayırlar. Tıxacı burduqdan sonra isitqacı əsgiyə və ya nazik dəsmala büküb qoyurlar. Bə'zən isitqacı kompresin üstündən qoyub kompresin tə'sirini gücləndirirlər.

Müalicə vannaları. Ümumi və yerli müalicə vannalarından istifadə edirlər. Yerli müalicə vannalarını dərinin müxtəlif irinli xəstəliklərində, yanıqlarda və s.-də tətbiq edirlər. Kalium-permanqanat vannalarından daha çox istifadə edilir: bir vedrə suya təxminən 2-3 damcı kristal salınır. Suyun temperaturu təxminən 37-38°S-dir.

Ümumi vannalardan pediatriyada müalicə məqsədilə əsas e'tibarilə ılıq (temperatur 36-37°S) və isti vannalar (temperatur 38-40°S) tətbiq edilir. İlıq vannalar (iynəyarpaqlı, düzlu-iynəyarpaqlı və düzlu) raxitdə, hipotrofiyada, anemiyada və s.-də faydalıdır. Vannaları günaşırı, təxminən 20-25 vanna verirlər. Yaşdan asılı olaraq vannanın müddəti 5 dəqiqədən 15 dəqiqəyə qədərdir. Vanna otağının temperaturu azı 20-22°S olmalıdır.

Təzə başlayan inaq sindromunda, astmatik komponentdə, bronxitdə, kəskin pnevmoniyası olan uşaqlarda ümumi isti vannalar son dərəcə faydalıdır. Vannanı suyun temperaturu təxminən 38°S-dən başlayırlar, çünki 39°S-dən uşaq ayaqlarını vannaya salmağa qorxur. Sonralar temperaturu artırırlar. Vannanın müddəti təxminən 3-7 dəqiqədir. Başa soyuq kompres (yaylığı isladıb) qoymaq lazımdır. Ümumi müalicə vannalarını uşaqlara adətən gündüz, yuxudan qabaq edirlər. Yeməkdən sonra azı 1 saat keçməlidir.

Uşaq vannadan çıxdıqdan sonra tibb bacısı və ya valideynlər onu dəsmalla yaxşı qurulayır, qızdırılmış dəyişək geydirir və isti yorğan-döşəyə salırlar. Otaqda temperatur azı 20-22°S olmalıdır.

İmalələr. Yeni doğulmuş uşağın düzbağırsağına imalənin uçunu 3 sm, böyük uşaqlara 5 sm yeridirlər. Ucluğun başı anusdan keçdikdən sonra omaya baxmalıdır.

Təmizləyici imalələr 5 yaşına qədər uşaqlara rezin armud balonla eləmək olar. Böyük uşaqlara imalə edəndə Esmarx qabından, yaxud xüsusi rezin qablardan istifadə edirlər. İmaləni, adətən, 28-30°S temperaturlu qaynanmış su ilə qoyurlar. Uşağın yaşından asılı olaraq müxtəlif miqdarda su işlənir yeni doğulmuş uşaqlara-30 ml, 6 aylıq uşaqlara-90-100 ml, 1 yaşında-200 ml, 5 yaşında-300 ml, 10 yaşında-400 ml, 14 yaşında uşaqlara-500 ml.

Suyun temperaturunun 22-24°S-yə salınması imalənin qarnı yumşaltma tə'sirini artırır. Nəcis bərk olduqda birinci təmizləyici imalədən sonra vazelin yarı ilə (30-50 ml) imalə qoymaq və sonra bir daha təmizləyici imalə qoymaq fayda verir. Vazelin yağından başqa

günəbaxan, kətan, çətənə, qarğıdalı yağı və s. yağlarla da imalə qoymaq olar. Xalis yağ imaləsi qoyulursa yağ məhlulunun miqdarı təmizləyici imalədə olduğundan 2 dəfə az olmalıdır.

Sifon imaləsini adi su ilə qoymaq olmaz, çünki o düzbağırsaqdan sorulub nəcis intoksikasiyası törədir və ölümlə nəticələnə bilər. Buna görə də uşaqlara sifon imaləsini 0,85-1%-li natrium-xlorid məhlulu ilə qoyurlar. Suyun temperaturu 28-30°S -dir. Sifon imaləsi üçün işlənən suyun miqdarı fərdidir. O uşağın yaşından, nəcisin çox olub-olmamasından və s.-dən asılıdır. Bir imalə üçün işlənən suyun orta hesabla miqdarı hər yaşa 1 l-dir. Nəcis daşları bərkdirsə, bunları bir dəfədə çıxarmağa çalışmayın. Bağırsaqları tamam təmizləmək üçün bə'zən bu imaləni 4-6 gün təkrar etmək lazım gəlir. Sifon imaləsində xüsusi uçluqların diametri kiçik olduğu üçün bunların yerinə düzbağırsağa içəridən diametri azı 1 sm olan və yanlardan bir neçə deşiyi olan bərk zond salırlar. Zondun düzbağırsağa yeridilən ucunu kəsir, qızdırır, dağlayır və 20-30 saniyədən sonra yaş salfetka ilə söndürür və yanmış rezini qoparıb atırlar. Yeni doğulmuş uşaqlara daxili diametri 0,5-0,6 sm olan zond salmaq olar. Başqa çəhətdən sifon imaləsi qoymağın qaydası böyüklərdə olduğu kimidir, lakin əsas bir cəhətə əməl etmək lazımdır, yeridilən mayenin ümumi miqdarı çıxan mayenin miqdarına bərabər olmalıdır. İmalə qoyarkən, yaxud imalə qoyandan az müddət sonra uşaqda ürəkgetmə baş verərsə, huşunu itirərsə, qusarsa, yaxud qıcolmalar əmələ gələrsə, tibb bacısı dərhal həkimi çağırmalıdır.

Bağırsaqların peristaltikasını artıran *hipertonik imaləni* çox vaxt operasiyadan sonrakı dövrdə, pnevmoniya ilə əlaqədar olaraq bağırsaqların parezində tə'yin edirlər.

Hipertonik imaləni 10%-li natrium-xlorid və 10-25%-li maqnezium-sulfat məhlulu ilə qoyurlar. Məhlullar otaq temperaturunda olmalıdır. Uşağın yaşından asılı olaraq hipertonik məhlulu təmizləyici imalədən təxminən 2 dəfə az götürürlər. Bağırsaqlar 15-20 dəqiqədən sonra boşalır. Hipertonik imalələri tez-tez eləmək zərərdir: düzbağırsağın selikli qişası iltihaba uğrayır.

Körpə uşaqların bağırsaqlarını təmizləmək məqsədilə bə'zən *sabunlu su* ilə imalə qoyur və ya anusa bir parça sabun yeridirlər. Anusa sabun parçasını ehtiyatla yeritmək lazımdır ki, selikli qişa zədələnməsin. Buna görə də qabaqca sabundan 1X2 sm ölçüb bir parça kəsir, yanlarını təmizləyir və "şam" 'şəklinə salırlar. Sonra onu 1-2 dəqiqə ılıq suda saxlayır, bütün şiş yerlərini əllə ovur və yalnız bundan sonra düzbağırsağa yeridirlər.

Xəstəxanalarda uşaqlara bə'zən *qida imaləsi*: qoyurlar. Qida imaləsindən 20-30 dəqiqə əvvəl adi təmizləyici imalə qoyurlar. Bağırsaqlar boşalandan sonra düzbağırsağa nazik rezin kateter salır və onu mümgün qədər çox yeritməyə çalışırlar.

Düzbağırsaqdan 1 dəqiqədə təxminən 6-8 damcı gedən mayelər yaxşı sorulur. Qida məqsədilə izotonik və ya hipotonik məhlullar işlədilir, çünki bunlar yaxşı sorulur. Yaxşı sorulması üçün yeridilən mayenin temperaturuna fikir vermək lazımdır. O, 39-40°S olmalıdır. Yeridiləçək məhlulu isitqaçlara töküb qızdırır və bilavasitə rezin borucuqda anusun yaxınlığında qızdırırlar.

Qazçıxaran borunu çox vaxt körpə uşaqlara qoyurlar. Borunu qoymamışdan əvvəl təmizləyici imalə qoyurlar. Sonra boruya çoxlu vazelin sürtüb düzbaqırsağa mümgün qədər çox yeridir, lakin güc işlətmirlər. Borunu düzbağırsaqda 20-30 dəqiqə saxlayırlar. 3-4 saatdan sonra bunu bir daha təkrar etmək olar.

UŞAQ XƏSTƏLƏNDİKDƏ ONA EDİLƏN QULLUĞUN ƏSAS XÜSUSİYYƏTLƏRİ. ***Appendisit*** çox vaxt 3-4 yaşlı uşaqlarda müşahidə edilir, lakin yeni doğulmuş uşaqlarda da kəskin appendisit hallarına təsadüf edilmişdir. Son illər uşaqlarda bu xəstəliyin gedişi bir qədər dəyişmişdir. Onun qeyri-adi şəkildə gedən atipik formalarına çox təsadüf edilir. Sağ qalça nahiyəsində kəskin ağrı, qarın əzələləri gərgin olur, temperatur qalxa bilər, ürəkbulanma və qusma ola bilər. Tibb bacısı şö'bəyə kəskin appendisit ehtimalı ilə daxil olan uşağın üzərində diqqətlə müşahidə aparıb diaqnozun düzgün qoyulmasında həkimə çox kömək edə bilər. Həkim uşağı müayinə edənə qədər o, uşağı sakitləşdirməyə çalışmalıdır.

Körpə uşaqlar son dərəcə narahat olduqlarından bunlarda kəskin appendisiti tə'yin etmək üçün son vaxtlar xloralhidratdan istifadə edirlər: xloralhidratın 2%-li məhlulunu uşağın bədən çəkisinin hər kiloqramına 1 ml hesabı ilə düzbağırsağa yeridirlər. Xloralhidrat məhlulu yeritməmişdən qabaq uşağa təmizləyici imalə qoymaq lazımdır (bax). Xloralhidrat vurduqdan sonra uşaq sakitləşir və 15-20 dəqiqədən sonra yuxuya gedir. Bu vaxt həkim uşağı müayinə edir və kəskin appendisit əlamətlərini daha dəqiq tə'yii edir.

Tibb bacısı operasiyadan sonra xəstənin ümumi vəziyyətinə və sarğıya fikir verir. Yaranın üstünə buz qoyur. Uşaq ayılandan sonra onu Fyodorov üsulu ilə dik oturdurlar.

Kəskin appendisit münasibətilə operasiya olunmuş xəstələrə 1-2 gün 1 №-li cərrahi pəhriz, sonra 13 №-li pəhriz tə'yin edirlər. Xəstə evə yazılana yaxın 15 №-li pəhrizdə (ümumi stol) olur.

Bronxial astma. Astma əlamətləri göründükdə, yaxud bronxial astma tutması baş verdikdə uşağın başını hündürdə qoyurlar. Otağın havasını yaxşı dəyişmək lazımdır. Yayındırıcı vasitələr (banka, əlləri və ayaqları isti vannaya qoymaq) kömək edir. Uşaqda allergik reaksiya törənmədiyinə qəti inam olduqdan sonra xardal yaxması qoymaq olar. Zvyaginseva poroşoku, yaşdan asılı olaraq teofedrin, izadrin inhalyasiyası (novodrin, euspiran) tə'yin edirlər. Bu dərmanlar xəstəni sağaltmır, yalnız tutmanı azaldır, yaxud aradan qaldırır.

Tibb bacısı bu cur uşaqlara qulluq edəndə valideynlərə məsləhət görməlidir ki, uşaqları ehtimal olunan allergenlərdən qorusunlar. Uşağın otağında çoxlu mebel, açıq kitab rəfləri, xalça və s. olmamalıdır. Uşağın yastığı yastı olmalıdır. İt, nişik akvarium saxlanan evdə bronxial astma və astmatik bronxit tutmaları baş verməsi halları mə'lumdur.

Budun anadangəlmə çıxığına qızlarda daha çox təsadüf edilir. Çıxıq hər iki tərəfdə və bir tərəfdə ola bilər. Xəstəliyə səbəb sirkə kasasının lazımınca inkişaf etməməsidir, həmin kasa bud sümüyünün başı ilə birlikdə çanaq-bud oynağını əmələ gətirir.

Anadangəlmə bud çıxığının diaqnozu tez qoyulubsa, xüsusən 1 yaşına qədər uşaqlarda, konservativ müalicə metodları fayda verə bilər. Konservativ müalicə üçün Pavlik üzəngisi, muxtəlif cür şinalar tətbiq edilir ki, bunlar da sirkə kasasının düzgün inkişaf etməsinə kömək edir. Uşağa şina qoyulubsa ona düzgün qulluq etmək çox vacibdir. Uşağı çimizdirdikdə şinanı çıxarırlar. Çimizdirdikdən sonra şinanı təzədən qoyurlar. Qasıq nahiyəsində bişmə əmələ gəlməməsi üçün dəri büküşlərini yaxşı silib təmizləyirlər. 1 yaşına qədər uşaqlara 3-4 ay konservativ müalicə apardıqdan sonra, adətən, onlar sağalırlar. Anadangəlmə bud çıxığının diaqnozu 1 yaşından 3 yaşına qədər qoyulubsa çıxığı bir dəfədə yerinə qoyur, yaxud ətrafı 6 aydan 12 aya qədər gips sarğısı qoyub tədricən yerinə salırlar. Böyük uşaqlarda konservativ müalicə metodu fayda vermir, buna görə də onları müalicə etmək üçün yeganə metod operasiyadır.

Hipertermik sindrom-uşaqlarda bir sıra iltihab xəstəliklərində müşahidə edilir. Hipertermik sindromun əmələ gəlməsinə səbəb uşaq yaşlarında istilik tənzimi mərkəzinin təkmilləşməmiş olmasıdır. Uzum sürən hipertermiyada mərkəzi sinir sisteminin funksiyası pozulur, hallüsinasiya, qıçolmalar baş verir, uşaq huşunu itirir.

Hipertermik sindromun müalicəsinə temperatur 38—38,5°S-dən yuxarı qalxdıqda başlayırlar. Hipertermiyaya səbəb olan əsas amili aradan götürməkdən başqa (irin ocağını yarmaq, adekvat miqdarda maye yeritmək və s.) kompleks tədbirlərə də əl atırlar. Bu kompleksə temperaturu fiziki üsullarla aşağı salmaq (hava vannası, dəri örtüklərini spirtlə silmək, başa və qasıq nahiyəsinə buz qoymaq, uşağı çılpaq halda ventilyatorun qarşısında saxlamaq və s.) daxildir. Dərman müaliçəsi də çox yayılmışdır, bunu fiziki üsullarla birlikdə tətbiq etmək olar. Dərmanla müalicə metodunda uşağın hər yaşına 50%-li analgin məhlulundan 0,1 ml və 1 %-li amidopirin məhlulundan 0,5 ml vurulur. Ağır hallarda isə 2,5%-li aminazin məhlulundan uşağın hər yaşına 0,1 ml vurulur.

Hipotrofiya-uşaq yaşına xas olan bir çox xəstəliklərin nəticəsidir. O lazımınca və düzgün qidalanmadıqda, qusma, ishal, qəbizlik və müxtəlif infeksion xəstəliklər zamanı baş verir. Uşaqlarda

hipotrofiyaya ananın südünün azalması, yaxud südün keyfiyyətinin pisləşməsi, uşağın döşü tənbəl əmməsi və s. də səbəb ola bilər.

Uşağın mövcud bədən çəkisiiin normal bədən çəkisinə nisbətinə görə hipotrofiyanın 3 dərəcəsi ayırd edilir. Üçümcü dərəcəli hipotrofiya "atrofiya" terminina müvafiq gəlir.

Hipotrofiyalı uşaqda orqanizmin müqaviməti azalır və o müxtəlif infeksion xəstəliklərə son dərəcə həssas olur. Hipotrofiyalı uşaqlar yuxarı tənəffüs yollarının kəskin virus xəstəliklərinə tez-tez tutulurlar, onlarda pnevmopiya çox gec saralır. Onlar müxtəlif irinli prosesləri pis keçirir, sağlam uşaqlara pisbətən onlarda sepsis daha tez əmələ gəlir-hipotrofiya onu doğuran əsas xəstəliyi xeyli uzadır. Buna görə də uşaqların, xüsusilə körpələrin qidalanmasına nəzarət etmək son dərəcə vacibdir.

Hipotrofiyanın müalicəsi onu doğuran səbəbi aradan qaldırmaqdan ibarətdir. Hipotrofiyanın müalicəsində qidanın kaloriliyini tədricən artırırlar, belə ki o, bədən çinsinin 1 kq-na 80 kaloridən 120-160 kaloriyə qədər olur. Əvvəlcə tərkibində yağı az olan, şəkər və ya bal qatılmış süd məhsulları vermək olar (allergik reaksiyalar yoxsa). Pəhrizdə zülalın miqdarı artırılır. Bu məqsədlə təzə kəsmiyi sürtüb gündə 2-3 dəfə 5 q vermək olar. 4-4$^1/_2$ aylıqdan e'tibarən tərəvəz həlimi vermək tövsiyə edilir. İlk vaxtlar yeməyi həmişəkindən tez-tez (2-2$^1/_2$ saatdan bir) və kiçik porsiyalarla verirlər, belə ki, uşaq bədən çəkisinin hər 1 kq-na 4,5 q zülal, 5-6 q yağ və 16 q karbohidrat almalıdır. Bunların hamısını ağızdan vermək mümgün deyilsə mayeləri pareiteral yeridirlər, yə'ni venaya damcı-damcı vururlar. Uşağın iştahası olmadıqda onun mə'dəsinə nazik zond salır və uşağı bütün sutka muddətində zondla yedizdirirlər (yeməyi də damcı-damcı, ya da bir dəfədə yeridirlər). Tibb bacısı uşağın bütün yediyinin, içdiyinin və onun venasına vurulan mayenin dəqiq uçotunu aparmalıdır. Hipotrofiyalı uşaqlara vitaminləri ikiqat, bə'zəp isə uçqat dozada vururlar. Arı südü (apilak), xlorid turşusu ilə birlikdə pepsin tə'yin etmək yaxşı nəticə verir. Hipotrofiyanın sadə usullarla müalicəsi kömək etmədikdə anabolik hormonlar (məsələn, nerobol) tə'yie edirlər.

Diafraqma dəbəlikləri uşaqlarda çox vaxt apadangəlmə olur. Diafraqmanın yırtılmasına səbəb olan sonradan qazanılma diafraqma yırtıqlarına nadir hallarda təsadüf edilir. Diafraqmadakı deşikdən döş boşluğuna bağırsaq ilmələri, mə'də, dalaq, qaraciyərin bir hissəsi və s. keçir. Diafraqma dəbəliyinin klinik mənzərəsi, əsas e'tibarilə, onun böyüklüyündən asılıdır. Əsas klinik əlamət-müxtəlif dərəcəli tənəffüs çatışmazlığıdır.

Tibb bacısı fikir verməlidir ki, diafraqma dəbəliyi və kəskin tənəffüs çatışmazlığı olan uşağın başı hündürdə olsun. Uşaq "xəstə" böyrü üstə uzansın. Belə olduqda ara divar sağlam tərəfə az əyilər və beləliklə, o biri ağciyərin ventilyasiyası yaxşılaşar.

Körpə uşaqlarda ***dispepsiya*** düzgün əmizdirməmək, həddindən çox yedizdirmək, yeməyin yaxşı hazırlanmaması və s. səbəbdən ola bilər. Dispepsiya zamanı uşaq narahat olur, tez-tez ağlayır, ayaqlarını bir-birinə sürtür. Onun iştahası azala bilər. Uşaq gəyirir və qusur, temperatur subfebril rəqəmlərə qalxır. Nəcis əvvəlcə yumşaq, sonra duru olur, pəngi yaşıl, bə'zən selik qarışmış olur. Nəcis əvvəlcə turşu reaksiyalı olur, sonra qıcqırma prosesi gedir. Uşaq çəkidə artmır. Klinik dispepsiya mənzərəsində nəcisi bakterioloji analizə göndərirlər.

Dispepsiya yüngül, xarakterdədirsə, əmizdirməni qaydaya salmaq, uşağı kontrol çəkmək, onun yeməyini yoxlamaq və bə'zi düzəlişlər etmək kifayət edir. Əgər bunlar dispepsiyanı aradan götürməzsə, bir-iki əmizdirməni çayla əvəz edirlər. Əmizdirmədən əvvəl gündə 3 dəfə bir çimdik kalsium-karbolatı ana südünə qarışdırıb verirlər.

10%-li V-düyü məhlulu yaxşı kömək edir. Birinci 1-2 gün V-düyuyə qatıq, kefir (1:3 nisbətində), sonralar isə 1:2 nisbətində şəkər qatırlar.

Böyük uşaqlara yerkökü şorbası, alma püresi, heyva vermək olar. Yerkökü şorbasını aşarıdakı kimi bişirirlər: 500 q yerkökunü 1 l suya salır, 3 q duz atır və iki saat qaynadırlar, sonra yerkögünü ələkdə əzir və üzərinə qaynar su tökürlər, nəticədə 1 l şorba alınır.

Toksikoz və eksikoz baş verən ağır formalı dispepsiyada uşağın yeməyini qaydaya salmaqdan başqa venaya damcı üsulu ilə qidalı məhlul yeridib bədənin itirdiyi suyu və duzu bərpa edirlər. Bağırsaq infeksiyasında antibakterial preparatlar tə'yin etmək lazımdır.

Bağırsaq invakinasiyası uşaqlarda kəskin bağırsaq keçməməzliyinin ən çox təsadüf edilən formalarından biridir. O bağırsağın bir hissəsinin yaxınlıqdakı başqa bağırsağa girməsindən ibarətdir. Bağırsaq invakinasiyası 4 aylıqdan 1 yaşına qədər uşaqlarda daha çox olur. Xəstəliyin xarakter əlamətləri onun birdən-birə başlaması, vaxtaşırı olan ağrılar və sonra ağrıların kəsilməsi (bu vaxt uşaq tamam sağlam kimi görünür), ağrı ilə bir vaxtda baş verən qusmadır. Temperatur normal, yaxud azça qalxmış olur. Uşağın qarnı yumşaq olur, tutmalar arasındakı dövrdə ağrısız olur. İnvaginasiyanın qorxulu əlaməti nəcisdə qan və ya selik olmasıdır. Buna görə də çox vaxt diaqnozu düzgün qoymayıb onu dizenteriya ilə qarışıq salırlar.

Bağırsaq invaginasiyasından şübhələndikdə uşağın başını hündürdə qoymaq və diqqət yetirmək lazımdır, ki, qusanda boğulmasın. Uşağa daha içməyə və yeməyə heç bir şey vermirlər. Dodaqlarını pambığı suya batırıb silmək olar.

Bağırsaq invaginasiyası diaqnozunun düzgün olub-olmamasını yoxlamaq üçün şö'bələrdə düzbağırsağa barmaq salıb müayinə aparırlar. Müayinədən qabaq tibb bacısı uşağa kiçik təmizləyici imalə qoymalı və nəcisi həkimə göstərməlidir. Bundan başqa yoğun bağırsağa hava və ya barium suspenziyası yeridib kontrast rentgenoloji müayinə aparırlar, çünki uşaqlarda çox vaxt invaginasiya yoğun bağırsaqda olur.

Uşaq xəstəxanaya daxil olanda xəstəliyin başlanmasından 24 saatdan çox keçməmişsə düzbağırsaqdan hava və ya barium suspenziyası yeridib konservativ müalicə ilə bağırsarı düzəltmək olar. Konservativ müalicənin tə'siri olmadıqda və xəstə xəstəxanaya gec gətirilibsə operasiya aparırlar.

Operasiyadan sonra xəstəyə yarıoturaq vəziyyət verirlər. Uşağa hər gün 2 saatdan bir 10 ml sağılmış ana südü verməyə başlayırlar və hər dəfə südü 10 ml artırırlar.

Bağırsaq infeksiyası. Uşaq yaşlarında ən çox rast gəlinən bağırsaq infeksiyaları dizenteriya, salmonellöz və koli-infeksiyadır.

Dizenteriya (bax: *İnfeksion xəstələrə qulluq*) çox vaxt nisbətən böyük yaşlı uşaqlarda baş verir. Uşaqlarda, xüsusilə körpə uşaqlarda, dizenteriyanın klinik mənzərəsinin öz xüsusiyyətləri vardır. Nəcis bərk ola bilər. Ona həzm olunmamış qida qalıqları, selik və bə'zən qan qarışmış olur. Defekasiya aktı zamanı uşaq narahat olur, ağlayır, ayaqlarını bir-birinə sürtür, bu böyük uşaqlardakı tenezm halına çox oxşayır. Böyük uşaqlardan fərqli olaraq xəstəliyin əvvəlində uşağın qarnı köpmür, əksinə, içəri batmış olur. Yalnız xəstəlik inkişaf etdikdə parez baş verə bilər. Südəmər uşaqlarda dizenteriyanın toksik formaları nadir hallarda olur. Körpə uşaqlarda dizenteriyanın gedişi daha çox dalğa şəklində olur ki, bu da ağır toksikozla müşayiət olunur. Dizenteriya zamanı uşaqların temperaturu qalxmaya da bilər.

Uşaqlarda-bağırsaq deşildiyi üçün dizenteriya pepitonitə, bağırsaq qanaxmasına və s.-yə səbəb ola bilər. Körpə uşaqlarda bə'zən düzbağırsaq bayıra çıxır.

Salmonellöz (bax: *İnfeksion xəstələrə qulluq*). Yeni doğulmuş və körpə uşaqlarda bu xəstəlik toksik-septik formalarda geçə bilər, temperatur yüksək olur, meningial hallar əmələ gəlir, qusma olur, defekasiya tez-tez olub nəçis duru olur, onda həzm olunmamış qida qalıqları görünür, bə'zən nəcisə selik və qan qarışır, I yaşına qədər uşaqlarda salmonellöz dispepsik formada ola bilər, bu vaxt xəstəliyin klinik mənzərəsi adi dispepsiyaya oxşayır (bax). Lakin uşaqlarda salmonellözün dizenteriyaya oxşar formasına daha tez-tez rast gəlirlər. Salmonellözün klinik əlamətləri çox da kəskin olmayan cürbəcür gizli formalarına daha çox böyük yaşlı uşaqlarda təsadüf edilir.

Çox vaxt salmonellöz infeksiyası hər hansı xəstəliklə yanaşı gedir ki, bunun da nəticəsində uşağın orqanizmi zəifləyir. Salmonellözün təmas yolu ilə çox yayıldığını və onun uşaq kollektivində tez yayıla bilməsini yadda saxlamaq lazımdır.

Bağırsaq koli-infeksiyasını bağırsaq çöpünün enteropatogen ştammları törədir. Bunlar oyuncaqların və əşgilərin üzərində 3-5 aya qədər qalır. Lakin qaynatdıqda və dezinfeksiyaedici maddələrlə işlədikdə tez tələf olurlar. İnkubasiya dövrü bir neçə saatdan 5 günə qədərdir.

Bağırsaq koli-infeksiyası dispepsiya, kolit və silinmiş formalarda gedə bilər. Kolit formasında dispepsiya sindromundan, tez-tez su kimi duru nəcis ifrazından başqa ona selik də qarışmış olur (bə'zən az miqdarda).

Diaqnozu laboratoriya üsulu, xəstəliyin klinik mənzərəsinə və epidemioloji nəticələrə əsasən qoyurlar.

Bağırsaq infeksiyasında *nəcisin bakterioloji analizini* aparmaq üçün onu mümgün qədər tez, xəstəlik başlayan kimi və dərmanlar verənə qədər götürmək lazımdır. Analiz üçün nəcisin adi gözlə baxdıqda daha çox dəyişmiş yerlərindən nümunə götürürlər. Nəcisi pambıq tamponla götürüb 30%-li qliserinlə natrium-xloridin fizioloji məhlulunun qarışığı tökülmüş sınaq şüşəsinə qoyurlar. Bunun üçün diametri 5 mm olan, ucu lehimlənmiş və yanlardan iki deşiyi olan kiçik şüşə borucuqdan istifadə edirlər. Bu borucuğu hər hansı yaşda olan uşaqlara, o cümlədən südəmər uşaqlara işlətmək olar.

Mə'də-bağırsaq xəstəlikləri olan uşaqları infeksion şö'bələrə qoyurlar. Şö'bədə xəstələri bağırsaq infeksiyasının növündən asılı olaraq ayırırlar. Diaqnozu aydınlaşdırılmamış uşaqları xüsusi diaqnostika şö'bələrinə qoyurlar. Epidemiyaya qarşı qaydalara ciddi əməl olunmalıdır.

Bağırsaq infeksiyasında uşaqların qidalanması yaşdan asılıdır. Südəmər uşaqlarda intoksikasiya zamanı 12-24 saat ancaq su verilir. Sonra uşağa sağılmış ana südünü 2 saatdan bir hər dəfə 10 ml verir və gecə yedizdirmirlər. Yedizdirmələr arasında çay, qlükoza, Ringer məhlulu verirlər. Yerkögündən hazırlanmış qarışıq yemək faydalıdır. Hər dəfə uşağa verilən ana südünü 10- 20 ml artırırlar; yedizdirmələr arasındakı fasiləni əvvəlcə yarım saat, sonra isə bir saat uzadırlar. 4-5 gündən sonra uşağa gündə bir dəfə döş verirlər. Sonralar döş əmizdirmənin sayını tədricən artırırlar.

Bə'zən əlavə yeməyi bir-iki gün vermirlər. Kəskin intoksikasiyalı və su-duz tarazlığı pozulmuş xəstələrə damcı üsulu ilə məhlul yeritməyi tə'yin edirlər.

Böyük uşaqlara ancaq maye tə'yin edilən pəhrizdən sonra süd-bitki pəhrizi tə'yin edirlər, lakin pəhrizdən üzlü südü çıxarırlar. Uşağa kəsmik, pendir, tərəvəz püresi, ələkdə əzilmiş ət, qatıq, kefir, sıyıq, sup və s. vermək olar. Uşağın nə qədər yediyinin və içdiyinin dəqiq uçotunu aparmaqla onun düzgün qidalandırılması müalicənin əsas şərtidir.

Bağırsaq infeksiyaları ilə xəstə uşaqlara müvafiq anti-bakterial müalicə aparılır.

Əyripəncəlilik-uşaqların əksəriyyətində anadangəlmədir. Əyripəncəlilik dedikdə ayağın içəriyə çevrilməsi onun ön şö'bəsinin gətirilməsi və pəncənin qatlanması başa düşülür. Əyripənçəliliyin klinik mənzərəsi yaxşı mə'lumdur.

Əyripəncə uşaqlara qulluq edəndə yadda saxlamaq lazımdır ki,

müalicəyə uşaq doğulan gündən, yaxud əyripəncəlilik aşkar edilən andan başlamaq lazımdır.

Erkən yaşda aparılan müalicə konservativdir. Yeni doğulmuş uşaqlarda müalicəvi bədən tərbiyəsi aparılır və ayağı bintlə sarıyırlar (flanel bint daha yaxşıdır). Binti sağ ayaqda saat əqrəbi istiqamətində, sol ayaqda isə hər dolağı saat əqrəbinə əks istiqamətdə aparılır. Sonra gips sarğılarına keçirlər, bu sarğıları əvvəlcə bir həftə saxlayır, sonra isə təzəsini qoyur və hər dəfə deformasiyanı düzəldirlər. Beləliklə, uşaqların əksəriyyətində altı aylığa qədər deformasiya düzəlir. $2^1/_2$-3 yaşından yuxarı uşaqlara operasiya aparırlar. Operasiyadan sonra ayağa gips longeti qoyub 5-6 ay saxlayırlar.

Əyriboyunluluq uşaqlarda çox vaxt anadangəlmə olur və bu qüsurun ilk əlamətləri uşaq hələ çağa ikən aşkar edilir. Patologiyanın əsasını döş-körpücük məməvarı əzələnin qısalması təşkil edir.

Adətən boyunun ançaq bir tərəfi əyri olur. Əyriboyunluluqda uşağın başı qısa əzələyə tərəf əyilmiş və əks tərəfə dönmüş olur. Tədricən baş deformasiyaya uğrayır. Döş-körpücük-məməvarı əzələnin içəri qatlarında, adətən, onun orta hissəsində, ağrısız və iltihabsız bərk nahiyə aşkar edilir. Əyriboyunluluğu konservativ yolla, yə'ni masaj, gimnastika və fizioterapiya proseduraları ilə müalicə etməyə başlayırlar: fizioterapiya proseduralarından lidaza elektroforezini göstərmək olar. Tibb bacısı otaqda uşağın çarpayısını necə qoymaq lazım gəldiyini valideynlərə öyrədir, belə ki, pəncərə və oyuncaqlar boyunun xəstə tərəfində olmalıdır, onda uşaq özü başını işığa və oyuncaqlara tərəf döndərəndə istər-istəməz qısalmış əzələni yavaş-yavaş dartıb uzadacaqdır. Gimnastika aparanda da başı daha çox döndərməyə və əyməyə çalışırlar. Konservativ müalicə tez başladıqda, adətən, yaxiş nəticə alınır. Konservativ müalif kömək eləmədikdə operasiya aparırlar ki, bunun da mahiyyəti döş-körpücük-məməvarı əzələni uzatmaqdır. Operasiyadan sonra $1^1/_2$-2 aylığa xüsusi gips sarğısı qoyurlar. Bundan sonra operasiyanın nəticəsini müalicəvi bədən tərbiyəsi ilə möhkəmlədirlər.

İnağ körpə uşaqlarda daha ağır keçir. Çox vaxt inağ tənəffüs üzvlərinin virus mənşəli kəskin xəstəlikləri (qrip, paraqrip, adenovirus xəstəlikləri və s.) fonunda baş verir. Əsl inağa (difteriya inağı) nadir hallarda təsadüf edilir. İnağın 4 dərəcəsi ayırd edilir.

I dərəcəli inağ-az müddətli və kəskin olmayan stenoz tutmaları;

II dərəcəli inağ-nisbətən böyük stenoz, tənəffüsdə yardımçı əzələlər iştirak edir;

III dərəcəli inağ-aydın görünən dekompensasiya olmuş stenoz, tənəffüs zamanı döş qəfəsinin yumşaq yerləri içəri dartılır;

IV dərəçəli inağ-sianoz, akrosnamoz vardır, xəstənin huşu itir (asfiksiya mərhələsi). İnağ üçün xarakter cəhət uşağın çətin nəfəs almasıdır.

İnağ əlamətləri baş verdikdə xəstəni isti vannaya salmaq lazımdır (bax). Qələvi və buxar inhalyasiyası kömək edir. Qaynar südü yarıbayarı borjomla, yaxud 2%-li natrium-hidrokarbonat verirlər. Sakitləşdirici dərmanlar işlədilir. Spazmı azaltmaq üçün təmiz sərin hava ilə nəfəs almaq faydalıdır. İnağ nisbətən kəskindirsə dehidratasiya müalicəsi aparırlar, (qlükozanın hipertonik məhlulları, 24%-li eufillin məhlulu) antihistamin preparatlar tə'yin edirlər. Arır hallarda konservativ müalicə və daim nəm oksigenlə nəfəs almaq kömək eləmədikdə, tənəffüs çatışmazlığı əlamətləri artdıqda xəstənin nəfəs alması üçün traxeyaya burundan plastik kütlədən hazırlanmış xüsusi borucuq salır və onu uzun müddət burada saxlayırlar, yaxud traxeostomiya aparırlar. Tibb bacısı traxeyaya salınmış və plastik kütlədən hazırlanmış borucuqlara yaxşı qulluq etməlidir. Bu cür qulluğun əsas qaydaları alətlərin steril olması və borucuqları müntəzəm təmizləməkdir, çünki aşağı enən trexeobronxit və tənəffüs çatışmazlığı əmələ gələ bilər.

Osteomielitin körpə uşaqlarda öz xüsusiyyətləri vardır. Başlıca xüsusiyyəti ondadır ki, proses çox vaxt boruşəkilli uzun sümüklərin epifizlərində gedir. Bu cür osteomielitə *epifizar* osteomielit deyilir. Epifizar osteomielitdə ola bilsin ki, sümüyün böyümə zonaları zədələnmiş olsun, bunun nəticəsində ətraf qısalır.

Epifizar osteomieliti cərrahi yolla müalicə edirlər. Ətrafı düzgün təsbit etməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Ətrafı gips manjeti ilə təsbit edirlər ki, bu da uşağa qulluq etməyi çətinləşdirir, xüsusilə aşağı ətraflar zədələnmiş olduqda. Longetlər götürülüb-qoyulan olduğu üçün xəstəyə qulluq etməyi asanlaşdırmaq və longetin xarab olmaması üçün onu birqat pambığa büküb üstündən polietilen plyoika tikmək lazımdır. Bişmə olmaması üçün uşağın dəri büküşlərinə yaxşı qulluq etmək lazımdır.

Virus mənşəli kəskin respirator infeksiyası tez-tez təsadüf edilən xəstəlikdir. O rinit, traxeobronxit, faringit şəklində, yaxud bunların hamısı ilə birlikdə gedir. Xəstəlik son dərəcə kontagiozdur (təmas yolu ilə tez keçir), buna görə də tibb bacısı son dərəcə ehtiyatlı olmalı və xəstəliyin başqa uşaqlara yayılmamasına çalışmalıdır.

Virus mənşəli kəskin respirator infeksiyasının müalicəsində fizioterapiya əməliyyatlarının (ultrabənövşəyi şüalandırma, inhalyasiya) böyük əhəmiyyəti vardır. Ehtiyac olduqda xardal kağızı və banka tə'yin edirlər. Uşaqlarda rinit zamanı buruna dərman tökməmək daha düzgündür, eşilmiş pambığı dərmana batırıb sıxmalı, sonra əvvəlcə burunun bir deşiyinə, sonra o birisinə qoyub 3-5 dəqiqə saxlamalı. Qatı bəlğəm gəldikdə bəlğəmgətirici dərmanlar, cürbəcür otlar tə'yin edirlər. Temperatur yüksəkdirsə antibiotik tə'yin etmək lazımdır. Kəskin respirator infeksiyasının müalicəsində son vaxtlar interferon çox yayılmışdır, onu xüsusi sxemlə qəbul edirlər. Kəskin

respirator infeksiyası ilə xəstə uşağın olduğu otağın havası təmiz olmalıdır, buna görə də otağın havasını tez-tez dəyişirlər. Xəstəyə çoxlu isti çay, süd, içdirmək faydalıdır.

Kvinke ödemi və məxmərək-allergik reaksiyalardır. Bunlar orqanizmə çox müxtəlif allergenlərin: qidanın (yumurta, şokolad, balıq, sitrus meyvələr, balıq kürüsü və s.), dərmanların (antibiotiklərin və sulfanalanidlərin, vitaminlərin, antipiretiklərin və s.) cürbəcür iyləri və s.-nin tə'sirindən baş verə bilər.

Kvinke ödemində kiçik bir nahiyədə dəri şişir, bə'zən səpgilər və suluqlar da olar. Ödem olan yerin dərisi solğun olur, iltihab halları olmur, ağrımır. Çox vaxt qaşınma olmur.

Məxmərəkdə qaşınma olur, bu isə uşaqları narahat edir, onların iştahası azalır.

Kvinke ödemində və məxmərəkdə yerli müalicə kimi əsgini soyuq suda isladıb qoyur, ya da əsgini anestezinin; mentolun spirt məhlulunda isladıb həmin yeri silirlər. Antihistamin preparatlar (suprastin, dimedrol, tavegil və s.) çox kömək edir. Dil və ya qırtlaq şişmiş olduqda venaya kalsium-xlorid, suprastin, dimedrol, diprazin vururlar. Allergiyanı törədən əsas səbəbi tapmaq lazımdır. Onda həmin allergenin orqanizmə bir daha düşməsinin qarşısı alınar, əks təqdirdə anafilaktik şok baş verə bilər.

Qasıq-xayalıq dəbəliyi-uşaqlarda əsas e'tibarilə anadangəlmədir, o qasıq halqasının inkişaf qüsuru olub peritonun vaginal çıxıntısına çevrilməsindən ibarətdir. Buna görə də o, bir dəfə əmələ gələndən sonra çəkilib getmir. Vaxt keçdikcə dəbəlik böyüyür. Dəbəlik iri olduqda uşaq özünü yaxşı hiss etmir, xüsusilə dəbəlik ya qismən, ya da tam boğulmuş olduqda. Körpə uşaqlarda dəbəliyin böyüməsinin qarşısını bandajla almaq çətindir və bunun köməyi az olur. Qasıq və ya qasıq-xayalıq dəbəliyində ümumi əks-göstəriş yoxsa, uşağın yaşından asılı olmayaraq operasiya aparırlar. Boğulma başlayandan 4-6 saat keçibsə, həkim dəbəliyi konservativ yolla yerinə salmağa çalışa bilər və operasiyanı uşaq üçün daha münasib vaxtda aparmaq olar. Dəbəliyi yerinə salanda qətiyyən güc işlətmək olmaz. Bütün bədəni isti vannaya salmaq, yaşdan asılı olaraq atropin vurmaq dəbəliyin yerinə düşməsinə kömək edir.

Operasiyadan sonra yaranın üstünə buz qoyurlar. Körpə uşaqların qıçlarını aralayıb çarpayıya bağlayırlar. Aralığa əsgi qoyurlar ki, uşağın sidiyi yaraya düşməsin. Operasiyadan sonra tibb bacısı sidiyin rənginə və nəçisin xarakterinə fikir verməlidir.

Peritonit-kəskin appendisitin, bağırsaq keçməməzliyinin, mə'dənin və bağırsaqların deşilməsinin və s. nəticəsidir. Yeni doğulmuş uşaqlarda peritonitin xüsusi forması bətndaxili peritonitdir, bu vaxt qarın boşluğundakı iltihab prosesi hələ uşaq doğulana qədər başlayır.

Adətən peritonitdə xəstənin vəziyyəti ağır, yaxud son dərəcə ağır

olur. Toksikoz, yaşıl və ödlü qusma olur, yə'ni peritonitə bağırsaqların parezi qoşulur. Qusma nəticəsində uşağın bədəni çoxlu su itirir və maddələr mübadiləsi pozulur. Uşağın qarnı köpür və ağrılı olur. Nəcis olmur, yaxud üfunətli duru nəcis çıxır (peritonitə xas nəcis). Müalicəsi-cərrahi yolladır.

Operasiyadan sonra drenajlara, qarın boşluğundan gələn irinin miqdarına və xarakterinə, uşağın peçə dəfə sidik ifraz etməsinə fikir vermək və sutka ərzində çıxan sidiyin miqdarını tə'yin etmək lazımdır. Bu cür xəstələr ağır xəstə hesab olunurlar, onlara ağır xəstələrə aid uçot vərəqi doldurulur və ilk günlər hər saat ürək-damar və tənəffüs sistemlərinin işini, temperaturu və həkim tə'yinatlarının yerinə yetirilməsini qeyd edirlər.

Yastıayaqlılıq. Yastıayaqlılıq dedikdə ayaq tağının yastılaşması başa düşülür. Bu vaxt ayağın ayrı-ayrı sahələrinə düşən ağrılıq dəyişir ki, bu da ağrıya və gəzəndə tez yorulmaya səbəb olur. Yeni doğulmuş uşaqda ayaq tarı aydın bilinmir. 5-6 aylıqda isə onu asanlıqla görmək mümgündür. Yastıayaqlılığı sadə üsulla tə'yin etmək olar. Belə ki, uşağın ayağının altını ılıq su ilə isladıb kağızın, yaxud təmiz linoleumun üstünə qoyurlar. Ayağın izinə görə uşağın yastıayaq olub-olmamasını qəti bilmək olar.

Yastıayaq uşağa qulluq etdikdə aşaqıdakı qaydalara əməl etmək lazımdır. Daxili tağın altında ayaqqabının altı möhkəm olmalıdır: supinatorları yastı ayağın formasından və uşağın yaşından asılı olaraq seçirlər. Ayaqqabının dabanı alçaq (2 sm-ə qədər) və enli (4-5 sm) olmalıdır. Yastıayaqlılığın qarşısını almağa və onun müalicəsinə göy otun, çınqılın və qumun üzərində ayaqyalın gəzmək, kəndirə dırmaşmaq və s. kömək edir. Kiçik uşaqlarda yastıayaqlılıqdan şübhələndikdə ayağın düzgün formalaşmasına kömək edən hərəkətlər tətbiq etmək lazımdır. Ayağı uçdan qatlayıb baş barmaqla ayaq tağı ehtimal olunan yeri sıxmalı. Plastik operasiyaları nadir hallarda edirlər.

Pnevmoniya (kəskin)-uşaq xəstəlikləri içərisində əsas yerlərdən birini tutur. Çox vaxt uşaqlarda kəskin pnevmoniya orta dərəcədə və arır keçir. Kəskin pnevmoniyanın müalicəsini kifayət qədər fəal aparmadıqda və həkim tə'yinatlarını dəqiq yerinə yetirmədikdə xəstəlik uzanır və sonra xronik pnevmoniyaya çevrilir.

Kəskin pnevmoniyası olan xəstə yataqda, baş tərəfi hündürdə olan çarpayıda yatmalıdır. Onun başı azca dala getməlidir. Uşağı az yedizdirmək lazımdır. Narahat uşaqlara sakitləşdirici dərman tə'yin edirlər. Kəskin pnevmoniya zamanı uşaqları tez-tez və kiçik porsiyalarla yedizdirirlər. Ağır hallarda südəmər uşaqlar döş əmə bilmədiklərinə görə onlara ana südünü sağıb verirlər. Tibb bacısı uşağın burundan nəfəs almasına diqqət yetirməlidir. Uşaq burundan çətin nəfəs alırsa, burunu yaş tamponla silmək lazımdır.

Hipoksiya əlamətləri olduqda burun kateterindən, yaxud qıfdan 60%-li nəm oksigen verirlər. Ağciyərlərdə ödem olduqda oksigeni 30%-li spirtdən keçirir və uşaqa hər 3—4 saatdan bir 15-20 dəqiqə nəfəs aldırırlar. Kəskin pnevmoniyalı uşaqları təmiz və sərin havada saxlamaqdan qorxmaq

lazım deyil. Əksinə, sərin hava bronxların selikli qişasının ödemini azaldır və qaz mübadiləsini yaxşılaşdırır.

Kəskin pnevmoniyanın kompleks müalicəsinə aptibakterial preparatlar (antibiotiklər, sulfanilamidlər, nitrofuranlar), fizioterapevtik proseduralar (müalicə vannaları, bronxolitiklər və fermentlərlə aparılan inhalyasiyalar, ultra yüksəktezlikli çərəyanla müalicə), banka və xardal kağızı bəlğəmgətirici duru dərmanlar, antihistamin preparatlar, vitaminlər daxildir. Kəskin pnevmoniyanın müalicəsində dərmanların venaya vurulması (birdəfədə və damcı üsulu ilə) böyük əhəmiyyətə malikdir. Bu vaxt tibb bacısı uşağa ağızdan verilən və venaya vurulan mayenin dəqiq uçotunu apapmalıdır, habelə çıxan sidiyin miqdarını, xüsusilə ağır xəstələrdə ölçməlidir.

Son vaxtlar ağır dərəcəli kəskin pnevmoniyası olan uşaqların müalicəsində nəfəsi yüksək təzyiqlə buraxmaqla aparılan tənəffüs metodu tətbiq edilir. Uşağın başına xüsusl polietilen paket geydirir (içəriyə hava keçmir) və buraya hava-oksigen qarışığı verib torbadakı təzyiqi su sütunu ilə 10-15 sm-ə çatdırırlar. Bu metod ağciyər ventilyasiyasını yaxşılaşdırır.

Kəskin pnevmoniyaların xüsusi qrupunu destruktiv formalar təşkil edir, bunları çox vaxt stafilokokk törədir, buna görə də bə'zən bunlara stafilokokk pnevmoniyaları deyilir. Pnevmoniyanın destruktiv formaları daha ağır klinik gedişli olur. Ağciyərlərin bə'zi yerlərində ağciyər toxumasının strukturası dəyişilir, irinləyir və boşluqlar əmələ gəlir.

Pnevmoniyanın destruktiv formalarının bir qorxusu da ondadır ki, bu zaman abses plevraya açıla bilər və plevranın kəskin empiyeması baş verə bilər, buna görə də tibb bacısı belə xəstələrə xüsusi diqqət yetirməlidir.

Uşağın vəziyyəti pisləşibsə, tənəffüs çatışmazlığı əlamətləri artıbsa plevranın empiyemasından şübhələnmək və dərhal həkimə xəbər vermək lazımdır. Pnevmomiyanın destruktiv formalarında yuxarıdakı müalicə ilə yanaşı çox vaxt qan, antistafilokokk qamma-qlobulin, antistafilokokk plazma və s. köçürürlər.

Pnevmoniyanın (xroniki) uşaqlarda 2 mərhələsi vardır: deformasiyalı bronxit mərhələsi və bronxoektatik mərhələ.

Deformasiyalı bronxit mərhələsində müalicə iltihab prosesinin azaldılmasına və morfoloji dəyişikliklərin sabitləşməsinə yönəldilməlidir. Bronxoektatik mərhələdə yeganə radikal müalicə metodu ağçiyərin zədələnmiş yerlərini kəsib götürməkdir.

Tibb bacısı operasiyaya qədər uşağın düzgün drenaj vəziyyətində

olmasına fikir verməlidir ki, bəlğəm asan çıxsın. Operasiyadan sonra uşağın tənəffüs gimnastikası ilə necə məşğul olmasına fikir vermək lazımdır. Uşaq operasiyadan sonra tənəffüs gimnastikasını ilk günlər hər saat edir. Operasiya olmuş uşaqları yarışlardan azad edirlər, laçin xizək, konki, velosiped sürməyə, voleybol, basketbol və s. oynamağa içazə verilir.

Raxit. Raxitin əsas səbəbi D vitamininin çatışmamasıdır. Bədəndə D vitamini çatışmadıqda bağırsaqlarda kalsium və fosfor pis sorulur, bunun da nəticəsində həmin minerallar qan plazmasında, hüceyrədənkənar mayedə və sümük toxumasında azalır. Raxit zamanı nəinki mineral mübadiləsi, həmçinin başqa mübadilələr də pozulur.

Xəstəliyin əsas 4 dövrü vardır. Birinci dövr 2-3 aylıq uşaqlarda müşahidə edilir. Bu zaman sinir sisteminin funksiyasında dəyişikliklər (narahatlıq, yuxunun pis olması, tərləmə) olur. Ənsənin tükləri tökülür. Sonra böyük əmgəyin kənarları, oxvarı və lamavarı tikişlər boyunca kəllə sümükləri azca yumşalır.

Qanda fosforun miqdarı azalır, lakin kalsium normada olur. Xəstəlik şiddətlənən dövrdə sinir sisteminin funksiyası daha da pozulur, sümük və əzələ sistemlərində dəyişiklik əmələ gəlir. Sümüklərin, xüsusilə ənsə sümüyünün, kiçik və böyük əmgəyin kənarlarının (krapiotabes) və s. yumşalması kəskin surətdə nəzərə çarpır. Böyük əmgək gec örtülür. Ənsə yastılaşır, alın və təpə qabarıqlığı böyüyür. Dişlərin çıxma müddəti və ardıcıllığı pozulur. Qabırğalarda qığırdağın sümüyə keçdiyi yerdə düyünlər əmələ gəlir, bunlar 5-8-çi qabırğalarda daha aydın görünür.

Döş qəfəsi deformasiyaya uğrayır. 6-8 aydan sonra boruşəkilli sümüklər əyilir. Əzələlərin hipotoniyası nəticəsində statik və hərəki funksiyaların inkişafı ləngiyir və uşağın qarnı qurbağa qarnına oxşayır. Xəstəlik şiddətlənən dövrdə hipoxrom anemiya əmələ gəlir, mə'də-bağırsaq yolunun sekretor funksiyası pozulur, iştahasızlıq əmələ gəlir, defekasiya dəyişkən olur və s.

Rekonvalessensiya dövründə raxitin əlamətləri zəifləyir və aradan qalxmağa başlayır. Qalıq əlamətləri 2-3 yaşlı uşaqlarda müşahidə edilir. Sümük sistemində muxtəlif deformasiyalar olur, bə'zən qaraciyər və dalaq böyüyür.

Raxitin 3 dərəcəsi ayırd edilir. I dərəcəli raxitdə xəstəliyin klinik əlamətləri zəif olur. II dərəcəli raxitdə klinik əlamətlər daha aydın nəzərə çarpır. Uşağın ümumi vəziyyəti xeyli pisləşir, tənəffüs üzvlərinin, ürək-damar sisteminin və mə'də-bağırsaq yolunun funksiyası pozulur. III dərəcəli raxit çox ağır olur; sinir sisteminin funksiyası xeyli pozulur, sümüklərdə böyük deformasiya olur, qaraciyər və dalaq böyüyür.

Raxitin müalicəsində uşağın qidasının böyük əhəmiyyəti vardır. Döş əmən raxit uşaqlara ilk dəfə əlavə yeməyi daha tez verməyə başlayırlar. 4 aylıqdan tərəvəz püresi, $4^1/_2$ aylıqdan-sıyıq (manna, qarabaşaq), 5

aylıqdan-qaraciyər, 6,6½ aylıqdan ət puresini qaraciyər, toyuq əti, böyrək, balıqla növbələyib verməyə başlayırlar. Vaxtında meyvə şirələri, ələkdə sürtülmüş alma, yumurta sarısı verirlər. Həftədə bir dəfə qida payını hesablayırlar. Raxitin D vitamini ilə müalicəsini həkim tə'yin edir. I dərəcəli raxitdə uşaq əlverişli məişət şəraitindədirsə, əlverişli iqlim-coğrafi zonada D vitamininin müalicə dozası 500000-600000 MB-dir (35-40 gün müddətində hər gün 15000 ME). II dərəcəli raxitdə müalicə kursuna 600000-700000 ME (30-35 gün müddətində hər gün 20000 ME), III dərəcəli raxitdə-700000-800000 ME (yenə həmin müddətdə gündə 25000 ME) olmalıdır.

Proses kəsginləşdikdə müalicə kursunu eyni dozalarda təkrar etmək olar, lakin 2 aydan tez olmamalıdır, çünki D vitamininin tə'siri 1-2 ay qalır.

Xəstəliyin residiv verməməsi üçün D vitamini ilə aparılan müalicədən 1½-2 ay sonra, xüsusilə payız-qış dövründə, ultrabənövşəyi şüalanma və balıq yağı tə'yin edirlər. Mütləq A, S vitaminləri, V qrupu (V_1, V_2, V6) vitaminləri verilməlidir.

Yardımçı müalicə metodları-duzlu və iynəyarpaq vannalarıdır. Raxitin müalicəsində masaj və gimnastika mühüm rol oynayır.

Raxit keçirmiş uşaqlar azı 3 il dispanser müşahidəsində olmalıdırlar, bunun 2 ilində müntəzəm surətdə kompleks müalicə aparılmalıdır.

V vitaminini nəzarətsiz qəbul etmək nəticəsində, həddindən çox qəbul etdikdə, həmçinin onu ultrabənövşəyi şüalandırma ilə birlikdə tə'yin etdikdə D hipervitaminozu baş verə bilər. V hipervitaminozu əlamətləri həmin vitaminə fərdi həssaslıq olduqda da baş verir. Buna görə də müalicə və profilaktika məqsədilə D vitamini həkimin ciddi nəzarəti altında qəbul edilməlidir. D hipervitaminozunda həyat üçün vacib orqan və toxumaların (böyrəklərin, ürəyin, damarların) ağır, bə'zən də sağalmayan xəstəlikləri baş verir. V hipervitaminozunun klinik əlamətləri yuxunun pozulması, narahatlıq, yaxud apatiya, ümumi hipotoniya, subfebril temperaturdur. Dəri örtükləri solğun və qurudur. Uşağın iştahası itir, qəbizlik əmələ gəlir, qusur. Ürək tonları karlaşır, taxikardiya əmələ gəlir, qan təzyiqi qalxır. Dizuriya halları və pielonefrit baş verir. O hipervitaminozunda sümüklər bərkiyir, böyük əmgək tez örtülür, rentgenoloji müayinədə boruşəkilli sümüklərin epifizar zonasında çoxlu əhəng yığıldığı aşkar edilir.

D hipervitaminozunu xəstəxanada müalicə edirlər. O hipervitaminozu keçirmiş uşaqları 2-3 il uşaq poliklinikası müşahidə etməlidir.

Ekssudativ diatez uşaqlarda, xüsusilə körpələrdə, tez-tez təsadüf edilən xəstəlikdir. Bu zaman yanağın dərisi qızarır, baş qabıq verir, dəri quruyur, qaşınma olur. Ekssudativ diatezli uşaqlar narahat, əsəbi olur, pus yatırlar. İştaha pisləşir. Ekssudativ diatez allergik xəstəliklərə aid edilir. Yuxarıda göstərilmiş dəyişikliklər qidada (şirələr, sitrus

meyvələr, inək südü, yumurta, kürü, balıq, şokolad və s.) olan müxtəlif allergenlərin, dərmanların, dəyişəyin və s. orqanizmə tə'siri nəticəsində baş verir. Tibb bacısı uşaqda ekssudativ diatezin nədən törədiyini tə'yin etməkdə və uşağın həmin allergenlə təmasda olmaması üçün valideynlərə kömək etməlidir. Bu, xüsusilə ona görə vacibdir ki, ekssudativ diatez ekzemaya və neyrodermitə keçə bilər ki, bunlar da çətin sağalır. Allergenləri təmasdan çıxarmaqdan başqa, xəstəyə antihistamin preparatlar, suprastin, dimedrol, tavegil, diprazin (pipolfen) və s. tə'yin edirlər. Dəri yaşararsa, həmin yerə tənzifi 0,5-1%-li rezorsin, kalium-permanqanat məhluluna və s. (1:5000) isladıb qoyurlar. Salfetkaları bu məhlullarla bol islatmaq lazımdır ki, tez qurumasın. Dəri islanmayıb ancaq qabıq verirsə sink, talk, qliserin və s. qarışığından hazırlanmış duru dərmanlar yaxşı kömək edir. Gigiyenik rejimə əməl olunmasına xüsusi diqqət yetirilir. Bişmə olmaması üçün boyun, qoltuq və qasıq büküşlərinə xüsusi diqqət edirlər. Pişikdilli və ya nişasta vannalarını hər gün aparırlar. Uşağı neytral sabunla (uşaq sabunu, lanolin sabunu) çimdirirlər.

Mə'dənin və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin uşaqlarda öz xüsusiyyətləri vardır. Bu, əsas e'tibarilə, südəmər və körpə yaşa aiddir, bu vaxt xora xəstəliyinin əsas əlamətləri aydın olmur və çox vaxt xəstəliyi ağırlaşmalar baş verdikdə tə'yin edirlər. Uşaqlarda xora xəstəliyinin əsas ağırlaşmaları qanaxma və bağırsağın deşilməsidir. Körpə uşaqlarda bu ağırlaşmalardan qabaq hər hansı klinik əlamətlər olmur. Böyük uşaqlardan fərqli olaraq xora deşildikdə və peritonit baş verdikdə əzələ gərginliyi, demək olar ki, olmur. Yalnız 9-10 yaşlarında xora xəstəliyinin klinik mənzərəsində böyüklərə xas klinik əlamətlər əmələ gəlir. Xəstələrin çoxunu konservativ üsullarla müaliçə edirlər. Xora deşilib peritonit əmələ gəldikdə mütləq operasiya aparılmalıdır.

XIII FƏSİL
NEVROLOJİ VƏ PSİXİ XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

Psixi xəstələrə qulluğun xüsusiyyətləri üç əsas amilə: 1) psixi xəstələrin umulmazlığına, ya'ni hərəkətlərinə cavabdeh olmamasına; 2) kəskin psixomotor coşğunluq inkişaf etməsi ehtimalına, özünü öldürmə təmayülünə, ya'ni istər xəstənin özünə və istərsə ətrafındakı şəxslərə qarşı yönəldilə bilən antisosial xassəli hərəkətlərə, 3) süstlük hallarının tez-tez baş verməsinə, yeməkdən imtina etməyə, özünə qulluq etmə qabiliyyətsizliyinə əsasən müəyyən edilir.

Nevroloji xəstələrə qulluğun xüsusiyyətləri duyğu və hərəkət sferalarında pozğunluqlara, iflıclərin baş verməsinə, udma hərəkətlərinin pozulmasına və xüsusi rəftar tələb edən digər patoloji dəyişikliklərə səbəb olan zədələnmənin xarakterindən asılıdır.

Bu xəstələrə qulluğu düzgün təşkil etmək üçün tibb bacısının əsas psixi və nevroloji xəstələrin klinik mənzərəsi və çərəyanı haqqında ümumi təsəvvür olmalıdır.

Bu bölmədə psixi və nevroloji pozğunluqların əsas növləri, bu hallarda xəstələrə qulluq etmənin xüsusiyyətləri və tə'xirəsalınmaz yardımın bə'zi prinsipləri qısaca t ir edilmişdir.

ABSTİNENSİYA-morfin, kokain, alkoqol və s. kimi narkotiklərin uzun müddət işlədilməsindən tamamilə əl çəkilməsi nəticəsində əmələ gələn birləşmiş psixi və somatonevroloji pozğunluqlardan ibarətdir. Abstinensiya zəiflik, çox tərləmə, qusma, ishal, əllərin titrəməsi, oynaqlarda ağrı, təngnəfəslik, ürək döyünməsi, yuxusuzluq ilə xarakterizə olunur.

Abstinensiya vəziyyətində xəstə süst və əzgin, yaxud əksinə, həyəcanlı və əsəbi olur. Ağır abstipensiya sindromu təcavüzlük və pozucu təmayüllərlə cərəyan edə bilər. Xəstələr çox vaxt ağlayırlar və nəyin bahasına olursa-olsun, narkoz əldə etmək üçün yalandan onlarda ağrı tutması olduğunu göstərməyə cəhd edirlər, çünki abstinensiyalı xəstələrin orqanizminə narkoz yeridildikdə çətin dözülən əzabverici ağrılar tamamilə kəsilir. Qeyd etmək lazımdır ki, xəstələr çox vaxt preparatları oğurlayırlar, qıfılları sındırarkən qeyri-adi məharət göstərirlər. Abstinensiyanın dayandırılması həkimin tə'yinatına görə tibb bacısı tərəfindən həyata keçirilən bir sıra təşkilati və müalicə tədbirlərindən ibarətdir. Bu zaman xəstəyə baxım xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Xəstə üçün yataq rejimi və ən ciddi gündəlik nəzarət tə'yin edilir. Onun başqaları ilə görüşməsi qadağan edilir, çünki xəstənin qohumları ona narkotiklər gətirə bilərlər. Buna görə də tibb bacısı xəstə üçün gətirilən bütün şeyləri diqqətlə nəzərdən keçirir. Xəstə üçün ancaq yüngül həzm olunan, zülallar və vitaminlərlə zəngin pəhriz tə'yin edilir. Abstinensiyanın dayandırılması üçün, həkimin tə'yinatına görə əzələyə insulin, neyroleptiklər (aminazin, tizersin, etaperazin,

xlorprotiksen) və trankvilizatorlar (diazepam, seduksen, xlordiazepoksidelenium), venaya qlükoza və kalsium-xlorid yeridilir. Tibb bacısı dərmanların vaxtlı-vaxtında qəbul edilməsinə ciddi fikir verməlidir, çünki xəstələr çox vaxt müalicədən imtina edirlər. Xəstələrin narkotikləri oğurlamasına yol verməmək üçün dərmanların yaxşı qorunması qayğısına qalmaq lazımdır.

Abstinensiya dövrü 14 günə qədər davam edir. Bu dövr ərzində xəstələrin ürək fəaliyyətinin kəskin surətdə aşağı düşməsinə yol verməmək üçün tibb bacısı hər gün xəstələrin nəbzini və arteriya təzyiqini yoxlamalıdır.

ALKOQOLİZM-tərkibində etil spirti olan içkilərə meyletmə xəstəliyidir. Bir dəfə spirtli içki içmə nəticəsində baş verən kəskin sərxoşluq alkoqolizmi və xronik alkoqolizm fərqləndirilir. Xronik alkoqolizmdə alkoqola (spirtli içkilərəy qarşısı alına bilməyən aludəlik və xumarlıq sindromu inkişaf edir. Birdəfəlik kəsgin alkoqolizm sərxoşluğu zamanı kəskin alkoqol intoksikasiyası baş verir. Yüngül və orta dərəcədə alkoqol sərxoşluğu xüsusi müalicə tələb etmir. Ağır sərxoşluq hallarında isə komatoz hala qədər inkişaf edən müxtəlif şüur pozğunluqları, qıcolma tutmaları baş verə bilər.

Əsas terapiya orqanizmin dezintoksikasiyasına yönəldilir: venaya V_6 və S vitaminləri ilə birlikdə 40%-li qlükoza məhlulu inyeksiyaları tə'yin edilir. Dəri altına 5%-li qlükoza məhlulu ilə natrium-xloridin fizioloji məhlulu yeridilir. Ağır sərxoşluq ürək fəaliyyətinin azalması ilə müşayiət olunduğuna görə, tibb bacısı nəbzi və arterial təzyiqi müntəzəm surətdə yoxlamalıdır. Ürək-damar çatışmazlığı artdığı zaman tibb bacısı həkimin gəlməsini gözləmədən xəstəyə dəri altına 1 ml kordiamin (0,5-1%-li məhlulu) və 1 ml kofein |(10%-li məhlulu) yeridə bilər. Bədən temperaturu kəskin surətdə aşağı düşdükdə xəstənin üstünü örtmək və onu isitqaclarla əhatə etmək lazımdır, Bədəndə yanıq əmələ gəlməməsi üçün isitqacların çox isti olmamasına fikir verilməlidir. Hərdənbir xəstənin bədəninin vəziyyətini də dəyişmək lazımdır. Hərəki qıcıqların əmələ gəlməsi ehtimalı yaranarkən preparatların parenteral yeridilməsi ilə əlaqədar bütün proseduralar tibb bacısı və sanitarkaların iştirakı ilə keçirilir. Onlar inyeksiya zamanı xəstənin qollarını tutmağa kömək edirlər, xəstənin sidik kisəsinin vaxtlı-vaxtında boşalmasına fikir verilməlidir. Sidik ifrazı yubandıqda kateter salınmalıdır.

Xronik alkoqolizm hallarında çox vaxt müxtəlif kəskin psixozlar baş verir. Psixozların ən çox yayılmış növlərindən biri alkoqol deliriyidir (alkoqol psixozu). Deliriy bərk içmə dövrü ardınca spirtli içkilərdən imtinaetmə zamanı baş verir. Xəstəlik xəstənin davranışlarının xüsusiyyətini müəyyən edən şüur pozğunluğu, səmtitirmə, təlaş, vahimə, parlaq hədələyici xəyallar (görmə hallüsinasiyaları) və sayıq olamalarla xarakterizə olunur. Xəstə xəyali

tə'qibedicilərdən xilas olaraq və ya əmredici xəyali "səslərə" tabe olub (hallüsinasiya bəhsinə bax) ətrafındakı xəyali düşmənə təcavüz məqsədilə pəncərədən tullana bilər və ya sınmış şüşələrdən yaralana bilər. Xəstəlik uzun sürən yuxusuzluqla müşayiət olunur, belə ki, axşamlar və gecə vaxtı psixomotor coşğunluq (psixi oyanıqlıq) daha da şiddətlənir.

Deliriy baş verdiyi zaman xəstənin üzərində bütün sutka ərzində müşahidə aparılır. Onun çarpayısı pəncərədən uzaqlaşdırılır. Hərəki həyəcanlanma şiddətləndikdə, xəstəni yatağında saxlamaq (psixi xəstəlikdə xəstəni saxlamaq metodları bəhsinə bax) lazımdır. Müalicə tədbirləri dezintoksikasiyaya, həyəcanlanmanın dayandırılmasına və yuxunun normallaşdırılmasına yönəldilməli, habelə ürək-damar sisteminin fəaliyyətinə kömək edilməlidir. Tibb bacısı prepapatların yeridilməsi işini sanitarın iştirakı ilə keçirir. Bu zaman sanitar xəstəni lazımi vəziyyətdə saxlayır. Sedativ və yuxuladıcı effekt əldə etmək üçün sutka ərzində 50-100 mq miqdarında (2-4 ml 2,5%-li məhlulu) aminazin və ya tizersin yeridilir. Preparat yeridildikdən sonra xəstənin nəbzi və arterial təzyiqi yoxlanılır, çünki bu zaman arterial təzyiq kəskin düşə bilər. Lazım gələrsə, kamfora, kordiamin, kofein yeridilir. Arterial təzyiq ifrat dərəcədə aşağı olduqda coşğunluğu aradan qaldırmaq üçün xloralhidratlı (50 ml 6%-li məhlulu) imalə edilnr. Delirjy, adətən, 3-4 gün davam edir, sağalma normal yuxu nəticəsində əldə edilir.

Xronik alkoqolizm fonunda deliriydən əlavə, kəskin və xronik eşitmə hallüsinasiyaları və sayıqlama psixozları da əmələ gəlir. Bunlar eşitmə hallüsinasiyalarının çox vaxt əmr, həqarət, pis söyüş və ya hədələmə şəklində olan xəyali "səslər"in eşidilməsi ilə xarakterizə olunur. Xəstə bu cür əmr və hərəkətlərin tə'siri altında özünü öldürə və başqasına, hücum edə bilər, hətta başqasını öldürə bilər. Sayıqlama təəssüratının məzmunu tə'qib və qısqanma ideya və hadisələrindən ibarət olur. Hər iki halda bu xəstələr ətrafdakılar üçün təhlükəli olmaqla-"tə'qibedicilərə", "xəyanət edən" qadın və ya kişilərə qarşı yönəldilmiş təcavüz hərəkətləri edə bilərlər, hətta onları vəhşicəsinə öldürə bilərlər.

Tibb bacısı xəstələrin davranışlarına nəzarət edir, xüsusilə qısqanclıq sayıqlaması olduğu hallarda onların qohumları ilə görüşlərində iştirak edir.

APOPLEKSİYA (beyin iflici, insult)-beyinə qan sızması və ya beyin damarının tutulması (trombozu) ilə əlaqədar olaraq beyin qan dövranının kəskin pozğunluru nəticəsində baş verir.

Apopleksiya bir neçə saatdan bir neçə günə qədər davam edən şüur pozğunluğu (özündəngetmə) ilə müşayiət olunur. Zədələnmə ocağının yerləşməsindən asılı olaraq bədənin yarısı iflic ola (hemiplegiya) və nitqi tutula bilər. Şüur pozğunluğu (özündəngetmə) hallarında tibb

bacısı xəstəyə xüsusi nəzarət və qulluq etməlidir. Xəstəliyin kəskin dövründə xəstəyə tam istirahət, sakitlik və ciddi yataq rejimi tə'min edilir. Taxma diş protezləri çıxarılır. Gündə bir neçə dəfə palatanın havası dəyişilməlidir, lakin bu zamai xəstəni üşütmə və soyuqdəymədən qorumaq lazımdır. Tibb bacısı hər səhər xəstənin ağız boşluğupu təmizləyir və lazım gəldikdə aqızda toplanmış seliyi və traxeyada (nəfəs borusu) olan ifrazatı kənar edir. Həmçinin sidik kisəsinin vaxtlı-vaxtında boşalmasına və lazım gəldikdə, sidiyin kateter vasitəsilə axıdılmasına fikir verir. Xəstənin bilaixtiyar siyiməsi və defekasiyası hallarında daimi sidik qəbuledicidən (sidik kəmərindən) və xəstənin altına qoyulan rezin qabdan istifadə edilməlidir. Yataq yarası əmələ gəlməsinə yol verməmək üçün xəstənin döşəkağını tez-tez dəyişmək, onun oma və arxa sümüklərinə kamfora spirti sürtmək və bədəninin vəziyyətini tez-tez dəyişmək lazımdır.

Komatoz vəziyyət qurtardıqdan sonra xəstəyə qulluğun xüsusiyyəti zədələnmə zonasının yerləşməsi və genişliyinə görə müəyyən edilir. Birinci 6 həftə ərzində ciddi yataq rejimi tətbiq edilir. Tibb bacısı isə adəti üzrə yataq xəstələrinə qulluq tədbirlərini həyata keçirir, sonra həkimin tə'yinatı üzrə müalicəvi bədən tərbiyəsi keçirir. 6-7 həftə keçdikdən sonra xəstənin yataqdan qalxıb gəzməsinə icazə verilir, düzdür ilk vaxtlar o çətinliklə gəzir. İflicə tutulmuş ətraflarda əzələ tonusu yüksəldiyinə görə xəstənin yerişi sabit olmur, zəiflik hiss edir. Yerimə zamanı koordinasiya pozğunluqları olduğuna görə, o, tibb bacısının köməyilə yeriyə bilir.

ATEROSKLEROZ (beyin damarları), bir qayda olaraq 50-60 yaşa çatdıqda inkişaf edir. Aterosklerozun klinik təzahürləri yaddaşın zəifləməsi, depressiya (bax), baş gicəllənməsi, yorğunluq halları; çox vaxt psixomotor coşğunluq, əndişə, sayıqlama, bə'zən şüurun pozulması ilə müşayiət olunan damar psixozlarıdır.

Tibb bacısı bu xəstələr üzərində diqqətlə müşahidə aparır. Xüsusilə onlarda suisidal təşəbbüslər göründükdə, onların daxili üzvlərinim vəziyyətinə, tə'yin edilmiş müalicə proseslərinin yerinə yetirilməsinə fikir verir.

YUXUSUZLUQ, habelə yatma və oyanmanın pozğunluğu və səksəkəli yuxu çox vaxt müxtəlif daxili və ruhi xəstəlikləri müşayiət edir. Yuxunun pozulması ağrılar, təngnəfəslik və öskürmə ilə əlaqədar ola bilər. Bu maneələr aradan qaldırıldıqdan sonra yuxu öz-özünə normallaşır.

Psixi xəstəliklərdə yuxunun pozulması olduqca tez-tez baş verir. Yuxu hissinin olmamasına (depressiya hallarında) geniş təsadüf edilir. Bu zaman xəstə tamamilə yuxusuz qalmasından şikayət etdiyi halda, yuxunun normal davamiyyəti və dərinliyi obyektiv surətdə qeyd olunur. Bə'zən yuxunun pozulmasının getdikcə artması deliriy vəziyyətinin (alkoqolizm bəhsinə bax) başlanğıc nişanəsidir.

Yuxusuzluğun medika-mentoz müalicəsini həkim tə'yin edir. Tibb bacısı isə dərmanların düzgün (xəstənin yatmasına 30 dəqiqə qalmış) qəbul edilməsinə fikir verir, gigiyenik tədbirləri yerinə yetirir-palatanın havasını dəyişir, xəstənin yatağını yenidən döşəyir. Uzun sürən yuxusuzluq hallarında müəyyən şəkildə "gecədənqorxma" hissi inkişaf edə bilər. Bu zaman xəstələr yatmaqdan qorxurlar, onları yata bilməyəcəkləri (yuxu aparmaması) narahat edir və qorxudur. Belə hallarda tibb bacısı xəstələri sakitləşdirməli və onlara başa salmalıdır ki, yuxusuz qala biləcəklərini düşünməsinlər. Özlərini boş saxlasınlar, xəstələri tə'kidlə inandırmalıdır ki, verilən dərmanlar xəstəyə yaxşı tə'sir göstərəcək və dərin yuxu gətirəcəkdir.

SAYIQLAMA bir çox psixi xəstəliklərin simptomu olub, xəstəliyin tə'sirilə əmələ gələn və təkzib edilə bilməyən yanlış fikir və ya mülahizələrdən ibarətdir. Sayıqlamanın temaları çox müxtəlif olur. Xəstələr özlərini müəyyən şəxslər qrupunun və ya ətrafdakı bütün adamların tə'qibinə mə'ruz qalan obyekt, təqibediciləri isə xüsusi əzəmətli gücə və hipnoz qüvvəsinə malik hesab edə bilərlər. Bu zaman xəstələrin hərəkətləri sayıqlamanın xüsusiyyətlərindən və tematikasından asılı olaraq, təhlükə yarada bilər. Ola bilər ki, xəstə əslində olmayan (xəyali) təqibedicilərə hücum etsin, özünə qəsd etsin və ya heç gözlənilməyən başqa hərəkətlərdə olsun. Xəstələrin öz təəssürat və fikirlərini gizlətdikləri nəzərə alınarsa onların hərəkətlərinin bədbəxt hadisə törədəcəyini gözləmək olar. Sayıqlama təəssüratına malik olan xəstələr, adətən, gərgin vəziyyətdə, hamıdan şübhələnən və dinməz-danışmaz olurlar, suallara cavab verməkdən boyun qaçırırlar, çox vaxt yeməkdən də imtina edirlər. Bunu nəzərə alaraq, tibb bacısı belə xəstələr üzərində diqqətli müşahidə və nəzarət aparmalı, həm də onlara qida və dərmanların vaxtında verilməsinə diqqət yetirməlidir.

PSİXOMOTOR COŞĞUNLUQ-bir çox psixi xəstəliklər çərçivəsində inkişaf edərək, tə'xirəsalınmaz tibbi yardıma ehtiyacı olan kəskin cərəyan edən xəstəlikdir. Bu həyəcanlı hərəki reaksiya zamanı xəstələr vurnuxur, ora-bura qaçır, əl-qol atır, arız-burnunu qırışdırırlar, bu zaman onlar özlərini və ətrafdakı şəxsləri zədələyə bilərlər: nitqləri çox vaxt rabitəsiz, dolaşıq və qırıq-qırıq olur. Belə hallarda, birinci növbədə, həkim çağırmaq və xəstəni təcrid etmək lazımdır... Həkim gələnə qədər onun immobilizə olunması üçün lazımi tədbirlər görülməlidir. Ən səmərəli tədbir-xəstənin təsbit və saxlanmasının əsas priyomlarından (bax: coşğun-xəstələrin sabit saxlanması metodları) istifadə edərək onu yatağa uzandırmaqdır. Tibb bacısı kəskin həyəcanlanma vəziyyətini aradan qaldırmaq üçun lazım olan tədbirləri müstəqil görməlidir. Belə hallarda ən effektli tədbir 1 ml dimedrol və 1 ml kordiamin ilə 2-4 ml 2.5%-li aminazin və ya tizersin məhlulunun əzələyə yeridilməsidir. Arterial təzyiqin birdən-birə çox azalması ehtimalını (kollaps) nəzərə alaraq inyeksiyadan sonra xəstəni

$1^1/_2$-2 saat ərzində uzandırmaq və bu zaman onun nəbzinə və arteriya təzyiqinə fikir vermək lazımdır. Əgər coşğunluq bir saat ərzində sakitləşməzsə inyeksiyanı təkrar etmək olar.

Xəstədə coşğunluğun ürək-damar pozğunluqları ilə birlikdə baş verməsi aminazin və tizersinin tətbiqinə qismən əks göstəriş olduğu üçün, belə hallarda əzələ və ya venaya 2-4 ml diazepam (seduksen) yeridilir və ya xloral-hidrat (15-20 ml, 6%-li məhlulu) imaləsi edilir.

HALLÜSİNASİYA (xəyali hadisələr) tez-tez baş verən psixi pozğunluqdur. Bu zaman xəstə əslində mövcud olmayan səsləri eşidir, mövcud olmayan mənzərələri görür, həqiqətdə olmayan qoxuları hiss edir. Hallüsinasiyanın tə'siri altında xəstə ünsiyyətsiz olur, çox vaxt öz təəssüratını gizlədir. Belə hallarda tibb bacısının xəstələr üzərində dəhşətli müşahidələri hallüsinasiya aldanmalarının aşkar edilməsi üçün, əhəmiyyətli və faydalı ola bilər. Hallüsinasiyaya qapılmasından şübhə edilən xəstələr bütün sutka ərzində ciddi nəzarət altında olmalıdırlar. Belə xəstələr az ünsiyyətli olur və tək qalmağa çalışırlar. Xəstələrin davranışları onların hallüsinasiya təəssüratına görə müəyyən edilir; onlar günün çox hissəsini yorğanı başına çəkmiş və ya başını yastıqla örtmüş halda yataqda keçirirlər və ya dəhşətli mənzərələr görməmək və səsləri eşitməmək üçün qulaqlarını tıxayır və gözlərini yumurlar. Bə'zən də əksinə, onlar palatada oyan-bu yana vurnuxur, gözlərini hara isə dikir, yerdən heç kəsə görünməyən şeyləri götürür və nəyi isə axtarırlar. Qoxu hallüsinasiyalarında xəstələr burun pərlərini tıxayır və uzun müddət yeməyi iyləyirlər. Xəstələr gözlənilməz (impulsiv) hərəkətlər edərək ətrafdakılara hücum edə bilərlər. Belə xəstələr çox vaxt yeməkdən və dərmanlardan da imtina edirlər. Tibb bacısı xəstələrə nəzarət etməklə bərabər, gigiyena tədbirlərinin yerinə yetirilməsinə və xəstələrin yedizdirilməsinə də fikir verir. Xəstələr yeməkdən imtina etdikdə, onları zondla yedizdirirlər (*xəstələrə ümumi qulluq tədbirlərinə* bax). Xəstənin dərman qəbul etməməsini aqız boşluğunu yoxlamaqla müəyyən edirlər. Hallüsiiasiya həyəcanlılığı şiddətləndikdə tibb bacısı həkimi çağırır, lakin həkim gələnə qədər də bu vəziyyəti aradan qaldırmaq üçün tədbirlər görur (psixomotor coşğunluq-həyəcanlanma bəhsinə bax).

HİPERKİNEZLƏR-*psixoformakoterapiya: kənar effektlər bəhsinə* bax.

HİPNOTERAPİYA-sözlə təlqin vasitəsilə xəstəni sün'i yuxu vəziyyətinə salma. Bu zaman həkim ilə xəstə arasında kontakt qismən mühafizə olunduğu üçün həkim öz inandırıcı sözlərinin tə'siri ilə xəstədə sağalmağa inam yarada bilər.

Hipnoterapiya (hipnozla müalicə) tibb bacısı tərəfindən əvvəlcə hazırlanmış alaqaranlıq və sakit otaqda aparılır. Hipnoz seansı qurtardıqdan sonra tibb bacısı xəstələrin vəziyyətinə, gecə yuxusuna, əhvali-ruhiyyəsinə, şikayətlərinə fikir verir və əmələ gələn bütün dəyişikliklərdən həkimi xəbərdar edir.

ORİYENTASİYANI İTİRMƏ—vaxtı (ili, günün tarixini, ayı, günün vaxtını), səmti, məhəlli tə'yinetmə qabiliyyətinin pozulması, habelə idrakın pozğunluqu-xəstə öz adını, yaşını, peşəsini deyə bilmir. Oriyeitasiyanı itirmə psixi fəaliyyətin kobud surətdə pozulmasını göstərir və bu halda xəstənin ciddi nəzarət və baxıma ehtiyacı olur. O özünə qulluq edə, əl-üzünü yuya və başını daraya bilmir, habelə öz çarpayısını və yeməkxananın yerini tapa bilmir və s. Tibb bacısı gigiyena tədbirlərinin yerinə yetirilməsinə, dərmanların vaxtlı-vaxtında qəbul edilməsinə fikir verir. Xəstələrin geyinməsinə kömək edir, onları yedizdirir.

İNFEKSİON DELİRİY (QIZDIRMA)-yüksək temperatur (infeksiyalar, intoksikasiyalar, operasiyadan sonrakı dövr) fonunda baş verən kəskin psixomotor coşğunluq vəziyyəti. Bu zaman yuxu pozulur, gecələr hərəki narahatlıq inkişaf edir. Hallüsinasiyalar və bə'zən sayıqlama baş verir. Xəstələr psixi təəssüratın tə'siri altında vurnuxurlar, hətta özlərini və otrafdakı şəxsləri zədələyə bilirlər. Bu cür hallar baş verdikdə tibb bacısı xəstələrin immobilizasiyası (sakitləşdirilməsi) üzrə tədbirlər görməlidir (*çoşğun xəstələri təsbit və saxlama metodları bəhsinə* bax). Sonra həkimin tə'yin etməsinə görə əzələyə aminazin və ya diazepam (seduksein yeridilir, habelə yuxu dərmanları verilir. Xəstələr üzərində bütün sutka ərzində müşahidə və nəzarət tə'yin edilir; xəstənin çarpayısını pəncərə və qapıdan kənara çəkmək lazımdır. Tibb bacısı xəstənin ürək-damar sisteminin fəaliyyətini yoxlayır və müşahidələri haqqında həkimə mə'lumat verir, lazım gəldikdə xəstəyə kamfora, kordiamin, kofein vurur.

DEPRESİYA-əhvali-ruhiyyənin davamlı surətdə pozulması, darıxma və tələşlə, təfəkkür və nitq tempinin ləngiməsi, hərəki tormozlanma (ləngimə) ilə xarakterizə olunur. Xəstələr özlərini guya cinayət işlətdikləri üçün təqsirləndirir, gələcəyə bədbin münasibət bəsləyir və elə hesab edirlər ki, onlar xəstə deyillər və müalicəyə yox, ancaq ölümə layiqdirlər. Depressiya vəziyyəti çox vaxt özünü öldürmə fikri və ona təşəbbüs ilə müşayiət olunur. Buna görə də depressiv xəstələr psixiatriya şö'bəsinin ən ağır və təhlükəli kontingentidir. Onlar müşahidə və nəzarət altında saxlanan palatada olmalı və tibb bacısı bu palataya bütün sutka ərzində nəzarət etməlidir. Xəstələr özünə qəsd meyllərini həyata keçirmək üçün qeyri-adi hiyləgərliyə əl atırlar: şö'bəyə iti (kəsici) şeylər gətirir, qayçı və ülgücləri oğurlayır, şüşə parçaları axtarıb tapır və ya şüşə sındırırlar ki, bunlarla venalarını kəssinlər, yaxud qaşıq, açar kimi müxtəlif şeyləri udur, özlərini zəhərləmək məqsədilə dərman yığır, paltar və camaşırdan şərid düzəldib özünü asmağa və ya adyal altında özünü boğmağa çalışırlar, habelə başlarını divara, batareyaya vururlar və i. a. Bunu nəzərə alaraq tibb bacısı hər gün xəstənin yatağını, paltarının ciblərini və çarpayının yanındakı tumboçkaları yoxlamalı, dərman qəbul edildikdən sonra xəstənin

ağzına baxmalı, xəstələrin başını adyalla örtməsinə icazə verməməli, ayaqyoluna gedən xəstələri müşayiət etməli və yemək zamanı da onlara göz qoymalıdır.

Depressiya dövründə tormozlanma (ləngimə) o dərəcəyə çatır ki, xəstələr günlərlə yataqda qalır, suallara cavab vermir, yeməkdən imtina edir və təmizliyə riayət etmirlər. Belə hallarda tibb bacısı onları öz əlilə və ya zond vasitəsilə yedizdirir. Hər gün onların yatağını yenidən döşəyib hazırlayır, yataq yarasının qarşısını almaq üçün xəstələrin omalarına və arxalarına kamfora spirti sürtür, bağırsaqların və sidik kisəsinin vaxtında boşalıb təmizlənməsinə fikir verir.

DİSSİMULYASİYA-xəstələrin psixi xəstəlik simptomlarını (sayıqlama, hallüsinasiya və depressiyanı) gizlətməyə çalışmasıdır.

Dissimulyasiya xəstənin öz təəssüratı nəticəsində antisosial hərəkətlərə və ya özünü öldürməyə təşəbbüs etməsi hallarında xüsusilə təhlükəlidir.

Dissimulyasiyadan şübhələnmə hallarında tibb bacısı xəstənin vəziyyətini xarici obyektiv əlamətlərə (sayıqlama, hallüsinasiya hadisələrinə) görə qiymətləndirməyə və özünü öldürmə təşəbbüslərinin qarşısını almağa çalışır.

İNSULİN TERAPİYASI hazırkı vaxta kimi şizofreniyaya qarşı tətbiq edilən geniş yayılmış müalicə növlərindən biridir. İnsulinlə müalicə həkimin tə'yinatı üzrə və onun nəzarəti altında aparılmasına baxmayaraq, bilavasitə tibb bacısı tərəfindən həyata keçirilir. Buna görə də tibb bacısı insulinlə müalicə (insulin terapiyası) metodikasını yaxşı bilməklə bərabər, onun nəticəsində baş verə biləcək ağırlaşmalar və onlarla mübarizə metodlarını da öyrənməlidir. İnsulin terapiyasının keçirilməsi üçün daimi nəzarət altında olan xüsusi palata təchiz edilir. Burada həm müalicə prosedurunun keçirilməsi zamanı, həm də sonralar, komatoz halların təkrarlanması ehtimalı nəzərə alınaraq, xəstələr üzərində bütün sutka ərzində müşahidə və nəzarət aparılması zəruridir. Tibb bacısı insulin palatasında prosedurun keçirilməsi üçün lazım olan şprisləri, mə'də zondlarını, termometr və şpatelləri və ağız genişləidirici çihazı hazırlamalıdır. Burada həmçinin şərbət üçün xüsusi parç olmalıdır. Bundan əlavə həmin palatada insulinlə dolu flakonlar, 40%-li qlükoza məhlulu ampulları və tə'xirəsalınmaz yardım üçün lazım olan 1%-li adrenalin məhlulu, kamfora, kordiamin, V_1, V_6, V_{12} vitaminləri və askorbin turşusu məhlulları olmalıdır. İnsulin terapiyası zamanı tibb bacısı yeridilən insulinin miqdarını (insulinin flakonunda göstərilən seriya yazılmalıdır), xəstənin özünü necə hiss etdiyini qeyd edərək, hipoqlikemiya və koma zamanı onun nə vəziyyətdə olduğu, xüsusilə bu vəziyyətlərdən çıxma halının xüsusiyyətlərini təsvir edir. İnsulin hər gün açqarına əzələyə və ya dəri altına yeridilir. İnyeksiyanın başlanğıc dozası 4 vahiddir. Hər gün bu doza hipoqlikemiya vəziyyətləri əmələ gələnə qədər daha 4 vahid miqdarında artırılır. Bu

vəziyyətlər getdikcə artan yuxuculuq, qulaqbatması, çox tərləmə, ağız suyu axması, əzələ tonusunun aşağı düşməsi ilə xarakterizə olunur. Hipoqlikemiya dərinləşdikdə psixomotor coşğunluq baş verə bilər-xəstələr çarpayıda çapalayır, nə isə qışqırırlar. Belə hallarda xəstələri çarpayıya bağlayıb saxlamaq (coşğun xəstələrin yerində saxlanması bəhsinə bax) lazımdır. Hipoqlikemiya vəziyyətlərinin aşkar büruzə verməsindən sonra iki gün ərzində insulin dozasını artırmırlar. Bundan sonra isə insulin dozasını ta komatoz vəziyyət təzahür edənə qədər hər 2 gündənbir 4 vahid artırırlar.

Hipoqlikemik koma, bir qayda olaraq, insulin yeridilməsindən 3-4 gün sonra baş verərək, hipoqlikemiyadan sonra əmələ gəlir. Koma hipoqlikemiya vəziyyətindən fərqli olaraq şüurun tamamilə itirilməsi (özündəngetmə) ilə xarakterizə olunur. Xəstələr onlara müraciət edənləri eşitmir, ağrı qıcıqlarını hiss etmirlər. Onların tənəffüsü xorultu ilə müşayiət olunur və bu zaman çoxlu ağız suyu ifraz edilir. Buynuz qişa refleksi itir-buynuz qişaya pambıq tamponla yüngülcə toxunduqda cavab reaksiyası alınmır. Koma dərinləşdikdə əzələ tonusu artır və tonik qıcolmalar inkişaf edə bilər. Bu zaman xəstənin beli qövs şəklində bükülür, ətraflar dartılır, baş arxaya tərəf əyilir, çənələr sıxılır. Nəbzin dolğunluğu tədricən azalır və üzün sianozu (göyərməsi) artır. İnsulin terapiyası aparan tibb bacısı hipoqlikemiya ilə koma arasındakı fərqləri yaxşı bilməlidir ki, xəstəni bu vəziyyətlərdən vaxtında çıxara bilsin. Hipoqlikemiya 4 saatdan artıq davam etməməlidir. Hipoqlikemiyalar yüngül və şüur itirilməmiş olub xəstə müstəqil içə bildiyi halda, ona 4-cü saatın axırında şəkər siropu (şərbət) şəklində 100-200 q şəkər verilir. Şəkəri isti su və çayda əritmək də olar. Sonralar şüur pozğunluru artdığı zaman (qulaq batması başlasdıqda) venaya 20-40 ml 40%-li qlükoza məhlulu yeritmək və bundan sonra sirop (şərbət) şəklində 200 q şəkər verməklə hipoqlikemiya vəziyyəti dayandırılır. Xəstə özünə gəldikdə tibb bacısı onu tərkibində karbohidratlar, yağlar olan yüksək kalorili səhər yeməkləri (məsələn, sıyıq, yaq-çörək) ilə yedizdirir. Xəstənin venaları dərində yerləşmiş və ya tromboflebit olduğu üçün qlükoza yeritmək mümgün olmadıqda ona şəkər siropunu və səhər yeməklərini zondla verirlər (yeməkdən imtina bəhsinə bax).

Komatoz vəziyyətlər də hipoqlikemiya vəziyyətləri kimi da yandırılır. Birinci koma 5 dəqiqədən sonra dayandırılır, sonralar isə onun davamiyyət müddəti tədricən artaraq 20-40 dəqiqəyə çatır (orta hesabla gündə 5-10 dəqiqə artır). Müalicənin effektindən və həkimin göstərişlərindən asılı olaraq cəmi 15-dən 50-yə qədər koma keçirilir. Koma inkişaf edən zaman tibb bacısı ayrılmadan xəstənin yanında olmalı, tonik qıcolmalar kəsik-kəsik və səthi tənəffüs başlandığı və korneal refleks itdiyi halda isə bu vəziyyəti dərhal dayandırmalıdır. İnsulinlə müalicə (bazar günü istisna olmaqla) həftədə 6 gün keçirilir.

Bazar ertəsi insulin dozası artırılmayaraq qabaqkı miqdarda təkrarlanır. Müalicə 2 həftə ərzində başa çatdırılır və bu zaman insulin dozası tədricən azaldılır.

İnsulinlə müalicə zamanı ağırlaşmalar baş verə bilər. Tibb bacısı bunları vaxtında aşkar edərək, dərhal yardım göstərə bilməlidir. Təkrarlanan hipoqlikemiya, komalar və koma vəziyyətinin lən-gi-məsi (çox çəkməsi) tez-tez müşahidə olunur. Bu vəziyyətlərin dava-miyyət müddəti 24 saata çata bilər. Bu halda venaya təkrar 30-40 ml 40%-li qlükoza məhlulu yeridilməlidir. Xəstəyə zond vasitəsilə şəkər siropu verilir. Bir sutka ərzində dəri altına 2 ml-ə qədər fizio-loji məhlul yeridilir. B_1, B_6, B_{12}, S vitaminlərini adrenalinlə birlikdə inyeksiyası da tə'yim edilir. Damar çatmamazlığında kordiamin, kofein yeridilir. Çox vaxt insulin terapiyası zamanı qıcolmalar, epilepsiya şəklində özündəngetmə halları baş verir. Bu ağırlaşma-ların qarşısını almaq üçun gecələr və insulin yeridilməzdən qabaq daxilə 0,1 q fenobarbital tə'yin edilir. İnsulin terapiyası zamanı qıcolmaların baş verməsi tezliklə qlükoza yeridilməsi, hipoqlikemi-yanın dayandırılması üçün göstərişdir. Epileptik status baş verdikdə isə, əlavə olaraq, venaya 6-8 ml 5%-li barbamil məhlulu, habelə dia-zepam (seduksen) və xloralhidrat (epilepsiya bəhsinə bax) yeridilir.

İSTERİYA, bir qayda olaraq, psixikanın, hissiyyat və hərəki sferanın psixi travma nəticəsində baş verən keçici pozğunluğundan ibarətdir.

İsterik özündəngetmə isteriyanın təzahürlərindən biridir. Onun epileptik özüpdəngetmədən fərqləndirilməsi əhəmiyyətlidir. İsterik özündəngetmə psixi travma nəticəsində ani olaraq baş verir. Bu isterik tutma çılğınlıq reaksiyasının baş verməsi ilə fərqlənir. Bu zaman xəstələr özlərini döşəməyə sürtür, saçlarını yolur, qövs şəklində bükülür və qışqırırlar. Bu hərəkətlərdə bir sün'ilik görünür. Epilepsiyadan fərqli olaraq isteriya zamanı xəstələr yıxıldıqda əzilmirlər, bu zaman klinik qıcolmalar, qeyri-iradi siyimə və dilin dişlənməsi halları olmur. İsteriya tutmasında xəstəni elə təcrid etmək lazımdır ki, otaqda ancaq 1-2 adam qalsın. Xəstənin ətrafında sakitlik yaradılmalı, burada səs-küy salmamalı, vurnuxmamalı, tibb bacısı xəstənin vəziyyətindən narahat olmamalı və əl-ayağa düşməməlidir. Bir neçə dəfə bərkdən demək olar ki, heç bir şey yoxdur, indi tutma keçəcəkdir. Bir qayda olaraq, xəstənin yanında çoxlu adam toplandıqda özündəngetmə tutması şiddətlənir və uzun çəkir, lakin güclü xarici tə'sirin-ağrının, soyuğun (soyuq suyun) və kəsgin səsin tə'sirindən birdən-birə kəsilə bilər. İsteriya tutması bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir. İsteriya tutması çox davam etdikdo əzələyə 1 ml 2,5%-li aminazin məhlulu ilə birlikdə 1 ml kordiamin və 1ml dimedrol, yaxud 2 ml (10 mq) diazepam (seduksen) yeritmək olar. *İsterik parez və iflicləı, isterik astaziya* (ayaqların üzvü zədələnməsi olmadığı halda ayaqüstə durma

və gəzmənin mümgün olmaması), isterik korluq, isterik qusma da isteriya pozğunluqlarına aiddir. İsterik qusma bə'zən xəstələri arıqladıb haldan salır.

Hərəki və vegetativ funksiyaları pozulmuş xəstələrə qulluq etmənin ciddi çətinlikləri vardır. Belə xəstələr, bir qayda olaraq, dözümsüz və əsəbi olub, özlərinə artıq fikir verilməsini tələb edir və çox şikayətlənirlər, həkimlərlə və xəstəxana personalı ilə mübahisə edirlər. Ona görə də tibb bacısı xəstələrə dinclik yaratmalı, onlara çox fikir verməməli, onlarla xəstəliyin xüsusiyyətlərinə dair uzun-uzadı söhbət aparmamalıdır. O, xəstəni inandırmalıdır ki, xəstəliyin bütün simptomları müvəqqətidir və tezliklə keçib-gedəcəkdir, dəfələrlə təkrar və təkid etməlidir ki, apaliz və başqa yoxlamaların nəticələri müsbətdir.

KATATONİK SİNDROM-tormozlanma (stupor), yaxud ləngimə və ya oyadıcı tə'sir göstərən hərəki pozğunluqlardan ibarətdir.

Katatonik stupor əzələ tonusunun xeyli artması və lallıqla (mutizmlə) fərqlənir. Bə'zən xəstəyə istənilən vəziyyəti vermək olar və o, uzun müddət bu halda (mum elastikliyi və ya katalepsiya halı) qalır. Neqativizm hadisələri də müşahidə oluna bilər. Bu zaman hər hansı göstəriş xəstədə müqavimət yaradır: xəstədən oturmasını xahiş etdikdə-o ayağa qalxır, yedizdirmək istədikdə-o yana çevrilir və dişlərini sıxır, onun vəziyyətini dəyişdirmək istədikdə bütün əzaları ilə gərilir. Bə'zən xəstələr uzun müddət bətndaxili vəziyyət deyilən-dizlərini çənəaltına sıxmış və dodaqlarını xortum kimi uzatmış vəziyyətdə donub qalırlar. Katatonik oyanma səfehlik, müəyyən məqsədə yönəldilməmiş xaotik və aqressiv çılğınlıqla, mə'nasız impulsiv hərəkətlər, şiddətli qəzəb və mə'nasız söz və cümlələrin təkrar-təkrar bağırtısı ilə xarakterizə olunur.

Bu cür xəstələrə qulluq etmək çox çətindir. Tibb bacısı unutmamalıdır ki, belə xəstələrdə stupor gözlənilmədən xəstənin özü və ətrafdakılar üçün təhlükəli çılğınlıq və qəzəbli hərəkətlərlə əvəz oluna bilər. Buna görə də xəstənin üzərində ciddi nəzarət tə'min edilməlidir. Tibb bacısı stuporlu xəstələrə qulluq əsnasında gigiyena tədbirlərini də həyata keçirir, xəstələrin bağırsaqlarının fəaliyyətinə fikir verir, onları yedizdirir və içirdir, həkimin tə'yin etdiyi bütün müalicə tədbirlərini yerinə yetirir. Ən çətini xəstələrin yedizdirilməsidir, çünki onlar bərk müqavimət göstərirlər. Belə hallarda onları zondla yedizdirmək, ya da amital-kofein tətbiq etməklə tormozlanmanı (stuporu) dayandırmaq lazımdır; bə'zən bundan sonra yedizdirməyə başlamaq mümgün olur (*yeməkdən imtinaetmə bəhsinə* bax).

Xəstələrin yedizdirilməsi mümgün olmadığı hallarda parenteral qidalandırma tə'yin edilir (*xəstələrin müalicəvi qidalandırılması, sün'i qidalandırma bəhsinə* bax). Tibb bacısı yataq yaralarının profilaktikasını da tə'min etməlidir. Bu məqsədlə-xəstənin arxasına və omasına kamfora spirti sürtməli, sağrı altına yataq ağına bükülmüş rezin dairə roymalıdır. Gözlənilmədən katatonik coşğunluq baş

verdikdə isə, xəstəyə həkim gələnə qədər tə'cili yardım göstərməlidir (*psixomotor coşğunluq bəhsinə* bax).

KOMA-travma, apopleksiya (insult), zəhərlənmə, diabet və beyin qan dövranının pozulmasına, beyin ödeminə gətirib çıxaran müxtəlif başqa xəstəliklər nəticəsində baş verən və orqanizm üçün spesifik olmayan reaksiyadır. Koma zamanı şüur pozulur hərəkətsizlik, tənəffüs və ürək-damar fəaliyyəti pozğunluqları baş verir. Reflekslər və həssaslıq itir. Komanın müalicəsi əsas xəstəliyin xüsusiyyətləri ilə müəyyən edilir və həkim tərəfindən tə'yin edilir. Tibb bacısının vəzifəsi isə həkimin göstərişlərini dəqiq yerinə yetirmək və xəstələrə lazımınca qulluq etməkdən ibarətdir. Xüsusilə ürək-damar sisteminin vəziyyətinə (arterial təzyiqi və nəbzi müntəzəm surətdə ölçməli və qeyd etməli), tənəffüsə fizioloji fəaliyyətə, xəstənin dərisinə, ağız boşluğuna, yatağın vəziyyətinə və s. çox fikir verilməlidir.

ZOND VASİTƏSİLƏ YEDİZDİRMƏ (*yeməkdən imtinaetmə haqqında bəhsə* bax).

MANİAKAL SİNDROM əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi, həddindən çox danışma və fəallıqla xarakterizə olunur. Xəstələr öz imkanlarını çox yüksək qiymətləndirir, özlərini əzəmət sahibi, böyük şəxs e'lan edir, çoxlu işə girişir, lakin fikrini başqa işlərə də yayındırdıqları üçün heç birini axıra çatdıra bilmirlər. Belə halda xəstələr münaqişə qaldıran, əsəbi və kobud olurlar, e'tiraz və tənbehə dözmürlər. Hər işə şəxsən özləri rəhbərlik etməyə çalışırlar.

Xəstəliyin ağır hallarında xəstələrin davranışı (hərəkətləri) sosial xarakter alır-onlar hiperseksual (cinsiyyətcə çox pozğun) olurlar, düşünmədən çoxlu pul sərf edirlər, dövlət pullarını israf edə bilərlər, gözlənilmədən işi tərk edir, yersiz və mə'nasız əmrlər verirlər. Onların həyata keçirmək istədikləri planlara müqavimət göstərildikdə onlar coşğunluq və davakarlıqları ilə ətrafdakılar üçün təhlükəli olurlar. Tibb bacısı belə xəstələri daim nəzarət altında saxlamalı və həmişə təmkinli və mülayim rəftarı ilə onları sakitləşdirməyə çalışmalıdır. Bu xəstələr ixtilaf törətdikdə onları yola gətirməyə və sakitləşdirməyə çalışmaq lazımdır. Bu xəstələrin diqqətini tez yayındırmaq və başqa bir şeylə maraqlandırmaqla onları sakitləşdirmək asandır. Lakin seksual (cinsi) tormozlanmanın pozulmasına görə kişilərin şö'bəsində iş aparmaq çətinləşir. Belə xəstələri prosedura keçirmək üçün ayrıca kabinetə çağırmaq, onlara arxa çevirmək olmaz. Onları daim nəzarət altında olan palatada saxlamaq, dərman qəbul etmələrinə xüsusi fikir vermək lazımdır. Tibb bacısı xəstənin dərmanı gizlicə tüpürüb atdığını müşahidə etdikdə həkimin tə'yinatı üzrə dərmanı əzələyə vurur. Xəstələrə tə'cili yardım göstərmək lazım gəldikdə (psixomotor coşğunluq bəhsinə bax), hər hansı səbəbə görə həkimin tez gəlməsi mümgün deyilsə, tibb bacısı xəstəyə 2-4 ml 2,5%-li aminazin və ya tizersin məhlulunu 1 ml kofein və 1ml dimedrol ilə birlikdə vurur.

MANİAKAL-DEPRESSİV PSİXOZ (MDP) aydın ifadə olunmuş depressiv maniyalar və ya maniakal və depressiv tutmaların növbələşməsi şəklində cərəyan edir. Xəstələrə qulluğun xüsusiyyətləri psixi pozğunluqların xarakteri ilə müəyyən edilir. (Depressiya. Maniakal sindrom bəhslərinə bax). Tutmalar arasındakı fasilələrdə tibb bacısının vəzifəsinə himayəedici terapiya vasitələrinin müntəzəm surətdə tətbiqi üzərində nəzarət də daxildir. Son zamanlar maniakal tutmaların qarşısının alınması üçün uzun müddət litium duzlarının (karbonat və ya oksibutirat) qəbul edilməsi məsləhət görülür. Bu zaman qanda litium konsentrasiyasını (toplanmasını) hər 2-4 həftədə bir dəfə standart metodla yoxlayırlar.

MENİNGEAL SİNDROM beyin qişalarının müxtəlif xəstəlikləri çərçivəsində baş verir. Meningeal sindromun tez-tez və erkən əmələ gəlmə əlamətləri-uca səslərin və parlaq işığın tə'siri nəticəsində daha da şiddətlənən əziyyətverici başağrısıdır. Xəstəlik üçün həmçinin ürəkbulanması olmadan başlanan qusma səciyyəvi əlamətdir. Başı aşağı əymək istədikdə əzələlərin müqaviməti, çanaq-bud və diz oynaqlarında əvvəl düzbucaq şəklində bükülmüş qıçı dizdən açmaq mümgün olmaması səciyyəvi əlamətlərdəndir. Bə'zən epilepsiya şəklində qıcolmalar da baş verir.

Belə hallar baş verdikdə xəstələri alaqaranlıq sakit palataya qoymaq lazımdır. Xəstənin yanında ucadan danışmaq, birdən işıq yandırmaq olmaz. Tibb bacısı xəstənin bağırsaqlarının və sidik kisəsinin vaxtlı-vaxtında boşalmasına bütün sutka ərzində ciddi fikir verməlidir. O həmçinin sanitariya-gigiyena tədbirləri kompleksinin həyata keçirilməsi və yataq yaralarının qarşısı alınması qayğısına qalır. Müalicə proseduraları, sindromun əmələ gəlməsi səbəblərindən asılı olaraq, həkimin tə'yinatı üzrə yerinə yetirilir.

PSİXİ XƏSTƏLƏRİ SAXLAMA METODLARI. Gözlənil-mədən psixomotor coşğunluq baş verdikdə xəstəni saxlamaq lazım gəlir. Tibb bacısı coşğun xəstələri saxlamaq qaydalarını bilməlidir. Bununla xəstənin özünü və ətrafdakıların zədələnməsi ehtimalının qarşısını almaq mümgün olur. Xəstəyə yaxınlaşan şəxs əlində adyal (döşək, sırıqlı) tutmalıdır ki, xəstənin vura biləcəyi zərbələr yumşaldılsın. Xəstəni uzadıb yataqda saxlamağa çalışmaq lazımdır. Bu zaman bir nəfər onun dizlərdən yuxarı qıçlarından, ikinci-biləklərindən, üçüncü isə qollarından tutub saxlayır. Bu zaman xəstənin döşünə basmaq olmaz, çünki döşə təzyiq etdikdə qabırğalar sına bilər. Xəstəni alnı üzərindən çəkilən dəsmalla çarpayıya bağlayırlar, lakin alına əllə basmaq olmaz. Coşğunluq uzun çəkdikdə xəstənin qısa müddətdə çarpayıya bağlanmasına icazə verilir. Bundan ötrü uzun lentlərdən və xəstənin bilək və topuqlarına geydirilən corablardan istifadə edilir. Bunların uclarını çarpayının çərçivəsinə bağlayaraq xəstəni çarpayıda təsbit edirlər. Xəstəni başqa palataya köçürmək üçün ona arxa tərəfdən

yanaşır, qollarını xaçvarı yerləşdirərək onunla yanaşı gedirlər. Bu zamap xəstəni 2 tibb işçisi müşayiət edir. Onlardan hər biri xəstənin bir qolunu bilək və dirsəyindən tutur. Bu vaxt xəstənin qabağında getmək olmaz, çünki o qabaqda gedən işçiyə başı və ayaqları ilə zərbə endirə bilər.

MİQREN çox vaxt başın bir yarısını əhatə edən dövri baş ağrısıdır. Ağrı nəbz zərbələri kimi qırıq-qırıq və ya fasiləsiz olur. Miqren tutması üzün qızarması və ya ağrıması, güclü ağız suyu və gözyaşı axını, ürəkbulanma, çox vaxt qusma ilə müşayiət olunur. Tutma bir neçə saatdan 1-2 sutkaya qədər davam edir. Bu vəziyyət fiziki və ya emosional yüklərin artıqlığı, ağır (boğanaq) havalı otaqda uzum müddət qalmaq nəticəsində baş verir və çox vaxt dərin gecə yuxusundan sonra keçir. Xəstələr, bir qaydə olaraq, ümumi halsızlıq, əsəbilik, gözün qabağında xırda nöqtəciklərin titrəməsi, bədəndə keyləşmə, sancılar və s. kimi xoşagəlməz halların miqren tutmasının yaxınlaşdığını göstərən əlamətlər olduğunu bilirlər. Belə nişarələr baş verdikdə xəstəni sərin, qaranlıq və sakit otaqda yatızdıraraq, daxilə ağrısızlaşdırıcı dərmanlar (0,5 q amidopirin, 0,5 q fenasetin, 1 q analgin) və kiçik dozada yuxu dərmanları (bir dəfədə qəbul olunan 0,02 q fenabarbital, 2,5-5 mq nitrazepam), habelə damargenəldici dərmanlar (0,4 q papaverin, 1-2 həb No-şpa) tə'yin edirlər. Tutmanın ən yüksək dərəcəsində, əlavə olaraq, ayaqlara isitqac, ənsəyə xardal yaxması qoymaq və əzələyə analgin (1 ml) və dimedrol (1 ml) yeritmək lazımdır.

VASVASILIQ-patoloji fikir, arzu və hərəkətlərin xəstənin istəyindən asılı olmayaraq, hətta bu vəziyyətin xəstəlik nəticəsində baş verdiyini və yersiz olduğunu xəstənin özü də yaxşı bildiyi halda bilaixtiyar əmələ gəlməsi halıdır. Məsələn, xəstədə özünü qatar altına atmaq, hüpdürlükdən yıxılma, zöhrəvi xəstəliklərə tutulma qorxusu baş verir. Çox vaxt xəstədən əl çəkməyən bu qorxu vasvasılığı özünü "qoruma" mərasimləri ilə müşayiət olunur. Məsələn, xəstələr guya, yoluxucu xəstəlikdən qorunmaq məqsədilə tez-tez (gündə on dəfələrlə) əllərini yuyur, həmçinin heç özləri də istəmədən cürbəcür hərəkətlər edirlər (əllərini bir-birinə sürtür, başını yana çevirir və s.). Tibb bacısının belə xəstələrə qulluq etməsi çətinləşir. Xəstələr dəfələrlə və eyni ifadələrlə öz vəziyyətlərini, qorxularını şö'bənin işçilərinə danışır, onlardan yardım gözləyir və icazə verilməyən hərəkətləri gizlin görməyə çalışırlar (əllərinin dərisi zədələnənə və çatlayana, ya da iltihabi proses əmələ gələnə kimi yuyurlar). Tibb bacısı belə xəstələri başa salmalıdır ki, bu vasvasılıq müvəqqəti, keçici haldır. O, xəstələri belə hərəkətlərdən yayındırmağa və müalicə tədbirlərini müntəzəm surətdə keçirməyə çalışmalıdır.

NARKOMANİYA-narkotiklərə güclü meyl ilə xarakterizə olunur. Narkotik olaraq təbii (alkoqol, morfin, kokain) və sintetik (yuxu

dərmanları, psixotrop vasitələr) maddələrdən istifadə edilir. Adətən narkotiklər qəbul edən xəstələr subyektiv surətdə əhvali-ruhiyyələrinin xoşa gələn yüksəlməsini (eyforiya-keyf) hiss edir və xülya aləminə tapılırlar.

Narkotiklərə meyl get-gedə artaraq daimi tələbat şəklini alır, çünki narkotikin tə'siri qurtardıqda xəstə olduqca əziyyətverici bir hala (*abstinensiya bəhsinə* bax) düşür ki, bu da narkotiklər qəbul olunan kimi kəsilir.

Narkomaniyanın müalicəsi, bir qayda olaraq, stasionar şəraitdə birinci növbədə narkotikin qadağan edilməsi və abstinent sindromun aradan qaldırılmasından ibarətdir.

ÜÇLÜ SİNİR NEVRALGİYASI üçlü sinir budaqlarından biri-nin sahəsində qısa müddət (bir neçə dəqiqə) davam edən müvəqqəti bərk ağrı tutmaları şəklində təzahür edir. Ağrılar başın yarısında və ya ancaq göz, yanaq və alt çənə nahiyəsində olur, lakin daha aşağıda-boynun ənsə sahəsinə də yayıla bilər. Nevralgiya soyuq-dəymə, infeksiya, dişlərin və burunun əlavə boşluqlarının xəstəlik-ləri, bə'zən də travma nəticəsində baş verir. Bə'zi hallarda ağrı tut-maları kiçik fasilələrlə bir-birinin ardınca gedərək, xəstələri dözül-məz surətdə incidir. Onlar nə danışa, nə də çeynəyə bilirlər, arıqlayır və yata bilmirlər. Nevralgiya ağır cərəyan etdikdə xəstəyə qulluq etmək çətinləşir. Bu zaman hər bir hərəkət, hətta danışma da ağrını şiddətləndirir. Tibb bacısı həkimin tə'yin etdiyi proseduraları yerinə yetirir, lazımi dərmanları verir, xəstəyə isti olmayan, yaxşı əzilmiş sıyıq yeməklər yedizdirir, onlara qoruyucu rejim yaradır, soyumaqdan, üşüməkdən, xüsusilə hava axınından qoruyur.

NEVRASTENİYA uzun müddət davam edən emosional və fiziki gərginlik nəticəsində əmələ gəlir. Çox vaxt daxili və ya yoluxucu xəstəliklər, yaxud intoksikasiya fonunda baş verir. Bərk yorulma və zəifliklə yanaşı acıqlanma və çılğınlığa meyl nevrasteniyaya xas əlamətlərdir. Xəstələr yuxusuzluqdan, çox həyəcanlanma vəziyyətindən, gözyaşı axmasından, baş ağrısından, iş qabiliyyətinin azalmasından şikayət edirlər. Nevrasteniyanın müalicəsi, bir qayda olaraq, ambulatoriyada keçirilir.

Tibb bacısının vəzifəsi əsasən fəal patronaj yardımı göstərməkdən ibarətdir. Tibb bacısı xəstəyə baş çəkdikdə əmək və istirahət rejiminə riayət edib-etməməsini, gecə kifayət qədər yatıb-yatmamasını aydınlaşdırmalıdır. O həmçinin tə'yin edilmiş dərmanların xəstələr tərəfindən müntəzəm surətdə qəbul edilməsini, fizioterapevtik proseduraların (Şarko duşu, vannalar və s.) yerinə yetirilməsini və xəstələrin buna dözumlülüyünü də yoxlamalıdır. Hər dəfə xəstələrə baş çəkdikdə onlarla psixoterapiyaya dair söhbətlər aparmalı və xəstələrdə tamamilə sağala biləcəklərinə inam yaratmağa çalışmalıdır.

NEVROZLAR (isteriya, nevrasteniya, vasvasılıq xəstəliyi

bəhslərinə bax) ali sinir fəaliyyətinin keçici pozğunluqlarına əsaslanan və adətən, əlverişli cərəyan edən xəstəliklər qrupuna aiddir. Nevrozlar psixikanın travması (psixogeniya) şəraitində baş verir. Nevrozlara isteriya, nevrasteniya və vəsvəsılıq nevrozu vəziyyəti aid edilir.

PSİXİATRİYA STASİONARINDA TİBB BACISININ İŞİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ psixi xəstəliklərin cərəyanının spesifikliyinə əsasən müəyyən edilir. Adi psixiatriya xəstəxanası şö'bəsi iki yarım hissədən-narahat və sakit, ya da sanatoriya bölmələrindən ibarətdir. Şö'bənin narahat xəstələr bölməsində xəstəliyin kəskin (iti) formasını keçirən-psixomotor coşğunluq və ya stupor vəziyyətində, qeyri-normal davranışlı, hallüsinasiyalı və sayıqlayan xəstələr olur. Bu vəziyyətdə olan xəstələr həm özləri, həm də ətrafdakı şəxslər üçün təhlükəli olduqlarına görə, onların üzərində bütün sutka ərzində nəzarət qoyulur. Onlardan bə'ziləri nəzarət altında olan palataya qoyulur. Bu palatada sanitar və tibb bacısından ibarət daimi nəzarət postu olur. Şö'bənin sakit xəstələr (sanatoriya) bölməsinə sağalma dövründə olan xəstələr köçürülür. Bu zaman onlar artıq özlərinə qulluq edə bilirlər, həm də istər özləri, istərsə də ətrafdakı şəxslər üçün təhlükəli, olmurlar. Psixiatriya şö'bəsinin qapıları həmişə bağlı və qıfıllı olur, açarları isə şö'bənin həkimində, ya da tibb işçilərində saxlanılır. Şö'bənin pəncərələrinə isə dəmir barmaqlıq, tor və sınmayan şüşə salınır. Həm də ancaq barmaqlıq çəkilmiş pəncərələrin açılmasına icazə verilir, palatanın nəfəslikləri (xəfənglər) isə ancaq xəstələrin qalxa bilmədikləri hündürlükdə olmalıdır. Tibb bacısı şö'bədə əyninə xalat geyməli və başına ləçək bağlamalıdır. Parlaq rəngli kosmetika və bəzəklərdən imtina etməlidir, ələxüsus muncuq və sırğa taxmamalıdır, çünki xəstələr çılğın olduqda tibb bacısının sırğalarını dartıb qopartmağa və ya onu boynundakı muncuqlarla boğmağa təşəbbüs edə bilərlər. Şö'bədə eyni zamanda müxtəlif funksiyaları ifa edən bir neçə tibb bacısı da ola bilər. Tibb bacılarının hamısı üçün (ifa etdiyi vəzifələrindən asılı olmayaraq) əməl edilməsi məcburi olan ümumi qaydalar mövcuddur. Bu qaydalara əsasən əvvəla xəstələrə, hətta onlar aqressiv hərəkətlərə təşəbbüs etdikdə belə, təmkinlə, xeyirxahlıq və qayğı ilə yanaşmaq lazımdır. Tibb bacısı eyni zamanda ayıq olmalı və həmişə yadında saxlamalıdır ki, psixi xəstələr gözlənilməyən hərəkətlər edə bilərlər və bunlar bə'zən faciəli nəticələr verə bilər. Şö'bənin bütün qapılarının həmişə bağlı (qıfıllı) olmasına və açarların istər xəstələrin və istərsə onların qohumlarının əlinə düşməməsinə fikir verilməlidir. Çox vaxt xəstələr qapıları qaşıq sapı, çöplər və məftil vasitəsilə açmağa çalışırlar. Buna görə tibb bacısı hərdənbir xəstələrin ciblərini, çarpayı yanındakı tumboçkaları axtarır və xəstələrin yatağını yoxlayır. Bundan əlavə, şö'bənin bütün qapıları həmişə tibb işçilərinin diqqətli nəzarəti altında olmalıdır.

Tibb bacısı şö'bədə qayçı, ülgüc və başqa kəsici və sancıcı şeylərin nəzarətsiz qalmasına yol verməməlidir. Şö'bədəki tibb bacıları arasında

vəzifələr aşağıda göstərildiyi kimi bölünür: *Prosedur, insulin (insulin terapiyası bəhsinə* bax), aminazin və növbətçi (post) tibb bacıları. Prosedur tibb bacısının vəzifəsinə terapevtik tə'yinatı yerinə yetirmək, dərmanları təhvil almaq və saxlamaq, konsultantları çağırmaq işləri daxildir. Aminazin tibb bacısı psixotrop vasitələri paylayır. Hava çəkən dərman şkafı qoyulmuş xüsusi otaqda saxlanan dərmanlar şkafın yeşiklərində açıq (qapaqsız) qutularda saxlanır və bu otaqda paylanır. Xəstələrə paylanacaq dərmapların hazırlanması da bu otaqda keçirilir və inyeksiya şprisləri burada doldurulur. Tibb bacısı dərmanların paylanmasına, xüsusən şprislərin doldurulmasına başlamazdan qabaq rezin döşlük taxmalı və bunun üzərindən əyninə daha bir xələt geyməli və tənzif maska taxmalıdır. Dərman paylandıqdan sonra əlavə (üst) xələt, döşlük və maska çıxarılaraq xüsusi bir şkafda saxlanılır. Şpris və qabları yuyan adam rezin əlcək taxmalıdır. İş qurtardıqdan sonra aminazin kabinetinin havası diqqətli surətdə dəyişdirilməlidir. Dərmanların paylanması və psixotrop vasitələrin inyeksiyası işlərinin xüsusi aminazin otağında keçirilməsi məsləhət görülür. Otaqda tibb bacısı olmayan zaman xəstələr buraya girməməlidir. Dərman paylayan zaman tibb bacısı gözünü dərman qutusundan kənara çevirməməlidir. Xəstələrin dərmanı müstəqil göturmələrinə də icazə verilməməlidir. Xəstənin dərmanı udub-udmamasını yoxlamaq lazımdır. Bundan ötrü xəstənin ağzını açması və dilini qaldırmasını xahiş etməli və ya onun ağız boşluğunu şpatellə yoxlamalıdır. Xəstə topladığı dərmanlardan özünü öldürmək (suisid) üçün istifadə edə bilər. Tibb bacısı həmçinin xəstələrə kompres və sarğı qoyarkən onların tənzif və bint yığmamalarına fikir verməlidir. Sarğı materialı da özünə qəsd üçün istifadə oluna bilər. Növbətçi (postda duran) tibb bacısının vəzifəsi bütün sutka ərzində xəstələrə nəzarət və qulluq etməkdir. O gündəlik nitizam qaydalarına, gecə yuxusunun, nahardan sonrakı istirahətin, müalicəvi əməyin lazımi qədər olmasına, xəstələrin yeməyinə, sanitariya-gigiyena tədbirlərinin yerinə yetirilməsinə nəzarət edir. Xəstələr həftədə bir dəfə vanna qəbul edirlər və bu zaman yataq camaşırı dəyişilir. Zəifləmiş, habelə intihar meyli olan xəstələrə xüsusi diqqət yetirilir. Hər gün xəstəxana işçilərinin nəzarəti altında xəstələri çəpərlə əhatə olunmuş və qapısı möhkəm bağlanan bağda gəzməyə çıxarırlar. Bu zaman bağın qapısı yanında gözətçi dayanır. Tibb bacısı gəzintiyə çıxarılan xəstələrin sayını bilməli və qaçmaq, yaxud intihar etmək istəyənlərə xüsusi fikir verməlidir. Xəstələrin qohumları hər gün müəyyən edilmiş gün və saatlarda onlara yemək gətirir və görüşə gəlirlər. Tibb bacısı xəstələrə gətirilən bütün şeyləri nəzərdən keçirir, lakin onun xəstələrə göndərilən vərəqə və məktubları həkimin xəbəri olmadan onlara verməyə, habelə xəstələrlə görüşə və telefonla danışmağa icazə verməyə ixtiyarı yoxdur. Gətirilən və görüş zamanı verilən şeylər arasında kəsici və sancıcı şeylər, şüşə

bankalarda və konserv şəklində ərzaq, coşdurucu içkilər, kibrit, papiros (siqaretlər) olmamalıdır. Tibb bacısı xəstələr üçün gətirilmiş bütün şeyləri xüsusi şkafda saxlayır və lazım olduqça onlara verir. Tibb bacısı xəstələr üzərində müşahidələrini növbə jurnalında qeyd edir və sonra bunu əvəzedici növbətçiyə təhvil verir. Həmin jurnalda xəstələrin vəziyyətində əmələ gəlmiş dəyişikliklər, onların hərəkət, davranış və danışıqlarının xüsusiyyətləri qeyd edilir. Uşaq və qoca xəstələrin bölmələrində tibb personalının işinin xüsusiyyətləri xəstələrin yaşı ilə əlaqədardır. Belə bölmələrdə xəstələrə qulluq və onların yedizdirilməsi əsas əhəmiyyət kəsb edir.

BEYİN ÖDEMİ bə'zi infeksiyaların, ürək-damar xəstəliklərinin, yanıqların və s. mürəkkəbləşməsi kimi beyin xəstəlikləri və travmaları nəticəsində baş verə bilər. Baş ağrısı, qusma, şüurun pozulması, tənəffüs və qan dövranı pozğunluqları beyin ödemi simptomlarıdır. Beyin ödemi diaqnozu və onun müalicəsi həkim tərəfindən tə'yin edilir, tibb bacısı isə ümumi gigiyenik tədbirlər kompleksini həyata keçirir və tə'yin edilmiş zəruri müalicə tədbirlərini yerinə yetirir. Xüsusən, ödemi azaltmaq üçün daxilə hipertonik məhlullar və diuretik dərmanlar vurulur. Qusma hallarında xəstənin başı elə çevrilməlidir ki, qusulan kütlə nəfəs yoluna düşüb aspirasiya (boğulma) verməsin.

YEMƏKDƏN İMTİNA və yedizdirməyə müqavimət bir çox psixi xəstələrdə müşahidə olunur. Bu hal müxtəlif səbəblərdən: özünü öldürməyə qəsd niyyəti, zəhərlənmə qorxusu, yeməyi qadağan edən və yeməməyə əmr edən "səsləri" eşitmə hallüsinasiyası, neqativizm, katatonik və ya depressiv stupor nəticəsində baş verə bilər (*katatonik sindrom* bəhsinə bax). Belə hallarda, birinci növbədə, xəstəyə yeməyi qaşıqla yedizdirməyə çalışmaq lazımdır. Bə'zən xəstələr onlara baxan adam olmadıqda özləri yeyirlər. Bu halda yeməyi xəstənin çarpayısı (yatağı) yanında qoyub getmək olar. Xəstənin yeməyə həvəs və iştahını artırmaq məqsədilə dəri altına 4-7 vahid insulin yeridirlər. Bundan sonra 1-2 saat ərzində onu yedizdirməyə və ona şirin çay içirtməyə təşəbbüs edirlər. Buna nail olmadıqda xəstənin venasına 20 ml 40%-li qlükoza məhlulu yeridilir. Xəstəni yedizdirmək mümgün olmadıqda amital-kofeinlə tormozlanmanı aradan qaldırma tədbiri tətbiq edilir. Bundan ötrü xəstəyə dəri altına 0,2 q (1 ml 20%-li məhlul və ya 2 ml 10%-li məhlul şəklində) kofein və 5 dəqiqə keçdikdən sonra venaya 5 ml 5%-li barbamid (natrium-amital) yeridilir. Bundan sonra 15-30 dəqiqə ərzində xəstəni yenidən yedizdirməyə çalışırlar. Bə'zən yuxarıda göstərilən tədbirlər də kömək etmədiyinə görə, xəstənin aclığı daha 3-5 gün davam edir və onun ağzından aseton iyi gəlməyə başlayır. Belə hallarda zond vasitəsilə sün'i qidalandırma tətbiq edilməlidir (xəstələrin sün'i qidalandırma vasitəsilə müalicəsi bəhsinə bax). Bu zaman zonda 500-1000 ml isidilmiş qidalı məhlul qatışığı tökülür. Bu məhlul süd və ya bulyondan, 2-3 çiy yumurta, şit yağ, şəkər qatışığından, meyvə və

tərəvəz şirələrindən hazırlanır və lazım gəldikdə, qidaya dərmanlar da əlavə edilir. Prosedur keçirildikdən sonra, gəyirmə (qidanı qaytarma) və ya qusmanın qarşısını almaq üçün xəstə 1 saat ərzində uzanmalıdır. Bundan əlavə, tibb bacısı, həkimin tə'yinatına görə, xəstəyə dəri altına 250-300 ml natrium-xlorid izotonik məhlulu və 5%-li qlükoza məhlulu, habelə S və V qrupu vitaminləri yeridir.

BULBAR İFLİC (*titrəyişli iflic-isteriyalı parkinsonizm-isteriya* bəhsinə bax). Tənəffüs, dil və udlaq əzələlərini innervasiya edən kəllə sinirlərinin zədələnməsinin klinik sindromu. Bu zaman sözlərin aydın olmayan tələffüzü, (kəkələmə), udmanın pozğunluğu-duru qidanın buruna düşməsi, (çeçəmə), tənəffüs və qan dövranının pozulması müşahidə olunur. Belə xəstələrə qulluq etmək, ələlxüsus onları yedizdirmək çətindir. Onları yarıoturaq vəziyyətdə yedizdirmək lazımdır. Qida yarımduru olmalı, çox isti olmamalı və kiçik paylarla verilməlidir. Udma kəskin pozulduğu hallarda, zondla yedizdirmək, ya da qidalandırıcı imalə etmək olar (*xəstələrin müalicəvi qidalandırılması* bəhsinə bax). Tibb bacısı, həmçinin xəstələrin ürək-damar sisteminin vəziyyətini də yoxlayır və normadankənar hallar haqqında həkimə mə'lumat verir. Tənəffüs pozğunluqlarında cihaz vasitəsilə sün'i tənəffüs keçirilir. Bulbar iflicə tutulmuş xəstələrin palatasında hazır sün'i tənəffüs cihazı olmalıdır.

PARAPLEGİYA-aşağı və ya yuxarı ətrafların iflici, onurğa beyninin müxtəlif xəstəlikləri nəticəsində baş verir. Ən çox aşağı paraplegiyaya (qıçların iflici) təsadüf edilir. Bu zaman aşağı ətrafların hərəkət funksiyası və həssaslığı pozulur, çanaq üzvlərində pozğunluq baş verir, habelə oımada, diz və aşıq-baldır oynaqlarının içəri səthində yataq yarası əmələ gəlir. Belə vəziyyətdə xəstələr aciz olurlar. Onların tibb bacısının diqqət və qulluğuna ehtiyacı olur. Xəstələrin altına müşəmbə sərilir, habelə həmçinin dairə və ya lazım olduqca, tez-tez dəyişilən qab qoyulur. Çanaq üzvlərində pozğunluq olan xəstələrin müntəzəm surətdə altını yumaq, həmçinin onlarda yataq yarası əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün lazım olan tədbirlər görülməlidir. İflic olmuş ayaqlar aşağı sallanırsa, pəncə altına mütəkkə və ya yeşik qoyub xəstənin ayaqlarını şaquli vəziyyətdə həmin mütəkkəyə və ya yeşiyə söykəyirlər. Bundan başqa, tibb bacısı həkimin göstərişinə əsasən, müalicə idmanı və masaj keçirir.

PARKİNSONİZM (titrəyişli iflic). Bu xəstəliyin əsas əlaməti başın, ətrafların və gövdənin titrəməsi, həmçinin qamətin spesifik dəyişilməsidir. Bu halda baş döşə tərəf əyilir, qollar bükülüb gövdəyə sıxılır, bel bükülür. Xəstə kiçik addımlarla hərəkət edir, onun sifəti maskaya bənzəyir, əzələlərinin tonusu artır. Psixi pozğunluqlar düşgünlük, əsəbilik, narahatlıq və zəhləaparan lağlağılıqla təzahür edir. Parkinsonizmə tutulmuş xəstələrə qulluq müəyyən çətinliklərlə əlaqədardır, çünki onlar nə özlərinə qulluq edə bilir, nə də tə'yin edilmiş

müalicə tədbirlərini yerinə yetirə bilirlər. Belə xəstələrə süd və tərəvəz pəhriz yeməkləri verilməlidir. Onlara ət, piy, yumurta sarısı verilməsi məhdudlaşdırılmalıdır. Qızardılmış yeməklərdən və spirtli içkilərdən çəkinmək lazımdır. Xəstələrə uzunmüddətli gəzinti, sistematik müalicə idmanı, imkanları daxilində əmək terapiyası tə'yin edilir. Tibb bacısı xəstələrin yeməyinə fikir verir və lazım olduqda, onlarla birlikdə gəzir, həm də idman məşğələləri kompleksinin yerinə yetirilməsində və əmək vərdişlərinin mənimsənilməsində onlara yardım edir.

PSİXİATRİYA YARDIMI (xəstəxanada və xəstəxanadan kənarda). Psixi xəstələr *psixiatriya xəstəxanasına* rayon psixiatrının göndəriş vərəqəsi (plan qaydası) üzrə, habelə xəstələrin özləri və ətrafdakılar üçün təhlükə törədən tə'cili səbəblərə-antisosial davranışlara görə daxil olurlar. Psixiatriya xəstəxanasına qəbul şö'bəsi, ümumi tipdə kişi və qadın şö'bələri, habelə narkoloji şö'bə, məhkəmə psixiatriyası, uşaq psixiatriyası və s. kimi bir sıra ixtisaslaşdırılmış şö'bələr daxildir. Qəbul şö'bəsində tibb bacısı xəstənin soyunmasına kömək edir, onun başının və bədəninin tüklü hissələrini (pedikülyözü aşkar etmək üçün) nəzərdən keçirir, sanitariya təmizliyi keçirir. Tibb bacısı xəstənin xəstəxanaya iti, kəsici və sancıcı şeylər, ip və qaytanlar (özünü öldürməyə və ətrafdakı şəxslərə təcavüz məqsədi ilə) gətirməsinə, habelə alkoqollu içkilər və narkotiklər gətirməsinə icazə vermir. Qəbul şö'bəsində işləyən tibb bacısı öz işində çox diqqətli və ehtiyatlı olmalıdır. Xəstələrdə silah ola biləcəyi, onların təcavüzkar hərəkətlərə yol verə biləcəyi ehtimalı nəzərə alınmalıdır, xəstələr gözlənilməyən hərəkətlərə-özünü öldürməyə və xəstəxanadan qaçmağa təşəbbüs edə bilərlər. Buna görə, xəstələri nəzarətsiz, açıq pəncərələr yanında qoymaq, xəstələrin yanında arxası onlara çevrilmiş halda dayanmaq olmaz. Çox vaxt tibb bacısı həkimin tə'cili tapşırıqlarını yerinə yetirmək üçün qəbul şö'bəsində işləyir (xəstələrin psixomotor çılğınlığını, epilepsiya tutmalarını və s. dayandırmağa çalışır). Buna görə də tə'cili yardım göstərilməsi üçün lazım olan steril şprislər, iynələr, dərman komplektləri (aminazin, tizersin, diazepam, xloralhidrat) və imalə, zond və s. üçün lazım olan ləvazimat həmişə hazır olmalıdır.

Xəstəxanadan kənar psixiatriya yardımı psixonevroloji dispanserlər (PND) tərəfindən həyata keçirilir. Bunlar müəyyən rayonlara (sahələrə) xidmət edirlər. PND-in vəzifəsi müəyyən rayonda psixi xəstələri aşkar etmək, hesaba almaq, onlar üzərində müşahidə, ambulator müalicə aparmaq və onları xəstəxanaya göndərmək, habelə sanitariya-maarifi işləri aparmaqdan ibarətdir. Bütün bu işlərdə tibb bacısı fəal iştirak edir. Həmin sahədə yaşayan xəstələrin uçotunu aparmaq, onların sənədlərini tərtib etmək də tibb bacısının vəzifəsinə daxildir. O xəstələrin evlərində patronaj xidmətini aparır, onların ictimai-məişət şəraitinə, həkim tərəfindən tə'yin olunan müalicə

tədbirlərin düzgün yerinə yetirilməsinə fikir verir və xəstələrin qohumları ilə söhbətlər aparır. Bə'zi PND-lər yanında gündüzlər işləyən dispanserlər və müalicə əməyi e'malatxanaları (MƏE) vardır. Tibb bacısının gündüz stasionarında xidməti, əsas e'tibarilə, adi psixiatriya şö'bəsində aparılan işdən fərqlənmir və xəstələrə nəzarətdən, həkimin müalicə tə'yinatını yerinə yetirməkdən ibarət olur. Tibb bacısı MƏE-də işləmək üçün ictimai-əmək reabilitasiyasının əsas prinsipləri ilə tanış olmalı, xəstələrin vəziyyəti və davranışlarına, onların müntəzəm surətdə dərman qəbul etməsinə fikir verməlidir. Xəstələrin vəziyyətinin pisləşməsindən, onların əhvali-ruhiyyəsinin dəyişilməsindən, onlarda sayıqlama hallarının şiddətlənməsindən şübhələndikdə bu haqda həkimi xəbərdar etməlidir ki, xəstələri vaxtında xəstəxanaya göndərmək və ya terapiyada (müalicədə) dəyişikliklər etmək mümgün olsun.

PSİXOZ-əsasən insanın psixi fəaliyyətinin pozulmasını göstərən xəstəlikdir. Psixozlar qrupu istər onların əmələ gəlməsinin səbəblərinə və istərsə klinik təzahürünə görə müxtəlifdir. Onlara şizofreniya maniakal-depressiv psixoz, qocalıq psixozları, alkoqol, travma psixozları və s. aiddir. Psixozların müxtəlif növlü olmasına baxmayaraq, psixoza tutulanlara qulluq etmənin əsas prinsipləri ümumidir. Tibb bacısı əsasən coşğunluq və depressiya (bax) zamanı tələb edilən qulluq və müşahidənin xüsusiyyətlərini bilməlidir. Bundan əlavə, involyusiya (qocalıq qabağı) və sepial (qocalıq) psixozlarında xəstələrə qulluğun spesifik, yə'ni özünəməxsus xüsusiyyətləri vardır. Həmin xəstəliklər müvafiq olaraq 50-60 və 60-70 yaşlarında baş verə bilər. Bu yaşlarda intihar meyli onları inadla tə'qib edir və həmin xəstələr öz niyyətlərini həyata keçirmək üçün qeyri-adi fəndlər işlədirlər. Qocalıq qabağı və qocalıq psixozunun digər bir xüsusiyyəti get-gedə artan əqil kəmliyidir; xəstələr tədricən hafizdlərini, ətrafdakıları və səmti tanıma qabiliyyətini itirir, hətta yaxın adamlarını da tanıya bilmir, daim vurnuxur, boş-boşuna əlləşir və fərasətsiz olurlar. Çox vaxt bu simptomlar əlverişsiz, somatik fonda-onları müşayiət edən ürək-damar xəstəlikləri, infeksiya və s. şəraitində daha da inkişaf edir, odur ki, tamamilə acizləşir və tibb bacısının daimi qayğısı və nəzarətinə möhtac olurlar. O isə bütün sanitariya-gigiyena tədbirlərinin həyata keçirilməsinə (çox vaxt bu xəstələr natəmiz və pinti olurlar), xəstələrin düzgün qidalanmasına (çox vaxt onlarda acgözlük və ya, əksinə, qidadan imtinaetmə inkişaf edir) fikir verməlidir. Dispanser tibb bacısı xəstələrin patronajı zamanı bu xəstələrin vəziyyətinin xüsusiyyətlərini onların qohumlarına bildirməli və lazım olduğu hallarda onların üzərində daimi nəzarət qoyulmasını tələb etməlidir.

PSİXOPATİYA-şəxsiyyətin sinir sisteminin anadangəlmə qüsuruna əsaslanan xüsusi patoloji xassədir. Psixopatik xüsusiyyətlərə malik şəxslər mühitə kafi dərəcədə psixi uyğunlaşa bilməmələri ilə

fərqlənərək, öz xasiyyətindəi həm özləri zərər çəkir, həm də başqalarına əziyyət verirlər. Psixopatiya öz təzahürü cəhətdən olduqca müxtəlifdir. Özünə məxsus (orijinal) təbiətli şəxslər üçün psixopatiyanın əslində dekompepsasiya xassəsi daşıdığı nəzərə alınarsa, onun müalicəsi həmin xassələrə əsasən bu qüsurun ictimai cəhətdən və əmək xəttilə aradan qaldırılması barədə yardım göstərilməsindən ibarətdir. Bu işin yerinə yetirilməsində təkcə həkim deyil, tibb bacısı da əhəmiyyətli rol oynayır. Tibb bacısı bütün pedaqoji tədbirlərin həyata keçirilməsində fəal iştirak edir. Həkimin göstərişi üzrə, o, xəstə ilə müvafiq söhbətlər keçirir və əmək rejiminin yerinə yetirilməsinə diqqət edir.

PSİXOTERAPİYA-müalicə məqsədilə xəstənin psixikasına sözlə tə'sir göstərilməsidir. Xəstəyə psixoterapevtik tə'sir göstərilməsində tibb bacısının rolu çox böyükdür. Bu işdə xəstələrlə təmkinli və nəzakətli davranışın böyük əhəmiyyəti vardır. Bu zaman kobudluğa və hirslənməyə yol vermək olmaz. Tibb bacısının vaxtında və yerində edilmiş qeyd və göstərişi xəstəyə müsbət tə'sir göstərdiyi halda, ehtiyatsızlıqla atdığı bir söz onun vəziyyətini korlaya bilər. Tibb bacısı xəstələrlə ünsiyyət və görüşlərində onlara ürək verməli-sağalacağına onda inam yaratmalı, gələcəyə böyük nikbinliklə yanaşma hissini aşılamağa çalışmalı və əmək haqqında düzgün göstəriş verməlidir. Nevrozlar, psixopatiya, alkoqolizm və narkomaniya zamanı psixoterapiya xüsusilə böyük effekt verir. Psixozlu xəstələrin müalicəsində psixoterapevtik tə'sirin rolu böyükdür. Unutmaq olmaz ki, xəstələrin yanında onların vəziyyətinin xüsusiyyətləri və müalicəsindən bəhs edilməməlidir.

PSİXOFARMAKOTERAPİYA-psixi xəstələrin psixotrop vasitələrlə-neyroleptik dərmanlarla, antidepressantlarla, trankvilizatorlarla müalicəsi.

Neyroleptiklər əsasən psixozların müalicəsində tətbiq edilir. Onlar psixomotor coşğunluq vəziyyətini effektiv surətdə dayandırır, sayıqlama və hallüsinasiyanın əksinə inkişafına, təfəkkür (düşüncə) və davranışın qaydaya salınmasına səbəb olur. Aminazin-aşkar sedativ (sakitləşdirici) xüsusiyyətlərə malikdir. Əsasən psixomotor coşğunluğun dayandırılması üçün 75-100 mq dozası 1 ml dimedrol və 1 ml kordiaminlə birlikdə əzələyə vurulur. Levomepromazin (tizersin) də eyni xüsusiyyətlərə malikdir. O nisbətən az dozalarla-50-75 mq miqdarında bir dəfə qəbul edilir. *Triftazin, qaloperidol, trifluperidol (trisedil), tioproperazin* (majent il) ancaq həkimin göstərişi üzrə şizofreniyanın müalicəsində tətbiq edilir.

Antidepressantlar depressiv simptomlara tə'sir edir. Bu qrupa aid əsas dərmanlar: *imizin (melipramin)* və amitriptilindir.

Trankvilizatorlar sakitləşdirici tə'sir göstərir, qorxu, təlaş, gərginlik duyğusunu aradan qaldırır, habelə yuxunu normallaşdırır. Trankvilizatorlardan əsasən nevroz və reaktivlik vəziyyətlərində, nadir hallarda isə psixozların müalicəsində istifadə edirlər. Bu qrupdan ən

çox yayılmış dərmanlar. *trioksazin, diazepam (seduksen), xlordiazepoksiddir* (elenium). Bütün psixotrop dərmanları ancaq yeməkdən sonra qəbul edirlər. Bu dərmanların südlə içilməsi tövsiyə olunur. Psixotrop vasitələrlə müalicə zamanı kənar hadisələr və ağırlaşmalar baş verə bilər. Tibb bacısı aşağıda göstərilən bu cür əsas pozğunluqları bilməli və bu halda tə'cili yardım göstərməyi bacarmalıdır.

1. Əlavə nevroloji effektlər:

a) *Parkinsonizm*-klinik mənzərə üzrə yuxarıda təsvir etdiyimiz titrəyişli iflicdən fərqlənmir. (*Parkinsonizm* bəhsinə bax). Bunun müalicəsi üçün parkinsonizm əleyhinə dərmanlar-siklodol (romparkin) və s. tə'yin edilir; b) *diskineziyalar*-ağız nahiyəsində hərəki funksiyaların pozulması nəticəsində daim məcburi çeynəmə, dodaqların xortumvarı hərəkətlərinin olması və dilin çıxarılmasından ibarət olur. Həmçinin hərdən baş verən eksitomotor krizlər müşahidə olunur. Bunlar ümumi halsızlıq, zəiflik, vegetativ pozğunluqlar, taxikardiya, çoxlu ağız suyu axması, çox tərləmə ilə cərəyan edir. Belə krizlər narahatlıq, təlaş və qorxu ilə müşayiət olunur. Bu cür pozğunluqlar baş verdikdə tibb bacısı xəstəyə 2-3 həb (4-6 mq) siklodol verməli, dəri altına kofein ilə birlikdə V_1 və S vitaminləri yeritməli, əzələyə 1-2 ml 0,5%-li diazepam (seduksen) məhlulu vurmalı və daxilə kalsium-xlorid verməlidir. Qeyd edilən tədbirlər 30-45 dəqiqə ərzində kömək etmədikdə əzələyə 25 mq aminazin yeritmək olar: v) *akatiziya (tasikineziya)*-bədənin vəziyyətini dəyişməyə, daiim hərəkətə, yeriməyə, yerində addımlamağa inadlı meyl. Bu vəziyyət şəxsən xəstə üçün əsəbilik, həyəcanlılıq, təlaş hissi ilə müşayiət olunur. Belə hallarda da həkimin göstərişi üzrə lazımi müalicə tədbirləri görülür.

2. ***Əlavə psixi effektlər.*** Bunlara depressiya, yuxu pozğunluğu, maniakal vəziyyətlər və deliriy aid edilir. Bütün bu terapiya mürəkkəbləşmələri həkimin göstərişi üzrə müalicə olunur. Tibb bacısı deliriy halında da yardım göstərməyi bacarmalıdır. O gözlənilmədən və kəskin surətdə axşamlar baş verir. Klinik mənzərəsi alkoqol deliriyni xatırladır (alkoqol deliriyi bəhsinə bax.) Bu növ deliriylər də alkoqol deliriyində olduğu kimi müalicə edilir.

3. ***Əlavə somatik vegetativ effektlər.*** Bədənin vəziyyəti dəyişilərkən arterial təzyiqin birdən-birə aşağı düşməsi (kollaps) bir qayda olaraq, neyroleptiklərlə, çox vaxt aminazin və tizersinlə müalicənin əvvəlində baş verir.

Profilaktika məqsədilə bu preparatları xəstəyə kordiaminlə birlikdə uzanmış yerdə vururlar. İnyeksiyadan sonra xəstələr 1-2 saat yatırlar. Bə'zi antidepressantlarla müalicə zamanı xəstələrdə sidiyin ləngiməsi baş verir. Bu cür ağırlaşmalarda həkimin göstərişi üzrə xəstələrin qarnının aşağısına isitqac qoyur və prozerin inyeksiyası vururlar.

ONURĞA BEYNİN PUNKSİYASI diaqnostika və terapevtik məqsədlərlə tətbiq edilir. Punksiya ərəfəsində təmizləyicii imalə və

gigiyenik vanna edilir. Tədqiqat günü tibb bacısı üzərində xəstənin familiyası və ş'bənin adı qeyd edilmiş etiketlər yapışdırılmış 4-6 sınaq şüşəsi, manderenləri 0,5-1 mm yoğunluğunda və 9-11sm uzunluğunda olan 2 punksiya iynəsi, xüsusi manometr, efir, yod, spirt, xloretil və ya 0,5%-li novokain məhlulu və anesteziya üçün şpris hazırlayır. Xəstəni stol və ya diyircəkli xərək üzərində yanı üstə uzadır, qıçlarını qarnına qısır, başını isə qabağa əyirlər. Tibb bacısı punksiya ediləcək sahənin dərisini təmizləyir. Bundan ötrü aşağı döş, bel və oma fəqərələri sahəsinə efir, yod, sonra isə spirt sürtürlər. Punksiyanı həkim aparır, o novokain və ya xloretil ilə anesteziya olunmuş yerdə edilir. İynə çıxarıldıqdan sonra onun sancıldığı yer steril pambıq və salfetka ilə örtülür. Bunun üzərindən qoyulan sarğı kollodiumla yapışdırılır. Tibb bacısı onurğa beyni mayesi ilə doldurulmuş sınaq şüşəsini laboratoriyaya göndərir. Punksiyadan sonra xəstələr 2-3 saat qarnüstə balıncsız yatırlar. Punksiyadan sonra birinci 2 sutka ərzində ciddi yataq rejimi tə'yin edilir.

BEL-OMA RADİKULİTİ-oturaq sinir nevriti. Beldə və qıçın arxa səthində kəskin ağrı qeyd edilir. Cüzi hərəkət dözülməz ağrı törətdiyinə görə, xəstəyə rahatlıq yaratmaq lazımdır. Tibb bacısı xəstəni elə uzandırmalıdır ki, onun zədələnmiş qıçı və belinə əziyyət düşməsin. Buna görə də xəstəni bərk döşək və ya nazik adyalla örtülmüş hamar sipər üzərində yatızdırırlar. Qıçlar diz oynağında bükülmüş, ya da imək̈ləmə vəziyyətində olduqda ağrı azalır. İsitqac, isti qum, habelə yayındırıcı vasitələrdən-xardal yaxması, istiot plastırı, ilan və ya arı zəhəri qatılmış sürtgü yağları da ağrıkəsici vasitələrdir. Tibb bacısı, həkimin gəlməsini gözləmədən, xəstəyə 1 q analgin verə bilər, bərk ağrılar olduqda isə əzələyə 1 ml 50%-li analgin məhlulu yeridə bilər.

RAPTUS-tə'kidlə intihar təşəbbüsləri ilə müşayiət olunan depressiv çılğınlıq vəziyyətidir. Bu xəstələr arasıkəsilmədən nəzarət altında saxlanılmalıdır (*Depressiya* bəhsinə bax).

İCTİMAİ-ƏMƏK REABİLİTASİYASI xəstənnp ictimai vəziyyətini maksimum bərpa etməklə həyata uyğunlaşmasına yönəldilmiş tədbirlər komnleksi. Əməyə (readaptasiya-uyğunlaşma) xəstənin stasionarda olmasının birinci günlərindən e'tibarən başlanır.

Xəstələrə ş'bədə əmək terapiyası, müalicə-əmək e'malatxanalarında (MƏE) işləmək, mədəni tədbirlərdə iştirak etmək təklif olunur. Bu mərhələdə tibb bacısı əhəmiyyətli rol oynayır. O, xəstələrin əmək vərdişləri əldə etməsinə kömək edir və onların yerinə yetirdiyi işlərin keyfiyyətinə fikir verir. Tibb bacısı xəstələri MƏE-ia və klublara aparmalıdır. İti, kəsici əşya (millər, qayçılar, bıçaqlar) sayla qəbul edilməli və təhvil verilməlidir. Xəstələrin ş'bəyə məftil, qaytanlar, alətlər aparmalarına yol verilməməlidir. Əmək terapiyası xəstənin kəskin psixoz dövrüpdə öz xəstəlik təəssüratından yayıpmasına, onu yaddan çıxarmasına kömok edir. Xəstəliyin bu mərhələsində xəstəyə tapşırılacaq işi onun vəziyyətini nəzərə alaraq seçirlər. Əgər xəstə

xəstəxanadan çıxdıqdan sonra özünün qabaqkı işinə qayıda bilmirsə, onu psixonevgoloji dispanser nəzdindəki MƏE-na göndərirlər (xəstəxanadan kənar psixiatrik yardım bəhsinə bax).

REAKTİV VƏZİYYƏT-xəstənin yaxın adamının ölümü təbii fəlakət və sairə kimi psixi travmanın tə'siri nəticəsində baş verən psixi pozğunluq. Bu xəstəlik psixomotor çılğınlıq, stupor, depressiya şəklində təzahür edə bilər. Belə xəstələrə qulluğun xüsusiyyətləri müvafiq bölmələrdə izah edilir.

ŞÜUR (pozğunluq növləri). Şüurun pozulması hallarında ətrafda baş verən hadisələrin düzgün qavranılmaması, vaxtın, məhəllin, öz şəxsiyyətinin düzgün tə'yin edilməməsi, habelə bundan sonra şüurun tutqunlaşması dövrünün amneziyası (yaddan çıxarma) qeyd edilir. Şüur pozğunluğuna ən çox təsadüf olunan hal deliriy (alkoqolizm, deliriy bəhslərinə bax), qulaq batması, sopor və koma aid edilir (*insulin koması* bəhsinə bax).

BEYİN SARSINTISI-(*kəllə-beyin travmaları* bəhsinə bax).

AĞIL ZƏİFLİYİ-əksəriyyətlə əqli qabiliyyətin zədələnməsi ilə anadangəlmə və ya sonradan qazanılmış psixi zəiflikdir.

Anadangəlmə ağıl zəifliyi-oliqofreniya-şəxsiyyətin və bütünlüklə zəka, yaddaş, nitq, motorika və emosional sferanın tam inkişaf etməməsi ilə xarakterizə olunur. Oliqofreniya ağırlıq dərəcəsinə görə idiotiyaya, imbesilliyə, debilliyə bölünür. Dərin idiotiya halında olan xəstələr özünə xidmət edə bilmirlər və pinti olurlar, onların həmişə tibb işçilərinin qulluq və nəzarətinə ehtiyacı vardır. İmbesil və debil vəziyyətində olan xəstələri müəyyən əmək vərdişlərinə alışdırmaq olar. Bu işlə xüsusi tə'lim görmüş tibb bacısı məşğul olmalıdır. Sonradan qazanılmış ağıl zəifliyi (demensiya) halında-psixi fəaliyyətin marazm (ən aşağı ağıl zəifliyi) dərəcəsinə düşməsi müşahidə olunur. Marazm halı üçün şəxsiyyətin bütün xüsusiyyətlərinin itirilməsi və ancaq qidalanma və cinsiyyət instinktinin saxlanılması səciyyəvidir. Bu xəstələr çox acgöz olurlar, hətta yeyilməyən şeyləri də uda bilirlər. Marazm halında bərk fiziki zəiflik (haldan düşmə) müşahidə olunur. Xəstələr tibb personalının daimi qulluq və nəzarətinə möhtacdırlar.

ZSTUPOR-tam hərəki durğunluq. Ağır depressiya reaktivlik və katatoniya hallarında müşahidə olunur (*Katatonik sindrom* bəhsinə bax).

SUİSİD-özünü müqəssir sayma, sayıqlama, eşitmə hallüsinasiyaları ("səslər"in ona əmr etməsi) və başqa səbəblər nəticəsində baş verən intihar. Psixiatriya şö'bəsində suisid (özünü öldürmə), adətən, tibb personalının diqqətsizliyi sayəsində baş verə bilər. Odur ki, suisid xəstəliyinə tutulanlar üzərində gecə-gündüz nəzarət olmalıdır (*Depressiya* bəhsinə bax).

SULFOZİNLƏ MÜALİCƏ-psixi xəstəliklərin 1-2%-li təmizlənmiş kükürd məhlulunun şaftalı yağı ilə qarışığı (sulfozin)-pirogen preparatının əzələyə yeridilməsi llə müalicəsidir (bu preparat temperaturun yüksəlməsinə səbəb olur). Sulfozinin həkim tərəfindən

göstərilən miqdarı dərin əzələ qatına vurulur. Yeridiləcək məhlul qabaqca qızdırılmalıdır. İnyeksiyadan sonra hər 4 saatdan bir xəstənin temperaturu ölçülməlidir. Xəstə çox tərlədikdə onun tərini silib qurulamaq və camaşırını dəyişmək lazımdır. Temperatur çox yüksəldikdə xəstəyə 20-30 damcı kordiamin, volokardin verməli, lazım gəldikdə isə kordiamin dəri altına yeridilməlidir. Xəstənin vəziyyəti haqqında müalicə həkiminə ətraflı mə'lumat verilməlidir.

KƏLLƏ-BEYİN TRAVMALARI qapalı və açıq olur. Beyin sarsıntısı, zədələnməsi, sıxılıb əzilməsi qapalı travmaların əsas növlərinə aid edilir. Zədələnmənin ağırlığından asılı olaraq şüurun müxtəlif dərəcədə (koma vəziyyətinə qədər) itirilməsi ilə birlikdə meningeal sindromlar, habelə hərəki və duyğu funksiyalarının pozulması müşahidə olunur. Buna görə də, xəstəyə koma, meningeal sindrom və bulbar iflic zamanı edildiyi şəkildə qulluq edilməlidir (müvafiq bölmələrə, habelə *cərrahi xəstələrə, kəllə-beyin travması zamanı qulluq* bəhslərinə bax).

ƏMƏK TERAPİYASI-(*ictimai əmək reabilitasiyası* bəhsinə bax).

ŞİZOFRENİYA-şəxsiyyətin tez və ya gec baş verən dəyişilmələri ilə müşayiət olunan psixi xəstəlikdir (defektdir). Şizofreniyanın klinik mənzərəsi olduqca müxtəlifdir. Xəstələrə qulluq və nəzarətin xüsusiyyətləri əsas simptomlara görə müəyyən edilir. Tibb bacısı tərəfindən, əsasən hallüsinasiyalı-sayıqlayıcı, katatonik pozğunluqları, psixomotor-coşğunluğu olan, xəstəxanadan qaçmaqa və özünü öldürməyə meylli xəstələrə artıq fikir verilməlidir (bu barədə bəhs edilən müvafiq bölmələrə bax).

ELEKTRİK QICOLMA TERAPİYASI (EQT) müxtəlif psixi xəstəliklərin və əsasən depressiyaların müalicəsində tətbiq edilir. Tibb bacısı EQT seansı keçiriləcək kabineni, EQT aparatını, steril şprisləri, tə'xirəsalınmaz yardım vasitələrini (adrenalin, strofantin, lobelin, kordiamin, efedrin), habelə oksigen balonunu, pambıq və tənzifllə sarınmış şpatelləri, diltutqacı və ağızgenəldici alətləri, spirt, yod, elektrodların isladılması üçün işlədiləcək natrium-xlorid izotonik məhlulunu və arterial təzyiqi ölçmə aparatını hazırlamalıdır. Tibb bacısı, həmçinin xəstənin elektroterapiya seansından qabaq heç bir şey yeməməsinə, bağırsaqlarını və sidik kisəsini boşaltmasına diqqət yetirməlidir. Xəstəni yatızdırmazdan qabaq paltarını açmalı, ayaqqabısını çıxarmalı, arzından taxma dişləri (protezləri), saçlarındakı sancaq və şpilkaları da çıxarmalıdır. Terapiya seansını həkim özü keçirir. Qıcolma zamanı xəstənin dilini dişləməsinə yol verməmək üçün qıcolma tutmasının lap başlanğıcında tibb bacısı xəstənin azı dişləri arasına şpatel salır. Xəstə çənələrini müstəqil açdığı vaxta kimi şpateli onun ağzında saxlayırlar. Qıcolma tutması zamanı xəstəni tutub saxlayırlar ki, o yıxılıb zədələnməsin. Lakin bə'zən qıcolma tutması (özündən getməsi) keçdikdən sonra da qısamüddətli coşğunluq vəziyyətləri baş verir. Bu zamam xəstə təsbit olunmalıdır

(sabit vəziyyətdə saxlanılmalıdır). Qıcolma tutması keçdikdən sonra xəstənin başını qaldıraraq ağzında toplanmış ağız suyunu kənar edirlər. Tənəffüs dərhal bərpa olunmadıqda sün'i tənəffüs keçirilir. Qıcolma tutması keçdikdən sonra xəstə bir meçə saat ərzində yataqda qalmalıdır. Bu zaman tibb bacısı xəstənin nəbzini və arterial təzyiqini ölçür.

EPİLEPSİYA-müxtəlif növdə tutmalar (özündəngetmə halları) və şəxsiyyətin spesifik dəyişkənlikləri (şirin-hallıq, yapışqanlıq, acıqlılıq halları) ilə cərəyan edir. Əksər hallarda epilepsiya güclü qıcolma tutması ilə müşayiət olunur. Qıcolma tutması tonik faza ilə başlanır: bu zaman xəstə huşunu itirir və topik qıcolma vəziyyətinə düşür-əzələ tonusu birdən-birə yüksəlir, baş arxaya əyilir, çənələr sıxılır. Bu faza 20-30 saniyə davam edir və sonra klinik fazaya keçir. Bu zaman xəstənin bədəni qıc olur, dodaqlarında çəhrayı köpük görünür, qeyri-iradi siyimə və defekasiya qeyd edilir. Bu faza 1-3 dəqiqə davam edir. Epilepsiya tutması nəticəsində yuxu ilə nəticələnən qulaqbatması müşahidə olunur. Epilepsiya tutmasında xüsusi terapiya tətbiqi tələb edilmir. Xəstənin başı altına yumşaq bir şey qoymaq və ya başı əllərlə ehtiyatlı surətdə tutub saxlamaq, xəstənin paltarının düymələrini açıb dişləri arasına şpatel və ya yumşaq parçaya bükülmuş qaşıq sapı salmaq lazımdır. Epilepsiya tutması zamanı xəstəni güclə tutub saxlamaq olmaz, çünki güc tətbiq edilməsi sınıqlara səbəb ola bilər. Bə'zən bir neçə saatdan bir neçə sutkaya qədər davam edən bir sıra güclü epilepsiya tutmaları baş verir. Belə hal ölümlə də nəticələnə bilər. Adi epilepsiya tutmalarından fərqli olaraq, bir-birinin ardınca gələn tutmaları dərhal dayandırmaq lazımdır. Bundan ötrü venaya və ya əzələyə 2-6 ml 0,5%-li diazepam (seduksen) məhlulu, yaxud imalə vasitəsilə 50-100 ml 3-6%-li xloralhidrat məhlulu və ya venaya 10 ml steril isti suda həll edilmiş 1 q heksenal yeridilir (tənəffusun dayanmasına yol verməmək üçün yavaş-yavaş yeritmək lazımdır).

YATROGENİYA-tibb işçisi tərəfindən təlqin olunmuş xəstəlik. Bə'zi xəstələr təbiətən çox həssas olurlar. Onlar həkimlərin və başqa tibb işçilərinin sözlərinin tə'siri altına tez düşür və əslində onlarda olmayan müxtəlif xəstəlikləri özlərinə aid etməyə meyl göstərirlər. Xəstələrin vəziyyətində belə mürəkkəbləşmə hallarına yol verməmək üçün tibb bacısı xəstələrlə söhbətlərində çox ehtiyatlı olmalı, onlarla xəstəliklərinin xüsusiyyəti haqqında danışmamalı və xəstəliyin tarixinə dair qeydlərin xəstələr tərəfindən oxunmasına icazə verməməlidir. Xəstələrin xəstəlik barəsində çox tə'kidli sorğu-suallarına cavab verməkdənsə, onların bu xüsusda müalicəedici həkimə müraciət etməsini məsləhət görməlidir.

XIV FƏSİL
QULAĞI, BOĞAZI VƏ BURNU ZƏDƏLƏNMİŞ XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

Toz dərmanların (poroşokların) üfürülməsi. Otorinolarinqoloji praktikada poroşokların (dərmanların) üfürülməsi, burun, udlaq və qulaq xəstəlikləri zamanı tətbiq edilir. Bunlar, adətən, xüsusi (poroşok) üfürücü və ya kiçik rezin balon vasitəsilə üfürülür. Qulağa poroşok üfürməzdən qabaq xarici qulaq keçəcəyi diqqətli surətdə irindən təmizlənməlidir. Xəstələrin udlağına dərman poroşoku üfürülməsi çox vaxt tonzillektomiyadan sonra operasiya nəticəsində əmələ gəlmiş şırımların bitişib sağalması üçün keçirilir. Udlağa (poroşok) üfürüləcəyindən xəstə xəbərdar edilməlidir, belə ki, bu proses keçirilən zaman poroşok xəstənin nəfəs yollarına düşərək öskürək tutmasına səbəb olmasın.

Buruna isə poroşoku xəstə özü çəkə bilər.

Qırtlağa dərman maddələri tökülməsi, bir qayda olaraq, həkim tərəfindən keçirilir. Bunun üçün lazım olan alət və məhlulları tibb bacısı hazırlayır. Dərman xüsusi şpris vasitəsilə tökülür. Bu şprisi hər gün, ucluğu isə hər dəfə dərman yeritməmişdən əvvəl sterilizə edirlər.

Tibb bacısı qırtlağa səhvən turşuların, qələvilərin və lyapsin tökülməsinin ağır nəticələri, hətta ölümə səbəb ola biləcəyini nəzərə alaraq, hər dəfə dərman tökməzdən əvvəl onu hökmən yoxlamalıdır. Tibb bacısı içərisində xəstənin qırtlağına töküləcək dərman olan şüşəni (etiketli tərəfi ilə) çevirib həkimə göstərməlidir. Bundan sonra, şprisə dərmanı ancaq həkim doldurur.

Buruna dərman damcıları pipetka ilə tökülür. Uşaqların burnunun hər yarısına 3-4 damcı dərman, yaşlılara 6-7 damcı, yağlı dərmanlardan isə 15-20 damcı tökülür. Dərman damızdırılmazdan qabaq burun dəliklərini təmizləmək lazımdır. Buruna damcılar oturaq vəziyyətdə başı arxaya əyilmiş halda tökürlər. Uzanmış vəziyyətdə dərman damızdırarkən başın altına yastıq qoyulmur. Dərman tökmək üçün xəstənin burnunun ucundan tutub qaldırır və burun pərələrinə toxunmamağa çalışaraq yavaş damızdırırlar. Bundan sonra xəstə başını burnun dərman damızdırılmış tərəfinə çevirir. Burun selikli qişasının yaxşı isladılması üçün xəstəyə məsləhət görmək olar ki, burun pərələrini barmaqları ilə burun arakəsməsinə sıxaraq bir neçə dəfə başını irəli-geri hərəkət etdirsin. 1-2 dəqiqədən sonra, eyni qayda ilə, burnun ikinci yarısına dərman damızdırırlar.

Qulağa dərman pipetka ilə tökülür. Uşaqlara 5-6 damcı, yaşlılara 6-8 damcı damızdırılır. Əgər xəstənin qulağından irin axırsa, dərman damızdırmazdan qabaq xarici eşitmə keçəcəyini irindən təmizləmək lazımdır, çünki irin qulağa damızdırılan dərmanın qulaq pərdəsinə (təbil zarına) çatmasına mane olur.

Qulaq damcısı mütləq bədən istiliyi dərəcəsində qızdırılmalıdır, çünki soyuq damcılar labirinti qıcıqlandıraraq baş gicəllənməsinə, hətta qusmaya səbəb ola bilər. Qulağa dərmanı uzanmış halda damızdırırlar. Dərman damızdırılmazdan qabaq xəstənin başını yan tərəfə elə çevirirlər ki, onun dərman damızdırılacaq qulağı üstdə olsun. Bu zaman, xarici eşitmə keçəcəyini düz vəziyyətə gətirmək üçün, yaşlıların qulaq seyvanını yuxarıya və arxaya, kiçik uşaqların qulaq seyvanını isə aşağıya dartırlar.

Dərman damızdırdıqdan sonra xarici qulaq hündürluyünə (trağusa) bir neçə dəfə basaraq, damcıların təbil boşluğuna daha yaxşı çatmasını tə'min edirlər. Dərmanın xəstənin ağzına düşməsi damcıların orta qulağa və buradan da yevstax (eşitmə) borusuna keçməsinə dəlalət edir. Dərman maddəsinin təbil zarı və orta qulağın selikli qişasına tə'sirini uzatmaq üçün, dərmanı qulağa tökəndən sonra xəstə 10-15 dəqiqə başı yana çevrilmiş halda uzanmalıdır. Orta qulağı kəskin kataral iltihablı xəstələrə çox vaxt karbol-qliserin damcıları tə'yin edilir. Lakin bunları yalnız qulaqdan irin axmadığı zaman damızdırmaq olar. Əks təqdirdə bu damcılar təbil zarında və orta qulağın selikli qişasında yanıq əmələ gətirər.

Nəfəs yollarına su buxarı və ya hava ilə qarışıq halda narın konsistensiyalı dərman (yağ, soda, dimedrol, antibiotiklər və sair) məhlullarının daxil edilməsinə ***inhalyasiya*** deyilir. Hazırda bir çox müa-licə müəssisələri stasionar inhalyasiya qurğuları ilə təchiz edilmişdir. Bu qurğularda xüsusi tə'lim görmüş tibb bacıları xidmət edir.

İnhalyasiya çox vaxt xüsusi buxar inhalyatoru vasitəsilə aparılır. Kiçik inhalyator stəkancığına çay sodası məhlulu (bir stəkan suya yarım çay qaşığı soda qatmaqla hazırlanır) tökülür. İnhalyator elektrik şəbəkəsinə qoşulur və inhalyatorun çənindəki suyun qaynaması nəticəsində əmələ gələn buxar çiləyicinin (pulverizatorun) borucuğuna daxil olmağa başladıqda özü ilə birlikdə soda məhlulunu da irəli apararaq borucuqdan çıxır.

Xəstə inhalyatorun qabağında elə oturmalıdır ki, onun ağzı inhalyatorun borusu ilə bir səviyyədə olsun. Bu zaman xəstə ağzı ilə nəfəs alarkən inhalyatorun borusundan çıxan buxarı da udur.

İnhalyasiya prosesi 5-7 dəqiqə davam edir.

İnhalyator olmadıqda bu əməliyyatı içərisinə 2-3 stəkan su tökülüb qaynadılan çaynik vasitəsi ilə keçirmək olar. Su qaynadıqda çaynikin lüləsindən buğ çıxır, xəstə bunu inhalyatordan olduğu kimi, nəfəsinə çəkir. Çaynikdən çıxan buğla üzün dərisini yandırma-maq üçün çaynikin lüləsinə bərk kağızdan düzəldilmiş yoğun qısa boru taxmaq və udulan buxarı bu borudan keçirmək lazımdır. Qələvili və yağlı inhalyasiyaları gündə bir neçə dəfə aparmaq olar.

BURUN QANAXMASI yuxarı tənəffüs yollarının qanaxmaları arasında birinci yeri tutur. Bu sahənin müstəsna dərəcədə qanaması burun selikli qişası quruluşunun xüsusiyyətləri və onun artıq dərəcədə

qanla təchiz olunması ilə izah edilir.

Burundan gələn qan . həmişə burun qanaxmasına dəlalət etmir. Burundan gələn qan nəfəs yollarının daha dərin şö'bələrindən. həmçinin qida borusundan və mə'dədən axıb gələn qan da ola bilər. Lakin çox vaxt uşaqlarda və zəifləmiş. ələlxüsus özündən getmiş xəstələrdə burun qanaxması aşkar olunmur. çünki qan burunun arxa şö'bələrindən qırtlağa axıb mə'dəyə gedir və ya aspirasiya verir. Belə xəstələrdə burun qanaxmasının birinci əlaməti qanqusmadır.

Burun qanaxmalarının ən çox təsadüf edilən səbəbləri-burun travmaları. habelə burun sahəsində əmələ gələn müxtəlif xoşxassəli və bədxassəli yeni törəmələrdir.

Burun qanaxmaları çox vaxt damar sistemində və qanın tərkibində əmələ gələn müxtəlif dəyişiklik (arterial hipertoniya. yoluxucu xəstəliklər. hemorragik diatezlər və s.) zamanı baş verir.

Burun qanaxmaları burun selikli qişasının hər hansı hissəsindən başlaya bilər. lakin əksər hallarda (90-95%) burun arakəsməsinin aşağı ön hissəsindən, burun girəcəyinin daxili kənarının təxminən 1 sm arxasından nəş'ət edir. Buna görə də. kiçik qanaxma zamanı onun dayandırılmasının ən sadə üsulu burun pərəsini barmaqla burun arakəsməsinə sıxmaqdır. Əgər bu kifayət etməzsə. burun boşluğunun ön hissəsinə hidrogen-peroksiddə isladılmış kürəşəkilli steril pambıq və ya tənzif topacığı salır və bunu 10-15 dəqiqə xaricdən burun arakəsməsinə sıxıb saxlayırlar.

Bu tədbirlər də kömək etmədikdə xəstələrin ön burun boşluğu sahəsinə tampon qoyurlar. Bu. dirsəkli və sünküşəkilli pinset. burun kornsanqı və ya hartman maşası vasitəsilə qoyulur. Burun boşluğunun bütün dərinliklərini tədricən uzun (50-60 sm-lik) və 1-1.5 sm enində tənzif tamponlarla doldururlar. Tamponları ya quru. ya da trombin məhlulu. qan serumu. müxtəlif emulsiyalar və ya steril vazelin yağı ilə isladaraq qoyurlar. Tampondan sonra buruna sapandabənzər sarğı qoyulur.

Tibb bacısı sapandabənzər sarğıya ciddi fikir verməli və sarğı qanla islandıqca onu dəyişməlidir. Sarğıya qan həddindən çox və tez hopduqda isə burun boşluğunun ön sahəsinə tampon qoyuluşunun müvəffəqiyyətsizliklə nəticələndiyini həkimə bildirməlidir.

Ağız suyunun xassəsi və udlağın arxa divarının vəziyyəti üzərində nəzarətə də çox fikir verilməlidir. çünki burunqan axmasının xarici əlamətlərinin olmaması udlağın arxa divarından içəriyə qan axması ehtimalını aradan qaldırmır.

Başqa üsullar effekt verməddikdə burun boşluğunun arxa sahəsinə tampon qoyulur. Bu tampon burun-udlaq sahəsinin həcminə uyğun olaraq bir neçə qat sıx bükülmüş tənzifdən hazırlanır və onu həkim özü qoyur. Bu tamponu yoğun qoşa ipək sapla çarpaz tikişlə tikib tay şəklində düzəldir və tikişin üç uzun sapını xaricdə saxlayırlar.

Burun boşluğunun arxa sahəsinə tampon qoymaq üçün, həmçinin nazik rezin kateter və burunun ön hissəsi üçün işlədilən uzun tampon tələb edilir. Xəstələrin əksəriyyətində burunun istər ön, istərsə də arxa sahələrində qoyulmuş tamponları 1-2 sutkadan sonra çıxardırlar, çünki burun-udlaq sahəsində qanla hopdurulmuş tampon və bu sahədə toplanmış qan laxtaları mikroblar üçün yaxşı qida mühiti olur. Bu mikroblar yevstax borusundan keçərək asanlıqla orta qulaq sahəsinə düşür və burada kəskin xassəli irinli otitə səbəb olurlar.

BURUNDA VƏ BURUN ARTIMI CİBLƏRİNDƏ OPERASİYALAR. Burunda aparılan operasiyalar (əməliyyat), bir qayda olaraq, qanaxmanı dayandırmaq üçün burun boşluğunun ön sahəsinin hər iki yarısına uzun tənzif tampon sapandabənzər sarğı qoymaqla bitir. Sarğıya çoxlu qan hopması və ya altından qan sızması qanaxmanın davam etdiyini göstərir. Burunun arxa şö'bələrindən axan qan udlağa düşür və xəstə qan tüpürməyə başlayır. Qanaxma yuxu zamanı davam etdikdə qan udulduğu üçün aşkar görünmür və ancaq xəstənin qan qusması bunu bürüzə verir. Bə'zən xəstənin burnundan udlağına tampon düşdüyü üçün o qusur. Belə hallarda tamponun udlağa keçən hissəsini kəsib götürür və ya tamponu yenisi ilə əvəz edirlər.

Üst çənə cibində (haymor mağarasında) aparılan operasiyalardan sonra yanaqda ödemin əmələ gəlməsinin qarşısını almaq məqsədilə üzün operasiya edilmiş tərəfinə birinci gün fasilə verməklə buzlu qovuq qoyulur. Sonrakı günlərdə yanaqda ödem çoxalarsa operasiyadan 3 gün sonra yanağa isidici kompres qoymaq və bu sahədə istilik proseduraları keçirmək məsləhət görülür.

Alın cibində keçirilən operasiyadan sonra xəstənin burun boşluğundan alın cibinə bir və ya iki rezin borucuq salınır. Sarğı qoyularkən fikir vermək lazımdır ki, operasiyadan sonrakı dövr üçün mühüm olan drenajlar (borucuqlar) düşməsinlər.

Üst çənə və xüsusilə alın ciblərində aparılan operasiyalardan sonra xəstələrdə çox vaxt ilk günlər göz qapaqları müxtəlif dərəcədə şişir. Sarğını dəyişdirərkən belə xəstələrin gözlərini 2%-li borat turşusu ilə yumaq və onların gözlərinə natrium-sulfasil (albusid) damızdırmaq olar.

UDLAQDA OPERASİYA. Otorinolarinqoloji şö'bələrdə aparılan ən çox yayılmış operasiyaların biri tonzillektomiya və adenotomiyadır. Bu operasiyalardan sonra da ağırlaşmalar baş verə bilər. Buna görə də tibb bacısı bu operasiyalardan sonrakı ilk günlərdə xəstələrə göz qoymalıdır. Xəstəni operasiya otağından palataya apararaq yataqda uzatmalıdır. Xəstənin çarpayısının baş tərəfi bir qədər qaldırılmalı və ağız suyunu tüpürmək üçün xəstəyə mələfə və ya əsgi verilməlidir. Operasiyadan bir neçə saat sonra xəstəyə böyrü üstə uzanmaq və ya başını qaldırmadan ağzına yaxınlaşdırılmış mələfə və ya əsgiyə

tüpürməsi məsləhət görülür.

İlk saatlar ağız suyu çox təmiz olmaya bilər. Onun tərkibində kiçik qan damarcıqları (izləri) ola bilər. lakin bu hələ qanaxmanın başlanması əlaməti deyildir. Əgər ağız suyunda qanın miqdarı artmağa başlayır və xüsusilə qan laxtaları peyda olur və ya al qan müşahidə olunursa. tibb bacısı qanaxma başlandığını dərhal həkimə bildirməlidir.

Qanın udulub mə'dəyə düşməsi çox təhlükəlidir. çünki belə hallarda nə qədər qan itirildiyini müəyyən etmək çətindir. Bu zaman, xüsusilə uşaqlarda bol qanqusma qanaxma başlanmasının ilk simptomudur. Bundan əvvəl, adətən. ürək bulanması, görünən selikli qişaların və dəri örtüklərinin avazıması müşahidə olunur. Buna görə. xəstəni qabaqcadan xəbərdar etmək lazımdır ki. ağız suyunu (tüpürcəyi) udmasın. Uşaqların çox ciddi müşahidə və nəzarətə ehtiyacı vardır. çünki onlar udlaqda aparılan operasiyadan sonra tez yatmağa meylli olurlar, yuxu zamanı isə qanaxmanın başlanması nəzərə çarpmaya bilər. Odur ki. bu cür qanaxmaya yol verməmək üçün operasiyadan sonrakı ilk saatlarda uşağın yatmamasına fikir verir və ya onu tez-tez yuxudan ayıldaraq mələfəyə tüpürdürlər. Adenotomiya aparılan uşaqlarda qan təkcə udlaq-burundan deyil. burundan da xaricə axa bilər.

Hər halda qanaxma aşkar edilən zaman tibb bacısı tə'xirsiz həkimi çağırmalıdır. Adenoidlərin kənar edilməsi nəticəsində baş verən qanaxmanı dayandırmaq üçün əksər hallarda adenoid toxumasının qalıqlarını da kənar etmək lazım gəlir.

Tonzillektomiya nəticəsində damaq badamcıqları hüceyrələrindən qan axmasını dayandırmanın bir çox üsulları vardır. Tibb bacısı həkimi çağıraraq, içərisində şpatel, qansaxlayıcı sıxaclar və bir neçə tənzif kürəcikləri olan steril qutunu hazırlayır. Zəif qanaxmaları əksər hallarda quru (və ya amin-kapron turşusu ilə və hidrogen-peroksidlə isladılmış) tənzif kürəciyi badamcıq hüceyrələrinin divarlarına sıxmaqla dayandırırlar.

Qanaxmanı bu vasitə ilə dayandırmaq mümgün olmadıqda qan sızan sahəyə tikiş qoyurlar ki. bundan ötrü də iynə tutqacı. cərrah iynələri və steril ketqut sapları hazır olmalıdır.

Operasiyadan sonrakı birinci 2-3 gün ərzində xəstəyə ancaq qıcıqlandırmayan isti duru xörək: bulyon, şorba, süd, kisel və s. verilir.

EŞİTMƏNİ YAXŞILAŞDIRICI OPERASİYALAR. Bu cür operasiya edilən xəstəni mütləq diyircəkli xərəkdə operasiya otağından palataya apararaq ehtiyatla çarpayıya uzadırlar. Operasiyadan sonrakı ilk 2-3 sutka ərzində ona ciddi yataq rejimi tə'yin edilir. çünki belə xəstələrdə başağrısı, qusma ilə müşayiət olunan başgicələnməsi qeyd edilə bilər. Tibb bacısı bütün bu simptomlar barəsində müalicəedici və ya növbətçi həkimə vaxtında mə'lumat verməlidir.

QULAQ, BOĞAZ VƏ BURUN XƏSTƏLİKLƏRİNƏ TUTULMUŞ UŞAQLARA QULLUQ ETMƏNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ. Stasionar müalicəyə ehtiyacı olan qulaq, boğaz və burun xəstəliyinə tutulmuş bütün xəstələrin 25%-ni uşaqlar təşkil edir. Uşaq orqanizminin xüsusiyyətləri nəzərə alınaraq, tibb işçiləri onlara xüsusi diqqət yetirməlidir. Uşaqlar stasionarda qayğı və mehribanlıqla əhatə olunmalıdır. Tə'yin edilən bütün poroşok və həbləri uşaq tibb bacısının əlindən alır və mütləq onun yanında içir.

Əgər uşağa operasiya tə'yin edilmişsə, tibb bacısı operasiya günü uşağa səhər yeməyi verilməməsinə diqqət yetirməlidir. Bunu nəzərə almalıdır ki, uşağın gizlicə, hətta bir tikə peçenye, alma, çörək və s. yeməsi tonzillektomiya və ya adenotomiya operasiyası əsnasında uşağın qusmasına və qidanın onun nəfəs yollarına düşməsinə səbəb ola bilər.

Operasiyalardan və birinci növbədə, adenotomiya və tonzillektomiya operasiyalarından sonra uşaqların xüsusilə çox ciddi baxım və nəzarətə ehtiyacı olur.

QULAĞIN XARİCİ KEÇƏCƏYİNİN İRİNDƏN TƏMİZLƏNMƏSİ çox vaxt quru təmizləmə üsulu ilə aparılır. Bundan ötrü yivşəkilli kəsikləri olan xüsusi qulaq zonduna hərləndirmə hərəkətləri ilə steril pambıq fırça sarınır. Xarici qulaq keçəcəyinə qulaq qıfı daxil etmək və ya qulaq seyvanını dala və yuxarıya çəkməklə zonda sarınmış pambıqla qulaq keçəcəyini silərək irin və selikdən təmizləyirlər. Sonra bu çirkli pambığı götürüb zonda yenisini sarıyaraq qulaq keçəcəyindən təbil zarına qədər bütün qulaq sahəsini irindən tamamilə təmizləyirlər. Bu zaman qulaq keçəcəyinin dərisini zədələməmək üçün irindən təmizləmə işi ehtiyatlı surətdə keçirilməlidir. Xarici qulaq keçəcəyinin təmizlənməsi burada irin toplandıqca, tədricən gündə 3-4 dəfə aparılır. Xarici qulat keçəcəyindəki irini yaş üsulla da kənar etmək olar. Bu, təxminən, qulağın kirdən təmizlənməsi kimi keçirilir. Lakin xarici qulaq keçəcəyinin irindən təmizlənməsində 100 qramlıq (uşaqlar üçün 20 qramlıq) şprisdən istifadə edilir. Şprisi hökmən dezinfeksiyaedici məhlulla (borat turşusu, furasilin ilə) doldurmaq lazımdır. Qulağın bu məhlulla yuyulmasından sonra xəstə başını yana əyməlidir ki, qulaqda qalan maye xaricə axsın. Bundan sonra qulağın xarici keçəcəyinin divarını zonda sarınmış pambıqla və ya borat spirti ilə isladılmış pambıqla sürtürlər. Qulağından çoxlu irin axan xəstələrin qulağı təmizləndikdən sonra qulaq keçəcəyinə tənzif piltə qoyur və irin hopduqca onu mütləq dəyişirlər.

BURUN BOŞLUĞUNUN TƏMİZLƏNMƏSİ. Burun boşluğunu çox vaxt xüsusi yivli zonda sarınmış pambıqla təmizləyirlər. Diqqətlə baxıb yoxlamaqla burunun girəcəyi yanında və burun yollarında toplanmış selik və ya irin pambıq vasitəsilə kənar edilir. Burunun yaxşı təmizlənməsi üçün pambığı bir neçə dəfə dəyişmək lazım gəlir. Əgər

burun yolları qabıq bağlamışsa onun kənar edilməsi üçün təmizləyici pambığı soda məhlulunda və ya hər hansı bitki yağında islatmaq lazımdır.

Burunu yaş üsulla da təmizləmək olar. Bu zaman burun boşluğuna çiləyici (pulverizator) vasitəsilə qələvi (soda) məhlulu çilənir. Burunun selikli qişasında quruluq çox yayılmış olduqda və ya burunda qabıq çox olduqda burun boşluğunu yumaq olar. Bundan ötrü yuyulmadan qabaq isidilən sulu və ya zəif dezinfeksiya məhlulları (borat turşusu, furasilin və s.) işlədilir.

Balaca susəpələyəndən burunun bir deşiyinə tökülmüş su ağızdan keçərək xəstənin əlində saxladığı qutuda toplanır. Burunun yuyulması qurtardıqdan sonra xəstə (hökmən) burunun bir tərəfini sıxaraq o biri tərəfindən fınxırmaqla növbə ilə hər iki burun hissəsini təmizləməlidir. Eyni zamanda burunun iki dəliyindən fınxırmaq olmaz, çünki infeksiya eşitmə (yevstax) borusundan keçərək orta qulaq sahəsinə düşə bilər.

AĞIZ BOŞLUĞU VƏ UDLAĞIN YAXALANMASI üçün müxtəlif dezinfeksiya maddələri və ya isti halda ot dəmləmələri tətbiq edilir. Bu məqsədlə ən çox furasilin məhlulundan (1:500), kalium-permanqanatın açıq çəhrayı rəngli məhlulundan, xörək duzundan (1 stəkan qaynadılmış ilıq suya 1-2 çay qaşığı duz) istifadə edilir.

Ağız boşluğunda ağız sızanağı (uşaqlarda) olduqda ağıza brilyant abısı sürtürlər. Ağız boşluğunun selikli qişasını soda məhlulunda isladılmış pambıqla silib təmizləyirlər.

QULAQLARA HAVA ÜFÜRÜLMƏSİ politser üsulu ilə və ya kateter (qulaqlara kateter salma) vasitəsilə aparılır.

Qulağa politser üsulu ilə hava üfürmək üçün 250-500 ml həcmində rezin balondan istifadə edilir. Bubalon deşikli zeytunşəkilli kiçik şüşə və ya çini (çox vaxt taxma olur) ucluqlu rezin boru ilə birləşdirilmişdir. Balonun həmin zeytunşəkilli ucluğu burnun bir dəliyinə (yaxud növbə ilə hər iki burun dəliyinə) salınır. Bu zaman sol əlin barmaqları ilə burunun hər iki qanadını bərk sıxır, burunun qanadlarının birindən zeytunşəkilli ucluğa, o birindən burun arakəsməsinə təzyiq edilir. Beləliklə, ucluğun buruna kip daxil edilməsi üçün fiksasiya tə'min edilir.

Bundan sonra yumşaq damaq pərdəsini qaldırmaq (burun-udlaq sahəsini ağız sahəsindən ayırmaq) üçün xəstənin rusca "raz-dva" və ya "pa-ro-xod" kəlmələrini tələffüz etməsini təklif edərək sağ əllə balonu astaca sıxırlar. Hava üfürülməsi ya xəstənin onu hiss etməsi ilə, ya da (daha dəqiq olmaq üçün) otoskop vasitəsilə yoxlanılır. Otoskop-kiçik zeytunşəkilli ucluqları olan rezin borucuqdur. Zeytunşəkilli ucluqların birini xəstə qulağa, digərini isə həkim öz qulağına keçirir. Üfürülmə müvəffəqiyyətli olduqda həm xəstə, həm də tədqiqatçı üfürülmə gurultusunu hiss edir.

ÜST ÇƏNƏ (HAYMOR) CİBİNİN YUYULMASI xronik

haymorit üzrə operasiya keçirmiş xəstələrdə tətbiq edilir. Bu qperasiya nəticəsində burun boşluğunu üst çənə cibi ilə birləşdirən sün'i deşik əmələ gəlir. Haymor cibini həmin deşikdən yuyurlar və bundan ötrü qulağa hava üfürmək üçün işlədilən xüsusi kanyula (lülə) və ya nazik metal kateterdən istifadə edilir. Kanyulanı rezin boru vasitəsi ilə 100 ml həcmində balon və ya şprislə birləşdirirlər.

Həkim aşağı burun yolu selikli qişasını 3-5%-li kokain və ya 1%-li dikain məhlulu ilə yağladıqdan sonra kanyula və ya kateterin ucunu üst çənə (haymor) cibinə daxil edir, tibb bacısı isə şprisin porşeninə basaraq yuyucu mayeni daxil edir.

Haymor cibinin yuyulması üçün isti furasilin məhlulundan və ya hər hansı antibiotik, çox vaxt penisillin məhlulundan istifadə edilir.

Yuma zamanı xəstənin başı aşağı əyilir və axan su xəstənin çənəaltında saxladığı ləyənə tökülür.

DAMAQ BADAMCIQLARI SAHƏSİNİN YUYULMASI. Xronik tonzillitlə xəstələnənlərin ən effektli konservativ müalicə vasitələrindən biri badamcıq sahələrinin yuyulmasıdır. Belə xəstələrin damaq badamcıqları sahələrində mikroblardan tələf olmuş leykositlərdən, qabıq şəklində aralanmış epiteldən ibarət tıxac əmələ gəlir. Bu tıxacı yuyub kənar edirlər. Badamcıq sahələrinin yuyulması üçün damaq şırınqasında işlədilən şprisdən istifadə edilir. Şprisin ucluğu badamcıq sahəsinə (lakuna ağzına) salınır, şprisin porşeninə basıldıqda məhlul badamcıq sahəsinin dərin qatına düşür. Bu zaman xəstə ağzından axan mayeni əlində saxladığı ləyənə tüpürür. Yuma hər gün və ya günaşırı keçirilir və bundan ötrü borat turşusu, kalium-permanqanat, 1%-li yodinol məhlulu və ya müxtəlif antibiotik məhlullarından istifadə edilir. Badamcıq sahələrini yuduqdan sonra 2%-li yod və ya lyapis məhlulu sürtmək lazımdır.

TƏBİL ZARI SƏTHİNİN (ATTİKİN) YUYULMASI. Orta qulaq sahəsi ilə təbil zarının yuxarı şö'bəsindəki perforasiyasının (deşiyin) xronik irinli iltihabı olan xəstələrin təbil zarı üstü sahəsini yuyurlar. Bu deşik vasitəsilə təbil zarı sahəsinin attik adlanan üst şö'bəsinə yol açılır. Bu sahə irin və xloesteatom kütlələrin kənar edilməsi üçün yuyulur. Attiki —uc tərəfi əyilmiş kanyul adlanan xüsusi nazik boru vasitəsilə yuyurlar. Kanyul şprislə və ya rezin boru vasitəsilə balonla birləşdirilir. Həkimin özü baxıb yoxlamaqla kanyulun əyri ucunu təbil zarı perforasiyasından (deşiyindən) təbil zarıüstü sahəsinə daxil edir. Bundan sonra həkimin göstərişi üzrə tibb bacısı balondan edilən mö'tədil (normal) təzyiqlə mayeni yeridir. Maye xarici qulaq keçəcəyindən xəstənin boynuna sıxıb saxladığı böyrəkşəkilli ləyənciyə axıdılır. Həmin sahənin yuyulması üçün çox vaxt 3%-li borat spirtindən istifadə edirlər. Bir dəfə yuma üçün 20-40 ml spirt sərf edilir. Mikrob florasının xarakterindən və antibiotiklərə həssaslıqdan asılı olaraq müxtəlif antibiotiklərin məhlullarından istifadə oluna bilər. Labirintin

qıcıqlanması hallarına (başgicəllənməsinə, ürək bulanmasına) yol verməmək üçün attikin yuyulmasında işlədilən məhlullar 37°S-də qızdırılmalıdır.

QULAQ KİRİ kir ifraz edən vəzilərin güclü sekresiyası nəticəsində əmələ gəlir. Qulaq kiri sarımtıl və tünd-qəhvəyi rənglərdə olur. Qulaq kirinin konsistensiyası əvvəl yumşaq və mum kimi olur, sonra isə bərkiyir, hətta daş kimi olur. Xarici qulaq girəcəyi divarı ilə qulaq kiri arasında azca yarıq (aralıq) qaldığı hallarda eşitmə hələ normal ola bilər. Lakin bu zaman qulağa azca su girərsə (çox vaxt çimərkən və başı yuyarkən) qulaq kiri tez şişir, birdən-birə qulaq tutulur, eşitmə kəskin surətdə azalır və qulaqda kurultu eşidilir. Bə'zi xəstələrdə qulaq kirinin təbil zarına təzyiq etməsi baş ağrısına, öskürməyə və qulaq ağrısına səbəb olur.

Qulaq kirini isti su ilə yuyub kənar edirlər. Bunu yumağa başlamamış qulaqdan rinaxma hadisəsinin olub-olmamasını xəstədən soruşub aydınlaşdırırlar, çünki irinaxma nəticəsində təbil zarında əmələ gəlmiş quru perforasiya qatığı ola bilər. Bu halda qulağın su ilə yuyulması irinaxma posesinin kəskinləşməsinə və yenidən başlamasına səbəb ola bilər. Belə hallarda xüsusi qarmaqcıq vasitəsilə qulaq kirini ehtiyatla kənar etmək lazımdır.

Qulağı 37°S istiliyində su ilə yuyurlar ki, vestibulyar aparatın qıcıqlanmasına və bununla əlaqədar olaraq, xəstə üçün arzu edilməyən hallara (baş gicəllənməsi, ürək bulanması, qusma) yol verilməsin. Qulağın yuyulmasında 100-200 ml həcmində şprisdən istifadə edilir. Su şırnağı təkanlarla xarici qulaq keçəcəyinin arxa divarı boyunca yönəldilir. Bu zaman qulaq seyvanı dala və yuxarıya dartılmalıdır.

Qulaq girəcəyi divarının şprisin ucluğu ilə təsadüfi olaraq yaralanmasının qarşısını almaq üçün qulaq seyvanını sol əllə dartaraq şpris üçün söykənəcək yaratmaq məsləhət görülür. Beləliklə, ucluğun təsadüfi olaraq qulaq girəciyinə daxil olmasına maneçilik törədilir. Eyni məqsədlə ucluğa çəp kəsilmiş qısa (3-4 sm) rezin borucuq taxılır.

Maye şırnağı xəstənin öz boynuna sıxaraq saxladığı böyrəkşəkilli ləyənə axıb tökülür. Xəstənin çiynini dəsmalla örtürlər.

Su şırnağı kafi dərəcədə güclü axınla verildikdə qulaq kiri tamamilə və ya xırda hissəciklərlə yuyulub kənar edilir.

Xarici qulaq girəcəyi yuyulduqdan sonra mütləq qurudulur. Bunu zonda sarınmış pambıqla qurulayırlar. Yuyulmanın təkrarlanması nəticəsində qulaq kirinin kənar edilməsi mümgün olmadığı hallarda onu yumşaltmaq lazımdır. Bundan ötrü 2-3 gün ərzində qulağa, 10 dəqiqə müddətinə, bədən temperaturu istiliyində qızdırılmış qələvi mayelər damızdırılır. Bu zaman xəstəyə bildirilməlidir ki, qələvi maye damcılarının tə'siri ilə köpmüş qulaq kiri eşitməni daha da çətinləşdirə bilər.

DAMAQ SELİKLİ QİŞASININ YAĞLANMASI çox vaxt xronik faringitin müxtəlif formaları ilə xəstələnmə hallarında tətbiq edilir.

Yağlama əməliyyatı üçün yivli ucuna pambıq sarınmış qırtlaq zondundan istifadə edilir. Yağlama əməliyyatı üçün yivli ucuna pambıq sarınmış qırtlaq zondundan istifadə edilir. Zondun pambıqlı ucu şaftalı yağına, zeytun yağına və ya hər hansı başqa bitki yağına batırılır. Dili şpatellə basıb saxlayaraq yağlanmış zondun aşağı, yuxarı və geri hərəkətləri ilə ağız-udlaq sahəsinin arxa divarını lazımınca yağlayırlar. Bir neçə dəfə edilən hərəkətlərdən sonra zondun ucunu yenidən yağa batıraraq yağlamanı təkrarlayırlar. Bir neçə dəfə edilən hərəkətlərdən sonra zondun ucunu yenidən yağa batıraraq yağlamanı təkrarlayırlar.

Qusmanın qarşısını almaq üçün udlağın arxa divarının yağlanması acqarına keçirilir.

BURUN SELİKLİ QİŞASININ müxtəlif dərman maddələri (kokain, efedrin, sanorin, naftizin və s. məhlulları) ilə yağlanması üçün yivli düz zonada sarınmış pambıq fırçadan istifadə edirlər. Bundan ötrü lifləri didilib açılmış pambıq tikəsini sol əlin şəhadət barmağı yastığının üzərində yerləşdirib zondun ucunu pambığın üstünə qoyur və zondu sağ əllə saat əqrəbinin hərəkəti istiqamətində fırladırlar. Zond dolanarkən pambıq zonda sarınır. Sarınan pambığın zond üzərində möhkəm saxlanmasına və yağlama zamanı burunun arxa şö'bələrində pambıq qalmamasına fikir vermək lazımdır, çünki burada qalan pambıq nəfəs borusuna və bronxlara düşə bilər. Zonda sarınmış pambığı çıxartmaq üçün zondu saat əqrəbinin hərəkətinə əks tərəfə hərləndirir və bu zaman zond üzərindəki pambığı tənzif və ya pambıq tikəsi ilə tutub götürürlər.

KƏLLƏDAXİLİ OTOGEN VƏ RİNOGEN MÜRƏKKƏBLƏŞMƏLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ. Bu xəstəliklərə tutulanlar otorinolarinqoloji şö'bələrdə olan ən ağır xəstələrə aid edilir. Bu xəstələrin intensiv müalicə və ən diqqətli baxıma ehtiyacı vardır. Kəllədaxili otogen və rinogen ağırlaşmaların əsas formaları-beyin absesi, meningit və beyin vena sinuslarının trombozudur. Belə xəstələrin kiçik palatalarda yerləşdirilərək səs-küydən, parlaq işıqdan mühafizə olunması məsləhət görülür, çünki onlar xarici qıcıqlandırıcılara çox həssas olur və böyük reaksiya verirlər. Tibb bacısı xüsusilə həkim tərəfindən tə'yin edilmiş tədbirlərin yerinə yetirilməsinə artıq fikir verməlidir. Bir qayda olaraq, həkim bunların saat cədvəli üzrə yerinə yetirilməsini tələb edir. Daxili mürəkkəbləşmələr olan xəstələrdə hətta operasiyadan sonra beyin ödeminin artması və ya cəmləşmiş infeksiya nəticəsində vəziyyətin pisləşməsi hər an baş verə bilər.

Şüurun dolaşıqlığı, baş ağrısının artması, qusma, üşütmə, öskürmə və döşdə ağrı (metastatik absesli pnevmoniya) kimi xəstələnmə halları tibb. bacısının xüsusi diqqət yetirməsini tələb edən təhlükəli simptomlardır. Belə simptomlar baş verdikdə tibb bacısı dərhal həkimi xəbərdar etməlidir.

Operasiyadan sonrakı birinci günlərdə belə xəstələr yaralarının sarınması üçün palatadan sarğı otağına mütləq təkərli xərəkdə aparılır.

İNAĞA TUTULMUŞ UŞAQLARA QULLUQ EDİLMƏSİ. Hazırda uşaqlarda difteriyanın praktiki surətdə tamamilə ləğv edilməsi ilə əlaqədar olaraq, çox vaxt qırtlağın viruslarla zədələnməsi (stenozlu larinqotraxeobronxitlər), yad cisimlər və qırtlağın papillomotozu zamanı inağ baş verir. Belə xəstələrə qulluq edilməsində tibb bacısı böyük rol oynayır. Əvvəla, uşağın tənəffüsünə ciddi nəzarət edilməlidir. Belə xəstədə hər an tənəffüsün kəskin surətdə pisləşməsi gözlənilə bilər. Belə hallar baş verdikdə isə intubasiya və ya traxeotomiya keçirilməsi kimi tə'cili tədbirlər görülməlidir.

İnağlı uşağın olduğu otağın havası yaxşıca təmizlənməlidir. Otaqda sakitlik yaradılmasının da böyük əhəmiyyəti vardır. Həkimin tə'yin etdiyi tədbirlər saat cədvəli üzrə ciddi surətdə yerinə yetirilməlidir. Çox vaxt bu cür xəstə uşaqlara mayelər və dərman maddələri bir neçə sutka ərzində damcı şəklində yeridilir. Buna görə də tibb bacısı damcı üsulu ilə dərmanyeridici cihaza xüsusi diqqət yetirməlidir.

İnağlı uşaqların müalicəsində dərman vasitələrinin buxar, hamam və inhalyasiyası əhəmiyyətli yer tutur. Qırtlağı müəyyən dərəcədə stenozlu uşağı xüsusi pleksiqlaz qalpaq altına qoyurlar. Bu qalpağın altına boru vasitəsilə qaynadılan qabdan buxar, oksigen və müxtəlif müalicə vasitələrinin (antibiotiklər, fermentlər, desensibilizəedici vasitələr və s.) aerozolları verilir. Tibb bacısı qalpağın şəffaf şüşəsindən onun altında olan uşağın vəziyyətinə həmişə diqqət yetirə bilir. Dəri örtüyündə yanıqlar əmələ gəlməməsi üçün qalpağın altına verilən buxarın istiliyi də müntəzəm surətdə yoxlanmalıdır. Bu cəhəti nəzərə alaraq, hərdənbir qalpağı qaldırıb uşağın dəri örtüyünü silmək lazımdır.

Traxeostoma salınan uşağa qulluq daha diqqətli olmalıdır. Bu zaman birinci növbədə traxeotoma kanyulunun sərbəst keçiciliyi tə'min edilməlidir. Bundan ötrü, ifraz olunan bəlğəmin miqdar və xüsusiyyətindən asılı olaraq, müəyyən fasilələrlə traxeotoma borusunun mənfəzini təmizləmək lazımdır.

Birdəfəlik plastik traxeotoma borusu salınmış uşaqların nəfəs borusuna hər saatdan bir dərman maddələri yeridilməli və sonra bunlar sorulub çıxarılmalıdır. Bundan ötrü iynəsiz şprisə 3-5 ml isti soda məhlulu doldurur və bu məhlulu traxeotoma kanyulanın xarici deşiyindən keçirərək nəfəs borusuna tökürlər. Bunun nəticəsində uşaq öskürməyə başlayır və məhlulun bir hissəsi xırda qabarcıqlar və bəlğəmlə birlikdə çölə atılır. Nəfəs borusuna bu cür məhlul tökülməsi 3-4 dəfə təkrarlanır. Bundan sonra isə tibbi soruçu borucuqla birləşdirilmiş plastik kateter vasitəsilə məhlulu nəfəs borusundan sorub çıxarırlar. Kateterin ucunu traxeotomik kanyulanın aşağı kənarına çatana qədər daxil edirlər (nəfəs borusu selikli qişasının zədələnməsinə

yol verməmək üçün kateterin ucunu bundan aşağı yeritmək olmaz). Bundan sonra sorucu borunu bir neçə saniyə işlədirlər. Traxeostomiyaya aid bütün manipulyasiyaların yerinə yetirilməsində aseptikaya riayət edilməsinin əhəmiyyəti də ayrıca qeyd edilməlidir. Belə ki, bütün şprislərin, kateterlərin və nəfəs borusuna yeridilən bütün məhlulların steril olmasının tə'min edilməsi məcburi bir şərtdir.

OPERASİYA ƏRƏFƏSİNDƏKİ QULLUQ TƏDBİRLƏRİ. Yuxarı nəfəs yolları və qulaqda keçiriləcək operasiyaya hazırlıq ümumi qaydalar və onlara edilən bə'zi əlavələr üzrə aparılır. Hazırda qulaq operasiyaları zamanı başın təmiz qırxılması tədbirlərindən praktikada tamamilə əl çəkilmişdir. Ancaq operasiya qabağı axşamdan qulaq seyvanı arxasındakı təxminən 4-6 sm ölçüsündə dəri sahəsini ülgüclə qırxırlar. Qadınlar isə yerdə qalan bütün saçlarını operasiya ediləcək qulaqdan əks tərəfə doğru darayır və operasiya sahəsi ətrafındakı saçları kleollu sarğı ilə bərkidirlər. Səhər operasiya qabağı xəstə dişlərini fırça ilə yuyub təmizləyir və ağzını dezinfeksiyaedici məhlulla yaxalayır.

Udlaq və qırtlaq sahəsində, habelə narkoz altında keçirilən operasiya günü xəstə səhərdən heç bir şey yeməməlidir.

XV FƏSİL
GÖZLƏRİ ZƏDƏLƏNMİŞ XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

Göz kabinetinin tibb bacısı gözün ön hissəsini və artımlarını müstəqil müayinə etməyi, göz damcısı damızdırmağı, gözə məlhəm qoymağı, sarğı bağlamağı, kəskin göz xəstələnmələrində yardım göstərməyi bacarmalıdır. Tibb bacısı həkim tərəfindən xəstə qəbulunun keçirilməsində, profilaktik işlərdə və əhaliyə dispanser xidməti göstərilməsində iştirak edir.

TƏ'XİRƏSALINMAZ YARDIM. Qlaukoma. Kəskin qlaukoma tutması gözdə daxili təzyiqin şiddətlə artması nəticəsində baş verir. Bu təzyiq gözdə qan dövranını pozaraq sağalmayan korluğa səbəb ola bilər. Qlaukoma tutması, bir qayda olaraq, qəflətən başlayır. Bu zaman göz sahəsində, başın müvafiq yarım hissəsində, xüsusən ənsədə ağrı, habelə qusma, ümumi zəiflik baş verir. Gözlər qızarır, göz qapaqları şişir, buynuz qişa tutqunlaşır, bəbək genələrək, həqiqi formasını itirir və çox vaxt qeyri-düzgün forma alır. Görmə itiliyi kəskin azalır. Palpasiya zamanı gözün daxili təzyiqinin çox artdığı-gözün bərkidiyi müşahidə olunur. Bu zaman gözə saatda bir dəfə 2%-li pilokarpin məhlulu damızdırmağa başlamaq lazımdır, buna əlavə olaraq, sutkada 3 dəfə fosfokol və ya armin damızdırmaq olar. Daxilə 0,25 q diakarb, 20 q işlətmə duzu verilir, ağrıyan göz tərəfdən gicgaha 2 zəli qoyulur və isti ayaq vannaları tətbiq edilir. Gecə xəstəyə yuxu dərmanı verilməsi məsləhət görülür. Xəstə tə'cili olaraq oftalmoloq-həkimə göndərilməlidir.

Konyunktiva və buynuz qişanın yad cisimləri. Konyunktivaya düşmüş yad cismi çıxarmaq üçün göz qapaqlarını hökmən çevirməklə göz alması və göz qapaqlarının konyunktivasını müayinə (gözün müayinəsi bəhsinə bax) etmək lazımdır. Yad cismi steril yaş pambıq tampon vasitəsilə çıxarırlar. Yad cisim kənar edildikdən sonra gözə 30%-li natrium-sulfasil (albusid) məhlulu damızdırılır. Gözdə yad cisim olmasının hiss edilməsi çox vaxt buynuz qişanın eroziyalı olması (epitel qüsuru) ilə əlaqədardır. Bunu aşkar etmək üçün gözə 1—2%-li flüoressin məhlulu damızdırır və sonra gözü natrium-xloridin izotonik məhlulu ilə yuyurlar. Flüoressin eroziya olan yerdə saxlanaraq, buynuz qişanın qüsuru açıq-yaşıl rəngə boyanır. Belə xəstənin müayinə edilməsində yandan (fokal) işıqlandırma metodundan istifadə etmək lazımdır.

Buynuz qişadan yad cismin kənar edilməsi üçün qabaqca 0,5%-li dikain məhlulu ilə anesteziya keçirmək lazımdır. Xəstənin göz qapaqlarını sol əlin baş və şəhadət barmaqları ilə aralayırlar. Səthdə yerləşmiş yad cismi şüşə və ya ağac çöpünə kip sarınmış yaş pambıqla (material steril olmalıdır) rədd edirlər.

Yad cisim buynuz qişanın səthi qatları arasında yerləşdiyi hallarda,

onu yad cisimləri çıxarmaq üçün işlədilən xüsusi steril iynə vasitəsilə rədd edirlər. Yandan verilən işıq və 13,0 D-lik lupa vasitəsi ilə yoxlayaraq, iynənin ucunu yad cismin altına yeridib yuxarı qaldırmaq və qabaqan italə etməklə yad cismi kənar edirlər. Yad cisim kənar edildikdən sonra gözə 3%-li natrium-sulfasil (albusid) məhlulu damızdırmaq, antibiotik və sulfanilamid məlhəmi qoymaq lazımdır. İrin ifrazatı olmadıqda 2-3 saatlığa yüngül sarğı qoymaq olar. Əgər yad cisim çıxarıldıqdan sonra onun yerində pas rəngində çənbər ("yanıq") ləkəsi qalırsa, xəstə hökmən həkimə göndərilməlidir. Yad cisim buynuz qişanın orta və dərin qatlarında olarsa, onda tibb bacısı xəstəni tə'cili olaraq okulist-həkimə göndərməlidir.

Dərinə keçən göz yarası. Göz yarasının dərinə keçməsindən şübhələndikdə göz qapaqları çevrilməməlidir ki, yaralı gözə izafi təzyiq düşməsin. Bu halda xəstənin gözünə 30%-li patrium-sulfasil (albusid) məhlulu damızdırılmalı və yüngül steril tənzif sarğı qoyulmalıdır. Xəstənin dərisi altına isə 0,5 ml AS-anatoksini və 300 vahid tetanus əleyhinə serum vurduqdan sonra onu gözündə cərrahiyyə əməliyyatı aparılmaq uçün tə'cili olaraq stasionara göndərmək lazımdır.

Yanıqlar kimyəvi, termik yanıqlara və şüa enerjisi yanıqlarına bölunə bilər.

Gözə turşular, qələvilər, əhəng, naşatır spirti, kimyəvi karandaş düşdükdə kimyəvi yanıqlar baş verərək, müxtəlif dərəcədə ağır zədələnmələrə, hətta gözün itirilməsinə səbəb olur. Kimyəvi yanıq baş verdikdə yandırıcı maddəni dərhal kənar etmək lazımdır. Hadisə baş verdikdən sonrakı müalicələrin effekti müalicə tədbirlərinin sür'ətlə görülməsindən asılıdır. Bu zaman gözü 15 dəqiqə ərzində təmiz su və ya izotonik natrium-xlorid məhlulu ilə diqqətlə yumaq lazımdır. Gözə istər sönmüş və istərsə sönməmiş əhəng düşdükdə baş verən kimyəvi yanıqlar, xüsusilə ağır olur. Odur ki, belə hallarda gözü diqqətli surətdə yuduqdan sonra ona 0,5%-li dikain məhlulu (anesteziya üçün) damızdırmalı və göz qapaqlarını çevirib diqqətlə müayinə etdikdən sonra geniş büküşləri sahəsini də yumalıdır. Gözləri diqqətlə yumaqla bərabər, göz alması selikli qişasında, göz qapaqları və keçid büküşlərində olan bütün əhəng hissəciklərini yaş tampon vasitəsilə kənar etmək lazımdır.

Anilin boyaları (mürəkkəb, mürəkkəb karandaşın qrifeli) yanıqları ağır yanıqlara aid edilir. Protoplazmatik zəhərlərdən ibarət olan anilin boyaları qələvi xassəli maddələrə aid edilir. Onlar göz yaşında həll olub göz səthi üzrə yayılır və gözün dərin toxumalarına keçərək orada nekroz xassəli dəyişikliklər əmələ gətirir. Karandaş hissəcikləri çox vaxt konyunktivanın aşağı tağında aşkar edilir. Yanıq mürəkkəb karandaşı ilə əmələ gətirildiyi zaman gözə o dikain damızdırıldıqdan sonra, tibb bacısı selikli qişada olan bütün iri qrifel tikələrini anatomik pinset və ya yaş tampon vasitəsilə diqqətlə kənar etməli və bundan

sonra gözü 5%-li tanin məhlulu ilə yaxşı yumalıdır. Tanin olmadıqda isə gözü tərkibində tanin olan tünd çay ilə yumaq olar. Termik yanıqlar, gözə qaynar su, qaynar yağ, isti piy düşdükdə, yanğın zamanı alovdan əmələ gələn yanıqlardır. Bu hallarda tə'xirəsalınmaz yardım yaş tampon vasitəsilə və bolluca yumaqla yandırıcı maddəni tamamilə kənar etməkdən ibarətdir.

Gözə kalium-permanqanat kristalları düşdükdə onu südlə yaxşıca yuyub kənar edirlər. Süd olmadıqda isə gözü su ilə yumaq olar.

Bütün yanıq növlərində gözü yuyub yadcisimləri kənar etdikdən sonra gözə 30%-li natrium-sulfasil (albusid) məhlulu, 0,5%-li dikain məhlulu (ağrı olduqda), steril balıq yağı damızdırır və göz qapaqları arxasına antibiotiklərdən və sulfanilamidlərdən hazırlanmış məlhəm qoyaraq xəstəni tə'cili surətdə oftalmoloq-həkimə göndərirlər. II, III, IV dərəcəli bütün yanıq növlərində mütləq tatanus əleyhinə vaksinasiya keçirilməlidir (6-cı cədvələ bax).

Şüa enerjisindən (elektrooftalmiya) əmələ gələn yanıqlar çoxlu miqdarda infraqırmızı və ya ultrabənövşəyi şüalara malik parlaq işığın tə'sirinə mə'ruz qalmış (qoruyucu çeşməksiz elektrik qaynağı və ya qaz qaynağı keçirildikdə, kvars lampası, volt qövsü və s. ilə işlədikdə) şəxslərdə baş verir. Bleferospazm, işıqdan qorxma, göz yaşı axması və bə'zən buynuz qişanın zədələnməsi şəklində təzahür edən kəskin göz qıcıqlanması, təkcə elektrik qaynağını qoruyuçu çeşməksiz aparanlarda deyil, həmçinin bunu çeşməksiz müşahidə edən şəxslərdə də həmin əməliyyatın tə'sir etməsindən 6-8 saat sonra baş verir. Belə hallarda isə 0,5%-li dikain məhlulu damızdırılır və göz qapaqları dərisinə soyuq sulu sarğı qoyulur. Xəstənin tünd çeşmək taxması məsləhət görülür.

Kəskin konyunktivit-göz selikli qişasının infeksion iltihabıdır. Konyunktiva kisəsinə patogen mikrob və ya adeno-virusun düşməsi nəticəsində baş verir. Bu xəstəlik, bir qayda olaraq, kəskin şəkildə başlayır. Xəstə gözündə yad cisim olmasından və yandırma hiss etməsindən şikayətlənir, işıqdan qorxur. Konyunktivitin əlamətləri göz qapaqları və göz alması konyunktivasının qızarması və ödemi, konyunktiva kisəsində irinli və selikli-irinli ifrazatın mövcud olmasıdır. İlk yardım edilən zaman gözü zəif kalium-permanqanat məhlulu ilə və ya 2%-li borat turşusu məhlulu ilə yumaq, gözə 30%-li natrium-sulfasil (albusid) və ya penisillin məhlulu (10 ml izotonik natrium-xlorid məhluluna və ya distillə edilmiş suya 100000 vahid qatışığı) damızdırmaq lazımdır. Antibiotik və ya sulfanilamidlərdən hazırlanmış məlhəm qoymaq olar. Xəstəni okulist həkimə göndərmək lazımdır. Xəstənin gözünə sarğı qoymaq olmaz. Şəxsi gigiyena qaydalarına ciddi əməl edilməlidir; xəstənin ayrıca dəsmal və yastığının olması zəruridir; dərman damızdırıldıqdan və ya gözləri yuduqdan sonra əlləri yumaq lazımdır. Bu xəstəlik zamanı yaşlılar işdən azad edilir, uşaqlar məktəbə, yaslı və uşaq bağçasına göndərilmir.

Gözün müayinəsinə göz qapaqlarının, göz qapaqları və göz alması konyuktivalarının yoxlanılması ilə başlanır. *Aşağı göz qapağı konyunktivasının* müayinəsi zamanı aşağı göz qapağını şəhadət barmağı və ya baş barmaq vasitəsilə aşağıya elə çəkirlər ki, keçid büküşü aydın görünür. *Yuxarı göz qapağı konyunktivasının* müayinəsində xəstəyə aşağı baxmağı təklif edirlər. Sonra göz qapağının kirpikli kənarını sağ əlin baş və şəhadət barmaqları ilə tutub göz almasından aşağı və qabağa çəkirlər. Tibb bacısı sol əlinin baş barmağı ilə göz qapağının ortasını qığırdağın yuxarı kənarında təsbit edir. Bu zaman yuxarı göz qapağını diyircək üzərində çevrilmə kimi barmaq ətrafında çevirirlər. Göz qapaqlarını barmaqla çevirdikdə xəstənin müxtəlif istiqamətli-yuxarı, aşağı, sağa və sola baxışlarında göz almasının konyunktivasını görmək olar. Göz qapaqlarının və konyunktivanın müayinəsi aydın gün işığında və ya sün'i işıqda müayinə edilməlidir. Bu zaman yandan işıqlandırma metodundan istifadə edilməsi daha yaxşı nəticə verir.

Ön kameranın, buynuz qişanın, bəbəyin, gözəlti qişanın tədqiqi də hökmən yandan işıqlandırma metodu ilə aparılmalıdır. Xəstəni stulda oturdaraq ondan sol tərəfdə 100 vatlıq güclü işıq lampası (ən yaxşısı donuq rəngli lampa) yerləşdirirlər. İşıq şüaları onun (lampanın) fokus məsafəsində (5 sm) qoyulan iki tərəfi qabarıq 20,0 D-lik lupanın köməyi ilə buynuz qişada toplanır.

Göz yaşı kisəsinin müayinəsi xəstənin həmişə göz yaşı axmasından və konyunktiva kisəsində selikli və ya selikli-irinli ifrazatın olmasından şikayət etdiyi halda keçirilir. Bundan ötrü tibb bacısı aşaqı göz qapağını sol əlin baş barmağı ilə elə çəkib aralayır ki, aşağı göz yaşı nöqtəsi aydın görünür. Sağ əlin baş barmağı ilə gözlə burunun arxası arasındakı göz yaşı kisəsi sahəsinə basılır. Bu zaman bulanıq irin mayesinin çıxması göz yaşı kisəsi iltihabının olmasını göstərir. Bu xəstəni həkimə göndərmək lazımdır.

Narahat uşaqların gözlərini xüsusi üsul ilə müayinə edirlər. Ana tibb bacısından sağda əyləşərək uşağın bədənini və qollarını tutub saxlayır. Bu zaman tibb bacısı uşağın başını öz dizləri arasında təsbit edir və müayinə üçün əlləri sərbəst qalır.

SARĞI MATERİALI ancaq hiqroskopik pambıqdan hazırlanır. Gözlərin qorunması üçün 4-5 sm-lik kvadrat şəkilli və ya 4-5 sm diametrində dairəvi pambıq-tənzif yastıqcıqlar tətbiq edilir. Bunları qabaqca sərilib hazırlanmış və hər iki tərəfindən tənziflə örtülmüş pambıq qatlarından uyğun şəkildə biçirlər. Operasiya edilmiş xəstələr üçün pərdəciklər tətbiq edilir. Onları eni 9 sm, uzunluğu isə 14-16 sm olan və ikiqat qatlanmış tənzif və ya bintlərdən hazırlayırlar. Həmin pərdəciklər leykoplastır ilə xəstənin alnına yapışdırılır. Göz qapaqlarını təmizləmək üçün dərman damcıları damızdırılmasında və məlhəm qoyulmasında yumşaq pambıq kürəcikləri işlədilir. Qabaqca avtoklavda sterilizə edilmiş pambıq kürəcikləri üzərində 1:6000 civə

oksisianatı və ya 2%-li borat turşusu məhlulu tökülərək 40-60 dəq. qaynadılır. Kürəciklər həmin məhlulda saxlanır.

GÖZ SARĞILARI göz qapaqları və göz alması zədələndikdə aparılan operasiyadan sonra gözün rahatlığını tə'min etmək üçün qoyulur. Konyunktivannn kəskin iltihab xəstəliyində gözə sarğı qoymaq olmaz. 5-7 sm enində bint sarğıları, əsasən göz alması çıxarıldıqdan və ya göz orbiti sahəsində operasiya keçirildikdən sonra tətbiq edilir. Sarğı kip olmalı, lakin xəstə onun gözə təzyiq etməsini və ya qulaq altını dartmasını hiss etməməlidir. Bir gözə qoyulan— monokulyar və hər iki gözə qoyulan-binokulyar sarğı ola bilər. Sarğı qoyulmazdan qabaq qapalı göz qapağı üzərindən pambıq-tənzif yastıqcıq yerləşdirilir və bunun üzərindən sarğı qoyulur. Bu zaman tibb bacısı bintin ucunu sol əlilə xəstə gözün tərəfindəki qulaq sırğalığı yanında tutub saxlayır. Pambıq tənzif sarğını bint vasitəsilə alnın ətrafında elə təsbit edirlər ki, bintin baş hissəsi sağlam gözə tərəf aparılsın. Sonra binti xəstə göz tərəfindən qulağın altı ilə yuxarı aparıb gözün üzərindən keçirərək yastıqcığı başlıca olaraq burun (qərəfdən örtür və sonra binti ənsə üzrə yanə qulaq sırğalığı altına aparırlar. Bu surətlə binti 4-5 dövrə sarıyır və sonuncu dövrəsini alnın üzərindən keçirərək, sarğını xəstə gözdən əks tərəfdəki yan hissədə bağlayırlar.

Başqa hallarda, lazım gəldikcə, bint əvəzində pambıq-tənzif yastıqcıqlar tətbiq edilir və bunlar 1 sm enində yapışqan plastırla bərkidilir.

XƏSTƏNİN GÖZDAXİLİ OPERASİYALARINA HAZIRLANMASI. Operasiya ərəfəsində xəstə gigiyenik vanna qəbul edir. Bu zaman onun yataq camaşırı və alt paltarı dəyişilir və ona işlətmə dərmanı verilir. Xəstənin operasiya ediləcək gözünün kirpikləri qırxılır. Xəstənin sinir sisteminin oyanıqlığını azaltmaq üçün həkim ona yuxu dərmanı və sedativ vasitələr tə'yin edir. Xəstə bunları operasiya ərəfəsi axşamı və operasiya günü səhər qəbul etməlidir. Operasiyaya 30 dəqiqə qalmış 2%-li promedol məhlulu ilə inyeksiya aparılır. Bir sıra hallarda qlaukoma operasiyasından qabaq və ya kataraktanın ekstraksiyasına 1 saat qalmış həkimin tə'yinatı üzrə xəstəyə qliserol (daxilə qəbul etmək üçün 50%-li qliserin məhlulu) verilir. Tibb bacısı həkimin operasiyaqabağı etdiyi bütün tə'yinat və göstərişlərinin yerinə yetirilməsinə ciddi fikir verməlidir.

İSTİLİK PROSEDURALARININ, SOYUĞUN VƏ YAYINDIRICI VASİTƏLƏRİN TƏTBİQ EDİLMƏSİ. ***Gözlərə isidici kompres*** aşağıdakı qaydada qoyulur. Qapalı göz qapaqları üzərinə qaynanmış isti suda və ya izotonik natrium-xlorid məhlulunda isladıb sıxılmış və tənzif üstündən kompres kağızı və ya nazik müşəmbə qoyurlar (bunların ölçüsü yaş salfetin ölçüsündən artıq olmalıdır), sonra bunu pambıq qatı ilə örtərək bintlə sarıyırlar.

Gözlərə spirt və yarıspirt kompreslər qoyulması praktikada tətbiq

edilmir. Quru istilik-isitqac şəklində tətbiq edilir. 80°S-yə qədər istilik olan suyu adi isitqac və ya yastı butulkaya tökürlər. Xəstə yanı üstə uzanır və salfetlə örtülmüş xəstə gözünü həmin isitqaca söykəyir və bu vəziyyətdə 30 dəqiqə qalır.

Soyuq. Göz travmasından (kontuziyadan) və operasiyadan sonra xəstənin gözünə soyuq tə'yin edilir. Bundan ötrü rezin qovuğa buz parçaları və ya buzlu (dondurulmuş) su doldurulub salfet, ya da dəsmalın üzərindən xəstənin qaşüstü qövs sahəsinə qoyulur. Bu zaman həmin qovuq gözə təzyiq etməməlidir.

Zəli qoyulması. Göz xəstəliklərinin müalicəsi praktikasında zəli bir yayındırıcı vasitə kimi tətbiq edilir. Zəli tətbiq metodu adidir, lakin onu gözün yaxınlığında qoyduqda tibb bacısı ehtiyatlı olmalıdır. Zəlini başıyuxarı quru sınaq şüşəsinə və ya balaca damcı şüşəsinə salıb, sonra sınaq şüşəsinin ağzını, göz yarığı səviyyəsində gicgah dərisinə yapışdırır, ta zəlinin sormağa başlamasına qədər şaquli vəziyyətdə saxlayırlar. Zəli dəriyə yapışandan sonra şüşəni götürürlər. Gicgahda venalar üzdə yerləşdikdə və gicgah arteriyasının döyünməsi hiss olunan yerlərə zəli qoyulmasına icazə verilmir. Gicgaha ən çoxu 2 zəli qoymaq olar. Zəli qoyulmasından 35-60 dəqiqə sonra özü düşməzsə, onun üzərinə hipertonik natrium-xlorid məhlulu tökmək və ya duz səpməklə düşürmək olar. Bundan sonra zəlinin sorduğu yerə təzyiqedici sarğı qoyulur.

MANİPULYASİYALARIN (ƏLLƏ GÖRÜLƏN İŞLƏRİN) KEÇİRİLMƏSİ. Bütün göz manipulyasiyaları olduqca ehtiyatlı keçirilməlidir. Hər manipulyasiyadan əvvəl tibb bacısı əllərini sabunla yumalıdır.

Traxoma dənələrinin əzilməsi əməliyyatında xəstə uzanmış vəziyyətdə olur. Əlləri-operasiyaya hazırladıqda olduğu kimi, dərmanlayıb təmizləmək lazımdır. Manipulyasiya apararkən əllərə rezin əlcək taxmaq yaxşıdır. Tibb bacısı gözlərini xəstənin gözündən sıçrayan ifrazatdan qorumaq üçün hökmən qoruyucu eynək və ya Roslavsev maskası taxmalıdır. Göz qapaqları dərisini spirtlə silir, gözləri kalium-permanqanatın zəif məhlulu ilə yuyur və gözə 30%-li natrium-sulfat məhlulu damızdırırlar. Göz alması və göz qapaqları konyunktivasını 0,5-1%-li dikain məhlulu ilə anesteziya edirlər. Bundan sonra yuxarı göz qapağını çevirir, yuxarı keçid büküşünün konyunktivası altına 1 % -li novokain məhlulu, sonra aşarı göz qapağını çəkib aşağı keçid büküşünün konyunktivası altına da, cəmi 2 ml-dən çox olmayaraq, novokain yeridirlər. Tibb bacısı anesteziyadan sonra sağ əlilə Bellyarminov pinsetini götürərək, yuxarı göz qapağını çevirir, pinsetin bir branşını konyunktivanın yuxarı tacına daxil edir, digərini isə çevrilmiş göz qapağı qığırdağının konyunktivası üzərinə qoyur. Pinsetin branşlarını (taylarını) basıb bağlayaraq, onu göz qapağı boyunca ötürür və follikulları partladırlar, lakin elə etmək

lazımdır ki, selikli qişa çox zədələnməsin və buynuz qişaya toxunmasın. Aşağı göz qapağı sahəsində də eyni manipulyasiya təkrarlanır. Göz qapaqlarının xarici və daxili bucaqlarında olan follikulları pinsetin kənarları ilə əzirlər. Traxoma dənələri əzildikdən sonra konyunktiva boşluğunu kalium-permanqanat məhlulu ilə yuyur, göz qapaqları arxasına 1%-li tetrasiklin məlhəmi qoyurlar.

Göz konyunktivasından yaxmanı səhər əl-üz yuyulmamışdan və gözlərə damcı damızdırmamışdan əvvəl götürürlər. Tibb bacısı bakterioskopik tədqiq üçün əvvəlcə od üzərində (közərdilənə kimi) sterilizə edilən platin ilgək və ya adi zond vasitəsilə yaxma götürür. Közərdilmiş ilgək soyuduqdan sonra, aşağı göz qapağını çəkib aralayaraq keçid büküşü üzərindən yaxma götürürlər; göz qapağını çevirərək, yuxarı keçid büküşündən də azca yaxma götürmək yaxşı olardı.

Götürülmüş sekretin (ifrazatın) nazik qatı spirtlə sınmiş əşya şüşəsinə yaxılır. Preparat quruduqdan sonra onu lampa alovu üzərində tutub təsbit edirlər. Şüşə üzərində yaxmanın qoyulduğu yeri karandaşla cızıb qeyd edir və şüşənin kənarında xəstənin familiyasını yazıb, tədqiq olunmaq üçün laboratoriyaya göndərirlər. Əkmək (bakterioloji tədqiqat) üçün konyunktivadan götürülən materialı da, yaxma materialı götürüldüyü kimi, ilgəklə götürür, lampanın alovu üzərində qida mühiti aqara və ya bulyona salırlar. Material sınaq şüşəsindəki qida mühitində yayılıb paylaşdırıldıqdan sonra həmin sınaq şüşəsini lampa alovu üzərində tıxacla bağlayırlar.

Göz damcıları pipetlə damızdırılır. Pipetləri azı 40 dəqiqə qaynatmaqla sterilizə edirlər. Damcıların damızdırılması üçün tibb bacısı aşağı göz qapağını sol əlində saxladığı pambıq tampon vasitəsilə aşağı çəkir və onu gözə yox, göz orbitinin kənarına doğru basır. Sonra xəstəyə yuxarı baxmağı təklif edirlər. Bundan sonra, tibb bacısı sağ əlin baş və şəhadət barmaqları ilə pipexin başına basaraq konyunktivanın aşağı tağına 1-2 damcı dərman damızdırır. Xəstə gözünü yumduqda göz qapağı kənarından çıxan artıq damcıları eyni tamponla silib götürürlər. Gözə 2 damcıdan artıq göz damcısı damızdırmaq mə'nasızdır, çünki konyunktiva kisəsində ancaq 1 damcı yerləşir. Göz damcıları otaq temperaturu istiliyində olmalıdır. Çox soyuq damcılar göz qapaqlarının spazmına səbəb olur. Damcı məhluluna infeksiya düşməsinə və nəticədə məhlulun bütünlüklə infeksiyaya tutulub çirklənməsinə yol verilməməsi üçün, damcılama zamanı pipetin ucunu xəstənin kirpiklərinə toxunmamasına fikir verilməlidir. Əgər pipet xəstənin kirpiklərinə və ya göz qapağına dəyibsə, onu mütləq sterilizə etmək lazımdır. Hər xəstə üçün ayrıca steril pipet işlədilməsi infeksiyanın damcı məhlulu ilə bir xəstədən digərinə keçirilməməsini tamamilə tə'min edir. Damcı məhlulunun 2 sm-dən artıq məsafədən damızdırılmasını xəstə xoşlamır.

Göz bəbəyini genəldici vasitələrin-midriatiklərin, bəbəyi daraldıcı vasitələrin-miotiklərin damızdırılmasında xüsusilə çox ehtiyatlı olmaq lazımdır. Midriatiklər və miotiklər qrupuna aid preparatların yanlış damızdırılması arzu olunmayan ağır nəticələrə səbəb olur. Məsələn, qlaukomalı xəstəyə bəbəyi genəldici dərmanlar (atropin, skopollamin, efedrin) damızdırdıqda, daxili göz təzyiqi kəskin qlaukoma tutmasına səbəb olan dərəcədə yüksələ bilər. Damar qişasının kəskin iltihabı (ifrit, uvenit) olam xəstəyə bəbəyi daraldıcı dərmanların (pilokarpin, fosfakol) damızdırılması gözdə iltihab prosesinin artıq dərəcədə şiddətlənməsinə və ağırlaşmalara (qüzehli qişanın büllurla bitişməsinə) səbəb olur.

Göz məlhəmləri dərman maddələrinin daha uzun müddət tə'sir göstərməsi və göz qapaqlarının gözə sürtünməsini azaltmaq lazım olduqda tətbiq edilir. Məlhəm belə qoyulur: tibb bacısı sol əli ilə aşağı göz qapağını çəkir (bu zaman xəstə yuxarı baxır); steril (qaynadılmış) çöpün enli ucu ilə az miqdarda məlhəm götürüb aşağı göz qapağının selikli qişasına yaxır, sonra xəstəyə gözlərini yummağı təklif edir və çöpü götürür. Məlhəmin gözdə bir bərabərdə yaxşı yayılması üçün tibb bacısı göz qapaqları hələ yumulmuş halda ikən gözü yüngülcə masaj edir.

Hazırda müalicəedici göz plyonkaları (MKP) buraxılır. Bunların tərkibində atropin, pilokarpin, antibiotik preparatları olur. Tərkibində bu cür preparat olan plyonkanı konyunktiva kisəsinə daxil edirlər. Selikli qişa ilə isladılma nəticəsində plyonka elastikləşir və 25-40 dəqiqə ərzində tədricən əriyir. Bu plyonkalar gözə sutkada 1-2 dəfə qoyulur.

Gözə poroşok (dərman tozu) səpilməsi. Tibb bacısı aşağı göz qapağını sol əlin barmaqları ilə aşağıya çəkərək, sağ əlilə götürdüyü şüşə çöp vasitəsilə göz qapağının daxili səthinə poroşok səpir. Sonra, göz qapaqları qapalı olmaqla gözü yüngülcə masaj edir, bu zaman poroşok göz yaşında əriyib həll olur. Göz poroşoku kimi çox vaxt pudra şəklində narın xırdalanmış natrium-sulfasil (albusid) və ya ağ streptosid tətbiq edilir.

Gözlərin yuyulması. Konyunktiva kisəsinin dezinfeksiyası, ondan selik və irinin kənar edilməsi üçün, habelə kimyəvi maddələrlə əmələ gətirilmiş yanıqlarda ilk yardım göstərilən zaman gözləri yuyurlar. Gözlərin yuyulması üçün natrium-xloridin izotonik məhlulu, 1:5000 kalium-permanqanat, 2%-li borat turşusu və s. tətbiq edilir. Sol əlin baş və şəhadət barmaqları ilə hər iki göz qapağını aralayaraq, gözü tibb bacısının sağ əlində saxladığı undinkadan və ya rezin baloncuqdan verilən məhlul şırnağı ilə yuyurlar. Göz yuyulan zaman bu baloncuğu və ya undinkanı kirpiklərə toxundurmaq olmaz. Göz yuyularkən axan maye gözdən xəstənin çənəsi altında tutduğu ləyənə tökülür.

Göz qapaqları kənarlarına brilyant abısı, 1%-li spirt məhlulunun sürtülməsi göz qapaqlarının isti su ilə və ya 50%-li spirt-efir qatışığı ilə

silinərək yağdan təmizlənməsindən sonra keçirilir. Göz qapaqlarının kənarına dərmanı zonda kip sarınmış pambıq tampon və ya ağac çöpün itiləşdirilmiş ucu ilə sürtürlər. Bu zaman aşağı göz qapağını aşağıya çəkirlər, yuxarı göz qapağı kənarına dərman sürtüldükdə isə göz qapağının kənarı yanından yüngülcə basaraq onu göz almasından aralayırlar ki, məhlul xəstənin konyunktivasına və ya buynuz qişasına düşməsin.

Kirpiklərin qırxılması. Göz almasının yarılması ilə əlaqədar operasiyanın keçirilməsi ərəfəsində kirpikləri qırxırlar. Bunları ehtiyatla qırxırlar ki, göz qapağının kənarı yaralanmasın. Kirpiklərin konyunktiva boşluğuna və ya buynuz qişaya düşməməsinə də fikir vermək lazımdır. Bu zaman xəstələri pəncərə qabağında və ya işığa qarşı oturdur, küt uclu kiçik qayçının taylarını steril vazelinlə yağlayır və sonra göz qapağının kənarı üzrə xaricdən içəriyə doğru bütün kirpikləri qırxırlar. Yuxarı göz qapağının kirpikləri qırxılan zaman xəstə aşağıya, aşağı göz qapağının kirpikləri qırxılanda isə yuxarıya baxmalıdır.

Kirpiklərin epilyasiyası (çıxarılması) onlar düzgün böyümədikdə, epilyasiyz pinseti vasitəsi ilə keçirilir.

Göz protezinin qoyulması texnikası. Gözü olmayan xəstə hökmən göz protezi taxmalıdır, əks halda konyunktiva boşluğunun həcmi (ölçüsü) azalır. Böyümə dövründə protezin olmaması üzün müvafiq yarım hissəsinin böyüməkdən geri qalmasına səbəb olur, protez olmadıqda göz qapaqları və kirpiklər konyunktiva boşluğuna doğru qıvrılaraq selikli qişanı qıçıqlandırır. Göz protezini gözün çıxarılmasının 4-5-ci günü taxmağa başlayırlar (bu, ilk protezləşdirmə adlanır), $1\frac{1}{2}$-2 ay keçdikdən, sonra konyunktiva kisəsinin şişi keçdikdə isə həmişəlik göz protezi qoyulur. Sün'i gözün konyunktiva boşluğuna qoyulması və ona qulluq etmə metodikasını öyrətmək tibb bacısının vəzifəsinə daxildir. Protezi qoymazdan qabaq konyunktiv boşluğunu yuyur və oraya 30%-li natrium-sulfasil (albusid) məhlulu damızdırırlar. Sağ və sol protezi onların daxili səthində olan buruna yönəldilən kəsiyə görə fərqləndirirlər. Protezi taxdıqda xəstənin aşağıya baxmasını təklif edirlər. Bu zaman tibb bacısı xəstənin yuxarı göz qapağını sol əlilə dartıb aralayır. Protezi sağ əlin baş və şəhadət barmaqları ilə tutaraq yuxarı kənarı ilə keçid büküşünə qoyur, sonra xəstənin yuxarıya baxmasını təklif edərək aşağı göz qapağını çəkib aralayır və protezi aşağı kənarı ilə asanlıqla öz yerinə toyurlar. Protez çıxarıldıqda xəstə yuxarıya baxmalıdır. Tibb bacısı aşağı göz qapağını aşağıya tərəf elə dartır ki, protezin kənarı aydın görunsün. Eyni zamanda o, sağ əlilə şüşə çubuğu protezin arxa divarı altına çatdıraraq, onun köməyi ilə protezi konyunktiva boşluğundan itələyib çıxarır və qabaqcadan hazırlanmmış salfet və ya nəm pambıq üzərinə salır.

POLİKLİNİKANIN GÖZ KABİNETİNDƏ TİBB BACISININ

İŞİ. Ambulator xəstə qəbulunda birinci növbədə uşaqlar və gözlərində yad cisimlər, travmalar, yanıq olan xəstələr qəbul edilir.

Eynəklər. 40 yaşından yuxarı yaşda şəxslər üçün qiraət eynəyi seçildikdə refraksiya nəzərə alınmalıdır. Müayina edilən şəxsin görmə itiliyi tam (1,0) olduqda, qiraət eynəyi təxminən bu sxem üzrə tə'yin edilir:

40 yaşında + 1,0 D, 50 yaşında + 2,0 D.

60 yaşında 4-3,0 D və i. a.

Bəbəklərin mərkəzləri arasındakı məsafənin ölçülməsi. Uzağı görmək üçün eynəkləri seçdikdə xəstəyə tibb bacısının başından yuxarı uzağa baxmağı, yaxınıgörmə üçün tibb bacısının burnunun üstünə baxmağı təklif etmək lazımdır. Tibb bacısı mm-li xətkeşi xəstənin burnunun üst hissəsinə elə qoymalıdır ki, xəstənin sağ gözünün buynuz qişasının xarici kənarı xətkeşin sıfır bölgüsünə tuş gəlsin. Sonra o, xətkeşi tərpətməyərək sol göz buynuz qişası daxili kənarının hansı bölgüyə tuş gəldiyini yoxlayır. Bu məsafə bəbəklərin mərkəzini (Ar) göstərir:

Rp: qiraət eynəyi

oi zrh. sopex + 2,0 D

dp 62 mm.

Daxili təzyiqin yoxlanması. Tonometriya, yaxud daxili göz-təzyiqinin alətlə yoxlanması Maklakovun tonometri ilə keçirilir. Tonometriyaya başlamamış Maklakov tonometrinin meydançalarını spirtlə sürtür və yaxşıca silib qurudurlar, sonra onlara nazik layla rəng vururlar. Müayinə ediləcək gözə, anesteziya məqsədilə, 0,5%-li dikain məhlulu damızdırılır. Təzyiqin ölçülməsi zamanı xəstə üfqi vəziyyət almalıdır. Bu zaman o, gözünün qabağında qaldırdığı şəhadət barmağına elə baxır ki, gözün buynuz qişası tamamilə düz xətdə yerləşmiş olur. Tibb bacısı xəstənin müayinə edilən gözünün yarığını sol əlin baş və şəhadət barmaqları ilə aralayıb genəldir və sağ əlindəki xüsusi tutqacla tonometrin yügünü gözə çatdıraraq buynuz qişanın mərkəzinə qoyur. Tonometr buynuz qişanın üzərinə qoyulduqdan sonra tutqacı ehtiyatla tonometr yügünün ortasına endirirlər ki, yük buynuz qişaya təzyiq etsin. Sonra tutqacı tez yuxarı qaldıraraq yükü buynuz qişanın üzərindən götürürlər. Tonometr meydançasının buynuz qişa ilə təmas etdiyi yerdə açıq rəngli dairəcik şəklində iz qalır. Tibb bacısı tonometr meydançasını spirtlə isladılmış kağıza toxundurmaqla bu dairəciyin şəklini alır. Bu açıq rəngli dairəciyin diametrini tonometr dəsti arasında olan xüsusi xətkeşlə ölçürlər. Alınan-qiymət civə sütunu üzrə təzyiqin mm-lə ölçüsünü göstərir. Daxili təzyiq yüksək olduqca dairə kiçik olur. Normal daxili təzyiq civə sütunu üzrə 27 mm-dən artıq olmur.

Daxili göz təzyiqinin təxmini ölçüsünü palpasiya metodu ilə də almaq olar. Bundan ötrü xəstəyə gözləri yumulu halda aşağı baxmağı təklif edirlər. Sol əlin şəhadət barmağını qapağının dərisinin qığırdağından yuxarı hissəsi üzərində saxlayaraq gözə tərəf yüngülcə

basırlar. Eyni zamanda sağ əlin şəhadət barmağı ilə göz qapağı dərisi üzərindən göz almasına əks tərəfdən təzyiq edirlər. Gözdə təzyiq normal olduqda sol əlin barmağı göz ağının titrəyişlərini, sağ əlin barmağı ilə basıldıqda əmələ gələn təkanları hiss edir. Təzyiq yüksək olduqda göz ağına (skleraya) basılması zamanı sağ barmağın ona daha güclü təzyiq etməsi lazım gəlir, sol barmaq isə bu təkanları, demək olar ki, tə'yin edə bilmir. Bu tədqiqatı hər iki göz üzərində keçirməklə onlarda təzyiqin fərqini müəyyən edirlər. Təzyiqin yüksəlmə dərəcəsi müsbətlərlə (+-dən + + +-lərə qədər), azalması isə (-) mənfi işarə ilə qeyd edilir.

Eynək şüşəsinin növ və gücünü neytrallaşdırma metodu ilə tə'yin edirlər. Tibb bacısı xəstənin eynək şüşəsini öz gözünə yaxınlaşdıraraq görmə itiliyinin tə'yin edilməsi üçün olan tablodakı cisim və ya hərflərə bu şüşədən baxır və şüşəni yuxarıdan aşağıya doğru hərəkət etdirərək cisimlərin hərəkətini qeyd edir. Şüşə çökük isə cisimlər öz yerini şüşənin hərəkəti istiqamətində dəyişirlər (bu şüşə mənfi işarəli, yaxını görmək üçündür). Şüşə qabarıq olduqda cisimlər əks istiqamətdə yerini dəyişirlər (bu şüşə müsbət işarəli, uzağı görmək üçündür).

Şüşənin gücünü tə'yin etmək üçün xəstənin şüşəsi üzərinə əks işarəli şüşələri (qabarıq şüşəyə çökük şüşələri) 0,5-dən başlayaraq növbə ilə qoyub belə yoxlayırlar: Tibb bacısı iki şüşəni göstərildiyi kimi bir-birinin üstünə qoyaraq cisimlərə bu şüşələrdən baxır, o, qabarıq şüşə üstünə tədricən daha güclü şüşəni qoyub baxmaqla bu cür yoxlamanı cisimlərin yerdəyişməsi kəsilənə kimi davam etdirir. Cisimlərin yerdəyişməsinin kəsildiyi şüşənin gücü yoxlanılan, lakin əks işarəli şüşənin gücünə bərabərdir.

Görmə itiliyini Qolovin-Siavsev cədvəli üzrə, kiçik uşaqlar üçün isə şəkilli cədvəl (tablo) üzrə tə'yin edirlər. Cədvəldə işarələr 10-12 cərgə yerləşdirilmişdir. Bunlardan hər sonrakı cərgə görmə itiliyinin 0,1 ölçüsündə yüksəlməsini göstərir. Normal görmə itiliyi 0,1-dir. yoxlama-cədvəldən 5 m aralı məsafədən keçirilir. Hər gözü ayrıca yoxlayırlar. Bu zaman o biri gözü sipərciklə örtürlər. Yoxlamanın sağ gözdən başlanması məsləhət görülür. Tibb bacısı birinci cərkədən başlayaraq hərfləri tünd rəngli və şiş uclu nazik işarə çubuğu ilə göstərir. Xəstə cədvəlin birinci cərkəsini oxuya bilmirsə, ona tünd fonda əlin barmaqlarını göstərirlər. Barmaqlar cədvəldən başlayaraq tədqiq olunan şəxsə tərəf tədricən yaxınlaşdırılmaqla göstərilir. Tədqiq edilən şəxs barmaqları 1 m məsafədən görürsə, onun görmə itiliyi-0.02, 2 m məsafədən görürsə-0.04, 3 m məsafədən görürsə-0,06 və i. a. olacaqdır. 0,02-dən az olan görmə itiliyi həkim tərəfindən dəqiqləşdirilir. Görmə itiliyi tam olmadıqda (1,0-dan az olduqda) tibb bacısı ayrı-ayrı olaraq hər gözün refraksiyasını tə'yin edir və görmə itiliyini təshihlə, yə'ni eynək taxılmış halda tə'yin edir. Eynək üçün uyğun şüşələrin seçilməsi və görmə itiliyini cədvəli üzrə tə'yin edilməsi tələb edilir. Görmə itiliyi

azalmışsa, tibb bacısı şüşə dəstindən uyğun şüşəni seçib eynəyə taxır. Bu zaman o, sol gözü ekranla örtərək, sağ gözün qarşısında eynəyə 0,5 D-dən başlayaraq hər iki tərəfi qabarıq sopvex şüşə taxır. Görmə yaxşılaşdıqca (xəstədə uzaq görüş refraksiyası olduqda) xəstənin eynəyinə, o, görünüşün pisləşməsini hiss edənə kimi, daha güclü şüşələr taxılır. Xəstəyə onun ən yaxşı görmə itiliyini tə'min edən ən güclü qabarıq şüşə tə'yin edilir. Əgər qabarıq şüşələr görmə itiliyini yaxşılaşdırmır, əksinə, onu pisləşdirirsə (xəstədə yaxın görüş refraksiyası olduqda), gözün qarşısında eynəyə çökək sonsav şüşələr taxırlar və 0,5 D-dən başlayaraq tədricən daha güclü şüşə seçirlər. Bu halda xəstəyə onun ən yaxşı görmə itiliyini tə'min edən ən zəif çökək şüşə tə'yin edilir.

Poliklinika şəraitində görüş sahəsini proyeksiya perimetri (PRP) və ya Fester perimetri üzrə tədqiq edirlər.

Tədqiqə başlamazdan qabaq onun məqsədi və gedişini xəstəyə başa salmaq lazımdır.

PRP tədqiqini qaranlıq otaqda keçirirlər. Bir gözü yüngül monokulyar sarğı ilə örtürlər, çənəaltını isə perimetrin altlığı üzərin-də yerləşdirirlər. Xəstə tərpənmədən açıq gözü ilə düz qabağındakı perimetrin mərkəzində olan işıqlı proyeksiya nöqtəsinə baxır. Tibb bacısı xəstənin perimetrin mərkəzindən gözünü çəkmədən işıq obyektini görənə qədər işıqlı ağ obyekti perimetrin qövsü üzrə periferiyadan mərkəzə doğru hərəkət etdirir. Tədqiqin nəticələrini, bütün tədqiqat ərzində perimetrdə saxlanan görüş sahəsi blankında qeyd edirlər. Bu, cihaz ilə aparılan işi xeyli asanlaşdırır.

Görüş sahəsinin Ferster perimetri ilə tədqiqi zamanı xəstəni işıqlı otaqda, arxası pəncərəyə oturdurlar. Tibb bacısı ağ obyekti asta-asta, periferiyadan mərkəzə doğru hərəkət etdirir. Xəstənin üzərində ağ obyekti gördüyü qövs bölgüsü məhz görmə sahəsinin hüdududur. Tibb bacısı fikir verməlilir ki, görmə sahəsi Ferster perimetri üzrə tədqiq olunan sınaq obyektləri çirk olmasın.

Görüş sahəsinin dəyişilməsinin nəinki yalnız görmə analizatoru xəstəliklərinin, həmçinin mərkəzi sinir sistemi xəstəliklərinin diaqnostikası üçün də böyük əhəmiyyəti vardır.

Rəngi görmə qabiliyyəti yaxşı gün işığında xüsusi tablo vasitəsi ilə tədqiq edilir. Tədqiq olunan şəxs arxası işığa tərəf oturur və tibb bacısı, yaxud həkimin tamamilə şaquli vəziyyətdə tutduru tabloya 1 m məsafədən baxır.

Rəngi görmə qabiliyyəti pozulmuş şəxslər cədvəldəki işarələri və fiqurların adlarını düz deyə bilmir.

GÖZ ALMASININ YARILMASI OPERASİYASINDAN SONRA XƏSTƏYƏ XÜSUSİLƏ CİDDİ QULLUQ EDİLMƏLİDİR. Xəstəyə operasiyadan sonra qulluq edildikdə onun başının tamamilə tərpənməməsi, xəstəyə ciddi yataq rejimi, qusma, öskürmə və s.

narahatedici halların qarşısının alınması tə'min edilməlidir. Yataq rejiminin davamı müddəti hər bir halda həkim tərəfindən tə'yin edilir. Xəstədə qarnın işləməsi yubandıqda təmizləyici imalə, siyimə yubandıqda isə sidik kisəsi sahəsinə isitqac qoyulmalıdır. Bu kömək etmədikdə, sidik kateter vasitəsilə buraxılmalıdır. Operasiyadan 4-6 saat keçdikdən sonra tibb bacısı xəstəyə sıyıq kimi duru qida yedizdirir.

GÖZ DAMCILARI VƏ MƏLHƏMLƏRİNİN SAXLAN-MASI. SSRİ Səhiyyə Nazirliyinin 29/X-1968-ci il tarixli əmrinə müvafiq olaraq apteklərdə hazırlanan dərmanlar üçün müəyyən saxlanılma müddətləri tə'yin edilmişdir. Göz damcılarından: 0,5% -1%-li atropin-sulfat üçün 3 gün, 0,5%, 1%-li dikain üçün-7 gün, 1%, 2%, 6%-li pilokarpin üçün 3 gün, 0,2%-0,5%-li sink-sulfat, 2%-li borat turşusu üçün 14 gün, tərkibində riboflavin, qlükoza, askorbin turşusu olan məhlullar üçün 4-5 gün.

Tərkibində başqa inqridiyentlər olan göz damcılarının saxlanılması üçün-2 günlük müddət tə'yin edilmişdir.

Apteklərdə hazırlanan göz məlhəmlərinin saxlanılması üçün 10 sutka müddəti tə'yin edilmişdir. Göz damcıları odadavamlı nazik şüşədən qayrılmış və sürtülüb hamarlanmış kip tıxaclı kolbacıqlarda saxlanır. hazırda göz damcıları üçün penisillin flakonlarından geniş istifadə edilir. Bundan ötrü penisillin flakonlarını soda məhlulu ilə yuyur, distillə edilmiş su ilə doldurub 15-20 dəqiqə qaynadırlar. Bundan sonra onları dərman məhlulu ilə doldururaq kip tıxacla bağlayır və sterilizə edirlər. Hazırda ölkəmizin sənayesi göz pamcılarını polietilendən hazırlanmış damızdırıcı tübiklərdə buraxır. Bu qablaşdırma formasının boyük üstünlüyü vardır, çünki bu halda dərmanın çirklənməkdən yaxşı qorunması tə'min edilir və damızdırma üçün pipetkaya ehtiyac olmur.

Göz damcılarında kilkə şəklində çöküntü əmələ gəlmiş və şəffaflıq itirilmişsə onlar istifadə üçün yararsızdır.

Göz bəbəyini genəldici dərmanlar (atropin, skopolamin, homatropin, efedrin, kokain) ayrıca, damcılar üçün təxsis edilmiş qutuda saxlanmalıdır. Səhvə yol verilməməsi üçün flakonları dərmanların adları qeyd edilən etiketlərdən əlavə, rəngli etiketlər: madriatiklərə-qırmızı, miotiklərə-göy rəngli etiketlər də yapışdırılması məsləhət görülür.

XVI FƏSİL
DƏRİ VƏ ZÖHRƏVİ XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ

Dəri xəstəlikləri əksəriyyətlə orqanizmin ümumi patologiyasının nəticəsi olub, çox vaxt daxili üzvlərin və müxtəlif fizioloji sistemlərin dəyişiklikləri (mərkəzi sinir sistemində, mə'də-bağırsaq yolunda dəyişikliklər, mübadilə pozğunluqları, endokrin və qanyaratma üzvləri və s. funksiyalarının dəyişilməsi) ilə əlaqədardır. Dəri xəstəliklərinin baş verməsində müxtəlif zülal, bitki və mineral mənşəli maddələrə, bə'zi dərman preparatlarına (antibioetikləri, sulfanilamidlərə, yoda, natrium-sulfasil və s.) və fizioloji qıcıqlandırıcılara dərinin yüksək dərəcədə həssaslığı böyük rol oynayır. Bir çox dəri xəstəlikləri (ekzema, nevrodermatozlar, qovuqlu xora və s.) ağır subyektiv duyğularla (qaşınma, yandırma, ağrıma) müşayiət olunaraq, yuxunun pozulmasına, xəstələrin əsəbiliyinə səbəb olur. Dəri xəstəliklərinə tutulanların müalicəsi tamamilə fərdi və kompleks şəkildə keçirilməlidir. Bu müalicə xəstəliyin əsas səbəbinin mümgün olduqca yaxşı aşkar edilməsi və aradan qaldırılmasından, ümumi terapevtik və xarici medikamentoz vasitələrin tətbiq edilməsindən və xəstələrin səmərəli və tamdəyərli qidalandırılmasından ibarətdir.

Müxtəlif dəri xəstəlikləri olan xəstələrin qidalanması bu və ya başqa dermatozun (dəri xəstəliyinin) və onu müşayiət edən xəstəliyin xüsusiyyətlərindən asılıdır. Dəri xəstəliklərinin mübadilə pozğunluqları, mə'də-bağırsaq yolunun və qan dövranı üzvlərinin xəstəliklərinə tutulmuş şəxslərdə inkişaf etdiyi hallarda dəri xəstəliyini müşayiət edən bu xəstəliklərə uyğun pəhriz tə'yin edilir.

Bir sıra dəri xəstəlikləri (qurd eşənəyi, ekzema, neyrodermatit, qaşınma) müəyyən ərzaq maddələrinə xeyli dərəcədə əssaslığa görə baş verir (süd, şit yağ, yumurta, bal, şokolad, balıq yeməkləri, ət, göbələklər, çiyələk, sitrus bitkiləri və s. ilə qidalanma nəticəsində əmələ gələn qida allergiyası). Buna görə də qaşınan dermatozlara tutulmuş xəstələr və ədviyyatlı qidaları məhdudlaşdırılmış pəhrizə keçirilərək, onların yuxarıda sadalanan ərzaqdan istifadəsi, habelə alkoqol işlətməsi qadağan edilir. Karbohidrat mübadiləsinin pozulması furunkulyoz (çiban çıxarma), qabıqlı dəmrov əmələ gəlməsində böyük rol oynayır və bu halda çox vaxt xolesterin mübadiləsinin pozulması qeyd edilir. Bununla əlaqədar olaraq, piodermitlər baş verdikdə tə'yin elilən pəhrizdə karbohidratlar məhdudlaşdırılır, qabıqlı dəmrov baş verdikdə isə xolesterinlə zəngin ərzaq məhdudlaşdırılmış pəhriz tə'yin edilir.

İslanma şəklində zədələnmənin cəmləşdirilmiş kəskin iltihab ocaqlarının inkişafı ilə müşayiət olunan dermatozlarda verilən göstəriş çoxlu maye içmək və orqanizmdən toksik maddələrin kənar edilməsinə kömək edən diuretik vasitələrdir.

Kortikosteroid terapiyasında xəstənin qidasına kafi miqdarda zülallı ərzaq daxil edilməlidir, triamsinolon qəbul edilməsi ilə əlaqədar olaraq azalmış qidalanma sindromu zamanı isə yeməyə nişastalı maddələri, S vitamini və kaliumla zəngin ərzağın əlavə edilməsi məsləhət görülür.

Keçmişdə allergiya dermatozları keçirmiş qadınlara onların hamiləliyi dövründə, habelə diatez və allergiya dermatozu ilə xəstələnmiş uşaq əmizdirən analar üçün duzun və kəskin ədviyyəli qidaların məhdudlaşdırıldığı, yumurta, balıq, göbələklər, çiyələk, sitrus bitkiləri, bal və şokolad kimi məhsulların isə rasiondan kənar edildiyi pəhriz tə'yin edilir.

Allergiya dəri xəstəlikləri (diatez, ekzema, neyrodermit, qurd eşənəyi və s.) ilə xəstələnmiş südəmər və kiçik uşaqların yedizdirilməsində ciddi rejim gözlənməlidir. Uşağı həddindən artıq yedizdirmək olmaz; uşaq əmizdirən ananın südünün yağlılığı həddindən (7%-dən) artıq olduqda südün yağını azaltmaq məsləhət görülür; karbohidratlar verilməsi də məhdudlaşdırılmalıdır.

Ümumi dərmanlarla müalicə (medikamentoz terapiya). Bir çox dərman maddələri orqanizmə əzələyə və ya dərialtına inyeksiya, yaxud venaya yeridilmə usulu ilə vurulur. İnyeksiya və ya yeridilmədən qabaq dərini yodsuz spirtlə silirlər, çünki dərisi artıq dərəcədə həssas olan şəxslərə bə'zi dermatozlarda yod sürtülməsi dərinin qıcıqlanmasına və ya xəstəliyin kəskinləşməsinə səbəb ola bilər. İslanan ekzema növlərində, dermatitlərdə, ekssudativ eritemada çox vaxt venaya 10%-li *kalium-xlorid məhlulu*, 30%-li *natrium hiposulfit məhlulu* yeridilir. Kalsium-xlorid məhlulunu asta-asta yeritmək lazımdır. Xəstəyə qabaqcadan bildirilməlidir ki, inyeksiya zamanı və ondan sonra o, bədənində istilik hiss edəcəkdir.

Bir çox dəri xəstəliklərinin müalicəsində daxilə brom preparatları (kalium və ya natrium-bromidin 0.25-5%-li su məhlulları və ya natrium-bromidin 10%-li su məhlulunun venaya yeridilməsi) tətbiq edilir. Lakin brom preparatlarından uzun müddət istifadə etmək olmaz, çünki orqanizm ona alışa və bədəndə səpgi əmələ gələ bilər.

Bə'zən daxilə *novokain* yeridilməsi başgicəllənməsinə və başağrısına səbəb olur. Buna görə də yeridilmədən sonra xəstələr müəyyən müddət uzanıb istirahət etməlidirlər.

Tibb bacısı xəstəyə *antibiotiklər* yeridilməsindən qabaq onun əvvəl antibiotik işlədib-işlətməməsini aydınlaşdırmalı və bunun tətbiq edilməsinə dözümlülüyünü müəyyən etməlidir. Antibiotiklər yeridilməsində preparatın birdəfəlik dozası və inyeksiyalar arasındakı fasilələr barəsində həkimin verdiyi bütün göstərişlərə ciddi əməl edilməlidir. Dəri-zöhrəvi praktikasında ən çox penisillin (benzilpenisillin) tətbiq edilir. Bunu 1-2 ml 0.25-0.5%-li novokain məhlulunda həll edirlər. Uşaqları penisillinlə müalicə etdikdə eyni

zamanda daxilə antihistamin preparatları (suprastin, dimedrol və s.) da tə'yin edilir.

Sutka ərzində preparatı bərabər fasilələrlə vurmaq mümkün olmadıqda, penisillinin daimi yüksək konsentrasiyasının mühafizə edilməsi üçün, onun uzunmüddətli tə'sirə malik dürant preparatları (ekmonovosillin, bisillin) tə'yin edilir. Bu preparatların uzunmüddətli tə'sirə malik olması, onların bir sutka və ya bir neçə sutka ərzində bir dəfə daxil edilməsinə imkan verir.

İçərisində bisillin olan flakona bilavasitə inyeksiya qabağı 4-5 ml distillə edilmiş su və ya natrium-xloridin izotonik məhlulu tökülür. Ekmonovosillin ekmolinin su məhlulunda hazırlanır.

Penisillinin durant preparatlarını (ekmonovosillin, bisillin-1, bisillin-3, bisillin-5) ancaq əzələyə sağrının yuxarı xarici hissəsinə *ikimomentli* üsulla (iki anda) yeridirlər. Əvvəl diametri 0,8 mm və uzunluğu 60 mm olan steril iynə və sonra antibiotik daxil edilir. İynəni vuranda qan görünərsə iynəni çıxarıb başqa yerə vururlar, çünki damara antibiotik vurulması təhlükəli mürəkkəbləşməyə-emboliyaya səbəb ola bilər. Penisillin və onun dürant preparatlarının inyeksiyası zamanı xəstə özünü pis hiss edərsə onların yeridilməsi dərhal dayandırılmalıdır.

Antibiotik inyeksiyasını keçirən tibb bacısı nazik rezin əlcək geyməli və bu işə başlamamış əllərinə silikon kremi surtməlidir. Allergiya xəstəliklərinə tutulmuş tibb bacıları, polivalent sensibilizasiyanın inkişaf etməsi ehtimalı ilə əlaqədar olaraq, antibiotiklərə toxunmamalıdırlar.

Dərman maddələrinə dözumlülük olmadığı hallarda onlar toksikodermiya və allergiya dermatozuna səbəb ola bilər. Buna görə də dərman maddələrini daxil etməzdən qabaq xəstənin keçmişdə bu cür preparatların tətbiq etməsi və onlara dözümlülüyü haqqında ondan mə'lumat almaq lazımdır.

Müxtəlif dəri xəstəliklərində qeyri-spesifik və stimuledici terapiya metodları geniş tətbiq edilir.

Autohemoterapiya-xəstələrə ümumi qulluq bəhsinə bax.

Autoseroterapiya-xəstənin qan serumunun venaya yeridilməsi metodu. Bu prosedurun keçirilməsinə bir sutka qalmış xəstədən acqarına 25—30 ml qan götürərək onu steril sınaq şüşəsində 15-20 dəqiqə termostatda 37°S temperaturda saxlayırlar. Sonra sınaq şüşəsini tənziflə örtüb bir sutka soyuducuda saxlayırlar. Bir sutka keçdikdən sonra əmələ gəlmiş serumu steril şprislə götürüb venaya yeridirlər.

Qamma-qlobulin əzələ inyeksiyaları şəklində tətbiq edilir: yaşlılara həftədə 2 dəfə-hər dəfə 3 ml, uşaqlara həftədə 2 dəfə-1,5-3 ml və ya tədricən artan doza ilə 0,1 mm-dən başlayaraq, sonra 0,15, 0,2, 0,25, 0,3, 0,4, 0,5 ml miqdarında tə'yin edilir.

Histaqlobin-histamin və qamma-qlobulinin kompleksi olub,

allergiya dermatozlarının müalicəsində desensibilizəedici vasitə kimi tətbiq edilir. Preparatı hazırlayır, ya da ampul şəklində olanından istifadə edirlər. Dəri altına yavaş-yavaş vurulmalıdır. Desensibilizə məqsədilə uşaqlara histoqlobini dəridaxili 0.1 ml-dən başlayaraq sonralar hər dəfə 0,1-0,2 ml artan dozada yeridir və 1-2 ml-ə çatdırırlar (bir nöqtəyə 0,25 ml-dən artıq vurulmamalıdır).

Pirogen bakteriya preparatları (pirogenal, prodikiozan) hazırda isitmə desensibilizə və stimuləedici terapiya ən çox işlədilən dərman vasitələridir.

Pirogenal sağrının yuxarı xarici kvadratına tədricən artan dozalarla əzələyə inyeksiya şəklində vurulmaq üçün tə'yin edilir. Pirogenli preparatlar yeridilən zaman inyeksiyadan 3-6 saat sonra temperatur yüksəlir və 5-10 saat yüksək dərəcələrdə qalır. Temperatur yüksək olduğu zaman pirogenalın sonrakı dozasını artırmırlar.

Pirogenalın dozaları dəyişdirilən zaman bə'zi xəstələrdə üşütmə, başağrısı, qusma, bel nahiyəsində ağrılar baş verə bilər. Bu reaksiyalar 8 saata qədər davam edə bilər, sonra isə kəsilir. Belə hallarda preparatın dozasını azaldırlar.

Prodigiozan əzələyə yeridilir. Bunun dozası preparata dözümlülüyünü yoxlamaq məqsədilə, əzələyə 10-15 mkq miqdarında yeridirlər və dözümlülük yaxşı olduqda bu preparatla müalicəyə başlayırlar. Preparatı 25 mkq-dan başlayaraq 4 sutka ərzində 1 dəfə daxil edirlər.

İnyeksiyadan 2-3 saat sonra bə'zi xəstələrdə temperatur yüksəlir və ümumi halsızlıq, başağrısı, oynaqlarda ağrı qeyd edilir. Lakin 2-4 saat keçdikdən sonra bunlar yox olur.

Şaftalı yağında kükürd suspenziyası (sulfozin) da pirogen preparatlardır 1 və ya 2%-li kükürd-şaftalı yaqı məhlulunu əvvəlcə su hamamında 40-60 dəqiqə qızdıraraq homogen kütlə əldə edilənə qədər çalxalayırlar, sonra sür'ətlə (tə'xirə salmadan) şprislə götürərək yavaşca-ikimomentli üsulla əzələyə yeridirlər. Bu kükürd suspenziyasının inyeksiyasından 6-12 saat keçdikdən sonra bə'zi xəstələrdə temperaturun yüksəlməsi qeyd edilir, lakin 10-12-saat keçdikdən sonra temperatur normallaşır, bu zamai zəiflik, başağrısı, oynaqlarda və preparatın inyeksiya olunduğu nöqtədə ağrı baş verir. Ağrı hiss edilməsini azaltmaq üçün kükürd inyeksiya edilməsi nəzərə alınan zonaya qabaqca 2-3 ml 2%-di novokain məhlulu və iynəni çıxarmadan kükürd suspenziyası yeridirlər.

Vaksin terapiyası və anatoksin terapiyası başlıca olaraq dərinin irinli-qanlı çiban xəstəliklərində (furunkulyoz, akne və s.) tə'yin edilir. Stafilokokk və streptokokk vaksinləri, habelə stafilokokk anatoksini dərialtına yeridilir. Vaksin terapiyası zamanı temperaturun yüksəlməsi, yüngül üşütmə, halsızlıq, inyeksiya yerində isə dərinin ağrılı və qızartılı olması müşahidə edilə bilər.

Kortikosteroid hormonlar (kortizon, hidrokortizon, prednizolon, deksametazon, triamsinolon və s.) və adrenokortikotrop hormon (AKTQ) əzələyə, venaya inyeksiya və həblər (AKLT müstəsna olmaqla) şəklində tətbiq edilir. Sadalanmış hormonal preparatlar yüksək dərəcədə aktiv dərman vasitələri olmaqla kənar tə'sirlər də göstərə bilər. Kortikoeteroid terapiyasında (müalicəsində) ən çox təsadüf edilən ağırlaşmalar bunlardır: arterial təzyiqin artması, ürək nahiyəsində xoşa gəlməyən hissiyyat, tez-tez ürək döyünməsi, başağrıları, həyəcanlılıq, yuxu pozğunluğu, qarın sahəsində bə'zən "kəsici qarın ağrısı" kimi görünən ağrılar, qanda, sidikdə şəkər səviyyəsinin artması (steroid diabet), tromboflebit, hipokaliemiya və maya zədələnmələrinin inkişafı (kandidoz), mikrob xəstəliklərinin, pnevmoniyanın, furunkulyozların kəskişləşməsi və ya əmələ gəlməsi, steroid sızanağı və i. a.

Buna görə də kortikosteroid terapiyasından (hər hansı metodla) istifadə edən bütün şəxslər müntəzəm surətdə öz arterial təzyiqini ölçməlidirlər, həmçinin protrombin indeksinə, qanda və sidikdə şəkər səviyyəsinə fikir verərək onları hər 10 gündən bir yoxlamalıdırlar. Kortikosteroidlərdən əmələ gələn kənar hadisələrin qarşısını almaq üçün onlarla birlikdə polivitaminlər, kalium-xlorid, antibiotiklər, nistatin və ya aevorin, duzları azaldılmış pəhriz, anabolik pormonlar və s. tə'yin edilir. Unutmayın ki, AKTQ zülal preparatı olmaqla serum xəstəliyi, qurd eşənəyi, kvinke ödemi törədə bilər.

Kortikosteroid preparatların işlədilməsi tədricən (sutka ərzində qəbul dozası yavaş-yavaş azaldılmaqla) dayandırılmalıdır ki, dermatoz kəskinləşməsin və ümumi ağır reaksiya-preparatın dayandırılması nəticəsində sindrom baş verməsin.

Xarici dərman vasitələrinin tətbiqi. Dəridə eroziyalı-islanan sahələrin (ekzema, dermatit) əmələ gəlməsi və yandırma, geyişmə baş verməsi ilə müşayiət edilən kəskin iltihab proseslərində, habelə dəridə əzik və qansızmalar olduqda islatma vasitələri və dərmanları tə'yin edilir.

İslatma vasitəsinin müalicəvi tə'siri nəmişli soyuğun dəriyə tə'sir göstərməsinə əsaslanır. Buna görə də soyuq (buzlu) dərman məhlullarının (1:2000 kalium-permanqanat, 2-3%-li borat turşusu və ya 1:10000 furasilin və s.-nin) tətbiq edilməsi zəruri olur.

Bundan ötrü tibb bacısı steril tənzif salfetlər, steril dərman qutusu və soyudulmuş dərman məhlulları hazırlayır. Əgər islatma dərmanı üzə (sifətə) qoyulacaqsa qabaqca kağızdan sifətə uyğun biçim götürərək buradan ağız, burun dəlikləri və gözlər üçün kəsiklər edirlər, sonra tənzifi buna uyğun biçərək maska şəklində düzəldirlər. Bu isladıcı tənzif maskasının soyuğu uzun müddət saxlaması üçün tənzif qatlarının sayı 5-7-dən az olmamalıdır.

İslatma dərmanı qoyulacaq sahənin ölçüsündən asılı olaraq dərman qutusuna 200-250 ml miqdarında soyudulmuş dərman məhlulu tökərək

hazırlanmış tənzif salfeti burada isladıb sonra sıxır və zədəli sahəyə qoyurlar. Tənzif salfetin qızmasına yol verməmək üçün onu soyudulmuş məhlulda hər 5-10 dəqiqədən bir isladırlar.

İslatma dərmanının, adətən, bütün gün ərzində qoyulması, ancaq buna axşam və səhərlər və ya ayrı-ayrı proseduralar keçirilən zaman 1-2 saat fasilə verilməklə tə'yin edilir.

İslatma dərmanı qoyuluşu texnikası düzgün keçirilmədiyi hallarda dəridə iltihab prosesi kəskinləşə bilər.

İslatmalar həddindən artıq tətbiq edildikdə dəridə xeyli quruluq, çatlar, dərinin dartılıb gərginləşməsinin hiss olunması kimi ağırlaşma halları qeyd edilir.

Nəmişli-quruyan sarğılar öz rütubətli istiliyi ilə tə'sir göstərir və dəridə məhdud zədələnmə ocaqlarının inkişaf etdiyi bir sıra xəstəliklərdə (ekzema, ekssudativ neyrodermit və s.) baş verdikdə tətbiq edilir. Bu xəstəliklər dərinin kəskin infiltratı və islanması ilə xarakterizə olunur. 10-15 qat bükülmüş tənzifi dərman məhlullarının birində (*islatma dərmanı* bəhsinə bax) isladıb, sonra sıxır və dərinin zədəli sahəsinə qoyurlar. Tənzifin üstündən ondan bir qədər böyük ölçüdə kompres kağızı (pambıqsız) qoyulur və bintlə sarılır. Nəmişli-quruyan sarğılar quruduqca-4-6 saatdan bir dəyişilir. Quruyub dəriyə yapışmış sarğını güclə dartıb qopartmaq olmaz. Bu halda sarğı tənzifi eyni dərman məhlulu ilə islatdıqdan sonra ehmallıca açılıb götürülə bilər. Nəmişli-quruyan sarğıların tətbiq edilməsinə əks-göstəriş irinli dəri xəstəlikləri və cəmləşmiş kəskin iltihab prosesləridir.

Kompres sarğıları (qızdırıcı kompres) rütubətli istinin uzun müddət tə'sir göstərməsinə əsaslanır. Məhdudlaşmış dəri infiltratlarının, dərialtı piy təbəqəsi və əzələ infiltratlarının çəkilməsinə köməkedici vasitə kimi, oynaqların və bağ aparatının xronik xəstəliklərində yoxedici və yayındırıcı vasitə kimi, habelə bir sıra məhdudlaşmış iltihab proseslərində tətbiq edilir.

Əks-göstərişlər: dəri örtüyü bütövlüyün pozulması, dərinin irinli çiban xəstəlikləri (impitiqo, xoralı piodermiya, furunkulyoz və s.) islanma ilə müşayiət olunan kəskin iltihab prosesləri.

Tibb bacısı kompres üçün bint, tənzif salfetlər, kompres kağızı, pambıq, steril dərman qutusu, pinset və lazımi dərman maddələrini (qurğuşunlu su, qulyard suyu, 5%-li spirt məhlulu, kamfora yağı və s.) hazırlayır. Onlar otaq temperaturu istiliyində olmalıdır: ancaq yağlar, müstəsna olmaqla, işlədilməzdən qabaq 38-39° istiliyə qədər qızdırılır. Kompres qoyuluşu texnikası *xəstələrə ümumi qulluq tədbirləri* bəhsində izah edilmişdir.

Xayaya qoyulan kompresin yaxşı təsbit olunması üçün suspenzoridən istifadə edilməsi əlverişlidir.

Kompres sutka ərzində 2 dəfə dəyişilir. Kompres götürüldükdən sonra dərini 30-40%-li spirtlə, üzüm sirkəsi ilə və ya odekolonla silib

dəsmalla qurulayır və örtüb isti saxlayırlar.

Kompres qoyulması 30-40 dəqiqədən sonra təkrar edilə bilər.

İsti kompres hər 5-10 dəqiqədən bir dəyişilir.

Kompres sarğılarının tətbiqi nəticəsində əmələ gələn ağırlaşmalar dəridə maserasiya (sürtünmə), dermatit, geyişmə, dərinin irinli (çiban) xəstəliklərindən ibarət olur, lakin bu hadisələr (irinli çiban xəstəlikləri müstəsna olmaqla) tez keçir. Bu sonuncu halda kompres tətbiqini dayandıraraq həkimə müraciət etmək lazımdır.

Yapışqanlı sarğılar baldırların trofik xoralarının və venaların varikoz genişlənməsinin müalicəsi üçün tətbiq edilir.

Sarğı qoyulmazdan qabaq xəstə qıçını sabunla yaxşıca yuyur (yumağa başlamamış xoralı yerləri bintlə sarımalıdır ki, onlar islanmasın), ayaq dırnaqlarını qısa kəsir, sonra 15-20 dəqiqə taxtda uzanaraq, venoz durğunluğunu azaltmaq məqsədilə qıçını 35-40° yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə saxlayır. Rahatlıq üçün xəstənin qıçı altına səndəl qoyulur və bundan sonrakı bütün prosedurada ətraf (qıçlar) qaldırılmış vəziyyətdə olur. Dərinin sağlam sahələrini spirtlə sürtür, barmaqların arasına isə üzərinə talk səpilmiş pambıq tikolori qoyurlar. 5-6 qat bükülüb sahə və konturu üzrə xoraya müvafiq ölçüdə kəsilmiş tənzifi əvvəlcə su hamamında 40-42°S temperaturda qızdırılmış yapışqanlı kütlə ilə (bu kütlə hərəsi 25 q miqdarında sink və jelatin, 60 q qliserin və 120 ml sudan ibarətdir) hopduraraq xoranın üstünə qoyurlar. Sonra üçqat bükülmüş binti də həmin yapışqanlı kütlə ilə hopduraraq, bu bintlə ayağın barmaqlarından başlayaraq qıçın diz oynağına qədər olan hissəsinə kirəmitşəkilli sarğı qoyurlar.

Sarğının səthi quruduqda (15-20 dəqiqədən sonra) onun üzərinə talk səpələyir və üstündən əlavə (götürülə bilən) bint sarğısı qoyurlar. Bu sonuncu (quru sarğı) xoranın ifrazatı ilə islandıqca (3-4 gündən sonra) dəyişilir. Xəstənin belə yapışqanlı sarğı ilə gəzməsinə icazə verilir və 15-20 gündən sonra sarğı götürülür. Qıçda şişkinliyin azalması nəticəsində sarğı laxlayıb tərpənə bilər. Bu halda o dərhal dəyişilməlidir, çünki sarğının laxlaması sürtünmə və zədələnməyə səbəb ola bilər. Yapışqanlı sarğının mürəkkəbləşməsi:-sürtünmə, dermatit, ekzema və piodermiya əmələ gəlməsindən ibarət ola bilər. Belə hallarda yapışqanlı sarğını açıb götürmək və xəstəni həkimə göstərmək lazımdır. Yapışqanlı sarğı qoyulmasına əks-göstəriş-dəridə kəskin iltihab prosesləri, ekzema, piodermitlər və s.-dir.

Məlhəm sarğılar məlhəm və ya pastaların tərkibində olan dərman maddələrinin dəriyə daha dərin nüfuz etməsi, habelə gigiyena (alt paltarı və dərinin sağlam sahələrini dərman maddələrindən qorumaq) məqsədilə tətbiq edilir. Sarğıların alt üzünə çox vaxt pastalar və ya məlhəmlər yaxılır.

Pastalar-bərabər hissədə (miqdarda) piy əsaslar və poroşokşəkilli maddələr qatışığından və bu qatışığa əlavə edilən müxtəlif dərman

vasitələrindən (naftalan, ixtiol, qatran, turşular və s.-dən) ibarətdir. Pastalar quruducu tə'sirgöstərmə xassəsinə malik olub, səthdə əmələ gələn iltihab proseslərində (ekzema, neyrodermit, dermatitlər və s. baş verdikdə) tətbiq edilir.

Məlhəmlər-pastadan fərqli olaraq məlhəmlərin konsistensiyasının qəlizliyi nisbətən azdır, çünki onların tərkibində piy əsaslar artıq olur. Dəridə qabıq və çatlar, habelə xronik iltihab prosesləri olduqda məlhəmlər geniş tətbiq edilir.

Pasta və məlhəmləri zədəli yerlərə şpatel vasitəsilə yaxır və yüngül hərəkətlərlə zolaqlar şəklində yayırlar. Bunların yaxıldığı sahəni steril tənziflə örtərək bintlə (ən çoxu 2-3 dövrə) sarıyırlar. Qalın qabıq qatı olduqda məlhəmin üzərindən kompres kağızı qoyur və bunu bintlə təsbit edirlər (buna məlhəmli kompres sarğısı deyilir). Belə sarğı qabıq qatının daha tez yumşalmasına və qabıqların qopmasına səbəb olur. Dərinin xeyli hissəsini zədələyən parazit xəstəliklərində (qoturluq və s.) məlhəmi əvvəlcə az miqdarda ovuca götürür və dəriyə sürtürlər. Güclü tə'sir edən bə'zi maddələri (naftalan nefti, qatran, ixtiol) bə'zən hər hansı əsasa qatmadan, yə'ni saf halda tətbiq edirlər. Bu maddələri tənzif və ya pambıq tamponlar vasitəsilə dərinin ancaq həkim tərəfindən göstərilmiş müəyyən sahələrinə yaxırlar. Zədələnmiş sahələrə pasta və ya məlhəm, adətən, gündə 1-2 dəfə, saf qatran və ixtiol isə 1-2 gün ərzində bir dəfə yaxılır. Məlhəmli sarğılar işlədilməsinə əks-göstəriş-dəridə islanma ilə müşayiət olunan kəskin iltihab proseslərdir. Məlhəmlərin tez-tez tətbiq edilməsi və ya düzgün qoyulmaması (yüngülcə yaxma əvəzinə 'dəriyə ovxalanub sürtülməsi) xəstəliyin kəskinləşməsinə səbəb ola bilər. Dəridə qıcıqlanma, qızartı, ödem, geyişmə baş verdikdə və ya ağrı hiss edildikdə-məlhəm qoyuluşu prosesi dayandırılır və bu barədə həkimə mə'lumat verilir.

Bədənin sıx tüklü sahələrinə pasta yaxılmamalıdır.

Dəriyə müxtəlif məhlulların (spirtli məhlullar, salisil turşuları və s.) *sürtülməsi*, onun geyişməsi zamanı, habelə dəridə neyrodermit adi qansızmalar seborreya olduğu hallarda keçirilir. Göbələk xəstəlikləri və qoturluq baş verdikdə dərman məhlulları sürtülməsi məsləhət görülür. Göstəriş olmadıqda dərman sürtülməsi isə xəstəliyin kəskinləşməsinə səbəb ola bilər.

Pambıq və tənzif tamponu lazımi məhlulda isladıb azca sıxır və sonra bu dərmanlı tamponu uzununa istiqamətə yüngül hərəkətlərlə xəstənin dərisi üzərində gəzdirməklə dəriyə sürtürlər. Bədən tüklü olduqda sürtməni tüklərin böyüməsi istiqamətində keçirirlər. İrinli çiban xəstəliklərinə də (furunkulyoz, impetiqo və s.) dərman məhlulları dərinin zədələnmə ocağı ətrafına-tamponu kənardan mərkəzə doğru yönəltməklə sürtülməlidir.

Dərman sürtülməsi-maye və ya məlhəm şəklində dərman maddələrini sürtülməklə dəridən orqanizmə keçirilməsi. Sürtülmə

dərinin sağlam, nisbətən nazik və tüklə örtülməmiş (saidlərin bügücü səthi, baldırların arxa səthi, döş qəfəsinin yan səthləri və qarın) sahələrində keçirilir. Dərinin tüklə örtülmüş sahələrinə sürtülmə lazım olduğu halda əvvəlcə bu sahələrin tükünü qırxırlar. Eritrazm, kəpəkli və qabıqlı dəmrov, qoturluq, tüklərin yuva şəklində tökülməsi və s. hallarında sürtülmə ancaq zədə ocaqlarında (zədələnmiş yerlərdə) keçirilir.

Dərman sürtülməsindən qabaq xəstənin dərisi (əgər o zədələnməmişsə) və proseduru aparan şəxsin əlləri sabunla yuyulmalıdır. Az miqdarda məlhəm və ya maye dərmanı dərinin səthinə qoyur və sonra onu uzununa və dairəvi hərəkətlərlə dəriyə sürtürlər. Bu sürtülmə dərinin səthi quruyana qədər davam etdirilir.

Dəridə kəskin və yarımkəskin şəkildə cərəyan edən iltihab proseslərinin (ekzema, dermatitlər, toksidermiya və s.) olması sürtülməyə əks-göstərişlərdir.

Yağın və ya borat turşusu məhlulunun tərkibində poroşok-şəkilli maddələr (çox vaxt sink) olan *çalxalana bilən qatışıqları* dermatitlər, ekzema və s. əleyhinə tətbiq edirlər. Bu qatışıqlar dəridə tez quruduğuna görə, onlardan istifadə edilən zaman sarğı lazım olur. Bu qatışıqları işlətməzdən qabaq çalxalayırlar, sonra tənzif tamponla dərinin zədəli səthinə qoyaraq üzərindən talk səpir və ya sink oksidi tökürlər. Dərinin çox islanmış, həddindən artıq qurumuş zədəli sahələrinə, habelə zədələnmə ocaqlarının tuklərlə örtülmüş sahələrinə qeyd etdiyimiz çalxalanan qatışıqları sürtmək olmaz.

Plastır-nüfuz edilməyən parça ilə örtülmüş qəliz konsistensiyalı yapışqan məlhəm əsasdır. Bunun tərkibində aktiv dərman maddələri ola bilər. Tərkibində dərman maddələri olmayan plastırdan trofik xoraların müalicəsi zamanı sarğının dəriyə təsbit edilməsində istifadə olunur. Tərkibində dərman maddələri (civə, salisil turşusu, sidik cövhəri) olan plastır toxumanın dərin qatına intensiv tə'sir etdiyinə görə, ondan çibanların, oniximikozların, ziyillərin, məhdudlanmış hiperkeratozların müalicəsində istifadə olunur. Plastır tətbiq edilməsinə əks-göstəriş ekzema, dermatitlər, toksidermiyalar və s.-dir. Plastır qoymazdan qabaq dərini spirt və ya tibbi benzinlə yaxşıca silib yağdan təmizləyir, tükləri qırxırlar. Sarğıları təsbit etmək üçün adi (məlhəmsiz) plastır tətbiq edilir. Onu lazımi uzunluqda zolaqlarla kəsib elə yapışdırırlar ki, kəsilmiş zolağın orta (mərkəzi) hissəsi sarğıya, ucları isə yağsızlaşmış dəriyə yapışsın. Plastır dəriyə yaxşı yapışmırsa, onu azca qızdırırlar.

Adi yapışqan plastır trofik xoraların müalicəsi üçün effektiv vasitədir. Bu məqsədlə ona aşağıda göstərilən qayda üzrə kirəmitşəkilli sarğı qoyulur: bir neçə zolaq plastır elə bir ölçüdə kəsilir ki, onlar xoranın ölçüsündən $1^1/_2$-2 sm uzun olsun. Xoranın kənarlarındakı dərinn benzin və ya spirtlə silib təmizləyirlər və hazırlanmış plastır

zolaqlarını xoranın yuxarı qütbdən başlayaraq növbə ilə basıb yapışdırırlar. Hər bir növbəti plastır zolağı əvvəlkindən aşağıda olaraq elə qoyulmalıdır ki, o əvvəlkini qismən örtsün. Beləliklə, bütün xora səthi plastırda yapışdırılıb örtülür. Trofik xoralara qoyulan kirəmitşəkilli plastır sarğısını 7-8 gündən bir dəyişirlər.

Tərkibində dərman maddələri olan plastırlar zədələnmə ocağı sahəsinə müvafiq ölçüdə qoyurlar və 2-3 gündən bir dəyişilir. Plastır açılıb götürüldükdə dərinin az zədələnməsi üçün, onun kənarlarının benzin və ya spirtlə isladılması məsləhət görülür.

Plastır tətbiq edilməsi nəticəsində əmələ gələn mürəkkəbləşmə dermatit baş verməsindən ibarətdir, lakin müvafiq tədbirlər görüldükdə (çalxalanan qatışıqlar, islatma dərmanı tə'yin edilməsi) tez yox olur.

Vanna və duşlar. Su dərini dərman maddələri qalıqlarından, qabıqlardan təmizləyir, epidermisin qalınlaşmış buynuz qatını yumşaldır, sinir sisteminə müsbət tə'sir edir və qan dövranını tənzim edir. Psoriaz, eritrodermiyalar, neyrodermiyalar baş verdikdə ümumi vannalar və duş qəbul edilməsi üçün göstəriş müsbətdir. İrinli çiban xəstəlikləri, ekzema və dəridə kəskin iltihab prosesləri zamanı adi gigiyenik vanna və duş qəbulu üçün əks-göstəriş verilir.

Belə hallarda zədələnmə ocağı ətrafındakı sağlam dərini, təbii büküş yerlərini kamfora və ya salisil spirti ilə silir, sonra qurulayır və bu yerlərə talk səpirlər.

SÜDƏMƏR VƏ KÖRPƏ UŞAQLARA QULLUQ. Südəmər və körpə uşaqlara xarici dərman vasitələri tətbiq edərkən tibb bacısı, xüsusilə, diqqətli olmalıdır. O unutmamalıdır ki, uşağın dərisi hər cür dərman vasitələrinə çox həssas olur, odur ki, bir sıra allergiya xəstəliklərində hətta eyni preparatın konsentrasiyasının cüzi dəyişilməsi belə dermatozun (dəri xəstəliyinin) kəskinləşməsinə səbəb ola bilər.

Dəri xəstəliyinə tutulmuş uşaqlara qulluq zamanı ən mühüm vəzifə onlarda zədələnmə ocağını əhatə edən sağlam dəri hissələrini təmiz saxlamaq, qaşınıb zədələnmə və ikinci dəfə infeksiyaya tutulmanın qarşısını almaqdır. Həmçinin dərinin zədələnmiş sahələrini qabıqdan və məlhəm qalıqlarından təmizləmək lazımdır. Bunun üçün ən yaxşı vasitə bitki yağlarıdır. Bunları zədələnmə ocağına pambıq tamponla sürtürlər. Məlhəm qalıqları və qabıqlar güclə qoparılmamalıdır. Zədələnmə ocağı ətrafındakı sağlam dərini 20- 30°-li spirtlə silirlər.

Südəmər və körpə uşaqların yaraları qaşıyıb zədələnməməsi üçün onların qollarına qaşınmaya mane olan manjet geydirmək tövsiyə olunur. Yumşaq kartondan hazırlanaraq üzünə tənzif çəkilmiş belə manjetlər qolu dirsək oynağında bükülməyə qoymur.

Büküşlərin qızışıb bişməsinin qarşısını almaq məqsədilə uşaq həddindən artıq bürünməməlidir. Yuduqdan və müalicə vannaları keçirdikdən sonra uşağın dərisinin bükuşlərini yumşaq parça ilə silmək və bu yerlərə talk və ya nişasta ovuntusu səpmək lazımdır.

Anus (gödən) və qasıq büküşləri sahəsində bişmə baş verdiyi halda kandidamikoz olmamasını aydınlaşdırmaq üçün dəri qabıqlarının mikroskopik tədqiqi keçirilməlidir. Bunu da yadda saxlamaq lazımdır ki, geyişdirici allergiya dermatozlarına tutulmuş uşaqlarda keçirilən profilaktik peyvəndlər xəstəliyin daha da kəskinləşməsinə səbəb ola bilər. Buna görə həkimin icazəsi olmadan belə peyvəndlər keçirilməməlidir.

DƏRİDƏ QAN ÇİBANI (PİODERMİT) XƏSTƏLİKLƏRİ dəriyə stafilokokk və stereptokokkların daxil olması nəticəsində baş verir. Dərinin çirklənməsi, onun səthində tər və piy vəziləri ifrazatının toplanması mikroorqanizmlərin çoxalması üçün əlverişli şərait yaradır.

Hidradenit-tər vəziləri absesi. Başlıca olaraq qoltuqaltı nahiyədə, nadir hallarda gödən ətrafında və cinsiyyət üzvlərində yerləşir. Meşə fındığı ölçüsündə və daha iri olan və ağrıtörədən yarımsferikşəkilli infiltratlar əmələ gəlir. Furunkuldan (çibandan) fərqli olaraq, hidradenit "özəksizdir". İnfiltrat irinləmədən yox ola bilər. Lakin hidradenit inkişaf etdikdə nazikləşmiş dəridə abseslər açılaraq qəliz irin ifraz olunur.

Karbunkul (korçiban) bir-birilə bitişmiş və ümumi infiltratı dərialtı piy təbəqəsinə nüfuz etmiş, həm də toxumaları şişmiş bir neçə furunkuldan (çibandan) ibarət olur. Kəskin ağrı və əhvalın ümumi pozğunluğu (halsızlıq, temperaturun yuksəlməsi, başağrıları) ilə müşayiət olunur. «Özəklər» və qurumuş toxumalar (qaysaq) kənar edildikdə bir çox deşiklər açılır ki, bunlar da bə'zən dərin yerləşmiş ulduzşəkilli çapıqlar halında sağalan yaralar kimi birləşir.

Sikoz-dərinin yuxarı hissəsi xeyli dərəcədə perifollikulyar iltihab reaksiyalı və həmişə təkrarlanan xronik follikulitdir. Prosesə qonşu follikulların cəlb edilməsi nəticəsində dərinin diffuz (nüfuzedən) infiltrasiyası şəklində zədələnmə ocaqları peyda olur. Bu xəstəlik demək olar ki, ancaq kişilərdə müşahidə olunur və saqqal, bığ, yanaqlar, qaşlar, habelə qasıq nahiyəsində yerləşir.

Stafilokokk impetiqosu-irinli səpgi. Konusşəkilli darı boyda irinli səpgidir; mərkəzinə həmişə tükcük nüfuz etmiş, kənarları isə eritematoz çənbərlə əhatə edilmiş olur. Bədənin tüklə örtülmüş sahələrində qruplarla yerləşir, bu irinli səpgilər yarıldıqda səthlərində sarımtıl-qəhvəyi rəngli qabıqcıqlar meydana çıxır.

Streptokokk impetiqosu. Dəridə (çox vaxt ağzın, burnun, qulaq seyvanının ətrafında - nisbətən az-başda, bədəndə) örtüyü büzüşmüş və içərisi şəffaf və ya irinli möhtəviyyatla dolmuş yastı qovuqcuqların olması ilə fərqlənir. Bu qovuqcuqlar yarıldıqda saman rəngində sarı və ya mis rəngində qabıqlar meydana çıxır. Bunlar çox vaxt uşaqlarda təsadüf olunur və yoluxucudur.

Furunkul (çiban)-tük kisəsinin və onu əhatə edən toxumanın stafilokokkla törədilmiş irinli iltihabdır. Furunkul mərkəzi irinli

qırmızı, bərk və ağrılı şiş düyündür. Bir neçə gün keçdikdən sonra düyünün mərkəzi hissəsi yumşalır və sonra açılaraq yaşılımtıl və qəliz irin ifraz edir. "Özəyi" (qurumuş tük kisəciyi) kənar edildikdə onun yerində qalan ara çox keçmədən sağalıb çapıq əmələ gətirir.

Dəridə irinli çiban xəstəliklərinin müalicəsi. Ümumi müalicə vasitələrindən antibiotiklər, autohemoterapiya, stafilokokk vaksinası (peyvənd mayası), anatoksin və vitaminlər tə'yin edilir. furunkul, karbunkul və ya hidrodenitə onların yetişməsinin başlanğıc dövründə saf ixtiol qoyurlar. Əvvəlcə dərini spirt və efirlə təmizləyir və tükləri ehtiyatla qırxırlar. İxtiolun üzərindəi nazik pambıq qatı qoyur, lakin sarğı tətbiq etmirlər.

Furunkul quru və isti saxlanmalıdır. Furunkul və ya karbunkul açıldığı zaman onların mərkəzi sahəsinə hipertonik məhlulda isladılmış steril tənzif qoyulur, ətrafındakı infiltrasiyalı dəri sahəsinə isə ixtiol yaxılır. İrinli elementləri, xüsusilə, furunkul və karbunkulu sıxmaq (sıxıb irini çıxartmaq) olmaz, çünki bu zaman mikroblar qan axınına düşərək bir sıra təhlükəli mürəkkəbləşmələrə, hətta sepsisə səbəb ola bilər. Zədələnmə ocağı ətrafındakı sağlam dərini gündə 2—3 dəfə kənardan mərkəzə doğru kamfora spirti və ya 30-40°-li salisil spirti sürtməklə dezinfeksiya edirlər.

Boşluqları steril iynə ilə təmizləyir və buraya 1-2%-li metilen və ya briliant abısının spirtli məhlulunu sürtürlər. Qovuqcuqları yarır və onların möhtəviyyatını pambıq tamponla ehtiyatla kənar edirlər. Aralanmış epidermisin kənarlarını qayçı ilə kəsirlər. Səthinə yuxarıda qeyd edilmiş boyaqları sürtür və borat talkı səpirlər. Sonralar isə məlhəm (penisillin, sintomisin emulsiyası və sairə) sürtürlər. Zədələnmə ocaqları ətrafındakı dəri sahəsini 30-40°-li spirtlə yaxşıca silirlər. Dırnaqlar qısa kəsilir və onlara yod tinkturu sürtülür. Kollektivdə impetiqolu uşaqlar təcrid olunmalıdır.

Sikoz baş verdiyi zaman tükləri qırxırlar. Lakin ülgüclə qırxmaq olmaz. Zədələnmə ocağında kəskin iltihab olmadıqda sistematik surətdə əllə epilyasiya (yolma) keçirilir.

Profilaktika. Tibb bacısı, xüsusilə, müstəqil feldşer və ya tibb məntəqələrində çalışan tibb bacıları zavod və sovxozların fəhlələri arasında irinli-çiban xəstəliklərinin profilaktikası üzrə iş aparmalıdırlar. Sexin və iş yerinin təmizliyi, alətlərin, taranın düzgünlüyü, iş paltarının olması, işığın, ventilyasiyanın düzgün və kifayət qədər olması, habelə əlüzyuyan, duş qurğularının, ilk yardım apteklərinin olması və s. kimi bir sıra sanitariya-gigiyena və sanitar-texniki tədbirlərin yerinə yetirilməsi üzərində nəzarət aparılmalıdır. Xırda istehsalat travmatizmi ilə mübarizənin, xüsusilə, böyük əhəmiyyəti vardır. Xırda travmaların dezinfeksiya-edici vasitələrlə (Novikov mayesi və ya yod tinkturu) dərmanlan-ması, lazım gəldikdə isə sarğı qoyulması məsləhət görülür.

GÖBƏLƏK XƏSTƏLİKLƏRİ dərini, saçları və dırnaqları zədələyən göbələklər tərəfindən törədilir. Bunlar yoluxucu xəstəliklərdir. Xəstəliyi yoluxduran göbələk sporları isə epidermis pulcuqları, tökülmüş tük və saçlar vasitəsilə keçirilir. Bu xəstəliklərin yayılmasında heyvanlar (pişiklər, siçanlar, qaramal, davar, atlar) da böyük rol oynayır.

Mikrospornya, xususilə, çox yoluxucudur. O əsasən uşaqlar arasında yayılmışdır. Başlıca yoluxdurucusu pişiklərdir. Zədələnmə ocaqları *saya dəridə*-halqaşəkilli eritematoz disklərlə yerləşir. Disklər arasında isə sağlam dəri zolaqları qalır. Mikrosporiya *başın tüklü hissəsini* tutduqda, burada xeyli iri (diametri 5-6 sm qədər) və kəskin surətdə məhdudlanmış dairəvi zədələnmə ocaqları əmələ gəlir. Bu sahələrin dəriri asbestəbənzər' nazik qabıqla örtülür. Zədələnmə ocaqlarındakı saçların demək olar ki, hamısı parlaqlığını itirərək- tündləşir və dəri səthindən 4-8 mm hündürlükdə olan yerindən (bu hündürlükdə qırxılmış saç kimi) sınır. Saçın kötüklərinin(qaidəsi) isə göbələk sporlarından ibarət ağımtıl-boz örtüyə bürünmüş olur.

Keçəllik saya dərini, saçları və dırnaqları zədələyir. Başın tüklü hissəsində diametri darı dəni iriliyindən başlayaraq 1 sm qədər və daha böyük olan və mərkəzindən saç teli keçən nəlbəki şəklində batıq, sarımtıl-oxra rəngində sipərciklər (skutullar) əmələ gəlir. Zədələnmiş saç parlaqlığını itirərək bozumtul-gül rəngi (parik saçları kimi) alır və asanlıqla qopur, lakin trixofitiya və mikrosporiya halında olduğu kimi sınmır. Bu xəstəliyə Sovet İttifaqında nisbətən az təsadüf edilir.

Saya dəri trixofitiyası-əksəriyyətlə bədənin açıq yerlərində: (üzdə, boyunda, əllərdə) olub, burada parlaq-qırmızı dəyirmi formalı və azca qabarıq ləkələr əmələ gətirməsi ilə fərqlənir. Ləkələr tədricən böyüyür və onların səthi nazik qabıqla örtülur, kənarlarında isə, bə'zən halqa şəklində xırda qovuqlar əmələ gəlir.

Başın saçlı hissəsində-trixofitiya zədələnmələri nəticəsində, qabıqla örtülmuş xırda eritematoz ləkələr peyda olur. Göbələyin saçlara daxil olması nəticəsində onlar lap kökü yanında (qara nöqtələr şəklində) və ya dəri səthindən 1-3 mm yuxarı hissəsində sınır. Beləliklə, sanki qırxılmış dairəşəkilli sahələr (kötüklər) əmələ gəlir. Trixofitiya ilə zədələnmiş dırnaqlar dişlənmiş və ovulan şəkil alır və çirkli-boz rəngli olur. Bə'zi hallarda bu dırnaqların səthində oyuqlar və çatlar əmələ gəlir.

Yaşlılarda xronik trixofitiya-sürtünmə simptomları ilə xarakterizə olunur. Zədələnən saya dəridə açıq çəhrayı rəngli azca kəpəklənən ləkələr əmələ gəlir. Bu çür ləkələr əksəriyyətlə dirsəklərin, əllərin və sarğı sahəsinin dərisində müşahidə olunur. Başın tüklü hissəsində zəif qovuqlanan ovulub atrofiya ilə nəticələnən xırda eritematoz zədələnmə ocaqları qeyd edilir.

Zədələnmiş dərinin qabıqları, zədələnmiş dırnaq və saçlar tədqiqat

üçün materialdır. Xəstəni xəbərdar etmək lazımdır ki, tədqiqat üçün material kötürülməzdən qabaq bu sahələri yumasın və bunlara heç nə sürtməsin.

Qabıqları küt skalpellə, kağız üzərində qaşıyırlar. Bu zaman materialı zədələnmə ocağının (mikrosporiya, trixofitiya zədələrinin) kənarından başlayaraq qaşımaq lazımdır. Epidermofitiyanın diaqnostikası üçün ayaqların barmaqlararası büküşləri dərisindən (xüsusilə IV və V barmaqlararası və ayaq tağı dərisindən) qabıqların qaşınması əhəmiyyətlidir. Kandidomikozun diaqnozu üçün döş vəziləri büküşlərindəki, habelə qasıq-bud və sağrılararası büküşlərdəki qovuqcuqların örtüyündən, epidermis qabıqları və sürtülən buynuz qatından qopan epidermis layları götürülməlidir.

Dırnaq təbəqəsi (lövhəsi) skalpel və ya qayçı ilə qaşınır. Bu zaman dırnağın zədələnmiş daha dərin təbəqələrindən material (nümunə) götürməyə çalışırlar.

Tədqiq edilmək üçün lazım olan saçların epilyasiya (yolma) pinseti ilə yolurlar. Bu zaman xəstənin başını əlverişli vəziyyətdə tuturlar. Uşaqların başını isə tibb işçiləri dizləri üstündə saxlayır. Bu halda başın altına polietilen salfet və ya müşənbə sərirlər.

Tədqiqat üçün sınmış və qara nöqtəli saç hissələri götürülməlidir. Onları mütləq kökündən yolub çıxarmaq lazimdır.

Alınan materialı təmiz predmet şüşəsi üzərində qoyaraq, üstündən 1-2 damcı 20-30%-li kalium-hidroksid məhlulu tökur və örtük şüşəsi ilə örtürlər. Sonra həmin preparatı spirt lampası üzərində, ehtiyatla, qovuqcuqlar çıxana qədər qızdırırlar. Material şəffaflaşandan sonra isə onu mikroskop altında yoxlayırlar.

Göbələk xəstəliklərinin lüminessent diaqnostikası-göbələklə zədələnmiş saç və qabıqların lüminessent lampanın işığı altında parlaq-yaşıl işıq örmək qabiliyyətinə əsaslanır.

Bu tədqiqatın keçirilməsi üçün tamamilə qaranlıq otaq və lüminessent lampa lazımdır. Yoxlanılacaq saçlar və dəri tamamilə quru olmalı, həmçinin onların üzərində hər hansı məlhəm və xarici dərman qalıqları da olmamalıdır. Xəstəni əlverişli və rahat vəziyyətdə oturdaraq lüminessent lampanı tədqiq olunacaq sahədən (başın tüklü hissəsindən, saya dəridən) 25-30 sm aralı məsafədə qoyurlar. Mikrosporiya ilə zədələnmiş saçlar və dəri qabıqları lüminessent lampanın, şüaları altında səciyyəvi parlaq yaşıl işıq verir. Əgər şüalanan sahədə vazelin qalmışsa-göy flüoressensiya baş verir. Odur ki, belə hallar nəzərə alınaraq, əvvəlcə başı sabunla yaxşıca yumaq lazımdır.

Müalicə. Qeyd edilən göbələk xəstəliklərinin müalicəsi birinci növbədə, göbələklə zədələnmiş saçların, dırnaqların və epidermis buynuz qatının kənar edilməsinə, habelə patogen göbələyin məhv edilməsinə yönəldilən tədbirdən ibarət olmalıdır.

Saya dəridə məhdud zədələnmə ocaqları olduqda bu yerlərə hər gün səhər 2-5%-li yod tinkturu və axşam vilkinson məlhəmi sürtür-lər. Saya dəridə çoxlu zədələnmə ocaqları olduğu zaman, həmçinin tüklər və başın saçlı hissəsi və dırnaqlar zədələndikdə daxilə göbələk əleyhinə antibiotik-qrizeofulvin-forte və eyni zamanda sürtmə üçün Ariyeviçin qabıqaralayıcı məlhəmi tə'yin edilir.

Qrizeofulvin-forte antibiotikini, adətən, yemək vaxtı qəbul edirlər, bağırsaqlarda daha yaxşı sorulub həzm olunması üçün isə onu çay qaşığına tökülmüş bitki yağı ilə birlikdə içirlər. Qrizeofulvin-forte qəbul edilən bütün dövr ərzində saçların 7-10 gündə 1 dəfə ülgüclə qırxılması, habelə isti su və sabunla yuyulması tələb edilir. Başın tüklü hissəsinə hər gün səhər 2%-li yod tinkturu və axşam kükürd-salisil məlhəmi sürtülür.

Qrizeofulvin qəbul edilən zaman qarında ağrılar, başağrısı, ürək ağrısı, ürəkbulanması, qusma, ishal kimi kənar hadisələr, habelə qanın formulunda dəyişikliklər baş verə bilər. Belə hallarda preparatın qəbul edilməsini müvəqqəti (2-3 günlüyə) dayandırmaq və bu barədə həkimi xəbərdar etmək lazımdır.

Adətən kənar hadisələr 2-3 gündən sonra yox olduğundan, preparatı yenidən tə'yin etmək olar. Lakin təkrar qəbul edilmə nəticəsində kənar hadisələr yenidən baş verdiyi halda qrizeofulvin qəbul edilməsi tamamilə dayandırılır.

Qrizeofulvinə əks-göstəriş olduğu zaman xəstə saçların kənar edilməsn uçün 4%-li epilin plastırı məlhəmi tətbiq edilir. Zədələnmiş saçlara plastır qoyulmazdan qabaq zədələnmə sahəsindəki saçları ulgüclə təmiz qırxırlar, başın zədələnməmiş sahəsindəki saçları qısa qırxır və başı isti su və şabunla yuyurlar. Bundan sonra zədələnmə ocağına məlhəm horrasını nazik qatla yaxaraq, üzərindən yapışqanlı plastır zolaqlarını kirəmid şəklində yapışdırırlar. Epilin plastırının tətbiq dozası xəstənin çəkisindən asılıdır.

6 yaşına qədər uşaqlara epilin plastırı 20 günlüyə qoyulur, 6 yaşından böyük uşaqlara və yaşlı şəxslərə hər 10 gündən bir cəmi iki dəfə qoyulur.

1 yaşına qədər uşaqlara epilin plastırı qoyulması məsləhət görülmür. Saçların tökülməsi 12-14-cü gündə başlayır və 20-25-ci gündə qurtarır. Plastır götürüldükdə saçlar ağrısız kənar edilir. Bundan sonra bir sutkalığa 2%-li salisil vazelini ilə kompres sarğısı qoyulur. Daha sonra əllə diqqətli surətdə epilyasiya (tükyolma) və yuxarıda göstərilmiş surətdə medikamentoz müalicə keçirilir. Epilin plastırının tətbiq edilməsi konyunktivit, bleforokonyunktivit, allergiya səpgiləri kimi kənar xəstəlik hadisələrinə də səbəb ola bilər.

Rentgen epilyasiyası hazırda, bir qayda olarar, keçirilmir. Bu üsul ancaq qrizeofulvinə və epilin plastırına dözümsüzlük hallarında tətbiq edilir. Şüalandırmağa başlamazdan qabaq yağlı sarşlar və ya 2-3%-li

salisil vazelini qoyulmaqla qabıqlar kənar edilir: saçları elə qırxırlar ki, onların qırxılmamış hissəsinin uzunluğu 2-3 mm-dən artıq olmasın. Şüalanmadan sonrakı 14-16-cı gündə saçlar tökülür. Şüalandıqdan 11-12 gün sonra başı hər gün isti su və sabunla yuyurlar. Bu yuma saçlar tamamilə tökülənə qədər davam etdirilir. Diaqnoz qoyulduğu andan tamamilə sağalma dövrünə qədər xəstə başına tənzif ləçək bağlamalı və ya təqyə geyməlidir.

Hər halda çalışmaq lazımdır ki, xəstənin başında göbələklə zədələnmiş saç qalmasın. Xəstə tüklərin tamamilə kənar edilməsi vacibdir. Buna görə rentgenlə şüalanmadan sonra qalan qara nöqtə və götüklər (qırıq saçlar) əllə yonulub kənar edilir. Eyni zamanda zədələnmə yerlərinin dərmanla müalicəsi: 1-ci gün-başın tüklü hissəsinə 2%-li yod tinkturu, 2-ci gün-vilkinson məlhəmi sürtülməsi, 3-cü gün-başın sabunla yuyulması tə'yin edilir. Ağırlaşmalar olmadıqda bu müalicə dövrəsi 4 həftə ərzində təkrarlanır. Epidermisin buynuz qatının aralanması üçün başın saçlı hissəsinə 48 saat müddətinə tərkibində 12% salisil turşusu və 6% süd və ya benzoy turşuları olan məlhəmli kompres sarğısı qoyulur. Sonra bir sutka müddətinə 2-5%-li salisil vazelini yaxılır. Bunun nəticəsində epidermis lay-lay aralanır və onunla birlikdə göbələklə zədələnmiş saç qalıqları da ayrılıb tökülür.

Dırnaqlar zədələnəndə müalicə üçün xüsusi məlhəmdən istifadə edilir. Bu məlhəmi qoymazdan əvvəl dırnaqları 250 ml suya 2-3 çay qaşığı soda əlavə edilmiş sabunlu su vannasında yumşaldırlar. Dırnağın ətrafındakı yumşaq toxumaya adi leykoplastır yapışdırırlar. Zədələnmiş dırnağın (dırnaq lövhəsinin) səthinə isə keratolitik (buynuz qatını yumşaldıcı) məlhəm plastır kütləsini yaxır və 5-6 gün müddətinə, onun üzərindən enli leykoplastır lenti yapışdırırlar. Göstərilən 3-5 aplikasiyadan sonra dırnaq plastinkası (lövhəsi) yumşalır və tamamilə düşür. Sonralar isə bu cür təmizlənmiş dırnaq yatağına fungisid (göbələk əleyhinə) plastırları (üçxlorlu sirkə, timol, piroqall, yod plastırları, hər biri 48 saat müddətinə qoyulur. Eyni zamanda daxilə qrizeofulvin-forte tə'yin edilir.

Müalicənin qiymətləndirilməsi üçün o dərhal dayandırılandan sonra və bundan 1-2 ay keçdikdən sonra köbələk olub-olmamasını müəyyən etməkdən ötrü təkrar tədqiqat aparılır. Göbələk üzrə 3 mənfi analiz nəticəsi alındıqdan və dezinfeksiya keçirildikdən sonra uşağı kollektivə buraxmaq olar; başın tüklü hissəsi zədələnmiş olduqda papaq geymək zəruridir.

Mikrosporiya, trixofitiya və keçəllik xüsusilə çox yoluxucu göbələk xəstəlikləridir. Buna görə də xəstəliklərin yayılmasının qarşısının alınmasında *profilaktika tədbirləri* olduqca mühüm rol oynayır.

Tibb bacısı uşaq müəssisələrində və başqa təşkilatçı kollektivlərdə dövri tibbi müayinələrin keçirilməsində iştirak edərək, yoluxma ocaqlarını və xəstələrlə təmasda olanları aşkar edir, mikrosporiya,

trixofitiya ilə xəstələnənlərin qeydiyyatını aparır. Qeyd dəftərində xəstənin familiyası, adı, atasının adı ilə birlikdə yoluxma mənbələri və onun təmasda olduğu şəxslər haqqında mə'lumat da göstərilir. Hər bir xəstələnmə hadisəsi barəsində mə'lumat formasının (281 №-li formanın) doldurulması da tibb bacısının vəzifəsinə daxildir. Bu mə'lumat forması rayon sanitar-epidemioloji stansiyasına göndərilir. Eyni zamanda son dezinfeksiya şö'bəsinə mə'lumat verilir. Bundan əlavə, xəstəliyin heyvanlar vasitəsilə yayılmasının qarşısını almaq məqsədilə hər bir xəstələnmə hadisəsi haqqında baytarlıq xidməti idarəsinə mə'lumat verilir, habelə xəstələrlə təmasda olan şəxslərin müayinə edilməsi üçün həkim çığırılır.

Göbələk xəstəliklərinə tutulmuş xəstələrə qulluq edənlər rezin əlcəklə (profilaktika üçün) işləməlidirlər. Uşaq müəssisələrində kütləvi müayinələr aparılmasının xüsusilə beyuk əhəmiyyəti vardır. Xəstələnmə hallarında profilaktik müayinələr 5-6 həftə ərzində hər 5-7 gündən bir keçirilməlidir. Bu zaman, mikrosporiyanın erkən (başlanğıc) formalarının aşkar edilməsi üçün hökmən lüminessent lampalardan istifadə edilməlidir.

Epidermofitiya-dəri və dırnaqların səthi qatlarının göbələk xəstəliyi. Yoluxma vasitəli kontaktla (hamamlarda, hovuzlarda bu müəssisələrdə sanitariya-gigiyena qaydalarına riayət olunmadığı hallarda) keçirilir. Xəstəliyin yoluxmasına tərlilik, ayaqların sürtüklüyü, dərinin çirklənməsi kömək edir.

Zədələnmə ocaqları, adətən, ayaq tacıaltı, ayaqaltının xarici və daxili kənarları və barmaqlar arasında, çox vaxt üçüncü və dördüncü barmaqlararası büküşlərdə yerləşir. Bu yerlərdə dəri qabığının soyulması və sonralar çox vaxt bitişmiş eroziyalı sahələr əmələ gətirən qovuqcuqlar peyda olması müşahidə edilir. Barmaqlararası büküşlər sahəsində hiperemiya, ödem, sürtünmə, çatlar olur, gövdədə isə allergiya səpgiləri əmələ gələ bilər.

Müalicə. Kəskin iltihab hallarında qulyard suyu, 1:1000 rivanol və s. ilə islatma tətbiq edilir. Qovuqcuqlar olduqda onların örtük hissəsi kəsilir və onlara metilen abısının 2%-li spirt məhlulu sürtülür, gündə 2-3 dəfə hər biri 8-10 dəqiqə davam edən kalium-permanqanat vannaları aparılır. Kəskin iltihab prosesi yox olduqdan sonra bor-bismut-naftalan məlhəmi tə'yin edilir. Müalicənin son mərhələsində dərinin laylanması (aralanması) metodlarından istifadə edirlər. Dərini lay-lay ayırıcı məlhəm qoyulmazdan qabaq zədələnmə ocağı ilə sərhədlənən sağlam dəri sahəsini yoluxmadan qorumaq üçün ona sink pastası sürtmək lazımdır.

Profilaktika. Barmaqlararası büküşlər və ayaqaltı dərisinə 2%-li yod tinkturu sürtülməsi tövsiyə edilir. Epidermofitiya ilə xəstələnənlərə məsləhət görülür ki, rezin ayaqqabı geyməsinlər və ayaqlarını formalinlə silsinlər.

Epidermofitiyanın təkrarlanmasının qarşısını almaq üçün ən yaxşı vasitə ayaq dərisinə qulluq üzrə mövcud gigiyena qaydalarına riayət edilməsidir. Ayaqları-hər həftə, yayda və çox tərləmə hallarında isə-hər gün yumaq lazımdır.

Yuduqdan sonra dəri tam qurulanana kimi diqqətlə silinməli, corablar vaxtında dəyişilməli və qaynar suda yuyulmalıdır. Ayaq dırnaqları da səliqəli surətdə kəsilib gödəldilməlidir.

DƏRİNİN PARAZİT XƏSTƏLİKLƏRİ başlıca olaraq qoturluq gənəsi tərəfindən (qoturluq xəstəliyi) və bitlərlə (bitlilik) törədilir. Yoluxucu xəstəliklərdir. Yoluxma bilavasitə xəstə ilə təmasda olduqda, habelə onun yataq camaşırından və paltarından istifadə etdikdə keçir. Parazit xəstəlikləri baş verməsinə natəmizlik, sanitariya-gigiyena qaydalarının pozulması, adamların sıx toplanması (vağzal, körpü və b. yerlərdə), ayrı-ayrı şəxslərin mədəni səviyyəsinin aşağı olması və sanitariya maarifi işlərinin zəif qurulması səbəb olur.

Qoturluq-bədənə qoturluq gənəsinin dişisi düşdükdə baş verir (gənənin erkəyi dişini mayaladıqdan sonra məhv olur). Dişi gənə dərini sancmaqla dəridə onun səthinə paralel (tunel)-qoturluq yolu açır. Bunun əsas subyektiv əlaməti oksəriyyətlə gecə vaxtı bərk geyişmədir. Dəri səthində qeyd olunan obyektiv əlamətləri dəri üzərində yayılmış düyünlü-qovuqcuqlu səpgilərdir. Bunlar (gənənin hərəkət yolu boyunca) qaşınma xətti üzrə yerləşir.

Müalicə. Qoturluğun müalicəsi üçün kükürd məlhəmindən istifadə edilir. Bu məlhəmi 4-6 gün ərzində gündə 1-2 dəfə bədənə sürtürlər. Bütün müalicə günləri alt paltar və yataq camaşırı dəyişilmir və yuyunmaya icazə verilmir. Göstərilən müddət keçdikdən sonra xəstə isti su və sabunla yuyunur və onun alt paltarı, yataq camaşırı dəyişilir (bunlar dezinfeksiyaedici məhlulla dərmanlanmalı və ya suda qaynadılaraq təmizlənməlidir).

Demyanoviçin metodu 6%-li natrium-tiosulfat və 6%-li hidrogen-xlorid turşusu tətbiq edilməsinə əsaslanır. Natrium-tiosulfatı boşqaba və kasaya tökür və buradan fırça ilə götürüb 10 dəqiqə ərzində bədənin bütün zədələnmiş sahələrinə sürtürlər. Bundan sonra 5 dəqiqə fasilə verərək yenidən dərmanı sürtürlər. Dərman sürtülmüş yerlər quruduqdan sonra 6%-li hidrogen-xlorid turşusunu sürtməyə başlayırlar. Lakin qabaqca əlləri yuyurlar ki, dəridə natrium-tiosulfat qalığı olmasın. Əks təqdirdə natrium-tiosulfatın hidrogen-xlorid turşusu ilə reaksiyası baş verir. Hidrogen-xlorid turşusu məhlulunu butulkaya tökür və buradan ovuca götürüb dərinin yenə eyni sahələrinə (quruması üçün fasilələr verərək) iki və ya üç dəfə sürtürlər. Müalicə başa çatdırıldıqdan sonra xəstə təmiz paltar geyir, bir sutka keçdikdən sonra yuyunur, sonra isə yenə həmin proseduru təkrarlayır.

Benzil-benzoat (suda)-20%-li su-sabun emulsiyası. Bunu 3-4 gün ərzində gündə 1-2 dəfə sürtürlər. Bu zaman alt paltar və yataq camaşırı

dəyişilmir və müalicə dövründə yuyunmağa icazə verilmir. Müalicə başa çatdırıldıqdan sonra isə xəstə isti duş qəbul edərək sabunla yuyunur, həm də onun alt paltarı və yataq camaşırı dəyişilir. Qoturluq piodermiya ilə müşayiət olunduğu halda, daxilə (içməyə) antibiotiklər və xaricə-piodermiya ocaqlarına sürtülmək üçün-saf ixtiol və anilin boyaqları tə'yin edilir. Qoturluğun müalicə edilməsi zamanı əmələ gələn mürəkkəbləşmələr medikamentoz dermatitlər və ekzemadır. Bu mürəkkəbləşmələr inkişaf etdiyi zaman desensibilizə vasitələri, çalxalanıb işlədilən qatışıqlar və s. tə'yin edilir.

Bitlilik. İnsanda bitlilik üç növ bitin: baş, paltar və qasıq bitlərinin inkişaf etməsi ilə əlaqədardır. Hazırda paltar və baş bitlərinə az təsadüf edilir və onların aşkar edilməsi çətin deyildir. Qasıq bitləri (topuq bitləri) başlıca olaraq qasıq sahəsində, aralıqda, qoltuq çuxurlarında yerləşərək dəriyə möhkəm yapışır, onların dişləməsi şiddətli geyişmə, qaşınma törədir və dişlədiyi yerlərdə qaşınma izləri və göy ləkələr qalır. Yoluxma əksəriyyətlə cinsi əlaqə nəticəsində bə'zən xəstənin paltarından, onun yataq camaşırından istifadə edildikdə baş verir. Bitlilik piodermiya törətməklə ağırlaşma verə bilər.

Bitliliyin müalicəsi bitlərin növündən asılı olaraq keçirilir. Baş bitləri olduqda saçları yarıbayarı bitki yağı ilə qarışdırılan kerosinlə isladaraq 8-10 saatlığa kompres sarğısı qoyurlar (kompres kağızı ilə örtür və üzərindən ləçək bağlayırlar). Bundan sonra isti su və sabunla yuyurlar. Bit sirkələrinin xitin qişasını süfrə sirkəsinin tə'siri ilə əridirlər. Bunun üçün daraq dişlərinə keçirilmiş pambığı sirkədə isladaraq bu daraqla saçları daramaq lazımdır.

Qasıq bitlərinin müalicəsi üçün hökmən tüklər ülgüclə qırxılmalı və dəriyə 33%-li kükürd məlhəmi və ya 5-10%-li kükürd-civə məlhəmi sürtülməlidir. Paltar və yataq camaşırı bitlərini paltar və camaşırı qaynatmaq və sonra ütüləməklə tələf edirlər.

ZÖHRƏVİ XƏSTƏLİKLƏR. Süzənək-əksəriyyətlə sidik-cinsiyyət üzvü yolunu zədələyən ümumi yoluxucu xəstəlikdir. Xəstəliyin törədicisi-qonokokkdur. İnkubasiya dövrü orta hesabla 3-6 gün davam edir. Xəstəlik istər kişilərdə və istərsə qadınlarda siyimək zamanı sidik kanalında kəskin ağrı və sidik kanalından çoxlu irinli ifrazatın çıxması ilə başlanır. Müalicə olunmadıqda və ya o kifayət qədər edilmədikdə xəstəlik uretranın arxa hissəsinə yayılır. Bu zaman siyimənin sonuna yaxın ağrılar şiddətlənir və tez-tez siyimə meyli hiss edilir.

Müalicə. Ümumi müalicə metodları antibiotiklərin, sulfanilamid preparatların və immunoterapiyanın tətbiqindən ibarətdir. Əzələyə və ya venaya qonovaksin yeridilir. Laktoterapiya (südlə müalicə) üçün təzə südü sınaq şüşəsində 5-10 dəqiqə qaynatdıqdan sonra soyudur və buradan şprislə götürərək əzələyə yeridirlər.

Tibb bacısı yerli müalicə proseduralarından başlıca olaraq yuma və instillyasiya əməliyyatı tətbiq edir. Uretranı, cinsiyyət üzvü yolunu

çoxlu miqdarda isti (30-40°S) kalium-permanqanatın isidilmiş məhlulu (1:10000-dən 1:60000-ə qədər) ilə yuyurlar. İltihab prosesi nə qədər kəskindirsə məhlulun konsentrasiyası bir o qədər zəif olmalıdır. İçərisinə məhlul tökülmüş parçı cinsiyyət üzvü səviyyəsindən 1-1.5 m hündürlükdə asırlar. Ucluğu qaynatmaqla sterilizə edir və süleymanı məhlulundan və ya civə oksisianidi məhlulunda (1:1000) saxlayırlar. Uretranın arxa hissəsi və sidik kisəsn yuyulan zaman (uretranın əvvəlcə ön hissəsi yuyulduqdan sonra) kişilərdə ucluğu sidik kanalının xarici deşiyinə kip daxil edir və yuyucu mayeni siyimə meyli hiss edilənə kimi yeridirlər. Sidik kisəsi heç bir güc tətbiq edilmədən doldurulmalı və xəstə yuyucu mayeni rəngi dəyişilməmiş halda xaric edənə kimi doldurmanı bir neçə dəfə təkrar etməlidir. Qadınlarda uretranı ginekoloji kresloda, şüşə ucluğu uretranın təxminən 1 sm dərinliyinə daxil edərək yuyurlar.

İnstillyasiya. Adətən 0.5-1%-li gümüş-nitrat və ya 1-2%-li protarqol tətbiq edirlər. İnstillyatoru formalin buxarında sterilizə edir və ya işlətməzdən qabaq 1 saat civə oksisianidi məhlulunda saxlayırlar. Sidik kisəsinin xarici sfinkterinə kimi daxil edilmiş instillyatoru tədricən, asta-asta çıxardaraq uretraya müvafiq məhluldan-kişilərə 6-8 ml, qadınlara isə 3-5 ml miqdarında yeridirlər. Uretrada məhlul 2-3 dəqiqə saxlanmalıdır. İnstillyasiya qabaqkı prosedurdan sonra 48 saatdan tez olmayaraq keçirilməlidir. Qeyd edilmiş prosedurlar keçirildikdə yoluxmadan qorunmaq üçün rezin əlcəkdə işləmək lazımdır.

Şəxsi profilaktika aşağıdakı qayda üzrə keçirilir. Kişilərdə: 1) gələn xəstə siyiyir və əllərini sabunlu su ilə diqqətlə yuyur; 2) cinsiyyət üzvünü, xaya kisəsini, qasığı, budu və aralığı isti su və sabunla diqqətlə yuyurlar; 3) bu yerlərdə (quruduqdan sonra) 1:4000 süleymanı və ya 1:30000 oksisianid məhlulunu sürtürlər; 4) sidik kanalının ön hissəsini divarda asılmış parçdan buraxılan 0,5 l 1:6000 kalium-permanqanat məhlulu ilə yuyurlar; cinsiyyət üzvlərinin çirklənmiş alt paltardan qorunması üçün xəstəyə tənzif salfet verilir; xəstənin evinə qayıtdıqdan sonra alt paltarını dəyişməsi məsləhət görülür; 5) müraciət etmiş xəstədə siflis olması ehtimalı da nəzərə alınaraq, cinsiyyət üzvlərinə 33%-li kalomel məlhəmi tövsiyə edilir. Xəstəni 6 ay müddətində nəzarət altında saxlamalı və dövri olaraq qanını Vasserman reaksiyasında yoxlamalıdırlar.

Qadınlarda: xarici cinsiyyət üzvlərini isti su və sabunla diqqətlə yuyurlar, sonra qadın siyiyir, bundan sonra uşaqlıq yoluna 1:3000 kalium-permanqanat məhlulu şırınqa edilir və bunun ardınca uretraya 1-2%-li gümüş nitrat məhlulu instillyasiya edilir; uşaqlıq boynuna, uşaqlıq yolu selikli qişasına və xarici cinsiyyət üzvlərinə 2-3%-li gümüş-nitrat məhlulu sürtürlər. Sifilisin profilaktikası üzrə tədbirlər kişilər üçün olduğu kimidir.

Uşaqların süzənəklə xəstələnməkdən qorunması üçün istər xəstənin

ailəsində və irtərsə uşaq müəssisələrində lazımi profilaktika tədbirləri görülməlidir. Uşaqlar kişilərdən ayrı yatmalı, onların öz sidik qabları, ayrıca yuyunma süngərləri və altını yumaq üçün lifləri olmalıdır. Uşaqların altını ancaq fərdi pambıq tampondan istifadə edərək axar su şırnağı ilə yuyurlar. Uşaq müəssisələrinin əməkçiləri, habelə yeyinti bloklarının və başqa müəssisələrin işçiləri müvafiq tə'limatda nəzərdə tutulmuş profilaktik tibbi müayinədən keçirilməlidirlər. Bu zaman qadınlardan hökmən qonokokklar üzrə yaxma götürülməlidir, çünki bir sıra hallarda süzənək simptomsuz cərəyan edə bilər. Uretradan, uşaqlıq yolundan, uşaqlıq boynundan və düz bağırsaqdan götürülən ifrazatı şüşə üzərində bir bərabərdə yayaraq qurudurlar. Xüsusilə müalicədə və kontrol tədqiq dövrünü keçirməkdə olan şəxslərdən götürülən yaxmalar daha diqqətli hazırlanmalıdır.

Sifilis. Törədicisi-solğun treponemadır. Treponemanın daxil olmasından xəstəliyin ilk təzahürünə qədər olan dövr orta hesabla 3 həftə davam edir. Xəstəliyin üç dövrü fərqləndirilir. *İlkin dövr* (40-50 gün davam edir) treponemanın daxilolma yerində, çox vaxt cinsiyyət üzvləri sahəsində eroziya və ya xora əmələ gəlməsi ilə (bərk şankr) xarakterizə olunur. Bərk şankr əmələ gəlməsi momentindən 7-10 gün sonra regionar limfatik düyünlər böyüyür və bərkiyir (sifilis bubonları əmələ gəlir). *İkinci dövr* dəridə və selikli qişalarda sifilis elementləri səpgisi ilə başlanıb, limfatik düyünlərin böyüməsi ilə müşayiət olunur və 3-5 il ərzində periodik residivlər (təkrarlanmalar) və remissiyalarla davam edir. *Üçüncü dövr* xəstələr müalicə edilmədikdə və ya onlar kafi dərəcədə müalicə olunmadıqda baş verə bilir və daxili üzvlərdə, sinir sistemində, sümüklərdə və s. dərin dəyişikliklərin əmələ gəlməsi ilə fərqlənir.

Müalicə. Sifilisin müalicəsi bütün mərhələlərdə kompleksli olmalı və müəyyən kursla aparılmalıdır. Müalicədə antibiotiklər, arsen, bismut, civə, yod preparatları, habelə qeyri-spesifik terapiya metodları tətbiq edilir.

Antibiotiklər. Sifilisin müalicəsi üçün penisillin və onun uzun müddət tə'siretmə qabiliyyəti olan və buna görə də bir neçə gündə bir dəfə daxil edilməsinə imkan verən dürant preparatları tətbiq edilir. Penisillinin dürant preparatları-ekmonovosillini, bisillini (bisillin-1, 3, 5) iki anda əzələyə yeridirlər. (*Ümumi medikamentoz terapiya, antibiotiklər* bəhsinə bax).

Nevarsenol-arsen (mərgmüş) preparatı son illər az tətbiq edilir.

Novarsenolun birdəfəlik dozasını təzəcə distillə edilmiş 5 ml suda həll edirlbr (poroşoku içərisində su olan menzurkaya ehmalla tökərək, bütün su səthi üzrə yayırlar). Novarsenol məhlulu hazırlanmasından ən keci 5 dəqiqə sonra jaxil edilməlidir, çünki vaxt keçdikcə onun toksikliyi artır (məhlul oksidləşir). Preparat yeridilən zaman baş verən kənar hadisələrə yol verməmək üçün, onun 10% -li kalsium-xlorid və ya

20-40%-li qlükoza məhlulu ilə birlikdə yeridilməsi daha əlverişlidir. Məhlul asta-asta və yeməkdən azı 2 saat sonra yeridilir. Novarsenol dərialtı piy təbəqəsinə düşdükdə kəskin ağrı və dərinin azca şişməsi baş verir. Belə hallarda bu yerə dərhal 10 ml izotonik natrium-xlorid məhlulu yeritmək və ixtiol kompresi qoymaq lazımdır.

Hər dəfə novarsenol yeritməmiş temperaturu ölçürlər: temperatur 37°-dən artıq olduqda isə novarsenol yeridilməməlidir. Xəstəliyin tarixi haqqındakı qeydlərdə hökmən preparatın seriyasını və vurulmuş dozanı göstərmək lazımdır.

Arsen preparatı yeridildikdə isitmə, ydermatitlər, sarılıq, angionevrotik simptom kompleksi (sifətin qızarması, döşdə ağrılar, çətin nəfəs alma) və s. kimi müxtəlif ağırlaşmalar baş verə bilər. Bütün belə hallar haqqında dərhal həkimə xəbər verilməli, angionevrotik kriz baş verdikdə isə preparatın yeridilməsi dərhal dayandırılmalıdır.

Biyoxinol-bismut preparatıdır (bismut duzlarının şaftalı yağında emulsiyası); onu işlətməzdən qabaq isti suda qızdırır və bir bərabərdə qarışmış emulsiya əldə etmək üçün yaxşı çalxalayırlar. İki anda daxil etmə üsulu ilə əzələyə yeridilir.

Bismut duzları ilə müalicə aparılan zaman ağız boşluğu selikli qişasında dəyişikliklər stomatitlər və gingivitlər, habelə diş ətinin kənarı üzrə (bə'zən dildə, yanaqların selikli qişasında, damaqda) boz rəngli haşiyə əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Bu hadisələr sonrakı müalicəyə mane olmursa da, ağız boşluğunun vəziyyətinə artıq fikir verməyə məcbur edir. Bu cür hallar baş verdikdə ağız boşluğunun gündə bir neçə dəfə 2%-li soda məhlulu, 1:4000 kalium-permanqanat məhlulu və ya 2-3%-li borat turşusu məhlulu ilə yaxalanması tövsiyə edilir. Böyrəklər üzrə ağırlaşmaları da nəzərə alaraq onların müntəzəm surətdə tədqiq edilməsi məsləhət görülür.

Yod. 3-4%-li kalium-yodid və ya natrium-yodiddən gündə 3 dəfə yeməkdən sonra bir çay qaşığı miqdarında qəbul edilir. Bə'zən: konyunktivitlər, zökəm, dilin, qırtlağın ödemi, bronxit, mə'də-bağırsaq yolunun pozğunluğu, sızanaq şəklində səpgilər kimi kənar hadisələr baş verir. Preparatın qəbul edilməsi dayandırılan kimi, bütün bu hallar yox olur.

Sifilisin aktiv formaları ilə xəstələnənlərin müalicəsində xəstələrin ümumi vəziyyətinin diqqətlə izlənməsi, onların temperaturunun, çəkisinin müntəzəm ölçülməsi, sidik və qan analizlərinin vaxtlı-vaxtında yoxlanması, düzgün qidalanmalarına fikir verilməsi zəruridir (alkoqol həddindən artıq miqdarda yağ, yumurta və s. işlətmək olmaz).

Sifilislər cinsiyyət üzvlərində, aralıq sahəsində, dərinin təbii büküşlərində yerləşdiyi halda xəstələrin səliqəli olmasına və paltarlarının təmiz saxlanmasına ciddi fikir verilməlidir. Zədələnmə ocağı ətrafındakı dəri sahəsinə 40°-li spirt sürtürlər və onu 0,25%-li

rivanol məhlulu ilə yuyurlar. Bu dövrdə duş və ya vannadan imtina etmək lazımdır. Hər xəstə ancaq öz lif və dəsmalından, ayrı qabqacaqdan istifadə etməlidir.

Sifilis əlamətləri olan xəstələrə qulluq edən tibb bacısı şəxsi gigiyena qaydalarına hökmən riayət etməli, rezin əlcəkdə işləməlidir. Tibb bacısı sifilisli xəstəyə qulluq etdikdə nəzakətli, diqqətli olmalı və qayğı göstərməlidir. Xəstənin psixikasına toxunan və ya onu incidən və ya alçaldan hərəkətlərə yol verməməlidir. Tibb bacısı xəstəliyin sirrini gizlətməli və xəstəyə sağalmağa inam hissi aşılamalıdır. Hazırda sifilis sağaldılan xəstəlikdir. Lakin onun müvəffəqiyyətlə müalicə olunması ən çox xəstənin özündən, onun həkim göstərişlərinə ciddi əməl etməsindən asılıdır.

ZÖHRƏVİ VƏ YOLUXUCU DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİ İLƏ MÜBARİZƏNİN TƏŞKİLİ. Zöhrəvi və yoluxucu dəri xəstəliklərinin azaldılması üzrə əsas vəzifə xəstələrin xəstəxanaya qoyulması, onların bacarıqlı müalicəsi, habelə yoluxma mənbələrinin aşkar edilməsi və təmasda olanların yoxlanmasıdır. Sifilisin yoluxucu formaları ilə xəstələnənlər diaqnoz qoyulan andan e'tibarən 24 saat ərzində xəstəxanaya qoyulmalıdırlar. Həmçinin başının tüklü hissəsi kəskin yoluxucu göbələk xəstəliyinə tutulmuş xəstələr tə'cili surətdə xəstəxanaya göndərilməlidir. Zöhrəvi və yoluxucu dəri xəstəliklərinə tutulmuş bütün xəstələr üçün şəxsi ambulatoriya vərəqi tərtib edilir və onlar xüsusi qeydə alınır. Bu xəstələr ancaq müvafiq müalicə və kontrol müayinədən sonra həkim tərəfindən qeyddən silinə bilər.

Sifilisə tutulmuş xəstələr 5 ilə qədər, süzənəklə xəstələnənlər isə 6 aya qədər uçotda olurlar.

Tibb bacısı həkimlə birlikdə xəstələrin müalicə və müayinəyə gəlmələrinə nəzarət edir.

Sifilis və süzənəkli xəstələrin tibb vərəqələri (65 №-li forma) ümumi qeydxanada deyil, həkimin kabinetindəki qıfıllı şkafda saxlanan kartotekada olur.

Kartotekanın bir yeşiyində müalicə kursu keçirən xəstələrin ambulatoriya vərəqələrini yerləşdirirlər. Xəstələr həkimin müayinəsini keçdikdən sonra ambulatoriya vərəqi bu yeşiyin gələn həftə növbəti həkim müayinəsinə gələcək xəstələr üçün ayrılmış bölməsinə qoyulur. Həkim müayinəsinə gəlməmiş xəstələrin ambulatoriya vərəqələri bu xəstələrin çağırılması üçün ayrılmış xüsusi yeşiyin bölməsinə (gözünə) qoyulur.

Müalicəsini başa çatdırmış və seroloji nəzarət altında olan xəstə üzərində də buna oxşar nəzarət qoyulur. Bu xəstələrin ambulatoriya vərəqələri ilin ayları üzrə arakəsmələrlə bölünmüş ayrıca yeşiyin gözlərində saxlanır. Tibb bacısı hər ayın axırında kartotekanı nəzərdən keçirərək, seroloji nəzarət və ya həkimin müayinəsi üçün gəlməmiş xəstələrin ambulatoriya vərəqələrini ayırır.

Müalicəyə vaxtlı-vaxtında gəlməyən və müayinədən boyun qaçıran şəxslər məktub vasitəsilə çağırılır. yaxud tibb bacısı şəxsən onları yanına gedir. O qabaqca xəstəliyin tarixi ilə, xəstənin ailə və məişət vəziyyəti ilə ətraflı surətdə tanış olur. Bundan sonra qapalı çağırış məktubu tərtib edilir və bu məktubda nəzakətlə xəstənin müalicəedici həkimin yanına (müayinəyə) gəlməsi təklif edilir (burada həkimin qəbul günləri və saatları da göstərilir). Zərfin üstündə məktubun kimin tərəfindən göndərildiyi qeyd edilməməlidir. Əgər məktubla edilən çağırışa baxmayaraq, hər hansı səbəbə görə, xəstə və ya digər şəxs (yoluxma mənbəyi ehtimalı olan, kontakt şəxs) gəlməzsə, onun yanına şəxsən patronaj tibb bacısı gedir. Bu halda həmin tibb bacısı xəstəliyin tarixi ilə, xəstənin həyat şəraiti, onun peşəsi, məişəti, əxlaqı və s. ilə xüsusilə middi tanış olmalıdır.

Xəstənin mənzilinə gəldikdə maksimum nəzakət göstərməli və ehtiyatlı olmalı, xəstənin sirrini açmamalıdır. Xəstələri ətrafında şəxslərin dedi-qodularından mühafizə etmək məqsədilə tibb bacısına icazə verilir ki, xəstəxana tərəfindən göndərildiyini gizlətmək üçün özünü hər hansı başqa bir müəssisənin nümayəndəsi kimi təqdim etsin. Bu, xüsusilə zöhrəvi xəstəlik hallarında "yoluxma mənbəyi" və ya "təmasda" olması güman edilənlərin çağırılması zamanı çox əhəmiyyətli tədbirdir, çünki müayinə edilən şəxslərdə bu xəstəlik həmişə aşkar edilməyə bilər. Milis idarəsi və ya prokurorluq vasitəsilə çağırma üsulundan ancaq (çağırılan adam ətrafdakıların səhhəti üçün ictimai-təhlükəli şəxs hesab edildikdə) son tədbir kimi istifadə edilir. Göbələk xəstəliklərinə tutulmuş xəstələrin "təmasda olan adamı" çağırılan zaman qeyd etdiyimiz ehtiyatlılıq tədbirləri tətbiq edilməyə bilər. Bir sıra hallarda, uşaq müəssisələrində, ümumi yaşayış mənzillərində və yerlərdə göbələk xəstəliklərinə tutulmuş xəstələr olduqda kütləvi profilaktik tibbi müayinələr keçirilməsinin təşkil edilməsinə ictimaiyyət cəlb edilir. Kəskin yoluxucu göbələk və parazit xəstəlikləri olan yerlərdə vaxtlı-vaxtında dezinfeksiya keçirilməsi üçün tibb bacısı sanitar-epidemioloji stansiyası ilə əlaqə saxlayır. Habelə yoluxma mənbəyi heyvanlar (pişik, it, qaramal) olduqda vəziyyətdən baytarlıq nəzarəti orqanlarını xəbərdar edir. Keçirilmiş bütün tədbirlər haqqında xüsusi jurnalda və ya xəstəliyin tarixinə dair mə'lumat vərəqələrində qeydlər edir.

Tibb bacısı *dekretli kontingentin* (bu kontingentin tibbi müayinə üçun olan xüsusi kabinet və ya şö'bələrdə)-ticarət, iaşə, uşaq və kommunal müəssisələri işçilərinin və avtomobil nəqliyyatında işləyən sürücülərin 6ə'zi kontingentlərinin tibbi müayinəsinin keçirilməsinə böyük yardım göstərir. Tibbi müayinədən keçiriləcək kontingent hər il sanitar-epidemioloji stansiya tərəfindən müəyyən edilərək təsdiq olunur.

Tibbi müayinələrdən keçiriləcək işçilərin siyahısı müəssisənin

rəhbəri tərəfindən imzalandıqdan sonra tibbi müayinələr kabinetinə (şö'bəsinə) təqdim edilir.

Bu siyahılarda tibbi müayinədən keçirilməsi məcburi olan şəxsin familiyası, adı və atasının adı, müayinə tarixi (vaxtı), Vasserman reaksiyasına qan götürülməsi tarixi və, qonokokkların analizi üçün yaxma götürülməsi tarixi göstərilir. Tibbi müayinədən keçirilmiş hər bir şəxsin familiyasının qarşısında tibb bacısı (və ya həkimin) imzası olmalıdır.

Tibbi müayinə adətən hər rübdə (kvartalda) bir dəfə keçirilir.

Tibb bacısı müxtəlif müəssisələrdə işləyənlərin müntəzəm surətdə tibbi müayinədən keçməsini müəssisələr tərəfindən təqdim edilmiş siyahılar və həqiqətdə aparılmış tibbi müayinələr üzrə yoxlayaraq, tibbi müayinəyə gəlməmiş şəxsləri seçir. Sonra bu şəxslərin siyahısı kabinet və ya şö'bənin müdiri tərəfindən imzalanaraq bu barədə müvafiq tədbirlər görülməsi üçün tibb bacısı tərəfindən sanitar-epidemioloji stansiyasına təqdim edilir.

XVII FƏSİL
RENTGEN-RADİOLOJİ ŞÖ'BƏ VƏ KABİNETLƏRDƏ TİBB BACILARININ İŞİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

AQAT-bədxassəli (yaman) şişlərin qamma-terapiyasında tətbiq edilən sovet aparatlarının əsas növünün adıdır. Bu aparatların özünəməxsus tipdə quruluşu olan AQAT-S, AQAT-R və AQAT-V adlanan 3 növü vardır. Aparatın qoruyucu uran örtüyündə radioaktiv kobalt-60 mənbəyi yerləşir. Bu mənbə xüsusi idarə pultu vasitəsilə ya xəstənin bədən boşluğuna (AQAT-D) yeridilir, ya da şişləri (məsafədən) şüalandırmaq üçün xəstənin bədənindən 1 m məsafədə (AQAT-S, AQAT-R) qoyulur.

ANGİOQRAFİYA-xəstənin daxili üzvlərinin arteriyaya daxil edilən xüsusi rentgen-kontrast preparatlar vasitəsilə rentgenoloji tədqiqat metodudur. Preparatlar arteriyalar üzrə ehtiyatla tədqiq edilən üzvə çatdırılan xüsusi kateter vasitəsilə daxil edilir. Kateterin tədqiq olunan anatomik sahəyə çatdırıldığı yer elektron-optik çevirici (EOÇ) vasitəsilə yoxlanır. Rentgen-kontrast preparat yeridilən kimi, dərhal arteriyaların (arterial faza) və kapilyarlar şəbəkəsinin (parenximatoz faza) təsvirlərini almaq üçün bir seriya rentgen şəkilləri çəkilir. Daxili üzvlərdə şiş olduğuna şübhə yarandıqda və ya damarların zədələnməsi, xüsusən miokard infarktı angioqrafik tədqiqatın aparılması üçün göstərişdir. Angioqrafiya müasir triyodlu kontrast preparatlardan istifadə edilməklə keçirildikdə, xəstələrdə praktiki olaraq ümumi reaksiya müşahidə edilmir. Buna görə də, onlar tədqiqatdan 3-4 saat sonra (beyin damarlarının tədqiqi müstəsna olmaqla) ümumi rejimə keçə bilərlər. Angioqrafiyanın verdiyi mürəkkəbləşmə-kateter salınan yerdə hematoma əmələ gəlməsindən ibarət ola bilər.

Rentgenoloji və radio izotop tədqiqat aparılan zaman ***pasiyentin (xəstənin) təhlükəsizliyi*** bir sıra tədbirlərin həyata keçirilməsi vasitəsilə tə'min edilir. Həmin tədbirlər kompleksinə bunlar daxildir: tədqiqat aparılması üçün göstərişlərin müəyyən edilməsi, ən səmərəli diaqnoz metodlarının seçilməsi, tədqiqat keçirilməsinin optimal texniki şərtlərinin müəyyən edilməsi və pasiyenti qoruyan vasitələrin tətbiq edilməsi. Sonuncu tədbir rentgen laborantı tərəfindən yerinə yetirilməklə, müayinə edilən şəxsin xüsusi qurğuşunlu rezin döşlüklə qorunmasından, diafraqmanı rentgen şüalarının işlək dəsti sahəsinin tədqiq edilən anatomik sahələrin ölçüsünə uyğun ölçüyə qədər azaltmaqdan və rentgen şüalarının cəmləşdirilməsinin (toplanmasının) fiziki-texniki şərtlərinə ciddi riayət edilməsindən ibarətdir. Radioizotop tədqiqatı keçirilən zaman radiofarmasevtik preparatın (RFP) verilmiş aktivlik kəmiyyətinə riayət edilməli, onun dəri altına yeridilməsinə yol verməməli (RFP-ın demək olar ki, hamısı venaya yeridilir) və RFP

yeridildikdən sonra xəstələr mümgün olduqca təcrid edilməlidir. Rentgenoloji və radioizotop tədqiqat keçirildikdən sonra xəstələrin aldığı şüa yükünün kəmiyyəti mütləq xəstəliyin tarixi vərəqələrində qeyd edilməlidir. Rentgen-radioloji tədqiqatda şüa yükü kəmiyyətinin həddi, xəstəlikdən və tədqiqatın vəzifələrindən asılı olaraq differensiasiya olunmuş (fərqləndirilmiş) surətdə tə'yin edilir.

RENTGEN KABİNETLƏRİNDƏ VƏ RADİOLOJİ ŞÖ'BƏLƏRDƏ İŞ ZAMANI İŞÇİLƏRİN TƏHLÜKƏSİZLİYİ üzrə aşağıdakı tədbirlər görülür: 1) qamma-rentgen şüaları ilə xarici şüalanmadan qorunmaq; 2) bədən səthinin və paltarın radioaktiv maddələrlə çirklənməsinin, habelə radioaktiv hissəciklərin orqanizmə daxil olmasının qarşısının alınması; 3) ionlaşdırılmış havanın iş otaqlarından vaxtında kənar edilməsi. Xarici şüalandırılmadan qorunmaq üçün xüsusi qoruyucu avadanlıqdan istifadə edilir: prosedurlara başlamazdan qabaq xəstələri və ləvazimatı diqqətlə hazırlayır, işin tez və dəqiq yerinə yetirilməsi üçün işçilərin xüsusi praktiki hazırlığını tə'min edirlər. Müasir rentgen-radioloji kabinetlərdə mühafizənin əsas şərti tibb işçiləri üçün aparatı idarəetmə pultu qurulmuş xüsusi otağın ayrılmasıdır. Bundan əlavə, rentgen kabinetlərində mühafizə ləvazimatı və avadanlıqdan-qoruyucu pərdələrdən, əlcəklərdən və qurğuşunlu rezin döşlüklərdən istifadə edilir. Radioloji kabinetlərdə-qoruyucu və radiomanipulyasiya stolundan, seyflərdən, sterilizatorlardan, manipulyasiya pərdələr, indən, çarpayıönü pərdələrdən, xəstələri daşımaq üçün qoruyucu arabacıqlardan, radioaktiv preparatları daşımaq üçün konteynerlərdən, distansion alətlər dəstindən istifadə olunur. Bütün işçilər mühafizə ləvazimatından istifadə etməyi bacarmalıdırlar, çünki ondan istifadə edilmədikdə və ya bacarıqsız istifadə edildikdə radioaktiv dreparatlarla iş aparılması qadağandır. Bədən səthinin və əllərin radioaktiv çirklənməsinə yol verməmək üçün açıq radioaktiv preparatlarla havası çəkib çıxarılan şkaflarda işləmək lazımdır: bu zaman xususi iş paltarından istifadə edilməli və radioaktiv maddə məhlullarının ətrafa sıçradılmasına yol verilməməlidir. Köstərilmiş bütün qaydalara riayət edildiyi halda personalın işi təhlükəsiz hesab oluna bilər. Bütün rentgen-radioloji şö'bələri hökmən təbii ventilyasiya vasitələri (xəfəng, nəfəslik və xüsusi hava təmizləyən ventilyasiya qurğuları) ilə təchiz edilir. Bunlar aparatlar və radioaktiv maddələrin şüalandırması nəticəsində əmələ gələn ionlaşdırılmış havanın kənar edilməsini tə'min edir. Radon laboratoriyalarında və açıq radioaktiv maddələrlə işlədikdə xarici havanın radioaktiv hissəciklərlə çirklənməsinin qarşısını yalmaq məqsədilə ventilyasiya sistemində xüsusi filtrlər quraşdırılır. Bu qurğular işə 15 dəqiqə qalmış qurulur və iş gününün axırında dayandırılır. Ventilyasiya sisteminin sazlığı müntəzəm yoxlanmalıdır.

RENTGEN KABİNETLƏRİ VƏ RADİOLOJİ ŞÖ'BƏLƏRİ İŞÇİLƏRİNİN DİSPANSERİZASİYASI məcburi surətdə keçirilir. Dispanserizasiya qaydasilə aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilməlidir:

1) işə daxil olan şəxslərin tibbi müayinəsn; 2) işçilərin (radioloji şö'bələr üzrə-ildə 2 dəfə, rentgen kabinetləri və radio şö'bələri uzrə-ildə 1 dəfə) dövri tibbi müayinədən keçirilməsi. Müayinəni dispanser həkimi aparır: şö'bələrin əməkçiləri hökmən qan və sidiyin analizlərini təqdim etməlidirlər. Lazım gəldikdə mütəxəssislərlə (dermatoloq, nevropatoloq, ginekoloq və b.) məşvərət keçirilir. Qadınlar, hər ay xüsusi menoqramları doldurmalıdırlar. Dəqiq və müntəzəm keçirilən dispanserizasiya xəstəliyi onun erkən dövründə müəyyən etməyə və sonrakı inkişafının qarşısını almaq üçün tədbirlər görülməsinə imkan verir.

RADON VANNALARI müəyyən konsentrasiyaya qədər radonu suda həll etməklə hazırlanır. Radon radiumun dağılması zamanı əmələ gələn qazdır. Radon ehtiyatı barboter adlanan xüsusi qoruyuçu yeşikdə şüşələrdə saxlanır. Laboratoriyada radiumlu barboteri otağın xarici güncündə havası çəkilən şkafda saxlayırlar. Radiumlu şüşə (böyük butulka) sürtülüb hamarlanmış kranlarla kip bağlanır. Binanın havasını radondan təmizləmək üçün işə başlamazdan (10-15 dəq.) əvvəl ventilyasiyanı işə salırlar. Laboratoriya işçilərinin laboratoriyada olduğu bütün müddət ərzində ventilyasiya işləyir. Xarici şüalanma təhlükəsini azaltmaq üçün, ancaq şüşə butulkadan radon çəkilməsi və (qatı) konsentrasiyalı radon məhlulu olan butulkanın xüsusi aparatda çalxalanması bilavasitə laboratoriyada aparılır. İş prosedurunun qalan mərhələləri (şüşələrə su doldurulması, qab-qacağın yuyulması, radon məhlulunun tökülməsi) yanaşı otaqda keçirilməlidir. Radon laboratoriyasında işləyənlər xüsusi xalat və cərrah əlcəklərindən istifadə etməlidirlər. Barboter sındıqda əmələ gələn deşik möhkəm bağlanmalıdır ki, radon çıxıb laboratoriyanın havasına qarışmasın, sonra tibb bacısı ventilyasiyanı dayandırmalı və laboratoriya rəhbərinə xəbər verməlidir. Radium məhlulunu yeni barboterə sanitar-epidemioloji stansiyasının radio kimyaçısı tökür. Radon laboratoriyalarında kənar şəxslərin olması, ərzaq, papiros, paltar və başqa məişət əşyası saxlanması qadağandır.

Laboratoriyanın işinə uzun müddət fasilə verildiyi hallarda 2-3 ayda bir dəfə barboterin böyür kranını bir neçə saniyəliyə azca açaraq, barboterdə toplanan guruldayıcı qazı kənar edirlər. Bu qaz havası çəkilib çıxarılan şkafda və ventilyasiya cihazı işlədilən zaman buraxılmalıdır.

Radon vannaları keçirilən prosedur otağında da ventilyasiya qurulur və işə başlanmasına 10-15 dəqiqə qalmış işə salınaraq bütün günü işlədilir. Radon vannaları hazırlanan və keçirilən zaman radon məhlulunun ehtiyatla tökülməsinə fikir verilməlidir. Məhlulun kənara

tökülüb dağılması binanın çirklənməsinə səbəb olmaqla bərabər, müalicənin effektivliyini də azaldır. Radon vannasının suyunu aramla, tələsmədən qarışdırmaq lazımdır ki, su çalxalanmasın. Vannanın suyunda əllərin isladılmasına icazə verilmir.

DEZAKTİVASİYA-*müxtəlif cisimlərin, avadanlığın səthindən və binadan radioaktiv hissəciklərin kənar edilməsi, yə'ni radioaktiv çirklənmənin ləğv edilməsi.* Dezaktivasiya radioaktiv çirklənmənin beta-qamma radiometrlərlə tə'yin-edilməsi nəticəsində keçirilir və çirklənmə yol verilə bilən son həddən aşağı olduğu zaman dezaktivasiya başa çatdırılmış hesab edilir. Dezaktivasiya ən çox qab-qacaq, alətlər, şprislər, çirklənmiş tibbi avadanlıq üzərində aparılır. Bunları xüsusi emal (minalı) vannacıqlarda bir neçə saat axar su altında yuyub təmizləyirlər. Radioaktiv məhlul kənara axıbsa bu haqda şö'bənin rəhbərini xəbərdar etmək, yayılmış məhlulu filtr kağızı ilə götürmək və sonra həmin yeri su şırnağı ilə yumaq və bu zaman əsgilər, şotka və tamponlarla, habelə isladılmış yuyucu vasitələrlə dəfələrlə silib təmizləmək lazımdır. Dezaktivasiya üçün tövsiyə edilən adi yuyucu vasitələr bunlardır: 300 ml Petrov kontaktı +700 ml su; 300 ml Petrov kontaktı+10 q oksalat turşusu+50 q xörək duzu+700 ml su; "Novost" poroşoku (10 q)+40 q hidrogen-xlorid turşusu (100%)+4 q natrium heksametafosfat+1000 ml. su.

Qiymətli avadanlığı limon və ya oksalat turşularının 1-2%-li su məhlulları ilə dezaktivasiya edirlər. Dezaktivasiyadan sonra işlədilmiş bütün əsgi və şotkaları yığıb, bərk radioaktiv qalıqlar kimi məhv edirlər. Əlləri axar su və tərkibində trilon B və ya heksametafosfat olan sabunla dəfələrlə yumaqla dezaktivasiya edirlər. Əgər nəzarət radiometrin göstəriciləri fondan artıq deyilsə, əllərin dezaktivasiyası başa çatdırılmış hesab edilir. Çirklənmiş xalatları və şəxsi paltarı xüsusi camaşırxanaya göndərirlər. Burada onlar mexaniki üsulla yuyulur.

Müalicə proseduraları prosesində xəstələrin şüalandırılmasının *dozalandırılması* çox vaxt şüalandırma vaxtına görə dolayı keçirilir. Məsafəli şüalandırma terapiyası metodlarında şüalandırma bir neçə dəqiqədən bir saata qədər, müalicənin kontakt metodlarında isə bir neçə saat, hətta sutka davam edir. Şüalandırmanın vaxtını bilavasitə tibb bacısı həkimin tə'yin etdiyi dozada radalar üzrə tə'yin edir. Şüalandırma vaxtının yenidən hesablanması üçün aparat pultunun stolu üzərində müxtəlif şüalandırma şəraiti üçün müəyyən edilmiş güc dozaları göstərilən cədvəl olmalıdır. Şüalandırma vaxtı tə'yinat vərəqəsində qeyd edilməli və vərəqə imzalanmalıdır. Dozadan artıq şüalandırmamaq üçün müasir aparatlar xüsusi qurğu ilə təchiz edilmişdir, bunlar aparatı tə'yin edilmiş vaxtdan keçdikdə avtomatik saxlayır. Avtomatik söndürmə qurğusunun sazlığını diqqətlə yoxlamaq, bu qurğunu su ilə islanmaqdan və mexaniki zədələnmələrdən qorumaq lazımdır. Şüalandırmanın müalicəvi

dozimetriyası və ya şüalandırma dozasının gücü müntəzəm olaraq bilavasitə bütün rentgen-terapiya kabinetlərində ayda bir dəfə və teleqamma-terapiya şö'bələrində ildə 2 dəfə keçirilir. Aparılan ölçü haqqında mə'lumat protokol şəklində rəsmiləşdirilərək şö'bə və ya kabinetdə saxlanır. Ölçü haqqında mə'lumatın olmaması xəstələrin şüalandırılmasının qeyri-düzgün dozalanmasına və buna görə onlarda ağır şüa zədələnmələrinin inkişaf etməsinə səbəb ola bilər. Dozimetrləri xüsusi yeşiklərdə saxlayırlar. Cihaza rütubət düşməsinə və ya onun mexaniki zədələnmələrinə yol vermək olmaz. Xüsusi müəssisələrdə cihazların dövri olaraq dərəcələnməsi keçirilir.

Xüsusi cihazlar vasitəsilə aparılan dozimetriyadan əlavə, dozaın kəmiyyəti "radioaktiv maddələrlə diaqnostika məqsədilə istifadə edilən zaman xəstələr üçün radiasiya təhlükəsizliyi normalarına (M. 1974) uyğun xüsusi cədvəl və hesablamalar üzrə tə'yin edilir. Şüalandırma dozasının kəmiyyəti haqqında mə'lumat xəstənin xəstəlik tarixi vərəqəsinə yazılır.

Müayinə edilənlərin bütün kateqoriyaları 3 qrupa bölünür. AD-şişin diaqnozu məqsədilə tədqiq edilən pasiyentlər; BD-diaqnozu dəqiqləşdirmək və ya müalicə taktikasını seçmək üçün tədqiq edilənlər və VD-müayinə üçün tədqiq edilənlər.

Kateqoriyadan asılı olaraq yol verilə bilən müxtəlif doza hədləri (YDH) tə'yin edilir: AD kateqoriyası üçün-maksimal doza, BD üçün-5 dəfə əskik, VD üçün-25 dəfə əskik.

RADİOAKTİV KOBALT İYNƏLƏRİ şişin tamamilə dağıdılması məqsədilə onun toxumalarına daxil edilmək üçün tətbiq edilir. İynələr müxtəlif ölçü və aktivlikdə olur və hər xəstə üçün fərdi olaraq seçilir. Hər iynə növü mə'mulatın tipi göstərilən etiketi olan ayrıca bölmədə saxlanır. İynələrin yeridilməsindən 2-3 saat əvvəl müvafiq iynə komplekti saxlandığı yerdən götürülərək mühafizə konteynerinə qoyulur və radiomanipulyasiya otağına göndərilir. Konteyneri radiomanipulyasiya stolu üzərində açır, iynələri məsafəli pinset vasitəsilə bir-bir çıxarırlar. Hər iynənin deşiyinə birkalı ipək sap keçirdikdən sonra mühafizə sterilizatoruna qoyur və 20 dəqiqə qaynadırlar. Sterilizasiyadan sonra iynələri steril tənzif salfetə büküb qoruyucu iş konteynerinə qoyur və radio əməliyyatı otağına aparırlar. Həkim tələb etdikdə tibb bacısı hər iynəni kornsanqla götürüb ona verir. İynələri şişə batırdıqdan sonra birkanın ipək saplarını xəstənin dərisinə leykoplastır ilə yapışdırır və xəstəni diyircəkli arabada izolə edilmiş palataya aparırlar. Xəstənin dəri toxumasına batırılmış iynələr bir neçə gün burada saxlanır. İynənin ətrafındakı toxuma tədricən əridiyinə görə iyna asanlırla ayrılıb düşür və ipək saplı birka yaxşı yapışdırılmamışsa itə bilər. İynələrin düşüb itə biləcəyini xəstəyə qabaqcadan demək lazımdır ki, o bunu gördükdə dərhal növbətçi tibb bacısına xəbər versin. Düşmüş iynəni götürüb saxlanılmaq üçün iş

seyfinə qoyur, radium tətbiqinin hərəkət jurnalında isə iynənin düşmə vaxtını qeyd edirlər. Radioaktiv iynələri ən çox dodağın, dilin xərçənki hallarında ağız boşluğu toxumalarına yeridirlər. Bu cür xəstələrin yeməyi çeynəməsinə icazə verilmir. Onlar ancaq duru yeməklərdən istifadə edirlər. Çeynəmə hərəkətlərində və ya danışanda iynələr toxumadan düşür və yaxşı təsbit olunmadığı halda yeməklə birlikdə udula bilər. Belə xəstələrin dişlərini təmizləmələrinə icazə verilmir. Qida qalıqlarının çürüməsinə və şüalanma nəticəsində şiş sahələrinin dağılmasına görə onların ağız boşluğunda xoşa gəlməyən kəskin çürümə iyi gəlir. Bu pis iyi kənar etmək üçün gündə 2 dəfə xəstənin ağız boşluğunda sanasiya keçirilməsi məsləhət görülür. Bundan ötrü xəstənin yatağı yanındakı ştativdə ya—1,5 l zəif rivanol və ya kalium-permanqanat məhlulu ilə doldurulan şüşə qab bərkidilir. Bu qabın dib hissəsindəki deşiyə ucluğu olan rezin şlanq keçirilir. Xəstə yatağında oturaraq ləyəni dizləri üstünə qoyur, sonra başını əyərək şlanqın ucluğunu ağzına salır, tibb bacısı isə şlanqın kranını açaraq məhlulu buraxır. Məhlul ağız boşluğuna zəif axınla gəlir və beləliklə, ağız boşluğunun ehmalla yuyulması tə'min edilir. Bu zaman xəstə ağzını yummamalı və dilini tərpətməməlidir.

RADİOAKTİV YOD rəngsiz və qoxusuz məhlul şəklində şüşə flakonlarda buraxılır. O, ancaq qalxanvarı vəzinin tireotoksikozları və xərçəngi hallarında daxilə qəbul edilmək üçün işlədilir. Bu preparat beta və qamma şüalar mənbəyidir. O, qurğuşun konteynerlərdə saxlanır və bu halda daşınır. Radioaktiv yolla işləməyə başlayan zaman ventilyasiyanı işə salmaq, xüsusi xalat, papaq geymək, eynək, tənzif respirator, cərrah əlcəkləri və plastikat qolçaqlar taxmaq lazımdır. Ampulları havası çəkilib kənar edilən şkafda, közərdilmiş ilgək vasitəsilə açırlar. Flakonu konteynerlərdən xüsusi distansion maşa vasitəsilə götürüb çıxardırlar. Ampulların sıxılıb zədələnməməsi üçün maşının ucluqları yumşaq rezinlə örtülmüşdür. Açılan ampulu işlək qurğuşun konteynerlərə qoyur və ancaq bundan sonra məhlulun xüsusi distansion qurğu vasitəsilə avtomatik olaraq iş stəkancıqlarına tökməyə başlayırlar.

Müalicə məhlulu hazırlandıqdan sonra stəkancıq yumşaq rezin örtüklü distansion maşa ilə xəstanin əlinə verilir. Xəstə tamamilə sabit vəziyyətdə oturduğu yerdə məhlulu içir. Sonra stəkancıq təmiz su ilə doldurulur və xəstə bununla ağzını yaxalayır və bu suyu da içir. Xəstəyə qabaqcadan bildirilir ki, məhlulu çalxalamadan və ətrafa səpələmədən, ehtiyatla içmək lazımdır. Bu məhlulu içdikdən bir neçə saat sonra ümumi zəiflik, başgicəllənməsi, ürəkbulanması, hətta bir dəfə qusmaq kimi reaksiya inkişaf edə bilər. Buna görə də bu xəstələr üçün yataq rejimi tə'yin edilir. Belə xəstələrin sidiyi xüsusi qablara yığılır və qalxanabənzər vəzinin şüalanma dozasının müəyyən edilməsi üçün toplanmış sidiyin miqdarı ölçülür.

Flakondan yod məhlulunu götürəndən sonra qapaqla örtür və qorunmuş konteynerdə saxlayırlar. Binada TİSS cihazı ilə dozimetrik kontrol aparılır və radioaktiv çirklənmə aşkar olunduqda dezaktivasiya keçirilir.

DOZİMETRİK NƏZARƏT rentgenoloji şö'bə personalının şüalandırılma dozası kəmiyyətini hesaba almaq məqsədilə aparılır. Nəzarət müntəzəm olaraq, günbəgün aparılır, əldə edilən mə'lumat xüsusi jurnalda qeyd edilir. Dozimetriya nəzarəti üçün rentgen plyonkası olan xüsusi dozimetrlərdən istifadə edirlər. İşə başlamazdan əvvəl işçilərə fərdi dozimetrlər verilir. Bu dozimetrlər işçilərin xalatının döş cibində təsbit edilmiş halda saxlanır. İş gününün sonunda həmin dozimetrlər, şüalanma dozasının hesablanması üçün təhvil verilir. Fərdi dozimetrlər zərbələrdən, yerə düşüb zədələnməkdən qorunmalıdır. Çünki belə hallarda çihazın göstərişləri düzgün olmaya bilər. İşçinin iş günü ərzində şüalandırılma dozası yol verilə bilən həddən (həftə ərzində 0,1R)[1] artıq olursa, işçi gələn həftə şüalanma ilə əlaqədar olan işdən müvəqqəti azad edilə bilər.

İşçilərin şüalandırılma dozasının müntəzəm surətdə fərdi yoxlanması ilə yanaşı (ildə 1-2 dəfə, həmçinin aparatların və ya təchizatın tə'miri və ya dəyişilməsindən sonra) mühafizə qurğularının səmərəliliyi də yoxlanılır. Cihazların müstəqil tə'mir olunması qəti qadağandır. Cihazlar quru otaqlarda xüsusi yeşiklərdə saxlanır.

RADİOMETRİK YOXLAMA duru radioaktiv maddələrdən istifadə edilən müəssisələrdə radioaktiv çirklənməni aşkar etmək, habelə dezaktivasiyanın tamlığını tə'min etmək məqsədilə keçirilir. Radioaktiv çirklənməni yoxlamaq üçün beta-qamma radiometrdən istifadə edilir. Radiometrik kontrol hər gün iş qurtardıqdan sonra keçirilir. Bu zaman binanın, iş yerlərinin, personalın iş paltarının, bədən və əllərinin çirklənmə dərəcəsi tə'yin edilir. Kontrol ölçməsini tibb bacısı keçirir və alınan nəticələri xüsusi jurnalda qeyd edir. Radiometrlər ayrıca binada rütubətdən və mexaniki sarsıntıdan qorunan yeşiklərdə saxlanılır. Ölçməyə başlamazdan əvvəl kontrol preparatlar vasitəsilə cihazların sazlığını yoxlamaq lazımdır. Duru radioaktiv maddələr qəbul etmiş xəstələri də radiometrik nəzarətdən keçirirlər.

ŞÜA ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ. Dəridə. Şüalandırılmanın tə'siri ilə dəridə eritema (qızartı) və onun nəticəsində piqmentasiya şəklində reaksiya inkişaf edir. Dərinin şüalandırılma reaksiyasını azaltmaq üçün xəstələrə məsləhət görülür ki, müalicəyə qədər bu dəri sahələrini zədələrdən qorusunlar. Bu yerləri sabunla yumasınlar, lif və ya şotka ilə sürtməsinlər, günəşdən qorusunlar və hər gün bu yerlərə yağ və ya aloye emulsiyası kimi xüsusi preparat sürtsünlər.

Şüalandırılan sahələrə isitqac qoyulması və ya bu yerlərdə

1 R (rentgen) beynəlxalq vahidlər sistemn üzrə-2,58.10-⁴ kl/kq.

işıqlandırma-isitmə proseduraları keçirilməsi qəti qadağandır. Şüalandırma reaksiyasının dərəcəsi şüalandırma dozasından və şüalandırma sahəsinin yerindən asılıdır. Qoltuq çalası, qasıq, döş və boyun dərisi nahiyələri ən ağır reaksiyalar verən yerlərdir. Eritema inkişaf edirsə, sonrakı şüalandırmalar olduqca ehtiyatlı keçirilməlidir. Əks halda yaş epidermit kimi daha ağır şüa zədələnməsi baş verə bilər. Bu epidermit dəridə göynəmə, geyişmə, tez açılan xırda qovuqcuqların və eroziyalı sahənin əmələ gəlməsi ilə fərqlənir. Yaş epidermitə tutulmuş sahə 2 həftə ərzində sağalır. lakin bu yer çapıq səthi olur. Bir neçə ay və ya ilə keçdikdən sonra isə burada damarların genəlməsi-teleangiektaziya qeyd edilir. Bu yerlərin dərisi ömür boyu zədələnmiş qaldığından, xəstə hər gün dəriyə diqqətlə qulluq etməyə məcbur olur. Bu sahələrin günəşlə şüalandırılması, onlara yod və başqa kimyəvi maddələr sürtülməsi qadağandır. Belə yerləri lif və şotka ilə sürtmədən ehtiyatla yumaq lazımdır. Bu sahələrin dərisinə qulluq edilmədikdə uzun müddət sağalmayan ağır şüa yaraları əmələ gələ bilər.

Şüa terapiyası zamanı xəstələrin şüalandırılmaya reaksiyası onlarda iştahanın itirilməsi, ümumi zəiflik, başgicəllənməsi, ürək bulanması, bədən temperaturunun yüksəlməsi, qan dövranı proseslərinin pozulması, periferik qanın tərkibində leykositlərin, limfositlərin və eritrositlərin miqdarının azalması kimi klinik hallarla təzahür edir. Şüalandırma reaksiyası orqanizmin müqavimət qabiliyyətini zəiflətdiyinə görə, xəstələr yoluxucu xəstəliklərə tez tutulurlar. Ağır şüalandırma reaksiyası şüalandırma terapiyasının davam etdirilməsi üçün əks göstərişdir. Buna görə də şüalandırma terapiyasında xəstənin bədəninin bütünlüklə şüalandırılması minimal dərəcədə tətbiq edilməlidir.

Şüalandırma terapiyası prosesində xəstələrdə ağır ***şüalandırma reaksiyalarının*** inkişafının qarşısını almaq üçün, birinci növbədə, sağlam toxumaları mümgün olduqca az şüalandırmaq və ya şüalandırma sahələrinin ən əlverişli miqdar və ölçülərini qənaətlə seçməklə xəstənin bədənində ümumi şüalandırılma dozasını azaltmaq, habelə şüalandırılmanın mərkəzi nöqtələrini dəqiq tə'yin etmək lazımdır. Xəstələrin rejimə riayət etməsi, tez-tez havada olması, müntəzəm qidalanması, papiros çəkməməsi, alkoqol işlətməməsi də çox əhəmiyyətlidir. Qida asanlıqla həzm olunmalı və kalorili (yumurta, kəsmik, süd və meyvələrdən ibarət) və vitaminlərlə zəngin olmalıdır.

ŞÜALANDIRMA TERAPİYASI-rentgen və ya nüvə şüaları ilə şüalandırma şişlərin müalicəsinin ən çox yayılmış metodlarından biridir.

Xərçəng və sarkom tipində şişlər şüa enerjisinin 6000-8000 R dozasının tə'siri nəticəsində dağılır. Şiş toxumalarının bilavasitə şüalandırılması üçün işlədilən şüa dozası şiş ocağının şüalandırılma dozası adlanır. Şişlərin müxtəlif yerləşmə sahələri üçün ən effektli

terapiya metodikası, məsələn, rentgenoterapiya, distansion qamma-terapiya və daxili boşluqların qamma-terapiyası işlənib hazırlanmışdır. Çox vaxt bir şişin müalicəsi üçün təkcə bir metodikadan deyil, tədricən və ya eyni zamanda 2 və ya 3 metodikadan istifadə edilir (birləşdirilib uyğunlaşdırılmış şüalandırma terapiyası).

Daxili boşluqların şüalandırılma terapiyası boşluqlu üzvlərin (uşaqlıq, uşaqlıq yolu, qida borusu, burun-qırtlaq, düzbağırsaq və sidik kisəsi) ən səmərəli və yayılmış müalicə metodlarından biridir. Bu metodun mahiyyəti bilavasitə bədən boşluğuna müxtəlifşəkilli radioaktiv kobalt mə'mulatının daxil edilməsi və onların burada bir neçə saat (bir sutkayadək) saxlanmasından ibarətdir. Daxili boşluqların şüalandırılması metodunun üstünlüyü bilavasitə şişin özünün şüalandırılmasına imkan verməsidir. Müxtəlif üzvlərdəki şişlərin müalicəsi üçün daxili boşluqların şüalandırılma terapiyasının xüsusi texnikası işlənib hazırlanmışdır.

Uşaqlıq boynu və uşaqlıq cisminin şişlərində xətti və diskli xətti preparatlardan, kolpostatlardan və s.-dən istifadə edilir. Bunları bilavasitə uşaqlıq boynuna daxil edirlər və ya uşaqlığın boynuna çatdıraraq kip tamponla təsbit edirlər. Manipulyasiya üçün lazım olan preparatları distansion pinset vasitəsilə seyfdən götürərək sterilizə edir və qoruyucu konteynerdə ginekoloji kreslonun yanına gətirirlər. Preparatları həkim salır. Onlar salınandan sonra xəstələri xususi təcrid edilmiş palatalara aparır və çarpayılara uzandırırlar.

Radioaktiv preparatlar üzərində əllə manipulyasiyalar aparılmasının tibb işçiləri üçün təhlükəli olduğunu nəzərə alaraq, preparatların salınmasında xüsusi yarımavtomat qurğulardan və AQAT-V vasitəsilə tam avtomatlaşdırılmış qurğudan istifadə edirlər.

Daxili boşluqların şüalandırılma terapiyası zamanı palatalarda xəstələrə qulluq, birinci növbədə, ehtimal olan qanaxmalar və radioaktiv preparatların yerini dəyişməsi üzərində müşahidə və nəzarət aparılmasından ibarətdir. Qanaxma çox vaxt preparat və mə'mulatın qismən dağılmaqda olan şişlərə bilavasitə çatdırılması nəticəsində baş verir. Bu halda şiş zədələnir, şüanın təmas və tə'siri isə onun dağılmasını artırır. Qanaxmanın qarşısını almaq məqsədilz xəstələrə tam istirahət və qan damarları divarının nüfuz (keçirmə) qabiliyyətini azaldıcı dərmanlar tə'yin edilir. Sidik kisəsi, uşaqlıq və düzbağırsaq şişlərinin daxili boşluq terapiyası keçirilərkən müalicəyə başlanmazdan əvvəl xəstələrin bağırsaqlarını təmizləməklə, bağırsaqlarda peristaltikanı və qaz əmələ gəlməsini azaldırlar. Qanaxma inkişaf etdiyi hallarda radioaktiv preparatları çıxararaq şiş sahəsinin dərisinə buz qoyur və daxilə kalsium-xlorid, məhlulu, əzələyə isə jelatin yeridirlər. Mümkün olduqda boşluğa tampon qoyurlar. Orqanizmə daxil edilmiş radioaktiv preparatların yerdəyişməsi xəstələrin naqolay hərəkətləri, öskürmə və asqırması, siyimə və defekasiya gücənmələri nəticəsində baş

verir. Bə'zi hallarda orqanizmə yeridilmiş preparatların xaricə atılması, məsələn asqırma zamanı burun boşluğundan kənara çıxılması qeyd edilə bilər. Radioaktiv preparatların yerdəyişməsi halları baş verdikdə bu hadisənin vaxtı dəqiq qeyd olunmalıdır ki, preparatın dozasını dəqiq hesablamaq və mənbəyin vəziyyətini düzgün bərpa etmək mümkün olsun.

METROSALPİNOQRAFİYA - uşaqlıq boşluğunun və uşaqlıq borularının keçirmə qabiliyyətinin kontrast rentgenoloji tədqiqi. Bu tədqiq aseptika qaydalarına ciddi riayət edilməklə rentgen kabinetində keçirilir. Ginekoloq həkim 5-6 ml miqdarında kontrast maddəni (yodolipolu) xüsusi şpris vasitəsilə uşaqlıq boşluğuna daxil edir. Bu prosedur prosesində rentgen laborantı qoruyucu pərdənin arxasında olur.

Xəstə qadın arxası üstə uzanaraq qıçlarını dizdən qatlayır və ayaqlarını stola söykəyir. Bu əməliyyatda 24X30 sm ölçüsündə plyonkadan istifadə edilir. Mərkəzi şüa qasıq oynağından 4 barmaq enində yuxarıdan kassetə perpendikulyar yönəldilir. Şüalandırma şərtləri: gərginlik-85 kV, cərəyanın gücü-20 mA, vaxtı-5 saniyə.

RENTGEN PLYONKALARI- fotolaboratoriyada e'mal olunur. Rentgen diaqnostik kabineti yanında mütləq belə laboratoriya olmalıdır. Rentgen şəkilləri çəkildikdən sonra plyonkaları xüsusi aşkarlayıcı məhlullara batıraraq aşkarlandırırlar. Ən çox yayılmış aşkarlayıcının resepti: mentol-2 q, hidroxinon-8 q, natrium-sulfat (sulfit)-180 q, natrium-karbonat (soda)-118 q, kalium-bromid-5 q, su-1 l-ə qədər.

Aşkarlayıcının temperaturu 18-20°S olmalıdır. Plyonkaların burulmasına yol verməmək üçün onları xüsusi metal çərçivələrdə bərkidilmiş halda aşkarlayıcıya batırırlar. Məhlula batırılmış plyonkalar bir-birindən azı 1 sm aralı olmalıdır. Aşkarlayıcı məhluldan çıxarılan plyonkaları axar suda diqqətlə yuduqdan sonra fiksasiyaedici məhlula salır və burada 30 dəqiqə saxlayırlar. Fiksasiyanı sür'ətləndirmək üçün aşağıdakı tərkibdə sür'ətləndirici turş fiksaj (BKF-2) tövsiyə edilir: hiposulfat-260 q, ammonium-xlorid-50 q, natrium-tetabi-sulfat-16 q, su-1 l-ə qədər. Plyonkanı fiksasiyadan sonra yenidən axar suda 30 dəqiqə yuyaraq quruducu şkafda 18-20°S temperaturda qurudurlar. Qurutmadan qabaq yaş plyonkalara kağız etiketlər yapışdırırlar. Yaş şəkillərə (plyonkalara) etiketlər xüsusi yapışqan işlədilmədən plyonkanın öz kimyəvi örtüyü hesabına yapışır. Plyonkalar üzərində cərrah əlcəkləri taxaraq işləyirlər, çünki kimyəvi reaktivlər əlləri zədələyə bilər. Plyonkaları temperaturu 14-22°S, nisbi rütubəti isə 50-70% olan, yaxşı ventilyasiya olunan xüsusi quru otaqlarda saxlayırlar. İstifadə olunmamış plyonkalar saxlanılacaq binalarda radioaktiv maddələrin olmamasını və ya buraya həmin maddələrin şüalarının qonşu binalardan daxil olub-olmamasını

dozimetr vasitəsilə yoxlamaq lazımdır. Hətta cüzi intensivlikdə şüalandırma belə, plyonkalara işıq keçməsinə səbəb ola bilər. Plyonkalar tez alışır. Onların saxlanmasında yanğın təhlükəsizliyi qaydalarına ciddi riayət edilməlidir. Plyonka saxlanılan şkaf və stellajlar peçlərdən və başqa qızdırıcı cihazlandak 1 m aralı olmalıdır.

ŞÜALANMA SAHƏLƏRİ-şüalandırma terapiyasının distansion metodlarında üzərinə tubus qoyulan dəri sahələri. Şüalanma sahələri aşağıdakı prinsiplərə əsasən seçilir: 1) sağlam toxumanın mümgün olduqca az şüalandırılması üçün şüalanan sahə şişə ən yaxın məsafədə olmalı: 2) şüalanan sahə həyati əhəmiyyətli, şüalandırılmaya həssas üzvlərdən (qaraciyər, dalaq, ürək və böyrəklərdən) uzaqda olmalıdır. Şüalandırılan sahələrin sayı şişlərin yerləşməsindən və ölçüsündən asılıdır. Şüalanma sahəsi şişin konturundan bir qədər böyük olmalıdır ki, şiş ocağı üçün muəyyən edilmiş şüalandırma dozası şiş toxumaları həcmini bütunlüklə qavrayıb bu sahədə bir bərabərdə paylaşdırılsın və 2 sm sağlam toxumaları da əhatə etsin.

Düzbucaqlı və ya kvadrat formalı şüalanma sahələrinin ölçüləri uzunluğunu en ölçüsünə vurmaqla (3-5 sm, 6-8 sm və i. a.) ifadə olunur. Xəstənin bədənində sahələri boyaqla (fuksin və ya brilyant abısı ilə) qeyd edirlər. Sahənin mərkəzində nömrəsi qeyd olunur. Şüalanma sahələrinin sərhədləri toxunmamalıdır, çünki bu sahələrin toxunduğu nöqtələrdə hər iki qonşu sahənin şüalandırılma dozaları cəmləşər və onların güclü tə'siri nəticəsində ağır şüa zədələnmələri baş verə bilər. Şüalandırma terapiyası kursunun keçirilməsinə başlanan kimi xəstələr şüalandırılan sahələrin dərisini yumamalı, sürtməməli, bu yerlərə isitqac qoymamalı və günəş şüalarının dəyməməsi üçün onları açıq saxlamamalıdırlar.

RADİOAKTİV TULLANTILAR-tibb müəssisələrin radioaktiv maddələrlə çirklənmiş adi tullantılarıdır. Radioaktiv tullantılar bərk (pambıq, tənzif, bint, radioaktiv maddələrin ampulları şəklində) və duru (radioaktiv çirklənmiş qab-qacağın, alətlərin yuyulmasında işlədilmiş su, xəstələrin sidiyi, bəlğəmi və s.) olur. Bərk radioaktiv tullantıları xüsusi qablara yığıb, sonra xüsusi zibilliyə-tullantılar basdırılan yerə tökürlər. Həmin tullantıların yığıldığı qablar qapağı bağlanıb qıfıllanan metal yeşiklərdən ibarətdir. Bu yeşiklər xüsusi binada yerləşdirilir. Radioaktiv tullantıların təsadüfi olaraq ümumi zibillə qarışdırılıb atılmasının qarşısını almaq üzün, zibilin hamısı qabaqca yoxlanmalıdır. Duru radioaktiv tullantıların qabaqca radiometrik yoxlanmamış ümumi kanalizasiyaya tökülməsi qadağan edilir. Radioloji xəstəxanaların ümumi kalizasiya sistemi xüsusi durulducularla təchiz edilir. Bu durulducular xəstəxananın yaxınlığında olan yeraltı hovuzlardan (çalalardan) ibarətdir. Buraya tökülmüş radioaktiv maddələr çürüyüb dağıldıqdan sonra bu durulducular ümumi kanalizasiya sisteminə boşaldılır. Bütün çirklənmiş avadanlıq isə dezaktivasiya olunur.

"İN VİTRO" RADİOİMMUNOLOJİ TƏDQİQAT- müxtəlif hormonların və bə'zi başqa həyati əhəmiyyətli bioloji maddələrin insanın qanında toplanmasının tə'yin edilməsi metodlarıdır. "İn vitro" reaksiyası tərkibində radioaktiv yod-125 ilə nişanlanmış hormonlar olan xüsusi kimyəvi reagentlər yığımı vasitəsilə keçirilir. Laborant, müəyyən tə'limat üzrə qan serumu və seçilmiş reagentlər üzərində bir sıra manipulyasiyalar (silkələmə, burma, sentrifuqlama, çöküntü ayırma) aparır. Sonra əmələ gəlmiş çöküntü (və ya, əksinə çöküntüsüz maye) radiometriyaya mə'ruz qalır. Xəstənin qan serumunun tədqiqi nəticələri reagentlər yığımının tərkibinə daxil olan standart serumun ölçülməsində əldə edilmiş göstəricilərlə müqayisə edilir. Hormonların konsentrasiyalarının "ölçü nəticələri mikroqramlarla (10^{-6}), nanoqramlarla (10^{-9}), pikoqramlarla (10^{-12}) ifadə edilir. Tiroksin, triyodtironin, tireotrolin hormonlarını və hipofizin tireotrop hormonunu tə'yinetmə yolu ilə qalxanlı vəzi xəstəliklərinin insulin, qlükoqon və S-peptid hormonlarının tə'yini yolu ilə mə'dəaltı vəzinin: cift laktogeni hormonlarını və hipofizin lütein əmələ gətirən follikul stimulə edən hormonlarını və bə'zi başqa hormonların tə'yini yolu ilə hamiləliyin cərəyanını yoxlamanın "İn vitro" tədqiqatı üçün aparılan radio-immunoloji tədqiqat metodikası klinik praktikada ən çox yayılmışdır.

"İn vitro" radioimmunoloji tədqiqatın yerinə yetirilmə texnikasının başlıca şərtləri bunlardır: reagentlər yığımını hökmən soyuducuda və serum nümunələrini buzluqda saxlamaq, ancaq radioaktiv nuklid qalıqları olmayan təmiz sınaq şüşələrindən istifadə etmək lazımdır. Xəstələrdən qanı ancaq acqarına bilavasitə sınaq şüşələrinə alırlar və serumu ayırmaq üçün bunları dərhal sentrifuqa qoyurlar. Serumlar uzun müddət buzluqda saxlanıla bilər.

Aktivlik dərəcəsi xususi avtomatik radiometr-sayğaclar vasitəsilə ölçülür. Hər gün işə başlamazdan əvvəl sayğacın radioaktiv fonunu diqqətlə ölçmək lazımdır. Fon yüksəlmiş olduqda cihazın dezaktivasiyası keçirilir və təbii fon göstəricisindən 2 dəfədən artıq olmayan səviyyəyə çatdırılır. Radioimmunoloji tədqiqata əks göstərişlər yoxdur.

RADİOFARMASEVTİK PREPARATLAR (RPF) -tərkibində radioaktiv nuklidlər olan və buna görə orqanizmdə onların davranışlarına nəzarət yetirmək imkanı yaradan xüsusi farmasevtik maddələrdir.

Radioaktiv nişan kimi nüfuzedici qamma-şüalanma mənbəyi olan müxtəlif nuklidlər tətbiq edilir.

Son illərdə, bilavasitə radioizotop diaqnostika laboratoriyalarında radioaktiv texnesium-99 t və indium-113 t alınması üçün xüsusi generatorlardan geniş istifadə edilir. Generator-içərisində əsas radioaktiv nuklid olan şüşə tuncuqdan (kolonkadan) ibarətdir. Bu

nuklid qızdırıcı 3 texnesium və ya indium radioaktiv nuklidlərindən ibarət bala nuklidlərini əmələ gətirir. Şüşə sütuncuqlar hər gün natrium-xloridin steril izotonik məhlulu ilə yuyulur, buna görə də qabaq əmələ gəlmiş texnesium və ya indium natrim-xlorid izotonik məhluluna keçir. Sonra xüsusi kimyəvi preparatla vasitəsilə müxtəlif RFP hazırlayırlar. RFP-in, demək olar ki, hamısı venaya yeridilir.

RFP dozaları xüsusi radioaktivlik vahidləri-bekkerellər (küri, milliküri, mikroküri) ilə ifadə edilir.

Radioaktiv texnesium və ya indium nisbətən qısa (müvafiq olaraq 6 saata və 10 dəq. qədər) yarıdağılma dövrlərinə malikdir. Buna görə də onlardan istifadə edildikdə xəstəyə az şüa yükü düşür, həm də laboratoriya otaqlarının və xarici muhitin radioaktiv maddələrlə çirklənmə təhlukəsi olmur. Texnesium generatorundan 2 həftə istifadə etmək olur. Bu müddətdən sonra isə, molibden-99-dan ibarət olan əsas radioaktiv nuklidin dağılması nəticəsində texnesiumun yuyulub itirilən aktivliyinin kəmiyyəti diaqnostik tədqiqat aparılması üçün kafi olmur. İndium-113 generatorundan 6-8 ay istifadə etmək olur, çünki əsas radioaktiv nuklid olan qalay-113-ün yarıdağılma dövrü 3 aydan çoxdur.

RFP-in venaya yeridilməsi, bir qayda olaraq, müayinə edilənlərdə reaksiya inkişaf etməsinə səbəb olmur. Buna görə də, ondan istifadə olunmasına heç bir əks göstəriş yoxdur. Ancaq hamilə qadınların və uşaqların müayinəsində RFP-dən istifadənin xüsusi olaraq əsaslandırılması tələb edilir. RFP yeridilmiş xəstələrə xüsusi qulluq tələb edilmir və bu, bir qayda olaraq, ətrafdakılar üçün təhlükəli deyildir. Ancaq mualicə məqsədilə radioaktiv yod yeridilməsi hallarında sidik və nəcisin tədqiqi üçün xəstələrin bir neçə günlüyə xəstəxanaya qoyulması tələb edilir.

RENTGENOLOJİ TƏDQİQAT - bir çox xəstəliklərin diaqnos-tik metodlarından biridir. O, istər göstərişlərə əsasən, istərsə də profilaktika məqsədilə (flüoroqrafiya bəhsinə bax), habelə müalicəedici həkim tərəfindən göndərildikdə aparılır. Həkim ehtimal edilən diaqnozu, bununla da tədqiq obyektini göstərir. Tomoqrafiya, rentgenokimoqrafiya, bronxoqrafiya və s. kimi bir sıra xüsusi tədqiqat növləri mövcuddur. Bu tədqiqat çox vaxt əsas rentgen tədqiqinə əlavə olaraq keçirilir. İstər əsas, istərsə də xüsusi tədqiqat metodları rentgen qurğuları və qoruyucu ləvazimatla təchiz olunmuş və fotolaboratoriya ilə tə'min edilmiş xüsusi rentgen kabinələrində həyata keçirilir. Kabinetin rentgen laborantının vəzifəsi xüsusi avadanlığın sazlığına nəzarət etmək, qədqiq prosesində, rentgen plyonkalarının e'malında həkimə kömək etmək, habelə ayrı-ayrı şəkilləri müstəqil çəkməkdən ibarətdir. Xüsusi avadanlığın hazırlanması və onun sazlığına nəzarət istər qurğunun özünün, istərsə də stolüstü lampa neqatoskoplar və fotofənərin elektrik naqilləri izolyasiyanın, yerlə birləşdirmənin e'tibarlı

olmasının (elektrik yanıqlarının qarşısını almaq məqsədilə) müntəzəm yoxlanmasından ibarətdir.

Rentgen qurğusunun sürtunən hissələrini müntəzəm yağlamaq lazımdır. Rentgen laborantı diqqət etməlidir ki, işığasalma zamanı, şüalardan zədələnmənin qarşısını almaq məqsədilə borunum fokusu ilə xəstənin dərisi arasında azı 25 sm məsafə olsun, şüalarla zədələnmənin qarşısını almaq üçün diafraqmanın ekrana nisbətən düzgün nizamlanmasına da fikir verilməlidir. Belə ki, diafraqmanı tam açdıqda, ekran üzərində onun kənarları görünməlidir. İşə başlamazdan əvvəl rentgen laborantı aparatı sınaq üçün işə salır, qəbul edilmiş praktiki şərtlər üzrə, aparatın müxtəlif iş rejimlərində işləməsini yoxlayırlar. Reitgen borusunun xarab olub cərgədən çıxmasına yol verməmək üçün aparata onun pasportupda göstərilən miqdardan artıq yük verilməsi qadağan edilmişdir. Rentgen tədqiqatı keçirilərkən rentgen laborantı idarə pultunun arxasında aparatın işinə və xəstənin davranışlarına fikir verir. Cərəyan kəsən açar xəttə qoşulduqda və ya ştepselə naqil qoşulduqda idarə pultundan uzaqlaşmaq qadağandır. Uşaqlar, xüsusilə məktəbli yaşına qədər olanlar müayinə edilərkən, onların valideyni və ya sanitarkalar uşaqların yanında olmalıdırlar. Uşaqlar narahat dayana və ya çıxış borusuna toxuna bilərlər və bu, onların şüalarla zədələnməsinə səbəb ola bilər. Müayinə prosesi zamanı rentgen kabinetində olan valideyn və ya sanitarkalar şüalanmadan qorunmaq üçün qoruyucu döşlük və əlcək taxmalıdırlar. Rentgen laborantı kabinetin iş jurnalını səliqəli aparmalı, burada xəstələri və tədqiq şəraitini düzgün qeyd etməlidir. Avadanlığın nasazlığı və tə'miri haqqındakı mə'lumat da burada qeyd edilməlidir. Elektrik yanıqları və şüa zədələnmələrinə yol verilməməsi üçün aparatın gərginlik altında tə'miri qadağan edilir.

Rentgen kabinetinin əsas iş yükünü təşkil edən əməliyyat döş qəfəsi üzvlərinin və mə'də-barırsaq yolunun tədqiqindən ibarətdir. *Döş qəfəsində* tədqiqat xəstəni qabaqcadan buna hazırlamadan aparılır. Rentgen laborantı xəstəni iş jurnalında qeyd etdikdən sonra ona belinə kimi soyunmasını təklif edir. Sanitarka xəstəni aparatın yanına gətirir və onun aparatda düz durmasına kömək edir. Rentgen laborantı həkimin göstərişi üzrə əməliyyat üçün tələb edilən şəraiti yaratdıqdan sonra kassetləri rentgen plyonkaları ilə doldurur. Tədqiqata başlananadək plyonkalı kassetlər böyük qoruyucu pərdə arxasında saxlanır. Kassetlərin qoruyucusuz (açıq) saxlanması plyonkaların işıqlanmasına səbəb olur. *Mə'də-bağırsaq yolunun* rentgenoloji *tədqiqatı* üçün xəstənin qabaqcadan hazırlanması tələb edilir. Tədqiqat ərəfəsində xəstənin gündəlik rasionundan tərəvəz, meyvələr, qara çörək, sıyıqlar xaric edilir. Rentgen müayinəsinə 14 saat qalmış xəstə daha yemir. Müayinə ərəfəsində 30 ml günəbaxan yağı içir və bundan 2-3 saat sonra ona təmizləyici imalə (4-6 stəkan ilıq su və ya

çobanyastığı gülu dəmləməsi ilə) qoyulur. Tədqiqata 2-3 saat qalmış təkrar imalə edilir. müayinə aparılan gün xəstə içməməli və tütün çəkməməlidir.

Qida borusu, mə'də və bağırsaqların tədqiqi zamanı xəstə hazır barium-sulfat suspenziyasını udur. Qabaqca hazırlanmış bir stəkan barium-sulfatı xəstəyə sanitarka verir. *Bağırsaqların və düzbağırsağın rentgenoloji tədqiqi* keçirildikdə rentgen laborantı aparatın ştativini üfüqi vəziyyətə salır və həkimi şüalanmadan qorumaq üçün ekranaltı qoruyucu döşlüyü yan vəziyyətdə asır, xəstəni isə arxasıüstə uzandırır. Sanitarka xəstənin düzbağırsağına qəliz barium suspenziyası yeridir. Sanitarkanın şüalandırılmadan qorunması üçün barium suspenziyasını adi imalə və ya şprisdən deyil, qapaqla kip örtülmuş şüşə bankadan yeridirlər. Bankanın qapağında iki deşik olur. Bu deşiklərin birinə uzun rezin şlanq bərkidilir və bunun ucu bağırsağa salınır. Digər deşiyə isə qovuqlu rezin şlanq bərkidilir. Bu cür quruluş sayəsində sanitarka barium oqulsiyası yeridilən zaman rentgen borusundan 2 metr aralı kiçik qoruyucu pərdə arxasında qala bilir.

RENTGEN TERAPİYASI-şişlərin və bə'zi iltihab proseslərinin müalicəsi üçun tətbiq edilən şüalandırma terapiyası. Rentgen terapiyası xüsusi kabinetlərdə keçirilir. Müalicə kursu müəyyən miqdarda gündəlik şüalandırma seanslarından ibarətdir. Həkim hər xəstə üçün müəyyən müalicə şərtləri tərtib edir və şüalandırılması tələb edilən sahələri xəstənin bədənində işarə edir, həkim fokus məsafəsini, filtrləri, cərəyanın gərginlik və şiddətini, həmçinin şualandırma dozasını da göstərir. Xəstə bilməlidir ki, şüalandırma prosesi zamanı ona vəziyyətini dəyişmək, tubusa və ya örtüyə toxunmaq olmaz. Xəstəni uzadarkən onun üçün ən əlverişli vəziyyət yaratmaq, işlək şüa dəstəsini dəqiq mərkəzləmək (mərkəzi nöqtəyə yönəltmək), tubus səthini xəstənin dərisinə kip basmaq, xəstənin şüalanma sahəsini əhatə edən dərisinin qorunmasını tə'minedici şəraiti yaratmaq lazımdır. Xəstəni uzadarkən aparatı hələ işə salmırlar ki, şüalandırılma təhlükəsi olmasın. Laborant xəstəni həkimin nəzarəti altında uzatdıqdan sonra prosedura otağından çıxır, qapını kip bağlayır və bundan sonra aparatı işə salır. Hər prosedura iş jurnalında və xəstəliyin tarixinə dair xüsusi vərəqələrdə qeyd edilir. Proseduraların xarakteristikasında şüalandırma sahəsi, onun ölçüləri, dəri-fokus məsafəsi, filtrlər, cərəyanın gərginliyi və şiddəti, şüalandırma vaxtı və doza kəmiyyəti (miqdarı) göstərilir. Rentgen laborantı şüalandırma şərtlərini müstəqil surətdə dəyişdirmək ixtiyarına malik eyildir, çunki müəyyən edilmiş şərtlərin pozulması xəstənin dərisinin artıq şualandırılmasına və şüa zədələnmələrinin inkişafına səbəb ola bilər. Bloklaşdırma və siqnalizasiyanın düzgünlüyünü hər gün yoxlamaq və nasazlıq baş verdikdə dərhal həkimə bildirmək lazımdır.

Yaxınfokuslu rentgen terapiyası-60 kV miqdarında və cərəyan gücü

5 mA olan gərginlik zamanı rentgen şüaları ilə yaxın (kiçik) dəri-fokus məsafəsindən (2,5-5-10 sm-dən) şüalandırma. Gərginlik və dəri-fokus məsafəsi az olduğuna görə bu cür şüalandırma əsasən şiş toxumaları ilə udulur, başqa toxumalarda isə əhəmiyyətli zədələnməyə səbəb olmur. Yaxınfokuslu rentgen terapiyası ancaq səthdə yerləşmiş və kiçik ölçüdə şişlərin (dəri, dodaq, dil, xarici cinsiyyət üzvləri və başqa bu kimi yerlərin) müalicəsində effektli olur. Yaxınfokuslu rentgen terapiyası gündəlik şüalandırma seansları şəklində keçirilir. Sahənin birdəfəlik dozası 400-600 R, müalicə kursu dozası isə 6000-8000 R və daha artıqdır. Xəstənin prosedur zamanı vəziyyətini dəyişməməsi əhəmiyyətli şərtdir, çünki müasir aparatların şüalandırma dozası böyükdür. Şüalandırma bir və ya iki sahədən aparıla bilər.

Dərin rentgen terapiyası-iltihab proseslərini dayandırmaq məqsədilə xronik və ya kəskin iltihab ocaqlarının şüalandırılması. Şüalandırma hökmən mis (Si) 0,5-1 (mm) və alüminium (Al 1-3 mm) filtrləri daxil edilərək keçirilir. Müalicə kursu gündəlik şüalandırma seanslarından ibarətdir. Sahədə birdəfəlik doza 20-30 R, kurs dozası 250 R-ə qədərdir. Hər gün bir və ya iki sahə şüalandırılır. Bu müalicə çox vaxt artrozların və artridlərin kəskinləşməsi hallarında, mahmızlar (şpor) əmələ gəldikdə keçirilir.

SKANİRLƏMƏ-daxil edilmiş radiofarmasevtik preparatların (RFP) qamma-şüaları ilə edilən qeydlərə əsasən daxili üzvlərin təsvirinin əldə edilməsi üsulu. Qeydlər xüsusi skaner aparatı və ya qamma-topoqraf vasitəsilə edilir. Bu topoqrafın detektoru tədqiq olunan üzv üzərində ritmik hərəkətlərlə işləyir. Qeyd edilmiş impulslar aparatın pultunda kağız üzərində (skanoqramda) ştrix nişanlarına çevrilir. Tədqiq edilən üzvdə RFP toplanması səviyyəsi ilə tə'yin edilən şüalanmanın, hər nöqtənin şüalandırması intensivliyindən asılı olaraq, ştrix-nişanların hər biri müəyyən rəngə boyanır. Maksimal toplanma-qırmızı, orta miqdarda toplanma-qəhvəyi, az toplanma-yaşıl və göy rənglə qeyd olunur. Beləliklə, skanoqramda RFP-ın tədqiq edilən üzvdə paylaşdırılmasının şəkli alınır. Bu, bə'zi patoloji hallarda müəyyən qayda və normada olması ilə fərqlənir. Məsələn, şişlərdə bə'zi RFP-lar toplanmır, tədqiq edilən üzvlərdə bu, preparatlar olduğu hallarda isə onların olduğu sahələr skanoqramda normal toxuma üçün səciyyəvi olan qırmızımtıl-qəhvəyi fon üzrə yaşıl rəngə boyanır. Əksinə, bə'zi RFP-lar əksəriyyətlə şişlərdə toplanır və buna görə skanoqramdq qırmızı rəngə boyanır. Skanerləmə üsulundan ən çox qaraciyər, ağciyər, böyrək və qalxanabənzər vəzinin tədqiq edilməsində istifadə edilir. Hər üzv üçün ayrı xüsusi RFP-dan istifadə olunur: qaraciyər üçün-radioaktiv qızıl, texnesium və ya indium ilə nişanlanmış kolloidal məhlullar: böyrəklər uçün-çivə-197 ilə nişanlanmış neohidrin, ağciyərlər uçün-texnesium və ya indium ilə nişanlanmış makroaqreqatlar işlədilir. Skanerləmə prosesi 20-40 gün ərzində

keçirilir və bu zaman pasiyent vəziyyətini dəyişmədən bədənini tamamilə hərəkətsiz saxlayır. Tədqiqat qurtardıqdan sonra tibb bacısı xəstənin bədənində həkim tərəfindən nişanlanmış anatomik oriyentirləri skanoqrama köçürür.

SSİNTİQRAFİYA-daxili üzvlərin venaya yeridilmiş RFP-ın yerdəyişmələrinin qeyd edilməsinə (dinamik qeydə) və ya skanoqrafiya kimi RFP-ın paylaşdırılmasına (statik qeydə) əsaslanmış tədqiq metodikası. Tədqiqat uçün böyük kristallı detektoru olan xususi aparatdan-ssintilyasiya kamerasından istifadə edilir. Bu aparatın görüş sahəsi döş qəfəsi və ya qarın sahəsini bütünlüklə qavrayır. Dinamik ssintiqrafiyanın ən çox yayılmış metodikaları:-renossintiqrafiya, kardiossintiqrafiya, ensefalos-sintiqrafiya, pankreatossintiqrafiya və hepatobilissintiqrafiyadır.

Renossintiqrafiya-böyrəklərin funksional vəziyyətinin tədqiq edilməsi hippuran daxil edildikdən sonra keçirilir. Bundan sonrakı 20 dəqiqə ərzində böyrəklər sahəsiqi, böyrək parenximasında hippurinin toplanma sür'əti və xüsusiyyətlərini, onun kasacıq-ləyəncik sisteminə və sidik kisəsinə çıxarılmasını təsvir edən bir sıra rentgen şəkilləri çəkilir. Böyrək parenximasının və ya sidik çıxarıcı yolların müxtəlif növ zədələnmələrində ssintiqrafik mənzərənin səciyyəvi dəyişiklikləri müəyyən edilir.

Kardiossintiqrafiya-sol mə'dəciyin qalıq sistolik həcminin tədqiq edilməsi venadaxili pertexnetat yeridildikdən sonra 3 dəqiqə ərzində keçirilir. Bu, ürək-damar çatışmazlığı (qüsuru) diaqnostikasının ən həssas testidir.

Ensefalossintiqrafiya-venadaxili pertexnetat yeridildikdən sonra 2 dəqiqə ərzində beyində qan dövranının tədqiq edilməsi.

Pankratossintiqrafiya-mə'dəaltı vəzinin xüsusi RFP-selenomenionin vasitəsilə tədqiq edilməsi-vəzinin və pankreativlərin şişlərinin diaqnozu üçün keçirilir.

Hepatobilissintiqrafiya-qaraciyər parenximası, öd kisəsi və öd axacaqlarının funksional və anatomik vəziyyətinin xüsusi RFP-benqal çəhrayısı vasitəsilə tədqiq edilməsi.

RADİOAKTİV MƏNBƏLƏRİN - anbardan radiomanipulya-sia otağına və radioloji blok daxilində daşınması ancaq uzunsov dəstəkli qurğuşun konteynerlərdə keçirilir. Xeyli artıq qorunma tələb edən və konteyner kütləsi daha ağır olan böyük aktivlik mənbələrinin daşınması üçün xüsusi nəqliyyat arabalarından istifadə etmək lazımdır. Radioaktiv mə'mulatın mühafizəsiz daşınması və bir yerdən başqa yerə köçürülməsi qəti qadağandır. Radioaktiv məhlullu ampullar daşınan zaman konteynerlərdə radioaktiv çirklənmənin olmaması yoxlanmalıdır. Bu aşkar edildiyi halda isə konteynerlərdə dezinfeksiya keçirilməlidir. Radioaktiv maddələr daxil edilmiş xəstələr manipulyasiya və operasiya otaqlarından palatalara və əksinə ancaq

xüsusi qoruyucu arabalarda daşınmalıdır. Daxilinə radioaktiv məhlullar yeridilmiş xəstələrdən götürülən sidik, nəcis, assitik və ya plevral mayelər sınaq nümunələrini də qoruyucu konteynerlərdə saxlayırlar.

Dərin rentgen terapiyası və məsafəli qamma-terapiya zamanı ***mualicə üçün yerləşdirmələr*** həkimin nəzarəti altında olmaqla, tibb bacısı tərəfindən keçirilir. Xəstələrin yerləşdirilməsi zamanı tələb olunan əsas tədbirlər bunlardır:

1) Xəstənin bədəninə elə vəziyyət verilməlidir ki, bu vəziyyətdə işlək şüa dəstəsi şüalandırılan sahəyə lazımi istiqamətdə yönəldilə bilsin; 2) xəstə üçün maksimum rahat vəziyyət yaradılsın; 3) işlək şüa dəstəsi müəyyən nöqtəyə uyğun mərkəzləşdirilsin. Şişlər müxtəlif yerlərdə yerləşdiyi hallarda şüalandırma sahələri, habelə işlək şüa dəstəsinin mərkəzləşdirilmiş şəraiti də müxtəlif olur. Məsələn, qida borusunun orta üçdə bir hissəsinin xərçəngi zamanı şüalandırma aşağıdakı şəraitdə keçirilir: şüalandırılan sahələrin sayı-4, dəri-fokus məsafəsi 75 sm, sahələrin ölçüləri 6X8 və ya 6X12 sm (şişin uzunluğundan asılı olaraq). Şüalandırma üçün, adətən, qabaqdakı 2 və arxadakı 2 sahə tə'yin edilir. Ön sahələr döşə nisbətən paralel olaraq elə yerləşdirilir ki, döş bilavasitə şüalanmaya mə'ruz qalmasın. Ön sahələrdə şüalandırma üçün xəstəni arxasüstə uzadırlar, onun qolları isə bədəninə yanaşı uzadılmış olur. Arxa sahələr onurğanın hər iki yan tərəfi üzrə ön sahələr səviyyəsində yerləşdirilir. Onurğa beynin zədələnməsinə yol verməmək üçün onurğanın şüalandırılmasından çəkinmək lazımdır. Arxa sahələr xəstənin qarnüstə uzanma vəziyyətində keçirilir. Xəstələrin bə'zi yerləşdirilmələrinin qabaqcadan xüsusi olaraq hazırlanmasına fikir verilməlidir. Məsələn, uşaqlıq boynu şüalandırılan zaman xəstələr düzbağırsağını və sidik kisəsini müntəzəm surətdə boşaltmalıdırlar. Sidik kisəsi və ya düzbağırsaq dolu olduğu zaman şiş öz yerini dəyişə bilər və şüalandırma nəticə verməz.

UROQRAFİYA- sidik sisteminin rentgenoloji tədqiqi. Kontrast maddə mexaniki üsulla-uretra vasitəsilə retroqrad (köhnə üsul) uroqrafiyada kontrast maddəni kateter vasitəsilə sidik kisəsinə (sistoqrafiya) və ya xüsusi sidik axarı kateteri vasitəsilə böyrək ləyənciklərinə (piyelouretroqrafiya) daxil edirlər. İfraz uroqrafiyasında kontrast maddə venaya yeridilir, şəkil çəkilişi isə 8-15-20 və 30 dəqiqə keçdikdən sonra keçirilir. Sidik sisteminin ümumi görünüşü aşağıdakı şəraitdə çəkilir, gərginlik 85-90 kV, cərəyan şiddəti 20-30 mA, ekspozisiya (işıqvermə) 5 saniyə, plyonkanın ölçüsü 30X40 sm. Şəklin çəkilməsi çıxışında nəfəs saxlanmalıdır. Xəstə şəklin çəkilişinə qabaqcadan ciddi hazırlanır. Tədqiqatın keçirilməsinə 2 gün qalmış xəstə üçün müvafiq pəhriz tə'yin edilir. Bu pəhrizdən qara çörək, meyvələr xaric edilir. Bağırsaqlar tədqiq ərəfəsində (bir gün əvvəl) təmizlənir. Həmçinin tədqiqata 2 saat qalmış təkrar təmizləmə

(çobanyastığı gülü dəmləməsi ilə imalə) keçirilir. Sistoqrafiya əməliyyatında kontrast maddəni (sidik kisəsinə) assistent-həkim (uroloq) daxil edir. Bu zaman xəstə arxası üstə uzanır, 24X30 sm ölçüsündə olan kassetin mərkəzi qasıq sümüklərindən 2-3 barmaq enində yuxarı vəziyyətdə yerləşdirilir. Şərait: fokus məsafəsi 90 sm, gərginlik 85 kv, cərəyan şiddəti 20 tA, ekspozisiya 4 saniyə.

RADİOAKTİV PREPARATLAR DAXİL EDİLMİŞ XƏSTƏLƏRƏ QULLUQ. Bu xəstələri xususi palatalarda yerləşdirirlər. Onlar 3 saatdan 24 saata qədər burada qalırlar və bu vaxt ərzində palatadan xaricə çıxmalarına icazə verilmir. Xəstələrə qulluq onların simptomatik müalicəsindən, termometriyasından, qidalandırılmasından və daxil edilmiş preparatların vəziyyəti uzərində muşahidə aparılmasından ibarətdir. Bu zaman palatalarda yığışdırma və camaşırın dəyişilməsi işləri aparılmır. Belə xəstələrə qulluğun əsas xususiyyəti qoruyucu ləvazimatdan və başqa muhafizə vasitələrindən arasıkəsilmədən istifadə edilməsinin zəruriliyindən ibarətdir, çunki xəstələrə daxil edilmiş preparatlardan hər tərəfə şualar yayılır. Xəstənin çarpayısı yanında xüsusi qoruyucu pərdə qoyulması məsləhət görülur. Palatanın girişindən dərhal təhlükəsiz zonaya keçib oradan həkimin tə'yinatını yerinə yetirmək lazımdır.

Ən murəkkəb proseduralardan biri radioaktiv kobalt iynə və ya saplar salındıqda ağız boşluğunun sanasiyasıdır. Sanasiyanın maksimum təhlükəsiz yerinə yetirilməsi uçün hələ iynələrin yeridilməsinə başlamamış xəstə ilə müvafiq məşq keçirmək lazımdır ki, xəstə aparılacaq bir sıra ən adi manipulyasiyaları yadda saxlaya bilsin. Şişin və ətrafındakı toxumaların dağılmasından əmələ gələn pis qoxunu rədd etmək üçun ağız boşluğunu gündə 2 dəfə kalium-permanqanat və ya rivanolun zəif məhlulu ilə yuyurlar. İçərisində məhlul olan qabı təhlukəsiz zonada- döşəmədən 1,5-2 m hündürlukdə olan ştativ uzərində bərkidirlər. Ucluğu ilə birlikdə şlan xəstəyə verirlər. Xəstə ucluğu ehtiyatla ağzına qoyur və oturmuş vəziyyətdə ağzını yuyur. Bu zaman xəstə başını tas üzərində aşağı əyir. Radioaktiv maddələr daxil edilmiş xəstələr fərdi gecə ləyənlərindən istifadə etməlidirlər. Təsadufi olaraq itirilmiş preparatların axtarılması üçün belə xəstələrin sidik və nəcisini tullamazdan qabaq hökmən dozimetrik kontroldan keçirmək lazımdır.

FLÜOROQRAFİYA - ekrandakı təsvir aparatla 7X7 və ya 10X10 sm ölçüsündə plyonkada əks etdirildikdə (çəkildikdə) keçirilən rentgen tədqiqi metodudur. Bu əlverişli metoddan böyük kollektivlərin müayinəsində istifadə edilir və o həkimin iştirakı olmadan texnik tərəfindən yerinə yetirilir. Flüoqraf təcrid edilmiş binada (müəssisədə) yerləşdirilir. Onun qurulması üçün bina seçildikdə yanaşı otaqların nə üçün təxsis edildiyi hesaba alınmalıdır. Flüoqraf üçün təkcə bir yanaşı otağı olan binadan istifadə edilməli və müayinə keçirilərkən bu yanaşı

otaqdakı işçilər çıxarılmalıdır. Tibbi-sanitariya hissəsinin rəisi ilə razılaşdırılıb hər gün ayrıca rlaraq 10-12 nəfər işçi və ya qadınlar qrupu müayinə edilir. Müayinə olunacaq şəxslər qəbul otağında belinə qədər soyunaraq özünü qeyd etdirir və prosedur otağına keçirlər. Texnik müayinə ediləcək şəxsi ekranın yanında yerləşdirərək flüoqrafiya komplektinə daxil olan qoruyucu pərdənin arxasına keçir və ancaq bundan sonra pultu işə salır. Şəkil saniyənin hissələri ərzində çəkilir: bundan sonra müayinə edilən şəxs gedir və növbəti pasiyent gəlir. Beləliklə, bir gün ərzində 300-ə qədər adamı müayinədən keçirmək mümgün olur, fotoplyonkalar çəkildikcə götürülərək e'mal olunur. Döş qəfəsinin flüoqrafiyasından əlavə, 45 yaşından yuxarı qadınların süd vəzilərinin kütləvi flüoqrafiyası da keçirilir.

XOLESİSTOQRAFİYA-öddaşı xəstəliyində və xronik xolesistitlərdə öd kisəsinin rentgenoloji tədqiqidir. Tədqiqat kontrast maddələr daxil edildikdə (xolevid) və yə venaya yeridildiyi (biliqrafin) zamanı keçirilir. Şəkillərin çəkilməsi şərtləri: kassetlərin ölçüləri 24X30 sm, gərginlik 85 kV, cərəyan şiddəti 20 mA, ekspozisiya (işıq vermə)-4-5 saniyə. Müayinəyə 12 saat qalmış xəstə xüsusi sxem üzrə kontrast maddə qəbul edir. Xəstənin tədqiqata hazırlanması xolesistoqrafiya aparılmasından əvvəl 2 gün ərzşqdə keçirilir. Bu zaman xəstəyə ancaq tərkibində kobud sellülöz və qaz əmələ gətirən maddələr olmayan yüngül qida verilir. Əgər tədqiqatın səhər saat 9-10-da keçirilməsi nəzərə alınmışsa, xəstə əvvəlki gün saat 9-da yüngül səhər yeməyi (şirin südlü sıyıq, kəsmik, bişmiş təzə balıq, dana əti, toyuq əti) yeməli, saat 12-də şirin çay içməli, saat 14-də yüngül nahar xörəyi yeməli (möhtəviyyatı xırdalanmamış şorba, bişmiş ət, sıyıq, kompot, kisel yeməli, bir stəkan şirin çay içməli), saat 16-da 2 çiy yumurta sarısı udmalı və 25 q şit yağ və ya 100 q xama ilə 50 q ağ çörək yeməlidir. Axşam təmizləyici imalə edilir. Təqiqat günü xəstə rentgenə acqarına gəlir və tədqiq olunmazdan 2—$2^1/_2$ -saat əvvəl ilıq su və ya çobanyastığı gülü dəmləməsi ilə imalə edilir. Xəstə rentgenə gələndə 2 çiy yumurta, 25 q şit yağ və ya 100 q xama və 50 q ağ çörək kətirməlidir.

RADİOAKTİV MADDƏLƏRİN SAXLANMASI. Bu maddələr xüsusi anbar binalarında az miqdarda olduqda isə bilavasitə radiomanupulyasiya otağının qoruyucu işlək seyflərində saxlanır. Qapalı və açıq radioaktiv mənbələr ayrı-ayrı saxlanır, əks təqdirdə radioaktiv məhlullar tökülən zaman qapalı mənbələrin deqazasiyasını keçirmək lazım gələr ki, bu da personalın xeyli dərəcədə şualandırılmasına səbəb olar. Radioaktiv mə'mulatın ayrı-ayrı növləri (iynələr, preparatlar, silindrlər və b.) izolə edilmiş bölmələrdə müvafiq nişanlanmış halda saxlanmalıdır. Bunların hamısı bir yerdə saxlandıqda personal lazım olan mə'mulatı kötürənə kimi luzumsuz olaraq şüalandırıla bilər.

Mə'mulatın seyflərdən, distansion alətlərdən istifadə edilmədən, bilavasitə götürülməsi qadağan edilir. Radioaktiv ehtiyatın hərəkət jurnalı səliqəli aparılmalıdır. Səliqəsiz uçot preparatın itkilərinə səbəb ola bilər. Seyf və bölmələrin e'tibarlı qorunması, xüsusilə radioaktiv mə'mulat ehtiyatlarının yığılıb artırılması hallarında vaxtaşırı yoxlanmalıdır, habelə avadanlığın saxlandığı yerlərdə radioaktiv çirklənmənin olub-olmaması müntəzəm surətdə yoxlanmalıdır. Radiomanipulyasiya otaqlarındakı işlək seyflərdə ancaq hər gün işlədilən hazır müalicə mə'mulatı (aplikatorlar, zondlar) saxlanır.

MƏRKƏZLƏMƏ-işlək şüa dəstəsi mərkəzi oxunun şişə ya patoloji ocağa yönəldilməsi distansion şüalandırma terapiyasının əsas tədbirlərindən biridir. Şüalandırmada işlək şüa dəstəsinin mərkəzi oxu elə istiqamətləndirilməlidir ki, şüalandırılan sahədə sağlam toxumalar az olsun. Distansion şüalandırma prosesşdə şua dəstələrinin düzgün mərkəzləşdirilməsinə, birinci növbədə, şiş sərhədləri, konturunun aydın tə'yin edilməsinin mümgün olmaması, bə'zi hallarda isə onun yerinin dəqiq tə'yin edilməməsi səbəb olur. Məsələn, sidik kisəsinin divarındakı şişin yeri palpasiya vasitəsilə tə'yin edilə bilmədikdə onun yerləşmə yeri sidik kisəsinin dolu və ya boş olmasından asılıdır. Şüalandırma şərtləri sidik kisəsinin boşaldılması nəzərə alınaraq tərtib edildiyi zaman, tibb işçiləri xəstəyə xatırlatmalıdır ki, şüalandırma terapiyasının hər seansından əvvəl sidik kisəsi boşaldılmalıdır. Bu, bağırsağın və ya sidik kisəsinin dolmasından asılı olaraq vəziyyətini dəyişən uşaqlıq və düzbağırsaq şişlərinin şüalandırılmaşına da eyni dərəcədə aiddir. Bu şərtlərə riayat edilmədikdə şişlərdə şualandıma dozası ətraf toxumalardakına nisbətən az olacaq və nəticədə sağlam toxumalar zədələnərək müalicə fayda deyil, zərər verəcəkdir.

Şişlərin yerləşməsi dəyişilmədən sabit qaldığı və üzvlərin qarşılıqlı funksional münasibətlərindən asılı olmadığı hallarda, məsələn qırtlağın, burun-udlaq sahəsinin, ağ ciyərin şişlərində şüa-landırma dəstinin düzgün mərkəzləşdirilmədən istiqamətləndirilməsi ancaq personalın səliqəsizliyindən və ya şüalandırma şərtlərinin həkim tərəfindən aydın tərtib edilməməsindən irəli gələ bilər. Xəstə-liyin tarixinə aid vərəqədə həkim şüalandırma şərtlərini xəstənin bədəninin hansı vəziyyətdə (arxasıüstə, qarnıüstə, böyrüüstə) olmasını, şüalandırma sahəsinin ölçüsünü və birdəfəlik şüalandırma dozasını göstərir. Şişin hər gün düzgün mərkəzləşdirilmiş şüa dəsti ilə şüalandırılmasının tə'min edilməsi üçün, qoruyucu örtüyün vəziyyəti, yə'ni əyilmə bucağı da göstərilməlidir. Həkim örtüyün əyilmə bucaqlarını göstərməklə bərabər, xəstənin bədənində nəinki ancaq şüalandırılma sahələrinin konturlarını nişanlamalı, həmçinin şüa dəstinin güman edilən çıxış yerini də qeyd etməlidir.

ELEKTRORENTGENOQRAFİYA - rentgen təsvirlərinin rent-gen

plyonkası və adi kağız üzərində qeyd edilməsi. Bu, rentgen apa-ratına əlavə edilən ERQA adlanan xüsusi tərtibat vasitəsilə icra edi-lir. Təsvir elektrik yüklərinin xüsusi poroşokla örtülmüş selen plas-tinkası üzərində spesifik paylaşdırılması nəticəsində alınır. Selen plastinkalarını yoxlamaq və xarab olanlarını vaxtında dəyişmək rentgen laborantının vəzifəsinə daxildir. Poroşokun səpələnib aparatı çirkləndirməməsi üçün aparat havası çəkilən şkafda saxlanmalıdır.

XVIII FƏSİL
TƏ'CİLİ YARDIM VƏ HƏKİMƏ QƏDƏR REANİMASİYA

1. TƏ'XİRƏSALINMAZ YARDIM

ANAFİLAKTİK ŞOK-kəskin allergiyanın ən ağır təzahürlərindən biri olmaqla, həyat üçün təhlükə yaradan vəziyyətdir. Ən çox penisillin və başqa antibiotiklərin, habelə müalicə serumları, rentgenokontrast maddələr və s. daxil edilməsindən sonra baş verir. Əsas əlamətləri preparatın yeridilməsindən sonra dərhal döşdə sıxıntı, başgicəllənməsi, başağrısı, narahatlıq, kəskin zəiflik, bədəndə hərarət hiss edilməsidir. Ağır hallarda bu əlamətlərə kollaps (bax) simptomları əlavə edilir. Kollaps huşun itirilməsi ilə birgə davam edə bilər, bə'zən də komatoz hal inkişaf edir. Bu cür xüsusilə ağır hallarda anafilaktik şok simptomlarının təzahür etməsindən bir neçə dəqiqə sonra ölüm baş verə bilər. Anafilaktik reaksiyanın nisbətən yüngül təzahürü özundəngetmə vəziyyəti və dəridə çox vaxt dərman yeridilməsindən 20-40 dəqiqə sonra baş verən qurd eşənəyi tipində geyişən səpgilər şəklində ola bilər.

Anafilaktik şokun ilk simptomları aşkar edilən kimi, dərhal müalicə tədbirləri keçirilməlidir, eyni zamanda tə'cili olaraq həkim çağırılmalıdır. Prosedur kabinetlərində, tibb bacısı postlarında, tə'cili yardım məntəqələrində anafilaktik şokun tə'cili surətdə müalicəsi üçün xususi dərmanlar və alətlər dəsti olmalıdır. Ən yaxşısı bu alətlər dəstinə müxtəlif şprislər və birdəfəlik istifadə üçün damcısalanlar (pipetkalar) daxil edilməlidir.

İlk yardım. Müalicəni dərialtı və ya əzələaltı 1 ml 0,1%-li adrenalin məhlulu və ya 1 ml 0,2% -li noradrenalin məhlulu yeridilməsi və eyni zamanda əzələyə 125 mq hidrokartizon (5 ml emulsiya) və ya 60 mq prednizalon yeridilməsi ilə başlayırlar. Diaqnozda şübhə olmadığı zaman isə qeyd edilən dərmanlar həkim gələnə qədər daxil edilməlidir. Sonrakı müalicə zamanı venaya 1—2 m 0,2%-li noradrinalin məhlulu və 100—200 ml fizioloji məhlula və ya 400 ml poliqlükinə əlavə edilən 100 mq prednizalon (və ya 12 mq deksametazon) yeridilir. Yüngül anafilaktik reaksiyalarda venaya 10 ml 10%-li xlorid və ya kalsium-qlükonat məhlulu ilə birgə 2-3 ml 1%-li dimedrol məhlulu və ya 1-2 ml 2%-li suprastin məhlulu və ya 1-2 ml 2,5%-li diprazin (pipolfen) məhlulu yeridirlər.

BRONXİAL ASTMA (NƏFƏSDARYLIĞI) - bronxların spaz-mı və onların selikli qişasının ödemi ilə əlaqədar təngnəfəslik tutmaları ilə müşayiət olunan allergiya xəstəliyidir. Xəstəlik sutkanın hər hansı vaxtında birdən-birə baş verərək, tənəffüsün və başlıca olaraq nəfəsvermənin çətinləşməsi, müəyyən məsafədən eşidilən fışıltı və xırıltılı tənəffüs ilə fərqlənir. Xəstə müəyyən sabit vəziyyət almağa-qollarını pəncərə

altlığına və ya çarpayıya, stul arxasına söykəyərək və s. vəziyyətdə oturmağa və ayaqüstə qalmağa məcbur olur. Tənqnəfəslik tutması bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər çəkir, çox ağırlaşdıqda astmatik vəziyyət inkişaf edir və ya tutmalar qısa fasilələrlə bir-birinin ardınca olur.

İlk yardım. Bronx spazmlarını aradan qaldıran dərmanlar (teofedrin, efedrin, antastman, novodrin, izadrin, alupent və s.) qəbul edilir. Cib inqalyatorları vasitəsi ilə bronxgenəldicilər geniş tətbiq edilir. Uzun müddət bronxial astma ilə xəstələnənlər, adətən, astma tutmasının göstərilmiş dərman vasitələrindən hansı ilə daha yaxşı və tez aradan qaldırıldığını bilirlər. Bir sıra hallarda xardal yaxması, banka qoyulması və başqa yayındırıcı prosedurlar effektli olur. Bunlar tə'sir etmədikdə həkimin tə'yinatı üzrə dərialtına 0,25-0,5 ml 0,1%-li adrenalin məhlulu yeridilir və ya 1 ml 5%-li efedrin məhlulu, bə'zən 0,5 ml 0,1%-li atropin məhlulu ilə birlikdə vurulur: venaya 10 ml 2,4%-li eufillin məhlulu yeridilir. Uzun sürən ağır tutmalar və astmatik vəziyyətdə venaya eufillin, strofantin (korqlikon), prednizalon (deksametazon) və alupentin damcı üsulu ilə yeridilir. Bronxial astma tutmalarında xəstələrə rütubətləndirici oksigen də verilir.

ÜRƏK ASTMASI-kəskin ürək çatışmazlığı nəticəsində tənqnəfəslik tutması baş verməsi ilə xarakterizə olunur. Ən çox arterial hipertoniya, miokard infarktı kardioskleroz, ürək qüsurları kimi ağırlaşmalar baş verir. Tənqnəfəslik tutması əksəriyyətlə gecə baş verərək, nəfəsalma və nəfəsverməni çətinləşdirir və xəstənin vəziyyətini birdən-birə çox ağırlaşdırır. Tutma baş verdikdə xəstə yataqda oturaraq qıçlarını aşağı sallatmaqa məcbur olur. Xəstənin dərisi göyümtül rəng alır və tərlə örtülür. Tənəffüs sür'ətlənərək dəqiqədə 30-40-a çatır. Öskürək əvvəl quru olur, sonralar çəhrayı rəngli köpüklü bəlğəm ifrazı ilə müşayiət olunur, bu isə ağciyərlərdə ödem inkişaf etdiyini göstərir. Nəbz sıx, adətən gərgin və bə'zən aritmik olur.

İlk yardım-tibb bacısı xəstənin ayaqlarının salladaraq rahat oturmasına kömək edir, oksigenlə müalicəyə başlayır və tə'cili olaraq həkimi çağırır. Həkimin tə'yinatı üzrə dərialtına morfin və ya ommolon vurur, venaya yavaş-yavaş natrium-xlorid və ya qlükozanın 20 ml miqdarında izotonik məhlulunda strofantin və ya korqlikon yeridilir: eyni şprislə venaya furosemid (laziks) məhlulu daxil edilir. Bu preparatların və eufillin məhlulunun müvafiq birləşdirilmiş halda venaya yeridilməsi yaxşı effekt verir. Bə'zən 500 ml-ə qədər qanburaxma da tə'yin edilir. Çox vaxt qanburaxma əvəzinə ətraflara turna qoyulur. Bu zaman tibb bacısı fikir verməlidir ki, turna ancaq venaları sıxsın, arteriyalarda isə nəbz yaxşı əllənsin: turnaları ətrafların hamısından bir vaxtda açmaq olmaz.

ASFİKSİYA (boğulma)-orqanizmin toxumalarına oksigen daxil olmasının birdən-birə kəsilməsi nəticəsində onların həyatı üçün təhlükəli vəziyyətin yaranmasıdır. Bunun səbəbləri: nəfəs yollarında

manea, məsələn qırtlaq və ya traxeyaya (nəfəs borusuna) yad cismin daxil olması, səs yarığının ödemi və spazmı, ətraf havada oksigenin azalması (şaxtaların. tutulub tıxanması hallarında və s.); oksigenii hemoqlobinlə öturülməsinə mane olan qazlarla (məsələn, karbon 2-oksidlə) zəhərlənmə; tənəffüs mərkəzinə təzyiq edilməsi (məsələn. alkoqol koması baş verdikdə) və ya tənəffüs əzələlərinin iflici (poliomielit olduqda).

İlk yardımı asfiksiyanın səbəbinə görə tə'yin edilir. Nəfəs yollarındakı mexaniki maneə dərhal aradan qaldırılmalıdır. Bundan ötrü barmaqlar vasitəsilə ağzı və aqız-qırtlaq sahəsini qida qalıqlarından, selikdən təmizləmək, boğaza tıxanmış dili dil tutqacı vasitəsilə çəkib çıxarmaq lazımdır. Tənəffüs mərkəzinə təzyiq edilən zaman tənəffüs analeptikləri (kordiamin. lobelin) tətbiq olunması məsləhət görülür. Ümumiyyətlə, bütün asfiksiya hallarında oksigenlə terapiya aparılmalıdır. Müstəqil koordinasiyalı (müntəzəm) tənəffüs hərəkətləri olmadığı hallarda dərhal "ağızdan-ağıza" ("ağızdan buruna") və ya "Ambu" tipində əl aparatı vasitəsilə (həkim müalicəsinə kimi reanimasiya bəhsinə bax) nəfəs aldırma kimi süi'i tənəffüs metodlarını tətbiq edirlər.

DÖŞ AĞRISI. Döşdə bərk ağrı əmələ gəlməsi stenokardiya. miokard infarktı və s. kimi dəhşətli xəstəliklərin simptomudur. Buna görə də belə ağrılar baş verdiyi zàman tə'xirə salınmadan yardım göstərilməlidir.

Döş inağı (stenokardiya)-döş sümüyü arxasında və ya ondan sol tərəfdə fiziki yüklənmə nəticəsində (gərginlik stenokardiyası) və ya rahatlıq halında (rahatlıq stenokardiyası) baş verən sıxıcı ağrı tutması. Ağrı, adətən, bir dəqiqə davam edir və nitriqliserin qəbul edildikdə kəsilir. Qeyd etməliyik ki, stenokardiya diaqnozu xəstənin şikayətlərinə əsasən qoyulur, çünki bir çox hallarda səciyyəvi patologiyanı obyektiv tədqiq vasitəsilə aşkar etmək mümkün olmur.

Ağrı tutmasını aradan qaldırmaq üçün xəstəyə (onun dili altına) həb və ya 2-3 damcı 1%-li nitroqliserin verilməlidir. Bu preparat 2-3 dəqiqə ərzində ağrını kəsir. 5 dəqiqə ərzində effekt alınmadıqda eyni dozada nitroqliserin qəbulu təkrarlanmalıdır. Xəstəyə bildirməlidir ki. nitroqliserin bə'zən başağrısı törədir, lakin bundan qorxmamalıdır. Stenokardiyaya tutulmuş xəstənin yanında həmişə nitroqliserin olmalıdır. Bunu xəstəyə başa salmalıdır. Bə'zi hallarda ağrı tutmalarını validol (dil altına 3-5 damcı və ya həb şəklində) vasitəsilə aradan qaldırmaq olur, lakin nitroqliserinə nisbətən validol xeyli zəif tə'sir edir.

Stenokardiya tutmalarının artması (tez-tez baş verməsi) xəstəliyin kəskinləşməsini və miokard infarktı ehtimalının artdığını göstərir.

Miokard infarktı-miokard qan dövranının kəskin pozulması nəticəsində ürək əzələsi hissəsində inkişaf etmiş nekrozdur. Bu sahədə

tutma döş sümüyü arxasında və ya döş sümüyündən solda baş verən dözülməz sıxıcı ağrı və bu ağrının sol kürəyə və ya hər iki kürəyə, arxaya, sol qola və ya hər iki qola yayılması ilə fərqlənir. Bu ağrı çox vaxt ölüm qorxusu ilə müşayiət olunur. İnfarkt zamanı bu ağrı xəstəliyin ən erkən əmələ gələn və müəyyən momentə qədər yeganə simptomudur. Miokard infarktında ağrı bir neçə dəqiqədən bir neçə sutkaya qədər davam edir. Bu zaman nitroqliserinin təkrar qəbul edilməsinin səmərə verməməsi səciyyəvi haldır.

Miokard infarktının kəskin dövründə ağrı tutmasının aradan qaldırılması tə'xirəsalınmaz yardım tədbirlərinə daxil olur. Nitroqliserinin təkrar qəbul edilməsi effekt vermədikdə promedol, pantopon və ya 0,5 ml 0,1%-li atropin məhlulu ilə birlikdə dərialtına morfin yeridilməlidir. Lakin narkotik analgetiklər ancaq həkim tərəfindən tə'yin edildikdə verildiyi üçün, tə'cili olaraq həkim çağırılmalıdır. Həkim gələnə qədər isə ürək sahəsinə xardal yaxması, xəstənin ayaqlarına və əllərinə isitqac qoyulmalıdır. Həkim müayinəsi ləngidikdə ağrını kəsmək üçün əzələdaxili 2 ml 50%-li analgin məhlulu yeridilməlidir.

Ağciyər infarktı. Plevrit. Pnevmoniya. Bu xəstəliklər də həmçinin döşdə, adətən, tənəffüs hərəkətləri və öskürmə ilə əlaqəli kəskin ağrı ilə müşayiət olunur. Çox vaxt ağrı təngnəfəsliklə, ağciyər infarktı və pnevmoniya zamanı isə qanhayxırma ilə müşayiət olunur.

Tə'xirəsalınmaz yardım: xardal yaxması qoymalı, daxilə 0,5-1 q (1-2 həb) analgin verilməlidir.

QARINDA AĞRI. Qarın nahiyəsində baş verən kəskin ağrı "kəskin qarın" qrupuna daxil olan və operativ müalicə tələb edən qarın boşluğu üzvlərinin cərrahi xəstəlikləri əlaməti ola bilər; buna görə də tibb hey'əti, qarın ağrısı barədə şikayətlərə xüsusi fikir verməlidir. Belə hallarda ağrı xüsusi intensivliyi ilə fərqlənərək daimi xassəli olur (dövri olaraq şiddətlənə bilir) və bir sıra obyektiv əlamətlərlə (ön qarın divarı əzələlərinin gərginliyi, peritonun qıcıqlanma simptomları, qusma və s.) fərqlənir. Əsas xəstəlik ağrının yerləşmə və yayılma nahiyəsi ilə müəyyən edilir. Məsələn, ağrının başlıca olaraq sağ böyür nahiyəsində yerləşməsi çox vaxt appendisit, qarın sağ yuxarı kvadratında yerləşməsi isə xolesistit olmasını göstərir, qarın yuxarı şö'bələrini qurşayan ağrı iti pankreatit üçün səciyyəvi simptomdur.

Qarın boşluğu üzvlərinin kəskin cərrahi patolokiyasından şübhələnməyə əsas verən qarın ağrısında dərhal həkim müayinəsi keçirilməsi tələb edilir. Bu halda həkim gələnə qədər isitqacın və narkotik analgetiklərin tətbiq olunması əks göstəriş olduğundan qəti qadağan edilir.

HİPERTONİYA KRİZİ - başağrısının şiddətlənməsi. Başgicəllənməsi, ürəkbulanması, qusma ilə birlikdə arterial təzyiqin kəskin artması, hipertonik kriz hipertoniya xəstəliyinin və başqa arterial

hipertoniyaların cərəyanını mürəkkəbləşdirir və beyin qan dövranının keçici pozğunluqları, görmə qabiliyyətinin pisləşməsi, qısamüddətli parezlər, nitq pozğunluğu ilə müşayiət oluna bilər. Ağır hallarda hipertonik kriz insult (iflic) ilə nəticələnir və ya kəskin ürək çatışmazlığına (ürək astmasına), stenokardiyaya, miokard infarktına səbəb olur. Hipertonik kriz olduqda tibb bacısı xəstənin ənsəsinə xardal yaxması qoya bilər, xəstənin ayaqlarını isti vannada saxlaya bilər, ürək ağrısı baş verdikdə isə ona validol və ya nitroqliserin verə bilər: həkimin tə'yin etməsinə görə xəstənin venasına 4-6 ml 0,5%-li dibazol məhlulu, 10 ml 25%-li maqnezium-sulfat məhlulu, 10 ml 24%-li eufillin məhlulu və başqa hipotenziv dərmanlar yeridilir.

Birdən-birə inkişaf edən başgicəllənməsi beyin qan dövranının kəskin pozulması və ya vestibulyar aparatın (dəhliz aparatının) zədələnməsi əlaməti ola bilər. Cisimlərin müəyyən istiqamətə doğru, eşitmə pozğunluğu ilə uyğunlaşmış hərlənməsi vestibulyar (müntəzəm) başgicəllənmə üçün səciyyəvidir. Arterial təzyiqin kəskin surətdə yüksəlməsi ilə uyğunlaşmış qeyri-müntəzəm başgicəllənmə isə hipertonik kriz simptomudur.

Başgicəllənməsi kəskin inkişaf etmiş xəstəni başı qaldırılmış vəziyyətdə uzandırmaq lazımdır. Onun ayaqları altına isə istiqaç qoymaq olar. Başgicəllənməsi və ürəkbulanmasını azaltmaq üçün xəstəyə tərkibində atropin olan dərmanlar (belladonna belloid, belaspon) verilir.

SARILIQ XƏSTƏLİYİ-dərinin və görünən selikli qişaların sarı rəngə boyanması. Kəskin şəkildə zahir olmuş sarılıq, onun inkişaf mexanizmindən asılı olmayaraq, həmişə tə'xirəsalınmaz yardım tələb edən təhlükəli simptomdur. Mexaniki, parenximatoz və hemolitik sarılıq növləri fərqləndirilir. Sağ qabırğaaltı və qarınüstü nahiyəsində kəskin ağrı, yə'ni öddaşı xəstəliyi olan xəstənin qaraciyər sancıları tutması ardınca inkişaf edən sarılıq xəstəliyi ümumi öd axacağının daşla tutulduğunu (mexaniki sarılıq xəstəliyi) göstərir və xəstənin dərhal xəstəxananın cərrahiyyə şö'bəsinə göndərilməsi tələb edilir.

Kəskin hepatitin əsas simptomu olan sarılıq (parenximatoz sarılıq xəstəliyi) bu xəstəliyin erkən təzahür etmiş formasına aid olmayıb, ancaq 5-7 gündən 2 həftəyə qədər və daha çox davam edən prodromal (sarılıq qabağı) dövrdən sonra inkişaf edir. Lakin bu xəstəliyin hətta ən yüngül forması belə birdən-birə cərəyan şəklini dəyişərək olduqca tez ağır qaraciyər çatışmazlığına səbəb ola biləcəyinə görə, sarılığa tutulmuş xəstə kəskin hepatitdən şübhələndikdə dərhal xəstəxanaya göndərilməlidir.

Hemolitik sarılıq xəstəliyi birdən-birə təzahür edib, üşütmə və dalaq nahiyəsində ağrılarla, hemolitik kriz təzahürü olan hemoqlobinin azalması və eyni zamanda eritrositlərin sür'ətlə dağılması ilə müşayiət olunur. Mexaniki və parenximatoz sarılıqdan fərqli olaraq hemolitik

sarılıq xəstəliyində nəcis daha tünd rəng alır.

Tə'xirəsalınmaz yardım sarılıq xəstəliyinə səbəb olan əsas xəstəliyin xarakterindən asılı olaraq, həkimin göstərişi üzrə keçirilir.

MƏ'DƏ QANAXMASI mə'də və onikibarmaq bağırsaq xorası xəstəliyini ən çox mürəkkəbləşdirici vasitədir: o birdən-birə baş verən zəifliklə, bə'zən özündəngetmə ilə təzahür edir, nəbz tez-tez vurur, lakin dolğunluğu zəif olur, arterial təzyiq aşağı düşür, dəri saralıb solğunlaşır və soyuq tərlə örtülür. Ən əhəmiyyətli simptom qan laxtaları və ya qəhvə xıltı şəklində kilkələr qusmaqdır. Bə'zən mə'də qanaxması qan qusma ilə müşayiət olunmur. Bütün mə'də qanaxması hallarında 6-24 saat keçdikdən sonra çoxlu miqdarda qatran şəklində nəcis (melena) çıxır. Bu, mə'də qanaxmasının kec əmələ gələn simptomudur.

Tə'xirəsalınmaz yardım: xəstəni çarpayıya uzatmalı, epiqastral nahiyəyə soyuq şey qoymalı, xəstəyə heç nə içirdilməməli və yedizdirilməməli, daxilə dərman verməməli və dərhal həkim çağırılmalıdır.

İNSULT ("beyin zərbəsi")-beyni qanla təchiz edən arteriyalar sistemində kəskin qan dövranı pozğunluğu. Çox vaxt insulta səbəb beyin damarlarının aterosklerozu və arterial hipertoniyadır. İnsult, adətən iti inkişaf edir, bərk başağrısı, başgicəllənməsi, qusma baş verir, şüur itir. Ayrı-ayrı nevroloji pozğunluq ocaqları (sifətin assimetriyası, nitq pozğunluğu, parezlər, ətrafların iflici) əmələ gəlir. Geniş inkişaf etmiş insultlar komatoz vəziyyətin inkişafı (beyin koması) ilə müşayiət olunur.

Kəskin insulta mə'ruz olmuş xəstə üçün tam rahatlıq tə'min edilməsi və tə'cili surətdə həkim çağırılmalıdır. Həkimin tə'yin etməsi üzrə xəstəyə beyin qandövranını yaxşılaşdırıcı dərmanlar: eufillin, maqnezium-sulfat, papaverin yeridilir.

KOLLAPS-arterial təzyiqin kəskin surətdə aşağı düşməsi və periferik qandövranının kobud pozğunluğu ilə fərqlənən iti damar çatışmazlığı. Kollaps əksəriyyətlə çoxlu qan itirilməsi, travmalar, miokard infarktı, zəhərlənmələr, kəskin infeksiyalar və s. hallarda inkişaf edərək, ən təhlükəli mürəkkəbləşmələrdən, bəlkə də xəstənin ölməsinin vasitəsiz səbəblərindən biridir.

Xəstə səciyyəvi xarici görünüşü ilə fərqlənir: onun gözləri aşağı batmış, dərisi solub-saralmış və kiçik tər damcıları ilə örtülmüş, ətrafları soyuq və göyümtül olur: xəstə əzgin halda və hərəkətsiz yatır, onun hərəkətləri tormozlanmışdır, nadir halda isə onun narahat olması qeyd edilir.

O, tez-tez və səthi nəfəs alır, nəbzi yumşaq olub, tez-tez döyünür, nəbzin dolğunluğu isə zəifdir. Arterial təzyiq aşağı düşür. Onun aşağıdüşmə dərəcəsi kollapsın ağırlıq dərəcəsini göstərir.

Simptomların aydınlığı əsas xəstəliyii xarakterindən asılıdır. Belə ki,

kəskin qan itirmə zamanı dərinin və aydın görünən selikli qişaların solğunluğu gözə çarpır: miokard infarktı zamanı isə çox vaxt sifətin dərisinin göyümtül rəng alması, akrosianoz və s. müşahidə olunur.

Kollaps baş verdikdə xəstəni uzandırmaq (başının altındakı yasdıqları götürmək), ətraflara isitqac qoymaq lazımdır. Dərhal həkim çağırılmalıdır. Lakin o gələnə qədər xəstənin dərisi altına urək-damar dərmanları (kordiamin, kofein) yeridilməlidir. Həkimin tə'yin etməsi üzrə, kollapsın səbəblərindən asılı olaraq müxtəlif tədbirlər kompleksi, məsələn qansaxlayıcı müalicə, qai itirildiyi zaman-qanköçürmə, miokard infarktı zamanı ürək qlikozidləri və ağrıkəsici dərmanlar yeridilməsi və s. tətbiq edilir.

KOMATOZ VƏZİYYƏT (koma)-reflekslərin və xarici tə'sirlərə qarşı reaksiyanın olmaması ilə birlikdə dərin şüur pozğunluğu. Patogenezdə beyin qan dövranının pozulması və beyin toxumaları-nın toksik zədələnməsi əsas rol oynayır. Koma beyin qan dövranı-nın kəskin pozğunluqları, şəkər diabeti, xronik nefrit, artan qaraci-yər çatışmazlığı, zəhərlərlə ağır zəhərlənmə və s. zamanı müşahidə olunur.

Xəstədən anamnez mə'lumatı almaq mümkün olmadıqda koma halında olan xəstənin müayinə edilməsi çox çətinləşir. Buna görə, komanın inkişafı zamanı xəstənin ətrafındakı şəxslərdən xəstəliyin cərəyanı haqqında mümgün olduqcə çox mə'lumat almaq lazımdır. Xəstə haqqında verilən izahatın subyektivlik dərəcəsi də hesaba alınmalıdır. Xəstənin sənədləri diqqətlə öyrənilməlidir, çünki bə'zən bu sənədlər arasında xəstəlik (məsələn diabet) haqqında arayış, xəstəlik və ya hansı dərmanlardan istifadə etdiyi haqqında xəstənin öz qeydləri ola bilər.

Koma-xəstənin vəziyyəti nisbətən yaxşı olduğu zaman gözlənilmədiyi halda birdən-birə inkişaf edə bilər. İti inkişafetmə insult və hipoqlikemiya koması nəticəsində baş verən beyin koması üçün səciyyəvidir. Lakin bir çox hallarda xəstəliyin cərəyanını mürəkkəbləşdirən komatoz vəziyyət tədricən inkişaf edir. Belə inkişaf diabet, uremiya, qaraciyər komaları və bir çox başqa komatoz hallar üçün səciyyəvidir. Xəstənin nəfəsvermə zamanı buraxdığı havanın iyinin diaqnostik əhəmiyyəti böyükdür. Uremiya koması uçün ammonyak iyi səciyyəvidir. Bu iy bə'zən xəstələr olan otağa girdikdə bərk hiss olunur. Ağızdan alkoqol və ya araq iyi gəlməsi alkoqol koması olması şübhəsini oyadır. Diabet komasında otaqda nəfəsvermə zamanı buraxılan hava çürüyən alma iyini xatırladan aseton iyi verir.

Üremiya, beyin damarlarının trombozu və qanazlığı zamanı dəri, adətən, solğun-sarı alkoqol koması və beyinə qan sızması zamanı çox vaxt hiperemiyalaşmış olur. Dərinin çəhrayı rəng alması dəm qazı ilə zəhərlənmədə baş verən koma üçün səciyyəvidir. Dərinin və göz ağının sarılığı, adətən, qaraciyər koması zamanı müşahidə olunur. Tərlə

örtülmüş yaş dəri hipoqlikemik koma üçün səciyyəvidir. Diabet komasında dəri həmiş quru olur. Diabet, qaraciyər və uremiya komalarına tutulmuş xəstələrin dərisində köhnə qaşınma yerlərinin izləri qeyd edilə bilər. Koma əsnasında xəstələrdə aşkar edilmiş təzə çibanlar və köhnə çiban izləri şəkər diabeti olmasını düşünməyə vadar edir.

Diabet komasında göz almalarının turqoru azaldıqda, onlar yumşalır və bu palpasiya vasitəsilə yaxşı tə'yin edilə bilir. Dilin müayinəsində təzə və köhnə dişlənmə çapıqlarının olması epilepsiyanı xatırladır. Uremiya koması üçün dilin qeyri-adi quruluğu səciyyəvidir. Dərialtı piy təbəqəsinin aydın nəzərə çarpan ödemi uremiya və qaraciyər ödemlərində təzahür edə bilir. Qaraciyər ödemi assitlə birlikdə cərəyan edir.

Tənəffüs ritminin pozulması-səciyyəvi koma əlamətidir. Diabet və qaydaciyər komasında küylü tənəffüs, beyin komasında xırıltılı (stertoroz) tənəffüs müşahidə olunur. Çox vaxt koma əsasında xəstələrdə tənəffüs hərəkətlərinin dərinliyi artan Çeyna-Stoks, sonra isə pauza əmələ gələnə qədər zəifləyən (apnoe dövrü) tənəffüsü qeyd edilir.

Ətraflarda iflicləriin və ya parezlərin, nitq və udma pozğunluqlarının təzahür etməsi, beyin qan dövranında iti pozğunluq baş verdiyini göstərir.

Xəstənin hər bir komatoz vəziyyətində dərhal həkim çağırılması tələb edilir.

Müalicə tədbirləri əsas xəstəliyin xarakterindən asılıdır. Xəstəliyin baş verməsindən qabaq zəifliyin getdikcə artması, qaşınma, hərarət (susuzluq), ürəkbulanması və qusma müşahidə olunan diabet komasında həkimin tə'yin etməsi üzrə dərialtına insulin və venaya natrium-bikarbonat, mayelər və xloridlər yeridilir. İnsulin dozaları qanda və sidikdə şəkərin miqdar səviyyəsinin laborator tədqiqatı nəticələrinə əsasən tə'yin edilir.

Adətən hipoqlikemik komadan qabaq aclıq, bərk zəiflik, butün bədənin əsməsi (hipoqlikemik vəziyyət) hiss olunur, həkim gələnə qədər xəstəyə bir neçə tikə qənd, şirin çay vermək, venaya 20-40 ml 40%-li qlükoza məhlulu yeritmək lazımdır.

Uremiya komasında tə'xirəsalınmaz yardım-intoksikasiyanın azaldılmasına yönəldilir. Bu məqsədlə mə'dəni yuyurlar, təmizləyici imalə edirlər, damcı-damcı natrium-xloridin izotonik məhlulunu və 5%-li qlükoza məhlulunu yeridirlər. Qaraciyər komasında həkimin tə'yin etməsi üzrə damcı üsulu ilə qlükoza məhlulları, steroid hormonlar, vitaminlər yeridilir.

Komatoz halda olan xəstələrə tibb personalının həmişə nəzarət etməsi tələb edilir.

QANHAYXIRMA-öskürmə zamanı qan və ya qanla birlikdə bəlğəm ifrazetmə. Buna ağciyər vərəmi, bronxektazlar, şişlər, ağciyər iltihabı və ya absessi, ürəyin mitral qüsuru, ağciyər infarktı, qan

sisteminin xəstəlikləri və s. zamanı təsadüf olunur. Qan hayxırmanın səbəbləri-damarların yaralanması və ya qırılması (məsələn, vərəm kavernası, bronxoektaz divarında və ya ağciyərin xərçənk şişində, bə'zən çox güclü öskurmə zamanı), aqciyərlərdə qan durğunluğu və mitral nöqsan olduqda, krupoz və ya qrippoz pnevmoniyalarda, vərəmin təzə və infiltratlı formalarında və s. kiçik damarların divarlarının keçirmə qabiliyyətidir. Qanhayxırma zamanı bəlğəmdə damarcıqlar və qan qatışığı. "paslı bəlğəm" və ya "saf qanlı tüpürcək" qatışıqları müşahidə olunur.

Təkcə ağciyər və bronxlardan deyil, iltihab və başqa səbəblərə görə dəyişikliklər əmələ gəlmiş yuxarı tənəffüs yolları damarlarından, habelə burundan və diş ətlərindən qanaxması nəticəsində qanhayxırma mənbəyi əmələ gələ bilər. Burun və dişəti qanaxması halında baş verən qanhayxırmanı "yalançı qanhayxırma" adlandırırlar. Qanhayxırmadan fərqli olaraq ağciyər qanaxmasında öskürmə vasitəsilə çoxlu al qan ifraz olunur.

Adətən qanhayxırma zamanı qan itirilməsi ölüm təhlükəsi yaratmır, ancaq ağciyərə qanaxması çox vaxt qanın ağciyərin aşağı şö'bələrinə axıb dolmasına və beləliklə, aspirasion pnevmoniyanın inkişaf etməsinə səbəb olur. Buna görə də qanhayxırma zamanı xəstəyə ilk yardım-onun sakitləşdirilməsindən ibarətdir (həyəcanlanma və fiziki gərginlik qanhayxarmanı gücləndirə bilər), bu halda xəstəyə yarıoturaq vəziyyət verilməlidir. Bu vəziyyətdə qanhayxırma yüngülləşir. Xəstənin danışması qadağan edilməli və həkim çağırılmalıdır. Həkimin tə'yin etməsi üzrə qansaxlayıcı terapiya keçirilməlidir.

MİQREN-adətən, başın yarısında hiss olunan bu ağrı tutması çox vaxt göz yuvası, yuxarı çənə və boyun nahiyəsinə də yayılır. Ağrı qırıq-qırıq xassəli (pulsasiyalı) olur, qıcıqlanma (səs, işıq, iy və s.) tə'siri nəticəsinə şiddətlənir, çox vaxt ürək bulanması, bə'zən qusma ilə müşayiət olunur. Miqren tutması arterial təzyiqin artmasında və ya kəskin surətdə azalmasından, qlaukomadan, kəllədaxili təzyiqin artmasından asılı deyildir.

Adətən xəstənin obyektiv müayinəsində əhəmiyyətli patologiyanın olması aşkar edilmir.

İlk yardım: maksimum istirahət verilir, ayaqlara isti vanna edilir, kofeinlə (0.1 q) birlikdə analgin (1 q), isti və şirin çay verilir, ənsə nahiyəsinə xardal yaxması qoyulur.

BURUN QANAXMASI çox vaxt burun selikli qişası damarlarının zədələnməsi zamanı baş verir və ya hipertoniya xəstəliyinin, qan xəstəliklərinin və qaraciyər sirrozunun cərəyanını mürəkkəbləşdirir.

Burun qanaxması şiddətləndikdə qan ağız boşluğuna düşür və qismən udulur ki, bunun nəticəsində də qan qusma və qatranşəkilli nəcis ifrazı müşahidə oluna bilər. Burun qanaxması kəskin anemiya (qanazlığı), əlamətləri olan: başgicəllənməsi, suzanma, sifətin

solğunluğu və nəbz sıxlaşmasına səbəb ola bilər.

İlk yardım: xəstəni sakitləşdirib əyləşdirməli, qanı mümkünsə ləyənə yığmalı, çünki bu, qan itkisi miqdarını müəyyən etməyə imkan verir. Xəstə başını dala əyməməlidir, əks təqdirdə qanaxma kəsilməz və qan burundan axmayaraq bütünlüklə udular. Qanaxmanı dayandırmanın ən e'tibarlı vasitəsi buruna tampon qoyulmasıdır. Bu məqsədlə 3-5 sm enində steril tənzif bint və ya uzun tənzif salfeti pinset vasitəsilə burnun dərinliyinə salırlar. Buruna salınan sonrakı bint qatı əvvəlki qata kip qoyulmalı və beləliklə, burnun yarısı tamponla tutulmalıdır. Tamponlar əvvəlcə vazelin yağı ilə yağlanmalıdır. Tampon bütün sutka ərzində burunda qala bilər. Burnun ön hissəsinə tampon qoyuluşunun qeyd etdiyimiz bu üsulu bir sıra hallarda ancaq həkim tərəfindən burnun dal hissəsinə tampon qoyuluşu ilə tamamlanır.

ÜRƏKGETMƏ-beynin, adətən, qısamüddətli huşu itirmə ilə müşayiət olunan qəfləti anemiyası. Bu hal ürək-damar sisteminin müxtəlif xəstəlikləri, müxtəlif xarici tə'sirlər, məsələn, iti ağrılar olduqda və ya ağrı törədici prosedurlar keçirildikdə, qan gördükdə, bərk həyəcanlanma zamanı və otaqda boğanaqlıq olduqda əmələ gələn qorxu nəticəsində baş verə bilər. Çox vaxt yorğun, ac və yoluxucu xəstəlik keçirmiş şəxslərdə baş verir. Özündəngetmə zamanı huşun itirilməsindən qabaq birdən-birə zəiflik, vəziyyətin pisləşməsi, baş gicəllənmə, gözə qaranlıq çökməsi və ya gözün qabağında bəlirmə, əl-ayağın keyləşməsi hiss olunur. Çox vaxt xəstəlik tutması bu hisslərlə məhdudlaşır və tam özündəngetmə baş vermir. Özündəngetmə xəstəliyinin simptomları bənizin avazıması, seyrək və səthi tənəffüs, zəif nəbz vurması, alçaq arterial təzyiq, periferik venaların batıqlığı, əzələlərin zəifləməsidir. Bə'zən xəstənin gözləri axır, göz bəbəkləri daralır, işığa reaksiyası artır. Bir neçə dəqiqədən sonra xəstə özünə gəlir, gözlərini açır, mühitə reaksiya etməyə, sual verməyə başlayır, bənizin normal rəngi tədricən bərpa olunur. Lakin zəiflik və başağrısı bir neçə saat davam edə bilər.

Xəstəni ürəkgetmə vəziyyətindən mümgün olduqca tez çıxarmaq üçun onu uzandırmaq, ayaqlarını qaldırmaq (belədə beyinə qan axıb gəlməsi asanlaşdırılır), onu sıxan paltardan azad etmək, yaxalığını açmaq, toqqasını boşaltmaq və ona təmiz hava gəlməsini tə'min etmək lazımdır. Bundan sonra xəstənin üzünə və döşünə soyuq su çiləmək, ona nişatır spirtində isladılmış pambığı iylətdirmək, ayaqlarına isitqat qoymaq və ya sərt bir şeylə ovxalayaraq qızdırmaq lazımdır. Bu kömək etmədikdə dərialtına kordiamin, kofein və ya kamfora yeridilir. Ürəkgetmə kəskin qan itirmə nəticəsində, məsələn, xoradan qanaxma və ya uşaqlıqdankənar hamiləliyin pozulması üzündən qanaxma nəticəsində baş verə bilər. Buna görə də xəstə, həkim tərəfindən müayinə edilməlidir.

KƏSKİN SİDİK LƏNGİMƏSİ-həddindən artıq dolmuş sidik

kisəsindən sidiyin gəlməməsi. Bu cür ləngimə ən çox prostat vəzi adenoması olan yaşlı kişilərdə inkişaf edir, onurğa beynin zədələnməsi nəticəsində çanaq üzvlərinin funksiyası pozulduğu hallarda da təzahür edir, bə'zən də operasiyadan sonrakı ilk dövrdə baş verir. Kəskin sidik ləngiməsi zamanı xəstəni siyiməyə çox əziyyətverici meylin tez-tez təkrarlanması narahat edir. Sidik kisəsinin gərilməsi və tez-tez təkrarlanan siyimə meyli qasıqüstü nahiyədə ağrılara səbəb olur. Adətən sidikliyin (sidik kisəsinin) genişlənməsini əlləməklə müəyyən etmək olur. Onun dibinin qasıq üzərində xeyli qabarıqlıq əmələ gətirməsi aşkar edilir. Kəskin sidik ləngiməsi olan xəstələrdə sidik kisəsi sfinkterinin gərilməsi nəticəsində xəstənin, sərbəst siyimə meyli olmadığı hâlda, damcı-damcı sidiyin gəlməsi müşahidə olunur.

İlk yardım. Reflektor tə'sir (su şırnağının səsi, qarnın aşağısına isitqac qoymaq, imalə və s.) vasitəsilə sərbəst siyiməyə nail olmadıqda aseptika qaydalarına riayət edilərək sidik kisəsinə yumşaq kateter qoyulur.

ZƏHƏRLƏNMƏ-orqanizmə zəhərlərin tə'siri nəticəsində əmələ gələn patoloji vəziyyət. Zəhərlənməyə pis keyfiyyətli ərzaq və zəhərli bitkilər, məişətdə və istehsalatda tətbiq edilən müxtəlif kimyəvi maddələr, dərman preparatları və s. səbəb ola bilər. Zəhərlər orqanizmin müəyyən yerinə və ya ümumiyyətlə, bütün orqanizmə tə'sir edə bilər. Bu, zəhərin xassəsindən və orqanizmə düşmə yolundan asılıdır.

Bütün iti zəhərlənmə hallarında *tə'xirəsalınmaz yardım* zamanı aşağıdakı tədbirlər görülür: 1) orqanizmdən zəhər olduqca tez kənar edilir, 2) orqanizmdə qalmış zəhər padzəhr (antidotlar) vasitəsilə zərərsizləşdirilir, 3) tənəffüs və qan dövranının pozğunluqları ilə mübarizə aparılır.

Zəhər ağızdan düşdükdə zəhərlənmənin baş verdiyi yerdə (evdə, istehsalatda) mə'dəni dərhal yumaq lazımdır, bağırsaqların da təmizlənməsi tövsiyə edilir ki, bu məqsədlə işlətmə dərmanı vermək, imalə etmək olar. Zəhər dəriyə və ya selikli qişaya düşdükdə dərhal mexaniki üsulla kənar edilməlidir. Dezintoksikasiya üçün həkimin tə'yinatına görə dərialtına və venaya qlükoza, natrium-xlorid, hemodez, poliqlükin və s. məhlulları yeridilir. Lazım gəldikdə sür'ətləndirilmiş diurez tətbiq edilir: eyni zamanda 3-5 l maye və tez tə'siredici sidikartıran dərmanlar yeridilir. Zəhərin zərərsizləşdirilməsi üçün, zəhərlənmənin xarakterindən asılı olaraq spesifik antidotlardan-unitiol, metilen abısı və s. istifadə edilir. Tənəffüsün funksiyasının və qan dövranının bərpa olunması uçün oksigen, ürək-damar dərmanları, tənəffüs analeptikləri, aparat vasitəsilə tənəffüs də daxil olmaqla, sun'i nəfəsaldırma tətbiq edilir.

Qida maddələri ilə zəhərlənmə qidalanmadan bir neçə saat sonra kəskin surətdə başlayaraq-ürək bulanması, bərk zəiflik, pis vəziyyət, qarınüstü nahiyədə köpmə və ağrı hiss edilir, çox keçmədən bol qusma

baş verir və bu, xəstənin vəziyyətini bir qədər yüngülləşdirir. Qusma qarın işləməsi ilə müşayiət olunur, xəstənin qarnı tez-tez işləyir, ifrazat çox və duru konsistensiyalı olur, bə'zən tərkibində selik görünür. Eyni zamanda qarında sancı şəklində ağrılar baş verə bilər. Çox vaxt temperatur yüksəlir, başağrısı və bütun bədəndə ağrı hiss olunur.

Tə'xirəsalınmaz yardım mə'dənin qida qalıqlarından tamamilə təmizlənənə, saf su çıxana qədər yoğun zondla yuyulması ilə başlanır. Zond salmaq mümgün olmadıqda xəstəyə stəkanla su içirdirlər və sonra əsnəyini (udlaq girəcəyini) barmaqlarla qıcıqlandıraraq qusma əmələ gətirirlər. Xəstə qusduqdan sonra ona qarın işlətmə duzları (400-500 ml suda 20-30 q maqnezium-sulfat və ya natrium-sulfat) içirdirlər. Xəstəni yataqda uzadıb qarnına isitqac qoymaq lazımdır. Ağrılar olduqda 5-7 damcı 0.1%-li atropin-sulfat və ya 0.015 q xanımotu (belladonna), bə'zən atropin (0.5-1 ml 0.1%-li) məhlulunu dəri altına yeritmək olar. Kollaps baş verdikdə ürək-damar dərmanları: 2 ml 25%-li kordiamin məhlulu, 2 ml 20%-li kamfora məhlulu, 1 ml 10%-li kofein məhlulu, 1 ml 1%-li mezaton məhlulu dəri altına yeridilir. Orqanizm susuzlaşdıqda və elektrolitləri itirdikdə 500-1000 ml, natrium-xloridin izotonik məhlulunun damcı üsulu ilə dəri altına və ya venaya yeridilməsi təşkil edilməlidir. Eyni zamanda venaya 10-12 ml 10%-li natrium-xlorid məhlulu yeridilməlidir. İntoksikasiya və susuzlaşma simptomlarının kollaps əlamətləri ilə birləşməsi hökmən damcı üsulu ilə venaya mayelərin (5%-li qlükoza ilə birlikdə natrium-xlorid izotonik məhlulunun) yeridilməsini və ürək-damar dərmanlarının (kofein, mezaton; 0.5-1 ml 0.2%-li noradrenalin məhlulunu damcısalan pipetkaya əlavə edirlər) yeridilməsini tələb edir.

Qida maddələri ilə zəhərlənmə hallarında əvvəlinci 1-2 gün ərzində xəstə yeməkdən çəkinməlidir, bu zaman ona itıq çay vermək olar. Sonralar isə həkimin göstərişi üzrə qidalanma rejimi tədricən genişləndirilir.

Məişət və istehsalat zəhərlənmələri. Alkoqol. Ondan sui-istifadə edilməsi-məişət zədələnmələrinin ən çox təsadüf olunan səbəbidir. Alkoqolla (narkoz zəhəri ilə) zəhərlənmə zamanı şüurun koma dərəcəsinə qədər pozulması muşahidə edilir. Bu zaman ağızdan və qusuntu kütləsindən səciyyəvi alkoqol iyi gəlir. Bəbəklər əvvəl daralır, onların işığa və ya buynuz qişa refleksinə reaksiyası mühafizə olunur, daha dərin intoksikasiyada bəbəklər genişlənir, onların işığa və buynuz qişa refleksinə reaksiyası olmur. Bu zaman təpəffüsün dərin olması, nəbzin tez-tez vurması qeyd edilir, ağır intoksikasiya zamanı arterial təzyiq aşağı düşür.

Tə'xirdsalınmaz terapiyaya yoğun zond vasitəsilə mə'dənin yuyulması, parçalanan alkoqol maddələrinin neytrallaşdırılması üçün dərialtına kofein (1-2 ml 20%-li məhlulu) yeridilməsi, habelə venaya təzəcə hazırlanmış 400-600 ml 4%-li natriüm-bikarbonat məhlulunun

yeridilməsi aiddir. Alkoqol koması halında olan xəstənin dilinin dala əyilib içəriyə düşməsinin qarşısını almaq üçün, alkoqol koması vəziyyətində olan xəstənin dilinə dil tutqacı qoyulmalıdır. Arterial təzyiqin aşağı düşməsi və susuzlaşma zamanı venaya 1-2 l natrium-xlorid izotonik məhlulu və ya 5%-li qlükoza məhlulu yeridilməlidir.

Karbon 2-oksiddən, işıq və generator qazlarının tərkibində olur. Zəhərlənmə mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə simptomları ilə xarakterizə olunur. Bu simptomlar-qulaqlarda küy, başağrısı, baş gicəllənməsi, ürək bulanması, qusma, bərk zəifləmə, şüur pozğunluğu, sonra dərin koma baş verməsindən ibarətdir.

İlk yardım: zərərdidəni xarab olmuş havadan dərhal uzaqlaşdırmalı, oksigen, karbogen inhalyasiyası, göstəriş olduqda sün'i tənəffüs, o cümlədən aparat · vasitəsilə sün'i tənəffüs keçirilməlidir. Bu zəhərlənmənin antidotu metilen abısıdır. Onu xromosmon preparatı ilə (metilen abısının qlükozada hazırlanmış və ampullara tökülmüş məhlulu) 50- 100 ml miqdarında venaya yeridirlər.

Sirkə essensiyası. Sirkə essensiyası içilməsi nəticəsində ağız boşluğu, udlaq, qırtlaq, qida borusu, mə'dənin selikli qişasının yanığı və ümumi intoksikasiya baş verir. Yanıq udma aktının pozulması, ağızda və qida borusu yolunda bərk ağrı ilə müşayiət olunur. Turşu sorulması hemolizə, qaraciyərin zədələnməsinə və aydın görünən asidoza səbəb olur. Zəhərlənmənin ilk dəqiqələrindən eritrositlərin dağılma məhlulları sidiyə qarışdığına görə, o albalı rəngi alır. Anuriya inkişaf edə bilər.

Tə'xirəsalınmaz yardım mə'dənin yuyulması ilə başlanır. Bu tədbir ancaq essensiya qəbul edilməsindən sonrakı ilk 1-2 saat ərzində (adətən, zond işlədilmədən) keçirilməlidif. Mə'dənin yuyulması üçün ən yaxşı vasitə 2%-li natrium-bikarbonatdan (içməli sodadan) istifadə edilməsidir. Asidozla mübarizə üçün o 500-600 ml 4%-li natrium-bikarbonat (soda məhlulunu) damcı üsulu ilə venaya yeridirlər, diurezi artırmaq üçün təkrar 10 ml 24%-ln eufillin məhlulu və başqa sidikartıran dərmanlar, ağrılar olduqda da promedol yeridilir. Parenteral qidalanma tətbiq edilir.

Fosfor-üzvi birləşmələr (xlorofos, tiofos, karbofos və s.) Bu maddələrin istehsalatda və məişətdə geniş tətbiqi onlarla zəhərlənmə hadisələrinin artmasına səbəb olur. Zəhərlənmə simptomları, bir qayda olaraq, zəhərlə təmasdan sonrakı birinci saat ərzində təzahür edərək ağız suyu axması, qusma, qarın işləməsi, bəbəklərin daralması, bronxların spazmı və bronxial vəzilərin güclü sekresiyası nəticəsində təngnəfəslik baş verməsindən ibarət olur. Zəhərlənmənin kec təzahür edən mərhələlərində əzələlərin, o cümlədən tənəffüs əzələsinin iflici və bunun nəticəsində təngişmədən əmələ gələn ölüm baş verir.

Tə'xirəsalınmaz yardım tədbirləri:-atropin yeridilir, mə'də yuyulur (fəallaşdırılmış kömür və ya karbolen əlavə edilməklə), lazım gəldikdə

sün'i tənəffüs keçirilir. Diaqnozdan şübhə edilmədikdə eyni zamanda 3-5 ml 0,1%-li atropin məhlulu yeridilir.

Dərmanlarla zəhərlənmə. Barbituratlar. Bu qrupdan olan yuxu dərmanları ilə zəhərlənmə hallarına tez-tez təsadüf edilir. Yuxu dərmanının böyük dozasının qəbul edilməsindən 30-60 dəqiqə keçdikdən sonra yuxuculluq, zəiflik, səntirləmə, nitqin pozulması baş verir, bəbəklər daralır. Sonra dərin yuxu və koma halı başlayır.

Tə'xirəsalınmaz tədbirlər: mə'dəni yoğun zondla yuyur, sonra qarın işlədici duzlar verir, təmizləyici imalə qoyulur. Tənəffüsün pozulması ilə birlikdə koma baş verdiyi zaman sün'i tənəffüs keçirilir. Sorulmuş zəhərin kənar edilməsi üçün sür'ətləndirilmiş diurez tətbiq edilir.

Barbituratlarla zəhərlənmə hallarında yataq yaraları və pnevmoniyaların erkən qarşısı alınması xüsusilə çox əhəmiyyətlidir.

Atropin (xanımotu, belladonna, belloid, bellaspon və s.). Tərkibində atropin olan dərman preparatları və bitkilərlə (xanımotu, batabat, dəlibənk ilə) zəhərlənmə zamanı bəbəklərin genəlməsi və görmə pozğunluğu, ağızda bərk quruluq, ürək döyünməsi, üzün hiperemiyası, səs xırıltısı, psixi pozğunluqlar, yuxu ilə növbələşən həyəcanlılıq hallüsinasiya (xəyali görmə), sayıqlama müşahidə olunur. Ağır zəhərlənmə baş verdikdə xəstə koma halına düşərək tənəffüsün və qan dövranının pozulması nəticəsində ölə bilər.

Tə'xirəsalınmaz yardım tədbirləri: mə'dənin fəallaşdırılmış kömür (karbolen) əlavə edilmiş su ilə yuyulması, dəri altına 1 ml 0,05%-li prozerin məhlulu yeridilməsinin təkrarlanması, həyəcanlanmanı və qıcolmaları aradan qaldırmaq üçün əzələyə 2 ml 2,5%-li aminazin məhlulu yeridilir, sorulmuş zəhəri kənar etmək üçün sür'ətləndirilmiş diurez tətbiq edilir.

Neyroleptiklər-aminazin, triftazin, levomepromazin (tizersin) və s. Bu dərmanların toksik dozalarının qəbul edilməsi nəticəsində zəiflik, yuxuculluq, baş gicəllənməsi əmələ gəlir, sifət maska şəkli alır, çox keçmədən başlayan yuxu bir sutkadan artıq davam edir. Bəbəklər daralır, bə'zən əzələnin dalbadal dartılması müşahidə edilir. Ağır zəhərlənmələr zamanı komatoz hal inkişaf edir, tənəffüs pozulur və bunlar ölümə gətirib çıxarır.

Tə'xirəsalınmaz yardım tədbirləri: mə'dəni mümkün qədər tez zondla yuyurlar. Yuduqdan sonra mə'dəyə həmin zond vasitəsilə işlətmə duzu daxil edirlər. Təmizləyici imalə keçirilir. Oksigenlə terapiya aparılır. Həkimin tə'yinatı üzrə sür'ətləndirilmiş diurez tətbiq edilir, plazmanın qələviləşdirilməsi üçün venaya 4%-li natrium-biokarbonat (soda) məhlulu yeridilir; tənəffüs pozulduğu hallarda sün'i tənəffüs keçirilir. Onu aparat vasitəsi ilə keçirmək olar.

Antihistamin preparatlar-dimedrol, diprazin (pipolfen), suprastin və s. Bu dərmanlarla, zəhərlənmə simptomları onlar qəbul edildikdən 10 dəq.-1 1/2 saat sonra təzahur edir. Bu simptomlar: əzginlik, yuxuculluq,

səntirləmə, dolaşıq nitqdən ibarətdir. Qulaq batması, hərəki və psixi həyəcanlılıq hallüsinasiya ilə əvəz oluna bilər, sonra yuxuya gedərək xəstə 10-12 saat yatır. Sifətin və bədənin qızarması, dəridə və görünən selikli qişalarda quruluq müşahidə olunur. Tənəffüs və nəbz vurması sıxlaşır. Ağır zəhərlənmə halları komaya səbəb olur.

Tə'xirəsalınmaz yardım tədbirləri: mə'dəni yoğun zondla yuyur, işlətmə duzu verir, təmizləyici imalə qoyur və oksigen terapiyası keçirirlər. Həkimin tə'yin etməsi üzrə parenteral (bilavasitə) içəriyə maye daxil edilir və sür'ətləndirilmiş diurez keçirilir. Qıcolmalar baş verdikdə onların əleyhinə müalicə tətbiq edilir.

Trankvilizatorlar-xlordiazepoksid (elenium), diazepam (seduksen), oksazepam (tazepam). Bu dərmanların toksik dozasının qəbul edilməsindən 1-1½ saat keçdikdən sonra getdikcə artan əzələ zəifliyi, yuxuculluq, baş gicəllənməsi, yerişin, nitqin pozulması baş verir. Ağır hallarda koma inkişaf edir və o ölüm təhlükəsi törədir.

Tə'xirəsalınmaz yardım: mə'dəni yoğun zondla təkrar-təkrar yuyurlar: həkimin tə'yinatı üzrə sür'ətləndirilmiş diurez aparır, tənəffüs pozulduğu zaman sün'i tənəffüs keçirirlər.

PNEVMOTORAKS (spontan)-emfizema, pnevmoskleroz, vərəm zamanı ağciyər toxumasının qırılması nəticəsində plevra boşluğuna hava düşməsi. Bu zaman ağciyərin basılması sür'ətlə artan təngnəfəsliyə səbəb olur, bu isə şiddətli ağrı ilə birlikdə pnevmotoraksın əsas simptomudur. Digər simptomları: quru öskürək, dəri örtüklərinin solğunluğu (bə'zən sianozu), xəstənin məcburi olaraq xüsusi vəziyyət alması, taxikardiya arterial təzyiqin aşağı düşməsidir.

Tə'xirəsalınmaz yardım-narkotik analgetiklər, damar dərmanları, oksigen terapiyası vasitəsilə ağrısızlaşdırmadan ibarətdir.

BÖYRƏK SANCISI-bel nahiyəsində və qarında kəskin ağrı tutması. Bu, bir qayda olaraq, böyrək daşı xəstəliyində daşın sidik axarı ilə hərəkəti zamanı baş verir. Belə ağrı tutması fiziki iş gərginliyi, hərəkət vasitələrində silkələnmə zamanı, daha çox baş verir. Ağrılar son dərəcə şiddətli olmaqla, adətən, qasıq nahiyəsinə və cinsiyyət üzvlərinə keçərək, tez-tez siyiməyə meyl və qarın köpməsi ilə müşayiət olunur. Xəstənin son dərəcə narahat davranışları səciyyəvi haldır. O ağrını yüngülləşdirici poza tapmayaraq çırpınmağa məcbur olur. Çox vaxt ağrı tutmaları nəticəsində xəstənin temperaturu yüksəlir.

Tə'xirəsalınmaz yardım: dərialtına 1 ml 0,1%-li atropin məhlulu yeridilir, bel nahiyəsinə isti vanna edilir. Həkimin tə'yinatı üzrə atropinlə birlikdə narkotik analgetiklər də yeridilir.

KƏSKİN PSİXOZ-psixikanın kəskin pozğunluğu-hallüsinasiya, sayıqlama, depressiya və s. hallarda xəstəyə tə'cili yardım göstərmək və ona nəzarət etmək lazımdır. Kəskin psixoz halında olan xəstələr xəyali hədələrdən qorunaraq həm özləri, həm də ətrafındakılar üçun təhlükəli hərəkətlərə əl atırlar. Bu şəraitdə tibb personalı sakit davranmalı,

təmkinlik və xeyirxahlıq göstərməlidir, çünki bunsuz xəstə ilə dil tapmaq və lazımi kontakt yaratmaq çətindir. Həyəcanlanan xəstəni ətrafındakılardan təcrid etmək lazım gəlir ki, bunu da bir neçə adamın köməyi ilə yerinə yetirmək mümgün olur. Xəstə ilə aparılan söhbət onu sakitləşdirmədikdə onu zorla saxlayaraq əzələyə 2 ml 2,5%-li aminazin məhlulu yeritmək lazımdır.

QUSMA-kəskin qastrit, appendisit, xolesistit, zəhərlənmələr, bir çox yoluxucu xəstəliklər, miokard infarktı, beyin qan dövranı pozğunluqları, böyrək çatışmazlığı, beyin sarsıntısı və çox vaxt tə'xirəsalınmaz müalicə tələb edən bir çox başqa xəstəliklərin simptomudur.

Xəstənin qusması üçün tas qoymalı, ona ləyən verilməlidir: qusma zamanı diş protezləri çıxarılmalıdır. Huşunu itirmiş xəstənin qusma zamanı aspirasiyasının (boğulmasının) qarşısını almaq üçün onu böyrü üstə çevirməli, ağız boşluğunu qusma kütləsindən təmizləməli.

Bütün hallarda qusuntu kütləsinin xassəsinə-miqdarına, rənginə, iyinə, tərkibindəki qatışıqlara (tərkibində qan və s. olmasına) fikir verilməlidir, çünki bunların diaqnoz üçün əhəmiyyəti vardır.

ÜRƏK DÖYÜNMƏSİ-ürək xəstəliklərinin, nevrozların və başqa xəstəliklərin simptomudur. Ürək döyünməsi birdən-birə baş verdiyi və xəstəyə əziyyətverici xassəli tutma (paroksizmal taxikardiya və ya qulaqcıqların paroksizmal titrəyişli tutması) şəklində olduğu hallarda xəstəyə tə'xirəsalınmaz yardım göstərilməsi tələb edilir.

Xəstələr tez-tez güclü ürək təkanları və qorxu hiss edirlər, onların sifəti ağarır, nəbzi dəqiqədə 150 dəfədən artıq vurur. Tutma bir neçə saat, hətta bir neçə sutka davam edə bilər. Belə hallarda ürək döyünməsi xəstənin həyatı üçün təhlükə törədir.

Tutmanın aradan qaldırılması üçün azan siniri qıcıqlandırıcı tədbirlər-göz almalarına, yuxu arteriyası nahiyəsinə, qarın aortasına təzyiqetmə, sün'i qusdurma tətbiq edirlər. Həkimin tə'yin etməsi üzrə venaya novokainamid, inderal və ya başqa antiaritmik dərmanlar yeridirlər.

STENOKARDİYA (döş inağı)-*döş ağrıları* bəhsinə bax.

QICOLMALAR-sinir sisteminin zədələnməsi əlaməti. Qıcolma təqəllüsləri ayrı-ayrı əzələ qruplarında müşahidə oluna və ya bədənin bütün əzələlərini qavraya bilər (cəmləşmiş qıcolma tutması). Cəmləşmiş qıcolma-əksəriyyətlə epilepsiya təzahürüdür. Adətən, epilepsiya tutmasından qabaq aura adlanan pis qoxu, qorxu, baş gicəllənməsi və s. hissi törədən vəziyyət yaranır. Eyni xəstə üçün daimi olan bu hisslər bir neçə dəqiqə davam edir. Sonra o huşunu itirir, yıxılır və qıcolmalar başlayır. Bunlar 2-3 dəqiqə davam edərək, xırıltı, sifətin göyərməsi, qeyri-iradi siyimə, dilin dişlənməsi, aqızdan köpük ifraz edilməsi ilə müşayiət olunur. Tutma qurtardıqdan sonra xəstəni yuxu basır, yuxudan ayıldıqdan sonra isə o vaqe olanları xatırlamır. Qıcolma

tutmaları, epilepsiyadan başqa, travmatik ensefalopatiya, damar xəstəlikləri və (neyroinfeksiya nəticəsi olan) beyin şişləri, habelə uremiya, qaraciyər çatışmazlığı, hipoqlikemik koma və s. zamanı müşahidə oluna bilər.

Qıcolma tutması çox vaxt zədələnmələrlə müşayiət olunduğundan, xəstəni yatızdıraraq, qol və ayaqlarını tutub saxlamaq, başı altına yastıq qoymaq lazımdır. Dilin dişlənməsinə yol verməmək üçün xəstənin dişləri arasına tənzifə bükulmüş qaşıq qoymaq, ağız suyu udulmaqla boğulmanın qarşısını almaq üçün isə xəstənin başını yana çevirmək lazımdır. Qıcolma tutmaları qurtarana kimi tibb bacısı xəstənin yanında olmalıdır. Həkimin tə'yin etməsi üzrə venaya 10 ml 25%-li maqnezium-sulfat məhlulu, 20 mq diazepam (seduksen), əzələyə 2-4 ml 2,5%-li aminazin məhlulu yeridilir. İmalə ilə 50 ml suya əlavə edilmiş 2-3 q xloral hidrat daxil edilir. Epilepsiya tutmaları olan xəstələrə kordiamin, korazol, kamfora vurulmamalıdır, çünki bu dərmanlar özləri də qıcolmalar törədə bilər.

Tutmadan sonra xəstəni ayıltmaq olmaz.

İSTİ VURMASI (gün vurması). Orqanizmin uzun muddət qızması və ya düz günəş şualarının açıq başa tə'siri isti (gün) vurmasına səbəb ola bilər. Nəticədə, əzginlik, ümumn zəiflik, baş gicəllənməsi, baş ağrısı, ürək bulanması baş verir; şüurun itirilməsi, koma inkişaf etməsi də mümkündür. Xəstəni dərhal saf havalı, kölgəli yerə çıxarır, soyundurur. Yaş mələfəyə bürüyür və ona bol soyuq su içizdirirlər.

BOĞULMA. Bronxial astma. Ürək astması bəhsinə bax.

İLAN DİŞLƏMƏSİ. İlan sancmasında toxumaların ödemi və dişlənən yerdə bərk ağrı, limfontoit və limfalenit, sonra ümumi intoksikasiya əlamətləri-başağrısı, temperaturun artması, zəiflik, özündəngetmə halları müşahidə olunur.

Tə'xirəsalınmaz yardım: sancılmış yerə soyuq şey qoyulur, daxilə dimedrol (0,05 q) verilir. Xəstəni ilan zəhərinə qarşı yeganə e'tibarlı vasitə olan serumlar dəstinə malik tibbi müəssisəyə olduqca tez göndərmək lazımdır.

BATMA-asfiksiyanın (boğulmanın) bir növüdür. Batma hallarında boğulmanın bilavasitə səbəbi bərk qorxu və həddindən artıq soyuma nəticəsində qulaqlara və yevstax borusuna soyuq su dolmasına görə tənəffusün reflektor dayanmasıdır. Fəlakətzədə birdən-birə batdıqda ağciyərlərə su dolmağa macal tapmır, bu zaman dəri örtüyü ağarır, yuxarı tənəffüs yollarından köpüklü kütlə ifraz olunmur. Boğulma yavaş-yavaş olduqda, yə'ni fəlakətzədə gah üzə çıxıb, gah yenidən batdıqda ağciyərlərə su dolur, bu zaman dəri örtüyü göyərir, venalar köpür, ağızdan və burundan köpüklü kütlə ifraz olunur.

Tə'xirəsalınmaz yardım: suda batmış adamı sudan çıxardıqdan sonra onun ağız və burun boşluqlarını selikdən, qusuntudan və ya qumdan təmizləyirlər. Bunun ardınca "ağzı ağıza" və ya "ağzı buruna"

vermə üsulu, ilə və eyni zamanda urəyin qapalı massajını aparmaqla sün'i tənəffüs keçirməyə başlayırlar. Dəri altına kamfora, kordiamin, kofein yeridilməsi tövsiyə edilir.

Belə xəstələri xəstəxanaya göndərmək lazımdır, çünki sonralar pnevmoniya inkişaf edə və ya nevroloji pozğunluqlar aşkar edilə bilər. Xəstəni aparmazdan əvvəl onu periferiyadan mərkəzə doğru yaxşıca ovuşduraraq, qıçlarını massaj edərək qızdırmaq və quru, isti paltarla örtmək lazımdır.

ELEKTROTRAVMA. Zədələnmə dərəcəsi cərəyanın gərginliyi və şiddətindən, cərəyana muqavimətin kəmiyyətindən asılıdır. İnsanın dərisi yaş olduqda və ya o nəm torpaq üzərində durduqda cərəyana müqavimət azaldır. Bu şəraitdə hətta gərginliyi 40 voltdan az olan dəyişən elektrik cərəyanının tə'siri belə ölümlə nəticələnə bilər. Elektriklə zədələnmənin ağırlığı müxtəlif dərəcədə inkişaf edir və aydın büruz edən ümumi hadisələr olmadan bədənin ancaq müəyyən yerindəki yanıqdan başlamış, geniş və dərin yanıqlar, toxumaların yanıb kömürləşməsinə, ya da ürəyin və tənəffüsün oyanması nəticəsində baş verən ani ölümə qədər dəyişilə bilir.

Tə'xirzsalınmaz yardım tədbirləri: ən əvvəl cərəyan mənbəyini açmalı (cərəyan altında olan adama ancaq rezin əlcək və rezin uzunboğaz çəkmə geyilmiş halda əl vurmaq olar), tənəffüs və nəbzi mühafizə olunmuş xəstəni uzatmaq lazımdır. Fəlakətzədəni torpağa basdırmaq qəti qadağandır. Damar çatışmazlığı və tənəffus pozğunluğu olduqda dərialtına kofein, kamfora, kordiamin vurulur. Elektriklə zədələnmə zamanı əmələ gələn yanıqların ilk müalicəsində ətraf dərini etil spirti ilə silir və dəriyə aseptik sarğı qoyurlar. Xəstəni ən yaxın carrahi (travmotoloji) xəstəxanaya aparırlar.

II. HƏKİM GƏLƏNƏ QƏDƏR GÖRÜLƏN REANİMASİYA TƏDBİRLƏRİ

REANİMASİYA (diriltmə)-orqanizmin həyat fəaliyyətinin bərpa edilməsinə və onun terminal (bioloji ölümə yaxın) vəziyyətdən çıxarılmasına yönəldilmiş tədbirlər sisttemi. Terminal vəziyyətə aqoniya ərəfəsi dövrü, aqoniya (canvermə) dövrü və klinik ölüm aiddir.

Aqoniya ərəfəsi dövr xəstənin son dərəçə ağır vəziyyətdə olması, tənəffüsün, qan dövranının və orqanizmin həyat üçün əhəmiyyətli digər funksiyalarının kobud pozğunluğu ilə xarakterizə olunur. Onun davamiyyəti və klinik mənzərəsinin xüsusiyyətləri xeyli dərəcədə əsas xəstəliyin xarakterindən asılıdır. Belə ki, tənəffüs çatışşazlığının getdikcə artması şəraitində aqoniya ərəfəsi dövrü bir neçə saat çəkə bilər, kəskin "ürək" ölümündə isə fe'lən olmaya bilər.

Aqoniya (canvermə) dövründə şüur, iri arteriyaların nəbz vurması olmur. Bu zaman köməkçi əzələlərin və üzün mimiki əzələlərinin

(ölümqabağı səciyyəvi ağız-burun əymələrin) iştirakı ilə seyrək və dərin nəfəsalmalarla gedən ağır tənəffüs pozğunluqları müşahidə olunur.

Klinik ölümdə, yə'ni effektiv qan dövranı və tənəffüs dayandıqdan sonra, lakin mərkəzi sinir sistemi və başqa üzvlərin hüceyrələrində geridönməz dəyişilmələr inkişaf etməmişkən, kafi dərəcədə qan dövranı və tənəffüs sün'i surətdə davam etdirildiyi halda, hələ orqanizmin həyat fəaliyyəti bərpa edilə bilər. Klinik ölüm əlamətləri bunlardır: şüurun və reflekslərin (həmçinin buynuz qişa refleksinin) tamamilə olmaması, dərinin və görünən selikli qişaların kəskin surətdə göyərməsi və ya (qanaxmalar zamanı) ağarması; bəbəklərin xeyli genişlənməsi; effektiv ürək təqəllüslərinin və tənəffüsün olmaması. Yuxu arteriyalarında pulsasiyanın olmaması və dinləndikdə ürək tonlarının eşidilməməsi ürək fəaliyyətinin dayanmasını göstərir (elektrokardioqrafik üsulla-kardiomonitor müşahidə zamanı-mə'dəciklərin fibrillyasiyası və ya kəskin bradiaritmiya tə'yin edilir, yaxud tam asistoliya olduğunu göstərən düz xətt qeyd edilir.

10-15 saniyəlik müşahidə ərzində aydın koordinasiyalı (bir-birinə uyğun) tənəffüs hərəkətlərinin tə'yin edilə bilməməsi effektiv tənəffüsün olmadığını göstərir.

Klinik ölüm halı 4 dəqiqədən 6 dəqiqəyə qədər davam edir. Xəstənin bundan qabaqkı ağır vəziyyəti qan dövranı və xüsusilə mikrosirkulyasiya və toxuma metabolizminin kobud pozğunluqları klinik ölüm müddətini, adətən, 1-2 dəqiqəyə qədər ixtisar edir. Lakin onun çatması momentini bir çox hallarda yəqin tə'yin etmək mümgün olmur, buna görə də bioloji ölümün aşkar əlamətləri (meyit ləkələri və s.) olmadıqda xəstə hələ klinik ölüm vəziyyətində hesab edilməlidir.

Reanimasiya tədbirləri kompleksinin həyata keçirilməsi nə mümkün olduqca erkən və ən yaxşısı-ürək asistoliyası inkişaf edənə və tənəffüs tamamilə dayanana qədər başlamaq lazımdır. Bu halda reanimasiyanın bilavasitə effekt verməsi, proqnozun uzun müddət üçün əlverişli olması şansı xeyli artır. Klinika praktikasında 6-7 dəqiqə ölüm vəziyyətində olan adamlarda ürək fəaliyyətinin və müstəqil tənəffüsün bərpa edilməsi halları mə'lumdur, lakin reanimasiyadan 2-5 sutka keçdikdən sonra bu xəstələrin çoxu ölürdü, sağ qalanlarda isə, onları ağır əlillərə çevirən və daimi baxıma ehtiyacı olan kobud nevroloji və psixoloji pozğunluqlar baş verirdi. Buna görə də intensiv terapiyanın öz vaxtında keçirilməsinin əhəmiyyəti böyükdür. Bu terapiya ağır və çox vaxt kritik vəziyyətdə (kəskin ürək çatışmazlığı, ağciyər ödemi, astma vəziyyəti, komatoz hal və s.) olan xəstələrə tibbi, o cümlədən tə'cili tibbi yardım göstərilməsi daxildir. Bir sıra hallarda intensiv terapiyanın müvəffəqiyyətlə keçirilməsi xəstədə terminal vəziyyətin inkişaf etməsinin qarşısını alır. Bütün reanimasiya tədbirləri pozulmuş qan dövranı, tənəffüs, maddələr mübadiləsi kimi həyat üçün çox əhəmiyyətli funksiyaların bərpa olunmasına yönəldilmişdir.

Reanimasiya metodları ölümün irəliləmə mexanizminə görə seçilib tə'yin edilir və bu, çox vaxt əsas xəstəliyin xarakterindən asılı olmur. Əsas reanimasiya tədbirləri-ürəyin massajı ağciyərlərin sün'i ventilyasiyası, elektrik vasitəsilə defibrilyassiya və ürəyin stimulyasiyası-terapiya kompleksinin başqa metodları ilə uyğunlaşdırılmış şəkildə keçirilir. Xəstəyə reanimasiya yardımı göstərilməsində, adətən onun əsasını yaxşı bilən və reanimasiya tədbirləri texnikasına bələd olan 2-3 nəfər eyni zamanda iştirak edir. Reanimasiyanın başlanğıc priyomlarının düzgünlüyü çox vaxt bütünlüklə tə'cili yardımın nəticəsini və xəstənin sonrakı taleyini həll edir. Əgər xəstəxanadan xaric şəraitdə feldşer və ya tibb bacısının müstəqil keçirdikləri reanimasiya tədbirləri adətən xarici ürək massajı və sün'i tənəffüslə məhdudlaşırsa, reanimasiya şö'bəsinin, intensiv terapiya bloku və ya xüsusi tə'cili yardım briqadasının orta tibb işçisi bə'zən müstəqil surətdə ürək defibrillyasiyası da keçirməyə məcburdur, çünki ürək mə'dəciklərində fibrilyasiya baş verdiyi zaman bu əməliyyatın ləngidilməsi bioloji ölümə səbəb olur.

Ürək mə'dəciklərinin effektiv təqəllüslərinin dayanması tə'cili olaraq ***ürək massajı*** keçirilməsi üçün göstərişdir. Düzgün ürək massajı həyat üçün əhəmiyyətli üzvlərin qan dövranı ilə kafi miqdarda təchiz olunmasını tə'min edir və çox vaxt ürəyin müstəqil işləməsinin bərpa edilməsinə səbəb olur. Eyni zamanda ağciyərlərin sün'i ventilyasiyası qanın kafi miqdarda oksigenlə doyuzdurulmasına kömək edir.

Həkim müalicəsi qabağı keçirilən reanimasiyada ancaq döş qəfəsi yarılmadan qeyri-müstəqil və ya örtülü ürək massajı tətbiq edilir. Döş sümüyünə ovucla bərk basılması ürəyin onurğa sütunu ilə döş sümüyü arasında sıxılmaqla həcminin kiçilməsinə və bu zaman qanın aortaya və ağciyər arteriyasına atılmasına (sün'i sistolaya) səbəb olur. Döş sümüyünə təzyiq dayandırıldığa anda döş qəfəsi düzəlir və ürəyin həcmi diastolaya uyğun surətdə bərpa olunaraq, qan boş və ağciyər venaları ilə ürək qulaqcığına və mə'dəciyinə daxil olur. Beləliklə, ritmik sıxılma (yumulma) və açılmaların növbələşməsi ürəyin müəyyən dərəcədə nasos kimi işləməsini tə'min edir. Ürəyin qeyri-müstəqil massajı keçirilən zaman xəstə bərk yerdə uzanmalıdır, çarpayıda olduqda isə tezliklə çarpayının toru üzərinə sipər və ya çarpayının altından taburet qoymaq lazımdır ki, onurğa sütununun döş hissəsi bərk səth üzərində olsun, əgər xəstə yerdə və ya döşəmədə uzanmışsa, onu başqa yerə köçürmək lazım deyil. Massaj aparan tibb işçisi xəstənin sol böyrü yanında duraraq, ovcunun proksimal (mil-bilək oynağına yaxın) hissəsini xəstənin döş sümüyünün aşağı üçdə bir hissəsində saxlayır. Digər qolunun biləyini isə birinci qolun biləyi üzərinə elə saxlayır ki, onun düz vəziyyətə gətirilən qol və bazuları xəstənin döşü üstündə olsun. Bədənin ağırlığından istifadə edilərək döş sümüyünə birdən-birə bərk basıldıqda ürəyin döş sümüyü və onurğa sütunu arasında sıxılması

dəqiqədə 50-60 dəfə təkrar edilməlidir.

Genəlmiş bəbəklərin daralması, sianozun (göyərmənin) azalması, massajın sıxlığına müvafiq olaraq iri arteriyaların (ilk növbədə yuxu arteriyasının) pulsasiyası, müstəqil tənəffüs hərəkətlərinin peyda olması keçirilən massajın effektivlik əlamətləridir. Massajı kafi dərəcədə qan dövranını (bu mil arteriyası nəbzi üzrə və sistolik təzyiqinin 80-90 mm civə sütunu səviyyəsinədək yüksəlişi ilə tə'yin edilir) tə'yin edən müstəqil ürək təqəllüslərinin bərpa olunması momentinə qədər davam etdirmək lazımdır. Ürək massajının effektivliyini göstərən əlamətlər görünərsə, lakin ürək hələ müstəqil fəaliyyətə başlamamışsa, massajı davam etdirmək lazımdır. Onun davam etdirilməsi üçün kifayət qədər güc və dözümlülük olmalıdır. Buna görə də ürəyin massajında 2 nəfər tibb işçisi iştirak etməli və növbə ilə hərəsi 5-7 dəqiqə işləyərək, ürəyin ritmik təqəllüslərinin arası kəsilməsinə yol verməməlidirlər.

Bunu da nəzərə almaq lazımdır ki, yaşlı şəxslərdə qabırğa qığırdaqlarının yaş artdıqca kirəcləşməsi nəticəsində döş qəfəsinin elastikliyi azaldığına görə, güclü massaj və döş sümüyünə çox bərk basılması qabırğaların sınmasına səbəb ola bilər; lakin bu mürəkkəbləşmə ürək massajının davam etdirilməsi üçun, xüsusilə onun effektivlik əlamətləri mövcud olduğu zaman, əks göstəriş deyildir. Massaj edərkən qolun biləyi döş sümüyünün xəncərə bənzər çıxıntısı üzərində yerləşdirilməməlidir, çünki birdən-birə bərk basıldıqda qaraciyərin sol payı və qarın boşluğunun yuxarı, şö'bəsində olan başqa üzvlər yaralana bilər.

Adətən terminal vəziyyətlərdə tənəffüsün kəskin zəifləməsi və ya müstəqil tənəffüsün olmaması halları ağciyərlərin *sün'i ventilyasiyasına* (tənəffüsə kömək edilməsinə və sun'i tənəffüsə) göstərişdir. Sün'i ventilyasiyanın vəzifəsi-ağciyərlərə kafi həcmdə havanın ritmik surətdə basılmasıdır, bu zaman nəfəsalma ağciyərlərin və döş qəfəsinin elastikliyi sayəsində, ya'ni passiv surətdə həyata keçirilir.

Həkim müaliçəsi qabağı reanimasiya şəraitində sün'i tənəffusün ən əlverişli və sadə üsulu "ağızdan ağıza" və ya "ağızdan buruna" hava üfürülməsidir. Bu zaman pasiyentin ağciyərlərinə 1200 sm^3 qədər hava ufurülür. Bu miqdar isə tamamilə kafidir, çünki sağlam adam sakit tənəffüs zamanı təxminən 600-700 sm^3 hava sorur. Üfürulən havanıı tərkibində 16% oksigen (atmosfer havasında 21%-dir) olduğuğundan, o diriltmə üçün tamamilə yararlıdır.

Sun'i ventilyasiya ancaq yuxarı tənəffüs yollarında maneələr olmadıqda və hava daxiledici "sistemin" hermetikliyi" şəraitində effektli olur. Udlaq və qırtlaqda yad cisimlər və qusuntu kütləsi olduqda əvvəlcə onları (barmaqla, sıxaclarla sorma və s. ilə) kənar edir və tənəffüs yollarının keçiricilik qabiliyyətini bərpa edirlər. Sonra xəstənin başını maksimum dala əyirlər ki, bu da dil köküün və qırtlaq qapağının qabağa çəkilməklə yerini dəyişməsinə və qırtlağın açılmasına

səbəb olur. Beləliklə, havanın qırtlaqdan nəfəs borusuna sərbəst daxil olması tə'min edilir. Tibb işçisi xəstənin yan tərəfində dayanaraq bir əlilə onun burnunu sıxır, o biri əlilə onun çənəsi altına azca basaraq ağzını açır (ağzın tənzif və ya bint ilə örtülməsi tövsiyə edilir); sonra dərin nəfəs alır və dodaqlarını fəlakətzədənin dodaqlarına sıxaraq nəfəsini güclü surətdə onun ağzına (ona hava üfürür) buraxır. Hava üfürülməsi qurtardıqdan sonra xəstənin dodaqlarını azad edir. Sün'i hava verilişi yaxşı yoxlanıla bilir. Hava üfürülməsi əvvəl yüngül keçir, lakin ağciyərlərə hava dolub onlar gərildikcə müqavimət artır. Sun'i tənəffüs effektiv keçdiyi halda nəfəsalma zamanı, döş qəfəsinin genişlənməsi aydın görünür. Ürək fəaliyyətinin mühafizə olunmuş halında sün'i nəfəsalmaların sıxlığı sayını dəqiqədə 20-25-ə çatdırırlar. Əgər sün'i tənəffüs qeyri-mustəqil ürək massajı ilə birlikdə və ona uyğunlaşdırılmış halda keçirilirsə, güclü hava üfürülmələrinin ritmik təkrarlanma sıxlığı dəqiqədə 12-15-ə çatdırılmalı, yə'ni döş qəfəsinin hər 4-5 basılmasına bir nəfəsalma düşməlidir. Bu halda ürək massajı keçirilən zaman hava üfürülməsi döş qəfəsinin sıxılması momenti ilə eyni vaxta düşməməlidir. Dili və qırtlaq qapağını qabağa itələyən S-şəkilli hava borusunun tətbiq edilməsi sün'i tənəffüsün ağızdan-ağıza üsulu ilə keçirilməsini xeyli asanlaşdırır.

"Ağızdan buruna" nəfəs buraxmaq üsulu da analoji surətdə keçirilir. Bu zaman xəstənin ağzını ovucla örtürlər və ya barmaqla alt dodağı üst dodağa sıxırlar.

Sün'i ventilyasiyanı əldə gəzdirilən portativ tənəffüs aparatları ilə keçirmək mümkündür. Bu zaman tənəffüs xəstənin üzünə kip sıxılmış maska vasitəsilə keçirilir (aparatı xəstənin nəfəs borusuna daxil edilmiş intubasiya borusuna birləşdirmək də olar).

Aparatın kisəsi və ya körüyü sıxıldıqda hava maskadan keçərək xəstənin ağciyərlərinə daxil olur, nəfəsvermə zamanı çıxarılan hava isə ətraf mühitə (havaya) daxil olur.

Kəskin ürək ölümü (ölüm tacı), asfiksiya, elektrik zədələnməsi, qan dövranımın dayanması, demək olar ki, həmişə ürək mə'dəciklərinin birdən-birə baş verən fibrillyasiyası ilə əlaqədardır. Onun kəsilməsi və ürəyin effektiv işləməsimin bərpa edilməsinin əsas üsulu-***elektriklə defibrillyasiyadır***. Defibrillyasiya keçirilməsi üçün göstəriş nəinki mə'dəciklərin fibrillyasiyasının elektrokardioqrafik təsdiqi (tamamilə dürüst diaqnoz), həmçinin fibrillyasiyadan şübhələnmə (onun mövcud olması) ehtimalının əsaslandırılmasıdır. Bunu da nəzərə almaq lazımdır ki, xarici ürək massajı effektiv keçirildikdə müstəqil ürək təqəllüslərinin uzun müddət olmaması da çox vaxt mə'dəciklərin fibrillyasiyasına dəlalət edərək, elektriklə defibrillyasiya tətbiq olunmasını tələb edir.

Bu metod bir anda bütün miokard damarlarının oyanmasına səbəb olan və beləliklə, ürəyin düzgün, ritmik təqəllüslərini bərpa edən yüksək gərginlikdə (7000 V qədər) qısa fərdi boşalma elektrik cərəyanının döş

qəfəsindən keçirilməsinə əsaslanır. Bu manipulyasiya üçün xüsusi cihaz-elektrik defibrillyatoru tətbiq edirlər. Beləliklə, yaxşı kontakt və xəstənin dərisinin yanıqlarından qorunmasının tə'min edilməsi üçün duz məhlulunda isladılmış tənzif salfetə bükülən 2 elektroddan istifadə edilir.

Defibrillyasiya əməliyyatında azı 2 nəfərin iştirakı tələb edilir. Onlardan biri (adətən ürəyi massaj edən)-elektrodları xəstənin döşünün sağ körpücük sümüyü altında və ürək zirvəsi nahiyəsində olan ön səthinə bərk basır, digəri isə defibrillyatorda lazımi miqdarda elektrik cərəyanı yükü toplayır və boşaldır. Tibb personalında ağır elektrik travmalarının olmaması üçün təhlükəsizlik texnikasına ciddi riayət edilməlidir. Defibrillyatorun yerlə birləşdirilməsini yoxlamaq lazımdır. Elektrodların dəstəkləri yaxşı izolə edilmiş və quru olmalıdır. Elektrik boşalma keçirilən momentdə çarpayıda olan xəstəyə və çarpayıya toxunmaq olmaz. Defibrillyasiyanı ondan qabaq və sonra aparılan elektrokardioqrafik yoxlama ilə birgə keçirmək daha yaxşıdır. Lakin boşalma keçirilən momentdə elektrokardioqrafı xəstədən ayırmaq lazımdır.

Defibrillyasiya zamanı görülən işin hərəkət qaydası təxminən belə olmalıdır: defibrillyatorda lazımi kəmiyyətdə elektrik yükü toplanmalı, elektrodlar xəstənin bədəninə bərk basılmalı, elektrokardioqraf ayrılmalıdır. Qabaqca: "xəstədən çəkil!" komandasını verdikdən sonra cərəyan boşaldılmasını keçirməli, defibrillyasiyanın nəticələrini qiymətləndirmək üçün elektrokardioqrafı yenidən qoşmalıdır. Cərəyanın başlanğıc boşalma kəmiyyəti 5 000 V olmalıdır. Birinçi boşalmadan sonra düzgün ritm bərpa olunmazsa və fibrillyasiya davam edərsə, defibrillyasiyanı təkrarlamaq lazımdır. Bu zaman elektrik cərəyanının boşalma gərginliyi yüksəldilməlidir.

Bütün reanimasiya kompleksinin həyata keçirilməsində orta tibb işçilərinin rolu olduqca böyükdür. Çox vaxt xəstənin vəziyyətinin kəskin surətdə pisləşməsini, aqoniya (canvermə) qabağı dövrünü, aqoniyanın və klinik ölüm halının başlanmasını birinci növbədə tibb bacısı qeyd edir. Reanimasiya tədbirlərinin keçirilməsinə də ən əvvəl o başlayır. Reanimasiyanın effekt verməsi və xəstənin həyatı orta tibb personalının bilik, bacarıq və dəqiq hərəkətlərindən asılıdır.

MÜNDƏRİCAT

I fəsil. Tibb bacısının mə'nəvi və peşə keyfiyyətləri (tibb elmləri namizədi V.L.Kassil)....3
II fəsil. Xəstələrə ümumi qulluq və müalicə-diaqnostika proseduraları (tibb elmləri namizədi L.S.Zalikina)....8
III fəsil. Dərman maddələri, onların aptekdən alınması, saxlanması və paylanması (tibb elmləri namizədi A.M.Naqorni)....107
IV fəsil. Xəstələrin müalicə qidası
(tibb elmləri namizədi L.S.Zalikina)....112
V fəsil. Terapevtik xəstələrə qulluq
(tibb elmləri namizədi B.L.Elkonin)....131
VI fəsil. Vərəmli xəstələrə qudluq
(tibb elmləri namizədi A.M.Naqorni)....165
VII fəsil. İnfeksion xəstələrə qulluq (M.S.Vinoqradova)....178
İnfeksion xəstəliklərin törədicilərinin mənbələri və yayılma yolları (M.L.Volovskaya)....204
İnfeksion xəstələrdə laboratoriya analizləri üçün material (M.L.Volovskaya)....208
İnfeksion xəstəliklərdə xəstələr və onlarla təmasda olan şəxslərə aid görülən tədbirlər (M.L.Volovkaya)....210
İnfeksion xəstələrdə laboratoriya analizləri üçün material götürmək üsulları və müddətləri (M.L.Volovskaya)....221
Profilaktika peyvəndləri (M.L.Volovskaya)....229
VIII fəsil. Cərrahi xəstələrə qulluq (tibb elmləri namizədi Y.Q.Dextyar, tibb elmləri doktoru A.İ.Lenyuşkin, tibb elmləri namizədi A.A.Velikoretski)....241
IX fəsil. Bədxassəli yeni törəmələri olan xəstələrə qulluq
(N.İ.Belova)....326
X fəsil. Hamilə, zahı, yeni doğmuş qadınlara və ginekoloji xəstələrə qulluq (tibb elmləri namizədi İ.P.Lariçeva)....336
XI fəsil.Yeni doğülmuş üşağa qulluq 357
XII fəsil. Sağlam və xəstə uşağa qulluq (tibb elmləri doktoru A.M.Roşal, tibb elmləri namizədi N.İ.Roşal)....365
XIII fəsil. Nevroloji və psixi xəstələrə qulluq (tibb elmləri namizədi İ.S.Proxorova)....405
XIV fəsil. Qulağı, boğazı və burnu zədələnmiş xəstələrə qulluq (tibb elmləri doktoru M.A.Şuster)....432
XV fəsil. Gözləri zədələnmiş xəstələrə qulluq (tibb elmləri namizədi Y.Y.Qurtovaya)....444
XVI fəsil. Dəri və zöhrəvi xəstəlikləri olan xəstələrə qulluq (tibb elmləri doktoru B. A. Qerenbeyn)....457
XVII fəsil. Rentgen-radioloji şö'bə və kabinetlərdə tibb bacılarının işinin xüsusiyyətləri (prof. Q.A.Zubovski)....482
XVIII fəsil. Tə'cili yardım və həkiməqədər reanimasiya (tibb elmlərn namizədləri B.L.Elkonin və V.İ.Borodulin)....504

Tibb bacısının məlumat kitabı
(N.R.Paleyevin redaktəsi ilə)

Redaktoru ***Ə.Q. Cəfərov***
Korrektor ***Adil***
Kompüter ***ZauR_H, Anar_M***

Yığılmağa verilmişdir 20,08,2008. Çapa imzalanmış, 30.08,2008.
Kağız formatı 60X90. Şərti çap vərəqi 33. Tirajı 300
Qiyməti müqavilə ilə