

AİLƏ TƏBABƏTİ

Bakı
Şirvanəşr
2024
1

Nəşir Qəşəm İsabəyli

Ailə təbabəti
Tərtib edən
Hafizə İsmayılova
Bakı-Şirvanəşr-2024
260 səh.

83.3 Az (2)
A -----
054

© Tərtib edən H.İsmayılova, 2024

KİTABIN İÇİNDƏKİLƏR

1.1. Ailə təbabəti əhaliyə tibbi xidmətin ilkin pilləsi kimi.	3
1.2. Ailə təbabətində deontologiya. Tibb bacısının etika və deontologiyası anlayışı.	9
1.2.1. Tibb bacısının etikasını və deontologiyasının prinsipləri.	10
1.2.2. Münasibətlərin qurulması qaydaları.	12
1.3. Ailə həkiminin tibb bacısının kommunikativ vərdisləri, hüquq və vəzifələri.	14
1.3.1. Ailə həkiminin tibb bacısının kommunikativ vərdisləri.	16
1.3.2. Ailə həkiminin tibb bacısının hüquqları.	16
1.3.3. Ailə həkiminin tibb bacısının vəzifələri.	18
1.4. Ailə həkimi tibb bacısının sahədə sanitar-maarif işinin təşkili və sanitar – gigiyenik tədbirlərin aparılmasında rolu, fəaliyyəti.	21
2.1. Sahə üzrə əhalinin demografik göstəriciləri.	24
2.2. Sahə üzrə xəstəliklərin statistikasını.	25
2.3.1 Sahə üzrə əhalinin, xroniki xəstəliklərin qeydiyyatının aparılması.	26
2.3.2 Xəstələrin dispanserizasiyasını.	28
2.3.3 Tibbi sənədlərlə işləmə.	37
3.1. Ailə planlaşdırılmasında ailə həkiminin tibb bacısının rolu və fəaliyyəti.	47
3.2. Hamiləlik.	49
3.3. Diaqnostika.	51
3.4. Hamilə, zahı qadınlarn, yeni doğulmuşların patronajı, müayinə təqviminin tərtibi, qulluğun xüsusiyyətləri, gənc analara məsləhətlər.	52

4.1. Heriatriyanın əsasları.....	55
4.2. Ahıl şəxslərə sosial-tibbi yardımın təşkili.	56
4.3. Ahıl şəxslərdə tez-tez rast gəlinən problemlər və xəstəliklər, patronaj xidməti, qulluğun xüsusiyyətləri.	57
5.1. Yoluxucu xəstəliklərin epidemiyasının ümumi qanunauyğunluqları	64
5.2. Yoluxucu xəstəliklərin kliniki formaları, dövrləri.	66
6.2. Qızılça.....	76
6.3. Məxmərək.....	80
6.5. Göy öskürək.....	84
6.7.Su çiçəyi.	90
6.8 İmmunizasiya təqvimini.	93
7.1. Vərəm. Etiologiya. Klinik əlamətləri.....	95
7.2 Vərəmin profilaktikası.	99
7.3. Vərəmli xəstələrə qayğı ilə bağlı dövlət proqramı.....	100
7.4 Vərəm xəstəsinin aşkar edilməsi və onların dispanserizasiyası.	101
7.5 Ailə üzvlərinə və sahədə sanitar vəziyyətə nəzarət.....	103
8.1. Uşaq və yeniyetmələrdə piylənmə.....	103
8.1.1. Piylənmənin profilaktikası, pəhriz stolları, qulluq xüsusiyyətləri.....	106
8.2. Şəkərli diabet və növləri.	109
8.2.1. Şəkərli diabetin profilaktikası, pəhriz stolları, qulluq xüsusiyyətləri. Diabetik komalar zamanı ilk tibbi yardım.....	111
8.2.2. Diabetik komalar zamanı ilk tibbi yardım.	113
9.1. Şişlər. Təsnifatı.	116

9.1.1. Xoşxassəli şişlər.....	117
9.1.2. Bədxassəli şişlər.....	118
9.2. Onkoloji xəstəliklərin erkən diaqnostikası məqsədilə aparılan maarifləndirmə işləri.	120
Onkoloji xəstəliklərin profilaktikası.....	121
9.4 Yataq xəstəsi olan xərcəng xəstələrinə xüsusi qulluq qaydaları.....	122
9.5 Ağrı sindromu ilə mübarizədə ailə tibb bacısının taktikası.	124
10.1. Travmatizm. Təsnifatı.....	126
10.2. Yumşaq toxumaların qapalı zədələnmələri (əzilmə, gərilmə, partlama, cırılma, sıxılma).....	128
10.3 Sınıqlar, çıxıqlar. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.	131
10.4 Nəqliyyat immobilizasiyası.....	136
10.5 Sarğılar.....	138
11.1. Termiki yanıqlar. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.....	141
11.2. Kimyəvi yanıqlar. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.	147
11.3 Elektrik yanıqları. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.	149
12.1 Ev şəraitində ambulator müalicənin yerinə yetirilmə prinsipləri.....	152
12.2.1 Banka.....	154
12.2.2. Xardal.....	157
12.2.3. İsitqaçlar.....	160
12.2.4. Kompres.....	161
12.2.5. Buz qovluğu.....	162
12.2.4. Hirudoterapiya.....	164

12.3 Həkim təyinatının yerinə yetirmə şərtləri. Temperaturun, arterial təzyiğin ölçülməsi, nəbzin müayinəsi, dərmanların yeridilməyolları (intradermal, subkutan, intramuskulyar, intravenoz, intravenoz infuziya).....	167
12.3.1 Temperaturun ölçülməsi.	168
12.3.2 Qan təzyiqinin ölçülməsi üçün ümumi qaydalar.	172
12.3.3 Nəbzin müayinəsi.	174
12.3.4 Dərmanların yeridilmə yolları.	177
12.3.4.1 İntradermal inyeksiya etmə bacarığı.....	177
12.3.4.2. Subkutan inyeksiya etmə bacarığı.	180
12.3.4.3 İntromuskulyar inyeksiya etmə bacarığı.....	185
12.3.4.4 İntravenoz inyeksiya etmə bacarığı.	192
12.3.4.5 İntravenoz infuziya bacarığı.	195
13.1.1 Hipetermiya.	204
13.1.2. İsteriya.	205
13.1.3. Epilepsiya.	206
13.1.4. Bayılma.....	208
13.1.4. Kollaps.....	210
13.2.1. Mədənin yuyulması, imalələr, sidik kisəsinin kateterizasiyası.	211
13.2.2. İmalə.	213
13.2.3 Sidik kisəsinin kateterizasiyası.	222
14.1. Anafilaktik şok. Klinik əlamətləri.	225
14.2. Hipertonik kriz.....	229
14.3 Stenokardiya.	231

14.4. Ağciyərlərin ödemi	233
14.5 Bronxial astma.....	235
15.1 Sağlamlıq imkanları məhdud şəxslərə (əlil, qazi, veteran) tibbi yardımın, reabilitasiya tədbirlərinin təşkili və qulluğun xüsusiyyətləri.....	237
15.2. Terminal hallar və reanimasiya tədbirləri.....	240
15.2.1 Həyat və ölüm əlamətləri.....	242
15.2.2 Terminal hallarda aparılan reanimasiya tədbirləri.....	243
15.2.2.1 Böyüklərdə Təməl Həyat Dəstəyi.....	246
15.2.2.1 Uşaqlarda (1-8 yaş) və körpələrdə (29 gün-1 yaş).....	250
15.2.2.3 Böyüklərdə və 1 yaşdan yuxarı uşaqlarda hava yolunun yad cisimlə tıxanması.....	252
15.2.2.4 Körpələrdə hava yolunun yad cisimlə tıxanması.....	253
İstifadə olunan ədəbiyyat.....	257

Ailə təbabəti əhaliyə tibbi xidmətin ilkin pilləsi kimi.

Azərbaycanda özünə məxsus yer tutub inkişaf edən ailə təbabətinin tarixi , XX əsrin ikinci yarısına təsadüf edir. Dünyanın bütün ölkələrində olduğu kimi Azərbaycan Respublikasında da stasionardan kənar yardım əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlər sırasında mühüm və başlıca yer tutur. Azərbaycanda ambulator-poliklinika sistemi sahə həkimi və yaxud sahə terapevti prinsipinə əsasən qurulmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, 1997-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Milli Məclisi tərəfindən əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında qanun qəbul edilmiş və Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 1997-ci il 25 iyul tarixli Fərmanı ilə tətbiq edilməyə başlamışdır. Həmin qanunun 13-cü maddəsində vətəndaşların tibbi sığortası, ilkin tibbi yardım, təcili təxirəsalınmaz və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım, müalicə və o cümlədən ümumi praktika (ailə) həkiminin fəaliyyəti haqqında ətraflı məlumatlar verilmişdir.

Yuxarıda qeyd olunanlardan göründüyü kimi, ümumi tibbi praktika və ya ailə həkimliyi prinsipi cəmiyyətin inkişafından irəli gələn və icrasına ehtiyacı olan bir proses kimi yayılmaqdadır.

ÜST-nın Avropa Regional Bürosunun Lüblyana konfransı (2001) qərarlarına uyğun olaraq Avropanın bir çox ölkəsində, o cümlədən Azərbaycanda (2002), Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyində Azərbaycan Respublikasının “Ailə təbabəti” proqramı üzrə milli strategiyasının hazırlanması barəsində Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyinin 2002-ci il 12 iyun tarixli 69 sayılı əmri verildi : “...Səhiyyə və tibbi təhsil sahəsində aparılan islahatlara müvafiq olaraq respublikada əhaliyə göstərilən tibbi xidmətin keyfiyyətini daha da yüksəltmək üçün ilkin tibbi yardım müəssisələrində ümumi həkim (ailə) praktikasının tətbiqinin təmin edilməsi vacib sayılsın”.

Ailə həkimi və tibb bacısı yalnız xəstənin müalicəsini və müayinəsini istiqamətləndirən şəxs deyil, o həmçinin ailədə sağlam qidalanma, zərərli vərdişlərdən uzaqlaşmaq üçün lazım olan tədbirin görülməsi kimi məsləhətləri verir, eyni zamanda maarifləndirmə işini də həyata keçirir.

1.2. Ailə təbabətində deontologiya. Tibb bacısının etika və deontologiyası anlayışı.

Tibb bacısının peşə fəaliyyəti təkcə göstərilən xidmətlərin keyfiyyəti ilə deyil, həm də onun etik və deontologiya prinsiplərinə uyğun davranışı ilə qiymətləndirilir. Etik və deontoloji prinsiplərə ciddi əməl olunması tibb işçilərinin peşəkarlığının mühüm meyarına və pasiyent loyallığının artırılması proqramının tərkib hissəsinə çevrilmişdir. Hər bir ailə həkiminin tibb bacısı xəstələr, onların ailələri ilə necə münasibət qurmağı, həmkarları ilə bacarıqlı ünsiyyət qurmağı bilməlidir.

Tibbi etika - tibb işçilərinin peşə fəaliyyətində əxlaqi prinsiplərin nümayiş etdirilməsi ilə təmsil olunur. Etik standartlar mərhəmət, vəzifə, ləyaqət, şərəf və vicdan anlayışlarını özündə birləşdirir. Tibb bacısı öz istiqanlılığı, mehribanlığı, sakitliyi, səbri, optimist münasibəti və məsuliyyəti ilə xəstələrdə sağalmalarına inam yaradır. Ailə həkiminin tibb bacısının daxili keyfiyyətləri onun duruşunda, jestlərində, mimikasında, nitqində, baxışlarında özünü göstərir.

Deontologiya (“vəzifə elmi”) tibb işçisinin peşəkar davranışı üçün əxlaqi göstərişlərdir. Bu bölmə etik problemlərin həlli yollarını və onların qarşısının alınması yollarını təklif edir. Deontologiya ailə tibb bacısına aşağıdakı tələbləri qoyur: təcəllik; tibbi məlumatların məxfiliyi; diaqnostika və müalicə prosesinin bütün iştirakçılara hörmətli, nəzakətli münasibət; öz səlahiyyətləri daxilində peşəkarlıq.

Tibb bacılarının etik davranış kodeksində etika və deonto-

logiya tam şəkildə öz əksini tapmışdır. Bu kodeks tibb müəssisəsinin işçilərinə gündəlik işlərini yerinə yetirərkən rəhbərlik etməlidir. Geyd etmək lazımdır ki, xəstələrə qarşı laqeyd münasibəti tibb bacısının şəxsi keyfiyyətləri, həyat çətinlikləri və digər hallarla əsaslandırılı bilməz.

1.2.1. Tibb bacısının etikas və deontologiyasının prinsipləri.

Əhalinin tibbi xidmətinə yüksək tələblər şəraitində tibb işçiləri peşəkar fəaliyyətində etika və deontologiya prinsiplərinə ciddi əməl etməlidirlər. Tibb bacısının iş yerindəki davranışı mərhəmətə, istisnasız olaraq bütün xəstələrə ədalətli münasibətə, habelə tibbi xidmətin tamlığına və fərdi hörmətə (muxtariyyətə) əsaslanır.

Tam tibbi yardım prinsipi. Səhiyyə sisteminin mövcud qanunvericiliklərini, həmçinin etika və deontologiyanı rəhbər tutaraq, tibb bacısı öz səlahiyyətləri daxilində tibbi xidmətlər göstərir:

- əhalinin bütün təbəqələrinə tibbi yardım göstərərəkən peşəkarlıq nümayiş etdirmək;
- yüksək keyfiyyətli diaqnostika və qulluq xidməti, reabilitasiya , profilaktika üçün səhiyyə müəssisələrində mövcud olan bütün vasitələrdən , tibbi texnikadan istifadə etmək.

Əhaliyə göstərilən tibbi xidmətin keyfiyyətinin yüksəldilməsi üçün Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən davamlı tibbi təhsil sistemi işlənilib hazırlanmışdır. Hər beş ildən bir tibb işçiləri, o cümlədən tibb bacıları ixtisasartırma kurslarından keçməlidirlər. Təlim tibb bacılarının səriştəsini artırmaq, yeniliklərlə tanış olmaq, nəzəri bilik və praktiki bacarıqlarını təkmilləşdirmək məqsədi daşıyır.

Muxtariyyət prinsipi. Etikanın bu əsas elementi xəstəyə

bir fərd kimi hörmət üzərində qurulur. Buna aşağıdakı hərəkətlər vasitəsilə nail olunur:

- Hədəf xəstədir. Tibb bacısı xəstə vətəndaşı ona verilən tapşırıqları yerinə yetirmək üçün alət və ya vasitə kimi qəbul etmir;
- Xəstələrin şəxsi məlumatlarının və xəstəlikləri barədə məlumatların məxfiliyini qorumaq vacibdir. Xəstələrin razılığı olmadan fotosəkil çəkilməməlidir (hətta peşəkar hesabat üçün də);
- Tibb bacısı xəstənin siyasi, dini baxışlarına və onun mədəni ənənələrinə hörmətlə yanaşmaya borcludur;
- Xəstənin diaqnostika və müalicə prosesi ilə bağlı öz qərarını vermək hüququ var. O, təklif olunan tibbi xidmətlərdən imtina edə bilər;
- Xəstədən tibbi müdaxilə üçün könüllü razılıq alınmalıdır;
- Tibbi müdaxilələrin hazırlıq mərhələsində tibb bacısı xəstə ilə müəyyən edilmiş prosedurların nüanslarını müzakirə edir.

Ağır xəstə, psixiatrik və yetkinlik yaşına çatmayan xəstələrin müalicəsi ilə bağlı qərarların qəbul edilməsinə görə məsuliyyət onların qanuni nümayəndələrinin üzərinə düşür.

Ədalət prinsipi. Vətəndaşlara tibbi xidmət göstərilərkən sosial statusuna, milliyyətinə, peşəsinə, gəlir səviyyəsinə və digər hallara görə ayrı-seçkiliyə icazə verilmir. Azərbaycan qanunvericiliyi və Etika Kodeksi vətəndaş cəmiyyətinin bütün təbəqələri üçün yüksək keyfiyyətli və ekvivalent tibbi xidmətə zəmanət verir.

Tibb bacılarından tələb olunur: “Zərəər verməyin”. Xəstənin qohumları (hüquq qabiliyyətindən asılı olaraq) əks qərar verməkdə israr edərlərsə, tibb bacısı xəstənin öz qərarına əməl etməyə borcludur.

Mərhəmət prinsipi. Etika və deontologiya çərçivəsində tibb bacıları Paracelsi prinsipinə - “Yaxşılıq et”ə əməl etməyə

borcludurlar.

Etika və deontologiyada mərhəmət prinsipi tibb bacılarına ağırlı prosedurları yerinə yetirməkdən imtina etməyə imkan vermir. Tibb bacısı səlahiyyətləri çərçivəsində xidməti vəzifələrini yerinə yetirməkdən yayınsa CM-nin 124-cü maddəsi ilə üzrlü səbəb olmadan xəstəyə yardım göstərilməməsinə görə cəzalandırılır.

1.2.2. Münasibətlərin qurulması qaydaları.

Tibbi praktikada tibb bacısının deontologiya normaları istisnasız olaraq diaqnostika və müalicə fəaliyyətinin bütün iştirakçılarna şamil edilir.

Tibb bacısı-xəstə münasibəti. Etik və deontoloji tələblər tibb bacılarını xəstələrlə münasibət qurarkən aşağıdakı qaydalara ciddi əməl etməyə məcbur edir:

- mehriban ,təmkinli, mərhəmətli münasibət. Xəstəyə “siz” deyə müraciət edin, adını və ya soy adını söyləyin. Tibb bacısının nitqi quru olmamalıdır; Xəstə kobud danışsa belə təmkin göstərmək lazımdır;
- Yatrogenizmi təhrik etməmək üçün xəstənin özünün və xəstənin təmasda olduğu insanların diaqnozunu/müalicəsini müzakirə etmək qəti qadağandır.
- Digər tibb işçilərinin peşəkarlığı şübhə altına alınma bilməz;
- Mürəkkəb, ağırlı bir manipulyasiyadan əvvəl xəstəyə təyin edilmiş prosedura onun ehtiyacı olduğunu və həyata keçirilməsi mərhələlərini aydın şəkildə izah edir. Bu, xəstənin stress səviyyəsini azaldır.

Tibb bacısının inamlı və qətiyyətli tonu özünə inamını artırır. Tibb bacısı ətraf mühiti nəzərə alaraq xəstə ilə ünsiyyət qurmalıdır: onun təhsili, iş yeri, yaşayış şəraiti və s. Bütün xəstələr anlayış, şəfqət və qayğıya can atırlar. Amma onların məntiqsiz

tələbləri qəti şəkildə rədd edilməlidir.

Tibb bacısı ilə xəstənin qohumları arasında münasibətlər. Tibb bacısının xəstənin qohumları ilə söhbəti etika və deontologiya qaydaları nəzərə alınmaqla aparılır: Qohumlar çox emosional danışsalar da, tibb bacısı təmkinlə ünsiyyət qurmalıdır. Münaqişə doğura biləcək məqamlardan nəzakətlə qaçmağı bacarmalıdır.

Tibb bacısı-həkim münasibəti. Tibbi təcrübənin effektivliyi birbaşa tibb bacısı ilə həkim arasındakı münasibətdən asılıdır. Buna görə də konstruktiv ünsiyyətə uyğunlaşmaq və etika deontologiya ilə bağlı qaydalara riayət etmək vacibdir. Tibb bacılarına aşağıdakı tabeçilik qaydaları tətbiq edilir:

- həkim təyinatları və göstərişləri , müxtəlif manipulyasiyaların aparılması dəqiq və vaxtında yerinə yetirilir;
- hətta gənc, təcrübəsiz həkimlərə qarşı hörmətsizliyə yol verməyin;
- xəstədə qəfil dəyişiklik və digər gözlənilməz vəziyyətlər barədə dərhal həkimə məlumat verin;
- Müalicə reseptlərinin yerinə yetirilməsinə şübhə edirsinizsə, xəstə olmadan həkimlə zərif şəkildə müzakirə edin. Aşağılayıcı ifadələr və yersiz sərtlik qəbul edilməzdir.

Həkim heyətində məhsuldar peşə fəaliyyəti və iş mühitinin qorunması üçün etika , deontologiya çərçivəsində problemlərin operativ şəkildə həll edilməsi vacibdir.

Tibb bacısı-tibb bacısı münasibəti. Gündəlik işlərində tibb bacıları qarşılıqlı hörmət göstərməli və komandada bərabər statusu tanımalıdırlar. Etika və deontologiya rəqabəti ləğv etmir, lakin o, münaqişəyə çevrilməməlidir. Tibb bacıları arasında ünsiyyət qaydaları: nəzakətli, hörmətli münasibət; böyük təcrübəyə malik tibb bacıları peşəkar təcrübələrini yeni gələnlərlə bölüşürlər; işə dair daha çox şərhlər xəstələr olmadan nəzakətlə çatdırılır; çətin hallarda və son dərəcə məşğul vəziyyətlərdə həmkarlar bir-birinə hər cür köməklik göstərirlər.

"Tibb bacısı - kiçik tibb işçisi" münasibəti. İş vəzifələrinin bir hissəsi olaraq tibb bacıları kiçik tibb işçilərin hərəkətlərinə nəzarət edirlər. Eyni zamanda, səlahiyyətinizi, tanışlığınızı və təhqiramiz münasibətinizi aşmaqdan çəkinməlisiniz. İşlə bağlı məsləhətlər şəxsi, düzgün formada verilməlidir. Münasibətlər qarşılıqlı hörmət və hər bir tərəfin vəzifə təlimatlarına uyğunluq əsasında qurulur.

Xəstələr etika və deontologiyaya riayət edən tibb bacılarına etibar edirlər. Onlar tibb bacıları və həmkarları ilə məhsuldar əlaqələr qururlar. Sakit iş mühiti xəstələrdə stress səviyyəsini və həkimlərdə peşəkar tükənmə riskini azaldır. İşçilərin etik tərbiyəsi olmadan tibb müəssisəsi tibbi xidmətin keyfiyyətinə yüksək tələblərə cavab verə bilməyəcək. Xəstələrin şikayətlərindən və iş yerində qeyri-münasib davranışa görə töhmətlərdən yayınmaq üçün tibb bacılarına Etika Kodeksini hərtərəfli öyrənməyi və ya tematik təlimlərə yazılmağı tövsiyə edirik.

1.3. Ailə həkiminin tibb bacısının kommunikativ vərdişləri, hüquq və vəzifələri.

Ailə tibb bacısı ailə həkiminin nəzarəti altında işləyi. Ailə tibb bacısının vəzifələri müxtəlif yaşda olan xəstələrə, profilaktika, diaqnostika, reabilitasiya və terapevtik tədbirlərə ehtiyacı olan manipulyasiyaları göstərməkdən ibarətdir. Tapşırıqların konkret siyahısı tibbi təşkilatın daxili nizamnaməsindən asılıdır.

Ailə həkiminin tibb bacısı nəyi bilməli və bacarmalıdır? Tibb bacısı səhiyyə müəssisələrinin fəaliyyətini tənzimləyən qanunvericilik bazası daxili sənədlərlə işləməli, əməyin mühafizəsi üzrə təlimatları bilməli, iş yerində yanğın təhlükəsizliyi texnikası ilə hərəkət etməlidir. O, psixologiya və deontologiya, tibb bacısının işinə aid olan bütün tibb sahələrini bilməlidir: ginekologiya; pediatriya; geriatriya; terapiya; daxili və yo-

luxucu xəstəliklər; otolarinqologiya; oftalmologiya; dermatologiya; cərrahiyyə; psixiatriya; reabilitasiya.

Ailə tibb bacısı öz işi ilə bağlı məsələləri : tibbi statistikanı, sahədə sənədləşdirmə formalarını və saxlanma qaydalarını, xəstələrin sağlamlıq vəziyyətini bilməlidir.

Bədən temperaturunun ölçülməsi, antropometriya, fizioterapiya prosedurlarının aparılması, inyeksiyaların olunması kimi bacarıqlarına əlavə olaraq, ailə tibb bacısı aşağıdakıları bacarmalıdır:

- müasir İKT-dən istifadə etmək;
- qan və sidik testləri aparmaq;
- görmə və eşitmə keyfiyyətini təyin etmək;
- EKQ oxumaq;
- xarici tənəffüs funksiyasını yoxlamaq;
- dərmanları saxlamaq;
- himayədarlığı təmin etmək və həkim təyinatını yerinə yetirmək;
- kardiopulmoner reanimasiya tədbirləri həyata keçirmək.

Ailə tibb bacısının işində profilaktika heç də az əhəmiyyət kəsb etmir. O, immunologiyanın əsaslarını bilməli, xəstələrin və onların yaxınlarının həyat tərzini qiymətləndirməyi, pis vərdişləri və risk faktorlarını müəyyən etməyi bacarmalıdır. Alınan məlumatlara əsasən, tibb bacısı xəstəliyin qarşısının alınması üçün tövsiyələr hazırlayır, gedişatını izləyir və nəticələri qiymətləndirir.

Ailə həkiminin tibb bacısı həkimə hesabat verir və onun rəhbərliyi altında tibb bacıları olur. Laborantlar, prosedur tibb bacıları, terapevtlər, mama-ginekoloqlar və pediatrlar və digər şöbələrin rəhbərliyi, tibb bacısı, həkimlər və ailə tibb bacıları ilə əməkdaşlıq edir.

1.3.1. Ailə həkiminin tibb bacısının kommunikativ vərdişləri.

Tibb bacısının **kommunikativ vərdişləri** (ünsiyyət bacarıqları) — xəstələrlə mehriban münasibətlər qurmaq, onlara daha yaxın olma bacarığıdır. Ünsiyyət bacarıqlarının inkişafı həm qorunan insan həyatına, həm də peşəkar uğurlara səbəb olur.

Tibb sahəsində ünsiyyət bacarıqları nədir? Bu gün tibb bacısının ünsiyyət bacarıqlarının inkişafı böyük əhəmiyyət kəsb edir. Səhiyyə sahəsində aparılan müasir islahatlar, tibb işçilərinin funksiyaları genişləndirilir, xəstə ilə səmimi ünsiyyət qurmaq bacarığı onların uğurlu fəaliyyəti üçün zəruri şərtə çevirilir.

Bunun səbəbi xəstələrin problemləri haqqında məlumatların obyektiv qiymətləndirilməsi, onların aktiv müzakirə və müalicə və diaqnostika prosesini cəmləşdirən həmrəylik aksiyasına çevirməsidir. Bu aksiyanın məqsədi sağlamlıq uğrunda mübarizədə əhalinin şüurunda şəxsi məsuliyyət formalaşdırmaqdır.

Tibb müəssisəsinə kömək üçün gələn şəxsə, tibb bacısına (bütün xırdaqlarla) öz sağlamlıq problemləri haqqında məlumat vermək istəyi yaranmalıdır. Tibb bacısı onu dinləməyi, başa düşməyi və düzgün nəticə çıxarmağı bacarmalıdır. Tibb bacısının ünsiyyətçil təlim səviyyəsi, empatiyaya hazır olması onun peşəkar yetkinliyinin, müalicə və diaqnostika prosesində tapşırıqlarını yerinə yetirməyə hazır olduğunun göstəricisidir.

1.3.2. Ailə həkiminin tibb bacısının hüquqları.

Ailə tibb bacısı Azərbaycan Respublikası Əmək Məcəlləsində nəzərdə tutulmuş hüquqlardan istifadə edə bilər. Sahə üzrə xəstələrin müalicəsi və tibb məntəqəsinin işinin təşkili ilə bağlı məsələlərin müzakirələrində iştirak edir. Tibb bacısı qay-

ğı, işin təşkili və komanda işinin keyfiyyətini artırmaq üçün üsullar təklif edə bilər. Tibb bacısı lazımı məlumatları almaq və öz funksiyalarını yerinə yetirmək üçün rəhbərlikdən kömək tələb etmək hüququna malikdir.

Peşəkar inkişaf baxımından ailə tibb bacısı aşağıdakı hüquqlara malikdir;

- İstehsalat tapşırıqlarının yerinə yetirilməsinə, tabeliyində olan xidmətlər tərəfindən fərdi sifariş və tapşırıqların vaxtında yerinə yetirilməsinə nəzarət etmək;
- Ailə həkiminin tabeliyində olan xidmət və bölmələrin tibb bacısının fəaliyyəti ilə bağlı zəruri materialları və sənədləri tələb etmək və almaq;
- Ailə həkimi tibb bacısının səlahiyyətinə aid olan istehsalat və digər məsələlər üzrə müxtəlif müəssisə, təşkilat və idarələrdə qarşılıqlı əlaqədə olmaq;
- Öz səlahiyyətləri daxilində sənədləri imzalayır və təsdiq edir;
- Tabeliyində olan bölmələrin işçilərinin vəzifəyə təyin edilməsi, yerdəyişməsi və vəzifədən azad edilməsi barədə təqdimatlarını Tibb müəsisəsi rəhbərinə təqdim etmək, onların irəli çəkilməsi və ya onlara qarşı cəzaların tətbiq ilə bağlı təkliflər
- Davamlı tibbi təhsil proqramında iştirak etmək;
- Kateqoriya əldə etmək üçün dövrü sertifikatlaşdırmadan keçmək;
- Müəyyən edilmiş müddətdə ixtisasartırma və akkreditasiyadan keçmək;
- Elmi və praktiki konfranslarda iştirak etmək;
- Peşəkar tibb birliklərinin və icmalarının üzvü olmaq.
- Tibb işçisinin hansı ödənişlər və zəmanətlər hüququ var:
- İllik ödənişli məzuniyyət;
- Qeyri-müntəzəm iş qrafiki ilə işləmək üçün əlavə ödənişli məzuniyyət;

- Zərərli iş şəraitinə görə əlavə ödəniş (onlar müəyyən edildikdə);
- Həvəsləndirici ödənişlər;
- Təcrübə, ixtisas kateqoriyası və iş stajına görə bonuslar.

Məsuliyyət və fəaliyyətin qiymətləndirilməsi:

1. Ailə həkiminin tibb bacısı aşağıdakılara görə inzibati, intizam və maddi (bəzi hallarda cinayət) məsuliyyəti daşıyır:

2. Birbaşa rəhbərin rəsmi göstərişlərinin yerinə yetirilməməsi və ya lazımınca yerinə yetirilməməsi.

3. Əmək funksiyalarını və ona həvalə edilmiş vəzifələri yerinə yetirməsi və ya lazımınca yerinə yetirilməməsi.

4. Verilmiş vəzifə səlahiyyətlərindən qanunsuz istifadə, habelə onlardan şəxsi məqsədlər üçün istifadə.

5. Ona həvalə edilmiş işin vəziyyəti haqqında qeyri dəqiq məlumat.

6. Müəssisənin və onun işçilərinin fəaliyyətinə təhlükə yaranan təhlükəsizlik qaydalarının, yanğın təhlükəsizliyi və digər qaydaların aşkar edilmiş pozuntularının qarşısının alınması üçün tədbirlərin görülməməsi.

1.3.3. Ailə həkiminin tibb bacısının vəzifələri.

Tibb bacısının vəzifələrinə vəzifə təlimatında, təşkilatın daxili nizamnaməsində, habelə birbaşa rəhbərlərin: baş tibb bacısının, həkimin əmr və göstərişlərində nəzərdə tutulmuş funksiyaların yerinə yetirilməsi daxildir.

Azərbaycan respublikasının qanunvericiliyinə uyğun olaraq, tibb bacısı peşə vəzifələrinin keyfiyyətlə yerinə yetirilməsinə cavabdehdir. Tibb bacısı lazımı qaydada yardım göstərmədikdə, fəaliyyətsiz olduqda və ya xəstəyə, həmkarlarına və ya müəssisənin əmlakına zərər vurduqda cəzalandırıla bilər. Məsuliyyət dərəcəsi zərərin nə qədər ciddi olduğundan asılıdır.

Rəhbərliyin əmrlərini, vəzifə təlimatlarında, daxili nizamnamələrdə və ya digər normativ sənədlərdə nəzərdə tutulmuş vəzifələri pis yerinə yetirdiyinə görə tibb bacısına töhmət verilə bilər. Tibbi avadanlıqların, alətlərin və ya digər əmlakın zədələnməsi cərimə ilə nəticələnə bilər.

Tibb bacısı təhlükəsizlik tədbirlərini pozarsa, proseduru yerinə yetirərkən səhvə yol verirsə və ya xəstənin sağlamlığına zərər vuran ya da ölümü ilə nəticələnən digər hərəkətlərə yol verirsə, o, işdən çıxarıla, tibb bacısı hüququndan məhrum edilə, hətta cinayət məsuliyyətinə cəlb edilə bilər.

1. Ambulator qəbuluna qədər özü və həkim üçün iş yerini təşkil edir: müxtəlif formaları, göndərişləri, ambulator xəstələrin tibbi sənədlərini, cihazları, alətləri, materialları aseptika qaydalarına uyğun hazırlayır.

2. Otağı sanitar-gigiyenik tələblərə cavab verən vəziyyətdə hazırlayır.

3. Dərmanların, alətlərin, sarğıların hesabatını aparır. İstehsal müddəti bitdikdə qeyd edir.

4. Tibbi avadanlıqların vəziyyətinə nəzarət edir, operativ şəkildə təmirə göndərir, silinir və yeni nüsxələri qəbul edir.

5. Xəstələrin həkim təyinatlarını və müayinələrini aparır, müayinənin nəticələrini ambulator kartında qeyd edir.

6. Səhədə xəstələrin fərdi və ümumi qeydlərini aparır.

7. Dispanser müşahidə qrupları təşkil edir.

8. Milli peyvənd təqviminə uyğun olaraq peyvəndin həyata keçirilməsinə nəzarət edir.

9. Xəstələri müxtəlif növ müayinələrə hazırlayır.

10. Diaqnostik, müalicəvi prosedurları reabilitasiya tədbirlərini müstəqil və ya həkimlə birlikdə həyata keçirir.

11. Riskli xəstələr arasında profilaktik müayinələri təşkil edir və onlara nəzarət edir.

12. Sağlam həyat tərzinin təbliği, sağlamlığa dair maarifləndirmə işləri aparır.

13. Xəstə yaxınlarına zəifləmiş ağır xəstələrə qulluq qay-

dalarını öyrədir.

14. Müxtəlif vəziyyətlərdə təcili yardım göstərir.

15. Mühəsibat uçotu və hesabat sənədlərini aparır: uşağın inkişaf tarixi, ambulator və dispanser müşahidə kartları, tibb bacısının iş gündəliyi və tibb sahəsinin pasportu.

16. Kiçik tibb işçilərinin işinə, həcminə və keyfiyyətinə nəzarət edir.

17. Tibbi tullantıları toplayır və məhv edir.

Ailə həkiminin tibb bacısının fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi meyarları. Qiymətləndirmə meyarları səhiyyə müəssisələrində fərdi şəkildə yaradılır. Onlar sahə fəaliyyətini təhlil etməyə və göstərilən qayğının keyfiyyətini artırmağa imkan verir. İşin effektivliyini təyin edərkən, onlar sahə sənədlərini və xəstələrin cədvəllərindəki məlumatları rəhbər tuturlar.

Sahədə bir ailə tibb bacısının yüksək keyfiyyətli işinin əlamətləri:

- klinik müayinə zamanı xroniki qeyri-infeksiyon xəstəliklərinin (xroniki QiX) risk faktorlarının müəyyən edilmə tezliyinin azaldılması;
- birinci sağlamlıq qrupuna aid xəstələrin sayının artması;
- profilaktik müşahidələrin artması;
- xəstələrin profilaktik peyvəndlərlə və tibbi müayinəyə çağırıldığı zaman tam əhatə olunması;
- təcili yardıma müraciətlərin və xəstəxanaya yerləşdirmə nisbətlərinin azalması;
- sonrakı mərhələlərdə yeni diaqnozlu xəstəlikləri olan xəstələrin sayının azaldılması;
- ağır xəstələrin laborator, instrumental müayinə göstəricilərinin sabitləşməsi;
- xroniki QİX-lərdən əlilliyin və ölümün azaldılması.

Ailə həkimi tibb bacısı ambulator yardımın təşkilində mühüm həlqədir. Xəstə baxımının keyfiyyəti onun səriştəsindən asılıdır. Buna görə də ailə həkiminin tibb bacısı rəsmi , funksional vəzifələrini davamlı və tam şəkildə yerinə yetirməlidir. O,

davamlı olaraq biliklərini yeniləməli və əlavə peşə təhsili kurslarında bacarıqlarını artırmalıdır.

1.4. Ailə həkimi tibb bacısının sahədə sanitar-maarif işinin təşkili və sanitar – gigiyenik tədbirlərin aparılmasında rolu, fəaliyyəti.

Müxtəlif növ xəstəliklərin qarşısının alınmasında tibb bacısının işinin əhəmiyyəti ilk növbədə bu işçinin ixtisas profilindən asılıdır:

- **Sahə tibb bacısı.** Xəstələrə sağlam həyat tərzinin qorunması məsələlərini izah edir, sağlamlıq məktəblərinin fəaliyyətində iştirak edir, əhalinin müraciət və tələbatına uyğun olaraq sağlamlaşdırıcı tədbirlər hazırlayır.
- **Palata tibb bacısı.** Xəstələrin və onların yaxınlarının sanitar-gigiyenik maarifləndirilməsi məqsədilə sağlam həyat tərzinin insanın gündəlik həyatında rolu haqqında məlumatların düzgün qavranılmasına yardımçı olur.
- **Patronaj tibb bacısı.** İxtisaslaşdırılmış üsullardan istifadə etməklə həkim tərəfindən təsdiq edilmiş sağlamlaşdırıcı tədbirləri həyata keçirir və sanitar maarifləndirmə işinə cavabdehdir.

Mədə-bağırsaq xəstəliklərinin qarşısının alınmasında tibb bacısının rolu

Qida keyfiyyətinin pisləşməsi, daimi stress, qida əlavələrinin sayının artması və istehlakın fasiləsiz artması mədə-bağırsaq traktı xəstəliklərinin yayılmasına təkan verir ki, bu da digər orqanların işində pozulmalara səbəb olur, çünki insan orqanizmi vahid, bir-birinə bağlı sistemdir.

İlkin mərhələdə mədə-bağırsaq xəstəliklərinin aşkarlanması onların uğurlu müalicəsi ilə birbaşa bağlıdır. Tibb bacıları xəstələri mədə-bağırsaq traktı xəstələrini düzgün qidalanma ilə bağlı maarifləndirir, endoskopik üsullardan istifadə etməklə

mütəmadi müayinələrin aparılmasının zəruriliyini izah edir (bu, xüsusilə yaşlı nəsələ aiddir), xəstələri pis vərdişlərdən əl çəkməyə, sağlam həyat tərzini prinsiplərinə əməl etməyə sövq edir.

Yoluxucu xəstəliklərin qarşısının alınmasında tibb bacısının rolu.

Yoluxucu xəstəliklərin bir neçə əlaməti var: ağrı (baş ağrısı, əzələ, mədə və s.); ürəkbulanma, qusma; hərarət; ishal; öskürək; qaşınma; susuzlaşma.

Tez-tez xəstəliyin bu fizioloji təzahürləri psixoloji problemlərlə müşayiət olunur: mühakimə qorxusu, yaxınlarınızı yoluxdurmaq qorxusu, işini itirmək qorxusu.

Emosional və fiziki gərginliyin çətin şəraitində tibb bacısı gigiyenik qayğı, qidalanma təmin edir, dinamik müşahidə aparır (təzyiq, nəbz, bədən istiliyinin ölçülməsi), qusmanın mövcudluğunu və nəcisin xüsusiyyətini qeyd edir. Tibb bacısı həmçinin həkimin göstərişlərinə əməl olunmasına nəzarət edir və bioloji material toplayır.

Yoluxucu xəstəliklərin qarşısının alınması xəstəyə və onun yaxınlarına xəstəliyi törədən səbəblərin, infeksiyanın profilaktikasına yönəlmiş sanitar-epidemioloji rejim qaydalarının izah edilməsi yolu ilə həyata keçirilir.

Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin qarşısının alınmasında tibb bacısının rolu

Sağlamlıq mərkəzləri və profilaktika kabinetləri əsasən yoluxucu olmayan xəstəliklərin qarşısının alınmasına cavabdehdir. Bu bölmələrdə tibb bacısının funksiyaları aşağıdakılardır:

- şəxsi gigiyena qaydalına riayət etməyin vacibliyini izah etmək;
- insanların sağlamlıq problemlərinə səbəb olan amillər haqqında məlumatlandırılması;
- xroniki xəstəliklərin inkişaf səbəbləri haqqında əhalini məlumatlandırmaq və onları pis vərdişlərdən imtina etməyə həvəsləndirmək məqsədi daşıyan fərdi və qrup

dərslərinin təşkili.

Dərslər söhbətlər, mühazirələr, seminarlar, sağlamlıq məktəbləri formatında keçirilə bilər.

Həmçinin, bu qurumlar əsasında maraqlananlar müalicəvi qidalanma, düzgün yuxu rejimi və zəruri fiziki fəaliyyətlə bağlı tövsiyələr ala bilərlər.

Xərçəngin ağırlaşmasının qarşısının alınmasında tibb bacısının rolu.

Xəstənin qənaətbəxş fiziki vəziyyətinin saxlanması ilə bağlı əsas vəzifələrinə əlavə olaraq, tibb bacısı əlavə maarifləndirmə işləri aparır. Bacarıqlı, izahatlı söhbət xəstəyə ya xəstəliklə barışmağa ya da ona qarşı davamlı mübarizə aparmaq üçün ilham almağa kömək edir.

Xərçəng xəstələri üçün xüsusi olaraq aktual olan problem, xərçəng diaqnozunu eşitmə qorxusu, buna görə də xəstəlik haqqında heç bir məlumatı qəbul etməmələri, müalicənin onlara heç vaxt təsir etməyəcəyinə inanmalarıdır.

Beləliklə, xərçəng xəstəsi öz diaqnozu ilə baş-başa qalır. Bu vəziyyətdə düzgün sözləri seçməli və öz peşəkar təcrübəsinə əsaslanaraq xəstəni sakitləşdirməli, onu yaşamağa sövq etməli və sağlamlıq uğrunda mübarizəyə hazırlamalı olan tibb bacısının rolu çox çətinidir.

Diş xəstəliklərinin qarşısının alınmasında tibb bacısının rolu

Ağız boşluğunun sağlamlığı tək-cə insanın estetik qavrayışına deyil, həm də baş boyun nahiyəsində kəskin, xroniki ağrı, xərçəng və digər problemlərin olmamasına təsir göstərir.

Müxtəlif şiddətdə olan diş xəstəlikləri demək olar ki, hər bir insanda müşahidə olunur, buna görə də onların qarşısının alınması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Həddindən artıq şəkər istehlakı və gigiyena normalarına əməl edilməməsi ilə mübarizəyə yönəlmiş gigiyena maarifləndirici tədbirlər vasitəsilə diş xəstəlikləri profilaktikası həyata keçirilir.

Diş xəstəliklərinin qarşısının alınmasında tibb bacısının rolu xəstələrə söhbətlər, seminarlar, mühazirələr, sağlamlıq dərsləri və s. vasitəsilə müntəzəm ağız boşluğuna qulluqun vacibliyini və düzgün qidalanma prinsiplərinə əməl etməyin vacibliyini çatdırmaqdan ibarətdir.

2.1. Sahə üzrə əhalinin demoqrafik göstəriciləri.

Demoqrafiya (demo— xalq, qraphia — yazıram) — əhali artımının qanunauyğunluqları, onun sosial-iqtisadi şəraitdən, təbii amillərdən asılılığını, miqrasiyanı, əhali sıxlığını və onun paylanmasını öyrənən elmdir.

Əhalinin yüksək təbii artımı müşahidə olunan ölkələrdə aşağıdakı problemlər yaranır:

Məşğulluq problemi; Yoxsulluq; Aclıq; Müharibələr; Kütləvi savadsızlıq; Tibbi xidmətin keyfiyyətinin aşağı olması, xəstəliklərin yayılması; Ekoloji problemlər (su qıtlığı, zibilliklərin artması, tıxac və s.).

Əhalinin aşağı təbii artımı müşahidə olunan ölkələrdə aşağıdakı problemlər yaranır:

Yaşlı əhalinin xüsusi çəkisinin artması; İşsizliyin artması; Təqaüd yaşının artması; İmmiqrasiyanın artması.

Demoqrafik böhran.

Əhalinin təbii azalması. Təkrar artımın müasir tipinə (I tip) aid olan ölkələrdə ölüm hallarının sabitləşməsi şəraitində doğumun azalması təmayülü aydın nəzərə çarpır və bu da müntəzəm olaraq əhalinin təbii artımının azalmasına səbəb olur. Digər tərəfdən əhali arasında yaşlıların artması və uşaqların azalması, bununla yanaşı, bu prosesdə iqtisadi və sosial amillər də əsas rol oynayır: Urbanizasiya prosesinin sürətli inkişafı, şəhər həyat tərzinin geniş yayılması, qadınların ictimai istehsalda cəlb olunması, əhalinin mədəni məişət və s. tələbatının kəskin şəkildə artması, gec evlənmə, boşanma hallarının artması və uşağın

böyüməsi üçün zəruri olan ümumi "xərcin" artması və s. **Demografik böhrana** səbəb olan başlıca amillərdir.

Demografiyanın əsas sahələrindən biri olan tibbi demoqrafiya demoqrafik proseslərin təsirini öyrənir. Demoqrafiya 2 hissəyə ayrılır.

1. Əhalinin statistikasını, yəni əhalinin müəyyən bir vaxt üçün xarakteristikası.

2. Əhalinin dinamikası, yəni əhalinin müəyyən vaxt ərzində kəmiyyət dəyişməsi proseslərinin xarakteristikası.

Sahə üzrə demoqrafik göstəricilər əhalinin sağlamlıq vəziyyətini xarakterizə edir. Bu göstəricilər aşağıdakılardır:

1. Əhalinin hər 1000 nəfərinə görə yeni doğulanlar; 2. Əhalinin təbii artımı; 3. Körpə ölümü; 4. Perinatal ölüm; 5. Ümumi ölüm.

2.2. Sahə üzrə xəstəliklərin statistikasını.

Əsas məqsəd sahədə əhalinin sağlamlıq vəziyyətini xarakterizə edən tibbi xidmətləri xarakterizə etmək, tibbi xidmətin fəaliyyətini planlaşdırmaq profilaktik tədbirlər işləyib yazırmaq və görülən tədbirlərin effektivliyini qiymətləndirməkdir. Əhalinin xəstəliklərinin öyrənilməsi metodlarına tibb müəsisələrinə edilən müraciətlər, ölüm səbəbləri, tibbi profilaktik baxışlar aiddir. Əhalinin statistikasını əhalinin miqdarı və tərkibini öyrənir. Bu zaman əhalinin tərkibi yaş, cins, sosial qruplar, peşə və məşğulluğu, milliyəti və dili, təhsili və savadlılığı, ailə vəziyyəti, mədəni səviyyəsi, dini və b. nişanələr üzrə, məskunlaşması isə yaşayış yeri (şəhər və ya kənd), coğrafi yerləşməsi yeri, əhali sıxlığı və b. əsasən öyrənilir. Əhalinin bu əlamətlər üzrə öyrənilməsi əhalinin sağlamlıq vəziyyətini təhlil etmək və tibbi yardımın səmərəli planlaşdırılması və təşkili üçün lazımdır.

Tibbi statistika - tibb, gigiyena və səhiyyə ilə bağlı məsələ-

ləri öyrənən statistik elmlərin cəmidir.

Tibbi statistikanın 3 bölməsi vardır:

1. Əhalinin sağlamlıq statistikasısı – bütövlükdə əhalinin sağlamlığının vəziyyətini və ya onun ayrı-ayrı qruplarını tədqiq edir. Səhiyyə göstəricilərinin qiymətləndirilməsi ümumi qəbul olunmuş qiymətləndirmə səviyyəsi, müxtəlif regionlar üçün əldə edilən səviyyələr və dinamika ilə müqayisədə həyata keçirilir.

2. Səhiyyə statistikasısı – səhiyyə təşkilatları və personalının şəbəkəsi haqqında statistik məlumatların toplanması, işlənməsi və analizi məsələlərini həll edir. Tibbi təşkilatların fəaliyyətini təhlil edərkən əldə olunan məlumatlar standart səviyyələrlə, habelə digər regionlar üçün əldə edilən səviyyələrlə və dinamika ilə müqayisə edilir.

3. Klinik statistika – klinik, eksperimental və laborator tədqiqatların nəticələrinin işlənməsində statistik metodların işlənməsi. Tədqiqatın nəticələrinin etibarlılığını kəmiyyətcə qiymətləndirmək və bir sıra digər problemləri həll etmək imkanı yaradır.

2.3.1 Sahə üzrə əhalinin, xroniki xəstəliklərin qeydiyyatının aparılması.

Xroniki xəstəliklərin qeydiyyatının aparılması əhalinin sağlamlıq vəziyyətinin izlənməsi və müvafiq tədbirlərin görülməsi üçün vacibdir. Bu prosesin geniş təsviri aşağıdakı kimidir:

Xroniki Xəstəliklərin Qeydiyyatının Aparılması

Bu proses bir neçə mərhələdən ibarətdir:

1. Əhalinin Əhatə Olunması

İlkin məlumatların toplanması: Əhalinin sağlamlıq vəziyyəti haqqında ilkin məlumatların toplanması üçün kütləvi səhiyyə kampaniyaları həyata keçirilir. Bu kampaniyalarda anketlər doldurulur və ilkin müayinələr aparılır.

Sağlamlıq müayinələri: Sahə tibb işçiləri evlərə gedərək və ya səhiyyə müəssisələrində əhalinin sağlamlıq müayinələrini aparırlar. Xroniki xəstəliklərin simptomları və risk faktorları müəyyən edilir.

2. Elektron Sağlamlıq Məlumat Bazası

Elektron səhiyyə kartı: Hər bir pasient üçün fərdi elektron səhiyyə kartı yaradılır. Bu kartda pasientin bütün tibbi məlumatları saxlanılır.

Məlumatların sistemə daxil edilməsi: Toplanmış məlumatlar mərkəzi məlumat bazasına daxil edilir. Bu bazada pasientin adı, yaşı, cinsi, yaşayış yeri, xəstəlik tarixçəsi və aparılmış müayinələrin nəticələri qeyd olunur.

Məlumatların şifrələnməsi və məxfiliyi: Elektron məlumat bazasında saxlanılan məlumatların məxfiliyi və təhlükəsizliyi təmin edilir. Yalnız səlahiyyətli tibbi personal bu məlumatlara çıxış əldə edə bilər.

3. Müayinələrin Təşkili və Keçirilməsi

Daimi müayinələr: Xroniki xəstəlikləri olan pasientlər üçün mütəmadi müayinələr planlanır. Bu müayinələr vasitəsilə xəstəliyin inkişafı izlənilir və lazımi tədbirlər görülür.

Müxtəlif müayinə metodları: Xroniki xəstəliklərin diaqnozu və təqibi üçün laborator müayinələr, tibbi baxış, klinik yoxlamalar və digər müayinə metodlarından istifadə olunur.

4. Məlumatların Yenilənməsi və Təhlili

Daimi yenilənmə: Pasientlərin sağlamlıq vəziyyətində dəyişikliklər olduqda, bu məlumatlar dərhal sistemə daxil edilir və elektron səhiyyə kartı yenilənir.

Məlumatların təhlili: Toplanmış məlumatlar təhlil edilərək əhalinin sağlamlıq vəziyyəti haqqında ümumi statistik göstəricilər hazırlanır. Bu göstəricilər əsasında səhiyyə siyasətləri və tədbirləri planlanır.

5. İnformasiya Mübadiləsi

Səhiyyə müəssisələri arasında məlumat mübadiləsi: Müxtəlif səhiyyə müəssisələri arasında məlumat mübadiləsi tə-

min edilir ki, pasientin tam tibbi tarixçəsi hər yerdə əlçatan olsun.

Pasientlərlə kommunikasiya: Pasientlərə sağlamlıq vəziyyəti və aparılmış müayinələr haqqında mütəmadi olaraq məlumat verilir. Həmçinin, onlara müvafiq tibbi göstərişlər və məsləhətlər təqdim olunur.

Bu mərhələlərin hər biri bir-biri ilə əlaqəli və koordinasiya olunmuş şəkildə həyata keçirilir ki, xroniki xəstəliklərin idarə olunması effektiv olsun və əhalinin sağlamlığı qorunsun.

2.3.2 Xəstələrin dispanserizasiyası.

Dispanserizasiya prosesi əhalinin sağlamlıq vəziyyətinin davamlı izlənməsi və xroniki xəstəliklərin idarə olunmasında mühüm rol oynayır. Bu yanaşma xəstəliklərin erkən mərhələdə aşkarlanmasına, müalicə tədbirlərinin vaxtında görülməsinə və xəstəliklərin ağırlaşmasının qarşısının alınmasına kömək edir.

Xəstələrin dispanserizasiya prosesi xroniki xəstəlikləri olan pasientlərin davamlı olaraq izlənməsi və lazımı tibbi yardımların göstərilməsi üçün həyata keçirilir. Bu prosesin ətraflı təsviri aşağıdakı kimidir:

Xəstələrin Dispanserizasiyası

1. Risk Qruplarının Müəyyənləşdirilməsi

Xəstəlik növlərinə görə qruplaşdırma: Xəstələr müxtəlif xroniki xəstəliklərə görə qruplara ayrılır. Məsələn, diabet, ürək-damar xəstəlikləri, tənəffüs yolları xəstəlikləri və s.

Risk faktorlarına əsaslanan qruplaşdırma: Əlavə olaraq, yaş, cins, irsi faktorlar, həyat tərzi (siqaret çəkilməsi, fiziki fəallıq səviyyəsi) və digər risk faktorlarına görə xəstələr müxtəlif qruplara bölünür.

Xüsusi qrupların ayrılması: Hamilə qadınlar, yaşlılar, uşaqlar kimi xüsusi diqqət tələb edən qruplar ayrılır və onlar üçün xüsusi müayinə və müalicə planları hazırlanır.

2. Daimi Müayinələrin Təşkili

Müayinə intervalları: Hər bir xəstəlik növü üçün müayinələrin keçirilmə tezliyi müəyyən edilir. Məsələn, diabet xəstələri üçün hər 3-6 ayda bir, ürək-damar xəstəlikləri olanlar üçün isə ildə bir neçə dəfə müayinə nəzərdə tutula bilər.

Təkrar müayinələr: Pasientlərin sağlamlıq vəziyyətinə görə təkrar müayinələr keçirilir. Bu müayinələrdə laborator analizlər, tibbi baxış və klinik yoxlamalar aparılır. Klinik müayinələrin əsas məqsədi : xəstəliklərin yaranmasına və yayılmasına səbəb olan halların öyrənilməsi və aradan qaldırılması, xəstəliklərin ilkin formalarının aktiv aşkar edilməsi və müalicəsi , mövcud xəstəliklərin residivlərinin , kəskinləşməsinin və ağırlaşmalarının qarşısının alınması.

İlkin və təkrar müayinələr: İlk müayinədə xəstənin ümumi sağlamlıq vəziyyəti qiymətləndirilir və təkrar müayinələrdə bu vəziyyətin dinamikası izlənilir. Bu mərhələdən keçmək üçün səhər saatlarında ac qarına klinikaya gəlmək lazımdır. İlk növbədə , fiziki və emosional stressi istisna etmək vacibdir.

Qan testinin aparılması.

Qan ac qarına verilməlidir, əvvəlki müddət 12 saatdır. Bir gün əvvəl spirtli içkilər, yağlı qidalar qəbul etməyi dayandırılır.

Sidik analizi.

Sidik vermək üçün aptekdə xüsusi qab almaq lazımdır. Sidiyi toplamadan əvvəl xarici cinsiyyət üzvlərinin tualeti tələb olunur.

Bəzi qidalar sidinin rənginin dəyişdirdiyi üçün (kök, çuğundur) bir gün əvvəl bunların qidası dayandırılır. Diuretik qəbul edən şəxslər 2 gün əvvəl qəbu etməyi dayandırmalıdırlar. Sidik nümunəsini topladıqdan sonra bir saat yarım ərzində laboratoriyaya çatdırılmalıdır.

Nəcis analizi.

Tibbi müayinədən 3 gün əvvəl gizli qan üçün nəcis verərəkən yanlış müsbət nəticəni istisna etmək üçün ətli qidalar və dəmirlə zəngin qidalar , həmçinin peroksidaza və katalaza olan

tərəvəzlər (gül kələm, xiyar) yemək tövsiyyə olunmur. Bir neçə gün ərzində dəmir preparatları, askorbin turşusu qeyri - steroid iltihab əleyhinə dərmanlar, aspirin qəbul etməyi dayandırmaq vacibdir.

Ginekoloji yaxmanın götürülməsi.

Menstrual qanaxma zamanı çanaq orqanlarının Yolxucu və iltihabi xəstəliyi müalicə olunursa yaxma götürülmür. Planlaşdırılan tibbi müayinədən iki gün əvvəl yanlış nəticələrin alınmasını minimuma endirmək üçün cinsi əlaqəni istisna etmək , vaginal preparatlardan , duşlardan, tamponlardan istifadəni dayandırmaq lazımdır.

3. Profilaktik Tədbirlər

Sağlamlıq maarifləndirilməsi: Xəstələrə sağlam həyat tərzində haqqında məlumatlar verilir, düzgün qidalanma, fiziki fəallıq və zərərli vərdişlərin tərk edilməsi tövsiyə olunur.

Peyvəndlər və immunizasiya: Müəyyən xroniki xəstəliklər üçün nəzərdə tutulmuş peyvəndlər vurulur və immunizasiya proqramları həyata keçirilir.

Dərman profilaktikası: Lazım gəldikdə, xəstəliyin qarşısının alınması üçün dərman preparatları təyin olunur.

4. Fərdi Müalicə Planlarının Hazırlanması

Fərdi yanaşma: Hər bir xəstə üçün fərdi müalicə planı hazırlanır. Bu plana xəstənin sağlamlıq vəziyyəti, yaş, digər xəstəlikləri və risk faktorları nəzərə alınaraq daxil edilir.

Müalicənin monitorinqi: Təyin edilmiş müalicə planı üzrə xəstələrin vəziyyəti izlənilir və lazım gəldikdə müalicə təzələnilir və ya dəyişdirilir.

Müalicənin uyğunlaşdırılması: Müalicə prosesi pasientin həyat tərzində və gündəlik rejiminə uyğunlaşdırılır ki, müalicə daha effektiv olsun.

5. İzləmə və Təqib

Daimi nəzarət: Dispanserizasiya çərçivəsində xəstələrə daimi nəzarət olunur, mütəmadi olaraq tibbi yoxlamalar keçirilir və lazım olduqda təcili tibbi yardım göstərilir.

Təxirəsalınmaz tədbirlər: Xəstənin vəziyyəti qəfil pisləşdikdə təcili tibbi tədbirlər görülür və xəstə xəstəxanaya yerləşdirilir.

Daimi əlaqə: Tibbi personal və xəstələr arasında daimi əlaqə saxlanılır. Bu, xəstələrin vəziyyətinin izlənməsi və müvafiq tibbi məsləhətlərin verilməsi üçün vacibdir.

Xəstələrin dispanserizasiyasının yaşlara görə aparılması, hər yaş qrupunun özünəməxsus tibbi ehtiyacları və risk faktorları nəzərə alınaraq həyata keçirilir. Bu yanaşma yaşa uyğun profilaktik tədbirlərin, müayinələrin və müalicənin planlaşdırılması üçün vacibdir. Aşağıda yaş qruplarına görə dispanserizasiya prosesinin təsviri verilmişdir:

1. Uşaqlar (0-18 yaş)

1.1. Yenidoğulmuşlar və körpələr (0-1 yaş):

İlk müayinələr: Doğumdan sonra ilk 24 saatda və sonra müntəzəm olaraq (1 həftə, 1 ay, 2 ay, 4 ay, 6 ay, 9 ay və 12 ay) müayinələr aparılır.

Peyvəndlər: Milli peyvənd təqviminə üzrə lazımı peyvəndlər vurulur.

Böyümə və inkişafın izlənməsi: Boy, çəki, baş çevrəsi ölçülür, psixomotor inkişaf izlənilir.

1.2. Erkən uşaqlıq dövrü (1-5 yaş):

İllik müayinələr: Hər il pediatr tərəfindən ümumi müayinə.

Peyvəndlərin davamı: Müvafiq yaş qrupunda olan peyvəndlərin vurulması.

İnkişafın qiymətləndirilməsi: Fiziki və intellektual inkişafın qiymətləndirilməsi.

1.3. Məktəbəqədər və məktəb yaşları (6-18 yaş):

İllik müayinələr: Hər il pediatr və ya ailə həkimi tərəfindən ümumi müayinə.

Görmə və eşitmə yoxlaması: Müntəzəm olaraq görmə və eşitmə yoxlanılır.

Psixoloji və sosial inkişaf: Psixoloji vəziyyətin və sosial

adaptasiyanın qiymətləndirilməsi.

2. Gənclər və Gənc Yetkinlər (19-39 yaş)

İllik ümumi müayinələr: Ailə həkimi və ya terapevt tərəfindən ümumi sağlamlıq müayinəsi aparılır: qan təzyiqinin, bədən kütləsi indeksinin ölçülməsi, tam qan analizi(ESR, leykositlər, hemoqlobin),sidik ,qanda qlükoza ,EKQ, flüoqrafiya.30-39 yaş :əlavə olaraq (göstərişlərə görə) qanda xolesterin.

Xüsusi müayinələr: Cinsi yolla ötürülən infeksiyalar, qidalanma pozuntuları və psixi sağlamlıq problemləri üçün müayinələr.

Təkrar müayinə üçün

Reproduktiv sağlamlıq: Qadınlar üçün ginekoloji müayinələr və kişilər üçün urologiya müayinələri.

Sağlam həyat tərzi: Qidalanma, fiziki fəallıq və zərərli vərdişlərin (siqaret, alkoqol) qarşısının alınması üzrə maarifləndirmə.

3. Orta Yaşlılar (40-64 yaş)

İllik ümumi müayinələr: Terapevt və ya müvafiq ixtisas həkimləri tərəfindən müayinə.

Xroniki xəstəliklərin müayinəsi: qan təzyiqinin ölçülməsi, BKİ bədən kütləsi indeksi, tam qan testi, sidik, qanda qlükoza ,qanda xolesterin, ürək- damar xəstəliklərinin riskinin qiymətləndirilməsi. göz içi təzyiqin ölçülməsi, EKQ, fluoroqrafiya.

Onkoloji yoxlamalar: Qadınlar üçün mammoqrafiya, kişilər üçün prostat spesifik antigen (PSA) testi və hər iki cins üçün kolonoskopiya.

Sümük sıxlığının yoxlanılması: Osteoporoz riskinin qiymətləndirilməsi və lazım gəldikdə müayinələr.

4. Yaşlılar (65 yaş və yuxarı)

İllik və yarımillik müayinələr: Müntəzəm olaraq terapevt, kardioloq, endokrinoloq və digər ixtisas həkimləri tərəfindən müayinə.

Multimorbidite: Birdən çox xroniki xəstəliklərin idarə edilməsi və müalicə planlarının uyğunlaşdırılması.

Funksional testlər: Hərəkət qabiliyyəti, gündəlik fəaliyyətlər, görmə və eşitmə kimi funksional testlərin keçirilməsi.

Dərman müayinəsi: Müxtəlif dərman preparatlarının istifadəsinin izlənməsi və dərmanların uyğunlaşdırılması.

Psixi sağlamlıq: Depressiya və demensiya kimi yaşlılıqla əlaqəli psixi sağlamlıq problemlərinin izlənməsi.

Bu yanaşma hər yaş qrupunun spesifik sağlamlıq ehtiyaclarını və risklərini nəzərə alaraq dispanserizasiyanın daha effektiv və hərtərəfli olmasını təmin edir. Yaş qruplarına uyğun müayinələr və profilaktik tədbirlər xəstəliklərin erkən mərhələdə aşkarlanmasına və vaxtında müalicə olunmasına imkan yaradır.

D (I) - sağlamlıq vəziyyətindən şikayət etməyən, dispanser müayinəsi zamanı kəskin, xroniki xəstəliklər və ya bədənin ayrı-ayrı orqan və sistemlərinin disfunksiyaları aşkar etməyən, habelə vəziyyətində kiçik sapmalar olan sağlam vətəndaşlar. əmək qabiliyyətinə təsir etməyən sağlamlıq (tərəqqi meyli olmadan);

D (II) - xroniki xəstəliklər, patoloji prosesin xronikiliyinə səbəb ola bilən kəskin xəstəliklər üçün risk faktorları olan praktiki sağlam vətəndaşlar (o cümlədən tez-tez və ya uzun müddət xəstə olan vətəndaşlar tez-tez (6 və ya) ildə bir dəfədən çox) və ya uzun müddət (ümumilikdə ildə 40 gündən çox) kəskin xəstəliklərdən əziyyət çəkirlər, habelə orqan və bədən sistemlərinin funksiyaları pozulmadan remissiyada olan xroniki xəstəlikləri olan vətəndaşlar).

D (III) - orqanizmin orqan və sistemlərinin funksiyaları pozulmuş və (və ya) dövrü kəskinləşmə ilə xroniki xəstəlikləri olan vətəndaşlar.

Dispanser dinamik müşahidə qruplarının D (I-II), CSD-də olan şəxslər müvafiq profilli mütəxəssis həkimlər və yerli ümumi praktikantlar tərəfindən sonrakı dispanser dinamik müşahidəsi üçün dispanser uçotuna alınırırlar.

D (IV) - əlil qrupu olan vətəndaşlar;

D (I–II) dispanser müşahidə qruplarına aid olan xəstələr profilaktika şöbəsinin ümumi praktikantında və ya yerli ümumi praktikantlarda qeydiyyatı alına bilərlər.

Yetkin əhalinin tibbi müayinəsi sayəsində aşağıdakı nəticələrin əldə edilməsi gözlənilir:

- əhalinin sağlamlığının yaxşılaşdırılması;
- ilkin formada xəstəlikləri müəyyən etmək;
- əhali arasında arterial hipertenziya hallarının və lipid mübadiləsi pozğunluqlarının yayılmasının müəyyən edilməsi (bu şərtlərin vaxtında korreksiyası müvəqqəti əlilliyin, əlilliyin və infarkt və insultdan ölüm hallarının səviyyəsini azaldacaq);
- vərəmli xəstələri xəstəliyin ilkin mərhələsində müəyyən etmək və vərəmin epidemioloji vəziyyətini yaxşılaşdırmaq;
- ginekoloji xəstəliklərin, o cümlədən süd vəzilərinin, o cümlədən xərçəng xəstəliklərinin erkən aşkar edilməsini və qarşısının alınmasını təmin etmək;
- kişilərdə prostat xəstəliklərinin erkən aşkarlanmasına nail olmaq.

Klinik müayinə hər bir xəstəyə dörd göstəricini müntəzəm olaraq izləməyə imkan verir:

qan təzyiqi (normal - 130/85 mm c- süt. dən çox deyil)

qan qlükoza (normal - boş bir mədədə 5,5 mmol / l-dən çox deyil)

xolesterin səviyyəsi (normal - 5,0 mmol / l-dən çox deyil)

bədən kütləsi indeksi (BMI) - tip 2 diabet, ateroskleroz, arterial hipertenziya inkişaf riskini qiymətləndirməyə imkan verir.

Xəstələrin müayinəyə və müalicəyə cəlb edilmə qrafiki, xroniki xəstəlikləri olan pasientlərin vəziyyətinin izlənməsi və lazımı tibbi tədbirlərin vaxtında həyata keçirilməsi üçün vacibdir. Bu qrafikin hazırlanması və tətbiqi aşağıdakı mərhələlərdən ibarətdir:

Müayinəyə və müalicəyə cəlb edilmə qrafiki:

1. İlk Müayinələr

İlkin diaqnostika: Xroniki xəstəlik şübhəsi olan şəxslər ilkin müayinələrə cəlb edilir. Bu müayinələrə ümumi qan analizləri, sidik analizləri, şəkər testi, qan təzyiqi ölçmələri və digər diaqnostik testlər daxildir.

Ətraflı müayinələr: İlkin nəticələrə əsasən xəstəliyin təsdiqi üçün daha ətraflı müayinələr təyin edilir. Məsələn, ürək xəstəlikləri üçün EKG, exokardiografiya, tənəffüs sistemi xəstəlikləri üçün rentgen və ya spirometriya.

2. Daimi və Dövrü Müayinələr

Müayinə intervalları: Hər bir xroniki xəstəlik növü üçün müəyyən intervallarla müayinələr keçirilir. Məsələn, diabet xəstələri üçün hər 3-6 ayda bir, hipertoniya xəstələri üçün hər 3 ayda bir.

Təkrar müayinələr: Xəstənin vəziyyətinə görə müəyyən edilmiş vaxt intervallarında təkrar müayinələr aparılır. Bu müayinələrdə xəstəliyin gedişatı izlənir və müalicə tədbirləri yenidən qiymətləndirilir.

Monitoring testləri: Müəyyən müayinələr təyin olunmuş qrafik üzrə həyata keçirilir. Bu testlərə qan şəkəri, lipid profili, böyrək və qaraciyər funksiyaları, qan təzyiqi və digər monitoring testləri daxildir.

3. Müalicə Planının Hazırlanması

Fərdi müalicə planı: Hər bir pasient üçün fərdi müalicə planı hazırlanır. Bu plana xəstənin yaş, cins, xəstəlik tarixi və digər tibbi faktorlar nəzərə alınaraq fərdiləşdirilmiş müalicə rejimi daxil edilir.

Müalicənin uyğunlaşdırılması: Müalicə planı pasientin həyat tərzini və digər tibbi şərtlərə uyğunlaşdırılır. Lazım gəldikdə, müalicə rejimi yenidən tənzimlənir.

Dərman müalicəsi: Xəstənin müalicəsi üçün təyin edilmiş dərmanlar müntəzəm olaraq yenilənir və dozası tənzimlənir.

4. Pasientlərin Maarifləndirilməsi və Təlimatlandırılması

Sağlamlıq maarifləndirilməsi: Xəstələrə xəstəlikləri və onun idarə olunması haqqında məlumat verilir. Sağlam həyat tərzini, düzgün qidalanma, fiziki fəallıq və zərərli vərdişlərdən uzaq durma haqqında tövsiyələr verilir.

Müalicə üzrə təlimat: Pasientlərə təyin olunmuş müalicə rejiminin düzgün yerinə yetirilməsi, dərmanların qəbulu və müayinələrə vaxtında gəlmələri barədə təlimatlar verilir.

5. Davamlı İzləmə və Təqib

Daimi nəzarət: Xəstələrin vəziyyəti mütəmadi olaraq izlənilir. Müayinələr nəticəsində əldə edilən məlumatlar pasientin tibbi kartında qeyd olunur və lazım gəldikdə müalicə tədbirləri tənzimlənir.

Daimi əlaqə: Xəstələrlə davamlı əlaqə saxlanılır, onların vəziyyəti və müalicə rejimi haqqında məlumatlar mütəmadi olaraq yenilənir. Tibbi bacısı pasientləri ilə mütəmadi olaraq əlaqə saxlayaraq onların müalicə prosesində qarşılaşdıqları çətinlikləri həll edir.

Qəfil pisləşmə: Xəstənin vəziyyəti qəfil pisləşdikdə dərhal təcili tibbi yardım göstərilir və müalicə rejimi yenidən nəzərdən keçirilir.

6. Elektron Sağlamlıq Sistemlərindən İstifadə

Məlumatların elektron idarə edilməsi: Elektron səhiyyə sistemləri vasitəsilə pasientlərin sağlamlıq məlumatları saxlanılır, yenilənir və izlənilir.

Təqvim və bildirişlər: Müayinələr və müalicə tədbirləri üçün elektron təqvimlər və bildirişlər istifadə olunur. Bu, pasientlərin vaxtında müayinələrə gəlməsini və dərmanlarını qəbul etməsini təmin edir.

Məlumatların paylaşılması: Səhiyyə müəssisələri arasında məlumat mübadiləsi təmin edilir ki, pasientin tam tibbi tarixçəsi hər yerdə əlçatan olsun.

Bu qrafikin hazırlanması və tətbiqi, xəstələrin müntəzəm olaraq müayinə olunması və müalicə prosesinin effektiv aparılması üçün vacibdir. Xroniki xəstəliklərin idarə olunmasında bu

yanaşma xəstəliklərin erkən mərhələdə aşkarlanmasına, vaxtında müalicə olunmasına və xəstəliklərin ağırlaşmasının qarşısının alınmasına kömək edir.

2.3.3 Tibbi sənədlərlə işləmə.

Tibbi sənədlərlə işləmə, xəstələrin tibbi məlumatlarının düzgün və tam şəkildə qeyd olunması, saxlanması və müvafiq şəxslərə çatdırılması prosesidir. Bu proses səhiyyə müəssisələrinin effektiv işləməsi, tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin artırılması və hüquqi tələblərə uyğunluğun təmin edilməsi üçün çox vacibdir. Tibbi sənədlərlə işləmə aşağıdakı mərhələlərdən ibarətdir:

1. Məlumatların Toplanması

İlkin məlumatların yığılması: Pasientin ilk müraciəti zamanı onun şəxsi məlumatları, xəstəlik tarixi, ailə anamnezi və mövcud şikayətləri haqqında məlumatlar toplanır.

Müayinə nəticələri: Müxtəlif diaqnostik testlərin və müayinələrin nəticələri (qan analizləri, rentgen, MRT və s.) tibbi sənədlərə daxil edilir.

Həkim qeydləri: Həkimlərin pasientlərlə apardıqları müayinələr və məsləhətləşmələr zamanı əldə olunan məlumatlar qeyd olunur.

2. Məlumatların Sənədləşdirilməsi

Elektron sağlamlıq qeydləri (EHR): Ənənəvi kağız sənədlərdən fərqli olaraq, elektron sağlamlıq qeydləri məlumatların daha asan idarə olunmasına və paylaşılmasına imkan yaradır. Bu qeydlər pasientin bütün tibbi məlumatlarını bir araya toplayır.

Kağız sənədlər: Hələ də bir çox müəssisədə istifadə olunan kağız tibbi sənədlər, pasientin tibbi tarixçəsini və cari vəziyyətini əks etdirən əlyazma qeydləridir. (laboratoriya qeydləri, reseptlər, immunizasiya qeydləri)

Standart formalar: Tibbi sənədlərin vahid formatda olması məlumatların asan oxunmasını və analiz edilməsini təmin edir. (şəkil 1.)

3. Məlumatların Saxlanması

Təhlükəsizlik və məxfilik: Tibbi məlumatlar xüsusi məxfilik tələblərinə uyğun olaraq saxlanılır. Elektron sistemlərdə məlumatların şifrələnməsi və təhlükəsizlik tədbirləri tətbiq olunur.

Məlumatların ehtiyat nüsxələri: Tibbi məlumatların itirilməsinin qarşısını almaq üçün mütəmadi olaraq ehtiyat nüsxələri yaradılır.

Məlumatların uzunmüddətli saxlanması: Tibbi sənədlər hüquqi və tibbi tələblərə uyğun olaraq müəyyən müddət ərzində saxlanılır.

4. Məlumatların Yenilənməsi

Daimi yeniləmə: Pasientin tibbi vəziyyəti dəyişdikcə, yeni diaqnozlar, müalicə nəticələri və digər vacib məlumatlar sənədlərə əlavə edilir.

Diaqnoz və müalicə planlarının yenilənməsi: Pasientin vəziyyətinə uyğun olaraq diaqnoz və müalicə planları sənədlərdə müntəzəm olaraq yenilənir.

5. Məlumatların Paylaşılması

Müxtəlif mütəxəssislərlə məlumat mübadiləsi: Tibbi sənədlər pasientin müalicəsində iştirak edən müxtəlif mütəxəssislər arasında paylaşılır ki, hər bir mütəxəssis pasientin tam tibbi tarixçəsi haqqında məlumatlı olsun.

Pasientlərin məlumatlandırılması: Pasientlər öz tibbi məlumatlarına çıxış əldə edirlər və lazım gəldikdə bu məlumatları başqa tibbi müəssisələrə və ya həkimlərə təqdim edə bilərlər.

Hüquqi tələblərə uyğunluq: Məlumatların paylaşılması zamanı məxfilik və hüquqi tələblərə riayət edilir.

6. Analiz və Hesabatlar

Məlumatların analizi: Tibbi məlumatlar təhlil edilərək,

pasientin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi və müalicə prosesinin effektivliyi müəyyən edilir.

Statistik hesabatlar: Səhiyyə müəssisələri tibbi sənədlərdə olan məlumatlar əsasında statistika hazırlayır. Bu statistika xəstəliklərin yayılması, müalicə nəticələri və digər vacib göstəricilər haqqında məl özumat verir.

Elmi tədqiqatlar: Tibbi sənədlərdə toplanan məlumatlar elmi tədqiqatlar üçün əsas mənbədir. Bu tədqiqatlar yeni müalicə metodlarının inkişafına və səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətinin artırılmasına kömək edir.

7. Hüquqi və Etik Tələblər

Məxfilik və məlumatın qorunması: Tibbi sənədlərlə işləyərəkən pasientlərin məxfiliyi qorunmalıdır. Bu, həm kağız, həm də elektron sənədlər üçün vacibdir.

Məlumatların doğruluğu: Tibbi sənədlərdə olan məlumatlar dəqiq və doğru olmalıdır. Bu, düzgün diaqnoz və müalicə üçün vacibdir.

Hüquqi uyğunluq: Tibbi sənədlərin idarə olunması zamanı ölkənin qanunvericiliyinə uyğun hərəkət edilməlidir.

8. Təlim və Maarifləndirmə

Tibbi personalın təlimi: Tibbi sənədlərlə işləyən personalın müntəzəm təlimlərdən keçməsi və yeni standartlarla tanış olması təmin edilir.

Pasient maarifləndirilməsi: Pasientlər tibbi sənədlərin idarə olunması və məxfilik tələbləri haqqında məlumatlandırılır.

Tibbi sənədlərlə düzgün işləmə, pasientlərin sağlamlıq vəziyyətinin dəqiq və tam şəkildə qiymətləndirilməsini və effektiv müalicə tədbirlərinin görülməsini təmin edir. Bu proses səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətinin artırılmasına və səhiyyə müəssisələrinin daha səmərəli işləməsinə kömək edir.

Sənədlərə misal olaraq bunları göstərmək olar.

Gördüyünüz şəkil 1 Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinə aid "Uşağın Ambulator Kitabçası" formasıdır. Bu

forma, uşaqların ambulator müalicəsi və profilaktikası zamanı əldə olunan tibbi məlumatların qeydiyyatı üçün istifadə edilir. Aşağıda formanın tərkibi və istifadə qaydaları haqqında ətraflı məlumat verilmişdir.

Formanın Tərkibi və İstifadəsi

1. Tibbi Məlumatlar:

- Tibb müəssisəsinin adı və kodu: Uşağın müalicə aldığı tibb müəssisəsinin adı və kodu qeyd olunur.
- VESKS kodu: Vahid Elektron Səhiyyə Kart Sistemi kodu.

TQS № 112		Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi	
MY	UŞAĞIN AMBULATOR KİTABÇASI (uşaq poliklinikaları üçün)		011529
2024-cü il	Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 30 dekabr 2016-cı il tarixli 100 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmişdir		
Tibb müəssisəsinin adı			
Tibb müəssisəsinin kodu			
VESKS kodu			
UŞAĞ HAQQINDA MƏLUMAT		DAİMİ YAŞAYIŞ ÜNVANI	
Soyadı	Rayon	Şəhər	
Adı	Kənd-1	Kənd-2	
Atasının adı	Rəicə	Evkənc	
Doğum tarixi	Qan qrupu və rezus faktor	Telefon	
gün ay il		Qeyd	
Cinsi: kişi <input type="checkbox"/> qadın <input type="checkbox"/>		Ünvan	
Daimi <input type="checkbox"/> Məhsusətli <input type="checkbox"/> yaşayır. Digər səbəblərlə <input type="checkbox"/> Kənddən <input type="checkbox"/> köçmüşdür. Şəhərkəndin adı			
MÜƏSSSƏDƏ QEYDƏ ALINIB		QEYDİYYATDAN ÇIXARILIB	
HARADAN GƏLİB		QEYDİYYATDAN ÇIXARILMA SƏBƏBİ (kəçdüğü zaman gətirdiyi ünvanı göstərsin)	
gün ay il	gün ay il	gün ay il	
gün ay il	gün ay il	gün ay il	
gün ay il	gün ay il	gün ay il	
gün ay il	gün ay il	gün ay il	

Qeyd: Tibbi qeydiyyat sənədi qara və ya tünd göy yazan dıyircəklə qələmlə səlqəli və aydın xətlə döləşürəlməldir. Düzəlişlər və dəyişikliklər yöl verilmir.

Şəkil 1 Uşağın ambulator kitabçası

2. Uşaq Haqqında Məlumat:

- Soyadı, adı, atasının adı: Uşağın tam adı.
- Doğum tarixi, cinsi və qan qrupu: Uşağın doğum tarixi, cinsi və qan qrupu haqqında məlumatlar.
- Daimi yaşayış ünvanı: Uşağın daimi yaşadığı ünvan.

3. Yaşayış Statusu:

- Daimi və ya müvəqqəti: Uşağın qeydiyyatda olduğu ünvanın daimi və ya müvəqqəti olduğunu göstərir.

- Yaşayış ünvanı dəyişiklikləri: Uşaq köçdüüyü halda, yeni ünvan haqqında məlumatlar.

4. Müəssisədə Qeydiyyat:

- Müəssisədə qeydiyyata alınma tarixi: Uşağın tibbi müəssisədə qeydiyyata alınma tarixi.

- Haradan gəlib: Uşaq başqa bir müəssisədən göndərilib-sə, həmin müəssisənin adı və gəldiyi tarix.

5. Qeydiyyatdan Çıxarılma:

- Qeydiyyatdan çıxarılma tarixi: Uşağın tibbi müəssisədə qeydiyyatdan çıxarılma tarixi.

- Çıxarılma səbəbi: Uşaq başqa bir yerə köçübsə və ya qeydiyyatdan çıxarılsə, səbəbi və gedilən ünvan göstərilir.

Formanın əhəmiyyəti: Bu forma uşaqların tibbi tarixçəsini sistemli şəkildə izləmək üçün çox vacibdir. Uşağın doğumundan etibarən bütün tibbi məlumatlar bu kitabçada toplanır və lazım gəldikdə həkimlərə və ya digər tibb işçilərinə təqdim edilir. Bu, uşağın sağlamlıq vəziyyətinin izlənməsi, profilaktik tədbirlərin vaxtında aparılması və xəstəliklərin erkən aşkarlanması üçün çox əhəmiyyətlidir.

Ümumi Məlumat

- Tamlıq və dəqiqlik: Formanın tam və dəqiq doldurulması vacibdir. Tibbi məlumatların düzgün qeyd olunması uşağın sağlamlıq vəziyyətinin daha yaxşı izlənməsinə kömək edir.

- Hüquqi və tibbi tələblərə uyğunluq: Forma hüquqi və tibbi tələblərə uyğun olaraq doldurulmalı və saxlanmalıdır.

- *Məxfilik: Uşağın tibbi məlumatları məxfi saxlanılmalıdır və yalnız müvafiq tibbi personal tərəfindən istifadə edilməlidir.*

Bu formanın düzgün istifadəsi uşaqların sağlamlığının qorunması və tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin artırılması üçün vacibdir.

Gördüyünüz şəkil 2 Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə

TQS № 827 Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi **0014233**

AMBULATOR KİTABÇADAN (xəstəlik tarixindən) ÇIXARIS

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinə 30 dekabr 2016-cı il tarixli 130 əmrə əsasən tərtib edilmişdir.

Tibb əlaqələndirilməmişdir

Tibb əlaqələndirilməmişdir

Gələcəkdə tibb əlaqələndirilməmişdir

VEBESİ kodu: _____

Əməliyyat tarixi: _____

AMBULATOR KİTABÇADAN ÇIXARISIN NÖMƏRİ: _____

PASİYENTİN RƏGƏTİNİN MƏLUMATI

Soyadı: _____ Adı: _____

Atası: _____

Doğum tarixi: _____

Çiçək: _____

BƏMİ YASAYIŞ ÜNVANI

Rəyon: _____

İkinci: _____

Üçüncü: _____

Kürsü: _____

Ev: _____

Qorq: _____

İstəmə: _____

BƏLƏMƏYİ (TƏBİBİ, ALƏMƏYİ) MƏLUMATI

İy (tibbi əlaqə) mütəmadi olaraq: _____

İstəyi yoxdur: _____

Yaxşıdır: _____

Səhər: _____

Ödəniş forması: MFT: _____

Gələcəkdə verilən tarix: _____

Dişil alın tarixi: _____

Diagnoz

XBT: 10 gün kod: _____

XBT: 10 gün kod: _____

XBT: 10 gün kod: _____

Xəstəliklə bəslənən tarix: _____

Qonaq əlaqəsi: _____

Pasiyentin vəziyyəti: _____

Qeyd: Tibbi əlaqələndirilməmişdir və ya tibbi əlaqə yoxdur. Əlaqələndirilməmişdir. Əlaqələndirilməmişdir. Əlaqələndirilməmişdir.

Şəkil 2 Ambulator kitabçadan çıxarış.

Nazirliyinə aid "Ambulator Kitabçadan (Xəstəlik Tarixindən) Çıxarış" formasına aiddir. Bu forma, xəstənin ambulator müalicə zamanı aldığı tibbi xidmətlər və onun tibbi vəziyyəti barədə məlumatları özündə birləşdirir. Aşağıda formanın tərkibi və istifadə qaydaları haqqında ətraflı məlumat verilmişdir.

Formanın əhəmiyyəti: Bu forma pasiyentin ambulator müalicə prosesində əldə edilən bütün tibbi məlumatları sistemləşdir-

mək və onları tibbi heyət üçün asan əlçatan etmək məqsədini daşıyır. Bu, həkimlərə xəstənin tibbi tarixçəsini anlamaqda və müalicənin effektivliyini qiymətləndirməkdə kömək edir.

Formanın düzgün doldurulması və saxlanması həm də hüquqi baxımdan vacibdir, çünki tibbi sənədlər hüquqi məsələlərdə sübut olaraq istifadə edilə bilər. Məlumatların tam və dəqiq olması pasiyentin müalicəsinin keyfiyyətini artırır və tibbi xidmətlərin ümumi səviyyəsini yüksəldir.

Gördüyünüz sənəd (şəkil 3) Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən verilmiş "Uşaqların İcbari Dispanserizasiyasının Müayinə Vərəqi"dir. Bu form, uşaqların dispanserlərdə aparılan müayinə və nəzarətlərinin qeydiyyatı üçün istifadə olunur. Formun bölmələri aşağıdakı kimi izah edilə bilər:

TQS № 112/2
2024-cü il

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
UŞAQLARIN İCBARİ DİSPANSERİZASIYASININ
MÜAYİNƏ VƏRƏQİ 014439

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinə 30 dekabr 2014-cü il tarixi 100 ədəddə sənəd dəstəyində təqdim edilmişdir.

Tibb müəssisəsinin adı: _____
Tibb müəssisəsinin kodu: _____

YƏNİDƏ KOD: _____

UŞAQ HAQQINDA MƏLUMAT		DAİMİ YAŞAYIŞ ÜNVANI	
Soyadı	_____	Rayon	_____
Adı	_____	Şəhər	_____
Atasının adı	_____	Qəsəbə	_____
Doğum tarixi	_____	Küçə	_____
Cinsi: kişi <input type="checkbox"/> qadın <input type="checkbox"/>	_____	Ev nömrəsi	_____
Qan qrupu və rezus faktoru	_____	Yolüstü	_____
		Qapı	_____
		Sənəd	_____

Doğum yeri (iləyi, pələndən) adı: _____

Tibb müəssisəsinin №-si və ünvanı: _____

Həkim müayinələrində istifadə edilən

Həkim müayinələrində istifadə edilən	
Həkim – pediatr	_____
Həkim – nevropatoloq	_____
Həkim – oftalmoloq	_____
Uşaq cərrahisi	_____
Həkim – otolaringoloq	_____
Həkim – stomatoloq	_____
Həkim – dermatoveneroloq	_____
Həkim – endokrinoloq	_____
Həkim – uroloq	_____
Mama – ginekoloq	_____
Diqanlar	_____

Kəndəyi-diaqnozluq müayinələrində istifadə edilən

Antropometrik müayinə	_____
Arterial təzyiq ölçülməsi	_____
Görünə qəbül yoxlama təyini	_____
Əgizlə qəbül yoxlama təyini	_____
Qulaq limfoni smaltı	_____
Müxtəlif qulaq müayinəsi	_____
Fluorografiya	_____
USM	_____
Röntgen	_____
EXQ	_____

Qeyd: Profilaktik müayinələr uşaqları yuxarı qrupa yazmaq üçün aparılır.

Qeyd: Tibb qrupları sənəd qrupu və sənəd qrupu (sənəd qrupları) qəbul edilmişdir. Əlavə olaraq dəyişikliklər edilmişdir.

Şəkil 3 Uşaqların icbari dispanserizasiyasının müayinə və rəqə

du:

- Xüsusi bir kod (ehtimal ki, səhiyyə sistemi daxilində istifadə olunan bir referans).

4. UŞAQ HAQQINDA MƏLUMAT:

- Soyadı, Adı, Atasının adı: Uşağın soyadı, adı və atasının adı.

- Doğum tarixi: Uşağın doğum tarixi.

- Cinsi: Cinsi (kişi/qadın).

- Qan qrupu və rezus faktor: Qan qrupu və Rh faktoru.

5. DAİMİ YAŞAYIŞ ÜNVANI:

- Rayon, şəhər, qəsəbə, küçə, bina və mənzil kimi ünvan

1. Yuxarı His-
sə:

- Formanın Nömrəsi (TQS № 112/2): Formanın referans nömrəsi.

- Tarix: Formanın doldurulma ili (2024-cü il).

- Seriya Nömrəsi (014439): Formanın unikal nömrəsi.

2. Tibb müəssisəsinin adı və Tibb müəssisəsinin kodu:

- Müəssisənin adı və kodu kimi məlumatlar burada doldurulur.

3. VƏSN ko-

məlumatları.

- Telefon: Əlaqə nömrəsi.

6. Qeydiyyatda olduğu poliklinikanın adı və Təsdiq edən həkim:

- Qeydiyyatda olduğu poliklinikanın adı və təsdiq edən həkimin adı.

7. Həkim müayinələrinin nəticələri:

- Müxtəlif ixtisaslaşmış həkimlərin (neyropatoloq, oftalmoloq, uşaq cərrahı, otorinolaringoloq, stomatoloq, dermatoveneroloq, endokrinoloq, urolog, ginekoloq) müayinə nəticələri üçün ayrılmış hissə.

8. Köməkçi-diaqnostik müayinələrin nəticələri:

- Antropometrik müayinə, Arterial təzyiqin ölçülməsi, Görmə qabiliyyətinin təyini, Eşitmə qabiliyyətinin təyini, Qanın ümumi analizi, Helmintə görə müayinə, Plantoqrafiya, USM, Rentgen, EKQ kimi köməkçi-diaqnostik müayinələrin nəticələri üçün ayrılmış hissə.

Formanın sonunda, profilaktik müayinələrin uşaqların yaş qrupuna uyğun aparıldığını qeyd edən bir hissə də mövcuddur.

Bu form uşağın sağlamlıq vəziyyəti, müayinə nəticələri və dispanserdə aparılan tədbirlər haqqında ətraflı məlumat vermək üçün doldurulur və səhiyyə müəssisələri tərəfindən qeydiyyatda saxlanılır.

Gördüyünüz şəkil 4 Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinə aid "Yoluxucu xəstəlik, kəskin qida zəhərlənməsi və qeyri-adi reaksiyalar haqqında" məlumat formasına (N.058) aiddir. Bu forma səhiyyə müəssisələrində yoluxucu xəstəliklər, kəskin qida zəhərlənmələri və digər qeyri-adi tibbi vəziyyətlər barədə məlumatları toplamaq və qeydiyyatını aparmaq üçün istifadə olunur.

Formanın tərkibi və istifadəsi.

1. Tibbi Məlumatlar:

- Xəstənin şəxsi məlumatları: Adı, soyadı, atasının adı, doğum tarixi, cinsi və yaşadığı ünvan kimi məlumatlar.

TQS № 058 Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
TƏCİLİ BİLDİRİŞ VƏRƏQİ 003610
 2024-cü il (Yoluxucu xəstəlik, kəskin qida və pəşə zəhərlənmələri, peyvəndə qarşı qeyri-adi reaksiyalar haqqında)
 Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 30 dekabr 2016-cı il tarixli 100 ədədli sərəti ilə təsdiq edilmişdir

Tibb müəssisəsinin adı _____
 Tibb müəssisəsinin kodu _____
 Göndərilmə tibb müəssisəsinin adı _____
 Şəxsiyyəti təsdiq edən sənədin adı _____ seriyası _____ nömrəsi _____
 VESKS kodu _____

Qeydiyyatda olduğu poliklinika _____

PASİYENT HAQQINDA MƏLUMAT		DAİMI VƏSAYİŞ ÜNVANI	
Soyadı _____	Rayon _____	Şəhər _____	Qonşuluq-Kənd-1 _____
Adı _____	Qonşuluq-Kənd-2 _____	Kiçik _____	Ev/məh. _____
Atasının adı _____	Ev/məh. _____	Telefon _____	Qeyd. tarixi _____
Doğum tarixi _____	Qonşuluq-Kənd-3 _____	Qonşuluq-Kənd-4 _____	Qonşuluq-Kənd-5 _____
Cinsi: kişi <input type="checkbox"/> qadın <input type="checkbox"/>	Qonşuluq-Kənd-6 _____	Qonşuluq-Kənd-7 _____	Qonşuluq-Kənd-8 _____
Qonşuluq-Kənd-9 _____	Qonşuluq-Kənd-10 _____	Qonşuluq-Kənd-11 _____	Qonşuluq-Kənd-12 _____

İŞLƏDİYİ (TƏHSİL ALDIĞI) MÜƏSSSƏ
 İy (təhsil aldığı, uşağ) müəssisəsinin adı və ünvanı _____
 Uşağırsa: mütəəkkil qeyri mütəəkkil

Diagnoz
 XBT-10 tarixi kod _____ Laborator təsdiqi təsdiq edilmiş: bəli yox Diaqnozun müəyyən edilmə tarixi _____
 Xəstəliyin başlanma tarixi _____
 Birinci mütəəkkil (aclar edilmə) tarixi _____
 Kollektiva son davamiyyət tarixi _____
 Hospitalizasiya tarixi _____

Qeyd: Tibbi qeydiyyat sərəti qeyri və ya təd qiy yuxarı dərəcəli qəbulu vəziyyəti və qeyri xətə dərəcəsi ilə
 Daxildir və dərəcəli qeyri yoxdur.

Şəkil 4 Təcili bildiriş vərəqi

təcilləri və laboratoriyaya göndərilmə tarixi.

3. Əlavə Məlumatlar:

- İşlədiyi müəssisə: Xəstənin işlədiyi yerin adı və ünvanı.

- Uşaqlar üçün məlumat: Əgər xəstə uşağırsa, onun təhsil aldığı müəssisənin adı.

- Hamiləlik və doğuş haqqında məlumatlar: Əgər xəstə qadındırsa və hamilədirsə, hamiləlik müddəti və digər müvafiq məlumatlar.

Formanın Əhəmiyyəti

Bu forma yoluxucu xəstəliklərin və kəskin qida zəhərlənmələrinin vaxtında aşkarlanması, yayılmasının qarşısının alınması və müvafiq tibbi tədbirlərin həyata keçirilməsi üçün çox əhəmiyyətlidir. Məlumatların düzgün və tam şəkildə doldurul-

- Müayinə nəticələri: Xəstənin qan qrupu, Rh faktoru və digər tibbi göstəriciləri.

- Tibbi müəssisənin məlumatları: Xəstəxananın adı, şöbəsi və tibbi personalın adı.

2. Xəstəlik Haqqında Məlumat:

- Diaqnoz: Xəstənin diaqnozu və onun təsdiq edilməsi tarixi.

- Xəstəliyin başlama və bitmə tarixi: Xəstəliyin ilk simptomlarının görünməsi və sağalma tarixi.

- Laborator müayinələr: Xəstənin laborator müayinələrinin nə-

TQS № 025/2 005406

MEY Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi

2024-cü il YEKUN (DƏQİQLƏŞDİRİLMİŞ) DİAQNOZLARIN QEYDİYYAT VƏRƏQİ

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 30 dekabr 2016-cı il tarixli 100 nömrəli sərəfə ilə təsdiq edilmişdir

Tibbi müəssisənin adı _____

Tibbi müəssisənin kodu _____

Ambulator kitabxanası №-si _____

PASİYENT HAQQINDA MƏLUMAT

Soyadı _____ Adı _____ Atasının adı _____

Dəqum tarixi _____

Cinsi: kişi qadın Qan qrupu və rezus faktor _____

DAİMİ YASAYIŞ ÜNVANI

Rayon _____ Şəhər _____ Qəsəbə/Kənd _____ Kəçə _____ Ev mən. _____ Telefon _____ Qeyd. tarixi _____

Səhə № _____ terapevtik _____, sex _____, pediatrik _____

Təbqim olunmuş müəssisədə işləyir _____ işləmir _____ Tibbi sidiqat gətirilən rəyozun ərazisində yaşayır _____

Yekun (dəqəqləşdirilmiş) diaqnoz. Travmatoloji xəstəliklər (şəh-təvəssus xarakterli və lokalizasiyası da göstərməli)

Diaqnoz xəstənin həyatında ilk dəfə qeyulmuşu (+) " qeyd etməli)

Diaqnozun müəyyən edilmə tarixi _____

XBT-10 lərə kod _____

Əvvəl qeyd olunmuş diaqnozun əvəzinə yazılan yeni diaqnoz*

Diaqnozun müəyyən edilmə tarixi _____

XBT-10 lərə kod _____

Qeyd: Tibbi qeydiyyata cəməli qura və ya fəhd gily yazan dityorokki qətimlə səhəfli və əylin xəttə bəhdərdəndəndir. Diaqnoza və dəyərliklərinə yel verilmə.

Şəkil 5 Yekun diaqnozların qeydiyyat vərəqəsi.

025/2). Xəstənin tibbi müayinəsi və müalicəsi nəticəsində təyin olunmuş diaqnozların sənədləşdirilməsi üçün istifadə olunan vacib bir tibbi sənəddir. Bu vərəqə həkimlərə xəstənin müalicə prosesini izləmək və lazımi tibbi tədbirləri həyata keçirmək üçün kömək edir. Aşağıda yekun diaqnozların qeydiyyat vərəqəsinin tərkibi və istifadə qaydaları haqqında ətraflı məlumat verilmişdir.

Yekun Diaqnozların Qeydiyyat Vərəqəsinin Əhəmiyyəti-Tibbi İzləmə və

Planlaşdırma:Xəstənin vəziyyətinin izlənməsi: Bu vərəqə

ması, səhiyyə sistemi-nin bu xəstəliklərlə mü-barizəsini effektiv edir və ictimai sağlamlığı qoruyur.

Bu formanın istifadəsi ilə bağlı olaraq, səhiyyə işçiləri xəstələrin məlumatlarını diqqətlə doldurur və təyin olunmuş müddətlərdə 3 gün ərzində)müvafiq qurumlara təqdim edirlər. Beləliklə, ölkədə yoluxucu xəstəliklərin və digər təcili tibbi vəziyyətlərin izlənməsi və idarə olunması daha səmərəli şəkildə həyata keçirilir.

Gördüyünüz sənəd(şəkil 5) yekun diaqnozların qeydiyyat vərəqəsidir(forma N

həkimlərə xəstənin vəziyyətini və müalicə gedişatını izləməkdə kömək edir. Müalicə planının hazırlanması: Yekun diaqnozlar əsasında xəstənin gələcək müalicə planı hazırlanır. Hüquqi Sənədləşmə: Hüquqi sübut: Yekun diaqnozlar tibbi müayinələrin və müalicənin hüquqi sübutu olaraq istifadə oluna bilər. Tibbi sənədlərin arxivləşdirilməsi: Xəstənin tibbi tarixi və diaqnozları düzgün və tam şəkildə arxivləşdirilir. Məxfilik və Təhlükəsizlik: Məlumatların məxfiliyi: Xəstənin tibbi məlumatları məxfi saxlanılmalı və yalnız müvafiq tibbi personal tərəfindən istifadə edilməlidir. Dəqiqlik və tamlıq: Məlumatların dəqiq və tam olması, tibbi xidmətlərin keyfiyyətini artırır. Nəticə Yekun diaqnozların qeydiyyat və rəqəsi xəstələrin müalicəsinin və vəziyyətinin izlənməsi üçün vacib bir vasitədir. Bu sənədin düzgün doldurulması və saxlanması həkimlərə xəstələrin sağlamlığını daha yaxşı qorumağa və effektiv müalicə aparmağa imkan yaradır. Tibbi sənədlərin tam və dəqiq olması, hüquqi baxımdan da böyük əhəmiyyət kəsb edir.

3.1. Ailə planlaşdırılmasında ailə həkiminin tibb bacısının rolu və fəaliyyəti.

Uşağın doğulması üçün qadının yaş dövrünün müəyyən edilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. 20 yaşından əvvəl doğuş edən qadınlarda hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonra ağırlaşma riski var. Doğuş zamanı 35 yaşdan yuxarı qadında genetik "qırılma" (genetik pozulma) olan uşaq dünyaya gətirmək riski artır.

Ailə planlaşdırılması ana ölümünün azaldılmasında mühüm rol oynayır. Bunun səbəblərindən biri qanunsuz induktiv abortlardır. İnduktiv abortlar vasitəsilə planlaşdırılmamış hamiləliyin dayandırılması bəzən qadınların reproduktiv sağlamlığına sağalmaz zərər vurur. Araşdırmalar göstərir ki, əgər 16 yaşına çatmamış qadının ilk hamiləliyi abortla başa çatırsa, onda uğursuz ikinci hamiləlik (spontan hamiləlik, vaxtından əvvəl doğuşlar, sonsuzluq) riski artır.

Sağlam uşağın doğulmasının planlaşdırılması hamiləlikdən çox-çox əvvəl başlamalıdır. Burada ailə həkiminin tibb bacısının rolu çox önəmlidir. O, ailənin tərkibini, sağlamlığa təsir edən amilləri, o cümlədən onun üzvlərinin reproduktiv sağlamlığını, məişət və sosial vəziyyətini, qidalanmanın quruluşunu və mahiyyətini, fiziki aktivlik rejimini, ailədə xəstəlikləri, o cümlədən irsi xəstəlikləri bilir.

Ailə planlaşdırılması arzu olunan uşaqların dünyaya gəlməsi, hamiləlik arasında olan intervalların tənzimlənməsi, doğuş vaxtını nəzarətdə tutma, arzuolunmaz hamiləliyin qarşısının alınması məqsədi ilə həyata keçirilən tibbi, sosial və hüquqi tədbirlər dəstidir. Ailə planlaması arzu olunan hamiləliyə hazırlıq, sonsuzluq cütlüklərinin müayinəsi və müalicəsi, kontrasepsiya, arzuolunmaz hamiləliyin dayandırılması daxildir.

Ərlə arvada aşağıdakı tapşırıqların həllində kömək etmək məqsədilə görülən tədbirlər qrupu:

Arzuolunmaz uşaqlardan uzaq durun; Yalnız arzu olunan övladlar dünyaya gətirmək; Hamiləliklər arasındakı intervalları qaydaya salmaq; Uşaqların sayını müəyyən etmək; Valideynlərin yaşından asılı olaraq uşağın doğum vaxtının seçilməsinə nəzarət etmək.

Bu tapşırıqların bəziləri belə həll olunur: Kontraseptivlərin verilməsi; Sonsuzluq müalicəsi;

Ailə həkiminin tibb bacısı gənclərin reproduktiv sağlamlığı üçün səsinə qaldırılmalıdır. Orta məktəb şagirdlərinə müəyyən bir vəziyyətdə necə davranmalı olduğu barədə aydın və düzgün məlumat lazımdır. Hal-hazırda informasiya məkanı genişləniib, media ən əlçatan bilik mənbəyi kimi istifadə olunur. Bundan başqa, əhali üçün video filmlər, tibb işçiləri üçün maarifləndirici filmlər də nəşr olunub.

Tibb bacısı ailə planlaşdırılması, ailədaxili münasibətlərinin etikası və psixologiyası, ailə həyatının gigiyenası ilə bağlı fəal məsləhətlər verməlidir. Kontraseptik vasitələrin və metodların seçimində bilavasitə yardım göstərməlidir. Tibbi təhsilin rolu xüsusilə böyükdür. Gənc ailələrə, yeniyetmələrə, tək vali-

deynli və sosial cəhətdən yoxsul ailələrə ailə həkiminin tibb bacısı yardım etməlidir

Gənc ailənin xüsusi qayğıya və diqqətə ehtiyacı var. Buna səbəb həyat yoldaşlarının psixoloji vəziyyəti, sosial-iqtisadi naməkamillik, ailə həyatına hazırlıqsızlıq və uşağın doğulmasıdır. Gənc həyat yoldaşlarının sağlamlığının qorunması, sağlam həyat tərzinin təbliği, valideynlər arasında öz sağlamlığına və uşaqlarının sağlamlığına məsuliyyətli münasibətin formalaşması üçün görülən işlər ailə tibb bacılarının bir başa vəzifəsidir

Hazırda kontrasepsiyanın aşağıdakı üsulları mövcuddur:

Ənənəvi (baryer, kimyəvi, bioloji, ara cinsi əlaqə); Müasir (hormonal kontrasepsiya, intrauterine kontrasepsiya); Təkrarolunmaz kontrasepsiya cərrahi sterilizasiya .

Tibb bacısı ailə planlaşdırılması, ailədaxili münasibətlərinin etikası və psixoloqları, ailə həyatının gigiyenası ilə bağlı fəal məsləhətlər verməlidir. Kontraseptik vasitələrin və metodların seçimində bilavasitə yardım göstərməlidir.

Ailələrlə işləyərkən nikah və ailə münasibətlərində müasir ciddi dəyişiklikləri nəzərə almaq lazımdır. Bu, nikahdan əvvəl hamiləlik və nikahdankənar doğuşların tezliyinin artması, boşanmaların sayının artması, tək valideynli ailələrin sayının artması ilə bağlıdır.

Tək qadınların uşağın doğulmasına və tərbiyəsinə hazırlanmasına, sosial cəhətdən imkansız ailələrə daimi yardım və dəstək göstərilməsinə böyük diqqət yetirilməlidir.

3.2. Hamiləlik.

Arzu olunan hamiləliyə hazırlıq ailə planlaşdırılmasının əsas məqamıdır. 2 ay ərzində həyat yoldaşları planlı hamiləlikdən əvvəl pis vərdişlərdən tamamilə imtina etməlidir (alkoqol, siqaret, narkotik). Ananın əlverişli yaşı 19-35 yaşdır. Doğuşlar arasındakı interval ən azı 2-2,5 və 5 ildən çox olmamalıdır.

Payız və qışda hamilə qalmaq məsləhətdir (spontan muta-

siyaların faizi və immun konflikt riski azalır). Xroniki xəstəliklərdən əziyyət çəkən qadınlarda, xəstəlikdən asılı olaraq, hamiləliyə icazə verilir. Yalnız 1-5 il ərzində kəskinləşmə baş verməyə. Hamiləlik istehsalatda 1-3 il işlədikdən sonra, stabil adaptasiyanın inkişafından sonra zərərli amillərə məruz qalan işçilərə tövsiyə oluna bilər.

Hamiləlik-bir qadının bədənində baş verən dəyişikliklərlə birlikdə dölün doğulması prosesidir. Bu, yumurtanın mayalanmasından və uşağın doğulmasına qədər olan dövrü əhatə edir. Hamiləlik dövründə qadın orqanizmində baş verən əhəmiyyətli anatomik və fizioloji dəyişikliklər dölün qidalanması və inkişafının təmin edilməsinə yönəldilir və bədən hər bir orqanına təsir göstərir. Orta hesabla, hamiləlik təxminən 9 ay. Konsepsiyanın dəqiq tarixi bilinmədiyi üçün gözlənilən doğuş tarixi adətən son menstruasiya dövrünün ilk gününə (yeni yumurtalıq follikulunun yetişməsinin başlanğıcı) 7 gün əlavə edilməklə və öyrəniləndən 9 ay hesablanmaqla müəyyən edilir. tarix (Negele qaydası). 50% hallarda doğuş gözlənilən tarixdən ± 7 gün ərzində, 95% hallarda - ± 14 gün ərzində baş verir.

(280 gün və ya 40 həftədir). Tam inkişaf etmiş döl 221 gündə formalaşır.



Şəkil 6 Dölün inkişafı

3.3. Diaqnostika.

Hamiləliyin diaqnostikası demək olar ki, insan cəmiyyəti ilə yanaşı inkişaf etmişdir. Bugünkü gündə hamiləlik diaqnozu, qadının sorğu-sualı, həkimin müayinəsi və USM əsasında qoyulur. Hamiləliyin diaqnostikası 3 qrupa bölünür: şübhəli, inandırıcı, dəqiq.

Aşağıdakı əlamətlər hamiləliyə şübhə yaradan, hər hamiləlikdə təsadüf etməsinə baxmayaraq, diaqnostik əhəmiyyət kəsb edən əlamətlər sırasına daxildir:

- Dispepsiya əlamətləri, xəncərvəri çıxıntı altında ağırlıq hissənin yaranması, tüpürcək ifrazının artması, ürəkbulanma, səhər acqarına qusma, iştahanın dəyişməsi və ya bəzi növ qida məhsullarına (məs: ət məhsullarına) ikrəh hissənin yaranması, kəskin və turş qidalara hərislik, qəbzlik, yeməli olmayan maddələrə – əhəng, təbaşir, gil və s.- meyllilik.
- Sinir sisteminin və psixi sferanın funksional pozulmaları: yüngül sinir qıcıqlanması, eşitmə və qoxubilmə qabiliyyətinin güclənməsi, kövrəklik, özünə qapanma;
- Maddələr mübadiləsində dəyişikliklər, dərialtı piy təbəqəsinin artması, döş giləsinin və gilətrafi nahiyənin, ağ xəttin və bəzən üz nahiyəsinin piqmentasiyası;
- Hamilə qadında hamiləlik çarıqların yaranması.

Bütün bu əlamətlər hamilə qadınlarda rast gəlinir, lakin hər zaman hamiləliklə əlaqədar deyil, ona görə də onlar şübhəli əlamətlər adlanır. Hamiləliyin inandırıcı əlamətlərinə aiddir:

- sağlam, müntəzəm cinsi əlaqədə olan, döllənmə mümkün olduğu yaş dövründə olan qadında aybaşının kəsilməsi;
- durğunluq əlamətləri: uşaqlyq yolu girişinin, divarlarının və uşaqlyq boynunun uşaqlyq yolu selikli qışasının sianozu. Uşaqlyğın ölçülərinin gecikmə müddətinə uyğun olaraq böyüməsi, konsistensiyasının və formasının də-

yişməsi;

- süd vəzilərinin sərtləşməsi və molozivonun yaranması.

Hamiləliyin dəqiq əlamətləri:

- döl yumurtasının USM də tapılması;
- dölün ürəkdöyünməsi(hamiləliyin 7-9 həftəliyindən doplerografiyada aşkarlanır);
- dölün tərpənməsi(ana 16 həftədən hiss edir)
- Hamiləliyin diaqnozunda laborator müayinələrə sidikdə xorionik qonadotropinin təyini (implantasiya dan 1-2həftə sonra və ya aybaşı ləngiməsinin ilk günləri cavab verir) aiddir.

İlk dəfə müraciət edərkən həkim sorğu və ginekoloji müayinə aparır.Müraciət edən qadını həkim müayinələrə göndərir:

USM, qanın ümumi analizi, sidiyin ümumi analizi, kəsilməsini,

3.4. Hamilə, zahı qadınların, yeni doğulmuşların patronajı, müayinə təqviminin tərtibi, qulluğun xüsusiyyətləri, gənc analara məsləhətlər.

Patronaj. Patronaj uşaq doğmadan əvvəl başlayır.

1–ci doğuş öncəsi patronaj: tibb bacısı tərəfindən annin qadın məsləhətxanasında qeydiyyatda düşdüyü gündə olunmalıdır. Məqsəd-anamnez, gələcəyin anasına məsləhət

Bütün hamilə qadınlar iki dəfə ailə həkiminin qəbuluna göndərilir: antenatal klinikada qeydiyyatdan keçdikdən dərhal sonra (bir həftə ərzində) və hamiləliyin 30-32 həftəsində (görüş zamanı hamiləlik mübadilə kartı və şəxsiyyət vəsiqəsi təqdim olunur).

Qadınla ilk söhbət zamanı onun ailəsi, hamiləliyi, yaşayış şəraiti, maddi təminatı, pis vərdişləri, qadının və bütün ailə üzvlərinin xroniki xəstəlikləri haqqında ətraflı məlumat toplanır. Uşaq üçün risk qruplarının ilk proqnozu verilir. Bu, ailə hə-

kiminə fərdi monitoring planı yaratmağa kömək edəcəkdir. Gələcək anaya yenidə doğanda anormallıqların inkişaf ehtimalını azaltmaq üçün nə etməli olduğu izah edilir. Bundan əlavə, laktasiya proqnozu tərtib edilir. Gələcək analar uşaq baxımı dərslərinə dəvət olunur (burada ailə tibb bacısı gələcək anaya qundaqlamağı, çimməyi, tamamlayıcı qidaları təqdim etməyi və ilk tibbi yardım göstərməyi öyrədəcək).

2-ci doğuş öncəsi patronaj: hamiləliyin 31-38-ci həftəsində keçirilir. Məqsəd-ana südü ilə qidalanma, hipoqalaktiya, mastit və s. haqqında ananın məlumatlandırılması.

İkinci prenatal baxım zamanı hamiləliyin ikinci yarısında olan dəyişikliklər təhlil edilir, ilk baxış zamanı tam şəkildə əldə edilə bilməyən məlumatlar toplanır, uşaq üçün risk qrupları və laktasiya proqnozu dəqiqləşdirilir. Yeni doğulmuş körpə üçün lazım olan əşyaların hazırlanması, balanslaşdırılmış qidalanma və gündəlik rejim, laktasiyaya hazırlıq barədə ana ilə söhbətlər aparılır. Yenidə doğulmuşlarda raxit xəstəliyinin qarşısını almaq üçün profilaktik tədbirlər (sağlam qidalanma: D vitamini ilə zəngin olan yağlı balıqlar, yumurta sarısı, kalsiumla zəngin olan süd və süd məhsulları, tünd yaşıl yarpaqlı tərəvəzlər və s. Həmçinin D və kalsium əlavələri həkim məsləhəti ilə qəbul etmək olar. Təmiz hava və ultrabənövşəyi günəş şüaları almalıdır) aparılır.

Zahı qadınların patronajı. Normal doğuşu olan qadınlara patronaj, evə gəldikdən sonra ilk 3 gün ərzində ailə tibb bacısı tərəfindən aparılır. Ağır doğuş zamanı patronaj həkim tərəfindən həyata keçirilir.

Evdə patronaj qadının doğulması haqqında məlumatları doğum evindən köçürdükdən sonra onun yaşayış yerindəki poliklinikada tibb bacısı tərəfindən həyata keçirilir. Bu o deməkdir ki, doğum evi telefonla və ya yazılı şəkildə xəstənin xidmət ərazisində yaşadığı klinikaya qadının evə baş çəkməsi barədə məlumat verir.

Patronaj zamanı qadın tibb bacısı tərəfindən müayinə olu-

nur, qan təzyiqi, nəbz və hərarət ölçülür, süd vəziləri və qarın boşluğu müayinə və palpasiya edilir, cinsiyyət orqanlarından ifrazatın xarakteri qiymətləndirilir.

Doğuşdan sonrakı qadınlarla ana südü ilə qidalandırma zamanı yeni hamiləliyin mümkünlüyü, ailənin planlaşdırılması və kontrasepsiya, habelə kontrasepsiya vasitələrinin seçilməsi üçün məlumatlar verilir.

Valideyn doğumdan sonra onuncu və otuzuncu günlərdə poliklinika və ya qadın məsləhətxanasına baş çəkməlidir. Qəbul zamanı müayinə aparılır, bədən temperaturu, qan təzyiqinin, nəbz ölçülməsi, süd vəzilərinin müayinəsi, uşaqlığın palpasiyası, xarici cinsiyyət orqanlarının müayinəsi və axıntının qiymətləndirilməsi aparılır. Tibbi səbəblərə görə vaginal müayinə, həmçinin laboratoriya testlərinin təyin edilməsi aparılır. Əgər qadın vaxtında poliklinikaya və ya qadınməsləhətxanasına gəlmirsə, onun evinə mama və ya tibb bacısı patronaj ziyarəti və müayinə üçün gəlir.

Bir qadın çətin doğuş, əməliyyat və ya perinatal itkilər keçiribsə, belə bir qadın doğumdan sonra bir il ərzində həyata keçirilən dispanser qeydiyyatına alınmalıdır. Qadının dispanser müşahidəsi onun daimi olduğu yerdə ixtisaslaşdırılmış mütəxəssislərlə birlikdə ərazi həkimi tərəfindən aparılır.

Yenidoğulmuşlara ilk patronaj: Doğum evində çıxdıqdan sonra 3 gün ərzində sahə həkimi, sahə tibb bacısı tərəfindən yerinə yetirilir. Ailənin ilk uşağı, perinatal və anadangəlmə patologiyalar, yarımçıq doğulmuşlar evə çıxış günü müayinə olunur.

Patronoja daxildir: anamnezin toplanması, yenidoğulmuşun obyektiv müayinəsi, əmizdirmə ilə əlaqəli məsələlər, uşağa qulluq haqqında yenidən məlumat vermək. Ana tibb işçilərinə mübadilə kartını təqdim edir. (doğum evindən alınır) Tibb bacısı anaya yenidoğulmuşlara qulluq, bələmə, günlük tualet, yuyunma və s. haqqında məlumatları təkrarlayır. Lazım gələrsə göbək güdülü işlənir. Peyvəndlərin reaksiyalarına nəzarət olunur. Yenidoğulmuşun əşyalarının necə yuyulması, otaq sanitari-

yası, temperatur rejimi, azad bələmə üsulu, təmiz və istifadə olunmuş pal-paltarın saxlanması, gəzintilərin təşkili və uşağın tərbiyəsində atanın rolu haqqında anaya məlumat verilir. Ana hansı hallarda təcili tibbi yardıma müraciət edəcəyi ilə əlaqəli məlumatlandırılır. Bütün bunlar uşağın inkişaf tarixinə qeyd olunur. Növbəti patronajlar həftədə bir dəfə olmaqla bir ay ərzində keçirilir. Daha sonralar ana və uşaq poliklinikaya ayda bir dəfə dəvət olunur.

4.1. Heriatriyanın əsasları.

Heriatriya sözü Yunan mənşəlidir və "Heron" yaşlı + "iatros" həkim sözlərindən yaranmışdır. Qocalığın xəstəliklərinin öyrənilməsi, qarşısının alınması və müalicəsi ilə məşğul olan herontologiyanın xüsusi bölməsidir. Bəzi xəstəliklər çox vaxt yaşlılarda müşahidə olunur. Məsələn, Alsheymer xəstəliyinə adətən 65 yaşdan yuxarı insanlarda rast gəlinir.

Son illər orta ömrün uzanması əhəlinin ümumi sayı içərisində ahıl və qoça yaşlı şəxslərin xüsusi çəkisinin artmasına gətirib çıxarmışdır. Bu da özlüyündə ortaya çıxan bir sıra problemlərin həlli zərurətini tələb edir. Bütün bu məsələləri herontologiya- qocalma prosesi qanunauyğunluqlarını öyrənən elm və heriatriya-ahıl (60-70) və qoça (70-dən yuxarı) yaşlarda xəstəliklərin gedişini öyrənən elm kimi yeni elm sahələri araşdırır.

Yaşlı şəxslərdə ürəyin işemik xəstəlikləri, şəkərli diabet, tənəffüs sistemi xəstəlikləri, hipertoniya xəstəliyi və s. daha çox rast gəlinir. Digər tərəfdən, bu şəxslərdə həmin xəstəliklər çox vaxt müştərək şəkildə meydana çıxır. Həmçinin bu yaşlarda yanaşı xəstəliklərin olması bir sıra vacib müayinə üsullarının aparılmasına mane olur.

Məsələn, ürəyin ritm pozğunluqları, təzə keçirilmiş miokard infarktı ezofaqogastroduodenoskopiyanın aparılmasına

əks- göstərişdir. Məsələnin bir çətinliyi də onunla əlaqədardır ki, ahıl və qoça yaşlı adamlarda bu xəstəliklər xroniki gedişli olur, uzunmüddətli stasionar müalicəsi, yaxud qocalar evində olmaq tələb edir. Həmçinin yaşlı şəxslərdə hələlik tam müalicə oluna bilməyən xəstəliklərə də çox təsadüf edilir.

4.2. Ahıl şəxslərə sosial-tibbi yardımın təşkili.

Dövlət sisteminin ən mühüm funksiyalarından biri də öz problemlərini təkbaşına həll edə bilməyən insanlara dəstək olmaqdır. Bu tənha qoça vətəndaşlara lazımdır. Qanun istənilən şəxsin yardım üçün dövlət sosial təminat orqanlarına müraciət etmək hüququnu təsbit edir.

Sosial vəziyyətdən və gəlirindən asılı olaraq ödənişli və ya pulsuz tibbi yardım göstərilir. Belə ki, ahıllara evdə sosial yardım əksər hallarda pul tutulmadan həyata keçirilir.

Sosial xidmətlərin alıcısı olmaq üçün vətəndaş müstəqil olaraq dövlət orqanı ilə əlaqə saxlamalı və statusunu təsdiq edən sənədləri təqdim etməlidir.

Yaşlılara dəstək ixtisaslaşdırılmış müəssisələr - ərazi mərkəzləri vasitəsilə həyata keçirilir. Xidmətlərin ölçüsü və növü ərizəçinin ehtiyaclarından asılıdır. Xüsusilə, aztəminatlı insanlar aşağıdakı pulsuz xidmətlərə arxalana bilirlər: evdə qulluq; pansionatlarda və digər ixtisaslaşdırılmış müəssisələrdə stasionar yardım; təcili birdəfəlik dəstək tədbirləri; məsləhət almaq və.s.

Dövlət sosial siyasətinin yeni üsulları hərtərəfli xidmət prinsipi üzərində qurulur. Praktikada bu o deməkdir ki, sosial mərkəzin müştərisi mütəxəssisdən bütün mümkün dəstəyi almalıdır: məişət (zəruri olduqda); dövlət orqanları ilə qarşılıqlı əlaqə üzrə; tibbi yardım haqqında; məşğulluq haqqında; psixoloji problemlərin həlli üçün.

Uzunmüddətli qayğı sisteminə aşağıdakılar daxildir: hərtə-

rəfli sosial xidmətlər; müxtəlif formalarda evdə tibbi yardım; patronaj xidmətinin cəlb edilməsi; ailə qayğısı ,sosial dəstək.

Yaşlı insanların əksəriyyətinin ailə üzvlərinin olmasına baxmayaraq, bu, onları heç də həmişə sosial problemlərdən xilas etmir.

Yaşlı insanlarla sosial işin bir neçə əsas sahələri müəyyən edilir:

- Sosial təminat, sosial yardım, normal yaşayışı təmin etmək üçün zəruri maddi və maliyyə şəraitinin yaradılması. Bu, ölkəmizdə yaşlı vətəndaşların rifah səviyyəsinin aşağı olması baxımından çox vacib istiqamətdir. Əksər təqaüdçülər, xüsusən də yaşlılar, təkbaşına maliyyə problemlərinin öhdəsindən gəlməkdə çətinlik çəkirlər.
- Yaşayış müəssisələrində qayğı və sosial yardım. Stasionar müalicə yerləri ümumi pansionatlar, qocalar və əlillər üçün müxtəlif xüsusi sosial müəssisələr, kimsəsizlər üçün evlər və əlbəttə ki, ixtisaslaşmış heriotoloji mərkəzlərdir.
- Ərazi mərkəzlərində və gündüz baxım şöbələrində yaşlı insanlarla sosial iş. Gündüz qayğı şöbələrində vətəndaşlara tibbi, sosial-psixoloji yardımlar və s.
- Evdə qayğı və sosial dəstək. Bu sahə həm də ərazi sosial xidmət mərkəzləri tərəfindən idarə olunur. Buraya evdə sosial və tibbi xidmətlər, habelə təcili sosial xidmətlər daxildir.

4.3. Ahıl şəxslərdə tez-tez rast gəlinən problemlər və xəstəliklər, patronaj xidməti, qulluğun xüsusiyyətləri.

Yaşlılıqda orqanizmdə metabolik proseslər ləngiyir, canlılıq tükənməyə başlayır ki, bu da yaşa bağlı xəstəliklərin inkişafına səbəb olur. Qocalıq xəstəlikləri xarici təsirlərdən çox az asılı olan təbii bir hadisədir. Ətraf mühit faktorları yalnız bir tə-

kan ola bilər və qocalığın erkən və ya gec başlamasına səbəb ola bilər.

Bir qayda olaraq, qocalıq insan orqanizminin bütün sistemlərinin fəaliyyətinə təsir göstərir.

Ürək-damar sistemi. Yaşlılarda ən çox rast gəlinən xəstəliklərdən biri də ürək xəstəlikləridir. İlk növbədə, ateroskleroz - zamanla koronar arteriya xəstəliyi və infarktdan inkişafına, həmçinin beyin damarlarının trombozuna səbəb ola bilər.

Arterial hipertaniya 60 yaşdan aşağı insanlara təsir göstərir. Şiddətli təzyiqli olan yaşlı insanlar sadəcə bu yaşa çatmırlar. Əsas simptomlar qeyri-sabit yerləş, baş ağrısı, zəiflik ilə müşayiət olunur. Tez-tez bu vəziyyət hipertenziv böhrana çevrilir.



Şəkil 7 Parkinson xəstəsi

Ürək çatışmazlığı həm əsas orqan, həm də qan damarlarında sklerotik dəyişikliklərlə əlaqələndirilə bilər. Bu, ümumi nasazlıq, yorğunluq, görmənin azalması, ürək-damar sistemində pozğunluqlar və nəticədə zehni fəaliyyətin azalması ilə özünü göstərir.

Sinir sistemi. Qocalıqda sinir sisteminin xəstəliklərinə tez-tez rast gəlinir. Yaddaş itkisi və Alshaymer xəstəliyi. Yaşla bağlı ən çox görülən xəstəliklərdən biri yaddaş itkisidir. Qısamüddətli yaddaş itkisi ilə başlayaraq tez bir zamanda uzunmüddətli yaddaş itkisinə və özünə qulluq etmək qabiliyyətinin itirilməsinə çevrilə bilər. Alzheimer xəstəliyi bütün dünyada milyonlarla yaşlı insana təsir edən bir xəstəlikdir. Yaddaş itkisi və Alshay-

mer xəstəliyi sahəsində çoxlu araşdırmalar aparılmasına baxmayaraq, hələ də bu problemin müalicəsi yoxdur. Yaşlandıqca yaddaş itkisinin qarşısını almağın ən yaxşı yolu fiziki və əqli cəhətdən aktiv qalmaqdır. Parkinson xəstəliyi. Parkinson ən çox rast gəlinən degenerativ xəstəlikdir. Parkinson xəstəliyi dopamin istehsal edən beyin hüceyrələrinin itkisi nəticəsində ortaya çıxan bir xəstəlikdir. Hərəkətlərdə yavaşlama, titrəmə, psixiatrik pozğunluqlarla özünü göstərən xəstəlik daha çox 60 yaşdan sonra müşahidə edilir.

Görmə problemləri. Gözdə katarakta(şəkil 8) , orta yaşlı və yaşlı insanlarda tez-tez rast gəlinən, göz bəbəyinin arxasındakı büllurun zamanla şəffaflığını itirməsinə, bulanıq görməyə səbəb olan göz xəstəliyidir. Katarakta əvvəlcə görmə qabiliyyətinə tamamilə təsir etmir. Bunun səbəbi ilkin olaraq gözün bütün linzasını əhatə etməməsidir. Kataraktanın başlanğıcı rənglərin solğunluğu və görmə keyfiyyətinin azalmasıdır. Katarakta orta hesabla 50-60 yaş arası insanlarda göz linzasında bir qədər matlaşma və sərtləşmə ilə özünü göstərir. Ancaq daha erkən yaşlarda, hətta körpəlikdə də müşahidə edilə bilər. Şəkər xəstələri, insult keçirənlər, uzun müddət kortizon istifadə edənlərdə də katarakta müşahidə oluna bilər.



Şəkil 8 Gözdə katarakta

Özəl-skelet sistemi. Bədən yaşlandıqca sümüklər elastikliyini və möhkəmliyini itirməyə başlayır və əsas mikroelementlərin (xüsusilə kalsium, maqnezium) səviyyəsində azalma müşahidə olunur. Bütün bunlar sümüklərin çox kövrək olmasına və osteoporozun inkişafına səbəb olur. Xəstəlik bədənin hər hansı bir sümüyünə təsir edə bilər, lakin ən təhlükəlisi onurğa və bud sümükləridir. Nəticədə, hər hansı bir yıxılma insanı ömrünün sonuna qədər əlilliyə çevirəcək bir sınığa səbəb ola bilər.

Bu patoloji hal qadınların yaşla bağlı xəstəlikləri kimi təsnif edilə bilər.

Statistikaya görə, 60 yaşdan yuxarı hər dördüncü qadında osteoporoz əlamətləri var. Bu, menopauzadan sonra bədəndə baş verən hormonal dəyişikliklərlə əlaqədardır.

Yaşlı şəxslərin orqanizmində gedən involyutiv dəyişikliklər, bədənin müqavimət qabiliyyətinin kəskin azalması onlarda bir sıra xəstəliklərin aydın olmayan “silinmiş” əlamətlərə keçməsinə və nəticə etibarilə həyat üçün çox ciddi təhlükə törədən bir sıra ağırlaşmalara səbəb ola bilər. Bu cəhətdən, xüsusilə, qarın boşluğu üzvlərinin kəskin, cərrahi xəstəliklərinin (məsələn, kəskin appendisit, kəskin xolesistit, perforativ mədə xorası və s.) simptomuz gedişi ağır faciələr verə bilər. Belə ki, bu kəskin cərrahi xəstəliklər təcili cərrahi müdaxilə tələb etdiyi halda, xəstəliyin atipik keçməsi və həmçinin, bir sıra hallarda təsadüf edilən əlamətlərin yaşla əlaqələndirilməsi diaqnostik səhvlərə gətirib çıxarır.

Çətinlik törədən amillərdən biri də belə yaşlı xəstələrin dərman müalicəsi zamanı meydana çıxan cəhətlərdir. Bu xəstələrdə qaraciyər, böyrəklərin funksional pozğunluqları orqanizmə yeridilən dərman maddələrinin bədəndə toplanmasına (kumulasiya) və müxtəlif ağırlaşmalara səbəb ola bilər. Həmçinin belə xəstələrə yeridilən dərmanlar əksər hallarda daha çox yanşı təsir göstərərək, arzuolunmaz fəsadlar törədir.

Ahıl və qoça yaşlı xəstələrə qulluq edərkən mütləq yuxarıda qeyd edilən cəhətlər nəzərə alınmalıdır. Bu xəstələrdə əksər

hallarda müalicənin səmərəliyi onlara qulluğun nə dərəcədə düzgün təşkilindən çox asılı olur.

Bu yaşda olan xəstələrə qulluq edərkən olduqca həssas olmalı və onlara qayğı ilə yanaşılmalıdır. Çünki qocalar “uşaq kimi şıltaq” olub, daha tez və səbəbsiz inciyirlər. Bu yaşda insanın vərdiş etdiyi, öyrəşdiyi həyat tərzindən, ev-əşiyindən ayrılaraq, yeni mühitə uyğunlaşması çox çətin və ağırlı olur. Ona görə də xəstəyə stasionar müalicəsi lazımdırsa, onun vacibliyinə xəstəni səbrlə inandırılmalı, bəzən isə dönə-dönə eyni şey izah edilməlidir.

Stasionarda xəstə tam qayğı ilə əhatə olunaraq çalışılmalıdır ki, o, həkimin təyin etdiyi rejimə tam riayət etsin. Çünki təyin olunan pəhrizin, istirahət və yuxunun pozulması, zərərli adətlərə aludəçilik (spirtli içkilər qəbulu, papiros çəkmək) müalicə işinə mənfi təsir göstərir. Bütün bunlar xəstəyə mədəni surətdə, onun qəlbinə toxunmadan izah edilməlidir. Bir sözlə, xəstələrə onların yaşla əlaqədar olan psixoloji və fərdi xüsusiyyətlərini nəzərə almaqla, tibbi etika qaydalarına ciddi riayət edilmək şərti ilə yanaşılmalıdır.

Ahıl və qoça xəstələrə qulluq edərkən onlarda tez-tez rast gəlinən hafizə pozğunluqlarını nəzərə almaq lazımdır. Huşsuzluq, həmçinin rast gəlinən digər psixi pozğunluqlar tibbi heyətdən hövsələ, qayğı və həssaslıq tələb edir. Belə ki, eyni bir şeyi onlara dəfələrlə izah etmək, xatırlatmaq lazım gəlir. Bu təkrarı yada salmalar tibb ibacıları “təngə gətirərək” xəstələri təhqir etməməlidir. Əksinə, yaşlı adamlar mehriban sözü, xoş rəftarı çox sevib yüksək qiymətləndirirlər, onlara qayğı göstərən şəfqət bacıları və həkimlər xəstələrin “sevimlisinə” çevrilirlər.

Yaşlı şəxslərdə şəkərli diabet xəstəliyinə tez-tez təsadüf edilir (normada qanda şəkərin miqdarı acqarına 4,4-6,6mmol/l-80-120mq% olur). Belə xəstələrdə bədənin müqavimət qabiliyyəti kəskin azaldığından, onlarda ağız boşluğunun (stomatit) və diş ətinin (gingivit) iltihabı baş verə bilər. Bu ağırlaşmaların profilaktikası məqsədlə xəstələrin ağız boşluğunun təmizliyinə

xüsusi fikir verilməli və lazım gələrsə diş həkimi ilə birgə müalicə aparılmalıdır. Şəkərli diabet fonunda sidik yollarının iltihabi xəstəlikləri də tez-tez baş verir. Ona görə də belə xəstələrdə tez-tez sidiyin ümumi analizi aparılmalı, həmçinin sidiyin Neçiporenko metodu ilə analizi və Zimnitski sınağı da öyrənilməlidir. Profilaktika məqsədilə xəstələrin aralığı tez-tez yuyulmalı, xəstələr vaxtında gigiyenik vannalar qəbul etməlidirlər. Belə ki, sidikdə olan şəkər müxtəlif mikroblar üçün yaxşı qidalı mühitdir. Digər tərəfdən, sidik aralığının dərisini yandıraraq dərinə qaşındırır və qaşınma zamanı əmələ gələn sıyrıntılar dərinin tamlığını pozaraq infeksiya üçün qapı rolunu oynayır. Şəkərli diabetdə mübadilə pozğunluqları dərinin quruyaraq çatlamasına və bu da infeksiya qapısı rolunu müxtəlif yerli irinli xəstəliklərin (çiban, korçiban və s.) baş verməsinə səbəb olur. Ona görə də belə xəstələr öz dərilərini təmiz saxlamalı, vaxtında gigiyenik vanna qəbul etməli, həmçinin dırnaqlarını tutarkən ehtiyatlı olmalıdırlar ki, barmaqlarında yaralar əmələ gəlməsin.

Uzun müddət yataqda yatan belə xəstələrdə yataq xoraları daha tez əmələ gəlir və müalicəyə çətin tabe olur. Belə hallarda yataq xoralarının profilaktik tədbirlərinin tam həcmdə həyata keçirilməsinin müstəsna əhəmiyyəti vardır.

Şəkərli diabeti olan xəstələrin pəhrizə riayət etmələrinə (adətən 9N-li stol) ciddi nəzarət edilməlidir.

Yaşlı və ahıl xəstələrin müəyyən qismində piylənməyə də təsadüf edilir. Buna da səbəb maddələr mübadiləsi pozulması nəticəsində piy toxumasının dəri altında və digər orqanlarda normadan çox toplanmasıdır. Piylənmənin 4 dərəsi var: I dərəcənin normal çəkisi 10-29% artır; II dər - 30-59% artır; III dər- 60-100% artır; IV dər-100% dən çox artmış olur.

Piylənməsi olan xəstələr tez-tez tərlədiklərindən dəri büküşləri olan nahiyələrdə(qoltuqaltı,qasıq büküşləri və s.) müxtəlif irinli proseslər və bişməçələr meydana çıxır. Həmin nahiyələr hər gün təmizlənməli, xəstələr tez-tez duş və vanna qəbul etməlidirlər.

Piylənmə zamanı ürəyin işemik xəstəlikləri, ateroskleroz, şəkərli diabet, padaqra, öd daşı xəstəliyi və s. bu kimi xəstəliklərə daha çox rast gəlinir. Bu xəstələrdə arterial təzyiq tez-tez ölçülərək nəbz, tənəffüs sayılmalı və onlar ciddi müşahidə altında olmalıdırlar. Həmçinin fikir verilməlidir ki, belə xəstələr həkimin təyin etdiyi pəhrizə ciddi riayət etsinlər. Ahıl və yaşlı şəxslərdə sidik ifrazının müxtəlif dizurik pozğunluqlarına tez-tez təsadüf edilir. Kişilərdə prostat vəzinin adenoması zamanı xəstələr gecələr bir necə dəfə sidiyə gedirlər. Sidik ifrazı zəif şırnaqlı, ləng olur. Ümumiyyətlə, ahıl yaşlarda gecə sidiyinin miqdarı çox olur. Bu da böyrəklərin süzmə qabiliyyətinin yaşla əlaqədar pozulması ilə əlaqədardır. Əgər ayaqyolu uzaqda olarsa, gecələr belə şəxslər üçün otağa ayrıca sidikqabı qoyulsa daha yaxşı olar.

Müxtəlif səbəblərdən ahıl və yaşlı şəxslərdə gecələr yuxusuzluq müşahidə edilir. Belə ki, xəstələr gündüz yaxşı yatsalar da, gecələr uzun müddət oyaq qalırlar. Belə hallarda əvvəlçə yuxusuzluğu törədən səbəblər aradan qaldırılmalı, əgər bu tədbirlər kömək etməzsə, onda yuxugətirici dərmanlardan istifadə etmək lazımdır.

Ahıl və yaşlı xəstələrdə yaşla əlaqədar olaraq görmə və eşitmə qabiliyyətinin və hissiyyatın azalması, gəzişin pozulması, vanna otağında, tualetdə və hətta palatada onların yıxılaraq müxtəlif xəsarətlər almasına gətirib çıxara bilər. Yaxud vanna qəbulu zamanı səhvən isti su olan kranın açılması ağır yanıqlar törədə bilər. Belə bədbəxt hadisələrin olmaması üçün vanna, duş qəbulu zamanı xəstəni mütləq tibb bacısı çimzirdməli, otaqlar, dəhliz və tualet gecələr yaxşı işıqlandırılmalı, gəzişi pozulmuş şəxsləri sanitarlar müşayiət etməlidirlər.

Uzun müddət yataq rejimində olan ahıl və qoça xəstələrdə çox asanlıqla yataq yaraları, durğunluq pnevmoniyaları, oynaqlarda hərəkətin məhdudlaşması, ağciyər arteriyasının tromboemboliası ilə fəsadlaşa bilən aşağı ətraflarda venoz trombozlar və s. arzuolunmaz ağırlaşmalar baş verə bilər. Bütün bunla-

rın qarşısını isə kompleks halında tətbiq edilən xüsusi tədbirlərlə almaq olar: dəriyə gigiyenik qaydada qulluq, təmiz və qırıqsız mələfəli yataq, xəstənin yataqda tez-tez çevrilməsi, yaraq xorası tez əmələ gələn nahiyələrin odekolonla, spirtlə silinməsi və masajı, yataqda fiziki hərəkətlər, şar üfurmək vəs.

Əgər xəstə sidik saxlaya bilmirsə, o fərdi sidik ləyəni, yaxud rezindən olan belə bağlanan sidikyığanla təchiz edilməlidir. Ahıl və qoça şəxslərdə həmçinin qəbizlik hallarına da tez-tez təsadüf edilir. Belə xəstələrə pəhriz, mineral sular və yüngül işlədici dərmanlar təyin edilməlidir. Bu yaşlarda pəhrizin xüsusilə böyük əhəmiyyəti vardır.

Yaşlı xəstələrə qulluq zamanı şöbədə müalicə-qoruyucu rejimin düzgün təşkilinə xüsusi fikir verilməlidir.

Qocalıqdan qaçmaq mümkün olmasa da profilaktik tədbirlər nəticəsində ağırlı qocalıq və əlillik riskini azaltmaq olar. Bunun üçün siqaret çəkməyi, içki içməyi dayandırmaq, təmiz havada olmaq, sağlam qidalanmaq, fiziki aktiv olmaq, müntəzəm həkim qəbulunda olmaq lazımdır.

5.1. Yoluxucu xəstəliklərin epidemiyasının ümumi qanunauyğunluqları

Epidemiologiya (qədim yunanca ἐπιδημία - xalq üçün; λόγος - öyrənmə) nəzarət və profilaktik tədbirlər hazırlamaq məqsədilə müxtəlif etiologiyalı xəstəliklərin baş vermə və yayılma qanunauyğunluqlarını müəyyən edən ümumi tibb elmidir. Müəyyən bir ərazidə müəyyən əhali qrupları arasında müəyyən vaxtda xəstələnmə hallarını öyrənir.

Epidemiologiya insanların həyat keyfiyyətini və ömrünü yaxşılaşdırən bir elmdir.

Yoluxucu xəstəliklərin epidemiologiyası epidemiya prosesinin qanunauyğunluqları və onun öyrənilməsi üsulları, habelə müəyyən qruplarda yoluxucu xəstəliklərin baş verməsinin qar-

şısını almaq üçün epidemiyaya qarşı tədbirlər kompleksi və onların həyata keçirilməsinin təşkili haqqında biliklər sistemidir (əhalinin sayının artırılması, ümumiəhalinin xəstələnmə səviyyəsinin azaldılması və fərdi infeksiyaların aradan qaldırılması).

Yoluxucu xəstəliklərin epidemiologiyası ümumi elmin vacib hissəsidir. Bu baxımdan, müasir səhiyyə populyasiya üsullarından istifadə etməyə imkan verdiyi üçün parazitlə ev sahibi arasında qarşılıqlı əlaqəni öyrənir.

İnfeksiyon xəstəliklər insanın ən geniş yayılmış patologiyası olmaqla müxtəlif növ mikroorqanizmlər – bakteriyalar, viruslar, rikketsialar, ibtidailər, göbələklər və s. tərəfindən törədilir.

İnfeksiya latınca infectio – yoluxdurmaq, çirkləndirmək, inficio – yoluxdururam mənasını verir. İnfeksiya sözü xəstəlik, və ya mikrob mənasında da işlədilir.

İnfeksiyon prosesin inkişafı ilk növbədə mikroorqanizmin patogenliyi ilə əlaqədar olur. Patogenlik mikroobun makroorqanizmə daxil olmaq, onun toxumalarında çoxalmaq və xəstəlik törətmək qabiliyyətinə deyilir. Bu xüsusiyyətlərinə görə mikroorqanizmlər patogen, şərti patogen və qeyri-patogen-saprofit adlanır.

Mikroorqanizmlərin başlıca patogenlik xüsusiyyətlərindən biri də onların toksigenliyidir. Mikroblar əsasən iki növ toksin hazırlayır: endo- və ekzotoksin. Endotoksin qram-mənfi bakteriyalara məxsusdur və yalnız mikrob lizisə uğradıqdan sonra təsir göstərir. Endotoksin əsasən MSS-in fəaliyyətini pozaraq ümumi intoksikasiya əlamətləri – qızdırma, iştah və yuxu pozğunluğu, halsızlıq və s. verir.

Qram-müsbət bakteriyaların ifraz etdiyi ekzotoksin isə orqan və toxumalara seçici təsir göstərir. Hər bir mikrob ekzotoksini müəyyən strukturları, əsasən sinir hüceyrələrini zədələyir.

Bioloji inkişaf proseslərində hər mikrob növü özünə məxsus yollarla orqanizmə daxil olmaq xüsusiyyəti əldə etmişdir. Bu yol infeksiya qapısı adlanır və xəstəliyə yoluxmada, onun inkişafında, kliniki formalarının baş verməsində xüsusi əhə-

miyyətə malikdir. Mikroblar orqanizmə dəri və selikli qişalardan – ağız boşluğu, mədə-bağırsaq traktı, tənəffüs yolları, konyunktivalar və ifrazat üzvlərindən daxil olur. Bəzi xəstəliklər ancaq xüsusi həşəratlar – ektoparazitlər – bit, birə, gənə və s. vasitəsilə yoluxdurulur. Bu zaman mikrob ektoparazitin bədəninə müəyyən inkişaf dövrünü başa vurduqdan sonra insanı xəstələndirə bilir.

Dəri və selikli qişalardan daxil olan mikroblar infeksiya qapısında iltihab dəyişikliyi – ilkin affekt əmələ gətirir. Əksər hallarda isə heç bir iz qoymadan limfa axacaqları (limfogen) və ya qan vasitəsilə (hematogen) orqanizmə yayılır. Mikrobun qana düşməsi onun növlərindən asılı olaraq bakteriemiya, virusemiya, rikketsemiya, parazitemiya və s. adlanır.

İnfeksiyon prosesin baş verməsini orqanizmin bir sıra spesifik və qeyri-spesifik müdafiə faktorları da müəyyən edir. Qeyri-spesifik, qeyri-immun və təbii mühafizə faktorlarına:

1) dəri və selikli qişa baryeri, tər, piy, ağız suyu sekretlərinin bakteriosid funksiyası; 2) mədə-bağırsağın turşuluğu, sekretorimmunoglobulinləri(İg-) və fermentləri; 3) orqanizmin normal biosenozunun antoqonist təsiri; 4) tənəffüs yollarının kiprikli epitelləri; 5) hematoensefalitikbaryer və s. Aiddir.

5.2. Yoluxucu xəstəliklərin kliniki formaları, dövrləri.

Bir sıra xüsusiyyətlərinə görə infeksiyon xəstəliklər insanın digər patologiyalarından kəskin surətdə fərqlənir:

1) hər bir infeksiyon xəstəliyin özünə məxsus, yəni spesifik törədicisi olur;

2) infeksiyon xəstəliklər yoluxucudur, yəni əlverişli şərait yarandıqda sağlam əhali arasında yayılır;

3) infeksiyon xəstəliklərdən sonra immunitet yaranır;

4) infeksiyon xəstəliklər dövrlü gedişə malik olur.

Dövrlü gedişinə görə infeksiyon xəstəliklər iki qrupa bölü-

nür: dövrlü gedişli – tipik və dövrlüyün pozulması ilə gedən atipik infeksiyon xəstəliklər.

Tipik infeksiyon xəstəliklərin 5 dövrü müəyyən edilir: 1) inkubasion, 2) başlanğıc və ya prodromal, 3) kəskin, 4) yaxşılaşma və 5) sağalma-rekonvalessensiya (bərpa) dövrləri

İnkubasion, yaxud gizli dövr mikrobun orqanizmə düşməsindən xəstəliyə məxsus ilk əlamətlərin meydana çıxmasına qədərki vaxtı əhatə edir. Bu dövr bir neçə saatdan bir neçə günə qədər, bəzən 1-3 həftə, 5-6 ay və daha çox çəkir.

Başlanğıc dövr xəstəliyə məxsus ilkin, xəbərdaredici əlamətlərlə özünü göstərir. Lakin çox vaxt onlar qeyri-spesifik xarakter daşıyır və adətən subfebril qızdırma, iştahsızlıq, zəiflik, baş ağrısı, yuxu pozğunluğu, əzələ-sümüklərdə ağrı kimi ümumi intoksikasiya əlamətlərilə təzahür edir. Odur ki, prodromal simptomlara əsaslanaraq diaqnoz qoymaq çətin olur. Ancaq bəzi xəstəliklərdə, məsələn, qızılıca – Kopilik ləkələri, tetanusda – trizm, quduzluqda – çapıqlaşmış yara yerinin iltihablaşması kimi xarakterik simptomlar tapılır. Prodromal dövr bir neçə saat, 3-5 gün, nadir hallarda, məsələn, BVH-də (hepatit B)1-2 həftə çəkir.

Kəskin, yaxud qızğın dövrdə hər bir infeksiyon xəstəlik üçün xarakterik olan simptom və sindromlar əmələ gəlir. Tipik formalarda səciyyəvi əlamətlərə görə 60-70% xəstələrə kliniki diaqnoz qoymaq mümkün olur. Tetanus, botulizm, qızılca, skarlatina, quduzluq xəstəliklərinin diaqnozunu məhz xarakterik kliniki simptomlar müəyyən edir.

Yaxşılaşma dövründə əlamətlərin intensivliyi azalır, xəstənin əhvalı yaxşılaşır.

Sağalma və bərpa-rekonvalessensiya dövrü nisbətən uzun sürür, xüsusilə morfoloji dəyişikliklər, asteno-vegetativ təzahürlər gec itir. İnfeksiyon xəstəliklərdən iki cür sağalma olur: tam sağalma – xəstəliyə məxsus kliniki, morfoloji, funksional, biokimyəvi pozğunluqların itməsilə yanaşı orqanizmin törədicidən azad olmasıdır; natamam sağalma – kliniki əlamət-

lərin itməsinə baxmayaraq mikrobəzədmə davam edir. Bu hal rekonvalessent bakteriya-, virus-, parazitəzədmə və s. adlanır və üç aya qədər çəkərsə kəskin, üç aydan çox çəkərsə – xroniki mikrobəzədmə sayılır. Sağalma dövründə xəstəliyin yeni dalğası, yəni residiv baş verə bildiyi üçün rekonvalessentlər həkim nəzarətində olmalıdır

Atipik gedişli infeksiyon xəstəliklərin aşağıdakı kliniki formaları rast gəlir: silinmiş forma – əlamətlər çox zəif təzahür edir; abortiv forma – xarakterik əlamətlərlə başlayan xəstəlik birdən-birə sağalma dövrünə keçir; ambulator forma – xəstənin əhvalı az pozulduğundan əmək qabiliyyətini itirmir, yatağa düşmür; subkliniki forma – xəstəliyin ancaq mikrob ifraz etmə və seroallerqoloji dəyişikliklərlə özünü göstərməsidir; ildırımvari forma – xeyli ağır əlamətlərlə başlayan xəstəliyin tez ölüm verməsinə deyilir.

Bioloji amilə əsaslanaraq bütün infeksiyon xəstəliklər insanın və heyvanın patologiyası kimi antropoz və zoonoz infeksiyalar adlandırılmışdır.

Mikrobun əsas sahibi və yaşadığı yerə görə də bölgüsü verilmişdir. Antropoz infeksiyalar – sahibi insan olmaqla xəstəlik ancaq insanlar arasında yayılır – tip-paratif xəstəlikləri, şigeloz, virus hepatitləri və s.; zoonoz infeksiyalar – heyvanların xəstəliyidir, insana da keçir – bruselloz, toksoplazmoz, salmonelloz və s.; sapronoz infeksiyaların törədiciləri isə xarici mühətdən – sudan, torpaqdan, (havadan) insan orqanizminə düşür – legionelloz, melioidoz, vəba, klostridiozlar və s. Nisbətən uzun ömürlü, praktik olaraq əlverişli və yoluxma mexanizminə görə təsnifatda infeksiyon xəstəliklərin 4 qrupu müəyyən edilir: 1) bağırsağ infeksiyaları – fekal-oral mexanizmlə yoluxur – şigeloz, vəba, helmintozlar; 2) tənəffüs infeksiyaları – havadamcı, hava-toz yolu ilə yayılır – qrip, uşaq infeksiyaları; 3) qan (yaxud transmissiv) infeksiyalarını həşəratlar insana keçirir – malyariya, səpgili yataqlar, hemorragik qızdırmalar; 4) dəri infeksiyalarının giriş qapısı dərinin və selikli qişaların zədələn-

mə yerləri olur – tetanus, qızıl yel, erizipeloid. Bu təsnifatda müxtəlif yollarla yoluxan xəstəliklər qrupu yoxdur.5.3. İmmunitet.Orqanizmin infeksiyon xəstəliklərdən ən etibarlı spesifik mühafizə faktoru immunitetdir. İnsanın immun sistemi limfoid orqan və toxumalardan təşkil olunmuşdur. Limfoid orqanlara – qırmızı sümük ilişi, timus, dalaq, limfa vəziləri, bağırsağın və digər orqan və nahiyələrin limfoid törəmələri, o cümlədən Valdeyer həlqəsinə aid tək-tək dil və udlaq, qoşa damaq və boru badamcıqları aiddir. İmmun hüceyrələr – T və B-limfositlər, monositlər, neytrofillər, bazofillər, eozinofillər, və epitelial hüceyrələr ,fibroblastlardır. İmmun fəaliyyətinə biomolekullar – immunoqlobulinlər, sitokinlər, antigenlər və reseptorlar da təsir göstərir.

İnfeksiya əleyhinə immunitet patogen mikrobus əmələ gətirdiyi və onun eliminasiyasına səbəb olan qazanılma immunitetdir. İnfeksiyon xəstəliklərdə immunitet steril-xəstəlikdən sonra mikrobdan təmizlənmə və qeyri-steril mikrobu orqanizmdə qaldıqca immunitetin davam etməsi, məsələn, malyariyada, və-rəmdə, sifilisdə və s. ola bilər.

Mənşəyinə görə infeksiyon immunitet təbii – anadangəlmə, qazanılma və süni – aktiv və ya passiv olur. Təbii passiv immunitet anadan dölə placentə ilə, döş əmən uşaqlara həm də sekretor immunoqlobulinlər şəklində südlə keçir. Təbii aktiv immunitet infeksiyon xəstəlikləri keçirdikdən sonra qazanılır. Süni passiv immunitet hazır anticismlər və antitoksinlər, süni aktiv immunitet isə vaksinlər – mikrobu cismi və anatoksin vurmaqla yaradılır.

İnsanın infeksiyon agentə qarşı immun cavabı üç formada olur: hüceyrə immuniteti, humoral immunitet, yəni anticism əmələ gətirmək və qarışıq immunitet.

Anadangəlmə yaxud qeyri spesifik (təbii, qeyri-adaptiv) immun sistemi orqanizmin bioloji aqressiyadan qorunmasının ilkin mərhələsini təşkil edir. Anadangəlmə immun sisteminin komponentləri insan və heyvan anadan doğularkən orqanizmdə

hazır şəkildə mövcud olur və onlar tərəfindən antigenə qarşı mübarizə tez bir zamanda, heç bir hazırlığa ehtiyac olmadan baş verir.

Adaptiv yaxud qazanılmış immun sistemi (spesifik) müdafiənin sonrakı mərhələsini təşkil edir.

Qazanılmış immun sistemi limfositlər tərəfindən orqanizmin ontogenezdə fərdi inkişafı dövründə formalaşır. O anadangəlmə immun sistemindən yüksək spesifikasiyə və yaddaşa malik olmasına görə fərqlənir. Bu zaman orqanizmə daxil olmuş hər bir antigenin özünə qarşı xüsusi immunoloji cavab reaksiyaları yaradılır. Antigenlə qarşılaşma immun sisteminin yaddaşında saxlanılır və antigenlə ikinci dəfə qarşılaşma olarsa ona qarşı daha güclü müdafiə təşkil olunur. Ondan fərqli olaraq anadangəlmə immun sistemində hüceyrələr hər bir antigen molekulunu yox, yad molekullar qrupunu ayırd edə bilir. 5.4 Sahə üzrə yoluxucu xəstəliklərin profilaktikası, dezinfeksiya işlərinin təşkilində ailə tibb bacısının fəaliyyəti.

Ocaqda aparılan əksepidemik tədbirlər: Ocaqda əksepidemik tədbirlər 3 istiqamətdə aparılır: infeksiya mənbəyinə (xəstə və törədicigəzdirən); yoluxma mexanizminə; təmasda olan şəxslərə (ehtimal olunan infeksiya mənbəyi kimi) qarşı. Xəstə və törədicigəzdirənlərə qarşı aparılan tədbirlər, onların erkən aşkar edilməsi, təcrid olunması (onu əhatə edən şəxslərdən ayırmaq) və müalicəyə cəlb olunmasından ibarətdir.

Xəstələrin aşkar edilməsi passiv (xəstənin tibbi yardım üçün müraciət etməsi zamanı) və aktiv şəkildə (tibbi müəssisələrində profilaktik müayinə və sorğu zamanı, həyatı yoxlamalar vasitəsilə) həyata keçirilir. Xəstənin erkən diaqnozu həkim və ya feldşer tərəfindən kliniki əlamətlərə əsasən qoyulur. Onu təsdiq etmək üçün epidemoloji məlumatlardan, laborator müayinələrdən və allergik sınağın nəticələrindən istifadə olunur.

Göstərilən diaqnostik üsullar müxtəlif yoluxucu xəstəliklərdə eyni əhəmiyyətə malik deyildir. Belə ki, karantin və təbii-ocaqlı xəstəliklərin (taun, vəba, sarı qızdırma, gənə ensefaliti,

Kü-qızdırması və s.) aşkar edilməsində epidemioloji anamnez xüsusi əhəmiyyət daşıyır. Xəstənin karantin xəstəliklərinin qeydə alındığı ölkələrdə və ya epidemik ərazilərdə olması klinik və başqa məlumatlarla yanaşı, diaqnozun qoyulmasında da böyük rol oynayır.

Erkən diaqnostika üçün aşağıdakı laborator üsullardan geniş istifadə etmək lazımdır: 1. Bakterioloji; 2. Seroloji; 3. Allergik; 4. Antitoksik dəri reaksiyalı; 5. Mikroskopiya; 6. Hemokultura və s.

Son zamanlar bir çox xəstəliklərin (bağırsağ xəstəlikləri, rikketsiozlar, tulyaremiya, bruselyoz, taun və s.) ekspress diaqnostikasında flüoressensiya edən əks-cisimlər üsulu və dolaylı hemaqlütinasiya reaksiyasından istifadə edilir. Baş verən yoluxucu xəstəlik hadisələri müalicə-profilaktika idarələri tərəfindən mütləq qeydə alınır.

Xəstə 24 saatdan gec olmayaraq rayon səhiyyə şöbəsinə və GEM-ə göndərilir. İmkan olduqda məlumat telefonla çatdırılır, əlavə olaraq təcili bildiriş vərəqəsi poçt və ya faksla göndərilir. Karantin xəstəlikləri (taun, vəba, sarı qızdırma) aşkar edildikdə və ya olara şübhə yarandıqda məlumat təcili şəkildə telefonla verilir və ya faksla göndərilir.

İnfeksiya mənbəyinə qarşı görülən tədbirlər: Qeyd edildiyi kimi, ocaqda epidemiya əleyhinə tədbirlər 3 istiqamətdə aparılır: xəstəyə (infeksiya mənbəyi), ətraf mühitə (yoluxma amilləri) və xəstə ilə təmasda olanlara (həssas şəxslərə) qarşı. İnfeksiya mənbəyinə qarşı yönəldilmiş tədbirlər infeksiya mənbəyinin növünə əsasən müəyyən edilir.

İnfeksiya mənbəyi kimi insanlar (antroponozlar) iştirak etdikdə aşağıdakı tədbirlər nəzərdə tutulur: xəstələrin erkən aşkar edilməsi, təcrid edilməsi və xəstəxanaya yerləşdirilməsi (hospitallaşdırılması). Xəstələrin aşkar edilməsi passiv (xəstənin özü bilavasitə yardım üçün müraciət etdikdə) və fəal yolla (profilaktik müayinələr zamanı, müəssisələrdə dispanserizasiya zamanı, həyət-bəhəyət yoxlamalarla) aparılır. Klinik diaqnoz hə-

kim və ya feldşer tərəfindən qoyulur. Onu təsdiq etmək üçün epidemioloji məlumatlardan, müasir laborator müayinələrdən istifadə olunur. Xəstənin hospitalizasiyası və təcrid edilməsi bir çox xəstəliklərdə, xüsusilə yüksək kontagiozlu yoluxucu xəstəliklər zamanı olduqca vacibdir.

Bəzən xəstənin təcrid edilməsi evdə, uşaq bağçalarında, internatda aparıla bilər. Belə hallarda xəstəxanaya hospitalizasiya edənə qədər xəstəni xüsusi təcrid otaqlarına yerləşdirirlər. Xəstə evdə saxlanılırsa törədicinin ətraf mühitə yayılmasının və xəstəlik törədicilərinin ocaqdan kənara çıxarılmasının qarşısının alınması üzrə tədbirlər görülür. Bu məqsədlə xəstə ayrı otaqda təcrid olunur, fərdi qab-qacaq və başqa lazımı əşyalarla təmin edilir. Ailə üzvləri xəstəyə qulluq üsulları ilə tanış edilir. Xəstəyə daimi nəzarət Səhiyyə idarələri və GEM(Gigiyena Epidemiologiya Mərkəzi)-lər tərəfindən həyata keçirilir.

Xəstəyə diaqnoz qoyduqdan sonra onu müasir effektiv üsullarla müalicə edirlər. Müalicənin tez başlaması xəstənin tez sağalmasına və xəstəliyin xroniki formaya keçməsinin qarşısının alınmasına səbəb olur.

Yoluxucu xəstələrin sağlam törədicigəzdirənliyinin böyük epidemioloji əhəmiyyəti vardır. Bəzi xəstəliklərdə (məs.: qarın yatalağı) sağlam törədicigəzdirənlərin törədicini bütün ömür boyu ifraz edirlər. Onların aşkar edilməsi və müalicə olunmasının epidemioloji əhəmiyyəti böyükdür. Belə törədicigəzdirənlərə qida, su təchizatı ilə əlaqədar idarələrdə işləmək qadağan edilir.

Yoluxma mexanizminə qarşı görülən tədbirlər:Yoluxma mexanizminin aydınlaşdırılması və yoluxucu xəstəliyin yayılma yollarının müəyyən edilməsi və onlara qarşı yönəldilmiş tədbirlərin aparılması nəticəsində törədicinin ötürülməsi dayandırılır. Bu tədbirlər məcmuyunda ocağın zərərsizləşdirilməsi böyük yer tutur. Dezinfeksiya və dezinseksiya yoluxucu xəstəliyin yayılmasında iştirak edən ətraf mühit amillərinin(bakteriyalar,viruslar) zərərsizləşdirilməsində həyata keçirilən əsas təd-

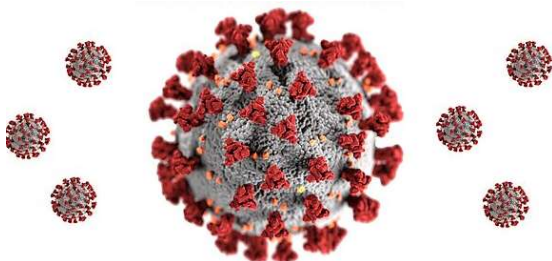
birlərdəndir.

Dezinfeksiya (dezinseksiya) ocaqlı və profilaktik şəkildə aparılır. Ocaqlı dezinfeksiya öz növbəsində cari və son (yekun) dezinfeksiyaya bölünür. Cari dezinfeksiya xəstənin yatağı yanında bir neçə dəfə aparılır (xəstəxanada, evdə), son dezinfeksiya isə ocaqda xəstə (törədicigəzdirən) təcrid olunduqdan (hospitallaşdırıldıqdan, öldükdən) və ya sağaldıqdan sonra aparılır. Son dezinfeksiya bir dəfə aparılır.

Profilaktik dezinfeksiyanın (dezinseksiya) aparılması infeksiya mənbəyinin olub-olmamasından asılı deyildir, onu törədiciyin ifraz edildiyi və ətrafa yayılması ehtimalı olan yerlərdə və insanların sıx toplaşdığı yerlərdə həyata keçirilir. Son dezinfeksiyanı məcbur qaydada qarın yatalağı, paratiflər, dizenteriya, vəba, hepatit, polimielit, difteriya, skarlatina, vərəm, cüzm təbii çiçək, səpkili və qayıdan yatalaq, dabaq, manqo, qara yara, göbələk xəstəlikləri və taun xəstəliklərində aparılır. Yoluxucu xəstənin bütün əşyaları, məişət əşyaları dezinfeksiya edilir. Ocaqda ilk növbədə ən çox yoluxmuş obyektlər (xəstənin ifrazatı, paltar, qab-qacaq) zərərsizləşdirilir və kamera üsulu ilə dezinfeksiya ediləcək əşyalar (yataq ləvazimatı – matras və s., üst geyimi, kitab, sənədlər) toplanır. Bunlar dezinfeksiyaedici məhlulla islanmış torbalara yığılır və dezinfeksiya kameralarına göndərilir. Xəstənin yatdığı otaq dezinfeksiya edilir. Bağırsağ qrupu yoluxucu xəstəliklərinə qarşı ocaqda dezinfeksiya apararkən həyət ayaqyollarını, zibil yeşiklərini və s. dezinfeksiya etmək lazımdır. Yoluxucu xəstə evdə saxlanılırsa, ocaqda cari dezinfeksiya aparılır.

Onu xəstəyə qulluq edən şəxslər yerinə yetirir. Cari dezinfeksiya üzərində nəzarət GEM-lər tərəfindən aparılır.6.1. Omicron. Omicron, koronavirus infeksiyasına səbəb olan SARS-CoV-2 rusunun yeni ştamının adıdır. Onun görünüşü xəstəliyin törədicisinin genomunda

baş verən mutasiya nəticəsində yaranıb. Bunun sayəsində onu digər koronavirus növlərindən fərqləndirən yeni xüsusiyyətlər əldə etmişdir.



Şəkil 9 SARS-CoV-2 variant B11.529

COVID-19-

un omikron ştam-

mı ilə yoluxma öskürmə və asqırma yolu ilə virus hissəciklərini xarici mühitə ifraz edən şəxslə yaxın təmasda mümkündür. Bu, infeksiya daşıyıcısının uzun müddət qaldığı otağa daxil olduqda da baş verə bilər. Yoluxma aerogen və ya kontakt -məişət yolu ilə baş verir. Patogenlər hüceyrəyə tənəffüs yolları ilə, gözlərin selikli qişasından daxil olur və sürətlə çoxalmağa başlayır.

Koronavirusun genomunda olan mutasiyalar sayəsində omikron ştamını alfa, delta və qammadan fərqli olaraq daha yoluxucudur, sağalmış və peyvənd olunmuş insanlarda anticisimlərin mövcudluğunda belə xəstəlik törədə bilər, uşaqlarda daha ağır keçir və zədələnməyə meyillidir. İnkubasiya dövrü 2-3 gündür.

Kliniki əlamətləri. Omicron koronavirusunun yeni ştamını ilə xəstəliyin təzahürləri soyuqdəymə əlamətlərinə bənzəyir. Xəstəlik tez-tez yüngül və tamamilə asemptomatik formada baş verir.

2-3 gündən sonra və ya yoluxma anından ertəsi gün COVID-19-un aşağıdakı təzahürləri müşahidə oluna bilər:

Burun tutulması, asqırma ,və boğaz ağrısı; ümumi zəiflik, yorğunluq, iş qabiliyyətinin azalması, orta dərəcədə baş ağrısı, ishal, əzələ ağrısı, quru öskürək, ürəkbulanma, qusma; titrəmə, qızdırma; gözlərin selikli qişasının iltihabı, bədəndə səpki-lər, dad və qoxu qabiliyyətinin itirilməsi.

Omikron infeksiyası zamanı temperatur əksər hallarda 38 ° C-dən çox deyil. Ağır hallarda daha yüksək dərəcəyə qədər yüksələ bilər, nəfəs almaqda çətinlik yaranır, öskürək güclənir, sıxılma hissi və sinədə ağrı müşahidə olunur.

Koronavirusun əvvəlki ştammlarının yaratdığı simptomlardan fərqli olaraq, yetkin xəstələrdə Omikron ilə yoluxma daha şiddətli zəiflik və bədən ağrıları, döyünən baş ağrısı, bəzi hallarda aşağı bədən istiliyi, uşaqlarda isə səpkilər ilə müşayiət olunur.

Xəstəliyin müddəti və təzahürləri xəstənin vəziyyətindən, müalicədən və müşayiət olunan patologiyalardan asılıdır. Əksər hallarda, omicron simptomları, ağırlaşmalar inkişaf etmədikdə, 5-10 gün davam edir.

Ağırlaşmaları. Omikron ştamminin yaratdığı xəstəlik, SARS-CoV-2-nin digər variantları ilə yoluxma hallarında olduğu kimi, aşağı ətrafların venalarının sonrakı trombozu, ağciyər emboliyası, infarkt və insult ilə trombun əmələ gəlməsinin artması ilə müşayiət oluna bilər.

Post-Covid sindromu yuxusuzluq, tez yorulma, depressiya, həzm sistemi orqanlarının funksional pozğunluğu sağaldıqdan sonra üç ay ərzində inkişaf edə bilər, hətta xəstəlik yüngül və ya asemptomatik olsa belə, altı aya qədər davam edə bilər. Bu, davamlı iltihab, immunitet sisteminin həddindən artıq aktivləşməsi və nevroloji pozğunluqlarla əlaqələndirilir. Omicron ilə yoluxmuş qadınlarda bu hallar daha çox özünü göstərir.

İnfeksiyanın mümkün fəsadlarına həmçinin pnevmoniya, meningoensefalit, periferik sinir sisteminin otoimmün lezyonları (bu zaman immun sistem səhvən öz normal hüceyrələrini və toxumalarını hədəf alır) Uşaqlarda Omicron ilə infeksiya da bronxiollarda iltihablı bir proses olan bronxiolit inkişafına səbəb ola bilər və onların tıxanmasına səbəb ola bilər. **Diaqnostikasi.** Omikron ştammi ilə yoluxma üçün xarakterik olan xüsusi əlamətlər yoxdur. Pandemiya zamanı kəskin respirator infeksiyaların ilk simptomlarında diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün mü-

təxəssislər COVID-19 və ya ICA üçün PCR testini - COVID-19 antigeninin sürətli testini keçirməyi məsləhət görürlər. Etibarlı nəticələr əldə etmək üçün Omicron ştamminin koronavirusunun qısa inkubasiya dövrü olduğundan və tez-tez yüngül formada baş verdiyindən, tədqiqat xəstəliyinin ilkin əlamətləri göründükdən sonra artıq 3-4-cü gündə aparılmalıdır.

Göstərişlərə görə A, M, G SARS-CoV-2 sinfinə aid immunoqlobulinlərin tədqiqi də aparılır.

Orta, ağır və son dərəcə ağır xəstəliyi olan şəxslərə omikron infeksiyası üçün qeyri-spesifik laboratoriya diaqnostikası tələb olunur.

Profilaktikası. Yeni Omicron ştammi haqqında az şey məlumdur. İnfeksiyanın qarşısının alınması ilə bağlı tövsiyələr koronavirusun digər növləri ilə eyni qalır. Buraya maska taxmaq, 1,5-2 m məsafə saxlamaq və təması minimuma endirmək şəxsi gigiyena qaydalına əməl etmək daxildir. Təbii ki, peyvənd profilaktikanın ən təsirli üsulu olaraq qalır. Peyvənddən sonra da maskaların taxılması və digər profilaktik tədbirlərə riayət edilməlidir.

6.2. Qızılça.



Şəkil 10 Qızılcanın əlamətləri

Qızılca - kəskin infeksiya xəstəlik olub qızdırma, intoksi-

kasiya, dəri və selikli qişalarda makulo-papuloz səpgi, konyuktivit və yuxarı tənəffüs yollarının iltihabı ilə özünü göstərir.

Etiologiyası. Qızılcanın törədiciləri Polinosa morbillarum Morbillivirus cinsinə, Paramyxoviridae ailəsinə aiddir, RNT-si var, xarici qişası zülallipid-polisaxaridlərdən təşkil olunmuşdur. Virusun tərkibində hemaqlütinin, hemolizin, komplementi birləşdirən antigen olur. Yüksək virulentliyə malikdir. Lakin xarici mühitdə az davamlıdır, isitdikdə tez məhv olur, dezinfeksiyedicilər onlara güclü təsir göstərir. İnsan və heyvan böyrəyində virusun kulturası alınır. Dirə vaksini hazırlamaq üçün virusun xüsusi ştamları əldə edilmişdir.

Klinika – İnkubasiya dövrü 7 – 17 gün davam edir, immunoqlobulin vurulması isə bu dövrün 21 günə qədər uzada bilər.

Klinik şəkildə 3 dövr ayırılır: 1. Kataral (prodromal) dövr; 2. Səpgi dövrü; 3. Piqmentasiya dövrü.

Kataral dövr–3– 4 gün davam edir. Xəstəliyin başlanması bədən temperaturunun 38– 390 C– yə qədər yüksəlməsilə, burundan ifrazatla, quru öskürəklə, konyuktivit əlamətləri ilə müşayiət olunur: işıqdan qoxma, selikli qişaların hiperemiyası, gözdən yaşaxma. Ümumi vəziyyət pozulur. Uşaqlar süst, ağlağan olur, narahat olur, iştahası və yuxu pozulur. Erkən yaşlı uşaqlarda inaq sindromu inkişaf edə bilər. Yumşaq və bərk damaqda çəhrayı – qırmızı xırda ləkələr şəkildə enantema meydana çıxır. Bundan sonra onlar ağız – udlağa selikli qişanın kəskin hiperemiyası fonunda ayırılır.

Xəstəliyin 2–3–cü günündəkiçik azı dişləri səviyyəsində yanağın selikli qişasında qızılca üçün xarakter olan Belski-Filatov-Koplik ləkələri meydana çıxır. Bu ləkələr kənarları hiperemiyə həlqəsi ilə əhatə olunmuş ağ ləkəciklər şəkildə olur.Səpgi dövrü – Temperaturun yenidən yüksəlməsilə başlayır və 2 – 5 mm qədər diametrdə ayrı – ayrı elementlərdən ibarət ləkəvari papulyoz səpgilərin meydana çıxması ilə xarakterizə olunur. Səpgilərin çoxalması zamanı çox vaxt ləkə və papulalar öz ara-

larında birləşirlər. Səpgi olmayan dəri nahiyələri adi fona malik olurlar. Qızılca üçün səpgilərin meydana çıxması mərhələli xarakter daşıyır. Səpgi tədricən üç gün ərzində yuxarıdan aşağıya doğru yayılır. Səpginin ilk elementləri alında və qulaqların ardında meydana çıxır. Sutka ərzində səpgilər bütün üzə yayılır (Şəkil 59, 60) (burun – dodaq üçbucağı və boyun da daxil olmaqla) 2 – ci gün gövdəyə və 3 – cü gün isə ətraflara yayılır, səpgi dövründə ümumi intoksikaya simptomları və kataral əlamətlər artır. Uşağın üzü xarakter görünüş alır: üz şişkinləşmiş , göz qapaqları şişmiş olur, konyuntivanın hiperemiyası, qişa damarlarının inyeksiyası, burundan duru ifrazat axması qeyd olunur. Piqmentasiya dövrü–səpgilərin meydana çıxmasından 3–4 gün sonra başlayır. Ağırlaşmalar olmazsa, bədən temperaturu normallaşır, kataral əlamətlər azalır, tədricən səpgilər sönür. Səpgilər başladığı ardıcılıqla da itir, yerində isə özündən sonra 1 – 2 həftəyə keçib gedən piqmentasiya qalır. Çox vaxt səpgilərin yox olması xırda çapıqvari qabıqlanma ilə nəticələnir. Rekonvalensensiya dövründə - yorğunluq, əzginlik, qıcıqlanma, yuxululuq, infeksiyalara qarşı müqavimətin azalması müşahidə olunur. Klinik simptomların kəskinliyinə görə qızılcanın tipik və atipik formaları ayırd olunur. Atipik formalarına peyvənd olunmuş uşaqlarda və 6 aya qədər uşaqlarda qızılca aid edilir. Eləcə də buraya nadir hallarda rast gəlinən hipertoksik və hemorragik qızılca da aid olunur.

Atipik formalı qızılca daha uzun sürən inkubasion dövr ilə xarakterizə olunur, adətən yüngül keçir, normal temperaturla və ya yüngül qısamüddətli qızdırma ilə gedir . kataral dövr və səpgi dövrü qısalmış olur. Belski – Fiilatov Koplik ləkələri çox vaxt qeyd olunmur. Kataral əlamətlər zəif olur. Səpgi elementləri az sayda olur, onların səpmə sırası da pozulmuş olur. Xəstəlik ağırlaşmasız gedir.

Ağırlaşmaları. Qızılcanın erkən və gec ağırlaşmaları adətən ikincili infeksiyadan asılıdır. Erkən ağırlaşmalar kataral və səpgi, gec ağırlaşmalar, piqmentləşmə dövrlərilə bir vaxta dü-

şür. Ölümə də səbəb ağırlaşmalardır. Çox vaxt laringit, traxeobronxit, otit və pnevmoniya, yevstaxit, sinusitlər, pielonefrit, meninqoensefalit, seroz meningit rast gəlir. Qızılca 70 yaş-dan yuxarı şəxslərin həyatı üçün daha çox təhlükə təşkil edir. Kolit və enterokolit patogen mikroorqanizmlərin, eşerixiya, şigella, strepto-stafilokokların və kandida göbələyinin iştirakı ilə adətən piqmentləşmə dövrü baş verir, qarında ağrı və ishal əlamətləri ilə özünü göstərir.

Qızılcanın diaqnozu xarakter kliniki simptomlara — xəstəliyin qəflətən başlayıb kataral əlamətlərin getdikcə güclənməsinə, konyunktivitə, Koplik ləkələrinə, ləkəli-papuloz səpginin mərhələliyinə və epidemioloji anamnezə əsasən qoyulur. Laborator diaqnoz üçün neytrallaşdırma və ya immunoflüoressensiya reaksiyalarından istifadə olunur.

Profilaktika. Səpgi əmələ gələndən sonra xəstə 5 gün, ağırlaşma baş verdikdə 10 gün ərzində təcrid olunur. Xəstə ilə təmasda olmuş uşaqlar 17 gün, immunoqlobulin vurulanlar isə 21 gün ərzində kollektivə buraxılmır. Yoluxmuş hamilə qadın doğuş zamanı izolyatora yerləşdirilir. Zahılar döş verə bilər.

Xəstəliyin passiv profilaktikası üçün qızılca keçirməyən və xəstə ilə təmasda olan 3 aydan 4 yaşa qədər uşaqlara 1ml immunoqlobulin vurulur. İmmunoqlobulin təmasın 5-ci günündən gec olmayaraq yeridildikdə effekt verir və onun təsiri 3-4 həftə davam edir.

Aktiv profilaktika diri qızılca vaksini ilə aparılır. Peyvəndən 6-18 gün sonra 2-3 gün çəkən qızdırma, konyunktivit, təneffüs yollarının katari, bəzən hətta səpgi əmələ gələ bilər. Vaksinin 10 aydan 8 yaşa qədər qızılca ilə xəstələnməmiş və tibbi əks göstərişi olmayan uşaqların dərisi altına 0,5ml dozada yeridilir.

6.3. Məxmərək.

Məxmərək (Rubella)- kəskin virus infeksiyası olub, kiçik ləkəli səpgi, limfadenopatiya, qızdırma və hamilə qadınlarda dölün zədələnməsilə özünü göstərir. Etiologiası: QBM (qızılçayabənz məxmərək)virusunu P.D.Parkmerı və T.H.Ueller (1961) əldə elmişlər. O Rubivirus cinsinə və Toqavirus ailəsinə aiddir. RNT-si var. Termolabildir, - 20-70°-də yaşaya bilir. Xarici mühitdə davamsızdır. Quruma, ultrabənövşəyi şüalar, formalin və başqa dezinfeksiyaedicilər onu tez neytrallaşdırır. Əsasən 5-9 yaşlı uşaqlar yoluxur.



Şəkil 11 Məxmərək əlamətləri

Epidemiologiası: QBM-in mənbəyi xəstə şəxslərdir. İnkubasion dövrün son günlərindən səpginin 2-ci həftəsinə qədər və daha uzun müddət ərzində xəstə yoluxucu olur. Yoluxma havadamcı yolu ilə baş verir. Reproduktiv dövrdə qadınların 20%-ə qədəri QBM-yə həssas olur. Ana bətnində uşaqların yoluxmasına görə xəstəlik hamilə qadınlar üçün xüsusilə təhlükəlidir. Hamiləliyin ilk iki ayında yoluxma baş verərsə, döldə ürək qüsuru, karlıq, MSS-nin zədələnməsi baş verir. Xəstəlik uzunmüddətli immunitet verir.

Kliniki əlamətləri: İnkubasion dövr 15-24 gün çəkir. Ək-

sər hallarda xəstənin əhvalı az pozulduğundan qızılıca bənzər məxmərəyin ilk əlaməti ekzantema olur. Bəzən 1-2 gün davam edən prodromal dövrdə az qızdırma, zəif zökəm və öskürək qeyd edilir. Səpgidən 2-3 gün əvvəl əmələ gələn və ondan bir neçə gün sonra da davam edən limfadenopatiya - boyunun yan tərəflərində, ənsədə və qoltuq altındakı limfa vəzilərinin böyüməsi xəstəliyin erkən əlamətlərinə aiddir. Limfa düyünləri iri, noxud boyda, bərk və ağırlı olur.

Xəstələr halsızlıqdan, əzələ və oynaq ağrılarından şikayətlənir. Temperatur subfebril olur, ya da 1-3 gün ərzində 38-39°C-ə yüksəlir.

Obyektiv müainədə yuxarı tənəffüs yollarının zəif iltihabı damağın və konyuktivaların bir qədər qızarması, sklera damarlarının genişlənməsi qeyd edilir.

Ekzantema xəstəliyin 1-3-cü günləri əmələ gəlir, əvvəlcə üzdə, boyunda görünür və bir neçə saat ərzində bütün bədənə yayılır. Ən çox ətrafların açıq səthində, sağrılarda, kürəkdə yerləşir, bəzən dəridən hündürə qalxır, bir-birilə birləşmir. Səpgi sancaq başı ya mərci boyçla olur. 2-3 günə elementlər piqmentləşmə və qabıqlanma vermədən itir.

25-30% hallarda QBM səpgisiz gedir. Belə xəstələri az qızdırma və limfadenit əlamətlərinə görə müəyyən etmək olur. Simptomsuz formanın əsas təzahürlərinə virusemiya və qanda xüsusi anticisimlərin tapılması aiddir.

Başlanğıc dövr üçün periferik qanda az leykositoz və neytrofiloz, səpmədən sonra - leykopeniya və limfositoz xarakter hesab edilir, çoxlu plazmatik hüceyrələr əmələ gəlir.

Ağırlaşmaları: QBM-in tez-tez rast gəlinən ağırlaşması artırıdır. Nadir ağırlaşmalardan biri trombositopeniya purpurasıdır. O, dəridə pətexiya və hemorragiyalar, diş ətindən qanaxma, hematuriya verir. Ən qorxulu ağırlaşma olan məxmərək ensefaliti ümumi əhvalın pisləşməsi, sonra isə qıcolmalar, koma vəziyyəti və hemiparezlə təzahür edir.

Diaqnozu: Epidemiyalar zamanı və xəstəliyin tipik forma-

larında kliniki əlamətlərə görə diaqnoz asan müəyyən edilir. QBM-in laborator diaqnozu radial hemoliz - RH, İTA və latek-saqlütinasiya reaksiyalarının köməyi ilə virusa qarşı antitellərin tapılması ilə dəqiqləşdirilir.

Profilaktika. Reproduktiv yaşlı qadınlar, ailə planlaşdırma mərkəzinə müraciət edənlər və abort keçirmiş qadınlar QPM-yə görə yoxlanılmalıdır. Qanında IgG tapılmayan qadınlar peyvənd olunmalıdır. Əvvəllər peyvənd almışlarda antitel səviyyəsi öyrənilməlidir.

QBM vaksini diri viruslardan alındığı üçün hamilələri peyvənd etmək olmaz. Uşaqlara isə 12 ayında, revaksinasiya isə 6 yaşda olunur. Vaksinin teratogen təsirinə görə peyvənddən 3 ay sonra hamiləliyə icazə verilir. Xəstəliyin alovlanma dövründə 3-5 ml immunoqlobulinin yeridilməsi epidemianın qarşısını ala bilər. 12-ci həftəyə qədər məxmərəyə yoluxmuş qadınların hamiləliyini pozmaq məsləhətdir. Xəstələr səpginin 5-ci gününə qədər təcrid olunmalıdır. Onlar səpgiyə 7 gün qalmışdan virusu yaymağa başlayırlar.

6.4. Skarlatina.

Skarlatina - intoksikasiya, udlağın, badamcıqların iltihabı, dəridə nöqtəvari səpgi və limfadenopatiya ilə təzahür edən kəskin infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. Skarlatinanı törədən A qrupunun β-hemolitik streptokokları girdə, qram, aerob mikroblardır, 80-dən çox serotipi və eritrogen toksini var.

Epidemiologiyası. Mənbə skarlatinalı xəstə və streptokok gəzdirenlərdir. 2-7 yaşlı uşaqlarda daha çox təsadüf olunur. Yoluxma hava-damcı və hava-toz vasitəsilə olur. Məişət əşyalarında, oyuncaqlarda olan streptokoklara yoluxur. Uşaqlar daha həssasdır. Payız-qış ayları xəstələnmə çoxalır. İmmunitet davamsızdır.



Şəkil 12 Kliniki əlamətləri.

İnkubasion dövr 2-11 gün çəkə bilər. Xəstəlik yüksək qızdırma və qusma ilə başlayır. Xəstə narahat, həyəcanlı olur, çox danışır, bəzən sayıqlayır, ya əzginləşir, zəifləyir. Nəbz sürətlənir, yumşaq damaq kəskin hiperemiyalaşır — alovlu damaq, ödemləşir, yumşaq damağın sərt damağa keçdiyi yerdə hiperemiya qurtarır. Hiperemiya sahəsində enantema, selikli, fibrinoz, hətta nekrotik ərp əmələ gəlir. Dil əvvəlcə ağ ərplə örtülür, 4-cü gündən sonra al-qırmızı rəngli olur, üzərindəki məməciklər böyüyür — “moruğu dil” (şəkil 12).



Şəkil 13 Filatov üçbucağı.

Boyun limfadeniti, çox vaxt ikitərəfli, xarakterdir. Xəstəliyin 1-2-ci günləri ətrafların bükücü səthlərində, oynaq büküşlərində, döşdə, boyunda nöqtəvari rozeolalar görünür. Səpgilərin bir-neçə saat ərzində bədənə yayılması xarakterikdir. Mexaniki zədə yerində səpgi xətt şəklində yerləşir, davamlı olur — Pastia simptomu. Nadir hallarda papuloz səpgi və onun ortasında kiçik qovucuq yaranır. Burun-dodaq üçbucağının solğunluğu Filatov üçbucağı da əlamətdardır. Səpgi nahiyəsini basdıqda əlin izi qalır, ağ dermoqrafizm müşahidə olunur, 4-5-ci günlər səpgi solğunlaşır, qabıqlanma verir. Qabıq bədəndə kəpəkvəri, ovucda, ayağın altında lövhə, əlcək şəklində olur. Hemoqramda leykositoz sola meyillik olur, EÇS artır, sidikdə — zülal, eritrosit, hialin silindirlər tapılır.

Ağırlaşmaları. Skarlatinanın ağırlaşmaları 3 qrupa bölünür: 1. toksiki-kollaps, İTŞ, 2. bakterial - erkən və gec – otit, sinusit, baş beyinin absesi və s. 3. Allergik immunopatoloji ağırlaşmalar - qlomerulonefrit, miokardit, endokardit və s. Müasir dövrdə ölüm rast gəlmir.

Diaqnozu. Klinik-epidemioloji məlumatlara, streptokokun tapılmasına və diferensə aparılmasına əsasən skarlatinalı xəstələrə diaqnoz qoyulur.

Profilaktika. Skarlatinanın spesifik profilaktikası olmadığından əsas diqqət xəstələrin erkən aşkar edilməsinə, onların 10 gün ərzində qospitalizə edilməsinə, 12 gündən sonra kollektivə buraxılmasına və bakteriyagəzdirlərin antibiotikoterapiyasına yönəldilməlidir. Ekstrabukkal yoluxmanın profilaktikası üçün cərrahi, ginekoloji, yanıq şöbələrində ehtiyat tədbirləri görülməlidir.

6.5. Göy öskürək.

Göy öskürək kəskin infeksiya xəstəlikidir, onun başlıca simptomu uzun müddət davam edən xarakter öskürək tutmalarıdır.

rıdır.

Etiologiya və epidemiologiya. Göy öskürək xüsusi mikrob Bordetella pertusis çöpləri tərəfindən törədilir. Qram mənfi, hərəkətsiz cöpdür, aerobdur. Bu mikob xarici mühit amillərinə qarşı çox davamsızdır, yüksək temperaturun, günəş işığının və s. təsirindən tez tələf olur. Həmçinin endotoksin ifraz edir. Uşaqlara göyöskürək ancaq xəstə uşaqdan keçir. Epidemioloji cəhətdən yüngül, yaxud aydın olmayan formalı göy öskürəklə xəstə uşaqlar çox qorxuludurlar, çünki onlarda göy öskürək tutmaları olmur. Xəstə uşaqlar öskürən zaman özündən çox uzaqlara burun-udlaqdan selik damcıları ifraz edirlər. Bu damcılar yaxında duran sağlam uşağın tənəffüs yollarına düşərsə, onda xəstəlik baş verir.

Göy öskürəklə adətən 10 yaşa qədər uşaqlar xəstələnirlər. Südəmə uşaqların xəstələnməsi 10% təşkil edir. Xəstəlikdən sonra güclü immunitet formalaşır.



klirik əlamətləri.

“İnkubasiyon dövr 3-15” gündür. Göy öskürəyin gedişində 3 dövr ayırd edilir:

1. Kataral dövr; 2. Spazmatik dövr; 3. Xəstəliyin sönməsi dövrü.

Kataral dövr—adi öskürək, zökəm və azca temperatur ilə

başlayır. Öskürək birinci günlər

Şəkil 14 Göy öskürəyin əlamətləri

başqa xəstəliklər zamanı olan öskürəkdən seçilmir, sonralar isə öskürək gündən-günə şiddətlənir, sonra o, müəyyən müddət ara verir səsli nəfəsalma-repriz baş verir, tutmalar gecələr şiddətlə-

nir. Kataral dövr 3-12 gün davam edir. Bu cür xəstələr çox zaman aşkar edilmir və xəstəliyin yayılma mənbəyi olurlar.

Spazmatik dövrdə öskürək tutmaları gözlənilmədən birdən–birə başlayır. Tutmadan qabaq uşaq öskürək olacağını hiss edir, uşağın üzündə qorxu hissi olur, uşaq dərindən nəfəs aldıqdan sonra öskürək tutması başlayır. Tutma zamanı ara verməyən öskürək təkanları olur. Xəstənin üzü bərk qızarır, hətta bəzən göyərir, dili çıxır, üzün və boynun venaları şişir. Tutmalar zamanı uşaq çox gərgin olur, onun gözündən yaş axır, bəzən uşaqlarda qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı olur. Uşaqların dərisi solğun, göz qapaqları ödemli, üz şişmiş, ağızın ətrafı göyərmiş olur. Öskürək tutması qurtardıqdan sonra uşaq tamam gücdən düşmüş olur, lakin bir neçə dəqiqədən sonra uşaq özünü tamamilə yaxşı hiss edir. Spazmatik dövr 1-2 həftədən 1-2 aya qədər davam edir.

Xəstəliyin sönməsi dövrü–spazmatik dövr qurtardıqdan sonra xəstəlik özünün tipik xarakterini itirməyə başlayır. Tutmalar nisbətən yüngül olur, seyrək baş verir və uşaq tədricən sağalmağa başlayır. Bu dövr 3-4 aya qədər uzana bilər. Hər bir infeksiya xəstəlik kimi göy öskürək də 3 formada gedir–yüngül, orta ağır və ağır forma. Yüngül formada xəstəlik 3-4 həftə davam edir. Öskürək tutmalarının sayı 5-15 dəfə olur. Uşaqların əhvalı dəyişmir, temperatur qalxmır, ağırlaşmalar olmur. Orta ağır formada tutmaların sayı 20-30 dəfə olur, ağır hallarda isə 40-50-yə qədər olur. Tez-tez baş verən öskürək tutmaları xəstəni əldən salır, onun əhvalı pisləşir, uşaq əsəbi olur, pis yatır, pis yeyir və arıqlamağa başlayır. Temperatur yüksəlir, bəzən ağırlaşmalar baş verir. Öskürək tutmaları zamanı dil kəsici dişlərə sürtülür, bunun nəticəsində dilin ucunda göy öskürək üçün son dərəcə xarakter, ağ ərplə örtülən balaca xora əmələ gəlir.

Ağırlaşmalar. Göy öskürəyin ağırlaşmalarına ağciyərlərin iltihabı, atelektaz (böyük uşaqlarda), ensefalitlər, orta qulağın iltihabı, beyin qişalarına və beynə qansızmalar, qıcolmalar və s. aiddir. Körpə yaşlı uşaqlarda göy öskürəyin klinikası. Körpə

yaşlı uşaqlarda xəstəliyin gizli və başlanğıc dövrü qısa olur və cəmi 2 gün davam edir. Öskürək tutmaları uzun müddət davam edir və yüngül öskürəkdən ibarət olur. Bir neçə aylıq uşaqlarda öskürək tutması zamanı tənəffüs dayana bilər. Bu zaman uşaq göyərir, huşunu itirir, çox zaman qıcolmalar başlayır. Bu hal bir neçə saniyə davam edir, sonra dərindən nəfəs alma olur və uşağın huşu aydınlaşır. Adətən körpə uşaqlarda göy öskürək uzun çəkir. Diaqnostika. Epidemioloji anamnez; Kliniki şəkil;

Laborator müayinə. Müalicə. Xəstə uşaqlar daima həkim nəzarəti altında olmalıdırlar. Göy öskürək yüngül və ağırlaşmalar vermədən gedirsə, belə uşaqları evdə saxlamaq olar. Ağır gedişli və ağırlaşmalar verən göy öskürəkli uşaqları xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Göy öskürəyin müalicəsində bir sıra antibiotiklər-streptomisin, levomisetin, ampicillin və s. tətbiq edilir. Antibiotiklərdən başqa xəstələrə qammaqlobulin də vurmaq lazımdır. Körpə uşağın tənəffüsü dayanarsa, tez adyali açmaq və süni tənəffüsə başlamaq lazımdır. Göy öskürəyin ağır formalarında xəstələrə brom, lümenal, ürək dərmanları təyin edirlər. Qıcolmalar zamanı əzələ daxilinə 25%-li maqnezium-sulfat məhlulu, 25%-li aminazin məhlulu, antihistamin yeridirlər, xlorhidratla imalə edirlər.

Profilaktika. Göy öskürəyə qarşı difteriya, tetanusla birlikdə peyvənd GDT. vaksidlər 2 ay, 3 ay, 4 ayında, revaksinasiya yaşayırılığında aparılır. Xəstə 25 gün təcrid olunur. 2 dəfə bakteriooloji müayinə mənfi olarsa, kollektivə buraxılır. Xəstə uşaq la təmasda olmuş uşaqlara isə ən azı 6ml qammaqlobulin yeridilir, böyük uşaqlara isə göy öskürəyə qarşı sürətli vaksinasiya aparılır. 6.6. Epidemik parotit.



Şəkil 15 Limfaların şişməsi

Epidemik parotit – kəskin virus xəstəliyi olub, intoksikasiya əlamətləri, qulaqətrafi vəzilərin, bəzən digər vəzili orqanların və sinir sisteminin zədələnməsi özünü göstərir.

Etiologiya və epidemiologiası: Törədicisi Paramiksoviruslara aiddir. Xəstəliyin mənbəyi xəstələr, epidemik parotitin silinmiş və simptomuz formalarda yoluxmuş şəxslərdir. Xəstə in-

kubasiya dövrünün son 1 – 2 günü və xəstəliyin 3 – 8-ci günləri yoluxucu olur. Virus havadamcı vasitəsilə yoluxur. Bəzən ağız suyu ilə çirklənmiş məişət əşyaları, oyuncaqlar yoluxmaya səbəb olur. Orqanizmin parotitə həssaslığı yüksəkdir və bu ömür boyu saxlanılır. Epidemik parotitdən sonra güclü immunitet qalır.

Kliniki əlamətləri: İnkubasion dövr 11 gündən 23 günədək davam edir. Xəstəlik adətən temperatur yüksəlməsi ilə, ümumi halsızlıq, çeynəmə və udma zamanı qulaqyanı nahiyədə ağrı ilə başlayır. Birinci sutkanın sonunda qulaq seyvanının ön tərəfində və alt çənənin küncündə ağrılı, xəmirəbənzər konsistensiyalı şişkinlik meydana çıxır, hansı ki, bu da önə, aşağı və arxaya doğru yayılır. Şişkinlik üzərində dəri dartılmış olur, lakin rəngi dəyişmir. Şişkinliyin dəqiq konturları olmur. Palpasiyada şişkinliyin mərkəzində ağrılı bərkimə təyin edilir. Filatovun ağrı nöqtələri xarakterikdir: retromandibulyar çökəkliyə təzyiq etdikdə və qulaq sırğalığından önə-əşitmə keçəcəyinin aşağı kənarına təzyiq etdikdə ağrı meydana çıxır.

Qulaqyanı vəzilərin iltihabının tipik əlaməti vəzi axacağının yanağın selikli qişasına çıxan dəliyin ödemləşməsi və hiperemiyalaşmasıdır. Zədələnmiş tərəfdə tüpürcək ifrazı dayanır. 1-2 gündən sonra prosesə 2-ci qulaqyanı vəzi də cəlb olunur. üzün forması dəyişir, üzün aşağı hissəsi yanlara doğru böyüyür. Qulaqyanı vəzilərdən başqa, çənəaltı, dil – altı tüpürcək vəziləridə zədələnir. Xəstəlik mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə müşayiət olunur: baş ağrısı, yuxunun pozulması, zəif meningial simptomlar, bəzən yumşaq beyin qişalarının iltihabının inkişaf etməsi.

Xəstəliyin qızdırma dövrü 3-4 gün davam edir, vəzilərin şişkinliyi isə xəstəliyin 8–10-cu gününə kimi keçib gedir. Xəstəliyin 5–10-cu gündən başlayaraq digər vəzili orqanların da zədələnmə əlamətləri meydana çıxa bilər.

Ağırlaşmalar. Yeniyetmə oğlan uşaqlarında parotit zamanı çox vaxt orxit inkişaf edir. Adətən bir xaya zədələnir. Lakin

proses 2 tərəfli də ola bilər. Orxıt xayanın böyüməsi, onun kəskin ağrılı olması, ağrının qasıq nahiyəsinə və qurşağa irradiasiya ilə xarakterizə olunur, xayaların ödemləşməsi qeyd olunur. Mədəaltı vəzin zədələnməsi zamanı ürəkbulanma, çoxsaylı qusma, epiqastral və sol qabırğaaltı nahiyədə kəskin ağrılar meydana çıxır. Sidikdə diastazanın yüksək səviyyəsi qeyd olunur. Ağırlaşmalar nadir hallarda ola bilər. Otit, stomatit, pnevmoniya, şəkərli diabet, sonsuzluq inkişaf edə bilər. Laborator diaqnostika: diaqnostika məqsədilə seroloji müayinə metodlarından istifadə oluna bilər

Profilaktika. Epidemik parotitə qarşı aktivliyi azaldılmış diri QPM 12 ay , revaksinasiya 6 yaşda vaksinlə peyvənd aparılır. Peyvənd alanlarda xəstəlik yüngül gedir, immunitet 30 aya qədər saxlanır. Adətən qızılcaabənzər məxmərək, qızılca və parotitə qarşı diri vaksinlər birlikdə işlədilir. Peyvənddən sonra immunitet 4 ildən 7-9 ilə qədər davam edir. Xəstə ilə təmasda olmuş 10 yaşdan aşağı uşaqlar təmasın 21-ci günündən təcrid edilir. Təmasın vaxtı dəqiq bilindikdə sağlam uşaq inkubasion dövrün 11-21-ci günləri kollektivə buraxılmır. İnfeksiya ocağında dezinfeksiya aparılmır.

6.7. Su çiçəyi.



Şəkil 16 Su çiçəyi səpkisi

Su çiçəyi kəskin uşaq infeksiyasıdır. Xəstəlik xoş xassiyətli gedişli, ümumi intoksikasiya, qızdırma və ləkəli-vezikulyoz səpki ilə xarakterizə olunur. Diaqnozu çətinlik təşkil etmir. Epidemioloji və klinik əlamətlərə əsasən qoyulur.

Etiologiya və epidemiologiyası. Su çiçəyi viruslar tərəfindən törədilir. Düz düşən günəş şüaları və qızdırılma zamanı tez məhv olur. Virus vezikulda tapılır. Özünəməxsus rənglənmə üsulu ilə Araqon elementi kimi aşkar edilir. Xəstəlik mənbəyi su çiçəyi xəstələridir. Xəstə inkubasiya dövrün 10-cu günündən axıncı səpkilərin 5-ci gününə qədər xəstələrdən keçir. Yoluxma hava-damcı yolu ilə, eləcə də ana bətnində baş verir. Virus hava cərəyanı ilə qonşu otağa qədər yayıla bilər. Əşyalar və 3-cü şəxs vasitəsilə yoluxma mümkün deyil, çünki virus xarici mühitdə dayanıqlı deyil.

Kliniki əlamətlər. İnkubasiya dövrü 10-21 gündür, orta hesabla 14 gün çəkir. Prodromal dövr qısa müddətli olur. Yaşlı nəsil bu xəstəliyə tutulduqda prodromal dövr kəskin şəkildə üzə çıxır. Baş ağrısı, qızdırma, bel ağrıları olur. Südümər uşaqlarda səpkiyə 1-5 gün qalmış subfebril qızdırma, narahatlıq, iştahın və yuxunun pozulması şəklində gedir. 1-2 gün ərzində selikli qışa və dəridə suluqlar əmələ gəlir. Səpkilər ilk dəfə başın tüklü hissəsində, sonra üzdə, bədəndə, ətraflarda əmələ gəlir. Xüsusi lokalizasiyası yoxdur. Əvvəlcə kiçik makulo-papulalar əmələ gəlir və tezliklə onlar vezikulaya çevrilir. Bəzi papulalar suluğa keçmədən qabıqlanır. Səpkinin ölçüləri müxtəlif olur, girdə və uzunsov şəkil alır. Onlar səthi yerləşir, ətrafında iltihab olmur, divarı gərginləşir və partlayır, möhtəviyyəti şəffaf olur. Suluqlar 1-3 gün ərzində quruyur, tünd rəngli yastı qabıq əmələ gəlir və onlar 1-3 həftə ərzində qopurlar. Səpmə eyni vaxtda baş vermədiyindən bir nahiyədə müxtəlif inkişaf mərhələsində olan düyüncük, suluqcuq, qabıq elementləri müəyyən edilir. Əksər xəstələrdə selikli qışalar da səpir. Səpmə dövrü bədən temperaturu 38° C, ağır xəstələrdə 39°-40°C-ə qədər qalxır. Hər yeni səpmə əlavə qızdırma dalğası verir və intoksikasiyanı gücləndirir. Xəstənin iştahı və yuxusu pozulur, əsəbilik, inadkarlıq əmələ gəlir. Səpki dövrü qanda leykopeniya, neytropeniya, nisbi limfasitoz inkişaf edir.



Şəkil 17 Səpginin gündəlik dinamikası (dəyişməsi)

Xəstəliyin yüngül, orta ağır və ağır formaları olur. Yüngül formaya normal və ya subfebril temperaturlu gediş aiddir. Orta-ağır formada-t $38,5^{\circ}$ - 39° C, baş ağrısı, qusma, ümumi halsızlıq, bəzən oyanıqlıq olur. Ağır formada-t 40° C daha çox olur. Ümumi halsızlıq, qusma, baş ağrısı, bəzən sayıqlama müşahidə olunur. Səpkilər 7-8 gün dəri və selikli qişalarda olur.

Su çiçəyinin müxtəlif klinik formaları təsadüf edilir: Rudiment forma-tək-tək papula və vezikula ilə gedir, bədən temperaturu dəyişmir. Abortiv formada səpki vezikulaya keçmədən papula mərhələsində qurtarır. Pustulyoz, bulloz, qanqrenoz, hemorragik formalara rast gəlinir. Nadir hallarda dəri və selikli qişalarla yanaşı daxili orqanların zədələnməsi qaraciyər, ağciyər, böyrək, böyrəküstü vəz, mədəaltı vəz, endokard ilə gedir. Bu visseral forma adlanır. Hamiləliyin axırına yaxın xəstələnməmiş qadınlarda vaxtından əvvəl doğuş və ölü doğma ola bilər.

Ağırlaşmaları. Qırtlağın selikli qişasında səpki olarsa laringit, bəzən tənəffüs yollarının stenozu, sulu çiçək inağı baş verir. Streptodermiya, abses, fleqmona, qızılyel, sepsis və s. nadir hallarda artrit, qlomerulonefrit, miokardit, meningoenfəalit təsadüf edilə bilər.

Müalicə. 1.Yataq rejimi. Sulu çiçək ağırlaşma vermədikdə ancaq təmizliyin gözlənilməsi, ikincili infeksiyanın profilaktikası məsləhət görülür.

Profilaktikası. Xəstələr evdə təcrid olunur. Axırınıcı səpki-dən 5 gün sonra xəstənin yoluxduruculuğu itir. Otağın havasını tez-tez dəyişmək lazımdır. Dezinfeksiyanın əhəmiyyəti yoxdur. 3 yaşa qədər uşaqları təmasda olduğu vaxtın 10-cu günündən 21-ci gününə qədər təcrid edirlər. Onlara 3-6 ml immunoqlobulin vurmaq lazımdır.

6.8 İmmunizasiya təqviimi.

Aktiv immunlaşdırma: Vaksinlər. Onların tərkibində antigenlər vardır və süni immunitet yaradırlar. Antigenin alınmasından asılı olaraq vaksinlər bir neçə tipə bölünür:

Diri – təbiətdə mövcud olan attenuasiya edilmiş (zəiflədilmiş) ştamlardan alınır. Bunlara təbii çiçək, polimielit, tulyaremiya vaksinləri aiddir. Vaksinlər seleksiya yolu ilə alınır (BÇJ, qrip). Onlar orqanizmdə çoxalmaqla vaksinal proses törəməyə bilir və bunula da qeyri-həssaslıq formalaşır. Belə ştamlarda virulentliyin itməsi genetik kodlaşdırılmışdır, lakin immundefisti olan şəxslərdə ciddi problem yarana bilər.

Öldürülmüş – yüksəkvirulent ştamlardan hazırlanır, onları fiziki (temperatur, radiasiya, ultrabənövşəyi işıq) və ya kimyəvi (spirt, formaldehid) metodlarla öldürürlər. Belə vaksinlər reaktogendirlər, az tətbiq olunurlar (göyöskürək, quduzluq, herpes, qrip, leptospiroz, vəba, A hepatitinə qarşı).

Kimyəvi – bakteriyaların kimyəvi yolla ayırd edilmiş antigenlərdən hazırlanır (qarın yatalağı, vəba, meninqokok).

Anatoksinlər – bakteriyaların ekzotoksinlərdən ibarət olub, bir ay ərzində termostatda 0,3 -0,4% formalinlə zərərsizləşdirilir. Belə işləmə nəticəsində toksik xüsusiyyətlər itir, immunogen xassələr qalır.

Assosiasiya olunmuş – bir neçə komponentlərdən ibarət vaksinlərdir (GDT).

Sintetik – mikroorqanizmlərin süni yaradılmış antigen determinantlarıdır.

Vektor (rekombinant) – gen mühəndisliyi nəticəsində əldə olunmuşdur. Onun mahiyyəti: protektiv antigenlərə cavabdeh olan virulent mikroorqanizmin genləri hər hansı zərərsiz mikroorqanizmin genomuna yeridilir ki, o, yetişdirmə zamanı müvafiq antigenləri hasil edir və toplayır (B hepatit).

Vaksinlərin hazırlanması zamanı əsas tədbirlər bunlardır: 1. onlar vaksin immun cavab induksiya etməlidirlər, təhlükəsiz olmalıdırlar; 2. areaktogen – əlavə effektlər verməlidir; 3. sabit – öz xüsusiyyətlərini saxlamalıdır; 4. standart olmalı – mikroorqanizmlərin zülalların sayına və s. görə; 5. assosiasiya edilmək imkanı olmalıdır. Vaksinoprofilaktika planlı və epidemik göstərişlərə əsasən aparılır. Müasir dövrdə bir çox geniş yayılmış yoluxucu xəstəliklərə qarşı profilaktik vaksinlər yaradılmışdır, lakin onların heç də hamısı planlı peyvəndlər siyahısına daxil deyildir.

Vaksinoprofilaktikanın növləri: 1. Planlı peyvəndlər – təsdiq edilmiş peyvənd təqviminə əsasən aparılır. 2. Epidemik göstərişlərə əsasən aparılan peyvəndlər. Böyüklərə peyvəndlər ümumi tibb şəbəkəsi və müəssisələrin tibbi xidməti tərəfindən aparılır. Son illərdə böyüklərə edilən vaksinasianın səviyyəsinin yüksəldilməsinə daha çox diqqət verilir. Tetanus qarşı təcili profilaktika və quduzluq əleyhinə peyvəndlər travmatoloji məntəqələrə aparılır. Ölkədə istehsal edilən bütün peyvəndlər mütləq nəzarətdən keçir.

PROFİLAKTİK PEYVƏND TƏQVİMİ:

	Do- ğu- lan- dan 12 sa- at ər- zində	2 ay	3 ay	4ay	6ay	12ay	18ay	6yaş
Hep.B	VVV	VVV	VVV	VVV				
BSJ	VVV							
GDT		VVV	VVV	VVV			VVV	
Hib		VVV	VVV	VVV				
Pk		VVV		VVV	VVV			
İPV		VVV	VVV	VVV				
OPV					VVV		VVV	
QPM						VVV		VVV
DT								VVV

7.1. Vərəm. Etiologiya. Klinik əlamətləri.

Vərəm-orqanizmin ümumi infeksiyon xəstəliyidir. Tibb elmində 1882-ci ildə Robert Kox tərəfindən xəstəliyin törədicisinin kəşf edilməsi böyük rol oynamışdır. Sonralar mikrobiologiyanın inkişafı vərəm törədicisinin xüsusiyyətlərinin təfərruatlarla öyrənilməsinə zəmin yaratmışdır. Vərəm bakteriyaları R.Koxun şərəfinə *Kox çöpləri* adlandırılmışdı. Vərəmin öyrənilməsinə görə 1905-ci ildə R.Kox Nobel mükafatına layiq görülmüşdür. 1994-cü ildə ilk vərəm əleyhinə preparat streptomisin amerika alimi baktorioloq S.Vaksman tərəfindən icad olunub.

Vərəm xəstəliyin törədicisi mycobacterium tuberculosisdir. Bu cöplər polimorf xüsusiyyətli olub, qısa,uzun, düzgün, əyilmiş, hətta şaxələnmiş formada da ola bilər. Vərəm cöplərinin uzunluğu 1-4 mikrondur. Vərəm cöpləri hərəkətsiz, spor əmələ gətirmir, aerobdur, çətin boyanır, turşuya və spirtə qarşı davamlıdır. Vərəm antropozoonoz xəstəlikdir. Vərəm infeksiyasının mənbəyi xəstə insanlar və heyvanlardır. Vərəm cöpləri insan

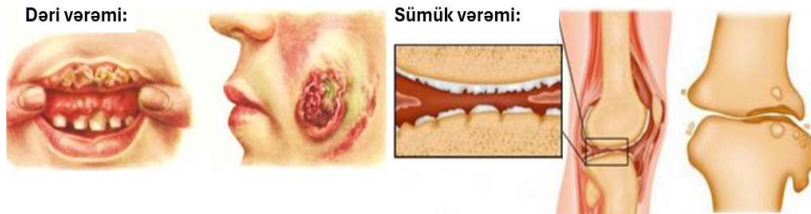
orqanizminə dərindən, həzm və tənəffüs yollarından daxil ola bilər. Həzm yolu ilə keçdikdə ən çox uşaqların limfa və müsariqə vəzilərinə (bağırsaqların periton boşluğunda yerində qalmasını təmin edən toxuma)daxil olub onların iltihabına səbəb olur. Vərəm çöpləri tənəffüs yollarından daxil olduqda ilk proses ağciyərlərdə baş verir və sonradan bunlar bədənin hər bir nahiyəsinə yayılaraq ümumi infeksiyanın meydana çıxmasına səbəb olur. Vərəm çöpləri xarici mühit amillərinə qarşı çox davamlıdır. Qidalı maddələrdə ,məs: yağda 3 aya qədər, pendirdə 2aya qədər qala bilər. Bakteriyalar suda 100 dərəcədə qaynadıldıqda 10 saniyə müddətinə məhv olur.

Klinik əlamətləri. Xəstəliyin inkubasiya müddəti 6 gündən 8 həftəyə qədər ola bilər. 1973- cü ildə ftiziatriqların VII Ümumittifaq qurultayında vərəm aşağıdakı kimi təsnif edilir:

I qrup- Uşaqlarda və yeniyetmələrdə vərəm infeksiyası

II qrup- Tənəffüs orqanlarının vərəmi; ağciyərin limfa düyünlərinin vərəmi; Miliar vərəm, ağciyərlərin səpələnmiş vərəmi, ağciyərlərin ocaqlı vərəmi, kazeoz pnevmoniya, ağciyərlərin tuberkuloması, ağciyərlərin kavernoza vərəmi; ağciyərin fibroz-kavernoza vərəmi; ağciyərin sirrotik vərəmi; vərəmli plevrit; Yuxarı tənəffüs yollarının vərəmi.

III qrup-Mərkəzi sinir sisteminin və beyin qişalarının vərəmi, Bağırsaq, periton və müsariqə limfatik düyünlərinin vərəmi; Sümük və oynaqların vərəmi; Sidikvə cinsiyyət orqanlarının vərəmi; Dəri və dərialtı toxumanın vərəmi; Periferik limfa düyünlərinin vərəmi; Gözlərin vərəmi; Digər orqanların vərəmi.



Şəkil 18

Yeni təsnifata əsasən ağciyər vərəmi özü də iki qrupa bölünür: Birincili və ikincili ağciyər vərəmi.

Birincili ağciyər vərəmi özü də üç nozoloji formaya bölünür:

- 1.Uşaq və yeniyetmələrin vərəm intoksikiyası;
- 2.İlkin vərəm kompleksi;
- 3.Koks daxili limfa düyünlərinin vərəmi.



Şəkil 19 Ağciyər vərəmi.

Birincili vərəm:

Bu ,əvvəllər infeksiya ilə yoluxmayan orqanizmdə baş verən vərəm xəstəliyidir.Birincili yoluxma əsasən uşaq yaşlarında olduğuna görə birincili vərəm bir xəstəlik kimi

uşaqlarda müşahidə olunur.Əhalinin iqtisadi vəziyyəti yaxşılaşdıqca , geniş sağlamlıq tədbirlərinin və vərəm əleyhinə vaksinasiya və revaksinasiyanın həyata keçirilməsi nəticəsində uşaqalarda vərəmə qarşı təbii rezistenlik artmış,xəstələnmə tezliyi azalmışdır.İlkin yoluxmaya orqanizm sinir,ürək-damar,endokrin və digər sistemlər tərəfindən bir sıra funksional pozuntularla cavab verir: iştahasızlıq,yuxunun pozulması,uşaqda davranış dəyişməsi (qıcıqlanma artır,ağlağan olur).Dispeptik pozuntular yaranır.Yeniyetmələrdə fiziki inkişafdən geri qalma,arıqlama,limfa düyünlərinin böyüməsi,subfebril hərarət qeydə alınır.İlkin vərəm kompleks çox zaman simptomsuz keçir və yalnız ağciyərlərin kirəclənmiş ocaqların (qon ocağı)tapılması keçirilmiş xəstəlik haqqında məlumat verir.Bəzən xəstəlik infeksiasiya əlamətləri ilə keçir:hərarətin yüksəlməsi,tərləmə,zəiflik,bir qədər öskürək ola bilər.Yüksək hərarət enir və litik enmə bir necə gündən 2-3 həftəyə qədər saxlanılır.Qanda leykositə formulanın sola meyilliyi , limfopeniya və eozinofiliya,ECS-in sürətlənməsi ,qısa müddətli leykositoz təyin etmək olar.Flota-

ya üsulu ilə bəlgəmdə və mədənin yuyulma sularında vərəm mikobakteriyalarını tapmaq olar.Mantu reaksiyası müsbətdir. Müasir təsnifata əsasən ocaqlı ağciyər vərəmi ağciyər vərəminin ikincili formasına aiddir.

İkincili vərəmə ağciyər vərəminə digər lokal formalar aiddir. Ocaqlı, infiltrativ, tuberkuloma, kavernoz, fibroz-kavernoz, sirrotik ağciyər vərəmi, ağciyərlərin səpələnmiş vərəmi (kəskin, yarımkəskin, xroniki) İştahsızlıq və çəkinin azalması ağciyər vərəminin ilkin əlamətlərindən biridir. Xəstəlik zamanı mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyəti pozulur:ümumi zəiflik, əmək qabiliyyətinin pozulması,yuxusuzluq,tormozlaşma və s. əmələ gəlir.Beyinin qabıqaltı şöbəsində mübadilə mərkəzinin pozulması ilə əlaqədar olaraq mədə-bağırsaq traktının sekretor aparatının funksiyası pozulur.Mədə,mədəaltı vəzin, bağırsaq vəzilərinin fəaliyyətinin zəifləməsi ilə əlaqədar çəkinin aşağı düşməsi çox tez başlayır.Aktiv vərəm prosesində həm normal, həm də subfebril və hektik hərarət də inkişaf edir.Yüksək hərarət xəstələr tərəfindən rahat keçirilir.Temperaturun yüksəlməsi ilə əlaqədar yuxunun birinci dövründə gecə tərləmələri başlayır. Ağciyər vərəmi zamanı tərləmə yüksək hərarət kimi müəyyən saatlarda əmələ gəlir,əsasən yuxunun ilk saatları və ya səhərə yaxın.Bu da xəstənin psixikasına mənfi təsir göstərir.Xəstədə çox zaman zəiflik,gücsüzlük və kollaps müşahidə olunur. Bir çox siqaret çəkən xəstələr öskürəyin əmələ gəlməsinə və ya güclənməsinə əhəmiyyət vermirlər,bunu tütünün qəbulu kimi izah edirlər.Lakin onlar bunu bilməlidirlər ki, ağciyər vərəmi zamanı öskürək çox zaman xəstəliyin əvvəlində əmələ gəlir.Quru və ya acıq rəngli köpüklü bəlgəmlə olur.Sonralar öskürək fasiləsiz davam edir və xəstələrin ifraz etdiyi bəlgəmin heç bir spesifik iyi olmur. Ağciyərin digər irinli xəstəliklərdən fərqli olaraq vərəm zamanı bəlgəm adətən qatı,iysiz,çox miqdarda iqiqatlı olur.Ağciyər toxumasının yumşalma ocağında qan damarlarının bütövlüyünün pozulması nəticəsində ağciyər qanaxmaları da ola bilər.Xroniki vərəm prosesləri zamanı qanaxma-

ların səbəbi vərəmlə bağlı ikincili dəyişikliklər, bronxektazlar, sirrozlar da ola bilər. Qanhayxırma vərəm çöpünün və onun zəhərlərinin damarlara təsiri, xroniki durğunluq və fibroz nəticəsində ola bilər. Qanhayxırma zamanı bəlgəmdə al-qırmızı rəngləmə müşahidə edilir. Bəzən öskürək zamanı al qan ifrazı olur.

Ağırlaşmalar: Ağciyər qanaxması, patoloji pnevmotoraks, ağciyər ürək çatışmamazlığı, böyrək çatışmamazlığı, amiloidoz.

Müalicə: Vərəmli xəstələrin kompleks müalicəsində aşağıdakı kimi aparılır:

1. Orqanizmin kompensator mexanizmlərinə təsir edən ümumi terapevtik üsullar, keyfiyyətli qidalanma.

2. Zədələnmiş orqanda keçən patofizioloji proseslərə "YERLİ" təsir, yaxud patoloji ocağının aradan götürülməsi

3. Etiotrop təsir.

7.2 Vərəmin profilaktikası.

Vərəm xəstələri xüsusi vərəm əleyhinə olan dispansərə hospitalizə olunmalıdırlar. Xəstənin yaşadığı mənzilin ümumi sanitariya vəziyyətini nəzərə almaq lazımdır. Əgər xəstəlik uşaq müəssisələrində baş veribsə, işçilər-personal flüoroqrafiyadan keçməlidirlər. Bütün yoluxucu xəstəliklərdə olduğu kimi, vərəm xəstəliyində də ərazidə olan GEM infeksiyon ocağına nəzarət etməlidir. Dezinfeksiya işləri aparılır. Xəstənin istifadə etdiyi əşyalar (qab-qacaq, dəsmal və s.) yataq dəsti dezinfeksiya kamerasına göndərilir. Mübarizə aparmaq üçün həssaslığı yoxlamaqdan ötrü Mantu sınağından istifadə edilir. Bu sınaq saidə dəri içərisinə (0,1 ml) tuberkulin vurulur. 72 saatdan sonra yoxlanılır, papulanın ölçüsünə görə (-), (+) hesab olunur. Cavab əsasən də planlı şəkildə diri kulturadan hazırlanmış vərəmə qarşı vaksin vurulur (BSJ). Fransız alimləri Kalmet və Geren öküzlü vərəm bakteriyalarının virulentliyini süni yolla zəif-

lətməklə vərəm vaksinini almışlar. Vaksin planlı aparılır (doğum evində doğulandan sonra 12 saat ərzində) təlimata əsasən müxtəlif yaşlarda vaksinasıya və revaksinasıya alır. Virajlı uşaqlar aşkar olunur və VI qrup dispanser uçot qeydiyyatına götürülür. Onlar 1 il müddətində ciddi müşahidədə qalırlar. Virajlı uşaqlar 3 ay müddətində izoniazidlə kimyəvi profilaktika aparılır. 3 aydan sonra təkrarı Mantu sınağı qoyulur. Papulanın ölçüsü kiçilirsə, dərman profilaktikası dayandırılır . Ölçü dəyişmirsə, 2-3 il yaz və payız aylarında profilaktika davam etdirilir. Belə şəxslər sağlam vəziyyətinə nəzarət etmək üçün dispanserdə məcburi uçota alınirlar.

7.3. Vərəmli xəstələrə qayğı ilə bağlı dövlət proqramı.

Azərbaycanda vərəm xəstələrinə göstərilən diqqət və qayğı dünyanın bir çox dövlətlərinə nümunə ola bilər. Ölkəmizdə fəaliyyət göstərən vərəm dispanserlərində və ərazi poliklinikalarında yaradılmış xüsusi otaqlarda (DOT kabinetlərdə) vərəm xəstələrinin müalicəsi tamamilə dövlətin hesabına həyata keçirilir. Onlara pulsuz dərmanlar verilir, uzaqdan gələn xəstələrə hətta yol xərci də ödənilir.

Hazırda dünyada vərəmin dərmana davamlı formalarının müalicəsi üçün xüsusi proqram yaradılmışdır. Bunun isə səbəbləri müxtəlifdir. Şəraitdən asılı olaraq aparılan müalicə zamanı dərmanların səmərəsi olmadıqda, onlar vaxtında qəbul edilmədikdə və xəstə öz müalicəsinə qeyri-ciddi yanaşdıqda mikrobların dərmana davamlı formaları meydana çıxır. Ona görə də bu gün Azərbaycanda xəstəliyin dərmana davamlı formalarının müalicəsi üçün xüsusi proqram hazırlanmışdır və uğurla reallaşdırılır. Bu cür xəstələrin müalicəsi üçün isə iki il vaxt və təqribən 50 min manat xərc tələb edilir. Söz yox ki, bu vəsaiti də Azərbaycan dövləti ödəyir.

Bu gün ölkəmizdə vərəm əleyhinə mübarizə vərəm dispanserlərində aparılır. Eyni zamanda, Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəs-

təlikləri İnstitutunda referens laboratoriyalar fəaliyyət göstərir. Xəstələrdən toplanmış bəlgəm nümunələri həmin laboratoriyalarda yoxlanılır və aşkar edilən dərmana davamlı formalar Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən yaradılmış komissiyaya təqdim olunur. Həmin komissiya isə bu cür xəstələri müalicəyə cəlb edir. Komissiyanın rəyinə əsasən, dərmana davamlı xəstələrin müalicəsi cərrahiyyə və ya konservativ yolla aparılır. Bunun üçün isə xüsusi formalaşdırılmış 6 nömrəli vərəm əleyhinə dispanser yüksək səviyyədə təmir olunaraq, istifadəyə verilmişdir.

Ölkədə 2007-ci ildən bu günədək 1000-ə yaxın belə xəstə aşkarlanmış və onlar müalicəyə cəlb olunmuşlar. Onların arasında müalicəsini bitirənlər də vardır. Lakin Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən yaradılmış komissiya müayinələri davamlı olaraq həyata keçirir və prosesi nəzarətdə saxlayır.

7.4 Vərəm xəstəsinin aşkar edilməsi və onların dispanserizasiyası.

1. Xəstələr sahə həkimi və tibb bacıları, səhiyyə məntəqələrinin və uşaq müəssisələrinin tibb işçiləri tərəfindən aşkar edilir. Əsasən qrip, bronxit, pnevmaniya xəstəliyini tez-tez keçirən şəxslərə fikir vermək lazımdır.

2. 12 yaşına qədər olan uşaqlar arasında vərəm xəstələrinin aşkar edilməsi, Mantu sınağının cavabına əsasən olur.

3. Vərəm dispanserləri tərəfindən təşkil edilən kütləvi flyuroqrafik müayinələr vasitəsilə xəstələrin aşkar edilməsi. Uşaq məktəbəqədər müəssisələrin və məkətəb işçilərin, eləcə də heyvandarlıq fermalarının işçiləri ildə 2 dəfə, qida müəssisələrinin işçiləri və 12 yaşdan yuxarı olan məktəblilər ildə 1 dəfə, digər əhali qrupları 2 ildə bir müayinə edirlər.

Aşkar edilən xəstə ftiziator tərəfindən hər tərəfli müayinə seliyin təkrari müayinəsi ilə aparılır (traxeya, bronxun və mədənin yuyuntu suları). Əsasən material flotasiya üsulu ilə müayinə edilir. Yaxmaları lyuminisent üsulu ilə müayinə edirlər.

Vərəmə qarşı dispanserlər xəstələri və basilyar xəstələrlə təmasda olanları dispanserizasiya edirlər. Müayinənin periodikliyini xəstənin hansı qrupa aid edildiyi ilə təyin edilir.

I qrupa – aktiv formalı (basilyar) vərəm xəstələri. A qrupu – uzun müddətli kompleks müalicə olunanlar. Bu xəstələr ayda bir dəfə dispansərə gəlirlər. B qrupu – ağciyərində fəaliyyətdə olan xroniki prosesli xəstələr. Bunlar dispansərə iki ayda bir dəfə, kimya terapiya dövründə isə hər ay gəlirlər

II qrupa – törədicisi müşahidə edilməyən sönmüş aktiv formalı xəstələr. 3 ayda bir dəfə, kimya terapiya dövründə isə hər ay nəzarət edilirlər.

III qrupa – müvəffəqiyyətli müalicədən sonra aktiv olmayan formalı vərəm xəstələri. Bu qrupaya şübhəli olan 3 yaşına qədər uşaqlar da aid edilirlər. 6 ayda bir dəfə nəzarət aparılır.

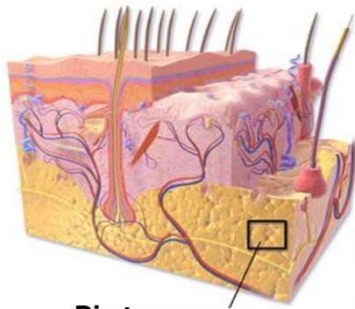
IV qrupa – bura basilyar xəstə ilə ailə daxili təmasda olanlar aiddir (uşaq və yeniyetmələr ilə mənzil daxili). Ailədaxili təmasda olan uşaq və yeniyetmələr ildə 4 dəfə, mənzildaxili təmasda olan böyüklər, eləcə də uşaq və yeniyetmələr ildə iki dəfə dispansərə gəlirlər. Təmasda olanlar təmas müddəti qurtardıqdan iki il sonra nəzarət altında olurlar.

7.5 Ailə üzvlərinə və sahədə sanitar vəziyyətə nəzarət.

Epidemioloji müayinə zamanı xəstə haqqında olan anket məlumatlarından əlavə aşağıdakıları aydınlaşdırmaq lazımdır. Xəstənin digər ailə üzvlərindən təcrid olunması, otağın vəziyyəti; ailə üzvlərinin sayını, yaşını və sənətini göstərmək, eləcə də bu evdə yaşayan digər ailələr haqqında; xəstədə ayrıca yataq paltarlarının, dəsmalın, qabın olması və onların cari dezinfeksiya olunduğunu; xəstənin seliyinin zərərsizləşdirilməsini, xəstənin sanitar biliyinin səviyyəsi və onda zərərli adətlərin (siqaret çəkmə və spirtli içkilərdən istifadə etmək) olub-olmadığını aydınlaşdırmaq. Müayinə zamanı sağlamlaşdırıcı tədbirlərin həcmi və ardıcılığı təyin edilir. Məsələn: xəstə ilə təmasda olanların müayinəsi və kimyaprofilaktikası, cari dezinfeksiya üsulları haqqında instruktaj və s. Vərəm ocaqları GEM işçiləri tərəfindən sistematik yoxlanılır. Yoxlamanın periodikliyi ocağın kateqoriyası ilə təyin edilir. I kateqoriya – burda uşaqlar, hamilə qadınlar var və xəstələr rejimi gözləmir. Belə ocaqlar üç ayda bir dəfə yoxlanılır. II kateqoriya – xəstə ilə təmasda olanlar arasında uşaqlar yoxdur, mənzil şəraiti kafidir, lakin xəstələr rejimi gözləmir. Belə ocaqlar 6 ayda bir dəfə yoxlanılır. III kateqoriya – bu ocaqlarda mənzil şəraiti yaxşıdır, xəstələr rejimə ciddi əməl edirlər. Belə ocaqlar ildə 1 dəfə yoxlanılır. Yeni anadan olmuş uşaqları vaksinasıya prosesi qurtardıqdan sonra (6 aydan) buraxılır.

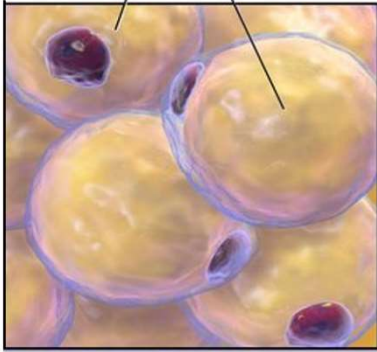
8.1. Uşaq və yeniyətmələrdə piylənmə.

Uşaqlarda piylənmə - uşağın faktiki bədən kütləsinin yaş normativini 15% və daha çox aşmasıdır. Bədən kütləsi indeksi isə ≥ 30 -dur. Bədən kütləsi indeksi çəki və boy arasındakı sadə məlumatdır və adətən fərdi səviyyədə ,yaş, cins, və əhəlidən asılı olaraq fərddə artıq çəki və piylənmənin müəyyən edilməsi üçün istifadə olunur. Uşağın bədən kütləsi indeksinin he



Piy toxuması.

Adipositlər.



Şəkil 20

ürək-damar, endokrin, metabolik, reproduktiv patologiyalara, həmçinin həzm traktı və dayaq-hərəkət aparatı xəstəliklərinə səbəb ola bilər.

Uşaqlarda piylənmənin yaranma səbəbləri.

Uşaqlarda piylənmə polietiojodur: onun inkişafında həm genetik, həm də mühit faktorlarının rolu var. Bütün hallarda uşaqlarda piylənmənin əsasında energetik disbalans dayanır, yəni orqanizmin qəbul etdiyi enerji israf etdiyi enerjidən çox olur.

Məlumdur ki, hər iki valideyn piylənmədən əziyyət çəkərsə, bu pozuntunun uşaqda rastgəlmə tezliyi 80%, problem yalnız anadadırsa – 50%, təkə atadadırsa – 38% təşkil edir.

sablamaq üçün çəkisini götürüb boy ölçüsünün kvadratına bölmək lazımdır. $BKİ = \frac{\text{Çəki (kq)}}{\text{Boy (kvadratmetr)}}$ düsturu ilə hesablanır. Məsələn, çəki 30 kq, boyu 1,30 m götürək. Beləliklə $30 : 1,3^2 = 17,75$. Çəkini boyun kvadratına bölməliyik. Alınan rəqəm, yəni bədəninin indeksi 19 a qədər olarsa, az çəki, 20-25 arası olarsa normal çəki, 30 dan yuxarı olarsa piylənmə sayılır. Uşaqlar arasında piylənmənin artması epidemik şəkildə yayılır və bu, ailə həkimi və uşaq endokrinoloqlarından problemə ciddi yanaşma tələb edir. Böyük yaşlı insanların 60 %-də çəki ilə bağlı problem uşaq və yeniyetməlik yaşlarından başlayır. Uşaqlarda piylənmənin inkişaf etməsi gələcəkdə

Doğuş zamanı bədən kütləsi normadan artıq olan uşaqlar (4 kq-dan artıq) risk qrupuna aiddirlər. Südəmə körpələrdə piylənmə yüksək kalorili qarışıqların həddindən artıq yedirdilməsindən əmələ gələ bilər.

Anamnestik göstəricilərə görə, uşaqların çoxunda piylənmə qida rejiminin pozulması və fiziki aktivliyin azalması fonunda baş verir. Adətən artıq bədən kütləsi və piylənməsi olan uşaqların rasionunda yüngül karbohidratlar (un məmulatları, şirniyyat və s.) və heyvan mənşəli piylər (fast-fud), şirin içkilər (şirələr, qazlı sular) üstünlük təşkil edir. Ən acınacaqlısı isə odur ki, bütün bunların fonunda uşaqlar azhərəkətli həyat tərzi sürür (aktiv oyunlar oynamır, idmanla məşğul olmur, bədən tərbiyəsi dərslərinə getmirlər), vaxtlarının çoxunu televizor və kompüter arxasında keçirirlər.

Uşaqlarda piylənmənin əlamətləri.

Uşaqlarda piylənmənin əsas əlaməti dəri altında piy hüceyrələri qatının artmasıdır. Erkən yaşlı uşaqlarda piylənmənin ilkin əlamətləri kimi hipodinamiyanı, hərəkəti vərdişlərin formalaşmasının ləngiməsini, qəbizliyə, allergik reaksiyalara, infeksiya xəstəliklərinə meyilliliyi göstərmək olar.

Alimentar piylənmə zamanı uşaqların qarın, çanaq, sinə, kürək, üz, yuxarı ətraf nahiyələrində artıq piylər yaranır.

Məktəb yaşlarında belə uşaqlarda təngənəfəslik, fiziki yüklənməyə tolerantlığın azalması, arterial təzyiqin artması müşahidə olunur.

Uşaqlarda ikincili piylənmə aparıcı xəstəlik fonunda və sonuncunun tipik simptomları ilə uzlaşır.

Kuşinqoid piylənməsinin (İtsenko-Kuşinq sindromu zamanı) xarakterik cəhətləri qarın, üz və boyun nahiyələrində piy qatlarının yaranmasıdır, lakin bu zaman aşağı ətraflar arıq qalır. Qızlarda pubertat dövrədə amenoreya və qırsutizm müşahidə edilir.

Uşaqlarda piylənmənin ağırlaşmaları.

Uşaqlarda piylənmə bir sıra ağırlaşmalar yaradır.

Onlara misal kimi aşağıdakıları göstərmək olar: Ateroskleroz; Hipertoniya xəstəliyi;

Stenokardiya; 2-ci tip şəkərli diabet; Xroniki xolisistit; Pankreatit; Qəbizlik; Hemoroy.

Sümük-əzələ sisteminə düşən ağırlığın artması nəticəsində skolioz, artralgiya, artroz, yastıpəncəlik və s. inkişaf edə bilər.

8.1.1. Piylənmənin profilaktikası, pəhriz stolları, qulluq xüsusiyyətləri.

Piylənmənin ilkin profilaktikası Piylənmənin ilkin profilaktikası genetik və ailə meyilliliyi, piylənmə ilə əlaqəli xəstəliklərin (tip 2 şəkərli diabet, arterial hipertenziya, koronar ürək xəstəliyi) inkişafına meyilli olduqda, metabolik sindrom üçün risk faktorları olduqda aparılmalıdır. , BKİ (bədənin kütlə indeksi) > 25 kq/m² olan, xüsusilə qadınlarda.

Piylənmənin ikincil profilaktikası. İkinci dərəcəli profilaktika da ailə həkimlərinin fəal iştirakını tələb edir. Onların dietoloq və endokrinoloqlara cəlb edilməsi piylənmənin erkən aşkarlanmasına və onun nəticələrinin və ağırlaşmalarının qarşısının alınmasına imkan verir.

Kilolu və kök insanlarda bədən çəkisinin azalması ilə fiziki fəaliyyət zamanı nəfəs darlığı azalır, fiziki fəaliyyət yüksəlir, hipotenziv təsir müşahidə olunur, əhval-ruhiyyə, iş qabiliyyəti və yuxu yaxşılaşır ki, bu da ümumiyyətlə xəstələrin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırır. Eyni zamanda, dislipidemiyanın şiddəti azalır və şəkərli diabetlərdə qan şəkərinin səviyyəsi azalır. Beləliklə, arıqlama nəticəsində həyat proqnozu yaxşılaşır və ürək-damar xəstəliklərinin inkişaf riski azalır.

Artıq bədən çəkisini azaltmaq üsulunun əsası kalorili balanslaşdırılmış pəhrizdir. Xəstəyə həm kalori, həm də tərkibi baxımından balanslaşdırılmış qidalanma qaydalarını izah etmək lazımdır. Piylənmənin şiddətindən asılı olaraq və xəstənin

vəziyyətini və peşə fəaliyyətini nəzərə alaraq, fizioloji tələbatdan 15-30% aşağı hipokalorik pəhriz təyin edilir.

Piylənmənin qarşısını almaq üçün məcburi tədbirlər:

- Bütün xəstələrin bədən çəkisinin mütəmadi olaraq qiymətləndirilməsi, bel ətrafının müəyyən edilməsi. Bu göstəricilər normal hədlər daxilindədirsə və ya azalırsa, xəstəyə məlumat verilməli və onun davranışı təsdiqlənməlidir.

- BKİ-dən asılı olmayaraq bütün xəstələr üçün arzu olunan piylənmənin inkişafı üçün proqnostik əhəmiyyət kəsb edən qidalanma və qidalanma vərdişlərinin təbiətinin qiymətləndirilməsi.

BKİ-nin təsnifatı	
Bədən çəkisinin az olması	< 18.5
Normal bədən çəkisi	18.5- 24.9
Bədən çəkisinin artıqlığı	≥ 25.0
Piylənmədən qabaqkı hal	25.0- 29.9
Piylənmə	≥ 30.0
1-ci dərəcəli piylənmə	30.0 - 34.9
2-ci dərəcəli piylənmə	35.0 - 39.9
3-cü dərəcəli piylənmə	≥ 40.0

Şəkil 21

- Artıq bədən çəkisinin təhlükələri, xüsusilə ürək-damar xəstəliklərinin inkişaf riski haqqında xəstələrin məlumatlandırılması.

rılması.

- BKİ 30-dan yuxarı olan xəstələrə uzunmüddətli məqsəd kimi bədən çəkisini 27 və ya aşağıya endirmək tövsiyə edilməlidir. Bu vəziyyətdə bədən çəkisinin azalması həftədə 0,5-1 kq-dan çox olmamalıdır. Pəhriz dəyişiklikləri kifayət qədər təsirli deyilsə, aşağı kalorili bir pəhriz tövsiyə olunur.

- Piylənmə müalicəsi zamanı xəstənin daimi monitorinqi və dəstəklənməsi. BKİ-ni həftəlik və ya ən azı iki həftədə bir dəfə yenidən ölçmək, qida gündəliyini yoxlamaq, xəstəyə razılıq və təşviqi bildirmək, fiziki aktivliyin və fiziki aktivliyin artmasını müşahidə etmək məsləhətdir.

Pəhriz stolları. Bütün terapevtik pəhrizlərin əsasını alkoqol, qızardılmış, yağlı, ədviyyatlı və duzlu qidaların, həmçinin böyük miqdarda şəkər və kofeinin tamamilə istisna edilməsi təşkil edir. Pişirmə üsulları: buxarda bişmiş, bişmiş və ya qaynadılmış. Pəhriz yeməkləri spesifik görünüşə malik ola bilər, ona görə də onlara cəfəri və şüyüd ilə bəzədilmiş müxtəlif tərəvəzlərin birləşdirilmiş yan yeməyi ilə xidmət etmək məsləhətdir. Müntəzəm olaraq eyni saatlarda yemək çox vacibdir, çünki bu vəziyyətdə mədə şirəsi təyin olunmuş vaxtda aktiv şəkildə istehsal olunur və həzmi yaxşılaşdırır. Sağalma və aktiv həyat tərzinə qayıtma dövründə pəhrizin ümumi prinsiplərini dəyişdirməmək məsləhətdir. Evdə konservləşdirilmiş tərəvəz və meyvələrdən imtina etmədən yeməklərin hazırlanmasının digər üsullarını əlavə edə bilərsiniz. Əvvəllər qadağan olunmuş məhsulların istehlakının mümkünlüyü məsələsi yalnız iştirak edən həkim tərəfindən həll edilir.

Stol №8 piylənmə üçün göstərilmişdir.

Qidalanma rejimi: gündə 5-6 dəfə

Müddət: uzun müddət

Bu pəhriz karbohidratlar və yağlar hesabına pəhrizin enerji dəyərinin azalması ilə xarakterizə olunur, zülal tərkibi isə normal qalır və ya artır. Bundan əlavə, duz, iştahı stimullaşdıran qidalar və ədviyyatlar, eləcə də mayelər məhduddur.

Çovdar çörəyi, taxıllı ət və tərəvəz şorbaları, yağsız balıq, quş ətı və ət (pişmiş, bişmiş və ya qaynadılmış), jele, qarabaşaq yarması sıyığı, az yağlı kəsmik və fermentləşdirilmiş süd məhsulları, meyvə və giləmeyvə, şirələr və yemək tövsiyə olunur. onlardan kompotlar, bitki yağı ilə tərəvəzlər. Kərə yağı xəmirindən və yüksək dərəcəli undan hazırlanmış məhsullar, makaron, paxlalılar, dənli və kartof şorbaları, yağlı balıq, quş ətı və ət, hissə verilmiş ət, kolbasa, konservlər, yağlı pendir, qaymaq, makaron, yulaf ezmesi və irmik, ədviyyatlı və ədviyyatlı məhsullardan tamamilə xaric edilməlidir. yağlı qəlyanaltılar, mayonez, souslar və ədviyyatlar.

8.2. Şəkərli diabet və növləri.

Şəkərli diabet mədəaltı vəzin Langerhans adacıqlarında betta hüceyrələr tərəfindən hazırlanan insulin ifrazının, insulin təsirinin və ya hər ikisinin pozulması nəticəsində meydana çıxan hiperqlisemiya (qan şəkərini yüksəlməsi) ilə gedən xroniki metabolik xəstəlikdir. Normada qanda qlükozanın miqdarı 3,8-6,7 mmol/l dir.

Şəkərli diabet xəstəliyinin əlamətləri bunlardır: Susuzluq, tez-tez sidiyə getmə, çəki itirmə, sük yollarının infeksiyası, bulanıq görmə, qaşınma, yorğunluq, dəridə və ağızda quru luq, ayaqlarda keyimə.

Kimlər şəkərli diabetə görə risk qrupuna daxildirlər?

1. Ailəsində şəkər xəstəliyi olanlar (xüsusilə 1ci dərəcəli qohumlarda);
2. Ürək-damar xəstəliyi olan insanlar;
3. Artıq çəkisi olanlar ($BKI \geq 25 \text{ kg/m}^2$);
4. Hipertoniyası olanlar ($A/T \geq 140/90 \text{ mm.cv.st}$);
5. Triqliseridlərin yüksək ($\geq 250 \text{ mq/dl}$) və ya HDL xolesterolin $\leq 3.5 \text{ mg/dl}$ olması;
6. 4 kg və daha artıq uşaq dünyaya gətirən qadınlar;

7. 45 yaşından yuxarı şəxslər;
8. Gestasional (hamiləlik) diabet anamnezi;
9. Yumurtalıqların polikistozu sindromu.

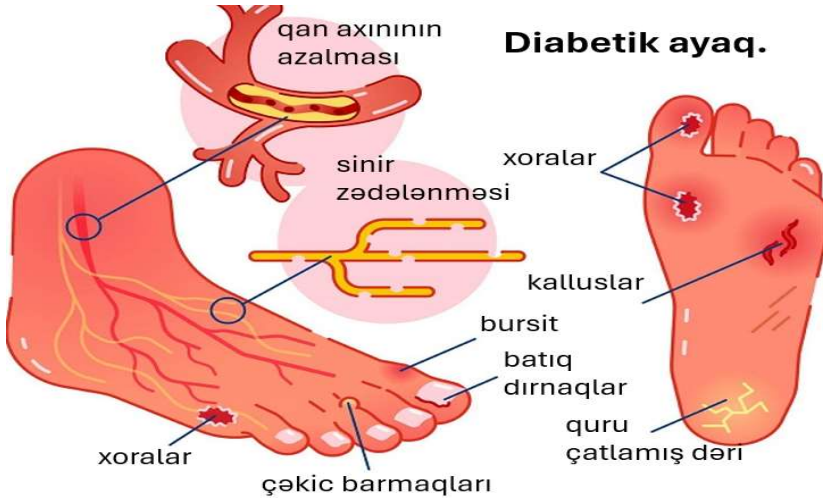
Şəkərli diabetin növləri:

- Tip 1 diabet və ya insulindən asılı olan diabet.

Əsasən 5-20 yaşlar arasında rast gəlinir. 1-ci tip diabetdə hər hansı bir səbəbdən mədəaltı vəzin insulin ifraz edən beta hüceyrələri məhv olur. Başqa sözlə desək, mədəaltı vəzi (pankreas) ya çox az insulin ifraz edir, ya da heç ifraz etmir. İnsulin olmasa, şəkər sərf oluna bilməz və qanda getdikcə artır. 1-ci tip diabetin əlamətləri kəskin başlayır. Bu tip xəstələr xəstəliyin başlanğıcından mütləq insulinlə müalicəsi aparılmalıdır.

- Tip 2 diabet və ya insulindən asılı olmayan diabet.

Əsasən 35 yaşından yuxarı, çox yağlı yeyən, artıq çəkili, az hərəkət edən insanlarda və əsasən ailəsində (qohumlarında) şəkər xəstəliyi olanlarda rast gəlinir. Daha çox yayılmış diabet ti-



Şəkil 22

pidir. Bu xəstələrdə əsasən insulin normal ifraz olunur. Xəstəlik yeni başlayanda aktiv hərəkət, pəhriz və antidiabetik həblərlə müalicə edilir. Ancaq bir müddət sonra mədəaltı vəzin insulin ifraz edən hüceyrələrinin funksiyaları pozulur və insulin müalicəsinə başlamağa ehtiyac olur.

- Hamiləlik diabeti və ya gestasional diabet.

Bu diabet ilk dəfə hamiləlik zamanı hormon dəyişikliklərinə bağlı meydana gələn diabetdir. Əvvəlcədən diabeti olub, sonra hamilə qalan qadınlar gestasional diabet xəstələri sayılmırlar. Bu tip diabet əsasən hamiləliyin 2-ci yarısından meydana çıxır və hamiləlikdən sonra qanda şəkər normallaşır. Bu cür xəstələrə antidiabetik həblərdən istifadə etmək olmaz. Lazım gələrsə, insulin terapiyasına başlanılır. Bu cür xəstələrin sonradan 2-ci tip diabetə tutulma riski 40-60%-dir. 24-28 həftəliyində bütün qadınlara oral glükoza toleranlıq testi aparılmalıdır. Risk qrupuna daxil olan hamilə qadınlara isə ilk müayinədə bu testi aparmaq lazımdır.

8.2.1. Şəkərli diabetin profilaktikası, pəhriz stolları, qulluq xüsusiyyətləri. Diabetik komalar zamanı ilk tibbi yardım.

Diabetin profilaktikası:

- Sağlam bədən çəkisinə nail olmaq və saxlamaq.
- Gündə ən azı 30 dəqiqə orta intensivlikdə məşq etməklə fiziki aktiv həyat tərzini qorumaq.
- Sağlam pəhriz yemək və şəkər və doymuş yağ qəbulunu azaltmaq.
- Tütün çəkməmək.
- Pəhrizdən şəkər və təmizlənmiş karbohidratları xaric etmək.
- Daimi məşq.
- Su içmək əsas maye mənbəyi olmalıdır.

**Stol№9 yüngül və orta dərəcəli diabet üçün göstərilir.
Pəhriz gündəlik enerji dəyərinin fərdi seçimini əhatə edir.**

Qidalanma rejimi: gündə 5 dəfə

Müddət: uzun müddət

Zülal-kəpək, buğda və çovdar çörəyi, tərəvəz bulyonu ilə sorba, balıq, quş əti və yağsız ət, süd, pendir, az yağlı kəsmik, fermentləşdirilmiş süd məhsulları, dənli bitkilər (qarabaşaq, yulaf, inci arpa, buğda) istehlak etmək tövsiyə olunur.), istənilən miqdarda tərəvəz və meyvələr. Zəngin un məhsulları, yağlı və güclü bulyonlar, duzlu balıq, kolbasa, turşu yeməklər, manna və makaron, əncir, kişmiş, banan, xurma tamamilə istisna edilir. Yemək qaynadılmış və ya bişmiş şəkildə verilir. Qızardılmış qidalar məhduddur.

Qulluq xüsusiyyətləri.

Şəkərli diabet xəstələri ixtisaslı yardıma və tibb bacısına ehtiyac duyurlar. Klinika xəstəsi ilə birlikdə müayinə, müalicə və reabilitasiya prosesinin bütün mərhələlərini keçən tibb bacısı xəstəxanada və evdə assistent kimi çıxış edə bilər. Məqaləmizdə diabet və ona qulluq üçün tibb bacısı prosesi haqqında daha çox danışacağıq.

Tibb bacısı prosesinin prioritet məqsədi sağlamlıq vəziyyətini izləmək və şəkərli diabet xəstəsinə yardım göstərməkdir. Tibb işçilərinin qayğısı sayəsində insan özünü rahat və təhlükəsiz hiss edir.

Tibb bacısı bir qrup xəstələrə təyin olunur, onların xüsusiyyətlərini hərtərəfli öyrənir, iştirak edən həkimlə birlikdə diaqnostik plan hazırlayır, patogenezi, mümkün problemləri öyrənir və s.. Xəstələrlə sıx işləyərkən onların mədəni və milli xüsusiyyətlərini nəzərə almaq vacibdir. vərdişlər, ənənələr, uyğunlaşma prosesi və yaş.

Tibbi xidmətlərin göstərilməsi ilə eyni vaxtda tibb bacısı prosesi diabetes mellitus haqqında elmi biliklər verir. Hər bir xəstənin klinik təzahürləri, etiologiyası, anatomiyası və fiziologiyası təsvir edilmişdir. Toplanmış məlumatlar elmi məqsədlər

üçün, referatların və mühazirələrin tərtib edilməsində, dissertasiyaların yazılması prosesində və diabet üçün yeni dərmanların hazırlanmasında istifadə olunur. Alınan məlumatlar xəstəliyi daxildən dərinədən öyrənmək, diabet xəstələrinə tez və səmərəli qulluq etməyi öyrənmək üçün əsas yoldur.

Diabetli xəstələrə qulluq edərkən tibb bacısının əsas vəzifələri bunlardır:

- Xəstə, onun ailəsi, həyat tərzi, vərdisləri və xəstəliyin ilkin prosesi haqqında məlumat toplamaq.

- Xəstəliyin klinik mənzərəsini yaratın.

- Şəkərli diabet xəstələrinə tibb bacısına qulluq üçün qısa fəaliyyət planını təsvir edin.

- Diabetin diaqnostikası, müalicəsi və qarşısının alınması prosesində diabet xəstəsinə kömək edin.

- Həkim göstərişlərinə əməl olunmasına nəzarət edin.

- Şəkərli diabet xəstəsinin xəstəxanadan çıxdıqdan sonra evdə qalması üçün rahat şəraitin yaradılması və tibb bacısına qulluq xüsusiyyətləri barədə yaxınları ilə söhbət etmək.

- Xəstəyə qlükometrədən istifadə etməyi, diabetik menyü yaratmağı, qida masasından GI, AI-ni öyrənməyi öyrədin.

- Şəkər xəstəsinə xəstəliyə nəzarət etməyə inandırmaq və mütəmadi olaraq mütəxəssislərlə müayinədən keçmək. Qida gündəliyi saxlamaq, xəstəlik pasportu hazırlamaq və özünüə qulluq etməkdə çətinlikləri aradan qaldırmaq üçün qurun.

8.2.2. Diabetik komalar zamanı ilk tibbi yardım.

Koma orqanizmin ağrıya qarşı reaksiyasının, hissiyatın və reflekslərin itməsi ilə birgə huşsuzluq halıdır. Koma baş beyinin zədələnmələri, beyin qan dövranının pozulması, zəhərlənmələr, şəkərli diabet, qaraciyər böyrək çatışmazlığı və digər bir sıra ağır xəstəliklər zamanı baş verir. Komatoz halların əsasında mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətinin pozulması durur. Belə

ki, koma mərkəzi sinir sisteminin dərin ümumi, yaxud ocaqlı zədələnməsi, huşun müxtəlif dərəcəli pozğunluqları (tam itməsinə qədər), bütün reflekslərin tam itməsinə qədər müxtəlif dərəcəli zəifləməsi, eləcə də orqanizmin vacib həyatı əhəmiyyətə malik üzvlərinin funksiyasının pozulması ilə xarakterizə olunur. Komanın patogenezinə baş beyinin oksigen aclığı, baş beyinin oksigenə və enerjiyə tələbatının kifayət qədər ödənilməməsi aparıcı rol oynayır.

Diabetik komanın 2 əsas növü ayırd edilir: 1. Hipoqlikemik. 2. Hiperqlikemik;

Hipoqlikemik komaya səbəb – şəkərli diabet zamanı insulinin yüksək dozada vurulması, yaxud karbohidratların bədənə az miqdarda yeridilməsi, xəstələrin pəhrizi pozmasıdır. Qanda şəkərin miqdarı 50 mq%-dən az olduqda hipoqlikemiya meydana çıxır. Hipoqlikemik koma qısa müddətdə həтта bir neçə dəq ərzində inkişaf edir. Komadan əvvəl xəstələrdə aclıq hissiyatı, ümumi zəiflik, çox tərləmə, hərəki oyanıqlıq, bütün bədənə titrəməsi, ürəkbulanma və dərinin avazıması kimi hallar olur. Arterial təzyiq yüksəlir, taxikardiya meydana çıxır. Hipoqlikemiya dərinləşdikcə isə xəstə komatoz vəziyyətə düşür: huş itir, hərəki və psixomotor oyanıqlıq, hallusinasiyalar, qıcolmalar. Dəri nəm olub avazımış rəng alır və bəbəklər genəlir. Xəstənin tənəffüsü səthiləşir, arterial təzyiq enir və nəbzın sayı azalır (bradikardiya). Qanda qlükozanın miqdarının kəskin azalması aşkarlanır, sidikdə şəkər və aseton olmur. Komatoz vəziyyətin başlandığı vaxtdan 3-5 saat sonra mərkəzi sinir sisteminə üzvü dəyişikliklər baş verir.

Təxirəsalınmaz yardım:

- dərhal venaya 40-50 ml 40%-li (yaxud 20%-li) qlükoza yeridilir;
- qlükozanın yeridilməsi huşun bərpaşınadək davam etdirilir;
- huş bərpa olandan sonra xəstəyə şirin çay verilir;
- ürək damar dərmanları vurulur;

- dərin hipoglikemiya hallarında venaya 0.5-1.0 ml 0.1%-li adrenalin, 30-60 mq prednizalon vurulur;
- xəstə təcili stasionara göndərilir.

Hiperqlikemik komaya səbəb – qanda insulinin çatışmazlığı nəticəsində, qlükozanın toxumalar tərəfindən tam mənilsənilməməsi və qanda onun miqdarının kəskin artması (hiperqlikemiya) səbəbindən baş verir. Qlükozuriya (sidiklə qlükozanın ifrazı) və poliuriya (sidiyin miqdarının kəskin artması) xəstələrdə müşahidə edilir. Bu isə öz növbəsində hipovolemiyaya, hüceyrəarası dehidratasiyaya və qanın mərkəzləşməsinə gətirib çıxarır. Orqanizmin susuzlaşması artdıqca sidiyin miqdarı azalır və hidrogen ionlarının xaric olması ləngiyir, nəticədə metabolik asidoz inkişaf edir. Asidoz orqanizmdəki kalium və natrium ionlarının ehtiyatını azaldır. Parenxematoz üzvlərin, böyrəküstü vəzilərin funksiyası kəskin pozulur, mərkəzi sinir sistemi zədələnir, hiperventilyasiya baş verir və koma inkişaf edir. Koma tədricən inkişaf edir. Komadan qabaq əksər hallarda xəstələrdə yuxululuq, yağı hissiyatı, iştahanın itməsi (anoreksiya), ürəkbulanma, qusma və baş ağrıları olur. Xəstələr zəif, apatik olurlar. Dəri və görünən selikli qişalar solğun və quru olur. Xəstələr halsızlaşır, əzələlər boşalır, vətər refleksləri zəifləyir və hətta itir. Xəstənin ağzından aseton iyi gəlir, dərinin turqoru azalır, göz almaları çuxura düşür. Üzün cizgiləri dərinləşir, əzələlər boşalır, vətər refleksləri zəifləyir, yaxud itir. Xəstələrdə tənəffüsün seyrəkləşməsi və Kusmaull tipli olması qeyd edilir. Qanda qlükozanın miqdarı 25-50 mmol/l çatır. Sidikdə qlükozuriyadan əlavə keton cisimcikləri aşkarlanır və qanda leykositlərin miqdarı yüksəlir. Kəskin böyrək çatışmazlığı baş verdikdə isə uremiya və qanda kreatinin yüksəlməsi müşahidə edilir.

Təxirəsalınmaz yardım:

- qanda qlükozanın miqdarı 35 mmol/l-ə qədər olduğu hallarda əvvəlcə əzələyə 16-20 V insulin, sonra isə hər saatdan bir

6-10 V insulin yeridilir;

- hiperqlikemiya yüksək olduqda isə venaya birdəfəlik 50-100 V insulin vurulur;
- venadaxilinə damcı üsulu ilə 400 ml Ringer, 4-8%-li 400 ml natrium hidrokarbonat (yaxud 2,5%-li 300 ml) və 400 ml fizioloji məhlul yeridilir;
- xəstəyə damar preparatları vurulur;
- xəstə təcili olaraq xəstəxanaya göndərilir.

9.1. Şişlər. Təsnifatı.

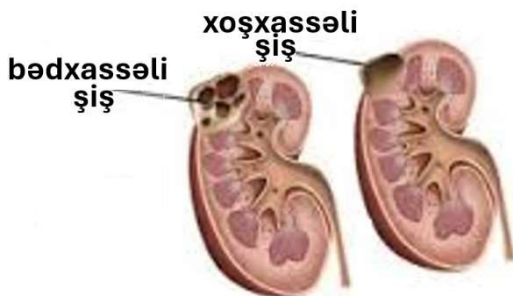
Şiş – (tumor, yeni törəmə, neoplazma, blastoma) orqanizmin hüceyrələrinin bölünərək çoxalması hesabına toxumaların yerli patoloji böyüməsinə deyilir.

Şişlərdən bəhs edən elm onkologiya adlanır. Şişlərin çox qədimdən müşahidə olunmasına baxmayaraq, onkologiya sərbəst bir elm sahəsi kimi son 50-60 ildə inkişaf etməyə başla-

yıb. Şiş xəstəliyinin elmi və təcrübi məsələləri ilə məşğul olan mütəxəssislərə onkoloq deyilir.

Şişlər ən geniş yayılmış xəstəliklərdən olub ölüm səbəbləri arasında ürək-qan-damar xəstəliklərindən sonra ikinci yerdə durur. Müalicəsi tibbin həll olunmamış problemidir. Şişlərin əmələ gəlməsi haqda hələ ki, vahid nəzəriyyə – konsepsiya yoxdur.

Günümüzdə şişlərin etiologiyasında bir sıra faktorların rolu olduğu (polietioloji nəzəriyyə) əsas götürülür.



Şəkil 23 Böyrəkdə şişlər

Şişlərin təsnifatı 3 əsas prinsipə görədir.

- **Hansı toxumadan inkişaf etməsinə görə:**

Epitelial şişlər, birləşdirici toxuma şişləri, əzələ şişləri, sümük və qıgırdaq şişləri, damar şişləri, sinir şişləri və qarışıq şişlər ayırd edilir.

- **Lokalizasiyasına görə:**

Ağciyər, qaraciyər, mədə, bağırsaqlar, beyin, sümüklər, dəri və s. üzvlərin şişləri.

- **Şişin inkişaf xüsusiyyətləri və yayılmasına görə:**

Xoşxassəli şişlər və bədxassəli şişlər aid edilir.

9.1.1. Xoşxassəli şişlər.

Xoşxassəli şişlərin hüceyrələri mikroskopik quruluşuna görə inkişaf etmiş olduğu toxumanın hüceyrələrindən fərqlənmir və ya çox az fərqlənir, atipik deyillər. Bu şişlərin ətraf toxumalardan ayıran kapsulası olur, yavaş sürətlə böyüyür, ətrafdakı toxumaların içərisinə kök atmırlar, yalnız onları itələyə bilərlər. Belə böyümə ekspansiv böyümə adlanır. Xoşxassəli şişlər çox hallarda orqanizm üçün ciddi narahatlıqlar törətmir. Ancaq, yerləşməsindən və ölçülərindən asılı olaraq bəzən ciddi kosmetik pozğunluqlara və həyati vacib orqanlara göstərdiyi təzyiq hesabına onların ağır morfoloji və funksional pozğunluqlarına səbəb ola bilərlər. Məsələn, beyin qişalarının xoşxassəli şişlərinin beyini sıxması, iri damarların, sinir kötüklərinin, bronxların, traxeyanın, öd axarlarının, sidik axarlarının və s. sıxılması zamanı orqanizmdə ciddi pozğunluqlar əmələ gələ bilərlər. Xoşxassəli şişləri cərrahi yolla tam – radikali xaric etdikdən sonra residivləri və metastazları, yəni yayılması olmur. Vəzli orqanların epitel toxumasından inkişaf edən xoşxassəli şişlər – adenoma, boşluqlu orqanların selikli qişasından inkişaf edən xoşxassəli şişlər – polip, dəridən inkişaf edən xoşxassəli şişlər papilloma, əzələdən inkişaf edən xoşxassəli şişlər mioma

(saya əzələdən inkişaf edibsə – leyomioma, eninəzolaqlı əzələdən inkişaf edibsə rabdomioma), birləşdirici toxumanın xoşxassəli şişləri fibroma, sümükdən inkişaf edən xoşxassəli şişlər osteoma, qığırdaqdan inkişaf edən xoşxassəli şişlər xondroma, sinir toxumasından inkişaf edən xoşxassəli şişlər nevrinoma, piy toxumasından inkişaf edən şişlər – lipoma adlanır. Bəzən xoşxassəli şişlər iki və daha çox toxumanın qarışığından ibarət olur ki, bu zaman da onların mürəkkəb adı olur. Məsələn fibromioma, neyrofibroma, osteoxondroma və s.

Ayrı-ayrı üzvlər və ya onların hissələrindən ibarət olan anadangəlmə şişlər – teratoma adlanır.

9.1.2. Bədxassəli şişlər.

Ümümdünya səhiyyə təşkilatının məlumatına əsasən bədxassəli şişlərin əmələ gəlmə səbəbinin 90%-i xarici onkogen faktorlar, 10%-i isə viruslar və genetik dəyişiklərlə bağlıdır. Konserogen faktorlar fiziki, kimyəvi və bioloji ola bilərlər. Fiziki onkogen faktorlar arasında aktiv – ionlaşdırıcı şüalanmaya, kimyəvi faktorlardan politsiklik aromatik karbohidrogenlərə (benzpiren, bensidin və s.) böyük əhəmiyyət verilir. Benspiren tütün tüstüsündə, qatrandə, mühərrik qazlarında və s. aşkar olunub.

Bədxassəli şişlər xoşxassəliyərdən fərqli olaraq kapsulasız olurlar, sürətlə inkişaf edirlər, ətraf toxumalara infiltrasiya edirlər “kök atırlar”. Bu şişlərin hüceyrələri əmələ gəlmiş olduğu toxumanın normal hüceyrələrindən polimorfizminə (yəni müxtəlif mikroskopik quruluşa sahib olması) və atipikliyinə görə fərqlənirlər. Bədxassəli şişlərin inkişafının müəyyən mərhələsində şiş hüceyrələrinin bir qismi əsəs şiş kütləsindən qoparaq limfa və qan damarlarına düşür, müxtəlif orqanlara yayılırlar və düşdükləri yerdə artıb çoxalırlar. Bu proses şişin metastazı adlanır. Əgər şiş xaric edildikdən sonra həmin yerdə yenidən

inkişaf edirsə buna şişin residivi deyilir.

Bədxassəli şişlər xoşxassəli şişlərdən fərqli olaraq orqanizmin ümumi vəziyyətinə də təsir edir, şiş intoksikasiyasına, anemiyaya, arıqlamağa və zəifləməyə səbəb olur.

Birləşdirici toxumanın bədxassəli şişləri sarkoma adlanır. Məsələn, limfosarkoma, angiosarkoma, osteosarkoma, miosarkoma və s.

Epitel toxumasından inkişaf edən bədxassəli şişlərə isə xərçəng deyilir.

Bədxassəli şişlərin 95%-ə qədərini xərçəng, 5%-ni isə sarkoma təşkil edir.

Bir sıra xronik xəstəliklər və toxumaların uzunmüddətli, təkrarlayan travması və qıcıqlandırılması nəticədə xərçəng şişinin əmələ gəlməsinə gətirib çıxara bilər. Odur ki, onlar xərçəngönü xəstəliklər sayılır. Belə xəstəliklərə misal olaraq trofik xoraları, xronik mədə xoralarını, anasid gastritləri, həzm traktının poliplərini, papillomaları, müxtəlif dəri xallarını, uşaqlıq boynu eroziyalarını və s. göstərmək olar ki, bu kimi xəstəliklərin vaxtında aşkar olunması və düzgün müalicəsi bədxassəli şişlərin profilaktikasında mühüm rol oynayır.

Bədxassəli şişlərin klinik təsnifatında 4 mərhələ ayırd edilir.

I mərhələ – şiş lokaldır (yerlidir), məhduddur, ətraf toxumalara sirayət etməyib, metastazları yoxdur.

II mərhələ – şişin ölçüləri böyükdür, inkişaf etdiyi orqanın divarlarına – sərhədinə qədər sirayət edib, lakin inkişaf etmiş olduğu orqandan kənara sirayət etməyib. Rejonar (yaxın) limfa düyünlərinə tək-tək (1-2) metastazı ola bilər.

III mərhələ – şiş böyük ölçülərdədir, dağılması var, orqanı tamamilə tutub, bütün divarlarına sirayət edib. Regionar limfa düyünlərinə çjxsaylı metastazları var.

IV mərhələ – şiş qonşu orqanlara sirayət edib, uzaq limfa düyünlərinə və orqanlara metastazı var.

9.2. Onkoloji xəstəliklərin erkən diaqnostikası məqsədilə aparılan maarifləndirmə işləri.

Xərçəngin erkən aşkarlanması xəstələrin uğurlu müalicə şansını əhəmiyyətli dərəcədə artırır. Xərçəngin erkən aşkarlanması və diaqnostikasının artırılmasında əsas istiqamətlərdən biri də ambulator xərçəngə qulluq mərkəzlərinin təşkilidir.

Ailə həkiminin tibb bacısı əhali ilə maarifləndirici söhbətlər apararkən risk faktorunda olan şəxslərə xəbərdarlıq etməlidir. Bu risk faktorlarına daxildir: İrsi meyillilik; Pis vərdişlər; uzun müddət yüksək radiasiyaya məruz qalmaq.

Həmçinin şişlərin əmələ gəlməsinə təkan verən amillər:

- Onkoloji patologiyaların təxminən 10% -i viral lezyonlarla əlaqələndirilir. Məsələn, uşaqlıq boynu xərçəngi tez-tez papillomavirusun müəyyən təsiri ilə əlaqələndirilir və qaraciyər şişləri tez-tez hepatit virusunun iştirakı ilə inkişaf edir.
- Xroniki stress vəziyyətləri immunitet sisteminin fəaliyyətini boğur. Bu , bədənimizin təbii xərçəng əleyhinə müdafiəsinin ən vacib elementlərindən biridir.
- Benzol, nitratlar, işlənmiş qazlar, dioksinlər, asbest tozu və torpağın, suyun və havanın digər sənaye çirklənməsi kanserogenlərdir - xərçəng patologiyalarının inkişafına kömək edən maddələr.

Diaqnoz. Bədxassəli şişlərin müalicəsinin nəticəsinin qənaətbəxş olması üçün şişin erkən mərhələdə aşkar olunması çox vacibdir. Odur ki, müraciət edən hər bir xəstəyə onkoloji ehtiyatlıqla yanaşmaq lazımdır. Əhali arasında geniş sanitariya maarifi aparılmalıdır ki, insanlar vaxtaşırı profilaktik müalicələrdən keçsinlər; bədxassəli şiş varsa bu şişə erkən mərhələdə, hər hansı şikayətlər olmadıqda da diaqnoz qoyulsun. Xəstədən çox diqqətli və aktiv anamnez topladıqda bədxassəli şişdən şübhələnmək olar. Xəstəliyin erkən mərhələlərində xəstələr çox nadir hallarda ağrıdan şikayət edir. Ancaq onlarda yorğunluq, yuxuculluq, əmək qabiliyyətinin azalması, ətraf mühitə laqə-

yidlik kimi ümumi, çox da spesifik olmayan əlamətlər həkimdə onkoloji ehtiyatlılıq yaratmalı və hər hansı onkoloji xəstəliyin inkar və ya təsdiq olunması üçün diqqətli əsas müayinə üsulları ilə yanaşı yardımçı – laborator və instrumental müayinələrdən də keçirilməlidir.

Əgər xəstədə hər hansı bir şiş aşkar olunursa diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün sitoloji və morfoloji diaqnostikaya – biopsiyaya, həmçinin müxtəlif müasir diaqnostika üsullarına (endoskopiya, rentgenoloji müayinələr, ultrasəs müayinəsi, kompüter tomoqrafiyası, nüvə maqnit rezonans tomoqrafiyası, qan analizləri, onkomarkerlər və s.) əl ataraq şişin xarakterini və inkişaf mərhələsini təyin etmək lazımdır ki, düzgün müalicə taktikası seçilsin.

Onkoloji xəstəliklərin profilaktikası.

Fərqli səbəbləri və risk faktorları olan bir çox müxtəlif xərçəng növləri olmasına baxmayaraq, həkimlər xərçəngin təxminən 40% -nin qarşısını ala bilirlər. Bundan əlavə, bəzi insanlar müxtəlif xərçəng növlərinin inkişafı üçün fərqli risklərə malikdirlər. Buna görə də, hər bir insan üçün heç bir profilaktik tədbirlər qrupu təsirli deyil. Bununla belə, bəzi ümumi strategiyalar bir çox insanlarda xərçəng və ya onun ağırlaşmalarının inkişaf riskini azaldır.

Bu ümumi strategiyalar 3 kateqoriyaya bölünür:

- ilkin profilaktika: müəyyən xərçəng növlərinin inkişaf şansını azaltmaq üçün atacağınız addımlar;
- ikincil profilaktika: onsuz da bir növ xərçəngə yoluxmuş, lakin simptomları olmayan insanlara yönəldilmişdir;
- üçüncü dərəcəli profilaktika: fəsadların qarşısını almaq üçün xərçəngin təsirini yavaşlatmağa yönəlmiş tədbirlər.

Skrining xərçəngin müəyyən növləri üçün ikinci dərəcəli profilaktika kateqoriyasına aiddir. Bu, tanınmamış xərçəngi aşkar etmək üçün testlər aparmaq üçün xərçəng risk faktorları və fiziki müayinə nəticələri kimi insan haqqında məlumatlardan istifadə etməyi əhatə edir. Şişlərin və ya şişdən əvvəlki xəstəliklərin erkən aşkarlanması bir insanın həyatını xilas edə bilər. Buna görə də insanların tövsiyə olunan xərçəng skrining testlərindən keçməsi vacibdir. Məsələn, Papanicolaou smear (Pap test) uşaqlıq boynunun hüceyrələrində xərçəng öncəsi dəyişiklikləri aşkar edərək uşaqlıq boynu xərçəngini aşkar edə bilər. Kolonoskopiya kolorektal xərçəng üçün skrining testlərindən biridir. Skrining zamanı aşkar edilən xərçəngdən əvvəlki kolon poliplərinin çıxarılması kolorektal xərçəngin inkişaf ehtimalını azalda bilər.

9.4 Yataq xəstəsi olan xərçəng xəstələrinə xüsusi qulluq qaydaları..

Evdə onkoloji xəstəsi olan yataq xəstələrinə yüksək keyfiyyətli qulluq xəstənin sağlması və ya ömrünün uzadılması üçün ilkin şərtlərdən biridir. Xərçəng xəstəsinin həyat keyfiyyəti, onun fiziki və mənəvi vəziyyəti qayğının nə qədər düzgün və bacarıqlı təşkil edilməsindən asılıdır. Onkologiya diaqnozu qoyulduqda yataq xəstələrinə evdə qulluq göstərildiyi qaydalar və qaydalar əsasən şişin növündən, yerləşdiyi yerdən və xəstənin fərdi xüsusiyyətlərindən (o cümlədən onun yaşından) asılıdır. Yeganə düzgün qərar, müalicənin aspektlərini və xüsusiyyətlərini iştirak edən həkimlə əlaqələndirməkdir.

Prosedur aşağıdakı aspektlərə diqqət yetirməyi tələb edir:

- pəhriz;
- gigiyena qaydalarına riayət etmək;
- xəstənin otağının və çarpayısının düzgün təşkili;

- xəstəliyin şiddətindən asılı olmayaraq xəstə üçün rahat şəraitin yaradılması.

Yataq xəstələrinə evdə qulluq xəstəliyin növündən asılı olaraq dəyişir:

- onurğanın metastazı olan xəstələr üçün patoloji sümük sınığını istisna edən şərait yaratmaq lazımdır (taxta lövhə ilə çarpayısı);
- ağciyər xərçənginin qeyri-operativ formaları olan xəstələr daimi təmiz hava axını ilə təmin edilməlidir;
- talosemiya diaqnozu qoyulmuş xəstələrə xüsusi yanaşma tələb olunur, çünki kəsiklər və xəsarətlər infeksiyaya səbəb ola bilər;
- mədə xərçəngi olan xəstələrə yüksək kalorili pəhriz lazımdır, lakin qida mümkün qədər yumşaq olmalıdır və s.

Yataq xəstələrinə evdə qulluq etmək xəstələrin problemlərinə diqqətlə yanaşmağı tələb edir: fizioloji funksiyalarda çətinliklər (sidik, nəcis); əzələlərin həssaslığının azalması və qan dövranı pozğunluqları; udma çətinliyi; nitq pozğunluqları; koqnitiv pozğunluqlar; koordinasiya ilə bağlı problemlər.

Yerləşdirmə qaydalarına əsasən, xərçəng xəstəsi aşağıdakılarla təmin edilməlidir:

- şəraiti (işıqlandırma, rütubət və temperatur) nəzərə alınmaqla uyğunlaşdırılan ayrıca yaxşı havalandırılan otaq. Otağın ölçüsü zərurət olduqda problemsiz qulluq və daşınma imkanı verməlidir;
- tələb olunan hündürlüyün funksional, rahat çarpayısı, tercihen hərəkət edən hissələri və dayaqları ilə;
- çarpayıya qarşı döşək və rahat yastıqlar, ədyallar;
- təmiz yataq dəsti (tercihen təbii parçalardan hazırlanmışdır).

Yataq xəstələrinə gigiyenik qulluq otaqda lazım olan hər şey olan bir şlaf və ya şlaf yerləşdirməyi tələb edir: salfetlər, uşaq bezləri, alt paltarının dəyişdirilməsi, qulluq məhsulları və

s.

Yataq xəstəsinə qulluq etmək xəstəni gəzintiyə çıxarmaq, xəstəxanaya baş çəkmək və s. Yataq xəstələrini hərəkət etdirmək üçün əlil arabaları və təkərli çarpayılar istifadə edilə bilər.

Yataq xəstələrinə evdə yüksək keyfiyyətli qulluq gigiyena prosedurlarının diqqətlə həyata keçirilməsini tələb edir.

Yataq xəstələrinin gigiyenik qulluğuna daxildir:

- ağız boşluğuna, gözlərə, qulaqlara, dəriyə, dırnaqlara gündəlik qulluq;
- həftədə bir dəfə hamamda və ya duşda yuyulma;
- çirkləndikdə alt paltarları və yataq dəstinin dəyişdirilməsi;
- yataq yaralarının qarşısının alınması;
- fizioloji funksiyalara kömək etmək.

Yataq xəstəsinə qulluq diqqət tələb edir, çünki yataq yaralarının inkişafının qarşısını almaq vacibdir.

Yataq xəstəsinə qulluq elə aparılmalıdır ki, xərcəng xəstəsi üçün narahatlığı minimuma endirsin.

9.5 Ağrı sindromu ilə mübarizədə ailə tibb bacısının taktikası.

Xərcəngdə ağrı sindromu bədxassəli şişin müalicəsi zamanı xəstələrin 24-86%-də və remissiyada olan xəstələrin 21-46%-də baş verir. Ağrı terapiyasına ehtiyacı olan insanların sayı

çoxdur, xüsusən onkoloji prosesin terminal (son) mərhələsində ağrıların tezliyi təxminən 100%-ə çatır.

Şiddətli xərcəng ağrısı gündəlik fəaliyyəti məhdudlaşdırır və hərəkətə mane olur. Kəskin ağrı hücumları azalır və xroniki narahatlıq tez-tez yataq istirahətinə səbəb olur, çünki hərəkətlər artan narahatlığa səbəb olur.

Sindromu neytrallaşdırma yolları:

- Ağrının kök səbəbinə (əsas xəstəliyə) təsiri

- Anesteziyə, kortikosteroidlərlə müalicəvi blokadalar.
- Xəstənin psixoloqla işləməsi.
- Ağrıları aradan qaldırmaq üçün həyat tərzinə düzəlişlər.

Ağrıların neytrallaşdırılması üçün yalnız ağrıkəsicilərin qəbulu kömək etmir. Sümük metastazları səbəbindən artan narahatlıq halında, həkimlər kemoterapi, radioaktiv dərmanlar və bifosfonatlar ilə müalicə kursunu tövsiyə edirlər.

Onkologiyada ağrı ilə mübarizə aktual problemdir və tibb bacıları xəstələrin rahatlığının təmin edilməsində və əziyyətlərinin yüngülləşdirilməsində mühüm rol oynayır.

Ailə həkiminin tibb bacısının istifadə edə biləcəyi bəzi taktikalar bunlardır:

1. Ağrının Qiymətləndirilməsi: Tibb bacıları xəstələrdə ağrının intensivliyini diqqətlə qiymətləndirməlidirlər. Bu, ən təsirli ağrı kəsici üsulları seçməyə kömək edəcək.

2. Protokollara riayət: Tibb bacıları şişin növü, xəstəliyin mərhələsi və xəstənin ümumi vəziyyətinə əsaslanan ağrının idarə olunması protokollarına və təlimatlarına əməl etməlidir.

3. Fərdi yanaşma: Hər bir xəstə unikaldir və tibb bacıları ağrı idarəsini ehtiyaclarına uyğunlaşdırmalıdırlar. Bu, ağrının ilkin mərhələlərində qeyri-steroid antiinflamatuar dərmanların və ya zəif opioidlərin təyin edilməsini əhatə edə bilər.

4. Əlavə təsirlərə nəzarət edin: Tibb bacıları ağrıkəsici dərmanların mümkün yan təsirlərini izləməli və hər hansı dəyişikliklər barədə həkimləri dərhal məlumatlandırmalıdır.

5. Xəstəyə dəstək: Fiziki ağrıların aradan qaldırılmasına əlavə olaraq, tibb bacıları xəstələrə ağrının öhdəsindən gəlmək üçün emosional dəstək verə bilərlər.

Unutmayın ki, hər bir vəziyyət unikaldir və tibb bacıları xərçəng xəstələri üçün ən yaxşı ağrı hissiyatını idarə etmək üçün həkimlərlə yaxından işləməlidirlər.

10.1. Travmatizm. Təsnifatı.

Xarici faktorların (mexaniki, termiki, kimyəvi, elektrik, süa, psixiki və s.) insan orqanizminə qəfləti təsirindən onun toxuma və üzvlərinin anatomik tamlığının, fizioloji funksiyalarının orqanizmin yerli və ümumi reaksiyaları ilə müşayiət edilən pozulmasına travma, yaxud zədələnmə deyilir.

Travmalar (trauma - yunanca zədə deməkdir) haqqında olan elm travmatologiya adlanır Eyni bir əmək və məişət şəraitində olan, yaxud müəyyən bir ərazidə yaşayan insanlarda müəyyən zaman kəsiyində baş verən travmaların cəmi **travmatizm** adlanır.

Alındığı şəraitə görə hazırda travmaları (travmatizmi) 3 qrupa bölürlər: 1. İstehsalat; 2. İstehsalatdankənar; 3. Qəsdən törədilən travmalar (travmatizm).

İstehsalat travmaları (travmatizmi). Bu travmalar da 2 yerə bölünürlər: sənaye və kənd təsərrüfatı travmaları. Sənayedə çalışanlarda təhlükəsizlik qaydalarına əməl etmədikdə baş verən müxtəlif travmalar sənaye travmalarına aiddir. Kənd təsərrüfatı işçilərinin işlə əlaqədar aldıkları müxtəlif xəsarətlər kənd təsərrüfatı travmalarına daxildir.

İstehsalatdankənar travmalar (travmatizm). İstehsalatdankənar zədələnmələrin bir neçə növü vardır:

1. Yol-nəqliyyat travmaları - yol-nəqliyyat qəzaları zamanı olur və son vaxtlar bu xəsarətlərin sayının, zədələnmələrin müəkkəbliyinin artması qeyd edilir.

2. Dəmir yolu travmatizmi – bu yol-nəqliyyat travmaları nın bir növü olsa da, travmanın baş vermə xüsusiyyətlərinə və xarakterinə görə ayrıca qrup kimi götürülür.

3. Küçə travmaları (piyadaların travması) – insanların küçədə, çöldə, meşədə və s. ictimai yerlərdə aldıkları travmadır.

4. Uşaq travmaları- uşaqların məktəbdə, uşaq bağçalarında və s. yerlərdə aldıkları xəsarətlərdir.

5. Məişət travmaları– insanların məişətdə aldıkları zədələr-

dir – yüksəklikdən yıxılma, evin yığışdırılması zamanı alınan xəsarətlər, yemək hazırlayarkən alınan yanıqlar və s.

6. İdman travmaları – idmançıların idmanla məşğul olan zaman aldıkları xəsarətlərdir və öz spesifikliyiylə fərqlənir. Hərbi travmaları (qəsd xarakterli).

Hərbi, yaxud qəsdən törədilən travmaları ən çox hərbi dövründə, nisbətən az hallarda isə sülh dövründə təsadüf edilir. Bu xəsarətlər odlu və soyuq silahla törədilir. Belə xəsarətlər müharibə dövründə törədilirsə hərbi travma, dinc dövrdə qəsdən törədilirsə, qəsdən törədilən travma adlanır.

Alınan travmaları nəticəsində qanaxma mümkündür

Qanaxmalar -arterial, venoz,kapilyar olmaqla 3 yerə bölünür.Ən təhlükəli qanaxma arterial qanaxmadır.Bu zaman fəvvarə şəklində al qırmızı qan sürətlə damadan xaric olur.Bir neçə dəqiqə ərzində çoxlu qan itkisi olur.Venoz qanaxma zamanı qanın rəngi tünd olur, sürəti zəif olur.Kapilyar qanaxmanın sürəti çox zəif olur,öz özünə qanaxma dayana bilər.İstənilən güclü qanaxma zamanı orqanizmin daxilində qan kütləsinin kəskin şəkildə azalması nəticəsində ürək fəaliyyəti pisləşir.Bu zaman bütün həyati vacib orqanlarda oksigen çatışmamazlığından zərər çəkməyə başlayır. Bu halda huşun itməsi baş verə bilər.

Qanaxmalar zamanı dərhal qanı saxlamaq üçün tədbirlər görülməlidir.Turna və ya əl altında olan hər hansı vasitədən (ip,rezin parça, bel kəməri və s)istifadə etməklə zədə nahiyəsindən yuxarıda iri magistral damarları sıxmaqla qanaxmanı saxlamaq lazımdır.Əl altında heçnə olmadıqda damarı barmaqla sümüyə doğru sıxmaq lazımdır.Turna qoyulduqdan 1-2 saat sonra açılıb2-3 dəq sarğını boşaltmaq lazımdır.Əks halda qanqrena baş verə bilər.Bu arterial qanaxmanın saxlanması idi. Venoz qanaxmada sıxıcı sarğı qoyulur.Bütün hallarda sarğının üstündən buz qovuşu qoyulmalıdır.Buz həm ağrını həm də qanaxmanı dayandıрмаğa kömək edir.Burun qanaxması zamanı zamanı içərisinə hidrogen peroksid məhlulu ilə isladılmış pambıq və ya bint yerləşdirmək ,burun pərlərini bir birinə sıxmaq

,burnun üzərinə buz qoymaq lazımdır.Ağ ciyərlər dən qanaxma olarsa (bu zaman köpüklü al qırmızı qan gəlir)zərərçəkənə yarımoturaq vəziyyət vermək,döş qəfəsi üzərinə buz döşəmək ,öskürəyi azaldan dərmanlar vermək lazımdır.Qanlı qusma olarsa xəstəyə tam sakitlik verilirqarının üstünə buz qoyulur,yemək və su verilmir.

10.2. Yumşaq toxumaların qapalı zədələnmələri (əzilmə, gərilmə, partlama, cırılma, sıxılma)

Dəri və selikli qişaların tamlığı pozulmadan ancaq dərin qatlarda və boşluqlarda yerləşən üzvərin zədələnməsi qapalı zədələnmə adlanır. Yumşaq toxumaların qapalı zədələnmələrinə



Şəkil 24 Əzilmə

əzilmə, gərilmə, cırılma, silkələnmə, sıxılma aiddir.

Əzilmə – küt zərbə aldıqda və yaxud hündürlükdən yıxıldıqda yumşaq toxumalar əzilir. Belə ki, zərbə nəticəsində zədə nahiyəsinin toxuması

sürətlə yığılır və sıxılır. Bu zaman üst təbəqələr elastik olduqları

üçün öz tamlıqlarını qoruyur, dərialtı toxumalar isə əzilir. Əzilmələr zamanı yerli olaraq ağrı, ödem, hematoma, qansızma və əzilmiş nahiyənin funksiyasının pozulması baş verir. Ağrı başlıca olaraq sinir uclarının zədələnməsindən və onların qansızma nəticəsində sıxılmasından əmələ gəlir. Ödem isə qanın və limfanın boşluqlara dərialtı hüceyrə təbəqəsinə yığılması nəticəsində əmələ gəlir. Üzdə dərialtı piy təbəqəsi daha yumşaq oldu

ğundan ödem daha qabarıq olur. Qansızmalar 2-3 gündən sonra qaçırlara çevrilir, çünki bu müddətdə hemoqlabin zədə nahiyəsində toxumalara çökür. Bunlar əvvəl qara-göyümtül sonra isə açıq-sarı rəngdə olurlar. Əzilmənin ağırlıq dərəcəsi mexaniki təsirin gücündən, sürətindən, istiqamətindən, zərbə alan toxumanın quruluşundan asılı olur.

Gərilmə – zədə nəticəsində toxumalar anatomik qurluşunu saxlamaqla hissəvi dartılır. Əzələ, vətər, bağlar və oynaq kisələri daha çox gərilməyə məruz qalır. Gərilmə nahiyəsində ağrı, şişkinlik, dərialtına qansızmalar, hərəkətin məhdudlaşması müşahidə olunur. Müalicə məqsədi ilə gərilməş oynağa təsbitedici, sıxıcı sarğı qoyulmalı, hərəkət məhdudlaşdırılmalı, ağrı kəsicilər təyin edilməlidir. Əzilmələrdən fərqli olaraq ətrafların müvəqqəti immobilizasiyası nisbətən uzun müddətli, təxminən 10-14 gün təyin edilir.



Şəkil 25 Cırılma

Partlama - anatomik davamlılığın pozulması ilə toxuma zədələnməsidir. Yaralanma mexanizmi burxulma ilə eynidir. Bu zədələr ən çox bağların və əzələlərin sahələrində baş verir.

Natamam və tam toxuma partlamaları var.

Qismən partlamaların müalicəsi, burxulma

üçün olduğu kimi, istirahət, sıxılma bandajı, immobilizasiya, fiziki müalicə və masajdan ibarətdir. Tam partlama halında cərrahiyyə tövsiyə olunur - partlamış orqanın tikilməsi və ya plastik cərrahiyyə.

Cırılma – zərbənin təsirindən dərinin tamlığı pozulmadan dərin qatlarda yerləşmiş toxuma və üzvlərin dağılmasına cırılma deyilir. Əsasən əzələlər, vətərlər və bağlar cırılır (şəkilə göstərilir). Güclü zərbənin təsirindən oynaq ətrafı bağlar ya ay-

rılıqda ya da sümük qəlpələri ilə birlikdə təsbit olunduğu yerdən aralanır. Bağların qopması oynaq nahiyəsində kəskin ağrıların, ödem, hematomanın əmələ gəlməsi və oynaqın fəaliyyətinin tam və ya hissəvi pozulması ilə özünü göstərir. Müalicə məqsədi ilə oynaq sığıcı sarğı, soyuq qoyulmaqla tam rahatlıq verilməli, oynaqın uzun müddətli (ən az 2-3 həftə) immobilizasiyası aparılmalı, 2-3 həftədən sonra oynaqda hərəkət məşğələrinə başlanmalıdır. Oynaq boşluğuna qan toplanarsa (hemartroz) punksiya olunmalı, göstəriş olarsa cərrahi yolla qopmuş bağlar öz yerinə tikilməlidir.

Əzələlərin cırılması əzələlərə həddən artıq güc verdikdə (ağır yük tez və gərgin yığılma) baş verir. Bu zaman zədə nahiyəsində kəskin ağrı, şişkinlik, hematoma əmələ gəlir. Əsasən budun dörd başlı əzələsi, baldırın və bazunun iki başlı əzələsi cırılmaya məruz qalır. Əzələ cırılması zamanı zədələnmiş nahiyəyə soyuq qoyulmalı, ətraf gips langeti ilə hərəkətsizləşdirilməli, tam cırılma olarsa əzələ ucları tikilməli, sağalma dövrü bitdikdən sonra isə bərpaedici fiziki müalicə metodları təyin edilməlidir. Vəterlərin cırılma mexanizmində əzələlərdə olduğu kimidir. Daha çox barmaqları açıcı əzələlərin vəterləri, axil vəteri, bazunun iki başlı əzələsinin vəteri cırılmaya məruz qalır. Simptomlar əzələ cırlamasında olduğu kimidir. Cərrahi yolla müalicə olunmalı, vəterin tamlığı bərpa edilməli və ətraf gips sarğısı ilə hərəkətsizləşdirilməlidir.

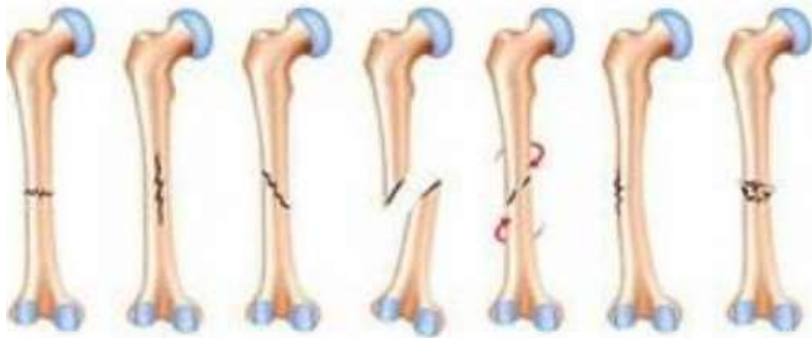
Sıxılma (Kraş sindromu)- uzun müddət böyük mexaniki qüvvənin təzyiği altında bədənin yumşaq toxumalarının zədələnməsi nəticəsində inkişaf edir. Sindromun meydana çıxmasına səbəb zəlzələlər zamanı, inşaat qəzaları, müasir silahların törətdiyi dağıntılar və uçqunlar ola bilər. Ağır mexaniki qüvvə tərəfindən sıxılan yumşaq toxumada əzilmə, sıxılma baş verir. Meydana çıxan ağrı sinir, ürək-damar, tənəffüs sistemində ciddi pozuntular yaradır. Eyni zamanda qansızmalar olur. İlk növbədə zərərçəkmiş dağıntılar altından çıxarılmalıdır. Zədələnmiş nahiyə soyudulmalı, ətrafların immobilizasiyası, şok əleyhinə təd-

birlər aparılmalıdır. Yaxınlıqdakı xəstəxananın cərrahiyyə şöbəsinə yerdirilməlidir .İlk 2-3 gün ərzində ağrı ilə əlaqədar travmatik şok əlamətləri olur:ağrı, arterial təzyiq aşağı düşür,tənəffüs, nəbz tezləşir,xəstədə oyanıqlıq müşahidə olunur.3-5 çi günlərində nisbi yaxşılaşma,4-7 gündən sonra sinir sistemi,böyrəklərin zədələnməsi baş verir.Sonuncu dövrdə xəstənin zədələnməmiş ətrafında güclü ağrılar,qanqrena, böyrək çatışmazlığı ola bilər.

10.3 Sınıqlar, çıxıqlar. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.

Sınıqlar. Patoloji proses, yaxud qüvvə təsirindən sümüyün tamlığının pozulmasına sınıq deyilir. Travmatik sınıqlar kənar qüvvə təsirindən meydana gəlir. Bu qüvvə xaricdən və daxildən (məs. tetanus zamanı əzələlərin tonik-klonik qıcolmalarında) ola bilər. Lakin tək-cə qüvvənin olması travmatik sınığın baş verməsi üçün kifayət etmir. Beləliklə, travmatik sınığın meydana çıxması üçün ən azı 2 şərt lazımdır: 1) qüvvənin olması və 2) bu qüvvənin sümüyün müqavimət gücündən çox olması.

Sınıq nahiyəsindəki dərinin tamlığının pozulmasına görə



Şəkil 26

qapalı və açıq sınıqlar ayırd edilir. Əgər sınıq olan yerdə və ona yaxın nahiyələrdə dəri və selikli qişaların tamlığı pozulmayıbsa bu qapalı, həmən örtüklərin tamlığı pozulubsa açıq sınıqlardır. Açıq sınıqlarda infeksiyanın giriş qapısı olduğu üçün (adi sıyrıntı, müxtəlif ölçülü və dərinlikli yaralar), bu sınıqlar daha qorxulu sınıqlardır. Bu zaman yaraya düşən mikroblar müxtəlif ağırlaşmalara (yaranın irinləməsi, travmatik osteomilet, qazlı qanqrena və s.) səbəb ola bilirlər.

Sümük toxuması tamlığının pozulma dərəcəsinə görə tam və natamam sınıqlar vardır. Tam sınıqlarda sümüyün tamlığı bütövlüklə pozulur. Natamam sınıqlara ən çox yastı sümüklərdə təsadüf edilən (məs. kəllənin şüşəyəbənzər səhifəsində) sümüküslüüaltı sınıqlardan olan çatlamalar (Fissura) və uşaqlarda olan “yaşıl budaq” sınıması aiddir.

Sınığın yerləşdiyi nahiyəyə görə epifizar, metafizar və diafizar sınıqlar ayırd edilir. Epifizar sınıqlarda sınıq xətti epifizdə yerləşir. Metafizar sınıqlar zamanı sınıq sümüyün metafizində olur. Diafizar sınıqlar diafizdə – borulu sümüklərin orta hissəsində baş verən sınıqlardır.

Baş vermə mexanizminə görə sınıqlar vasitəsiz və vasitəli sınıqlara bölünürlər. Qüvvə bir başa düz istiqamətdə sümüyə təsir etdikdə vasitəsiz sınıqlar baş verir. Bu zaman gücün təsir istiqamətindən asılı olaraq sınıq xətti müxtəlif cür olan sınıqlara təsadüf edilir. Əgər sınıq qüvvə təsir edən yerdə deyil, nisbətən uzaq nahiyədə baş verirsə, bu vasitəli sınıqlardır.

Sınığın baş vermə mexanizminə görə düzünə zərbədən, sıxılmadan, burulmadan, əyilmədən baş verən və qopma sınıqlar ayırd edilir.

Sınıq xətti istiqamətinə görə köndələn, çəp, vintvari (yaxud spiralvari), boylama, qəlpəli, çox qırıntılı, pərçimlənmiş sınıqlar vardır. Sınımış fraqmentlərin yerdəyişməsinə görə yerini dəyişməyən və yerini dəyişən sınıqlar ayırd edilir.

Sınıqların klinikasında ümumi və yerli əlamətlər ayırd edilir. **Ümumi əlamətlər** baş verən ağırlaşmalardan asılı olaraq

(travmatik şok, kollaps, xarici qan axma və sonralar hərərin yüksəlməsi) meydana çıxır. **Yerli əlamətlərin** özü isə 2 yerə bölünür: **mütləq** (dürüst) və **nisbi** (təxmini) əlamətlərə. Bir çox hallarda mütləq əlamətlərə obyektiv, nisbi əlamətlərin bir qisminə (ağrı, ətrafın funksiyasının pozulması) isə subyektiv əlamətlər də deyilir.

Sınıqların yerli mütləq (dürüst, obyektiv) əlamətləri bunlardır:

- **Ətrafın xarakterik deformasiyası.** Tam sınıqlar zamanı zədələnmiş ətraf öz formasını nəzərəcarpacaq dərəcədə dəyişir (süngüvari deformasiya, ətrafın sınıqdan aşağı içə, yaxud tışa çevrilməsi, ətrafın boylama oxunun dəyişməsi), bəzi hallarda sınımış sümük ucları yaradan görünür.
- **Patoloji hərəkətlilik.** Tam sınıqlarda oynaqdan kənarında sınıq nahiyəsində normada olmayan qeyri-normal hərəkət-patoloji hərəkətlilik simptomu müşahidə edilir Bu əsasən borulu sümüklərin tam sınıqlarına xas olan bir əlamətdir.
- **Sümük krepitasiyası (xışılısı).** Sınımış sümük ucları bir-birinə toxunduqda xarakterik xışılı səsi-krepitasiya meydana çıxır. – Sınıq nahiyəsində sümük uclarının ələnməsi. Əksər hallarda tam sınıqlarda sınıq nahiyəsində sınıq ucları-fraqmentlər əllənir.
- **Səs keçiriciliyinin pozulması.** Tam sınıqlarda sümüyün fasiləsizliyi pozulduğundan proksimal hissədə perkussiya etdikdə sınıqdan aşağı səs eşidilmir.
- **Ətrafın qısalması.** Ətrafın uzunluğunun dəyişməsinin qısalmasını adi gözlə də təxmini təyin etmək olur.
- Sınıqların yerli nisbi (ehtimal olunan) əlamətləri aşağıdakılardır:
 - sınıq nahiyəsində lokal ağrı;
 - sınıq nahiyəsində şişkinlik və deformasiya;
 - sınıq nahiyəsində hematomanın olması;

- ətrafın funksiyasının pozulması.

İlkin həkiməqədər yardım:

- travma törədən amilin təsiri aradan qaldırılır;
- xarici qanaxma olarsa, ilk növbədə qanaxma dayandırılır;
- açıq sınıqlarda yaraya aseptik sarğı qoyulur;
- ağrısızlaşdırma məqsədilə xəstəyə ağrıkəsicilər vurulur (1,0 ml 2%-li promedol, 2,0 ml talamanol, 2-4 ml 50% -li analgin və s.);
- zədələnmiş ətrafa ehtiyatla lazımı vəziyyət verərək, standart şinalardan, yaxud əl altında olan materiallardan istifadə etməklə onun müvəqqəti immobilizasiyası aparılır;
- şok olan hallarda şoka qarşı mübarizə tədbirləri görülür;
- lazımı hallarda ürək-damar dərmanları vurulur (2,0 ml kordiamin, 1,0 ml kofein və s.) və xəstə xəstəxanaya göndərilir.

Çıxıqlar. Müxtəlif səbəblərdən oynaq səthlərinin bir-birinə nisbətən təsbit olunmuş, qeyri-normal yerdəyişməsinə çıxıq deyilir. Əgər bu yerdəyişmə zamanı oynaq səthləri hissəvi təmasda olarsa, bu natamam çıxıq (yarımçıxıq), oynaq səthlərinin təması tamamilə olmazsa, bu tam çıxıq adlanır. Çıxığın adı oynaqdan periferiyaya doğru yerləşən və oynağı əmələ gətirən sümüyün adı ilə adlanır (məs. bud çıxığı). Bu mənada fəqərələrin çıxığı istisnalıq təşkil edir.

Travmatik çıxıqlar. Travmatik çıxıqlar bütün zədələnmələrin 1,5-3,0%-ni təşkil edir və sınıqlara nisbətən 8-10 dəfə az təsadüf edilir. Travmatik çıxıqlara yuxarı ətrafda aşağı ətrafa nisbətən 7-8 dəfə çox rast gəlinir. Çıxığın baş verməsində oynağın bir sıra anatomik-fizioloji xüsusiyyətlərinin də müəyyən qədər əhəmiyyəti vardır: oynaq başının oynaq çuxuruna uyğunsuzluğu, oynaq kisəsinin böyük olması, oynaq-bağ aparatının zəifliyi və s. Məhz bu və bir sıra digər səbəblərə görə (oynaqın səthdə olması, hərəkətlərin çoxsahəli olması, əzələlərlə zəif qo-

runması) da çıxıqlara ən çox 54%-ə qədər hallarda bazu oynaqda təsadüf edilir.

Travmatik çıxıqlar zamanı əgər xarici qüvvənin birbaşa oynaqda təsirdən çıxıq baş verərsə, bu vasitəsiz çıxıq adlanır. Qüvvə oynaqdan uzaq bir yerdə ətrafa təsir etdikdə ling (mani-vela) qanunu əsasında linqin uzun və qısa qolu meydana çıxır və bu əsasda da vasitəli çıxıqlar baş verir.

Çıxıqlar zamanı mütləq müəyyən dərəcədə oynaq kapsulası, qoruyucu bağ aparatı da zədələnir: kapsulanın əzilməsi, hissəvi cırılması və ona qansızmalar, oynaq daxili bağların əzilməsi, gərilməsi və cırılması, hemartroz və s. Alt çənənin çıxığı istisna təşkil edir. Belə ki, oynaq kapsulası genişləndiyindən cırılmaz.

Çıxıqlar zamanı təsadüf edilən əlamətləri subyektiv və obyektiv əlamətlər olmaqla 2 yerə bölürlər.

Subyektiv əlamətlər: çıxmış oynaqda olan ağrılar və zədələnmiş həməən oynaqda hərəkətlərin mümkün olmaması aiddir.

Çıxmış oynaqda hərəkətə cəhd göstərildikdə ağrılar daha da güclənir.

Xəstəni müayinə etdikdə bir sıra obyektiv əlamətlər aşkarlanır:

- ətrafın məcburi vəziyyət alması;
- ətrafın qeyri-normal vəziyyətdə təsbit olunması;
- oynaq nahiyəsində deformasiya;
- oynaq başının oynaq çuxurunda əllənməməsi – oynaq çuxurunun boş olması;
- oynaq başının yerləşməsindən asılı olaraq ətrafın uzanması, yaxud qısalması;
- oynaqda aktiv və passiv hərəkətlərin qeyri-mümkünlüyü.

Çıxmış oynaqda aktiv və passiv hərəkətlər olmur, belə hallarda oynaqda “yaylı hərəkət” simptomu aşkarlanır: həkim xəstənin ağrıdan məcbur büküdü yə çıxmış ətrafını açıdıqda, gərilməmiş

kapsula və bağlar, spastik yığılmış əzələlər onu öz əvvəlki vəziyyətinə qaytarır. Bu çıxıqlar üçün olduqca xarakter bir əlamətdir. Diaqnozun qoyulmasında ön və yan proyeksiyada rentgen şəklinin çəkilməsi önəmli rol oynayır.

İlkin həkiməqədər yardım:

- İlk növbədə ağrını aradan götürün (xəstəyə 25-50 ml suya 1-2 ml analgin məhlulu töküb verin, yaxud xəstəyə 1-2 tablet analgin, baralgin, donalgin içirdin, ya da 2,0 ml talamanol vurun);
- Yara varsa, sarğı qoyun;
- Oynağa 20-30 dəq müddətinə buz (soyuq kompres) qoyun;
- Ətrafı aldığı məcburi vəziyyətdə də standart nəqliyyat şinaları ilə (əlaltı materiallarla karton, taxta parçası, ləçək və s.) hərəkətsizləşdirin (bu üsullar barədə bir qədər aşağıda – nəqliyyat immobilizasiyası bəhsində ətraflı məlumat veriləcək).

10.4 Nəqliyyat immobilizasiyası.

Çıxıqlar, sınıqlar, travmatik toksikoz və ətrafların mürəkkəb yaralanmalarında nəqliyyat immobilizasiyasının mühüm əhəmiyyəti vardır. Belə ki, xəstənin nəqli zamanı belə hərəkətsizləşdirmə heç aparılmadığı, yaxud düzgün aparılmadığı təqdirdə bir sıra təhlükəli hallar meydana çıxmağa bilər: fraqmentlər bir-birinə toxunmaqla, yaxud magistral siniri zədələməklə güclü ağrı və şok törədə, yaxud şoku dərinləşdirə, sınımış sümük ucları iri kalibrli damarları yaralamaqla profuz qanaxmalar və rə bilərlər, borulu sümüklərin zədələnmələrində piy emboliyası ola bilər.

Nəqliyyat şinaları **standart** və əlaltında olan materiallardan hazırlanmış (improvizəolunmuş) – **əldəqayıрма** olmaqla iki yerə bölünürlər. Standart şinaların özləri də 2 cür olurlar:

fiksəedici və dartıcı-fiksəedici şinalar.

Fiksəedici (möhkəmləndirici, bəndəedici) şinalar faner, məftil (pilləkənli, taxta və karton kimi materiallardan hazırlanır. Karton və fanerli şinalar nazik fanerdən, möhkəm kartondan hazırlanır və ətrafların müvəqqəti hərəkətsizləşdirilməsi üçün istifadə edilir.

Kramer şinası müxtəlif ölçülərdə (110x10 sm və 60x10 sm) olub, asan əylə bilən məftildən pilləkən şəklində hazırlandığından, ətrafların immobilizasiyası zamanı ona istənilən formanı vermək olur.

Torlu şinalar da yumşaq, nazik məftildən hazırlansalar da, kövrək olduqlarından geniş istifadə olunmur.

Diterixs şinası taxtadan, son zamanlar isə paslanmayan yüngül metaldan hazırlanır, bud sümüyünün sınıqlarında, budçanaq oynaqının zədələnmələrində istifadə edilir. Bu şina dartma-bəndəedici tipli şinalara aiddir.

Son illər daha əlverişli olan **pnevmatik şinalardan** istifadə edilir. “kisə” şəklində ikiqat şəffaf materialdan ibarət olan şina zədələnməmiş ətrafa (yuxarı, yaxud aşağı) geydirilir, sonra ətrafa bənd edilir və rezin borusundan içərisinə hava doldurulur. Əgər hadisə yerində nəqliyyat şinaları olmazsa, belə hallarda əlaltına keçən materiallardan (ağac parçası, taxta, karton, faner parçası, xizək, çətir, kip bükülmüş paltarlar, tüfəng və s.) istifadə edilməklə hərəkətsizləşdirilmə aparılır. Həmçinin, autoimmobilizasiyadan da istifadə etmək olar yuxarı ətrafı gövdəyə, aşağı ətrafı isə sağlam çığa bintlə sarımaq olar.

Nəqliyyat immobilizasiyası zamanı aşağıdakı prinsiplərə əməl olunmalıdır:

- immobilizasiya hadisə yerində aparılmalıdır, hərəkətsizləşdirmə aparılmadan xəstəni nəql etmək olmaz;
- sərt şinanı çılpaq dəri üzərinə qoymaq olmaz, altdan mütləq yumşaq altlıq (dəsmal, pambıq) qoyulmalıdır;
- qapalı sınıqlarda xəsarət alan şəxsin paltarları çıxarılmalıdır, şina paltarın üstündən qoyulmalıdır;

- açıq sınıqlarda qanaxma olarsa əvvəlcə o, dayandırılmalı, yaraya aseptik sarğı qoyulmalı və yalnız bundan sonra ətraf şına qoyulmaqla hərəkətsizləşdirilməlidir;
- yuxarı ətrafın immobilizasiyasında sınıqdan yuxarı və aşağı olmaqla ən azı iki, aşağı ətrafda isə üç oynaq hərəkətsizləşdirilməlidir;
- şına qoyarkən ətrafa fizioloji vəziyyət verilməlidir (əgər bu mümkün olmazsa, xəstəni daha az incidən vəziyyət verilir);
- ətrafa qoyulmuş qansaxlayıcı kəməri şinanı bərkidən sarğı ilə bənd etmək olmaz;
- açıq sınıqlarda yaradan görünən fraqmentlərə toxunulmur, yara olduğu vəziyyətdə də sarılmalıdır;
- xəstəni xərəyə qoyarkən və xərəkdən götürərkən, bir nəfər mütləq şına qoyulmuş nahiyəni əllə tutmalıdır;
- immobilizasiyadan əvvəl ağrısızlaşdırma aparılmalıdır;
- yadda saxlamaq lazımdır ki, şına düzgün qoyulmadıqda çox təhlükəli ağırlaşmalar baş verə (şok, piy emboliyası, qapalı sınığın açıq sınığa çevrilməsi, qanaxma və s.) və müalicənin nəticələrinə mənfi təsir göstərə bilər.

10.5 Sarğılar.

Təbabətin bütöv bir bölməsi - desmurgiya - tibbi sarğılara, yəni onların müxtəlifliyinə, təyinatına və tətbiq üsullarına həsr edilmişdir. Görünən sadəliyinə baxmayaraq, tibbi sarğı şəfa prosesinə keyfiyyətcə təsir edə bilən güclü bir müalicə vasitəsidir.

Tibbi sarğılar aşağıdakı məqsədlərə çatmaq üçün istifadə olunur:

- dərman komponentlərinin yaraya bərkidilməsi və saxlanması;

- yaranın ətraf mühitin təsirindən və infeksiyadan qorunması;
- qırıq və ya dislokasiya sahəsinin immobilizasiyası;
- daxili orqanlara təzyiq yaratmaq, qanaxmanı dayandırmaq.

Sarğılar bir neçə parametərə görə təsnif edilir.

İstifadə məqsədinə uyğun olaraq aşağıdakı tibbi sarğı növləri fərqləndirilir: saxlama; basmaq; hərəkətsizləşdirmə; okklyuziv - yaranın su və havanın təsirindən möhürlənməsi; aseptik; dərman - zədələnmiş səthə dərman maddələri vermək üçün; düzəldici - deformasiyaları düzəltmək.

Kompressiya bandajları. Onlar aşağı ətrafların damarlarının xəstəlikləri üçün geniş istifadə olunur. Belə bir sarğı tətbiq edərkən, ayaqdan dizə qədər sıxılma dərəcəsini tədricən azaltmaq qaydasına riayət etmək vacibdir. Barmaqlarda uyuşma olmamalıdır.

Qoruyucu sarğılar. Aseptik sarğılar yaraları infeksiyadan qorumaq üçün nəzərdə tutulmuşdur. Steril sarğı və salfetləri təkcə qoruyucu deyil, həm də yaraları sağaldan xüsusiyyətlərə malikdir. Bir neçə növ fiksasiya bandajı da var.

Steril sarğılar yaraya yapışmır, bu da sarğı prosesini xəstə üçün daha rahat edir. Bəziləri 7 günə qədər yarada qala bilər.

Oklüziv sarğılar. Onların unikal xüsusiyyətləri var: yaraların epitelizasiya prosesini sürətləndirir, hətta xroniki xoralar zamanı toxuma qranulyasiyasını yaxşılaşdırır və dərinə ətraf mühitin təsirlərindən qoruyur. Onlar ağciyəərə nüfuz edən yaralar üçün hərbi səhra cərrahiyyəsində, həmçinin dərman preparatlarının təsirini artırmaq üçün dermatologiyada istifadə olunur.

Sarğı növləri istifadə olunan materialdan asılı olaraq dəyişir: 1. yumşaq; 2. bərkitmə (gips və nişasta); 3. sərt (şinlər).

Bandajların tətbiqi üçün əsas qaydalar

Sarğı tətbiq etmək üçün sarğı tətbiq edərkən istifadə olu-

nan əsas qaydalar və texnikaları :

- əllərinizlə yaraya toxunmayın;
- steril sarğı materialından istifadə etmək;
- manipulyasiyanın lazımsız ağrıya səbəb olub-olmadığını aydınlaşdırın;
- aşağıdan yuxarıya və periferiyadan mərkəzə sarğı;
- bandajı bədənəndən çıxarmadan yaymaq;
- bədəni rahat vəziyyətdə sarğı edin: ayaqları düz, qolları bir az əyilmiş.

Bu vəziyyətdə sarğı ,normal qan dövranına müdaxilə etməməli və yerindən tərpənməməsi üçün orta dərəcədə sıx olmalıdır.

Yumşaq sarğılar

Sarğı materialının fiksasiya üsulundan asılı olaraq sarğılar bölünür

- 1.Yapışqanlı sarğılar(kleol,plastr, "cəzb" lenti və s)
- 2.Bint sarğıları(tənsif binti,kətan,bez,flanel elastik bintlər)
- 3.Ləçək sarğıları
- 4.Elastik(rezinləşmiş,rezinləşməmiş)sarğılar.
5. Torabənzər – boruşəkilli bintlər(retelast,liqın).

Bərkətmə sarğılar

Müalicəvi immobilizasiya sınıqlar zamanı sümüklərin tərpənməzliyini təmin etməkdir.Bu zaman gipsdən hazırlanmış bərk sarğılardan istifadə edilir.Gipsin yüksək plastik xassəsinin sayəsində fiksəedici sarğıları bədənin bütün hissələrinə qoymaq mümkündür.

Gips tozu quru, yumşaq konsistensiyalı olmalıdır.Gips islatılır, bintin üzərinə nazik təbəqə ilə tökülür,hopdurulur, artığı əl barmaqları ilə kənarlaşdırılır, yumşaq şəkildə bükülür və qutuda quru yerdə saxlanılır.Lazım gəldikdə belə binti islatmaq və işlətmək rahatdır.

Növləri:Kar sarğılar-ətrafin bütün xarici səthinə bintləmə yolu ilə qoyulur;

Longet sarğıları-ətrafin yalnız3/2 hissəsi örtülür;

Longet-dairəvi sarğılar longet gips binti ilə fiksə olunur;
Pəncərəli sarğılar-yaraya sarğı qoymaq üçün gips sarğısında pəncərə açılır;

Korset sarğısı-onurğa sütunu zədələnmələri də tətbiq edilir;

Koksit sarğısı- bud,bud -çanaq oynağı zədələnmələrində tətbiq edilir.

İmmobilizasiya şinaları-sərt şinlər. (Yuxarıda nəqliyyat immobilizasiyasında ətraflı izah olunmuşdur). Əzalara immobilizasiya edən şin sarğı tətbiq edərkən, əsas qaydaya riayət etməlisiniz - bütün əza üç nöqtədə sabitləndikdə, omba və çiyin sınıqları istisna olmaqla, zədə sahəsinin üstündə və altındakı oynaqları tutur.

Sümük çıxıntıları olan yerlərdə şinalar yataq yaralarının və aşınımaların əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün yumşaq materialla örtülür.

11.1. Termiki yanıqlar. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.

Yüksək hərarət, kimyəvi maddələr, elektrik cərəyanı və radiasiya təsirindən toxumalarda baş verən patoloji dəyişikliklərə yanıqlar deyilir. Yanıqlar onu törədən agentin növündən asılı olaraq 5 yerə bölünür: 1. Termiki; 2. Kimyəvi; 3. Elektrik; 4. Işıq; 5. Şüa yanıqları.

Termiki yanıqlar- dəri və selikli qişaya mənbəyi alov, isti maddə və mayələr, yanan maddələr olan yüksək temperaturun təsiri nəticəsində baş verir. Termiki yanıqlar bəzi hallarda insanın əlilliyinə, hətta ölümünə səbəb olan ağır zədələrə aiddir. Yanıqlara istehsalatla yanaşı məişətdə də tez-tez rast gəlinir. Yanığın ağırlığı yanmış sahənin ölçüsündən və toxumaların zədələnmə dərinliyindən asılıdır.

Zədələnmənin dərinliyinə görə yanıqların 4 dərəcəsi ayırd

edilir:

I dərəcəli yanıq – eritema. Bu dərinin ödemi, qızarması və ağrı ilə xarakterizə olunur. Güclü ,iynəşəkili ağrılarla müşayiət olunur. Hiperemiya və ödem 2-3 gün ərzində keçir, nekroza uğramış epidermisin səthi qatları 6-7 çi günlər izi qalmadan sağalır.

II dərəcəli yanıq – bu zaman yalnız epidermis zədələnir. Yuxarıda qeyd etdiyimiz ödem, dərinin hiperemiyası və ağrı kimi əlamətlərə epidermisin nekrozu nəticəsində içi seroz dolu olan suluqların (qovuqların) əmələ gəlməsi də qoşulur. Suluqların tamlığı pozulan zaman çəhrayı rəngli yara səthi görünür. Plazmorreya diqqəti çəkir. Güclü ağrılar, ödem 3-4 gün ərzində azalır, yaranın kənardan epitelizasiyası başlayır. 10-14 gün ərzində tam sağalmacbaşa verir. Dərinin piqmentasiyası 6-8 həftəyə keçir.

III dərəcəli yanıq – bu dərəcə özündə 2 yerə bölünür:

III A dərəcəli yanıqlar – dərinin üst qatının məməyəbənzər qatın zirvəsində nekrozu baş verir. Ağrı və taktil hissiyyat azalır. Belə bənzər möhtəviyyəti olan qalındıvarlı suluqlara və ya ağ çalarlı hissələri olan çəhrayı, yaxud qırmızı rəngli yaralarla xarakterizə olunur. Məməcikli qat petexial qansızmalarla ,boz rəngli yumşaq qasnaqla örtülür . Gasnağın formalaşması və yaraların təmizlənməsi 2-3 həftə çəkir. 4-6 həftədən sonra kənar hissədə və adacıqlı epitelizasiya hesabına sağalma baş verir. Davamlı piqmentləşmə və hipertrofik çapıqlar qalır.

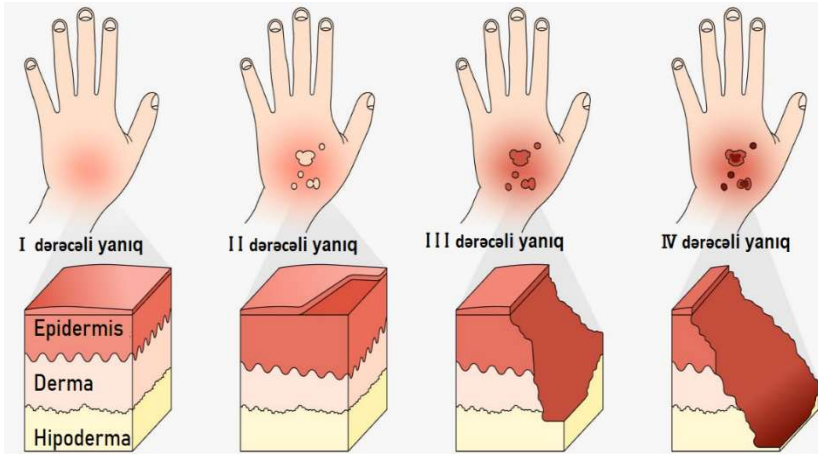
III B dərəcəli yanıqlarda isə – dərinin bütünlüklə nekrozu müşahidə edilir. Nekroz koaqulyasion (quru), yaxud kollikvasion (yaş) xarakterli olur. Quru nekrozda qasnaq bərk, quru, tünd qırmızı və ya boz rəngdə ətrafı isə ödemli və hiperemiyalı olur. Onun dərinliyində tromblanmış damarlar sahəsi görünür. Qasnaq altındakı toxumalar bərkidir və büküşlər əmələ gətirmir.

Yaş nekroz zamanı ölmüş dəri ödemli və xəmirvari konsistensiyalıdır.

Saxlanmış qalın divarlı suluqların möhtəviyyəti hemorrə-

gik xarakter daşıyır. Yaranın divarı ağımtıl .bəzən sarımtıl və ya tünd qırmızı rəngdə olur.Ödem aydın görünür.Ağrı olmur. Dəri-altı piy toxuması prosesə cəlb oluna bilər. İrınli iltihab 2-3 həftə çəkir,sonra yara tədricən təmizlənilir və 3-4 -cü həftələrin sonunda qranulyasion toxuma ilə örtülür ki, bu da yaraların auto-dermotransplantasiyaya hazır olduğunu göstərir.

IV dərəcəli yanıq – bu zaman nəinki dəri, hətta altda yerləşən yumşaq toxumalar, sümüklər də yanaraq kömürləşir.Qasnaq -qalın {quru və ya yaş} ağımtıl – boz, bəzən qara rəngli olur. Ətrafında və altında geniş yayılmış yayılmış ödem diqqəti cəlb edir. Əzələlər” bişmiş ət” şəklini alır. Ölmüş toxumalar , xüsusilə vətərlər və sümüklər zədələndikdə ,sağlam toxumadan çox yavaş ayrılır.



Şəkil 27 Yanıqların dərəcələri.

I, II və III A dərəcəli yanıqlar səthi III B və IV dərəcəli yanıqlar isə dərin yanıqlar adlanır. Səthi və dərin yanıqların fərqləndirilməsində ağrı və “tük” sınaqlarından geniş istifadə edilir.

a. Ağrı sınağı. Yanıq səthinə iynə, yaxud spirtli pambıqla toxunduqda ağrı olarsa bu yanıqın səthi olmasını, ağrının baş

verməməsi isə əksinə, yanıqın dərin olmasını göstərir.

b. “Tük” sınağı. “Tük” sınağı isə dəridə tüklər qaldıqda aparılır: səthi yanıqlarda yanıq səthindən tükün çıxarılması ağırlı və çətin, dərin yanıqlarda isə əksinə, asan və ağrısız olur.

Yanıqların proqnozu və müalicəsi üçün yanıqın dərəcəsilə yanaşı, yanıq sahəsinin də böyük əhəmiyyəti vardır. Yanıq sahəsinə əsasən 2 üsulla təyin edirlər:

Ovuc qaydası – bu qaydaya görə insanın ovcunun sahəsi onun bədən sahəsinin 1-2%-nə (bəzi müəlliflərə görə 1,2-1,5%) bərabərdir. Yanıq səthinə steril selafon salınır, sonra xəstənin əlinin karton maketi ilə yanıq səthi ölçülür və alınan rəqəmi qəbul edilmiş faizə vurmaqla yanıq sahəsi hesablanır.

Uollesin “doqquzluqlar qaydası” – bu qaydaya görə insan bədəninin ayrı-ayrı nahiyələrinin sahəsi belədir, yetkin insanın başının sahəsi bədən səthinin 9%, yuxarı ətrafların hər biri ayrılıqda – 9%, gövdənin ön və arxa səthləri ayrılıqda – 18 %, aşağı ətrafların hər biri ayrılıqda – 18 % (9%-bud və 9%-ayaqla baldır) və aralıqla birgə cinsiyyət üzvləri – 1%. Beləliklə, gövdənin ön səthinin sahəsi 51%, arxa səthinin sahəsi isə 49%-ə bərabərdir.

Yanmış şəxslərdə proqnozun təyində – “yüzlüklər qaydası” və – Frank indeksindən istifadə edilir.

“Yüzlüklər qaydası”. Bu qaydaya görə xəstənin yaşı + yanıqın faizlə sahəsi : 60-a qədər olarsa proqnoz qənaətbəxş; 61-80 olarsa – nisbətən qənaətbəxş; 81-100 olarsa - şübhəli; 100-dən çox olarsa - qeyri-qənaətbəxş sayılır.

Frank indeksi. Frank indeksinin təyində səthi yanıq sahəsinin 1%-i şərti olaraq 1 vahid, dərin yanıq sahəsinin 1%-i isə 3 vahid kimi götürülür və bu üsul uşaqlarda daha çox işlədilir: səthi yanıqın faizlə sahəsi + dərin yanıq sahəsinin üç misli (məs. ümumi sahəsi 20% olan xəsarət almış şəxsə onun 10%-i səthi – II dərəcə, 10%-i isə dərin – III B dərəcəli yanıq olarsa Frank indeksi 40-a bərabər olur ($1*10+3*10 = 40$): əgər bu indeks 30-a qədər olarsa xəstənin vəziyyəti yüngül (proqnoz qə-

naətbəxşdir); 31-60 olarsa orta ağırlıqlı (nisbi qənaətbəxş); 61-90 olarsa çox ağır (şübhəli); 91-dan yuxarı olarsa kritik (qeyri-qənaətbəxş) sayılır.

Son illər Frank indeksindən böyüklərdə də yanığın proqnozlaşdırılmasında istifadə edilir. Böyüklərdə Frank indeksi: 30-70 olarsa -qənaətbəxş; 71-100 olarsa - şübhəli; 101-120 və daha çox olarsa - qeyri-qənaətbəxş hesab edilir; 130-dan çox olarsa həyatla bir araya sığmır.

Dərinin geniş sahəli yanıqları ilə birgə **tənəffüs yollarının yanığı** zamanı 33-82% hallarda ölüm qeyd edilir. Aşağıdakı hallar tənəffüs yollarının yanığının olmasını ehtimal etməyə imkan verir: yanığın qapalı binalarda olan zaman xəsarətin alınması (otaq, lift və s.); alovla, buxarla alınan yanığ; sifətin və boyunun yanığı.

Aşağıdakı əlamətlər tənəffüs yollarının yanığının olmasına dəlalət edir:

1) ağız boşluğu və burunun yanığı; 2) səsin xırıltılı olması; 3) tənəffüsün çətinləşməsi; 4) sianoz; 5) dispnoe və asqırda qara bəlgəmin, selikli qışa hissələrinin xaric olması; 6) ağ ciyərlərdə xırıltı; 7) udqunma zamanı ağrı; 8) quru öskürək; 9) döş sümüyünün arxasında ağrı. Yanığın sahəsi kritik həddi (böyüklərdə səthi yanıqlarda 20%-i, dərin yanıqlarda isə 10-15%-i, uşaqlarda isə 5-10%-i) keçdikdə termiki xəsarət almış şəxslərdə yanığ xəstəliyi meydana çıxır. Uşaqlarda və ahıl yaşlı şəxslərdə, hətta sahəsi 5% olan dərin yanıqlar ölümə səbəb ola bilər.

Yanıq xəstəliyi orqanizmin dəri və daha dərinde yerləşmiş toxumaların termiki zədələnməsinə verdiyi klinik simptomlar kompleksindən ibarət ümumi cavab reaksiyasıdır. Yanıq xəstəliyi zamanı meydana çıxan yerli dəyişikliklərin əsasında iltihab mediatorlarının lokal sintezi, damar divarı keçiriciliyinin artması və mikrodamarların trombozu durur. Yanıq xəstəliyinin gedişində 4 dövr ayırd edilir: 1. yanıq şoku; 2. kəskin yanıq toksemiya; 3. septikotoksemiya; 4. rekonvalessensiya (sağal-

ma) dövrləri.

Yanıq şoku. Yanıq şoku orqanizmin kəskin patoloji vəziyyəti olub, termiki travmaya orqanizmin ilkin cavab reaksiyası kimi meydana çıxır və adətən, 1-3 sutka (orta hesabla 12-72 saat) davam edir. Yanıq şokunun əsasında plazma itkisi, hemokonsentrasiya və mikrosirkulyator pozğunluqlar nəticəsində meydana çıxan hipovolemik proseslər durur. İlkin və ikincili (gecikmiş) yanıq şoku ayırd edilir:

- Yanıq şoku termiki travma alınan vaxt, yaxud ondan 1-2 saat sonra baş verərsə bu birincili (ilkin) yanıq şoku adlanır. Bu şokun əsasında ağrı faktoru durur.
- Əksinə, şok yanıqdan 1-2 sutka və daha sonra inkişaf edərsə, bu ikincili (gecikmiş) şok adlanır. İkincili şokun səbəbi orqanizmin yanıq səthindəki toksiki məhsullarla intoksikasiyasıdır (toksemiyasıdır).

İlk tibbi yardım.

1. ilk növbədə termiki agentin təsiri dayandırılır (yanan paltarlar söndürülür, bu məqsədlə xəsarət alan şəxsin üstünə su tökülür, yaxud brezent atmaqla alov söndürülür. Bu şəxslərin orabura qaçmasına imkan verilməməlidir, çünki belə hallarda külək alovu daha da gücləndirir) və yanıq şok nisbətən təhlükəsiz yerə aparılır (yanan binadan, liftdən və s. çıxarılır);

2. yanıqdan dərhal sonra (ilkin 20-30 dəq ərzində və hətta, daha çox müddətdə) yanıq səthi 15-30 dəq müddətində soyuq su ilə, ya da köpüklənən, yaxud soyuducu gəllə soyudulur. Bu ağrını, ödemənin əmələ gəlməsini azaldır, həmçinin toxumaları soyudur və dərin yanıqların baş verməsinin qarşısını alır. Yanıq səthinin soyudulması məqsədlə buz, qar, kriozarflar (“Comprigel”, “Articare” və s.) də işlədilir;

3. yanıq şokunun profilaktikası məqsədlə əzələ daxilinə, yaxud venaya narkotik və qeyrinarkotik mənşəli analgetiklər (1-2 ml 2%-li pantopon, 1-2 ml 2%-li promedol, 2 ml 50%-li analgin, 5 ml baralgin və s.) yeridilir. Ağır hallarda xəstəyə 1:1 nisbətli azot oksidi və oksigen qarışığı ilə inhalyasiya aparılır,

neuroleptiklər vurulur (droperidol, talamanol);

4. yüngül və ağır yanıqlarda əzələyə, yaxud venaya anti-histamin dərmanlar (2-3 ml 1%-li dimedrol, 1-2 ml 2%-li suprastin, yaxud 2,5%-li pipolfen) vurulur;

5. ağır yanıqlarda, həmçinin venadaxilinə steroid hormonlar da (100-150 mq hidrokortizon, 30-90 mq prednizalon, yaxud 8-12 mq deksametazon) yeridilir;

6. əvvəlcə yanmış səthdən paltarlar çox ehtiyatla çıxarılır və sonra yanq səthinə quru, yaxud nəm aseptik sarğı (novokain, 0,1%-li rivanol, 0,2%-li furasilin, 3-5%-li bor turşusu və s. məhlullarla isladılmış) qoyulur;

7. xəstəyə içməyə çoxlu mineral sular, yaxud 1 l-ə 1-2 q çay sodası xörək duzu qatılmaqla adi su verilir;

8. xəstəyə ürək-damar dərmanları yeridilir (0,5-1 ml 0,05%-li strofantin, 2 ml kordiamin, 2 ml 20%-li kamfora və s.);

9. xəstə dərhal yanq şöbəsinə göndərilir və yolda venadaxilinə damcı üsulu ilə 300 ml 5%-li natrium hidrokarbonat, 400 ml poliqlukin, 250 ml “Disol”, yaxud “Trisol” və digər məhlullar köçürülür.

11.2. Kimyəvi yanıqlar. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.

Dəriyə və selikli qişalara yüksək konsentrasiyalı turşular, yeyici qələvilər və ağır metal duzları düşdükdə müxtəlif dərəcəli kimyəvi yanıqlar baş verir. Toxumaların zədələnməsinin xarakteri və yanıqların dərəcəsi təsir edən kimyəvi agentin fiziki-kimyəvi xassələrindən, konsentrasiyasından və toxumalara təsir müddətindən asılıdır.

Turşuların və ağır metal duzlarının təsirindən toxumaların tərkibindəki zülallar koagulasiya olunur, dehidratasiya (susuzlaşma) baş verir, proteinogenlar, albumozlar, peptonlar və digər

birləşmələr əmələ gəlir. Bu səbəbdən də belə yanıqlar nisbətən dərin olmur və əmələ gələn quru nekroz kooqulyasion nekroz adlanır.

Qələvilərin təsirindən əmələ gələn nekroz kollikvasion nekroz adlanır. Bu zaman qələvilər toxumalardakı piylərlə birləşərək sabunlaşır, qələvi albuminatlar əmələ gəlir və bu səbəbdən də daha dərin yanıqlar baş verir.

Turşuların əmələ gətirdikləri qartmaq quru olub, ətraf dəridən kəskin sərhədlənir. Sulfat turşusu təsir etdikdə qara, yaxud qəhvəyi, azot turşusu təsirindən – sarı-yaşıl, xlorid turşusundan – açıqsarı, yüksək konsentrasiyalı hidrogen-peroksid təsirindən – ağ rəngli qartmaq əmələ gəlir. Həmçinin, yanıq törədən maddənin iyi də hiss edilə bilər. Yeyici qələvilərin törətdiyi yanıqlarda əmələ gələn qartmaq boz qara rəngli, sərhədsiz və yaş olur. Fosfor yanıqlar turşu və qələvi yanıqlarından fərqlənilir. Fosfor havada alışdığı üçün bu zaman termiki və kimyəvi (turşu) amillərin təsirindən kombinə olunmuş yanıq baş verir. Fosfor molekulası qalana qədər toxumaları yandıra-yandıra özünə tunel kimi yol açır. Kimyəvi yanıqlar da termiki yanıqlar kimi 4 dərəcəyə bölünürlər. Lakin bu zaman II dərəcəli yanıqlarda epidermis dağıldığı, yaxud nekrotik qartmaq əmələ gəldiyi (turşularla yamqlarda), ya da epidermis tam düşərək çəhrayı rəngli derma səthi göründüyü üçün (qələvilərdə) suluqlar olmur. III A-IV dərəcəli yanıqlarda isə turşuların təsirindən quru, möhkəm qartmaq (kooqulyasion nekroz), qələvilərin təsirindən isə ilk 2-3 gün yumşaq olan, boz rəngli yaş qartmaq (kollikvasion nekroz) əmələ gəlir (sonradan bu qartmaq ya quruyur, ya da irin təsirindən əriyir). Əgər kimyəvi maddələr isti şəkildə təsir edərsə, onda termokimyəvi yanıqlar müşahidə edilir.

İlkin həkiməqədər yardım:

- yanıq səthi 10-60 dəq, ərzində su şırnağı altında yuyulur (sönməmiş əhəng və alüminium birləşmələrinin yanıqlarında suyun işlədilməsi əks-göstərişdir. Sönməmiş əhəngin törətdiyi yanıqlarda yanıq səthinə bitki, yaxud

- heyvani mənşəli yağlar çəkilir);
- turşu yanıqlarında yara səthi sabunlu su, 3%-li çay sodası (1 stəkan suya 1 çay qaşığı) məhlulu ilə yuyulur və yara səthinə həmən məhlulda isladılmış sarğı (yaxud quru sarğı) qoyulur;
 - qələvi yanıqlarında yanıtq səthi 2-5%-li limon, yaxud sirkə turşusu məhlulu ilə yuyulur və ora həmən məhlullarda isladılmış sarğı qoyulur;
 - fosfor yanıqlarında yanıtq səthi güclü su şırnağı ilə yuyulur, 5%-li mis kuporosu məhlulu ilə işlənilir və steril quru sarğı qoyulur;
 - yanıtq şokunun profilaktikası məqsədilə xəstəyə ağırkəsicilər vurulur;
 - xəstəyə, həmçinin ürək-damar dərmanları, desensibilədicilə preparatlar yeridilir;
 - xəstə stasionara göndərilir.

11.3 Elektrik yanıqları. Klinik əlamətləri. İlk tibbi yardım.

Elektrik yanığı- cərəyanın giriş/çıxıtş yerləri və yollarında toxuma zədələnməsidir. Elektrik yanıqları elektrik zədəsinin ümumi komponentidir.

Elektrik travması nəticəsində aşağıdakı yanıtq növlərini ayırmaq olar:

- elektrik yanıqları (elektrik şokundan yanma);
- qarışıtq yanıqlar (qarışıtq zədələr ilə elektrik yanığı və elektrik qövsü alovundan və ya alovlu paltardan termal yanıqlar);
- birləşmiş xəsarətlər (bu, elektrik yanıqlarının mexaniki zədələrlə birləşməsidir, tez-tez zərərçəkənlər cərəyan keçirən cisimlərdən uzaqlaşır. Nəticədə yumşaq toxu-

malara, sümüklərə və qapalı kəllə-beyin xəsarətləri ala bilərlər).

Şiddətinə görə elektrik şoku dörd dərəcəyə bölünür:

- **Birinci dərəcə.** Huşun itməsi olmadan konvulsiv əzələ daralmaları müşahidə olunur.
- **İkinci dərəcə.** Konvulsiv əzələ daralması və huşun itirilməsi ilə xarakterizə olunur.
- **Üçüncü dərəcə.** Huşun itirilməsi ilə konvulsiv əzələ daralması fonunda ürək fəaliyyəti və ya tənəffüs pozğunluqları var. Ölüm də mümkündür.
- **Dördüncü dərəcə.** Klinik ölüm. Ölüm səbəbi ola bilər: birincili ürək iflici; birincili tənəffüs iflici; ürək və tənəffüsün eyni vaxtda iflici; elektrik şoku (beyin iflici); ağır elektrik yanıqları.

Elektrik yanıqları zədənin dərinliyinə görə termik yanıqlara bənzər təsnifata uyğun olaraq bölünür. Bununla belə, elektrik yanıqları demək olar ki, həmişə dərin zədəyə səbəb olur, buna görə də I və II yaralanmalar nadirdir. Bu baxımdan, elektrik yanıqlarının yalnız iki dərəcəsini ayırmaq mümkündür:

Üçüncü dərəcə B - dərinin və dərialtı toxumanın nekrozu.

Dördüncü dərəcə əzələlərin və sümüklərin nekrozudur.

Ən tez-tez cərəyanın giriş və çıxış nöqtələrində əmələ gələn və elektrokimyəvi təsir nəticəsində termal təsir və metallaşma nəticəsində yaranan cərəyan izləri adlanan kontakt elektrik yanıqları ilə qarşılaşırıq. Onlar dəqiq qanaxmadan, kəsilmiş və ya deşilmiş yaradan bədən hissəsinin yanmasına qədər dəyişə bilər. Çox vaxt "cari işarələr" müxtəlif rəngli yuvarlaq bir zədə izləri görünür (ağdan çirkli qəhvəyiyə qədər). Onların diametri bir neçə millimetrdən 3 sm-ə qədərdir, mərkəzdə IIIb dərəcəli toxuma yanığı və ya hətta kömürləşən çökəklik var və kənarları boyunca silsilə kimi qalınlaşma var. Ətrafdakı dəri, cərəyanın keçdiyi anda toxuma mayesinin "partlaması" (buxara çevrilməsi) nəticəsində əmələ gələn bir pətək görünüşünə malikdir. Onlar minimal ağrılıdır və reaktiv damar reaksiyaları ilə müşayiət

olunmur. Elektrik yanıqlarının bir xüsusiyyəti zədələnmiş sahənin yaxınlığında bütöv dərinin həssaslığının itirilməsidir, bu, sinir liflərinin və dəri reseptorlarının zədələnməsi ilə əlaqədardır.

Elektrik yanıqlarında zədələnmənin dərinliyini müəyyən etmək çətinidir. Xarakterik bir xüsusiyyət, yanıqın görünən səthinin zədələnmənin həqiqi həcminə uyğun gəlməməsidir, çünki dəri altında yerləşən toxumalar çox vaxt daha böyük məsafədə nekrozlaşır. Bəzən əzələlərin, sinirlərin, qan damarlarının və sümüklərin zədələnməsi müşahidə olunur. Damar pozğunluqları tez-tez baş verir, onların səbəbləri müxtəlifdir. Böyük damarlar ətrafdakı toxumalarla birlikdə laxtalana bilər, çünki onların zədələnməsi səbəbindən tromboz inkişaf edir.

İlkin həkiməqədər yardım:

Elektrik yanıqı zamanı ilk tibbi yardım göstərilərkən elektrik cərəyanının insana təsiri aradan qaldırılmalıdır. Elektrik cərəyanının gərginliyi 1000 V-dan azdırsa, o zaman naqili quru taxta qolu olan alətlə kəsərək və ya izolyasiya edilmiş tutacaqları olan naqil kəsicilərdən istifadə edərək hər bir fazanı ayrıca kəsərək enerjisizləşdirin. Mümkünsə, sadəcə xəttin enerjisini kəsin.

Əgər naqilləri enerjisizləşdirmək mümkün deyilsə, o zaman özünü zərər verməmək üçün təhlükəsizlik tədbirləri görmək lazımdır. Rezin ayaqqabılar geyin, avtomobil döşəyi və ya kameradan istifadə edin və lövhələr, paltar və əlcəklər quru olmalıdır. Quru bir taxta çubuq götürün, əllərinizi quru parça və ya gödəkçyə sarın və təsirlənmiş teldən çıxarmaq üçün keçirici olmayan bir obyektə istifadə edin. Bədənin cərəyanla təmas edən nahiyəsinə steril quru sarğı tətbiq olunur.

Əgər cərəyan 1000V-dən çox olarsa, onda bu gərginlik üçün nəzərdə tutulmuş xüsusi avadanlıq lazımdır: rezin çəkmələr, dielektrik əlcəklər, xüsusi izolyasiya çubuqları.

Zərərçəkəni elektrik cərəyanı vurduqda, cərəyan bütün bədənə keçir, sinir sistemini pozur və tonik əzələ qıcolmasına səbəb olur.

Zərərçəkmiş klinik ölümü baş verə bilər, bu zaman süni tənəffüs və döş qəfəsinin qapalı massajı aparılmalıdır.

12.1 Ev şəraitində ambulator müalicənin yerinə yetirilmə prinsipləri.

Bir ailə həkiminin tibb bacısının xəstənin evinə baş çəkməsi lüks deyil və çox vaxt ixtisaslı qayğıya ehtiyacı olan xəstəyə vaxtında yardım göstərməyin yeganə yoludur. Əksər tibbi prosedurlar, məsələn, sidik kisəsinin kateterizasiyası və ya mədə yuyulması, geniş təcrübə və xüsusi bilik tələb edir ki, bu da yalnız xüsusi təhsili olan bir mütəxəssis üçün mümkündür.

Ambulator yardım tibb təşkilatlarında və ya onların müvafiq struktur bölmələrində gecə-gündüz tibbi nəzarət və müalicə təmin olunmayan şəraitdə, habelə tibb işçisi çağırıldıqda evdə göstərilən tibbi yardımdır.

Ambulator tibbi yardım aşağıdakı ardıcılıqla həyata keçirilir:

Təcili və təxirəsalınmaz göstərişlər üzrə tibbi yardım göstərildikdə:

- 1) xəstə növbədən kənar və təyinatlı qəbul edilir;
- 2) xəstənin klinikaya mənsubiyyətindən asılı olmayaraq bütün müraciət edənlər qəbul edilir;
- 3) sığortanı və şəxsiyyəti təsdiq edən sənədlərin olmaması təcili qəbuldan imtina üçün əsas deyil.

Tibb təşkilatlarının və ya onların müvafiq struktur bölmələrinin tibb işçiləri tərəfindən evdə tibbi xidmətin göstərilməsi şərtləri:

- 1) evdə tibbi yardım aşağıdakı hallarda göstərilir:
 - xəstənin klinikaya, o cümlədən ağır xroniki xəstəliklərə müraciət etməsinə imkan verməyən sağlamlıq vəziyyətinin pisləşməsi;
 - başqalarını təhdid edən şərtlər (infeksion xəstə ilə tə-

masda olması, heç bir səbəb olmadan bədəndə səpgilərin görünüşü, yoluxucu dövrün sonuna qədər yoluxucu xəstəliklər);

- müəyyən bir xəstəlik üçün iştirak edən həkim tərəfindən tövsiyə olunan ev rejiminə riayət etmək üçün göstərişlər var;
- hamiləliyin 20 həftəsindən sonra qadınların xəstəlikləri;
- üç yaşa qədər uşaqların xəstəlikləri;

2) tibb işçisi (həkim, feldşer, tibb bacısı) tərəfindən evdə xəstəyə aktiv ziyarətlər aşağıdakılar üçün həyata keçirilir:

- iki yaşınadək uşaqların, hamilə qadınların və doğuşdan sonrakı qadınların himayəsi;
- xroniki xəstəlikləri olan, dispanser qeydiyyatında olan xəstələrin və əlillərin himayəsi;
- bu hissənin 1-ci bəndində göstərilən bütün şərtləri olan xəstələrin himayəsi;
- tibb işçilərinin təşəbbüsü ilə profilaktik tədbirlərin təşkili;

3) klinikanın iş vaxtı ərzində evdə ölüm faktını təsdiqləmək üçün tibb işçisinin baş çəkmələri (həkim və ya feldşer evə baş çəkir)

4) qüvvədə olan qanunvericiliklə evdə tibbi yardımın göstərilməsinin digər halları da müəyyən edilə bilər.

Tibb işçisinin evdə gözləmə müddəti tibb təşkilatının iş qrafiki ilə tənzimlənir.

Xəstəyə ambulator tibbi yardıma aşağıdakılar daxildir:

1) xəstənin müayinəsi;

2) diaqnozun qoyulması, müayinə, ambulator müalicə planının tərtib edilməsi, əmək qabiliyyəti və müalicə və mühafizə rejimi məsələsinin həlli;

3) müəyyən edilmiş tələblərə uyğun olaraq tibbi sənədlərin hazırlanması;

4) müəyyən ixtisas üzrə ixtisas tələblərinə uyğun olaraq tibb mütəxəssisləri tərəfindən tibb təşkilatında zəruri terapevtik

və diaqnostik tədbirlərin həyata keçirilməsi;

5) xəstənin digər tibb təşkilatlarında zəruri diaqnostik müayinələrdən keçməsinə təmin etmək, bir şərtlə ki, onları bu tibb təşkilatında aparmaq mümkün deyil;

6) Səhiyyə Nazirliyinin qaydalarına uyğun olaraq təmin edilən təcili xəstəxanaya yerləşdirmə üçün göstərişlər olduqda xəstənin xəstəxanaya daşınmasının təşkili;

7) şaquli vəziyyəti aktiv şəkildə saxlamaq və sağlamlığına görə müstəqil hərəkət etmək qabiliyyətini itirmiş xəstələrin müayinə və müalicəsi üçün tibb təşkilatına daşınmasının tibb təşkilatı tərəfindən təmin edilməsi;

8) 5-ci mərhələdə xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrin hemodializ üçün xəstənin tibbi yardım aldığı tibb təşkilatından prosedur yerinə və geriyyə daşınmasının tibb təşkilatı tərəfindən təmin edilməsi;

9) müvafiq təlimatlarla müəyyən edilmiş həddə epidemiya-ya qarşı və karantin tədbirlərinin təmin edilməsi;

10) xəstənin ambulator və ya evdə müalicə imkanını təmin etmək üçün lazımı sənədlərlə təmin edilməsi (reseptlər, arayışlar və ya müvəqqəti əlillik şəhadətnamələri, diaqnostik və müalicə prosedurlarına göndərişlər və s.).

12.2.1 Banka.

Tibbi bankalar, tibbdə yerli qan axını yaratmaq üçün istifadə olunan kiçik armud formalı şüşə qablardır . Banka prosedurunun özü ilk növbədə ənənəvi tibblə əlaqələndirilir. Bankanın istifadəsi ənənəvi Çin təbabətindən götürülmüşdür və mahiyyətə qan axınının bir variasiyasıdır.

Bununla belə, 21-ci əsrin əvvəllərində bankanın qoyulması dünyanın ən yaxşı idmançıları arasında populyar olduğunu sübut etdi.

Tibbi banka, içindəki vakuum sayəsində dəriyə yapışır və

ümumiyyətlə inanıldığı kimi, dəridə və daha dərin toxumalarda və orqanlarda limfa və qan dövranını gücləndirir, bu da toxumaların qidalanmasını yaxşılaşdırır, öz növbəsində, daha sürətli işləməyə kömək edir. Həmçinin hesab edilir ki, bu masaj növü əzələ tonusunu və elastikliyi və dərinin möhkəmliyini yaxşılaşdırır, baxmayaraq ki, fincanın insan sağlamlığına hər hansı bir təsiri olduğunu təsdiqləyən elmi araşdırmalar yoxdur.

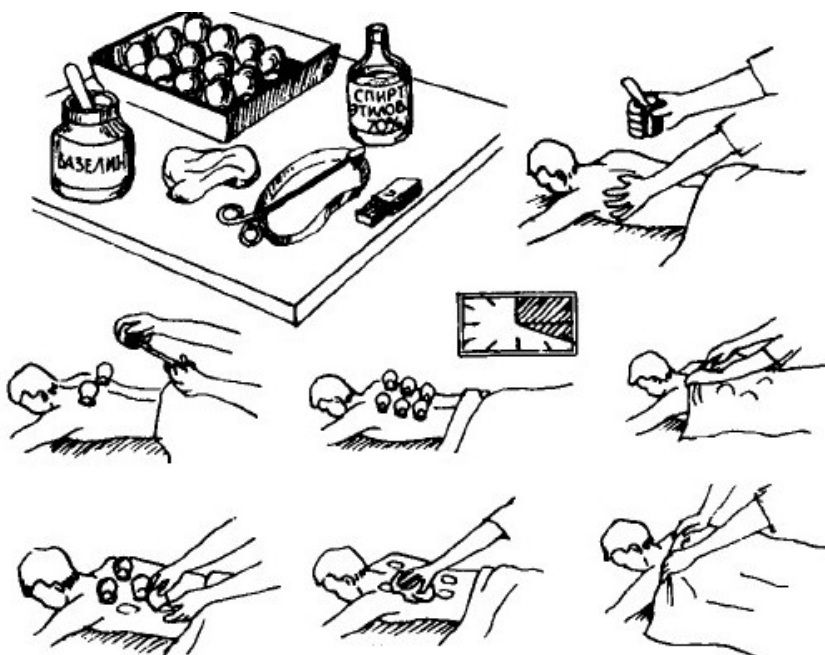
Elmi meyarlara cavab verən bankalardan istifadə üsulları işlənilib hazırlanmamışdır. Banka üçün göstərişlər adətən həkim tərəfindən müəyyən edilir, lakin banka ilə "özünü müalicə" də geniş yayılmışdır. Tibbi bankanın ənənəvi olaraq istifadə ediləni əsas xəstəlikləri müəyyən edə bilərik. Bunlara qabırğaarası nevrolojiya, radikulit, kəskin və xroniki miyozit, furunkuloz və s aiddir.

Banka üçün əks göstərişlər: ağciyər qanaması, ağciyər və rəmi, bədxassəli şişlər, dərinin xəstəlikləri və zədələri, ümumi yorğunluq, qızdırma, xəstənin həyəcanlı vəziyyəti.

Banka idman təbabətində həddindən artıq fiziki fəaliyyət nəticəsində yaranan ağrıları azaltmaq üçün bərpəedici vasitə kimi istifadə olunur. Şəkil 28 Ənənəvi şüşə banka.



Şəkil 28 vakumlu banka



Şəkil 29 Bankanın qoyulması

Tibbi şüşə bankarın qoyulması:

Bankalar bədənin yaxşı əzələ və dərialtı piy qatına malik olan nahiyələrinə (körpücükaltı, kürəkaltı, kürəklərəarası nahiyələr və s.) qoyulur.

Bu proseduru həyata keçirmək üçün aşağıdakı alətlərdən istifadə olunur: Vazelin; etil spirti 70° (odekolonundan istifadə edə bilərsiniz); tibbi banklar; kibrit; forseps və ya cımbız (metal); pambıq, yun dəsmal.

Xəstə qarın üstə uzanır, başını yana çevirir və əlləri ilə yasığı sıxır. Onun kürəyinə (və ya başqa yerə) nazik qat vazelin çəkilir. Bir fitil hazırlanır. Fitol spirtlə nəmləndirilir, alovlanır və 0,5-1 s bankaya qoyulur. Sonra banka dəriyə qoyulur (alov bankanı isti qazla doldurur, otaq temperaturuna qədər soyuduq-

da təzyiqli azalır və bankaya çəkilir, sonra parlaq qırmızı və ya bənövşəyi rəng əldə edir).Bankanın dəriyə toxunan hissəsində tamlığı pozulmamalıdır.Çünki dəri bankaya çəkilən zaman zədələnmə bilər. Xəstə yorğanla örtülür və 10-15 dəqiqə orada yatır. Banka yan tərəfə əyilərək qabın kənarındakı dəri barmağınızla sıxılaraq bir-bir çıxarılır. Bütün bankaları çıxardıqdan sonra dəri pambıq yumşaq parça ilə silinir.

Vakuum terapiyasından sonra xəstəyə 20-30 dəqiqə üstü örtülmüş vəziyyətdə uzanması tövsiyə olunur.

Tibbi vakuum bankalarının qoyulması:

Bu gün vakuum terapiyasının aparılması üçün vakuum bankalarının qoyulması ən sadə prosedurdur. Bunu həyata keçirmək üçün sizə yalnız bir şar və vazelin kimi müəyyən miqdarda neytral yağlar olan tibbi vakuum bankaları lazımdır. Sonrakı prosedur oddan istifadə etmədən şüşə bankaların terapiyası ilə eynidir. PVC silindr bankadakı daxili vakuumu tənzimləməyə imkan verir, bununla da vakuumun yaranma dərəcəsinə nəzarət edir və ağrıları azaldır.Ümid

Balonu yüngülcə sıxaraq bankalar çıxarılır.

12.2.2. Xardal.

Xardal plasterləri xalq təbabətində istifadə olunan xardallı kağız vərəqləridir. Onlar dərman deyil və müalicəvi təsiri yoxdur. Ənənəvi olaraq, xardal plasterlərinin tətbiqi proseduru "soyuq" üçün həyata keçirilir;

Zavod istehsalı olan xardal 8x12,5 sm ölçüdə qalın kağız vərəqdır, üzərinə az yağlı xardal tozu və ya qara xardal toxumu (0,3-0,55 mm qalınlığında) qatı ilə örtülmüşdür. Xardal gipsi içərisində xardal tozu olan iki qatlı kağız torba şəklində də ola bilər.

Hazır xardal plasterləri yoxdursa, onları özünüz edə bilərsiniz: bir xörək qaşığı xardal tozunu eyni miqdarda buğda unu

ilə qarışdırın, ilıq su əlavə edin (t 45-50 ° C) və homogen bir selikli kütlə yaranana qədər qarışdırın, təbəqələr arasında 0,5 sm qalınlığa qədər yayılan nazik parça və ya kağız nəmləndirilir. Yaranan istiləşmə kompresi dərhal təyinatı üzrə istifadə olunur. Belə xardal plasterləri hazır xardal plasterlərindən daha ağır yanıqlara səbəb olur, buna görə də yanmaların qarşısını almaq üçün prosedurun gedişatını diqqətlə izləmək lazımdır.

Dəri ilə təmas yerində suda həll olunan əsas xardal yağı epidermal hüceyrələrin kimyəvi qıcıqlanmasına səbəb olur, bu da bədənin müvafiq reaksiyalara səbəb olur: qan damarlarının (hiperemiya) genişlənməsi, temperaturun yerli artmasına və.s.

Xardal plasterləri ənənəvi olaraq böyüklər və uşaqlara aşağıdakı xəstəliklərin simptomlarından yayınmaq üçün verilir:

- Yuxarıtənəffüs yollarının soyuqdəymələri: kəskin rinit, faringit - boyun arxası, ayaq altı.
- Kəskin traxeit
- Ağciyər xəstəlikləri: bronxit, pnevmoniya - döş qəfəsinin ön, arxa və yanlarında olan ağciyər sahəsi.

Hipertenziya və yüksək qan təzyiqinin səbəb olduğu baş ağrıları - başın arxası (boyun arxası)və.s.

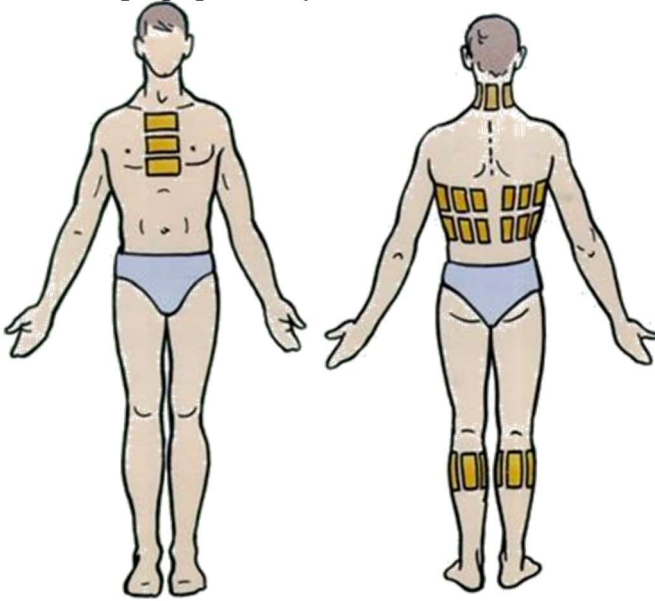
- Miozit, təsirlənmiş əzələlərin sahəsidir.
- Nevralgiya, təsirlənmiş sinirlərin sahəsidir.

Xardal plasterləri ürək nahiyəsinə (stenokardiya tutması istisna olmaqla) və süd vəzilərinə, məmə uclarına, onurğa sütünə tətbiq edilmir.

Əks göstərişlər: Dərinin tamlığının və formalaşmasının pozulması (dermatit, furunkuloz, pyoderma, neyrodermatit, yaralar, xoralar, səpkilər, ziyillər), ağciyər qanaması, qızdırma ($37-38$ ° C-dən yuxarı), bədxassəli şiş, dərinin həssaslığının əhəmiyyətli dərəcədə azalması , xardal komponentlərinə allergiya;

Fəsadlar, əks göstərişlərə, yerləşdirmə yerlərinə uyğun gəlməmək və prosedurun müddəti və intensivliyini aşmaq (blisterlərin meydana gəlməsi ilə dərinin kimyəvi yanması) səbəb ola

bilər. Xardal plasterləri eyni yerlərə dəfələrlə tətbiq edildikdə, dərinin hiperpiqmentasiyası mümkündür.



Şəkil 30 Xardal plasterlərinin qoyulması.

Qoyulma texnikası

Xardal plasterlərinin paketləri xardal tozunun paketin bütün sahəsinə bərabər paylanması üçün çalxalanır. Xardal gipsi 5-10 saniyə ərzində 40-45 ° C temperaturda su ilə bir qaba batırılır və xardal (məsaməli) tərəfi göstərişlərdən asılı olaraq bədən müəyyən bölgələrinə sıx şəkildə çəkilir. Plasterlər qoyulduqdan sonra üzəri dəsmal və ya ədyal ilə örtülməlidir. Prosedur müddəti xəstənin yaşından və xardal plasterlərinin təsirinə həssaslığından asılı olaraq 5-15 dəqiqədir. Sonda dərinin şiddətli qızartıları görünməlidir. Xardalın tərkib hissələrinə qarşı həssaslıq varsa və ya güclü yanma hissi varsa, gövdə ilə xardal gipsi arasına nazik nəmlənmiş parça və ya kağız salfetdən bir təbəqə qoya bilərsiniz. Prosedurun sonunda xardal plasterləri çıxarılır (təkrar istifadə olunmur), onların qoyulduğu yerlər

xardal yağının qalan hissəsini çıxarmaq üçün ilıq su ilə nəmlənmiş salfetlə silinir və qurudulur. Xəstənin üstü yorğanla 30-40 dəq örtülür.

12.2.3. İsitqaçlar



Şəkil 31 İsitqaç

İsitqaçların istifadəsi quru istinin təsirindən əzələlərin yumşalması, yerli qan dövranının həcmi- nin artması, sorucu və ağrıkəsici effekte əsaslanır. Bu zaman alınan nəticə isitqaçın hərarətindən və onun qoyulma müddətindən asılı olur. Adətən, isitqaçlar qarın boşluğu üzvlərinin spastik ağrılarla müşayiət olunan xroniki xəstəliklərində (xroniki qastrit, kolit və s.), boy-rək sancılarında, hipertoniq krizdə və iltihabi infiltratlar zamanı işlədilir. Qarın boşluğunun kəskin cərrahi xəstəlikləri (kəskin appendisit, kəskin xolesistit, perforativ mə-

də və 12- barmaq bağırsağ xorası və s.), bəd xassəli şişlər, infeksiyalaşmış yaralar, qanaxmalar, dərinin zədələnmələri və əzilmə- lər (ilk 3 gün ərzində) zamanı isitqaçların tətbiqi əks-göstəriş- dir. İsitqaçlar iki cür olur: elektrik və su isitqaçları. Elektrik isit- qaçlarının işlədilməsi daha münasibdir, çünki o, tədricən qızır, reostatla idarə olunur və həmçinin istənilən müddətdə istilik verir. Təcrübi işlərdə hələlik çox vaxt rezin isitqaçlar işlədi- lir. Rezin isitqaçın tıxacını açıb, içərisini 2/3 hissəsinə qədər qaynar su ilə doldururlar (60-70 C). Sonra onu ehmalca sıxaraq içərisindəki havanı çıxarır (yastı şəkil alıb, bədənə yaxşı yapış- sın deyər) və tıxacı bağlayırlar. İsitqaçı istifadə etməzdən əvvəl

ağzı aşağı çevirib tıxacının hermetikliyini yoxlayır və yalnız bundan sonra onu dəsmalla büküb lazımı nahiyəyə qoyurlar. İsitqaç soyuyana qədər həmin nahiyədə qalır. İsitqaçdan istifadə edərkən yanıqların qarşısını almaq üçün aşağıdakı qaydalara əməl etmək məsləhət görülür: 1) isitqaçı qoymamış mütləq ağzı aşağı çevirib tıxacın kiçikliyinə yoxlamaq; 2) ağır və zəifləmiş, ödemli xəstələrə və xəstə uşaqlara hərərəti yüksək olmadıqda isitqaç işlətmək; 3) isitqaç qoyulduqdan 5 dəq sonra həmin nahiyədəki dərinə yoxlamaq lazımdır ki, toxumaların çox qızması (parlaq hiperemiya) vaxtında aşkar edilsin; 4) əgər isitqaçdan tez-tez istifadə edilirsə, dəridə piqmentasiyanın əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün həmin nahiyəyə vazelin sürülməlidir.

12.2.4. Kompres.

Kompres su və ya dərman məhlulu ilə nəmlənmiş sarğıdır, müalicə üçün ağırlı yerə tətbiq olunur (yumşaldıcı losyon). Bu dartma terapiyasının bir növüdür. Kompreslər dəridə, dərialtı yağ toxumasında və altda yatan toxumalarda lokal iltihabi prosesləri aradan qaldırmaq üçün istifadə olunur.

Növləri: 1. Ümumi və yerli; 2. İstiləşmə; 3. Soyuq və isti.

Ümumi kompreslərə ümumi yaş sarğı daxildir.

İsidici kompres iltihab yerinə qan axmasına səbəb olur, infiltratın rezorbsiyasını təşviq edir və ödemi aradan qaldırır. Bu kompres üç təbəqədən ibarətdir. Birincisi, otaq temperaturunda su ilə nəmləndirilmiş bir neçə təbəqədə parçadan hazırlanır. Parça sıxılır və dəriyə tətbiq olunur. Üstünə (ikinci qat) yağlı parça, mumlu kağız və ya selofan qoyun, nəm parçanın kənarından 2-3 sm məsafədə. Sonra, daha böyük pambıq yun qalın bir təbəqə qoyun. Bütün təbəqələr bir neçə növbə sarğı ilə bədənə sıx şəkildə bağlanır və sarılır. 6-8 saatdan sonra kompres quru, isti sarğı ilə əvəz olunur və dəri spirtlə silinir. Suya

əlavə olaraq, kompresslər üçün məhlullar araq, 50 % li etil spirti, odekolon, zəif sirkə məhlulu (500 ml suya 1 çay qaşığı), kamfora yağı ola bilər.

Soyuq kompresslər (losyonlar) qançırlar, qızdırma (başda), zədələr, qanaxmalar, dəridə kəskin iltihablı proseslər üçün tətbiq olunur. Bunu etmək üçün bir neçə təbəqəyə bükülmüş bir parça götürün, soyuq suda nəmləndirin, sıxın və istədiyiniz yerə tətbiq edin. Bir saat ərzində hər 2-3 dəqiqədən bir kompres yenisi ilə dəyişdirilir. Bəzən suya sirkə əlavə edilir. Dərmanlardan furatsilin (1:1000) məhlulu istifadə olunur.

İsti kompres. Bir neçə qat qatlanmış və isti su ilə (50-60 ° C) nəmləndirilmiş parçadan isti kompres hazırlanır, üzərinə yağ örtüyü qoyulur və yun parça ilə örtülür. Kompres hər 5-10 dəqiqədən bir dəyişdirilir. Miozit və radikulit zamanı istiləşmə üçün isti kompresslər istifadə olunur. İsti kompresin bir növü təpitmədir. Bu zaman əvvəlcədən qaynadılmış və ya buxarda hazırlanmış kətan toxumu (kəpək, çobanyastığı) ilə doldurulmuş bir qızdırıcı yastıqçıq və ya torbadan istifadə edilir. Torba sıxılır, soyudulur (dəri yanmasın), dəri üzərinə qoyulur, üzərinə kətan və isti parça (pambıq) örtülür və sarğı ilə bərkidilir. İsti kompres iltihabın mənbəyinə həlledici və analgetik təsir göstərir.

12.2.5. Buz qovuğu.

Buz qovuğu (paketi), soyuq suya batırılmış buz və ya qar parçaları ilə doldurulmuş, sıx vidalanmış qapağı olan qalın rezin qabdır. Bu fizioterapiya aləti qan damarlarının daralması ilə əlaqəli təsirlər üçün istifadə olunur. Dondurucuda əvvəlcədən soyudulmuş duzlu qızdırıcı yastıqlar, həmçinin xüsusi gel soyuq paketləri buz paketi kimi istifadə edilə bilər. Dərinin və altındakı yumşaq toxumaların zədələnməsi riski ilə əlaqədar olaraq, soyuq tətbiqi həkim tərəfindən təyin edilir və bu manipul-

yasiyanın aparılması texnikası tibb bacısı tərəfindən izah edilir və nəzarət olunur.



Şəkil 32 Buz torbası.

Buz qovuğunun istifadəsi aşağıdakı hallarda aparılır:

Uşaqlarda və böyüklərdə miqren, uşaqlarda baş zədələri, termal prosedurlar, zehni yorğunluq, həmçinin dəriyə zədələrinə soyuq kompreslərdən istifadə edilməlidir. . Bu vəziyyətdə "kompres" sözü bir neçə dəfə qatlanmış, soyuq su ilə nəmlənmiş təmiz parça və ya sarğı deməkdir. Dərinin istiliyindən (adətən 5-7 dəqiqə) istiləşən kimi onu dəyişdirmək lazımdır.

Buz qovuğunun istifadəsinə əks göstərişlər aşağıdakılardır: hipotermiya; bədən hərarətinin yüksək olmasına baxmayaraq, ətrafların soyuqluğu qeyd edildikdə (bu halda sərin ətrafların 1:1 nisbətində su və spirt ilə nəmlənmiş parça ilə sürtülməsi ilə birlikdə "No-spa" kimi spazmolitik dərmanlar lazımdır.); şokda, yəni ağrı, qan itkisi, allergik reaksiya, bol qusma və ya ishal nəticəsində soyuq ekstremitərlə təzyiqdə azalma olduğu bir vəziyyət; iflic və ya parez ilə; çökmə ilə - huşun itirilməsinə qan təzyiqinin kəskin düşməsi səbəb olduğu fərqlə, huşunu itirməyə bənzər bir vəziyyət; qarın içində kramp ağrısı qeyd edilərsə, uzanmaq istəyinə səbəb olur, bükülür.

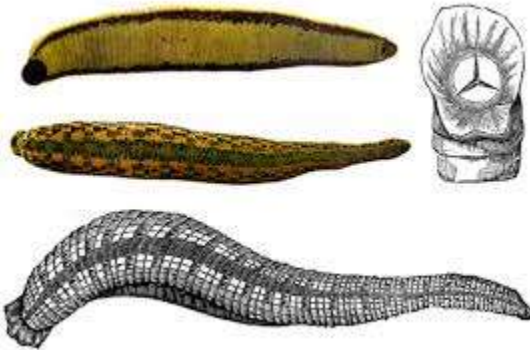
Buz qovuğunun istifadə texnikası: nəzərdə tutulan yerə 3-4 qat qatlanmış quru parça və ya uşaq bezi tətbiq olunur, bu açıq

yara olmamalıdır (əks halda yaxınlıqda buz tətbiq oluna bilər);

- 15-20 dəqiqə bir salfet üzərinə bir buz paketi qoyun; bu müddətdən sonra konteyner 20-30 dəqiqə çıxarılır, altındakı dəri qiymətləndirilir (qırmızı və ya başqa rəng olmamalıdır, üzərində qabarcıqlar görünməməlidir);
- buzdan istifadənin səbəbi qanaxma, şişkinlik və ya yüksək temperaturdursa, buz paketinin tətbiqini 20-30 dəqiqədən sonra təkrarlayın;
- təkrarların tezliyi iştirak edən həkimlə razılaşıdırılır. Gündə iki və ya üç dəfə istifadə olunur, lakin qızdırma və ya qanaxma fərqli doza tələb edə bilər. 20-30 dəqiqəlik fasilələr tələb olunur;
- Əridicə su boşaldılır və buz əlavə edilir.

Prosedurun sonunda su və buz boşaldılmalı, qabarcıq açıq vəziyyətdə saxlanmalıdır. Dondurucuya su ilə qoymaq yolverilməzdir.

12.2.4. Hirudoterapiya.



Şəkil 33 Zəli

Alternativ tibbi müalicə üsullərindən biri hirudoterapiya və ya zəliyə istifadə edilərək dozalı qan alınır. Bu məqsədlə Clitellata sinfindən xüsusi yetişdirilmiş annelid növündən istifadə olunur, sarı yaşıl-til rəngdə olur.

8-12 sm uzunluğunda, şirin su hövzələrində yaşayan girdə qurdlardır. Texnikanın müsbət və mənfi cəhətləri,

əks göstərişlərin siyahısı var və müxtəlif xəstəliklərin müalicəsində yüksək effektivlik göstərir. Zəli terapiyası simptomları aradan qaldırmağa və bir çox xəstəliklərin sağalmasını sürətləndirməyə kömək edir.

Hirudoterapiya üçün göstərişlər: dayaq-hərəkət sisteminin patologiyaları; onurğa xəstəlikləri; mikrosirkulyasiya pozğunluqları - varikoz damarları, tromboflebit; endokrin sistemin xəstəlikləri; ürək patologiyaları və damar problemləri; qaraciyər disfunksiyası; ümumi ltihab; dəri patologiyaları; sinir sisteminin xəstəlikləri.

Zəlilər tez-tez profilaktik məqsədlər üçün istifadə olunur, məsələn, insult və infarkt riski yüksək olan insanlar üçün. Hirudoterapiya həmçinin qan təzyiqini normallaşdırmağa və istənilən intensivlikdə ağrıları aradan qaldırmağa kömək edir. Bundan əlavə, bu terapiya üsulu piylənmə ilə mübarizədə, kosmetik məqsədlər üçün - dərini cavanlaşdırmaq və müalicə etmək üçün effektivdir.

Texnika hər kəs üçün icazə verilmir - bəzi patologiyalar və şərtlər üçün zəlilər istifadə edilmir.

Hirudoterapiyaya əks göstərişlər: qan dövranı sisteminin laxtalanma və digər patologiyaları (anemiya, hemofiliya, trombositopenik purpura) ilə bağlı problemlər; hamiləlik dövrü; uşaq yaşı - 10 yaşa qədər; hipotansiyon (xroniki aşağı qan təzyiqi); otoimmün xəstəliklər; təkrarlanan bədxassəli neoplazmlar.

Bəzi insanlar hər hansı qurd kimi canlılardan qorxmaqdan əziyyət çəkirlər. Bu xəstəlik nevroitik tipli psixi pozğunluq hesab edilir və belə xəstələr üçün zəli də əks göstərişdirdir.

Zəlinin qoyulma prosesi ciddi qaydalara tabedir. Zəlilər yalnız problemləli və təsirlənmiş orqanlar sahəsində qoyulur. Mütəxəssis bir sıra amillərə əsaslanaraq xəstənin yaşı, vəziyyəti, çəkisi, spesifikliyi və xəstəliyin gedişini nəzərə alır Prosedur zamanı mümkün fəsadların qarşısını almaq üçün hərtərəfli sterillik qorunur.

Zəlilərin yararlı olmasını aşağıdakı əlamətlərə əsasən bilmək olar

1. Yığılma refleksinin yaxşı qalması (zəliyə toxunduqda dərhal yığılır);

2. Zəlilərin qabdan çıxmağa çalışması;

3. Onların yüksək fəallıq göstərməsi.

Xəstə zəlilər passiv olur, onları ümumi qabdan çıxarıb, qabın suyunu dəyişmək lazımdır.

Zəlinin təxmini qoyulma diaqramı:

- varikoz damarları ilə - qaraciyər, qasıq, aşağı ətraflar;
- onurğanın xəstəlikləri üçün - dama taxtası şəklində sütun boyunca;
- ginekoloji və uroloji patologiyalar üçün - koksiks, aşağı arxa, aşağı qarın (bəzən intravaginal);



Şəkil 34 Zəlinin qoyulması.

- tənəffüs sisteminin xəstəlikləri üçün - körpücük sümüklərinin, yuxarı qabırğaların sahəsi;

- həzm sisteminin patologiyaları üçün - gü-nəş kələfi, yuxarı qarın, quyruq sümüyü;

- damar problemləri və hipertenziya üçün – qulaq seyvanından 1 sm aralı olmaqla məməyə-bənzər çıxıntının üzərinə şaquli istiqamətdə.

- mastopatiya üçün - qoltuqaltı, süd vəziləri boyunca bir qövsdə.
- Miokərd infarktı zamanı – döş sümüyü kənarından 1 sm olmaqla 3- 5 qabırğa arasındakı sahədə ürək nahiyəsinə.
- Tromboflebitlər zamanı – venadan 1 sm kənarında ol-

maqla hər iki tərəfdən şahmat qaydası ilə.

Prosedur aşağıdakı kimi həyata keçirilir:

- Tibb bacısı zəlini konteynerdən şüşə qaba və ya kiçik flakonda yerləşdirir və seçilmiş nahiyəyə yapışdırır. Bu zaman flakon və ya şüşə qabın kənarları dəriyə kip qoyulur zəli dəriyə yapışır
- Zəli bir anda 15 ml-dən çox olmayan qan udur.
- Doyduqdan sonra zəli dəridən ayrılır. (40-60 dəq çəkir) Əgər zəlinin tez götürmək tələb olunursa, duzlu suyla isladılır.
- Birləşmə yerində kiçik bir yara qalır - üç radial kəsik.
- Tibb bacısı steril bir sarğı tətbiq edir.
- Zəli çıxarıldıqdan sonra qan laxtalanmır - yaradan bir az qanlı maye ayrılır.
- Bu proses gün ərzində davam edə bilər, buna görə steril sarğı vaxtaşırı dəyişdirilməlidir.
- Yaralar müstəqil şəkildə müalicə edilə bilər.
- Tez sağalmaq üçün antiseptiklər tövsiyə olunur.

Prosedur demək olar ki, ağrısızdır, lakin yüngül narahatlıq hiss edilə bilər. Seansların sayı xəstəliyin inkişaf dərəcəsinə və simptomların intensivliyindən asılıdır. Bəzi xəstələrin vəziyyətini yaxşılaşdırmaq üçün 2 seans, bəziləri isə ən azı 15 seans lazımdır.

12.3 Həkim təyinatının yerinə yetirmə şərtləri. Temperaturun, arterial təzyiğin ölçülməsi, nəbzın müayinəsi, dərmanların yeridilməyolları (intradermal, subkutan, intramuskulyar, intravenoz, intravenoz infuziya).

Həkim təyinatının yerinə yetirilməsi- xəstənin, ilk növbədə, ona lazım olan dərmanların (tibbi məhsulların) çeşidini - sözdə dərman müalicəsini təyin etmək, həmçinin müəyyən bir

müddətdə dərman qəbul etmək qaydasını və onların miqdarını göstərməkdir (məsələn, : yeməkdən sonra gündə 3 dəfə 1 tablet qəbul edin).

12.3.1 Temperaturun ölçülməsi.

Bədən temperaturunun ölçülməsi onun normadan mümkün sapmasını müəyyən etmək üçün vacibdir. Temperaturun artması bədəndə baş verən ağırlı prosesləri göstərir. Buna görə də, temperaturun tənzimlənməsi xəstəliyi erkən mərhələdə aşkar etməyə imkan verir.

Normal insan bədən istiliyi 35,8 ilə 37,2 C arasında dəyişir.

Bədən istiliyini toxunma ilə təyin edə bilərsiniz, ancaq xüsusi bir cihaz - termometr (termometr) istifadə edərək bədən istiliyini ölçmək dəqiq və müqayisə edilə bilən dəyərlər verir.

Tibbi praktikada aşağıdakı növ termometrlər istifadə olunur: infraqırmızı, elektron, civə.

Bədən istiliyini müxtəlif üsullarla ölçmək olar: Aksiller (qoltuq altında); Şifahi (ağızda); Düz bağırsaqda (rektumda); Vaginal yolla (vaginada); Qulaq kanalında; Alnında; Qasıq qatında.

Bədən istiliyini gündə 2 dəfə (səhər 7-9-da və axşam 5-7-də) ölçmək düzgündür. Gündə 2 dəfə bədən istiliyinin daimi ölçülməsi onun gündəlik dəyişmələri haqqında tam təsəvvür yaradır.

Qoltuq altında bədən istiliyinin ölçülməsi (Axillary). Gündəlik həyatda bədən hərərətini qoltuqda ölçməyə daha çox öyrəşmişik, çünki bu, çox rahatdır. Ancaq eyni zamanda, bədən istiliyinin bu şəkildə ölçülməsi tibbi baxımdan etibarsızdır, çünki digər üsullarla müqayisədə daha az dəqiq nəticələr verir.

Sol və sağ qoltuqlarda temperatur eyni olmaya bilər (adətən solda, 0,1-0,30 C yuxarı). Müqayisəli temperaturun ölçül-

məsi zamanı fərq 0,50 C-dən çox olarsa, bu, daha yüksək rəqəmlərin müşahidə olunduğu tərəfdə iltihab prosesini və ya ölçmənin qeyri-dəqiqliyini göstərir.

- Termometrin modelindən, elektron və ya civəli olmasından asılı olmayaraq, qoltuq altında bədən hərərətinin ölçülməsi vaxtı 5 dəqiqədir. Bir neçə saniyədə qoltuq altında bədən istiliyini ölçmək mümkün deyil, çünki... sadəcə lazımı temperatura qədər isinməyə vaxtı olmayacaq.
- Qoltuq altında ölçüldükdə normal bədən istiliyi: 36,3-36,90 C.

Ağız boşluğunda temperaturun ölçülməsi (Oral). Bədən istiliyinin ölçülməsi üçün bu üsul Amerika, Böyük Britaniya və digər ingilisdilli ölkələrdə geniş yayılmışdır. Bu olduqca etibarlıdır. Ancaq 4-5 yaşdan kiçik uşaqlar, artan həyəcanlılıq və ruhi xəstəlikləri olan uşaqlar üçün (termometri dişləmə ehtimalı var), xəstələrdə ağız boşluğunun xəstəlikləri və / və ya burun tənəffüsü pozğunluqları varsa kontrendikedir. Ağız boşluğunda temperatur dilin altında və ya yanağın arxasında ölçülə bilər. Dilin altından ölçmək daha yaxşıdır, çünki... Yanaq ətraf mühitin temperaturundan asılı olaraq soyuya bilər. Ağızda temperaturu ölçərkən dodaqlarınızı möhkəm bağlamalı və burnunuzla nəfəs almalı, termometrin ucu dilinizin dibinə sızılmalıdır.

Bu yaxınlarda siqaret çəkmisinizsə və ya soyuq/isti maye qəbul etmisinizsə, ağızınızda temperaturun dəyişə biləcəyini bilmək vacibdir.

- Bədən istiliyinin şifahi üsulla ölçülməsi üçün vaxt 10 saniyədən 3 dəqiqəyə qədərdir (termometrin modelindən asılı olaraq).
- Ağız boşluğunda ölçüldükdə normal bədən istiliyi: 36,8-37,30 C.

Bədən istiliyinin düz bağırsaqda ölçülməsi (rektal). Rektal üsulla bədən istiliyinin ölçülməsi ən dəqiq ölçmə nəticələrini təmin edir, çünki rektum sabit temperatura malik qapalı

boşluqdur.

Temperaturun ölçülməsinin bu üsulu 4-5 yaşa qədər uşaqlarda, yorğun və zəifləmiş xəstələrdə (qoltuqaltı nahiyədəki termometr yumşaq toxumalarla sıx örtülməmiş) geniş istifadə olunur.

- Bədən istiliyinin rektal olaraq ölçülməsi vaxtı 10 saniyədən 2 dəqiqəyə qədərdir (termometrin modelindən asılı olaraq).
- Düz bağırsaqda ölçüldükdə normal bədən istiliyi: 37,3-37,70 C.

Vaginada bədən istiliyinin ölçülməsi (vaginal). Bədən istiliyinin ölçülməsinin bu üsulu əsasən yumurtlama vaxtını təyin etmək üçün istifadə olunur. Yüzdə bir dərəcəyə qədər ölçmələri olan bir termometr tələb olunur.

- Bədən istiliyinin vaginal yolla ölçülməsi üçün vaxt 10 saniyə ilə 5 dəqiqə arasında dəyişir (termometr modelindən asılı olaraq).
- Vaginada ölçüldükdə normal bədən istiliyi (aybaşı dövrünün fazasından asılı olaraq): 36,7-37,50 C.

Qulaq kanalında bədən istiliyinin ölçülməsi. Uşaqlarda bədən istiliyini ölçərkən, həmçinin xüsusi bir qulaq termometrindən (infraqırmızı sensor ilə) istifadə edərkən Almaniyada ümumi bir üsul.

Alında bədən istiliyinin ölçülməsi. Bu ölçmə üsulu nisbətən yaxınlarda ortaya çıxdı və getdikcə daha çox populyarlıq qazanır. Bu, ilk növbədə, 3 ilə 5 saniyə arasında dəyişən temperaturun ölçülməsi sürəti ilə bağlıdır. İnnovativ infraqırmızı texnologiya toxunmadan belə temperaturu ölçməyə imkan verir, bir neçə saniyə ərzində təhlükəsiz (şüşə və civə olmadan) və gigiyenik ölçüyə zəmanət verir. Bu texnologiyaya malik termometrlər həm də ona görə fərqlənir ki, onlar cisimlərin səthinin temperaturunu ölçməyə imkan verir. Bu, xüsusilə yeni analar üçün bir körpə şüşəsindəki südün temperaturunu, körpənin hamamındakı suyun səthinə və ətraf mühitin temperaturunu təyin

etmək üçün faydalıdır. Həmçinin, valideynlər uşağı oyatmaq lazım deyil, yuxu zamanı temperatur ölçülə bilər;

- Bədən istiliyinin alın nahiyəsində ölçülməsi vaxtı 3-5 saniyədir.
- Alın nahiyəsində normal bədən istiliyi 35,4-37,4 C-dir.

Inguinal qatda bədən istiliyinin ölçülməsi. Bu, bədən istiliyini ölçmək üçün ən əlverişli və ya dəqiq üsul deyil, ancaq körpələrdə istifadə edilə bilər. Uşaq arxası üstə qoyulur və ayağı bud oynaqında bükülür, bunu bədənə doğru gətirir. Bədən istiliyinin ölçüldüyü bütün müddət ərzində (5 dəqiqə) bunu bu vəziyyətdə saxlayın. Bu üsul nadir hallarda istifadə olunur, çünki Uşaqı bir mövqedə saxlamaq çətindir.

Bədən istiliyində fizioloji dalğalanmalar.

Bədən istiliyi gün ərzində sabit ola bilməz. Onun dəyəri aşağıdakılardan asılıdır:

Günün vaxtı. Minimum temperatur səhər tezdən (4-6 saat), maksimum gündüz (14-16 və 18-22 saat) olur. Sağlam insanlarda səhər və axşam ölçülən temperaturun göstəriciləri arasındakı fərq 10 C-dən çox deyil.

İstirahət və yuxu dövrləri temperaturun aşağı düşməsinə kömək edir, fiziki fəaliyyət isə əksinə onu artırır. Yeməkdən dərhal sonra bədən istiliyində bir qədər artım da var. Əhəmiyyətli fiziki stress temperaturun 1 dərəcə artmasına səbəb ola bilər.

Bədənin müxtəlif hissələrində ölçmə nəticəsində əldə edilən temperatur göstəriciləri müqayisə edilə bilməz, çünki normal bədən istiliyi ölçmə yerindən və günün vaxtından asılı olaraq dəyişir.

12.3.2 Qan təzyiqinin ölçülməsi üçün ümumi qaydalar.

Hər iki qolda arterial təzyiqi ölçmək mümkündür. Qoldakı dəyərlər arası fərq 15 mmHg ya qədər ola bilər. Hansı qolda nəticə yüksəkdirsə, növbəti ölçmələr həmin qoldan davam etdirilməlidir. Qan təzyiqi ən çox oturarkən ölçülür, lakin bəzən ayaq üstə və ya uzanarkən aparılır.

İnsanların gündəlik qan təzyiqi daim dəyişir. Emosional və fiziki stresslə artır. Yalnız sakit vəziyyətdə deyil, həm də fiziki fəaliyyət zamanı, eləcə də müxtəlif növ yüklər arasında fasilələrlə ölçülə bilər.

Qan təzyiqi insanın vəziyyətindən asılı olduğundan xəstəyə rahat şəraitin təmin edilməsi vacibdir. Prosedurdan yarım saat əvvəl xəstənin özü yemək yeməməli, fiziki əməklə məşğul olmamalı, siqaret çəkməməli, spirtli içkilər qəbul etməməli, soyuqda qalmamalıdır.

Prosedur zamanı qəfil hərəkətlər etməməli və danışmamalıdır.

Bir dəfədən çox ölçmə aparmaq tövsiyə olunur. Bir sıra ölçmələr aparılırsa, hər yanaşma arasında təxminən bir dəqiqəlik fasilə (ən azı 15 saniyə) və mövqe dəyişikliyi lazımdır. Fasilə zamanı manjeti boşaltmaq tövsiyə olunur.

Elə xəstələr var ki, onların təzyiqi evdə ölçüləndən klinikada həmişə yüksək olur. Bu, çoxlarının 'ağ xalətli' tibb işçilərini görəndə keçirdiyi həyəcanla izah olunur. Bəziləri üçün bu, ölçməyə reaksiya olaraq evdə də baş verə bilər. Belə hallarda üç dəfə ölçmək və orta dəyəri hesablamaq tövsiyə olunur.

Müxtəlif kateqoriyalı xəstələrdə qan təzyiqinin təyin edilməsi proseduru.

Yaşlılarda. Bu kateqoriyadan olan insanlarda tez-tez qeyri-sabit qan təzyiqi müşahidə olunur, bu, qan axınının tənzimlənməsi sistemindəki pozğunluqlar, damarların elastikliyinə azalması və ateroskleroz ilə əlaqələndirilir. Buna görə də, yaşlı xəstələrdə bir sıra ölçmələr aparmalıdır və orta dəyəri hesablanmalıdır.

Bundan əlavə, onların ayaq üstə və oturarkən qan təzyiqləri ölçülməlidir, çünki mövqeləri dəyişdirərkən, məsələn, yataqdan qalxarkən və oturarkən qan təzyiqinin kəskin azalması ilə qarşılaşırlar.

Uşaqlarda. Uşaqlara qan təzyiqini mexaniki tonometr və ya elektron yarı avtomatik cihazla ölçmək, uşaq manjetindən istifadə etmək tövsiyə olunur. Uşaqların qan təzyiqini ölçməzdən əvvəl, manjetə vurulan havanın miqdarı və ölçmə vaxtı barədə həkimlə məsləhətləşməlisiniz.

Hamilə qadınlarda. Qan təzyiqi hamiləliyin nə qədər yaxşı keçdiyini sizə xəbər verə bilər. Gələcək analar üçün müalicəyə vaxtında başlamaq və döldə ciddi ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün qan təzyiqini daim izləmək çox vacibdir.

Hamilə qadınlar uzanarkən təzyiqləri ölçülməlidir. Əgər təzyiq səviyyəsi normadan artıqdırsa və ya əksinə, çox aşağıdırsa, dərhal həkimə müraciət etməlisiniz.

Ürək aritmiyası olanlarda. Ürək döyüntülərinin ardıcılığı, ritmi və tezliyi qeyri-müntəzəm olan insanlarda bir neçə dəfə ardıcıl olaraq qan təzyiqini ölçməli və orta dəyər hesablamalıdır. Bu halda manjetdən hava daha aşağı sürətlə buraxılmalıdır. Fakt budur ki, kardiya aritmiya ilə onun səviyyəsi döyüntüdə vuruşa qədər əhəmiyyətli dərəcədə dəyişə bilər.

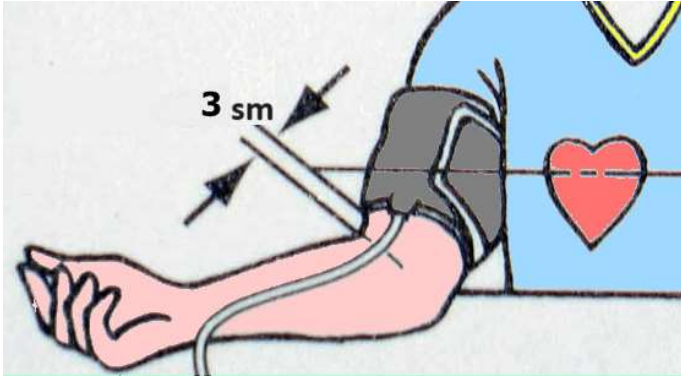
Qan təzyiqinin ölçülməsi alqoritmi:

1. Xəstə kürəyi söykəyərkən stulda rahat oturur.
2. Qol paltardan azad edilir və ovuc yuxarı qaldırılaraq masanın üzərinə qoyulur, bir rulon dəsmal və ya xəstənin yumruğu dirsək altına qoyulur.
3. Qan təzyiqi manşeti qola qoyulur (dirsəkdən iki-üç santimetr yuxarı, təxminən ürək səviyyəsində). İki barmaq əl və manjet arasında olmalıdır, boruları aşağı baxmalıdır.
4. Tonometr göz səviyyəsindədir, iynəsi sıfır işarəsindədir.
5. Dirsək çuxurunda nəbzi tapın və bu yerə bir az təzyiqlə fonendoskop tətbiq edin.
6. Tonometrin klapanını sıxın.
7. Armud formalı balonu sıxın və arteriyada pulsasiya artıq

eşidilməyənə qədər manjetə hava vurun. Bu, manjetdəki təzyiq 20-30 mmHg-dən çox olduqda baş verir.

8. Klapanı açın və manjetdən təxminən 3 mm Hg sürətlə havanı buraxın, səsi dinləyin.

9. İlk sabit səslər eşidiləndə, manometrin oxunuşlarını qeyd edin - bu, yuxarı(sistolik) təzyiqdır.



Şəkil 35 Qan təzyiqinin ölçülməsi.

10. Hava buraxmağa davam edin. Zəifləyən səs yox olduqdan sonra manometr oxunuşları qeyd olunur - bu, aşağı (diastolik) təzyiqdır.

11. Manjetdəki təzyiq 0-a bərabər olana qədər səslərə qulaq asaraq havanı buraxın.

12. Xəstənin təxminən iki dəqiqə istirahət etməsinə icazə verin və qan təzyiqini yenidən ölçün.

13. Sonra manjeti çıxarın və nəticələri gündəliyə yazın.

12.3.3 Nəbzın müayinəsi.

Nəbz (lat. pulsus döyünmək, itələmək) deməkdir. Qanın arterial sistemə daxil olması nəticəsində arteriya damarlarının ritmik hərəkətinə nəbz deyilir.

Nə vaxt ölçmək lazımdır?

Pulse diaqnostikası üçün ən yaxşı vaxt 11-13 saat arasında hesab olunur. Ən dəqiq dəyərləri 1 dəqiqə ərzində nəbzinizi saymaqla əldə etmək olar.

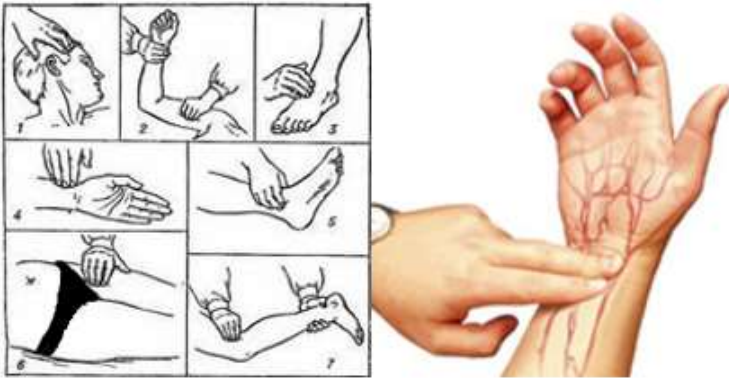
Nəbziniz hansı nahiyələrdə yoxlamaq lazımdır?

Nəbzi hiss etmək üçün ən yaxşı yer mil arteriyaları üzərindədir

Nəbz aşağıdakı arteriyalarda ölçülə bilər:

Temporal (başın hər iki tərəfində ,qulağın ön hissəsindən keçərək alına doğru uzanan bir arteriyadır.Bu arteriyanı tapmaq üçün barmaqlarınızı qulağın önünə , gözlə eyni səviyyədə yerləşdirin.); Karotid (sternokleidomastoid əzələnin daxili kənarı boyunca, çənə altında); Çiyin (dirsəkdən yuxarı çiyin daxili səthində); Femoral (ayaq və çanaq qovşağında budun daxili səthində)

Radial nəbz üç barmaqla yoxlanılır: indeks, orta və üzük. Üç barmağınızı biləyinizə, mil bilək arteriyasına(biləyi daxili tərəfində ,baş barmağın yanında yerləşir), aralarında çox az boşluq saxlayaraq qoyun. Metakarpal sümük altındakı damara yumşaq təzyiq tətbiq edin və nəbz nöqtələrini hiss edin. Hər barmaq nəbz dalğasını aydın hiss etməlidir. Sonra nəbzın müxtəlif hərəkətlərini hiss etmək üçün barmağınızın təzyiqini bir az buraxın.



Şəkil 36 Nəbzın müayinəsi.

Nəbzinizi nə vaxt yoxlanılmır:

- Qida, spirt və ya dərman qəbul etdikdən dərhal sonra;
- Kəskin aclıq hissi ilə;
- Ağır fiziki işdən və ya gərgin zehni işdən sonra;
- Masajdan sonra;
- Hamam və ya cinsi əlaqədən sonra;
- Yanğın yaxınlığında, günəşdə və ya şaxtada olduqdan sonra;
- Zəif yuxu;
- Kritik günlərdə (qadınlarda).

NORMAL ÖLÇÜM NƏ- TİCƏLƏRİ	PATOLOJİ NƏBZ
Doğuşdan sonra uşaq 140 döyüntü/dəq	<p>Ürək döyüntüsünün dəqiqədə 100-də çox vuruşa qədər artması taxikardiya adlanır və tibbi yardım tələb edir.</p> <p>Ürək döyüntüsünün dəqiqədə 50 döyüntüdən az olması bradikardiya adlanır və həmçinin xüsusi diqqət tələb edir.</p> <p>Ürək çatışmazlığı zamanı nəbz çox yavaş və zəif olur.</p> <p>Aritmiya, qeyri-bərabər intervallarla xarakterizə edilən nəbz düzensizliyidir. Aritmiya funksional pozğunluq və ya bir xəstəliyin mövcudluğunun bir əlamətidir, aritmiya aşkar edilərsə, həkimə müraciət edilməlidir.</p>
Doğuşdan 1 yaşa qədər 130 döyüntü/dəq	
1 ildən 2 ilə qədər 100 döyüntü/dəq	
3 ildən 7 yaşa qədər 95 döyüntü/dəq	
8 yaşdan 14 yaşa qədər 80 döyüntü/dəq	
Orta yaş 72 döyüntü/dəq	
Yaşlılarda 65 döyüntü/dəq	
Xəstə olduqda 120 döyüntü/dəq	
Ölümdən bir müddət əvvəl 160 döyüntü/dəq	

12.3.4_Dərmanların yeridilmə yolları.

12.3.4.1 İntradermal inyeksiya etmə bacarığı.

Ön Hazırlıq: Tətbiq ediləcək dərman, tibbi xətkəş, qeyri-steril əlcək, uyğun antiseptik maddə (%70 spirt), təmiz pambıq, ləyən, tibbi və deşici-kəsicilərə davamlı tullantı qutusu, qırmızı və qara torbalı tibbi tullantı qutusu, dermoqraf (dəri qələmi).

ADDIMLAR:

1. Məlumatların kontrol edilməsi

- *Xəstənin adı, dərmanın adı, dərmanın dozası, dərmanın tətbiq edilmə yolu və dərmanın tətbiq edilmə vaxtı kontrol edilir.*

2. Əllərin yuyulması

- *Əllərin yuyulması bacarığının təlimat vərəqinə baxın.*

3. Vəsaitlərin hazırlanması.

4. Xəstənin kimliyinin kontrol edilməsi

- *Xəstənin təhlükəsizliyi üçün şəxsiyyəti təsdiq edən ən az 2 vasitədən istifadə edilərək kimlik yoxlanılır. Xəstənin adı və xəstənin biləkliyindəki məlumatlar passport məlumatlarını əks etdirən digər qeydlərlə müqayisə edilir. Üçüncü bir kimlik göstəricisi olaraq mümkünsə xəstədən adını söyləməsi xahiş edilir.*

5. Xəstənin tibbi, dərman və allergiya anamnezinin təyin edilməsi.

6. Proseduranın xəstəyə izah edilməsi

7. Əlcəklərin geyinilməsi

8. Xəstəyə pozisiyanın verilməsi

- *Saidin iç nahiyəsi istifadə olunacaqsa, xəstəyə supinə, folwler və ya semifowler pozisiyası verilərək, qol ovuc səthi yuxarı baxacaq şəkildə tutulur.*
- *Bazunun bayır səthi istifadə olunacaqsa, xəstəyə fowler pozisiyası verilir. Qollar gövdənin iki tərəfində düz olmalıdır.*

- *Kürək nahiyəsi istifadə olunacaqsa xəstəyə fowler və ya pronə pozisiya verilir.*
 - *Döş nahiyəsinə tətbiq ediləcəksə, inyeksiya üçün xəstəyə fowler və ya supinə pozisiya verilir.*
9. Xəstənin geyiminin açılması.
10. İnyeksiya nahiyəsinin təsbit edilməsi (Şəkil 38)
- *Dəri səthinə dərmanın abrobsiyasına mane olan exkimoza, çapıq, iltihab və ya ödem olmamasına diqqət edilir.*
 - *Saidin içəri səthinin orta hissəsinə inyeksiya edilir. Said istifadə olunma bilmirsə bazu, üst kürək və ya döş nahiyəsinə baxılır.*
 - *İnyeksiya nahiyəsinin piqmentsiz, yarasız və tüksüz olması lazımdır.*



Şəkil 37 İntradermal inyeksiya.

maq üçün antiseptik məhlulun quruması gözlənilir.

12. Tamponun passiv əlin çeçələ və üzük barmağı arasında tutulması
13. Şprisin qapağının açılması
14. Passiv əllə inyeksiya nahiyəsindəki dərinin görülməsi
15. İynə ucundakı kəsik yuxarı baxacaq şəkildə şprisin aktiv əlin baş və şəhadət barmaqları arasında dəriyə paralel olaraq tutulması

11. İnyeksiya nahiyəsində 2.5 sm²'lik sahənin antiseptik maddəylə hopdurulmuş tamponla mərkəzdən kənara doğru dairəvi hərəkətlə silinməsi

- *Dəridə qıcıqlanmanın və dərmanın spirtlə qarşılıqlı təsirinə qarşısını almaq üçün antiseptik məhlulun quruması gözlənilir.*

16. İynəylə dərinin üst təbəqəsinə 5-15° lik bucaq altında girilməsi

17. İynə ucundakı kəsik dəri içinə tamamilə girənə qədər 0.3 sm itələnməsi

18. Passiv əllə şprisin porşenini itələyərək dərmanın dəri içinə verilməsi

19. Dərman dəri içinə yavaş-yavaş verilirərkən dəri səthindəki təxminən 6 mm'lik qabarcığın əmələ gəlməsinin müşahidə edilməsi (Şəkil 37)

- *Qabarcığın əmələ gəlməməsi dermis xaricinə yerləşməni göstərir. İynə girdiyi bucaq altında geri çəkilərək şpris uyğun şəkildə atılır. İnyeksiya üçün yeni bir dərman dozası hazırlanır.*

24. Xəstənin paltarları düzəldilərək, rahatlığının təmin olunması

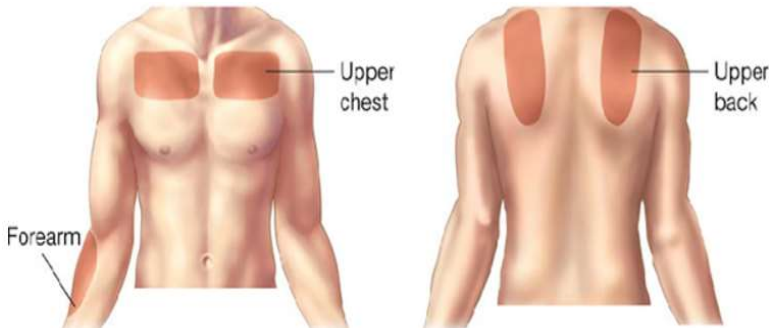
25. Çirkli alətlərin tibbi tullantıların idarə edilməsinə uyğun olaraq tullanması (Şəkil 39)

26. İstifadə olunmuş ləvazimatların yerinə qoyulması

27. Əllərin yuyulması

28. Dərmanın adı, forması, verilmə vaxtı, dozası və verilmə yolunun qeyd edilməsi

29. Xəstə və inyeksiya nahiyəsinin hər hansısa reaksiya baxımından tövsiyə olunan müddət ərzində müşahidə edilməsi və nəticənin qeyd edilməsi



Şəkil 38 İntradermal inyeksiya nahiyələri.





12.3.4.2. Subkutan inyeksiya etmə bacarığı.

Ön Hazırlıq: Tətbiq ediləcək dərman, tibbi xətkəş, qeyri-steril əlcək, uyğun antiseptik maddə (%70 spirt), təmiz pambıq, ləyən, tibbi və deşici-kəsicilərə davamlı tullantı qutusu, qırmızı və qara torbalı tibbi tullantı qutusu

Addımlar:

1. Məlumatların kontrol edilməsi
 - *Xəstənin adı, dərmanın adı, dərmanın dozası, dərmanın tətbiq edilmə yolu və dərmanın tətbiq edilmə vaxtı kontrol edilir.*
2. Əllərin yuyulması
 - Əllərin yuyulması bacarığının təlimat vərəqinə baxın.
3. Vəsaitlərin hazırlanması
4. Xəstənin kimliyinin kontrol edilməsi
 - *Xəstənin təhlükəsizliyi üçün şəxsiyyəti təsdiq edən ən az 2 vasitədən istifadə edilərək kimlik yoxlanılır. Xəstənin adı və xəstənin biləkliyindəki məlumatlar passport məlumatlarını əks etdirən digər qeydlərlə müqayisə edilir. Üçüncü bir kimlik göstəricisi olaraq mümkünsə xəstədən adını söyləməsi xahiş edilir.*
5. Proseduranın xəstəyə izah edilməsi
6. Əlcəklərin geyinilməsi
7. Xəstəyə müvafiq pozisiyanın verilməsi
 - *Qol nahiyələri və qasıq üçün semifowler, qarın nahiyəsi üçün supinə, qalçanın üst hissəsi və kürək nahiyələri üçün pronə pozisiyası verilir.*
8. Xəstənin geyiminin açılması
9. İnyeksiya nahiyəsinin təsbit edilməsi (Şəkil 40)
 - *İnyeksiya nahiyəsində dərmanın yayılma və absorbsiya sürətini azaltdığı üçün toxuma perfuziyasındakı azalma, həssaslıq, diyyün, göyərmə/şişmə olmamasına diqqət edilir.*
 - *Heparin tətbiqində hematoma yaranma riskini azalt-*

maq üçün əzələ aktivliyi az olduğuna görə mümkünsə abdominal (qarın) nahiyə seçilir.

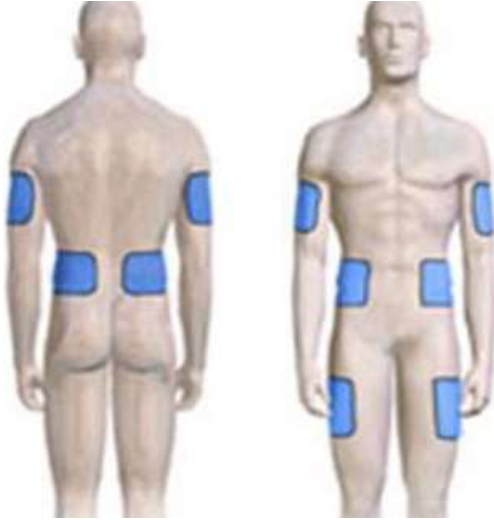
Tibbi Tullantılar	Kəsicə-Deşici Tullantılar	Məişət Tullantıları	Paket Tullantıları
<ul style="list-style-type: none"> ○ Qan və bədən mayesi/itrəzati bulamış tullantılar ○ Sərgi tullantıları ○ Qan və qan mahsulları ○ Qan üçün borucuqlar ○ Serum və qan settəri ○ Sidik-nəcis qabları ○ Laborator kultivasiya materialları ○ Bütün müayinə əlcəkləri ○ Aspirasiya kateteri ○ Patologiya tullantıları ○ İzolyasiya otağında çıxan tullana bilan bütün lavazimatlar ○ Yoluxucu xəstəliyi olan xəstələrin yemək tullantıları 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ucu ilə birgə şprislər ○ Əşya şüşəsi ○ Örtük şüşəsi ○ Neşlər ○ Təraş bıçaqları ○ Tikisələr ○ Sistem setinin iynəsi ○ Biopsiya iynələri ○ Qırıq şüşələr ○ Yaralanmaya səbəb ola biləcək bütün kəsicə-deşici alətlər 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sağlam insanların olduğu hissələr, inzibati bəlmələr, təmizlik xidmətləri, mətbəxlər, anbar və atelyelərdən gələn tullantılar ○ Yemək tullantıları 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kağız ○ Karton ○ Plastik ○ Şüşə ○ Kontamina olmamış serum şüşələri ○ Flakonlar
			
QIRMIZI TULLANTI TORBASI	SARI TULLANTI QUTUSU	QARA TULLANTI TORBASI	MAVİ TULLANTI TORBASI

Şəkil 39 Tibbi tullantıların idarə edilməsi.

- Eyni nahiyəyə tez-tez inyeksiya edilməsi və dərmanın o nahiyədə toplanması nəticəsində steril abses, lipohipertrofiya, lipoatrofiya əmələ gəlir. Qıcıqlandırıcı dərmanların bu üsulla tətbiq edilməməsi və inyeksiya nahiyələri arasında rotasiya edilməsi ilə bu vəziyyətin qarşısı alınabilir.

10. İnyeksiya nahiyəsində 2.5 sm²lik sahənin antiseptik maddəylə hopdurulmuş tamponla mərkəzdən kənara doğru dairəvi hərəkətlə silinməsi

- Dəridə qıcıqlanmanın qarşısını almaq üçün antiseptik məhlulun quruması gözlənilir.



Şəkil 40 Subkutan inyeksiya nahiyələri.

11. Tamponun passiv əlin sərçə və üzük barmağı arasında tutulması

12. Şprisin qapağının açılması

13. İnyeksiya ediləcək dəri və dərialtı toxumanın passiv əlin baş və şəhadət barmaqları arasında qavranıldığı zaman yağ toxuması azdırsa sıxışdırılması, 5 sm'dən çox bir yüksəklik əmələ gəlsə gərilməsi

14. Şprisin qələm tutar kimi və ya əl ayası

və barmaqların altında qalacaq formada tutulması

15. İynə kəsiyinin yuxarı baxacaq vəziyyətə gətirilməsi

16. İynənin dəri sıxışdırılıbsa 45° lik, gərilibsə 90° lik bucaq altında batırılması (Şəkil 41)



45° lik bucaq altında toxumaya daxil olma | 90° bucaq altında toxumaya daxil olma

Şəkil 41 Subkutan inyeksiyada toxumaya daxil olma.

17. İynə tam olaraq girdikdən sonra passiv əl ilə tutulan və ya gərilən toxumanın sərbəst buraxılması

18. Passiv əl ilə şprisin porşenini yavaşca geri çəkməklə aspirasiya edilərək, dərialtı yağ toxumasının içinə girilməsinin kontrol edilməsi

- *Subkutan inyeksiya əsnasında qan damarları nadir hallarda dəşilir. Heparin və insulin inyeksiyası zamanı aspirasiya edilməsi hematoma riskini artırır.*

19. Şprisə qan gəlməyibsə; dərmanın yavaşca dərialtı yağ toxumasına verilməsi

- *Aspirasiya əsnasında qanın gəlməsi damar içinə yerləşməni göstərir; iynə çıxarılarq şpris uyğun şəkildə tullandır. İnyeksiya üçün yeni bir dərman dozası hazırlanır.*

20. Passiv əllə iynənin giriş nöqtəsinə tamponla yavaşca təzyiq edərək aktiv əllə şprisin giriş bucağı və sürətilə geri çəkilməsi

- *İnyeksiya nahiyəsinin altında yerləşən toxumalara zərər verə biləcəyi üçün masaj edilməməlidir.*

21. İstifadə olunan şprisin iynəsinin qoruyucu qapağını bağlamadan ləyənə qoyulması

22. Əlcəklərin çıxarılması

23. Xəstənin geyimi düzəldilərək, rahatlığının təmin edilməsi

24. Çirkli ləvazimatların tibbi tullantıların idarəetmə prinsiplərinə uyğun bir şəkildə atılması (Şəkil 39)

25. İstifadə olunan ləvazimatların yerinə qoyulması

26. Əllərin yuyulması.

27. Dərmanın adı, forması, verilmə vaxtı, dozası və verilmə yolunun qeyd edilməsi.

Cədvəl Subkutan inyeksiya nahiyyələri və uyğun pozisiyalar

İnyeksiya nahiyyəsi	Xəstənin pozisiyası	İnyeksiya nahiyyəsinin müəyyən edilməsi
Bazunun lateral (yan) səthi	Xəstə oturmuşsa; İnyeksiya ediləcək olan qol qarın üzərinə qoyulmalı və ya xəstənin qolu sallaq bir vəziyyətdə gövdənin yanında durmalıdır. Xəstə uzanmışsa; Qol sinə üzərində digər çiyənə tərəf çarpazlanmalıdır.	Bazunun arxa səthində, akromion çıxıntısı ilə ulna olekranon (dirsək) çıxıntısı arasında qalan sahənin orta hissəsinə inyeksiya edilir.
Budun ön yan hissəsi (Laterofemoral)	Xəstə ayaqları sallaq şəkildə oturmalı ya da uzanmış vəziyyətdə olmalıdır.	Bud başının 10 sm altından və diz qaapağının 10 sm üstündən xəyali üfüqi xətt çəkilir. Bu iki üfüqi xəttin ortasında qalan bayır yan hissə inyeksiya nahiyyəsidir. Körpələrdə və uşaqlarda isə bud başı və diz ön-ortada xəyali şaquli bir xətlə birləşdirilir. Bu xəttin ortasının bayır kənarı inyeksiya sahəsidir.
Kürəkaltı (Skapulaaltı)	Xəstə pronə və ya lateral pozisiyada uzanmalı və ya oturmalıdır.	Kürək sümüklərinin (skapulaların) altında qalan bölgədir.

Dorsagluteal nahiyyə	Xəstə pronə və ya lateral pozisiyada uzanmalıdır.	Dorsagluteal bölgənin üstündəki bayır yan sahələrdir.
Abdominal (qarın) bölgə	Xəstə semirekumbent pozisiyada uzanmalıdır. Kaxetik xəstələrdə ən uyğun nahiyyədir.	Göbəyin 5 sm sağ və ya sol tərəfinə inyeksiya edilir.

12.3.4.3 İntromuskulyar inyeksiya etmə bacarığı.

Ön Hazırlıq: Veriləcək dərman, tibbi xətkəş, qeyri-steril əlcək, uyğun antiseptik maddə (%70 spirt), təmiz pambıq, ləyən, tibbi və deşici-kəsicilərə davamlı tibbi tullantı qutusu, qırmızı və qara torbalı tibbi tullantı qutusu.

Addımlar:

1. Qeydlərin kontrol edilməsi
 - *Xəstənin adı, dərmanın adı, dərmanın dozası, verilmə yolu və verilmə vaxtı kontrol edilir.*
2. Əllərin yuyulması
 - *Əllərin yuyulması bacarığının təlimat vərəqinə baxın.*
3. Vəsaitlərin hazırlanması
4. Xəstənin kimliyinin kontrol edilməsi
 - *Xəstənin təhlükəsizliyi üçün şəxsiyyəti təsdiq edən ən az 2 vasitədən istifadə edilərək kimlik yoxlanılır. Xəstənin adı və xəstənin biləkliyindəki məlumatlar passport məlumatlarını əks etdirən digər qeydlərlə müqayisə edilir. Üçüncü bir kimlik göstəricisi olaraq mümkünsə xəstədən adını söyləməsi xahiş edilir.*
5. Proseduranın xəstəyə izah edilməsi
6. Əlcəklərin geyinilməsi
7. Xəstəyə seçilən inyeksiya bölgəsinə uyğun pozisiya verilməsi. (şəkil 42, 43)
 - *Əzələdaxili inyeksiya; dorsogluteal, ventrogluteal, femoral (rectus femoris əzələsi), laterofemoral (vastus la-*

teralis əzələsi) və deltoid (*M. Deltoideus*) bölgələrindən tətbiq edilə bilər.

- Xəstəyə prone, lateral, supine ya da fowler's pozisiyası verilir.

Dorsogluteal bölgə üçün prone (üzüüstə) və ya lateral pozisiya, ventrogluteal bölgə üçün supine (kürəyi üstə) pozisiyası, femoral və laterofemoral bölgə üçün supina ya da fowler's pozisiyası, deltoid bölgəsi üçün fowler's pozisiyası verilir.

- Dorsogluteal bölgədən inyeksiya edərkən qalça oynaqı içə rotasiya olacaq və ayaq baş barmaqları birbirinə baxacaq şəkildə çevrilir.



Şəkil 42 Prone pozisiyası.



Şəkil 43 Lateral pozisiya.

8. Xəstənin gizliliyinə diqqət edilərək inyeksiya bölgəsinin açılması

9. İnyeksiya bölgəsinin təsbit edilməsi.

- İnyeksiya bölgəsi eksimoz, çapıq, iltihab və ya ödem baxımından dəyərləndirilir.

10. İnyeksiya bölgəsində 5 sm²'lik sahənin antiseptik maddəylə hopdurulmuş tamponla mərkəzdən xaricə doğru dairəvi hərəkətlə silinməsi

- Dəridə qıcıqlanmanın qarşısını almaq üçün antiseptik məhlulun quruması gözlənilir.

11. Tamponun passiv əlin çəçələ və üzük barmağı arasına qo-

yulması

12. Şprisin qapağının açılması

13. Dəri və dərialtı toxumanın passiv əlin baş və şahadət barmağı ilə gərilərək basılması

14. Şprisin aktiv əl ilə qələm tutar kimi dəriyə 90° lik bucaq altında tutulması

15. İynə sürətlə və bir dəfəyə batırılaraq dərialtı toxumadan keçib əzələyə girilməsi

16. İynə uzunluğunun $\frac{3}{4}$ nisbətdə batırılması

- *Qırılma baş verərsə iynənin asanlıqla çıxarıla bilməsini təmin edir.*

17. Passiv əl ilə şprisin porşeni geri çəkilərək qan qəlib gəlməməsinin kontrol edilməsi

18. Şprisə qan gəlməmişsə; dərmanın yavaş bir şəkildə əzələ içinə verilməsi

- *Aspirasiya əsnasında qanın gəlməsi intravenoz yerləşməni göstərir, iynə çıxarılaraq şpris uyğun formada atılır. İnyeksiya üçün yeni bir dərman dozası hazırlanır.*

19. Passiv əl ilə iynənin giriş nöqtəsinə tampon yavaşca basaraq aktiv əl ilə şprisin bucağı və sürətlə geri çəkilməsi

20. İnyeksiya nahiyəsinə tamponla təzyiq edilməsi

- *İnyeksiya nahiyəsinin altında olan toxumalara zərər vermə biləcəyi üçün masaj edilməməlidir.*

21. İstifadə olunan şprisin iynəsinin qoruyucu qapağını bağlamadan ləyənə qoyulması

22. Ölcəklərin çıxarılması

23. Xəstənin geyimi düzəldilərək, rahatlığının təmin edilməsi

24. Çirkli ləvazimatların tibbi tullantıların idarəetmə prinsiplərinə uyğun bir şəkildə atılması.

25. İstifadə olunan ləvazimatların yerinə qoyulması

26. Əllərin yuyulması

27. Dərmanın adı, forması, verilmə vaxtı, dozası və verilmə yolunun qeyd edilməsi.

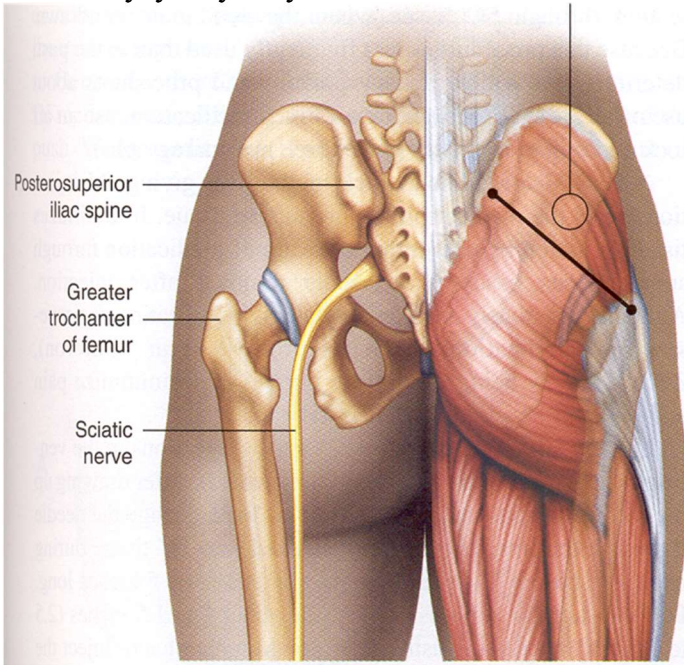
Dorsogluteal nahiyəyə intramuskulyar (əzələdaxili) inyeksiya.

Dorsogluteal nahiyədən intramuskulyar inyeksiya edərkən xəstəyə prone (üzüüstə) ya da Lateral (yan yatış) pozisiyası verilir.

Dorsogluteal nahiyədən inyeksiya edərkən üzüüstə uzanmış xəstənin qalça oynaqı içəriyə doğru rotasiya edəcək şəkildə və baş barmaqlar bir-birinə baxacaq şəkildə ayaqlar içəriyə çevrilir.

Dorsogluteal nahiyədən inyeksiya edərkən inyeksiya nahiyəsi 2 üsulla müəyyən edilir:

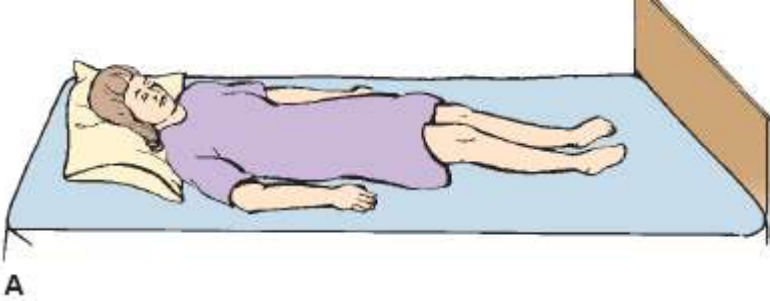
1. Spina iliaca anterior superior (ön yuxarı qalça tını) ilə büzdümlü xəyalı bir xətlə birləşdirilir. Bu xəyalı xətt üç bərabər hissəyə bölünərək, crista iliaca anterior superiora'a yaxın olan nahiyəyə inyeksiya edilir.



Şəkil 44 Dorsogluteal nahiyəyə inyeksiyada nahiyənin təsbit edilməsi.

Ventrogluteal nahiyəyə intramuskulyar inyeksiya.

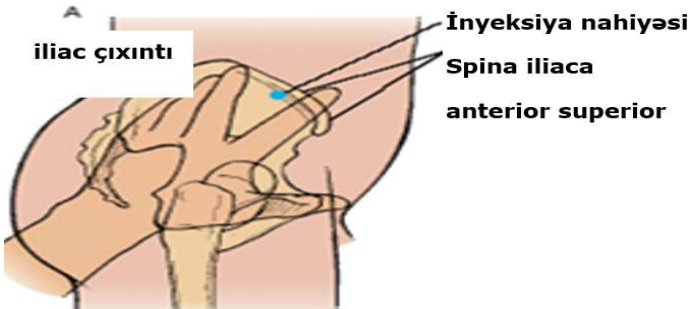
Ventrogluteal nahiyədən intramuskulyar inyeksiya edərkən xəstəyə supine (kürəyi üstə), lateral ya da prone pozisiyası verilir.



Şəkil 45 *Supine pozisiyası.*

Ventrogluteal nahiyədən intramuskulyar inyeksiya edərkən inyeksiya nahiyəsi aşağıdakı üsulla müəyyən edilir:

1. Xəstə üzüstə uzanmışsa, baş barmaqlar bir-birinə baxacaq şəkildə ayaqlar içəriyə çevrilməlidir. Yanı üstə uzanmış pozisiyada isə üstdəki ayaq dizdən və çanaqdan bükülərək altdakı ayağın önünə qoyulur. Kürək üstü uzanmış pozisiyada isə dizlər qarına doğru bükülməlidir.



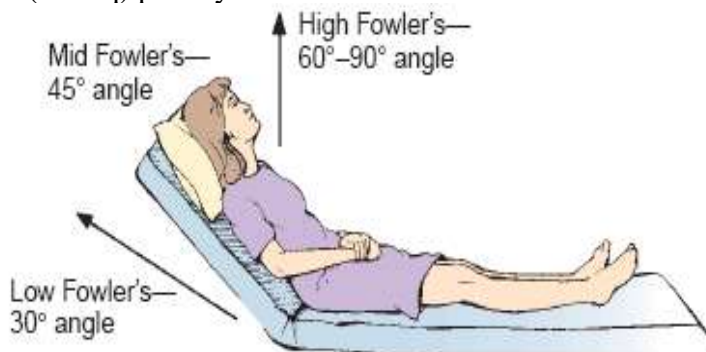
Şəkil 46 *Ventrogluteal inyeksiya edərkən nahiyənin təsbit edilməsi.*

2. Ventrogluteal nahiyədə inyeksiya sahəsini müəyyənləşdirmək üçün ovuc içi budun böyük burmasının üzərinə

qoyulur. Şəhadət barmağı spina iliaca anterior superiora baxır, orta barmaq ondan 'V' şəklində uzaqlaşdırılır. Uzaqlaşdırılan nahiyənin mərkəzinə infeksiya edilir. Sağ nahiyəyə işlənirsə sol əllə, sol nahiyəyə işlənirsə sağ əllə aparılır.

Bud nahiyəsinə intramuskulyar inyeksiya.

Bud nahiyəsinə intramuskulyar inyeksiya edərkən Fowler's (oturaq) pozisiyası verilir.



F

Şəkil 47 Fowler's pozisiyası.

Bud nahiyəsindən intramuskulyar inyeksiya edərkən inyeksiya nahiyəsi aşağıdakı üsulla müəyyən edilir:

1. Böyük burma ilə diz arasındakı bud nahiyəsi üç bərabər hissəyə bölünür. Ortada qalan hissənin 1/3-lik ön orta hissəsi inyeksiya sahəsidir.

Laterofemoral nahiyəyə intramuskulyar inyeksiya.

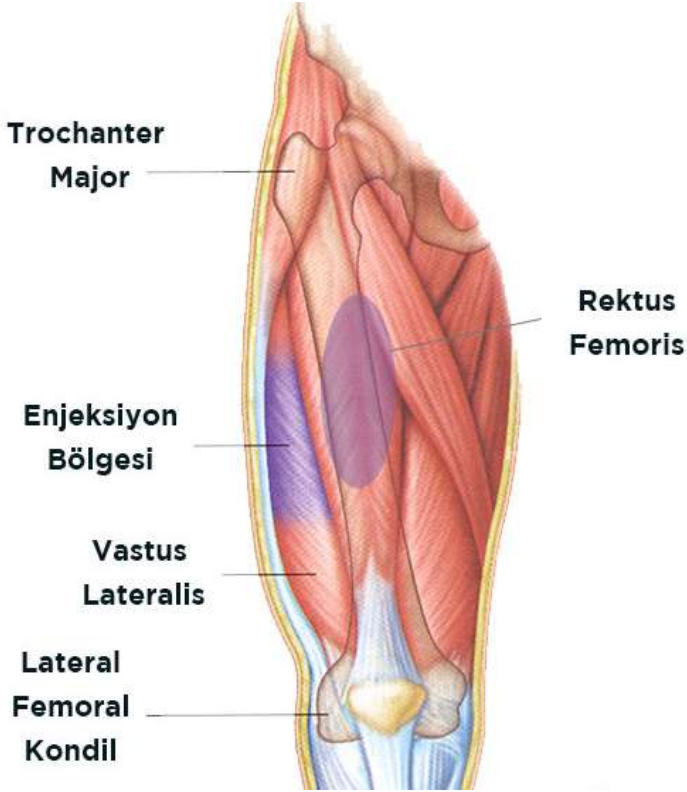
Laterofemoral nahiyəyə intramuskulyar inyeksiya edərkən Fowler's (oturaq) pozisiyası (Şəkil 47) verilir.

Laterofemoral nahiyədən intramuskulyar inyeksiya edərkən inyeksiya nahiyəsi aşağıdakı üsulla müəyyən edilir:

1. Böyük burma ilə diz arasındakı bud nahiyəsi üç bərabər hissəyə bölünür. Ortada qalan hissənin 1/3-lik xarici (tış) orta hissəsi inyeksiya sahəsidir.

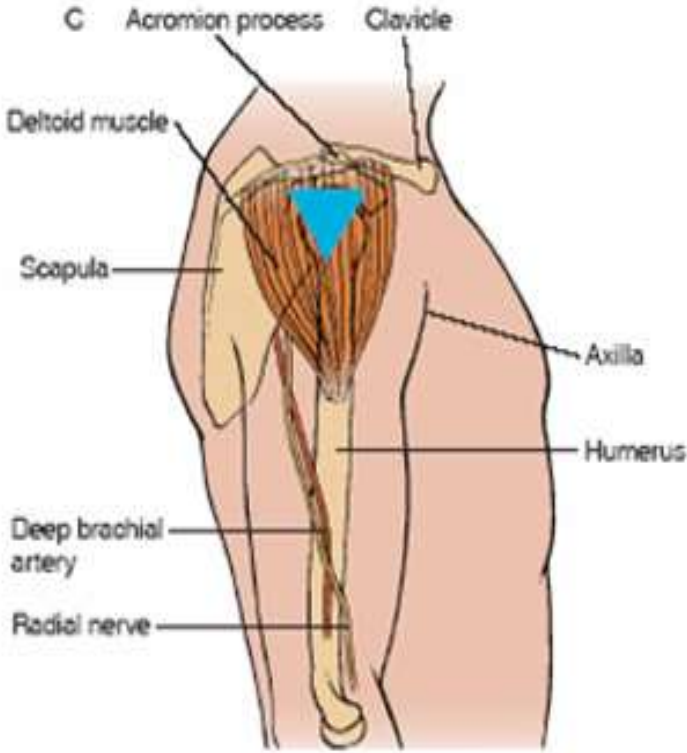
Deltoid nahiyəyə inyeksiya.

Deltoid nahiyədən inyeksiya edərkən inyeksiya nahiyəsi 2 üsulla müəyyən edilir:



Şəkil 48 Laterofemoral və bud nahiyəsinə inyeksiya edərkən nahiyənin təsbit edilməsi.

1. Akromion çıxıntı ilə qolun aksilyar xətti arasındakə sahə müəyyən edilir və bu sahədə əmələ gələn üçbucağın orta nöqtəsinə inyeksiya edilir. Sərçə barmaq akromion çıxıntının üzərində olmaq şərtilə dörd barmaq deltoid əzələsinin üzərinə qoyulur və akromion çıxıntının altındakı üç barmaqlıq sahəyə inyeksiya edilir.



Şəkil 49 Deltoid nahiyyəsinə inyeksiya edərkən inyeksiya nahiyyəsinin təsbit edilməsi.

12.3.4.4 İntravenoz inyeksiya etmə bacarığı.

Ön Hazırlıq: Tətbiq olunacaq dərman, tibbi xətkəş, qeyri-steril əlcək, uyğun antiseptik maddə (%70 spirt), təmiz pambıq tampon, rezin qaytan, tibbi müşəmbə, ləyən, tibbi və dəşici-kəsicilərə davamlı tullantı qutusu, qırmızı və qara torbalı tibbi tullantı qutusu

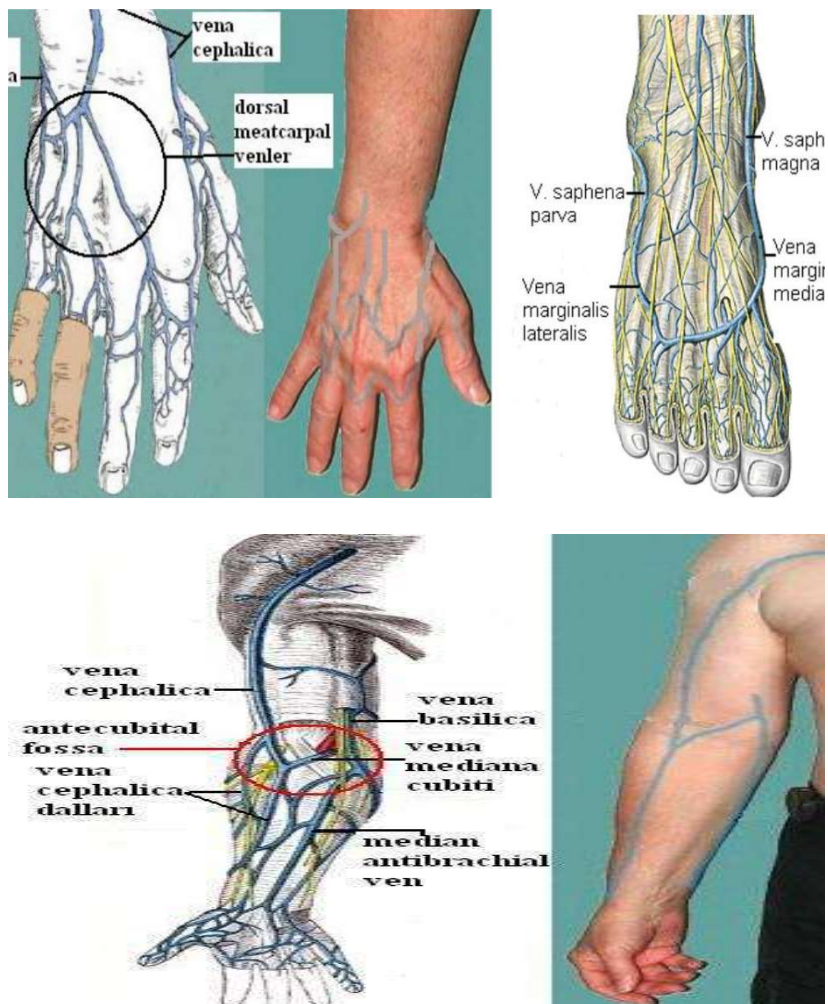
Addımlar:1. Qeydlərin kontrol edilməsi

- *Xəstənin adı, dərmanın adı, dərmanın dozası, dərmanın*

verilmə yolu və dərmanın verilmə vaxtı kontrol edilir.

2. Əllərin yuyulması
 - Əllərin yuyulması bacarığının təlimat vərəqinə baxın
3. Vəsaitlərin hazırlanması
4. Xəstənin kimliyinin kontrol edilməsi
 - *Xəstənin təhlükəsizliyi üçün şəxsiyyəti təsdiq edən ən az 2 vasitədən istifadə edilərək kimlik yoxlanılır. Xəstənin adı və xəstənin biləkliyindəki məlumatlar passport məlumatlarını əks etdirən digər qeydlərlə müqayisə edilir.*
 - *Üçüncü bir kimlik göstəricisi olaraq mümkünsə xəstədən adını söyləməsi xahiş edilir.*
5. Proseduranın xəstəyə izah edilməsi
6. Əlcəklərin geyinilməsi
7. Xəstəyə müvafiq pozisiyanın verilməsi
 - *Xəstəyə supinə və ya semiflower pozisiyası verilir.*
 - *Ətraflar ürək səviyyəsindən aşağıda olmalıdır.*
8. Xəstənin paltarının açılması
9. Uyğun venanın seçilməsi (Şəkil 50)
 - *Qolda bazilik və sefalik venalar ilə dirsəkaltı çuxurda median kubital vena seçilir.*
 - *Əl üzərində, dorsal metakarpal vena seçilir.*
 - *Körpələrdə və uşaqlarda baş nahiyəsindəki venalar seçilə bilər.*
 - *İnyeksiya ediləcək nahiyə seçilərkən xəstənin keçirdiyi cərrahi əməliyyat, arterio-venoz fistula, qan dövranı çətinləşməsi, çapıq və düyün kimi hallar diqqətə alınır.*
10. Seçilən nahiyənin altına müşəmbənin qoyulması
11. Rezin qaytanın arterial qan axışına mane olmayacaq şəkildə inyeksiya ediləcək venanın 10-15 sm yuxarısında bağlanması
 - *Rezin qaytan venoz qan dövranına mane olaraq toxumaların oksigensiz qalmasına səbəb olduğuna görə 2 dəqiqədən artıq bağlı qalmamalıdır.*
12. Antiseptik maddəylə hırpandırılmış tamponla venaya girilə-

cək nahiyənin 5 sm² lik sahədə dairəvi olaraq ya da bir dəfəyə aşağıdan yuxarıya doğru silinməsi



Şəkil 50 İntravenoz inyeksiya nahiyəsinin təsbit edilməsi.

13. Quru tamponun passiv əlin çəçələ və üzük barmaqları arasında tutulması

14. Şprisin qapağının açılması

16. Aktiv əli tərپətmədən, qolu tutan passiv əl sərbəst buraxılıb porşeni geri çəkərək qan gəlib-gəlmədiyinin kontrol edilməsi

- *Qan gəlirsə, iynə damar mənəfəzindədir.*
- *Qanın gəlmədiyi halda iynə çıxarılaraq şpris uyğun şəkildə atılır. İnyeksiya üçün yeni bir dərman dozası hazırlanır.*

20. İnyeksiya nahiyəsinə tamponla təxminən 2-3 dəqiqə qanaxma dayanana qədər təzyiqliq tətbiq edilməsi

- Qanaxmanı artırdığı üçün xəstəyə qolunu bükməməsi deyilir.

21. İstifadə olunan şprisin iynəsinin qoruyucu qapağını bağlamadan ləyənə qoyulması

22. Əlcəklərin çıxarılması

23. Xəstənin geyimi düzəldilərək, rahatlığının təmin edilməsi

24. Çirkli ləvazimatların tibbi tullantıların idarəetmə prinsiplərinə uyğun bir şəkildə atılması.

25. İstifadə olunan ləvazimatların yerinə qoyulması

26. Əllərin yuyulması

27. Dərmanın adı, forması, verilmə vaxtı, dozası və verilmə yolunun qeyd edilməsi.

12.3.4.5 İntravenoz infuziya bacarığı.

Ön Hazırlıq: İnfuziya üçün məhlul, tibbi xətkəş, Angio-cath (vazofiks)(16-18-20-22-24 nömrələrdən uyğun ölçüdə olan), infuziya dəsti, infuziya dəsti asılıqanı, plaster, böyrək ləyən, qeyri-steril əlcək, uyğun antiseptik maddə (%70 spirt), təmiz pambıq tampon, rezin qaytan, müşəmbə, ləyən, tibbi və de-

şici-kəsicilərə davamlı olan tullantı qutusu, qırmızı və qara torbalı tibbi tullantı qutusu.

Addımlar:

1. Əllərin yuyulması
 - *Əllərin yuyulması bacarığının təlimat vərəqinə baxın.*
2. İntravenoz məhlulun stasionar xəstə üçün təyinat vərəqi ilə, ambulator xəstə üçün isə reseptlə müqayisə edərək kontrol edilməsi;
3. Vəsaitlərin hazırlanması;
4. İntravenoz məhlulun düzgünlüyü, dərman və vəsaitlərin son istifadə tarixi və sterillik baxımından kontrol edilməsi;
5. Əlcəklərin geyinilməsi
 - *Dərini qıcıqlandırma xüsusiyyətinə sahib olan dərmanlar hazırlanacaqsa dərminin qıcıqlanmasının və dərmanın dəridən absorbsiyasının qarşısını alır.*
6. İnfuziya dəstinin paketinin açılması;
7. İnfuziya üçün məhlul şüşə qabdadırsa, plastik asılqanın taxılması
 - *Mediflex məhlulların asılqanı üzərində olur.*
8. İnfuziya üçün məhlul şüşə qabdadırsa plastik disk qapağın altındakı rezin tıxac kontaminə edilmədən açılması, mediflexdirsə giriş qatındakı plastik qoruyucunun çıxarılması;
9. İnfuziya dəstinin məhlul şüşəsinə girəcək olan ucundakı qapağın çıxarılması;
10. Uc hissəsinin infuziya məhlulu şüşə qabdadırsa, rezin tıxacın tam ortasından; mediflexdirsə giriş qatından sürətlə içəri daxil edilməsi
11. Mayenin axışını nizamlayan baraban və ya metal sıxıcısının bağlanması
12. Venadaxili infuziya üçün məhlul qabının tərsinə çevrilərək infuziya dəsti asılqanına asılması
13. İnfuziya dəstinin əgər varsa havalandırma qapağının açılması
14. İnfuziya dəstinin damlalığının baş və şəhadət barmaqları

- arasında sıxıb buraxaraq yarıya qədər məhlulla doldurulması
15. İnfuziya dəstinin kateterə bağlanacaq olan hissəsinin qoruyucusunun çıxarılması
 16. Qoruyucu hissənin kontaminə edilmədən böyrək ləyəninin içinə doğru yuxarıdan tutulması
 17. Baraban və ya metal sıxac açılıb infuziya dəstinin içindən məhlulun keçməsinə təmin edərək hava qabarcıqlarının çıxarılması
 18. İnfuziya dəstində hava qalmayanda, dəstin maye axışını tənzimləyən baraban və ya metal sıxacın bağlanması
 19. İnfuziya dəstinin kateterə bağlanacaq hissəsinin qoruyucusunun taxılması;
 20. İnfuziya dəstinin uc hissəsinin taxılana qədər infuziya dəsti asılqanına asılması;
 21. Əlcəklərin çıxarılması;22. Əllərin yuyulması.



Şəkil 51 İnfuziya dəsti.



Şəkil 52 İnfuziya üçün məhlul.



Şəkil 53 Vazafix



Şəkil 54 İnfuziya dəsti asılığarı.



Nömrə	Rəng	lyne diametr (mm)	lyne uzunluğu
14	Narıncı	2.10	45
16	Boz	1.75	45
18	Yaşıl	1.20	45
20	Çəhrayı	1.11	32
22	Mavi	0.80	25
24	Sarı	0.60	19

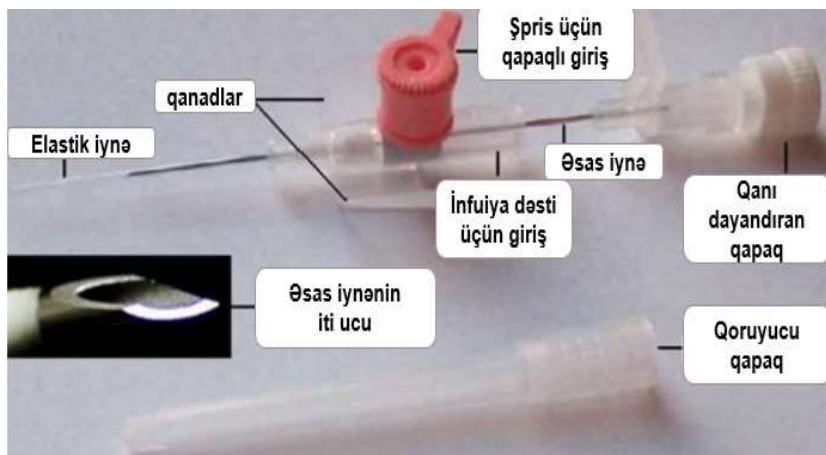
Şəkil 57 Katertrin hissələri.



Şəkil 55 Damcı nizamlama dəsti (doziflowmetr)



Şəkil 56 Kəpənək.



Şəkil 58 Katetrlər.

İNTRAVENOZ KATETERLƏ DAMAR YOLUNUN AÇILMASI

1. Qeydlərin kontrol edilməsi

- *Xəstənin adı, intravenoz dərmanın adı və dozası, verilmə yolu və verilmə vaxtı kontrol edilir.*



2. Əllərin yuyulması
3. Vəsaitlərin hazırlanması
4. Kateteri təsbit etmək üçün istifadə olunacaq plasterlərin hazırlanması
5. Plasterlərin birinin üzərinə tarix, saat və tətbiqin adının yazılması
6. Xəstənin kimliyinin kontrol edilməsi

Şəkil 59 Jqut.

- *Xəstənin təhlükəsizliyi*

üçün şəxsiyyəti təsdiq edən ən az 2 vasitədən istifadə edilərək kimlik yoxlanılır. Xəstənin adı və xəstənin biləkliyindəki məlumatlar passport məlumatlarını əks etdirən digər qeydlərlə müqayisə edilir. Üçüncü bir kimlik göstəricisi olaraq mümkünsə xəstədən adını söyləməsi xahiş edilir.

7. Proseduranın xəstəyə izah olunması

8. Əlcəklərin geyinilməsi

- Dərini qıcıqlandırma xüsusiyyətinə sahib olan dərmanlar hazırlanacaqsa dərinin qıcıqlanmasının və dərmanın dəridən absorbsiyasının qarşısını alır.

9. Xəstəyə pozisiyanın verilməsi

- *Xəstəyə supinə və ya semi-fowler's pozisiyası verilir.*
- *Ətraflar ürək səviyyəsindən aşağıda qalacaq şəkildə olmalıdır.*

10. Xəstənin paltarlarının açılması

11. Uyğun venanın seçilməsi

- *Qolda bazilik və sefalik venalar ilə dirsəkaltı çuxurda median kubital vena seçilir.*
- *Əl üzərində dorsal metakarpal vena seçilir.*
- *Körpələrdə və uşaqlarda baş nahiyəsindəki venalar seçilə bilər.*
- *İnyeksiya ediləcək nahiyə seçilərkən xəstənin keçirdiyi cərrahi əməliyyat, arterio-venoz fistula, qan dövranı çətinləşməsi, çapıq və diüyn kimi hallar diqqətə alınır.*

12 Seçilən nahiyənin altına müşəmbənin qoyulması

13. Rezin qaytanın arterial qan axışına mane olmayacaq şəkildə inyeksiya ediləcək venanın 10-15 sm yuxarısında bağlanması

- *Rezin qaytan venoz qan dövranına mane olaraq toxumaların oksigensiz qalmasına səbəb olduğuna görə 2 dəqiqədən artıq bağlı qalmamalıdır.*

14. Antispetik maddəylə hopdurulmuş tamponla venaya gi-

riləcək nahiyənin

5 sm² lik sahədə dairəvi olaraq ya da bir dəfəyə aşağıdan yuxarıya doğru silinməsi

15. Uyğun ölçülərdə seçilmiş kateter paketinin açılması

16. Kateterin qoruyucu qapağının çıxarılması

17. Passiv əlin baş barmağı ilə damara giriləcək sahənin bir az altından dəri aşağıya doğru çəkilərək dərinin dartılması və digər barmaqlar ilə ətrafın tutulması

18. Kateterin uc kəsiyi yuxarı olmaq şərtilə, venaya giriləcək bölgənin 1 sm aşağısından, əvvəlcə 15°-30° lik bucaq altında venaya paralel şəkildə dəriyə girilməsi, venaya girdikdən sonra isə bucağı azaldaraq vena boyunca yeridilməsi

- *Venaya daxil olduqda, kateterin arxa hissəsinə qanın gəlməsi müşahidə olunur.*

19. Kateterin ucunda qan görülənə qədər vena boyunca yeridilməsi

20. Passiv əlin baş barmağı ilə venanın üst hissəsindən təzyiq edərək aktiv əl ilə kateterin içərisində olan iynə hissəsinin 1 sm geri çəkilməsi

21. Plastik olan xarici hissənin vena boyunca axıra qədər yeridilməsi

22. Rezin qaytanın açılması

23. Kateter qoyulan venanın üst hissəsindən kateteri tutmayan əlin baş barmağı ilə təzyiq edərək, digər əl ilə kateter və infuziya dəstinin birləşməsinin möhkəmləndirilməsi

24. Infuziya dəstinin maye axışını tənzimləyən baraban və ya metal sıxacın aşılması və bir neçə dəqiqəyə infuziya məhlulunun sürətlə buraxılması

25. Hər hansısa ağırlaşma baş vermədisə (venada şişmə, infiltrasiya kimi) axın sürətinin azaldılması

26. Kateterin plaster ilə təsbit edilməsi

27. Əlcəklərin çıxarılması

28. Mayenin axın sürətinin müəyyən edilməsi üçün bir dəqiqə ərzində göndiriləcək damcı sayına çatana qədər baraban

və ya metal sıxac vasitəsilə sürətin tənzimlənməsi

29. Xəstənin geyimini düzəldərək, rahatlığının təmin olunması

30. Çırkənlənmiş ləvazimatların tibbi tullantıların idarə olunması prinsiplərinə uyğun şəkildə tullanması

31. İstifadə olunmuş ləvazimatların yerinə qoyulması

32. Əllərin yuyulması

33. İntravenoz məhlulun adı, forması, verilmə vaxtı, dozası və verilmə yolunun qeyd olunması



Şəkil 60 İnfuziya cihazı.

İNTRAVENOZ İNFUZIYA TƏTBİQİNİN SONLANDIRILMASI

1. Əllərin yuyulması
2. Ölçəklərin geyinilməsi
3. Mayenin axışını tənzimləyən baraban və ya metal sıxacın bağlanması
4. Kateteri təsbit edən plasterin çıxarılması
5. Passiv əl ilə kateterin giriş nöqtəsinə tamponu yavaşca

basaraq, aktiv əl ilə kateterin giriş bucağı altında geri çəkilməsi

6. İnyeksiya nahiyəsinə tamponla təxminən 2-3 dəqiqə qanama dayanana qədər təzyiqlik tətbiq edilməsi

7. Ölçəklərin çıxarılması

8. Xəstənin geyimi düzəldilərək, rahatlığının təmin olunması

9. Çıxarılmış ləvazimatların tibbi tullantıların idarə olunması prinsiplərinə uyğun şəkildə tullanması.

10. İstifadə olunmuş ləvazimatların yerinə qoyulması.

11. Əllərin yuyulması.

13.1.1 Hipetermiya.

Bədəndə istiliyin əmələ gəlməsi ilə istiliyin verilməsi prosesləri arasındakı tarazlığının – istilik tənzipinin pozulması insanın bədən temperaturunun normadan çox yüksəlməsinə – **hipertermiyaya** (qızdırmaya) səbəb olur.

Temperaturun artmasının 5 dərəcəsi müəyyən edilir: 1) Subfebril – 37-38. C, 2) febril – 38-39. C, 3) Yüksək – 39-40. C, 4) Çox yüksək – 40. C - dən çox, 5) Hiperpiretik – 41-42 . C.

Təxirəsalınmaz yardım:

- xəstənin alınına, ürək nahiyəsinə yaş dəsmal, boyunda hər iki tərəfdə yuxarı arteriyalarının, qasıqda isə hər iki bud arteriyalarının üzərinə buz qovuqları qoyulur;
- xəstənin bədənini soyuq suda isladılmış yaş dəsmalla silinir;
- uşaqlarda alınaya soyuq suda isladılmış yaş dəsmal qoyulur, hər iki baldır yaxud döş qəfəsi soyuq suda isladılmış yaş əskiyə bükülür. 5 dəq.dən sonra yaş əski götürülür, hərərət qalxdıqda təkrarən qoyulur (qoyulan əskinin temperaturu uşağın temperaturundan 10-150 C aşağı olmalıdır);

- mədəyə zond salınıb soyuq su ilə yuyulur, soyuq su ilə imalə aparılır;
- içməyə çoxlu maye verilir;
- uşaqlarda düz bağırsağa hərərətəsalıcı şam yeridilir;
- xəstəyə litik qarışıq vurulur 4,0 ml 50%-li analgin 1,0 ml 1%-li dimedrol 2,0 ml papaverin;
- mərkəz mənşəli hipertermiyada neyroleptiklər(0,25%-li 10,0 ml droperidol yaxud 2,5%-li 2,0 ml aminazin) vurulur;
- bədxassəli qızdırmada venaya 1-2 mq\kq dozada dantrolen yeridilir;
- yüksək olmayan hərərətlərdə xəstəyə 0,5 q parasetamol, yaxud aspirin (xora xəstəliyi olmazsa) verilir.

13.1.2. İsteriya.

İsterik tutmalar epilepsiya tutmasına çox oxşardır. Adətən o, gündüz vaxtı insanların çox olduğu yerlərdə baş verir. Bu cür isteriyaya tutulan xəstə hansısa psixi zədəyə yaxud cüzi bir hadisəyə cavab reaksiyası verir.

Tutma xəstənin yıxılmasından başlayır, lakin o yığıldıqda çalışır ki, zədələnməsin. Tutma zamanı şüür itmir, qıcolmalar çox ehtimal qəribə xarakter daşıyır, xəstə başqalarının diqqətini öz hərəkətləri ilə cəlb etməyə çalışır. Xəstə bədənini çox əyərək təkcə peysər və dabanları ilə yerə toxunur. Gözləri bağlı olur, kimsə onları açmaq istəyəndə, o müqavimət göstərərək göz bəbəklərini axıdır. Bəbəklərin işığa reaksiyasını yoxlamaq çətin olur, imkan olduqda bir qayda olaraq, reaksiya normal olur.

Tutma zamanı xəstə dodaqlarını və dilini bərk dişləyir, hətta bəzən qan çıxana qədər, lakin epilepsiya tutmuş xəstələrdən fərqli olaraq, dilin ucunu dişləyir. Xəstənin ağzından bol tüpürçək axır, lakin o epilepsiyadakı kimi çəhrayı olmur. İsteriyaya tutulmuşun üzü göyərmişdir.

Tutmanın tonik mərhələsindən sonra bəzi hallarda, klonik qıcolmalar başlayır, lakin epilepsiya qıcolmalarından fərqli olaraq qarışıq yaxud müəyyən məqsədə yönəldilmiş olur. Çox vaxt xəstələr paltarını cırır, yaxud saçını yolur, başını yerə vururlar, ağlayır, zarıldaıyır, dişlərini qıcaıyırlar. İsteriyaya tutulmuş xəstələr tutmadan sonra koma vəziyyətinə düşmür, onlarda tutmadan sonrakı yuxu olmur və bir qayda olaraq, onlar baş verəni anlayırlar.

Təxirəsalınmaz yardımın effektiv olmasının əsas vacib şərtlərindən biri epilepsiya tutmasının ona oxşar olan isteriya tutmalarından ayırd edilməsidir. Diaqnoz kliniki əlamətlər və elektroensefaloqramma vasitəsi ilə müəyinə nəticələri əsasında qoyulur.

Təxirəsalınmaz yardım:

- Tutma zamanı xəstəni yumşaq bir yerə uzatmaq lazımdır və yaxasında olan düymələri açmaq lazımdır;
- Onun ətrafında vurnuxmaq lazım deyil, belə hərəkətlər xəstəni daha da coşdurur;
- Xəstənin yanında artıq adamlar olmamalıdır və onu tez özünə gətirmək üçün xəstəyə naşatır spirti ilə isladılmış pambıq iylətmək yaxud onu gicgahlarına sürtmək lazımdır;
- Xəstə sakit olandan sonra, yanındakılar özlərini elə aparmalıdırlar ki, ciddi heç nə baş verməyib;
- Xəstəni inandırmaq lazımdır ki, onu narahat edən dəyişikliklər təhlükəli deyil;
- Xəstəni tam sakit etmək üçün ona hər hansı bir sedativ dərman vermək lazımdır.

13.1.3. Epilepsiya

Epilepsiya – əsas əlaməti təkrarlanan və adətən provokasiya olunmayan (refleks epilepsiyalar istisna olmaqla) epilepsiya

tutmaları (ET) olan, müəyyən sindromlar zamanı şəxsiyyətin dəyişilməsinin xüsusi tipi və psixi pozuntularla müşayiət edilən müxtəlif etiologiyalı heterogen xəstəliklər qrupudur. Epilepsiya tutması – baş beyin neyronlarının həddən artıq güclü, hipersinxron boşalmasının klinik təzahürüdür. ET epileptik boşalmalara cəlb olunmuş baş beyin şöbələrinin funksional vəziyyətindən asılıdır və bu zaman ali baş beyin funksiyalarının pozulması, düşüncənin pozulması, anomal sensor və psixi hissiyyatlar, hərəkəti (motor) pozuntular, yayılmış tutmalar müşahidə olunur.

Təxirəsalınmaz yardım:

- Xüsusilə, böyük tutmalar zamanı xəstənin ağızından gələn köpük və tüpürcəyin xəstənin boğazına gedib nəfəs yolunu tutmaması üçün rahat nəfəs ala biləcəyi bir şəkildə uzatmaq lazımdır
- Tutma zamanı özünü yaralamaması və başının harasa dəyməsinin qarşısını almaq üçün mümkün qədər yumşaq yerə yatırılrsa yaxşı olar. Çənədə kilidlənmə olduğu zamanlarda qaşığı, taxta kimi hər hansı bir cisim və ya əllə xəstənin ağızının açıq saxlamağa və ya açmağa cəhd edilməsi doğru davranış deyil. Unutmayın, qorxduğunuz dil qatlanmasından xəstə heç vaxt ölməz! Amma belə müdaxilələr zamanı həm özünüz yaralana bilərsiniz ,həm də xəstənin dişinin qırılmasına, çənə sümüyünün və ağız boşluğunun zədə almasına səbəb ola bilərsiniz. Eyni zamanda xəstə nəfəs almaqda da çətinlik çəkə bilər.
- Tutmanın tez qurtarması üçün xəstənin üzərinə su atmaq, nəşə qoxlatmaq, şillə vurmaq da düzgün davranışlardan deyil! Bu tutmalar beyin mənşəli olduğu üçün sizin hər hansı, belə müdaxilənilə deyil, beyindəki anormal fəaliyyətlər bitincə , tutmalar da sönəcəkdir.

Əksərən tutmalar 1-3 dəqiqə içində keçib gedir. Ancaq 5 dəqiqədən çox davam edərsə xəstə mümkün qədər tez bir za-

manda xəstəxanaya çatdırılmalıdır.

- Tutma keçəndən sonra xəstənin qarşısında diz üstə durun və bir qolunu dirsəkdən bükülü vəziyyətdə döşəməyə uzadın. O biri qolunu ehməlcə götürüb çarpaz vəziyyətdə başının altına qoyun. Digər əlinizlə xəstənin ayağını özünüə tərəf çəkərək yavaşca çevirin, sonra xəstənin ayağını yarıbükülü vəziyyətdə döşəməyə qoyun. Rahat nəfəs ala bilsin deyə xəstənin başını düz vəziyyəte gətirin.

13.1.4. Bayılma.

Bayılma (və ya sinkopal vəziyyət) – beyin qan dövranının müvəqqəti azalması – baş beynin kəskin işemiya nəticəsində huşun qəflətən və qısa müddətli itirilməsidir. Serebral damar tonusunun kəskin enməsi nəticəsində baş verən bayılma ən çox psixi travma almış, stress vəziyyətində olan, qorxu keçirən insanlarda müşahidə edilir. Həmçinin anemiya, fiziki yorğunluq, üzülmə, hamiləlik və digər bu kimi hallarda da bayılmanın baş verməsinə şərait yaradılır.

Bayılmanın əsas etioloji səbəbləri aşağıdakılardır: ağrı, qorxu və qan görmək; bir sıra dərmanların qəbulu; daxili qanaxma; ürək xəstəlikləri (aritmia, qüsurlar, infarkt); epilepsiya.

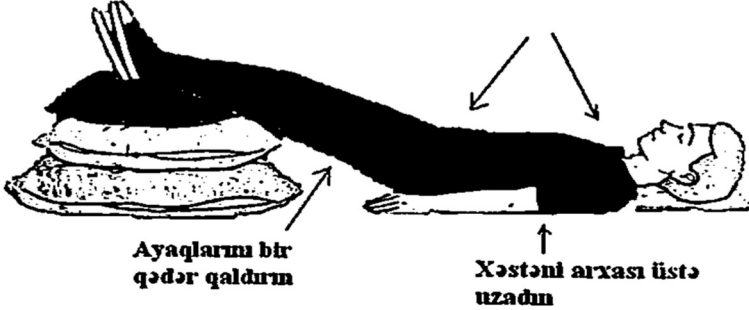
Əksər hallarda bayılmanın əsasında funksional nevroitik reaksiyalar durur. Bəzən bayılmadan əvvəl xəstələr ürəkbulanma, havaazlığı, başgicəllənmə, ümumi zəiflik, gözlərin qaralması və s. kimi hallar hiss edirlər. Bayılma zamanı huş qısa müddətli itir, dəri və selikli qişalar kəskin avazıyır, tənəffüs seyrəkləşir, nəbz zəifləyir və bəzən A/T bir qədər enir. Bayılma bir neçə saniyədən bir neçə dəqiqəyədək davam edir. Xəstədə göz bəbəkləri daralsa da işığa reaksiya saxlanılır.

Otağa təmiz
hava axımını
təmin edin



Boyun və döş qəfəsini sıxan
paltarların yaxasını açın

Kəməri boşaldın



Ayaqlarını bir
qədər qaldırın

Xəstəni arxası üstə
uzadın

Şəkil 61 İlk yardım.

Təxirəsalınmaz yardım:

- xəstə başı gövdədən aşağı olmaqla ona horizontal vəziyyət verilir ki, baş beyinə qan axımı güclənsin;
- döş qəfəsini sıxan paltarların yaxası açılır;
- qapı və pəncərələr açılaraq otağın havası təzələnilir;
- xəstənin üzünə və boynuna soyuq su çiləyir yaxud sifətinə yüngülcə şillələyirlər;
- tənəffüs və damar-hərəkət mərkəzləri oyatmaq məqsədilə xəstəyə naşatır spirti iylədilir (naşatır spirti isladılmış pambıq burundan 5 sm aralı tutulmalıdır, əks təqdirdə tənəffüsün dayanması ola bilər);
- içməyə isti şirin çay, yaxud kofe verilir;
- bu tədbirlər kömək etmədikdə xəstəyə 2 ml kordiamin (yaxud 2 ml 10%-li sulfokanfokain, ya da 2 ml 20%-li kamfora məhlulu) və 1ml 10%-li kofein vurulur (xəstədə bu dərmlərə allergiya olmayan hallarda);
- xəstənin huşu və tənəffüsü bərpa olunandan sonra xəstəxanaya göndərilir.

13.1.4. Kollaps.

Kollaps - arterial təzyiqin kəskin surətdə enməsi və ürək fəaliyyətinin kəskin zəifləməsi ilə müşayiət edilən kəskin damar çatışmazlığıdır. Damar tonusunun kəskin azalması nəticəsində damar yatağının tutumu ilə oradan axan qan arasında bir uyğunsuzluq əmələ gəlir: damardan axan qanın miqdarı kəskin azalır və nəticədə mühüm həyati əhəmiyyətə malik üzvlərin (baş beyin, ürək, böyrəklər) kəskin işemiyası və hipoksiyası baş verir ki, nəticədə bu üzvlərin funksiyası kəskin pozulur.

Kollapsın səbəbləri içərisində ən çox təsadüf olunanları bunlardır: kəskin infeksiyon xəstəliklər; allergik reaksiyalar (o cümlədən dərmanlara qarşı); hipotonik dərmanların qəbulunda doza artıqlığı; kəskin qan itirmə; kəskin susuzlaşma; böyrəküstü vəzilərin kəskin çatışmazlığı.

Kollapsın 3 forması ayırd edilir:

1. Kardiogen – bu kollaps ürək xəstəliklərində ilk növbədə miokard infarktı zamanı inkişaf edir. Həmçinin belə forma ağ ciyər damarlarının emboliyası və kəskin miokarditdə də ola bilər.

2. Damar – bu kollaps periferiya damar şəbəkəsinin genəlməsi səbəbindən baş verir. Damar kollapsı kəskin infeksiyon xəstəliklər, sepsis, pnevmoniya, barbituratlarla zəhərlənmələrdə müşahidə edilir.

3. Hemorragik (volemik) – bu kollaps dövrən edən qanın həcmnin azalması zamanı inkişaf edir. Ağır şok, massiv qanı-tirmələr, güclü ağrılar və kəskin susuzlaşma bu tipli kollapsı törədir.

Əksər hallarda kollapsı şokdan fərqləndirmək çətin olur. Lakin şokdan fərqli olaraq –

– kollaps zamanı ilkin dəyişikliklər ürək-damar sistemində baş verir, bu dəyişikliklər digər üzvlərdə dərin pozğunluqlar törətmir və kollapsı törədən səbəb aradan qaldırıldıqdan sonra orqanizmdəki bütün üzvlərin funksiyaları tez bir zamanda bərpa olur;

– şokda ilkin olaraq mərkəzi sinir sistemin funksiyası pozulur, şokun gedişi fazalar üzrə olduğu halda, kollapsda fazalı gediş olmur.

Təxirəsalınmaz yardım:

- xəstənin başı gövdəsindən aşağı olmaqla uzandırılır;
- A/T ölçülür, nəbz və tənəffüs sayılır;
- içməyə çoxlu şirin mayelər verilir;
- dərialtına 2-4 ml 20%-li kamfora və 2 ml kordiamin vurulur;
- A/T kəskin enən hallarda əzələyə 1 ml mezaton, yaxud adrenalin vurulur;
- imkan daxilində venadaxilinə 0,5-1,0 ml 0,05%-li strofantin (yaxud 0,5 -1,0 0,06%-li korqlükon) yeridilir;
- imkan olarsa venaya 10 ml fizioloji məhlulda 0,5 ml 1%-li mezaton və bunun ardınca damcı üsulu ilə 1 ml 0,1%-li noradrenalin + 100-150 mq hidrokortizon (yaxud 60-90 mq prednizalon) əlavə edilmiş 400 ml poliqlükün (yaxud 10 v. insulin əlavə edilmiş 400 ml 5%-li qlükoza) məhlulu vurulur;
- xəstəyə varsa oksigen verilir;
- xəstə dərhal stasionara göndərilir.

13.2.1. Mədənin yuyulması, imalələr, sidik kisəsinin kateterizasiyası.

Mədə yuyulması - mədə tərkibini çıxarmaq üçün boru vasitəsilə mədəyə xüsusi mayenin (adətən şoran məhlul) daxil edildiyi prosedurdur. Mədə yuyulması mədədən zəhərləri, dərmanları və ya digər maddələri çıxarmaq üçün istifadə edilə bilər.

Dərmanın həddindən artıq dozası, zəhərlənmə və ya mədənin tez boşaldılması lazım olan digər hallarda mədə yuyulması aparıla bilər.

Mədənin yuyulması

Mədəni müalicə və diaqnostika məqsədi ilə yuyurlar.

Mədəni yumaq üçün göstərişlər:

1. Zəhərdən, yaxud keyfiyyətsiz qidadan baş vermiş zəhərlənmə

2. Mədənin xəstəlikləri (çoxlu selik ifraz olunan xroniki gastrit və s.)

3. Bağırsaq keçməməzliyi

Mədəni aşağıdakı hallarda yumaq olmaz:

1. Qida borusundan və mədədən qan axdıqda

2. Ağız boşluğunda və udlaqda yaraya çevrilən iltihab xəstəlikləri zamanı

3. Aydın ürək-damar xəstəlikləri.

Mədəni yumaq üçün işlədilən cihaz tutumu 0,5-1 l olan şüşə qıfdan ibarət olub, diametri 1 sm və uzunluğu 1 m olan rezin boruya birləşdirilmişdir, bu boru da öz növbəsində şüşə boru vasitəsi ilə yoğun mədə zonduna birləşdirilmişdir.

Yoğun mədə zonu – diametri 1 sm və uzunluğu 70 sm olan rezin boru olub, bir ucu kəşik, o biri ucu isə dəyirmidir və yanlarda iki deşiyi vardır: rezin borunun dəyirmi ucundan 40 sm aralı nişan vardır. Təmiz zonu qabaqcadan qaynadır və soyuması üçün qaynamış suya salırlar.

Selikli qişaların travmatik zədələrindən düzgün zond seçimi ilə qaçınmaq olar.

3 aya qədər kateter № 6,8,10; 3yaşa qədər nazik kateter; Yuxarı yaşlarda qalın kateter

Mədə möhtəviyyatını vakkum sorucu ilə xaric etmək

qəti qadağandır. Zondun daxil edilmə texnikasına riayət etməklə bu zədələrin olmamasına şərait yaradılır.

Mədəni otaq temperaturunda olan, yaxud bir qədər ılıq su ilə yuyurlar. Bunun üçün qabaqcadan 5-10 l su, su tökmək üçün dolça və ləyən hazırlayırlar.

Xəstə arxasını stula söykəyir və başını azca qabağa əyib oturur: onun əyninə uzun müşənbə önlük taxır, ayaqlarının arasına isə ləyən qoyurlar. Salınıb çıxarılan süni dişləri çıxartmaq lazımdır. Xəstə zonu birinci dəfə qəbul edirsə, ona izah edirlər

ki, o udqunmalıdır və nəfəsini saxlamalıdır, çünki dərindən nəfəs almaqla qusma refleksini söndürmək olar.

Mədəni yuyan adam xəstənin sağ tərəfində durur. O, sağ əlinə yaş zondu götürür və onu dəyirmi ucundan 10-15 sm aralı tutur. Sol əli ilə isə xəstənin boynunu qucaqlayır və həmin əli ilə zondu ağıza yaxın tutur. Xəstə ağızını açır, zondun ucunu dilin dibinə qoyurlar, xəstədən udqunmasını xahiş edirlər; bu vaxt xəstənin reflektor hərəkətinə baxmayaraq, zondu tez içəri yeridirlər. Zond qida borusuna çatdıqda xəstəyə təklif edirlər ki, bir neçə dəfə dərindən nəfəs alsın və bundan sonra zondu üzərindəki nişana qədər yeritməyi davam edirlər. İçəri salınmış zondun bayır ucunu mədə yuyulan cihazla birləşdirib, bir-birilə əlaqəsi olan iki qabdan: mədə və qıfdan ibarət sistem alırlar. Su ilə dolu qıfı mədədən yuxarıda tutsaq, içərisindəki su mədəyə axacaqdır, qıfı mədədən aşağıda saxladıqda isə mədə şirəsi qıfa axacaqdır.

Qıf xəstənin dizi səviyyəsində tutub, ona su tökür və xəstənin ağızından 25 sm yuxarıda saxlayırlar. Bu vaxt qıfı bir qədər yana əyib tutmaq lazımdır ki, su ilə birlikdə mədəyə hava girməsin. Qıfdakı suyun səviyyəsi, boruya çatan kimi, qıfı aşağı salıb əvvəlki vəziyyətdə tutmaq lazımdır. Su ilə qarışmış mədə şirəsi qıfa axmağa başlayacaqdır, mədədən çıxan mayenin miqdarı içəri yeridilən suyun miqdarına təqribən bərabər olduqda, qıfı başı aşağı çevirib içərisindəkini ləyənə boşaltmaq lazımdır. Bu əməliyyatı “təmiz su” çıxana qədər, yəni mədə möhtəviyyətinin hamısı su ilə çıxarılan qədər davam edirlər.

13.2.2. İmalə.

İmalə müalicəvi və ya diaqnostik məqsədlər üçün yoğun bağırsağın aşağı hissəsinə mayenin yeridilməsidir. Məqsəddən asılı olaraq iki növ lavman (imalə) var: azad edən (təmizləyici, işlətmə, sifon) və introduksiya (dərman, qidalandırıcı).

Təmizləyici klizmanın qurulması. Hədəf: Bağırsaqları nə-

cis və qazlardan azad edir.

Təmizləyici imalə etmək üçün göstərişlər: qəbizlik (48 saatdan çox nəcis saxlanması); əməliyyatlara, doğuşa hazırlıq; mədə-bağırsaq traktının, lumbosakral onurğanın, çanaq sümüklərinin, çanaq orqanlarının, sidik orqanlarının rentgen müayinəsinə hazırlıq; zəhərlənmə; dərman və qidalandırıcı lavmanları tətbiq etməzdən əvvəl.

Əks göstərişlər: qanaxma hemoroid; düz bağırsağın və anusun kəskin iltihabi xəstəlikləri; rektal prolaps; mədə və bağırsaq qanaxması; rektal şişlər.

Avadanlıq: rezin boru ilə Esmarch kuboku; Esmarch kubokunu asmaq üçün ştativ; plastik və ya sərt rezindən hazırlanmış steril ucluq; sıxac; yağ örtüyü, qab; petrolatum; lateks əlcəklər; otaq temperaturunda 1,5 - 2,0 litr qaynadılmış su; su termometri; 3% xloramin məhlulu ilə "istifadə edilmiş uclar üçün" işarəsi olan qab; divan; çanaq.

Təmizləyici imalənin aparılması və icra texnikası.

1. Esmarxın stəkanına 18 - 22 °C otaq temperaturunda 1,5 - 2,0 litr su tökülür, sistemdən hava buraxılır, krujka 1,0-1,5 m hündürlükdə ştativdən asılır.

2. Ucunu rezin borunun sərbəst ucuna qoyun və vazelinlə yağlayın.

3. Çarpayının üstünə kətan düzülür.

4. Xəstədən sol böyrü üstə uzanması xahiş olunur, ayaqlarını dizlərdə və omba oynaqlarında əymək istənilir.

5. Əlcək geyinin, sol əlinizlə ombaları açın, göt nahiyəsini yoxlayın və göbək istiqamətində 3 - 4 sm dərinliyə, sonra isə 8-ə qədər yüngül fırlanma hərəkətləri ilə ucunu diqqətlə rektuma daxil edin. Quyruq sümüyünə 10 sm paralel.

6. Rezin borudakı sıxacını çıxarın və yavaş-yavaş rektal lümenə 1-2 litr su tökün.

7. Bağırsaqlara havanın daxil olmasının qarşısını almaq üçün fincanın dibində az miqdarda su buraxmaq lazımdır.

8. Ucunu çıxarmazdan əvvəl boruya sıxac tətbiq edin.

9. Dönmə hərəkətlərindən istifadə edərək, ucunu tərs qaydada diqqətlə çıxarın (əvvəlcə quyruq sümüyünə paralel, sonra isə göbəkdən).

10. Xəstəyə suyu 10 - 15 dəqiqə saxlamaq tövsiyə olunur. Bunun üçün ondan arxası üstə uzanması və dərindən nəfəs alması tələb olunur.

11. İstifadə olunmuş uclar 3%-li xloramin məhlulunda 1 saat isladılır, sonra OST 42-21-2-85-ə uyğun olaraq sterilizasiyadan əvvəl təmizləmə və sterilizasiya aparılır.

Xəstədən təmizləyici imalədən sonra nəcisin olub olmadığını soruşurlar. Yataq istirahətində olan xəstələr üçün palatada əvvəllər ekranla hasarlanaraq təmizləyici imalə verilir. Bağırsaqlara su daxil edildikdən dərhal sonra xəstənin altına yataq qoyulmalıdır. Bağırsaq hərəkətindən sonra xəstə yuyulmalıdır. Əgər xəstə ciddi yataq istirahətindədirsə və böyrü üstə dönmə bilmirsə, o zaman imalə xəstə uzanmış vəziyyətdə dizləri bükülmüş və ayaqları ayrı olmaqla aparıla bilər. Xəstənin bağırsaqlarında su saxlamadığı halda, divanın kənarına ləyən qoymaq məsləhət görülür, kətan isə hövzənin üstündən asılmalıdır.

Bir tibb bacısı, anusu müayinə edərkən hemoroid aşkar edərsə, ucu onlara zərər vermədən daxil etməlidir.

Davamlı qəbizlik zamanı adi su kömək etmirsə, 10 q incə qırılmış uşaq sabunu, bir xörək qaşığı qliserin və ya K) q xörək duzu əlavə edə bilərsiniz. Spastik qəbizlik zamanı imalə üçün su isti (+40 ° C), hipotonik qəbizlik üçün - +14 ... + 16 ° C olmalıdır.

Sifon imaləsinin qurulması. Hədəf. Bağırsaqları nəcis və qazlardan azad edir.

Sifon imaləsinə göstərişlər: təmizləyici lavmandan təsirin olmaması; artan fermentasiya məhsullarının, çürüklərin, seliklərin, ağızdan daxil olan zəhərlərin və bağırsaq divarından bədənə çıxan zəhərli maddələrin bağırsaqlardan çıxarılması; bağırsaq obstruksiyası şübhəsi (yuyucu suda qaz baloncuklarının olmaması şübhəni təsdiqləyir).

Əks göstərişlər. Bağırsağ qanaxması; bağırsağ perforasiyası; bağırsağ zədələri.

Avadanlıq. kətan; 1 m uzunluğunda başqa bir rezin boruya nəzarət şüşəsi borusu vasitəsilə birləşdirilən qalın rezin bağırsağ borusundan ibarət sistem (rezin borunun sərbəst ucuna tutumu 1 litr olan qıf qoyulur); qaynadılmış su (+38 ° C) 10 l, yəni. vedrə; çanaq; yağlı önlük; lateks əlcəklər; 1 l həcmli vedrə; 3% xloramin məhlulu ilə "Klizma ucları üçün" qeydi olan qab.

Sifon imalənin, icra texnikası.

1. Çarpayının yanına ləyən qoyun, üstünə kətan qoyun ki, bir ucu hövzəyə asılsın.

2. Xəstəni ayaqları diz və omba oynaqlarında əyilmiş vəziyyətdə sol tərəfindəki divana qoyun.

3. Tibb bacısı yağlı önlük taxır.

4. Bağırsağ borusunun ucu vazelinlə yağlanır və bağırsağın əyilmələri müşahidə edilərək 30 - 40 sm dərinlikdə düz bağırsağa daxil edilir.

5. Qıf xəstənin bədən səviyyəsindən bir qədər yuxarı meylli vəziyyətdə tutulur, 1 litr su ilə doldurulur və bədən səviyyəsindən (1 m hündürlüyə qədər) qaldırılır.

6. Azalan suyun səviyyəsi qıf konusunun yuxarı hissəsinə çatan kimi onu çevirmədən ləyənin üzərinə endirilir və bağırsağ möhtəviyyəti olan suyun qıfın əvvəlki səviyyəsinə qayıtmasını gözləyin. Qıfın bu mövqeyi ilə su ilə birlikdə çıxan qaz baloncukları aydın görünür, onların hərəkəti birləşdirici şüşə boruda da müşahidə edilə bilər.

7. Qıfdan maye bir ləyənə tökün. Yenidən su ilə doldurun və yaxalamağı təkrarlayın. Bağırsağ keçməməzliyindən şübhələnilirsinizsə (qazların buraxılmaması halında), həkiminizə məlumat verməlisiniz.

8. Durulama vedrədə su olduğu müddətcə aparılır.

9. Prosedurun sonunda qıf çıxarılır və boru 10 - 20 dəqiqə düz bağırsaqda saxlanılır, qalan mayenin boşaldılması və qazla-

rın çıxarılması üçün onun xarici ucunu çanaq boşluğuna endirirlər.

10. İstifadədən dərhal sonra sistem və qıf 3%-li xloramin məhlulunda 1 saat isladılır və sonra emal edilir.

Qeydlər. Bağırsağ borusu ucunda sıx rezindən hazırlanır, bağırsağa daxil edilir, mərkəzi və bir neçə yan deşik var. Sifon imaləsi xəstə üçün çətin bir manipulyasiyadır, buna görə prosedur zamanı onun vəziyyətini diqqətlə izləmək lazımdır. Sifon imaləsi zamanı həkimin iştirakı məcburidir.

Yağ imaləsi . Hədəf. Bağırsaqları nəcis və qazlardan azad edir.

Göstərişlər: davamlı qəbizlik; təmizləyici imalə üçün əks göstərişlər.

Avadanlıq. 50-100 ml miqdarında vazelin yağı, günəbaxan yağı, zeytun yağı və ya digər maye yağı, su hamamında +38 ° C-yə qədər qızdırılır; Janet şprisi və ya 50-100 ml tutumlu rezin qutu; yalnız imalə vermək üçün istifadə edilən rektal boru və ya kateter; astarlı yağ örtüyü və uşaq bezi; steril cuna yastığı; su hamamı; su termometri; lateks əlcəklər; 3% xloramin məhlulu ilə "Klizma ucları üçün" qeydi olan qab.

Yağ imaləsinin aparılması alqoritmi.

Düz bağırsağın divarı boyunca yayılan yağ, nəcisləri əhatə edir, bağırsağ əzələlərini rahatlaşdırır, bu da nəcisin yumşalmasına və xaric olmasına kömək edir. Effekt 10-12 saatdan sonra baş verdiyi üçün adətən palatada bir gecədə yağlı imalə verilir, xəstənin altına yağlı parça və uşaq bezi qoyulur.

1. +38 °C temperaturda qızdırılan yağ təyin olunmuş dozada Janet şprisinə (və ya rezin balon) çəkin.

2. Xəstədən sağ tərəfi üstə uzanması, dizlərini bükməsi və qarına doğru çəkməsi xahiş olunur.

3. Rezin əlcəklər geyin.

4. Əvvəlcədən yağla yağlanmış düz bağırsağın borusu salfetlə götürülür və düz bağırsağa 10-15 sm daxil edilir (əvvəlcə boru göbəyə doğru 3-4 sm, sonra isə 10-15 sm-ə qədər paralel

olaraq düz bağırsağa daxil edilir. quyruq sümüyü).

5. Şprisdən (balondan) hava buraxın və onu rektal boruya birləşdirin.

6. Yağı yavaş-yavaş düz bağırsağa itələyin.

7. Yağın daxil edilməsini bitirdikdən sonra şprisi borudan ayırın. Boru sıxılır və rektumdan çıxarılır.

8. Xəstəyə 10 - 15 dəqiqə hərəkət etməmək, sonra rahat bir mövqe tutmaq və səhərə qədər uzanmaq (yuxu) tövsiyə olunur.

9. Səhər xəstədən nəcis olub-olmadığı soruşulur.

10. İstifadədən dərhal sonra rektal boru, Janet şprisi (və ya sprej şüşəsi) 3% xloramin məhlulunda 1 saat isladılır, sonra emal edilir.

Qeydlər. Ciddi yataq istirahəti ilə, lavman zamanı xəstənin mövqeyi dizləri əyilmiş və ayaqları ayrı olan kürəyində qalır.

Dərman imalələri yerli təsirli imalələrə (mikro imalələrə) və ümumi təsirə malik (damcı) lavmanlara bölünür.

Dərman imaəsi (mikroenema). Hədəf. Düz bağırsağın xəstəlikləri üçün yerli təsirlərin təmin edilməsi; bütün bədənə ümumi (rezorbsiya) təsir göstərir.

Göstərişlər. Düz bağırsağın xəstəlikləri.

Əks göstərişlər. anusun kəskin iltihabı; rektal şiş; mədə-bağırsaq qanaxması.

Avadanlıq. Həkimin təyin etdiyi dərman həlli; Janet şprisi və ya rezin sprej; 30 sm uzunluğunda steril rektal boru və ya kateter; steril neft jeli; steril cuna salfetlər; su hamamı, təmiz banka; su termometri; kətan, uşaq bezi.

Dərman imaləsinin tətbiqi (microclyster):

1. Xəstəyə qarşıdan gələn prosedur haqqında xəbərdarlıq edilir. Bundan sonra uzanmaq lazım olduğundan, palatada gecə imalə vermək daha yaxşıdır.

2. Dərman mikroilizmini tətbiq etməzdən 30 - 40 dəqiqə əvvəl təmizləyici lavman verilir.

3. Göstərilən dozada olan dərman təmiz bankaya tökülür və su hamamında +37...+38°C temperaturda qızdırılır.

4. Su hamamında qızdırılan dərmanı (50 - 200 ml) Janet şprisinə və ya rezin balona daxil edin.

5. Xəstənin altına müşəmbə qoyun və ondan sol böyrü üstə uzanmasını xahiş edin, ayaqlarını dartın, dizləri bükün, qarnına doğru.

6. Düz bağırsağa 20 sm fırlanma hərəkəti ilə rektal boru (və ya kateter) daxil edilir və Janet şprisinə (yaxud balon) birləşdirilir.

7. Dərmanı yavaş-yavaş düz bağırsağa yeridin.

8. Yerləşdirməni bitirdikdən sonra borunu barmaqlarınızla sıxın, şprisi çıxarın, içinə bir az hava çəkin, şprisi yenidən boruya birləşdirin və oradan havanı buraxaraq itələyin! borudan bağırsaqlara qalan dərmanlar.

9. Şprisi çıxarın, borunu sıxın və fırlanma hərəkətləri ilə borunu diqqətlə rektumdan çıxarın.

10. Xəstəyə rahat bir mövqe tutmaq və ayağa qalxmamaq tövsiyə olunur.

Qeydlər. Rektum divarının qıcıqlanmasının və defekasiya istəyinin qarşısını almaq üçün preparatın konsentrasiyası hipertonic olmalıdır. Dərman kiçik həcmdə tətbiq edilməlidir. Dərman qızdırılmalıdır. İstifadədən sonra rektal boru 3% xloramin məhlulu ilə 1 saat isladılırsa, rektal boru yerinə kateter istifadə olunursa, o, etikətlənməlidir və yalnız düz bağırsağa daxil etmək üçün istifadə edilməlidir. Manipulyasiya rezin əlcəklərlə aparılmalıdır.

Damla imalə. Hədəf. Damcı imalələr müalicəvi və qidalandırıcı məqsədlər üçün verilir.

Göstərişlər. Böyük qan və ya maye itkisi; rektum vasitəsilə süni qidalanma.

Əks göstərişlər. anusun kəskin iltihabı; rektal şişlər; mədə-bağırsaq qanaxması.

Avadanlıq. Tək və ya çoxlu istifadə üçün mayelərin damcıdan tətbiqi üçün steril sistem; dərman həlli və ya flakon olan bir şüşə; 30 sm uzunluğunda steril rektal boru və ya kateter; su

hamamı; isti su ilə istilik yastığı (+40...+42 °C); astarlı yağ örtüyü, uşaq bezi; vazelin yağı; cuna salfet; su termometri; lateks əlcəklər.

Damcı imaləsinin aparılması texnikası.

1. Damcı imaləsindən 30 - 40 dəqiqə əvvəl təmizləyici imalə vurulur və tam bağırsağ hərəkətindən sonra xəstənin yatması xahiş olunur.

2. Təyin olunmuş məhlulu su banyosunda +38 °C temperaturda qızdırın.

3. Quraşdırın və sistemi hazırlanmış məhlulla doldurun.

4. Düz bağırsağ borusunu (kateteri) neft jeli ilə yağlayın.

5. Xəstənin altına kətan və müşənbə qoyurlar, sol böyrü üstə uzanmasını, dizlərini əyərək qarına doğru çəkməsini xahiş edirlər.

6. Rezin əlcəklər geyin. Sol əlin barmaqları ombaları ayır. Sağ əlinizlə, cuna salfetindən istifadə edərək, rektal borunu (kateteri) götürün və fırlanma hərəkətləri ilə düz bağırsağın əyilmələrini müşahidə edərək, diqqətlə bağırsağa 20 - 25 sm dərinliyə daxil edin.

7. Borunu sistemə birləşdirin, damcıların tezliyini tənzimləyin (1 dəqiqədə 40 - 60 damcı).

8. Xəstəyə rahat mövqe tutmağa kömək edin.

9. Şüşənin ətrafına istilik yastığı qoyun.

Qeydlər. Prosedur uzun olduğu üçün xəstəyə bu barədə əvvəlcədən xəbərdarlıq edilməlidir. Gecələr həmişə palatada damcı imalə vermək daha yaxşıdır. Damlaların tezliyinə və məhlulun temperaturuna nəzarət edin. Borunun sistemə bağlı qaldığından əmin olun. Bir imalə tətbiq etmək üçün bir kateter istifadə olunursa, etikətlənməlidir və yalnız bağırsaqlara daxil etmək üçün istifadə edilməlidir. İstifadədən sonra rektal boru (və ya kateter) 3% xloramin məhlulunda 1 saat isladılmalıdır və sonra müalicə edilməlidir.

Hipertansif imalə. Hədəf. spontan defekasiyanın stimullaşdırılması; müalicə.

Hipertansif imalə üçün göstərişlər: davamlı və atonik qəbizlik; hipertonik xəstəlik.

Əks göstərişlər. yoğun bağırsağın aşağı hissələrində kəskin iltihablı və xoralı proseslər; anal sahədə çatlar və qanaxma hemoroid.

Avadanlıq. Janet şprisi və ya 50-100 ml tutumlu rezin armud formalı balon; yalnız lavmanların tətbiqi üçün istifadə olunan steril rektal boru və ya kateter; astarlı yağ örtüyü və ya uşaq bezi; petrolatum; 50-100 ml miqdarında maqnezium sulfat və ya 10% natrium xloridin 25 - 33% həlli; lateks əlcəklər; cuna salfetlər; su hamamı; 100 - 200 ml tutumlu banka; su termometri; böyrək formalı koxa; 3% xloramin məhlulu ilə "Klizma ucları üçün" qeydi olan qab.

Hipertensif imalənin aparılması alqoritmi.

Hipertonik bir məhlul, mayenin düz bağırsağın lümeninə bol transudasiyasına səbəb olur, bu da nəcisin seyrelməsinə, həmçinin bağırsağ divarının tonunu azaltmaqla bağırsaqları nəcisdən təmizləməyə kömək edən rektumun peristaltikasının artmasına səbəb olur. Mayenin bağırsağa transudasiyası səbəbindən dövrən edən qanın həcmi azalır və bu, qan təzyiqinin bir qədər azalmasına səbəb ola bilər.

1. Təyin olunmuş miqdarda hipertonik məhlulu bankaya tökün və su vannasında +38 °C-yə qədər qızdırın.

2. Hazırlanmış böyrək formalı hövzəyə qoyulan Janet şprisinə və ya armud formalı balona hipertonik məhlul çəkin.

3. Vazelinlə yağlanmış rektal boru və cuna yastığı eyni hövzəyə qoyulur.

4. Xəstənin altına müşənbə qoyun.

5. Xəstədən dizləri bükülmüş və ayaqları qarnına doğru çəkilməmiş vəziyyətdə sol tərəfi üstə uzanması istənilir.

6. Rezin əlcəklər geyin. Sol əlinizlə ombaları yayın və anusu yoxladıqdan sonra salfetlə tutulan düz bağırsağa 10-15 sm rektal boru daxil edin.

7. Janet şprisini (və ya şarını) boruya taxın və yavaş-yavaş

rektuma hipertonik məhlulu yeridin.

8. Yerləşdirməni tamamladıqdan sonra borunu sıxın (əyləyin) və salfetlə düz bağırsaqdan çıxarın.

9. Xəstəyə məhlulu bağırsaqda 20 - 30 dəqiqə saxlamaq məsləhət görülür, bunun üçün onun arxası üstə uzanması daha yaxşıdır.

10. İstifadə olunmuş boru və Janet şprisi (və ya spreycütusu) dərhal 3% xloramin məhlulunda 1 saat isladılır, sonra emal edilir.

13.2.3 Sidik kisəsinin kateterizasiyası.

Sidik kisəsinin kateterizasiyası - nazik, çəvik, boruşəkilli alətin (kateter) sidik kanalı vasitəsilə sidik kisəsinə daxil edildiyi bir prosedurdur. Kateter sidik toplamaq, sidik kisəsinin boşaltmaq və ya dərman vermək üçün istifadə edilə bilər.

Urologiyada istifadə olunan əsas cihaz növü Foley kateteridir. Sidik ifrazı, infeksiyalar zamanı sidik kisəsinin yuyulması, qanaxmanın dayandırılması və sidik-cinsiyyət orqanlarına dərmanların verilməsi üçün istifadə olunur.

Foley cihazının aşağıdakı alt növləri var:

1. İkitərəfli. Onun 2 açılışı var: biri vasitəsilə sidik ifrazı və yaxalama aparılır, digəri vasitəsilə maye daxil olur və balondan pompalanır.

2. Üçtərəfli: standart hərəkətlərə əlavə olaraq, xəstənin sidik-cinsiyyət orqanlarına dərman preparatlarının yeridilməsi üçün kanalla təchiz edilmişdir.

3. Foley-Timman: əyri ucu var, orqanın xoşxassəli şişi olan kişilərdə prostat kateterizasiyası üçün istifadə olunur.

Foley kateteri istənilən sidik orqanında əməliyyatlar üçün istifadə edilə bilər. Xidmət müddəti materialdan asılıdır: cihazlar lateks, silikon və gümüş örtüklüdür.

Urologiyada aşağıdakı cihazlar da istifadə edilə bilər:

1. Nelaton: düz, ucu yuvarlaqlaşdırılmış, polimerdən və ya rezindən hazırlanmışdır. Xəstənin öz başına sidiyə çıxma bilmədiyini hallarda sidik kisəsinin qısa müddətli kateterizasiyası üçün istifadə olunur.

2. Timman (Mercier): silikon, elastik və yumşaq, əyri ucu ilə. Prostat adenomasından əziyyət çəkən kişi xəstələrdə sidiyi çıxarmaq üçün istifadə olunur.

3. Pezzer: ucu boşqaba bənzəyən rezin cihaz. Sistostomiya vasitəsilə sidik kisəsindən sidiyin davamlı axması üçün nəzərdə tutulmuşdur.

4. Ureteral: sistoskopdan istifadə edərək quraşdırılmış 70 sm uzunluğunda uzun PVC boru. Həm sidik axını, həm də dərmanların qəbulu üçün sidik axarının və böyrək çanağının kateterizasiyası üçün istifadə olunur.

Bütün növ kateterlər kişi, qadın və uşaq kateterlərinə bölünür:

1. qadın - daha qısa, daha geniş diametrlili, düz formada;

2. kişilər - daha uzun, nazik, əyri;

3. uşaq - böyüklərdən daha kiçik bir uzunluq və diametrə malikdir.

Kateter ölçüsü (diametri). Kateterlərin diametri üçün ölçü vahidi Charrière (Ch, Shr) və ya Fransızcadır (Fr). 1 Ch/Fr = 0,33 mm. Kateterin ölçüsü xəstənin vəziyyətinə, quraşdırılması müddətinə və kateter materialına əsasən iştirak edən həkim tərəfindən seçilir. Bir qayda olaraq, 6-10 Ch uşaq ölçüləridir, qadınlar üçün daha çox 14-16 Ch, kişilər üçün isə 20-24 istifadə olunur. Hər bir hal unikaldır, ona görə də heç vaxt həkim resepti olmadan Foley kateteri almayın.

Quraşdırılan cihazın növü kateterizasiya müddətindən, cinsindən, yaşından və xəstənin fiziki vəziyyətindən asılıdır.

Prosedurun müddəti əsasında kateterizasiya uzunmüddətli və qısamüddətli bölünür. Birinci halda, kateter daimi olaraq, ikincisi - xəstəxana şəraitində bir neçə saat və ya gün ərzində quraşdırılır

Prosedurdan keçən orqandan asılı olaraq, aşağıdakı kateterizasiya növləri fərqləndirilir: uretral; üreteral; böyrək çanağı; vezikal.

Sidik ifrazı ilə bağlı problem, sidiyə nəzarət ehtiyacı və ya digər tibbi göstərişlər olduqda sidik kisəsinin kateterizasiyası həyata keçirilə bilər.

Kateterizasiyanın bədənə zərər verməməsi üçün onun həyata keçirilməsi üçün təlimatları oxumalısınız. Kateter yerləşdirmə mərhələləri kişilər, qadınlar və uşaqlar üçün fərqlidir.

Qadınlarda uroloji kateterin quraşdırılması aşağıdakı kimi həyata keçirilir:

1. Xəstə üfüqi bir mövqə tutur: arxası üstə uzanır, dizlərini bükür, onları bir-birindən ayırır. Xəstənin altına müşəmbə qoyulur.

2. Dodaqlar yuyulur, antiseptiklə müalicə olunur və ayrılır.

3. Uretraya giriş furatsilin həlli ilə müalicə olunur.

4. Vazelinlə isladılmış boru maqqaş vasitəsilə sidik kanalına daxil edilir.

5. Cihaz 7 sm dərinliyə daxil edildikdə borudan sidik axmağa başlayır. Kateterin ikinci ucu sidik torbasında sabitlənir.

Prosedurun məqsədindən asılı olaraq, bu nöqtədə bitə bilər və ya durulama, dərmanların verilməsi və cihazın daha da çıxarılması ilə davam edə bilər.

Fizioloji xüsusiyyətlərə görə qadınlar bu prosedura kişilərə nisbətən daha asan dözürlər.

Kişilər üçün uretra kateterinin yerləşdirilməsi aşağıdakı kimi həyata keçirilir:

1. Xəstə arxası üstə üfüqi vəziyyətdə yatır. Ayaqlar dizlərdə bükülür və bir-birindən ayrılır. Müşəmbə omba altına qoyulur.

2. Penis salftəkaya bükülür, uretra furatsilin məhlulu ilə müalicə olunur və silinir.

3. Kateter cımbızla götürülür və uretra kanalına daxil edilir. Penis xarici sfinkterə doğru hərəkət edəndə qədər yavaş-yavaş

vaş və yumşaq bir şəkildə boruya çəkilir.

4. Maneə aradan qalxana qədər cihaz yavaş-yavaş xayaya endirilir.

5. Kateterin ikinci ucu sidik kanalına bərkidilir. Mütəxəssis sidik kisəsindən sidiyin çıxmasını gözləyir.

Əlavə təlimatlar kateterin nə qədər müddətə yerləşdirilməsindən asılıdır. Qısa müddətli istifadə üçün cihaz sidik drenajından və ya dərman qəbulundan sonra çıxarılır. Uzun müddətli istifadə üçün kateterizasiya daxil edildikdən sonra tamamlanır.

Prosedur düzgün aparılıbsa, ağrı yoxdur.

Uşaqlarda kateter quraşdırmaq üçün ümumi alqoritm böyüklərin təlimatlarından fərqlənir.

Uşaqlarda proseduru həyata keçirərkən vacib xüsusiyyətlər var:

1. Uşaqlar üçün uretral kateter uşağın sidik-cinsiyyət orqanlarına zərər verməmək üçün kiçik diametrlə olmalıdır.

2. Cihaz dolu sidik kisəsinə yerləşdirilir. Ultrasəsdən istifadə edərək orqanın dolğunluğunu yoxlaya bilərsiniz.

Dərman və güclü antibakterial birləşmələrlə müalicə qadağandır.

3. Qızlarda frenuluma zərər verməmək üçün cinsi dodaqları diqqətlə yaymaq lazımdır.

4. Borunun daxil edilməsi güc tətbiq etmədən yumşaq, yavaş olmalıdır.

5. İltihabı təhrik etməmək üçün kateteri mümkün qədər tez çıxarmaq lazımdır.

14.1. Anafilaktik şok. Klinik əlamətləri.

Şok termini 1737-ci ildə fransız həkimi Le-Dran tərəfindən irəli sürülüb və tərcüməsi “sarsılma”, “zərbə” mənasını verir. Şok – orqanizmin həddən artıq zədələyici təsirə qarşı ümumi reaksiyası olub, bütün həyatı vacib orqanların fəaliyyətinin

pozulmasıdır. Müxtəlif ekzogen və endogen faktorlar təsirindən orqanizmin mühüm həyati əhəmiyyətə malik üzvlərinin funksiyalarının qəflətən, proqressiv sürətdə kəskin enməsinə şok deyilir. Orqanizmə mənfi təsir göstərən bu faktorlara, hər şeydən əvvəl ağrı, kəskin qanitmə, zədələnmiş toxumalarda əmələ gələn toksiki maddələr aiddir. Şok ölümlə həyat arasındakı bir vəziyyət olub, orqanizmin əsas həyati funksiyalarının sönməsinin getdikcə artmaqda davam etməsi ilə xarakterizə edilir. Şok zamanı mərkəzi və vegetativ sinir sisteminin, qan dövranının, tənəffüsün, immun və endokrin sistemlərin, maddələr mübadiləsinin, qaraciyər və böyrəklərin fəaliyyətinin dinamik olaraq enməsi müşahidə edilir. Şok orqanizmin həddən artıq zədələyici təsirə qarşı ümumi reaksiyası olub, bütün həyati vacib orqanların fəaliyyətinin pozulmasıdır. Şokun daha sürətli inkişafı və ağır gedişinə qanitmə, yorğunluq, aclıq, şüa xəstəliyi və digər faktorlar təsir göstərir. Şoka döş qəfəsinin, döş boşluğu və qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələri, kəllə, onurğa, çanaq və bud sümüyünün sınığı, yayılmış yanıqlar zamanı da çox rast gəlinir. Şokların əsasında qan dövranının ağır pozğunluğu nəticəsində hemostazın pozulması durur.

Anafilaktik şok orqanizmə allergen təkrar daxil olduqda dərhal meydana çıxan allergik reaksiyadır. Anafilaktik şok əksər hallarda orqanizmə dərman preparatları (antibiotiklər, sulfanilamidlər, analgetiklər, vitaminlər, rentgenokonstrast maddələr, zülal və polipeptid preparatlar, anestetiklər) yeridildikdə, az hallarda isə həşəratlar dişlədikdə, tərkibində allergen olan qida qəbul etdikdə, yaxud allergen olan hava ilə nəfəs aldıqda baş verir.

Anafilaktik şokun ağırlığı xeyli dərəcədə allergenin orqanizmə daxil olduğu vaxtla şok reaksiyasının inkişafı arasındakı müddətdən (ışıqlı dövr) asılıdır. İşıqlı dövrün müddətinə görə anafilaktik şokun 3 forması ayırd edilir: ildırım sürətli; ağır; orta ağırlıqlı forma.

İldırım sürətli formada işıqlı dövr 1-2 dəq qədər olur:

dərmanı insan bədənində təzəcə yeritməyə başlarkən bir göz qırpımında ani sürətlə kəskin ürək çatışmazlığı meydana çıxır: xəstənin sifəti, dərisi kəskin avazıyır, göyərir, soyuq tərlə örtülür, bəbəklər genəlir, təzyiq yoxdur, nəbz sapvari olur və aqonal tənəffüs. Bəzi hallarda auskultasiyada tənəffüsün keçirilməməsi aşkarlanır. İlkin 10 dəq ərzində reanimasiya tədbirləri müsbət nəticə verə bilir və gecikmə ölümə bərabərdir.

Ağır formalı anafilaktik şokda işıqlı dövr 5-7 dəq qədər olur və bu müddətin sonuna doğru xəstədə baş verəcək şokun xəbərdaredici əlamətləri qeyd edilir: kəskin halsızlıq, qorxu, narahatlıq, nəfəsalmanın çətinləşməsi, qulaqlarda küy, başgicəllənmə, eşitmə və görmənin zəifləməsi, baş ağrıları, istilik hissi, qaşınma, soyuq tər, ürək nahiyəsində sıxılma hissiyatı və müxtəlif hissiyat pozğunluqları (paresteziyalar). Bu əlamətlər fonunda xəstədə birdən-birə ildırım sürətli formada olan klinik mənzərə inkişaf edir.

Orta ağırlıqlı anafilaktik şokda işıqlı dövr 30 dəq qədər olur və bu forma şokun gedişində 4 variant ayırd edilir: kardial (hemodinamik); astmoid; serebral; abdominal.

Kardial (hemodinamik) variantı daha çox təsadüf edilir və bu zaman ürək-damar sisteminin fəaliyyəti kəskin pozulur ki, bu da özünü dərinin avazıması, göyümtül rəngə çalması, soyuq tərlə örtülməsi ilə, sapvari nəbzlə, arterial təzyiqin kəskin enməsi ilə göstərir.

Astmoid (asfiksiya) variantı tənəffüsləklə və döş qəfəsində sıxılma hissiyyatının olması ilə başlayır. Tənəffüsləklə get-gedə artır və boğulmaya (asfiksiyaya) keçir. Boğulmaya səbəb bronxospazmin yaxud yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyini tam ya da hissəvi pozan udlağın, qırtlağın və traxeyanın ödeminin baş verməsidir.

Serebral variant gedişinə görə epileptik statusu yaxud beynin qan dövranının pozulmasını xatırladır: yüksək oyanıqlıq, qorxu, kəskin baş ağrısı, huşun itməsi, tonik və klonik qıcolmalar, ağızdan köpük daşması, qeyri iradi nəcis və sidik ifrazı, qa-

dınlarda uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın xaric olması.

Abdominal variantda xəstədə “kəskin qarın simptomları” (ürəkbulanma, qusma, qarında sancı şəkilli ağrılar və s.) meydana çıxır və hətta bir sıra hallarda xəstəyə səhvən qarın boşluğu üzvlərinin cərrahi xəstəliyi (məs. perforativ mədə xorası, kəskin bağırsaq keçməməzliyi) diaqnozu da qoyulur.

Anafilaktik şok zamanı ilk tibbi yardım.

- 1) dərmanın yeridilməsi dərhal dayandırılır, inyeksiya yerindən (həşərat sancan yerdən) yuxarı yalnız dərialtı venaları sıxmaq şərtilə ətrafa kəmərlər qoyulur;
- 2) dərman yeridilən yerin ətrafına dairəvi olmaqla 3-5 ml fizioloji məhlulda həll edilmiş 0,1%-li 0,3-0,5 ml adrenalın vurulur;
- 3) anafilaktik şok pensillin vurulması nəticəsində baş veribsə, onda bu zaman xəstəyə ilkin terapevtik tədbir kimi əzələ daxilinə bir dəfəyə 2 ml fizioloji məhlulda 1.000.000 TV pensillinə yeridilir ;
- 4) xəstə uzandırılır, otağın havası təzələnilir;
- 5) arterial təzyiq ölçülür, nəbz sayılır;
- 6) yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyi nəzarətdə saxlanılır;
- 7) arterial təzyiq kəskin düşən hallarda hər 5-10 dəqiqədən bir əzələyə 0,3 ml adrenalın vurulur və arterial təzyiq 90/60 mm c. süt-dan az olmayan səviyyədə saxlanılır;
- 8) əzələyə 2 ml kordiamin (yaxud kofein) vurulur;
- 9) əgər arterial təzyiqi qaldırmaq mümkün olmur, belə halda 20 ml fizioloji məhlulda (şəkərli diabeti olmayanlara 20 ml 40%-li qlükozada) 0,5-1,0 ml 0,1%-li adrenalın şırnaqla venaya yeridilir;
- 10) sonra 300 ml 5%-li qlükozada 90 mq prednizalon+0,2%-li 1,0 ml noradrenalin dəqiqədə 8 damcı olmaqla damcı üsulu ilə venadaxilinə vurulur;
- 11) əzələyə 2ml tavegil, venaya 90 mq prednizalon (yaxud 8-32 mq deksametazon, yaxud 250 mq hidrokartizon,

- ya da 8-32 mq betametazon) və bronxospazm olduqda isə 5 ml 2,4%-li eufillin yeridilir;
- 12) ürək fəaliyyətinin və tənəffüsün dayandığı hallarda ürəyin qapalı masajı aparılır və xəstəyə süni nəfəs verilir;
 - 13) venaya 20 ml fizioloji məhlulda ürək qlükozidləri (0,5-1,0 ml 0,05%-li strofantin, yaxud 0,5-1,0 ml 0,06%-li korqlükon) və 2 ml laziks vurulur;
 - 14) xəstə təcili olaraq reanimasiya şöbəsinə göndərilir.

14.2. Hipertonik kriz.

Diastolik təzyiqin 90mm c.süt-dan,sistonik təzyiqin isə 140mm c.süt-dan qalxmasına arterial hipertenziya deyilir. Arterial hipertenziya birincili və ikincili ola bilər. Birincili (essensial,idiopatik,hipertoniya xəstəliyi) arterial hipertenziyada təzyiqin artmasının səbəbi tapılmaz.Əgər arterial hipertenziyanın səbəbi aşkarlanarsa,bu ikincili (simptomatik)arterial hipertenziya sayılır.Təkcə sistolik təzyiq 140mm c.süt-dan yüksəyə qalxırsa ,bu təcrid olunmuş sistolik arterial hipertenziya hesab olunur.Arterial təzyiq davamlı sürətdə çox yüksək hədlərə qalxarsa (diastolik təzyiq 12 mm c.süt-dan çox) və sutka ərzində, hətta gecə-bela enməzsə bu arterial hipertenziyanın bədxassəli formasıdır Hipertenziv krizə - hipertoniya xəstəliyi və simptomatik hipertenziyası olan şəxslərdə arterial təzyiqin qəflətən kəskin artmasına (diastolik təzyiqin 130-140c. şüt-dan çox) tez-tez təsadüf edilir. Əsasında damar tonusunun sinir-funksional pozğunluqları duran və arterial təzyiqin davamlı yüksəlməsilə xarakterizə olunan hipertoniya xəstəliyinə 40 yaşdan yuxarı insanlarda daha çox rast gəlinir.Həmçinin, hipertoniyanın ələ gəlməsində stress (sinir-psixi sferadakı gərginlik), irsiyyət, Klimaks və ateroskleroz da böyük rol oynayır. Hipertoniya xəstəliyində 20-34% halarda hipertenziv krizə təsadüf edilir və bu krizlərə qadınlarda kişilərə nisbətən 3-6 dəfə çox rast gəlinir. Hiyertenziv

krizlər mövsümi xarakter daşdığından ən çox payız və yaz aylarında baş verir. Bu krizlərin baş verməsinin səbəbi qan damarlarının pressor təsirlərə dəyişmiş reaktivliyi fonunda orqanizmin stress faktorlara qarşı ümumi (mərkəzi sinir-hormonal) və yerli (baş beyin, böyrəklər) adaptasiya mexanizmlərinin pozulmasıdır. Bu krizlər ekzo və endogen səbəblər nəticəsində baş verir, yaxud da əksər hallarda hər ki amillər birgə təsir göstərirlər. Psixosomiyal stress, meteoroloji faktorlar və xərək duzunun çox qəbulu ekzogen amillərdən sayılır İkincili aldosteronizmle birgə natrium ionlarının və suyun bədəndə ləngiməsi, böyrək qan dövranının pozulması nəticəsində re-nin ifrazının artması, baş beyin kəskin işemiyası, hipotenziv dərmanların (klofelin) qəbulunun dayandırılması sindromu və simpatolitiklərin (izobarin, dopegit)uzunmüddətli qəbulu hesabına arteriolaların aadrenoreseptorlarının katexolaminlərə həssaslığının artması endogen amillər hesab edilir. Hipertenziv krizin üç forması ayırd edilir: neyrovegetativ,su-duz və qıcolma formaları. Neyrovegetativ formalı hipertenziv kriz zamanı xəstələr oyanıqlı və narahatdır, ətraflar əsməsi (tremoru) diqqəti cəlb edir, sifətin dərisi qızarır vəhiperhidroz nəzərə çarpır.Sidik ifrazı tezləşir, çoxlu şəffaf rəngli sidik xaric olur.Xəstələrdə sistolik təzyiqin kəskin artması taxikardiya ilə müşayiət edilir. Xəstələr adətən, başgicəllənmədən, ənsə nahiyəsində olan baş ağrılarından, ürək nahiyəsindəki ağrılardan, başda və qulaqlarda küyün olmasından istilik hissiyatından,ürəkbulanmadan, qusmadan və gözlərin önündə “ışıqlı kölgələrin”, “dumanı”olmasından şikayətlənirlər. Hipertenziv krizin su-duz formasında xəstələr olduqları şəraiti və zamanı adekvat qiymətləndirə bilmirlər. Xəstələrdə yuxuculluq qeyd edilir, sifətləri solğun və şişkin, barmaqları isə pastoz olur. Bu tip kriz üçün sistolik və diastolik təzyiqlərin artması fonunda nəbz təzyiqinin azalması xarakterikdir. Adətən qadınlarda daha çox təsadüf edilən bu tip krizdən əvvəl xəstələrdə sidik ifrazının azalması,üzün əllərin şişməsi, əzələ zəifliyi olur. Bədxassəli hipertenziyada, yaxud hipertoniya

xəsəliyinin keçikmiş mərhələsində təsadüf edilən qıcolma formalı krizlərə az rast gəlinir, Bir neçə saatdan bir neçə sutkaya-dək davam edən kriz zamanı xəstənin haşı ir, beyin ödemi əlamətləri qeyd edilir həmçinin, tonik, yaxud klonik qıcolmalar müşahidə edilir. Adətən hipertonik krizdən sonra xəstələrdə bir müddət yaddaş pozğunluğu, görmənin pozulması, oriyentasiyanın itirilməsi olur. Klinik əlamətlərin qabarıqlığına görə hipertonik ieizlər üç formada olurserebral, kardial və serebrolardıal. Hipertonik krizlər, həmçinin, ağırlaşmasız və ağırlaşma verən krizlərə bölünürlər. Belə ki, hipertonik krizlər beyin koması, insult, miokard infarkt və kəskin sol mədəcək çatmazlığı kimi ağırlaşmalar verirlər. Hipertonik krizlər diaqnozunun qoyulması üçün simptomların triadasının aşkarlanması xüsusi önəm daşıyır: qəfləti başlanğıc, arterial təzyiqin kəskin yüksəlməsi və kardial, serebral, yaxud ümumvegeltativ xarakterli şikayətlər,

İlkin həkiməqədər yardım: 1) arterial təzyiqi ölçülür, 2) arterial təzyiqin kəskin yüksəlməsi olrsı, xəstənin dilinin altına 1 tablet (10-20 mq) korinfar (nifedipin) qoyulur, yaxud “Nitromint”, “Aerosonit” aerozolu çilənir 3) arterial təzyiq enməzsə venadaxilinə 10 dəqiqə ərzində 20 ml fizioloji məhlulda 1 ml 0.01%-li klofelin, əzələyə isə 2 ml 1%-li laziks vurulur 4) yaxud arterial təzyiqi endirmək məqsədi ilə əzələyə 6 ml 0,5%-li dibazol+4 ml 2%-li papaverin yeridilir çox ağır hallarda dirsək venasından punksiya vasitəsilə 150-200 ml qan buraxılır, xəstə təcili yardımla stasionara göndərilir.

14.3 Stenokardiya.

Döş inağı ürəyin işemik xəstəliklərindən biri olub ,tac arteriyaların ateroskleroza və spazmı (koronarospazm) nəticəsində ürək əzələsinin qanla təcizatının pozulmasından baş verir. Xəstəliyin ilk dövrlərində koronarospazm əsas səbəb olsa da ,sonralar tac arteriyaların stenozedici ateroskleroza əsas rol oyna-

yır. Stenokardiya ən çox kişilərdə, nisbətən cavan yaşlarda (35-40 yaşdan yuxarı) təsadüf edilir. Koronar qan azlığı nəticəsində miokardın hipoksiyası meydana çıxır ki bu da özünü döş sümüyünün sıxıcı, yandırıcı və deşici kəskin ağrılarla biruzə verir. Ağrılar müxtəlif intensivlikdə olub, sol ciyinə, sol qola, boyunun və başın sol yarısına, alt cənəyə, sol kurəyə bəzən də epigastral nahiyəyə nəql olunur. Stenokardiya zamanı xəstənin sifətində ölüm qorxusu olur. Stenokardiyanın iki klassik forması ayırd edilir: gərginlik və sakitlik stenokardiyası. Ağrı tutmaları, adətən, emosional, yaxud fiziki gərginlikdən sonra baş verir ki, buna gərginlik stenokardiyası deyilir. Gərginlik stenokardiyası tutmaları əksər hallarda piyada gəzən vaxtı, isti otaqdan soyuq havaya çıxdıqda olur. Ağrı tutmaları sakit vaxtda, istirahət zamanı, gecələr olursa bu sakitlik stenokardiyasıdır. Ağrı tutmalarının davamı bir neçə saniyədən tutmuş 20-30 dəqiqəyə qədər olur. Ağrı tutmaları olanda xəstələrin sifəti avazıdır, onlar hərəkətsizləşib, sanki donmuş vəziyyət alırlar, çünki bu anda kiçik bir fiziki hərəkət ağrıya daha da artırır. Xəstələrin nəbzi tezləşir, arterial təzyiqi artır və ürək tonları karlaşır. Stenokardiya tutmalarından sonra xəstə özünü çox zəif hiss edir, başı gicəllənir və sifəti qızarır. Stenokardiya tutması üçün xarakterik cəhət ağrılarının nitroqliserin qəbulundan sonra tezliklə keçməsidir. Uzunmüddətli tez-tez təkrarlanan ağrı tutmaları qeyri-stabil stenokardiyanın olmasını göstərir. Belə stenokardiya miokard infarktının inkişafı ilə sonuclana bilər.

Təxirəsalınmaz yardım.

- Nitroqliserin-1t(0,5mq) dil altına, yaxud amilnitrit damızdırılmış pambıq iylədilir
- Ağrılar güclü olduqda əzələ, yaxud v/d 2-3 ml 2%-li papaverin (yaxud 2ml 2%-li noşpa), 2ml 50%-li analqin və 5-10ml 24%-li eufillin (venaya 5-10 ml 2,4%-li eufillin) məhlulu yeridilir.
- Ürək nahiyəsinə xardal yaxması qoyulur;
- Stenokardiya tutmalarının profilaktikası məqsədilə xəstə

təyə miokardın oksigenə tələbatını azaldan maddələr(nitronq, nitrosorbit və s.),beta-adreno-blokatorlar,kalsiumlu preparatlar (korinfar,izoptin və s.) və sakitləşdirici dərmanlar verilir;

- xəstə stasionara göndərilir.

14.4. Ağciyərlərin ödemi.

Ağciyərlərin ödemi miokard infarktı , sol ürəyin qapaq qüsurları , hipertoniya xəstəliyi ,kardioskleroz , sol ürək catmazlığı , baş beynin travmaları və xəstəlikləri, eləcə də toksiki maddələrlə zəhərlənmələr zamanı müşahidə edilir.

Ağciyərlərin ödeminin əsasında ağciyər toxumasına maye axınının sürətlənməsi ilə əksinə ,həmən mayenin damar yatağına sorulmasının yavaşması durur .Bu səbəbdən də qanın maye hissəsi damar yatağına tərک edərək əvvəlcə interstisial,sonra isə alveolyar ödem inkişaf edir.Damar yatağını tərک edən maye ağciyər toxumasında diffuz alveolyar- kapillyar membranın səthinə toplanır. Qanın zülal transudatı və ağciyərlərdəki surfaktant alveolların mənəfəzinə keçir ,hava ilə qarışır və davamlı köpük əmələ qətirir. Əmələ qələn köpük havanın ağciyərlərdə qazlar mübadiləsi gedən sahəyə və alveolyar-kapillyar membrana daxil olmasına maneçilik törətdiyindən ağciyərlərdə qanın oksigenizasiyası pozulur, hipoksiya baş verir və əsas xəstəliyin gedişi daha da ağırlaşır.Əsas xəstəliyin ağılaşması isə öz növbəsində “qüsurlu dairə “ mexanizmini işə salır və nəticədə ağciyərlərdə ödemin inkişafı daha da sürətlənir.

Xəstələrdə ağciyərlərin ödemi tipik boğulma tutması ilə özünü biruzə verir. Əksər hallarda boğulma tutmalarından əvvəl xəstələrdə ümumi zəiflik, döş qəfəsində sıxılma və ağrılar olur. Sonra isə xəstənin nəfəs alması çətinləşir,təngnəfəslik artır,tənəffüs xışıltılı, xırıltılı olur və xəstə havasızlıqdan boğulur.Buna görə dəxəstə məcburi vəziyyət alır –çiyin qurşağını

bir yerə dayayır və nisbətən rahatlaşır. Xəstənin dəri və görünən selikli qişaları göyümtül rəngdə olur, dodaqlar, burunun ucu və barmaqlar göyür. Xəstədə əvvəlcə quru öskürək olur, ardınca isə ağızdan ağ köpüklü bəlgəm (bəzən isə çəhrayı rəngli) xaric olur, perkussiyada ağciyərlər üzərində timpanit səs, auskultasiyada isə müxtəlif kalibrli yaş xırıltılar eşidilir.

Ağciyərlərin ödemi zamanı hemodinamika hiperdinamik (ürəyin vurğu həcmnin, arterial təzyiqin artması və s.)

hipodinamik (ürəyin vurğu həcmnin və qanın hərəkət sürətinin azalması, A/T enməsi və s.) tipdə pozulur.

Ağciyərlərdə qan dövranı pozğunluqları getikcə artır və metabolik asidoz inkişaf edir.

İlkin həkiməqədər yardım:

Xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verilir və imkan olarsa oksiqen inhalyasiyası aparılır

Yuxarı tənəffüs yolları köpüklü bəlgəmdən təmizlənir, köpüyün əmələ gəlməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə 30-70-li spirtdən yaxud antifombisilanin 10 %li sulu (yaxud spirtli) məhlulundan keçirilmiş oksigenlə inhalyasiya aparılır,

Ürəyə venoz qan axınını azaltmaq üçün hər iki aşağı ətraflarda budun orta 1/3-nə yalnız dəri altı venaları sıxmaq şərti ilə kəmərlər qoyulur, ya da ayaqlar baldırın ortasına qədər isti suya salınır,

Köpüyün ləğvi üçün 5 ml etil spirti 15 ml qlükozada venaya vurulur,

Dövr edən qanın həcmi azaltmaq məqsədi ilə venaya 0,5-1,0 ml 1%-li laziks yeridilir

Venaya 10 ml 2,4%-li eufillin, 120-150 mq prednizalon, 20 ml fizioloji məhlulda (yaxud 40%-li qlükozada) 0,5-1,0 ml 0,05%-li strofantin (yaxud 0,5-1,0 ml 0,06%-li korqlükon) vurulur,

Venaya yavaş –yavaş 10-15 ml fizioloji məhlulda (yaxud 5%-li qlükoza məhlulunda) 1-1,5 ml 1% -li morfin yeridilir, bu

məqsədlə venaya 2ml 2,5%li diprazin,2-4ml 0,25%-li droperidol,yaxud 2ml 0,5 %-li seduksen(relanium)da vurmaq olar,damardaraldıcı kimi venaya 20 ml fizioloji məhlulda 1-2 ml 5%-li pentamin yeridilir. Xəstə təcili reanimatoloji şöbəyə aparılır.

14.5 Bronxial astma.

Bronxial astma – infeksiyon allergik xəstəlik olub özünü periodik baş verən boğulma tutmaları ilə biruzə verir. Bronxial astmada allergik reaksiya bronxun divarında getdiyindən onun sayə əzələləri spazma uğrayır, vəz aparatının sekressiya ifrazı artır və selikli qişa ödemləşir. Bu səbəbdən də eksperator tənəffüs şəklinə kəskin tənəffüs çatışmazlığı meydana çıxır. Xəstəlik zamanı ağ ciyərlərin hava keçirici zonası zədələndiyindən xəstədə tənəffüsün periodik olaraq qəfləti boğulma tutmaları şəklinə pozulması baş verir. Bronxial astmanın gedişində 3 mərhələ ayırd edilir: 1. Bronxospastik sindrom (astmoid); 2. Bronxial astma tutması; 3. Astmatik status.

Asmatik status – bronxial astma xəstəliyinin çox ağır stadiyası olub, bronxial sistemin keçiriciliyinin diffuz, davamlı və uzun müddətli pozulması nəticəsində baş verən adi müalicə üsulları və bronxodilatatorlar tərəfindən aradan qaldırıla bilməyən çox ağır boğulma tutmalarıdır. Belə çox ağır tutmaların səbəbi xroniki infeksiyon prosesin kəskinləşməsi, yaxud qlikokortikoid hormonların qəbulu sxeminin pozulması və s. hallarıdır. Astmatik status üçün səthi tənəffüs və kəskin taxipnoe xarakterikdir və xəstələrdə “lal ağ ciyər” mənzərəsi aşkarlanır – yayılmış bronxospazm fonundan kiçik bronxların mənfəzinin qatı seliklə tutulması nəticəsində döş qəfəsinin səthinə hər hansı bir səslə tənəffüs fenomenlərinin ötürülməsinin pozulması və bu səbəblərdən də eşidilməməsi. Astmatik status ağırlıq dərəcəsinə görə 3 mərhələyə bölünür:

Birinci mərhələdə – simpatonimetiklərə rezistentlik mər-

hələsində – xəstədə eksperator təngnəfəslik, akrosianoz, çox tərləmə, mülayim taxikardiya və A/T-in az yüksəlməsi müşahidə edilir. Nəfəsvermə uzanır və səpələnmiş quru xırıltılar eşidilir.

İkinci mərhələ – dekompensasiya mərhələsində xəstə əsəbi, oyanıqlı, yaxud laqeyd olur, sianoz, venoz durğunluq əlamətləri, sifətin ödemləşməsi, taxikardiya, kəskin təngnəfəslik, xırıltıların azalması və ağ ciyərlərdə “lal sahələr” tənəffüsün keçirilməməsi qeyd edilir.

Üçüncü mərhələdə – hiperkapniya və hipoksik koma mərhələsində xəstənin huşu tormozlanır, sonra dərin itir və ölüm baş verə bilər.

Təxirəsalınmaz yardım.

- xəstə sakitləşdirilir və döş qəfəsini sıxan paltarların yaxası açılır;
- pəncərələr açılır, otağa təmiz hava axını təmin edilir, imkan olarsa oksigenlə inhalyasiya aparılır;
- içməyə az miqdarda çay sodası qatılmış isti süd verilir;
- xəstəyə 2 nəfəsalma aktında berotek (fenoterol) aerozolu verilir (əgər xəstə gün ərzində 5 dəfədən çox qəbul etməyibsə);
- yüngül bronxial astma tutmasında xəstənin dilinin altına 1-2 tablet izadrin qoyulur, ya da 0,5-1 ml 2%-li izadrin məhlulu ilə inhalyasiya aparılır. Xəstəyə dilin altına 1 tablet efedrin və ya 1 tablet eufillin ya da 1 tablet tiodeftrin qəbul edə bilər. Səməmə vermədikdə dərialtına 1 ml efedrin və 1 ml dimedrol vurulur;
- orta ağırlıqlı və ağır formalı bronxial astma tutmalarında vena daxilinə 10-20 ml fizioloji yaxud 40%-li qlüktoza məhlulunda 5-10 ml 2,4%-li eufillin və 0,5 ml 0,05%-li strofantin (yaxud 0,06%-li korqlükon) yeridilir;
- dərialtına 0,3-0,5 ml 0,1%-li adrenalın və 1 ml 5%-li efedrin də vurula bilər;

- həmçinin, dərialtına 1-2 ml 0,05%-li alupent, 1 ml 0,1 %-li atropin və 1 ml 0,2%-li platifillin və əzələyə (yaxud venaya) antihistamin preparatlarda (1-2 ml 1%-li dimedrol, yaxud 1-2 ml 2%-li suprastin, ya da 1 ml 2,5%-li pipolfen) yeridilir;
- ağır formalı tutmada əzələyə 60 mq (yaxud venaya 60-90 mq) prednizalon, yaxud 50-100 mq hidrokartizon vurulur;
- xəstə təcili stasionara göndərilir.

15.1 Sağlamlıq imkanları məhdud şəxslərə (əlif, qazi, veteran) tibbi yardımın, reabilitasiya tədbirlərinin təşkili və qulluğun xüsusiyyətləri.

Müasir reabilitasiya, əsas məqsədi xəstəliklər, travmatik vəziyyətlər və cərrahi müdaxilələr nəticəsində pozulmuş bir insanın fiziki və psixi sağlamlığını bərpa etmək olan bütün tədbirlər kompleksidir.

Tibbi reabilitasiyanın əsas istiqamətlərindən biri bədənin itirilmiş motor funksiyalarının bərpaşdırılmasıdır. Həmçinin, müasir texnikalar kompleksi psix-emosional vəziyyəti yaxşılaşdırmağa, xəstəyə mövcud şəraitdə həyat şəraitinə və cəmiyyətdəki həyata uyğunlaşmağı öyrətməyə yönəldilmişdir.

Bərpaedici təbabətin inkişafı, müntəzəm olaraq təkmilləşdirilməsi, problemin həllinə addım-addım yanaşma onun müxtəlif növlərinin yaranmasına səbəb olmuşdur. Bunun sayəsində xəstə nəinki terapiya zamanı dəstəklənir, həm də onun cəmiyyət həyatına uyğunlaşmasına kömək edir.

Reabilitasiya məqsəd, vəzifə və istifadə olunan üsullara uyğun olaraq təsnif edilir.

Aşağıdakı reabilitasiya müalicəsi növləri fərqləndirilir: tibbi reabilitasiya; fiziki; psixoloji; sosial və məişət; peşəkar.

Tibbi reabilitasiya.

Bu termin, əsas məqsədi xəstənin sağlamlığının maksimum mümkün bərpası olan bir sıra tədbirlərə aiddir. Tibbi reabilitasiya çərçivəsində xəstəlik və ya zədə nəticəsində pozulmuş/tamamilə itirilmiş funksiyaların normallaşdırılması və ya kompensasiyası üçün tibbi (o cümlədən farmakoterapiya), pedaqoji, psixoloji və digər tədbirlər tətbiq edilir.

Tibbi reabilitasiya xəstənin normal və tanış həyat tərzinə qayıtmasına və işə qayıtmasına kömək edir.

Fiziki reabilitasiya.

Bu istiqamət insanın fiziki sağlamlığını və əmək qabiliyyətini bərpa etmək üçün gimnastika məşqlərindən və təbii ehtiyatlardan istifadəni nəzərdə tutur. Tibbi reabilitasiya ilə birlikdə istifadə olunur.

Fiziki reabilitasiya üçün aşağıdakılar istifadə olunur: masaj; məşq terapiyası; fizioterapevtik prosedurlar; mexanoterapiya.

Psixoloji reabilitasiya.

Bir insanın öz gücünə inanmasına imkan verən reabilitasiya müalicəsinin məcburi hissəsi. Ciddi bir xəstəlik və ya zədə xəstənin psix-emosional sağlamlığında iz buraxır və geri çəkməyə, depressiyaya və narahatlığa səbəb ola bilər ki, bu da sağalmağa əhəmiyyətli dərəcədə mane olur.

Psixoterapiyanın əsas məqsədi insanı emosional sabitliyə qaytarmaq və mövcud vəziyyətə cavab olaraq aqressiyanı aradan qaldırmaqdır.

Psixoloji reabilitasiyaya müxtəlif üsullar, o cümlədən arteterapiya, hipnoz, koqnitiv davranış terapiyası və psixoloji təlim daxildir.

Sosial və məişət reabilitasiyası.

İnsan yaşayış şəraitinə uyğunlaşdırılır, mütəxəssislər özünə qulluq və hərəkətlilik bacarıqlarını öyrədir, ailə münasibətlərinin bərpasına kömək edir.

Xəstəyə sadə gündəlik ev işlərini təkrar etmək və gününü planlaşdırmaq öyrədilir.

Peşə reabilitasiyası.

Şəxs öz imkan və qabiliyyətlərinə uyğun gələn peşə vəzifələrinə və ya hər hansı digər iş fəaliyyətinə qayıtmağa hazırlaşır.

Reabilitasiyanın əsas vəzifələri və prinsipləri.

Anlamaq lazımdır ki, müasir reabilitasiya yalnız xəstənin xəstəlikdən və zədədən sağalmasına kömək etmir, həm də patologiyanın ağırlaşmalarının və residivlərinin mümkün inkişafının qarşısını alır.

Bərpaedici tibbin əsas vəzifələri:

- pozulmuş motor funksiyalarının erkən bərpa və peşə fəaliyyətinə və cəmiyyətə qayıtması;
- psixi sağlamlığın, müsbət düşüncələrin və emosiyaların bərpa;
- reabilitasiyanı davam etdirmək üçün bir insanın motivasiyası;
- xəstənin mövcud vəziyyətdə evdə və işdə yaşayış şəraitinə uyğunlaşması;
- mümkün patoloji proseslərin inkişafının qarşısının alınması.

Bacarıqlı reabilitasiya aparmaq üçün mütəxəssislər müalicə mərhələsinin müəyyən prinsiplərinə - erkən başlanğıc, bütün mövcud reabilitasiya üsullarının hərtərəfli tətbiqi - klassik texnikanın yeniliklərlə birləşməsi, fərdi terapiya proqramının tərtib edilməsi, bütün mərhələlərə uyğunluq, müntəzəmlik və davamlılıq, dozaj prinsiplərinə riayət edirlər. yüklər, onların tədricən artması.

Müasir reabilitasiya üsulları.

Mövcud reabilitasiya müalicəsi növlərindən asılı olmayaraq, onların hamısı bir-biri ilə sıx bağlıdır və terapiyanın bütün mərhələlərində istifadə olunur. İstifadə olunan reabilitasiya proqramları və üsulları ilə bağlı bunlara aşağıdakılar daxildir:

- fizioterapiya (hərəkət fəaliyyətini bərpa etməyə, maddələr mübadiləsini və qan dövranını yaxşılaşdırmağa, ilti-

hab ocaqlarını aradan qaldırmağa, ağrıları aradan qaldırmağa yönəlmiş reabilitasiya müalicəsinin mühüm hissəsidir);

- nitq və idrak terapiyası (loqoped ilə dərslər insultdan sonra sağalmanın vacib hissəsidir; xüsusi məşqlərin köməyi ilə insana danışma bacarıqları yenidən öyrədilir, yaddaş və diqqət normallaşır);
- transkraniyal maqnit stimullaşdırılması (qısa impulslardan istifadə edərək beyin qabığını stimullaşdırmağa yönəlmiş müasir bir texnika; beynin təsirlənmiş sahələrinin bərpasını təşviq edir);
- robot sistemləri və virtual reallıq (innovativ qurğular və ixtisaslaşdırılmış simulyatorlar ağır zədələri olan yataq xəstələrinə yenidən hərəkət etməyi öyrənməyə kömək edir; robotik cihazların köməyi ilə ayaq və qollarda gücü və funksionallığı bərpa etmək mümkündür).

15.2. Terminal hallar və reanimasiya tədbirləri.

Ağır xəstələrdə terminal hallara – ölümlə həyat arasında olan bir vəziyyətə tez-tez təsadüf olunur (terminus-sərhəd, hüdudlanma deməkdir). Arterial təzyiqin katastrofik enməsi, qazla mübadiləsi və metabolizmin dərin dəyişiklikləri ilə birgə orqanizmin həyat fəaliyyətinin kritik səviyyədə enməsinə terminal hal deyilir. Terminal hallar müxtəlif travmalar, yanıqlar, elektrikvurma, kəskin qanıtirmə, şok, suda boğulma, mexaniki asfiksiya, miokard infarktı və digər patoloji proseslər, bədbəxt hadisələr zamanı meydana çıxır. İnsanın ölümündə dinamik olaraq bir-birinin ardınca gələn bir neçə proses ayırd edilir: ürək fəaliyyətinin, qan dövranının və tənəffüsün dayanması, baş beyinin fəaliyyətdən düşməsi, huşun itməsi, bəbəklərin genəlməsi, predaqoniya, terminal fasilə, aqoniya, klinik və bioloji ölüm.

Terminal hallarda 4 mərhələ ayırd edilir: 1. Predaqoniya (aqoniyadan – canvermədən qabaqkı dövr); 2. Terminal fasilə; 3. Aqoniya (canvermə); 4. Klinik ölüm.

Predaqonal dövr. Bu dövr orqanizmin mühüm həyati funksiyalarının və mübadilə proseslərinin pozulmasından asılı olaraq meydana çıxan bir sıra əlamətlərlə xarakterizə olunur. Ümumi tormozlanma fonunda xəstənin huşu tez-tez itir və alaqaranlıq vəziyyətdə olur. Arterial təzyiqli kəskin enir, təyin edilmir. Nəbz kəskin taxikardiya ilə müşayiət edilir, sapvari olur, periferiyada deyil, yalnız magistral arteriyalar (ümumi yuxu, bud arteriyaları) üzərində əllənir. Tənəffüs səthidir, tezləşib və təngnəfəslik qeyd edilir. Dəri kəskin avazıyır, kəskin akrosianoz müşahidə edilir.

Terminal pauza (fasilə) dövrü. Bu dövrdə baş beyinin, ürək-damar və tənəffüs mərkəzlərinin funksiyası progressiv olaraq enməkdə davam edir, tənəffüs isə 40 saniyədən 4 dəq-dək dayana və yenidən bərpa ola bilər.

Aqonal dövr (aqonio-mübarizə). Xəstənin huşu tamamilə itir, arefleksiya (reflekslərin itməsi), dərinin kəskin avazıması və akrosianoz baş verir. Tənəffüs aqonal tipli (köməkçi əzələlərinin iştirakı ilə), dərin və seyrəkdir, patoloji ritmlərin, nəfəsalma və nəfəsvermə fazalarının ləngiməsi ola bilər. Ürək fəaliyyəti kəskin enir, arterial təzyiqli progressiv olaraq düşür, bradikardiya inkişaf edir, nəbz sapvari olub, yalnız magistral arteriyalar üzərində çətinliklə əllənir.

Klinik ölüm. Bu terminal halların son, həyatla ölüm arasında keçid mərhələsi olub, 3-6 dəqiqə davam edir. Klinik ölüm ürək fəaliyyəti və tənəffüsün tam dayanması, mərkəzi sinir sisteminin funksional aktivliyinin tam sıradan çıxmasından sonra baş verir. Zəhri olaraq xəstədə heç bir həyat əlamətləri müşahidə edilmir. Klinik ölüm zamanı aşağıdakı əlamətlər olur: huşun tam itməsi, arefleksiya, bəbəklərin genəlməsi, işığa qarşı reaksiyanın olmaması, tənəffüsün olmaması, ürək fəaliyyətinin dayanması, nəbzın olmaması, arterial təzyiqli sifirə bə-

rabər olması, bədən hərarətinin enməsi, qıcolmalar, qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı.

Bioloji ölüm. Beyin qabığı hüceyrələri oksigen aclığına çox həssas olduqlarından, hipoksiyaya 5-6 dəq dözə bilirlər. Ona görə də bu müddətdən sonra beyin qabığı hüceyrələri sıradan çıxırlar və “beyin ölümü” baş verir, yəni kliniki ölüm bioloji ölümə keçir. Bioloji ölüm həyat fəaliyyətinin geri dönməz şəkildə dayanmasıdır, orqanizmin canlı sistemi fəaliyyətinin son mərhələsidir. Qan dövranı dayandıqdan sonra ilkin 1 saat müddətində baş beyindəki, sonrakı 2 saat ərzində isə digər orqanlardakı hüceyrələrin nekrozu baş verir.

15.2.1 Həyat və ölüm əlamətləri.

Bütün ölüm hallarında ilkin dövrdə klinik əlamətlərin triadası aşkar edilir: **1. Ürəyin dayanması (asistoliya); 2. Tənəffüsün olmaması (apnoe); 3. Huşun itməsi (koma).** Qəflətən baş verən belə huşsuzluq vəziyyətlərində ilk növbədə xəsarət almış insanın diri, yaxud ölü olmasını aydınlaşdırmaq lazım gəlir. Buna görə də yardım göstərən şəxs qəfil tənəffüsü ya ürəyi dayanmış, yaxud da huşsuz halda olan xəsarət almış insanda həyat əlamətlərini yoxlamalıdır.

Həyat əlamətləri:

- Ürəyin döyünməsi. Bunu bir əli, yaxud qulağı döş qəfəsinin sol tərəfində döş vəzisi olan yerə qoymaqla yoxlayırlar;
- Arteriyalar üzərində nəbzin əllənməsi. Adətən nəbzi mil, ağır hallarda boyunda yuxu ya da qasıqda bud arteriyası üzərində təyin edirlər;
- Tənəffüsün olması. Zərəçəkmiş insanın nəfəs almasını döş qəfəsi və qarının hərəkət etməsi, ağıza və buruna tutulmuş güzgünün tərləməsi yaxud buruna yaxınlaşdırılmış pambıq parçasının hərəkət etməsi ilə müəyyən edilir.

lər;

- Bəbəklərin işığa qarşı reaksiya verməsi. Gündüz olarsa gözün birinin üstünü əllə tutub, bir qədər belə saxladıqdan sonra əli qəflətən çəkdikdə bəbək daralır. Gecə isə fənərin işığını gözə saldıqda belə bir hal bəbəklərin daralması baş verir.

Xəsarət almış insanda bu yuxarıda sadaladığımız əlamətlərin olması onun sağ olmasını göstərir və belə vəziyyət dərhal reanimasiya tədbirlərinin aparılmasını tələb edir. Ürək döyünmənin, nəbzın, tənəffüsün, bəbəklərin işığa qarşı reaksiyasının və buynuz qişası refleksinin olmaması, iynə batırıldıqda heç bir cavab reaksiyası alınmaması ölümün şübhəli əlamətləri sayılır və bu əlamətlər klinik ölüm vəziyyətində də ola bilər. Belə hallarda təxirəsalınmaz reanimasiya tədbirləri aparılmalıdır.

Bioloji ölümün əsas əlamətləri bunlardır:

- Gözün buynuz qişası quruyur və bulanır;
- Bəbəklərdə işığın təsirindən daralmır və gözü 2 barmaq arasında sıxdıqda bəbək uzunsov forma alaraq daralır və pişik gözünü xatırladır (“pişik gözü” simptomu);
- Bədən ətraf mühit temperaturunadək soyuyur;
- Dəridə göy-bənövşəyi rəngli meyit ləkələri əmələ gəlir (meyit arxası üstə olduqda bu ləkələr kürək, bel və sargı nahiyələrində, üzü üstə olduqda isə sifətdə, döş qəfəsi və qarında əmələ gəlir);
- İnsan öləndən 2-4 saat sonra başdan olmaqla meyit qatıması baş verir.

15.2.2 Terminal hallarda aparılan reanimasiya tədbirləri.

Qəfləti ölüm hallarında həyat əlamətləri, yaxud ölümün şübhəli əlamətləri aşkarlanan kimi reanimasiya tədbirlərinə başlamaq lazımdır. Terminal hallarda xəstədə klinik ölüm baş

verməmiş – tənəffüsü tam dayanmamış, asistoliya olmamış reanimasiya tədbirləri aparılmalıdır. Bir sıra təsadüflərdə qəfləti ölümlər zamanı baş verən dəyişikliklərin geridönən və geridönməz olmasını təyin etmək çox böyük çətinliklər törədir və ona görə də belə hallarda vaxt itirmədən reanimasiya tədbirlərinə başlamaq lazımdır və yalnız işin gedişində aparılan tədbirlərin səmərəliliyi aydınlaşacaqdır. Yalnız və yalnız bioloji ölüm əlamətləri aşkarlandıqda reanimasiya tədbirləri dayandırılmalıdır.

Xəstəni terminal vəziyyətdən – klinik ölümdən çıxarmaq üçün görülən təxirəsalınmaz tibbi tədbirlər kompleksi olan reanimasiyanın (reanimasiya yenidən canlandırma) əsas vəzifəsi hipoksiya (anoksiya) ilə mübarizə aparmaq və orqanizmin sönmüş (yaxud sönməkdə olan) funksiyalarını bərpa etməkdən – orqanizmi yenidən canlandırmaqdan ibarətdir. Klinik ölüm əlamətlərinin hamısı (huşun itməsi, ürək döyünmələrinin olmaması, tənəffüsün dayanması, magistral arteriyalarda nəbzın əllənməməsi, bəbəklərin genəlməsi və dərinin göyərməsi), yaxud üçü (huşun itməsi, ürək döyünmələrinin və tənəffüsün olmaması) aşkarlanan kimi dərhal hadisə yerində təməl ürək-ağ ciyər reanimasiyası tədbirlərinə başlanılmalıdır. Qan dövrənı dayandıqdan 6-12 san sonra huş itir və 30-60 san -dən sonra isə ürək fəaliyyəti dayanır. Reanimasiya tədbirləri tibb işçisi olmadığı hallarda bu sahədə müəyyən vərdişlərə yiyələnmiş şəxslər tərəfindən aparılır. Belə hallarda əvvəllər təməl ürək-ağ ciyər reanimasiyası ilk növbədə fundamental əhəmiyyətli **A-B-C üçlük**lər qaydası üzrə aparılırdı:

+ **Air way open** – tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası;

+ **Breathe for Victim** – ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası;

+ **Circulation his blood** – ürək masajı.

Lakin Ürək xəstəlikləri üzrə Amerikan Assosiasiyasının ürək-ağ ciyər reanimasiyası və ürəkdamar xəstəlikləri zamanı təxirəsalınmaz yardım göstərilməsi üçün 2010 və 2011-ci il, həmçinin əlavələr edilmiş 2015-ci il tövsiyələrinə əsasən təməl

reanimasiya tədbirləri C-A-B ardıcılığı ilə (kompresiya yolu ilə ürək masajı, yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpa-sı və süni tənəffüsün verilməsi) aparılması daha məqsədəuyğun hesab edilir (yeni doğulmuşlar istisna edilir).

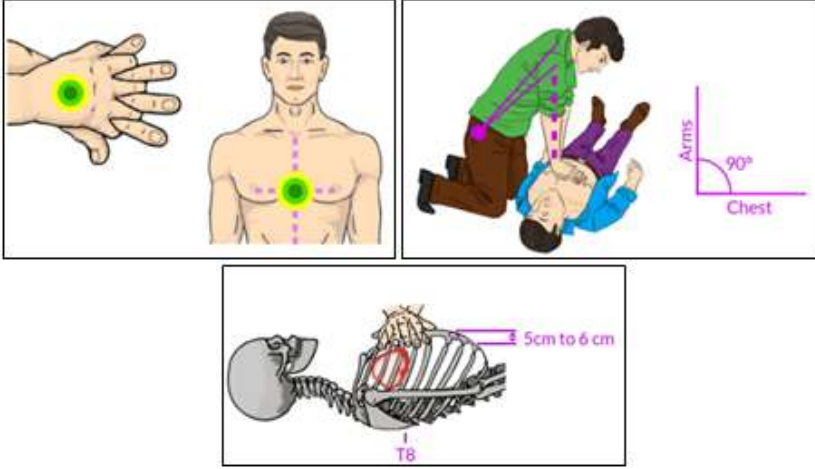
Ürəyin qapalı masajının aparılması.

Ürək dayandıqda qan oksigenlə zənginləşə bilmədiyi və bədənə paylanmadığından, mühüm həyatı əhəmiyyətli üzvlər, ilk növbədə isə baş beyin oksigen açlığına dözmədiklərindən, artıq 3-5 dəqiqə sonra onlarda geridönməz dəyişikliklər başlayır. Ürəyin qəfil dayanması sudabatma, boğulma, müxtəlif zəhərlənmələr, elektrikvurma, bir sıra ürək xəstəlikləri (ilk növbədə miokard infarktı) və s. hallarda müşahidə edilir.

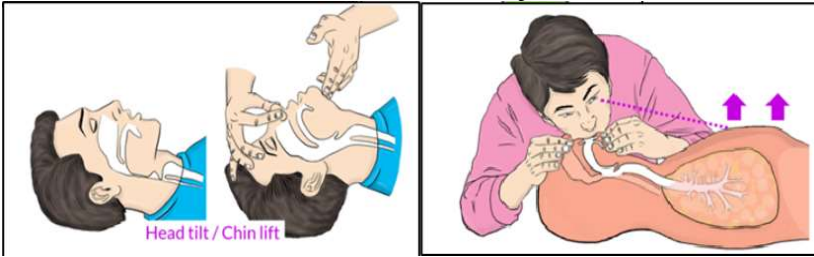
Ürək dayanmasının əlamətləri bunlardır:

- Yuxu arteriyasında nəbzın olmaması;
- Huşun itməsi;
- Tənəffüsün olmaması;
- Bəbəyin genəlməsi və işığa qarşı reaksiya verməməsi;
- Dodaqların, dırnaqların və qulaq sırğalarının göyerməsi;
- Dərinin kəskin avazıması, yaxud bozarması;
- Əzələlərdə səyrimələrin və yaxud qıcolmaların ola bilməsi.

Belə hallarda təxirəsalınmadan ürək masajına və süni tənəffüsə başlanmazsa, yəni ağ ciyər-ürək reanimasiyası aparılmazsa, bu vəziyyətdən zərərçəkmiş şəxsi çıxarmaq mümkün olmayacaqdır və o, bir neçə dəqiqədən sonra öləcəkdir. Ürək masajı zamanı, ürək sıxılaraq qanı aortaya, oradan isə yuxu arteriyaları ilə baş beyinə, ağ ciyər arteriyaları ilə ağ ciyərlərə qovur. Ağ ciyərlərdə qan qismən də olsa oksigenlə zənginləşir və ürəyin sıxılması dayandırıldıqda həmən oksigenləşmiş qan yenidən ürəyə qayıdır və növbəti sıxılma zamanı bu oksigenli qan beyinə qovulur və beyin oksigenlə təchiz olunur. Ürək masajı ilə birgə aparılan süni tənəffüs isə ağ ciyərləri oksigenlə təmin edir.



Şəkil 63 Ürək masajı.



Şəkil 64 Süni tənəffüz.

- 5.** Döş qəfəsi kompressiyaları və tənəffüsü **30:2 nisbətində** icra et.

Həyat təməl dəstəyi zamanı AİD dən də istifadə olunur.

Avtomatlaşdırılmış Xarici Defibrilator (AED) cihazı tibbdə ürək qəfil dayanma hallarında istifadə olunur. AED-ni istifadəsi sadədir və bu cihazı təcili tibbi yardım komandaları ilə yanaşı, qeyri-tibbi işçilər də istifadə edə bilərlər. AED cihazı ürəyin ritmini qiymətləndirir və lazım gəldikdə elektrik şoku tətbiq edir. AED-nin istifadəsi addım-addım belə həyata keçirilir:

1. Xəstənin Təhlili və AED Hazırlığı

- AED cihazını açın və cihazın təlimatlarını izləyin.



Şəkil 65 AED

- Elektrodları xəstənin sinəsinə yerləşdirin. Adətən bir elektrod sağ körpücük altına, digəri isə sol qabırğa altına qoyulur.

2. Analiz və Şok Verilməsi:

- AED cihazı avtomatik olaraq ürəyin ritmini analiz edir və şok tətbiq edilməsi lazım olduğunu bildirir.

- Cihazın təlimatlarını izləyin və əgər cihaz şok tətbiq edilməsini təklif edirsə, heç kəsin xəstəyə toxunmaması üçün xəbərdarlıq edin.

- "Şok ver" düyməsini basın və şoku tətbiq edin.

3. CPR (Kardiopulmoner Reanimasiya) İcra Edilməsi:

- Şokdan sonra cihaz CPR (Kardiopulmonar Reanimasiya) tətbiq etməyinizi təklif edə bilər.

- CPR tətbiq edin: Sinə kompressiyaları və süni nəfəs verilməsi

4. Təkrarlama və Təqib:

- AED cihazı təkrar analiz edəcək və lazım gəldikdə daha çox şok tətbiq olunmasını təklif edəcək.

- Təcili tibbi yardım gələncə qədər CPR və AED istifadəsini davam etdirin.

AED cihazı qəfil ürək dayanması hallarında həyati əhəmiyyət daşıyır və düzgün istifadə edildikdə həyat qurtarmaq üçün böyük potensiala malikdir.

Uşaq və körpələrdə AED istifadəsi:

- 8 yaşından yuxarı böyük uşaqlarda və böyüklərdə standart böyük AED-lər və pedlər istifadə edin.

- 1-8 yaş arası uşaqlar üçün uşaq pediatrik rejimi və pedləri olan AED-nin uşaq rejimi və ya uşaq pedləri yoxdursa standart böyük AED və pedlərini istifadə edin.

- 29 gün - yaş uşaqlarda manual defibrillatorlara üstünlük verilir.

15.2.2.1 Uşaqlarda (1-8 yaş) və körpələrdə (29 gün-1 yaş)

Təməl Həyat Dəstəyi.

Təhlükəsizliyi təmin et

Huşu yoxla

Kömək çağır(103,113)

Tənəffüsə bax,eyni vaxtda nəbzi yoxla

30 döş qəfəsi kompressiyası(CPR)2 nəfəs . İki nəfər olarsa 15 döş kompressiyası 2 nəfəs.

1. Təhlükəsizliyi təmin et

Mövcud vəziyyətdə xilasedicinin, zərərçəkmişin, ətrafdakı insanların və ətraf mühitin təhlükəsizliyi təmin olunmalıdır.

2. Huşu yoxla

Uşaqlarda “Necəsən?Yaxşısan?” deyərək çiyinə toxunaraq

huşu yoxlayın (böyüklərdəki kimi).

Körpələrdə ayağın alt səthinə yüngülcə toxunaraq körpənin reaksiyasına baxılaraq huşu yoxlayın.

3. Hava yolunu aç

Uşaqlarda hava yolunun açıqlığının təmin olunması böyüklərdə olduğu kimidir(baş geri-çənə yuxarı).

Körpələrdə hava yolunu neytral pozisiyada çənəni yuxarı qaldıraraq açın.

4. Tənəffüsü yoxla (10 saniyə)

Uşaq və körpələrdə Hava yolunu açıq tutaraq normal tənəffüsün olub - olmadığını müəyyənləşdirmək üçün **tənəffüsə baxıb, eyni zamanda nəbzi yoxlayın.**

5. Həyat əlamətlərinə bax

Tənəffüsdən sonra həyat əlamətlərinin olub-olmadığına baxın (tənəffüs,nəbz,bədən hərəkətləri və s.).

- Nəbzi uşaqlarda yuxarı arteriyasından, körpələrdə bazu arteriyasından yoxlayın.
- Əgər nəbz var (>60/dəq), tənəffüs yoxdursa,2-3 saniyə fasilə ilə süni tənəffüs verin,2 dəqiqədən bir nəbzə baxın.
- Nəbz yoxdursa və ya **60/dəqiqədən** azdırsa CPR-a (döş qəfəsi kompressiyaları) başlayın.
-



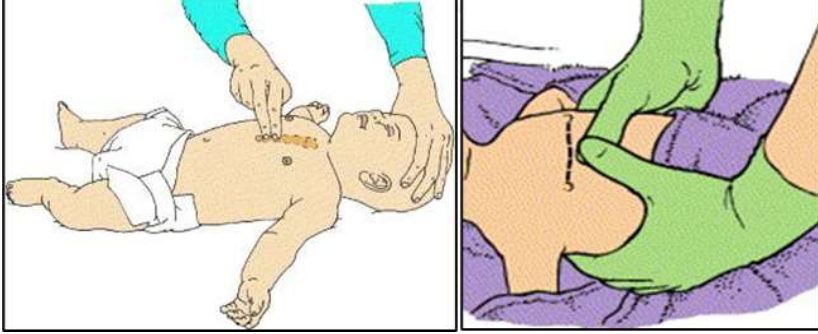
Şəkil 66

6. Kömək  ađır (103,113)

7. 15 d ş qəfəsi kompressiyası et (CPR)

Uşaqlarda d ş qəfəsi kompressiyasını t k və ya iki əllə, d ş qəfəsi hündürlüyünün 1/3-ni  k d r c k qədər edin. Uşaqlarda d ş qəfəsi kompressiyalarının dərinliyi 5 sm, tezliyi 100–120 /dəqiqə olmalıdır.

K rpalarda d ş qəfəsi kompressiyasını d ş sümüyünün aşaqı yarısından, d ş qəfəsi h nd rl y n  1/3-ni endirəcək qədər, tezliyi **100-120/dəqiqə** olacaq formada edin. T k xilasedici olduđunda CPR-ı iki barmaqla, iki xilasedici olduđunda d ş qəfəsini əllə əhatə edərək baş barmaqlarla edin. (Şəkil 67)



Şəkil 67

8. İki dəfə nəfəs ver.

9. D ş qəfəsi kompressiyaları v  t n ff s  **15:2 nisbətində** icra et.

15.2.2.3 Böyüklərdə v  1 yaşdan yuxarı uşaqlarda hava yolunun yad cisimlə tıxanması.

Tam tıxanma əlamətləri varsa (danışa,  sk r , nəfəs ala bilmir, rəngi göyərir), lakin huşu aydındırsa aşaqıdakı addımları icra edin:

- 5 qarın təzyiqi (Heimlich manevrası) icra edin. Əllərini-zi yumruq formasında birləşdirib, qarının tam ortasına,



**Şəkil 68 Heimlich
manevrası**

içəri və yuxarıya doğru təzyiq edin.

- Xəstə yardım zamanı huşunu itirərsə, ehtiyatla yerə uzandırın, təcili yardım xidmətinə xəbər verin və Təməl Həyat Dəstəyi icrasına başlayın.

15.2.2.4 Körpələrdə hava yolunun yad cisimlə tıxanması.

Tam tıxanma əlamətləri varsa (öskürə, nəfəs ala bilmir, rəngi göyərir),huşu aydındırsa aşağıdakı addımları icra edin(Şəkil 70):

- Başı aşağıda olacaq vəziyyətdə alt çənə nahiyəsindən dəstəkləyərək yerin ağırlıq qüvvəsindən faydalanın. Körpəni bir dizinizin üzərində, başını eyni tərəfdəki əlinizlə tutaraq qolunuzun üstünə uzandırın, digər əlinizin bilək hissəsi ilə iki kürək sümükləri arasına 5 dəfə qüvvətli vurmalar icra edin.
- Yad cisim çıxmayıbsa, supin pozisiyada və başı aşağıda olacaq vəziyyətdə digər qolunuz və diziniz üstünə çevirin, kürək və ənsə nahiyəsindən dəstəkləyin. Xəncərəbənzər çıxıtının 1 barmaq yuxarısına, döş sümüyünün aşağı yarısına 5 torakal təzyiq icra edin. Təzyiqlər döş qəfəsi kompressiyalarına bənzər, lakin daha qüvvətli və daha az tezlik-

də icra edilməlidir. Kürək və döş qəfəsi vurmalarına növbəli olaraq yad cisim çıxana və ya körpənin huşu itənə qədər davam edin.

- Huş itərsə kömək çağırın və Təməl Həyat Dəstəyi icrasına başlayın.

İSTİFADƏ OLUNAN ƏDƏBİYYAT

1.Kitablar:

- * L.A.İsaeva “Detskiye bolezni” Moskva-1994
- İ.Ə.Ağayev, X.N.Xələfli, F.Ş.Tağıyeva
“Epidemiologiya” Bakı – 2022
- C.N.Hacıyev, N.C.Hacıyev “Həkiməqədər yardım” Təhsil- 2018
- C.Məmmədov “Yanıqların diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol” Bakı – 2009

2. Məqalələr:

- Dosent Dr.Cümşüdoğ Cümşüd. Şişlər. Xoşxassəli və bədxassəli şişlər.
<https://amu.edu.az/storage/files/60/M%C3%BChazir%C9%99l%C9%99r/12.docx>
- Skidan Svetlana Valentinovna. Omicron: yeni növ koronavirusun simptomları və müalicəsi.
<https://polyclinika.ru/tech/omikron-simptomiy-i-lechenie-novogo-shtamma-koronavirusa/>

3. Saytlar:

- <https://www.seniorgroup.ru/experts/samye-rasprostranennye-bolezni-v-pozhilom-vozraste/>

- <https://mamadeti.ru/article/pediatriya/antenatal-patronage-the-aid-of-the-expectant-mother/>
- <https://cardiomedical.kz/patient/mandatory-social-health-insurance/>
- <https://bymed.by/stati/poleznye-sovety/sposoby-izmereniya-temperatury-tela>
- <https://azkurs.org/movzu-hekimeqeder-yardmn-esaslar-xestelik-haqqnda-anlays.html?page=12>
- <https://100sidelok.ru/saxarnyj-diabet-uxod-zabolnymi>
- <https://doktorstolet.ru/articles/terapiya/lechebnye-diety/>
- <https://kormed.ru/baza-znaniy/rekomendacii-i-naznacheniya-pacientu/>
- <https://cancercentersofia.ru/about/articles/ukhod-zalezhachimi-onkologicheskimi-bolnymi.html>
- https://hartmann-shop.ru/articles/vidy_povyazok_i_pravila_ikh_nalozheniya/
- <https://ru.m.wikipedia.org/wiki>
- https://arsenal-ms.ru/polis_oms/prophylactic_medical_examination/

- <https://gb1.ru/patients/clinical-examination/i-etap-disp/>
- <https://old.mednet.ru/ru/zdorovyj-obraz-zhizni/sanitarno-prosvetitskaya-deyatelnost/sanitarnoe-prosveshhenie-v-rabote-ambulatorno-poliklinicheskix-uchrezhdenij.html>
- <https://kliniken-schmieder.ru/vidy-reabilitacii/>
- <http://diagnostika03.ru/useful-info/medsestrana-dom-osobnosti-uslugi>
- https://gor-crb.ucoz.ru/index/okazanie_medicinskoj_pomoshhi_v_ambulatornykh_usloviyakh/0-24
- <https://www.anadolumedicalcenter.ru/articles/vsyochto-nuzhno-znat-o-profilaktike-raka/amp/>
- <http://etodiabet.ru/diab/oslozhneniya/gipo-i-giperqlikemicheskaya-koma.html>
- <https://diabetikayaq.az/sekerli-diabet-xesteliyinedir-tipleri/>
- <https://hekimtap.az/az/m%C9%99qal%C9%991%C9%99r/u%C5%9Faqlarda-piyl%C9%99nm%C9%99-43719>
- <https://www.epidemiolog.ru/epid/detail.php?ID=5244987>

- <https://amob.kz/ru/informatsiya-dlya-patsientov/osobennosti-ukhoda-meditsinskoj-sestroj-za-onkologichesкими-patsientami>
- <https://dpoaps.ru/blog/medicinskaya-sestra-vracha-obshhej-praktiki-dolzhestnye-obyazannosti/>
- <https://medinhome.ru/stati/>
- <https://studfile.net/>
- <https://www.smedk.ru/nursing/>
- Катетеризация мочевого пузыря у женщин, мужчин: алгоритм и техника введения (anpaesthetic.ru)

4. HTD, uşaqlarda və böyüklərdə hava yolunun tıxanması. Mənbə:

- **ILCOR-International Liaison Committee on Resuscitation 2020**
- **ERC-Resuscitation Guideline 2021.**

Yeni sənədlər barədə tədqiqat 3 saylı uşaq poliklinikasında aparılmışdır.

Çapa imzalanıb 17.08.2024
Formatı 60 x 84 1/16
Hesab-nəşr vərəqi 16,5

Ailə təbabəti
Tərtib edən
Hafizə Əlihövsət qızı İsmayılova
Bakı-Şirvanəşr-2024