UŞAQ XƏSTƏLİKLƏRİ



NƏZƏRİ VƏ TƏCRÜBİ MÖVZULAR

UŞAQ XƏSTƏLİKLƏRİ

(Tibb Kollecinin tələbələri üçün dərs vəsaiti)

Bakı - 2019

Dərs vəsaiti 1 saylı Bakı Tibb Kollecinin "Uşaq xəstəlikləri" fənn müəllimi **K.F.Hacıyeva (nəzəri mövzular)** və "Uşaq xəstəlikləri" fənn birləşməsi müəlimləri **(təcrübi mövzular)** tərəfindən aşağıda qeyd olunan dərsliklərdən tərcümə edilib tərtib olunmuşdur:

N.V.Yejova, E.M.Yusakova, Q.İ.Kaşeeva "Pediatriya", N.V.Yejova, Q.İ.Yejov "Pediatriya praktikum", L.A.İsaeva "Detskiye bolezni", "The Merck manual of medical information", C.T.Məmmədov, S.N.Alimetov "Daxili xəstəliklərin propedevtikası".

ISBN 978-9952-8305-2-1

Dərs vəsaitinin elektron versiyasının hazırlanmasında Y.Ə.Salmanova yaxından iştirak etmişdir.

Dərs vəsaitinin tərtibatçıları müəlliflik hüququna iddialı deyillər.

NƏZƏRİ MÖVZULAR

PEDİATRİYANIN İNKİŞAF TARİXİ

Pediatriya – yunan dilindən keçən söz olub paid – uşaq, iatria müalicə deməkdir. Xəstə və sağlam uşaq haqqında ilkin məlumatlar hələ qədim dövrlərdən məlum idi. Hindistan, Çin, Qədim Misir alimlərinin əsərlərində uşaqların qidalandırılması və onlara qulluq, bəzi xəstəliklərin müalicəsinə aid məsləhətlər olduğu elmə məlum idi. Uşaqların öyrənilməsi Qalen, Əbu Əli İbn Sinanın işlərində də öz əksini tapmışdır. Əbu Əli İbn Sina öz işlərində uşaq yaşının fiziologiya və patologiyasını təsvir etmiş, uşaqların qidalandırılmasının çox mühüm olduğunu, xüsusilədə yenidoğulmuşların ana südü ilə qidalanmasının böyük əhəmiyyətə malik olduğunu qeyd etmişdir.

15-17-ci əsrlərdə ilk elmi işlər meydana çıxdıki, orda qızılca, göy öskürək, çiçək xəstəlikləri təsvir olunmuşdur. 1650-ci ildə F.Qlisonun raxitin əmələ gəlməsi, profilaktikası və müalicəsi haqqında əsəri dərc olunmuşdur.

Pediatriyanın inkişafında mühüm rol professor-akuşer S.F. Xotovitskiyə məxsusdur. O "Uşaq xəstəlikləri"ndən ilk dərsliyi tərtib etmişdir. "Pediatrika" adlanan bu dərslikdə o, pediatriyanın məqsəd və vəzifələrini müəyyən etmişdir.

XIX əsrin axırı XX əsrin əvvəllərin də bütün inkişaf etmiş ölkələrdə pediatriya tibb fakultələrində tədrisi vacib olan bir fənnə çevrilir. Elə həmin vaxtdan başlayaraq Av-

ropada və Rusiyada elmi mərkəzlər, pediatriya kafedraları yaradılır, pediatriya üzrə jurnal dərslik monoqrafiya elmi məqalələr dərc olunmağa başlayır. 1902-ci ildə uşaq ölümü ilə mübarizə Liqası işə başlayır.

Rusiyada pediatriyanın inkişafının yüksəlişi N.F.Filatov və N.P.Qundobininadı ilə bağlıdır. Pediatriya elminin inkişafına sovet alimləri A.A.Kisel, Q.N.Speranski, V.L Molçanov, M.S.Maslov, A.F.Tur, Y.F.Dombrovskaya və s.böyük nəaliyyətlər bəxş etmişdir.

UŞAQ YAŞININ DÖVRLƏRİ

Uşaq orqanizminin xarakter xüsiyyətləri intensiv böyümə və fasiləsiz inkişafdır. Uşaq orqanizmində baş verən dəyişikliklərdən asılı olaraq, aşağıdakı dövrlər ayrıd edilir.

1. Bətin daxili inkişaf dövrü
2. Yenidoğulma dövrü
3. Südəmər dövr (kiçik yaslı dövrü)
4. Süd dişləri dövrü
   a) Məktəbəqədərdən qabaqkı dövr (böyük yasli dövrü)
   b) Məktəbəqədər dövr
5. Kiçik məktəbyaşı dövrü
6. Böyük məktəb yaş dövrü (cinsi yetişkənlik dövrü)

Bətindaxili inkişaf dövrü. Bu dövr mayalanmış yumurta hüceyrənin implantasiya olunduğu andan uşağın doğulmasına qədər olan vaxtı əhatə edir (38-40 həftə) hamiləliyin ilk 11-12 həftəsində dölün orqan və toxumalarının formalaşması baş verir. Bu dövrdə döldə xoşagəlməz fak-

torların təsiri nəticəsində döldə inkişaf qüsurları meydana çıxa bilər. Bu dövrün xüsusiyyəti dölün ananın orqanizmi hesabına qidalanması və sürətlə böyüməsidir.

Yenidoğulma dövrü. Bu dövr uşaq doğulduğu andan başlayır və 28 gün davam edir. Bu müddət ərzində uşağın ana bətnindən kənarda yaşamasına adaptasiyası baş verir. Bu dövr üçün xüsusi sərhəd vəziyyətlərinin olması xarakterikdir. Vaxtından qabaq və vaxtından gec doğulan uşaqlar bətndən xaric həyat şəraitinə çətin uyğunlaşırlar, beləki, çox hallarda bu uşaqlar doğuş travmalarına və asfiksiyanın inkişafına məruz qalırlar. Yenidoğulma dövründə uşaq orqanizminin stafilokokk, streptokokk infeksiyalarına bağırsaq çöplərinin şərti-patogen ştamlarına, salmonellaya və s. yüksək həssaslığı qeyd olunur. Yenidoğulmuşlar patoloji prosesin sürətlə generalizasiyasına ağır septik və toksiko-septik proseslərin inkişafına meyilli olurlar

Südəmər dövr. Bu dövr isə uşağın 28 günündən 1 yaşa qədər olan dövrü əhatə edir. Südəmər dövr intensiv maddələr mübadiləsi və sonrakı illərlə müqayisədə daha yüksək fiziki və pisixi inkişaf tempinin olması ilə xarekterizə olunur. İlk 3-4 ayında uşaqda anadan keçən passiv immunitet qalır ki, bu səbəbdən də qızılca, skarlatina, su çiçəyi, məxmərək kimi infeksion xəstəliklərə qarşı davamlı olurlar. Bununla bərabər 1 yaşa qədər uşaqlar hipotrofiyanın, həzm pozğunluqlarının, raxitin, anemiyanın inkişafına meyilli olurlar. Buda müəyyən qədər maddələr mübadiləsinin pozğunluqları, mədə-bağırsaq traktının funksiyasının nisbi yetişməzliyi və patogen mikroorqanizmlərə qarşı yüksək həssaslığı ilə əlaqədardır. Bu yaş

dövründə uşağın düzgün inkişafı üçün rasional qidalanma və dəqiq gün rejiminin təşkili xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

Süd dişləri dövrü. Bu dövr 1 yaşdan 6-7 yaşa qədər olan dövrü əhatə edir və özüdə 2 dövrə bölünür: məktəbə qədərdən qabaqkı dövr (1 yaşdan - 3 yaşa) və məktəbə qədər dövr (4yaşdan - 7yaşa)

Məktəbəqədərdən qabaqkı dövrdə (1- 3 yaş) mərkəzi sinir sisteminin sürətli yetkinləşməsi gedir, hərəki vərdişlər möhkəmlənir, nitq formalaşır. Bu yaş dövründə anadangəlmə immunitetin tükənməsi ilə əlaqədar olaraq uşaq damcı infeksiyaları ilə xəstələnmə halları çoxalır.

Məktəbəqədər dövrdə (4-7 yaş) isə müxtəlif orqan və sistemlərin funksiyaları təkmilləşir, nitqin inkişafı davam edir, gövdə və ətraflarda əzələ kütləsi artır, skeletin inkişafı davam edir, süd dişləri daimi dişlərlə əvəz olunmağa başlayır. Məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda proseslərin generalizasiyasına və toksiki reaksiyalara meyillik azalır.

Kiçik məktəb yaş dövrü 7 yaşdan 11-12 yaşadək davam edir. Bu dövrdə əzələ sistemi güclü inkişaf edir, skeletin inkişafı başa çatır, süddişləri daimi dişlərlə əvəz olunur.

Böyük məktəb yaş dövrü 2-cili cinsi əlamətlərin formalaşmasından başlanır, cinsi yetişkənliyə çatması ilə başa çatır. Cinsi yetişkənliyin müddəti uşağın cinsindən və individual xüsusiyyətlərindən asılı olur: belə ki qızlarda o 12 yaşdan 16 yaşa, oğlanlarda isə bir o qədər gec: 13 yaşdan -18 yaşa qədər davam edir. Bu dövrdə uşaqların fiziki və psixi inkişafı başa çatır, endokrin sistemin işi yenidən qurulur, cinsi vəzilərin fəaliyyəti güclənir.

VAXTINDA DOĞULMUŞ UŞAQ, ONA QULLUQ UŞAQLARIN BƏTNDƏN XARİC HƏYAT ŞƏRAİTİNƏ UYĞUNLAŞMASI. FİZİOLOJİ HALLAR (SƏRHƏD VƏZİYYƏTLƏRİ)

Dölün göbək ciyəsi kəsilib anadan aryıldığı andan yenidoğulma dövrü başlayır. Yenidoğulma dövrü 4 həftə (28 gün) davam edir. Bu zaman uşaq orqanizminin xarici mühit şəraitinə uyğunlaşması baş verir: ana bətnindən xaric qan dövranı və ağ ciyər tənəffüsü yaranır, həzm orqanları fəaliyyət göstərməyə başlayır, müstəqil termorequlyasiya meydana gəlir, maddələr mübadiləsi sürətlənir.

Yetkin normal yeni doğulmuş uşaq doğulan zaman aşağıdakı **orta** fiziki inkişaf göstəricilərinə malik olur: bədən kütləsi 3300 qram (qızlarda) 3500 qram (oğlanlarda) boyun uzunluğu 50-52 sm, başın çevrəsi 34-35 sm, döş çevrəsi 33-35 sm. 3500-4000 qram çəki ilə olan uşaqlar iri uşaqlar, 4200 qramdan yuxarı çəkiyə malik olan uşaqlar isə "nəhəng uşaqlar" adlanır. Uşağın çəkisi ilk 6 ayda hər ay 800 qram; 6 aydan 12 aya qədər hər ay 400 qram artır. Boyun uzunluğu isə I rübdə hər ay 3-3,5 sm; II rübdə hər 2,5 sm; III rübdə hər ay 1,5 sm; IV rübdə isə hər ay 1 sm artır.

Yenidoğulmuşlar üçün xüsusi fizioloji hallar mövcuddur ki, bu hallar uşağın yeni həyat şəraitinə uyğunlaşma prosesini əks etdirir. Bu vəziyyətləri sərhəd vəziyyətləri adlandırırlar, belə ki, onlar uşaq həyatının 2 dövrünün (bətndaxili

və bətnxarici) sərhəddindən meydana çıxır və fiziolojidirlər, xoşagəlməz şərtlər daxilində patoloji gediş ala bilərlər.

Fizioloji hallar qısamüddətli olurlar, sonralar təkrarlanmırlar və adətən xüsusi müalicə tələb etmirlər.

"Yenicə doğulmuş uşaq" sindromu. Uşaq doğulduğu anda çoxlu xarici və daxili qıcıqlandırıcılara cavab olaraq yenidoğulmuşlarda ilkin orientasiya reaksiyası meydana çıxır: bir anlıq hərəkətsizlik, dərindən nəfəs alma, qışqırıq, yüksək əzələ tonusu və yenidoğulmuşun tipik pozası-ətraflar gövdəyə doğru yığılmış və əllər yumruq şəklində sıxılmış vəziyyətdə olması.

Kardiorespirator adaptasiya. Periodik meydana çıxan dərindən nəfəs və çətinləşmiş nəfəsvermə ilətənəffüs, onun qısamüddətli dayanması (apnoe), uşağın qışqırması yenidoğulmuşun ağ ciyərlərinin açılmasına imkan yaradır. Yenidoğulmuşlarda ilk 2-3 günündə ağ ciyərlərin fizioloji hiperventilyasiyası qeyd olunur: o nisbətən böyük uşaqlardakından 1,5-2 dəfə çox olur. Hiperventilyasiya doğuş zamanı yaranmış asidozun aradan götürülməsinə yönəlmiş olur.

İlk nəfəsalma və plasentar qan dövranının kəsildiyi andan başlayaraq qan cərəyanında mühüm dəyişikliklər baş verir. Rüşeym qanaparıcı yollar bağlanır: botall axacaq, oval dəlik, göbək damarlarının qalıqları.

İstilik balansının tranzitor xüsusiyyətləri. Yenidoğulmuşun bədən temperaturu dayanıqlı olmur və həyatının ilk saatlarında 1-2^{0}C aşağı düşə bilər. Bəzi uşaqlarda həyatının 3-5-ci günündə tranzitor qızdırma qeyd olunur ki, bu zaman bədən temperaturu yüksəlir və bir neçə saat müd-

dətində 38-39^{0}C səviyyəsində qalır. Onun səbəbləri–orqanizmə kifayət qədər suyun daxil olmaması, molozivoda zülalların miqdarının yüksək olması, termorequlyasiya (istilik tənzimi) mərkəzinin tam mükəmməl olmaması, uşağın çox isti bükülməsi, bağırsaqlarda ilkin bakterial floranın əmələ gəlməsi ilə orqanizmin bağırsaq çöplərinin endotoksininə qarşı reaksiyasıdır.

Tranzitor qızdırma zamanı 0,9%-li natri-xlorid, 5%-li qlükoza məhlulu, regidron içki şəklində təyin olunur.

İlkin bədən kütləsinin fizioloji itirilməsi. Bu bütün yenidoğulmuşlarda həyatının ilk 3-4 günündə müşahidə olunur və çəkinin itirilməsi vaxtında doğulmuşlarda 10%-ə qədər, yarımçıqdoğulmuşlarda isə 12-14% olur və bu itirilən çəki uşaq həyatının 7-10 cu gününə kimi bərpa olur. Xəstə yarımçıqdoğulmuş və iriçəkili uşaqlarda isə bir qədər gec bərpa olur. Bu ilkin bədən çəkisinin itirilməsi – ilk günlərədə uşağın tam doymaması; sidiklə, nəcislə, ağ ciyərlər və dəri ilə, gəyirmə və göbək qalığının quruması nəticəsində suyun itirilməsi hesabına baş verir. İlkin çəkinin çox itirilməsinin qarşısını almaq üçün yenidoğulmuşu daha erkən döşə qoymaq, uşağı tələbatına uyğun yedizdirmək, ana südünün çatışmamazlığını vaxtında aşkara çıxarmaq və tədbir görmək; optimal istilik rejiminə riayət etmək vacibdir.

Dəri örtüklərinin tranzitor dəyişiklikləri. Sadə eritema–dərinin hiperemiyası və bəzən əl və ayaqlarda yüngül sianotik çaların olması ilə xarakterizə olunur. Yeni ətraf mühitin qıcıqlandırıcılarına cavab reaksiyası olaraq

dəridəki kapillyarların genişlənməsi nəticəsində inkişaf edir. Eritemanın davametmə müddəti və intensivliyi uşağın yetişkənlik dərəcəsindən asılı olur. Sağlam yenidoğulmuşlarda o bir neçə saatdan 2-3 günədək davam edir. Yarımçıqdoğulmuşlarda isə eritemanın intensivliyi kəskin olur və 5-7 gün çəkir. Eritema söndükdən sonra dəri örtüklərində xırda və ya iri lövhəli qabıqlanma qeyd olunur. (xüsusilə də vaxtından gec doğulanlarda qabıqlanma daha güclü olur). Güclü qabıqlanma oluqda dərini steril bitki yağı ilə yağlayırlar.

Toksiki eritema – yenidoğulmuşlarda 2-5-ci gün meydana çıxır və allergik reaksiyadır. Adətən uşağın ümumi vəziyyəti pozulmur. Dəri örtüklərində tək və ya çox sayda hiperemiyalaşmış ləkələr, papulalar, vezikulalar müşahidə olunur. Səpgilər heç vaxt ovuclarda, ayaqaltında və selikli qişalarda olmur. Bir neçə gün ərzində yeni səpgi elementləri meydana gələ bilər, hansı ki, bunlar da 2-3 günə tədricən sönürlər. Kəskin eritema olduqda kali-permanqanatla müalicəvi vannalar və antihistamin preparatlar məsləhət görülür.

Tranzitor sarılıq –yenidoğulmuşun tranzitor sarılığı fetal eritrositlərin parçalanması nəticəsində əmələ gələn sərbəst bilirubinin qanda və toxumalarda toplanması ilə əlaqədar baş verir. Yenidoğulmuşun qara ciyəri funksional cəhətdən tam yetişkən olmadığından o, çoxlu miqdarda əmələ gəlmiş sərbəst biluribini qeyri-toksik formaya (birləşmiş bilirubinə) çevirib, onun orqanizmdən xaric olmasını təmin edə bilmir.

Fizioloji sarılıq uşaq həyatının 2-3-cü günü meydana çıxır, ağızın və gözün selikli qişalarının, dəri örtüklərinin sarımtıl rəngə boyanması ilə xarakterizə olunur. sidik və nəcisin rəngi dəyişilmir, qara ciyər və dalaq böyümür, uşağın ümumi vəziyyəti pozulmur. Sarılıq 7-10 gün davam edir. Xəstə və yarımçıqdoğulmuş uşaqlarda o, 2-3 həftəyə qədər uzanır. Kəskin sarılıq zamanı çoxlu maye təyin olunur, fototerapiya aparılır.

Cinsi kriz–bu bətndaxili dövrdə ananın qanı ilə dölə və uşaq doğulduqdan sonra isə ana südü ilə uşağa estrogenlərin keçməsi nəticəsində baş verir. Yenidoğulmuşların əksəriyyətində, xüsusilə də, qız uşaqlarında qeyd olunur. Süd vəzilərinin şişkinləşməsi (fizioloji mastopatiya)– cinsindən asılı olmayaraq yenidoğulmuşun həyatının 3-4-cü günündə meydana çıxır, maksimal böyüməsi 7-10-cu günədək davam edir. Süd vəzilərinin böyüməsi simmetrik olur, vəzi üzərində dərinin rəngi dəyişmir, bəzən yüngül hipermiya qeyd olunur. Vəzidən boz və ya ağ süd rəngində möhtəviyyat da xaric ola bilər. Bu möhtəviyyatı sıxıb çıxarmaq olmaz. (bu vəzinin zədələnməsinə və infeksiyalaşmasına səbəb ola bilər). Vəzini qıcıqlanmadan qorumaq üçün yalnız steril isti sarğı qoyulur.

Uşaqlıq yolundan qanaxma–bu uşaq həyatının 5-8-ci günü meydana çıxır, 2-3 gün davam edə bilər, həcmi –0,5-2ml olur. Uşağa qulluq zamanı gigiyenik rejimə ciddi riayət etmək lazımdır.

Böyrəklərin tranzitor xüsusiyyətləri: sağlam yenidoğulmuşlarda həyatının ilk 3 günü fizioloji oliquriya qeyd

olunur. Belə ki, sidik ifrazının sayı sutkada 4-5 dəfə olur, sonrakı günlər get-gedə çoxalır və 10-cu gününə artıq sutkada 20-25 dəfəyə çatır. Sağlam uşağın sidiyi açıq rəngli, sulu olur.

Albuminuriya bütün yenidoğulmuşlarda həyatının ilk günlərində rast gəlinir və böyrək kanalcıqlarının və yumaqcıq epitelinin keçiriciliyinin yüksəlməsi nəticəsində baş verir.

Sidik turşusu infarktı – uşaq həyatının 3-4-cü günü meydana çıxır və sidik turşusunun kristallar şəklində sidik kanalının mənfəzində yığılması şəklində özünü göstərir. Sidik turşusunun çoxlu miqdarda əmələ gəlməsinin səbəbi hüceyrələrin (əsasən də leykositlərin) güclü parçaıanması və zülal mübadiləsinin xüsusiyyətləridir.

Sidik turşusu infarktı zamanı uşağın bələyində qum çöküntüsünə oxşar qəhvəyi ləkələr qalır. Tədricən, diurez artdıqda, duzlar yuyulub xaric olur və 7-10 gün müddətində infarkt keçib gedir.

Mekoniy (ilkin nəcis): Uşaq həyatının ilk günlərində xaric olunan nəcis olub, qoxusuz, tünd yaşıl rəngdə qatı, yapışqan kütlə şəklində olur. Mekoniy tərkibində epiteli hüceyrələri, udulmuş dölyanı sular olur. Daha sonra o bir qədər tezləşir, konsistensiyasına və rənglənməsinə görə qeyri-həmcins olur (sulu, tünd-yaşıl, sarımtıl və ağımtıl sahələrlə). Bu keçid stul (nəcis ifrazı) adlanır. 2-4 gündən sonra o sıyığabənzər şəkil alır, sarı rəngli sutkada bir neçə dəfə olur.

TƏBİİ QİDALANMA. MOLOZİVO

Ananın orqanizmi möcuzəli bir şəkildə yenidoğulmuş uşağın tələbatına uyğunlaşmış orqanizmdir. Ana südünün kimyəvi tərkibi laktasiyanın (ana südünün əmələ gəlməsi) yaranma dövründə dəyişikliklərə uğrayır.

Belə ki, doğumdan sonrakı ilk günlərdə (3–4 gün) molozivo, 4-5-gündən başlayaraq – keçid süd, 2-3-cü həftələrdən başlayaraq artıq yetişmiş süd ifraz olunmağa başlayır.

Molozivo - bu qatı, yüksək kalorili, yapışqanşəkilli, sarı və ya bozumtul-sarı rəngli maye olub, miqdarı çox olmur (10–40 ml) lakin buna baxmayaraq, tərkibindəki komponentlərin zənginliyinə görə yetişmiş ana südündən üstündür.

Molozivanın tərkibində qoruyucu faktorlar (immunoqlobulinlər, makrofaqlar, B – və T-limfositlər, neytrofillər və s.) olur ki, bu da uşağın orqanizmini - ilk növbədə də onun bağırsaqlarını xəstəlik törədici mikroorqanizmlərdən qoruyur. Molozivonın tərkibində unikal qoruyucu təsirə malik olan immunoqlobulin A-nın miqdarı qan zərdabında olduğundan 5-10 dəfə artıqdır. İmmunoqlobulin A xəstəlik törədici bakteriyaların bağırsağın səthinə yapışmasının qarşısını alır.

Laktasiyanın ilk saatlarında bütün əsas immunoloji müdafiə faktorlarının konsentrasiyası ən yüksək həddə çatır. Bu səbəbdən də molozivo yenidoğulmuş uşaq üçün "ilkin immunizasiya" rolunu oynayır. Laktasiyanın 5–ci günündən sonra südün vahid həcmində immun zülalların miqdarı azalır, ifraz olunan südün miqdarının artması ilə əlaqədar ola-

raq. Lakin immunoqlobulinlərin ümumi miqdarı stabil qalır və bütün laktasiya müddətində kifayət qədər yüksək səviyyədə qalır.

Bundan başqa moloziva tərkibində zülalların, mineral duzların, vitamin-A–nın, karotinin, B_{12}, E, K və askorbin turşusunun yüksək midarda olması ilə fərqlənir. Onun tərkibində bioloji aktiv maddələr–fermentlər və hormonlarda vardır. Molozivada yağların və süd şəkərinin miqdarı yetişmiş süddə olduğundan az olur. Molozivada olan zülallar, yağlar, karbohidratlar, mineral maddələr daha asan mənimsənilən formada olur. Belə ki, molozivanın zülallar (albuminlər, qlobulinlər) uşağın qanının zərdabının zülallarına uyğun olur və buna görə də mədə və bağırsaqdan dəyişilməmiş şəkildə sorulub mənimsənilə bilir.

Moloziva bağırsaqların inkişafını stimulə edir, körpəni yetişmiş südün sorulub mənimsənilməsinə hazırlayır.

Keçid süd – yağlarla zəngin olur, qalan tərkib hissələrinə və xarici görünüşünə görə yetişmiş südə yaxın olur.

Təbii qidalanma. Mədə-bağırsaq traktının mikroflorası - Yenidoğulmuşun mədə-bağırsaq traktı ilk yedizdirməyə qədər steril vəziyyətdə olur. Doğumdan sonra ilk saatlarda mikroflora əvvəlcə ağız boşluğunda meydana gəlir, daha sonra isə mekoniydə də tapılır. Mədə bağırsaq traktının şöbələrində o demək olar ki, cüzi miqdarda olur. Yoğun bağırsaqda mikfloranın xarakteri əsasən qidalanmanın növündən asılı olur. Ana südü ilə qidalanan uşalarda bifidumflora üstünlük təşkil edir, süd qarışıqları ilə qidalanan uşaqlarda isə asidofil bağırsaq çöpləri, enterokokklar daha çox olur.

Daha böyük yaşlı uşalarda isə bağırsalarda daha çox üstünlük təşkil edən flora enterokokklar və bağırsaq çöpləridir.

Normal bağırsaq florası 3 əsas funksiyanı yerinə yetirir:

1) İmmukoloji baryer yaradır.
2) Qida qalıqlarının axıra qədər həzm olunmasını təmin edir.
3) Ferment və vitaminlərin sintezində iştirak edir.

İnfeksiyalaşma, qeyri-düzgün qida rejimi və antibiofiklərdən, antibakterial preparatlardan düzgün istifadə edilməməsi nəticəsində normal mikroflora asanlıqla pozulur.

Uşağın nəcisinin xarekteri də qidalanmanın növündən və bağırsada yaşayan mikrofloradan asılıdır. Təbii qidalanmada olan uşaqlarda nəcis kaşayabənzər, sarı rəngdə, turş iyli olur.

Süd qarışıqları ilə qidalanan uşaqlarda isə nəcis pastayabənzər, ağımtıl – sarı rəngdə xoşagəlməz çürüntü iyli olur.

TƏBİİ QİDALANMANIN ÜSTÜNLÜKLƏRİ

I. Ana südü uşaqda infeksiyalar əleyhinə immuniteti təmin edir. Ana südünün tərkibində böyük immunoqlobinlər kompleksi, qeyri spsefik maddələr (lizosim, laktoferin, bifidusfaktor, interferon antibiotik laktofelisin, stafilakokk əleyhinə faktor) və hüceyrə komponentləri (makrofaqlar, B-və T- limfositlər, neytrofillər və s.) vardır ki, bunlarda bakteriya əleyhinə və virusəleyhinə müdafiəni təmin edir. İmmunoqlobulin A-nın unikal qoruyucu təsiri vardır. O bakteriyaların bağırsağın səthinə yapışmasına imkan vermir.

II. Ana südünün antigen xüsusiyyətləri yoxdur, o tərkibinə görə uşağın toxumalarına daha yaxındır. İnək südü isə yüksək antigen xüsusiyyətinə malikdir. Uşağın həyatının ilk günlərində hətta süni qida ilə bir yedizdirmə belə allergik reaksiya və xəstəliklərinin meydana çıxma təhlükəsini artırır. Allergik reaksiya olduqda ana südündən imtina etmək ən kobud səhvdir.

III. Ana südündəki çoxlu komponentlər daha yaxşı mənimsənilən formada və optimal nisbətdə olur. Ana südünün zülalları əsas etibarı ilə albumin və qlobulinlərdən ibarət olur ki, onlar da əvəzedilməz aminturşularla zəngindir. Ana südü mədədə pıxtalşaraq zərif pıxta əmələ gətirir ki, bu da fermentlərlə yaxşı parçalanır. Ana südünün zülalları bioloji cəhətdən uşağın qan zülallarına və toxumalarına yaxın olur, buna görə də yaxşı mənimsənilir və onların bir hissəsi mədənin selikli qişasından dəyişilməmiş şəkildə sorulur. İnək südünün tərkibində isə kazeinlərin üstünlük təşkil etdiyi 2 dəfə çox zülallar vardır ki, bunlar da çox çətin həzm olunur. uşağın inək südü ilə qidalandırılması zamanı zülal yüklənməsinin baş verməsi qaçınılmazdır. Ana südündə və inək südündə yağların miqdarı demək olar ki, eynidir. Lakin ana südündəki yağlar əsas etibarı ilə doymamış yağ turşularından ibarət olur, yüksək dərəcədə disperliyə malik olub, tərkibində çoxlu fermentlər (lipazalar) olur ki, bu da yağların yaxşı mənimsənilməsinə şərait yaradır.

Karbohidratların miqdarı ana südündə daha çoxdur və keyfiyyət tərkibi əsasən β-laktozadan ibarət olur. β-laktoza bağırsaq çöplərinin artmasının qarşısını alır, bifidum bakteriyaların çoxalmasına şərait yaradır və bağırsaq mikrobları tərəfindən B qrup vitaminlərin, vitamin K-nın sintezini təmin edir. İnək südündə olan alfa-laktoza isə bağırsaq çöplərinin artıb çoxalmasına imkan yaradır.

Ana südünün tərkibində çoxlu miqdarda A,D,E,K,C vitaminləri vardır. Ana südünün fermentlərlə zəngin olması uşağın həzm traktının fermentativ aktivliyinin müvəqqəti aşağı olmasını kompensə edir. Ana südündəki mineral maddələrin və mənimsənilməsi inək südündəkinə nisbətən daha yaxşıdır. Belə ki, ana südündə Ca, P-un konsentrasiyası nisbətən az olsa da mənimsənilməsi 2 dəfə güclüdür. Bioelementlərin (dəmir, sink, mis, natrium, maqnezium, kobalt və s.) miqdarı ana südündə uşağın tələbatına uyğun olur. Buna görədə təbii qidalanmada olan uşaqlar nadir hallarda raxit, anemiya ilə xəstələnirlər.

IV. Ana südü steril, isti olur, hazırlanma və termiki işlənmə tələb etmir. Sağlam uşaq südü tələbatıa uyğun miqdarda əmir, artıq yemir. Ana südündə neyroaktiv xüsusiyyətə malik olan unikal maddə olan taurin verdır. Ana südü alan uşaqlar daha yüksək psixomotor, emosional, intellektual inkişafa malik olurlar.

V. Döşlə yedizdirmə ana üçün də çox böyük əhəmiyyətə malikdir. Belə ki, uşağı əmizdirmə zamanı oksitosinin güclü ifrazı baş verir ki, bu doğuşdan sonra qanaxmanın dayanmasına, uşaqlığın involyusiyasına kömək edir. Doğuşdan sonrakı reablitasiya daha sürətli gedir.

SUTKALIQ VƏ BİRDƏFƏLİK SÜDÜN MİQDARININ TƏYİNİ

Südəmər uşaqlarda sutka ərzində qidanın miqdarı **həcm üsulu** ilə belə hesablanır:

2 həftədən –2 aya qədər –bədən kütləsinin 1/5 –ni,

2 aydan-4 aya qədər –bədən kütləsinin 1/6 –ni,

4 aydan-6 aya qədər –bədən kütləsinin 1/7–ni təşkil edir, 6 aydan sonra isə sutkalıq qidanın həcmi 1 litrdən artıq olmamalıdır.

Qidanın həcminin hesablanmasının daha dəqiq üsulu isə **kalori** üsuludur. Bu üsul uşağın gündəlik kaloriyə olan tələbatına əsaslanır. Uşaq həyatının birinci ilinin I-rübündə (1-3ay) hər kq-a 120kkal almalıdır, II–rübündə-115 kkal/kq, III-rübündə-110kkal/kq, IV–rübdə isə 105 kkal/kq.

100ml ana südündə 70kkal vardır.

Məsələn, uşaq 1 ayında 4 kq çəkiyə malikdirsə onda sutkada-4kq×120kkal/kq=480kkal enerjiyə tələbatı vardır.

100 ml -70 kkal

X ml – 480 kkal

X=480 kkal×100ml:

70 kkal =685 (sutkalıq südün miqdarı)

1 aylıq uşaq sutkada 7 dəfə yedizdirilirsə 685ml:7≈98ml (1 dəfəlik südün miqdarı)

BİR YAŞDAN BÖYÜK UŞAQLARIN QİDALANDIRILMASI

Bir yaşdan böyük uşaqların qidalanması onlarda çeynəmə aparatının inkişafı, mədənin həcmini böyüməsi, həzm traktının funksional imkanlarının artması ilə əlaqədar olaraq xeyli fərqlidir. Belə uşaqların qidalanmasının təşkilində gündəlik rasionun miqdarı və keyfiyyəti mühüm rol oynayır. Bəzi məhsullar gündəlik qidaya daxil edilməlidir (süd, ət, yağ, çörək, şəkər, duz). Balıq kəsmik, yumurta kimi qida məhsulları isə 1–2 gündən bir verilməlidir. Tam dəyərli qida rasionu uşağı lazımi miqdarda heyvani mənşəli zülalla təmin etməlidir. Zülalların ümumi miqdarı qida rasionunda 1 yaşdan 3 yaşa qədər –75%, 4-6 yaşda –65%, 7 yaşdan yuxarı isə -50% olmalıdır.

Uşaqların qidasında xüsusilə südün (sutkada 0,5l–dən az olmamasına), kəsmiyin (40–50q), eləcə də turş süd məhsullarının istifadə olunmasına diqqət yetirmək lazımdır. Bundan başqa uşaqların qidasına göyərti, meyvə, giləmeyvələr, şirələr də daxil edilməlidir. 1,5 yaşdan qidaya qara çörək, 2 yaşdan–pendir, gülkələmi, xiyar, pomidor daxil edilir.

Bunları isə vermək məsləhət deyil: qoyun əti, qaz əti, ördək əti, kəskin ədviyyatlı xörəklər, kofe, kakao, sirkə, xardal, marqarin, şirniyyatda məhdud şəkildə verilməlidir.

Sutka ərzində qida məhsulları düzgün paylanılmalıdır: ət, balıq, paxlalı yeməklər günün I yarısı, axşama isə - kəsmik, tərəvəz yarma yeməkləri verilməsi məsləhətdir. Uşaq

gün ərzində iki tərəvəz yeməyi və yalnız bir dəfə sıyıq yeməlidir. Qida rasionunda ət məhsullarından mal əti, toyuq əti, yağsız balıq əti və s. istifadə olunur. Bitki yağı yağların ümumi sutkalıq miqdarının 10 -15% - ni təşkil etməlidir. Yarma və makaron məhsullarından hazırlanmış yeməkləri də gündə bir dəfədən çox vermək olmaz.

Qidanın sutkalıq həcmini bu düsturla hesablayaraq tədricən artırırlar:

1000 + 100n (ml) n – *uşağın yaşı*

Sutkalıq qidanın gün ərzində kalori və miqdarına görə bölüşdürülməsi belə olmalıdır: səhər yeməyi – 25%, nahar yeməyi – 35–40%, ikinci nahar yeməyi 10%, şam yeməyi – 20–25% təşkil etməlidir.

Zülal, yağ, karbohidratların nisbəti 1–1,5 yaşda –1:1,2:4; məktəbəqədər üçün isə 1:1:3,5 olmalıdır.

QARIŞIQ VƏ SÜNİ QİDALANMA

Qarışıq qidalanma. Bu o qidalanmadır ki, bu zaman uşaq 6 ayına qədər ana südü ilə yanaşı süd qarışıqları ilə doyuzdurma da alır ki, bu da sutkalıq rasionun 1/5-dən çoxunu təşkil edir. Uşağın qarışıq qidalanmaya keçirilməsi çox vaxt anada hipoqalaktiyanın inkişafı ilə əlaqədar olur.

Süni qidalanma - o qidalanmadır ki, uşaq 6 ayına qədər ana südü almır və yaxud da alırsa da, aldığı ana südünün miqdarı sutkalıq rasionun 1/5-dən azını təşkil edir. Uşağın süni qidalanmaya keçirməyə göstəriş ananın sağlamlıq vəziyyəti (hansı ki, anaya uşağı döşlə yedizdirməyə imkan vermir) və ananın südünün olmamasıdır.

Bu və ya digər səbəbdən ananın südü çatışmadıqda və uşaq birinci yarımildə ana südü birlikdə başqa süni qarışıqlarla qidalandırılarsa, yəni həmin qarışıqlarla doyuzdurularsa, bu qarışıq qidalanma adlandırılır. Qarışıq qidalanmaya anadan, uşaqdan və şəraitdən asılı olan səbəblər üzündən keçirilir:

1. Ana tərəfindən olan səbəblər: hipoqalaktiya, ananın müxtəlif xəstəlikləri – vərəm, ürək qüsurları, bəzi endokrin xəstəlikləri, ananın südünün az yararlı olması.
2. Uşaq tərəfindən olan səbəblər: anemiya; eritrodermiya, uzun sürən eksudativ diatez, yarımçıq doğulma, xroniki qida pozğunluqları və s.
3. Şəraitdən asılı olan səbəblərə - ananın iş yerinin uzaqda olması, ananın işinin xüsusiyyətləri və s. aiddir.

Qarışıq qidalanmada adətən inək südündən istifadə olunur. İnək südündən elə fizioloji qarışıqlar hazırlanmalıdırki, öz xüsusiyyətlərinə görə ana südünə oxşasın. Qarışıq qidalanmanın uşaq orqanizminə təsiri və nəticəsi onun düzgün təşkil edilməsində asılıdır. Bu növ qidalanma zamanı verilən süd qarışığının miqdarı sutkalıq rasionun təqribən 1/3 hissəsinə bərabərdirsə və 1/2 hissəsindən çox deyilsə, adətən yaxşı nəticə verir. Ümumiyyətlə, uşağı süni və ya qarışıq qidalanmaya tədricən, yəni, 5–10 gün müddətinə keçirmək lazımdır. Qarışıq qidalanma zamanı uşağın fizioloji və fərdi xüsusiyyətləri hökmən nəzərə alınmalıdır. Uşağı yedizdirmədən əvvəl və sonra çəkib, çatmayan südün miqdarı qədər süd qarışığı təyin olunur. Doyuzdurma

yeməyi döşlə əmizdirmədən sonra qaşıqla verilməlidir. Qarışıq qidalanmada da yedizdirmələrin sayı təbii qidalanmada olduğu kimidir. Qarışıq qidalanmada qidanın kaloriliyi təbii qidalanmadakından 5–10% artıq olmalıdır. Qarışıq qidalanmada qida inqredientlərinin nisbəti 1:2:4–dir. Qarışıq qidalanmada olan uşaqlara əlavə qidanın verilməsinə təbii qidalanmada olan uşaqlara nisbətən daha erkən – 4–4,5 ayından başlamaq lazımdır.

Uşağın doymamasını aşağıdakı əlamətlərə əsasən təyin etmək olar: uşağın davranışının dəyişməsi, onun yedizdirmələr arası fasiləyə davam gətirməməsi, narahat olması, ağlaması, sidik ifrazının seyrəlməsi (yəni sutkada 15 dəfədən az (I yarımildə), sutkada 10 dəfədən az (II yarımildə) olması), nəcis ifrazının sutkada bir dəfə və ya ondan da az olması, çəki artımının olmaması, dərialtı piy qatının azalması, hipoxrom (dəmir, zülal defisitli) anemiyanın, hipovitaminozun əmələ gəlməsi.

Ana südünün az olması – hipoqalaktiya zamanı ilk növbədə laktasiyanı artırmağa çalışmaq lazımdır. Bu effekt vermədikdə doyuzdurma tətbiq etmək lazımdır.

Doyuzdurma – ana südü çatışmadıqda və ya olmadıqda ana südünün tərkibinə uyğunlaşdırılmış süd qarışıqlarının tətbiq olunmasıdır. Süd qarışıqları iki növ olur: adaptasiya olunmamış (sadə) və adaptasiya olunmuş süd qarışıqları.

Hazırda bir çox inkişaf etmiş ölkələrdə son dərəcə uyğunlaşdırılmış (adaptasiya olunmuş) süd qarışıqlarından istifadə olunur. Bu qarışıqların hazırlanma texnologiyası inək südü zülallarının əvvəlcədən işlənməsinə, onların zərdab

albuminləri ilə zənginləşdirilməsinə, kalium, natrium duzlarının azaldılmasına, əvəz olunmayan yağ turşularının artırılmasına, vitaminlərlə, mikroelementlərlə, lizosim və s. zənginləşdirilməsinə yönəldilir.

Adaptasiya olunmuş süd qarışıqlarının tərkibində bütün komponentlər balanslaşdırılmış olur, yüksək keyfiyyətli süd və qeyri süd məhsullarından (bitki yağları, di–və polisaxaridlər, vitaminlər və mineral maddələrdən hazırlanır). Uşağın əsas qida inqredientlərinə tələbatını ödəyən, müxtəlif yaş dövrlərinə uyğun (3 aya qədər, 4–6 ay, 7–12 ay) süd qarışıqları istehsal olunur.

Son zamanlar bəzi qarışıqlara taurin amin turşusu əlavə edirlər ki, bu da mühüm komponent olub, sinir sisteminin inkişafında vacibdir. Bundan başqa süd qarışıqlarına antioksidant **β** -karotin, karnitin, boy faktorları, eləcə də bioloji aktiv əlavələr qatırlar.

Doyuzdurma məqsədilə adaptasiya olunmuş süd qarışıqlarından istifadə etmək lazımdır. Həzm proseslərinin pozğunluqları olduqda isə turş süd qarışıqlarına üstünlük verirlər. Onların miqdarı sutkalıq rasionun yarısından çox olmamalıdır ki, orqanizmdə həddən artıq turş mühit yaranmasın (asidoz). Süd qarışıqlarını birbaşa istifadə olunan zaman hazırlamaq lazımdır.

KORREKSİYAEDİCİ ƏLAVƏLƏR VƏ ƏLAVƏ QİDA

Ana südü uşağın 4-6 ayına qədər onun normal inkişafını təmin edir. Daha sonra isə uşağın rasionuna əlavə ərzaqların daxil edilməsinə ehtiyac duyulur. Əlvə qidanın (korreksiyaedici əlavələr və yeməyə öyrədilmə) verilmə vaxtı yalnız yaşa görə təyin oluna bilməz. Uşaq əgər başını yaxşı tutarsa, əlini ağzına apara bilərsə əlavə qidanı çətinlik çəkmədən qəbul edə bilir. Əlavə qidanın verilməsində yanaşı gedən xəstəlikləri, uşağın inkişaf sürətini və ətraf–mühit şəraitini nəzərə almaq lazımdır.

Korreksiyaedici əlavələrin tərkibində mineral duzlar, vitaminlər, üzvü turşular, pektin vardır ki, bunlar da raxitin, anemiyanın, həzm traktının dizfunksiyalarının profilaktikasında mühüm rol oynayır.

Uşağın 3 ayından başlayaraq durulaşdırılmış meyvə və tərəvəz şirələri təyin edilir. İlk vaxtlar alma və qarağat şirələri daha sonra isə şirələri ləti ilə birlikdə və gavalı, ərik, kök şirələri daxil edilir. Sitrus meyvələrinin, çiyələyin, narın, pomidorun, moruğun şirələrini verən zaman allergik reaksiyaların ola biləcəyini nəzərə alaraq, ehtiyatlı olmaq lazımdır. Allergiyaya meyilli uşaqlara qreypfurt şirəsi vermək olar.

Bir yaşa qədər uşaqlara bağırsaqlarda qıcqırma proseslərini gücləndirdiyinə görə üzüm şirsinin verilməsi məsləhət görülmür.

İshala meyilli uşaqlara turş gilas, qara qarağat, nar, qaragilə şirəsi faydalıdır. Qəbzliyə meyilli uşaqlara isə çuğundur, gavalı şirəsi məsləhət görülür. Şirələr müxtəlif vitaminlər və mineral maddələrlə zəngindir. Onlar qarışdırılmamalı və termiki işlənməyə məruz qalmamalıdırlar, belə ki, bu vitaminlərin parçalanmasına səbəb olur. Şirələr hazırlanan kimi, təzə-təzə verilməlidir. Şirələri damcı ilə verməyə başlamaq lazımdır, tədricən artıraraq ayın sonuna 30ml–yə, 1 yaşında isə 100 ml – yə çatdırmaq olar. Uşağa verilən şirənin miqdarı 40-50 ml – ni keçdikdən sonra onu gün ərzində 2 dəfəyə vermək lazımdır.

Dörd ayından başlayaraq isə uşağa meyvə püresi verilir. Meyvə püresini 1/2 çay qaşığından başlayıb tədricən artıraraq 1 yaşında gündə 100 qrama çatdırırlar. Uşaqlar üçün alma, banan, albalı, gavalı, ərik püreləri paydalıdır. Meyvələrdə olan sellüloza, pektin bağırsaqların motorikasına və mikroflorasına çox yaxşı təsir göstərir.

6 ayından bərk bişirilmə yumurtanın sarısı təyin edilir. 1/4 hissədən başlayaraq 8 ayında 1/2 hissəyə çatdırılır. Yumurta sarısını əzib südə, püreyə və ya sıyığa əlavə edirlər. Yumurta sarısında D, A, PP, B vitaminləri, dəmir duzları, Ca, P, Cu, asan mənimsənilən zülal var. Lakin o allergik reaksiya verə bilər, buna görə də onu ehtiyatla vermək lazımdır.

Kəsmik 6 ayından təyin olunur, 5 qramdan başlayaraq ayın sonuna 30 qrama, 1 yaşında isə 50 qrama çatdırılır. Kəsmik mədə şirəsinin aktivliyini və turşuluğunun uzunmüddətli artmasına səbəb olur ki, bu da mədə vəzilərinin

yüksək sekresiyasına gətirib çıxarır. Kəsmiyin daha erkən təyini yalnız qidada zülal defisiti olduqda korreksiya məqsədilə ola bilər.

6 ayından başlayaraq qida rasionuna tədricən çəkilmiş ət daxil edirlər (gündə 5–30 qramdan çox olmayaraq), 1 yaşına qədər isə tədricən artaraq 60-70 qrama çatdırırlar.

7 ayından başlayaraq yağsız ət bulyonu təyin olunur (20-50 ml), (həftədə 2-3 dəfədən çox olmayaraq). O yüksək qida dəyərliliyinə malik olmasa da, həzm prosesinin stimulyatoru rolunu oynayır.

Bulyona ədviyyat əlavə etmək olmaz, şüyüd, cəfəri isə əlavə oluna bilər.

YARIMÇIQDOĞULMUŞ UŞAQ, ONA QULLUQ

Yenidoğulan uşaq doğulan zaman çəkisindən asılı olmayaraq, əgər bətindaxil inkişafın 22–ci həftəsində 37–ci həftəsinə qədər olan müddətdə doğularsa, vaxtından əvvəl doğulmuş, başqa sözlə yarımçıq doğulmuş uşaq hesab olunur (normal yenidoğulmuşlarda bu müddət 38-40 həftədir).

Yenidoğulmuş yetişkənlik dərəcəsi, onun bətindən xaric yaşamağa və xarici mühitə adaptasiya olunmaq qabiliyyətindən asılıdır "Yetişkənlik" anlayışı bətindaxili inkişaf müddəti (hamilələlik müddəti) ilə sıx bağlıdır. Bətndaxili inkişaf müddəti dölün bətndaxili inkişafının xarakterinin qiy-

mətləndirilməsində əsas göstərici hesab olunur. Buna əsasən yarımçıqdoğulmanın 4 dərəcəsi ayırd edilir:

I Dərəcə -37–35 həftəlik
II Dərəcə -34 -32 həftəlik
III Dərəcə -31-29 həftəlik
IV Dərəcə -28-22 həftəlik

Uşağın çəkisi yarımçıqdoğulmanın mütləq göstəricisi sayılmır: doğulan zaman çəkisi 2500 qr.-dan çox olan yarımçıq doğulmuşlara heç də az rast gəlinmir .

Az çəkili uşaqlar çəkisinə görə:

1) Az çəkili uşaq - 2500–1500 qr
2) Çox az çəkili uşaq–1500–1000 qr
3) Həddən artıq aşağı çəkili uşaq 1000 qr – dan az

Yarımçıq doğulmanın səbəbləri:

1) Akuşer anamnezinin göstəriciləri (3 və daha çox əvvəlki, hamiləliklərin pozulması, doğuşlar arasında qısa interval, çoxdöllü hamiləlik, çanaq gəlişi, cərrahi əməliyyatlar)
2) Ananın ağır somatik və infeksion xəstəlikləri
3) Dölün xəstəlikləri (bətndaxili infeksiyaları, xromosom xəstəlikləri, ana ilə döl arasında immunoloji konflikt).
4) Sosial–bioloji faktorlar (18 yaşa qədər və 30 yaşdan sonra ilk doğuş, 150 sm-dən aşağı boy və 45 kq–dan az çəki, aşağı sosial vəziyyət, genetik meyillik)
5) Sosial-konomik faktorlar (alkoqol, siqaret çəkmək arzu olunmaz hamiləlik).

Bundan başqa fiziki və psixi travmalar, ağırlıq qaldırmaq, hamilə qadının yıxılması və s. də yarımçıqdoğulmaya gətirib çıxara bilər.

Yarımçıqdoğulmuş uşağın anatomo–fizioloji xüsusiyyətləri. Yarımçıqdoğulmanın morfoloji əlamətləri.

Yarımçıqdoğuşun xarici görünüşündə bir sıra əlamətlər vardır ki, bətndaxili inkişaf dövrünün müddəti nə qədər az olduqca bu əlamətlər bir o qədər kəskin nəzərə çarpır. Bunlara aiddir: dəri örtüyü, qulaq seyvanı, döş giləsinin areolası, daban yastıqcıqları, cinsi əlamətlər.

Dərin yarımçıqdoğulmuşda uşağın dərisi qırış-qırış, nazik, tünd qırmızı rəngdə, bütün bədən lanuqa ilə örtülmüş olur. Qulaq yumşaq kəlləyə yapışmış, hamilələrin müddəti daha az olduqda relyefsiz, qığırdaq toxumasının tam inkişaf etməməsi nəticəsində formasız olur. Döş giləsinin areolası tam inkişaf etməmiş olur və ya heç görünmür, oğlanlarda xayalar xayalığa düşməmiş olur, onlar ya qasıq nahiyəsində, ya da qarın boşluğunda olur. Qızlarda böyük cinsiyyət dodaqları kiçik cinsiyyət dodaqlarının üzərini örtmür, hipertrofiylaşmış klitor yaxşı nəzərə çarpır.

Yarımçıqdoğulan uşağın ölçüləri kiçik olur, qeyri-proporsional bədən quruluşuna malik olur (nisbətən böyük baş və gövdə, qısa boyun və aşağı ətraflar, göbək həlqəsinin normadan aşağı səviyyədə yerləşməsi). Kəllə beyin tikişləri və əmgəklər açıq olur. Dərialtı piy toxuması cüzi olur.

Yarımcıqdoğulmanın funksional əlamətləri - yarımçıqdoğulan uşaq üçün bütün orqan və sistemlərin ye-

tişməməzliyi xarakterdir. Yetişməzliyin dərəcəsi isə hamiləlik müddətindən asılıdır. Yarımçıqdoğulmanın nevroloji əlamətləri: əzələ hipotoniyası, fizioloji reflekslərin və hərəkət aktivliyin aşağı olması, termorequlyasiyanın pozğunluğu, uşağın zəif qışqırığı. Yarımçıqdoğulan uşaqlar daima narahat olurlar, vaxtaşırı çənə və ətraflarda tremor (əsmə) qeyd olunur. Tənəffüs hərəkəti dəqiqədə 40–90, qeyri düzgün ritm və dərinlikdə olur. Tənəffüs hərəkətləri mərkəzi sinir sisteminin hipoksik zədələnmələri ilə olan dərin yarımçıqdoğulmuşlarda qıcolmaşəkilli nəfəsalma və 10–15 saniyə davam edən pauzalarla (apnoe) müşaiyyət olunur. Tənəffüsün daha uzunmüddətli dayanması nəticəsində asfiksiya (boğulma) başverə bilər. Nəbz dəqiqədə100–180, AT-60-70 süt. olur. (*Şəkil 1, 2*)

Termorequlyasiya yarımçıqdoğulmuşlarda da təkmilləşməmiş olur. Uşaqlar tez soyuyur və tezdə isinirlər. Belə ki, bu uşaqlar çox isti bükülərsə bədən temperaturu 40^0 C–yə yüksələ bilər. Amma belə də ola bilər ki, yarımçıqdoğulmuşun infeksiya ilə yoluxmasına orqanizm temperaturun yüksəlməsi ilə reaksiya verməsin.

Əmmə-udma reflekslərizəifdir. Qusmaya, gəyirməyə, meteorizmə, qəbizliyə meyillik olur. Öskürək refleksinin olmaması qidanın aspirasiyasına şərait yaradır.

Yarımçıqdoğulmuşlarda immunitetin qeyri-mükəmməlliyi səbəbindən infeksion xəstəliklərə meyilli olurlar. Qan damarları yüksək keçiriciliyə malik və zərif olurlar, bu da beyin qan dövranı pozğunluqlarının meydana çıxmasına və qansızmalara gətirib çıxara bilər.

Yarımçıqdoğulmuşlarda sərhəd vəziyyətləri (fizioloji hallar) özünə məxsus xüsusiyyətlərə malik olur: daha kəskin və uzun sürən fizioloji eritema, ilkin bədən çəkisinin itirilməsi, uzun sürən fizioloji sarılıq, yarımçıq doğulmuşlarda göbək qalığı vaxtında doğulmuşlardan fərqli olaraq bir qədər gec düşür (5–7–ci günü), göbək yarası isə 12–15–ci günə sağalır. 1000 qr aşağı çəkili uşaqlarda isə bundan 1–2 həftə də uzun çəkir

Yarımçıqdoğulmuşlara tibbi yardımın və qulluğun təşkili. Yarımçıqdoğulmuşlara qulluq çox mürəkkəbdir, belə ki, bu uşaqlarda hələ ana bətnindən kənarda yaşamaq üçün tam yetkinləşməmiş olurlar.Yarımçıqdoğulmuşun həyat qabiliyyətini saxlamaq üçün doğuş an və eləcə də uşağın sonrakı adaptasiya müddətində xüsusi şərait yaradılmalıdır. Bu məqsədlə yarımçıqdoğulmuşa etaplar üzrə yardım göstərilir:

I etap - doğum evində intensiv müalicə və qulluğun təmin olunması

II etap - İxtisaslaşmış şöbədə qulluq və müalicə

IIIetap -uşaq poliknikası şəraitində dispanser müşahidə

I – etapda əsas məqsəd-uşağın həyatda qalmasını təmin etməkdir. Doğuşdan sonrakı ilk saatlarda və günlərdə lazım gələrsə intensiv terapiya aparılır, əsaslı surətdə qulluq və müşahidə ilə təmin olunur. Doğulduqdan sonra 1 saat müddətində uşaq yarımçıqdoğulmuşlar şöbəsinə (yarımçıqdoğulmuşlar üçün boks-palataya) və ya ağır vəziyyətdə olduqda isə intensiv terapiya və reanimasiya şöbəsinə köçürülür. Doğulan zaman çəkisi 2000 qramdan çox olan sağlam yarımçıqdoğulmuş uşaqlar evə yazılır, qalan bütün yarımçıq-

doğulmuşlar iə II etap qulluq və müalicə üçün ixtisaslaşmış şöbəyə keçirilir. İxtisaslaşmış şöbədə əsasən müalicə-reabilitasiya (müalicə-bərpa) istiqamətində iş aparılır. Müalicə tədbirləri hipoksiyanın, beyin də hemolikvorodinamikanın pozğunluqlarının, sarılığın, pnevmopatiyaların aradan qaldırılmasına, anemiya, raxit, hipotrofiyanın profilaktikasına yönəldilir.

Yarımçıqdoğulmuşlara qulluq. Yarımçıqdoğulmuş uşağa qulluq zamanı rahat mikroiqlim şəraiti yaratmaq çox vacibdir. Çox vaxt yarımçıqdoğulmuşun doğuş zalında soyuqlanması (lazımı mikroiqlim şəraitinin yaradılmaması) sonrakı bütün qulluq və müalicənin uğursuzluqla nəticələnməsinə səbəb olur. Palatada havanın temperaturu 24-26^0 C, nəmliyi isə 60% olmalıdır. Dərin yarımçıqdoğulmuşlar və ağır vəziyyətdə olan yarımçıq doğulmuşlar ilk günlərdə və həftələrdə küvezlərdə yerləşdirilir. Küvezdə temperatur 36 dərəcə C–dən 32^0 C-yə qədər, havanın nəmliyi isə ilk sutkalarda 90% -ə qədər, daha sonra isə 60–55% olmalıdır.

Yarımçıqdoğulmuş üçün optimal temperatur rejimi dedikdə o temperatur rejimi nəzərdə tutulur ki, bu rejimdə uşağın bədən temperaturunu 36,5-37^{0}C həddində saxlama olsun, uşağın bədənnin çox qızması və soyuması halları istisna olunmuş olsun.Verilən oksigenin səviyyəsi də (%-lə) individual seçilməlidir: belə ki, oksigenin elə minimal konsentrasiyası seçilməlidir ki, o konsentrasiyada hipoksemiyanın əlamətləri yox olur (dəri və selikli qişaların sianozu, aşağı hərəki aktivlik, uzun apnoe ilə tək-tək tənəffüs hərəkətləri, bradikardiya). Küvezdə oksigen konsentrasiyasının 38%-

dən yüksək olması məsləhət görülmür. Çünki bu mərkəzi sinir sisteminin, gözün torlu qişasının və ağ ciyərlərinin zədələnməsinə səbəb ola bilər. Eləcə də oksigenin verilmə müddəti də nəzarət altında saxlanılmalıdır.

Küvezin dezinfeksiyası və dəyişdirilməsi 2-3 gündən bir aparılır.

Tənəffüs pozğunluqları aradan qalxıbsa, daimi bədən temperaturu saxlanılırsa uşaq çarpayıya keçirilir. Yarımçıqdoğulmuş uşaq minimal oksigen verilməsinə riayət olunur. Əlavə isidilmə məqsədilə termomatrasdan, istiliyi saxlayan bələklərdən, isitqaclardan istifadə olunur.

Qısamüddətli prosedurların yerinə yetirilməsi üçün isidicisi olan bələmə stolundan, istilik şüalandıran lampalardan istifadə edirlər. Yarımçıqdoğulmuş uşağa qulluq zamanı tibbi personal və ana sanitar–gigiyenik qaydalara ciddi riayət etməlidirlər. Qoruyucu rejim də böyük əhəmiyyətə malikdir: ağrı qıcıqlarının məhdudlaşdırılması, uşağın yuxusunun qorunması, uşağın tualeti və manipulyasiyalarının ehtiyatla aparılması, diaqnostik və müalicəvi prosedurların növbələşdirilməsinə ciddi riayət olunması.

Yarımçıqdoğulmuşların qidalandırılması bir sira xüsusiyyətlərə malikdir. Bu uşağın qidalı maddələrə yüksək tələbatı, onun mədə-bağırsaq traktının yetişməzliyi ilə əlaqədar olub, qidanın ehtiyatla verilməsini tələb edir. Ana bu südü bu uşaların tələbatının ödənilməsi, normal inkişafının təmin olunması üçün ən yaxşı qidadır. Yarımçıqdoğulmuşlar ana südünün miqdarı lap az olsa belə onu almalıdır. Ana südünün əmələ gəlməsini stimulyasiya etmək üçün tez-

tez (sutkada 8 dəfədən az olmayaraq sağılmalıdır). Ananın südü heç olmadıqda isə yarımçıqdoğulmuş uşaq donor südü ilə təmin olunmalıdır.

Adətən, ilk gün bir yedizdirmə üçün qidanın miqdarı 5-10ml, 2-ci gün-10-15ml, 3-cü-gün isə 15-20 ml təşkil edir.

İlk 10 gündə sutkalıq qidanın miqdarını Rommel düsturu ilə hesablamaq olar:

Rommel düsturu:

(10+n)×m:100

(n-günlərin sayı, m-uşağın qramlarla çəkisidir)

Məsələn, n=4 gün

m=1600qr

sutkalıq südün miqdarı = (10+4) ×1600:100=224 (ml)

Qidanın sutkalıq miqdarını kalori üsulu ilə də hesablamaq olar:

10 günə qədər; (10×4) kkal × uşağın çəkisi (kq-la)

Burada n- günlərin sayıdır.

15 gündən başlayaraq:

15 gün – 120kkal/kq

1aylıq-140kkal/kq

1yaşda isə-120kkal/kq

100ml ana südündə - 70 kkal (molozivoda isə-140kkal)

Məsələn, uşaq bir aylıqdır

Çəkisi-2500qr=2,5kq, 1ay-140 kkal/kq

2,5kq×140 kkal/kq = 350kkal

100ml – 70kkal

X ml - 350kkal

$x=\frac{350\times100}{70}$=500(ml)-sutkalıq südün miqdarı

DƏRİ VƏ DƏRİALTI PİY TOXUMASININ UŞAQLARDA ANATOMO – FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Dəri: Uşaqlarda, xüsuilə də 1 yaşa qədər uşaqlarda, dəri bir sıra morfoloji və funksional xüsusiyyətlərə malikdir ki, bu da onları yetişkinlərin (böyüklərin) dərisindən fərqləndirir. Bu da erkən yaşlıuşaqlarda dəri zədələnmələrinə tez-tez rast gəlinməsi hallarını başa düşməyə imkan verir.

Sağlam uşağın dərisi hamar, zərif, açıq çəhrayı rəngdə olur. Uşaqlarda dəri yaxşı inkişaf etmiş kapillyar şəbəkə hesabına qanla yaxşı təchiz olunur. Qan damarları geniş olub, yaxşı keçiricilyə malikdir.

Dərinin buynuz qatı nazik olub, öz aralarında zəif birləşmiş 2-3 qatdan ibarətdir. Əsas (rüşeym) qat yaxşı inkişaf etmişdir. Uşağın dərisinin yüksək bərpa etmə qabiliyyətinə malik olması (regenerasiya) bununla izah olunur. Derma məməli və retikulyar qatlardan ibarətdir ki, bunlarda da birləşdirici toxuma və əzələ lifləri zəif inkişaf etmişdir. Epidermis və derma arasında yerləşən bazal membran boş toxumadan ibarət olub, dərinin əsas qatları arasında möhkəm əlaqə yarada bilmir. Bu səbəbdən də dəri xəstəlikləri zamanı epidermisik asanlıqla qopmasına və dermanın üstünün açılmasına gətirib çıxarır.

Dərialtı piy toxuması. Vaxtında doğulmuş uşaqlarda yaxşı inkişaf etmişdir və ilk 6 ayında intensiv inkişaf edir. Yenidoğulmuşlarda dərialtı piy toxuması yanaqlarda, yuxa-

rı və aşağı ətraflarda yaxşı inkişaf etmiş olur, qarında isə zəif inkişaf etmişdir. Erkən yaşlı uşaqlarda piy toxumasının tərkibi kimyəvi tərkibinə görə böyüklərinkindən fərqlənir. Uşaqlardakı piy toxumasının tərkibində yüksək ərimə temperaturuna malik olan bərk yağ turşuları daha çoxdur. Bunun nəticəsində də yenidoğulmuş uşaq soyuğa məruz qaldıqda dərialtı piy təbəqəsi bərkiyir və sklerema, sklerodema kimi hallar meydana çıxır. Piy toxumasının tərkibi təkcə uşağın yaşından asılı olmur, həm də onun yerləşdiyi nahiyədən də asılıdır. Bədən kütləsinin artması və ya azalması zamanı piy toxumasının bədənin müxtəlif nahiyələrində toplanması və yoxa çıxması ardıcıllığındakı qanuna uyğunluq bununla izah olunur. Dərialtı piy toxuması ilk növbədə qarında, daha sonra gövdə və ətraflarda, ən axırda isə üzdə yoxa çıxır.

Bir yaşa qədər piy toxumasının artması piy hüceyrələrinin sayının çoxalması hesabına baş verir. Buna görə də südəmər uşaqların sistematik olaraq normadan artıq yedizdirilməsi sonralar davamlı və kəskin piylənməyə gətirib çıxara bilər.

Dərinin funksiyaları: Dərinin morfoloji cəhətdən yetişməməzliyi səbəbindən onun qoruyucu funksiyası kifayət qədər olmur. Belə ki, dəri asanlıqla zədələnməyə və macerasiyaya meyilli olur, kimyəvi qıcıqlandırıcıların zərərli təsirinə asanlıqla məruz qalır, tez infeksiyalaşır və tez-tez infeksiyaların giriş qapısına çevrilir. Buna görə də uşağa qulluq zamanı ana və uşağa qulluq edən tibbi personal təmizliyə və aseptikaya riayət etməlidir, erkən yaşlı uşaqlarda tərkibində asan sorulan maddələrin və qıcıqlandırıcıların

olduğu məlhəmlərin istifadəsindən qaçmaq lazımdır. Eləcə də dərinin termorequlyasiya funksiyası da təkmilləşməmiş olur. Mərkəzi sinir sisteminin termorequlyasiya funksiyasının kifayət qədər inkişaf etməməsi və dəri səthi vasitəsilə istiliyin və nəmin intensiv xaric olması nəticəsində bir yaşa qədər uşaqlar daimi bədən temperaturunu pis saxlayırlar: uşaq asanlıqla isinir və soyuyur. Orqanizmin termorequlyasiyasında tər vəziləri iştirak edirlər. Lakin həyatının ilk günlərində baş beyinin tər ifrazı mərkəzinin yetişməməzliyi səbəbindən onlar fəaliyyət göstərmirlər, onların axacaqları zəif inkişaf etmişdir, mənfəzi isə epitelial hüceyrələrlə qapalı olur. Tər ifrazı 3–4 ayından başlayır və böyük uşaqlara nisbətən daha yüksək temperatur zamanı meydana çıxır. Dərinin istiliyi tənzimləmə funksiyasının çatışmazlığını nəzərə alaraq uşağı soyuqlamadan olduğu kimi çox isinmədən də qorumaq lazımdır.

Yenidoğulmuşlarda dəri örtüyü səthinin nisbətən böyük olmasına, qan dövranının yaxşı olmasına, epidermisin nazik olmasına görə dərinin ifrazetmə funksiyası kifayət qədər yaxşı inkişaf etmişdir.

Dərinin tənəffüs funksiyası erkən yaşda böyüklərə nisbətən daha mühüm əhəmiyyətə malikdir. Dərinin tam bir tənəffus orqanı kimi fəaliyyət göstərməsi yalnız uşağa ciddi şəkildə gigiyenik qulluğun (müntəzəm olara gigiyenik vannalar tətbiq etməklə) təmin olunması zamanı mümkün olur.

Dəridə ultrabənövşəyi şüaların təsiri altında D vitamininin sintezi baş verir ki, bu vitamin də kalsi-fosfor mübadiləsində mühüm rol oynayır. (xüsusilə 1 yaşa qədər uşaqlarda)

Dərinin vitamin əmələ gətirmə funksiyasını yerinə yetirməsi üçün uşağın kifayət qədər təmiz havada olması vacibdir.

Yenidoğulmuşun dərisi ilkin doğuş yaxması ilə örtülü olur ki, bu da uşağa ananın doğuş yollarından keçməsinə imkan yaradır və onu xarici təsirlərdən qoruyur. Bu yaxmanın tərkibinə hələ bətndaxili inkişaf dövründə fəaliyyətə başlayan piy vəzilərinin sekreti daxildir.

Yenidoğulmuşun başında saç örtüyü adətən yaxşı inkişaf etmiş olur, yalnız saç özəyinin olmamasına görə çox yumşaq olurlar. 6-8 həftə sonra onlar tökülür və yeniləri ilə əvəz olunurlar.

DƏRİNİN QEYRİ - İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRİ

Tər səpgiləri: Gövdədə boyunda, ətrafların içəri səthlərində qırmızı nöqtəvari səpgilər şəklində meydana çıxır. Uşağı çox isti bükdükdə və dərisinə yaxşı gigiyenik qulluq edilmədikdə dəridə tər çıxarıcı kanallardan tərin ifrazının ləngiməsi nəticəsində meydana çıxır. Səpgi elementləri infeksiyalaşa bilir.

Kali – permanqanatla gigiyenik vannalar məsləhət görülür.

Bişməcələr səbəbi: düzgün gigiyenik qulluq olunmaması (gec–gec bələkləri dəyişdirmək, uşağı hər dəfə yumamaq, gigiyenik vannalardan istifadə etməmək)

Bişməcələr əsasən sağrı, cinsiyyət orqanları nahiyyəsində və dəri büküşlərində əmələ gəlir. Bişməcələrin 3 dərəcəsi ayırd edilir.

I – dəridə zəif qızartı

II – böyük eroziyalarla kəskin qızartıların olması

III – Kəskin qızartı və yaş eroziyaların olması

Dərinin tamlığı pozulmuş bişməcələr asanlıqla infeksiyalaşır/

Müalicə: Hər yedizdirmədən qabaq bələyi dəyişdirmək, hava vannası UBŞ. Steril bitki yağı ilə yağlamaq və ya prisipkadan istifadə etmək olmaz.

Eroziyalar zamanı: 5 %-li rezorsin, 1,25%-li gümüş-nitrat məhlulu, boltuşka ilə dərini işləmək lazımdır.

K-permanqanat (1:10000), 1%-li tannin məhlulu və palıd qabığı, çoban yastığı dəmləməsi ilə gigiyenik vannalar məsləhət görülür.

SKLEREDEMA VƏ SKLEREMA

Skleredema: dəri və dərialtı toxumanın ağac kimi bərkimiş ödemidir. Daha çox yarımçıqdoğulmuşlara lazımı şərait yaradılmadıqda soyuqlama nəticəsində meydana çıxır. Sklerema zamanı bərkimə ocaqları baldır əzələlərində, pəncədə, qasıq və cinsiyyət orqanları nahiyəsində və s. bədənin başqa nahiyəsində də ola bilir. Skleremadan fərqli olaraq yayılmağa meyilli olmur. Barmaqla basdıqda çökəklik qalır və gec yox olur. Zədələnmə ocağında dəri gərginləşmiş, sianotik olur, toxunduqda soyuq olur. Dərini büküş şəklində yığmaq olmur. Uşağa yaxşı qulluq, isidilmə nəticəsində bir neçə həftəyə bərkimə yox olur. (*Şəkil 3,4*)

Sklerema: bu əsasən baldır əzələsində, üzdə meydana çıxan daha sonra isə gövdə, sağrı və ətraflara yayılan diffuz bərkimələrin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Həmin nahiyələrə barmaqla basdıqda çökəklik əmələ gəlmir. Zədələnmiş sahələr atrofiyalaşmış görünür, üz maskayabənzər şəkil alır, ətrafların hərəkəti məhdudlaşır. Bədən temperaturu aşağı düşür. Uşaqlar süst, yuxulu olur, döşü pis əmir. Ümumi vəziyyəti ağır olur.

Müalicə: xəstələri küveyzə yerləşdirirlər və ya isidici ilə əhatə edirlər. İsti vannalar məsləhət görülür. Ürək preparatları, kortikosteroidlər, oksigenoterapiya məsləhətdir. Proqnozu xəşagəlməzdir.

PİODERMİYALAR

Piodermiya - dərinin kəskin və xroniki, səthi və dərin irinli-iltihabi xəstəlikləridir: vezikopustulyoz, yenidoğulmuşun pemfiqusu, yenidoğulmuşların eksfoliafiv dermafiti, psevdofrunkulyoz, yenidoğulmuşun fleqmonası.

Vezikopustulyoz – piodermiyanın ən geniş yayılmış formalarından biridir. Xəstəlik dərinin səthində yerləşməsi 1–3 mm ölçüdə, şəffaf eksudatla dolu olan kiçik qovuqcuqların meydana çıxması ilə başlayır. Qovuqcuların içərisindəki möhtəviyyat tezliklə iltihablaşır-pustula əmələ gəlir. 2-3 gündən sonra bu elementlər partlayır, səthi eroziyalar meydana çıxır. Sonra bu eroziyalar və epiteliləşir. Bu elementlər əsasən dəri büküşlərində, ənsə boyun, kürək və sağrı nahiyəsində yerləşir.

Pustulaların miqdarı müxtəlif ola bilər. Səpgilər az olduqda uşağın ümumi vəziyyəti dəyişmir.

Vaxtında müalicə aparılmadıqda və immunitetin aşağı düşməsi infeksiyanın generalizasiyasına gətirib çıxara bilər.

Yenidoğulmuşun pemfiquşu - Dəridə səthi, əsasında qırmızı həlqə olan, müxtəlif ölçülü (0,5- 2 sm-ə qədər) süst qovuqcuqların olması ilə xarakterizə olunur. Qovuqcuqlar ayaqaltı və ovuclardan başqa bədənin istənilən nahiyyəsində ola bilər. Pemfiqus-dərinin iltihabi zədələnməsinin xüsusi forması olub, yüksək keçiciliyə malik olan xəstəliklərə aiddir.

Səpgi elementlərinin miqdarı tək və ya çoxsaylı ola bilər. Səpgi elementləri tez yayılmağa və bir-biri ilə birləşməyə meyilli olurlar.

Qovuqlardakı möhtəviyyat 1-2 günə seroz-irinli xarakter alır. Səpmə təkanlarla baş verir, buna görədə səpgilər polimorf olur: bir qrup tezliklə quruyur, digərləri qabıqlayır, epidermis soyulur, 3-cü qrup isə partlayır, eroziyalaşmış səthlər meydana çıxır. Eroziyalaşmış səthlər tezliklə epiteliləşir, onların yerində isə uzun müddət avazımış-çəhrayı dairəvi kənarlı ləkələr qalır. Uşağın ümumi vəziyyəti pozulmur və xəstəliyin xoş gedişi zamanı 2-3 həftədən sonra sağalma baş verir. Sıx səpmə zamanı uşağın vəziyyəti pisləşə bilər: temperatur yüksəlir, uşaq narahat olur, pis əmir, çəki artımı dayanır və ya azalır. Xəstəlik septiki gediş ala bilər.

Yeni doğulmuşun eksfoliativ-dermatiti (Ritterxəstəliyi) – yenidoğulmuşun pemfiqusunun daha ağır formasıdır. Xəstəlik göbək nahiyəsində, qasıq büküşlərində və ağız ətrafında dərinin qızarması və maserasiyası ilə başlayır. 1-2 günə eritema bütün bədənə yayılır, sonra da epidermisin soyulması nəticəsində geniş eroziv səthlər əmələ gəlir. Proses sürətlə inkişaf edir, üzün, gövdənin və ətrafların dərisi lay-lay (qat-qat) soyulur.

Uşağın ümumi vəziyyəti xəstəliyin septiki gedişinə görə ağır olur. Bəzən isə eritema olmur, dəri adi görünüşə malik olur, amma kiçik bir sürtünmədən epidermis asanlıqla soyulur (müsbət Nikolski simtomu). (*Şəkil 5*)

Psevdofrunkulyozda - dəridə çoxsaylı abseslərin olması zamanı - proses tər vəzilərinin axacaqlarda inkişaf edir. Abseslər sürtünməyə və çirklənməyə məruz qalan nahiyələrdə (başın tüklü hissəsində, boyunun arxa səthində, kürəkdə, sağrılarda, ətraflarda) lokalizə olunur (yerləşir). Əvvəlcə geriyə inkişafa meyilli pustulalar (kiçik irinliklər) meydana çıxır. Sonra onların yerində və ya yanaşı göyümtül-tünd qırmızı rəngdə noxud boyda ölçüdən qoz boyda ölçüyə qədər düyünlər meydana gəlir. Bu iltihabi ocaqların mərkəzində fluktasiya qeyd olunur. Absesləri yardıqda içərisindən yaşılımtıl-sarı rəngdə qatı irin tökülür. Çoxsaylı abseslər kəskin infoksikasiya ilə müşaiyyət olunur. Xəstəlik uzun və dalğavari gedişə malik olur.

Yenidoğulmuşun fleqmonası - dəri və dərialtı toxumanın ağır irinli-iltihabi xəstəliyidir. Daha çox döş qəfəsi, bel-sağrı nahiyəsi zədələnir. Xəstəliyin ilk saatlarında dəridə məhdud hiperemiyalaşmış sahələr meydana çıxır, getdikcə böyüyür və ödem, bərkimə əmələ gəlir, 2-3-cü sutkada infiltratın mərkəzində yumşalma sahəsi əmələ gəlir ki, onun üzərində dəri göyümtül olur. Yumşalma nahiyəsində sviş (dəlik) əmələ gəlir ki, ordan da irin axır. Tezliklə toxumaların geniş nekrozlaşmış səhtlər qopur, yerində kələ-kötür kənarları olan geniş yaralar əmələ gəlir. Ağır hallarda prosesə əzələlər də cəlb olunur. Müalicəsi cərrahi yolladır.

OMFALİT

Omfalit – göbək nahiyəsində dəri və dərialtı toxumanın iltihabıdır. 1-cili və 2-cili omfalit ayırd edilir. 1-cili omfalit göbək yarasının erkən infeksiyalaşması nəticəsində inkişaf edir. 2-cili omfalit isə anadangəlmə anomaliyalar fonunda (məsələn, göbək svişi olduqda) infeksiya qoşulması nəticəsində inkişaf edir. 2-cili omfalit adətən gec meydana çıxır və uzun sürür. İltihabi prosesin xarakterinə görə omfalitin 3 forması ayırd edilir: kataral, fleqmonoz, nekrotik.

Kataral omfalit-infeksiyalaşmış göbək yarasının epitelləşməsinin ləngiməsi nəticəsində inkişaf edir. Kliniki olaraq, göbək həlqəsinin ödemi, məhdud hiperemiyası ilə, göbək dibində granulyasiya toxumasının artması və göbək yarasından seroz-irinli möhtəviyyatın ifrazı ilə xarakterizə olunur. Uşağın ümumi vəziyyəti kafidir, qan analizində dəyişikliklər yoxdur. (*Şəkil 6,7*)

Fleqmonoz omfalit - iltihabı prosesin göbək həlqəsinə bitişik toxumalarda yayılması nəticəsində inkişaf edir. Xəstəlik çox hallarda kataral omfalit simptomları ilə başlayır. Bir neçə gündən sonra göbək yarasından irinli ifrazat gəlməyə başlayır. Göbəyin ətrafında dəri hiperemiyalı, ödemli olur, göbək nahiyəsi qarın səthindən bir qədər yuxarı qalxmış olur. Qarının ön divarında damarların genəlməsi (venoz şəbəkə) və limfangioitin qoşulması ilə əlaqədar qırmızı zolaqların əmələ gəlməsi xarakterikdir. Bəzən proses göbək damarlarına (vena və arteriya) da keçir. Bu zaman damarlar göbək həlqəsinin yuxarısında və aşağısında jqut (rezin) kimi əllənir. Xəstənin vəziyyəti pozulur. Uşaq süst olur, pis əmir, gəyirmə, uşağın çəkisinin artmaması və ya azalması qeyd olunur. Bədən temperaturu yüksəlir. Periferik qanda-iltihabi reaksiya əlamətləri meydana çıxır. Göbək damarları ilə iltihabın yayılması nəticəsində göbək damarlarının trombozu və prosesin generalizasiyası sepsislə nəticələnə bilər. Omfalit qarın divarının fleqmonasına və peritonitə gətirib çıxara bilər.

Nekrotik omfalit - nadir hallarda rast gəlinir. İmmuniteti aşağı olan uşaqlarda göbək nahiyəsinin fleqmonasının ağırlaşması zamanı meydana çıxır.

Dəri tünd qırmızı-sianotik olur. Nekroz toxumaların bütün qatlarına yayılır, dərin yaralar əmələ gəlir. (*Şəkil 8*)

Bu omfalitin daha ağır forması olub, kəskin intoksikasiya ilə müşaiyət olunur və çox hallarda sepsislə nəticələnir.

LOKALİZƏ OLUNMUŞ İRİNLİ XƏSTƏLİKLƏRİN MÜALİCƏSİ

Omfalitin yerli müalicəsi tez-tez göbək yarasını 3%-li perekislə, 70%-li spirt məhlulu ilə və 5%-li kalium-permanqanat məhlulu ilə işləməkdən ibarətdir (sutkada 3- 4 dəfə).

Vezikulopustulyoz və qovucuq elementlərini götürürlər. Eroziyalaşmış səhtləri isə bakterisid preparatların sulu məhlulları ilə (2%-li kalium-permanqanat, 1%-li anilin boyası). Səpgi elementlərinin işlənməi zamanı elə etmək lazımdır ki, irinli möhtəviyyat dərinin sağlam nahiyələrinə düşməsin.

Eksfoliativ dermatit zamanı qısa kursla hormonal məlhəmlər ("Sinalar", "Lokakorten") istifadə olunur. Stafilodermiyanın yerli müalicəsi üçün stafilokok bakteriofaqından istifadə edirlər.

Fizioterapevtik müalicə üsulları da yaxşı effekt verir. (UYT, UBŞ və s.). Müalicəvi vannalar (kali-permanqanatla, palıd qabığı dəmləməsi) göstərişdir.

Orta ağır və ağır irinli-septik xəstəliklərin ümumi müalicəsində bakteriya əleyhinə preparatlar tətbiq olunur, immunoterapiya və vitaminoterapiya aparılır. Xəstələr stasionara yerləşdirilir.

İrinli konyuktivit - göz qapalarının hiperemiyası və ödemi ilə xarakterizə olunur. Damarlar inyeksiyalaşmış olur. Gözlərdə irinli ifrazat qeyd olunur. Çoxlu miqdarda irin axdıqda (qonoreya istisna olmaqla) irinin mikrobioloji və bakterioloji müayinəsi aparılmalıdır.

YENİDOĞULMUŞLARIN SEPSİSİ

Sepsis – bakterial infeksiyanın generalizə olunmuş forması olub, birincili və ya qazanılmış immunodefisit fonunda gedir.

Etiologiya – Xəstəlik fasiləsiz və ya dövri olaraq irinli-iltihab ocağından qana mikroorqanizmlərin və onların həyat-fəaliyyəti məhsullarının daxil olması nəticəsində baş verir.

Yenidoğulmuşlarda sepsisin inkişafına səbəb olan faktorlar:

1. Yenidoğulmuşun və dölün immunitetini zəiflədən xoşagəlməz hallar (ananın genital və ekstra genital patologiyası, hamiləliyin ağır keçməsi, asfiksiya, kəskin respirator infeksiyalar və s.)

1) Dölün bətndaxili infeksuyalaşmasına gətirib çıxaran faktorlar (hamiləlik və doğuş zamanı urogenital iltihabi-infeksion patologiya, dölyanı suların vaxtından əvvəl getməsi, uzun müddətli susuz dövr, uzun sürən doğuş, doğuşdan sonrakı dövrdə infeksion xəstəliklərvə iltihabi ağırlaşmalar)

2) Yenidoğulmuşlara reanimasion yardım göstərilən zaman aparılan müalicəvi-diaqnostik manipulyasiyalar (mərkəzi damarların kateterizasiyası, eləcədə göbək venasının, sidik kisəsinin kateterizasiyası, intubasiya, ağciyərlərin süni ventilyasiyası və s.)

3) Yenidoğulmuşlarda müxtəlif infeksiya ocaqlarının əmələ gəlməsi.

Patogenezi - Sepsisin 2 forması ayırd edilir: Bətndaxili sepsis və yenidoğulmuşun sepsisi.

Bətindaxili sepsisə diaqnoz plasentanın qişa və damarlarında irinli-iltihabi dəyişikliklərin olmasına əsasən qoyulur dölün bətindaxili mikrobla yoluxması plasentanın yüksək baryer funksiyasının olması ilə əlaqədar olaraq nadir hallarda rast gəlinir.

Əksər hallarda bakterial infeksiyalaşma doğuş zamanı, və ya doğuşdan sonra baş verir.

Giriş qapısından asılı olaraq sepsisin: göbək, ağ ciyər, dəri, otogen, bağırsaq və kriptogen (giriş qapısı müəyyən olmayan) formaları ayırd edilir. İlkin septik ocaqdan (yəni, giriş qapısından) infeksiyanın yayılması hemotogen yolla baş verir. Yerli iltihabi proses immunitetin bütün faktorlarını aktivləşdirir və orqanizmin kifayət qədər müqaviməti olarsa, infeksiya ocağı məhdudlaşır və qarşısı alınır. Qoruyucu faktorların zəif olması nəticəsində isə massiv bakteriemiya və toksemiya baş verir.

Mikroorqanizmlər və onların toksinlərinin təsiri, sinir tənziminin pozulması bütün orqan və sistemlərin zədələnməsinə və disfunksiyasına gətirib çıxarır.

Sepsisin septisemik və septikopiemik formaları ayırd edilir. Septisemik forma yenidoğulmuşlarda daha tez-tez rast gəlinir və metaztazsız gedir.

Septikopieemik forma isə beyində, sümüklərdə, ağciyərlərdə, böyrəklərdə və s. metastatik ocaqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə edilir.

Klinik şəkli. Sepsisin əlamətləri çox müxtəlifliyi ilə xarakterizə olunur. Erkən infeksiyalaşma əlamətlərinin mey-

dana çıxması böyük əhəmiyyət kəsb edir (göbək qalığının gec düşməsi, göbək yarasının epiteliləşməsinin ləngiməsi, omfalitin əmələ gəlməsi, otit, piodermiya və s. xəstəlik üçün xarakter olan ilkin simptomlar getdikcə artan intoksikasiya əlamətləridir. Uşaqda hərəki, reflektor və əmmə aktivliyi aşağı düşür, gəyirmə meteorizm, dərinin bozumtul rəngdə olması meydana çıxır. Uşaqda çəki artımı dayanır,daha sonra isə getdikcə azalır. Xəstəliyin qızğın dövrü patoloji sindromların meydana çıxması ilə xarakterizə olunur. Mərkzi sinir sisteminin fəaliyyətinin proqressivləşən ləngiməsi müşahidə olunur: adinamiya, hipotoniya, əmmə və digər reflekslər sönür. Xəstəlik uzun müddət davam edən tənəffüs funksiyasının pozulmaları ilə müşaiyyət oluna bilər (təngnəfəslik, sərt tənəffüs, qeyri-müntəzəm krepitasiya edən xırıltılar). Ağciyərlərdə kəskin rentgenoloji dəyişikliklər qeyd olunmur. Qan dövranı çatışmamazlığı əlamətləri və mikrosirkulyasiyanın pozulması meydana çıxır. Dəri örtükləri mərmərşəkilli, avazımış-boz rəngdə olur, akrosianoz meydana çıxır. Ürək tonları karlaşmış, arıtmik, ürəyin sərhədləri böyümüş, qara ciyər və dalaq böyümüş olur. Dərialtı piy toxumasının ödemi və pastozluğu qeyd olunur. Bəzi hallarda böyrəklər tərəfindən dəyişikliklər meydana çıxır (oliquriya, sidikdə zülalın, eritrositlərin, leykositlərin meydana çıxması). Mədə-bağırsaq sindromu inkişaf edə bilər: növbəti yedizdirməyə qədər qidanın mədədə qalması, gəyirmə, meteorizm, dispeptik pozğunluqlar meydana çıxması kimi əlamətlər baş verir. Xəstəliyin xarakter əlamətlərinə uzun müddətli və dalğava-

ri gedişli sarılıq, anemiya və distrofiya kimi əlamətlər aiddir. Ağır hallarda hemorragik sindrom inkişaf edir. Xəstədə petexial səpgilər, melena, qan qarışığı olan qusma, selikli qişalara qansızmalar, göbək yarasına, inyeksiya yerlərinə qansızmalar meydana çıxır. Bu da damardaxili laxtalanma sindromunun inkişafı ilə əlaqədardır.

Septikopiemiya baş beyinə metaztazlarla gedir və irinli meningit, və ya ensefalit inkişaf edir. Çox vaxt buna peritonit, yaralı nekrotik enterokolit, pnevmoniyada qoşulur. Sepsisin ildırımsürətli (1–7 gün), kəskin (4-8 həftə) və uzunsürən (8 həftədən çox) gedişli formaları ayırd edilir.

İldırımsürətli gediş üçün septiki şokun inkişafı xarakterdir. O orqanizmin əsas həyatı funksiyalarının proqressivləşən sönməsi meydana çıxır. Xəstənin vəziyyəti təhlükəli dərəcədə ağırlaşır. Dəri kəskin avazımış, hipotermiya, ürək tonları karlaşmış, bradikardiya, AT-in aşağı düşməsi müşahidə olunur. Ağciyərin ödem əlamətləri meydana çıxır. Böyrək çatışmazlığı və hemorragiksindrom inkişaf edir. Nəticəsi letaldır. (*Şəkil 9,10*)

Müalicə. Müalicə xəstəliyin törədicisini zəiflətməyə, orqanizmin müqavimətini yüksəltməyə və irinli ocaqların sanasiyasina yönəldilməlidir. Uşağın ana südü ilə qidalanmasını təmin etmək və kvalifikasiyalı (ixtisaslaşmış) qulluğu təmin etmək çox mühüm əhəmiyyətə malikdir.

Septiki şok zamanı uşağa təcili tibbi yardım aşağıdakı ardıcıllıqla aparılmalıdır:

1) İlk növbədə ağ ciyərlərin ventilyasiyasını, tənəffüsü bərpa etmək (intubasiya olunmalı).

2) İnfuzion terapiya aparılması üçün damar yolu açılmalıdır (damar tapılmazsa, intraostium). Maye köçürülməli xəstə asidoz vəziyyətindən çıxarılmalı.
3) Bütün bunlardan sonra antibiotik seçilməli və antibiotikoterapiyaya başlamaq lazımdır.

Antibiotikoterapiya törədicisinin həssas olduğu antibiotiklə yaşa uyğun maksimal dozada aparılır 2-3 antibiotiki kombinə etmək vacibdir, hansı ki, onlardan birini vena daxilinə yeritmək lazımdır. Hər kursun müddəti 0-14 gündən çox olmamalıdır. Əsasən yarımsintetik penisillinə, sefalosporinilərə, aminoqlikozidlərə üstünlük verilir.

Detoksikasiya məqsədilə infuzion terapiya aparılır, çoxlu maye təyin edilir. Hemasorbsiya, plazmofarez yaxşı müalicəvi effekt verir.

Orqanizmin immunoloji reaktivliyinin yüksəldilməsi, passiv immunitetin yaradılması yolu ilə aparılır. İmmunoterapiyanı antistafilokok qammaqlobulin ilə, spesifik antitellərin yüksək konsentrasiyası olan plazma ilə (stafilokok əleyhinə, göy yaşıl irin çöplərinə, proteylərə qarşı) aparılır. İmmun istemin stimulyatorları kimi timalin, T– aktivindən istifadə edilir. DDL sindromunun əsaslı müalicəsini aparmaq lazımdır. Bu məqsədlə heparin, təzə dondurulmuş plazma reopoliqlükin, trental, kontrikal tətbiq olunur. Vitaminoterapiya - B qrup vitamin, C, A, E vitaminləri təyin edilir.

Disbakterioz zamanı-lizosim, eubiotiklər, mikoz əleyhinə preparatlar təyin olunur. Bərpa dövründə masaj, UBŞ, müalicəvi gimnastika, vannalar, vitaminoterapiya kursları aparılır.

YENİDOĞULMUŞLARIN ASFİKSİYASI

Yenidoğulmuşun asfiksiyası – ürək fəaliyyəti ilə birlikdə tənəffüs hərəkətlərinin olmaması və ya tək-tək (seyrək) qeyri-müntəzəm və qeyri-effektiv tənəffüs hərəkətləri ilə xarakterizə olunan sindromdur. Qaz mübadiləsinin pozulması qanda oksigen çatışmazlığı (hipoksemiya), toxumalarda oksigenn çatışmazlığı (hipoksiya), karbon qazının artıq miqdarda toplanması (hiperkapniya) və mübadilə məhsullarının tam oksidləşməməsi nəticəsində asidozun inkişafı ilə müşaiyyət olunur. Asfiksiya zamanı həyati-vacib orqanların: mərkəzi sinir sisteminin ürək-damar sisteminin və qara ciyərin funksiyası pozulur. (*Şəkil 11,12*)

Birincili asfiksiya (hipoksiya) yenidoğulmuşlarda doğuş zamanı müşahidə olunur.

İkincili asfiksiya (hipoksiya) uşaqda doğulduqdan bir neçə vaxt sonra meydana gəlir.

Döldə və yenidoğulmuşlarda asfiksiyanın inkişafına səbəb olan risk faktorları:

1) Antenatal (bətndaxili) dövrdə - hamiləliklərdə hamiləliyin pozulma təhlükəsi, dölyanı mayenin çox və ya az olması, çoxdöllü hamilələlik, 2-3-cü trimestrində infeksion xəstəliklər və qanaxma, ananın ağır somatik xəstəlikləri, dölün bətindaxili inkişafdan qalması
2) İntranatal dövdə (doğuş zamanı) - dolün anomal yerləşməsi, plasentanın vaxtından əvvəl qopması, vaxtından qabağ doğuş, uzunmüddətli susuz dövr, uzun-

sürən doğuşlar, dölün başının ölçüsü ilə ananın kiçik çanaq ölçüsünün uyğun gəlməməsi, göbək ciyəsinin dölün boynuna dolanması,

3) düyünlənməsi, akuşer masalarından istifadə, dölün ürək, beyin, ağciyər xəstəlikləri.
4) Hamilə qadının istifadə etdiyi dərman preparatları (antidepressantlar, rezerpin, maqnezium-sulfat, adrenoblokatolar)

2-cili asfiksiya-qazanılma (asfiksiya, hipoksiya) aspirasiya, pnevmopatiya, baş beyinin və onurğa beyninin doğuş travması, 1-cili asfiksiyanın müalicəsində reanimasion tədbirlərin effekt verməməsi nəticəsində, anadangəlmə ağciyər, beyin və ürək qüsurlarının olması nəticəsində inkişaf edir.

1-cili asfiksiyanın klinik şəkli:

Yenidoğulmuşlarda vəziyyəti Virdjinin Apqar şkalası üzrə doğuşdan sonrakı ilk 1-ci və 5–ci dəqiqədə 5 əsas əlamətə görə qiymətləndirilir:

Simptomlar	0 bal	1 bal	2 bal
Ürək döyüntülərinin tezliyi	Nəbz yoxdur	Yavaş (1dəqiqədə 100-dən az)	1 dəqiqədə 100-dən çox
Tənəfffüs hərəkətləri	Yoxdur	Seyrək, qeyri-üntəzəm tək-tək qicolma şəkilli nəfəsalmalar	Yaxşı bərk qışqırıq
Əzələ tonusu	Süst	Ətraflar bir qədər yığılmış	Aktiv hərəkətlər

Burun kateterinə və ya ayaq altının qıcıqlandırılma refleksinə reaksiya	Yoxdur	Mimiki reaksiya (qrimaslar)	Öskürmə asqırma
Dərinin rəngi	Ümumi avazımış sianoz	Bədən çəhrayı, ətraflar göyərmiş	Bütün bədən qırmızı çəhrayı

Yenidoğulmuşun vəziyyəti hər əlamətə görə balların cəmi ilə qiymətləndirilir. Sağlam uşaq ümumi 8-10 balla qiymətləndirilir (optimal vəziyyət). 8 baldan aşağı qiymətləndirilən yenidoğulmuş asfiksiya vəziyyətində olur:

7 bal – yüngül asfiksiya – I dərəcə

6 - 4 bal- orta ağırlıqlı asfiksiya -II dərəcə

3– 1 bal ağır asfiksiya–III dərəcə

0 bal-kliniki ölüm

Yüngül asfiksiya - dəri örüyünün zəif sianozu, aydın, lakin yavaş ürək döyüntüləri, tək-tük səthi tənəffüsə, kafi əzələ tonusu ilə ayaqaltının qıcıqlandırılmasına və ya burun katetrinə qarşı reaksiyanın olması ilə xarakterizə olunur.

Orta ağırlıqlı asfiksiyada isə yenidoğulmuşun ümumi vəziyyəti ağır, dəri örtükləri kəskin sianozlu, ürək tonları karlaşmış, ürək döyüntülərinin ritmi, yavaşımış olur. Tənəffüs olmur və ya qeyri-müntəzəm olur və təkrar uzunsürən fasilələrlə müşaiyyət olunur. Əzələ tonusu kəskin aşağı düşmüş olur. Reflektor oyanıqlıq kəskin zəifləmiş olur.

Ağır dərəcəli asfiksiyada dərin ləngimə vəziyyəti müşahidə olunur. Dəri örtüyü avazımış, selikli qişalar sianotik, tənəffüs yoxdur, ürək tonları karlaşmış, kəskin yavaşımış (dəqiqədə 80-60 vurğuya qədər) aritmik olur. Əzələ tonusu və reflekslər xeyli azalır və ya tam itir.

ÜST-nın klassifikasiyasına görə asfiksiyanın 2 dərəcəsi ayırd edilir: yüngül - 6–5 bal və ağır (4-1 bal).

Asfiksiya zamanı reanimasiyanın əsasları -asfiksiya hökmən reanimasiya, müalicə və profilaktika tələb edən kritik vəziyyətdir. Asfiksiya zamanı yardım reanimasiyanın əsasını təşkil edən bir sıra ardıcıl tədbirlər kompleksinin ciddi şəkildə tətbiq olunmasından ibarətdir.

1) *Tənəffüs yollarının təmizlənməsi və tənəffüs yolları keçəcəyinin təmiz, açıq saxlanması*
2) *Ağciyərlərdə ventilyasiyanın təmin olunması-köməkçi və ya süni yolla*
3) *Ürək fəaliyyətinin və hemodinamikanin bərpası və saxlanılması*

Asfiksiya vəziyyətindən olan yenidoğulmuşa yardım bir neçə etapda aparılır. Reanimasiya uşaq doğulan kimi, dərhal doğuşdan sonra katetrlə ağız boşluğundan və udlaqdan möhtəviyyatın sorulması ilə başlayır. Aspirasiyanın müddəti 5 saniyədən çox olmamalıdır. Əgər uşaq nəfəs almırsa, taktil stimulyasiyanın köməyi ilə tənəffüsü bərpa etmək lazımdır. Yenidoğulmuşu canlandırma manipulyasiyasını asanlaşdırmaq üçün uşağı dərhal anadan ayırır və cəld onu isidilmiş plyonkada (bələk) istilik şüaları altında olan reanimasiya stoluna keçirilir, ona drenaj vəziyyət verirlər (başı 15

dərəcə bucaq altında tutmaqla) və təkrar tənəffüs yollarından möhtəviyyatı sorurlar. Ağır asfiksiyada və dölyanı sulardan udulubsa, ağız-udlaqda mekoniy olarsa gecikmədən intubasiya aparılır, daha sonra isə tənəffüs yollarının sanasiyası aparılır. I etapın sonunda (bu 20–25 saniyə təşkil etməlidir) uşağın tənəffüsü qiymətləndirilir. Adekvat tənəffüs, ürək yığılmalarının tezliyi dəqiqədə 100-dən çox və dəridə azacıq akrosianoz olan halda reanimasiya tədbirlərini dayandırırlar və uşağı müşahidə altında saxlayırlar

II etap (mərhələ). Uşaqda sərbəst tənəffüs və ya tənəffüs hərəkətləri effektsizdirsə reanimasiyanın II etapına başlayırlar. Reanimasiya tədbirlərini maska və tənəffüs kisəsinin köməyi ilə ağciyərlərinin ventilyasiyası ilə başlayırlar. Tənəffüsün tezliyi dəqiqədə 30–50 olmalıdır. 60%-li oksigen-hava qarışığından istifadə olunur (yarımçıqdoğulanlarda isə 30–40%). Oksigen-hava qarışığının sürəti 5–8 l/dəq olmalıdır. Maska və kisənin köməyi ilə ventilyasiya effekt verməməsi endotraxeal intubasiyaya göstərişdir.

Ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə eyni zamanda tənəffüsü vena daxilinə nalorfin və ya etimizol yeritməklə stimulə edirlər. Əgər süni ventilyasiyanın başlamasından 20–30 saniyə sonra ürək yığılmalarının tezliyi hələ də dəqiqədə 80–100-ə qədər olarsa, ağciyərlərinin süni ventilyasiyasını davam etdirirlər. Əgər ürək yığılmalarının tezliyi 1 dəiqədə 80-dan az olarsa, reanimasiyanın III etapına başlanır..

III etap - hemodinamik və metobolik pozğunluqların korreksiyası məqsədiylə aparılır. Ürək yığılmalarının tezliyi 80-dan aşağı olarsa, təcili olaraq 100 % konsentrasi-

yalı oksigenlə maska ilə ağciyərlərin süni ventilyasiyası fonunda ürəyin xarici masajına başlamaq vacibdir. Əgər 20-30 saniyədə masaj effekt verməzsə, intubasiya edilir və aparatla süni ventilyasiyaya masajla (3 dəfə masaj, 1 nəfəsvermə 2 saniyə davam etdirilməlidir dəqiqədə 30 nəfəsvermə + 90 masaj=120 hərəkət) birlikdə (dəqiqədə 100-140 dəfə) başlanır. Masaj effekt vermədikdə (60 saniyə ərzində) ürək fəaliyyətini 0,1% adrenalin məhlulu ilə (0,1 ml/ kq) stimulə edirlər. Onu 1:1 nisbətində NaCl–un izotonik məhlulu ilə endotraxeal və ya göbək venasına yeridirlər. Bunu 5 dəqiqədən sonra təkrarlamaq (yalnız 3 dəfəyə qədər) olar. Eyni zamanda ağciyərlərin süni ventilyasiyasını və ürəyin masajını davam etdirirlər. Sonra dəri örtüyünün rəngi və mikrosirkulyasiyanın vəziyyəti qiymətləndirilir. Göstəricilərə görə infuzion terapiya aparılır: albuminlər, plazma ilə izotonik NaCl məhlulu ilə. Dopamin yeridilir dərman preparatları ətrafların periferik venalarından və ya baş dərisi venasından, eləcədə venaya düşmək çətin olan hallarda preparatı kiçik dozalarla endotraxeal yolla damızdırmaqla yeridilir. Göbək venasından nadir halarda istifadə olunur.

Doğuşdan 40–50 dəq. sonra lazım gələrsə, planlı infuzion terapiya (5-10% qlükoza məhlulu ilə) aparılır. Yarım çıq doğulmuş uşaqlara dərman preparatlarını aşağı, yavaş sürətlə yeritmək lazımdır. Belə ki, yarımçıqdoğulmuşun baş beyininin anatomik quruluşu damarlarda təzyiqin kəskin dəyişiklikləri zamanı asanlıqla qanaxmanın baş verməsinə imkan yaradır.

Uşaq doğulduqdan sonra baş verə biləcək aspirasiyanın qarşısını almaq üçün katetrlə mədə möhtəviyyatını xaric edirlər. Bütün asfiksiya ilə doğulmuş uşaqlara doğuş zalında vitamin K yeridilir.

Əgər reanimasiya tədbirləri 15-20 dəq. müddətində effekt verməzsə böyük ehtimal ki, baş beyinin ağır zədələnməsi vardır. Doğulduqdan 5 dəqiqə sonra Apqar şkalası üzrə 0-2 balla qiymətləndirilənlər arasında ölüm halları 50% təşkil edir, sağ qalanların 90%-ində isə normal sinir-psixi inkişaf mümkündür.

2-cili asfiksiyanın qarşısını almaq üçün uşağı çox isinmədən və soyumadan qorumaq azımdır. Meteorizm zamanı vaxtında yardım etmək, uşağı zondla yedizdirdikdən sonra və əvvəl oksigenoterapiya aparılmalıdır.

ERKƏN YAŞLI UŞAQLARDA MƏDƏ-BAĞIRSAQ TRAKTININ DİSKİNEZİYASI. PİLOROSPAZM

Pilorospazm - mədə çıxacağının əzələ spazmı olub mədənin boşalmasının çətinləşməsinə gətirib çıxarır.

Pilorospazmın səbəbi mərkəzi sinir sisteminin tənzimləyici funksiyasını və vegetativ sinir sistemi funksiyasının pozulması olub, nevropatik irsiyyət daşıyır.

Klinik şəkli: əsas simptomları gəyirmə, qusma olub, uşağın həyatının lk günlərindən meydana çıxır. Qusma tez-tez, kiçik porsiyalarla olur, dərhal yedizdirmədən, və ya ondan 10-15 dəq. sonra başlayır.

Qusuntunun həcmi əmilən südün miqdarında çox olmur. Qusuntuların tərkibinə bəzi hallarda öd qarışmış olur.

Uşağın ümumi vəziyyəti bir qədər pisləşir. Uşaq narahat olur, orqanizm bir qədər susuzlaşır. Sidik ifrazı bir qədər azalır. Qəbzlik, diareya ilə növbələşir. Bədən kütləsi bir qədər azalır. Xəstəlik 2-3ay davam edir.

Müalicə. Sinir fəaliyyətinin normaya salınmasından ibarətdir. Uzun müddət təmiz havada olmaq, kifayət qədər yuxu rejimi. Uşağı az-az, tez-tez yedizdirmək. Ailədə sakit, stressiz şərait yaratmaq. Qatı qida mədədə yaxşı qaldığı üçün yedizdirmədən əvvəl 1-2 çay qaşığı 10% mannı sıyığı verilir (suda). Yedizdirilir sonra 5-10 dəqiqə vertikal vəziyyətdə uşağı tutmaq lazımdır. Spazmı aradan götürmək üçün yeməkdən 15-20 dəqiqə qabaq serukal, no-şpa, droperidol, aminazin təyin edilir. B_1, B_6 vitaminləri, pipolfen, parafin applikasiyası, atropin və novokainlə mədə nahiyəsinə elektrofarez məsləhət görülür.

PİLOROSTENOZ

Pilorostenoz - mədənin pilorik şöbəsinin anadangəlmə daralması olub, mədə çıxacağının əzələlərinin qalınlaşmış olması ilə əlaqədardır. Nəticədə mədə çıxacağının dar mənfəzindən qidanın keçməsi çətinləşir, o mədədə toplanır və qusma ilə xaric olur.

Klinik şəkli. İlk klinik əlamətləri uşaq həyatının 2-4-cü həftəsində meydana çıxır. Əsas simptomu hər yedizdirmədən sonra meydana çıxan qusmadır. Qusuntu kütləsi

kəsmiyə bənzər olur, qusma "fontan" şəklində baş verir və tərkibində öd olmur. Qusuntu kütləsinin miqdarı sonuncu yedizdirmədən çox olur (qidanın genişlənmiş mədədə toplanması hesabına). Qarının düz əzələsinin bayır kənarından sağ tərəfə qalınlaşmış mədə çıxacağını əlləmək mümkün olur. Uşağın vəziyyəti tezliklə pisləşir, narahat olur, döşü pis tutur. Uşaqda susuzlaşma inkişaf edir, çəkisi azalır. Gec diaqnoz qoyulduqda uşağın çəkisi anadan olduğu çəkidən az olur. Qəbizlik, "ac stul" - duru, tünd yaşıl az miqdarda nəcis kütlələri ilə meydana çıxır.

Diaqnozu: Rentgenoqrafiya (mədənin), fibro-qastro-duodenoskopiya, USM olunmalıdır.

Müalicə: Yeganə effektiv müalicə üsulu cərrahi əməliyyatdır. Əməliyyatdan 3-4 saat sonra uşağı ana südü ilə qidalandırmaq olar (hər 2-3 satdan bir 10 ml). Dəfəlik südün miqdarını tədricən artırırlar. Əməliyyatdan 4- 5 gün sonra artıq yaşa uyğun normaya çatdırırlar.

YENİDOĞULMUŞLARIN HEMOLİTİK XƏSTƏLİYİ (YHX)

Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin əsasında ana ilə dölün qanı arasında immunoloji konflikt nəticəsində eritrositlərin parçalanması durur.

Etiologiyası. Xəstəlik ana ilə dölün qanı arasında rezus-konflikt və ya qan qrupları arasında uyğunsuzluq olduqda inkişaf edir. Rezus-konflikt rezus (-) ana rezus (+) döl ilə hamilə olduqda baş verir. ABO immunokonflikt isə ananın

qan qrupu 0 (I), dölün qan qrupu A (II) və ya B (III) olduqda müşahidə olunur.

Patogenoz - Rezus-faktor, dölün eritrositlərinin A və B antigeni plasentadan keçərək ananın qanına düşür və antitellərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Antitellər isə plasentar baryerdən keçərək, dölün eritrositlərini parçalayır. Eritrositlərin parçalanması hiperbilirubinemiya və anemiyaya gətirib çıxarır. Eritrositlərin parçalanması nəticəsində əmələ gəlmiş sərbəst bilirubin adətən qara ciyərdə birləşmiş bilirubinə çevrilərək bağırsaqlara ifraz olunur. Əgər eritrositlərin parçalanma sürəti qara ciyərin toksik-qeyri-düz (sərbəst) bilirubini zərərsizləşdirmə sürətini ötüb keçərsə, bu zaman sərbəst bilirubin qanda toplanaraq sarılığın inkişafına səbəb olur. Sərbəst, və ya q/düz bilirubin neyrotoksik zəhər olub, kritik səviyyəyə çataraq (yenidoğulmuşlarda 310-340 mkmol/l-dən və yarımçıqdoğulmuşlarda isə 200 mkmol/l-dən yüksək) hematoensefalitik baryeri keçir, baş beyin qabığını və qabıqaltı nüvələri zədələyir ki, bu da bilirubin ensefalopatiyasına (nüvə sarılığına) gətirib çıxarır. Bundan başqa o, digər orqanların da zədələnməsinə səbəb olur: qara ciyər, ürək, ağ ciyər.

Klinik şəkli - Xəstəliyin 3 forması ayırd edilir: ödemli (2 %), sarılıqlı (88%) və anemik (10%) (*Şəkil 13, 14*)

Ödemli forma - ən ağırdir. Döl ana bətnində məhv olur, və ya vaxtından qabaq doğulur. Doğulan uşaqlar çox az yaşamaq qabiliyyətinə malik olurlar. Bütün toxumaların ödemi, selikli qişaların və dəri örtüyünün avazıması qeyd olunur. Seroz boşluqlarda transsudat toplanması aşkar olu-

nur. Tezliklə ağciyər və ürək çatışmazlığı əlamətləri də qoşulur. Qara ciyər və dalaq kəskin böyümüş, bərkimişdir. Qanın analizində Hb-nin və eritrositlərin miqdarı çox azalmışdır. Plasenta adətən böyümüş və ödemli olur.

Sarılıqlı forma adətən çox rast gəlinir. Əsas simptomları: erkən sarılıq, anemiya, qara ciyər və dalağın böyüməsi, ağır hallarda isə - hemorragik sindrom və mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsidir. Sarılıq dərhal doğuşdan sonra və ya I sutkanın sonunda meydana çıxır. Bilirubinin miqdarının artması bilirubin intoksikasiyası əlamətlərinin inkişafına gətirib çıxarır: süstlük, yuxululuq fizioloji reflekslərin sönməsi, əzələ tonusunun azalması. 3–4 sutkaya bilirubinin miqdarı kritik rəqəmlərə çata bilər və bu zaman nüvə sarılığı əlamətləri meydana çıxır: ənsə əzələlərinin rigidliyi, tonik qıcolmalar, böyük əmgəyin gərginliyi, kəskin qışqırıq, "batan günəş simptomu". Bəzən mərkəzi məşəli qızdırma, ürək fəaliyyətinin pozulması və tənəffüs pozğunluğu inkişaf edir.

Uşağın sidiyinin intensiv tündləşməsi qeyd olunur, nəcisin rəngi isə dəyişmir. Bəzən I həftənin sonunda xəstədə ödün bağırsaqlara xaric olması pozula bilər-yəni, xolestaz inkişaf edir (ödün qatılaşma sindromu) Dəri yaşılımtıl rəng alır, nəcis rəngsizləşir, sidik tündləşir, qanda düz bilirubinin miqdarı artır.

Anemik forma - xoşxassəli gedişə malik olur. Kliniki əlamətləri dərhal doğuşdan sonra və ya 1-3-cü həftəsində meydana çıxır. Dəri örtüyü avazımış, bəzən yüngül ikterik (sarılıqlı) olur, qaraciyər azca böyümüş olur, dalaq isə nadir

hallarda böyüyür. Uşaq süst olur, döşü pis əmir. Hb aşağı düşür, eritrositlərin miqdarı azalır, yetişməmiş formalar çoxalır. Bilirubinin miqdarı azca artmış olur.

Diaqnostikası. Hazırda yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin antenatal diaqnostikası metodları işlənib hazırlanıb. Hamilə qadının qanında qan qrupu və rezus əleyhinə antitellərin dinamikada titrini təyin edirlər, dölyanı mayelərin ultrasəs müayinəsi aparılır.

Müalicəsi - hiperbilirubinemiya ilə mübarizəyə, antitellərin orqanizmdən çıxarılmasına və anemiyanın aradan qaldırılmasına yönəldilir. Müalicə konservativ və operativ ola bilər.

Konservativ müalicənin əsas metodlarına aiddir: infuzion terapiya-hemolizin sürətini aşağı salan preparatlar (alfa-tokofrol, ATF, qlükoza) bilirubinin orqanizmdən çıxarılmasını və metabolizmi sürətləndirən preparatlar (feno barbital), bağırsaqlardan geri sorulma imkanının azaldıl masi (karbolen, aqar-aqar, xolestiramin); dərinin üst qatlarında bilirubinin foto kimyəvi oksidləşməsi nəticəsində qeyri-toksik məhsullarının əmələ əlməsinə əsaslanan fototerapiya. Fototerapiyanı küvezdə aparmaq daha məqsədəuyğun olur, belə ki, küvezdə optimal temperatur rejimi və havanın lazımı dərəcədə nəmliyini təmin etmək mümkündür. Xolestazın müalicəsi üçün daxilə öd qovucu preparatlar (maqnezi-sulfat və alloxol) təyin edirlər. Yenidoğmuşlar hemolitik xəstəliyinin operativ müalicəsinə isə əvəzedici qan köçürmə və hemosorbsiya aiddir. Əvəzedici qanköçürmə xəstəliyinin ağır formalarında aparılır. Bunun üçün uşağın qanı ilə eyni

qrupa məxsus rezus (-) qandan istifadə olunur (150 ml/kq hesabı ilə). Əməliyyat müddətində xəstənin qanının 70%-i qədəri dəyişdirilir. Kəskin anemiya zamanı eritrositar kütlə istifadə olunur. ABO uyğunsuzluq zamanı 0 (I) qrup qan və yaxud 0 (I) qrupun eritrositar kütləsini və eləcə də uşağın qan qrupuna uyğun quru plazma istifadə edirlər. Zəruri olduqda əvəz edici qanköçürməni təkrarlayırlar. Əməliyyatdan qabaq tibb bacısı ləvazimatları hazırlayır, qanı isidir, uşağın mədəsindən möhtəviyyatı aspirasiya edir, təmizləyici imalə edir, onu steril ağa bükür, qarının ön divarını açıq saxlayır. Uşağı hazırlanmış isitqac üzərinə və ya küvezə qoyurlar və mühüm həyati funksiyalarına və temperatura nəzarət edirlər. Əməliyyatdan sonra uşaq intensiv nəzarət altına alınır.

Yenidoğulmuşun hemolitik xəstəliyinin sarılıq forması zamanı hemosorbsiya və plazmofarez (qanı və ya plazmanı sorbentdən keçirməklə bilirubin xaric edilməsi) tətbiq olunur.

İlk 3-5 gün müddətində yenidoğulmuşu donor südü ilə qidalandırırlar, belə ki, fiziki yüklənmə eritrositlərin hemolizini sürətləndirə bilər. Ana südündə antitellərin olması ana südü ilə qidalanmaya əks göstəriş deyildir, belə ki, antitellər mədə-bağırsaq traktında məhv olurlar. Qanda bilirubinin miqdarı və sarılığın intensivliyi azaldıqdan sonra uşağı döşə qoyurlar.

Profilaktika - Profilaktikada əsas spesifik metod rezus (-) qadına antitellərin əmələ gəlməsini tormozlayan anti D immunoqlobulinin yeridilməsidir. İmmunoqlobulini sağlam rezus müsbət (+) uşaq doğulduqdan sonra, eləcədə hamiləlik pozulduqdan sonra yeridirlər.

Hamilələrdə antitellərin titri artarsa detoksikasion, hormonal, antihistamin terapiya aparılır, vitaminlər təyin olunur.

Bəzi hallarda antitelləri antigen transplantanta cəlb etmək məqsədilə hamilə qadına həyat yoldaşından dəri zolağı köçürürlər. Antitellərin titri təhlükəli olduqda qanın UBŞ-sını, plazmofarez, hemosorbsiya tətbiq olunur, eləcə də hamiləliyin pozulmasını məsləhət görürlər.

YENİDOĞULMUŞLARDA SİNİR SİSTEMİNİN ANATOMO-FİZİOLOJİ -XÜSUSİYYƏTLƏRİ. SİNİR PİSİXİ İNKİŞAFIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Uşaq doğulan zaman onun mərkəzi və periferik sinir sistemi hələ tam inkişaf etməmiş olur.

Baş beyin - Uşaq doğulan zaman baş beyinin çəkisi nisbətən böyük olur, lakin beyin qırışları və şırımları kifayət qədər inkişaf etməmişdir, boz maddə ağ maddədən yaxşı diferensasiya olunmur, mielin qişa praktik olaraq demək olar ki, olmur. Beyin toxuması su ilə zəngindir, tərkibində spesifik üzvi maddələr azdır. Beyin şırım və qırışlarının intensiv inkişafı xüsusilə uşağın həyatının 1-ci illində baş verir. Sinir hüceyrələrinin differensiyası 3 yaşda başa çatır. 8 yaşında isə beyin qabığının quruluşu yetişkin insanın beyin qabığına bənzəyir. Sinir liflərinin tamamilə mielinləşməsi isə yetkin dövrdə (təxminən 20 yaşda) başa çatır.

Onurğa beyini - Erkən inkişaf edir, quruluşca və funksional olaraq daha yetkin olur; o böyüklərdəkinə nisbətən

daha uzun olur ki, bunu da onuğa beyin punksiyası olunması vacib olduqda nəzərə alırlar.

Şərtsiz reflekslər və şərti reflektor-fəaliyyət. Uşaq bir sıra şərtsiz reflekslərlə doğulur (əmmə, udma, qoruyucu). Yenidoğulmuşlarda eyni zamanda bir neçə primitiv reflekslər də qeyd olunur ki, bunlar da tədricən itib gedib (dayaq refleksi, Moro və s.)

Yenidoğulma dövründə şərti reflekslərin əmələ gəlməsi məhdud oıur. Belə ki, adi xarici mühit qıcıqlandırıcıları yenidoğulmuşlarda beyin qabığı üçün həddsiz güclü olduğundan mərkəzi sinir sistemi tez yorulur, tormozlanma inkişaf edir, uşaq yuxuya gedir. Uşaq həyatının 2-3-cü həftəsində sadə şərti vestibülyar reflekslər inkişaf edə bilər. 3-cü ayın sonundan başlayaraq isə şərti reflekslər get-gedə daha mürəkkəb olur. Bu reflekslərin əmələ gəlməsi beyin qabığının funksional yetişkənliyindən və hiss orqanlarının inkişafından (taktil, dadbilmə, eşitmə, görmə, qoxubilmə) asılı olur.

Hiss oranlarının inkişafı.Yenidoğulmuşlarda dadbilmə və taktil hissiyyatı kifayət qədər yaxşı inkişaf edib, qoxu bilmə isə pis inkişaf etmiş olur. Ən mürəkkəb olanı isə eşitmə və görmənin inkişafıdır. İlk 1,5 il ərzində beyin qabığının bütün əsas funksiyaları formalaşır. (İlk şərti reflekslərdən başlayaraq 2-cili siqnal sistemi - yəni baş beyin qabığının ali funksiyalarına qədər).

DOĞUM ZƏDƏLƏRİ

Doğum zədəsi – bətndaxili və ya doğum dövrünün patologiyası ilə əlaqədar olaraq doğuş zamanı dölün toxuma və orqanlarının zədələnməsidir. Orqan və toxumaların zədələnməsi təbii doğuş zamanı baş verə bilər. Doğuş aktının patologiya və ağırlaşmaları, akuşer müdaxilələri, operativ müdaxilələr dölün zədələnmə təhlükəsini artırır. Sinir sisteminin, yumşaq toxumaların, sümüklərin və daxili orqanların doğuş travmaları ayırd edilir. Sinir sisteminin doğuş travmalarına mərkəzi sinir sistemi (baş və onurğa beyninin) və periferik sinir sisteminin (əllərin, diafraqmanın, mimiki əzələlərin iflici, akuşer iflici) aid edilir. Yenidoğulmuşların patologiyasında sümük sınıqları (körpücük, bud, baldır) əhəmiyyətli yer tutur. Ağır doğuşlar zamanı daxili orqanların zədələnmə və travmaları baş verə bilər, qansızma və hematoma meydana gələ bilər. Yumşaq toxumaların daha şox rast gəlinən zədələnmələri doğuş şişləri və kefalohematomadır.

Doğuş şişi - Bu fizioloji əlamət olub, dölün öndə gələn hissəsində yumşaq toxumalarda qan dövranının pozğunluqları və ödemlə xarekterizə olunur.

Doğuş şişi başda əmələ gəldikdə, o bir qayda olaraq bir sümük həddindən kənara çıxaraq yayılır. Öndə gələn hissə dölün başqa hissəsi olduqda doğuş şişi müvafiq olara həmin nahiyyədə: üzdə, sağrıda, aralıq nahiyəsində və ya baldırda meydana gəlir. Doğumdan 2-3 gün sonra, şiş heç bir müalicə tələb olunmadan sorulub gedir.

Kefalohematoma - sümüküstlüyü altına qansızma olub, təpə nahiyəsində, bəzən isə ənsə, alın, gicgah sümüklərində yerləşmiş olur. Kefalohematomanın sərhədləri heçvaxt bir sümüyün tikiş xəttlərindən kənara çıxmır, yayılmır. Qansızma ağrısız olur, pulsasiya etmir, əvvəldə bərk konsistensiyaya malik olur, daha sonra isə flüktasiya edir, lakin kənarları bərk həlqə şəklində əhatə olunmuş olur. Hematomanın üzərindəki dəridə dəyişiklik olmur, bəzi hallarda pettexiyalar meydana çıxa bilər. İlk günlərdə qansızma arta bilər. 7-10 gündən sonra isə kefalohematoma sorulmağa başlayır. Bəzən bu proses uzun sürə bilər və aylarla davam edə bilər. Massiv kefalohematoma anemiya, irinləmə və hemolitik sarılıqla ağırlaşa bilər. (*Şəkil 15, 16*)

Müalicə: Qanaxmanın dayandırılmasına və damar divarının möhkəmləndirilməsinə yönəldilir (vit.K, kalsi-xlorid, askorutin, buz qovuğu, təzyiq edici sarğı), 10 gündən çox davam edən hematomalar zamanı cərrahi müalicə tətbiq olunur.

MƏRKƏZİ SİNİR SİSTEMİNİN (M.S.S) PERİNATAL ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Mərkəzi sinir sisteminin (M.S.S) zədələnmələri travmalara aid olub, uşağın əlilliyinə və daha ağır nəticəyə - onun ölmünə gətirib çıxara bilər.

Etiologiyası: Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin daha çox rast gələn səbəbləri: oksigen çatışmazlığı (hipoksiya, asfiksiya) müxtəlif infeksiya və intoksikasiyalar və beyinin mexaniki zədələnmələridir (sıxılma, sarsılma, qan-

sızma). Dölə mexaniki təsir dölün ölçüləri ilə ananın çanaq ölçüləri uyğun gəlmədik də, dölün tərs gəlişləri zamanı, uzunsürən və sürətli doğuşlar zamanı baş verir.

Patogenizi: yenidoğulmuşlarda sinir sisteminin zədələnməsi klinik və morfoloji dəyişikliklərin geniş müxtəlifliyi ilə xarekterizə olunur.Belə ki, hemolikvorosirkulyasiyanın pozulması zamanı yüngül funksional dəyişikliklərdən tutmuş massiv kəllə daxili qansızmalara və diffuz ödem zamanı həyatı vacib funksiyalarının pozulmasına və beyinin ağır zədələnmə simptomlarına qədər olan çox müxtəlif dəyişikliklər qeyd olunur.

Klinik şəkli: Xəstəliyin gedişində aşağıdakı dövrlər ayırd edilir:

1.Kəskin dövr (7-10 gün, yarımçıqdoğulmuşlarda 1ay)

2.Erkən bərpa dövrü (4-6 aya qədər)

3.Gec bərpa dövrü (1-2 ilə qədər)

4. Qalıq əlamətləri dövrü (2 yaşdan sonra)

Baş beyinin zədələnmə əlamətləri dərhal doğuşdan sonra və ya 2-4 gündən sonra meydana çıxır. Kliniki simptomatika daxili orqanların və mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə əlamətlərindən ibarətdir.

Mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə əlamətləri yenidoğulmuşun nevroloji statusunu qiymətləndirərkən meydana çıxır. Onu təyin etmək üçün aşağıdakı göstəricilərdən istifadə edilir:

1. Hərəkət aktivliyi
2. Əzələ tonusunun vəziyyəti
3. Yenidoğulmuşun qeyri şərti fizioloji reflekslərin gücü və artması

4. Patoloji-nevroloji əlamətlər:ocaqlı və ümumi beyin əlamətləri

Xəstəliyin kəskin dövründə ümumi beyin əlamətləri (ləngimə sindromu və yüksək oyanıcıllıq sindromu) üstünlük təşkil edir, beyinin ocaqlı zədələnmə simptomları isə 2-ci plana keçir.

Ləngimə sindromu: ümumi süstlük hərəki aktivliyin kəskin azalması, əzələ hipotoniyası, reflekslərin zəifləməsi və ya olmaması ilə özünü gösrərir.

Mərkəzi sinir sisteminin daha ağır şəkildə zədələnməsi isə komatoz vəziyyətlə meydana çıxır.

Yüksək oyanıcıllıq sindromu: narahatlıq, yüksək hərəki aktivlik, ümumi hiperesteziya ilə xarakterizə olunur. Uşaqda əllərin tremoru, çənəsinin əsməsi, əzələ hipertoniyası, ənsə əzələlərinin rigidliyi, kəskin qışqırıq meydana çıxır. Qıcolma sindromu: tonik və klonik xarekterli yerli və ya generalizə olunmuş qıcolmalarla xarakterizə olunur.

Beyinin ocaqlı zədələnməsi isə - "batan günəş simptomu", nistaqm, ptoz, ekzoftalm, üzün asimmetriyası, burun-dodaq büküşünün, dilin, göz yarığının asimmetriyası, ətrafların parezi reflekslərin və əzələ tonusunun asimmetriyası ilə meydana çıxır.

Ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, orta ağır və ağır formaları ayırd edilir.

Yüngül forma zamanı mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi kasad qeyri-spesifik simptomatika ilə gedir. Ağır hallarda isə mərkəzi sinir sisteminin kəskin ləngiməsi, qıcolma müşahidə olunur. Tənəffüs ürək-damar və böyrəküstü vəzilərin çatışmamazlığı, bağırsaq parezi inkişaf edir.

Erkən bərpa dövründə astenonevrotik, hipertenzion və hidrosefal sindromlar formalaşır.

Astenonevrotik sindromda: yüksək oyanıcıllıq üstünlük təşkil edir, əzələ hipo - və ya hipertoniyası ilə hərəki pozğunluqlar qeyd olunur. Hipertonus yığıcı və açıcı əzələ qruplarında, eləcə də budu yaxınlaşdıran əzələlərdə meydana çıxır.

Hipertenzion sindromu: kəllədaxili təzyqin yüksəlməsi ümumi hipertenziya və mərkəzi sinir sisteminin oyanma simptomları ilə birlikdə özünü göstərir. Onurğa beyin punksiyası zamanı likvor axınla və ya tez-tez damcılarla gəlir. Başın dairəsinin böyümə sürəti normanın yuxarı həddini aşmır.

Hidrosefal sindrom: likvorun izafı (artıq) sekresiya və ya onun sorulmasının pozulması ilə meydana çıxır. Klinik əlamətləri: başın ölçülərinin böyüməsi, fizioloji normanı keçməsi (I kvartalda hər ay 2 sm-dən çox), kəllə tikişlərinin aralanması, başın tüklü hissəsində görünən venoz şəbəkənin əmələ gəlməsi, böyük əmgəyin böyüməsi və qalxması ilə meydana çıxır. Yüksək oyanıcıllıq, kəskin qışqırıq, göz simptomları qeyd olunur, əzələ tonusu dəyisir (hipo və ya hipertonus). Daha sonra isə psixomotor inkişafdan geri qalma xarakterikdir.

Diaqnostikası: Diaqnozu təsdiq etmək üçün ananın sağlamlıq vəziyyəti, onun akuşer-ginekoloji anamnezi, hamiləliyin və doğuşun gedişi, uşağın xəstəliyinin klinik şəkli öyrənilir. Diaqnostik metodlardan USM (baş beyinin), oftalmoskopiya, kəllənin, onurğanın rentgenoloji müayinəsi, onurğa beyin mayesinin punksiyası.

Müalicə: müalicə doğuş zalında reanimasion tədbirlərin aparılması ilə başlayır, sonra palatada intensiv terapiya ilə, daha sonra isə ixtisaslaşmış şöbədə davam etdirilir. Kəskin dövrdə müalicə əsasən qanaxma və beyin ödeminin aradan qaldırılmasına yönəldilir. Müalicə tədbirlərinə daxildir: dehidratasiyanın aparılması (mannitol, laziks, plazma, reoqlyuman, deksametazon), qıcolma sindromunun profilaktikası və aradan götürülməsi (seduksen, droperidol, fenobarbital), damar divarlarının keçiriciliyinin azaldılması (askorbin turşusu, rutin, qlukonat-kalsi), sirkulyasiya edən qanın həcminin normada saxlanılması (albumin, reopoliqlukin) miokardın yığılma qabiliyyətinin yaxşılaşdırılması (kokarboksilaza, panangin), sinir toxumasının metabolizminin normallaşdırılması və onun hipoksiyaya davamlılığının yüksəldilməsi (qlukoza, ATF, alfa-tokoferol, qlutamin turşusu) təmin edilir.

Bərpa dövründə müalicə əsas nevroloji sindromun aradan götürülməsinə və sinir hüceyrələrində trofik proseslərin stimulyasiyasına yönəldilir. Bunun üçün B qrup vitaminlərdən, serebrolizin, ATF, aloe ekstraktindan istifadə edirlər. Nootrop preparatlar tətbiq olunur; pirasetam, aminalon, pantoqam və s. kəskin dövrdə başlanmış dehidratasion terapiyanı davam etdirirlər. Beyin qan dövranını yaxşılaşdırmaq üçün kavinton, stuqeron, trental istifadə edilir.

Fizeoterapevtik müalicə üsullarından (massaj, müalicəvi idman, iqloterapiya) geniş istifadə olunur.

İRSİ XROMOSOM XƏSTƏLİKLƏRİ. DAUN SİNDROMU

Daun sindromu (daun xəstəliyi) - ən tez-tez rast gəlinən irsi xəstəlikdir. Rastgəlmə tezliyi 1:800-dir.

Daun sindromu əsasında 21-ci cüt xromosomun trisomiyası durur (21-ci cütdə 2 dənə xromosom əvəzinə 3 dənə x xromosomu olur). Belə olan halda xromosomların sayı normada olduğu kimi 46 yox, 47 olur. Və bu sindromda meydana çıxan klinik şəkil genetik materialın artıq olması nəticəsidir.

Daun sindromu ilə olan uşaqlar yüngül prenatal hipoplaziya ilə doğulurlar, onların orta çəkisi eyni hamiləlik müddətində doğulan normal uşağın çəkisindən təxminən 400 qram az olur. Klinik şəkli üçün xarakterikdir: braxicefaliya, göz yarıqlarının çəp istiqamətdə monqoloid kəsiyi (gözün daxili bucağı göz yarısının xarici bucağından aşağı olması) sifətin yastı olması, qaşüstü qövslərin hipoplaziyalaşması, burunarxası nahiyənin enli, yastı olması, burunun kiçik yastı olması qeyd olunur. Ağız boşluğu kiçik olur, dil ora yerləşmədiyindən çölə çıxır (bəzən isə həqiqətən makroqlossiya olur). Kiçik qabarmış qulaq seyvanı, kəllənin deformasiya, böyük, şırımlanmış dil, qısa barmaqlar, əldə çeçelə barmağın əyriliyi və qısalığı, ovuclarda köndələn dəri büküsü, əzələ hipotoniyası, boy artımı və hərəkətlərin inkişafının geri qalması xarakterikdir. Daun sindromu ilə olan bütün uşaqlar psixomotor inkişafdan

çox geri qalırlar. Onlar yaşıdlarına nisbətən gec oturur, yeriyir və danışa bilirlər. Uşaq nə qədər böyükdürsə, onun yaşıdlarına nisbətən intellektual səviyyəsinin geriliyi bir o qədər kəskin nəzərə çarpır. Bundan başqa, bu uşaqlarda neyroendokrin pozulmalar: piylənmə, dəri örtüklərində trofikanın pozulmasına da tez-tez rast gəlinir. (*Şəkil 17, 18*)

Daun sindromu ilə doğulan uşaqların əksəriyyəti həyatının 1-ci ilində ürək çatışmazlığından, ürək qüsuru ilə bərabər ağır infeksiyalarında qoşulmasından (daun sindromlu uşaq larda immunitet də aşağı olur) tələf olurlar. Bundan başqa Daun sindromlu uşaqlarda daha bir ölüm səbəbi də on iki barmaq bağırsağın atreziyası ilə əlaqədar bağırsaq keçməməzliyidir. Daun sindromu uşaqlarda bu cür atreziyanın olma ehtimalı digər uşaqlara nisbətən 50–60 dəfə çoxdur.

Daun sindromunun müalicəsi yoxdur. Vitaminlərlə zəngin qida qəbulu, böyük dozada askorbin turşusunun verilməsi xəstələrdə psixi fəaliyyətin yaxılaşmasına kömək edir.

İRSİ MADDƏLƏR MÜBADİLƏSİ POZĞUNLUĞU. FENİLKETONURİYA

Fenilketonuriya nisbətən geniş yayılmış irsi xəstəlik olub, aminturşu mübadiləsinin pozulması ilə əlaqədar olaraq meydana çıxır. Əksər hallarda fenilketonurayanın səbəbi fenilalaninhidroksilaza fermentinin çatışmamazlığıdır ki, bu ferment də fenilalaninin tirozinə çevrilmə prosesində

iştirak edir. Nəticədə fenilalaninin tirozinə çevrilmə prosesi pozulur, qan zərdabında fenilalaninin miqdarı artır və fenilalaninemiya baş verir, beləliklə fenilalanın sidikdə də meydana çıxır ki, xəstəliyin adı da buradan götürülmüşdür - fenilketonuriya.

Fenilalaninin metobalizm (parçalanma) məhsulları baş beyinə toksiki təsir göstərir. Fenilketonuriya ilə doğulan uşaqlar adətən vaxtında normal çəki ilə doğulurlar. Klinik olaraq heç bir normadan kənara çıxma qeyd olunmur. Buna baxmayaraq bu uşaqlarda inkişaf zəif gedir. İlk aylarda bu normanın bir variantı kimi görülə bilər, lakin 6-8 aylığında psixomotor inkişafdan geriqalma aşkara çıxır. Daha sonra nitqin inkişafı artıq dərəcədə pisləşir. Psixo-motor inkişafdan geriqalma ilə yanaşı yüksək oyanıcıllıq və qusma xarakterdir.

Təxminən belə uşaqların 1/3–də ekzema inkişaf edir və 3-4 yaşa kimi davam edir. Belə uşaqların bələyindən özünəməxsus "siçan" iyinin gəlməsi tipikdir. Bu da sidikdə xoşagəlməz qoxuya malik fenilsirkə turşusunun toplanmasıdır.

Fenilketonuriyalı uşaqların dərisi açıq rəngli, gözləri mavi, saçları kürən olur, klassik təsəvvürlərə görə lakin tünd saçlı, qonur gözlü uşaqlar arasında da tez-tez fenilketonuriyaya rast gəlinir. Psixi inkişafdan geri qalmaqla bərabər bu uşaqlarda bir sıra nevroloji pozğunluqlar da müşahidə olunur: yüksək əzələ tonusu, reflekslərin güclənməsi. Patoloji reflekslərin (Babinski) meydana çıxması, kiçik tremor, barmaqların daimi qeyri-iradi hərəkətləri, qeyri-iradi olaraq əllərini fırlatmaq, bədənini o tərəf-bu tərəfə yellətmək.

Mikrosefaliya inkişaf edə bilər. Komputer tomoqrafiyasında (KT) beyin qabığının atrofiyası əlamətləri aşkarlanır.

Xəstəliyin klinik şəkli orqanizmə tərkibində fenilalanın olan qidalar daxil olduğunda meydana çıxdığından fenilketonuriyanın müalicəsi üçün xüsusi dieta təyin edirlər. Bu dietada tərkibində fenilalanın olmayan və ya cüzi miqdarda olan qidaların qəbuluna icazə verilir. Fenilketonuriyalı uşağın rasionundan ət, süd kimi qidalar, yəni tərkibində protein olan qidalar çıxarılır. Belə uşaqlar üçün xüsusi işlənib hazırlanmış - tərkibində fenolalaninin minimal miqdarı olan qida qarışıqları təyin olunur.

Vaxtında diaqnoz qoyularsa, müalicə erkən başlanarsa (klinik və patoloji dəyişikliklər meydana çıxmamış), düzgün seçilmiş pəhriz uşağın normal inkişafını təmin edə bilər.

Hələ doğum evində 3-4-cü sutkada qan analizi götürülür, anadangəlmə maddələr mübadiləsi xəstəliklərini aşkara çıxarmaq üçün neonatal skrininq aparılır. Bu etapda xəstəliyin (fenilketonuriyanın) aşkarlanması mümkün olduqda, erkən müalicəyə başlamaq və geridönməz patoloji dəyişikliklərin qarşısını almaq mümkün olur. Müalicə ciddi pəhriz şəklində xəstəliyin aşkarlanmasından minimum cinsi yetişkənlik dövrünə qədər, hətta bəzi müəlliflərin fikrinə görə ömürlük təyin olunur.

Pəhriz həkim tərəfindən hesablanıb təyin olunmalıdır. Adətən bir yaşından sonra başlanmış müalicə tədbirləri praktik olaraq effektsiz olur.

BƏTNDAXİLİ İNFEKSİYALAR. SİTOMEQALOVİRUS İNFEKSİYASI

Etiologiya və patogenez - xəstəlik Herpes virus ailəsinə aid olan viruslar tərəfindən törədilir. Bu viruslar insanın, meymunun, dəniz donuzlarının, siçanların vəzilərini zədələyir. Bu patologiyanı tüprcək vəzilərinin xəstəliyi adlandırırlar ki, hansı ki, bu da infeksiyanın lokalizə olunmuş formasıdır. Əsasən yenidoğulmuşlar və südəmər uşaqlar xəstələnirlər. İnfeksiyaya yoluxma transplasentar yolla gedir. Bu zaman anada da xəstəlik adətən üzə çıxmır və ya yüngül simptomlarla qripəbənzər xəstəlik kimi gedir.

Sitomeqaliya üçün sitomeqalların əmələ gəlməsi xarakterdir. Sitomeqallar daxilində nüvəsi olan özünəməxsus nəhəng hüceyrələrdir ki, görünüşcə bayquş gözünü xatırladır. Bu hüceyrələr tüpürcək vəzilərinin sirəsində, sidikdə, onurğa beyin mayesində və bütün orqanlarda tapılır.

Klinik şəkli: anadangəlmə sitomeqalovirus infeksiyası adətən generalizə olunmuş formada gedir. Əsas tipik əlaməti sarılıq hesab olunur. Sarılıq öd axarlarının sitomeqallarla tutulması ilə əlaqədar olaraq meydana çıxır. Qanda düz bilirubinin fraksiyası təyin olunur. Dövrü olaraq rəngsiz nəcis, tünd sidik ifrazı qeyd olunur. Yenidoğulmuşun vəziyyəti tədricən pisləşir. Qaraciyər, dalaq böyüyür, distrofiya əlamətləri artır, dəridə hemorragiyalar ola bilər. Bu halda xəstəlik yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyini və ya öd axarlarının

atreziyasını xatırladır. Bəzən klinik şəklində mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə simptomları kəskin nəzərə çarpır

Diaqnoz: differensal diaqnoz: diaqnoz tüpürcək vəzilərinin şirəsində, sidikdə, onurğa beyin mayesində tipik sitomeqalların tapılması ilə təsdiqlənir. Sitomeqalovirus infeksiyasını yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyilə, öd yollarının atreziyası ilə anadangəlmə hepatitlə, hemolitik anemiya ilə qalaktozemiya ilə, herpesin generalizə olunmuş forması ilə differensasiya etmək lazımdır.

Müalicə: Xəstəlik çətin müalicə olunur. Qansiklovir bəzi simptomların aradan götürülməsinə kömək edə bilər. Proqnozu xoşagəlməzdir. Sağalma halları çox nadir olur, sağ qalan uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə simptomları qeyd olunur (mikrosefaliya, hidrosefaliya, psixomotor inkişafdan geri qalma).

TOKSOPLAZMOZ

Etiologiya və patogenez-xəstəlik ibtidailər tərəfindən törədilir (toxoplazma qondi). Anadangəlmə toksoplazmoz 0,2-0,5 % uşaqlarda rast gəlinir ki, bu da infeksiyalaşmış anadan doğulan uşaqlardır. İnsan bu infeksiyaya əsasən pişiklərdən və kifayət qədər termiki işləmədən keçməmiş ət yeməklərindən yoluxur. Döl isə transplasentar yoluxur (əgər ana hamilə vaxtı yoluxarsa, dölün yoluxma ehtimalı kəskin yüksəlir). Hamilə qadında xəstəlik simptomsuz gedə bilər və uşağın vaxtından qabaq doğulmasına və ölüdoğulmaya səbəb ola bilər. Parazit dölün orqanizminə düşən zaman vas-

kulitlər meydana çıxır. Damarların ətrafında iltihabi qranulemalar əmələ gəlir, sərbəst toksoplazmalar və onların sista və psevdosistalar şəklində toplanması aşkara çıxır. Onlar beyində, əzələlərdə, böyrək üstü vəzilərdə və digər orqanlarda tapılır.

Klinik şəkli: Toksoplazmozun anadangəlmə forması üçün hər şeydən əvvəl gözlərin və beyinin zədələnməsi xarakterikdir. Əgər uşaq hamiləliyin sonunda bətndaxili yoluxmuş olarsa, uşaqda kəskin meninqoensefalit əlamətləri ilə birlikdə qızdırma, ləkəli - papulyoz səpgilər, hemorragik səpgilər, sarılıq, qaraciyər və dalağın böyüməsi müşahidə olunur. Kəskin dövrün sonunda, bəzən isə uşaq doğulduqdan dərhal sonra hidrosefaliya və ya mikrosefaliya, qıcolma sindromu və ya ümumi süstlük qeyd olunur. Gözlərin müxtəlif zədələnmə simptomları (mikroftlalmiya, xorioretinit, katarakta, nistaqm, çəpgözlük) olur. Kəllənin rentgenoqrammasında beyindaxili kalsifikatlar aşkarlanır.

Diaqnoz və diferensal diaqnoz: Diaqnoz onurğa beyin mayesində, qanda, sidikdə törədicinin aşkarlanması ilə təsdiqlənir. Toksoplazmozu digər anadangəlmə patologiyalarla fərqləndirmək lazımdır (məxmərək, kimyəvi preparatların, radiasiyanın təsiri nəticəsində meydana çıxan patologiyalardan, sitomeqaliyadan, öd yollarının atreziyasından, YHX-dən)

Müalicə: Spesifik preparatlardan pyrimethamin, sulfodiazin, leucovorinlə müalicə aparılır. Ürək, ağ ciyərlər, gözlər yoluxmuşdursa kortikosteroidlər tətbiq oluna bilər

.

SADƏ HERPES

Etiologiya və patogenez. Sadə herpes-infeksion xəstəlik olub, sadə herpes virusları (Herpes simplex) tərəfindən törədilir. Bu virus əsasən latent formada insan orqanizmində uzun müddət sirkulyasiya edir, müxtəlif stress vəziyyətlərində, o cümlədən hamiləlik zamanı aktivləşir. Hamilələrdə xəstəlik simptomsuz və ya dəridə və selikli qişalarda herpetik səpgilərlə qripəbənzər şəkildə gedir. Döl əsas etibarilə doğuş yollarından keçərkən yoluxur (əgər ananın cinsiyyət orqanları herpeslə yoluxubsa). Giriş qapısı dəri və selikli qişalardır. Virusun transplasentar ötürülməsi də mümkündür. Virus uşağın orqanizmində hematogen yolla yayılaraq, damarlarda və ağciyər, qaraciyər, dalaq, böyrəüstü vəzilər, beyin toxumalarında nekrotik zədələnmələrə səbəb olur.

Klinik şəkli: Döl ya infeksiya əlamətləri ilə doğulur, ya da bu əlamətlər həyatının 1-2 həftəsində meydana çıxır (infeksiyalaşma doğuş zamanı baş veribsə) patoloji əlaməti dəridə vezikulyar herpetik səpgilərin olmasıdır ki, bu da xəstələrin hamısında müşahidə olunmur və bu diaqnoz qoyulmasını çətinləşdirir. Eləcədə, gözün, ağız boşluğunun selikli qişası da zədələnir (stomatit, keratit və konyunktivit). Adətən düz bilirubinin artması ilə sarılıq qeyd olunur, hepatosplenomeqaliya (qara ciyər və dalağın böyüməsi), nevroloji simptomlar meydana çıxır. Dəridə hemorragik səpgilər və mədə-bağırsaq traktında qanaxmalar ola bilər. Xəstəlik kliniki olaraq sepsis, meninqoensfalit, hepatit və ya pnev-

moniyanı xatırladır. Lakin ola da bilər ki, daxili orqanlarda heç bir zədələnmə olmadan da getsin.

Diaqnoz. Differensal diaqnozu - Diaqnoz virusoloji müayinənin nəticələri ilə təsdiq olunur. Dəridəki qovuqcuqlardan, selikli qişalardan, onurğa beyin mayesindən virus aşkarlanır. Eləcə də seroloji müayinələrdən də istifadə olunur. Komplimentin birləşmə reaksiyasının köməyi ilə antitellərin titrinin artması aşkara çıxarılır.

Sadə herpesi sitomeqaliyadan, listeriozdan, yenidoğulmuş hemolitik xəstəliyindən, anadangəlmə sifilisdən differensasiya etmək lazımdır.

Müalicə: Venadaxilinə antiviral (virus əleyhinə) preparatlar yeridilir, göz infeksiyalaşmışdırsa trifluridin göz damcısı təyin edilir.

LİSTERİOZ

Etiologiya, patogenez - Listerioz zoonoz infeksiyalara aiddir. Bu ev heyvanları və insanlar arasında kifayət qədər geniş yayılmış infeksiyadır, eləcə də bu infeksiyayla yoluxa bilir.

Törədicisi (listero-monositogenez) qısa qram müsbət çöpdür. Sağlam adamın nəcisində bu törədici 10-29% hallarda tapıla bilər. Döl plasentar yolla yoluxur. Bu zaman bətndaxili hipoksiya əlamətləri qeyd olunur. Hamilə qadında listerioz simptomsuz, və yaxud da, cüzi simptomlarla gedir: temperatur yüksəlir, üşütmə, beldə ağrı, ishal ola bilər. Döl yanı sular bulanıq olur, yaşılımtıl rəngdə ola bilər. Listerioz

nekrotik ocağı olan kiçik iltihabi qranulların əmələ gəlməsiylə müşayiət olunur.

Bu qranullara müxtəlif inkişaf mərhələlərində rast gəlinir. Ağciyər, qaraciyər, dalaq, badamcıqlar, bağırsaqda, böyrəküstü vəzilərdə tapılır.

Klinik şəkli: xəstəlik ağır gedir, sepsisi xatırladır və onun əlamətləri doğulduqdan dərhal sonra meydana çıxır. İlk öncə tənəffuz və qan dövranı pozğunluqları nəzəri cəlb edir. Çox hallarda uşaq asfiksiya ilə doğula bilər. Rentgenoloji olaraq çoxlu miqdarda xırda pnevmoniya ocaqları tapılır. Müalicə olunmasına baxmayaraq asfiksiya tutmaları təkrarlanır. Qara ciyər, dalaq böyüyür, böyrəküstü vəz çatışmamazlığı inkişaf edir. Dəri sianotik olur. Dəridə ikteriklik qeyd olunur. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə simptomlarının olması, meningit və ya ensefaliti xatırladır. Qanın analizində leykositoz və solameyilli neytrofiloz qeyd olunur. Diaqnoz akuşer anamnezinə hamiləliyin ağır gedişinə və keçmişdə ev heyvan ları və quşlarla kontaktın olmasına əsasən qoyulur.

Klinik şəkli, aqlütinasiya reaksiyanın nəticəsi, komplimentin birləşmə reaksiyasının nəticəsi, eləcə də, doğuşdan dərhal sonra mekoninin və onurğa beyni mayesinin bakterioloji mayesinin nəticəsi nəzərə alınır.

Müalicə: Antibakterial müalicə məqsədilə ampisilin tətbiq olunur.

Proqnoz: Letallığı 70% -təşkil edir və daha çox yenidoğulmuşlar ilk günlərində ölürlər.

ANADANGƏLMƏ İNKİŞAF QÜSURLARI

Anadangəlmə inkişaf qüsurları çox vaxt irsi təbiətə malik olurlar. Bu zaman valideynlərdə mutant genlər kiçik anomaliyalar (dizembriogenez stiqmaları-əlamətləri ilə), uşaqlarda isə-inkişaf qüsurları şəklində meydana çıxır. İrsi qüsurlar gen və xromosom mənşəli ola bilirlər.

AGİQ-nın inkişafının ekzogen səbəbləri dölün teratogen faktorlarla zədələnməsidir: bu faktorlara-bətndaxili infeksiyalar, alkaqol, bəzi dərman preparatları, xoşagəlməz ekoloji şərait, radiasion və rentgen şüalanması aiddir. Çox vaxt ətraf-mühit faktorları AGİQ-na genetik meyilliyin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. AGİQ-nın strukturasında daha çox ürək-damar, sümük-əzələ, sidik-cinsiyyət və həzm sistemlərinin qüsurları içərisində ürək arakəsmələrinin qüsuru, açıq arterial cərəyan, aortanın koarktasiyası, ağ ciyər arteriyasının stenozu, Fallo tetradası üstünlük təşkil edir.

Sümük-əzələ anomoliyalarına yuxarı dodaq və damaqda yarığın olması, ətrafların olmaması, barmaqların sayı nın çox olması və ya onların bitişik olması, bud-çanaq oynağının çıxığı aiddir. (*Şəkil 19, 20, 21,22*)

Sidik-cinsiyyət sisteminin daha çox rast gələn anomaliyalarına böyrəklərin olmaması və ya sallanması, böyrəklərin polikistozu, əlavə böyrəyin olması və ya böyrəyin ikiləşməsi, hidronefroz, sidik axarının ikiləşməsi, kriptoorxizmə aid olunur. Həzm sisteminin anomaliyalarından isə pilorostenoz, qida borusunun və anusun atreziyası üstünlük təşkil edir.

KONSTİTUSİYA ANOMALİYALARI. DİATEZLƏR

Konstitusiya anomaliyaları dedikdə (diatezlər)- o vəziyyətlər başa düşülür ki, uşaq orqanizmi bu zaman adi xarici qıcıqlara bir sıra xəstəliklərin inkişafına aparıb çıxaracaq qeyri-adekvat reaksiyalarla cavab verir.

Diatezlərin 3 əsas forması ayrıd edilir:

1. **Eksudativ kataral diatez.**
2. **Limfatiko-hipoplastik diatez.**
3. **Sinir-artritik diatez.**

Limfatiko-hipoplastik diatez – limfoid toxumanın hiperplaziyası, bir sıra daxili orqanların və endokrin vəzilərin (ürək, aorta, böyrəklər, böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsi, qalxanabənzər vəzi) hiperplaziyası, uşaq orqanizminin xarici mühit təsirlərinə qarşı adaptasiyasının zəifləməsi ilə xarakterizə olunan vəziyətdir. Bu diatezin inkişafına hamiləlik toksikozları, ananın xəstəlikləri (hansı ki, dölün həssaslığını yüksəldir), uşağın doğuş travmaları, zülalların, karbohidratların artıq miqdarda daxil edilməsi ilə qeyri-rasional qidalandırma, uzunsürən infeksion xəstəliklər səbəb olur. Limfatiko-hipoplastik diatez daha çox 2-7 yaş arası uşaqlarda təsadüf edilir.

Sinir-artritik diatez (SAD) – bunun əsasında maddələr mübadiləsinin irsi xüsusiyyətləri və bir sıra xarici mühit faktorlarına qarşı patoloji reaksiyalar (qeyri-düzgün gün rejimi, tərkibində çoxlu miqdarda purinlər və yağlar olan ərzaq-

lardan çox istifadə olunması) durur. SAD uşaqlarda əsasən məktəbəqədər və kiçik məktəb yaş dövründə və ailə anamnezində mübadilə xəstəlikləri (sidik daşı və öd daşı xəstəlikləri, podaqra, ateroskleroz və s.) olan uşaqlarda inkişaf edir. Bu diatezin inkişafında qanda purinlərin və sidik turşusunun toplanması başlıca əhəmiyyət kəsb edir. Yağ və karbohidrat mübadiləsi pozulur, ketoasidoza meyillilik yaranır. Sidik turşusu, onun duzları və asidoz mərkəzi sinir sistemini qıcıqlandırır, uşağın oyanıcıllığının yüksəlməsinə səbəb olur.

EKSUDATİV-KATARAL DİATEZ

Eksudativ-kataral diatez (EKD)-uşağın reaktivliyinin özünəməxsus bir vəziyyəti olub, bu zaman dəri və selikli qişalar yüksək həssaslığa malik olub, iltihabi proseslərə meyilli olurlar.

Etiologiyası: EKD-in əsasında orqanizmin allergik reaksiyaların və uzunsürən iltihabi proseslərin inkişafına irsi meyillik durur. bətndaxili inkişafın xoşagəlməz şəraitdə keçməsi diatezin inkişafına imkan yaradır (ananın qeyri-rasional qidalanması, hamiləlik zamanı qeyri-adekvat dərman müalicəsi). Uşaq doğulduqdan sonra isə EKD-in əmələ gəlməsində əsas rol qida allergenlərinə məxsusdur (xüsusilə, inək südünün zülalına südəmər dövrdə). Daha sonralar isə

EKD-yə səbəb olan allergenlər arasında daha tez-tez şokalad, çiyələk, meşə çiyələyi, sitrus meyvələri, yumurta ağı, çay balığına rast gəlinir. EKD-in klinik simptomları allergenlərin orqanizmə təkrarən daxil olmasından sonra meyda-

na çıxır (kifayət qədər antitellər hazırlandıqdan və antitellərin antigenlərlə qarşılıqlı təsirindən sonra).

Patogenez: EKD-in gedişində 2 variant ayrıd edilir: immun və qeyri-immun.

İmmun xarakterli gedişdə irsi qabiliyyətlə bağlı olaraq antigenlə qarşılaşdıqda İgE sinfinə aid xüsusi antitellər hazırlanır ki, bununla əlaqədar olaraq da allergik reaksiya inkişaf edir. İmmun variant üçün xarakterdir: uşaq həyatının ilk günlərindən diatezin aşkar meydana çıxması, dəri əlamətlərinin fasiləsiz-residivləşən gedişi, pozğunluqların kəskin olması, müalicənin effektinin olmaması, diatezin neyrodermitə, bronxial astmaya və digər allergik xəstəliklərə keçməsi.

Qeyri-immun variant isə xoşxassəli gedişə malik olur.

Klinik şəkli: EKD-in klinik əlamətləri erkən meydana çıxır (ilk həftələrdə və aylarda) Əsas xarakter əlamətləri dərinin zədələnmələri və həzm, sidik-cinsiyyət sistemi, tənəffüs orqanlarının selikli qişalarının zədələnmələridir. Dəri zədələnmələrinə bişməcələr, süd qartmaqları, ekzema, stofulus, qaşınma aid edilir. Südəmər uşaqlarda EKD qaşlarda və başın tüklü hissəsində qneysin – şiddətli yağlı qartmaqların əmələ gəlməsi ilə başlayır. Onun meydana çıxması dərinin iltihabi reaksiyası ilə müşaiyət olunur. Seboreya yayılmağa meyilli olur, davamlı gedişi ilə fərqlənir və ekzemaya keçə bilir. Qneyslə eyni zamanda dərinin təbii büküşlərində, hətta yaxşı gigiyenik qulluq zamanı belə, davamlı bişməcələr meydana çıxır ki, bunlar da müalicəyə tabe olmur. Qneysə və bişməcələrə süd qartmaqları (epidermisin qalınlaşması və qabıqlanması ilə yanaqlarda

məhdud qızartılar) da qoşulur. Dərinin daha ağır zədələnməsi isə yaş ekzemanın meydana çıxmasıdır. Üzün, gövdənin, ətrafların dərisində xırda, çətinliklə seçilən papulalar əmələ gəlir ki, bunlar da tezliklə içərisi möhtəviyyatla dolu qovuqcuqlara çevrilir. Səpgi elementlərin ətrafında dəri hiperemiyalaşmış olur. Qovuqcuqlar partlayır və çoxlu miqdarda sarımtıl maye ifraz edən yaş səthlər meydana gəlir. Bu səthlər quruduqda isə ekzamatoz qabıqlar əmələ gəlir. Səpmə prosesi təkanlarla baş verir və əzabverici qaşınma ilə müşaiyət olunur. yaş ekzema uzunsürən və davamlı gedişə malik olur. Nadir hallarda çoxlu qabıqlanma ilə quru ekzemaya rast gəlinə bilər. Bir formanın digər formaya keçməsi halı da mümkündür. Ekzemanın xoşagəlməz nəticəsi isə neyrodermitdir. (*Şəkil 23, 24*)

Bir yaşdan böyük uşaqlarda dərinin zədələnməsi stofulyus, qoturluq səpgiləri kimi və başqa müxtəlif şəkilli səpgilər kimi meydana çıxır. Stofulus xırda düyünvari səpgilər olub, ucları seroz möhtəviyyatla dolu olur. Qoturluq səpgiləri isə-xırda,bərk, güclü qaşınan düyünləri olub, əsas etibarilə ətraflarda yerləşir. Qoturluq dərinin həddən artıq qruluğu və qabıqlanma ilə müşaiyət oluna bilər.

EKD üçün dəri zədələnmələrindən başqa selikli qişalar tərəfindən də dəyişikliklər də xarakterdir. Selikli qişaların yüksək həssaslığı dilin epitelinin qeyri bərabər və güclü soyulması ilə meydana çıxır (“coğrafi dil”). Yuxarı tənəffüs yollarının və gözlərin iltihabı xəstəlikləri asanlıqla baş qaldırır (konyuktivit, blefarit, uzun davam edən rinitlər, faringitlər, laringitlər, bronxitlər).

Tənəffüs yollarının xəstəlikləri ağır keçir, çox hallarda obstruktiv sindromla müşaiyət olunur (tənəffüs yollarının mənfəzinin daralması). Bronxial astmaya keçmə ehtimalı mümkündür. Tez-tez sidik-cinsiyyət yollarının infeksiyaları inkişaf edir-sistitlər, pielonefritlər, qızlarda vulvovaginitlər və oğlanlarda balanitlər.

Dövri olaraq qeyri-stabil nəcis qeyd olunur (qəbizlik və ishalın bir-birini əvəz etməsi). Nəcisdə çoxlu miqdarda selik də olur.

Limfoid toxumaların hiperplaziyası xarakterikdir-periferik limfa düyünləri, xüsusilə də dəri və selikli qişaların zədələnmiş olduğu sahələrin yaxınlığındakı limfa düyünləri, badamcıqlar, nadir hallarda qara ciyər, dalaq böyüyür.

Labarator diaqnostika: prosesin kəskinləşməsi zamanı qanda eozonofillərin miqdarı artır, qanın zülal tərkibi pozulur (hipo-və disproteinemiya, qanda albuminlərin və qammaqlobulinlərin səviyyəsinin azalması).

İmmunoqramda -E immunoqlobinlərin hiperproduksiyası aşkar olunur. Səbəb olan antigeni aşkara çıxarmaq üçün dəridən allerqoloji proba götürülür.

Müalicə: müalicəvi tədbirlər kompleksində kifayət qədər təmiz havada olmaqla gün rejiminin düzgün təşkili böyük əhəmiyyətə malikdir. Uşağın rasional qidalandırılması çox vacibdir. Qida rasionundan obliqat allergenləri çıxarırlar. Artıq çəkili uşaqlarda karbohidratlarla zəngin qidaları (sıyıqlar, kisel, un məmulatları) məhdudlaşdırırlar. Xəstəliyin kəskinləşməsi dövründə şəkəri sorbit və ya ksilitlə əvəz etmək məsləhətdir. Qidadakı yağların bir hissəsini (təxminən 30%) doymamış yağ turşuları ilə zəngin olan bitki yağları

şəklində vermək məqsədəuyğundur. Əlavə kalium duzlarının verilməsi və xörək duzunun, mayenin verilməsini isə məhdudlaşdırmaq məsləhətdir.

EKD-li uşaqlara mümkün qədər uzun müddət ana südü ilə qidalandırma göstərişdir. Süd verən ananın rasionundan bütün qida allergenlərini, eləcə də tərkibində konservantlar, qida boyaları, qida əlavələri olan ərzaqları çıxarmaq vacibdir.

Qarışıq və süni qidalanmada olan uşaqlar üçün isə individual seçilmiş turş süd qarışıqlarından istifadə etmək məqsədəuyğundur. Davamlı gedişə malik diatezlər zamanı xüsusilə də inək südünə allergiya olması təsdiqlənmişsə, südsüz qidalanmaya keçirilir-soya və ya badam südü ilə qarışıqlar ("Similak-izomil", "Nutri-soya", "Belakt-soya") verilir. Birinci əlavə qida kimi tərəvəz püreləri məsləhət görülür, hansı ki, bunlara da daha erkən keçilir. Tərəvəz püresinin tərkibinə kələm, gül kələmi, qabaq, kartof daxil edilir. Pürenin tərkibinə daxil olan ərzaqları rasiona 3-5 gündən bir növbə ilə bir-bir daxil edirlər. Sıyıq və tərəvəz pürelərinin hazırlanması üçün tərəvəz həlimindən istifadə etmək lazımdır. Sıyıqlardan əsas etibarı ilə qarabaşaq, darı, arpa yarması və düyü yarması sıyıqlarına üstünlük verilir. Eləcə də, çəkilmiş yağsız ət də daha erkən verilir (suda bişirilmiş şəkildə). Lakin ət bulyonu qida rasionundan mütləq çıxarılmalıdır. Bütün ərzaqlar qida rasionuna ciddi bir şəkildə individual və tədricən daxil edilməlidir. Meyvə şirələri və püreləri üçün turş alma növlərindən, qarağat, cır mərsindən istifadə etmək məsləhət görülür. Qırmızı və sarı meyvələrdən istifadə etmək isə məsləhət görülmür. Uşağın qidanın müəyyən bir növünə individual həssaslığını təyin etmək üçün ana qida gün-

dəliyi tutmalı və qida rasionuna hər bir yeni qida məhsulunu daxil etdikdə uşağın ona reaksiyasını qeyd etməlidir.

Xəstəliyin klinik əlamətlərinin meydana çıxmasına səbəb olan antigeni təyin etdikdə, spesifik hipossensibilizasiya aparılır. Bu da antigenin artan dozada dəri altına yeridilməsindən ibarətdir.

Qeyri-spesifik hiposensibilizasiya məqsədilə isə antihistamin preparatlar (tavegil, suprastin, fenkarol) təyin olunur. Eksudativ komponent zamanı askorbin turşusu və kalsi preparatları təyin edirlər. EKD-in müalicəsində fermentlərin (mezim-forte, festal, pankreatin), vitaminlərin (B_5,B_6,B_{15},A) təyinidə məsləhət görülür. Güclü qaşınma, narahatlıq, yuxu pozğunluğu olan uşaqlara sedativ preparatlar (pişikotu dəmləməsi, 1% natrium bromid) göstərişdir. Fizioterapevtik prosedurlardan da istifadə olunur.

Dərinin zədələnmiş sahələrinin yerli müalicəsi məqsədilə çobanyastığı, palıd qabığı, dəmrov otu, üçbarmaq otu dəmləmələri ilə müalicəvi vannalar məsləhət görülür. Başda seboreya olduqda qartmaqları yağlayırlar və ehtiyatla təmizləyirlər.

Yaş ekzemanın müalicəsində istiliyi 18-20^0 C olan 0,02% furasillin, 0,05%-li rivanol məhlulu 1-2%-li rezorsin, 0,25%-li gümüş nifrat məhlulu ilə islatmalar tətbiq olunur. Tərkibində talk, sink oksid, qliserin olan qarışımlardan istifadə olunur. Dəridə olan yaşarmalar dayandıqdan sonra məlhəmlərdən istifadə etmək olar (anestezin, lanolin, salisil turşusu, sink oksid və s.). Uşaqların dırnaqları dibindən tutulmalı, tez-tez əlləri yuyulmalı, alt paltarları və yataq ağları tez-tez dəyişdirilməlidir.

SÜMÜK-ƏZƏLƏ SİSTEMİNİN ANATOMO-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Yenidoğulmuşun skeletinin əsasını qığırdaq toxuması təşkil edir ki, bu da uşağın böyüyüb inkişaf etməsi ilə tədricən sümük toxuması əvəz olunur. Sümük sistemində daha çox əhəmiyyətli dəyişikliklər uşaq həyatının ilk 2 ilində, kiçik məktəb yaş dövründə baş verir. Uşağın sümük toxumasının tərkibində su çox, mineral duzlar isə az olur. Bununla əlaqədar olaraq onların sümükləri yumşaq, elastik olur, asanlıqla deformasiyaya uğrayırlar.

Sümüküstlüyü uşaqlarda qalın olur, güclü inkişaf etmiş olur. Erkən yaşlı uşaqlarda sümüküstlüyüaltı sümük sınıqlarının olması halları da elə bununla izah edilir.

Kəllə: Yenidoğulmuşlarda kəllə nisbətən iri olub, bədən uzunluğunun 1/4 –ni təşkil edir. Kəllənin beyin hissəsi üz hissəsinə nisbətən daha çox inkişaf etmişdir. Kəllə tikişləri aralı olur, bitişməmiş olur, asanlıqla əllənir. Onlar 2-3 ayında bağlanırlar. Bu sümüklərin tam bitişməsi isə 3-4 yaşda baş verir. Südəmər uşaqlarda kəllədə əmgəklərin olması xarakterik xüsusiyyətdir. Əmgəklər kəllədə sümükləşməmiş sahələr olub, öz elastiklikləri hesabına kəllə daxili təzyiqdən asılı olaraq qabara və ya çökələ bilirlər. Böyük əmgək romb formasında olub alın və təpə sümükləri arasında yerləşir, onun orta ölçüsü 2 x 2,5- 3 sm. O adətən uşağın 12-16 ayına bağlanır. Kiçik əmgək üçbucaq formada olur, təpə və ənsə sümükləri arasında yerləşir. Doğulan zaman əksər uşaqlarda

o bağlı olur, bəzən isə 1 ayına qədər açıq qalır. Yan əmgəklər bətndaxili dövrün sonuna yaxın və ya doğuşdan sonra tez bir zamanda bağlanırlar.

Dişlər: İlk süd dişləri sağlam uşaqlarda 6-8 ayında çıxır. (yuxarı və aşağı orta kəsici dişlər), 8-12 ayında – yuxarı və aşağı yan kəsici dişlər, 12-16 ayında-ön kiçik azı dişləri, 16-20 ayında- köpək dişləri, 20-30 ayında arxa kiçik azı dişləri çıxmış olur. Artıq 3 yaşında uşaqda 20 süd dişi olur. Süd dişlərinin miqdarını bu formula ilə təyin etmək olar:

Dişlərin sayı = ayların sayı – 4

Daimi dişlər isə bu ardıcıllıqla çıxır – 5-7 yaşda ilk böyük azı dişləri meydana çıxır, sonra isə süd dişləri hansı ardıcıllıqla çıxmışdısa, həmin ardıcıllıqla da daimi dişlərlə əvəz olunurlar. 11-12 yaşda ikinci böyük azı dişləri, 17-25 yaşda isə üçüncü böyük azı dişləri (ağıl dişləri) meydana çıxır.

Döş qəfəsi: döş qəfəsi 1 yaşa qədər uşaqlarda silindir formasında və ya ucu kəsilib qısaldılmış konus formasında olur. Qabırğalar nəfəs alma vəziyyətində onurğaya düzbucaq altında horizontal yerləşmiş olur. Bu cür yerləşmə qabırğaların hərəkəliyini məhdudlaşdırır və ağ ciyərlərin tam açılmasını çətinləşdirir. Uşaq yeriməyə başladıqda isə döş sümüyü bir qədər aşağı düşür, qabırğalar maili vəziyyət alır, qabırğa arası sahələr daha ensiz olur. Erkən yaşlı uşaqlarda dərindən nəfəs alma əsas etibarilə diafraqmanın ekskursiyası (yerdəyişməsi) ilə təmin olunur.

Onurğa: Yenidoğulmuşlarda demək olar ki, düzdür, arxaya doğru azca qabarıqlığı var. Fizioloji əyriliklər statik funksiyanın meydana çıxması ilə əlaqədar olaraq formalaşır: 2 ayında (uşaq başını tutur)–boyun lordozu: 6 ayında (uşaq

oturmağa başlayır) –döş kifozu, 1 yaşında (uşaq yeriyir) – bel lordozu əmələ gəlir. Onurğanın tipik konfiqurasiyası 3-4 yaşında yaranır.

Borulu sümüklər: borulu sümüklərin diafizi ilə epifizi arasında uzun müddət epifizar qığırdaq qalır. 2-3 yaşa qədər uşaqlarda bağ aparatının və əzələlərin zəif olması ilə əlaqədar olaraq oynaqlar böyük yaşlı uşaqlara nisbətən daha çox hərəki olması ilə fərqlənirlər.

Əzələ sistemi: uşaqlarda həyatının ilk aylarında yüksək əzələ tonusu qeyd olunur ki, bu da mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyət xüsusiyyətləri ilə əlaqədar-dır. Yığıcı əzələlərin tonusu açıcı əzələlərin tonusundan daha üstün olur. Əzələlərin hipertonusu tədricən yox olur. (2-2,5 ayında yuxarı ətraflarda, 3-4 ayında isə - aşağı ətraflarda). Uşaqlarda əzələ zəif inkişaf etmiş olur. Böyüdükcə əzələ kütləsi artır, əzələ kütləsinin daha intensiv artması isə cinsi yetişkənlik dövründə baş verir. Məktəb yaş dövründə əzələ gücü oğlan uşaqlarında qızlara nisbətən daha çox olur. 20-23 yaşında əzələ sisteminin formalaşması başa çatır.

RAXİT

Raxit – uşaqların erkən yaş dövrünün xəstəliyi olub, əsasında kalsi–fosfor mübadiləsi pozğunluğu, D vitamininin çatışmazlığı nəticəsində sümük əmələ gəlmə və sümüklərin minerallaması proseslərinin pozulması durur.

Etiologiyası: Raxitin inkişafında əsas faktor D vitamininin orqanizmə qida ilə kifayət qədər daxil olmaması və ya ultrabənövşəyi şüaların təsiri altında onun dəridə əmələ

gəlməsinin pozulması nəticəsində baş verən hipovitaminoz D–dir. Xəstəliyin meydana gəlməsi D vitamininin sorulmasını və aktiv metabolitlərə çevrilməsini təmin edən bağırsaqların, böyrəklərin, qara ciyərin ferment sisteminin funksional yetişməzliyi ilə bağlı da ola bilər. Zülal defisiti, A,B qrup, C vitaminlərinin, Mg, Fe, Zn, Cu, kobalt mikroelementlərinin çatışmamazlığı da xəstəliyin inkişafına təsir göstərir. Xəstəliyin baş verməsinə səbəb olan faktorlardan biri də inkişaf edən orqanizmin ionlaşmış Ca–yə olan yüksək tələbatıdır. Bu xüsusilə yarımçıqdoğulmuşlarda kəskin nəzərə çarpır, belə ki, onlar doğulan zaman onların qara ciyərində kifayət qədər vitamin D ehtiyatı olmur və sümüklərdə mineral maddələrin miqdarı az olur.

Raxitin inkişafına gətirib çıxaran faktorlara aiddir:

- Ananın xroniki xəstəlikləri
- Çoxdöllü hamiləlik
- Hamiləliyin ağırlaşmalarla gedişi
- Erkən qarışıq və süni qidalanmaya keçirilmə
- Uşağın xəstəlikləri
- Gigiyenik rejimə əməl olunmaması
- Qeyri-kafi yaşayış şəraiti
- Xoşagəlməz iqlim faktorları
- Havanın sənaye tullantıları ilə çirklənməsi
- Uşağın yaşadığı ərazinin radionuklidlərlə çirklənmiş olması

Patogenezi: xəstəliyin inkişaf etməsində tənzimlənməsində D vitamininin başlıca rol oynadığı kalsi-fosfor mübadiləsinin pozulması mühüm əhəmiyyətə malikdir. D vita-

mininin bir neçə forması mövcuddur. D_2 vitamini uşaq orqanizminə qida ilə daxil olur. D_3 vitamini isə dəridə provitamin D-dən sintez olunur. Bu formaların raxit əleyhinə aktivliyi aşağı olur. Sonrakı etaplarda qara ciyərdə və böyrəklərdə raxit əleyhinə aktivliyi başlanğıc formalara nisbətən 8-10 dəfə güclü olan metabolitlər əmələ gəlir. Vitamin D çatışmazlığı zamanı bağırsaq divarından Ca–nın keçməsini təmin edən Ca- birləşdirici zülalın sintezi azalır və bununla əlaqədar qanda Ca miqdarı da azalır. Hipokalsiemiya isə qalxanabənzər ətraf vəzilərin fəaliyyətini stimulə edir ki, bunun nəticəsində də parathormonun ifrazı artır. Parathormonun isə əsas funksiyası qanda Ca–nın daimi normal səviyyəsinin saxlanmasıdır ki, bunun üçün də sümüklərdən qeyri-üzvi kalsiumun sürətlə xaric olmasını təmin edir. Parathormonun sekresiyasının artmasının təsiri altında fosforun böyrək kanalcıqlarından reabsorbsiyası zəifləyir ki, bunun da nəticəsində fosfatların sidikdə xaric olması sürətlənir. Tezliklə hipofosfatemiya inkişaf edir, qanın qələvi ehtiyatı azalır və asidoz inkişaf edir. Asidoz şəraitində isə kalsi-fosfor duzları sümük toxumasına yığıla bilmir. Beləliklə Ca duzlarının sümüklərdən yuyulması və sümüklərin əhəngləşmə prosesinin pozulması nəticəsində sümüklər yumşalır və asanlıqla deformasiyaya uğrayırlar. Eyni zamanda böyümə zonalarında tam yetişməmiş osteoid toxumanın artıb çoxalması baş verir. Artan asidoz mərkəzi sinir sisteminin və daxili orqanların funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır. Uşağın immuniteti zəifləyir ki, bu da tez-tez xəstələnmələrə və onların uzunsürən gedişinə səbəb olur.

Klinik şəkli: Klinik gedişinə görə raxitin 3 ağırlıq dərəcəsi ayrıd edilir:

I dərəcə (yüngül) - sümük əmələ gəlmənin minimal pozğunluqları ilə xarakterizə olunur, bu da sinir sisteminin funksional pozulmaları fonunda baş verir. Xəstəliyin əlamətləri uşağın 2-3–cü aylarında meydana çıxır. Kəllə sümüklərinin palpasiyası zamanı ağrı olur. Böyük əmgəyin kənarları və kəllə tikişləri batıqlaşmış olur. Ənsə sümüyü yumşalır (kraniotabes). Kəllə sümüklərinin yumşalması onun asanlıqla deformasiyasına səbəb olur: ənsə nahiyyə yastılaşır, baş gah bir tərəfdən gah da o biri tərəfdən yastılaşmış şəkildə olur. Qabırğaların sümük-qığırdaq sərhəddində osteoid toxumanın artıq əmələ gəlməsi nəticəsində qalınlaşmalar meydana çıxır – raxitik təsbehlər. Uşaq narahat olur, tez qıcıqlanır, yuxuda tez-tez diksinir. Güclü tərləmə olur. Tər xoşagəlməz turş iyə malik olur dərini qıcıqlandırır və qaşınmaya səbəb olur. Uşaq narahat halda başının dalını yastığa sürtdüyündən tüklər tökülür və ənsə nahiyəsində keçəlləşmə meydana gəlir.

II dərəcə (orta ağır) – sümük sistemi tərəfindən əmələ gələn dəyişikliklərlə gedir. Sümük deformasiyaları skeletin 2 və ya 3 şöbəsində meydana çıxır (kəllə, döş qəfəsi, ətraflar). Hamısından əvvəl kəllə sümükləri zədələnir. Böyük əmgəyin kənarları yumşalır, onun vaxtsız (erkən və ya gec) bağlanması qeyd olunur. Alın və təpə çıxıntıları, raxitik təsbehlər, raxitik bilərzik, barmaqların falanqalarında "mirvari dənələri" formalaşır. Qabırğalar yumşalır, batıqlaşır, döş qəfəsi deformasiyaya uğrayır. Dişlərin çıxma vaxtı və qaydası pozulur.

III dərəcə (ağır) – formada sümük sistemi tərəfindən dəyişikliklər kəskin nəzərə çarpır. Kəllə əsası sümükləri yumşala bilər, burun arxası çökəlir "olimpiya alnı" meydana çıxır. Döş qəfəsinin ön hissəsi döş sümüyü ilə birgə irəli çıxır ("toyuq döşü"), ya da batıqlaşır ("çəkməçi döş qəfəsi") meydana çıxır. Uşaq oturmağa başlayan zaman onurğanın bel hissəsində kifoz formalaşır, daha sonrakı dövrdə isə patoloji lordoz və skalioz əmələ gəlir. Uzun borulu sümüklərin əyilməsi nəticəsində ayaqlar O və ya X – bənzər forma alır. (*Şəkil 25, 26*)

II və III dərəcə ağırlıqlı raxitdə əzələlərin hipotoniyası və bağ aparatının zəifliyi inkişaf edir. Qarın press əzələlərinin və bağırsaq əzələlərinin hipotoniyası nəticəsində qarın böyüyür, "qurbağa qarını" meydana çıxır. Ətrafların hərəkətliyi yüksəlir. Statik və hərəki funksiyaların inkişafı dayanır: uşaqlar gec oturur, gec ayaq üstə durur, gec yeriyir. Daxili orqanların funksiyalarında dəyişikliklər meydana çıxır: ürək-damar sistemində funksiyası pozulur, qara ciyər və dalaq böyüyür, hipoxrom anemiya inkişaf edir. Döş qəfəsinin deformasiyası və tənəffüs əzələlərinin hipertoniyası nəticəsində ağ ciyərlərin ventilyasiyası pozulur.

Raxitin kəskin, yarımkəskin və residivləşən gedişi ayrıd edilir. Kəskin gediş yarımçıqdoğulmuşlarda və yenidoğulmuşların I yarım ilində müşahidə edilir. Sümük-əzələ, sinir və digər sistemlər tərəfindən sürətlə artan simptomlar meydana çıxır. Sümük toxumasında osteomalyasiya (sümüklərin yumşalması) baş verir.

Yarımkəskin gediş xəstəliyin yavaş inkişafı ilə, osteoid toxumanın hiperplaziya simptomlarının üstünlüyü ilə xarakterizə olunur. Yarımkəskin gediş altı aydan böyük uşaqlarda lazımı qədər profilaktik dozada vitamin D verilmədikdə rast gəlinir.

Resiidivləşən gediş yaxşılaşma və kəskinləşmə dövrlərinin növbələşməsi ilə xarakterizə olunur. Residiv uşağın xəstəliyi ilə, müalicənin vaxtından qabaq dayandırılması ilə, qeyri rasional qidalanma ilə və kifayət qədər təmiz havada olmaması ilə əlaqədar olaraq baş verir. **Labarator diaqnozu:** Qanda kalsiumun (normada–2,37–2,62 mmol/l) və fosforun (normada–1,45–1,77 mmol/l) miqdarı xeyli azalır, kalsium fosfor nisbəti dəyişir (normada 2:1), qələvi fosfatazanın aktivliyi yüksəlir, asidoz meydana çıxır.

Müalicə: Müalicə kompleks şəkildə aparılır: spesifik və qeyri spesifik metodların köməyi ilə. Qeyri spesifik tədbirlər uşaq orqanizmində mübadilə proseslərinin normallaşdırılmasına və onun rezistentliyinin yüksəldilməsinə yönəldilir. İlk öncə qidanın korreksiyası mühüm rol oynayır, bütün digər müalicəvi tədbirlər yalnız rasional qidalandırma fonunda effektli olur.

I əlavə qida mütləq tərəvəz olmalıdır, həm də normal vaxtından 1 ay əvvəl verilməlidir.

II əlavə qida mütləq kimi tərəvəz həlimindən hazırlanmış qarabaşaq və yulaf sıyığı məsləhət görülür. Kəsmik və yumurta sarısı da vaxtından əvvəl verilməyə başlanmalıdır. Qida rasionu tam dəyərli zülallarla zəngin olmalıdır. Bununla əlaqədar olaraq, xeyli tez – 5 ayında qida rasionuna ciyər və ət püresi daxil edilir. Maye əvəzinə meyvə və tərəvəz həlimləri, şirələri verilir.

Raxitin spesifik müalicəsində D vitamini qəbul edilir. D vitamini sutkalıq doza 2000 – 5000 BV olmaqla, hər gün, 30–40 gün müddətinə təyin olunur. Terapevtik effektə nail olduq-

dan sonra D vitaminin müalicəvi dozasını profilaktik doza ilə əvəz edirlər (400 –500BV), hansı ki, bu dozanı uşaq hər gün 2 il müddətində və 3–cü ilin qış mövsümündə qəbul edir.

Vitamin D dərman preparatı formasında təyin edilir: videoxol (vit. D_3) 0,125%-li yağlı məhlul şəklində (1ml–də 25000BV; 1 damcıda-500BV); erqokalsiferol (vit. D_2) 0,0625%-li yağlı məhlul şəklində (1ml–də 25000BV; 1 damcıda-500- 625BV, 1 damcıda – 5000BV)

Yağlı məhlul qəbul edə bilmədikdə, eləcə də dərin yarımçıqdoğulmuş uşaqlarda D vitaminin spirtli məhlulu təyin edilir. Preparatı qida ilə ya ananın südünə, ya da sıyığa əlavə edirlər. Residiv əleyhinə müalicə zamanı vtamin D–ni elə həmin dozada (sutkada 2000 – 5000 BV) 3-4 həftə müddətində verirlər.

D vitamini ilə müalicəni Ca,P, preparatlarının, tərkibində Mg olan (Asparkam) preparatlarının qəbuli ilə birlikdə aparmaq lazımdır. Kompleks müalicəyə C,B qrup vitaminlər, duz, şam ekstraktlı vannalar da daxil edirlər.

RAXİTİN PROFİLAKTİKASI

Spesifik və **qeyri-spesifik** raxit əleyhinə tədbirlər özləri də antenatal və postnatal qruplara bölünürlər.

Antenatal qeyri-spesifik profilaktikaya aiddi: rejimə əməl etmək, təmiz havada kifayət qədər olmaq, aktiv hərəkətlər, rasional qidalanma. Ana və dölün vitaminlərlə təmin edilməsi məqsədilə hər gün polivitamin preparatlarının qəbulu məsləhət görülür.

Antenatal spesifik profilaktika məqsədilə sağlam qadına hamiləliyin 28-32-ci həftəsindən sutkada 500BV doza-

da erqokalsiferol (vit. D_2) yağlı məhlul şəklində (kapsul və ya draje) yay ayları istisna olmaqla, 6-8 həftə verilir.

Postnatal qeyri spesifik profilaktika uşaq həyatının ilk günlərindən başlanmalıdır:

1) Uşağa düzgün qulluq;
2) 2) süd verən ananın hər gün vitamin qəbul etməklə rasional qidalanması;
3) döşlə əmizdirməni təmin etmək;
4) 4) korreksiyaedici əlavələrin və əlavə qidanın vaxtında verilməsi;
5) ana südü almadıqda və çatışmadıqda süni və qarışıq qidalanmanın düzgün təşkili;
6) möhkəmləndirici prosedurların aparılması, gimnastika, massaj, aktiv hərəki rejimə riayət etmək.

Yenidoğulmuşlarda **postnatal spesifik profilaktika** 3-4 həftəliyində erqokalsiferolun 0,125%-li və ya 0,0625%-li yağlı məhlulu ilə aparılır. Vitamin D_2 sutkada 500BV hesabı ilə bir və ya iki yaşa qədər yaz, qış, payız dövrlərində təyin edilir.

SPAZMOFİLİYA

Spazmofiliya mineral mübadiləsinin pozulması ilə əlaqədar olan tonik və toniko-klonik qıcolmalarla xarakterizə olunan xəstəlikdir. Bu xəstəliyə əsasən 6 ay – 2 yaş arası dövrdə raxitlə xəstə olan uşaqlar tutulurlar. Xəstəlik erkən yaz dövründə, nə vaxt ki, dəridə D vitamininin hiperproduksiyası (çox hazırlanması) baş verir, həmin vaxt eyni zamanda böyük dozada D vitamininin qəbulu nəticəsində

inkişaf edir. D vitamininin aktiv formalarının böyük dozası qalxanabənzər ətraf vəzinin funksiyasını aşağı salır, Ca və P duzlarının bağırsaqdan sorulmasını və onların böyrək kanallarından reabsorbsiyasını stimulə edir. Bunun da nəticəsində alkaloz inkiaf edir. Ca-un sümüklərdə güclü toplanması baş verir, qanda isə onun miqdarı kəskin aşağı düşür (kritik rəqəmlərə qədər–1,7 mmol/l dən də az). Bu isə sinir-əzələ oyanıcıllığının yüksəlməsinə, qıcolmaların meydana çıxmasına gətirib çıxarır.

Klinikası: klinik gedişinə görə spazmofiliyanın latent (gizli) və aşkar formaları ayrıd edilir. Latent spazmofiliya aylarla davam edə bilər və bir sıra faktorların (ağlamaq, qusma, yüksək temperatur, infeksion xəstəliklər) təsiri altında aşkar formaya keçə bilər.

Latent spazmofiliya üçün bu simptomlar xarakterdir: Xvostek simptomu–yanağı yüngülcə qıcıqlandırdıqda ovurdlarda batıqlar əmələ gəlir: Trusso simptomu-çiyinə təzyiq etdikdə bilək qıcolma şəklində yığılır–"akuşer əli" vəziyyətini alır: Lüssi simptomu–perkusiya çəkici ilə kiçik qamış sümüyünün başına vurduqda ayaqaltı dabanlara tərəf əyilir.

Aşkar spazmofiliya larinqospazm, karpopedal spazm və eklampsiya tutmaları şəklində meydana çıxır. Larinqospazm qəfildən baş verir və səs yarığının hissəvi və ya tam bağlanması ilə gedir. Səs yarığının spazm nəticəsində nəfəslma çətinləşir, xoruz qışqırığını xatırladır. Uşaq göyərir, bədəni soyuq tərlə örtülür. Səs yarığının tam bağlanması nəticəsində tənəffüs dayanır, uşaq huşunu itirir. Bir neçə dəqiqədən sonra küylü nəfəsalma eşidilir, tənəffüs tədricən bərpa olur

və uşaq yuxuya gedir. Tutma sutka ərzində təkrarlana bilər. Nisbətən ağır hallarda letal ola bilər.

Karpopedal spazm – pəncənin və əllərin əzələlərinin tonik yığılması ilə baş verir. Tez-tez 1 yaşdan böyük uşaqlarda rast gəlinir. Tutma zamanı əllər "akuşer əli" vəziyyətini alır, pəncə və barmaqlar ayaq altına doğru qatlanır. Spazm qısamüddətli də ola bilər, lakin çox hallarda bir neçə saat, hətta gün də sürə bilər. Uzun sürən spazm zamanı pəncənin bayır kənarında və əllərdə ödem meydana çıxır. Bəzi hallar da ağız ətrafının dairəvi əzələlərində spazm meydana çıxır ki, bunun da nəticəsində dodaqlar "balıq ağzı" şəklini alır. Ən təhlükəlisi isə bronxospazm və ürək əzələlərinin spazmıdır ki, bunun da nəticəsində ürək və tənəffüs dayanması baş verə bilər.

Eklampsiya – xəstəliyin daha ağır variantı olub, huşun itməsilə, bütün saya və köndələn zolaqlı əzələləri əhatə edən tonik – klonik qıcolma tutmaları ilə meydana çıxır. Tutma adətən üz və boyun əzələlərinin yığılmasından başlayır, sonra isə qıcolmalar gövdə və ətraflara yayılır. Tənəffüs fasiləli olur, sianoz meydana çıxır. Uşaq huşunu itirir, qeyri – iradi sidik və nəcis ifrazı baş verir. Tutmaların müddəti müxtəlif olur. Tutma zamanı tənəffüsün dayanması baş verə bilər.

Labarator diaqnozu: Biokimyəvi müayinədə qanda hipokalsiemiya, hipofosfatemiya, alkaloz qeyd olunur.

Müalicə: Təcili reanimasiya tədbirləri tələb edir. Qıcolmanı aradan götürmək üçün seduksen, Na–oksibutirat, vena daxilinə 10% - li Ca–qlükonat yeridilir. Larinqospazm zamanı təmiz hava gəlməsini təmin etmək, dəriyə soyuq su

vurmaq və udlağın arxa divarını spadellə qıcıqlandırmaq, lazım gəldikdə süni tənəffüs vermək vacibdir. Tutmadan sonra çay, meyvə, giləmeyvə şirələri şəklində maye qəbulu göstərişdir. Uşağın sutkalıq rasionunda tərəvəz və meyvə şirələrinin miqdarını artırmaq lazımdır. Eyni zamanda 10% - li ammonium xlorid məhlulu təyin edilir. Kalsium preparatlarının qəbul edilməsi mütləqdir. Ca preparatlarının qəbulundan 3-4 gün sonra və spazmofiliya simptomlarının yox olub getməsindən sonra raxit əleyhinə müalicə davam etdirilir.

HİPERVİTAMİNOZ D

Hipevitaminoz D (D vitamini intoksikasiyası) - bu hiperkalsiemiya ilə və orqan və toxumalarda toksiki dəyişikliklərlə əlaqədar olaraq meydana çıxan xəstəlikdir.

Hipevitaminoz D doza həddini aşdıqda və ya vitamin D – yə yüksək individual həssaslığın olması nəticəsində baş verir.

Hipevitaminoz D vitamin D - ni böyük dozada qəbul etdikdə, vit. D – ni yay vaxtı təyin etdikdə (UBŞ – ilə və ya Ca preparatları ilə birlikdə), süd qarışıqlarında kalsiferolun miqdarını hesaba almadan D vitamininin verildikdə inkişaf edir.

Patogenezi: Hipevitaminoz D zamanı Ca–nın bağırsaqlardan sorulması güclənir və hiperkalsiemiya inkişaf edir ki, bu da Ca duzlarının nəinki, təkcə borulu sümüklərin böyümə zonalarında eləcə də, böyrəklərdə, damarların divarlarında, miokardda, ağ ciyələrdə və başqa orqanlarda güclü toplanmasına və onların geridönməz kalsinozlaşmasına gətirib çıxa-

rır. Bundan başqa D vitamini hüceyrələrə birbaşa toksik təsir göstərir. Daxili oorqanların funksiyası kobudcasına pozulur, timusun involyusiyası inkişaf edir, immunitet zəifləyir.

Klinik şəkli: vitamin D intoksikasiyasının kəskin və xronik formaları ayrıd edilir. Kəskin intoksikasiya – qısa zaman müddətində - (2-10 həftə) böyük dozada vit. D qəbul edildikdə inkişaf edir. Xəstəliyin aparıcı təzahürləri bağırsaq toksikozu və neyrotoksikozu əlamətləridir. Uşağın iştahası kəskin azalır, qusma, qəbzlik meydana çıxır, uşağın çəkisi sürətlə azalır, susuzlaşma baş verir, bədən temperaturu yüksəlir. Uşaq süst yuxulu olur, qısa müddətə huşunu itirə də bilər. Bəzən qıcolmalar da baş verir. Ürək tonları karlaşmış olur. Sistolik küy, taxikardiya meydana çıxır. Arterial təzyiq yüksək olur. Qara ciyər böyüyür. Böyrək sindromu kəskin olur: poliuruya və ya oliquriya, ağır hallarda böyrək çatmamazlığı inkişaf edir.

D vitamini ilə xroniki intoksikasiya D vitaminini bir az yüksək doza ilə 6 aydan çox müddətdə qəbul edildikdə meydana çıxır. Xəstəliyin klinik şəkli-zəif nəzərə çarpan intoksikasiya simptomları ilə xarakterizə olunur. Dəri elastikliyini itirir, quru, bozumtul–sarı rəngdə olur. Tədricən çəki azalır. Ürək–damar sisteminin funksiyası pozulur. Xroniki pielonefrit inkişaf edir. Kəllə sümükləri arasındakı tikişlər və böyük əmgək vaxtından əvvəl bağlanır. Sümüklərin sıxlığı yüksəlir, böyümə zonalarında əlavə Ca yığılır.

Labaratır diaqnostika: qanın biokimyəvi analizində hiperkalsiemiya, sidikdə isə - hiperfosfaturiya, hiperkalsiuriya təyin edilir. Sidikdə Ca miqdarının artmasını Sulkoviç sına-

ğı ilə yoxlayırlar. Sulkoviç reaktivini onun ikiqat miqdarında sidiklə qarışdırırar - sağlam uşaqlarda 1-2 dəqiqə sonra südə bənzər bulanıqlıq baş verir, hiperkalsiuriya zamanı sərt (qaba) bulanma meydana çıxarır, hiperkalsiuriyada isə qarışıq şəffaf qalır.

Müalicə: Vitamin D və Ca preparatlarının qəbulunu dərhal dayandırırlar. Xəstəni qospitalizə edirlər. Müalicə tədbirləri dezintoksikasiyaya, daxili orqanların funksiyasının bərpasına, mineral mübadiləsinin normallaşdırılmasına və Ca duzlarının orqanizmdən xaric edilməsinə yönəldilir. Pəhrizdən Ca ilə zəngin qidalar (inək südü, kəsmik və s.) çıxarılır. Tərəvəz şirələri və yeməkləri mütləqdir. Xəstələrə çoxlu maye içkilər, infuzion terapiya təyin edilir. Antidotların qəbulu göstərişdir: vitamin A və E, Na_2EDTA, prednizalon – hansı ki, vitamin D–nin fizioloj antoqonistləridirlər.

TƏNƏFFÜS ORQANLARININ ANATOMO–FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Yuxarı tənəffüs yollarına aiddir: burun, udlaq, qırtlaq; aşağı tənəffüs yollarına isə traxeya və bronxlar aid edilir. Atmosfer havası ilə qan arasında qaz mübadiləsini isə ağ ciyərlər həyata keçirir.

Tənəffüs orqanları uşaq doğulan zaman morfoloji cəhətdən tam yetkinləşmiş olmur. Bir yaşa kimi onlar intensiv olaraq böyüyür və differensasiya olunurlar. 7 yaşda artıq tənəffüs örqanlarının formalaşması başa çatır və bundan sonra ancaq onların ölçülərinin böyüməsi prosesi gedir.

Tənəffüs orqanlarının morfoloji quruluşunun xüsusiyyətləri:

1) İncə, zəif, həssas selikli qişanın olması.
2) Vəzilərin kifayət qədər inkişaf etməmiş olması.
3) İmmunoqlobulin A-nın və surfaktantın az miqdarda hazırlanması.
4) Əsasən, boş toxumalardan ibarət olan, kapillyarlarla zəngin selik altı qatın olması.
5) Aşağı tənəffüs yollarının yumşaq, elastiki qığırdaq karkasa malik olması.
6) Tənəffüs yollarında və ağciyərlərdə elastik toxumanın kifayət qədər olmaması.

Burun boşluğu: 3 yaşa qədər uşaqlarda burun kiçik olub, burun boşluğu tam inkişaf etməmişdir, burun keçəcəkləri dar, balıq qulaqları qalın olur. Aşağı burun keçəcəyi olmur, o 4 yaşında formalaşır. Kiçik uşaqlarda zökəm zamanı selikli qişa asanlıqla ödemləşir ki, bu da burun keçəcəklərinin tutulmasına gətirib çıxarır. Bu isə əmməni çətinləşdirir, təngnəfəsliyə səbəb olur.

Burunun selikaltı qişasının məsaməli toxuması kifayət qədər inkişaf etməmiş olur, kiçik uşaqlarda hərdənbir baş verən burun qanaxmaları da bununla izah olunur. Uşaq doğulan zaman əlavə burun boşluqları hələ formalaşmamış olur. Lakin erkən yaşlı uşaqlarda sinusitlər inkişaf edə bilər. Gözyaşı burun axacağı geniş olduğundan bu infeksiyanın burundan konyuktiva kisəsinə keçməsinə imkan yaradır.

Udlaq: Erkən yaşlı uşaqlarda nisbətən dar və kiçik olur.

Yevstax borusu: qısa və geniş olub, böyük uşaqlardakına nisbətən horizontal yerləşmişdir, dəliyi isə xoanalara yaxın olur. Bu cür yerləşmə rinitlər zamanı infeksiyanın asanlıqla təbil boşluğuna yayılmasına şərait yaradır.

Qırtlaq qapağı: Yenidoğulmuşlarda yumşaq olub, asanlıqla əyilə bilir və bu zaman o traxeyanın girişini hermetik (kip) bağlamaq qabiliyyətini itirir. Qusma və gəyirmə zamanı mədə möhtəviyyatının tənəffüs yollarına aspirasiyası kimi təhlükəli vəziyyətin yaranması da qismən bununla izah olunur.

Qırtlaq: böyüklərdəkinə nisbətən daha yuxarıda yerləşmiş olur ki, bu səbəbdən də uşaq arxası üstə uzanmış vəziyyətdə duru qidanı uda bilir. Qırtlaq qıfabənzər formaya malik olur. Bağaltı boşluq nahiyəsində daralma aydın nəzərə çarpır. Yenidoğulmuşda bu nahiyədə qırtlağın diametri cəmi 4mm olur və yaş artdıqca böyüyərək 14 yaşda 1 sm-ə çatır. Udlağın mənfəzinin belə dar olması, selikaltı qişada asanlıqla ödem əmələ gəlməsi, bağaltı boşluqda çoxlu sinir reseptorlarının oldupuna görə saya əzələlərin spazmı respirator infeksiyalar zamanı qırtlaın stenozuna (daralması) gətirib çıxara bilər.

Traxeya: Yenidoğulmuşun traxeyası nisbətən geniş olub, qapanmamış qığırdaq həlqələrlə və enli əzələ membranı ilə mühafizə olunur. Əzələ liflərinin yığılması və boşalması hesabına traxeyanın mənfəzi daralır və ya genəlir.

Bronx ağacı: uşaq doğulanda formalaşmış olur. Broxlar dar olub, onların qığırdağı yumşaq və elastikdir. Traxeyada

olduğu kimi bronxların da əsasını fibroz zarla birləşmiş yarım həlqələrdən təşkil olunmuşdur. Erkən yaşlı uşaqlarda hər iki bronxun traxeyadan ayrılma bucağı eynidir, buna görə də yad cisimin hər iki bronxa düşmə ehtimalı eyni dərəcədə olur. Yaşı artdıqca bucaq dəyişir–belə ki, sağ bronx traxeyanın davamı kimi olduğundan yad cisim daha çox sağ bronxda aşkarlanır.

Erkən yaşlı uşaqlarda bronx təmizləyici funksiyanı kifayət qədər yerinə yetirilə bilmir. Özünü təmizləmə mexanizmi - bronxların selikli qişasının səyirici epitelinin dalğavari hərəkəti, bronxların peristaltikası, öskürək refleksi–böyüklərinkinə nisbətən zəif inkişaf etmişdir.

Ağ ciyərlər: Yenidoğulmuş uşaqda ağ ciyərlər kifayət qədər formalaşmayıb. Terminal (uc) bronxiollar alveol salxımı ilə qurtarmır (böyüklərdə olduğu kimi), kisə şəklində olur ki, bunun da kənarlarından yeni alveollar formalaşır. Uşaq böyüdükcə alveolların miqdarı və diametri artır. Ağ ciyərlərin həyat tutumu da artır. Ağ ciyərlərdə interstisial toxuma boş olub, tərkibində elastik liflər və birləşdirici toxuma çox azdır, damarlarla zəngindir. Erkən yaşda ağ ciyərlərdə elastik liflərin az olması emfizema və ağ ciyər toxumasının atelektazının asanlıqla baş verməsinə imkan yaradır. Surfaktantın çatışmazlığı atelektaza meyilliyi gücləndirir. **Surfaktant** səthi – aktiv maddə olub, alreolların daxili səthini incə təbəqə şəklində örtür və nəfəs vermə zamanı alveolların yaprıxmasının qarşısını alır. Alveollarda surfaktant defisiti (çatışmazlığı) olduqda alveollar lazımi qədər açılıb düzələ bilmir və tənəffüs çatmamazlığı inkişaf edir.

Erkən yaşlı uşaqlarda ağ ciyərlərin parenximası tənəffüs yollarında havanın təzyiqinin nisbətən azda olsa artması zamanı cırıla bilər. Bu ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasının aparılma texnikasının pozulması zamanı baş verə bilər.

Ağ ciyərin kökü iri bronxlardan, damarlardan və limfa düyünlərindən ibarətdir. Limfa düyünləri infeksiyanın daxil olmasına reaksiya verirlər.

Plevra nisbətən qalın, asanlıqla dartıla bilən olub, qan və limfa damarları ilə yaxşı təchiz olunmuşdur.

Döş qəfəsi, diafraqma və orta divar. Diafraqma nisbətən yuxarıda yerləşmiş olur. Onun yığılması döş boşluğunun vertikal ölçüsünü artırır. Diafraqmanın hərəkətinin çətinləşməsi (meteorizm zamanı, parenximatoz orqanların ölçülərinin böyüməsi zamanı) ağ ciyərlərin ventilyasiyasını pisləşdirir.

Tənəffüs müxtəlif yaş dövrlərində özünə məxsus xüsusiyyətlərə malik olur:

1) Səthi və tez-tez tipli tənəffüs–uşaq nə qədər kiçikdirsə tənəffüsün tezliyi bir o qədər yüksək olur. Tənəffüs hərəkətlərinin daha yüksək tezliyi doğumdan sonra qeyd olunur – dəqiqədə 40-60. Bunu bəzən yenidoğulmuşun "fizioloji təngənəfəsliyi" də adlandı rırlar. 1-2 yaşlı uşaqlarda tənəffüsün tezliyi - 30-35; 5-6 yaşda təqribən 25; 10 yaşda 18-20; böyüklər də isə 15-16 olur.

Yenidoğulmuşlarda tənəffüsün tezliyinin nəbzin tezliyinə nisbəti 1:2,5 – 3, digər yaş qruplarında 1:3,5 – 4; böyüklərdə isə - 1:4 olur.

Yenidoğulmuşun həyatının ilk 2-3 həftəsində tənəffüsün aritmiyası. Bu nəfəsalma və nəfəsvermə arasında pa-

uzanın düzgün növbələşməməsi nəticəsində meydana çıxır. Nəfəsalma nəfəsvermədən əhəmiyyətli dərəcədə qısa olur. Bəzən tənəffüs fasiləli olur. Bu tənəffüs mərkəzinin funksiyalarının yetişməməzliyi ilə əlaqədardır.

2) Tənəffüsün tipi uşağın yaşından və cinsindən asılı olur. Erkən yaşlı uşaqlarda qarın (diafraqma) tipli tənəffüs, 3-4 yaşda isə döş tipli tənəffüs diafraqmal tipli tənəffüsdən üstün olur. Cinsi yetişkənlik dövründə isə oğlanlarda qarın tipli tənəffüs, qızlarda döş tipli tənəffüs yaranır.

Tənəffüsün funksiyalarını müayinə etmək üçün tənəffüsün tezliyini sakit vəziyyətdə və fiziki yük zamanı təyin edirlər; döş qəfəsinin ölçülərini və onun hərəkiliyini - sakit vəziyyətdə, nəfəsalma və nəfəsvermə zamanı ölçüllər, ağ ciyərlərdə qazların tərkibini, qanın turşu qələvi müvazinətini təyin edirlər. 5 yaşdan yuxarı uşaqlarda spirometriya aparılır.

KƏSKİN RİNİT

Kəskin rinit - burunun selikli qişasının iltihabıdır.

Etiologiyası: xəstəliyin səbəbi viruslar (daha çox rinoviruslar), mikroorqanizmlər, allergik, termik, mexaniki və kimyəvi qıcıqlandırıcılar ola bilər.

Patogenezi: xəstəliyin inkişafının əsasında sinir-reflektor mexanizmi durur. Müxtəlif etioloji faktorların təsiri altında burunun selikli qişasının ödemi və seliyin hipersekresiyası inkişaf edir.

Klinik şəkli: kəskin rinitin gedişində 3 dövr ayrıd edilir.

1) Quru və ya qıcıqlanma (1 sutkaya qədər və bəzən daha uzun)
2) Seroz ifrazat (2-3 sutka)
3) Selikli – irinli ifrazat, hansı ki, 3-4–cü sutkada başlanır və bir neçə gün davam edir.

Böyük yaşlı uşaqlarda əvvəldə burunda və burun–udlaq quruluq, yanğı hissi meydana çıxır, baş ağrısı əmələ gəlir. Səs batmış olur. Bir neçə saatdan sonra seroz–sulu, sonra isə qatı selikli ifrazat meydana çıxır. Uşağın ümumi vəziyyəti pozulur: süstlük, əzginlik, üşütmə, bədən temperaturu yüksəlir. İltihabi proses burun boşluğundan burun–gözyaşı kanalına, təbil boşluğuna, qırtlağa, traxeyaya, bronxlara və ağ ciyərlərə yayıla bilər.

Südəmər uşaqlarda rinit udlaq tərəfindən olan iltihabi proseslə müşaiyət olunur - **rinofaringit**. Tənəffüsün pozulması döşlə əmizdirməni çətinləşdirir.

Uşaq ac qaldıqda isə yuxusu pozulur, narahat olur, çəkisini itirir. Bədən temperaturu kəskin yüksəlir və bir neçə gün, bəzən isə daha uzun müddətə yüksək qala bilir. Seliyin udlağın arxa divarı ilə axması öskürək əmələ gətirir. Çox vaxt öskürək gecə meydana çıxır. Allergik rinit temoeraturun yüksəlməsi ilə müşaiyət olunmur. Burundan gələn ifrazat irinli xarakter almır. Uşaq daima asqırır, onu daima gözün və burunun qaşınması narahat edir. Burun keçəcəklərinin selikli qişası avazımış olur, iltihabi əlamətlər olmur. Burun seliyindən yaxmada eozonofillərin sayının artması təyin edilir.

Müalicə: müalicə-tənəffüs yolları keçəcəyinin bərpasına və iltihabi prsesin aradan qaldırılmasına yönəldilir.

Yerli müalicə məqsədi ilə:

1) Virus əleyhinə məlhəmlər (leykositar interferon, 0,25-0,5% - li florenal, 0,05% - li bonafton, 0,25% - li riodoksolin)
2) Damardaraldıcı təsirə malik damcılar (naftizin–0,05–0,1%-li; qalazolin– 0,05% - 0,1%- li)
3) Antiseptik və büzücü təsirə malik dərman preparatları (1%-li rezorsin; 0,1%-li rivanol, 2% - li kollarqol, 20% - li sulfasil-natri)
4) İmmunostimulyatorlar (0,01% - li timogen məh)
5) Mürəkkəb tərkibli damcılar–antiseptik, desensibilizəedici, iltihab əleyhinə,
6) immuniteti stimulə edən preparatlar (Pinosol)

KƏSKİN LARİNGİT

Kəskin laringit - qırtlağın selikli qişasının iltihabıdır.

Etiologiyası: xəstəlik paraqripp, qrip A, az hallarda respirator-sinisial və adenovirus infeksiyası nəticəsində inkişaf edir. Bir çox hallarda kəskin laringitin səbəbi bakteriyalar, mexaniki və kimyəvi qıcıqlandırıcılar da ola bilər. Qırtlağın residivləşən kəskin stenozunun inkişafında isə əsas səbəb allergiya olur.

Patogenezi: İltihabi proses qırtlaqüstünün, səs büküşlərinin selikli qişasında, bağaltı boşluqda lokalizə oluna bilər və ya bütün qırtlağa yayıla bilər. Etioloji faktorların tə-

siri nəticəsində selikli qişalar hiperemiyalaşır, ödemli olur, selik ifrazı güclənir. İltihabi prosesin bağaltı boşluqda lokalizasiyası zamanı (qırtlağın kəkin stenozu) patoloji prosesin əsas komponenti ödem, seliyin hipersekresiyası, qırtlaq əzələlərinin spazmıdır.

Klinik şəkli: xəstəlik temperaturun yüksəlməsilə, ümumi halsızlıqla, kobud quru, "hürücü" öskürək və xırıltılı səsin meydana çıxması ilə başlanır. Tənəffüsün çətinləməsi qeyd olunmur. Adətən xəstəliyin 5 -ci gününə uşaq sağalmağa başlayır.

Müalicə: müalicənin vacib momenti səs rejiminə riayət etməkdir – qışqırıq, bərkdən danışmaq qadağan edilir. Qida rasionundan qaynar və kəskin qidalar çıxarılır. İsti maye qəbulu, xardal, inqalyasiya, UYT məsləhət görülür. Etiotrop müalicə aparılır.

QIRTLAĞIN KƏSKİN STENOZU

Laringitin bir forması olub, iltihabi prosesin əsasən bağaltı boşluqda lokalizasiyası ilə xarakterizə olunur. Allergiyaya meyilli 6 aydan 3 yaşa qədər uşaqlarda daha çox rast gəlinir.

Qırtlağın kəskin stenozu simptomlar triadası ilə xaraktrizə olunur: stenotik tnəffüs (çətinləşmiş nəfəsalma), səsin dəyişməsi və kobud öskürək.

İnaq sindromu adətən qəflətən, çox hallarda gecə vaxtı baş verir. Uşaq narahat olur, öskürək, karlaşmış səs-küylü tənəffüs meydana çıxır, dəri örtüklərinin avazıması qeyd olunur.

Tənəffüs çatışmazlığının və stenozun kəskinliyindən asılı olaraq inağın 4 dərəcəsi ayrıd olunur:

I dərəcəli stenoz (kompensəolunmuş) – kobud, "hürücü" öskürəyin, karlaşmış səsin, küylü tənəffüsün əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

II dərəcəli stenoz vəziyyətin daha kəskin pozulmaları ilə müşaiyət olunur: narahatçılıq meydana çıxır, öskürək tezləşir, köməkçi əzələlərin iştirakı ilə tənəffüs aktında təngənəfəslik daimi olur. Güclü tərləmə qeyd olunur, ağız-burun üçbucağında kəskin sianoz meydana çıxır.

III dərəcəli stenoz (dekompensasiya olunmuş) -uşaq həyəcanlı, narahat, qorxmuş olur. Dəri avazımış, sianotik olur, soyuq tərlə örtülür. Akrosianoz və dodaqların sianozu qeyd olunur. Kəskin təngənəfəslik qeyd edilir. Nəbz tezləşir, ürək tonları karlaşır.

IV dərəcə (asfiksiya) – uşaq halsız düşür, başını arxaya atır, cəhdlə nəfəs almağa çalışır ("balıq tənəffüsü"), boyunun köməkçi əzələləri kəskin gərginləşir. Sianoz sürətlə artır. Qıcolmalar meydana gələ bilər. Nəbz zəif dolğunluqlu, qeyri müntəzəm, ürək tonları karlaşmış olur. Tədricən tənəffüs dayanır. Ürək tonları susur və qaydasız yığılmalardan sonra ürək dayanır.

Müalicə: qırtlağın kəskin stenozu tibb işçisinin müşaiyəti ilə məcburi qospitalizasiyaya gostərişdir. Uşağı ayrıca palataya yerləşdirmək lazımdır, psixi və fiziki sakitliyi, uzun müddətli yuxunu təmin etmək lazımdır.

Təxirəsalınmaz yardım tənəffüs yolları keçəcəyinin bərpasına və hipoksemiyanın aradan götürülməsinə yönəldilir. Eyni zamanda etiotrop müalicə aparılır. Xəstənin tənəffüs

yollarının selikli qişasının quruluğunu azaltmaq məqsədilə xəstəyə yüksək nəmlikli havada olması göstərişdir ("tropik iqlim"). Bəlğəmin durulaşıb xaric olması üçün tez-tez isti maye qəbulu məsləhət görülür. – (Na-bikarbonat məhlulu və ya süd ilə "Borjomi"), bəlğəmgətirici miksturalar (altea, termopsis), inqalyasiya (qələvi, ermentlərlə, spazmolitiklərlə).

Qırtlağın stenozunun demokpensasiya simptomlarının meydana çıxması traxeobronxial ağacın sanasiyasına göstərişdir. Sanasiyadan sonra uşağı oksigen palatasına yerləşdirirlər. İnqalyasiya məqsədilə proteolitik fermentlərdən - asetilsistein, dezoksiribonukleaza, tripsin, antibiotik, hormonal, antihistamin, spazmolitik preparatlar, mineral su, nəmləşdirilmiş oksigen ot dəmləmələri ilə birlikdə istifadə edilir. İnqalyasiyanın temperaturu +40 -45^{0}C olmalıdır.

Qırtlağın kəskin stenozu zamanı kortikosteroidlərdən geniş istifadə olunur. III, IV dərəcəli stenozda nazotraxeal intubasiya, bir sıra hallarda isə traxeostomiya göstərişdir.

ANGİNA

Angina-əsasən damaq badamcıqlarının zədələnməsilə gedən udlağın limfaadenit toxumasının kəskin iltihabi infeksion xəstəliyidir. Angina ayrıca xəstəlik kimi və ya bir sıra infeksiyaların (skarlatina, difteriya) əlaməti kimi də meydana çıxa bilər.

Etiologiyası: anginanın geniş yayılmış törədiciləri (kokklar, çubuqlar, viruslar, göbələklər) arasında əsas etioloji rol streptokokka və qızılı stafilokokka məxsusdur.

Patogenez: infeksiya mənbəyi anginalı xəstə və ya basildaşıyıcıdır.

Törədicinin badamcıqların selikli qişasına daxil olması hava-damcı, alimentar, eləcə də məişət – kontakt yolu ilə baş verir. Anginanın meydana çıxmasında immunitetin aşağı düşməsi, soyuqlama faktoru əhəmiyyət kəsb edir.

Klinik şəkli: anginanın aşağıdakı formaları ayrıd edilir.

1) Kataral angina – bu zaman iltihabi proses əsasən badamcıqların selikli qişasının səthində olur.
2) Lakunar angina-badamcıqların büküşlərində görünən dəyişikliklər qeyd olunur.
3) Follikulyar angina – iltihabi proses ən çox badamcıqların parenximasında olur.

Kataral angina - temperaturun yüksəlməsi ilə başlayır, üşütmə, udqunma zamanı boğazda ağrı, intoksikasiya simptomları güclü yorğunluq, zəiflik, baş ağrıları, əzələlərdə ağrılar meydana çıxır. Mühüm əlaməti çənəaltı, boyun limfa düyünlərinin böyüməsi və ağrılı olmasıdır. Kataral anginada badamcıqlar ödemli və hipemiyalı olur.

Lakunar angina üçün damaq badamcıqlarının hiperemiyası, büküşlər üzərində ağ və ya açıq-sarı irinli ərp olması xarakterikdir. Ərp qopmuş epitetilərdən və xeyli miqdarda leykositlərdən ibarət olub, soyula bilir. Difteriyadan fərqli olaraq o yayılmır, asanlıqla təmizlənir, qopduğu yer isə qanamır.

Anginanın daha ağır forması isə follikulyar anginadır. Bu zamanı badamcıqların səthində çoxlu sayda dairəvi, səthdən bir qədər yuxarı qalxmış sarı, yaxud ağ – sarı rəngdə 1 -3 mm ölçüdə irinləmiş follikullar görünür. Badamcıqlar

böyümüş və hiperemiyalaşmış olur. Xəstəlik 7–10 gün sürür. Angina vaxtında və adekvat müalicə olunmazsa ağırlaşmalar baş verə bilər. Yerli ağırlaşmalarından: paratonzilyar abses, boyun limfaadeniti və badamcıqlardan kənar orqan və toxumalarda olan ağırlamalara isə: otit, nefrit, kardit, poliartrit aid edilir.

Müalicə: xəstə izolə olunmalıdır. Yataq rejiminə riayət etmək lazımdır. Qıcıqlandırıcı olmayan, duru, vitaminli qidalar, maye qəbulu məsləhətdir.

Yerli müalicə məqsədilə əsnəyi yaxalamaq, qarqara etmək məsləhətdir. Bu məqsədlə Na–xlorid, furasillin 1:5000, çobanyastığı, adaçayı, evkalipt dəmləmələri istifadə olunur. Daxilə geniş spekterli antibiotiklər, sulfanilamid preparatları, salisilatlar qəbul edilir. Ağır hallarda antibiotikləri parenteral yeridirlər. Desensibilizəedicilər və askorbin turşusu qəbul etmək göstəridir.

BRONXİAL ASTMA

Bronxial astma – xroniki xəstəlik olub, bronx keçiriciliyinin pozulması ilə əlaqədar meydana çıxan periodik ekspirator təngənəfəslik, boğulma tutmaları ilə xarakterizə olunur.

Bronxial astmanın uşaq yaşlarında 3 əsas forması ayrıd edilir:

1) Atopik
2) Infeksion – allergik
3) Qarışıq

Etiologiya: atopik formanın inkişafında qeyri-infeksion allergenlərə sensibilizasiya əhəmiyyət kəsb edir. Bunlara da qida və dərman allergenləri, ev tozu, bitkilərin tozcuqları, heyvanların tükləri və s. aiddir.

İnfeksion – allergik formanın inkişafında əsas rolu viruslar (qripp, paraqripp), bakteriyalar, göbələklər oynayır.

Xəstəliyin inkişafına xoşagəlməz psixogen və meteoroloji təsirlər, həddən çox fiziki yüklənmə də şərait yaradır.

Patogenezi: bronxial astmanın bütün formalarının inkişafında allergik mexanizm mühüm əhəmiyyətə malikdir. Allergek reaksiyalara meyillik xəstənin konstitusiyası və irsiyyəti ilə əhəmiyyətli dərəcədə bağlıdır.

Bronxial astma tutmaları müxtəlif qıcıqlandırıcılara qarşı bronxların və traxeyanın yüksək həssaslığı nəticəsində tənəffüs yollarının obstruksiyası (tutulması) ilə əlaqədar meydana çıxır. Bronx keçiriciliyinin pozulması saya əzələlərin yığılması ilə (bronxospazm), selikli qişaların ödemi ilə, bronxların selikli və selikaltı qişalarının iltihabi infiltrasiyasi ilə, xırda bronxların çətin evakuasiya olunan, yapışqan kimi bəlğəmlə tutulması (obstruksiyası) ilə əlaqədardır.

Klinik şəkli: xəstəliyin gedişində xəbardarlıq, boğulma tutması, tutmadan sonrakı və tutmalararası dövrlər ayrıd edilir. Xəbərdarlıq (tutmadan qabaqkı) dövr- tutmadan bir neçə dəqiqə və ya bəzən bir neçə gün qabaq başlayır və narahatlıq, əsəbilik, psixi depresiya, yuxunun pozulması ilə xarakterizə olunur. Çox vaxt asqırma, gözün və dərinin qaşınması, burunun tutlması və burundan seroz ifrazat axması, zəhlətökən quru öskürək, baş ağrıları qeyd olunur.

Boğulma tutulması zamanı aşağıdakı simptomatika meydana çıxır: hava çatışmazlığı hissi, döş qəfəsində sıxılma hissiyatı, kəskin ekspirator təngənəfəslik. Nəfəsalma qısalır, nəfəsvermə yavaşıyır (nəfəsalmadan 2-4 dəfə uzun olur), uzaqdan eşidilə bilən bərk, fitverici xırıltılarla müşayət olunur. Kiçik yaşlı uşaqlar qorxmuş olur, yataqda fırlanırlar, böyük yaşlı uşaqlar isə məcburi vəziyyət alırlar: önə doğru əyilərək otururlar, dirsəklərini dizlərinə dayayaraq, ağızları ilə havanı udmağa çalışırlar. Danışa bilmirlər. Üz avazıyır, göyümtül fon alır, soyuq tərlə örtülür. Nəfəsalma zamanı burun pərləri şişir. Döş qəfəsi maksimal nəfəsalma vəziyyətində olur, qarın divarının əzələləri iştirak edir. Qabırğaarası nahiyələr və körpücüküstü çökəkliklər nəfəsalma zamanı dartılıb gərilirlər. Boyun venaları şişmiş olur. Xəstəni çətinliklə ayrılan, qatı, yapışqankimi bəlğəmlə öskürək narahat edir. Perkusiyada qutu səsi eidilir. Auskultasiyada isə sərt və ya zəifləmiş tənəffüs fonunda çoxlu miqdarda fitverici xırıltılar eşidilir. Ürək tonları karlaşması, taxikardiya qeyd olunur. Ağ ciyərlərdə quru xırıltılarla bərabər müxtəlif kalibrli yaş xırıltılar da eşidilir. Tutmanın sonunda adətən qatı bəlğəm ifraz olunur, uşaq sakitləşir və tezliklə yuxuya gedir. Xəstəliyin yüngül gedişi zamanı tutmalar tək-tək olur(il ərzində 1-2 dəfə) və asanlıqla aradan qaldırılır.

Orta ağırlıqlı tutmalar zamanı tutma ayda bir dəfə baş verir və astma əleyhinə preparatların köməyi ilə aradan götürülür. Ağır gedişli formada isə boğulma tutmaları tez-tez uzun müddətli olur, çətin aradan götürülür və astmatik statusa keçir ki, bu zaman tutmanı 6-8 saat və daha uzun müddət aradan qaldırmaq mümkün olmur.

Asmatik statusda olan xəstədə tənəffüs çatımazlığı əlamətləri get-gedə artır emfizema güclənir, çoxlu quru və ya xırıltılar eşidilir. Daha sonra tənəffüs kəskin zəifləmiş olur, ağ ciyərlərdə xırıltılar yox olur - "lal" ağciyər formalaşır. Proqressləşmə prosesində hipoksemik koma inkişaf edir. Xəstənin vəziyyəti hədsiz ağır olur. Huşu olmur, generalizə olunmuş sianoz, tək-tək səthi tənəffüs, hipotoniya, ürək fəaliyyətinin pisləşməsi qeyd olunur.

Tutmadan sonrakı dövrdə xəstənin vəziyyət tədricən yaxşılaşır, lakin bir neçə gün ərzində yaş öskürək qalır, xırıltılar da eşidilə bilər.

Ağırlaşmaları: kəskin ürək çatışmazlığı, atelektaz, pnevmoniya, pnevmotoraks, bronxoektaz, emfizema, döş qəfəsinin deformasiyası.

Labarator diaqnozu: qanın analizində eozonofillərin miqdarının artması xarakterikdir. Bəlğəmdə eozonofillərin lövhə və qranulları tapılır (Şarko- Leyden kristalları). Qanda immunoqlobulinlərin səviy yəsi yüksəlir.

Müalicəsi: bronxial astmanın müalicəsində aşağıdakı etaplar ayrıd edilir:

1) Tutmanın aradan götürülməsinə yönəldilən terapevtik tədbirlərin aparılması
2) Ressidiv əleyhinə müalicə
3) Spesifik immunoterapiya

Tutmanı aradan götürmək üçün aşağıdakı qrup bronxospazmolitik preparatlardan istifadə olunur.

1) β – adrenostimulyatorlardan (adrenalin,epinefrin), salbutamol, albuterol, izadrin

2) metilksantin sırasından olan preparatlar (eufillin, teofillin)
3) xolinolitiklər (xolinoblokatorlar) – atropin, ipratropium, platifillin.
4) Kombinə olunmuş preparat - teofedrin, antastman, solyutan.

Tutmadan qabaqkı dövrdə boğulma tutmalarının qarşısını almaq üçün tədbirlər görmək vacibdir. Allergenlə kontaktı ləğv etmək, sakit şərait yaratmaq, kifayət qədər havası dəyişdirilən otaqla təmin etmək, hipoallergen dieta (pəhriz), yaşa uyğun rejimə riayət etmək böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bronxospazmolitik maddələr adətən aerozol şəklində istifadə olunur. İnqalyasiyanı sutkada 3–4 dəfədən çox olmayaraq təyin etmək lazımdır. Eyni zamanda antihistamin preparatlarla hiposensibilizasiya aparılır. Reflektor terapiya, fizioterapiya, müalicəvi idman kompleksi tətbiq olunur. Tutma dövründə yüngül tutmaları aradan götürmək üçün bronxospazmolitik maddələri inqalyasiya şəklində və ya daxilə qəbul edirlər. Orta ağırlıqlı tutmalarda bronxospazmolitikləri əsasən parenteral yeridirlər. Bu effekt vermədikdə dəri altına 0,1%-li adrenalin məhlulu və ya alupent yeridilir. Oksigenoterapiya aparılır, antihistaminlər, trankvilizatorlar, proteolitik fermentlər göstəriş sayılır. İmmun çatışmazlıq vəziyyətində immunostimulə edicilər tətbiq olunur. Qida mənşəli bronxial astmanın müalicəsində allergensiz dietaya riayət etmək, sorbentlərin təyini, hemosorbsiya, plazmofarezdən istifadə mühüm əhəmiyyətə malikdir.

Tənəffüs gimnastikası kompleksi, iqlo-, hipno-, speleo – və baroterapiya, otlarla müalicə geniş tətbiq olunur. Xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyası aparılır.

Ağır gedişli xəstəlik zamanı və asmatik status zamanı müalicə intensiv terapiya şöbəsində aparılır. Asmatik statusun əsas müalicəsinə nəm oksigenlə oksigenoterapiya və seçici β–adrenostimulyatorların yeridilməsi aiddir. Aerozoldan 5-10 dəqiqə, bəzi hallarda 20-30 dəqiqə istifadə edirlər. Ağır asmatik status zamanı, nə vaxt ki, aerozol preparatlar və oksigen xırda bronxlara gedib çata bilmir, o zaman vena daxilinə eufillin 0,9 mq/kq hesabı ilə hər saatdan bir uşaq ağır vəziyyətdən çıxana qədər yeridilir. Ağır vəziyyətlərdə eləcə də prednizolon yeridilir parenteral (əzələ daxilinə və ya vena daxilinə (asmatik statusun I mərhələsində -1 – 2 mq/kq/sutkada; II mərhələsində 3mq/kq sutkada; III mərhələsində 7mq/ kq–a qədər/sutkada)). Aparılan tədbirlər effekt vermədikdə endotraxeal intubasiya və xəstənin ağ ciyərlərin süni ventalyasiyasına keçirilməsi göstərişdir.

Tutmadan sonrakı dövrdə xəstəni ambulator şəraitdə medikamentoz müalicəyə keçirirlər.

Tutmalar arası dövrdə allergen aşkar olunduqdan sonra xəstəliyə səbəb olan allergenin dəri altına daxil edilməsi ilə spesifik hiposensibilizasiya aparılır. Histoqlobulinlə qeyri spesifik hiposensibilizaedici terapiya kursları göstərişdir.

BRONXİT

Kəskin bronxit – bronxların iltihabıdır.

Etiologiyası: xəstəliyin törədiciləri viruslar (daha çox paraqripp, respirator-sinisial və adenoviruslar), bakterial flora, mikoplazma ola bilər.

Patogenezi: Bronxitlərdə tənəffüs yollarının epitelisi zədələnir, bronxial ağacın trofikası pozulur. Selikli qişaların ödemi, bronxların mənfəzində patoloji sekresiyanın olması, evakuasiya qabiliyyətinin aşağı düşməsi, hissəvi bronxospazm ağ ciyərlərin ventilyasiyasının pozulmasına gətirib çıxarır.

Klinik şəkli: Bronxitin diaqnostika kriteriyalarına aiddir: öskürək, bronxların obstruksiyası əlamətləri, döş qəfəsinin hər iki tərəfində daimi olmayan quru və müxtəlif kalibrli yaş xırıltılar, ağ ciyər kökünün və şəklinin ikitərəfli güclənməsi, rentgenoqramda ağ ciyərlərdə infiltrativ dəyişikliklərin olmaması.

Kəskin, obstruktiv, residivləşən bronxit və bronxiolit ayrıd edilir.

Kəskin (sadə) bronxit – uşaqlarda tənəffüs orqanlarının tez–tez rast gələn zədələnmə formasıdır, hansında ki, tənəffüs yollarının obstruksiya əlamətləri kəskin olmur. Xəstəlik çox vaxt tədricən ümumi vəziyyətin pisləşməsi və temperaturun yüksəlməsilə başlayır.

Böyük yaşlı uşaqlarda başağrısından, döş sümüyünün arxasında acışma və sıxışdırılma hissindən şikayətlənirlər (traxeobronxitdə). Xəstəliyin əvvəlində öskürək quru, ağ-

rılı, daimi olur, gecə və səhərlər güclənir, tutmaşəkilli ola bilir. Erkən yaşlı uşaqlarda bəzən qusma ilə müşayət olunur. 5-8–ci gün öskürək yumşalır, yaş öskürəyə keçir, qatı, yapışqansəlikli bəlğəmin ifrazı baş verir. Daha sonra o selikli- irinli və hətta irinli xarakter alır, bəzən tərkibində qan damarcıqları da ola bilər. Erkən yaşlı uşaqlar adətən bəlğəmi xaric edə bilmədiklərindən udurlar. Auskultasiyada ağ ciyərlərdə və onun aşağı şöbələrində quru, fitverici, müxtəlif kalibrli yaş xiriltılar eşidilir. Xırıltıların lokalizasiyası və miqdarı həmişə eyni olmur, onlar gün ərzində (xüsusilə öskürəkdən sonra) tez–tez dəyişirlər. Kəskin bronxit 2 tərəfli proses olub, 2-3 həftədən sonra sağalma ilə qurtarır.

Obstruktiv bronxit – daha çox erkən yaşlı uşaqlarda rast gəlinir. Xəstəlik bronxlarda çoxlu miqdarda seliyin toplanması nəticəsində bronxların obstruksiyası əlamətləri ilə gedir. Əsas klinik əlamətləri fitverici nəfəsvermə olub, uzaqdan eşidilə bilən xırıltılarla müşaiyət olunur. Tənəffüs aktında köməkçi əzələlər iştirak edir. Bronxiolitdən fərqli olaraq tənəffüs aktında boğulma və hava çatışmazlığı hissi olmur.

Residivləşən bronxit- bir il ərzində 3 dəfə və daha çox təkrarlanan bronxitə deyilir. Xəstəliyin hər kəskinləşməsinin müddəti 2 həftədən az olmur. Birincili və ikincili residivləşən bronxit ayrıd edilir. Birincili bronxitin inkişafı infeksiya ilə əlaqədardır. İkincili bronxit isə tənəffüs yollarında yad cisimlərin olması, tənəffüs orqanlarında inkişaf qüsurları, irsi immunodefisit vəziyyəti fonunda inkişaf edir.

Kəskinləşmə dövründə kəskin bronxitin klinik əlamətləri meydana çıxır.

Kəskin bronxiolit (kapillyar bronxit) – daha çox erkən yaşlı uşaqlarda rast gəlinir, əsasən 2 yaşa qədər uşaqlar xəstələnirlər (xüsusilədə 6 aya qədər). Obstruktiv bronxitin bir variantı olub, kəskin tənəffüs və ürək–damar çatışmazlığının ilə gedən xirda bronx və bronxiolların zədələnməsilə xarakterizə olunur. Xəstəlik virus infeksiyasının ilk 3 günü ərzində inkişaf edir və xeyli ağır gedişi ilə xarakterizə olunur. Törədicidən asılı olaraq temperatur xəstəliyin ilk günlərində hipertemik və ya febril ola bilər. Dəri örtüyü bozumtul-sianotik rəng alir, ağız boşluğunun və dodaqların selikli qişası göyümtül olur. Tənəffüs tezləşir (60-80 və daha çox səthi). Tənəffüsdə köməkçi əzələlər iştirak edir. Döş qəfəsi şişmiş, həcmi böyümüş olur. Tənəffüsün pozulması hipoksiyanın inkişafina gətirib çıxarır. Bu da klinik olaraq həyəcan, hərəki aktivlik, narahatlıq, qıcolmaların meydana çıxması ilə özünü göstərir. Əzabverici öskürək zamanı tənəffüsün reflektori olaraq dayanması baş verə bilər. Ağ ciyərlərdə perkutor olaraq qutu səsi, auskultasiyada isə - ağ ciyərlərin bütün səthi boyu çoxlu sayda kiçik qovuqcuqlu xırıltılar, bəzi yerlərdə isə krepitasiyalar eşidilir. Ürəyin sərhədləri böyümüş, tonları karlaşmış olur. Rentgenoloji olaraq bronxiolit üçün ağ ciyərlərin şəffaflığının artması xarakterdir (qabırğalararası məsafənin genişlənməsi və diafraqmanın aşağı düşməsi)

Müalicə - törədiciyə qarşı və traxeobronxial ağacın funksiyasının normallaşdırılmasına yönəldilir. Xəstə yaxşı havası dəyişdirilən yüksək nəmlikli havası olan otaqda yerləşdirilməlidir. Xəstəlik virus etiologiyalı olarsa, ilk 2-3 günü leykositar interferon, qammaqlobulin təyin olunur. Bö-

yük yaşlı uşaqlardan bəlğəmin durulaşmasını və evakuasiyasını asanlaşdırmaq üçün duru, isti maye qəbulu ("Borjami" və süd ilə), bəlğəmgətirici miksturalar və s. təyin olunur. Öskürəyi dərman preparatlarının köməyi ilə aradan götürmək məsləhət deyil, belə ki, o qoruyucu refleks rolunu oynayır. Çoxlu bəlğəm olduqda öskürəyin olmaması bronxların obstruksiyasına gətirib çıxarır. Çətinliklə xaric olan bəlğəm yığıldıqda qələvi (məs. çay sodası) buxarı ilə inqalyasiya və proteolitik fermentlərlə aerozol göstərişdir. Bronxospazmı aradan götrmək üçün bronxiodilatatorlar – albuterol, efedrin istifadə olunur. Bronxlarda qan dövranını bərpa etmək üçün fizioterapiya məsləhət görülür. İnduktotermiya, UBŞ, elektrofarez və s. Obstruktiv bronxit və bronxiolitin müalicəsində əsas məqsəd tənəffüs yolları keçəcəyinin təmizlənməsidir. Bunun üçün əvvəlcə burun–udlaqdan bəlğəmi xaric edirlər, bunun ardınca inqalyasiya aparılır, sonra perkusion massaj, oksigenoterapiya aparılır. Xəstəliyin ağır gedişi zamanı ağ ciyərlərin köməkçi ventilyasiyasını həyata keçirirlər. İnfuzion terapiya fonunda eufillin və qlükokortikoidlər göstərişdir.

KƏSKİN PNEVMONİYA

Pnevmoniya – alveolların mütləq zədələnməsi ilə gedən ağ ciyərlərin infeksion mənşəli kəskin iltihabi xəstəliyidir. Pnevmoniya- uşaq yaşlarının daha çox rast gəlinən və ağır xəstəliklərinə aiddir.

Etiologiyası: ağ ciyərlərdə iltihabi prosesin inkişafına səbəb ola biləcək agentlərin 5 növü ayrıd edilir:

1) Patogen mikroorqanizmlər (stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, bağırsaq çöpləri)
2) Viruslar (qripp, respirator – sinisial, adeno-, entero və sitomeqaloviruslar)
3) Mikoplazma
4) Parazitlər (pnevmosit Karini)
5) Patogen göbələklər (kandida)

Çox hallarda pnevmoniyada qarışıq flora aşkarlanır: bakterial (eyni zamanda bir neçə bakteriya), bakterial – virus və s.

Xəstəliyin baş verməsində orqanizmin vəziyyəti həll edici rol oynayır: onun reaktivliyi, sensibilizasiyası (həssaslığı), tənəffüs orqanlarının xəstəliklərinə irsi meyilliyi.

Erkən yaşlı uşaqlarda morfoloji və funsional yetişməzlik, ferment sisteminin və tənəffüs orqanlarının anadangəlmə qüsurları, konstitusiya anomaliyaları, immunodefisit vəziyyətlər, yarımçıqdoğulma, ağır keçən doğuş, burun udlaqda xroniki infeksiya ocaqları və s. pnevmoniyanın inkişafına şərait yaradır. Soyuqlama faktoru da mühüm əhəmiyyətə malikdir.

İnfeksiya ağ ciyərlərə əsasən bronxogen yolla daxil olur. Limfogen və hemotogen yolla da infeksiyalaşma mümkündür.

Patogenez: pnevmaniyanın inkişafında əsas rol bronx keçiriciliyinin pozulmasına və ağ ciyərlərin qoruyucu mexanizminin zəifləməsinə məxsusdur. Bunun nəticəsində infeksion agent (infeksiyanın törədicisi) terminal bronxiollara və alveollara gedib çatır və ağ ciyərlərin parenximasına daxil olaraq iltihabi dəyişikliklərə səbəb olur. Ağ ciyərlərin ventilyasiyasının çatışmazlığı və qazların perfuziyasının (qanın ağ

ciyər toxumasından keçərkən oksigenlə zənginləşib, karbon qazını verməsi) pozulması qanın qaz tərkibinin dəyişiklərinə gətirib çıxarır. Nəticədə hipoksemiya və hipoksiya inkişaf edir. Hipoksiya və infeksion agentlərin toksiki təsiri mərkəzi sinir sisteminin, ürək–damar sisteminin və digər orqan sistemlərin funksiyasını pozur, asidozun inkişafına və hipoksiyanın daha da güclənməsinə şərait yaradır. Bütün növ maddələr mübadiləsi pozulur, hüceyrə və humoral immunitet zəifləyir. (*Şəkil 27, 28*)

Klinik şəkli: pnevmoniyanın diaqnostika kriteriyalarına aiddir:

1) Febril, kifayət qədər dayanıqlı qızdırma
2) Intoksikasiya (və ya toksikoz)
3) Tənəffüs çatışmazlığı əlamətləri (təngənəfəslik, dəri örtüklərinin sianozu, köməkçi əzələlərin tənəffüsdə iştirakı)
4) Ağ ciyərlərdə dayanıqlı lokal (yerli) dəyişikliklər (perkutor və auskultativ)
5) Rentgenoqrafiyada lobar (pay), sementar və ya ocaqlı infiltrativ kölgələrin olması
6) Kəskin iltihabi prosesin olmasını göstərən periferik qanın dəyişiklikləri (leykositoz, neytrofilyoz, EÇS–nin artması)

Bronxopnevmoniyanın zədələnməsinin həcmindən asılı olaraq ocaqlı, seqmentar, krupoz və interstisial olmaqla formaları ayrıd edilir. Gediş xarakterinə görə:

Kəskin–2 aya qədər

Uzunsürən-2 aydan–8 aya

Xroniki–8 çox davam edən pnevmoniyalar ayrıd olunur.

Ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, orta ağır və ağır formaları ayrıd edilir.

Bundan başqa pnevmoniyalar ağırlaşmalarla gedən və ağırlaşmasız gedən pnevmoniyalara bölünürlər.

Ocaqlı bronxopnevmoniya erkən yaşlı uşaqlarda daha tez-tez rast gələn formadır. Bu zaman iltihabi proses ağ ciyər toxumasının 0,5 x 0,7 sm^2–dən az olmayan sahəsini tutur. Çoxlu belə xırda infiltrat ocaqları öz aralarında birləşədə bilərlər. Bu cür birləşmiş–ocaqlı pnevmoniya ağır gedişə malik olur və destruksiyaya meyilli olur.

Xəstəlik adətən kəskin respirator infeksiyanın 5-7–ci günü inkişaf edir. Pnevmoniyanın başlanğıc simptomları intoksikasiyanın inkişafı əlaqədar olub, temperaturun yüksəlməsilə, narahatlıqla, həyəcanla, yuxunun pozulması ilə, ətraf mühitə marağın azalması ilə meydana çıxır. Uşaq döşdən imtina edir, daim zarıyır. Qusma, gəyirmə, duru nəcis ifrazı meydana çıxa bilər. Uşaqda çəki artımı dayanır. Uşağı öskürək narahat edir. Tədricən və ya kəskin olaraq tənəffüs çatışmazlığı inkişaf edir. Əvvəlcə ağızın ətrafında ağlayanda, qışqıranda, yedizdirəndə artan sianoz meydana çıxır. Ağır hallarda sianoz sakitlik vəziyyətində də qeyd olunur və yayılmış olur. Dəri bozumtul – torpaq rəngini alır. Tənəffüsün tezliyinin və dərinliyinin dəyişməsilə təngənəfəslik inkişaf edir və bu apnoe tutmaları ilə müşaiyət olunur. Tənəffüs aktında köməkçi əzələlər iştirak edir. Burun pərləri gərilmiş, döş qəfəsi köpmüş olur. Burundan və ağızdan köpüklü ifrazat qeyd olunur.

Obyektiv müayinədə zədələnmə ocağı üzərində perkutor səsin qısalması, küylü tənəffüs, krepitasiya, xırdaqovuqcuqlu yaş xırıltılar aşkar olunur.

Ağırlaşmalarsız ocaqlı pnevmoniyanın klinik əlamətləri müalicənin təsiri altında 10-12 günə keçib gedir. Ağ ciyərlərdə morfoloji proses isə 4-6 həftəyə qurtarır.

Seqmentar pnevmoniya uşaqlarda bütün yaş dövrlərində rast gəlinir və bir və ya bir neçə seqmentin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Xəstəliyin klinik şəkli zədələnmənin lokalizasiyasından və genişliyindən asılıdır. Seqmentar pnevmoniyalar uzunsürən gedişə meyilli olurlar ki, bu da seqmentin ventilyasiyasının pozulması və mikroatelektazların inkişafı ilə əlaqədardır. Daha sonra orqanik pnevmoskleroz formalaşa bilər. Abseslşmə də baş verə bilər.

Bir sıra hallarda pnevmoniyanın simptomsuz gedişi müşahidə olunur. Diadnoz rentgen müayinəsi əsasında qoyulur. Rengenoqramda aydın sərhədləri olan homogen seqmentar kölgəliklər təyin edilir.

İnterstisial pnevmoniya, viruslar, pnevmositlər, mikoplazmalar, nadir hallarda patogen göbələklər tərəfindən törədilir. Xəstəlik yarımçıqdoğulmuş və yeni doğulmuş uşaqlarda, daha böyük yaşlarda isə anemiya, distrofiya və immunodefisit vəziyyətlər fonunda rast gəlinir. İltihabi proses ağ ciyər toxumasının alveollararası və birləşdirici toxumasında inkişaf edir. İnterstisial pnevmoniyaların əksəriyyəti toksik formalara aiddir.

Klinik şəkli ağır tənəffüs çatmamazlığının sürətli inkişafı ilə, ürək–damar sisteminin zədələnməsi ilə (tonların kar-

laşması, kəskin taxikardiya, kiçik və böyük qan dövranında durğunluq əlamətləri), mərkəzi sinir sisteminin funksiyalarının pozulması ilə (gəyirmə, qusma, meteorizm) xarakterizə olunur. Tez-tez, əzabverici, tutmaşəkilli öskürək xarakterdir. Bəlğəm az, köpüklü, bəzən qan qarışmış olur. Döş qəfəsi köpmüş olur, perkusiyada timponik səs eşidilir. Tənəffüs zəifləmiş olur, krepitasiyalı, tək-tək quru xırıltılar eşidilir.

Rentgenoloji olaraq kəskin emfizema fonunda torşəkilli (deşik-deşik) görüntü aşkarlanır. İnterstisial pnevmoniya uzunsürən gedişli olur. Çox vaxt pnevmofibroz inkişaf edir. Letal nəticə mümkündür.

Destruktiv pnevmoniya – plevra və ağ ciyərlərin kəskin irinli zədələnməsidir. Xəstəlik qızılı stafilokokkların "xəstəxana" ştammları və ya qram-mənfi bakteriyalar tərəfindən törədilir. Xətəlik erkən absesləşmə ilə, ağ ciyər toxumasında havalı boşluqların əmələ gəlməsilə, iltihabı ocağın sürətlə plevraya açılması ilə və pnevmotoraksın baş verməsi ilə xarakterizə olunur. Xəstəlik şiddətli gedişə malik olur, sürətlə proqressivləşir.

Pnevmoniyanın müalicəsi: Bir yaşa qədər uşaqlarda və ağır gedişli formalar zamanı qospitalizasiya göstərişdir. Müalicədə əsas yeri mikrob əleyhinə terapiya tutur. Antibiotiklərdən, nitrofuranlardan və sulfanilamid preparatlardan istifadə olunur. Antibiotiklər əsasən parenteral yolla, xüsusilə də əzələ daxilinə yeridilir. Bu preparatların vena daxilinə yeridilməsi pnevmoniyanın ağır formalarında göstərişdir. Antibiotiklərin aerozol şəklində bilavasitə zədələnmə ocağına, eləcə də daxilə və düz bağırsağa yeridilməsi də mümkündür.

Antibiotiklərin uzunmüddətli qəbulu zamanı göbələk əleyhinə preparatlar göstərişdir. Müalicədə eləcə də antihistamin preparatlar, vitaminlər, eubiotiklər də istifadə olunur.

Tənəffüs çatmamazlığını aradan götürmək üçün aero- və oksigenoterapiya aparılır. Tənəffüs yollarında selik toplanarsa burun-udlaqdan, qırtlaqdan, iri bronxlardan möhtəviyyatı təmizləmək, bronx keçiriciliyini təmin etmək lazımdır.

Xəstəliyin ilk günlərindən aktiv olaraq dezintoksikasion terapiya aparılmalıdır. Destruktiv pnemoniyada immunostimuləedici terapiya aparılır. Kəskin dövrdə stafilokokkun, göy-yaşıl irin çöplərinin, eşerexiyanın, proteylərin antitoksininin yüksək titri ilə hiperimmun plazma: hiperimmun qamma–qlobulin (antistafilokokk): stafilokokk anatoksini ilə immunizasiya olunmuş donordan birbaşa qanköçürmə aparılması da məqsədəuyğundur.

Simptomatik və postsindrom terapiya da aparılr. Reflektor terapiya tənəffüs gimnastikası, masaj, fizioterapevtik müalicə metodlarıda böyük əhəmiyyətə malikdir.

PLEVRİT

Plevrit: plevranın iltihabıdır. Quru (fibrinoz) və eksudativ (serroz, xilyoz, serroz-fibrinoz, irinli hemorragik qarışıq) plevritlər ayrıd edilir. Lokalizasiyasına görə kostal, zirvə, diafraqmal, medistinal, payarası plevritlər vardır. Pnevmoniya ilə birlikdə müşaiyət olunan plevrit sinpnevmonik və ya parapnevmonik plevrit, pnevmoniyadan sonra əmələ gələn plevrit isə metapnevmanik və ya postpnevmonik plevrit adlanır. Gedişinə görə plevritlər kəskin və xronik olur.

Etiologiyası: Etiologiyasına görə plevritlər mikrob (pnevmokokk, stafilokokk, hemafilüs və s. vərəm mikoplazma, göbələk, virus koksaki B, qripp) kollagenoz (revmatoid artrit, sistem qırmızı qurd eşənəyi), travmatik, şiş və s. mənşəli olur. Son illər plevritin etiologiyasında patogen stafilokokklar, A qrip virusu üstünlük təşkil edir.

Patogenezi: İnfeksiya limfogen, hematogen, kontakt və plevranın tamlığının pozulması yolu ilə daxil olur.

Quru plevrit zamanı plevra vərəqəsinə fibrin və polinuklearlar çökür. Onkotik təzyiq azaldıqda və qan damarlarının keçiriciliyi atdıqda plevra boşluğuna maye toplanmağa başlayır. Əgər bakteriyalar eksudatda artıb-çoxalıb irinə çevrilərsə, bu **empiema** adlanır.

Klinikası: Quru plevrit çox vaxt postpnevmonik olur. Xəstədə quru, ağrılı öskürək, döş qəfəsində ağrı, subfebril temperatur qeyd edilir. Ağrı dərin nəfəsalma, öskürək zamanı artır. Xəstə tərəfə uzandıqda ağrı azalır. Auskultasiyada plevranın sürtünmə küyü eşidilir.

Rentgenoloji müayinədə diafraqmanın proses olan tərəfdə yüksək səviyyəsi və hərəkət məhdudluğu aşkar edilir. Qanda orta dərəcəli leykositoz, sola meyillik, EÇS-nin artması xasdır.

Seroz plevrit: adətən kəskin başlayır, yüksək temperatur, yüksək temperatur, xəstə tərəfdə ağrı, ağrılı öskürək, baş ağrısı, təngnəfəslik, iştahasızlıq, süstlük, üşütmə müşahidə edilir. Qeyri–vərəm mənşəli seroz plevrit zamanı temperatur adətən 7–12 gün çəkir. Eksudat artdıqca ağrı, öskürək azalır, tənginəfəslik artır, ürəkdöyünmə qeyd edilir. Döş qəfəsinin

həcmi xəstə tərəfdə artır, qabırğaarası sahələr genəlir. Həmin tərəf tənəffüsdə iştirak etmir. Xəstə məcburi vəziyyət alır, proses olan tərəfə uzanır, sonra isə oturur. Perkusiyada proses olan tərəfdə döşqəfəsinin aşağı hissəsində kütlük aşkar edilir. Eksudatın yuxarı hüdudu qövsvari xətt əmələ gətirir. (Şokolov-Damuazo xətti) (*Şəkil 29*)

Diaqnozu: Anemnez, klinik əlamətlər, rentgenoloji müayinə, plevral punksiya, qanın tədqiqinə əsasən təyin edilir. Seroz eksudatın xüsusi çəkisi 1,015–1,020, tərkibində zülal 30 q/l-dən az olur.

Müalicə: İlk növbədə əsas xəstəliyi müalicə etmək lazımdır. Törədicidən asılı olaraq, etiotrop müalicə (antibiotikoterapiya) təyin edilir. Analgetiklər, qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatlar, vitaminoterapiya, stimuledici terapiya, fizioterapiya, müalicəvi gimnastika məsləhətdir.

Seroz plevrit zamanı möhtəviyyat çox olduqda, ürək-damar və tənəffüs çatışmazlığı get-gedə artdıqda, irin olduqda müalicəvi plevral punksiya göstərişdir.

Praqnozu yaxşıdır.

ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİNİN ANATOMO-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Ürək. Yenidoğulmuşlarda ürək nisbətən böyük olub bədən kütləsinin 0,8%-ni təşkil edir. Artıq 3 yaşda ürək bədən çəkisinin 0.5% təşkil edir. Böyüklərinkinə uyğunlaşmağa başlayır. Uşaq ürəyi qeyri-bərabər böyüyür: ilk iki ildə və yetişkənlik dövründə daha sürətlə böyüyür. İki yaşa qədər

qulaqcıqlar, 10 yaşdan isə mədəciklər daha intensiv böyüyür. Yenidoğulmuşun ürəyi daha çox dəyirmi formaya malik olur, bu da mədəciklərin kifayət qədər inkişaf etməmiş olması və qulaqcıqların isə nisbətən böyük ölçüyə malik olması ilə əlaqədardır. 6 yaşda isə ürək böyüklərinkinə uyğun olaraq oval formaya yaxınlaşır. Ürəyin vəziyyəti də uşağın yaşından asılıdır. Yenidoğulmuşlarda və ilk iki ildə diafraqmanın nisbətən yuxarı yerləşməsi səbəbindən ürək horizontal vəziyyətdə olur, 2–3 yaşda isə çəp vəziyyət alır. Yenidoğulmuşda sağ və sol mədəciklərin divarının qalınlığı demək olar ki, eyni olur. Daha sonra isə böyümə qeyri–bərabər olur: daha böyük yük düşməsi səbəbindən sol mədəciyin divarı sağ mədəciyinkinə nisbətən daha çox qalınlaşır.

Uşaqda, xüsusilə ilk həftələrdə və aylarda qan damarları ilə ürəyin sağ və sol şöbələri arasında müxtəlif növ əlaqələr (yollar) qalmış olur: qulaqcıqlararası çəpərdə oval dəlik, arterial axacaq, kiçik qan dövranında arteriolo–venulyar anastomozlar və s. bu rabitələrin olması nəticəsində qan yüksək təzyiq olan kameradan aşağı təzyiq olana atılır. Bəzi hallarda, məsələn ağ ciyər hipertenziyası və ya tənəffüs çatmamazlığı inkişaf etməsi zamanı ağ ciyər arteriyasında və ürəyin sağ şöbələrində təzyiq böyük qan dövranı arteriyalarındakı təzyiqi örtüb keçməyə başlayır. Bu isə qanın atılma istiqamətinin dəyişməsinə (sağdan sola şunt) və arterial qanın venoz qanla qarışmasına gətirib çıxarır.

Damarlar: Erkən yaşlı uşaqlarda damarlar nisbətən genişdir. Venaların mənfəzi təqribən arteriyaların mənfəzi ilə eynidir. Venalar daha intensiv böyüyərək 15-16 yaşda arteri-

yalardan 2 dəfə geniş olur. Aorta 10 yaşa qədər ağ ciyər arteriyasından dar olur, daha sonra tədricən onların diametrləri bərabərləşir, cinsi yetişkənlik dövründə isə artıq aorta eninə görə ağ ciyər arteriyasını ötüb keçir.

Kapilyarlar yaxşı inkişaf etmişdir. Onların keçiriciliyi böyüklərdəkinə nisbətən daha yüksək olur. Kapilyarların enli və sıx olması qanın durğunluğuna meyillik yaradır ki, bu da bir yaşa qədər uşaqlarda pnevmoniya və osteomielit kimi bir sıra xəstəliklərin daha tez-tez inkişaf etməsinə səbəb olur. Uşaqlarda qanın sürəti yüksək olur, böyüdükcə yavaşıyır.

Arterial nəbz uşaqlarda böyüklərdəkinə nisbətən daha tez–tez vurur, bu da uşaqlarda azan sinirin ürək fəaliyyətinə daha az təsirinin olması və maddələr mübadiləsinin daha sürətli getməsilə əlaqədar olaraq uşağın ürək əzələsinin daha sürətli yığılması ilə əlaqədardır. Toxumaların qanla təmin olunmasına yüksək tələbat böyük sistolik həcm hesabına deyil, daha sürətli ürək yığılmaları hesabına təmin olunur. Yenidoğulmuşlarda ürək yığılmalarının tezliyi (ÜYT)–120–140–bir dəqiqədə qeyd olunur. Uşaq böyüdükcə ÜYT tədricən azalır: 1 yaşda–dəqiqədə 110-120, 5 yaşda–dəqiqədə 100, 10 yaşda – dəqiqədə 90, 12-13 yaşda isə – dəqiqədə 80-70 olur. Uşaq ağladıqda, qışqırdıqda, fiziki gərginlik zamanı, temperatur yüksəldikdə nəbz tezləşir. Eləcə də uşaqlarda nəbz nəfəsalmada tezləşir və nəfəsvermədə isə seyrəkləşir.

Arterial təzyiq (AT): uşaqlarda böyüklərdəkinə nisbətən aşağı olur. Uşaq nə qədər kiçikdirsə bir o qədər aşağı

olur. Uşaqlarda arterial təzyiqin aşağı olması sol mədəciyin həcminin kiçik olması, damarların mənfəzinin geniş olması və arteriyanın divarının elastik olması ilə əlaqələndirilir. Vaxtında doğulmuşlarda sistolik arterial təzyiq 65–85 mm. c.süt təşkil edir. Bir yaşa qədər uşaqlarda maksimal arterial təzyiqin təqribi səviyyəsi bu formula ilə hesablanır:

76+2n, n-ayların sayı, 76–yenidoğulmuşlarda sistolik arterial təzyiqin orta göstəricisidir.

Daha böyük yaşlı uşaqlarda maksimal arterial təzyiq bu formula ilə hesablanır:

100+n, n – yaşı göstərir, bu formula ilə hesablandıqda ±15 fərq ola bilər.

Diastolik təzyiq isə sistolik təzyiqin 2/3 – 1/2–ni təşkil edir.

Arterial təzyiqi təkcə qollarda deyil, ayaqlarda da ölçmək lazımdır. Uşaqlarda arterial təzyiqi ölçmək üçün eni 3,5,7,12 və 18 sm olan manjetlərdən istifadə edilir. Manjet bazunun və ya budun 2/3–ni tutmalıdır. Daha ensiz manjet istifadə olunarsa ölçülən göstəricilərin artmasına, daha enli manjetdən istifadə edildikdə isə göstəricilərin azalmasına gətirib çıxarır.

Arterial təzyiqi aşağı ətrafda ölçdükdə stetoskop dizaltı arteriyanın üzərinə qoyulmalıdır. Aşağı ətraflarda təzyiq yuxarı ətraflardakı təzyiqdən 10 mm.c.süt. çox olur.

ANADANGƏLMƏ ÜRƏK QÜSURLARI

Ürək qüsuru–ürəyin quruluşunda onun funksiyalarını pozan dayanıqlı patoloji dəyişiklərin olmasıdır. Anadangəlmə ürək və iri damarların qüsurları hamiləliyin 2-8–ci həftəsində embriogenezin pozulması nəticəsində və yaxud-da bətndaxili inkişaf dövründə keçirilmiş endokardit nəticəsində formalaşır. Anadangəlmə ürək qüsurlarının (AÜQ) inkişafında ananın virus xəstəlikləri (məxmərək, qızılca, epidemik parotit, su çiçəyi, qripp), eləcə də hamilələrin toksoplazmozu böyük rol oynayır. Ürək qüsurları yaxın qohumlarda çox vaxt yanaşı xromosom xəstəlikləri və inkişaf anomaliyaları ilə təsadüf edilir, bu da onun genetik irsi meyilliyinin olmasını göstərir. AÜQ–nın meydana çıxmasında radioaktiv şüalanma, valideynlərin yaşı, hamilə qadına toksiki və kimyəvi maddələrin təsiri, bir sıra dərman preparatlarının qəbulu (metotreksat, fenobarbital və s.) da mühüm rol oynayır. Böyük və kiçik qan dövranında hemodinamikanın vəziyyətindən asılı olaraq AÜQ-nı dörd qrupa bölürlər:

I qrup - kiçik qan dövranında artmış qan axımı ilə olan qüsurlar.

II qrup - kiçik qan dövranında azalmış qan axımı ilə olan qüsurlar.

III qrup - böyük qan dövranında azalmış qan axımı ilə olan qüsurlar.

IV qrup - hemodinamikada dəyişikliklər baş vermədən olan qüsurlar.

AÜQ dərhal doğulduqdan sonra və ya bir müddət sonra xarakter klinik əlamətlərlə aşkarlana bilər. Xəstələrdə sianoz (daimi, keçici və müvəqqəti), təngənəfəslik, ürək və damar-

lar nahiyəsində küy meydana çıxır. Ürəyin sərhədləri böyüyür. Respirator infeksiyalara və uzunsürən təkrari pnevmoniyalara meyillik qeyd olunur. Uşaqlar fiziki inkişafdan geri qalır. (*Şəkil 30, 31*)

AÜQ-nın gediində 3 faza ayrıd edilir.

Birinci faza (ilkin adaptasiya) – orqanizmin hemodinamikada olan pozğunluqlara uyğunlaşmanın olması ilə xarakterizə olunur. 2–3 ildən sonra **ikinci faza**–**nisbi kompensasiya** fazası başlayır. Bu dövrdə uşağın vəziyyəti xeyli yaxşılaşır, onun fiziki inkişafı və hərəki aktivliyi artır.

Üçüncü faza-terminal fazadır. Bu faza o zaman başlayır ki, kompensator imkanlar tükənir və ürək əzələsində distrofik və degenerativ dəyişikliklər inkişaf edir. Üçüncü fazanın sonunda xəstənin ölümü qaçınılmazdır.

KİÇİK QAN DÖVRANINDA ARTMIŞ QAN AXIMI İLƏ OLAN QÜSURLAR

Bu qrup qüsurlar qanın ürəyin sağ şöbələrinə və ağ ciyər arteriyasına atılması və nəticədə kiçik və böyük qan dövranı arasında patoloji əlaqənin (rabitənin) olması ilə xarakterizə olunur. Bu qrupa aiddir:

1) Açıq arterial axacaq.
2) Qulaqcıqlararası çəpərin (arakəsmənin) qüsuru
3) Mədəciklərarası çəpərin (arakəsmənin) qüsuru

Açıq arterial axacaq bətndaxili inkişaf dövründə aorta ilə ağ ciyər arteriyasını birləşdirir, kiçik və böyük qan dövranında təzyiqi tarazlaşdırır. Uşaq doğulduqdan sonrakı ilk günlərdə bu axacaq bağlanır. Uşağın 3 ayından sonra onun hələ bağlanmaması anadangəlmə ürək qüsuru kimi qiymətləndirilir. Açıq arterial axacağın diametri kiçik olarsa he-

modinamik pozğunluqlar müşahidə olunmur. Bu axacağın diametri böyük olduqda isə elə ilk günlərdən sianoz qeyd olunur və sağ mədəcik sola nisbətən daha güclü olur. Daha sonra böyük və kiçik qan dövranın da təzyiq fərqinə görə qanın aortadan ağ ciyər arteriyasına atılması baş verir ki, bu da kiçik qan dövranının həddən artıq dolmasına və ürəyin sol kamerasının həddən çox yüklənməsinə gətirib çıxarır. Ağ ciyər hipertenziyasının inkişafı zamanı sağ mədəciyin də həddən çox yüklənməsi müşahidə edilir.

Qulaqcıqlararası çəpərin qüsuru: Ən çox yayılmış AÜQ-dan biridir. Hemodinamik pozğunluğun nə dərəcədə olması qüsurun böyüklüyündən asılıdır. Böyük ölçülü qüsurlar xəstəliyin tipik simptomlarının inkişafına gətirib çıxarır. Xəstələr təngənəfəslikdən, halsızlıqdan şikayətlənir, dəri örtükləri avazımış olur. Ürəyin sərhədləri eninə daha çox sağa doğru böyümüş olur. Döş sümüyündən sola II–III qabırğa arası nahiyədə sistolik küy eşidilir, ağ ciyər arteriyası üzərində II ton güclənmiş və parçalanmış olur.

Mədəciklərarası çəpərin qüsuru: Yayılmasına görə bütün AÜQ arasında 20-30% təşkil edir. Qanın sol mədəcikdən sağ mədəciyə atılması kimi hemodinamik pozğunluq təyin edilir. Şuntun böyüklüyü qüsurun yerləşməsindən və ölçüsündən asılıdır.

Bu qüsurun iki forması ayrıd edilir:

1) Yüksək qüsurlar – bu zaman qüsur mədəciklərarası çəpərin membranoz hissəsində yerləşir.
2) Kiçik qüsurlar – bu zaman qüsur çəpərin (arakəsmənin) əzələ hissəsində lokalizə olunur.

KİÇİK QAN DÖVRANINDA AZALMIŞ QAN AXIMI İLƏ OLAN QÜSURLAR

Bu qüsurlar ağ ciyər arteriyasının daralması nəticəsində meydana çıxır, çox vaxt sağ mədəcikdən böyük qan dövranına qanın patoloji atılması ilə birlikdə olur. (sağdan sola şunt). Bu qrup qüsurlara aiddir:

1) Ağ ciyər arteriyasının izolə olunmuş stenozu.
2) Fallo xəstəliyi (triada, tetrada, pentada)

Bunlardan ən geniş yayılmışı sianozla gedən Fallo tetradasıdır. Bu qüsur özündə 4 anomaliyanı birləşdirir: ağ ciyər arteriyasının stenozu, mədəciklərarası çəpərin qüsuru, aortanın sağa transpozisiyası (dekstapozisionu) və sağ mədəciyin hipertrofiyası. (*Şəkil 32*)

Qüsur klinik olaraq doğulduqdan dərhal sonra və ya birinci ayda meydana çıxır. Onun əsas əlamətləri təngənəfəslik və sianozdur. Sianoz dodaq və ağız boşluğunun selikli qişasında, barmaqların dırnaq yatağında kəskin nəzərə çarpır. Sianozun daha kəskin təzahürü dərinin göyümtül–mavi rəngdə olması və inyeksiyalaşmış damarlarla gözün sklerasının boz rəngdə olmasıdır. Fallo tetradası üçün xarakter poza: xəstə uşaq çömələrək oturur və ya ayaqları qarnına tərəf yığılmış vəziyyətdə böyrü üstə uzanır. Belə ki, bu vəziyyətdə tənginəfəslik onu daha az narahat edir. Dəridəki kapilyarlarda durğunluq nəticəsində ətraflarda barmaqların uc falanqaları qalınlaşaraq "baraban çubuqları" şəklini alır, dırnaqlar isə

qabarıqlaşaraq saat şüşəsi formasını alır. Uşaqlar fiziki inkişafdan geri qalır. Ürəyin sərhədləri normal qalır və ya bir az sola doğru böyüyür.

Döş sümüyünün sol kənarı boyunca kobud sistolik küy eşidilir, ağ ciyər arteriyası üzərində II ton zədələnmiş olur. Periferik qanda hemoqlobinin səviyyəsi və eritrositlərin miqdarı artır.

Qüsurun dekompensasiya fazasında hipoksemik (göyərmə-təngnəfəslik) tutmalar meydana çıxır. Bu tutmalar sağ mədəciyin çıxacağının spazmı nəticəsində və stenozlaşmış ağ ciyər arteriyasının spazmı nəticəsində baş verir ki, bu da qanın tamamilə aortaya şuntlanmasına gətirib çıxarır. Bu zaman adi akrosianoz fonunda xəstədə təngnəfəslik tutması, taxikardiya baş verir, sianoz güclənir. Uşaq həyəcanlı olur, çox vaxt bayılma vəziyyəti meydana çıxa bilər. Daha sonra hipoksik koma inkişaf edə bilər ki, bu da huşun itirilməsi və qıcolmalarla müşaiyət olunur.

BÖYÜK QAN DÖVRANINDA QAN AXIMININ AZALMASI İLƏ GEDƏN QÜSURLAR. AORTANIN KOARKTASİYASI

Bu qüsur zamanı sol körpücükaltı arteriyanın ağzından aşağı aortanın döş şöbəsində daralma olur. Daralmanın dərəcəsi və ölçüsü müxtəlif olur. Bədənin aşağı yarısının damarlarına az qan gedir. Daralma nahiyəsindən yuxarıda hipertenziya müşahidə olunur ki, bu da başın, çiyin qurşağının, yuxarı ətrafların damarlarına yayılır. Xəstələrdə baş ağrıları,

baş gicəllənmə, baş və boyunda pulsasiya hissi, qulaqlarda küy meydana çıxır. Bədənin yuxarı hissəsi, aşağı yarısından yaxşı inkişaf edir. Qarında və ayaq–baldır əzələlərində işemik ağrılar qeyd olunur. Yeriyən zaman tez yorulma baş verir. Böyrəklərin funksiyası pozulur. Aortanın koarktasiyasının əsas klinik simptomlarından biri yuxarı və aşağı ətraflarda AT (arterial təzyiq) göstəricilərində fərqin olmasıdır. Aşağı ətraflarda damarların pulsasiyası zəifləyir, gecikmə ilə ötürülür. Ürəyin sərhədləri sola böyümüş olur. Auskultasiyada küyün lokalizasiyası daralmanın səviyyəsindən asılı olur, aorta üzərində II ton güclənmiş olur.

AÜQ–nın müalicəsi: AÜQ-nın yeganə müalicə üsulu cərrahi əməliyyatdır. Operativ müalicə 2 yerə ayrılır: radikal və palliativ.

Cərrahi əməliyyat ixtisaslamış klinikada, əksər hallarda "quru" ürəkdə, hipotermiya şəraitində aparılır. Çox vaxt erkən yaş dövründə palliativ əməliyyat göstərişdir ki, bu da xəstənin nisbi kompensasiya fazasına qədər və optimal radikal korreksiya vaxtına qədər həyatda qalmasına imkan verir. Cərrahi əməliyyatın aparılması üçün ən münasib vaxt qusurun gedişinin II fazasıdır (3 yaşdan 12 yaşa qədər). Vacib olduğu halda cərrahi müdaxilənin daha erkən yaşda aparılması da mümkündür.

AÜQ -ında konservativ terapiya nəzərdə tutulur:

1) Ürək çatışmazlığında və hipoksemik krizlərdə təxirəsalınmaz yardım.
2) Saxlayıcı müalicə (xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırdıqdan sonra həmin vəziyyətin saxlanılması üçün aparılan müalicəvi tədbirlər)

3) Trombozların profilaktikası
4) Anemiyanın müalicəsi.

Hipoksemik krizlərin əsas müalicəsi oksigenoterapiya, asidozun korreksiyası və ağ ciyər arteriyasının başlanğıc şöbələrinin spazmına dərman preparatları ilə təsirdən ibarətdir.

REVMATİZM

Revmatizm – prosesin əsasən ürək-damar sistemində lokalizasiyası ilə gedən birləşdirici toxumanın sistem xəstəliyidir.

Etiologiya və patogenezi: xəstəliyin əmələ gəlməsində əsas rol A qrupundan olan β – hemolitik streptokokklara məxsusdur. Əsasında streptokokk əleyhinə müdafiənin yetişkən olmaması və allergik tip reaksiyalar duran genetik pozğunluqlar da əhəmiyyətə malikdir. Streptokokk antigen kardiotrop olduğundan ürək və damarların qişalarını zədələyir, birləşdirici toxumanın işinin pozulmasına səbəb olur. Zədələnmiş toxuma antigen xüsusiyyətinə malik olur ki, bu da auto – antitellərin əmələ gəlməsinə və birləşdirici toxumanın sonrakı zədələnməsinə gətirib çıxarır.

Klinik şəkli: Revmatizmin klinik təzahürləri çox müxtəlifdir və revmatik prosesin lokalizasiyasından və onun aktivlik dərəcəsindən asılıdır. Xəstəlik keçirilmiş streptokokk infeksiyasından 1,5–2 həftə sonra inkişaf edir və temperaturun yüksəlməsilə, intoksikasiya simptomlarının meydana

çıxması və ürək–damar sistemi və digər sistemlərin zədələnməsilə xarakterizə olunur. Revmatizmin əsas əlamətləri ürəyin zədələnməsilə əlaqədardır (revmokardit). Uşaq yaşları üçün revmatik prosesə eyni zamanda miokardin, endokardin və perikardin cəlb olunması xarakterikdir. Eləcə də xəstəliyin yüngül və gizli gedişi zamanı ürək qüsurunun formalaşması da mümkündür.

Miokarditin ocaqlı və diffuz formaları ayrıd edilir. Diffuz miokardit uşağın ümumi vəziyyətinin kəskin pisləşməsi ilə xarakterizə olunur. Dəri örtükləri avazımış olur, təngənəfəslik, sianoz meydana çıxır. Nəbz tezləşmiş, aritmik olur. AT düşür. Ürəyin sərhədləri böyümüş olur. Zirvədə yumşaq sistolik küy eşidilir. Kiçik qan dövranında durğunluq əlamətləri olduqda ağ ciyərlərin aşağı paylarında xırda qovuqcuqlu xırıltılar, krepitasiya meydana çıxır. Böyük qan dövranında durğunluq isə qaraciyərin ölçülərinin böyüməsi ilə müşaiyət olunur.

Ocaqlı miokarditdə xəstənin ümumi vəziyyəti kafi olur. Ürəyin sərhədləri normada olur, ürək tonları bir qədər karlaşmış olur. Ürəyin zirvəsində qeyri intensiv sistolik küy eşidilir. Qan dövranı çatışmazlığı olmur.

Endokarditin klinik simptomlarının inkişafı prosesə ürəyin klapan aparatının cəlb olunması ilə əlaqədar olur. Ən çox mitral klapan zədələnmiş olur. Xəstələrdə ilk gündən ürəyin zirvəsində və V nöqtəsində kobud sistolik küy əmələ gəlir və bu da ürəyin sol sərhədinə və qoltuqaltı nahiyəyə ötürülür. Aortal klapanın zədələnməsi zamanı döş sümüyünün sol kənarı boyunca "süzülən" diastolik küy eşidilir.

Revmatik perikardit ayrıca proses kimi nadir hallarda rast gəlinir. Adətən o endokardit və miokarditlə birlikdə olur. Fibrinoz perikarditlə ürək nahiyəsində ağrılar meydana çıxır, perikardın titrəmə küyü eşidilir. Diffuz eksudativ perikardit ümumi vəziyyətin kəskin pisləşməsi ilə müşaiyət olunur. Dəri örtüklərinin kəskin avazıması, dodaqların sianozu, boyun venalarının şişməsi baş verir. Təngnəfəslik artır. Xəstə məcburi oturaq vəziyyət alır. Nəbz tezləşmiş, zəif dolğunluqlu olur. AT enir. Ürəyin sərhədləri genişlənir, ürək tonları karlaşır, əvvəl eşidilən küylər pis eşidilir. Ürək damar çatmamazlığı inkişaf edir. (*Şəkil 33, 34, 35, 36*)

Rentgenoloji müayinədə ürəyin böyük ölçüdə trapesəbənzər formada kölgəsi təyin edilir.

Revmatik prosesin generalizə olunmuş xarakteri ürəkdənkənar zədələnmələrin meydana çıxmasını müəyyənləşdirir. Bunlara da poliartrit, kiçik xoreya, dəri və bir sıra daxili orqanların zədələnməsi aiddir.

Revmatik poliartrit çoxlu oynaqların zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Adətən prosesə orta oynaqlar cəlb olunur. Revmatik poliartritə zədələnmələrin simmetrikliyi və uçuculuğu tipikdir. Oynaqlar şişkinləşmiş, kəskin ağrılı, əllə toxunduqda isti olur. Oynağın üzərindəki dəri dartılmış və hiperemiyalı olur. Oynaqların revmatik zədələnməsinin fərqləndirici xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, vaxtında müalicə olunduqda deformasiyalar olmur və ağrılar tez yoxa çıxır. Xəstəliyin müasir gedişi üçün oynaqların poliatralgiyalar şəklində zədələnməsi xarakterikdir. (*Şəkil 37, 38, 39, 40*)



Şəkil 1.



Şəkil 2.



Şəkil 3.



Şəkil 4.



Şəkil 5.



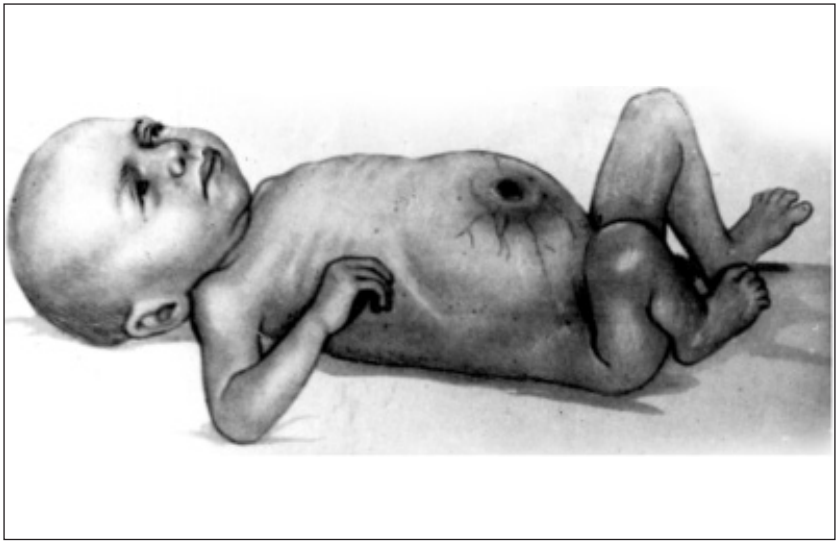
Şəkil 6.



Şəkil 7.



Şəkil 8.



Şəkil 9.



Şəkil 10.



Şəkil 11.



Şəkil 12.



Şəkil 13.



Şəkil 14.



Şəkil 15.



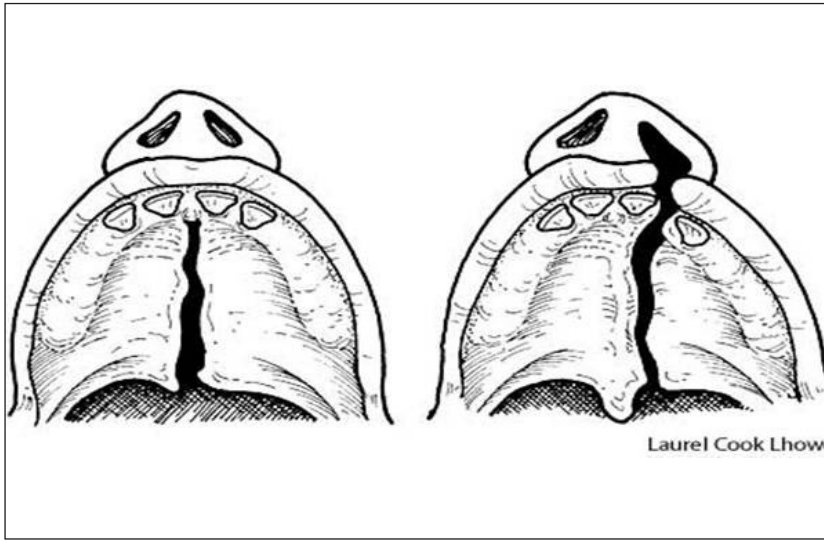
Şəkil 16.



Şəkil 17.



Şəkil 18.



Şəkil 19.



Şəkil 20.



Şəkil 21.



Şəkil 22.



Şəkil 23.



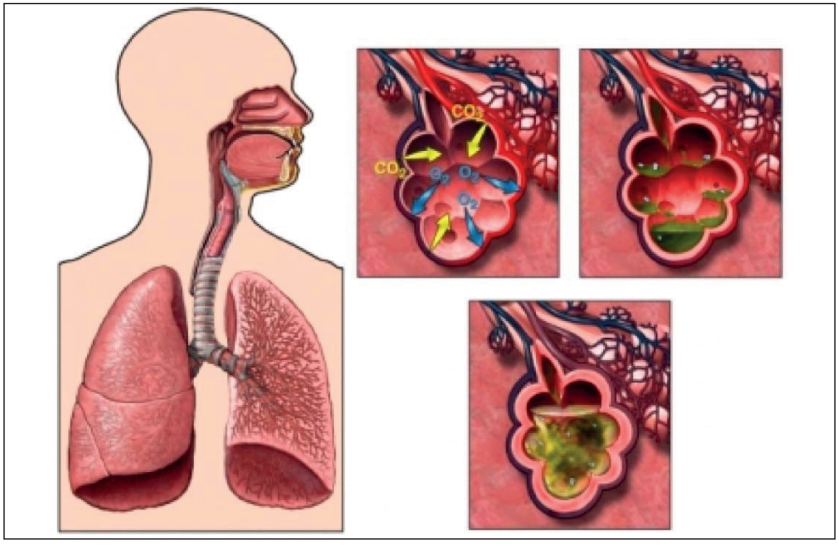
Şəkil 24.



Şəkil 25.



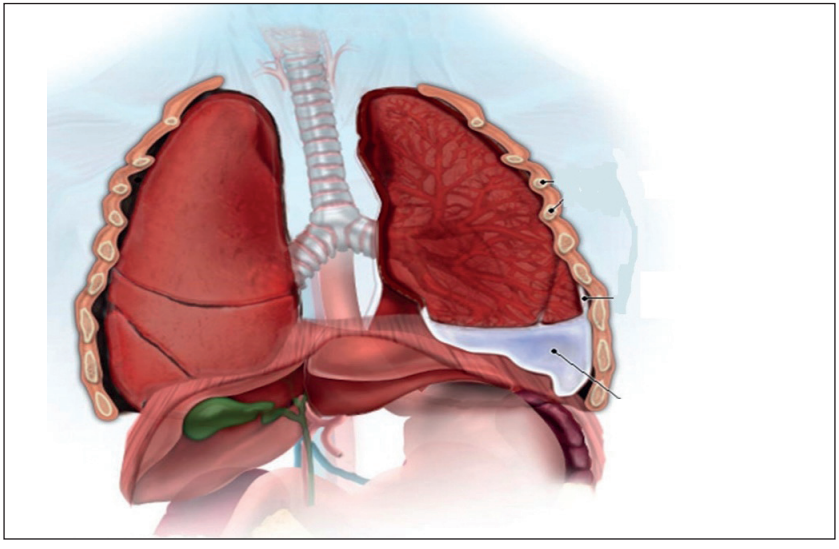
Şəkil 26.



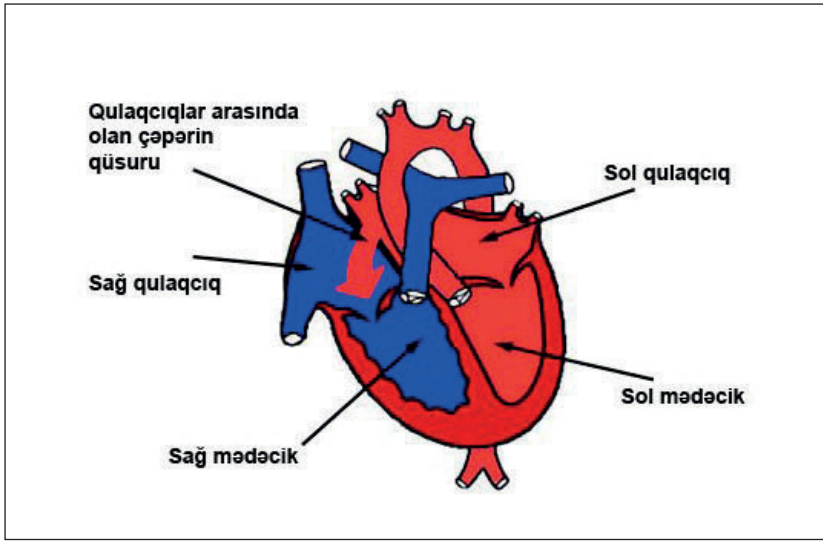
Şəkil 27.



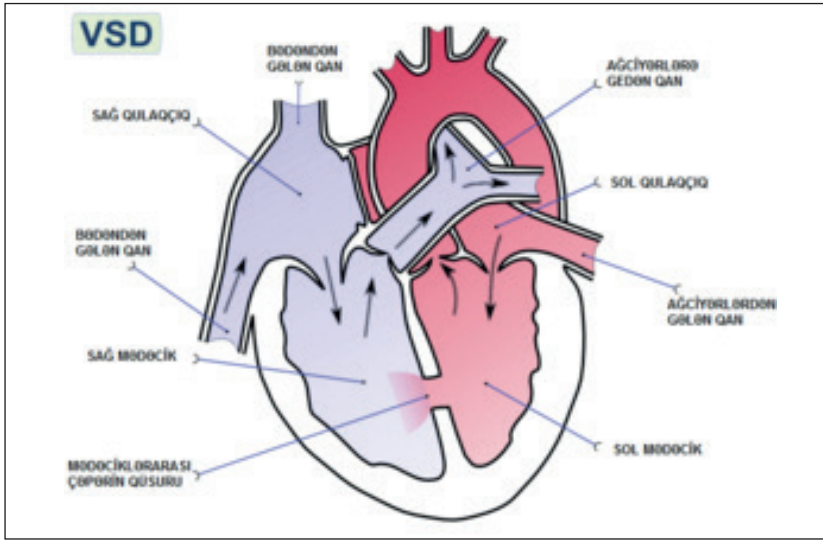
Şəkil 28.



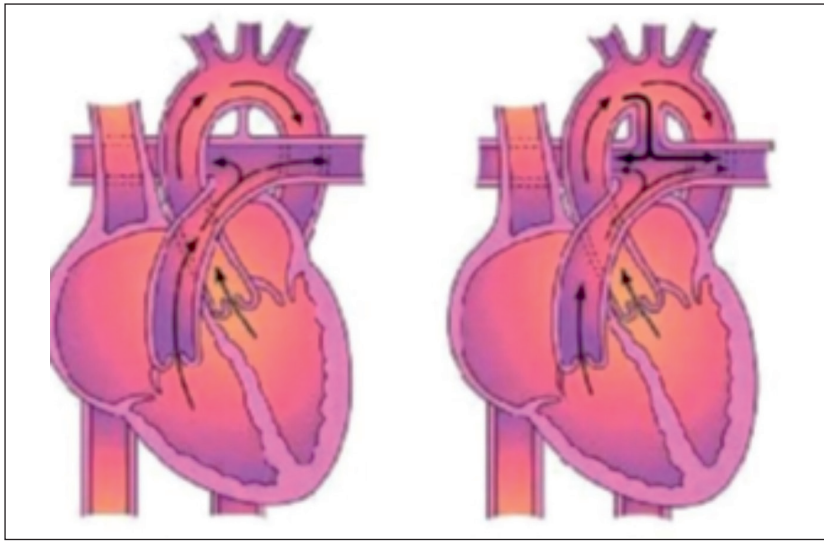
Şəkil 29.



Şəkil 30.
AÜQ – nın gediində 3 faza ayrıd edilir.

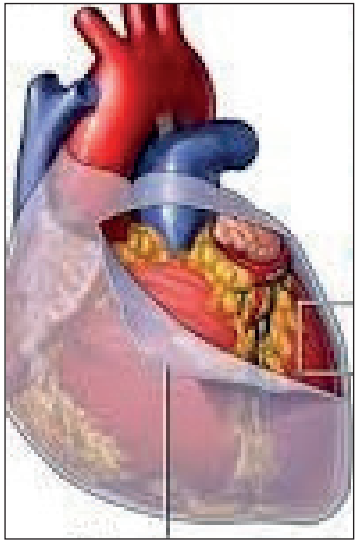


Şəkil 31.
AÜQ – nın gediində 3 faza ayrıd edilir.

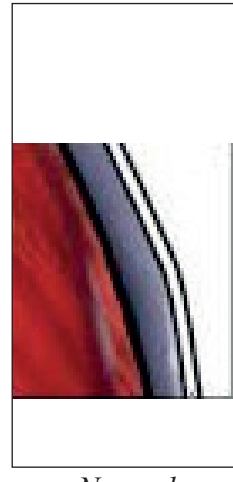


Norma *Fallo tetradası*

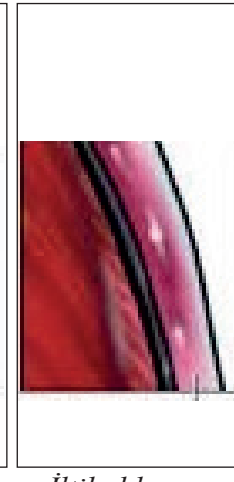
Şəkil 32.



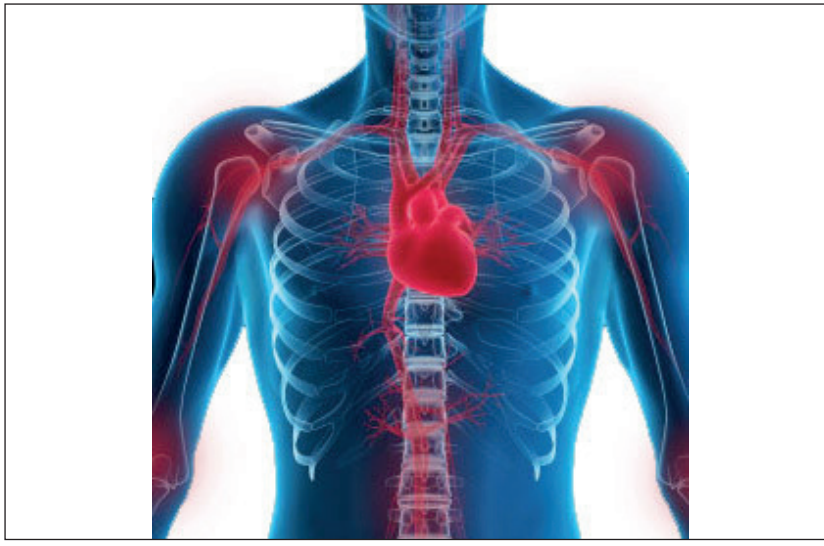
Şəkil 33.



Normal perikard
Şəkil 34.



İltihablaşmış perikard
Şəkil 35.



Şəkil 36.



Şəkil 37.



Şəkil 38.

Uşaq yaşlarında sinir sisteminin zədələnməsi çox vaxt **kiçik xoreya** şəklində meydana çıxır. Xəstələrdə əsəbilik, emosional dəyişkənlik, ağlağanlıq, yuxunun pisləşməsi qeyd olunur. 1–2 həftədən sonra xoreyanın əsas əlamətləri inkişaf edir: hiperkinezlər, əzələlərin hipotoniyası, hərəkətlərin kordinasiyasız olması, emosional sferanın pozulması. Hiperkinezlər nəticəsində (müxtəlif əzələ qrupları tərəfindən qeyri–iradi, ani, coşqun hərəkətlər) qrimaslar meydana çıxır, uşaqlar müstəqil özləri yemək yeyə bilmirlər, yazıları, xətləri anlaşılmaz olur. Kiçik xoreyada hərəkətlər ritmik olmur, bütün bədənə səpələnmiş olur və cəld templə başa çatır. Kəskin hiperkinezlər zamanı xəstə ayaq üstə dura və yeriyə bilmir, yataqda vəziyyətlərini daima dəyişirlər – hərəkət burulğanı inkişaf edir. Hiperkinezlərin qırtlaq əzələlərinə yayılması zamanı udma və nitq pozulur.

Kiçik xoreya ürəyin cüzi zədələnməsi, normal bədən temperaturu, labarator göstəricilərdə cüzi dəyişikliklərlə gedir.hazırda daha çox xoreyanın silinmiş formaları müşahidə olunur.

Revmatik prosesin gedişində iki faza ayrıd edilir: aktiv və qeyri-aktiv

Aktiv revmatizmin əsas diaqnostik kriteriyalarına aid edilir: 1) kardit, 2) poliartrit, 3)xoreya, 4) revmatik düyünlər, anulyar eritema, 5)xəstəliyin keçirilmiş streptokokk infeksiyası ilə əlaqəsi.

Əlavə diaqnostik kriteriyalara isə aid edilir:

1) qızdırma, 2)atralgiya, 3)laborator dəyişikliklər, 4) EKQ-də dəyişikliklər, 5) revmatik anamnez (keçmişdə revmatizm keçirilməsi, ürəyin pevmatik zədələnməsinin olması).

Aktiv faza 10–12 ay davam edir. Prosesin aktivliyinin 3 dərəcəsi ayrıd edilir: I–minimal; II–orta, III– maksimal

III dərəcəli aktivlik zamanı xəstəliyin əlamətləri aydın görünür. Yüksək hərarət qeyd olunur. EKQ-də dəqiq kardit əlamətləri qeyd olunur, labarator göstəricilər kəskin dəyişmiş olur.

Aktivliyin II dərəcəsində kliniki, labarator və digər əlamətlər orta dərəcədə nəzərə çarpır. Hərarət olmaya bilər.

Aktivliyin I dərəcəsində revmatizmin kliniki, labarator əlamətləri zəif nəzərə çarpır.

Aktiv fazanın kəskin (2 aya qədər), yarımkəskin (3-4 ay), uzunsürən (5-6 aya qədər), residivləşən (1 il və daha çox) və latent (kliniki simptomsuz) formaları ayrıd edilir.

Labarator diaqnozu: periferik qanda leykositoz EÇS–nin yüksəlməsi qeyd olunur. Biokimyəvi müayinədə disproteinemiya, C–reaktiv zülal, fibrinogenin miqdarının artması meydana çıxır. Streptokokk əleyhinə antitellərin titrinin artması mühüm əhəmiyyətə malikdir: antistreptolizinin, antistreptohialuronidazanın, antistreptokinazanın.

Müalicə: xəstəliyin kəskin dövründə uşaq qospitalizə olunmalıdır. İxtisaslaşmış şöbədə müalicə olunması daha məqsədə uyğundur.

Müvəqqəti olaraq hərəki aktivliyin məhdudlaşdırmaq göstərişdir. Aktivliyin maksimal dərəcəsində ciddi yataq rejimi təyin edilir. Aktivliyin orta və ya minimal dərəcəsində yataq rejimi təyin olunur (2-3 həftə müddətində). Daha sonra yarımyataq və ya qoruyucu rejimə keçirilir. Bir rejimdən digərinə keçirildikdə kliniki və labarator göstəriciləri, elə-

cədə yüklənmə funksional sınağının nəticələrini almaq lazımdır. Xüsusi işlənib hazırlanmış kompleks üzrə müalicəvi gimnastikaya daha erkən başlamaq göstərişdir.

Xəstənin pəhrizi tam dəyərli, vitaminlərlə və kaliumla zəngin olmalıdır. Xəstəliyin kəskin dövründə duzun və mayenin miqdarını məhdudlaşdırmaq lazımdır, qidadan ekstraktlı maddələri çıxartmaq lazımdır. (stol №10). Ürək çatmamazlığı inkişaf edərsə orqanizmin yükünü azaltmaq lazım gəlir.

Xəstəliyin ilk günlərindən 1,5–2 həftə müddətinə penisillin preparatları təyin edirlər. Sonra isə hər 2–4 həftədən bir "Bisillin - 5", 750000–1500000 V uşağın yaşından asılı olaraq təyin edilir. Terapiyada əsas yeri revmatizm əleyhinə preparatlar tutur ki, bunlar da müxtəlif dərman qruplarına aiddir. ən yaxşı iltihab əleyhinə təsirə malik olan preparatlara salisilatlar, indol törəmələri (indometasin, metindol), voltaren, müəyyən dərəcədə də pirazolan qrupu preparatları aiddir. Ağır hallarda qlukokortikoidlər göstərişdir. Böyük dozada hormonlar təyin edildikdə kalium preparatları ("Panangin", "Asparkam") qəbul edilməlidir.

Xoreya zamanı bütün antirevmatik müalicə kompleksi ilə yanaşı əlavə olaraq barbituratlar, bromidlər, trankvilizatorlar, antihistamin preparatları, B qrup vitaminlər təyin edilir. Fizioterapevtik müalicə göstərişdir.

QAN SİSTEMİNİN ANATOMO–FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Qan sisteminə periferik qan, qan yaradıcı orqanlar (qırmızı sümük iliyi, qara ciyər, dalaq limfa düyünləri və digər limfoid törəmələr) aiddir.

Embrional dövrdə qanyaradıcı orqanlar qara ciyər, dalaq, sümük iliyi və limfoid toxumadır. Uşaq doğulduqdan sonra qanyaranma əsas etibarilə sümük iliyində və erkən yaşlı uşaqlarda bütün sümüklərdə gedir. 1 yaşından başlayaraq qırmızı sümük iliyinin sarı sümük iliyinə çevrilməsinin təzahürləri meydana çıxır. Cinsi yetişkənlik dövründə qanyaranma yastı sümüklərdə (döş sümüyü, qabırğalar, fəqərə cisimləri), borulu sümüklərin epifizlərində, eləcə də limfa düyünlərində və dalaqda gedir.

Limfa düyünləri–limfopoezin mühüm orqanıdır. Yenidoğulmuşlarda onlar böyüklərdən fərqli olaraq limfa damarları ilə və çoxu cavan formalar olan (hansıların ki, miqdarı 4–5 ildən sonra tədricən azalır) limfoid elementlərlə zəngindir. Morfoloji və onunla əlaqədar olaraq limfa düyünlərinin funksional yetişməməzliyi onların baryer funksiyasının kifayət qədər olmamasına gətirib çıxarır. Bununla əlaqədar olaraq, ilk aylarda infeksion agentlər asanlıqla qana keçə bilir. Bu zaman limfa düyünləri tərəfindən görünən dəyişikliklər baş vermir. 1-3 yaşdan başlayaraq isə limfa düyünləri törədicinin orqanizmə

daxil olmasına cavab verir. 7-8 yaşdan isə limfa düyünlərinin inkişafının başa çatması ilə əlaqədar olaraq artıq infeksiyanın törədicisindən yerli müdafiə imkanı meydana gəlir. İnfeksiyanın orqanizmə daxil olmasına cavab reaksiyası–limfa düyünlərinin ölçülərinin böyüməsi və onların palpasiya zamanı ağrılı olmasıdır. Sağlam uşaqlarda boyun (çənəltı, ön və arxa, ənsə), qoltuqaltı və qasıq limfa düyünləri palpasiya olunur. Onlar tək, yumşaq, hərəkətli, öz aralarında və ətraf toxumaya birləşməmiş, darı və ya mərci böyüklüyündə olurlar.

Çəngələbənzər vəzi – immunitetin mərkəzi orqanıdır. Uşaq doğulan zaman o yaxşı inkişaf etmiş olur. 1–3 yaş arası dövrdə onun çəkisi artır. Cinsi yetişkənlik dövrünün başlanması ilə çəngələbənzər vəzinin yaşla əlaqədar involyusiyası (geriyə inkafı) başlayır.

Dalaq: immunitetin periferik orqanlarından biridir. Dalaqda limfositlərin əmələ gəlməsi, eritrosit və trombositlərin parçalanması, dəmirin toplanması, immunoqlobulinlərin sintezi gedir. Dalağın funksiyalarına qanın depolaşdırılması da daxildir.

Makrofaq sistemi (retikuloendotelial sistem) monositlərin əmələ gəldiyi yerdir.

Badamcıqlar: əsas limfoid törəmələrdir. Yenidoğulmuşda onlar dəridə yerləşir və kiçik ölçüyə malik olur. Limfoid toxumanın quruluşu və funksional yetişməməzliyi ilə əlaqədar olaraq 1 yaşa qədər uşaqlar nadir hallarda angina ilə xəstələnirlər. 5–10 yaşdan başlayaraq tez–tez damaq

badamcıqlarının böyüməsi müşahidə olunur və bu da çox vaxt burun-udlaq badamcıqlarının və udlağın digər limfoid törəmələrinin böyüməsi ilə birlikdə qeyd olunur. Cinsi yetişkənlik dövründən artıq onların geriyə inkişafı başlayır. Limfoid toxuma birləşdirici toxuma ilə əvəz olunur, badamcıqlar kiçilir və daha bərk olurlar.

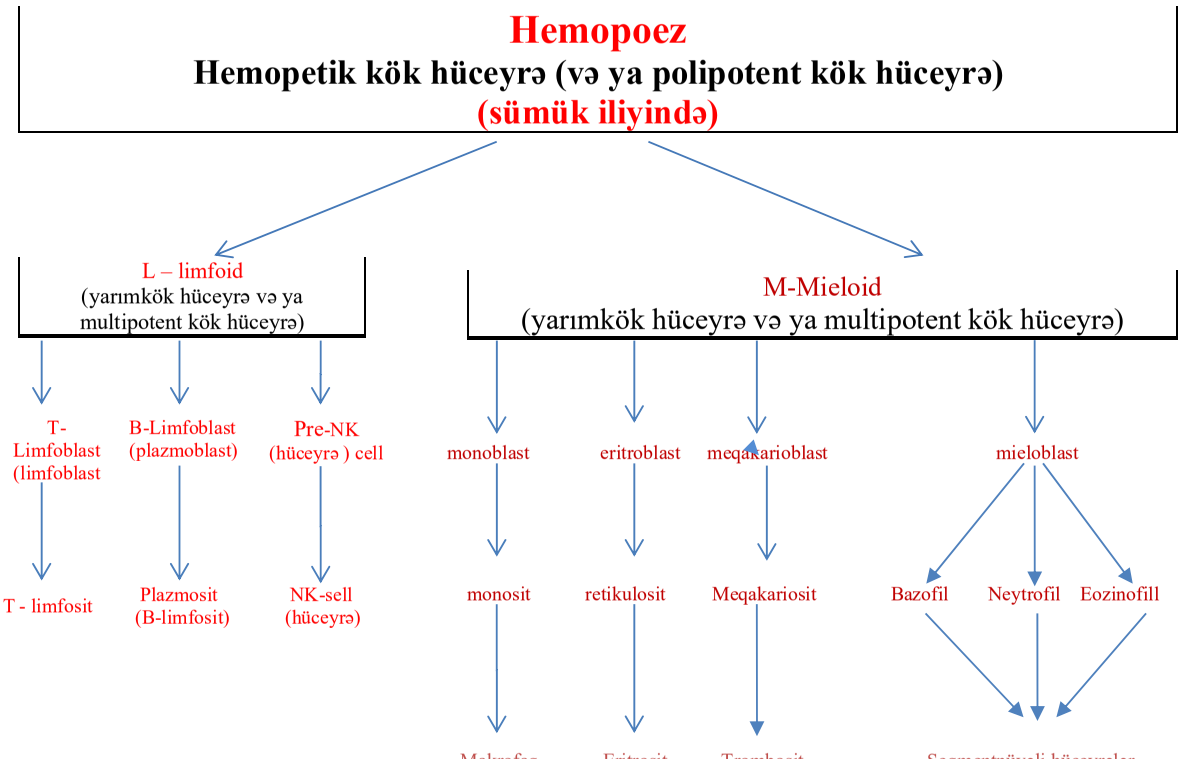
Yenidoğulmuşun qanı: bu yaş dövründə periferik qan üçün eritrositlərin miqdarının çox olması və hemoqlobinin yüksək yüksək səviyyəsi xarakterikdir. Yenidoğulmuşun qanının 60–80%-ini fetal hemoqlobin təşkil edir. Yarımçıqdoğulmuşlarda isə bu 80–90 % təşkil edə bilər. Plasentar qan dövranında oksigenin daşınmasına (transportuna) daha yaxşı uyğunlaşmış fetal hemoqlobin böyüklərin hemoqlobininə nisbətən oksigeni daha tez özünə birləşdirirki, bu da yenidoğulmuşun yeni həyat şəraitinə adaptasiya dövründə mühüm rol oynayır. İlk 3 ay müddətində tədricən fetal hemoqlobinin böyüklərin hemoqlobini ilə əvəz olunması baş verir. Rəng göstəricisi yenidoğulma dövründə birdən yuxarı olur (1,3). Yenidoğulmuşların eritrositləri üçün aşağıdakı keyfiyyət fərqi xarakterdir: anizositoz (eritrositlərin müxtəlif böyüklükdə olması), polixromotofiliya (eritrositlərin rənglənmə dərəcəsinin müxtəlifliyi), retikulositlərin miqdarının yüksək olması(eritrositlərin cavan forması), normoblastların mövcud olması (nüvəsi olan cavan eritrositlər).

Eritrositlərin çökmə sürəti (EÇS) yenidoğulmuşlarda 2 -3 mm/saat təşkil edir.

Uşaq həyatının ilk günlərində leykositar formulada neytrofillər üstünlük təşkil edir. (60–65%-ə yaxın). Limfositlərin sayı 16–34% təşkil edir, həyatının 5–6– cı günlərində neytrofillərin və limfositlərin miqdarı bərabərləşir. Birinci ayın sonuna isə neytrofillərin sayı azalaraq 25–30%-ə enir. Limfositlər artaraq 55–60%-ə çatır.

Bir yaşa qədər uşaqların qanı: südəmər dövrdə eritrositlərin miqdarı və hemoqlobinin səviyyəsi tədricən azalır. südəmər uşaqlarda rəng göstəricisi l-dən az olur. Anizositoz və polixromotofiliya cüzi olur və ilk iki ayda müşahidə olunur. Normoblastlar tək-tək, retikulositlərin miqdarı orta hesabla 5– 6% təşkil edir, EÇS 3–5 mm/s olur. Leykositar formulada limfositlər üstünlük təşkil edir.

Yenidoğulmuşlarda və 1 yaşa qədər uşaqlarda qanın laxtalanma sistemi bir sıra xüsusiyyətlərə malik olur. Yenidoğulma dövründə laxtalanma yavaşımış olur, bu da protrombin kompleksinin komponentlərinin aktivliyinin azalması ilə əlaqədar olur: II,V və VII faktorlar. Bir yaşa qədər uşaqlarda tromboplastinin əmələ gəlməsinin yavaşıması qeyd olunur. İlk günlərdə X və IV faktorların aktivliyi aşağı olur. Yenidoğulma dövründə eləcə də I faktorun miqdarının bir qədər azalması qeyd olunur. Fibrinolitik sistemin aktivliyi çox vaxt uşaqlarda yüksək olur. Daha sonra isə qaraciyərin yetişkənliyindən asılı olaraq, laxtalanma faktorlarının aktivliyi lazımi səviyyədə olur və mürəkkəb homeostaz sisteminin tarazlığını təmin edir.


Hemopoez
Hemopetik kök hüceyrə (və ya polipotent kök hüceyrə)
(sümük iliyində)
L – limfoid
(yarımkök hüceyrə və ya multipotent kök hüceyrə)
M-Mieloid
(yarımkök hüceyrə və ya multipotent kök hüceyrə)
T-Limfoblast (limfoblast
B-Limfoblast (plazmoblast)
Pre-NK (hüceyrə) cell
monoblast
eritroblast
meqakarioblast
mieloblast
T - limfosit
Plazmosit (B-limfosit)
NK-sell (hüceyrə)
monosit
retikulosit
Meqakariosit
Bazofil
Neytrofil
Eozinofill
Makrofaq
Eritrosit
Trombosit
Seqmentnüvəli hüceyrələr

ANEMİYALAR

Anemiya - qanın vahid həcmində hemoqlobinin səviyyəsinin aşağı düşməsi və eritrositlərin miqdarının azalması ilə xarakterizə olunan vəziyyətdir. Anemiyalar 3 qrupa bölünürlər:

1) Qanitirmə nəticəsində meydana çıxan anemiyalar (posthemorragik)
2) Eritropoezin pozulması nəticəsində əmələ gələn anemiyalar
3) Eritrositlərin güclü parçalanması nəticəsində meydana çıxan anemiyalar (hemolitik)

Uşaq yaşlarında qanyaranmanın pozulması nəticəsində meydana çıxan anemiyalara dəmir defisitli, vit.B_{12}–fol turşusu defisitli, hipo–və aplastik anemiyalar aiddir. Erkən yaşlı uşaqlarda dəmir defisitli anemiyalar daha tez–tez rast gəlinir. (*Şəkil 41, 42*)

DƏMİR DEFİSİTLİ ANEMİYA

Dəmir defisitli anemiya zamanı qan plazmasında, sümük iliyində və depoda dəmirin miqdarı azalır, hemoqlobinin və eritrositlərin əmələ gəlməsi pozulur.

Etiologiyası: Dəmir defisitli anemiyanın inkişaf etmə səbəbləri:

1) Çoxdöllü hamiləlik və yarımçıqdoğulma zamanı depoda dəmir çatışmazlığı, hamilə qadınlarda anemiya

2) Qida ilə dəmirin və digər mikroelementlərin, eləcə də zülalların, vitaminlərin orqanizmə kifayət qədər daxil olmaması (yalnız inək və ya keçi südü yedizdirmə, əlavə qidaya gec keçmək, əsasən karbohidrat və bitki tərkibli pəhrizlər)
3) Həzm orqanlarının xəstəliyi zamanı bağırsaqlarda dəmirin sorulmasının pozulması
4) Qanaxmalarda, helmintozlar və eksudativ kataral diatez zamanı dəmirin çox miqdarda itirilməsi.
5) İntensiv böyümə zamanı, xroniki irinli–ocaqlı infeksiyalar zamanı və uşağın tez-tez xəstələnmələri zamanı dəmirə tələbatın artması.

Dəmirin neonatal ehtiyatı yenidoğulmuşlarda 3–4 ayına kimi, yarımçıqdoğulmuşlarda isə 5–6 ayına kimi tükənir.

Klinik şəkli: Dəmirin defisitinə baş beyin həddsiz dərəcədə həssas olduğundan, onun funksiyalarına xoşagəlməz təsir göstərir. Bu emosional sferada dəyişikliklərlə özünü göstərir: xəstələr əsəbi, ağlağan olurlar, ətraf mühitə maraq itir. Bir yaşa qədər uşaqlar ağır anemiya zamanı psixomotor inkişafdan geri qalırlar. Məktəbyaşlı uşaqlarda yorğunluq, zəiflik, iştahasızlıq, əhval–ruhiyənin pis olması, oxumağa marağın azalması meydana çıxır, beyin pozğunluqları ola bilər: baş ağrıları, baş gicəllənmə, bayılma.

Anemiyanın xarakter klinik simptomu dəri örtüklərinin və görünən selikli qişaların avazımasıdır. Hb–nin səviyyəsi 90 q/l–dən aşağı olduqda dəri mərmərəbənzər şəkil alır, eyni zamanda oral sianoz və akrosianoz meydana çıxır ki, bu da narahatlıq və uşaq ağlayan zaman artır.

Dəmirin defisiti dərinin epitelində və selikli qişalarda distrofik və atrofik dəyişikliklərlə müşaiyət olunur. İştaha azalır və pozulur: uşaq həvəslə təbaşir, torpaq, buz, dondurulmuş ərzaqlar yeyir, kəskin, çox vaxt xoşagəlməz iylərə meyillik yaranır. Selikli qişanın zədələnməsi tez–tez rinitlərə və dil məməciklərinin atrofiyalaşmasına gətirib çıxarır, ağır anemiyalarda dil "cilalanmış" şəkildə olur. Disfagiya, qusma, gəyirmə, erkən yaşda dəyişkən xarakterli nəcis qeyd olunur. Trofik pozğunluqlar nəticəsində, dəmir tərkibli fermentlərin çatışmaması ilə əlaqədar dərinin quruması, qabıqlanması, dodaqların selikli qişasında, ağız bucaqlarında çatlar meydana çıxır. Saçlar quruyur, kobudlaşır, bərkiyir, tökülür, dırnaqlar qaşığabənzər şəkil alır.

Dəmir defisiti və hipoksiya miokardda distrofik proseslərin inkişafına gətirib çıxarır. Taxikardiya, ürəyin zirvəsində, böyük damarlarında sistolik küy, meydana çıxır. Ürəyin sərhədləri cüzi böyüyür, AT enir. Erkən yaşlı uşaqlarda ağır anemiya zamanı qara ciyər və dalaq böyüyür, hipotrofiya inkişaf edir. (*Şəkil 43*)

Anemiyalı uşaqlarda infeksiyalara qarşı müqavimət azalır.

Xəstəliyin bir neçə klinik forması ayrıd edilir: yarımçıqdoğulmuşların anemiyası ("erkən" və "gec"), alimentar, alimentar–infeksion anemiyalar, qızlarda xloroz.

Yarımçıqdoğulmuşların "erkən" anemiyası 1-2 aylığında inkişaf edir. Bəzən o xoşagəlməz şərait olduqda vaxtında doğulmuşlarda da baş verə bilir və "fizioloji" xoşxassəli anemiya kimi qiymətləndirilir. "Erkən" anemiyanın inkişaf etməsinin əsas səbəbləri yenidoğulma dövründə eritrositlə-

rin güclü hemolizi, sümük iliyinin morfoloji və funksional yetişməzliyi, uşağın yarımçıqdoğulmasıdır (qanyaranma prosesi üçün vacib olan maddələrin və dəmirin toplanması hamiləliyin son 6–8 həftəsində baş verir).

Yarımçıqdoğulmuşların "gec" anemiyası həyatının 3-4 ayı meydana çıxır, bu da depoda neonatal ehtiyatın tükənməsi nəticəsində inkişaf edir və xəstəlik zəif klinik simptomlarla müşaiyət olunur.

Alimentar və alimentar–infeksion anemiya uşaq həyatının ikinci yarımilində meydana çıxır. Onun inkişafında təkcə neontal ehtiyatların tükənməsi deyil, həm də qidalanmanın pozulması əsas rol oynayır.

Xloroz – qızlarda cinsi yetişkənlik dövrünün xəstəliyidir. Anemiya endokrin disfunksiyası fonunda inkişaf edir.

Klinik təzahürlərin çoxmüxtəlifliyi xarakterdir: zəiflik, yorğunluq, anoreksiya, başgicəllənmə, ürəkdöyünmə, epiqastral nahiyədə ağrılar, ürəkbulanma, qusma, qəbizlik. Menstrual tsikl pozulur (oliqo, və ya amenoreya) Dəri kirəc kimi avazımış, çox vaxt yaşılımtıl rəngə çalır.

Diaqnostika: eritrositlərin və hemoqlobinin miqdarına görə anemiyanın 3 ağırlıq dərəcəsi ayrıd edilir: yüngül, orta ağır, ağır.

Yüngül anemiya: eritrositlərin miqdarı 3×10^{12}/l–dən az olmur, hemoqlobin-90-110 q/l

Orta ağır anemiya: eritrositlərin miqdarı-$2,5\times10^{12}$/l, hemoqlobin–70 -90 q/l

Ağır anemiya: eritrositlərin miqdarı $2,5\times10^{12}$/l dən az olur, hemoqlobin–70 q/l aşağı olur.

Rəng göstəricisindən asılı olaraq anemiyalar 3 qrupa bölünür:

1) Normoxrom–rəng göstəricisi 0,5-1 arasında olur
2) Hipoxrom -rəng göstəricisi 0,5–dən aşağı olur
3) Hiperxrom - rəng göstəricisi 1,0–dən yuxarı olur

Müalicə: xəstəliyin inkişaf etməsinə səbəb olan faktorlar aradan qaldırılmalıdır, dəmir və mis preparatları təyin edilməli, tərkibində kifayət qədər zülallar, vitaminlər, dəmir və digər mikroelementlər olan rasional qidalanma ilə təmin edilməlidir. Tərkibi dəmirin miqdarına görə qidalar:

1) dəmirlə zəngin qidalar, 100 qramında – 5mg.dan çox dəmir olan ərzaqlar: qaraciyər, yumurta sarısı,yulaf unu.
2) dəmirlə bir qədər zəngin qidalar 100 qramında 1-5mg dəmir olan ərzaqlar: mal əti, toyuq əti, yulaf, buğda, qarabaşaq yarmaları, alma.
3) dəmirlə kaşad qidalar 100 qramında 1mq.dan az dəmir olan: kök çiyələk, üzüm, süd.

Uşağın qida rasionuna dəmir, mis, kobalt, nikel, marqans və s. mikroelementlərlə zəngin qidalar daxil edilməsidir: yulaf unu, qarabaşaq və yulaf yarması,çuğundur, qabaq, yaşıl noxud, kələm, kartof və s. şirələrdən: albalı, nar, limon, çuğundur, alma (turş alma növlərindən) şirələrinə üstünlük verilir. Birinci yarımildə sürtgəcdən keçirilmiş alma püresinə, yumurta sarısına, tərəvəz pürelərinə, sıyıqlara, ikinci yarımildə ət və qara ciyər pürelərinə daha erkən keçilmə məsləhət görülür. Anemiyalı uşaqların qidasında süd məhsullarını (belə ki, onların tərkibindəki kalsi və fosfor dəmirlə kompleks əmələ gətirərək çöküntü verir), eləcə də un məhsullarını (onların tərkibindəki fitin dəmirin sorulmasını çətinləşdirir) məhdudlaşdırmaq lazımdır.

Medikamentoz terapiyaya isə dəmir, mis preparatları və bir sıra vitaminlərlə müalicə daxildir. Yüngül və orta ağır anemiyalarda dəmir preparatları daxilə, ağır anemiyalarda isə-parenteral təyin edilir. Dəmir preparatları içərisində 2 valentli dəmir-oksid preparatları daha yaxşı effekt verir, belə ki, onlar 3 valentli dəmir duzlarına nisbətən daha aktiv sorulurlar.

Bir yaşa qədər uşaqlarda: aloye siropu dəmirlə, oroferon suspenziya, reoferon, rezoferon.

Bir yaşdan böyük uşaqlarda: ferrokal, ferropleks, feramid, hemofer və s.

Pubertat dövrdə isə uzunmüddətli təsirə malik dəmir preparatları: ferroqradument, tardiferon.

Dəmirin daha yaxşı sorulması üçün dəmir preparatını səhər yeməyindən 30 dəqiqə qabaq askorbin turşusu ilə (vit.C) birlikdə, yaxud turş şirələrlə (limon, nar, apelsin) qəbul edilməlidir. Dəmir preparatlarını süd və kofe ilə qəbul etmək olmaz.

Müalicə kursu uzunmüddətli olmalıdır (1–3 ay), hemoqlobinin dayanıqlı optimal səviyyəsi əldə olunanadək və daha sonra isə dozanı azaldırlar və depoda dəmir toplanana qədər bir ay müddətində verməyə davam edirlər. Ağır anemiyanın müalicəsində dəmir preparatlarını parenteral yeridirlər: ferkofen, ferrum–lek, ferbitol, distrofer, ektofer.

Əzələ daxilinə yeridildikdə onlar əzələyə dərinə yeridilməlidir. Vena daxilinə isə yalnız damcı ilə NaCl izotonik məhlulu və ya qlukoza məhlulu ilə birlikdə yeridilir.

Eritropoezi stimulə etmək üçün dəmir preparatları ilə yanaşı 1%-li mis–sulfat, C, B_1,$B_2$$B_6$,$B_{12}$,P vitaminləri, fol turşusu da təyin edilir. Mədə bağırsaq traktının funksiyasını normallaşdırmaq üçün fermentoterapiya aparılır.

KƏSKİN LEYKOZ

Leykoz – qanyaradıcı toxumanın bədxassəli xəstəliyi olub, patoloji prosesin sümük iliyində ilkin lokalizasiyası, daha sonra isə digər orqanlara metaztazlar verməsi ilə xarakterizə olunur..

Etiologiyası. Leykozun baş verməsinin səbəbi sümük iliyi hüceyrələrinin xromosom aparatının tərkib və strukturunda baş verən pozğunluqlar ola bilər. Bu da həm irsi, həm də mutagen faktorların (onkoviruslar, kimyəvi maddələr, şüalanma) təsiri nəticəsində qazanılma ola bilər. Xəstəliyin inkişafında immunitetin zəifləməsi həlledici rol oynayır.

Patogenez. Mutant–hüceyrə yetişmə qabiliyyətini itirir və dayanmadan çoxalmağa başlayır. Şiş leykoz hüceyrələri–mutasiya olunmuş bir hüceyrənin gələcək nəsli qanyaranmanın normal cücərtilərini sıxışdırıb çıxarır, bütün orqanizm boyu müxtəlif yerlərdə yerləşərək leykemik infiltratlar (metaztazlar) əmələ gətirirlər. Qara ciyərdə, dalaqda, limfa düyünlərində embrional qanyaranma ocaqları meydana çıxır. Kəskin leykozun xarakter əlaməti sümük iliyində blast hüceyrələrin miqdarının artmasıdır. Hansı növ blastın (mieloblast, limfoblast, monoblast, eriitroblast və differensasiya olunmamış blastlar) olmasından asılı olaraq, kəskin leykozun formaları ayrıd edilir. Uşaqlarda leykozun ən geniş yayılmış formaları limfoblast və mieloblast leykozlardır. (*Şəkil 44,45,46*)

Klinik şəkli: xəstəlik çox vaxt gizlicə başlayır. Xəstələrdə halsızlıq, iştahanın azalması, yuxunun pozulması, başağrıları,

subfebril temperatur, rəngin avazıması kimi şikayətlər meydana çıxır. Kəskin leykoz çox vaxt başqa bir xəstəlik maskası altında gedir: angina, anemiya, trombositopatiya, vazopatiya, qripp, sepsis. Xəstəliyin başlanmasından birinci qan analizinə kimi (hansının ki, əsasında leykozun diaqnozunu qoymaq olar) çox hallarda 2-3 aydan tutmuş bir neçə ilə kimi vaxt keçir. Xəstəliyin kəskin dövründə klinik simptomlar müxtəlif orqanlarda leykemik infiltratların artması ilə əlaqəli olur və anemik, sümük – oynaq, proliferativ (qara ciyərin, dalağın, limfa düyünlərinin böyüməsi) və hemorragik sindromlar şəklində meydana çıxır. Dəri örtükləri və selikli qişalar kəskin avazımış olur və boz torpaq rənginə çalır. Uşaqlarda borulu sümüklərdə və onurğada ağrılar meydana çıxır. Qara ciyər, dalaq, mediastinal və periferik limfa düyünləri: boyun, çənəaltı, qoltuqaltı, qasıq limfa düyünləri böyüyür. Limfa düyünləri bərk-elastik konsistensiyalı, ağrısız. ətraf toxumaya birləşmiş olurlar. Bəzən simmetrik olaraq tüpürcək və gözyaşı vəzilərinin də böyüməsi qeyd olunur. Hemorragik sindrom dəriyə qansızmalar və burunun, diş ətinin, daxili orqanların selikli qişalarından qanaxmalarla meydana çıxır. Leykozun tez-tez rast gələn təzahürlərindəən biri də dəri, selikli qişa və bağırsağın nekrotik zədələnmələridir. Bu da gingivitlərin (diş əti iltihabı), stomatitlərin, enteropatiyaların (yüngül formalardan tutmuş ağır xoralı–nekrotik formalaradək) inkişafı ilə özünü göstərir. Tez–tez tənəffüs orqanları, ürək, böyrəklərin zədələnməsi meydana çıxır. İmmunitet çox zəifləyir, infeksion ağırlaşmalar baş verir. (*Şəkil 47*)

Leykemuk infiltratlarla sinir sisteminin spesifik zədələnməsi nəticəsində neyroleykemiya inkişaf edir və klinik simptomları isə prosesin lokalizasiyasından və yayılmasından asılı olur. Klinik şəklində baş beyin maddəsinin və qişalarının zədələnmə simptomları qeyd olunur: baş ağrısı, ürəkbulanma, qusma, yuxululuq, görmənin və eşitmənin zəifləməsi, psixi vəziyyətin və nitqin pozulması, qıcolmalar, koma, kəllə sinirlərinin iflic və parezləri.

Labarator diaqnostika. Kəskin leykozun diaqnozunu qoymaq üçün periferik qanın analizinin, mieloqrammanın, blast hüceyrələrin sitokimyəvi tədqiqinin aparılması mütləqdir.

Kəskin leykozun əsas hematoloji xüsusiyyəti blast hüceyrələrinin kəskin proliferasiyasıdır. Sümük iliyindən götürülmüş punksiya materialında 5%-dən çox blast hüceyrələrinin tapılması leykozdan şübhələnməyə əsas verir. Blast hüceyrələrinin miqdarı 95% -ə çata bilər.

Qanyaranmanın erkən mərhələdə kəsilməsi xarakter hematoloji kriteriyadır ki, bunun da nəticəsində cavan hüceyrələrlə yetişmiş leykositlər arasında keçid formalar olmur (“leykemik açılma və ya boşluq”).

Kəskin leykozun əsas hematoloji əlamətləri:

1) periferik qanda yetişməmiş patoloji formaların – blastların meydana çıxması
2) anemiya
3) trombositopeniya – hesab olunur.

Daimi olmayan əlamətlərinə isə aiddir: leykositlərin miqdarının artması və ya azalması, yüksək EÇS

Kəskin leykoz kəskinləşmə və remissiya dövrlərinin növbələnməsi dalğavari gedişli olur. Remissiya hissəvi və ya tam ola bilir. Tam remissiyanın kriteriyaları – leykozun klinik əlamətlərinin olmaması, sümük iliyində blast hüceyrələrinin miqdarının 10% - dən az və leykositlərin $1,5x10^9/l$ – dən çox olması.

Hissəvi remissiya isə-mieloqrammanın normallaşması olmadan klinik vəziyyətin yaxşılaşması.

Müalicə: leykoz şübhəsi olan və leykozlu xəstələr hematoloji şöbədə qospitalizə olunmalıdır. Müalicənin məqsədi leykoz hüceyrələrinin maksimal dərəcədə məhv edilməsi, remissiyanın əldə edilməsi və onun mümkün qədər uzadılmasıdır.

Leykoz əleyhinə preparatlar 6 farmakoloji qrup təşkil edir: antimetabolitlər (metoteksat, sitozinarabinozid, və s.); alkozlaşdırıcı birləşmələr (tsiklofosfan, mielosan); alkaloid bitkilər (vinkristin), ferment preparatları (L - asparakinaza); şiş əleyhinə antibiotiklər (rubomisin); hormonlar (prednizolon).

Neyroleykozun müalicəsi ümumi poliximioterapiya və rehidratasiya fonunda aparılır. Endolumbal sitostatiklər (metotreksat, sitozar) yeridilir. Effekt olmadıqda şüa terapiyası göstərişdir. Spesifik passiv immunoterapiya məqsədilə autoplazma, autoleykositlər (remissiya dövründə uşaqdan götürülmüş) istifadə olunur.

Hemasorbsiya, plazmofarez, sümük iliyinin transplantasiyası (köçürülməsi) yaxşı effekt verir.

Kəskin anemiya, hemorragik sindrom, kəskin leykopeniya, trombositopeniya zamanı qan komponentlərinin köçürülməsi göstərişdir.

TALASSEMİYA

Hemoqlabin sintezinin pozulması nəticəsində yaranan eritrositlərin irsi anomaliyaları yer kürəsinin bəzi regionlarında geniş yayılmış hemoqlobinopatiyalar adlanan hemolitik anemiyaların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Bu patologiyanın çox rast gəlinən formalarından biri talasemiyadır. B zaman hemoqlabin A2–nin sintezinin azalması, eritrositlərdə fetal (F) hemoqlobinin miqdarının artması (bəzən 50–90%-dək), hemoqlobin A–nın səviyyəsinin yüksəlməsi baş verir. Bunun nəticəsində xəstələrdə kəskin nəzərə çarpan və ya cüzi hipoxrom anemiya, mikrositoz, anizositoz, poykilositoz, hədəfəbənzər eritrositlər müəyyən edilir.

Talassemiya autosom tiplə (cinsi ilişkənli olmayan) keçən irsi xəstəliklərə aiddir. Anomaliya yalnız bir valideyndən keçdikdə (heteroziqot), xəstəlik patoloji hemoqlobinin olmasına baxmayaraq, simptomsuz keçir (yüngül anemiya ilə). Hər iki valideyndən anomal hemoqlobin irsi keçdikdə (homoziqot), ağır anemiyaya gətirib çıxaran patoloji simptomokompleks əmələ gəlir.

Klinik təzahür və ağırlığından asılı olaraq talassemiya 3 formaya bölünür: böyük (Thalassemia major) və ya Kuli xəstəliyi. Kiçik və minimal (Thalassemia minor seu minimal).

Talassemiya, əsasən, Aralıq dənizi sahillərində yaşayan uşaqlar arasında təsadüf edir, ancaq hazırda Azərbaycanın aran rayonlarında (Göyçay, Şəki, Ağdaş, İsmayıllı, Qəbələ, Lənkəran və s.) da bu xəstəliyə rast gəlinir.

İlk dəfə talassemiya 1925–ci ildə Amerika pediatrları Calley və Lee, sonra isə İtaliya müəllifləri Rietti, Ckeppi tərəfindən təsvir edilmişdir. Lakin talassemiyanın qlobin sintezinin pozulması nəticəsində yaranması fikri İtanoya məxsusdur (1957).

Sonralar məlum oldu ki, talassemiya ümumi qlobin sintezinin pozulmasıdır və bu özünü onun az miqdarda və ya tamam olmamasında büruzə verən xəstəliklər qrupuna aiddir. Talassemiya zamanı hemoqlobinin α–zəncirinin sintezi pozularsa, bu, α–talassemiya, β–zəncirinin sintezi pozularsa, β–talassemiya adlanır. Dünyada β–talassemiya daha çox yayılmışdır. Azərbaycanda heteroziqot talassemiya əhalinin 7–10%-ində təsadüf edir.

Klinikası: Homoziqot talassemiya zamanı klinik təzahürlər həyatın birinci ilinin sonu və ya ikinci ilinin əvvəlində özünü büruzə verir. İlk aylar ərzində uşağın vəziyyəti qənaətbəxş olur, orta dərəcədə anemiya nəzərə çarpır. Sonradan hemoqlobinin azalmasının güclənməsi, dalağın ölçülərinin nəzərə çarparaq dərəcədə böyüməsi, dərinin sarı və boz rəngə çalması müşahidə edilir. Qanyaradıcı sümük iliyinin kəskin hiperplaziyası skeletin pozulmasına səbəb olur: demək olar ki, dördbucaqlı kəllə, qabarıq almacıq sümükləri, daralmış göz yarıqları nəzərə çarpır. Kəllənin yan rentgenoloji şəkillərində kəllə tağının sümük səhfələri arasında yerləşən, sümük atmaları ilə növbələşən, proliferasiya edən eritroblastlardan əmələ gəlmiş bağlarla cizgilənmiş, böyümüş diploid boşluq görünür və bu boşluq "fırça" və ya "kirpi" şəklində olur. (*Şəkil 48, 49*)

Uşaqlar fiziki cəhətdən pis inkişaf edirlər. Onlarda müxtəlif infeksiyalara qarşı müqavimət aşağı səviyyədə olur. Hemoqlobinin miqdarı 30–50 q/l-dək azalır. Kəskin nəzərə çarpan hipoxrom anemiya, rəng göstəricisinin 0,5 və daha az olması qeyd edilir. Retikulositlərin miqdarı 2,5–4%-dək artır. Qan zərdabında dəmirin miqdarı çox vaxt yüksəlir. Anizositoz kəskin nəzərə çarpır. Çox vaxt hədəfəbənzər eritrositlər olur. Eritrositlərin osmotik rezistentliyi, adətən, yüksəlir. Homoziqot talassemiya üçün qaraciyərin sirrozu, şəkərli diabet, ikincili cinsi orqanların inkişaf etməməsi, kardioskleroz səciyyəvidir. Ağır formada uşaqların yaşama müddəti qısa olur. Onlar birinci ildə tələf olurlar. Orta ağır formada 5–8 yaşadək, yüngül formada isə böyüklərin yaş həddinədək yaşayırlar.

Diaqnozu: Çətinlik törətmir. Aşkar xarici təzahürlərdən başqa, hipoxrom anemiya (nəzərə çarpan), eritrositlərin və hemoqlobinin azalması, mikrositoz, poykilositoz,eritrositlərin osmotik rezistentliyinin yüksəlməsi, dalağın çox böyüməsi qeyd olunur. Hemoqlobinin tipini, fetal hemoqlobini təyin etmək vacibdir. Son diaqnozun təsdiqində anamnezdə ailəvilik müstəsna əhəmiyyətə malikdir.

Müalicəsi: Heteroziqot formada müalicə tələb olunmur. Homoziqot formada isə hemoqlobini bir səviyyədə saxlamaq üçün sistematik qanköçürmə yerinə yetirmək lazımdır. Göstəriş olduqda splenoektomiya aparılır.

Proqnozu: Ciddidir.

HEMORRAGİK DİATEZLƏR

Hemorragik diatezlər–irsi və qazanılma xəstəliklər qrupu olub, cüzi travmaların təsiri altında orqanizmin təkrarı qanaxma və qansızmalara meyilliyi ilə xarakterizə olunur. Hemorragik diatezlərdə qanaxmanın mexanizmi müxtəlif cür olur. Ən çox yayılmış hemorragik diatezlərə-hemorragik vaskulit, trombositopeniya, hemofiliya aiddir.

HEMORRAGİK VASKULİT

Hemorragik vaskulit (HV) infeksion–allerik xəstəlik olub, xırda qan damarlarında mikrotrombların əmələ gəlməsi nəticəsində damar divarının zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Xəstəliyə bütün yaş qruplarında rast gəlinir, lakin daha çox məktəbəqədər və kiçik məktəb yaşlı uşaqlar xəstələnirlər.

Etiolgiyasi: xəstəliyin inkişaf etməsini virus və bakterial infeksiyalar, helmintozlar, vaksinasiyalar, dərman və qida allergiyaları nəticəsində orqanizmin sensibilizasiyası ilə əlaqələndirirlər. Xroniki infeksiya ocaqlarının olması da əhəmiyyət kəsb edir.

Patogenez: patogenezin əsasında antigen–antitel komplekslərinin damar endotelinə zədələyici təsiri durur. Endotelin zədələnməsi trombositlərin damar daxilində endotelin həmin zədələnmiş nahiyəsinə yığılmasına (aqreqasiyasına) səbəb olur. Qanın laxtalanma sistemi aktivləşir, bu da həmin yerlərdə mikrotrombozun əmələ gəlməsinə, kapilyar

şəbəkədə tutulmalara, kiçik qan damarlarının nekrozuna və parçalanmasına, mikrosirkulyasiyanın pozulmasına DDL sindromun (Damar daxili laxtalanma sindromu) inkişafına gətirib çıxarır.

Klinik şəkli: HV–in dəri, dəri–oynaq, dəri–abdominal və qarışıq (dəri–oynaq-abdominal) formaları ayrıd edilir. Xəstəlik kəskin başlayır, temperatur yüksəlir, ümumi süstlük, əzginlik, halsızlıq qeyd olunur. Əsas klinik simptom hemorragik sindromun olmasıdır.

Dəri forması-daha tez–tez təsadüf edilir və 2-3 mm–dən 4 sm-ə qədər diametr ölçüdə məhdud nöqtəvari, xırda ləkəli və ya ləkəli–papulyoz səpgilərin meydana çıxması ilə xarakterizə olunur. Daha sonra səpgi elementləri hemorragik olur və tünd qırmızı rəng alır. Dərinin xora və nekrozlar əmələ gətirməklə hemorragik qovuqcuqlar şəklində zədələnməsi də mümkündür. Səpgilər simmetrik baş verir, baldır və qolların açıcı səthlərində, budun içəri səthində, sağrılarda, iri oynaqların ətrafında yerləşir. Birinci, ikinci sutkanın sonunda səpgi elementləri avazıyır və bütün geriyə inkişaf mərhələlərini keçərək, səpgilər sönür və özündən sonra yerində piqmentasiya qalır, hansı ki, bu da uzun müddət saxlanıb qala bilər. Zədələnmələrinin fərqləndirici xüsusiyyəti səpmənin dalğavari olmasıdır ki, o zaman köhnə elementlərlə yanaşı təzə elementlər də meydana gəlir. Çox vaxt yanağın, bərk və yumşaq damağın, udlağın arxa divarının selikli qişasına qansızmalar baş verir.

Oynaq sindromu- daha çox 5 yaşdan böyük uşaqlarda rast gəlinir. Patoloji prosesə əsas etibarilə iri oynaqlar–diz,

baldır–pəncə, dirsək oynaqları cəlb olunur. Oynaqlar ağrılı, ödemli, hiperemiylaşmış olur. Aktiv və passiv hərəkətlər məhdudlaşır. Meydana çıxan dəyişikliklər adətən yerində heç bir deformasiya qoymadan tez keçib gedir.

Abdominal sindrom- zamanı qarında müəyyən lokalizasiyası olmayan, kəskin, tutmaşəkilli ağrılar meydana çıxır. Ağır hallarda qan qarışıq qusma, tenezmlər. Selik qarışığı olan qara və ya qanlı nəcis ola bilər.

HV-in ağırlığını və proqnozunu müəyyənləşdirən mühüm təzahürlərdən biri patoloji prosesə böyrəkərin cəlb olunmasıdır. Böyrək sindromunun kəskinlik dərəcəsi sidikdə qısa müddət ərzində cüzi miqdarda zülal və eritrositlərin meydana çıxmasından tutmuş böyrəklərin ağır zədələnməsinə qədər ola bilər.

HV zamanı periferik qanda leykositoz, eozonofiliya qeyd olunur.

Müalicə: HV zamanı qospitalizasiya və ciddi yataq rejimi mütləqdir. Allergensiz pəhriz göstərişdir. Qida rasionundan obliqat allergenlər, duzlu, hisə verilmiş, qızardılmış yeməklər çıxarılır. Abdominal formada mexaniki qoruyucu, yarım soyudulmuş, duru, yarım duru qidalar məsləhət görülür. Bağırsağın peristaltikasını artıran ərzaqlardan uzaq durmaq lazımdır. Vitaminli çoxlu içkilər göstərişdir. HV-in müalicəsində bir neçə qrup preparatlar təyin olunur: antikoaqulyantlar (heparin, təzə dondurulmuş plazma), antiaqreqantlar (trental, kurantil), reopoliqlükin, damar genəldicilər (nikotin turşusu). Ağır hallarda qısa kursla prednizolon təyin edilir. Ocaqlı infeksiya olduqda antibiotik göstərişdir.

TROMBOSİTOPENİYA

Trombositopeniyalar–trombositlərin azalması nəticəsində meydana çıxan xəstəliklər qrupudur.

Etiologiya: Trombositopeniyaların inkişafına səbəb olan faktorlar:

1) trombositlərin həddindən çox parçalanması
2) trombositlərin həddindən çox sərf olunması
3) qırmızı qan lövhəciklərinin kifayət qədər əmələ gəlməməsi.

Trombositopeniyaların anadangəlmə və qazanılma formaları ayrıd olunur. Ən çox qazanılma formaları təsadüf edilir ki, bunlar özləri də immun və qeyri-immun olmaqla 2 yerə bölünür. Qeyriimmun trombositopeniyalar trombositlərin mexaniki travması ilə (hemangioma, splenomeqaliya), trombositlərin həddən çox sərf olunmas ilə (DDL sindrom) vitamin B_{12} və fol turşusu defisiti ilə əlaqələndirilr.

İmmun trombositopeniyalar isə çox vaxt virusların təsiri nəticəsində və ya dərman preparatlarının qəbulu nəticəsində antitrombositar antitellərin əmələ gəlməsi ilə meydana çıxır.

Patogenez: qanaxmanın əsas səbəbi trombositopeniyadır, bu zaman tam yararlı laxta formalaşa bilmir. Yaxşı trombositar kütlədən məhrum qalan damar divarı tezliklə distrofiyalaşır, bu da damarların keçiriciliyini artırır, spontan qanaxmalara səbəb olur.

Klinik şəkli: xəstəlik tədricən və ya hemorragik sindromun inkişafı ilə sürətlə başlayır. Xəstələrdə dəriyə, selikli qişalara qansızmalar, qanaxmalar meydana çıxır. Dəri hemorragiyaları birdən–birə və ya cüzi travmalar nəticəsində baş verir. Cüzi travma geniş qansızmaya səbəb ola bilər. Hemorragiyalar gövdənin ön səthində, ətraflarda yerləşir, çoxlu və polimorf xarakterli olurlar. Qansızmaların xüsusiyyəti assimmetrik olmaları və qaydasız bir şəkildə meydana çıxmalarıdır. Qansızmalar əvvəlcə tünd qırmızı rəngdə olur, sonralar isə müxtəlif çalarlı olurlar: göy, yaşılımtıl, sarı. Selikli qişalara qansızmalar nöqtəvari xarakter daşıyır, bərk və yumşaq damaqda, badamcıqlarda, udlağın arxa divarında lokalizə olunur. Ağır hallarda baş beyinə, göz dibinə, torlu qişaya qansızmalar baş verə bilər.

Selikli qişalardan qanaxma tipik simptomlardandır. Çox vaxt o profuz xarakter alır. Diş ətindən, dildən, badamcıqlardan qanaxmalar mümkündür. Nadir hallarda hematuriya və mədə - bağırsaq traktından qanaxmalara təsadüf edilir. Pubertat dövrdə qızlarda meno – və metrorragiyalar baş verə bilər.

Müalicə: hemorragik kriz zamanı yataq rejimi və allergensiz pəhriz göstərişdir. İmmun formanın müalicəsində kortikosteroidlər, immunoqlobulin təyin olunur. Qeyri immun trombositopeniyada isə əsas xəstəliyin müalicə olunması vacibdir. Simptomatik olaraq yerli və ümumi hemostatik preparatlardan istifadə olunur: aminokapron turşusu, disinon, adrokson, hemostatik qubka, trombin və s.

HEMOFİLİYA

Hemofiliya–klassik irsi xəstəlikdir, vaxtaşırı təkrarlanan qanaxmalarla xarakterizə olunur.

Etiologiyası: xəstəlik qanın laxtalanma sistemində bir neçə faktorun çatışmaması ilə əlaqədardır. Xəstəlik X xromosomu ilə ilişikli resessiv yolla nəsildən nəsilə ötürülür. Daha çox bu xəstəlikdən kişi cinsinin nümayəndəıəri əziyyət çəkirlər, qadınlar isə xəstəliyin potensial daşıyıcısıları olurlar. (*Şəkil 50*)

Patogenezi: Hemofiliyada qanaxmanın səbəbi qanın laxtalanmasının I fazasının pozulmasıdır. Qanın laxtalanma faktorlarından VIII faktorun defisiti nəticəsində hemofiliya A; IX faktorun çatmamazlığı nəticəsində isə hemofoliya B meydana gəlir. Xəstəliyin V; VII; X; XI faktorların defisiti nəticəsində meydana çıxan nadir formalarıda məlumdur.

Klinik şəkli: Xəstəliyin xarakter klinik simptomları daxili orqanlara, oynaqlara, əzələlərə, dərialtı toxumaya massiv qansızmalar və uzunsürən qanaxmalardır. Hemofiliya zamanı qanaxmalar dərhal travmadan sonra meydana çıxmır, əksinə bir neçə saatdan sonra, bəzən də ikinci sutkada meydana çıxır. Bu onunla izah olunur ki, qanaxmanın ilkin dayanması trombositlərin hesabına baş verir (hemofiliya zamanı trombositlərin miqdarı dəyişilməz qalır). Baş verən qanaxma çoxlu miqdarda olur və baş vermiş travmanın dərəcəsinə uyğun gəlmir. Spontan qansızmaların olma-

sı da mümkündür. Hemofiliya üçün vaxtaşırı təkrarlanan qanaxmalar xarakterikdir. Xəstəliyin ən tipik əlamətlərindən biri də oynaqlara, xüsusilədə iri oynaqlara qansızmadır. Zədələnmiş oynağın həcmi sürətlə böyüyür. (*Şəkil 51,52*) İlk qanaxmalarda qan müəyyən vaxt keçdikdən sonra sorula bilər. Eyni oynağa təkrari qansızmalar destruktiv və distrofik dəyişikliklərə gətirib çıxarır, daha sonra iltihabi prosesə və nəticədə oynağın ankilozlaşmasına (oynağın hərəkətsizləşməsi) səbəb olur. Hemofiliyaya burunun, diş ətinin, ağız boşluğunun selikli qişalarından, bəzi hallarda isə mədə-bağırsaq traktından və böyrəklərdən qanaxmaların olması xasdır. Əksər uşaqlarda hemorragiyalar onlar yeriməyə, iməkləməyə başlayanda meydana çıxır (yəni, bu dövrdə travma riski artır).

Müalicəsi: müalicə çatışmayan faktorun əvəz olunmasından və qansızmanın nəticələrini ardan götürülməsindən ibarətdir. Hemofiliya A zamanı Cryoprecipitate, factor VIII; Hemofiliya B zamanı isə Complex PPSB (konsentrat II, VII, IX və X faktorlar) və ya konsentrasiya olunmuş plazma daha yaxşı effekt verir. Antihemofil preparatlar vena daxilinə axınla dərhal donu açıldıqdan sonra yeridilir.

Hemostatik məqsədlə fibrinolizinin ingibitorları (5%-li – aminokapron turşusu); yerli hemostaz məqsədilə: hemostatik qubka, trombin və s. təyin olunur.

Kəskin dövrdə oynaqlara qansızmalar zamanı tam sakitlik, oynaqların 2-3 günlük immobilizasiyası vacibdir. Hemartrozların müalicəsi üçün hidrokortizonla fonofarez, massaj, MİK (müalicəvi idman kompleksi) təyin edilir.

HƏZM ORQANLARININ ANATOMO-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Bətndaxili inkişaf dövründə dölün qidalanması anadan keçən qida maddələrinin hesabına gedir. Uşaq doğulandan sonra isə yeni qidalanma şəraitinə keçir. Yenidoğulmuşun həzm orqanları kifayət qədər yetkinləşməmiş olur və yalnız ana südünü həzm etməyə qabil olur.

Ağız boşluğu: yenidoğulmuşun ağız boşluğu kiçik ölçülərə malik olur. Selikli qişası zərif olur və qan damarları ilə zəngin olur. Tüpürcək vəziləri az tüpürcək hasil edir. Qan damarlarının çoxlu, sıx olması və selikli qişanın quruluğu onun asanlıqla zədələnməsinə şərait yaradır. Tüpürcək ifrazının artması 4-6 aylığından başlayır ki, bu da təzə çıxmağa başlayan dişlərin üçlü siniri qıcıqlandırması və qatı qidanın rasiona daxil edilməsi ilə əlaqədar baş verir. Fizioloji tüpürcək axması hələ tüpürcəyi udma avtomatizminin əmələ gəlməməsi nəticəsində baş verir. Uşaq yalnız bir yaşında bütün əmələ gələnn tüpürcəyi udmaq qabiliyyətinə malik olur.

Əmmə aktı-3 fazadan ibarət olur: döş giləsinin və areolasının bir hissəsinin aspirasiyası, sıxılması və aspirasiya olunmuş südün udulması. Əmmə aktında-dilin, dodağın yaxşı inkişaf etmiş əzələləri, çeynəmə əzələləri, yanaqlarda yerləşmiş Bişin piy yastıqcıqları, diş ətinin qalınlaşmış selikli qişası birlikdə iştirak edirlər.

Qida borusu: erkən yaşlı uşaqlarda qida borusu nisbətən uzun olub, kardinal sfinkteri zəif inkişaf etmiş olur.

Mədə: mədənin həcmi nisbətən kiçikdir. Yenidoğulmuşlarda onun həcmi 30-35ml, 3ayında-100ml, 1yaşında 200-250ml təşkil edir. Uşağın horizontal vəziyyətində mədənin pilorik şöbəsi onun dibindən yuxarıda yerləşir. Südəmər uşağın mədəsinin əzələsi, pilorik hissə istisna olmaqla, zəif inkişaf etmişdir. Mədə çıxacağı yaxşı, lakin mədənin geniş girəcəyi tam qapanmadığından gəyirmə və qusmanın asanlıqla meydana çıxmasına şərait yaradır. Kardinal sfinkterin anatomik və funksional çatışmazlığı 8 yaşında keçib gedir. Birinci yarımilində uşaqlarda mədə şirəsinin turşuluğu və onun fermentlərinin aktivliyi aşağı olur, o uşağın 6 ayından sonra tədricən artır. Qidanın mədədən evakuasiyasının müddəti qidalanmanın xarakterindən asılı olur. Ana südü mədədə 2-3 saat, inək südü isə 3-5 saat qalır ki, bu da onun həzminin çətin olmasını sübut edir.

Qara ciyər: Uşaq doğulan zaman qara ciyər artıq müəyyən ölçülərə malik olur, lakin funksional olaraq tam yetkinləşməmiş olur. Bu xüsusilə də özünü antitoksik və xarici sekretor funksiyalarda göstərir. Qara ciyərrin baryer funksiyası kifayət qədər inkişaf etməmiş olur. Müxtəlif xəstəliklər zamanı maddələr mübadiləsi proseslərində əmələ gələn toksik məhsulların neytrallaşdırılmasının təmin olunması yetəri qədər olmadığından onlar bağırsaqlardan sorularaq çox vaxt toksikozun inkişafına gətirib çıxarır.

Ödün miqdarının az olması yağların mənimsənilməsini məhdudlaşdırır və yağların nəcislə xaric olmasına (steatoreya) səbəb olur.

Mədəaltı vəzi: Yenidoğulmuşlarda anatomik cəhətdən formalaşmış olur, lakin onun xarici sekretor funksiyası tam

mükəmməl olmur. O böyüklərdəki kimi sekresiya səviyyəsinə 5 yaşında çatır.

Bağırsaqlar: həzm orqanları sisteminin tam yetkinləşməməsi bir sıra struktur və funksional xüsusiyyətlərlə kompensə olunur. onlar uşağa maddələr mübadiləsini yüksək səviyyədə saxlamaqla dəyişən qidalanma şəraitinə uyğunlaşmağa imkan yaradır. Bu xüsusiyyətlərə bağırsaqların selikli qişasında damarların çoxlu olması, bağırsaqların nisbətən uzun olması və selikli qişanın keçiriciliyinin yüksək olması, qida komponentlərindən (zülal, yağ, karbohidrat) birinin miqdarının artırılması zamanı fermentlərin aktivliyinin dəyişə bilməsi, qidanın bağırsaqlarda divaryanı parçalanmasının üstünlük təşkil etməsi aiddir. Yenidoğulmuşlarda və südəmər uşaqlarda qidanın tam həzm olunma funksiyası inkişaf etməmişdir, yaxud da, ana südünün bu cür həzm üsuluna ehtiyacı yoxdur. Uşaq böyüdükcə, eləcə də onun qidasına süd qarışıqları daxil edildikdə qidanın tam həzm olunma funksiyası artır.

Bağırsaq divarının keçiriciliyinin yüksək olması nəticəsində tam həzm olunmamış qida məhsulları və toksinləri asanlıqla damarlara keçir ki, bu da toksikozun inkişafına gətirib çıxarır. Mədə-bağırsaq traktının quruluşunun anatomik cəhətdən başa çatmaması tez-tez bağırsaqların peristaltikasının pozulmalarına və onun asanlıqla zədələnmələrinə gətirib çıxarır. Ferment sisteminin aktivliyinin aşağı olması, bəzən isə bəzi fermentlərin olmaması həzm fəaliyyətinin müxtəlif pozğunluqlarına səbəb olur. Bağırsaq mezenteriumunun böyük uzunluğa malik olması və elastik olması

asanlıqla bağırsaq ilgəklərinin invaginasiyasına imkan yaradır. Piyliyin qısa olması peritonitin məhdudlaşma imkanını azaldır. S-bənzər bağırsağın dərin əyriliklərinin olması çox vaxt vərdiş şəklini almış qəbizliyin səbəbi olur. Erkən yaşlı uşaqlarda düz bağırsağın selikli qişasının zəif funksiyasının olması səbəbindən dəyişkən nəcis ifrazı (diareya və ya qəbizlik) asanlıqla düz bağırsağın düşməsinə gətirib çıxarır.

KƏSKİN HƏZM POZĞUNLUQLARI SADƏ DİSPEPSİYALAR

Sadə dispepsiya- bu kəskin həzm pozğunluğu olub, daha çox bir yaşa qədər uşaqlarda (südəmər dövrdə) rast gəlinir. İmmuniteti zəif olan uşaqlarda kəskin həzm pozğunluğunun meydana çıxma ehtimalı daha yüksək olur.

Südəmər uşaqların mədə-bağırsaq traktının bir sıra anatomik və fizioloji xüssiyyətləri uşaqlarda həzmin kəskin funksional pozğunluqlarının-dispepsiyaların meydana çıxmasına meyillik yaradır: mədə şirəsi fermentlərinin aktivliyinin və turşuluğunun aşağı olması ilə fərqlənir, eləcə də mədəaltı vəzin şirəsinin də fermentativ aktivliyi aşağı olur.

Uşaqlarda sadə dispepsiyanın əsas səbəbi–qidalandırma xətalarıdır: tələb olunandan tez-tez yedizdirmə, eləcə də çox yedizdirmək, məsələn ananın südü çox olduqda, lazım olduğundan çox süd əmərsə bu da dispepsiya baş verməsinə səbəb ola bilər. Sadə dispepsiyanın meydana çıxma səbəblərindən biri də təbii qidalanmadan birdən-birə süni qidalanmaya keçilməsidir (bu tədricən aparılmalıdır). Erkən yaşlı uşaqlarda

dispepsiyanın müşahidə olunmasının başqa bir səbəbi də qida rasionuna uşağın yaşına uyğun olmayan, daha kobud qidaların daxil edilməsidir ki, uşağın mədə-bağırsaq traktı bunun öhdəsindən gələ bilmir.

Klinikası: uşaq narahat olur, onun iştahası azalır. Bəzən yuxu da pozulur. Gəyirmə, meteorizm qeyd olunur, tədricən ishal meydana çıxır. Nəcis ifrazı sutkada 5-10 dəfə, sulu, köpüklü, yaşılımtıl rəngdə, turş iyli, həzm olunmamış qida qalıqları ilə olur. Bir yaşa qədər uşaqlarda meteorizmlə bərabər qarında qurultu olur və tez-tez xoşagəlməz turş iyli qazlar xaric olur.

Zülalların həzminin pozulması zamanı nəcis boş, sarımtıl-qəhvəyi, kəskin xoşagəlməz iyli olur. Qarın köpmüş, bəzən qəbizliyə meyillik də ola bilər.

Yağların həzminin və sorulmasının pozulması zamanı-dispepsiyanın tez-tez rast gələn bu forması xüsusilə, birdən-birə süni qidalanmaya keçirildikdə, eləcə də yarımçıqdoğulmuşlarda təsadüf olunur. uşağın nəcisində ağ-ağ kəsmiyəbənzər topacıqlar qeyd olunur (sabunlaşmış yağ turşuları)

Dispepsiyanın diaqnozunu qoyduqda ilk növbədə onu bağırsaq infeksiyalarından fərqləndirmək lazımdır.

Müalicə: ilk saatlarda uşağa yemək vermək məsləhət deyildir. 8-12 saat müddətində hissəvi maye qəbulu təyin olunur: qlukoza-duz məhlulları (regidron, sitroqlukosolan), su, 5%-li qlukoza.

Eləcə də bağırsaq florasını normallaşdıran preparatlar: bifidumbakterin, pankreatik fermentlər təyin edilir. Elecə-

də buzucu, iltihab əleyhinə, qaz qovucu təsirə malik ot dəmləmələri, həlimləri məsləhət görülür. Uşağın ana südü ilə qidalandırılmasına imkan olmadıqda, uşağa adaptasiya olunmuş qarışıqlardan biri təyin olunur ("Robolakt", "Similak", "Detolakt", asidofil qarışıqlar).

XRONİKİ HƏZM POZĞUNLUQLARI. DİSTROFİYALAR

Distrofiyalar – toxumaların trofikasının və qidalanmanın xroniki pozğunluğu olub, uşağın düzgün, müntəzəm inkişafını pozur.

Xəstəlik daha çox erkən yaşlı uşaqlarda rast gəlinir ki, bu da intensiv maddələr mübadiləsinin olması və həzm sisteminin tam təkmilləşməmiş olması ilə izah edilir. Distrofiya fonunda tez–tez infeksion və iltihabi xəstəliklər baş verir ki, bunlarda ağır keçir, müalicəyə çətin tabe olur və letal nəticəyə səbəb ola bilir.

Xroniki qida pozğunluğunu vaxtında aşkara çıxarmaq üçün, bilmək vacibdir ki, sağlam, normal inkişaf edən uşaq (normotrofik) çəkinin, boyun orta göstəricilərinə, təmiz, açıq çəhrayı dəri örtüyü və selikli qişalara, yaxşı inkişaf etmiş dərialtı piy toxumasına kafi əzələ tonusuna və düzgün inkişaf etmiş skeletə malik olur. Normotrofik uşağın infeksiyalara qarşı kifayət qədər yüksək müqaviməti, yaşına uyğun sinir - pisixi inkişafı və yaxşı əhval – rhiyəsi olmalıdır.

Distrofiyaların daha çox rast gəlinən formaları hipotrofiya və paratrofiyadır.

HİPOTROFİYA

Hipotrofiya – bədən kütləsinin boya nisbətən geridə qalması ilə özünü göstərən xroniki qida pozğunluğudur. Xəstəlik fiziki, sinir – psixi inkişafdan geri qalma və immunitetin zəifləməsi ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası: anadangəlmə və qazanılma hipotrofiyalar ayrıd edilir. Anadangəlmə hipotrofiya dölə xoşagəlməz faktorların təsiri ilə əlaqədardır. Qazanılma hipotrofiya uşaq doğulduqdan sonra müxtəlif ekzo və endogen səbəblərdən əmələ gəlir. Bu ekzogen səbəblərə aiddir:

1) Alimentar faktorlar (balanslaşdırılmamış qidalanma, uşağın yaşına uyğun olmayan qida, tam doyuzdurmama və s.)
2) İnfeksion faktorlar (kəskin və xroniki xəstəliklər, ilk növbədə də həzm orqanlarının xəstəlikləri)
3) Ətraf – mühitin və olunan qulluğun nöqsanları (kifayət qədər diqqətin olmaması, uşağa mənfi emosional təsir, gündəlik rejimin və gigiyenik qulluq qaydalarının pozulması, hipodinamiya)
4) Bir sıra toksik maddələrin təsiri (dərman zəhərlənmələri, hipervitaminozlar)

Xəstəliyin inkişafının endogen səbəblərinə anadangəlmə inkişaf qüsurları (üst dodağın və sərt damağın yarığı, qida borusunun atreziyası, pilorostenoz, bağırsaq stenozu, ürək qüsurları), bir sıra irsi, endokrin, immunodefisit xəstəliklər, mərkəzi sinir sisteminin zədələnmələri aiddir.

Patogenez: müxtəlif etioloji faktorların təsiri altında həzm vəzilərinin fermantativ fəaliyyəti pozulur, mədə-bağırsaq traktının sekresiyası azalır. Qida maddələrinin bağırsaqlarda fermentativ parçalanması və sorulması prosesləri pozulur. Dizbakterioz inkişaf edir, vitaminlərin sintezi azalır. Baş beyin qabığının və qabıqaltı mərkəzlərin oyanıcılığı pozulur, xüsusilə də onların tənzimləyici mexanizmləri pozulur ki, bu da daxili orqanların zəfləməsinə və gücdən düşməsinə gətirib çıxarır. Həyat fəaliyyəti proseslərini davam etdirmək üçün orqanizm depodakı yağ və qlikogen ehtiyatlarını sərf edir. (dərialtı piy qatından, əzələlərdən), daha sonra isə parenximatoz orqanların hüceyrələri parçalanmağa başlayır. Parçalanma prosesində aralıq toksik maddələr əmələ gəlir ki, bunlar da mübadilə proseslərini daha da pisləşdirir. İmmunoloji müdafiə sistemi dağılır. Belə bir fonda infeksiyalara asanlıqla yoluxurlar, septiki və toksiki proseslər inkişaf edir. (*Şəkil 53*)

Kliniki şəkli: hipotrofiyanın 3 dərəcəsi ayrıd edilir. **I dərəcəli** hipotrofiya ancaq diqqətli baxış zamanı aşkara çıxarıla bilər. Uşağın ümumi vəziyyəti kafi olur. İştaha cüzi azalmış olur. Uşaqlar narahat olur, yüksək oyanıqlılıqları və qeyri müntəzəm emosional vəziyyətləri ilə fərqlənirlər. Dəri örtükləri avazımış olur, toxumaların turqoru azalır. Dərialtı piy toxuması qarında itir, ətraflarda və üzdə saxlanmış olur. Norma ilə müqayisədə bədən kütləsində 10–20 % azalma qeyd olunur. Boyun uzunluğu yaşa uyğundur.

II dərəcəli hipotrofiya emosianal tonusun azalması ilə müşaiyət olunur. Uşağın əhval – ruhiyəsi düşmüş olur, süst, halsiz olur, pis yatir, psixomator funksiyalar və nitq

inkişafdan geri qalır, iştaha pozulur. Dərinin elastikliyi və turqoru azalır, dəri qırışlar şəklində yığılır, əzələ hipotoniyası qeyd olunur. Dəri altı piy toxumasl üzdə qalır, qarında, gövdə və ətraflarda tamamilə itmiş olur. Bədən çəkisinin 21-30% azalması qeyd olunur. Boy 2-4 sm normadan geri qalır. Bədən temperaturu 1^0 C və daha çox dəyişir. İmmunitet zəifləyir ki, bu da irinli və infeksion xəstəliklərin inkişafına gətirib çıxarır (otit, pnevmoniya, pielonefrit). Nəcisin xarakteri dəyişir.

Az miqdarda qida qəbul etdikdə nəzis az, quru, rəngsiz, xoşagəlməz çürümüş iyli olur ("ac stul"). İnək və ya keçi südü ilə çox qidalandırdıqda sabunlu - əhəngvari görünüş və bozumtul rəng alır, quru kürəciklər şəklində, çürümüş xarakterli olur. Qida rasionunda mannı sıyığı, kisel, peçenyelər üstünlük təşkil edərsə köpüklü, sıyıqvari və ya duru nəcis (tərkibində selik və həzm olunmamış hissəciklər olan) ifrazı qeyd olunur.

III dərəcəli hipotrofiya (atrofiya) uşağın ümumi vəziyyətində mühüm dəyişikliklərin olması ilə xarakterizə olunur. Uşaq ətrafındakılara laqeyd, ağlağan, əsəbi olur. İnkişafdan kəskin geriqalma, qazanılmış vərdiş və bacarıqların itirilməsi, anoreksiya qeyd olunur. Dəri quru, avazımış bozumtul rəngdə, sarı və bud nahiyəsində büküşlər şəklində sallanmış olur. Üzdə kəskin arıqlama nəticəsində, üz qırışmış qoca üzü şəklini alır. Xarici görünüşünə görə uşaq dəriyə bükülmüş skeleti xatırladır. Toxumalar tamamilə turqorunu itirir. Bədən çəkisi 30% - dən çox itirilmiş olur. Boyun uzunluğu normadan 5–6 sm və daha çox geri qalır. Polihipovitami-

noz və susuzlaşma əlamətləri kəskin görünür (böyük əmgək batıqlaşmış olur, ağızın selikli qişası, konyuktiva və buynuz qişa quruyur, sidik və nəcisin miqdarı azalır, qan qatılaşmağa başlayır). Bədən temperaturu aşağı olur. Nəcis qeyri–müntəzəm olur. İmmunitet kəskin aşağı düşür, iltihabi xəstəliklər gizli gedir (temperatur yüksəlmədən), tez- tez ağırlaşmalarla nəticələnir.

Anadangəlmə hipotrofiya zamanı müxtəlif mərkəzi sinir sistemi funksiyları pozğunluqları qeyd olunur. Uşaq fiziki inkişafın aşağı göstəriciləri ilə doğulurlar. Yenidoğulmuşun boya görə çəkidən geri qalması bu formula ilə hesablanır:

Bədən çəkisi (q): boyun uzunluğu (sm) ×100%

Normotrofik uşaqda bu göstərici 60–80% təşkil edir; hipotrofiyanın I dərəcəsində -60–56%; II dərəcəsində - 55–50%; III dərəcəsində -50% dən az olur.

Müalicə I dərəcəli hipotrofiya ilə uşaqlar ev şəraitində müalicə olunurlar, II və III dərəcəli hipotrofiya ilə olan uşaqlar isə qospitalizə olunmalıdır. Müalicədə hipotrofiyaya səbəb olan faktorları aradan qaldırmaq, uşaq üçün optimal həyat şəraiti yaratmaq, dietoterapiya təyin etmək, dietoterapiya ilə yanaşı lazımı medikamentoz terapiyanın da aparılması vacibdir.

Dietoterapiya I dərəcəli əhəmiyyətə malikdir. Dietoterapiya zamanı xəstənin qida maddələrinə dözümlülüyünün aşağı olmasını, mədə-bağırsaq traktının kifayət qədər sekresiyasının olmamasını və motorikasının yavaşımış olmasını nəzərə almaq çox vacibdir. Pəhrizin təyin olunmasında 2 mərhələ ayrıd olunur:

I mərhələ - qidaya tolerantlığın öyrənilməsi

II mərhələ - gücləndirilmiş qidalandırılma

Qidaya tolerantlığın aydınlaşdırılması mərhələsi–hipotrofiyanın müalicəsində ən vacib momentlərdən biridir. Vaxtından əvvəl böyük qida yüklənməsi qopmaya səbəb ola bilər ki, həzm prosesinin kəskin pozulmasına gətirib çıxarır. Qidanın həcminin artırılması, tərkibinin dəyişdirilməsi uşağın iştahasının kafi olduğu bir vaxtda və dispeptik pozğunluqlar (qusma, gəyirmə, diareya) olmadıqda aparılmalıdır. Dietoterapiyanın adekvatlığı çəkinin artması ilə, koproqrammanın və şəkər əyrisinin nəticələri ilə yoxlanılır.

I dərəcəli hipotrofiyada çox vaxt çəki defisitini uşağın qidalandırma nöqsanını kənarlaşdırmaqla aradan götürmək olur (tam dəyərli qidalanmanı təmin etmək, düzgün rejim və qulluğu təşkil etmək).

II dərəcə və xususilədə III dərəcəli hipotrofiya zamanı müalicənin ilk günlərində uşağın vəziyyətindən asılı olaraq sutkalıq qidanın miqdarını normanın 3/4, 2/3 və ya 1/2- nə qədər azaldırlar. Qidanın çatışmayan qalan hissəsini maye ilə (çay, itburnu dəmləməsi, meyvə şirələri, tərəvəz və meyvə həlimləri) əvəz edirlər. Uşağın vəziyyəti yaxşılaşdığı zaman qidanın miqdarını tədricən artıraraq fizioloji normaya çatdırırlar.

I dərəcəli hipotrofiya zamanı qidanın korreksiyası və hesablanması normal çəkinin hər kq – na görə hesablanır.

II dərəcəli hipotrofiyada sutkalıq rasionda zülal və karbohidratların miqdarı normal çəkinin hər kq–na görə hesablanır. Çünki, belə uşaqlarda yağlara tolerantlıq kəskin azalmış olur.

III dərəcəli hipotrofiyada zülal və karbohidratların miqdarı təqribən normal çəkiyə yaxın çəkinin hər kq – na görə, yağlar isə faktiki çəkinin hər kq – na görə hesablanır.

Qidaya tolerantlığı bərpa edən zaman ilk növbədə rasionun zülal və karbohidrat tərkibi, daha sonra –yağlar korreksiya edilir,.

Gücləndirilmiş qidalandırılma halında karbohidratlar fizioloji normadan çox verilə bilər. Bu onunla izah olunur ki, yağların məhdudlaşdırılması ilə əlaqədar olaraq karbohidratlar əsas enerji mənbəyi rolunda çıxış edirlər.

Zülal komponentinin korreksiyasının təbii məhsullar hesabına (kəsmik, yumurta sarısı, ət püresi), quru dietik ərzaqlar–enpitlər hesabına aparmaq məqsədə uyğundur.

Karbohidrat komponentinin korreksiyası şəkər siropunun, meyvə şirə və pürelərinin hesabına aparılır.

Yağların korreksiyası isə kərə və bitki yağları və eləcə də pəhriz qarışığı olan "Yağlı enpit" hesabına aparılır.

Uşaq üçün ideal qida ana südüdür, o olmadıqda isə-adaptasiya olunmuş süd qarışıqları, şirin və turş süd qarışıqlarıdır.

Bağırsaq mikroflorasını yaxşılaşdırmaq üçün bioloji aktiv əlavələrdən (BƏƏ) istifadə etmək məsləhət görülür.

Hipotrofiya zamanı əlavə qida çox böyük ehtiyatla təyin olunmalıdır. Onun mütləq şərti bədən çəkisinin artması və kəskin xəstəliklərin olmamasıdır. Birinci əlavə qida kimi müxtəlif yarmalardan hazırlanmış südlü sıyıq, 1–1,5 həftədən sonra isə ikinci əlavə qida kimi tərəvəz püresi daxil edilir. Əlavə qida tədricən kiçik dozalardan başlayaraq 7 – 10 gün müddətində lazımı miqdara çatdırılır.

Müalicənin I mərhələsində ferment və polivitaminlərdən istifadə etməklə əvəz edici terapiya aparmaq, II mərhələdə isə stimuləedici terapiya (apilak, jenşen, pentoksil və s.) əlavə etmək vacibdir. II–III dərəcəli hipotrofiyada anabolik steroidlərdən istifadə olunur. İnfuzion teraiya aparılır.

Anadangəlmə hipotrofiyanın müalicəsində sedativ preparatlar, hormonlar (tireoidin), mərkəzi sinir sistemində regenerasiya proseslərini yaxşılaşdıran preparatlar istifadə edirlər.

Hipotrofiyanın müalicəsində xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyasına, yanaşı xəstəliklərin qarşısının alınmasına və aradan götürülməsinə, hipodinamiya ilə mübarizəyə böyük əhəmiyyət verilir.

STOMATİTLƏR

Stomatit – ağız boşluğunun selikli qişasının iltihabı xəstəliyidir.

Etiologiyası: Xəstəliyin törədiciləri mikroorqanizmlər, viruslar, maya göbələkləridir. Bir sıra hallarda ağız boşluğunun selikli qişasının iltihabı digər xəstəliklərin fonunda intoksikasiyanın, dərman preparatlarının təsiri altında baş verir. İmmunitetin zəifləməsi mühüm rol oynayır: ağız boşluğunda daim yaşayan mikroblar öz patogen xüsusiyyətlərini üzə çıxarırlar. Ağız boşluğunun anatomo – fizioloji xüsusiyyətlərində xəstəliyə şərait yaradır: ağız boşluğunun selikli qişasının quru olması və uşaqlarda qan damarlarının sıx olması.

Klinik şəkli: Ağız boşluğunun selikli qişasının zədələnmə dərəcəsindən asılı olaraq: kataral, xoralı və nekrotik stomatitlər ayrıd edilir. **Kataral stomatit** ağız boşluğunun selikli qişasının ödemli və hiperemiyalı olması ilə xarakterizə olunur. Selikli qişada dişlərin izləri tapılır. Damaqda qansızmalar qeyd olunur.

Xoralı stomatit tez–tez kariesli dişləri olan böyük yaşlı uşaqlarda və yeniyetmələrdə rast gəlinir. Xəstəlik temperaturun yüksəlməsi ilə başlayır. Damaqda ağrı, ödem, qansızmalar qeyd olunur. Tüpürcək ifrazının artması, ağızdan pis qoxu gəlməsi meydana çıxır. Ağız boşluğunun selikli qişası çirkli boz ərplə örtülmüş, onun səthində isə kiçik xoralar əmələ gəlir. Ağır hallarda dərin xoralar olur ki, bu da toxumaların parçalanmasına səbəb olur. (nekrotik stomatit). Xəstəlik regionar limfa düyünlərinin böyüməsi ilə müşaiyət olunur.

Kəskin herpetik stomatit: Lokal herpes infeksiyanın klinik təzahürlərindən biridir. Əsasən 6 aydan–3 yaşa qədər uşaqlarda rast gəlinir. Temperatur yüksək rəqəmlərə qədər artır. İntoksikasiya əlamətləri inkişaf edir: süstlük, qidadan imtina etmək, yuxunun pozulması. Ağız boşluğunun selikli qişasında müəyyən ardıcıllıqla zədələnmə elementləri meydana çıxır: ləkə, vezikula, afta. Afta–ağrılı, ağımtıl– sarı rəngdə, müxtəlif böyüklükdə, hiperemiya həlqəsi ilə əhatə olunmuş elementlərdir. Bu elementlərin miqdarı təkdən tutmuş çox saylı olmağadək müxtəlif ola bilər. Geniş zədələnmələrdə onlar birləşə bilərlər. Selikli qişa kəskin ödemli, hiperemiyalı olur, qansızmalar olur. Tüpürcək ifrazı artır.

Ağızdan xoşagəlməz iy gəlir. Regionar limfa düyünləri böyüyür. Bəzən vezikulyar səpgi elementləri üzdə də meydana çıxır. Xəstəlik 7 – 10 gün davam edir.

Müalicə: uşağı izolyasiyya etmək və düzgün gigiyenik qulluq təşkil etmək lazımdır. Rasional qidalanma, duru vitaminləşdirilmiş maye qəbulu böyük əhəmiyyət kəsb edir. Qida isti olmalıdır, lakin ağızın selikli qişasını qıcıqlandırmamalıdır. Qida duru və ya yarımduru halda verilməlidir. Rasiondan kəskin duzlu yeməklər çıxarılmalıdır. Yedizdirmədən qabaq ağızın selikli qişasını ağrısızlaşdırmaq üçün 5% Nausinat anestezinlə yağda məhlulu ilə, yumurta ağı,aloye ilə və 0,5% - li novakain məhlulu ilə silmək məsləhətdir.

Kataral stomatitin yüngül formalarında ağız boşluğunu antiseptiklərlə yaxalamaqla müalicə aparılır: furasillin məhlulu (1:5000), 3%-li hidrogen peroksid, kali – permanqanat, 1%-li etoniy, palıd qabığı həlimi, çobanyastığı, adaçayı dəmləməsi.

Diş ətində qanaxmalar olduqda hemostatik preparatlardan (2%-li tanin məhlulu, gicitkən dəmləməsi, palıd qabığı həlimi) istifadə olunur. Xoralı stomatitdə ağız boşluğunun sanasiyası və antibiotiklərlə applikasiya göstərişdir.

Kəskin herpetik stomatitdə törədici ilə mübarizə məqsədilə xəstəliyin ilk günündən yerli olaraq virus əleyhinə məlhəmlər: Bonafton, Asiklovir, Tebrofen, Florenal və s. istifadə edilir. Ağız boşluğu ağrıkəsici preparatlar və antiseptiklərlə işlənir. Daxilə antihistamin preparatlar, askorutin qəbul edilir.

KANDİDOZ STOMATİT (SÜD YARASI)

Daha çox südəmər uşaqlarda, xüsusilə yenidoğulmuş və yarımçıqdoğulmuşlarda təsadüf edilir. Xəstəlik maya göbələkləri (kandidalar) tərəfindən törədilir. Kandidalar ağız boşluğunun selikli qişasının, bağırsağın, dərinin, uşaqlıq yolunun saprofitləri olub zəif, turş mühitdə asanlıqla artıb çoxalırlar. Yoluxma ekzogen və endogen yolla gedir. Ekzogen – xəstə ilə birbaşa koktaktla və ya infeksiyalaşmış istifadə olunan əşyalarla və ya uşaqlıq yolunun kondidozu olan anadan doğuş zamanı yoluxma baş verir.

Endogen yol: zəifləmiş uşaqlarda, uzun müddət antibiotik və hormon qəbul edən uşaqlarda infeksiyalaşma baş verir.

Klinikası: Ovurdların, dilin, damağın, diş ətinin selikli qişalarında nöqtəvari ərp meydana çıxır, bunlar da səthdən bir qədər yuxarı qalxmış olur. Birləşərək onlar ağ nazik pərdə əmələ gətirir ki, bu da sanki, dağılmış südü xatırladır.

Müalicə: Proses geniş yayılmış olarsa, göbələk əleyhinə antibiotiklər (nistatin, levorin) göstərişdir. 2% -li Na–hidrokarbonatla ağız boşluğunun selikli qişasını işləyirlər. Gündə iki dəfə selikli qişasını anilin boyalarının sulu məhlulu, 5–10% - li Na – tetraboratın qliserində məhlulu ilə yağlayırlar. Qida vitaminlərlə və zülalla zəngin olmalıdır, karbohidratları məhdudlaşdırmaq məsləhətdir.

KƏSKİN QASTRİT

Kəskin qastrit – mədənin selikli qişasının iltihabıdır.

Etiologiyası: Kəskin qastritin inkişafında əsas faktorlar: qida toksikoinfeksiyası, keyfiyyətsiz qida qəbulu, mədənin həddindən çox yüklənməsi, bir sıra dərman preparatlarının uzunmüddətli qəbulu (salisilatlar, sulfanilamid preparatları), məişət zəhərləri ilə zəhərlənmə, allergiyadır.

Patogenez: Qeyri adekvat qida qıcıqlandırıcıları, bakterial toksinlər, maddələr mübadiləsinin pozulması, qidanın bakteriyalarla pozulması, çürümə məhsulları mədənin selikli qişasına qıcıqlandırıcı təsvir göstərir. Mədə selikli qişasının trofikasının pozulması mədənin sekretor funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır ki, bunun da nəticəsində mədə də həzm prosesi pozulur.

Klinik şəkli: Xəstəliyin simptomları səbəb olan faktorun təsirindən 8–12 saat sonra meydana çıxır.

Kəskin alimentar mənşəli qastrit qida xətasından sonra inkişaf edir. Klinik şəklində diskomfort əlamətləri üstünlük təşkil edir: ümumi halsızlıq, ürəkbulanma, mədə nahiyəsində ağırlıq hissi, tüpürcək axması, ağızda xoşagəlməz dadın olması. Eyni zamanda ümumi zəiflik, başağrısı, başgicəllənmə meydana çıxır. İştaha azalır, hətta bəzən qidaya ikrah hissi yaranır. Tezliklə qarının yuxarı yarısında yayılmış tutmaşəkilli ağrılar meydana gəlir. Çoxsaylı qusma, ağır hallarda isə dayanmadan qusma baş verir. Qusuntu kütləsi təzəcə yeyilmiş qida qalıqlarından, öd və selik qarışmış mayedən ibarət olur. Qusma yüngüllük gətirir. Baxış zamanı

uşaq avazımış, dil ağımtıl sarı ərplə örtülmüş olur, meteorizm meydana gəlir. Qarının palpasiyasında epiqastral nahiyə ağrılıdır. Sonrakı günlər süstlük, əzginlik davam edir. Xəstəliyin müddəti 2–5 gün olur.

Toksiko–infeksion mənşəli qastrit intoksikasiya, febril temperatur, daha uzun müddət qusma və susuzlaşma ilə müşaiyət olunur. Xəstəlik 7–10 gün davam edir.

Müalicə: Kəskin qastritdə müalicənin müalicənin mühüm mərhələsi mədədə yığılıb qalmış qidanın xaric edilməsidir. Mədəni NaCl – idin izotonik məhlulu, 1% - li Na – hidrokarbonat, mineral və ya qaynadılmış ilıq su ilə yuyurlar. Təmizləyici (imalə) göstərişdir. Daxilə işlədici duzlar verilir. İlk 8-12 saatda çoxlu soyudulmuş içəcək təyin olunur. Əhəmiyyətli dərəcədə çoxlu maye itirilmişdirsə infuzion terapiya aparılır. 12 saatdan sonra xəstələr həlimşəkilli sup– pürə, yağsız bulyon, kisel, sıyıqlar qəbul edə bilər. Pəhriz tədricən kefir, tərəvəz pürələri, kəsmik daxil edilməsi hesabına genişləndirilir. 5 – 7 – ci gün isə xəstə ümumi stola keçirilir. Qida rasionundan kəskin qidalar, qızarmış ət, hisəverilmiş, konservantlar, kobud sellülozlu, piyli qidalar çıxarılır. Toksiko – infeksion mənşəli qastrit zamanı antibakterial terapiya aparılır, fermentlər, B qrup vitaminlər təyin olunur.

XRONİKİ QASTRİT

Xroniki qastrit – mədənin selikli qişasının xroniki iltihabı prosesi ilə xarakterizə olunan xəstəlik olub, tədricən mədə vəzilərinin atrofiyasının inkişafına səbəb olur.

Etiologiyası: Xroniki qastritin başlıca etioloji faktoru Helicobacter pylori mikroorqanizmləri və autoimmun proseslərdir (mədənin selikli qişasının hüceyrələrinə qarşı antitellərin əmələ gəlməsi). Uzun müddət rasional qidalanmanın pozulması xəstəliyin inkişafına meyillik yaradır: kobud, çoxlu, pis çeynənmiş, soyuq və ya qaynar qida qəbulu, çoxlu ədviyyatlı, quru yeməklər, qida rejiminin pozulması. İnfeksion və somatik xəstəliklər, dərman preparatlarının əsassız olaraq uzun müddətli qəbulu, mənfi emosional vəziyyət xroniki qastritin inkişaf etməsinə şərait yaradır. Əsasən də güclü irsiyyətin olması mühüm rol oynayır.

Patogenez: Helicobacter pylori mikroorqanizmləri, mədənin selikli qişasının hüceyrələrinə qarşı yaranan antitellər, rasional qidalanmanın uzun müddət pozulması və s. faktorlar selikli qişanın qoruyucu baryer funksiyasının zəifləməsinə və iltihabi prosesin inkişafına gətirib çıxarır. Epitelin regenerasiya prosesi pozulur. Tədricən selikli qişada distrofik dəyişikliklər inkişaf edir. Mədə vəzilərinin sekresiyası dəyişir. Mədənin motor–evakuator funksiyasının tənzimi pozulur. Duodenal möhtəviyyatın mədəyə atılması baş verə bilər. İmmunoloji dəyişikliklər və yerli mikrosirkulyasiya pozğunluqları baş verir.

Klinik şəkli: Xroniki qastritin klinik simptomları mədənin sekretor və motor funksiyasının pozulmasının xarakterindən asılıdır. Funksional əlamətlərinə görə qastritin aşağıdakı formaları ayrıd edilir:

1) sekretor funksiyanın olduğu kimi saxlanan qastritlər.
2) sekretor funksiyanın artması ilə gedən qastritlər.
3) sekretor funksiyanın azalması ilə gedən qastritlər.

Xəstəliyin klinik şəklinin xüsusiyyəti–obyektiv müayinə və baxışın verdiyi çox az məlumatlarla müqayisədə çoxlu şikayətlərin olmasıdır.

Xroniki qastritin kəskinləşməsi üçün ağrı və dispeptik sindromlar xarakterdir. Xəstəliyin daimi əlaməti epiqastral nahiyədə ağrıların olmasıdır. Sekretor funksiyanın azalması ilə olan qastritlərdə ağrı zəif olur, küt yayılmış xarakter daşıyır və qida qəbulundan 10–15 dəqiqə sonra meydana çıxır. Epiqastral nahiyədə ağırlıq hissi qeyd oluna bilər. Sekretor funksiyanın olduğu kimi saxlanan və ya artması ilə gedən qastrit isə yeməkdən 1-2 saat sonra meydana çıxan (gec baş verən ağrılar) kəskin, tutmaşəkilli ağrılarla müşaiyət olunur. Ağrılar acqarına da meydana çıxa bilər. (“ac ağrılar”)

Mədə turşuluğunun azalması zamanı iştaha azalır. Ürəkbulanma, hava ilə, qida ilə və ya “qoxumuş” hava ilə gəyirmə meydana çıxır. Qarın köpür. Sıyıqlara və süd məhsullarına ikrah hissi yaranır.

Mədə turşuluğunun artması zamanı isə dispeptik şikayətlər olduqca az rast gəlinir. İştaha yaxşı olur. Turş iyli gəyirmə, qıcqırma, qəbzliyə meyillik xarakterdir.

Obyektiv müayinədə: dil ərplə örtülmüş olur və epiqastral nahiyədə zəif ağrı olduğu təyin edilir.

Diaqnostika: Fibroqastroskopiya zamanı mədənin selikli qişasında atrofik və iltihabi dəyişikliklərin tapılması diaqnozu təsdiqləyir. Mədə və on iki barmaq bağırsağın rentgenoloji müayinəsi, mədə möhtəviyyatının fraksion müayinəsi aparılır. Göstəricilərə əsasən nəcisin gizli qana görə tədqiqi aparılır.

XORA XƏSTƏLİYİ

Xora xəstəliyi – xroniki residivləşən xəstəlik olub, əsas əlaməti mədə və on iki barmaq bağırsağın selikli qişasının xoralı zədəsidir.

Etiologiyası: xəstəliyin inkişafının başlıca səbəbi Helicobacter pylori mikroorqanizmləridir. İrsi meyillik, 0 (I) qan qrupunun olması, alimentar faktor, xroniki infeksiya ocaqları, intoksikasiya və allergiya olması da əhəmiyyətə malikdir. Sinir–psixi gərginlik, emosional stress bəzi dərman preparatlarının qəbulu (steroid hormonlar, indometasin, salisilatlar, butadion, rezerpin) mədənin kəskin peptik xorasına gətirib çıxara bilər.

Patogenez: törədicinin selikli qişanın epitelisinə daxil olması seliyin sekresiyasının azalmasına, iltihabi prosesin inkişafına, mikrosirkulyasiyanın və regenerasiya proseslərinin pozulmasına gətirib çıxarır. Baş verən pozulmalar qorumasız qalmış selikli qişaya mədə şirəsinin aqressiyası üçün şərait yaradır. Bu zaman selikli qişada degenerativ proseslər

və xoranın əmələ gəlməsi baş verir. Xora xəstəliyinin inkişafında sinir və hormonal pozulması da böyük əhəmiyyətə malikdir. Baş beyin qabağında əmələ gələn oyanma ocağı simpato- adrenal sistemi aktivləşdirir ki, bu da damarların spazmına səbəb olan adrenalin və noradrenalinin qana ifrazını sürətləndirir. Mədənin qanla təchiz olunması pisləşir. Belə bir fonda asanlıqla eroziya və xoralar əmələ gəlir.

Klinik şəkli; klinik–endoskopik məlumatlar əsasında xora xəstəliyinin 4 mərhələsi ayrıd edilir:

1) "Təzə xora "
2) Xora zədəsinin epitelizasiyasının başlanması
3) Selikli qişa zədəsinin sağalması
4) Kliniko –endoskopik remissiya

Mədənin xora xəstəliyi normal və ya artmış mədə turşuluğu ilə, on iki barmaq bağırsağın xorası isə artmış mədə turşuluğu ilə gedir.

Uşaqlarda xora prosesi daha çox on iki barmaq bağırsaqda lokazilə olunur və mövsümlə bağlı kəskinləşmələrin olması ilə xarakterizə olunur.

I mərhələ- zamanı ağrı qeyri-müəyyən xarakter daşıyır. Daha sonra ağrı intensiv olur, qəfildən, kəskin meydana çıxır, çox vaxt epiqastral nahiyədə bəzən isə bütün qarına yayılmış olur. Mədənin xora xəstəliyi zamanı ağrı dərhal yeməkən sonra meydana çıxır. On iki barmaq bağırsağın xora xəstəliyinə isə - qida qəbulundan 2 - 4saat sonra meydana çıxan (gec ağrılar), gecələr və aclıq zamanı baş qaldıran ağrılar xasdır. Ağrılar tutmaşəkilli, batıcı, kəsici xarakter daşıyır, kürəyə, qurşaq nahiyəsinə, epiqastral

nahiyəyə, sağ çiyinə və kürək sümüyünə irradiasiya edir (yayılır). Ağrılar müəyyən ritmə malik olur: aclıq – ağrı - qida qəbulundan sonra müvəqqəti yüngülləşmə.

Səthi və dərin palpasiya zamanı epiqastral nahiyyədə ağrı müəyyən olunur.

Ağrı sindromu dispeptik pozğunluqlarla: qıcqırma, gəyirmə, ürəkbulanma, qusma, qəbizliklə müşaiyət olunur.

Astenovegetativ sindrom inkişaf edir. Xəstələrdə əsəbilik, ağlağanlıq, yuxunun pozulması, baş ağrısı, başgicəllənmə meydana çıxır. Güclü tər ifrazı qeyd olunur.

II mərhələ- ağrıların xarakterinin dəyişməsi ilə xarakterizə olunur. Onlar kəsilməyən, ara verməyən, sızıldayıcı olurlar. Qida qəbulundan sonra dayanıqlı yüngülləşmə başlayır. Gecə ağrıları yoxa çıxır.

III mərhələdə (xəstəliyin)- ağrıların intensivliyi azalır. Onlar dəqiq lokalizasiyaya malik olmurlar. Qida qəbulundan sonra ağrılar uzun müddətə yoxa çıxırlar. Gecə vaxtı mədə nahiyəsində "sorulma" hissi qeyd edilir.

IV mərhələ- klinik simptomların olmaması ilə xarakterizə olunur.

Uşaq yaşlarında xora xəstəliyinin xüsusiyyəti - zəif ifadə olunan ağrı sindromu və çoxlu xoraların olmasıdır. Xəstəlik bir qayda olaraq xoşxassəli gedişə malik olur, nadir hallarda ağırlaşmalara gətirib çıxarır: qanaxma və on barmaq bağırsağın soğanağının deformasiyası, penetrasiyası, perforasiyası.

Diaqnoz endoskopik və rentgenoloji müayinə ilə təsdiqlənir.

Mədə və 12 barmaq bağirsağin xroniki xəstəliklərinin müalicəsi: Xroniki qastritin və xora xəstəliyinin müalicəsində əsas şərtlər: optimal gün rejiminin yaradılması və rasional qidalanmanın təmin olunmasıdır. Xəstəliyin kəskinləşməsi zamanı yataq rejimi göstərişdir ki, bu da mədənin selikli qişasının qanla güclü təchiz olunmasına və bərpasına imkan yaradır.

Dietoterapiyada müalicəvi 1a, 1b, 1 nömrəli stollar göstərişdir. Kəskinləşmə dövründə qida hissəvi təyin olunur-gündə 5-6 dəfə. Stol № 1a ilk 5-10 gün; Stol № 1b 10-20 günlərdə, stol № 1- kəskinləşmə dövrünün sonunadək göstərişdir.

Mədə sekresiyasının azalması ilə gedən xəstəlik zamanı mədə şirəsiqovucu qidaların (ət bulyonu, turş giləmeyvələr və şirələr, o cümlədən turşudulmuş kələm) pəhrizə daxil edilməsi məqsədəuyğundur.

Medikamentoz müalicəyə daxil edilir:

1) Əsas etioloji faktora təsir edən preparatlar
2) Pepsin və duz turşusunun sekresiyasını tormozlayan və aqressivliyini azaldan dərman preparatlarının qəbul edilməsi
3) Mədə və 12 barmaq bağırsağın selikli qişasını qoruyucu faktorların gücləndirilməsinə şərait yaradılması
4) Simptomatik müalicə

Xora xəstəliyinin kəskinləşməsi zamanı (Helicobacter-infeksiyası ilə assosiyalaşmış) antibakterial aktivliyə malik preparatlar istifadə olunur (Helicobacter əleyhinə antibiotiklər)-amoksasillin, metronidozol

Antisekretor aktivliyə malik preparatlar:

1) H_2-histamin reseptorlarının blokatorları (simetidin, ranitidin, famotidin)
2) Duz – turşusunun sekresiyasının son mərhələsinin blokatorları və "proton" pompası ingibitorları - omeprazol lansoprozol, pantoprozol, rabeprazol
3) Prostaqlandin E_1 –nin anoloqları (mizoprostol, arbaprostil və s.)
4) Antasid preparatlar (maqnezium – hidroksid, aluminium hidroksid) – "Almagel", "Qastal", "Maaloks" və s.

Selikli qişanın epitelizasiyasını təmin edən - solkoseril, çaytikanı yağı; xora əleyhinə vitamin U, vinilin göstərişdir.

Fitoterapiya məsləhət görülür: çobanyastığı, itburnu, şüyüd toxumları, dazıotu, pişikotu kökü və s. dəmləmələri

Mineral sulardan "Essentuki" 4 və 17, "Narzan", "Arzni" ılıq şəkildə (30^0 C) gündə 2-3 dəfə, yeməkdən 15-20 dəq əvvəl qəbul edilməsi məsləhət görülür.

ÖD ÇIXARICI YOLLARIN XƏSTƏLİKLƏRİ
ÖD KİSƏSİNİN DİSKİNEZİYASI

Öd kisəsinin diskineziyası-Öd kisəsinin və öd axacaqlarının tonusunun pozulmasıdır. Ödün qara ciyərdən və öd kisəsindən 12 barmaq bağırsağa tökülməsinin pozulmaları ilə meydana çıxır ki, bu da sağ qabırğaaltında ağrılarla müşaiyət olunur.

Etiologiyası: çox vaxt diskineziyalar nevroz nəticəsində, mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri (qastrit, xora xəstəliyi) nəticəsində baş verə bilər. İntensiv psixi yüklənmələr, travmalar, keçirilmiş infeksiyalar (xüsusilədə virus hepatitləri), qurd invaziyaları, intoksikasiyalar diskineziyalara aparıb çıxara bilər. İrsi meyillik, passiv həyat tərzi, dietik nöqsanlar da əhəmiyyət kəsb edir.

Patogenez: diskineziyaların inkişafında mərkəzi sinir sisteminin nevrozuna və öd ifrazını tənzimləyici proseslərin pozulmasına böyük əhəmiyyət verirlər. Simpatik və parasimpatik sinir sistemlərinin tonusunun üstünlük təşkil etməsi öd yolları sfinktorunun hipotoniyasına və ya davamlı spazmına gətirib çıxarır. Nəticə də öd ifraz olunmasının ritmi pozulur, onun tərkibi və xüsusiyyətləri dəyişir.

Klinik şəkli: Öd kisəsinin diskineziyasının 2 əsas forması ayrıd edilir: hipertonik – bu zaman öd kisəsinin və axarlarının sfinktorlarının tonusu artmış olur: hipotonik–öd kisəsinin tonus və hərəki aktivliyinin azalması ilə xarakterizə olunur.

Hipertonik diskineziyalara – sağ qabırğaaltı və göbək nahiyəsində, bəzən sağ çiyinə və kürək sümüyünə irradiasiya edən qısamüddətli, tutmaşəkilli ağrılar xarakterikdir. Onlar deşici və kəsici xarakterli olurlar. Bədən temperaturu normal olur. Xəstələrin əksəriyyətində vegetativ damar distoniya simptomları qeyd olunur: hədsiz yorğunluq, əsəbilik, ağlağanlıq, tez özündən çıxma, baş ağrıları, güclü tərləmə ürək döyünmə. Palpasiyada öd kisəsi nahiyəsində ağrı müəyyən olunur, qara ciyər böyümür. Ultrasəs müayinəsi

xolesisto– və exoqrafiya öd kisəsinin ölçülərinin kiçilməsini və onun boşalmasının sürətlənməsini aşkara çıxarır (sınaq üçün səhər yeməyindən sonra öd kisəsinin həcmi 50% dən çox kiçilir–normada 50%-dir) Fraksion duodenal zondlamada "B" porsiyasının həcminin azalması və öd axının sürəti artmış olması aşkarlanır.

Hipotonik forma küt, sızıldayıcı, daimi ağrılarla və sağ qabırğaaltında və ya göbək nahiyəsində şişmə, köpmə hissi ilə xarakterizə olunur. Dispeptik pozğunluqlar baş verir: ağızda acılıq hissi, yağlı və qızarmış qidaya ikrah hissi, gəyirmə, ürəkbulanma, bəzən qusma, dəyişkən stul (nəcis ifrazı). Astenovegetativ sindrom təzahür edir.

Palpasiyada bəzən böyük atonik öd kisəsi əllənir. Ultrasəs müayinəsində, xolesisto–və exoqrafiyada öd kisəsinin ölçülərinin böyüməsi, normal və ya yavaşımış boşalması aşkarlanır.

Müalicə: mexaniki və kimyəvi qoruyucu pəhriz, yağların məhdudlaşdırılması ilə (stol №5) pəhriz təyin olunur.

Qida rasionuna lipotrop təsirə malik ərzaqlar (kəsmik, yumurta ağı, treska balığı) və lisetin tərkibli qidalar (qarabaşaq, kök kahı, yaşıl noxud, yumurta sarısı) daxil edirlər. Hipotonik formada şirələr ləti ilə birlikdə, meyvələr, giləmeyvələr, tərəvəzlər iştahanın yaxşı oyandırıcıları olub, ödqovucu təsirə malik olurlar. Yağlardan kərə və bitki yağları icazə verilir. Yemək gündə 4 – 5 dəfə ilıq şəkildə verilir. Mineral sular məsləhət görülür. Öd kisəsinin hipertoniyasında aşağı mineralizasiyalı sular ("Esentuki" 4,20, "Narzan" 7, "Slavyanskaya") nisbətən az qazlı, ilıq şəkildə (40-45^0 C), kiçik porsiyalarla qəbul edilir. Öd kisəsinin hipotoniyasında qazlı

mineral sular, otaq temperaturunda (“Truskavets”, “Essentuki” 17, “Borjomi”) məsləhət görülür.

Kəskin ağrılar zamanı yataq rejimi göstərişdir. Xroniki infeksiya ocaqları olarsa, iltihab əleyhinə və öd qovucu təsirə malik preparatlar təyin edilir.

Diskineziyanın hipertonik formasında spazmolitiklər (platifillin, papaverin, no-şpa) göstərişdir. Öd qovucular (Xolaqon, Allaxol, Xolenzim və s.), öd qovucu otlar istifadə olunur.İstilik prosedurları, papaverin, novokainlə elektrofarez, ilıq (36,6 – 37^0C) xvoy vannaları məsləhətdir.

Hipotonik formada ödün axmasına gücləndirən ödqovucular (yumrta sarısı, ksilit, sorbit, maqnezium-sulfat) qəbul edilir. Tonuslandırıcı təsirə malik preparatlar (eleuterokok, pantokrin) göstərişdir.

XOLESİSTİT

Xolesistit öd kisəsinin xəstəliyi olub öd kisəsinin divarında iltihabi proseslə, öd kisəsində öd əmələ gəlmə və toplanma prosesinin pozulması ilə xarakterizə olunur. Xolesistit infeksion proses nəticəsində inkişaf edir. İnfeksiya öd kisəsinə ümumi qan dövranından qara ciyər arteriyası ilə və ya bağırsaqdan qapı venası ilə hemotogen yolla, limfogen və kontaktla–daxil olma yolu ilə isə on iki barmaq bağırsaqdan daxil olur. Ödün xaric olması pozulduqda isə inteksiyanın inkişafına əlverişli şərait yaranır.

Klinik şəkli: xəstəlik kəskin başlayır, sağ qabırğa altı nahiyədə epiqastral və qarının digər nahiyələrində ağrılar meydana çıxır. Öd kisəsinin divarının iltihabı ilə əlaqədar

olan ağrılar çox vaxt sağ çiyinə, sağ qurşaq nahiyəsinə, sağ qoltuq altına irradiasiya edir. Ağrı tutmaları əksər hallarda ürəkbulanma, qusma ilə müşaiyət olunur. uşaqlar narahat olur, rahat vəziyyət tapa bilmirlər. Temperatur yüksək rəqəmlərə qədər yüksəlir, ümumi vəziyyəti pisləşir, intoksikasiya güclənir.

Dil quru, boz ərplə örtülmüş olur. Qarın bir qədər köpür. Sağ qabırğa altı nahiyə palpasiyada kəskin ağrılı olur. Qarın divarının əzələləri gərginləşmiş olur. Bir sıra simptomlar meydana çıxır. **Kera simptomu**–nəfəsalma zamanı öd kisəsi nahiyəsində ağrı baş verir. **Ortner**–sağ qabırğa qovsünü əllə silkələdikdə ağrı meydana çıxır. **Lenen**–sağ qabırğaaltı nahiyəsini barmağın ucu ilə təzyiq etdikdə ağrı baş verir.

Periterik qanda - EÇS yüksəlir, sola meyilli leykositoz meydana çıxır.

Müalicə: sakitlik, antibiotiklər (ampioks, senorin, setamizin və s) spazmalitik və analgetik preparatlar, infuzion terapiya, kontrikal və s. təyin olunur. Xəstəyə pediatr və cərrah birgə nəzarət etməlidirlər.

HELMİNTOZLAR

Helmintozlar – parazit qurdlar (helmintlər) tərəfindən törədilən xəstəliklərdir. Helmintozların 250–dən çox nazoloji formaları məlumdur. Onların yayılmasından yaşayış yerlərində qeyri–kafi sanitar vəziyyət və məişət mədəniyyətinin aşağı olmasıdır. Helmintlərin əsas 3 qrupu ayrıd edilir: iri qurdlar (nematodlar), lentşəkilli qurdlar (sestodlar) və soru-

cu qurdlar (trematodlar). Uşaqlar arasında daha çox yumru qurdlar tərəfindən törədilən xəstəliklər geniş yayılmışdır: askaridoz, trixosefalyoz, enterobioz.

ASKARİDOZ

Xəstəliyin törədiciləri iri qurdlara aid olan askaridlərdir. Onlar uzunluğu 25 – 40 sm-ə çatır. Askaridlər nazik bağırsaqda parazitlik edir. Dişi askarid sutka ərzində bağırsaq mənfəzinə 200000-ə qədər yumurta qoyur, hansı ki, bunlar da nəcislə xarici mühitə çıxır və torpaqda yetişirlər. Yoluxma yaxşı yuyulmamış tərəvəz meyvə və çirkli əllər vasitəsilə qurd yumurtalarının udulması yolu ilə baş verir. Bağırsağa düşdükdə yetişmiş yumurtanın qabığı həll olur, onun içindən sürfə çıxır və o bağırsağın və kiçik venoz damarların divarını dəlib qan cərəyanı ilə qapı venasına, qara ciyərə, aşağı boş venaya, ürəyin sağ yarısına və daha sonra kiçik qan dövranına düşür. Ağ ciyərlərdə sürfələr alveolun divarından keçərək bronxiollar və bronxlara, ordan da bəlğəmlə unudularaq yenidən mədə-bağırsaq traktına düşür. Təkrar nazik bağırsağa düşən sürfələr, sürətlə böyüməyə başlayır və yetkin qurdlara çevrilirlər. Yumurtanın udulması anından yetkin askaridin inkişafına qədər 75 – 90 gün keçir. (*Şəkil 54*)

Klinik şəkli: askaridin inkişaf tsiklinə uyğun olaraq xəstəliyin 2 fazası ayrıd edilir: erkən (miqrasiya) və gec (bağırsaq). Miqrasiya fazasında maassiv invaziya zamanı dəridə allergik səpgilər, öskürək, sinədə ağrı, müşahidə olunur.

Çox vaxt bronxitlər, pnevmoniyalar, ağ ciyərlərdə eozonofil infiltratlar inkişaf edir. Subfebril temperatur ola bilər.

Bağırsaq fazası – simptomsuz və ya müxtəlif klinik əlamətlərlə gedə bilər. Bu faza üçün daha çox dispeptik pozğunluqlar xarakterikdir: iştahanın azalması, ürəkbulanma, qusma, çoxlu tüpürcək ifrazı, qarında ağrılar, ishal və ya qəbizlik. Uşaqlar əsəbi, tez qıcıqlanan olurlar, zəiflik, halsızlıq, baş ağrılarından şikayətlənirlər, narahat yatır, yuxuda dişlərini qıcırdadırlar. Askaridlərin bağırsaqda çoxlu toplanması nəticəsində bağırsaq keçməməzliyi inkişaf edə bilər. Periferik qanda–hipoxrom anemiya, eozinofiliya, EÇS–nin yüksəlməsi qeyd olunur. diaqnoz klinik simptomlara və nəcisdə askarid yumurtalarının tapılmasına əsasən qoyulur.

TRİXOSEFALYOZ

Xəstəliyin törədicisi tükbaş qurdlar olub, əsasən kor bağırsaqda parazitlik edir. İncə baş ucu ilə onlar bağırsağın selikli qişasına girərək qanla qidalanırlar. Tükbaşın yumurtaları nəcislə xaric olur və 30–40 gün müddətində torpaqda yetişir. Yoluxma yetişmiş yumurtaların udulması ilə baş verir ki, bağırsaqda bu yumurtalardan sürfələr əmələ gəlir, bunlar da inkişaf edib yetkin qurdlara (parazitlərə) çevrilirlər. Tükbaş qurdlar təxminən 5 il yaşayır. (*Şəkil 55*)

Klinik şəkli: Xəstəliyin klinik təzahürləri invaziyanın intensivliyindən və sürəkliliyindən asılı olur. Uşaqlarda iştaha pisləşir, ürəkbulanma, qusma, tüpürcək axması, qarında,

xüsusilədə sağ qabırğaaltı nahiyədə ağrılar meydana çıxır. Ağır hallarda sinir sisteminin zədələnmə simptomları qeyd olunur: baş ağrıları, başgicəllənmə, huşun qaralması, epilepsiyayabənzər tutmalar. Qanda hipoxrom anemiya, leykositoz qeyd olunur. Diaqnoz nəcisdə tükbaş qurdların yumurtalarının tapılması ilə təsdiqlənir.

ENTEROBİOZ

Xəstəlik bizquyruq qurdları (qıl qurd) tərəfindən törədilir. Bizquyruqlar xırda qurdlar olub ölçüsü 1 sm -ə qədər olur. Bizquyruqlarla yeganə yoluxma mənbəyi insandır. Bu qurdlar yoğun bağırsaqda və nazik bağırsağın aşağı şöbələrində parazitlik edirlər. Dişi qurd sürünərək düz bağırsaqdan xaricə çıxır və perianal büküşlərə yumurtalarını qoyurlar ki, bunlar da 4–6 saat müddətində yetişirlər. Bizquyruğun aktiv hərəkəti anus ətrafında güclü qaşınma əmələ gətirir. Uşaq perianal nahiyəni qaşıyaraq əllərini qurd yumurtaları ilə çirkləndirir. Şəxsi gigiyena qaydalarına riayət etmədikdə, uşaq çirkli əllərini ağzına aparır, beləliklə yumurtalar mədə bağırsaq traktına düşür. Enterebiozun ötürülmə faktorları uşağın alt paltarları, yataq ağları, oyuncaqları, qarşoku və s. əşyaları ola bilər. Bizquyruğun yaşama müddəti 3–4 həftədir, lakin daimi reinvaziya xəstəliyin uzun sürməsinə şərait yaradır.

Klinik şəkli: xəstəni perianal qaşınma narahat edir. Massiv reinvaziya zamanı qaşınma daimi və əzab verici olur. Uşaq pis yatır, əsəbi, narahat olur, çox vaxt qarında

ağrı, iştahanın azalması, gecələr sidiyi saxlaya bilməmək qeyd olunur. Qız uşaqlarında bizquyruğun sürünüb cinsiyyət orqanlarına keçməsi nəticəsində vulvovaginit inkişaf edir. Uzunmüddətli invaziya uşaqların sinir pisixi inkişafına mənfi təsir göstərir, bu da uşaqlarda yaddaşın zəifləməsi, dərslərdə müvəffəqiyyətin azalması özünü göstərir.

Enterebiozun diaqnostikası məqsədilə qurd yumurtalarını aşkara çıxarmaq üçün perianal büküşlərdən qaşıntı götürülür.

HELMİNTOZLARIN MÜALİCƏSİ

Helmintozlarin müalicəsi üçün dərman preparatlarından "Kombatrin", "Vermox", "Dekaris", "Mintezol" pirantel, piperazinadiponat və s. təyin olunur.

Helmintozlarin terapiyasının müvəffəqiyyətinin əsasında uşağın və bütün ailə üzvlərinin şəxsi gigiyena qaydalarına ciddi riayət etməsi durur.

Enterobioz zamanı uşağı yatmazdan qabaq yuyundurub, anal dəliyin ətrafını ətrafını vazelinlə yağlayıb quru pambıq tampon qoyurlar və kip oturan alt paltarı geyindirirlər. Tampon qurdların düz bağırsaqdan kənara çıxmasına imkan vermir, beləliklə qurd yumurtaları ilə yataq ağlarının və uşağın barmaqlarının çirklənməsinin qarşısını alır. Səhər tamponu götürürlər, uşağı yuyundurub, alt paltarlarını dəyişdirirlər. Uşağın əllərini sabunla yuyurlar. Uşağın dırnaqları qısa tutulmuş olmalıdır.

SİDİK – İFRAZAT SİSTEMİNİN ANATOMO FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Uşaq doğulan zaman uşağın sidik ifrazat orqanları artıq formalaşmış olur, lakin bəzi stkuktur və funksional xüsusiyyətlərə malik olur.

Böyrəklər -_ yenidoğulmuşun böyrəklərinin çəkisi, böyüklərinkinə nisbətən çox olur. Onların böyüməsi qeyribərabər gedir–1 yaşa qədər və cinsi yetişkənlik dövründə böyümə daha intensiv olur. Böyrəklərin nisbətən böyük ölçüsü və onların nisbətən aşağıda yerləşməsi erkən yaşlı uşaqlarda sağlam böyrəyi palpasiya etməyə imkan yaradır.

Böyrək ləyənləri və sidik axarları yenidoğulmuşlarda və erkən yaşlı uşaqlarda nisbətən geniş olur, əzələ və elastik liflərin kifayət qədər inkişaf etməməsi nəticəsində onların divarları hipotonik olur. Yenidoğulmuşun sidik axarlarının selikli qişası qırışlı və qıvrımlı olur. Bir yaşa qədər uşaqlarda adsız xətt səviyyəsində sidik axarı əyrilik əmələ gətirir ki, bundan da yuxarıda genişlənmə olur. Sidik axarlarının qivrımlığı, divarlarının hipotonik olması və əyriliyin olması sidiyin durğunluğa meyilliyə və böyrək ləyənlərində iltihabi proseslərin inkişafına şərait yaradır.

Sidik kisəsi -yenidoğulmuşlarda və südəmər uşaqlarda sidik kisəsi böyüklərinkinə nisbətən yuxarıda yerləşmiş olur. Dolu vəziyyətində o göbək səviyyəsində və daha yuxarıda əllənə bilir. Həyatının ikinci ilində uşaqda sidik kisəsi tədricən kiçik çanaq boşluğuna enir. Sidik kisəsinin selikli qişası zəif olur, əzələ qatı və elastik liflər zəif inkişaf

etmiş olur. Yenidoğulmuşlarda sidik kisəsinin tutumu 50 ml–yə yaxın olur, 1 yaşlı uşaqda – 200 ml, 8-10 yaşda isə -800-900 ml olur.

Sidik çıxarıcı kanal – Oğlanlarda yenidoğulma dövründə sidikçıxarıcı kanalın uzunluğu 5-6 sm olur, cinsi yetişkənlik dövründə isə 12 sm-ə qədər böyüyür. Qızlarda isə o qısadır: yeni doğulma dövründə 1-1,5 sm, 16 yaşda isə 3,2 sm olur. Geniş və qısa uretranın olması, həmdə onun anal dəliyə yaxın yerləşməsi qızlarda infeksiyanın sidik ifrazat sisteminə daxil olmasına və yayılmasına şərait yaradır.

Yenidoğulmuşlarda böyük yaşlı uşaqlara nisbətən reabsorbsiya sekresiya və diffuziya prosesləri tam yetkinləşmiş olur. Doğulduqdan sonra ilk günlərdə 10-20 ml sidik ifraz edir, sidik ifrazının sayı isə 4-6 dəfədən çox olmur. Sonrakı günlərdə isə diurezin kəskin artması baş verir. Sidik ifrazının sayı yenidoğulmuşlarda 20-25, südəmər uşaqlarda isə 15 dəfədən az olmur. Sutkalıq sidiyin miqdarı qəbul edilən mayenin 60-65%- ni təşkil edir. 10 yaşa qədər uşaqlarda sutka ərzində ifraz olunan sidiyin miqdarını bu formula ilə hesablayırlar:

600+100 (n-1)

n-yaş
600–isə 1 yaşlı uşağın
orta sutkalıq diurezi

Yenidoğulmuşun sidiyi ilk günlərdə intensiv rəngə malik olur, bəzən böyrək kapilyarlarının yüksək keçiriciliyi hesabına tərkibində zülal ola bilir. İlk günlərdə sidiyin reaksiyası kəskin turş olur, sonra zəif turş reaksiyalı, daha sonra qidanın xarakterindən asılı olur.

Sidiyin nisbi sıxlığı yeni doğulan zaman 1006-1018, südəmər uşaqlarda azalır 1003-1005, sonra isə yenidən artaraq 2-5 yaşda 1009-1016–ya çatır. İlk aylarda sidik ifrazı şərtsiz refleksdir. 5-6 ayından başlayaraq isə sidik ifrazına şərti refleks yaranmağa başlayır ki, bunu da möhkəmlətmək vacibdir.

QLOMERULONEFRİT

Qlomerulonefrit (q/n) - əsasən yumaqcıq aparatının zədələnməsi ilə gedən böyrəklərin immunokompleks xəstəliyidir. Daha çox 7-12 yaş arası uşaqlar qlomerulonefritlə xəstələnirlər.

Etologiyası və patogenezi Xəstəliyin etiologiyasını A qrupundan olan β hemolitik streptokokklar təşkil edr. Adətən qlomerulonefrit anginadan, xroniki tonzillitin kəskinləşməsindən, skarlatina və digər streptokokk infeksiyalarından 2-3 həftə sonra meydana çıxır. Xəstəliyin əmələ gəlməsində keçirilmiş qripp, pnevmoniya, digər respirator infeksiyalar da müəyyən rol oynayır. Q/n –tik inkişafı nadir hallarda qeyri bakterial mənşəli faktorlarla əlaqələndirilir: qida allerginlərinin qəbulu vaksinasiyalar, orqanizmmin soyuqlama faktoru. Xəstəlik antigen-antitel kompleksinin əmələ gəlməsi nəticəsində inkişaf edir. Onlar qanda dövr edərək yumaqcıqların bazal membrnına çökür və damar divarının zədələnməsinə səbəb olur ki, bu da damar daxili laxtalanma (DDL) sindromunun inkişafına gətirib çıxarır. Beləliklə, dəyişilmiş xüsusiyyətləri ilə bazal membran antigen rolunda çıxış edir, buna cavab olaraq autoantitellər əmələ

gəlir ki, bunlar da orqanizmin öz hüceyrələrinə qarşı yönəlir. Autoantigenlər isə yenidən böyrək toxumasının zülalları ilə birləşib presipitat əmələ gətirir. Nəticədə orqanizmin hiperergik reaksiyası baş verir. Q/n – tin klinikasında bu reaksiya mühüm yer tutur.

Klinikası: xəstəliyin klinik şəklində sidik, ödem və hipertenzion sindromlar ayrıd edilir, hansı ki, bunlar ümumi intoksikasiya fonunda inkişaf edir. **Sidik sindromu** – sidik ifrazının pozulması ilə və sidikdə patoloji dəyişikliklərlə özünü göstərir. Sidiyin sutkalıq miqdarı azalır (oliquriya) onun nisbi sıxlığı yüksək olur. (1030-1040) kəskin q/n–tin xarakter əlamətləri–sidikdə eritrositlərin, zülalın, silindrlərin meydana çıxmasıdır. Hematuriyanın intensivliyi müxtəlif ola bilər: mikrohematuriyadan makrohematuriyayadək, hansı ki, bu zaman sidik ət yuyuntusu və ya tünd çay rəngində olur. Proteinuriya da müxtəlif dərəcədə nəzərə çarpır. Sidiyə təkcə kiçikmolekullu zülallar olan albuminlər deyil, həmçinin iri molukullu zülallar, yəni qlobulinlər də daxil ola bilər. Sidiyin çöküntüsündə çox vaxt leykositlərin miqdarının artması qeyd olunur.

Xəstəliyin çox erkən və tez-tez rast gəlinən təzahürlərindən biridə **ödem sindromudur**. Ödemin kəskinliyi müxtəlif ola bilir – çox yayılmış formadan gizli formayadək . Ödemlər səhərlər meydana çıxır, əvvəlcə göz qapaqlarında və gözaltı nahiyyədə, daha sonra isə gövdə və ətraflara yayılır. Südəmər uşaqlarda ödemlər oma və qurşaq nahiyəsində olur. Ağır hallarda isə maye seroz boşluqlara toplana bilər.

Hipertenzeon sindromun inkişafı zamanı həm sistolik, həm də diastolik arterial təzyiq yüksəlmiş olur. Xəstədə baş

ağrıları, ürəkbulanma, qusma meydana çıxır. Ürək tonları karlaşır, zirvədə sistolik küy eşidilir, tez-tez bradikardiya qeyd olunur.

Kəskin qlomerulonefritin klinik şəklində aşağıdakı sindromlardan biri üstünlük təşkil edə bilər: 1)nefritik, 2) nefrotik, 3) izolə olunmuş sidik sindromu, 4)hematuriya və hipertenziya ilə gedən nefrotik sindromu

1) **Nefritik** variantın klinikasında sidikdə dəyişikliklər üstünlük təşkil edir. Ödemlər və hipertenzion sindrom kəskin nəzərə çarpmır.
2) **Nefrotik variant** isə massiv ödem sindromu ilə, yüksək proteinuriya ilə, hipo – və disproteinemiya ilə, hiperlipidemiya ilə xarakterizə olunur.
3) **İzolə olunmuş sidik sindromu** böyrəkdənkənar təzahürlər olmadan gedir.
4) **Hematuriya** və **hipertenziya ilə gedən nefrotik variant** isə ən ağırı hesab olunur. Onun üçün davamlı ödemlər və AT – qin 30-40 mm.c.süt qədər artması ilə hipertoniya, kəskin hematuriya və proteinuriya xarakterikdir.

Qlomerulonefritin kəskin gedişli (6 aya qədər sürən) və uzun sürən gedişli (1 ilə qədər) formaları ayırd edilir. Xəstəliyin bir ildən çox sürməsi qlomerulonefritin xroniki formaya keçməsini göstərir. Kliniki- labarator əlamətlərindən asılı olaraq xroniki qlomerulonefritin 3 əsas forması ayrıd edilir: hematurik, nefrotik və qarışıq.

Hematurik formada makrohematuriya və ya davamlı mikrohematuriya üstünlük təşkil edir. Proteinu-

riya çox deyil. AT normaldır, ödem yoxdur və ya cuzi miqdardadır. Böyrəklərin fəaliyyəti uzun müddət dəyişikliklərsiz qalır.

Nefrotik forma – kəskin diffuz ödemlərlə və massiv proteinuriya ilə gedir. Hematuriya qısamüddətli olur və nadir hallarda təsadüf edilir. Xəstəlik dalğavari gedişə malik olur. Böyrəklərin funksiyası uzun müddət saxlanılır.

Qarışıq forma üçün nefrotik sindromun hipertenziya və hematuriya ilə birləşməsi xarakterikdir. Xəstəlik bədxassəli gedişə malik olur, erkən xroniki böyrək çatışmazlığı inkişaf edir.

Periferik qanda kəskin qlomerulonefridə və xroniki qlomerulonefritin kəskinləşmə dövründə leykositoz, eozonofiliya, EÇS – nin artması təyin olunur.

Kəskin qlomerulonefritin ağır gedişi zamanı kəskin böyrək və ürək çatışmazlığı, böyrək eklampsiyası inkişaf edə bilər. Xəstəliyin əsas ağırlaşmalarından biri **eklamptik uremiyadır**. Belə ki, davamlı spazm nəticəsində kapillyarit baş verir. Beyin damarlarının spazmı, asidoz və ödem yaranır. Bu da onurğa beyin mayesinin təzyiqinin artmasına səbəb olur. Eklamptik tutmalar qəflətən başlayır, xəstədə şiddətli başağrıları, başgicəllənmə qan təzyiqi və ödemin artması, öyümə, qusma, huşun itməsi, bradikardiya, reflekslərin güclənməsi, tonik və klonik qıcolmalar müşahidə olunur. Bəbəklər genəlir, onların işığa reaksiyası itir, xəstə dilini dişləyir, bəzən qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı baş verir.

Göz dibinin müayinəsi zamanı görmə siniri məməciyində durğunluq aşkar edilir. Qanda qalıq azot normada oldu-

ğundan bu uremiya yalançı uremiya adlanır.

Xroniki qlomerulonefritin ağırlaşmalarına isə xroniki böyrək və ürək çatışmazlığı, ensefalopatiya aiddir.

Müalicə: Kəskin qlomerulonefritdə və ya xroniki qlomerulonefritin kəskinləşmə dövründə xəstələr mütləq qospitalizə olunmalıdırlar. Kəskin dövrdə 4-6 həftə müddətində yataq rejimi təyin edilir. Horizontal vəziyyət və isti böyrək damarlarının genişlənməsinə, böyrək qan dövranının yaxşılaşmasına imkan yaradır. Ödem çəkildikdən, AT normallaşdıqdan və sidiyin tərkibi yaxşılaşdıqdan sonra uşaq yarımyataq rejiminə keçirilir. Müalicədə zülalın, duzun məhdudlaşdırılması ilə xüsusi pəhriz təyin olunur və maye qəbulu dozalaşdırılır. Beləki, qəbul edilən mayenin miqdarı əvvəlki günün diurezi və ekstrarenal maye itkisinin, hansıki təqribən 300 ml təşkil edir, cəminə bərabər olmalıdır. 3-7 gün müddətində № 7a pəhrizi göstərişdir. Yüksək dozada hormonlar qəbul edən xəstələrdə bu 10 günə qədər uzadılır. № 7b pəhrizi isə 1 ay müddətinə təyin edilir.

Qlomerulonefritin əsas müalicəsində böyrək qan dövranını yaxşılaşdıran preparatların (kurantil, trental), antikoaqulyantların (heparin), qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatların (voltaren, ibrufen), xəstəliyin ağır gedişi zamanı- kortikosteroid preparatların, sitostatik immunodepressantların təyini nəzərdə tutulur. Əgər kəskin qlomerulonefritin streptokokk infeksiyası ilə bağlı olması dəqiq sübut olunubsa, və ya xroniki infeksiya ocaqları vardırsa antibiotiklər təyin olunur. Penisillin qrupu antibiotiklərə üs-

tünlük verilir. Antihistamik preparatlar, B qrup vitaminlər, Vit C, askorutin məsləhət görülür. Kəskin ödem sindromu və oliquriya diuretik preparatların istifadəsinə göstərişdir (hipotiazid, furosemid, veraşpiron). Hipotenziv preparatlar da tətbiq olunur.

Böyrək eklampsiyası təhlükəsi olduqda ciddi yataq rejimi təyin edilir. Pəhrizdə duz və maye məhdudlaşdırılır, əzələ daxilinə 25%-li Mg-sulfat məhlulu, vena daxilinə 20%-li 25-30 ml qlükoza məhlulu yeridilir. Beyin əlamətləri olduqda onurğa beyin punksiyası aparılır, xəstənin baş nahiyəsinə buz qovuğu, venaya 10% Ca-qlukonat təyin olunur. Qıcolma zamanı əzələdaxilinə Mg-sulfat, relanium, seduksen yeridilir.

PİELONEFRİT

Pielonefrit – böyrək ləyənlərinin və böyrəklərin interstisial toxumasının infeksion-iltihabi xəstəliyidir.

Etiologiya və patogenez: Xəstəliyin törədiciləri bağırsaq çöpləri, klebsiella, proteylər, enterokokklar, göy-yaşıl irin çöpləri, streptokokklar, stafilokokklar, viruslardır, qarışıq floralı da ola bilər.

Kəskin pielonefritin inkişafında 3 faktorun böyük əhəmiyyəti var: immunitetin zəifləməsi, massiv və kifayət qədər aktiv infeksiya, böyrəklərdə mikrosirkulyasiyanın pozulması.

İnfeksiya böyrək parenximasına hematogen, limfogen və urinogen yollarla daxil olur. Aşağı sidik yollarından

qalxan yolla (urinogen yol) infeksiyalaşma başlıca əhəmiyyətə malikdir. Çox vaxt bu infeksiyalaşmış sidiyin sidik yollarının aşağı şöbələrindən böyrək kanalcıqlarına və interstisial toxumaya qayıtması (reflyuks) nəticəsində ba verir. Sidik cərəyanının pozulması anadangəlmə anomaliyalarla, sidikçıxarıcı sistemin sinir requlyasiyasının pozulması ilə, sidik yollarının sıxılması və tutulması ilə əlaqədar ola bilər.

Klinik şəkli: Birincili və ikincili pielonefrit ayrıd edilir. Birincili pielonefrit müstəqil xəstəlik kimi inkişaf edir. İkincili pielonefrit isə-böyrək və sidik yollarının anomaliyaları fonunda inkişaf edir. Kliniki gedişinə görə kəskin pielonefrit (6 aya qədər davam edən) və xroniki pielonefrit (6aydan çox sürən) ayrıd edilir. Birincili xroniki pielonefritin inkişafı da mümkündür. Kliniki əlamətlərin kəskinliyindən asılı olaraq residivləşən (dalğavari) və latent xroniki pielonefrit ayrıd edilir.

Kəskin pielonefritin klinik şəklində bu əsas sindromlar vardır: ümumi intoksikasiya, ağrı, dizurik və sidik.

Ümumi intoksikasiya sindromu-qızdırma, baş ağrısı, iştahanın azalması, ürəkbulanma, qusma, çox vaxt duru nəcis ifrazı ilə meydana çıxır.

Ağrı sindromu-qurşaq nahiyəsində, sağ və ya sol qabırğaaltı nahiyədə, sidik axarlarının gedişi boyunca spontan ağrıların olması ilə özünü göstərir. Pasternatski simptomu müsbət olur.

Dizurik sindrom – tez-tez, ağrılı sidik ifrazı ilə, nikturiya ilə, sidiyi saxlaya bilməməsi ilə meydana çıxır.

Sidik sindromu – sidiyin rənginin və şəffaflığının dəyişilməsi ilə xarakterizə olunur. Sidikdə çöküntü əmələ gəlir. Sidikdə xeyli miqdarda leykositlər, bakteriyalar, hüceyrə epitelisi tapılır. Leykositlər bir qayda olaraq neytrofillər şəklində olur. Proteinuriya, hematuriya (çox vaxt mikrohematuriya) qeyd olunur. Qanda-leykositoz, sola meyilli neytrofiloz, EÇS- nin artması aşkar olunur.

Müalicə: Xəstəliyin kəskin dövründə uşaq qospitalizə olunmalıdır. Müalicə kompleks olmalıdır. Böyrək infeksiyasının likvidasiyasına (aradan götürülməsinə), intoksikasiyanın aradan qaldırılmasına, böyrəklərdə mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılmasına yönəldilməlidir. Kəskin dövrdə yataq rejimi təyin edilir. Qurşaq nahiyəsinə, sidik kisəsi nahiyəsinə, ayaqlara isti qoymaq məsləhət görülür. Pəhriz təyin olunur. Qısa müddətdə (kəskin dövrdə) 7№ -li stol təyin edilir, sonra isə 5№-li stola keçirilir. Qida rasionundan kəskin sousları, marinadları, sarımsağı, duzlu qidaları, turp, ispanağı çıxarırlar. Duru maye qəbulu məsləhətdir. Sutkalıq qəbul olunan mayenin miqdarı yaşa uyğun tələbatdan 2,5 dəfə çox olmalıdır. Əlavə mayeni uşaqlar qarpız, şirələr, qələvi mineral suların hesabına alırlar. Hər 7-10 gündən bir sidiyin pH – nı dəyişmək məqsədilə pəhrizi dəyişmək məsləhət görülür. Bu xəstəliyin törədicisi ilə mübrizəni asanladırır. Tərəvəz, meyvə, giləmeyvə, süd, qələvi mineral sular sidiyi qələviləşdirir. Kefir, sıyiqlar, çörək, balıq, ət, limon sidiyin pH – nı turş istiqamətə dəyişir.

Xəstəliyin əsas müalicəsi uzun müddət (1 neçə ay) antibakterial terapiyadan ibarətdir. Antibakterial terapiya-

ya antibiotiklərlə, sulfanilamid preparatları ilə, nitrofuran törəmələri ilə müalicə aiddir. Antibiotiklərin təyinində yarımsintetik penisillinə, aminoqlikozidlərə, sefalosporinlərə üstünlük verilir. Sulfanilamid preparatlarından uzunmüddətli təsirə malik olan (biseptol) preparatlara və çox uzun müddətli təsirə malik olan preparatlara (sulfalen) daha geniş yer verilir. Dispeptik pozğunluqları azaltmaq üçün nitrofuran törəmələri (furagin, furadonin, furazolidon) vitaminlərlə (E,C,B_6) eyni zamanda istifadə olunur. Pielonefritin ağır gedişində vena daxilinə solafur, furokrimer təyin edilir. Nalidiks turşusu preparatları (neviqramon, neqram) effektiv təsirə malikdir.

Diaqnostika: Böyrəklərin və sidik yollarının xəstəliklərində kompleks müayinə aparılır. Bura daxildir: dinamikada sidiyin analizi (7-11 gündə bir dəfə), sidik çöküntüsünün müayinəsi (Addis–Kakovski və Neçiporenko sınaqları), bakterioloji müayinə (ifraz olunan mikroba qarşı həssas antibiotikin təyini). Zimnitski sınağının köməyi ilə böyrəklərin funksional vəziyyətinin təyini, qanın biokimyəvi analizi, ultrasəs müayinəsi, rentgenoloji və digər müayinə üsulları: uroqrafiya, sistoskopiya, sistoqrafiya, radioizotop renoqrafiya

Profilaktika: İnfeksion xəstəliklərin qarşısının alınmasına, xroniki infeksiya ocaqlarının aradan qaldırılmasına, sidik sisteminin anadangəlmə inkişaf anomaliyalarının vaxtında diaqnostikasına yönəldilməlidir. Ümumi gigiyenik qulluq tədbirləri və uşaq orqanizminin möhkəmləndirilməsidə mühüm rol oynayır.

ENDOKRİN SİSTEMİN ANATOMO-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Endokrin sistem orqanizmin böyümə və inkişafının başlıca tənzimləyicisidir. Endokrin sistemə aiddir: hipofiz, epifiz, qalxanabənzər vəzi, mədəaltı vəz, qalxanabənzər ətraf vəzilər, çəngələbənzər vəzi, cinsiyyət vəziləri və böyrəküstü vəzilər, bəzi endokrin vəzilər hələ embrional inkişaf dövründən fəaliyyətə başlayırlar. Uşağın böyümə və inkişafına əhəmiyyətli təsiri ana orqanizmindən bətndaxili dövrdə və daha sonra isə ana südü ilə alınan hormonlar göstərir.

Uşaq həyatının müxtəlif dövrlərində müəyyən bir vəzi digərlərinə nisbətən daha üstün təsirə malik olur. Məsələn, 5-6 ayında qalxanabənzər vəz güclü fəaliyyət göstərməyə başlayır və bu aparıcı rol 2-2,5 yaşa qədər davam edir. Hipofizin ön payının güclü fəaliyyəti isə 6-7 yaşda xüsusilə nəzərə çarpır. Prepubertat dövrdə isə qalxanabənzər vəzinin və hipofizin funksional fəaliyyəti güclənir. Prepubertat və xüsusilə də pubertat dövrdə böyümə və inkişafa cinsiyyət vəzilərinin hormonları əsas təsir göstərir.

Hipofiz: Bu belə bir vəzidir ki, qalxanabənzər, böyrəküstü və cinsiyyət vəzilərinin quruluş və funksiyası əsas etibarilə onun fəaliyyətindən asılıdır. Artıq uşaq doğulan zaman hipofiz aydın bir şəkildə sekretor aktivliyə malik olur. Hipofizin ön payının hiperfunksiyası böyüməyə təsir edir və hipofizar giqantizmə gətirib çıxarır, böyümə mərhələsinin sonunda isə-akromeqaliyaya səbəb olur. Hipofunksiyası isə hipofizar nannizmə (cırtdanboyluluq) səbəb olur.

Qonadotrop hormonların kifayət qədər ifraz olunmaması pubertat (cinsi) inkişafdan geriqalma ilə müşaiyət olunur. Hipofizin arxa payının funksiyasının artması cinsi inkişafdan geri qalma ilə yağ mübadiləsinin pozulmasına gətirib çıxarır. Antidiuretik hormon kifayət qədər hasil olunmadıqda isə şəkərsiz diabet inkişaf edir.

Epifiz: Epifiz uşaqlarda böyüklərdəkinə nisbətən böyük ölçülərə malikdir və cinsi dövrə, laktasiyaya, karbohidrat və su-elektrolit mübadiləsinə təsir edən hormonlar hazırlayır.

Qalxanabənzər vəz: yenidoğulmuşlarda onun quruluşu hələ tamamlanmamış olur. Uşaq doğulan zaman onun çəkisi 1-5 qram olur. 5-6 yaşa qədər onun çəkisinin intensiv artması, parenximasının differensasiya və formalaşması qeyd olunur. Cinsi yetişkənlik dövründə vəzinin çəki və ölçülərinin böyüməsində yeni yüksəliş başlayır. Vəzinin əsas hormonları tiroksin, triyodtironin (T_4,T_3), tireokalsitonindir.

Qalxanabənzər vəzinin funksiyası böyrəküstü vəzinin beyin maddəsinin və hipofizin hormonları ilə tənzimlənir. T_3 və T_4 hormonları orqanizmin böyümə və inkişafının, maddələr mübadiləsinin əsas stimulyatorlarıdır. Döldə qalxanabənzər vəzinin funksiyasının yetərsizliyi onun inkişafına heç bir təsir etməyə bilər, belə ki, plasenta ananın tireoid hormonlarını yaxşı buraxır (dölə asanlıqla keçə bilir)

Qalxanabənzər ətraf vəzilər: Uşaqlarda onlar böyüklərə nisbətən kiçik ölçülərə malikdir. Vəzilərdə parathormonun sintezi gedir. Parathormon isə D vitamini ilə birlikdə

kalsi-fosfor mübadiləsinin tənzimləməsində böyük rol oynayır. Uşaq həyatının ilk həftələrində qalxanabənzər ətraf vəzilərin funksiyasının çatımazlığı yenidoğulmuşlarda hipokalsiemiyaya aparıb çıxarır ki, buna da tez-tez yarımçıqdoğulmuş uaqlarda rast gəlinir.

Çəngələbənzər vəzi (Timus): yenidoğulmularda və kiçik yaşlı uşaqlarda bu vəzi nisbətən böyük çəkiyə malik olur. Onun maksimal inkiafı 2 yaşa qədər gedir, bundan sonra isə vəzi tədricən involyusiyaya uğrayır. Timus vəzi immuntetin mərkəzi orqanı kimi hüceyrə immuniteti reaksiyanı həyata keçirən tlimfositlərinin formalaşmasında itirak edir. Çəngələbənzər vəzin (timusun) vaxtından qabaq involyusiyası (geriyə inkişafı) infeksion xəstəliklərə meyilliklə, sinir-psixi və fiziki inkişafdan geri qalma ilə müşayət olunur. Böyrəküstü və qalxanabənzər vəzilərin, cinsiyyət vəzilərinin funksiyasının tormozlanması və böyümənin aktivləşdirilməsi timusun fəaliyyəti ilə bağlıdır. Çəngələbənzər vəzinin karbohidrat və Ca mübadiləsinə, sinir-əzələ impulslarının ötürülməsinə nəzarət olunmasında iştirakının olduğu müəyyən edilmişdir.

Böyrəküstü vəzilər: yenidoğulmularda böyrəküstü vəzilər böyüklərdəkinə nisbətən iridir. Böyrəküstü vəzilərin beyin maddəsi kiçik yaşlı uşaqlarda tam inkişaf etməmişdir, onun elementlərinin yenidən qurulması və differensiyası 2 yaşda başa çatır. Böyrəküstü vəzin qabıq maddəsi 60-dan çox bioloji aktiv maddələr və hormonlar hasil edir ki, bunlar da mübadilə proseslərinə təsirinə görə-qlükokortikoidlərə, mineralokortikoidlərə, androgenlərə və estrogenlərə bölü-

nürlər. Qlükokortikoidlər karbohidrat mübadiləsini tənzimləyir, kəskin iltihab əleyhinə və hiposensibilizə edici təsirə malikdir. Mineralokortikoidlər su-duz mübadiləsinin tənzimlənməsində və karbohidratların metabolizmində iştirak edirlər. Funksional olaraq böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsi AKTH – la, cinsi və digər endokrin vəzilərlə sıx bağlıdır. Beyin maddəsinin hormonları-adrenalin və noradrenalin arterial təzyiqin səviyyəsinə təsir göstərir. Yenidoğulmularda və südəmər uşaqlarda böyrəküstü vəzin qabıq maddəsi orqanizm üçün bütün vacib olan kortikosteroidləri hasil edir. Böyrəküstü vəzilərin funksiyasının zəifləməsi limfatiko- hipoplastik diatezli uşaqlarda, toksiki təsirlər zamanı, şişlər zamanı, qansızmalar zamanı vərəmdə, ağır distrofiyalarda meydana çıxa bilir.

Mədəalti vəz: bu vəz həm daxili, həmdə xarici sekretor funksiyaya malikdir. Yenidoğulmularda onun çəkisi 4 - 5 qram olur, cinsi yetişkənlik dövründə isə 15-20 dəfə artır. Mədəalti vəzin hormonları Langerhans adacıqlarında sintez olunur.

Langerhans adacıqlarının β – hüceyrələri – insulin, α hüceyrələri isə- qlukoqon hazırlayır. Uşaq doğulan zaman mədəalti vəzin hormonal aparatı inkişaf etmiş və kifayət qədər sekretor aktivliyə malik olur. Mədəalti vəzin endokrin funksiyası hipofizin, qalxanabənzər vəzinin, böyrəküstü vəzilərin fəaliyyəti ilə sıx bağlıdır. Sinir sistemi mədəaltı vəzin funksiyasının tənzimlənməsində mühüm rol oynayır.İnsulinin əmələ gəlməsində çatışmazlıq şəkərli diabetin inkişafına gətirib çıxarır.

Cinsiyyət vəziləri: bunlar yumurtalıqlar və xayalardır. Bu vəzilər yalnız cinsi yetikənlik dövründə güclü fəaliyyət göstərməyə başlayır. Cinsi hormonlar cinsiyyət orqanlarının böyümə və inkişafına əhəmiyyətli təsir göstərir, ikincili cinsi əlamətlərin formalaşmasına səbəb olur.

ŞƏKƏRLİ DİABET

Şəkərli diabet - əsasında insulinin mütləq və ya nisbi çatışmazlığı duran, hər növ maddələr mübadiləsinin pozğunluğuna gətirib çıxaran xəstəlikdir.

Şəkirli diabet uşaq yaşlarının nisbətən geniş yayılmış patologiyasıdır. Şəkərli diabetin 2 əsas tipi ayrıd edilir: insulindən asılı (İAŞD – I tip) və insulindən asılı olmayan (İAOŞD – II tip). Uşaqlarda əsasən İAŞD (I - tip) rast gəlinir.

Etiologiyası: Xəstəliyin inkişafında antoimmun pozğunluqlar, virus infeksiyaları (qızılca, epidermik parotit, məxmərək, su çiçəyi, koksaki virusları tərəfindən törədilən xəstəliklər), irsi meyillik əhəmiyyətə malikdir. Şəkərli diabetin risk faktorlarına stress vəziyyətlər, fiziki travmalar, qidada yağın, karbohidratların artıq olması, hipodinamiya, qlukokortikoidlərlə, diuretiklərlə və s. preparatlarla qeyri-rasional terapiya aiddir.

Patogenez: Şəkərli diabetin inkişafının əsasında mədəaltı vəzinin langerhans adacıqlarının β hüceyrələrində insulin hormonunun kifayət qədər hasil olmaması durur. Onun çatışmazlığı zamanı hüceyrələrin membranının qlukozanı keçirmə qabiliyyəti aşağı düşür, qlikogenin parçalanması

güclənir, zülallardan və yağlardan qlükozanın əmələ gəlməsi güclənir. Bu prosesin nəticəsində qanda qlükozanın miqdarı artır. (normada 3,3-5,5 mmol/l) Hiperqlikemiya qlükozuriyaya səbəb olur, belə ki, qlükozanın çoxlu miqdarı böyrəklərdən reabsorbsiya oluna bilmir. Qlükozanın sidikdə artıq miqdarı onun sıxlığının artmasına səbəb olur, poliuriyaya gətirib çıxarır. Bu zaman qanın həcminin azalması polidipsiya ilə nəticələnir. Su ilə bərabər orqanizm elektrolitlər də itirir: K,Mg,Na, P. Karbohidratların yağa çevrilməsinin, zülal sintezinin pozulması və yağ depolarından yağ turşularının mobilizasiyasının güclənməsi nəticəsində xəstə arıqlayır və polifaqiya (iştahanın güclənməsi) meydana çıxır. Yağ mübadiləsinin pozulması nəticəsində yağların əmələ gəlməsi zəifləyir və onların parçalanması güclənir. Qanda yağ mübadiləsinin oksidləşməmiş məhsulları (keton cisimcikləri) toplanır, asidoz inkişaf edir.

Klinik şəkli: Xəstəliyin gedişində üç mərhələ ayrıd olunur.

1) Qlükozaya tolerantlığın potensial pozulması-potensial diabet, diabetə meyillik
2) Qlükozaya tolerantlığın pozulması-latent diabet
3) Aşkar şəkərli diabet

Potensial diabet- diabetə meyillik – şəkərli diabetin inkişaf etmə təhlükəsinin artması ilə xarakterizə olunur, lakin xəstəliyin inkişafı mütləq deyildir. Qanda şəkərin səviyyəsi acqarına və şəkər yükündən sonra norma həddində olur.

Uşaq yaşlarında risk faktorları: qohumlar arasında şəkərli diabetin çox olması doğuş zamanı çəkinin çox olması (4100 qramdan çox), eyni yumurta ekizlərindən biri xəstə-

dirsə, piylənmə, spontan hipoqlikemik vəziyyət, göz qapaqlarının ptozu, xroniki pankreatit, residivləən stomatitlər, dərinin irinli-iltihabi xəstəliklər, tez-tez xəstələnmə hallarının olması.

Gizli (latent) diabet-xəstəliyin klinik təzahürlərinin olmaması ilə xarakterizə olunur. Qanda şəkərin səviyyəsi acqarına norma həddində olur, lakin qlukozaya tolerantlığın azalması özünü göstərir: Şəkər yükündən 2 saat sonra qanda qlükozanın miqdarı əvvəlki səviyyəyə qayıtmır.

Aşkar şəkərli diabet- "böyük" simptomlar triadası ilə meydana çıxır: yanğı, çoxlu sidik ifrazı, hədsiz iştahanın olmasına baxmayaraq bədən çəkisinin azalması. Gediş xarakterinə görə şəkərli diabetin 2 klinik variantı ayrıd edilir: Vəziyyətin ağırlığının tədricən artması və ya xəstəliyin sürətli inkişafı (kəskin susuzlaşma, intoksikasiya, qusma və tezliklə ketoasidotik komanın inkişafı)

Məktəbə qədər yaşlı və məktəb yaşlı uşaqlarda şəkərli diabetin gediş xüsusiyyətləri. Bu yaş dövründə erkən şikayətləri: halsızlıq, zəiflik, baş ağrısı, başgicəllənmə, yuxunun pisləməsi olur, yanğı hissinin güclənməsi xarakterdir, xəstələr sutkada 1,5-2 litrdən 5-6 litrə qədər su içirlər. Polidipsiya ilə eyni zamanda sutka ərzində ifraz olunan sidiyin miqdarı 2-6 litrə qədər artır. Poliuriyanın nəticəsində gecə, bəzən isə gündüz də sidiyi saxlaya bilməmə meydana çıxır. Diabetin erkən əlamətlərindən biri də uşağın iştahasının yaxşı olduğu, çox halda isə artdığına baxmayaraq uşağın arıqlamasıdır. Yanaqda ,alında, üst göz qapaqlarında, çənəaltında diabetik qızartı meydana çıxır. Dəri quru olur, dirsəkdə və çiyinlərdə

kəskin qabıqlanma qeyd olunur. Başın tüklü hissəsində quru seboreya inkişaf edir. Selikli qişalar quru, dil parlaq, tünd albalı rəngində olur. Dəridə bişməcə, piodermiya, göbələklərlə zədələnmə qeyd olunur. Tez-tez stomatit, paradontoz, qızlarda-vulvit və ya vulvovaginit inkişaf edir. Orqanizmin müqavimətinin azalması ilə əlaqədar olaraq xəstələr pnevmoniyaların və digər iltihabi proseslərin inkişafına meyilli olurlar.

Şəkərli diabetin südəmər uşaqlarda gedişxüsusiyyətləri.

Xəstəlik kəskin narahatlıqla başlayır, uşaqlar acgözlüklə əmziyi və ya döşü tutur və maye içdikdən sonra tezliklə sakitləşirlər. Çəkinin azalması qeyd olunur. Uşağın əskisi kraxmallanmış kimi olur (şəkər kristallarının çökdüyünə görə). Davamlı bişməcələrin olması xarakterikdir, xüsusilədə xarici cinsiyyət orqanları nahiyəsində. Çox vaxt irinli infeksiya ocaqları da qoşula bilər. Eləcə də, yuxarı tənəffüs yollarının xəstəliklərinə meyillik olur.

Labarator diaqnostika: qanın labarator müayinəsidə - hiperqlikemiya, ketonemiya, asidoz, sidikdə yüksək sıxlıq, qlukozuriya, keton cisimcikləri aşkarlanar. Qlikemiyanı təyin etmək üçün indikator zolaqlarından "Dekstonal", "Dukstrostiks", "Qlukoprofil" sidikdə şəkəri təyin etmək üçün "Qlükotest", "Multistiks" sidikdə keton cisimciklərini təyin etmək üçün "Ketostiks" istifadə olunur.

Müalicə: Xəstəliyin manifest (aşkar) mərhələsinin müalicəsində köməkçi terapiyadan istifadə edilir: insulin preparatlarını pəhriz və dozalanmış fiziki yüklə birlikdə tətbiq edirlər. Xəstələrin qidası ciddi balanslaşdırılmış və kalori-

sinə görə, zülal, yağ, karbohidrotlar, vitaminlər və mineral maddələr miqdarına görə fizioloji normaya uyğun olmalıdır (stol № 9). Dietanın əsas xüsusiyyətləri qidada asan mənimsənilən karbohidrotların – şəkər, konfet, buğda unu, makaron məmulatları, mannı, düyü yarması, kraxmal, üzüm, banan, xurmanın çıxarılmasıdır. Bu karbo hidratların əvəzinə qlükozanın sorulmasını zəiflədən məhsullar (çovdar unu, qarabaşaq, darı, çovdar yarması, kartof, kələm, kök, çuğundur) məsləhət görülür. Şəkəri sorbit və ya ksilitlə əvəz edirlər. Yağlar, xüsusilədə heyvani yağların bir az məhdudlaşdırılması göstərişdir. Dietoterapiyanın əsas şərti gün ərzində 6 dəfə qidalanma, hansı ki, 3 əsas qida qəbulundan (səhər, günorta, axşam, hər biri sutkalıq kalorinin 25%- ni təkil etməlidir) və 3 əlavə qida qəbulundan (II səhər yeməyi və nahar, hər biri 10%, bir də II axşam yeməyi 15% təşkil etməlidir) ibarətdir. Qidanın qəbul vaxtı və həcmi dəqiq olmalıdır.

Xəstəliyin əsas müalicəsi insulinoterapiyadır. İnsulinin dozası xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. Orta sutkalıq tələbat 0,25 – 0,5 – 1 V/kq təşkil edir. İnsulinin dozasını başqa metodla da hesablamaq olar. Bunun üçün şəkərin sutka ərzində sidiklə nə qədər itirilməsi təyin olunur və sidiklə xaric olan hər 4-5 q şəkərə 1 vahid insulin yeridilir. İnsulin preparatlarının dəri altına, əzələ daxilinə və vena daxilinə yeritmək olar. Dərialtına yeridilmə kompensasiya olunmuş şəkərli diabet zamanı aparılır.

Ayrıd olunur:_1) qısa təsir müddətli insulinlər (təsirin başlanması 15-30 dəqiqə sonra, pik- 2-4 saatdan sonra, qurtarması-daxil edildikdən 6-8 saat sonra): aktrapid, insulpan,

xumulin P, xumopan. 2) orta uzunluqlu təsirə malik insulinlər (başlanması- 1-2 saat sonra, pik- 5- 10 saatdan sonra, qurtarması 12-18 saat sonra): B – insulin, lente, lonq, insulonq, monotarol HM, xomofan: 3) uzun təsir müddətinə malik insulinlər (başlanğıc- 6-8 saat sonra, pik– 10-18 saat sonra, təsirin qurtarması- 20-30 saat sonra): ultralonq, ultralente, ultratard HM.

Xəstəliyin stabil gedişi zamanı qısa və uzun müddətli təsirə malik müxtəlif insulin preparatlarının kombinasiyasından istifadə edilir.

Kompleks terapiyanın mütləq komponenti müalicəvi idmandır. Fiziki yük zamanı qlükozanın sərf edilməsi güclənir, insulinə tələbat azalır. Xəstələrə gigiyenik gimnastika, gündə 4 – 5 km yerimək, suda üzmə, badminton oynamaq və s. məsləhət görülür.

Tibb bacısının insulin preparatları ilə işinin xüsusiyyətləri: insulin yeridilməsində preparatın dozasına, yeridilmə vaxtına və sutkada neçə dəfə yeridilməsinə ciddi riayət olunmalıdır. Tibb bacısının bir preparatı digəri ilə əvəz etməyə ixtiyarı yıxdur. İnsulini yeritməmişdən əvvəl suspenziya olan flakonu yaxşı çalxalamaq və 25-30% C– yə qədər isitmək lazımdır. Bir şprisdə müxtəlif insulin preparatlarını qarışdırmaq olmaz, belə ki, onlar bir-birinin aktivliyini zəiflədə bilər. Konsentrasiya olunmuş insulin preparatları xüsusi şpris– qələmlərlə yeridilir.

İnyeksiyanı aparmazdan qabaq spirtlə silinmiş nahiyədən spirtin buxarlanmasını gözləmək lazımdır. Lipodistrofiyanın qarısını almaq üçün inyeksiya olunan nahiyələri

növbələşdirmək lazımdır. Eyni bir nahiyəyə təkrar inyeksiya 2-3 həftədən sonra oluna bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, qarın nahiyəsinə dərialtı yeridilən insulin bazu və ya bud nahiyəsinə yeridilən insulindən daha tez sorulur. İsti vannalar, istiqac, massaj sorulmanı tezləşdirir. Tibb bacısı insulin yeridilən xəstənin qida qəbuluna nəzarət etməlidir: insulin inyeksiyasından 15-20 dəqiqə sonra, qida qəbul edilməlidir. İnsulini soyuducuda +4 – 6^0 C–də saxlamaq lazımdır.

ŞƏKƏRLİ DİABETİN ƏN AĞIR AĞIRLAŞMALARI: KETOASİDOTİK-HİPERQLİKEMİK KOMA VƏ HİPOQLEKEMİK KOMA

Hiperqlikemik-asidotik koma və ya diabetik ketoasidoz zamanı yağ mübadiləsinin pozulması nəticəsində yağlar tam parçalanmır, qanda və sidikdə keton cisimcikləri meydana çıxır ki, bu məhsulların çoxlu miqdarda əmələ gəlməsi diabetik komaya səbəb olur. Vaxtında yardım edilməzsə bu hal ölümlə nəticələnir.

Diabetik komanın gedişində 2 dövr – komaönü və koma dövrü ayrıd edilir.

Diabetik koma özünü adətən tədricən büruzə verir. Bu koma insulinoterapiya düzgün aparılmadıqda, qida rejiminə düzgün riayət edilmədikdə, bəzi hallarda xəstəyə gec diaqnoz qoyulduqda baş verir.

Koma önü əlamətlər ümumi zəiflik, iştahanın itməsi, yuxusuzluq, baş ağrısı, susuzluq, öyümə, qusma, apatiya,

poliuriya, dilin quru olması, ağızdan aseton iyi gəlməsi, qanda şəkərin, keton cisimciklərinin çox artmasıdır. Daha sonra xəstələrdə ləngimə əlamətləri qeyd olunur: suallara gec cavab verirlər, cavabları qısa olur, nitqi anlaşılmaz olur. Dəri quru, nahamar,əllə toxunduqda soyuq olduğu qeyd olunur. Yanaqlarda diabetin qızartı kəskin nəzərə çarpır. Dodaqları çatlamış, qabıqlanmış olur. Dil quru olur. Qara ciyər böyüyür. Əgər xəstəyə yardım göstərilməzsə vəziyyəti kəskin pisləşir: tənəffüsü dərin, küylü olur, dəri və vətər reflekslər zəifləyir, dehidratasiya (susuzlaşma) simptomları güclənir: üz cizgiləri kəskinləşir, göz almasının tonusu azalır, nəbz tezləşir, AT kəskin aşağı düşür. Poliuriya oliquriya və anuriya ilə əvəz olunur. Hər iki bəbək daralır, huşu qaralır və tədricən sönür.

Analizlərdə qanda hiperqlikemiya və hiperketonemiya, asidoz, sidikdə şəkər, keton cisimcikləri təyin edilir.

Hipoqlikemik koma: Hipoqlikemik koma ketoasidotik komaya nisbətən daha tez-tez rast gəlinir. İnsulin alan uşaqlarda dövri olaraq hipoqlikemik vəziyətlər qeyd olunur ki, bu da insulinin dozası artıq olduqda fiziki yük çox olarsa, qida qəbulunda uzun sürən fasilələr, insulin inyeksiyasından sonra kifayət qədər qida qəbul edilməməsi kimi sabəblər nəticəsində baş verir. Hipoqlikemik vəziyyətin inkişafının əsasında qanda şəkərin kəskin düşməsi durur ki, bu da beyin toxuması hüceyrələri tərəfindən qlükozanın mənimsənilməsinin zəifləməsinə və ba beyinin hipoksiyasına gətirib çıxarır. Hipoqlikemiyanın başlanğıc əlamətləri çox müxtəlifdir: kəskin aclıq hissinin meydana çıxması, tezliklə ged-gedə ar-

tan zəiflik, halsızlıq, hədsiz tərləmə, əllərin, ayaqların və ya bütün bədənin əsməsi. Şox vaxt baş ağrısı, baş gicəllənmə meydana çıxır. Çənənin, dilin, dodaqların keyləşməsi xarakterikdir. Xəstələr həyəcanlı, əsəbi, aqressiv olurlar, davranışları əsassız olur. Canlı görmə halüsinasiyalalı meydana çıxa bilər. Vəziyyətin ağırlaşması ilə tər ifrazı daha da çoxalır, həyəcan laqeydliklə, huşun pozulması ilə, yuxululuqla əvəz olunur. Uşaq gündüz vaxtı, qeyri adi yerdə partanın, stolun arxasında, oyun zamanı yuxuya gedə bilər. Dezorientasiya əlamətləri meydana çıxır, bəbəklər genəlir, əzələ tonusu zəifəyir, reflekslər sönür, tonik, nadir hallarda klonik qıcolmalar baş verir, xəstə huşunu itirir. AT normal olur.

HİPOTİREOZ

Hipotireoz – qalxanabənzər vəzin anadangəlmə və ya qazanılma xəstəliyi olub, onun funksiyasının azalması ilə əlaqədar meydana çıxır.

Etiologiyası: anadangəlmə hipotireoz hamiləliyin 4–9–cu həftəsində inkişaf edir və qalxanabənzər vəzin hipoplaziya və ya aplaziyası ilə xarakterizə olunur. Qalxanabənzər vəzinin belə qüsur hamilə vaxtı qəbul edilmiş tireostatik preparatların (merkazolil, yodun böyük dozası, trankvilizatorlar, bromidlər) təsiri altında, ananın autoimmn tireoiditi zamanı yaranan antitireoid antitellərin təsiri altında və qalxanabənzər vəziyə kimyəvi və toksiki təsirlər nəticəsində baş verir. Bətndaxili infeksiyaların rolu da böyükdür. Radiaktiv və rentgen şüalanmanın olması da mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Birincili qazanılma hipotireoz autoimmun, virus, bakterial və ya radiasion tireoidit nəticəsində eləcə də qalxanabənzər vəzin əhəmiyyətli hissəsinin əməliyyatla götürülməsindən sonra inkişaf edə bilər.

İkincili hipotireoz zamanı tireoid çatmamazlığı hipotalamo–hipofizar sistemin zədələnmə simptomdur.

Patogenez: tireoid hormonların çatışmazlığı beyin hüceyrələrinin differensasiyasının pozulmasına, neyronların miqdarının azalmasına, sinir liflərinin mielinizasiyasının pozulmasına gətirib çıxarır. Bu dəyişikliklər xəstəliyin başlanmasından 4-6 həftə sonra geridönməz prosesə çevrilir. Dəri və dərialtı toxumada, əzələlərin birləşdirici toxumasında, sinir köklərində, daxili orqanlarda çoxlu miqdarda musinoz maddələr toplanır. Onun toplanması özünəməxsus selikli ödem əmələ gətirir. Zülal sintezinin azalması və toxumalarda musinin toplanması skeletin böyüməsini yavaşıdır. Əzələ, qanyaradıcı və endokrin sistemlərin funksiyaları pozulur. Mədə-bağırsaq traktının və qara ciyərin fermentlərinin aktivliyi azalır. İmmunitet pozulur.

Klinik şəkli: qalxanabənzər vəzin funksiyasının çatışmazlığı klinik təzahürlərin kəskinlik dərəcəsinə çox müxtəlif olur: funksiyasının azalmasından tutmuş onun funksiyasının tamamilə olmamasınadək (miksedema və kretinizm)

Anadangəlmə hipotireoz zamanı uşaq çox vaxt vaxtından gec və böyük çəki ilə doğulur. Anadangəlmə hipotireozun simptomları tədricən inkişaf edir, xüsusilə ana südü alan uşaqlarda, bu da anadan süd ilə tireoid hormonlarının uşağa keçməsi ilə əlaqədardır. Çox vaxt ilk simptomlar ana südünün

miqdarı azaldıqda və əlavə qidaya keçildikdə meydana çıxır. Xəstəlik bir qrup qeyri– spesifik əlamətlərlə meydana gəlir. Yenidoğulma dövrünə göbək ciyəsi qalığının gec düşməsi, fizioloji sarılığın uzun sürməsi, erkən anemiya, mekoninin gec xaric olması, davamlı qəbizlik, göbək yırtığı xarakterdir. Tez–tez küylü, stridor çətinləşmiş burun tənəffüsü şəklində tənəffüs pozğunluğu baş verir. Apnoe epizodları ola bilər. Getdikcə artan yxululuq, adinamiya qeyd olunur. yedizdirmədə çətinliklər meydana çıxır. Bəzən hipotermiya (35^0C–dən aşağı) baş verir. Dəri quru, kobud, avazımış, mərmərşəkilli olur. Toxumaların turqoru azalır. Daimi simptomu universal selikli ödemdir. Ürək və böyrək mənşəli ödemlərdən fərqli olaraq ödemləşmiş toxumaya təzyiq etdikdə çökəklik əmələ gəlmir. Beləki, bu ödem həqiqi ödem deyildir, dəri və dərialtı toxumanın özünə musin maddəsini hopdurması nəticəsində baş verir. Saçlar quru, seyrək, gec uzanan olur. Dırnaqlar parlaqlığını itirir, kövrək, cızıq–cızıq olur.

Uşaq böyüdükcə simptomlar artır və 3–6 ayında tam inkişaf edir. Sinir–psixi inkişafdan geri qalma qeyd olunur. Miksedemalı bir yaşında olan uşaq psixi inkişafına görə yenidoğulmuşa uyğun olur. Uşaqlar passiv, özünə qapanmış, infantıl olurlar. Uşaq boydan geri qalır, çəkisini az artırır, lakin musinoz ödemlərə görə uşaq arıq görünmür. Sümük sisteminin inkişafı ləngiyir. Böyük əmgək gec bağlanır. Dişlər çox gec çıxırlar, kariesə meyilli olurlar. Bədən quruluşları disproporsional olur: nisbətən uzun gövdə, qısa ətraflar, əllər enli, barmaqlar qısa. Göz yarıqları ensiz, burun arxası enli, yastı (“ördək burunu”) olur. Göz qapaqları ödemli, dil

qalınlaşmış olur, ağıza yerləşmir. Qışqırıq zamanı səs tembri aşağı olur. Alında davamlı qırışlar əmələ gəlir. Musinoz ödem hesabına əl və ayaqlar şişkin olur ("əlcəklər" və "çəkmələr"). (*Şəkil 56, 57*) Qalxanabənzər vəz anadangəlmə hipotireozlu uşaqların çoxunda təyin olunmur. Hipotireozun yüngül formaları 2–5 yaşdan meydana çıxa bilər. Hətta cinsi yetişkənlik dövründə özünü biruzə verə bilər.

Birincili qazanılma hipotireoz çox vaxt qalxanabənzər vəzin böyüməsi ilə müşaiyət olunur, somatik dəyişikliklər isə anadangəlmə hipotereoz olduğu kimidir, amma burada intellekt pozulmur.

Diaqnostika: uşaq doğulduqdan sonra qalxanabənzər vəzinin çatmamazlığını mümkün qədər erkən aşkarlanmalıdır. Xəstəliyi erkən aşkara çıxarmaq üçün qanın tiroid hormonlarının radioimmunoloji müayinəsi istifadə olunur. hipotireoz diaqnozu T_3,T_4 hormonlarının səviyyəsinin aşağı olması təyin olunduğu zaman qoylur.

Müalicə: vaxtında aparılan (uşaq həyatının birinci həftəsindən gec olmayaraq) müalicə normal inkişafı təmin edir və beyinin fəaliyyətini yaxşılaşdırır. Xəstələrə ömrü boyu tireoid hormonlarla əvəzedici terapiya göstərişdir (tiroksin, triyodtironin, tireotam və s.). Simptomatik terapiya üçün nootrop preparatlar (pirasetam, serebrolizin, pontoqam, encefabol) təyin olunur. Müalicənin əvvəlində vitaminoterapiya kursu aparılır (B qrup, A). Massaj, gimnastika, xvoy–duz vannaları, UBŞ, loqopedlə məşğələ mütləqdir.

4–6 həftəlikdən sonra uşaqda başlanan müalicənin proqnozu əqli inkişaf baxımından xoşagəlməzdir.

DİFFUZ TOKSİK ZOB

Diffuz toksik zob (DTZ) – tireoid hormonlarının artıq sekresiyası nəticəsində baş verir və qalxanabənzər vəzinin diffuz böyüməsi ilə müşaiyət olunur.

Etiologiyası: xəstəliyin inkişafının səbəbi irsi meyillikdir. Tətikləyici faktorlar isə virus xəstəlikləri, psixi travmalar, emosional stresslər, həddindən artıq insolyasiya (gün vurma) aiddir. Uşağın yaşı mühüm əhəmiyyətə malikdir. Xəstəlik çox vaxt prepubertat və pubertat dövrdə baş verir. Bu onunla izah olunur ki, bu yaş dövründə endokrin sistem mütəhərrik olur və orqanizmdə mürəkkəb sinir – humoral yenidənqurma gedir.

Patogenez: diffuz toksik zob (DTZ) autoimmun inkişaf mexanizminə malikdir. Xəstəliyin baş verməsində uzun müddət təsir göstərən tireoid stimlyatoru (Lats faktoru) və TTH– tireotrop hormonun çoxlu miqdarda hasil olması aparıcı rol oynayır. Lats faktorun və TTH in güclü hasil olması qana çoxlu miqdarda tireoid hormonlarının keçməsinə və bunun da nəticəsində bütün növ maddələr mübadiləsinin pozulmasına və qalxanabənzər vəzin böyüməsinə gətirib çıxarır.

Klinik şəkli: xəstəliyin klinik əlamətləri tədricən, 6–12 ay müddətində, inkişaf edir və sinir, ürək–damar sistemləri, mədə-bağırsaq traktı, simptomları və qalxanabənzər vəzinin böyüməsi ilə xarakterizə olunur. (*Şəkil 58*)

Sinir sisteminin zədələnməsi yorğunluq, zəiflik, çox əsəbilik, emosional dəyişkənliklə meydana çıxır. Uşaqlar hədsiz dərəcədə hərəkətli, həyəcanlı, tez özündən çıxan olurlar. Tərləmə, subfebril bədən temperaturu, əl barmaqlarının, göz qapaqlarının, dilin, bəzən bütün bədənin tremoru ("teleqraf dirəyi" simptomu) qeyd olunur. Xoreyayabənzər hiperkinezlər ola bilər.

Ürək –damar pozğunluqları ürəkdöyünmə, təngənəfəslik şikayətləri ilə müşaiyət olunur. Sakitlikdə taxikardiya xarakterdir. Ürək tonları yaxşı bərk eşidilir, zirvədə sistolik küy qeyd olunur. sistolik təzyiq artmış, diastolik təzyiq isə azalmış olur. Nəbz bərk və sürətli olur.

Mədə - bağırsaq sindromunun inkişafı zamanı iştaha yüksəlir, yanğı meydana çıxır. Bağırsaq disfunksiyası inkişaf edir, qara ciyər böyüyür. Xəstəlik uşağın tez və kəskin arıqlamasına səbəb olur.

Göz simptomatikası göz yarığının geniş açılması ilə ekzoftalm, tək–tək göz vurma və gözlərin parıltısının artması ilə meydana çıxır.

Aşağı və ya yuxarı baxdıqda qüzehli qişa ilə göz qapağı arasında sklera sahəsi qeyd olunur.

DTZ un mütləq simptom qalxanabənzər vəzin diffuz, nadir hallarda diffuz–düyünlu böyüməsidir.

Diaqnostikası: qalxanabənzər vəzin hiperfunksiyası qanda tireoid hormonların miqdarının artması ilə təsdiqlənir. Çox vaxt Lats – faktor meydana çıxır. Tireotrop hormonun səviyyəsi kəskin aşağı olur.

Müalicə: kompleks şəkildə, qoruyucu rejimdə zülal, vitaminlər, mikroelementlərlə zəngin qidalarla pəhriz təyin edilməklə aparılır.

Tireostatik təsirə malik preparatların (merkazolil, tiourasil) uzunmüddətli qəbulu göstərişdir. Simptomatik terapiya aparılır: neyroleptiklər (rezerpin), β adrenoblakatorlar (anaprilin), sedativ preparatlar, kiçik trankvilizatorlar (triok – sazin, elenium). B qrup vitaminlərlə A,C vitaminləri, kokarboksilaza, ATF təyin olunur.

Konservativ terapiya effekt vermədikdə cərrahi müalicə aparılır.

BİRLƏŞDİRİCİ TOXUMA XƏSTƏLİKLƏRİ

Ümumdünya səhiyyə təşkilatının 1993-cü ildə irəli sürdüyü təsnifata əsasən birləşdirici toxumanın diffuz (sistemli) xəstəliklərinə **qırmızı qurd eşənəyi, sklerodermiya, dermatomiozit, düyünlü periarteriit, revmatoid artriti, diffuz eozinofil fassiti, Şeqren xəstəliyi, revmatik polimialgiya, residivləşən polixondrit, Titse sindromu, birləşdirici toxumanın qarışıq xəstəliyi** aid edilmişdir.

QIRMIZI QURD EŞƏNƏYİ

Qırmızı qurd eşənəyi, birləşdirici toxumanın vaskuliti ilə müşayiət olunan, sistemli xronik atoimmun iltihabi xəstəliyidir. əhalinin hər 100.000 nəfərinə, orta hesabla 40 qırmızı qurd eşənəyi təsadüfü düşür. 20–40 yaşlı gənc qadınlarda daha çox rast gəlinir.

Xəstəliyin etiologiyası müasir dövrün ehtimalına görə irsi meyillik və virus infeksiyası ilə əlaqədardır. HLA–B8 antigeni daşıyan şəxslərdə müxtəlif ekzogen və endogen amillərə qarşı autoimmun cavab –T–limfosit– supressorların təsiri ilə B–limfositlər tərəfindən DNT–yə qarşı antitel hasil etməsi nəticəsində inkişaf edir. Bu zaman qanda immunkomplekslərin sirkulyasiyası və birləşdirici toxumaya çökməsi və nəticədə, autoimmun mənşəli iltihabın törənməsi qeyd edilir. Burada endokrin mənşəli dəyişikliklər (cinsi yetkinlik və s): dərman, zərdab və vaksin təsiri, qida və inhalyasion allergenlər, şüa insolyasiyası, radiasiya və s. amillər təhrikedici rol oynayırlar.

Xəstəliyin təsnifatına görə (ÜST, 1996) kəskin, yarımkəskin və xronik gediş ayırd olunur. Klinik gedişin I, II, III fəallıq dərəcələri qəbul edilmişdir. Fəallıq dərəcələrini qızdırma, arıqlama, dərinin zədələnməsi, miokardit, perikardit, plevrit, qlomerulonefritin intensivliyinə, qanda LE – hüceyrələri, antinuklear antitellər və immunoflüoresent testin göstəricilərinə əsasən müəyyən edirlər.

Klinikası: xəstələr zəiflikdən, arıqlamadan, qızdırmadan, iştahasızlıqdan, oynaqlarda ağrıdan, əmək qabiliyyətinin azalmasından və s. hallardan şikayət edirlər. Dərinin zədələnməsi eritematoz dermatit (sifətdə «kəpənək» şəkilli qızartı), diskoid ocaqlar, fotosensibilizasiya, dəridə həlqəvi infiltratlar, tüklərin tökülməsi, pannikulit şəklində rast gəlinir. Selikli qişa tərəfindən xeyli müşahidə olunur. Xəstələrin əksərində artralgiyalar, mil – bilək və diz oynaqlarında lokalizə olunmuş şişkinlik, ağrılar, bud və ya bazu sümüyü başında nekrozlaşma, oynaqlarda həmçinin, vaskulit, tromboz, periartrit və s. rast gəlinir. Əzələlərdə mialgiya, miozit, az hallarda isə miasteni-

ya müşahidə olunur. Ağ ciyərdə və plevrada pulmonit, plevrit rast gəlinir. Ürək tərəfindən çox vaxt perikardit, az hallarda isə mioendokardit, koronarit, ocaqlı işemiya və ya miokard infaktı təsadüf edilir. Böyrəklərdə nefropatiya (mezangial, ocaqlıvə diffuz proliferativ, membranoz), həzm sistemində ezofaqopatiya, qastropatiya, hepatomeqaliya, pankreatit rast gəlinir. Mərkəzi və periferik sinir sistemi tərəfindən nevrit, polinevropatiya, psixoz, emossional, labillik, depressiya, beyin qan dövranının kəskin pozulması (işemiya, tromboz və s.) halları qeyd edilir. Daha sonra limfadenopatiya, antifosfolipid sindrom (fosfolipidlərə qarşı antitelləri), venoz və arterial trombozlar, təkrari baş verən spontan abortlar, trombositopeniya, Reyno və Şeqren sindromları aşkar olna bilər. Xəstəlik zamanı leykopaniya (əsasən, limfopeniya), hipoxrom və ya hemolitik anemiya; trombositopeniya; proteinuriya, hematuriya, leykosituriya; qanda LE – hüceyrələri, antifosfolipid və antinuklear antitellər aşkar edilir.

Xəstəliyin diaqnostikası Amerika Revmatoloji Assosiasiyası tərəfindən irəli sürülmüş meyarlara (üzdə «lüpoid kəpənək», diskoid səpgi, fotodermatit, ağızda eroziya və xoralar, artrit, serozit, böyrək və mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi, hematoloji və immunoloji əlamətlər, qanda LE–hüceyrələri, antinuklear, antifosfolipid antitelləri) əsaslanır.

Müalicə qeyri –steroid iltihabəleyhi, aminoxinolin preparatlarla, qlükokortikoidlərlə, sitostatiklərlə, plazmaferez, hemodializ vasitəsilə aparılır.

Proqnoz ciddi olmaqla, sürətlə proqressivləşən və müalicə nəticəsində remissiya təsadüflərdə ağırdır.

SKLERODERMİYA

Dərinin getdikcə fibrozlaşması, digər sistem və üzvlərin iltihabı zədələnməsilə səciyyələnən kollagenoza sklerodermiya adı verilmidir. Əhali arasında epidemioloji indeksi 9,8 : 1.000.000 – na bərabərdir. 30- 60 yaşlar arasında, qadınlarda daha çox rast gəlinir.

Xəstəliyin etiologiyasında virus mənşəli infeksiyanın, toksik maddələrin, irsi meyilliyin rolu mühümdür. Sklerodermiyanın patogenezi əsasən, birləşdirici toxuma hüceyrələri və matriksi ilə endotelial, əzələ, damar divarı hüceyrələri arasında mövcud olan normal əlaqə və qarşılıqlı təsirlərin ciddi sürətdə pozulması ilə bağlıdır.

Müasir təsnifata görə (ÜST, 1995) xəstəliyin **başlanğıc, generalizəolunmuş** və **terminal mərhələləri; 0,I,II,III dərəcəli fəallığı; Reyno sindromu, dərinin zədələnməsi, daxili üzvlərin zədələnməsi** və **qarışıq klinik formaları;** həmçinin, **kəskin, yarımkəskin** və **xronik** gedişini ayırd edilir. Müasir təsnifata görə dərinin zədələnməsinin üstünlüyü ilə səciyyələnən klinik formanın **diffuz** və **limitli** tipləri vardır.

Klinik olaraq, xəstəlik simmetrik paroksizmal vazospazm olan Reyno sindromu ilə (soyuq təsirindən barmaqların ağarmas, sianozu və sonra qızarması, ağrılı olmas) başlanır. Daha sonra dəridə iltihabi ödem, atrofiya, teleangiektaziya və kalsinoz ocaqları (Tiberje–Vayssenbax sindromu), artralgiya, artrit, polimiozit, disfagiya, reflüks-ezofagit, qastralgiya, meteorizm, malabsorbsiya, ishal və ya qəbizlik, pulmo-

nit, quru plevrit, miokardiofibroz, perikardit, sklerodermik nefrit, nevrit və polinevritlər, Şeqren sindromu, Xaşımoto tireoditi və s. kimi zəngin simptomokompleks qeyd edilir. Xəstələtin sifəti «maskaya oxşar, ağızətrafı kisetə» bənzər şəklində büzüşmüş görünür. Ətraflarda və barmaqlarda deformasiyalar baş verir. Qanın müayinəsi hipoxrom anemiya, EÇS–nin artması, leykopeniya (infeksiya qoşulmuş olarsa-leykositoz), antisklerodermik mənşəli antitellər, antinuklear, anti – DNT, revmatoid amilləri aşkara çıxarmağa imkan verir. Bundan başqa, rentgenoloji, kapillyaroskopik, EKQ, ExoEKQ, kompyüter tomoqafiya tədqiqatları vasitəsilə parapatoliji dəyişiklikləri çeşidləmək mümkün olur.

Xəstəliyin diaqnostikası Amerika Revmatoloji Assosiasiyasının təqdim etdiyi böyük (ətraflarda, üzdə, boyunda, gövdədə skleroderma) və kiçik (sklerodaktiliya, barmaq uclarında çapıqlar, ikitərəfli bazal pulponit) əlamətlərə və bioptatik materialın tədqiqatı nəticələrinə əsaslanır. Müalicə məqsədilə kortikosteroidlər və immunodepressantlar işlədilir, simptomatik müalicə aparılır. Praqnoz ciddidir.

DERMATOMİOZİT

Skelet və saya əzələlərin, dəri ilə birgə iltihabi zədələnməsi ilə səciyyələnən sistemli xəstəliyə **dermatomiozit** deyilir. Onun rast gəlinmə tezliyi əhalinin hər million nəfərinə olan altı təsadüfü bərabərdir. Dermatomiozit və ya polimiozit zamanı, əsasən, eninəzolaqlı əzələlərdə, birləşdirici toxumanın arakəsmələrində və damarlar üzərində (peritra-

bekulyar, perivaskulyar) hüceyrə infiltrasiyasının inkişafı ilə səciyyələnən iltihabı baş verir. Xəstəlik çox vaxt qış və erkən yaz fəsillərində üzə çıxmaqla, uşaqlarda - 5–15 yaşda, yaşlılarda isə 40–60 yaş arasında, xüsusən də qadınlarda daha çox təsadüf olunur.

Xəstəliyin etiologiyasında infeksiya, travma, insolyasiya, toksik maddələrin təsiri, autoimmun pozulmalar və irsi meyilliyin əhəmiyyəti vardır. Dermatomiozitin patogenezi əsasən, əzələlərdə fəal T və B –limfosidlərdən və makrofaqlardan ibarət annular–infiltratların əmələ gəlməsi və bunların mərkəzində nekrotik ocaqların inkişaf etməsi ilə xarakterizə olunur.

Xəstəlik ilk günlər ümumi halsızlıq, əzginlik, dermatit əlamətləri və sonradan getdikcə proqressivləşən əzələ zəifliyi ilə başlanaraq, inkişaf edir. Eyni zamanda artralgiya, poliartrit, Reyno sindromu qeyd edilir. Əzələ zəifliyi əzələ ağrısı, palpator ağrı, ağrının hərəkətlə əlaqədar şiddətlənməsi, əzələlərin şişib böyüməsi, bərkiməsi, bəzi hərəkətlərin isə tam mümkünsüzlüyü ilə müşaiyət olunur. Özü də əzələ zəifliyi prozerin təsirindən keçib gedmir. Miozit mimiki, qırtlaq, udlaq, qabırğaarası, tənəffüs, diafraqma, ətraf və onurğa sütunu əzələlərinin əhatə etdiyindən diplopiya, strabizm, ptoz, disfagiya, disfoniya, dizartriya, hipoventilyasiya və sair halları törədir. Miozit miofibrozla nəticələnir. Palpasiyada və rentgenoloji müayinədə əzələlərin atrofiyası, kontrakturları, dərialtı təbəqədə və əzələ toxumasında kalsinatlar təyin edilir. Elektromioqrafiya əzələlərdə çox alçaq elektrovoltaj nü-

mayiş etdirir. Dərinin zədələnməsi, eritematoz səpgi, əl oynaqları üzərində lokalizə olunan Qottron infiltratları, ovucların şişkin və kəpəklənən çatları («təmirçi əli»), dırnaqətrafı eritema, teleangiektaziyalar və kapillyarit şəklində zədələnməsi dermatomiozit üçün patoqnomik sayılır. Oynaqların artrit şəklində zədələnməsi əsasən, xırda oynaqlarda, özü də simmetrik müşahidə olunur. Ağciyərin, ürəyin, böyrəklərin, qaraciyərin və digər üzvlərin zədələnməsi burada olan eninə zolaqlı və ya saya əzələlərdə, birləşdirici toxumadatoplanan limfositar, plazmatik hüceyrə infiltrasiyası ilə əlaqədar olaraq, müxtəlif funksional pozulmalara səbəb olur (nefro -, endokrinopatiyalar, tənəffüs, ürək çatışmazlığı əlamətləri və s.). Qeyd etmək lazımdır ki, kliniki və instrumental müayinələrdə başqa, dermatomiozit zamanı biopsiyanın götürülərək, tədqiqatı vacibdir. Bioptatik materialda müvafiq dəyişikliklərin tapılması diaqnozun qoyulmasına köməklik göstərir.

Xəstəliyin müalicəsi qlükokortikoidlər, immunosupressiv preparatlar (prednizolon, metotreksat, blokium – B12, siklosporin, azatioprin), simptomatik tədbirlər vasitəsilə aparılır. Erkən müalicə aparıldıqda proqnoz yüngül olur.

YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARININ İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRİ.

QRİPP

Kəskin virus infeksiyası olub, kəskin intoksikasiya əlamətləri, yüksək temperaturla, yxarı tənəffüs yolları zədələnməsi ilə xarakterizə olunur.

Üç tip qrip virusu ayrıd edilir: A,B,C. Qrip virusları obliqat hüceyrə daxili parazitlərə aid olub, xarici mühitə qarşı az davamlılığı ilə fərqlənir. Qrip periodik olaraq epidemik və pandemik yayılır.

Patogenez: viruslar yxarı tənəffüs yollarının selikli qişasına düşərək, epitelial hüceyrələrə daxil olurlar, artıb – çoxalırlar və selikli qişanın iltihabi reaksiyasına, epitelin məhvinə və qopmasına səbəb olur. Zədələnmiş hüceyrələrin parçalanması nəticəsində viruslar və toksinlər qana daxil olur və toksikozun inkişafına gətirib çıxarır. Virusun toksiki təsiri əsasən kapilyarlara və prekapilyarlara yönəlmiş olur. Damar divarlarının keçiriciliyinin, elastikliyinin tonusunun pozulması nəticəsində müxtəlif orqan və sistemlərdə hemodinamik pozğunluqlar inkişaf edir.

Səthi epitelin qoruyucu funsiyasının azalması, immun müdafiənin yerli faktorlarının ləngiməsi tənəffüs yollarında bakterial infeksiyanı aktivləşdirir. Və tənəffüs orqanlarının ağır zədələnməsinə və digər ağırlaşmalara gətirib çıxarır.

Klinik şəkli: İnkubasion dövr qısa olur – bir neçə saatdan 1 – 1,5 sutkaya qədər. Qrippoz infeksiyanın əsas xüsusiyyəti erkən meydana çıxması və intoksikasiyanın sürətlə artmasıdır. Xəstəlik kəskin başlayır. Yüksək temperaturla (38–40^0 C) üşütmə, ümumi zəiflik, əzginlik, əzələ və oynaq ağrıları(xüsusilə də, ətraflarda və kürəkdə) qeyd olunur. Xəstələr baş ağrısından, başgicəllənmədən və qulaqlarda küydən şikayətlənirlər. Onlar tez qıcıqlanan və kaprizli olurlar. Yuxarı tənəffüs yolları tərəfindən kataral əlamətlər əhəmiyyətsiz dərəcədə az olur və boğazda qıcıqlanma ilə meydana çıxır, burun tənəffüsü çətinləşir, burundan qatı selik ifrazı, quru, bəzən ağrılı öskürək baş verir. Baxış zamanı üzün və konyuktivanın hiperemiyası, dodaqların zəif sianozu, burun – udlağın yumşaq və sərt damağın selikli qişasının hiperemiyası, bəzən isə nöqtəvari qansızmalar qeyd olunur. Dodaqlarda və burun keçəcəyinin ətrafında herpes meydana çıxa bilər. Döş sümüyü boyunca ağrılarla müşaiyət olunan traxeitin inkişafı tipikdir. Sonrakı iki gün xəstəliyin klinik simptomları arta bilər. Yüksək damar keçiriciliyi nəticəsində burun qanaxmaları və selikli qişalarda hemorragiyalar meydana çıxa bilər.

Qripin ağırlaşmamış gedişində qızdırma dövrü 1–6 gün sürür, sonra temperatur enir, güclü tərləmə baş verir. Kollaps baş verə bilər. Xəstəliyin üçüncü günündən qanda nisbi limfositoz, bəzən monositozla leykopeniya qeyd olunur. EÇS ağırlaşma olmayan hallarda normada və ya yavaşımış olur.

Kliniki gedişinə görə qripin yüngül, orta ağır, ağır və ildırımsürətli formalar ayrıd edilir. Ağır və ildırımsürətli formalarının klinik şəklində neyrotiksikoz simptomlar üstünlük təşkil edir.

Neyrotoksikozun gedişində iki faza ayrıd edilir**. I fazada** mərkəzi sinir sisteminin oyanıqlılıq, narahatlıq olur, dəri hipersteziyası, əllərin tremoru, taxikardiya meydana çıxır. Dəri adi rəngdə və ya hiperemiyalı olur. Huşu yerində, hərəki avtomatizm meydana çıxır. Bədən temperaturu 39 – 39,5^{0}C–dir

Ləngimə fazasında: (neyrotoksikozun II fazası) mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə əlamətləri daha kəskin olur. Patoloji yuxululuq artır. Uşaq periodik olaraq hərəkətsiz olur, maskayabənzər sifət (eyni pozda donub qalmış) qeyd olunur. sözlə müraciətə reaksiya itir, qarın, dəri, vətər refleksləri zəifləyir. İki yaşdan böyük uşaqlarda delirioz sindrom inkişaf edir ki, bu da ümumi hərəki narahatlılıq, qışqırıq, qorxunc xarakterli görmə halüsinasiyaları ilə müşaiyət olunur. Belə vəziyyətdə xəstələr təhlükəli hadisələr törədə bilər. II fazanın mütləq simptomları generalizə olunmuş qıcolmalar, daha çox tonik və ya klonik qıcolmalardır.

Meningeal simptomlar meydana çıxır. Dəri mərmər şəkilli boz – siatonik rəng alır. Selikli qişaların və dırnaqları sianozu qeyd olunur. qızdırma bədxassəli xarakter ala bilər. (bədən temperaturu uzun müddət 39,5 – 40^0 C saxlanılır və qızdırmaəleyhinə preparatlar və damargenəldicilər qəbulu zamanı belə düşmür). Tənəffüs pozğunluğu baş verir, hemorragik sindrom inkişaf edir. Arterial təzyiq enir, ürək tonları zəifləyir, karlaşır. Sapvari nəbz, taxikardiya, bradikardiya ilə əvəz olunur. bağırsaq parezi artır. Tədricən reflekslər sönür. 1 yaşa qədər uşaqlarda tipik klinik əlamətlər olmur və ya çox aydın nəzərə çarpmır. Xəstənin dərisi avazıma ilə, döşdən

imtina etməklə, kütlənin azalması ilə meydana çıxır. Qrippin gedişi tez – tez bakterial infeksiyanın qoşulması ilə əlaqədar olaraq ağırlaşır.

Bir yaşdan üç yaşa qədər dövrdə xəstəlik xüsusilə ağır keçir. Qrippoz infeksiyanın ilk günlərindən neyrotoksikoz inkişaf edir. Tez–tez larinqotraxeit meydana çıxır. Çox hallarda ikincili ağırlaşmalar müşahidə olunur. Erkən yaşlarda ölüm halları böyük yaşlara nisbətən yüksək olur.

Ağırlaşmaları: qrippin tez–tez rast gəlinən ağırlaşmaları, xüsusilə erkən yaşlarda, otit, pnevmoniya, larinqotraxeit, bronxitdir. Az hallarda meningit, meninqoensefalit inkişaf edir.

PARAQRİPP

Paraqripp–kəskin virus xəstəliyi olub, zəif intoksikasiya, yuxarı tənəffüs yollarında iltihabi proseslə, bəzi hallarda inağın inkişafı ilə xarakterizə olunur. xəstəliyin törədicisi paraqrip viruslarıdır (1,2,3,4 tiplər) İnkubasiya dövrü 1–7 günə qədər ola bilər.

Klinik şəkli: xəstəliyin ilk günlərdən kataral əlamətlər meydana çıxır. İntoksikasiya simptomları zəif və qısamüddətli olur. Paraqripoz infeksiyası üçün qırtlağın zədəsi xarakterdir: xəstələr səsin karlaşmasından, kobud, davamlı öskürəkdən şikayətlənirlər. Erkən yaşlı işaqlarda laringit ağır keçir, çox vaxt inaq sindromu ilə ağırlaşır. Larinqotraxeit, bronxit, bronxiolit meydana çıxa bilər. Ikincili mikrob florasının qoşulması ilə əlaqədar olaraq pnevmoniya inkişaf edə bilər.

ADENOVİRUS İNFEKSİYASI

Adenovirus infeksiyası – limfoid toxumanın və gözün, bağırsaqların, yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişalarının zədələnməsi ilə, zəif nəzərə çarpan intoksikasiya ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir. Xəstəliyin törədicisi adenoviruslardır. İnkubasion dövr orta hesabla 4 – 7 gün olur, bəzən isə 2 həftəyə qədər uzana bilər.

Klinik şəkli: xəstəlik kəskin başlayır. Bədən temperaturu yüksəlir, öskürək, burunadn selik ifrazı, udqunma zamanı boğazda ağrı meydana çıxır. Ağız – udlağın selikli qişası ödemli və hiperemiyalı olur, udlağın arxa divarında böyümüş follikullar təyin olunur.Çox hallarda iltihabı prosesə badamcıqlar da qoşulur,angina inkişaf edir.bağırsaqların limfoid aparatının zədədlənməsi zamanı qarında tutmaşəkilli ağrılar meydana çıxır,qusma ola bilər.

Adenovirus infeksiyasının xarakter əlamətləri: gözün selikli qişasının kataral,follikulyar və ya pərdəli konyuktivit şəklində zədələnməsidir. Xəstəliyin klinik əlamətləri gözdə acışma, yad cisimciyin olma hissidir. Göz qapağının selikli qişası infeksiyalaşmış ödemli olur. Duru seroz – irinli ifrazat qeyd olunur. Prosesin proqressivləşməsi zərif torabənzər pərdənin, örtüyün əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır ki, bu da bir neçə gündən sonra qalınlaşır, ağ və ya sarı rəngə boyanır. Keratokonyuktivitdə buynuz qişanın kiçik, bəzən də öz aralarında birləşən ocaqlar şəklində bulanıqlaşması baş verir.

Adenovirus infeksiyası uzun sürən qızdırma ilə müşaiyət olunur və bu uzun müddətli gedişə malik olur.

Bir yaşa qədər uşaqlarda xəstəlik tədricən başlayır. Uşaq süst narahat olur, gəyirmə, tez – tez duru nəcis ifrazı ortaya çıxır, kütlənin artması dayanır. Qara ciyər və dalaq böyüyür. Xəstənin tənəffüs yollarına çoxlu miqdarda selik toplanması ilə əlaqədar olaraq ağır gedir. Çox hallarda pnevmoniya, bronxit (obstruktiv sindromla) və digər bakterial ağırlaşmalar qoşulur.

KƏSKİN VİRUS İNFEKSİYALARİ (KVİ) NİN MÜALİCƏSİ

Xəstənin müalicəsi ev şəraitində aparılır. Yalnız ağır gedən xəstəlik zamanı uşaqlar hospitalizə olunur. Qızdırma dövründə yataq rejiminə əməl etmək vacibdir. Süd bitki mənşəli, vitaminlərlə zəngin qida rasionu təyin edilir.

Xəstəliyin başlanğıc dövründə leykositar interferon, oksalin məlhəmi, immunil istifadə edilir. Qrippoz infeksiyanın ağır hallarında əzələ daxilinə qripp əleyhinə qamma – qlobulin yeridilir, asiklovir qəbulu da effektlidir. Yüngül və orta ağır formaların müalicəsində simtomatik və yayındırıcı terapiya ilə kifayətlənirlər. Askorbin turşusunun, rutin və askorutin təyini göstərişdir. İntoksikasiyanı azaltmaq üçün duru, isti, vitaminli, tərqovucu maye qəbulu məsləhətdir. Qripin ağır gedişi zamanı mayeni xəstəyə parenteral yolla yeridirlər.

Neyrotoksikozun inkişafı sindromlara görə terapiya tələb edir. Bakterial flora ilə ağırlaşmalarda antibakterial preparat-

lar təyin olunur. Konyuktivit və keratokonyuktivitin müalicəsi göz həkiminin nəzarəti altında aparılmalıdır. Gözlərin 30%-li sulfasil Na ilə yuyulması, 0,2%-li dezoksiribonukleaza damızdırması, hidrokortizon məlhəmi məsləhət görülür.

VƏRƏM

Vərəm–vərəm mikobakteriyaları tərəfindən törədilən xroniki infeksion xəstəlikdir. Vərəm müxtəlif orqan və toxumalarda (daha çox ağ ciyərlərdə) spesifik qanulların əmələ gəlməsilə və polimorf klinik şəklə malik olması ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası: Vərəm mikobakteriyalarının bir çox növləri vardır. Bunların arasında insan üçün patogen olanları insan və öküz mikrobakteriyalarıdır. VMB xarici mühit təsirinə qarşı xeyli davamlıdırlar. Otaq temperaturunda isə 2–10 ay müddətində yaşamağa qabil olurlar. Törədicilər uzun müddət süddə, pendirdə, yağda sağ qalır. Günəş şüaları altında –1,5–2 saat ərzində, ultrabənövşəyi şüaların təsirindən –5 dəqiqəyə, qaynadıldıqda isə 5–10 dəqiqə ərzində məhv olurlar. Bu mikrobakteriyalara xlor tərkibli maddələr məhvedici təsir göstərir. VMB–ları öz xüsusiyyətini dəyişə bilər. Məsələn: dərman preparatlarına qarşı davamlılıq əmələ gələ bilər ki, bu da xəstənin müalicəsində çətinliklər yaradır.

Epidemiologiyası: vərəm infeksiyasının mənbəyi tuberkulyozla xəstə insan, heyvan və quşlar ola bilər. Epidemiologiyasına görə ən təhlükəli massiv bakteriya ifraz edən ağ ciyər vərəmi ilə xəstə olan xəstələrdir. Az bakteriya ifrazetmə zamanı (hansı ki, bu zaman VMB–ları xüsusi metodlar-

la aşkar edilir) ətrafdakıları yoluxdurmaq qorxusu az olur. Bu təhlükə həm də vərəmin ağ ciyərdən kənar lokalizasiyalı formalarında da az olur, hansı ki, bu zaman törədici sidiklə, nəcislə və irinlə xaric olur.

VMB –larının ən geniş yoluxma yolu **aerogen** yolla insan orqanizminə daxil olmasıdır. Bakteriyalar brun-udlaq seliyi, bəlğəm və toz ilə ötürülür. Yoluxma nadir hallarda mədə-bağırsaq traktı ilə gedir. Zədələnmiş dəri və selikli qişalarla yoluxma halları müşahidə edilir. Dölün bətndaxili yoluxması da mümkündür. Öküz tipli VMB–ları–süd və süd məhsulları, nadir hallarda yoluxmuş ətlə və ya xəstə heyvanla təmasla keçə bilər.

Xəstəliyin əmələ gəlməsinə risk faktorları da imkan yaradır: vaksinasiya və revaksinasiyanın olmaması, tez–tez və uzun müddət tənəffüs orqanları xəstəlikləri, periferik limfa düyünlərinin böyüməsi, şəkərli diabet, etiologiyası məlum olmayan immunodefisit halları, uzun müddət hormonlar və immunodepresantların qəbulu və s.

Patogenez: VMB orqanizmə daxil olduğu yerdə spesifik iltihab ocağı (birincili üzvü ocaq) formalaşır ki, buradan da regionar limfa düyünlərinə düşürlər və burada qalaraq artıb çoxalırlar.

Orqanizmdə allergen yenidənqurması baş verir, toxumalarda VMB–nın həyat fəaliyyəti məhsullarına yüksəlmiş həssaslıq meydana çıxır.

Birincili zədələnmə ocağından törədicilər limfa və qan cərəyan vasitəsilə müxtəlif orqanlara daşınır və bu orqanlarda iltihab ocaqları əmələ gəlir (ikincili ocaq). Birincili yoluxma zamanı vərəm prosesi əksər hallarda sağalma ilə nəti-

cələnir və ya iltihab ocağı tədricən fibrinozlaşmaya uğrayır. VMB–ları ocaqda uzun zaman (illərlə) saxlanıb qala bilər və vərəm əleyhinə immunitet mənbəyi vəzifəsini yerinə yetirir.

Qoruma aşağı səviyyədə olduqda VMB-ları birincili ocaqdan yaxın toxmalara və ya qan limfa cərəyanı ilə uzaqda yerləşən orqanlara yayılaraq xəstəliyin meydana çıxmasına səbəb olurlar.

Vərəmin gedişi. Vərəmin gedişində iki ardıcıl dövr ayrıd edilir: birincili və ikincili. Birincili vərəmə uşaq yaşlarında tez–tez rast gəlinir, hansı ki özünəməxsus gedişə malik olur. Birincili vərəm əvvəllər yoluxmamış adamların VMB – ları ilə yoluxması nəticəsində baş verir və bakteriyaların orqanizmə daxil olduğu vaxtdan vərəm ocağının tam sağalmasınadək olan vaxtı əhatə edir.

İkincili – köhnə ocaqların endogen sağalması nəticəsində əldə olunmuş kliniki müvəffəqiyyətdən bir neçə vaxt sonra inkişaf edir. Vərəmin təkrar yoluxma nəticəsində inkişaf edilməsi nadir hallarda rast gəlinir.

Klinikası: Birinili vərəmin bütün formaları içərisində döş qəfəsi daxili limfa düyünlərinin vərəmi üstünlük təşkil edir, çox az hallarda isə birincili vərəm kompleksi və vərəm intoksikasiyasına rast gəlinir. Yeniyetmələrdə birincili infeksiyalaşma zamanı ocaqlı infiltraiv və məhdudlaşmış disseminə olunmuş zədələnmə inkişaf edir. Bütün qalan formalar isə onların ağırlaşması kimi və ya vərəmin ikincili forması kimi rast gəlinir. **Tuberkulinə həssaslığın virajı –** ilk dəfə tuberkulin sınağına (Mantu) müsbət reaksiyanın meydana çıxması (orqanizmin VMB – ları ilə birincili yoluxdurulması nəticəsində) ilə xarakterizə olunur.

Vərəm intoksikasiyası vərəmin uşaq yaşlarına xas olan klinik formasıdır. Xəstəlik mikrobların orqanizmə birincili daxil olması ilə inkişaf edir. Vərəm intoksiyasının əsas aparıcı əlaməti intoksikasiya sindromudur: uşağın davranışı dəyişir, əsəbi olur və ya tormozlanma vəziyyətində olur, tez yorulur, baş ağrıları, daimi olmayan subfebril temperatr meydana çıxır. İştaha və yuxu pozulmaları ortaya çıxır. İntoksikasiya sindromu uzun müddət davam etdikdə bədən kütləsi defisiti aşkar edilir, dəri örtüyü avazıyır, iltihabi xəstəliklərə meyillilik qeyd edilir. Uşaqlar üçün limfatik sistem tərəfindən reaksiya–mikropoliadenitin (5–7 qrup limfa düyünlərinin böyüməsi) meydana çıxması tipikdir. Yoluxmadan sonra ilk vaxtlar periferik limfa düyünləri elastik, hərəkətli, 5–8 mm böyüklüyündə olurlar. Sonralar bunlar bərkiyirlər. Limfa düyünlərinin böyüməsi yumşalma ilə dəri örtüklərində dəyişikliklərlə müşaiyət olunmur. Vərəm intoksikasiyasının gedişi xoşxassəlidir, lakin ağır formalara – lokalizəolunmuş və generalizə olunmuş vərəmə keçmə qorxusu vardır. Vərəm intoksiyasının **diaqnostikası** üçün tuberkulin sınağının köməyilə VMB ilə infeksiyalaşmanı təyin etmək mümkündür.

Birincili vərəm kompleksinə ağ ciyər toxumasında spesifik iltihabın birincili ocağı və regionar limfa düyünlərində iltihab aiddir.

Ağ ciyərlərdə iltihab ocağının mərkəzində və limfa düyünlərində toxumaların kəsmiyəbənzər nekrozu (kazeoz) baş verir. Kazeoz heç vaxt adi iltihab prosesində müşahidə

edilmir. Kəsmiyəbənzər nekroz ocağının ətrafında qeyri–spesifik perifokal iltihab olur.

Döş qəfəsi–daxili limfa düyünlərinin vərəmi–(Vərəm bronxoadeniti) birincili vərəmin ən çox rast gəlinən lokal əlamətidir. Zədələnmə minimal dəyişiklikdən (kiçik forma) periadenit əmələ gəlməsilə toxumaların total kazeozuna qədər, bronxların vərəmi (kəskin forma) ola ilər. Ağırlaşmış kiçik formalara bəzən diaqnoz qoyula bilmir. Belə ki, ayrı-ayrı limfa qruplarını tapmaq çətin olur və xəstəlik çox vaxt vərəm intoksikasiyası maskası altında gedir.

Erkən yaşlı uşaqlarda kazeoz prosesi kəskin olur və bir neçə qrup bronxial limfa düyünlərinin zədələnməsi ilə (yəni onların kəskin hiperplaziyası və kazeoz dəyişikliklərə uğraması ilə) müşaiyət olunur. Böyük yaşlı uşaqlarda isə kazeoz parçalanmaya meyillik və limfa düyünləri paketinin əmələ gəlməsi nadir müşahidə olunur.

Bronxoadenitin ümumi simptomları vərəm intoksikasiyasının əlamətləridir. Xəstəliyin yerli əlamətlərindən perkutor, auskultativ simptomlar, sıxılma sindromları ayrıd edilir. Divararasının limfa düyünlərinin kəskin böyüməsi zamanı zədələnmə olan tərəfdə perkutor səsin qısalması, təktək quru xırıltıların olması aşkara çıxarılır.

Döş qəfəsi orqanlarının sıxılma sindromları: sianoz, üzün şişkinləşməsi, başın dərisinin venalarının sıxılmsı, azan sinirinin qıcıqlanması və s.

Rentgenoloji olaraq, ağ ciyər kökünün ölçülərinin böyüməsi onun sərhədlərinin silinməsi, kök ətrafında ağ ciyər toxumalarının infiltrasiyası qeyd olunur. Rentgenoqramda

vərəmin başlanğıcında ağ ciyər toxumasının infiltrasiyalaşmasının silinmiş kölgəliyi görünür.

Vaxtında və düzgün müalicə aparılmadıqda birincili vərəmin proqressivləşməsinə gətirib çıxarır. Vərəm prosesi bronxogen, limfogen, hematogen, yolla yaxınlıqdakı orqan və toxumalara yayılır və bu orqan- toxumalarda vərəm oçaqlarının meydana gəlməsinə səbəb olur (plevrada, perikardda, qırtlaqda, böyrəklərdə, baş beyin qişalarında). Vərəmin gedişinin ağırlaşması xəstələrdə əlavə əlamətlərin meydana çıxmasına səbəb olur: davamlı quru öskürək, təngənəfəslik, bədən temperaturunun artması və s. Hemotogen disseminasiyada və ağ ciyərlərin kəskin miliar vərəmində intoksikasiya simptomları kəskin artır, təngnəfəslik meydana çıxır, temperaturun 39–40^0 C-yə yüksəlir. Xəstənin vəziyyəti ağır olur. Xarakter xüsusiyyəti rentgenoloji müayinədə "qar burulğanı" şəklinin meydana çıxmasıdır.

Sağalma prosesi sorulma fibroz və kalsinasiya şəklində olur.

İlkin vərəm kompleksinin klinik şəkli perifokal iltihab zonasının kəskinliyindən optimal kombinasiyası, dozası, yeridilmə yolları, dərman qəbulunun müntəzəmliyi prosesin yayılmasından, destruksiyanın olub–olmamasından, massiv basil ifrazetmədən, vərəmin aktivlik dərəcəsindən asılıdır.

Vərəmin müalicəsinə patogenetik maddələr (hormonal preparatlar, levamizol, Na-tio sulfat, lidaza) simptomatik (vitaminlər: C, A, PP, B qrupu) desensibiləedicilər, anabolik steroidlər və s. istifadə edilir. Bəzi hallarda cərrahi müalicə

göstərişdir. Xəstənin sağalmasında tam dəyərli qidalanma, gün rejimi, adekvat vəziyyət, xoş iqlim, aeroterapiyanın aparılması vacibdir.

Ağırlaşmalar: vərəm meningiti vərəmin istənilən formasına qoşula bilər. Xəstəlik tədricən inkaf edir. Xəstədə meningial simptomlar inkişaf edir, huşu pozulur. Gec diaqnoz qoyulduqda xarakter lokal simptomatika ilə meninqoensefalit müşahidə oluna bilər.

Körpə uşaqlarda vərəm yuxarı yaşlı uşaqlara nisbətən ağır gedişə malik olur. Tez–tez xəstəliyin generalizə olunmuş formasına rast gəlinir.

Müalicə: müalicəsi erkən, kompleks, uzun müddətli olmalı və bu etaplarla davam etməlidir: stasionar – sanatoriya – dispanser.

Vaxtında kopleks mülicə antibakterial terapiya ilə mühim həlledici əhəmiyyətə malikdir.

Vərəm xəstələri üçün kimyəvi terapevtik preparatlar 3 qrupa bölünür:

A qrupu–VMB–na daha aktiv təsir göstərən preparatlar (izoniazid, rifampisin)

B qrupu–orta aktiv preparatlar (etambutol, etionamed, streptomisin, pirazinamid)

C qrupu – daha azaktiv preparatlar (PASK, tibol)

Müalicənin ağ ciyərlərdə və digər orqanlarda geridönməz dəyişiklər inkişaf etmədən, erkən stadiyalarda başlanmalıdır. Müalicənin effekti onun davametmə müddətində də asılıdır. Müalicənin yarımçıq kəsilməsi vərəm prosesinin

kəskinləşməsinə və residivləşməsinə gətirib çıxarır. Kimyaterapiyanın optimal müddəti xəstəliyin formasına görə təyin edilir. Effektiv müalicə 6–18 ay (orta–1il) olmalıdır.

QIZILCA (MORBİLLİ)

Qızılca – yüksək keçirilik xüsusiyyətinə malik olub, qızdırma, yuxarı tənəffüs yollarının və gözün selikli qişalarının zədələnməsi ilə, dəridə ləkəvari – papulyoz səpgilərin meydana çıxması ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası – Törədicisi virusdur. Kəskin uçuculuq xüsusiyyətinə malikdir – hava cərəyanı ilə xeyli ətrafa yayılır.

Epidemiologiyası – infeksiya mənbəyi kataral dövrdə və səpmənin ilk dörd günündə qızılca ilə xəstə adam hesab edilir.

Qızılcaya meyillilik həddən artıq yüksəkdir. Altı aya qədər körpələrdə xəstəliyə nadir hallarda rast gəlinir ki, bu da passiv immunitetlə əlaqədardır. Xəstəliyi keçirdikdən sonra davamlı immunitet yaranır.

Patogenizi – Virus orqanizmə yuxarı tənəffüs yolları və konyuktivanın selikli qişalarından daxil olur. Törədicinin qana keçməsi ümumi intoksikasiyaya və müxtəlif orqanların zədələnməsinə səbəb olur.

Klinika – İnkubasion dövr 7 – 17 gün davam edir, immunoqqlobulin vurulması isə bu dövrün 21 günə qədər uzada bilər.

Klinik şəklində 3 dövr ayırd edilir:

1. Kataral (prodromal) dövr

2. Səpgi dövr
3. Piqmentasiya dövrü

Kataral dövr–3– 4 gün davam edir. Xəstəliyin başlanması bədən temperaturunun 38– 39^0 C– yə qədər yüksəlməsilə, burundan ifrazatla, quru öskürəklə, konyuktivit əlamətləri ilə müşaiyət 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 şəklində enantema meydana çıxır. Bundan sonra onlar ağız – udlağa selikli qişanın kəskin hiperemiyası fonunda ayırd edilirlər. Xəstəliyin 2–3–cü günündə yanağın selikli qişasında qızılca üçün xarakter olan Belski-Filatov-Koplik ləkələri meydana çıxır. Bu ləkələr kənarları hiperemiya həlqəsi ilə əhatə olunmuş ağ ləkəciklər şəklində 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 aralarında 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 ümu-

mi intoksikaiya 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 ardıcıllıqla 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 xarekterizə 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.

Qızılca üçün tənəffüs və həzm orqanlarının zədələnməsi ilə əlaqədar ağırlaşmalar xarakterikdir: pnevmoniya,

bronxit, qızılca inağı, otiit, etmoidit. Erkən yaşlı uşaqlarda kəskin həzəm pozğunluqları inkişaf edə bilər. Nadir ağırlaşmalara isə ensefalitlər, meningitlər aid edilir.

Labarator diaqnostikası: spesifik diaqnostika məqsədilə seroloji metodlardan istifadə edirlər.Qızılcanın diaqnozu xəstəliyin 10–14–cü günü qızılca antitellərinin titrinin 4 dəfə və daha çox artması ilə təsdiq olunur.

Müalicə. əksər hallarda müalicə ev şəraitində aparılır. Ağır gedişli, ağırlaşmalarla gedən qızılca və südəmər uşaqlarda qızılca isə qospitalizasiyaya göstəriş hesab olunur. Kəskin dövrdə yataq rejimi vacibdir. Tam dəyərli, asan mənimsənilən və vitaminlərlə zəngin dieta təyin olunur. Xəstəyə kifayət qədər çoxlu maye verilməlidir. İçmək üçün çay, meyvə şirələri, kompot, ot dəmləmələri məsləhət görülür. İntoksikasiyanın artmaı zamanı isə infuzion terapiya aparılır. Antihistamin preparatlarının, askorbin turşusunun, A vitamininin təyini göstərişdir. Simtomatik terapiya aparılır. Göstəriş olduqda (ekən yaşlı uşaqlarda, tez–tez uzun müddət xəstə olan uşaqlaarda, xroniki infeksiya ocaqları olduqda, xəstəliyin ağır gedişi zamanı, ağırlaşmalar olduqda) antibiotik təyin edilir. Ağır hallarda digər preparatlarla kompleks şəkildə kortikosteroidlər tətbiq olunur.

Qulluq. Xəstəni daim təmiz hava ilə təmin etmək lazımdır. Konyuktivit baş vermə ehtimalını nəzərə alaraq xəstənin çarpayısı elə qoyulmalıdır ki, gözə birbaşa işıq düşməsin. Qulluq zamanı dəri və selikli qişaların gigiyenik cəhətdən təmiz saxlanması vacibdir. Gündə bir neçə dəfə gözləri qaynanmış su ilə və ya 2%-li Na–hidrokarbonat

məhlulu ilə yumaq lazımdır. Kəskin konyuktivit zamanı irinli ifrazat təmizləndikdən sonra gözə 20%-li sulfasil–natri məhlulu və vitamin A məhlulu damızdırılır. Müntəzəm olaraq ağızı qaynadılmış su ilə, çobanyastığı, palıd qabığı dəmlənməsi ilə yaxalamaq lazımdır. Çoxlu maye qəbulu məsləhət görülür.

Profilaktika. Xəstəliyin profilaktikasında aktiv immunizasiya əsas rol oynayır. Uşaq kollektivlərində qızılcanın yayılmaması üçün vaxtında, erkən diaqnoz qoyulmalı və xəstə uşaq vaxtında izolyasiya olunmalıdır.

MƏXMƏRƏK (RUBEOLLA)

Məxmərək kəskin infeksion xətəlik olub, qızılcaya bənzər səpgi ilə, yuxarı tənəffüs yollarının zəif kataral əlamətlərilə və ənsə limfa düyünlərinin böyüməsi ilə xarakterizə olunur.

Etiologiya: Xəstəliyin törədicisi xarici mühitə davamlı olmayan virusdur.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstəliyin başlanmasından 7 – 10 gün ərzində məxmərək virusu ifraz edən xəstədir. Yoluxma təhlükəsi səpmə anından başlayaraq 2 – 3 həftə müddətində qalır. Ən çox virus ifraz etmə xəstəliyin ilk 5 günündə qeyd olunur. Xəstəlik yüksək yolxuculuğa malik olub, hava – damcı yolu ilə ötürülür. Bəzi hallarda transplasentar və kontakt yolu ilə də infeksiyanın ötürülməsi mümkündür. Məxmərəyə meyillilik çox yüksəkdir. Əsasən o hamilə qadınlar üçün böyük təhlükə törədir. Belə ki, dölün

infeksiya ilə yoluxması onun məhv olmasına və ya gözün, beyinin, daxili orqanların ağır zədələnməsinə gətirib çıxarır. Xəstə körpə isə 1 il müdətində təhlükəli infeksiya mənbəyi hesab olunur.

Xəstəliyin mənbəyi və daşıyıcısı xəsdə insandır. Bu xəstəliyi keçirdikdən sonra davamlı immunitet qalır.

Patogenizi. Törədicinin giriş qapısı yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasıdır. Məxmərək virusu limfoid, epitelial və embrional toxumaya tropizmə (meyillik) malikdir.

Klinik şəkli. İnkubasion dövr 15-24 gündür. İnkubasion dövrün sonunda ənsə limfa düyünləri iri noxud boyda və ya ondan da böyük ölçülərə qədər böyüyür. Onlar bərkiyir, palpasiyada az ağrılı olur. Kataral dövr qısa olur. Yuxarı tənəffüs yollarında iltihabi proses zəif olur, subfebril temperaturla, zəif zökəm əlamətləri və öskürəklə özünü göstərir.

Yumşaq damağın selikli qişasında enantema müşahidə olunur. Belski – Filatov – Koplik ləkələri olmur. Eyni zamanda və ya 1-2 gündən sonra üzdə, boyunda səpgi meydana çıxır, bir neçə saat ərzində isə bütün bədənə yayılır. Səpgi ləkəvari xarakterə malik olub, qızılca səpgilərindən xeyli kiçik olub, onun elementləri öz aralarında birləşmir. Qızılcadan fərqli olaraq səpgilər ətrafların açıcı səthlərində yerləşir, kürəyi və sağrıları örtmüş olur. Səpgi 2-3 gün qalır, sonra tezliklə yox olur və yerində heç bir piqmentasiya və qabıqlanma qalmır. Məxmərəkdə (postnatal dövrdə inkişaf etmiş) ağırlaşmalar adətən müşahidə olunmur. Çox nadir hallarda ensefalit inkişaf edə bilər. (*Şəkil 61*)

Labarator diaqnostikası: spesifik diaqnostika məqsədilə seroloji metodlardan istifadə olunur. Zərdab antitellərinin titrinin artması diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Qanda leykopeniya, limfositoz, 15-25% -ə qədər plazmatik hüceyrələrin meydana çıxması xarakterikdir.

Müalicə. Xüsusi müalicə tələb olunmur, lazım gələrsə simtomatik preparatlar təyin edilir. Çoxlu maye qəbulu məsləhət görülür. Bəzi hallarda antihistamin preparatlar (suprastin, fenistil, zirtek) təyin olunur.

SKARLATİNA

Skarlatina – kəskin infeksion xəstəlik olub, ümumi intoksikasiya simptomları ilə, angina və dəridə səpgilərlə xarakterizə olunur.

Etiologiyası: xəstəliyin törədicisi–A qrupundan olan B hemolitik steptokokklardır. O ekzotoksin hazırlamaq qabiliyyətinə malikdir. Bu törədici xarici mühitin təsirlərinə kifayət qədər davamlıdır, uzun müddət qida məhsullarında saxlanılıb qala bilirlər.

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi–skarlatina ilə və ya başqa streptokokk xəstəlikləri ilə xəstə olan insandır. İnfeksiya hava – damcısı yolu ilə ötürülür. Yoluxma istifadə olunan əşyalar, oyuncaq, xəstənin paltarı vasitəsilə, eləcə də infeksiyalaşmış məhsullar, əsas etibarilə süd, dondurma, kremli–unlu məmulatlar vasitəsilə ola bilər. Keçirilmiş xəstəlikdən sonra davamlı immunitet yaranır, amma bəzi hallarda skarlatina ilə təkrari yoluxma halları da müşahidə olunmuşdur.

Patogenezi: Törədici üçün giriş qapısı damaq badamcıqları hesab olunur, erkən yaşlı uşaqlarda isə onlar tam inkişaf etmədiyindən bu rolu udlaq badamcığı və yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişası oynayır. Nadir hallarda streptokok orqanizmə dəridən, yara və ya yanıq səthdən keçə bilər. Xəstəliyin inkişafı törədicinin toksiki, septiki (iltihabı) və allergik təsiri ilə əlaqədardır. Streptokokkun daxil olduğu yerdə iltihabi ocaq formalaşır. Limfa və qan damarları vasitəsilə törədici regionar limfa düyünlərinə daxil olur və onları zədələyir. Qana ekzotoksin keçməsi intoksikasiya simptomlarının inkişafına gətirib çıxarır. Törədici üçün seçici olaraq dərinin kiçik periferik damarlarını, vegetativ sinir sistemini və urək damar sistemini zədələməsi xarakterikdir

Klinik şəkli: İnkubasion dövr 2 gündən 12 günədək davam edir. Xəstəlik kəskin başlanır: temperatur yüksəlir, zəiflik, təngənəfəslik, boğazda ağrı, bəzən də qusma meydana çıxır. İlk sutkada, bəzən isə ikinci sutkanın əvvəlində dəridə səpgi meydana çıxır, bu səpgi tezliklə üzə, boyuna, gövdə və ətraflara yayılır. Skarlatina səpgisi xırda nöqtəvari elementlər şəklində olub, dərinin hiperemiyalaşması fonunda bir – birinə çox yaxın məsafədə yerləşir. Səpgi gövdənin yan tərəflərində, qarının aşağısında, ətrafların bükücü səthlərində, dərinin təbii büküşlərində daha intensiv olur. Dəriyə yüngülcə təzyiq etdikdə davamlı ağ dermoqrafizm meydana çıxır. Xəstənin yanaqları hiperemiyalaşmış olur, yanaqların parlaq qırmızı rəngi fonunda səpgi ilə örtülməmiş burun–dodaq üçbucağı aydın nəzərə çarpır. Skarlatinanın daimi simptomu anginadır–**kataral, follikul-**

yar, lakunar. Badamcıqların, dilçəyin, udlaq qövslərinin, yumşaq damağın kənarının kəskin hiperemiyası tipikdir. **(“alovlanan əsnək”**). Prosesə regionar limfa düyünləri də qoşulur. Onlar böyüyür və palpasiyada ağrılı olurlar. Xəstəliyin ilk günlərində dil ağ ərplə sıx örülmüş olur, 2-3-cü gündən başlayaraq təmizlənir və parlaq qırmızı rəngdə, üzəri dənəvari olur, yetişmiş moruğu xatırladır. (“**moruğu dil**”) ümumi intoksikasiyanın kəskinliyi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq artır. Çox vaxt “**skarlatinoz ürək**” simptomları qeyd olunur: brakardiya ilə əvəz olunan taxikardiya, ürək tonlarının karlaşması, sitolik küy, bəzən ürək sərhədlərinin böyüməsi. Xəstəliyin kəskin dövrü 4-5 gün çəkir, daha sonra xəstələrin vəziyyəti yaxşılaşır. Səpgilərin yox olması və temperaturun düşməsi ilə birlikdə angina da keçib gedir. Xəstəliyin ikinci həftəsində ovuclarda, əl və ayaq barmaqlarında lövhəli qabıqlanma, gövdədə isə çapıqvari qabıqlanma meydana çıxır. Südəmər uşaqlarda qabıqlanma görünmür. (*Şəkil 62, 63, 64*)

Qanda leykositoz, neytrofiloz, eozinofiliya EÇS-nin yüksəlməsi qeyd olunur. Xəstəliyin atipik formalarına yanıq və yaralı skarlatina (anginasız keçən), eləcə də silinmiş formaları (hansındakı, xəstəliyin simptomları zəif görünür və qısamüddətli olur, bəzi simptomlar isə olmur) aid edilir.

Daha çox rast gəlinən ağırlaşmaları, limfoadenit, otit, sinusit, nefrit, miokarditdir.

Müalicə. Epidemik göstəricilərə görə, eləcə də ağır gedişli və ağırlaşmalarla gedən formalar zamanı uşaqlar

qospitalizə olunurlar. Ev şəraitində müalicə sahə həkimi və tibb bacısının ciddi nəzarəti altında, bütün göstərişlərə əməl etməklə aparılmalıdır. Xəstəliyin 10–cu və 21–ci günü qanın və sidiyin labarator müayinə olunmasına nəzarət edilməlidir.

Skarlatinanın kəskin dövründə yataq rejimi təyin edilir, dieta uşağın yaşına uyğun olmalıdır. Xəstələrə duru, vitaminli qidalar verilməlidir. Müalicə penisillin qrupundan olan antibiotiklərdən və antihistamin preparatlardan istifadə olunur. Xəstəliyin ağır gedişi zamanı dezintoksikasion və simptomatik müalicə aparılır

Qulluq: Xəstəyə qulluq zamanı tez–tez havanın dəyişdirilməsinə və sistematik olara yaş dezinfeksiyaya diqqət verilməlidir. Ağız boşluğunun selikli qişasına qulluq böyük əhəmiyyət kəsb edir. Qabıqlanma zamanı qaşınma meydana çıxmasını nəzərə alaraq, uşağın dırnaqlarını dibindən tutmaq lazımdır. Nefrit inkişaf etmə təhlükəsini nəzərə alaraq tibb bacısı sutka ərzində ifraz olunan sidiyin miqdarına və xarakterinə ciddi nəzarət etməlidir.

Profilaktika: Xəstələri xəstəliyin başlandığı 10 gün ərzində izolə etmək lazımdır. Uşaq müəssələrinə gedən uşaqlar xəstəlik başlanandan 22 gün ərzində kollektivdən izolə olunmalı və ancaq bu müddət keçdikdən sonra yenidən kollektivə buraxıla bilər. Skarlatinalı uşaq ilə kontaktda olmuş uşaqlar 7 gün müddətində kollektivdən ayrılmalıdırlar. Onların hər gün bədən temperaturuna, dəri və selikli qişalarına gündəlik nəzarət olunmalıdır. Infeksiya ocağında yaş dezinfeksiya aparılmalı, havası dəyişdirilməlidir.

SU ÇİÇƏYİ

Su çiçəyi – yüksək keçiriciliyə malik infeksion xəstəlik olub, dəridə və selikli qişalarda qovuqcuqlu səpgilərlə xarakterizə olunur.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi xarici mühit təsirlərinə davamız viruslar olub, yüksək uçuculuq qabiliyyətinə malikdir. Viruslar asanlıqla hava cərəyanı ilə qonşu yaşayış sahələrinə və yuxarı mərtəbələrə yayılır.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstələrdir, o xəstələr ki, inkubasion dövrün sonundan artıq yolxucu olurlar və sonuncu təzə səpgi elementinin meydana çıxmasından 5 gün sonraya qədər təhlükəli olurlar. İnfeksiya hava – damcı yolu ilə ötürülür. Su çiçəyinə meyillik çox yüksəkdir, daha çox 2–7 yaş arası uşaqlar xəstələnirlər. İlk 2 – 3 aylarında bu infeksiyaya yoluxma çox nadir hallarda ola bilər. Belə ki, südəmər uşaqlarda transplasentar yolla anadan alınan immunitet hesabına bu infeksiyaya nadir təsadüf edilir. Su çiçəyi keçirdikdən sonra isə davamlı immunitet yaranır.

Patogenezi. Giriş qapısı yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasıdır. Limfatik yolla törədici qana düşür və dərinin, selikli qişaların epitelial hüceyrələrinə fiksə olunaraq, epitelin səthi nekrozuna səbəb olur.

Klinik şəkli. İnkubasion dövr 11 gündən 20 günədək davam edir. Prodormal əlamətlər nadir hallarda müşahidə olunur və ümumi halsızlıq və subfebril temperaturla özünü

göstərir. Xəstəlik kəskin başlayır: temperatur yüksəlir və demək olar ki, eyni zamanda başın tüklü hissəsində, üzdə, gövdədə və ətraflarda səpgilər meydana çıxır. Səpgilər avazımış – çəhrayı ləkələr şəklində olur, bir neçə saatdan sonra papulalara çevrilir, daha sonra isə vezikulalara (qovuqcuqlara) çevrilir hansı ki, bunlarda hiperemiya zonası ilə əhatə olunmuş olur və şəffaf möhtəviyyatla dolu olurlar. Ovucda və ayaqaltında səpgilər olmur. Su çiçəyinin qovuqcuqları birkameralı olur, dairəvi və ya oval formada olur, əsası infiltratlaşmamış olur və iynə batırdıqda yatırlar. Birinci sutkanın sonunda qovuqcuqlar quruyur, onların yerində qabıq əmələ gəlir. Bu qabıqlar düşdükdən sonra yerində çapıq qalmır. Səpmə eyni zamanda baş vermir, aralarında 1 – 2 gün fasilə ilə ayrı – ayrı təkanlarla meydana çıxır. Buna görədə dəri üzərində eyni zamanda müxtəlif inkişaf mərhələlərində olan (ləkə - papula – qovuqcuq – qabıq) səpgilərə rast gəlmək olur. Səpgilərin belə polimorfizmi su çiçəyi üçün xarakter sayılır. Hər dəfə təzə səpgilərin meydana çıxması temperaturun yüksəlməsi ilə müşayyət olunur. Səpgi elementlərinin sayı çox olduqda dərinin kəskin qaşınması müşahidə olunur. Su çiçəyi qovuqcuqları ağızın, burun – udlağın, gözün selikli qişasında, nadir hallarda isə qırtlaqda və cinsiyyət orqanlarında ola bilər. (*Şəkil 65, 66*)

Xəstəliyin tipik formasından başqa atipik formaları da müşahidə olunur. Bunlara aiddir: nisbətən yüngül – rudimentar forma və qanqrenoz formalar.

Rudimentar forma – adətən inkubasion dövrdə immunoqlobulin və ya plazma almış uşaqlarda müşahidə

edilir. Xəstəlik normal temperaturla, rozeola – papulyoz səpgilərlə, çətinliklə nəzərə çarpan qovuqcuqların olması ilə gedir.

Generalizə olunmuş forma – yenidoğulmuşlarda və ağır xəstəlikdən zəifləmiş uşaqlarda, eləcə də steroid hormon almış uşaqlarda müşhidə olunur. Xəstəlik yüksək temperaturla, ağır intoksikasiya ilə, daxili orqanların zədələnməsi ilə gedir.

Hemorragik forma – zəifləmiş uşaqlarda, hemoblastoz və hemorragik diatezdən əziyyət çəkəən uşaqlarda, uzun müddət sitostatiklər və steroid hormonlar alan uşaqlarda rast gəlinir. Səpmənin 2-3 – cü günü qovuqcuqların möhtəviyyatı hemorragik xarakter alır. Bu zaman dəriyə, selikli qişalara qansızmalar, burun qanaxmaları qanlı qusma müşahidə oluna bilər.

Qanqrenoz forma – İkincili mikrob florasının qoşulması ilə əlaqədar zəifləmiş uşaqlarda müşahidə olunur. Xəstəlik su çiçəyi qovuqcuqlarının ətrafında iltihabı reaksiyanın meydana çıxması, daha sonar işə toxumaların nekrozu və yaraların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

Ağırlaşmalarının inkişafı dəri və selikli qişaların epitelisinin tamlığının pozulması ilə əlaqədar olaraq ikincili mikrob florasının qoşulması ilə izah olunur. Xəstələrdə piodermiyalar, abses, fleqmona, stomatitlər inkişaf edə bilər. daha ağır ağırlaşması isə meninqoensefalitdir

Müalicəsi: Xəstəliyin müalicəsi simptomatikdir. Əsas tədbirlər səpgi elementlərinin infeksiyalaşmasının qarşısını almağa yönəldilir. Qovuqcuqların daha yaxşı quruması üçün

onları brilliant yaşılının 1% - li spirtli məhlulu ilə işləyirlər. qabıqların quruması dövründə kali – permanqanatın zəif məhlulu ilə ümumi gigiyenik vannalar məsləhət görülür. Xəstəliyin ağır gedişi zamanı interferondan istifadə edirlər. Lizosimin tətbiqi yaxşı effekt verir. İrinli ağırlaşmalar olarsa, antibiotik təyin edilir.

Qulluq: Su çiçəyində qulluq xəstələrin gigiyenik cəhətdən təmiz saxlanmasından ibarətdir. Bunun üçün yataq ağlarını və alt paltarlarını təmiz saxlamaq, tez-tez dəyişdirmək lazımdır. Uşağın dırnağı qısa kəsilməlidir. Xəstənin əllərinin daim təmiz olmasına nəzarət etmək lazımdır. Eləcə də ağızın və gözün selikli qişasına qulluq böyük əhəmiyyət kəsb edir

Profilaktika: uşağı səpmə başlayandan 9 gün ərzində izolə edirlər. Epidemik göstəricilərə görə ağır gedişli və ağırlaşmalarla gedən xəstəlik zamanı qospitalizasiya göstərişdir. 7 yaşa qədər uşaqlar, hansı ki, xəstə ilə kontaktda olub 21 gün kollektivdən ayrılmalıdırlar. Xəstəlik aşkar olunmuş yerdə yaş dezinfeksiya aparılmalı, havası dəyişdirilməlidir.

GÖY ÖSKÜRƏK

Göyöskürək – kəskin infeksion xəstəlik olub, aparıcı simptomu spazmatik öskürəkdir.

Etiologiyası – Xəstəlik Borde – Jangu çöpləri tərəfindən törədilir. Bu çöplər termolabil ekzotoksin əmələ gətirir. Göyöskürək çöpləri xarici mühit təsirlərinə qarşı yüksək həssaslığa malikdir.

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi xəstəliyin başlanmasından 25 – 30 gün müddətində xəstə olan insandır. Xəstəliyin silinmiş və atipik formaları ilə xəstə olanlar xüsusilə böyük epidemioloji təhlükə törədirlər. İnfeksiyanın ötürülmə mexanizmi hava – damcı yoludur. Bu çöplər ətraf mühit təsirlərinə davamsız olduğundan infeksiyanın istifadə olunmuş əşyalarla və ya üçüncü şəxs tərəfindən ötürülmə ehtimalı çox azdır. Göyöskürəyin yolxuculuğu çox yüksəkdir. 3 yaşa qədər uşaqlar xəstəliyə daha çox meyillidirlər. İnfeksiyanı keçirdikdən sonra davamlı immunitet yaranır və bütün ömür boyu saxlanılır.

Patogenez: İnfeksiyanın giriş qapısı yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasıdır, harada ki, törədicinin artıb çoxalması baş verir. Göyöskürək çöpləri tərəfindən ifraz olunan toksin tənəffüs yolları reseptorlarını qıcıqlandırır ki, bu da tutmaşəkilli öskürəyə səbəb olur və mərkəzi sinir sistemində dominant ocağın meydana çıxması ilə nəticələnir. Bu zaman öskürək refleksi ilə birbaşa əlaqəsi olmayan müxtəlif qıcıqlandırıcılar (səs – küy, ağrı hissiyatı, əsnəyə baxış) tənəffü-

sün dayanmasına kimi gətirib çıxaran tutmaşəkilli öskürəyin baş verməsinə səbəb olurlar.

Klinik şəkli: İnkubasion dövr 3 gündən 15 günə qədər davam edə bilər. Xəstəliyin gedişində 3 dövr ayrıd edilir: kataral, spazmatik və azad olma mərhələsi.

Kataral dövr 1-2 həftə davam edir, halsızlıq, bədən temperaturunun cüzi yüksəlməsi, quru öskürək, burundan az–az selikli – seroz ifrazatın olması ilə meydana çıxır. Uşağın ümumi vəziyyəti pozulmur. Sonrakı günlər öskürək tədricən güclənir, zəhlətökən olur və tutmaşəkilli xarakter alır.

Spazmatik mərhələyə keçid spazmatik öskürək tutmalarının meydana çıxması ilə xarakterizə olunur. bu tutmalar qəfildən və ya səbəbsiz narahatlıq, döş sümüyünün arxasında qıdıqlanma və ya yanma hissi şəklində qısamüddətli xəbərdarlıq əlamətindən (aura) sonra baş verir. Tutma dərin nəfəsalmadan sonra tez-tez bir-birini əvəz edən öskürək təkanları seriyası şəklində meydana çıxır. Sonra yeni dərin nəfəs alma baş verir ki, bu da spastik dararmış səs yarığından havanın keçməsi nəticəsində yaranan fitverici uzun səslə müşaiyət olunur (repriz). Tutma zamanı uşağın üzü qızarır, göyərmiş rəng alır, boyun venaları şişir, gözlər yaşarır, "qan sızır", başı önə doğru uzanır, dil axıra qədər ağızdan bayıra çıxır. Dil yəhəri bu zaman aşağı kəsici dişlərə dəyərək zədələnir və yara meydana çıxır. Ağır hallarda tutma çoxsaylı reprizlərlə müşaiyət olunur. Tutmaşəkilli öskürək zamanı qeyri – iradi sidik və nəcis ifrazı baş verə bilər. Tutmanın sonunda az miqdarda yapışqan bəlğəm xaric olur, bəzən isə qusma baş verir. Erkən yaşlı uşaqlarda tutmaşəkilli öskürək

apnoe ilə qurtarır. Sutka ərzində tutmaların sayı xəstəliyin ağırlığından asılı olaraq 8-10-dan 40-50-yə qədər və daha çox ola bilər.

Qan dövranı pozğunlğu və durğunluq əlamətləri nəticəsində xəstənin üzü şişkinləşmiş, göz qapaqları ödemli olur. Üzdə, boyunda, gövdənin yuxarı hissəsində petexiyalar meydana çıxır. Göz almasının konyuktivasına qansızmalar ola bilər. (*Şəkil 67*)

Spazmatik dövr 2-4 həftə sürür, sonda xəstəlik **azad olma dövrünə** keçir. Tutmalar seyrəkləşir və yoxa çıxır, öskürək öz tipik xarakterini itirir, tədricən sağalma başlayır. Xəstəlik ümumi olaraq 1,5 aydan 2-3 ayadək davam edir.

Ağırlaşmalarına pnevmotoraks, emfizema, atelektazlar, göbək yırtığı, düz bağırsağın düşməsi, ensefafalopatiya aiddir.

İkincili infeksiya qoşulması nəticəsində baş verən ağırlaşmalara pnevmoniya, ağır bronxitlər aiddir.

Labarator diaqnostika: Törədicini aşkara çıxarmaq üçün bakterioloji metoddan istifadə olunur. ekspress diaqnostika məqsədilə immunoflüoresent metod tətbiq oluna bilər. Periferik qanın müayinəsində leykositoz, kəskin limfositoz, normal və ya yavaşımış ECS təyin edilir.

Müalicə: göyöskürəyin müalicəsində katataral dövrdə və spazmatik öskürəyin ilk günlərində antibiotiklər (levomisetin, eritromisin, ampicillin) istifadə olunur. Müalicə kursu 7-10 gündür. Hipoksiya və hipoksemiya ilə mübarizə məqsədilə oksigenoterapiya təyin edilir. Tez-tez, ağır tutmalar zamanı neyroleptik preparatlar göstərişdir. Proteolitik fermentlərlə aerozol inqalyasiya təyin edilir.

Spazmolitik və antihistamin preparatların qəbulu effektivdir. Ağır hallarda kortiko steroidlər göstərişdir.

Apnoe zamanı xəstəyə təcili yardım göstərmək vacibdir: burundan və ağız – udlaqdan seliyin sorulması, süni tənəffüs verilməsi, oksigen verilməsinin təmin edilməsi.

DİFTERİYA

Difteriya: kəskin infeksion xəstəlik olub, törədicinin daxil olduğu yerdə fibroz iltihabla və kəskin intoksikasiya simtomları ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası: Difteriyanın törədicisi toksigen diteriya korinebakteriyaları olub, Klebs və Leffler tərəfindən tapılmışdır. Onun mühüm xüsusiyyəti ekzotoksin hazırlamaq qabiliyyətidir, hansı ki, xəstəliyin klinik əlamətləri onun təsiri nəticəsində meydana çıxır. Difteriya çöpləri xarici mühit təsirlərinə qarşı davamlıdır: o uzun müddət xəstə tərəfindən istifadə olunmuş əşyaların üzərində saxlanıb qala bilir, eləcə də həftələrlə qumuş selikdə yaşamağa qabil olurlar. Aşağı temperatura davamlı olurlar, eyni zamanda dezinfeksiyaedici maddələrin təsirindən və qaynadıldıqda tez məhv olurlar.

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi xəstə insan və ya difteriya çöpü daşıyıcılarıdır. İnfeksiyanın ötürülmə mexanizmi hava – damcı yolu ilədir. Eləcə də xəstə tərəfindən istifadəolunmuş əşyalar və qida məhsulları ilə yoluxma da mümkündür. Xəstəliyi keçirdikdən sonra davamlı immunitet yaranır.

Patogenez: törədici üçün giriş qapısı əsnəyin, yuxarı tənəffüs yollarının, gözün, cinsiyyət orqanlarının selikli qişası və dərinin yara səthidir. Difteriya çöpləri həyat fəaliyyəti prosesi nəticəsində toksin əmələ gətirir. Bu toksinin təsiri nəticəsində selikli qişaların iltihabı reaksiyası inkişaf edir, epitelin nekrozu baş verir. İltihabi proses kapillyarların genəlməsi, onların divarlarının keçiriciliyinin yüksəlməsi ilə müşaiyət olunur. damarlarda zülalla zəngin duru ekssudat süzülür, hansı ki, bu da nekrozlaşmış epitelinin trombokinazasının təsiri altında pıxtalaşır, bərkiyir və selikli qişanın səthində difteriyaya xas olan fibrinoz ərp əmələ gətirir. Qana daxil olan toksin orqanizmin intoksikasiyasına, sinir, ürək–damar sistemlərinin, böyrəküstü vəzilərin və böyrəklərin zədələnməsinə səbəb olur.

Patoloji prosesin qırtlaqda lokalizasiyası digteriya inağının inkişafına gətirib çıxarır. Qırtlağın mənfəzinin daralması–qırtlaq əzələlərinin reflektor spazmı, selikli qişasının ödemi və fibrinoz ərpin əmələ gəlməsi nəticəsində baş verir.

Klinik şəkli: İnkubasion dövr 2 gündən 10 günə qədər davam edir. Patoloji prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq xəstəliyin aşağıdakı klinik formaları ayrıd edilir: ağız – udlağın, qırtlağın, burunun, gözün, cinsiyyət orqanlarının, dərinin və yenidoğulmuşlarda göbək yarasının difteriyası.

Peyvənd olunmuş və peyvənd olunmamış uşaqlarda xəstəliyin klinik təzahürləri müxtəlif olur. Vaksinasiya olunmamışlar üçün difteriyanın ağır gedişi, onlarda toksik və kombinəolunmuş formaların rast gəlmə ehtimalının daha yüksək olması, ağırlaşmaların inkişafı xarakterdir. Peyvənd olunmuşlarda isə xəstəlik yüngül keçir və difteriyanın klinik diaqnostikası çətinlik törədir.

Vaksinasiya olunmamış uşaqlarda ağız udlağın difteriyası xəstəliyin daha çox rast gəlinən klinik formasıdır. Ağız – udlağın difteriyasının aşağıdakı formaları ayrıd edilir: lokalizəolunmuş (yüngül), geniş yayılmış (orta ağırlıqlı) və toksiki (ağır).

Lokalizəolunmuş formada ərp badamçıqların sərhəddindən kənara çıxmır. Başlanğıcda ərp qatı, torabənzər şəbəkə və ya yarımşəffaf örtük şəklində olur, asan təmizlənir, amma sonra yenidən əmələ gəlir. Birinci sutkanın axırı, ikinci sutkanın əvvəlində ərp qalınlaşır, hamar, bozumtul ağ rəngdə parlaq olur, çətin təmizlənir, qopardıqda isə altdakı toxuma qanayır. Bir neçə saat sonra badamcıqlar yenidən ərplə örtülür. Ərpin nə dərəcədə çox olmasından asılı olaraq, lokalizə olunmuş forma özü də adacıqlı və pərdəli formalara bölünür. Adacıqlı formada ərp tək və ya çoxlu miqdarda düzgün kənarları olmayan, sancaq başı böyüklüyündən tutmuş 3–4 mm-ə qədər ölçüdə adacıqlar şəklində olur. Badamcıqlar bir qədər hiperemiyalaşmış, ödemli olurlar.

Pərdəli forma badamcıqların bir hissəsini və ya onların bütün səthini örtən ərplə müşaiyət olunur.

Xəstəliyin ilk günlərində temperatur yüksək olur, subfebril və ya normal ola bilər. İntoksikasiya simptomları zəif olur və baş ağrısı, halsızlıq, iştahanın azalması, dərinin avazıması ilə özünü göstərir. Cüzi taxikardiya müşahidə olunur, AT normal olur. Xəstəliyin ilk saatlarında udqunma zamanı boğazda cüzi və ya orta intensevlikdə ağrı meydana çıxır. Regionar limfa düyünləri bir qədər böyüyür və palpasiyada həssas olurlar.

Yayılmış forma zamanı ərp badamcıqlarından kənara – damaq gövslərinə, dilçəyə və udlaq divarına yayılır. İntoksikasiya, badamcıqların hiperemiya və ödemi, tokzilyar limfa düyünləri tərəfindən reaksiya lokalizə olunmuş formaya nisbətən daha kəskin olur. (*Şəkil 68*)

Ağız – udlağın toksiki difteriyası üçün ağır intoksikasiya, boyunun dərialtı toxumasının və ağız – udlağın ödemi xarakterdir. Xəstəliyin ilk saatlarından temperatr kəskin yüksəlir, 39-41^{0}C-yə çatır. İntoksikasiya əlamətləri sürətlə artır: ümumi zəiflik, baş ağrısı, üşütmə, dərinin avazıması və dodaqların sianozu, ürək tonlarının karlaşması, anoreksiya. Uşaqda təkrari qusma, qarında ağrılar, taxikardiya, ürək sərhədlərinin böyüməsi, AT enməsi, adinamiya, sayıqlama qeyd olunur. İntoksikasiyanın kəskinliyi, yerli iltihabi prosesin ağırlığına və ödemin boyunun dərialtı toxumasına yayılmasına uyğun olur.

Ödemin kəskinliyinə görə difteriyanın **subtoksik** (ödem regionar limfa düyünləri üzərində yerləşir), **I dərəcəli toksik** (ödem boynun yarısına kimi yayılır), **II dərəcəli toksik** (ödem körpücük sümüyünə kimi yayılır), **III dərəcəli toksik** (ödem körpücük sümüyündən də aşağı, II–III qabırğalara qədər və hətta daha aşağı yayılmış olur) formaları ayrıd edilir. Ödemli, tünd–göyümtül–sianotik badamcıqlarda massiv ərp formalaşır, hansı ki, bu da yumşaq və bərk damağa sürətlə yayılır. Ağız – udlağın selikli qişasının kəskin ödemi olur. Regionar limfa düyünləri xeyli böyüyür, III dərəcədə isə limfa düyünlərinin toyuq yumurtası boyda olur.

QIRTLAĞIN DİFTERİYASI VƏ YA HƏQİQİ İNAQ (DİFTERİYA İNAĞI)

Peyvənd olunmamış uşaqlarda çox vaxt ağız – udlağın difteriyası ilə birlikdə gedir. Ümumi intoksikasiya difteriya inağında orta dərəcədə nəzərə çarpır. Xəstəliyin ağırlığı qırtlağın stenozunun nə dərəcədə olması ilə təyin olunur. prosesin yayılmasından asılı olaraq inaq lokalizə olunmuş (qırtlağın difteriyası) və yayılmış (qırtlağın, traxeya və bronxların) formaları ayrıd edilir.

Difteriya inağı üçün xəstəliyin əsas simptomlarının tədricən, bir neçə gün ərzində inkişaf etməsi xarakterdir. Kataral mərhələ çox da yüksək olmayan temperatur (37,5 – 38^0C) fonunda tədriclə, yavaş –yavaş başlayır. Xəstəliyin ilk saatlarında öskürək meydana çıxır, sonra səsin bir az tutulması, hansı ki, proqressiv olaraq artır, bütün yayındırıcı prosedurların aparılmasına baxmayaraq azalmır. Əvvəllərdə yaş öskürək, daha sonra isə kobud "hürücü" öskürək qeyd olunur. Kataral dövr 1 gündən 2 – 3 günədək davam edir. Stenotik mərhələdə afoniya inkişaf edir, öskürək səssiz olur, proqressiv olaraq stenotik tənəffüs güclənir. Bu mərhələ bir neçə saatdan 2–3 günədək davam edir. Asfiksiya mərhələsinə keçdikdə narahatlıq, güclü tər ifrazı, sianoz, taxikardiya, ürək tonlarının karlaşması meydana çıxır. Zəruri olan yardım göstərilmədikdə uşağın bu cür kəskin narahatlığı yuxululuq, adinamiya ilə əvəz olunur, nəbz sapvari, tənəffüs uzun fasilələrlə, tək- tək olur, AT enir, huşu qaralır, qıcolma-

lar meydana çıxır, daha sonra isə bradikardiyanın meydana çıxmasilə ürəyin dayanmasına aparıb çıxarır.

Burunun difteriyası əsas etibarilə difteriya infeksiyası ocaqlarında erkən yaşlı uşaqlarda rast gəlinir. Tez – tez xəstəliyin başqa formaları ilə birlikdə qeyd olunur. Burunun difteriyasında burun tənəffüsü çətinləşir, az miqdarda qanlı – irinli və ya seroz–irinli ifrazat meydana çıxır. Burunun selikli qişası ödemləşmiş, hiperemiyalaşmış olur. Burun arakəsməsində xoralar, eroziyalar, fibrinoz pərdə aşkarlanır. Burun keçəcəklərinin ətrafındakı dəri infiltrasiyalı, nəm, qabıqlanmış olur. Bədən temperaturu normal və ya subfebril olur.

Xəstəliyin nadir lokalizasiyalı formalarına gözün, dərinin, cinsiyyət orqanlarının, göbək yarasının difteriyası aid edilir. Adətən bu formalar ikincili olur və ağız – udlaq və ya burunun difteriyası ilə birlikdə inkişaf etmiş olurlar.

Vaksinasiya olunmuş uşaqlarda xəstəlik antitoksik immunitetin zəifləməsi fonunda meydana çıxır. Peyvənd olunmuş uşaqlarda difteriyanın əsas xüsusiyyətlərinə aiddir: prosesin damaq badamcıqlarında lokalizasiyası, onun yayılmağa meyilli olmaması, badamcıqların pərdə əmələ gəlmədən zədələnməsi, xəstəliyin silinmiş formalarının olması, öz–özünə sağalmağa meyilli olması. Ümumi intoksikasiya əlamətləri qısa müddətli olur, dəri örtüklərinin avazıması olmaya bilər. Aparıcı əlaməti olan pərdəşəkilli və adacıqlı ərp peyvənd olunmuş uşaqlarda bəzi xüsusiyyətlərə malik olurlar: bu ərp asanlıqla təmizlənir, onu qopardıqda qanama müşahidə olunmur.

Difteriyanın ağırlaşmaları difteriya toksininin spsifik təsiri ilə əlaqədardır. Bu ağırlaşmalar əsasən ağız–udlağın difteriyasının toksik formalarında meydana çıxır. Ən ağır ağır-

laşmalarına infeksion–toksik şok, miokardit, toksik nefroz, poliradikulonevrit (periferik iflic və parezlərin inkişafı ilə) aiddir.

Labarator diaqnostika: Labarator diaqnostika metodlarından ən əhəmiyyətlisi burun və əsnəkdən götürülmüş seliyin bakterioloji müayinəsidir. Hansıki, bunun köməyi ilə difteriya korinobakteriyaları aşkara çıxarılır.

Müalicə: difteriya ilə xəstə olan uşaqlar mütləq qospitalizasiya olunmalıdırlar. Müalicənin effekti yalnızca vaxtında difteriya əleyhinə zərdabın yeridilməsindən asılıdır. Difteriya əleyhinə zərdabla müalicənin prinsipləri: 1) maksimum dərəcədə erkən tətbiq olunmalıdır: xəstəliyin ilk 3 günü ərzində zərdab yerdildikdə antitoksik effekt daha yaxşı alınır. 2) zərdabın bir dəfəlik dozası difteriyanın formasından asılıdır: lokalizə olunmuş forma zamanı 10000 V, toksiki formada–120000V zərdabın kurs dozası bir dəfəlik dozadan 2–2,5 dəfə çox olur, hipertoksik formada –450000V– dən çox olmayaraq təyin edilir. 3) zərdəbın neçə dəfə yeridilməsi isə xəstəliyin formasından asılıdır. Toksik difteriyada hər 12 saatdan bir yeridilir.

II – III dərəcə ağırlıqlı toksik formada 2–3 sutka müddətində tətbiq olunur, daha sonra isə göstərişə görə. 4) difteriya əleyhinə zərdabla müalicə güclü olmalıdır: ilk doza kurs dozanın 1/3 – 1/2 qədər olmalıdır. İlk 2 sutkada xəstə bütün dozanın 3/4 – nü olmalıdır.

Difteriya inağı zamanı konservativ müalicə effekt vermədikdə nazotraxeal intubasiya və ya traxeostomiya göstərişdir.

EPİDEMİK PAROTİT

Epidemik parotit (svinka, qulaqdibi)- infeksion xəstəlik olub əsasən vəzili orqanların (tüpürcək və mədəaltı vəzilərin, xayaların və s.) eləcə də mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə gedir.

Etiologiyası: xəstəliyin törədicisi xarici mühit təsirlərinə davamsız olan viruslardır.

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi–inkubasion dövrün axırıncı günlərindən və xəstəliyin ilk 9 günü ərzində ətrafdakılar üçün təhlükəli olan xəstələrdir. Xəstəliyin atipik formaları ilə xəstə olanlar daha böyük epidemioloji təhlükə törədirlər. Yoluxma bir otaq və palata daxilində birbaşa ünsiyyət nəticəsində baş verir. Virusun ətraf mühitdə davamsızlığı infeksiyanın üçüncü şəxs tərəfindən və ya istifadə olunmuş əşya ilə ötürülmə ehtimalını inkar edir. Xəstəliyə meyillilik qızılca və su çiçəyinə nisbətən daha zəifdir. Daha çox məktəbəqədər və kiçik məktəb yaşlı uşaqlar xəstələnirlər. Xəstəliyi keçirdikdən sonra davamlı immunitet yaranır.

Patogenezi: törədici üçün giriş qapısı ağızın, udlağın və burunun selikli qişası hesab olunur. Virus qana keçərək, seçici olaraq mərkəzi sinir sistemini və vəzili orqanları zədələyir. Viruslar ən çox xoşladığı yerlərdə artıb – çoxalır və sonra yenidən qana keçir.

Klinik şəkli: 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-eşitmə keçəcəyinin aşağı kənarına təzyiq etdikdə ağrı meydana çıxır. (*Şəkil 69, 70*)

Qulaqyanı vəzilərin iltihabının tipik əlaməti vəzi axacağının yanağın selikli qişasına çıxan dəliyinin 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 vəzilərdə zədələnir. Xəstəlik mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə müşaiyət 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 günündən başlayaraq digər vəzili orqanların da zədələnmə əlamətləri meydana çıxa bilər.

Yeniyetmə oğlan uşaqlarında parotit zamanı çox vaxt orxit inkişaf edir. Adətən bir xaya zədələnir. Lakin proses 2 tərəfli də ola bilər. Orxit xayanın böyüməsi, onun kəskin ağrılı olması, ağrının qasıq nahiyəsinə və qurşağa irradiasi-

ya (yayılması) ilə xarakterizə olunur, xayaların ödemləşməsi qeyd olunur.

Mədəaltı vəzin zədələnməsi zamanı ürəkbulanma, çoxsaylı qusma, epiqastral və sol qabırğaaltı nahiyədə kəsskin ağrılar meydana çıxır. Sidikdə diastazanın yüksək səviyyəsi qeyd olunur.

Ağırlaşmalar nadir hallarda ola bilər. Otit, stomatit, pnevmoniya, şəkərli diabet, sonsuzluq inkişaf edə bilər.

Labarator diaqnostika: diaqnostika məqsədilə sereloji müayinə metodlarından istifadə oluna bilər.

Müalicə: ev şəraitində aparılır. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi, orxit, pankreatit olarsa qospitalizasiya olunmalıdır. Xəstəliyin ilk günlərində duru və yarımduru qidalar verilir. Vəzilərdə durğunluq əmələ gəlməsi ehtimalını nəzərə alaraq, onların sekresiyasını artırmaq üçün limon və turş şirələr məsləhət görülür. Zədələnmiş vəzi nahiyəsinə quru isti qoyulmalıdır. Simptomatik terapiya aparılır. Ağırlaşmalar olarsa, onların müalicəsi aparılır.

Qulluq: ağız boşluğuna gigiyenik qulluq vacibdir. Pankreatitin inkişafı baş verərsə, ciddi yataq rejimi və pəhrizə riayət olunmalıdır.

İnfeksiya ocağında tədbirlər: xəstə ilə təmasda olmuş 10 yaşa qədər uşaqlar 21 gün kollektivə buraxılmamalıdır. Kontaktın dəqiq vaxtını təyin edib, təmas anında 10–21 gün ərzində izolə olunmalıdırlar. İnfeksiya ocağında təcili olaraq peyvənd olunmamış uşaqlara aktiv immunizasiya aparılmalıdır. İnfeksiya ocağında yaş dezinfeksiya aparılır və havası dəyişdirilir.

ERKƏN YAŞLI UŞAQLARDA MENİNQOKOKK İNFEKSİYALARININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Meninqokokk infeksiyası – infeksion xəstəlik olub, klinik əlamətlərinin çox müxtəlifliyi ilə (burun – udlağın selikli qişasının zədələnməsindən tutmuş yumşaq beyin qişalarının iltihabı və septisemiya formasına qədər prosesin generalizasiyası ilə) xarakterizə olunur.

Etiologiyası: xəstəliyin törədicisi meninqokokklardır. Onların xüsusiyyəti xarici mühitin xoşagəlməz faktorlarına qarşı xeyli həssas olması və güclü endotoksin hasil etmək qabiliyyətinin olmasıdır.

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi xəstələr və ya meninqokokk daşıyıcılardır. Törədicinin davamsız olması ilə əlaqədar olaraq yoluxma uzun müdət və çox yaxın ünsiyyət nəticəsində baş verir. İnfeksiya hava – damcı yolu ilə ötürülür. Xəstəliyə meyillik azdır və demək ilar ki, 0,5% təşkil edir. Xəstəliyi keçirdikdən sonra davamlı immunitet yaranır. Təkrar yoluxma nadir hallarda təsadüf olunur.

Patogenez: İnfeksiyanın giriş qapısı burun udlağın və əsnəyin selikli qişasıdır. Əksər hallarda meninqokokkun orqanizmə daxil olması sağlam daşıyıcılığın formalaşmasına səbəb olur. Bir sıra hallarda meninqokokk nazofaringitinin inkişafı ilə yerli iltihab baş verir. Xoşagəlməz gedişdə törədici qana keçir və damarların endotelinə çökərək ikincili infeksiya ocaqları əmələ gətirir. Antigen–antitel reaksiyası

nəticəsində bakteriyaların parçalanması baş verir, bu zaman isə çoxlu miqdarda endoksin ifraz olunur, bioloji aktiv maddələr xaric olur.

Massiv toksinemiya infeksion – toksik şokun inkişafına səbəb olur ki,bu da qanın disseminar damar daxili laxtalanması (DDL) ilə müşaiyət olunur. Nəticədə mikrosirkulyasiya pozulur, dəriyə, selikli qişalara, baş beyinə və böyrəküstü vəzilərə çoxlu qansızmalar meydana çıxır. Meninqokokklar hematoensefalitik baryeri keçə bilir (xüsusilə də erkən yaşlı uşaqlarda). Onurğa beyin kanalına düşərək, meninqokokklar yumşaq beyin qişalarının, bəzən isə baş beyin parenximasının da əvvəlcə seroz, daha sonra isə seroz – irinli iltihabına səbəb olur. Daha ağır hallarda beyinin kəskin ödemi və şişməsi nəticəsində beyinciyin böyük ənsə yarığına keçməsi baş verir. Nəticədə uzunsov beyin sıxılmağa başlayır, bu isə ölümlə nəticələnir.

Klinik şəkli: İnkubasion dövr qısa olub, 2–10 gün arasında dəyişir. Xəstəliyin klinik şəkli meninqokokk infeksiyasının formasından asılı olur:

1) Lokalizə olunmuş forma (meninqokokk daşıyıcılıq və nazofaringit).
2) Generalizə olunmuş forma (meninqokokksemiya, meninqokokk meningiti, meningoensefalit, qarışıq variant – meningit və meninqokokksemiya)
3) Nadir formalar (artrit, pnevmoniya, endokardit)

Meninqokokk nazofaringiti–2 yaşdan böyük uşaqlarda daha tez–tez rast gələn formadır. Əsas simptomları: baş ağrısı, boğazda gicişmə, udqunma zamanı ağrı, ös-

kürək, burun tutlması, zökəm, burundan qatı selikli–irinli ifrazat axmasıdır. Udlağın arxa divarının kəskin hiperemiyalaşmış, ödemləşmiş olur, çoxlu miqdarda hiperplaziyalaşmış follikullar qeyd olunur. Bədən temperaturu subfebril və ya normal qeyd olunur. Xəstəlik yüngül keçir, 5–7 gündən sonra nazofaringit əlamətləri yox olur və sağalma baş verir.

Meninqokokksemiya – kəskin başlayır, bədən temperaturu 38–39^0 C–yə yüksəlir, baş ağrısı qeyd olunur. Südəmər uşaqlar üçün kəskin narahatlıq xarakterdir. Valideynlər nəinki təkcə xəstəliyin başlandığı günü, hətta saatı belə dəqiq deyə bilirlər. Meninqokokksemiyanın ilk saatlarındam başlayaraq kəskin nəzərə çarpan və dinamikada artan intoksikasiya simptomları meydana çıxır. 6 – 24 saat sonra dəri örtüklərində səpgilər meydana çıxır. Səpgi elementləri asimmetrik olur, əvvəldə rozeola və ya ləkəli papulyoz xarakterli olur. Səpgilər daha çox sağrı, bud, baldır nahiyələrində olur. Bəzi hallarda isə qollarda, gövdədə, üzdə yerləşə bilər. İlk növbədə sağrılarda və ayaq – baldır oynaqlarında yerləşən səpgilər sürətlə hemorragik xarakter alır. Hemorragiyalar ulduzvari xarakterli olurlar, ağır hallarda ölçüləri 10–15 sm diametrə çatır. Hemorragiyalaşmamış papulyoz səpgilər adətən bir neçə sutkadan sonra avazıyır və yox olurlar. Səpgi elementlərinin miqdarı 1 – 2 dənədən tutmuş çoxsaylı bir – biri ilə birləşən hemorragiyalara qədər müxtəlif ola bilir. Geniş zədələnmə sahələri sonra nekrozlaşır. Ən ağır vəziyyətlərdə, əl, ayaq barmaqlarının uclarında, qulaq seyvanında qanqrena inkişaf edə bilər.

Çox vaxt burun, mədə qanaxmaları, hematuriya, gözün sklerasına, konyuktivaya qansızmalar müşahidə olunur. İntoksikasiya nəticəsində təngənəfəslik, taxikardiya, ürək tonlarının karlaşması, AT–enməsi qeyd olunur. Xəstəliyin ağır gedişi zamanı prosesə böyrəklərdə cəlb olunur: proteinuriya, mikrohematuriya, leykosituriya inkişaf edir.

Meninqokokksemiyanın ildırımsürətli forması infeksion–toksik şokun inkişafı ilə müşaiyət olunur. Xəstəlik coşqun başlayır, birdən-birə temperaturun yüksəlməsi, üşütmə, çoxlu miqdarda hemorragik səpgilərin təkcə sarğılarda və aşağı ətraflarda deyil, həm də gövdədə, qarın və döş qəfəsində, baş nahiyəsində olması ilə xarakterdir. Böyrəküstü vəzilərə qansızma nəticəsində kəskin böyrək üstü vəzinin çatmamazlığının klinik simptomları inkişaf edir: xəstənin vəziyyəti kəskin pisləşir, səpgilərin ölçüsü böyüyür, tünd göy rəngdə olur, meyid ləkələrini xatırladır, "kofe çöküntüsü" şəklin qusma meydana çıxır. Arterial təzyiq katostrofik dərəcədə aşağı düşür, nəbz sapvari, tezləşmiş olur. Sianoz güclənir, temperatur normal və ya subnormal rəqəmlərə enir. Təngənəfəslik artır. Periodik olaraq, huşun itməsinin oyanıcıllıq və qıcolmalarla əvəz olunması qeyd olunur. Kəskin meningial sindrom müəyyən olunur. Kəskin böyrək çatmamazlığı inkişaf edir.

Meningit kəskin başlayır. Tam sağalma və ya yüngül kataral əlamətlər fonunda güclü üşütmə, yüksək temperatur, güclü baş ağrısı meydana çıxır. Erkən yaşlı uşaqlar narahat olurlar, qışqırırlar. Meningitin manifest əlaməti heç bir yüngülləşmə gətirməyən çoxsaylı qusmanın olmasıdır. Xəstəliyin

başlanğıc dövrün də işıq və səs qıcıqlandırıcılarına həssaslığın yüksəlməsi, dəri örtüklərinin hiperesteziyası (hansı ki, südəmər uşaqlarda bu meningial simptom kimi qiymətləndirilir) baş verir. İlk sutkaların sonunda, ağır gedişli meningit zamanı isə daha erkən meningial simptomlar meydana çıxır: 1) ənsə əzələlərinin rigidliyi (xəstə çənəsi ilə döş qəfəsinə toxuna bilmir). 2) Kernig simptomu (bud – çanaq oynağından düz bucaq altında qatlanmış ayağı diz oynağından düz açmaq mümkün olmur). 3) Brudzinski simptomları (yuxarı – başı sinəsinə doğru əymək istədikdə xəstənin ayaqları diz oynağından bükülür; orta – qasıq bitişməsinə təzyiq etdikdə ayaqlar diz oynağından bükülür; aşağı – Kerniq simptomu ilə eyni vaxtda yoxlanılır və bu zaman bud – çanaq oynağından düz buçaq altında qatlanmış ayağı diz oynağından düz açmağa çalışdıqda digər, ikinci ayaqda diz oynağından bükülür).

Bir yaşa qədər uşaqlarda çox vaxt meningial simptomlar olmur (6 aya qədər uşaqlarda kerniq simptomu fizioloji əlamət kimi müşahidə oluna bilər)

Südəmər uşaqlarda əmgəyin qabarması və Lesaj simptomu-uşağı qoltuqlarının altından tutaraq vertikal vəziyyətə gətirdikdə uşağın ayaqları qarnına doğru qatlanır və 30 – 40 san. müddətində belə vəziyyətdə qalır, sağlam uşaqlar isə ayaqlarını 5 – 10 saniyə sonra aşağı salır. Demək olar ki, dəyişilməz olaraq bir yaşa qədər uşaqlarda əllərin tremoru və başını dala atması müşahidə olunur. xəstələrin meningial pozası tipikdir: onlar başını arxaya ataraq və ayaqlarını qarnına doğru qatlayaraq böyrü üstə uzanırlar – bu şəkildə pozanı “it yatışı” da adlandırırlar.

Xəstəliyin ağır gedişi zamanı psixomator oyanıqlıq, şüur qarışıqlığı, qıcolmalar, tənəffüs pozğunluğu, ürək – damar fəaliyyətinin pozulması, kəskin intoksikasiya simptomları müşahidə edilir.

Meninqoensefalitin inkişafı patoloji prosesə baş beyinin də cəlb olunması ilə müşaiyət olunur. bu zaman meningial sindromla yanaşı beyinin zədələnmə əlamətləri meydana çıxır: yuxululuq, şüurun pozulması, kloniko – tonik qıcolmalar, psixi pozğunluqlar, erkən meydana çıxan parezlər, ifliclər və s. simptomatika.

Labarator müayinə: meninqokokk infeksiyasının generalizə olunmuş formaları ilə olan xəstələr də diaqnostika məqsədilə onurğa beyninin punksiyası göstərişdir. İrinli meningit olduqda likvor təzyiq altında axır, bulanıq olur, tərkibində zülal və hüceyrə eləmentləri (neytrofillər) artmış, şəkərin və xloridlərin miqdarı azalmış olur.

Törədicini ayrıd etmək üçün onurğa beyin mayesinin bakterioloji və bakterioskopik müayinəsi aparılır. Bundan başqa qalın qan damlasının bakterioskopiyası, burun – udlaq seliyinin əkilməsi kimi müayinələr də aparılır. Xəstəliyin ikinci həftəsindən seroloji müayinədə (qanın və ya onurğa beyin müayinəsinin) onurğa beyin mayesinin spesifik antigenləri və antitellər təyin edilir.

Meninqokokk infeksiyasının generalizə olunmuş formalarında qanda yüksək leykositoz, EÇS – nin artması, anemiya qeyd olunur.

Müalicə: Meninqokokk infeksiyası ilə olan xəstələr mütləq qospitalizasiya olunmalıdırlar.

Kəskin nazofaringitdə daxilə yaşa uyğun dozada ampicillin, rifampisin və s. törədicinin həssas olduğu antibiotiklər verilir. Əsnəyin furasillin, Na – hidrokarbonatın ilıq məhlulları ilə yuyulması göstərişdir. Generalizə olunmuş meninqokokk infeksiyası ilə olan xəstələrə qospitalizasiya olunanadək təcili yardım göstərilməlidir: Meninqokokksemiya zamanı levomicetin – suksinat bir dəfəlik dozada 25000–30000 v/kq və prednizolon 1-3 mq/kq, kəskin meningial simptomlar olarsa laziks (1-2mq/kq)

Meningitlə olan xəstələrə penisillin bir dəfəlik doza 50000 v/kq, qıcolma sindromu olduqda – 0,5 % seduksen, laziks.

Təxirəsalınmaz yardım göstərildikdən sonra xəstəyə yeridilən antibiotik və onun dozası, yeridilmə vaxtı qeyd edilməklə qospitalizə olunur.

Stasionarda antibiotikoterapiya davam etdirilir. Antibiotiklər böyük dozalarda təyin olunur; penisillin 200000 – 300000 v/kq; levomisetin 50 – 100 mq/kq sutkalıq doza, 4 saatdan bir, müalicə kursu 7 – 8 gün.

Eyni zamanda kompleks tədbirlər aparılır: dezintoksikasiya, dehidratasiya, mikrosirkulyasiyanın bərpası və qanın laxtalanma sisteminin pozğunluqlarının aradan götürülməsi.

Meninqokokksemiyanın ağır formalarında infeksion – toksik şokun inkişafı zamanı şok əleyhinə terapiya aparılır.

UŞAQLARDA VİRUS HEPATİTLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Virus hepatitləri qrupuna 5 etioloji müstəqil xəstəlik aiddir: virus hepatiti A, virus hepatiti E – fekal oral yolla ötürülür: virus hepatiti B, virus hepatiti D, virus hepatiti C – bunlar isə parenteral yolla ötürülür.

Etiologiyası: Virus hepatitlərinin törədiciləri müxtəlif virus ailələrinə aiddirlər, törətdikləri xəstəliklər inkişaf mexanizminə, klinik şəklinə, gedişinə və nəticəsinə görə bir – birindən fərqlənirlər.

Patogenez: virus hepatitlərinin törədiciləri qara ciyər toxumasına tropizmə malikdirlər. **Hepatit A** zamanı törədici bağırsaqdan qana düşərək başlanğıc mərhələdə ümumi toksik sindromun inkişafına şərait yaradır. Qapı venası sistemindən qara ciyərə keçərək virus birbaşa qara ciyər hüceyrələrinə zədələyici təsir göstərir ki, bunun da nəticəsində onların nekrozu inkişaf edir. Nekrozlaşmış hepatositlərin parçalanması nəticəsində zülal kompleksləri xaric olu ki, bunlar da autoantigen rolunda çıxış edirlər. Bu autoantigenlər qaraciyər əleyhinə spesifik antitellərin əmələ gəlməsinə səbəb olurlar.

B hepatiti bir qədər fərqli patogenezə malikdir: törədici orqanizmə parenteral yolla daxil olur, bu da onun birbaşa hematogen yolla qara ciyərə aparılmasını təmin edir. Digər fərqi hepatositlərin zədələnmə mexanizmidir. B hepatiti virusları qara ciyər hüceyrələrinə birbaşa zədələyici təsir

göstərmək xüsusiyyətinə malik deyil. Xəstəliyin inkişafında həlledici rol immunoloji reaksiyalara aiddir, hansı ki, bunlar da qara ciyərin zədələnməsinə gətirib çıxarır. B hepatiti virusu uzunmüddətli, çoxillik bəzən ömürlük hepatositlərdə persistə etmək qabiliyyətinə malikdir.

VİRUS HEPATİTİ A

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi xəstələr və rekonvalesentlərdir. Sarılıq dövründə olan xəstələr, eləcə dəxəstəliyin sarılıqsız və subklinik formaları ilə olan xəstələr daha çox epidemioloji əhəmiyyət kəsb edirlər. Törədici inkubasiyanın son 7 – 10günündə və sarılıqdan qabaqkı dövrdə nəcislə xaric olur. Sarılığın meydana çıxmasından sonra virusların nəcis kütlələri ilə xaric olması dayanır və ya kəskin azalır. Hepatit A ilə əsasən 3 – 10 yaş arası uşaqlar xəstələnirlər. Bir yaşa qədər uşaqlarda xəstəliyə praktik olaraq rast gəlinmir. A hepatiti üçün nəinki, təkcə sporadik hallar, həm də epidemik partlayışlar da xarakterdir. Xəstəlik dövrü xarakter daşıyır. Xəstəliyə mövsümilik xarakterdir ki, bunun da pik vaxtları payız aylarına təsadüf edir.

Klinik şəkli: İnkubasion dövr 15 – 30 gün davam edir, bu dövr qısala və ya 50 günədək uzana bilər. Xəstəlik kəskin başlayır. Bədən temperaturu 38 – 39^{0}C-yə qalxa bilər, ürəkbulanma, davamlı tez – tez olmayan, qusma, dəyişkən nəcis ifrazı, sağ qabırğaaltı nahiyədə ağrı və ağırlıq hissi meydana çıxır. Bəzən yuxarı tənəffüs yolları tərəfindən kataral əlamətlər müşahidə olunur. Tədricən ümumi intoksikasiya

əlamətləri artır. Qara ciyər böyüyür, bərkiyir və palpasiyada ağrılı olur. Sarılıqdan qabaqkı dövrün sonuna yaxın sidiyin tündləşməsi, nəcisin rəngsizləşməsi meydana çıxır. Bu vaxt çox halda yeni qısamüddətli temperatur yüksəlmələri qeyd olunur. Sarılıqdan qabaqkı dövr orta hesabla 5-7 gün təşkil edir.

Sarılıq dövrü sarılığın meydana çıxması ilə xarakterizə olunur ki, bunun da intensivliyi tədricən artır. Əvvəlcə sklera və selikli qişalar (ən əvvəl də yumşaq damaq) sarı rəngə boyanır. Sarılıq artdıqca üzün, gövdənin və ətrafların dərisinə yayılır. Qara ciyər böyümüş olur. Erkən yaşlı uşaqlarda dalaq da böyüyür. Ağır olmayan formalarda sarılığın meydana çıxması ilə uşağın vəziyyəti bir qədər yaxşılaşır, intoksikasiya və dispeptik simptomlar azalır. Sarılıq dövrü adətən 7-15 gün davam edir. (*Şəkil 71, 72*)

Rekonvalesensiya dövrü uzun çəkir, xüsusilə də erkən yaşlı uşaqlarda orta hesabla 3 ay davam edir və xəstəliyin klinik və labarator əlamətlərin tədricən yox olması ilə xarakterizə olunur.

Hepatit A–nın əsas xüsusiyyəti xəstəliyin əsasən yüngül gedişli olması və prosesin xronikiləşmə təhlükəsinin tamamilə olmamasıdır.

VİRUS HEPATİTİ B

Hepatit B ilə əsasən bir yaşa qədər uşaqlar xəstələnirlər. İnfeksiya mənbəyi kəskin hepatit B ilə xəstə olan analardır, bir də xroniki hepatit B ilə xəstə insanlardır. İnfeksiya ana-

dan uşağa plasentar yolla və doğuş dövründə ötürülür. Erkən yaşlı uşaqlarda hepatit B ilə xəstələnmələrin 70% -i posttransfuzion hepatitin payına düşür.

Klinik şəkli: İnkubasion dövr 6 həftədən 6 aya qədər, orta hesabla 60–120 gündür. Xəstəlik tədricən başlayır. Sarılıqdan öncəki dövr uzun çəkir. Dispeptik və astenovegetativ simptomlar daha nəzərəçarpan olub, tez–tez rast gəlinir, nəinki hepatit A. Xəstəliyin ilk günlərindən qara ciyər böyümüş və bərkimiş olur, palpasiyada dalağın da böyüməsi qeyd olunur. Tez–tez xəstəliyin qaraciyərdən kənar əlamətlərinə də rast gəlinir: polimorf səpgilər, əzələlərdə, sümüklərdə, oynaqlarda ağrılar. Ağır və orta ağır formalarda hemorragik sindromun əlamətləri meydana çıxır. Sarılıqdan öncəki və sarılıq dövrlərinin sərhəddində tünd sidik və rəngsizləşmiş nəcis ifrazı meydana çıxır. Sarılıq dövründə intoksikasiya və dispeptik əlamətlər A hepatitindən fərqli olaraq burada artır. Sarılıq uzun sürür və yüksək intensivliyə çatır.

A hepatitindən fərqli olaraq B hepatitində xəstəliyin orta ağır və ağır gedişi, çox hallarda isə xətəliyin xronik formasının formalaşması xarakterdir.

Südəmər uşaqlarda, xüsusilə ilk aylarda, xəstəlik çox vaxt kəskin başlayır, bədən temperaturu yüksəlir, süstlük, yuxululuq, döşdən imtina etmə, gəyirmə və qusmanın meydana çıxması qeyd olunur. sarılıq öncəsi dövr qısalmış olur, sidiyin tündləşməsi və nəcisin rəngsizləşməsi daha erkən baş verir. Dəri və skleranın sarılığı daha böyük yaşlı uşaqlara nisbətən zəif olur. Çox vaxt xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi ilə sarılığın intensivliyi arasında uyğunsuzluq olur. Hepatoline-

al sindrom daha kəskin olur. Böyük uşaqlara nisbətən südəmər uşaqlarda hemorragik sindromun meydana çıxması, çox vaxt bakterial infeksiyanın da qoşulması ilə ağırlaşmaların baş verməsi müşahidə olunur.

Anadangəlmə hepatit B uşaq doğulduqdan sonra ilk günlərdə və ya 2–3 ay keçdikdən sonra manifest və ya latent formada meydana çıxır. Manifest formalar ağır keçir, yüksək letallığa malikdir.

VİRUS HEPATİTİ C

Kliniko – biokimyəvi əlamətlərinə görə hepatit B ilə oxşardır, lakin nisbətən yüngül keçir. Kəskin dövrün xoşxassəli gedişinə baxmayaraq, xəstəlik uzunsürən və xroniki gedişə meyilli olur. Klinik–labarator əlamətlərə hepatitlərin tipik və atipik gedişləri ayrıd edilir. Atipik gedişə silinmiş, sarılıqsız və subklinik formalar aid edilir.

VİRUS HEPATİTLƏRİNİN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ

Labarator dianostikası: virus hepatitlərinin spesifik markerləri qanda tapılan virus antigenləri və onlara qarşı antitellərdir (hepatit A – da isə nəcisdə tapılır). Sarılıq öncəsi dövrdə əsas qeyri–spesifik labarator markerlər–transaminazalar (AcAT və AlAT normada AcAT–1–0,45mmol/saat·l; AlAT–0,1–0,68 mmol/saat·l). Sarılıq öncəsi dövrün sonunda sidikdə öd piqmentləri və urobilin meydana çıxır, nəcisdə isə sterkobilin yox olur. Qanın biokimyəvi müayinəsində bi-

lirubinin, əsasən də düz bilirubinin (norma 2,1–5,1 mkmol/l) artması müşahidə olunur.

Müalicə: erkən yaşlı uşaqlar qospitalizə olunmalıdırlar. Ev şəraitində böyük yaşlı uşaqlar yüngül və ya orta ağır formalarla müalicə oluna bilərlər. Bu şərtlə ki, izolyasiya, qulluq, ixtisaslaşmış tibbi müşahidə və müayinə təmin olunsun. Xəstəliyin ağır gedişi yataq rejiminə riayət olnmasını tələb edir. Dieta tam dəyərli, asan mənimsənilən, kifayət miqdarda zülalla zəngin olmalıdır (stol № 5). Qidalanma gün ərzində 5 dəfədən az olmayaraq, tez–tez, hissə-hissə olmalıdır. 5%-li qlükoza, şirin çay, meyvə şirələri, kompotlar, qələvi mineral sular, öd qovucu otların dəmləmələri şəklində içkilər göstərişdir. Orta ağır və ağır formaların müalicəsinə daxil edilir: detoksikosion terapiya; vitaminoterapiya (vit.C, yağda həll olan vitaminlər A,E,D,K); antioksidantlar və hepatoprotektorlar (vitamin E, "Lipostabil", "Essensial", askorbin turşusu, riboksin, kvertitsin); iltihab əleyhinə preparatlar: proteoliz inhibitorları ("Trasilol", "Kontrikal"), qlukokortikosteroidlər, antihistamin preparatlar.

Fizioterapiyanın aparılması da məqsədə uyğundur.

Bakterial ağırlaşmalar qoşulduqda antibiotiklər tətbiq olunur.

BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARI

Kəskin bağırsaq xəstəlikləri - əsas klinik əlamətləri diareya və qusma olan böyük bir qrup xəstəlikləri birləşdirir. Bu qrupa kəskin bağırsaq infeksiyaları (KBİ), qeyri infeksion diareyalar, mədə-bağırsaq traktının inkişaf qüsurları və cərrahi xəstəlikləri aiddir.

Həzm pozğunlğunun səbəbi ən çox kəskin bağırsaq infeksiyaları olur. Kəskin bağırsaq infeksiyalarına bakterial və virus mənşəli xəstəliklər aid edilir (sigelyoz, eşerexioz, virus diareyası və s.)

EŞERİXİOZ

Eşerixioz - kəskin bağırsaq xəstəliyi olub, bağırsaq çöplərinin patogen tipləri tərəfindən törədilir və qastroenterit, nadir hallarda isə qastroenterokolit sindromu ilə gedir.

Etiologiyası: Xəstəliyin törədicisi, eserixia nəslinə aid olan patogen bağırsaq çöpüdür. Eşerixia xarici mühitə davamlı olub, qida məhsullarında və suda sürətlə çoxalır. Patogen bağırsaq çöpləri 3 qrupa bölünürlər:

1) Enteropatogen
2) Enteroinvaziv
3) Enterotoksigen

Enteropatogen eşerixialar südəmər uşaqlarda bağırsaq xəstəliklərinin törədicileridir.

Enteroinvaziv eşerixialar böyükyaşlı uşaqlarda dizenteriyaya bənər xəstəliklər törədicileridir.

Enterotoksin bağırsaq çöpləri isə xolerayabənzər eşerixiozlar törədiciləridir.

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi qusuntu kütlələri və nəcisləri ilə patogen eşerixialar ifraz edən xəstələr və bakteriya daşıyıcılardır. İnfeksiyanın ötürülmə mexanizmi fekal – oral yolladır. İnfeksiyanın yayılma yolları: kontakt–məişət, nadir hallarda – qida, su. Ötürülmənin əsas faktorları süd və süd məhsullarıdır.

Orqanizmin müqavimətinin kəskin azalması zamanı infeksiyalaşmanın endogen yolu da mümkündür. Bu da infeksiyanın aktivləşməsi və törədicinin bağırsağın yuxarı şöbələrinə qalxması nəticəsində baş verir.

Xəstəlik il ərzində sporadik hallar şəklində və ya epidemik partlayışlar şəklində rast gəlinir. Eserixiozdan sonra immnitet davamlı olmur.

Patogenez: bağırsaq çöpünün patogenliyi enterotrop və neyrotrop toksinin təsiri ilə əlaqədardır. Enteropatogen eşerixiyalar yemək topası ilə bağırsağa düşərək, artıb–çoxalırlar, epitetial hüceyrələrə daxil olurlar, toksin ifraz edirlər və əsas etibarilə nazik bağırsağın selikli qişasının ocaqlı iltihabına səbəb olurlar. Toksinin təsiri altında damar divarının keçiriciliyi artır, maye və elektrolitlərin bağırsaq mənfəzinə sekresiya güclənir.

Bağırsağın sorulma, hərəki və fermentativ funksiyaları pozulur. Suyun və elektrolitlərin itirilməsi susuzlaşmanın inkişafına gətirib çıxarır–eksikoz. Dövr edən qanın həcminin azalması asidoz və hipoksiyanın inkişafı ilə müşaiyət olunur. həyati vacib orqanların funksiyası pozulur. (ilk növbədə də ürək – damar sistemi və böyrəklər)

Klinik şəkli: İnkubasion dövr 5-7 gün təşkil edir, infeksiyalaşmanın massivliyindən asılı olaraq qısala və ya uzana

bilər. Klinik şəkli törədicinin növündən asılıdır. Xəstəliyin enteritik, dizenteriyayabənzər və xolerayabənzər formaları ayrıd edilir.

Enteritik forma uşaqlarda həyatının ilk aylarında, xüsusilə, yarımçıqdoğulmuşlarda, eləcə də massiv infeksiyalaşma zamanı coşqun inkişaf edir. Temperaturun çox yüksəlməsi, davamlı gəyirmə və ya qusma (4–5 dəfə), tezləşmiş nəcis ifrazı (sutkada 15–20 dəfə) qeyd olunur. Nəcis ilk gündən sulu xarakter alır. Nəcis ifrazı çoxlu, fışqırtı ilə, çoxlu miqdarda su ilə, açıq sarı və ya narıncı rəngdə, tərkibində isə şəffaf selik olur. Sürətlə, 1 sutka ərzində, hətta bir neçə saat ərzində eksikoz (susuzlama) inkişaf edir.

Xəstəliyin tədricən başlaması halında bədən temperaturu normal və ya subfebril olur. Ümumi intoksikasiya orta dərəcədə təzahür edir.

Qusma sutkada 1–2 dəfə olur. Nəcis ifrazının tezliyi xəstəliyin 5–7–ci günü maksimuma çatır. Nə qədər tədricən gizlicə yaxınlaşırsa eksikoz, o onun ağırlıq dərəcəsini təyin edir. Klinik simptomlara əsasən eksikozun 3 dərəcəsi xoleranın yüngül gedişini xatırladır. İnkubasion dövrü qısadır. Aparıcı simptomları qarında ağrılar, ürəkbulanma, qusma, duru nəcis ifrazıdır. Qusma təkrarlanan, çoxsaylı, əvvəldə yeyilmiş qida ilə, daha sonra bulanıq ağımtıl maye ilə olur. Nəcis ifrazı çoxlu, duru, sulu sutkada 10–12 dəfəyədək, patoloji qarışıqlar olmadan qeyd olunur. Susuzlaşma inkişaf edir. Xəstəlik xoleradan xoşxassəli gedişinə görə, qızdırmanın olmasına görə, orta dərəcədə toksikozla fərqlənir.

Dizenteriyayabənzər forma yüngül gedişli olur. Klinik şəkli şigellyozdan fərqlənmir.

DİZENTERİYA (ŞİGELLOZ)

Şigelloz (dizenteriya) – infeksion xəstəlik olub, intoksiya əlamətləri və əsasən yoğun bağırsağın distal şöbəsinin selikli qişasının zədələnməsilə gedir.

Etiologiyası: Xəstəliyin törədicisi şigella ailəsindən olan bakteriyalardır. Bunların 50 – dən çox seroloji növü məlumdur. Ən geniş yayılmışları Fleksner, Zonne, Boyd dizenteriya şigellalarıdır. Bakteriyalar xarici mühitə davamlı olub, yaşamaq qabiliyyətlərini 30 – 45 gün və daha çox saxlaya bilirlər. Quraqlıq və aşağı temperatura davamlıdırlar. Uzun müddət ev əşyaları üzərində qalıb, yaşamağa qabil olurlar: mebel, yataq ağları, oyuncaqlar, qab – qacaq, qapı tutacaqları və s. qaynadıldıqda, birbaşa günəş şüalarının və dezinfeksiya edici maddələrin təsirindən tez məhv olurlar.

Epidemiologiyası: İnfeksiya mənbəyi xəstələr, rekonvalesentlər və bakteriyadaşıyıcılardır. Şigellozun yüngül gedişli və xroniki forması ilə olan xəstələr daha böyük epidemioloji təhlükə törədirlər, belə ki, onlar tibbi yardım üçün müraciət etmirlər və bu vəziyyətdə kollektiv içərisində olurlar. Xəstəliyin ötürülmə mexanizmi – fekal – oral yolladır. Ötürülmə faktorları qida məhsulları, əllər, istifadə olunan əşyalar, su, milçək, torpaqdır. Mövsümi olaraq xəstələnmə hallarının artması iyul – oktyabr aylarına təsadüf edir. Daha çox məktəb yaşlı uşaqlar xəstələnirlər.

Patogenezi: mədəyə düşərək, şigellaların bir hissəsi fermentlərin təsiri altında məhv olur. Onların parçalanması nə-

ticəsində endotoksin xaric olur. Endotoksin qana sorulur və yoğun bağırsağın selikli qişası ilə ifraz olunaraq, onun sensibilizasiyasına səbəb olur.

Mədədə parçalanmaya məruz qalmayan digər şigellalar mədə bağırsaq traktının daha aşağıda yerləşən şöbələrinə doğru hərəkət edirlər. Xəstəliyin erkən fazasında zədələnmə nazik bağırsaqda, daha sonra isə sigellalar yoğun bağırsağa düşərək, orda artıb–çoxalırlar və məhv olurlar, yerli iltihabi prosesin inkişafına səbəb olurlar. Qanda sirkulyasiya edən toksinlər intoksikasiyanın inkişafına, ağır hallarda – neyrotoksikoza gətirib çıxarırlar.

Klinik şəkli: İnkubasion dövr –1–7 gün davam edir. Şigellyozun əsas sindromları ümumi intoksikasikasiya və yoğun bağırsağın zədələnməsidir. Bu simdromların meydana çıxma vaxtı və kəskinliyi heç də həmişə paralel olmur.

İntoksikasiya simptomları ümumi halsızlıqla, iştahanın azalması ilə meydana çıxır. Uşaq narahat olur, pis yatır, baş ağrısından şikayətlənir. Xəstəliyin ağır gedişi zamanı yüksək temperatur, adinamiya, birdəfəlik qusma, qıcolmalar, ürək – damar fəaliyyətində dəyişikliklər, bəzən huşun itməsi qeyd olunur.

Distal kolit sindromu qarında ağrılarla meydana çıxır. Əvvəldə onlar daimi, küt, bütün qarına yayılmış olurlar. Sonra isə ağrılar əsasən qarının sol tərəfində lokalizə olunaraq, daha kəskin və tutmaşəkilli olurlar. Defekasiyaya yalançı çağırışlar xarakterdir. Defekasiya aktı uzanır, onun başa çatmadığı hissiyatı meydana çıxır. Beləliklə, eyni vaxtda S - ə bənzər bağırsaq və anal dəliyin sfinkterlərinin spazmı nəti-

cəsində tenezmlər baş verir. Onlar düz bağırsaq nahiyəsində büzdümə yayılan əzab verici, uzunsürən ağrılarla müşaiyət olunur. Tenezmlər defekasiya aktı zamanı və ondan 10–15 dəq sonra da baş verir. Qarının palpasiyasında bərkimiş, ağrılı S - ə bənzər bağırsaq əllənir. Nəcis ifrazı tezləşmiş olur. İlk saatlarda nəcis kifayət qədər çoxlu, yarımduru, nəcis xarakterli olur, daha sonra onda selik, qan və irin meydana şıxır. Xəstəliyin 2–3-cü günü nəcis ifrazı nəcis xarakterini itirir, az olur, şəffaf, qatı, irin və qan qarışmış selik topası şəklində olur ("rektal tüpürcək"). Qan damarcıqlar şəklində tapılır, o selikli homogen kütləyə qarışmış olmur.

Xəstəlik bir gündən 9 günədək davam edə bilər. Anatomik sağalma klinik sağalmadan 2 – 3 həftə geri qalır.

Xəstəliyin gedişinə görə yüngül, orta ağır və ağır formaları ayrıd edilir. Şigellozun ağırlığı intoksikasiyanın və susuzlaşmanın kəskinlik dərəcəsi ilə, bağırsaq tərəfindən olan dəyişikliklərin nə dərəcədə olması ilə təyin olunur.

Bir yaşa qədər uşaqlarda sigellozun gedişi bir sıra xüsusiyyətlərə malik olur: İmmunitetin xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq xəstəliyin klinik simptomları tədricən 3–4 gün müddətində artır. Temperatur cüzi olur və ya olmur. Kolitik sindrom zəif olur, xəstəliyin 4–7 –ci gününə meydana çıxır. İfraz olunan nəcis – nəcis xarakterini itirmir, tərkibində bulanıq selik olur və yaşılımtıl rəngdə olur. Nəcis kütlələrində qan qarışığı nadir təsadüf edilir. Qarın köpür, bəzən qara ciyər böyüyür. Kəskin tenezmlərin əvvəzinə onların ekvivalenləri qeyd olunur: narahatlıq, ağlağanlıq, gücənmə, ayaqları ilə eşimə, defekasiya zamanı üzün qızarması. Təkrari qusma və

tez – tez çoxlu nəcis ifrazı susuzlaşmanın inkişafına və hemodikamika pozğunluqlarına gətirib çıxarır. Bir yaşa qədər uşaqlarda şigellyoz uzunsürən gedişə malik olur.

Şigellozun ağırlaşmalarına düz bağırsağın selikli qişasının düşməsi, anusun çatları və eroziyası, bağırsaq dizbakteriozu aiddir.

KƏSKİN BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARININ ÜMUMİ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ

Epidemoloji təhlükə törədə biləcək xəstələr qospitalizə olunmalıdırlar. Eləcədə xəstəliyin ağır və orta ağır formaları ilə xəstə olanlar və bir yaşa qədər uşaqlar stasionarda müalicə olunmalıdırlar.

Kompleks terapiyaya müalicəvi qidalanma, fermentlərin təyini, törədici ilə, susuzlaşma, fermentlərin təyini, törədici ilə, susuzlaşma ilə və toksikozla mübarizə, orqanizmin qoruyucu qüvvəsinin və immunitetinin yüksəldilməsi daxildir.

Müalicəvi qidalanma terapiyanın mühüm komponentidir. Qidanın həcmi və tərkibi uşağın yaşına görə, qidalandırmanın xarakterinə görə və xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinə görə təyin olunur. erkən yaşlı uşaqlarda xəstəliyin qızğın dövründə qidanın sutkalıq miqdarını yüngül və orta ağır formalarda 15 – 30 %, ağır formalar zamanı isə 50% - ə qədər azaldırlar. Yedizdirmələrin sayını isə sutkada 6–8 dəfəyə çatdırırlar. 3–4 gün müddətində qida rasionunu fizioloji normaya çatdırırlar. Optimal qida südəmər uşaqlar

üçün ana südüdür. O olmadıqda isə turş süd qarışıqlarına üstünlük verilir, 6 aydan yuxarı uşaqlarda isə bununla yanaşı tərəvəz püreləri, sup–püreləri, 5–10% - li düyü və qarabaşaq sıyıqları da əlavə olunur. xəstəliyin üçüncü günündən başlayaraq zülal defisitini 15%-li zülal enpiti, kəsmik, çəkilmiş ət təyin edilməklə bərpa edirlər. Müalicənin 5–7–ci gününə qidanın tərkibi və miqdarı yaş normasına uyğunlaşdırılır. Yalnız qıcqırmaya səbəb olan və bağırsağın peristaltikasını artıran ərzaqlar, eləcə də allergiyaya səbəb olan qidalar rasiondan çıxarılır.

Dietoterapiya ilə yanaşı ferment preparatları (duz turşusu pepsinlə, pankreatin, “Abomin”, “Oraza”, “Festal”, “Mezim - forte”, “Panzinorm”) təyin edilir.

Təkrari qusmalarda mədə NaCl fizioloji məhlulu ilə yuyulur. Yuyulduqdan sonra mədəyə sorbentlər (“Karbolen”, “Enterodez”) daxil edilir.

Susuzlaşma zamanı su – elektrolit balansını bərpa etmək lazımdır. Uşağa içki şəklində (peroral rehidratasiya) və vena daxilinə maye təyin olunur. peroral rehidratasiya I–II dərəcəli susuzlaşma zamanı 2 etapda aparılır. I etap (müalicənin ilk 6 saatı) su – duz defisitinin bərpasına yönəldilir. Bu etapda yeridilən mayenin miqdarı 6 saat müddətində 80–100 ml/kq təşkil etməlidir.

II etap (mərhələ) – saxlayıcı terapiya davam edən maye itkisinin yerinin bərpa edilməsinə (doldurulmasına) yönəldilir. Yeridilən mayenin həcmi 80–100 ml/kq/sutkada təşkil etməlidir.

Peroral rehidratasiya duzsuz məhlullarla: şirin çay, düyü, kişmiş həlimləri, karotin qarışığı, qaynadılmış su, qlukoza – duz məhlulları ilə ("Oralit", "Regidron", "Enterodez") aparılır. Yüngül formaların ev şəraitində müalicəsi zamanı şəkər-duz məhlulundan istifadə etmək olar: 5 stəkan içməli suya bir çay qaşığı duz və 8 çay qaşığı şəkər qarışdırılır. Qlukoza–duz məhlulu südəmər uşaqlara yedizdirmələr arasında 1–2 çay qaşığı miqdarında hər 5–10 dəqiqədən bir damcılarla dili altına və bunu da duzsuz məhlulla və qaynadılmış təmiz su ilə növbəli şəkildə verilməlidir. Böyük yaşlı uşaqlara isə 3–5 dəqiqədən bir 1–2 xörək qaşığı maye–içki verilməlidir. Qusma baş verərsə 10 dəqiqə fasilədən sonra maye verilməsi davam etdirilir.

Çoxsaylı qusma, profuz ishal, artan toksikoz və eksikoz simptomları olan hallarda infuzion terapiya aparılır. Vena daxilinə kolloid preparatlar (nativ plazma, 5%-li albumin məhlulu, "Reopoliqlükin"), qlukoza – duz məhlulları (5% və ya 10%-li qlukoza məhlulu, natri–xloridin izotonik məhlul, Ringer məhlulu) və s. yeridilir. Zəifləmiş, üzülmüş uşaqlarda parenteral qidalandırma məqsədilə aminturşularla zənginləşdirilmiş hidrolizatlardan ("Poliamin", "Alvezin" və s.), qlukoza, fruktoza şəklində karbohidratlardan və yağ emulsiyalarından istifadə olunur.

Mayenin həcmini və yeridilmə sürətini həkim hesablayır. Tibb bacısı yeridilən və ifraz olunan mayenin miqdarına nəzarət etməlidir.

Adekvat rehidratasiyanın kriteriyaları: nəbzin yaxşılaşması, diurezin, dəri örtüklərinin rənginin bərpası, çəkinin

artması. Mayenin həddindən çox verilməsi zamanı boyun venalarının şişməsi nəbzin gərginləşməsi, bradikardiya qeyd olunur.

Ağır susuzlaşma və neyrotoksikoz inkişaf etdikdə sindromlara görə terapiya aparılır, göstəricilərə görə qlukokortikosteroid hormonlar təyin edilir. Lazım gələrsə antibakterial terapiya da aparılır (3 – 7 günlük kurs).

Koliprotey, dizenteriya və başqa bakteriofaqların qəbulu məqsədə uyğundur.

Eşerixiozda ağır hallarda antikoliplazma istifadə olunur.

Disbakteriozun korreksiyası üçün biopreparatlar təyin olunur: bir yaşa qədər uşaqlarda bifidumbakterin və ya laktobakterin; böyük yaşlı uşaqlara–bifikol və ya kolibakterin .

Bütün biopreparatlar yeməkdən 15–30 dəqiqə əvvəl hazırlanan kimi qəbul edilməlidir.

Müalicədə vitamino – və immunoterapiya da mühüm yer tutur.

Rekonvalesensiya dövründə yoğun bağırsağın selikli qişasının regenerasiyasını sürətləndirən preparatlardan istifadə olunur. müalicəvi mikroklizmalar şəklində çobanyastığı dəmləməsi, evkalipt, itburnu və ya çaytikanı yağı, vinilin istifadə edilir.

UŞAQLARIN AKTİV İMMUNİZASİYASI

İmmunitet – bu orqanizmin immunoloji nəzarəti olub, özündə yad genetik informasiya əlamətləri daşıyan müxtəlif antigenlərdən onu müdafiə üsuludur. Mikrob və ya virus antigenlərinin daxil olması (və ya vaksinasiya zamanı daxil edilməsi) orqanizmin yüksək spesifik reaksiyası olan immun cavaba səbəb olur. Qazanılma immunitetin inkişafında başlıca rol limfoid sistemin hüceyrələrinə -T və B limfositlərə məxsusdur. İmmun reaksiyalarda eləcə də digər populyasiyaların hüceyrələri və qeyri spesifik müdafiə faktorları da (lizosim, komplement, interferon, properdin və s.) iştirak edir.

Aktiv immunizasiyanın əsas məqsədi bu və ya digər infeksion xəstəliyə qarşı süni (qazanılma) immunitetin yaradılmasıdır. Vaksinin (anatoksinin) daxil edilməsinə cavab olaraq müəyyən törədiciyə qarşı spesifik immunitet yaranır.

Vaksinasiya preparatları. Aktiv immunizasiyanın aparılması üçün bioloji preparatların müxtəlif növlərindən istifadə olnur ki, bunların da içərisində əsas yeri vaksinlər və anatoksinlər tutur.

1) Bu qrupa – canlı, zəiflədilmiş mikroorqanizmlərdən ibarət olan vaksinlər (qızılca, parotit, Seybin poliomielit vaksini, məxmərək, qripp) aiddir.
2) Bu qrupa – tərkibində çarpaz reaksiya göstərən canlı orqanizmlər olan vaksinlər aiddir. Buna BSJ vaksinini misal göstərmək olar. (bu vaksinlər insan orqaniz-

minə yeridildikdə onlar zəifləmiş infeksiya törədir ki, bu da orqanizmi bu infeksiyanın daha ağır formalarından müdafiə edir)

3) Bunlar isə tərkibinə öldürülmüş və inaktivləşdirimiş mikroorqanizmlər daxil olan vaksinlərdir (göyöskürək, qripp, polimielit vaksini Solk)
4) Kimyəvi vaksinlər – xalis öldürülmüş mikroorqanizmlərin fraksiyalarından ibarət olan vaksinlər (meninqokokk, B hepatiti vəs.)
5) Assosasiya olunmuş vaksinlər – tərkibinə bir neçə monovaksin daxil olan (assosasiya olunmuş göyöskürək – difteriya tetanus vaksini, canlı kompleks vaksin qızılca, parotit və məxmərək əleyhinə; polimielit virusunun I, II, III tip stammlarından ibarət olan assosasiya olunmuş poliomielit vaksini və s.)
6) Anatoksinlər – tərkibi inaktivləşdirilmiş toksindən (törədici – mikrob tərəfindən hasil olunan toksin) ibarət olur. Bu preparatlar həmin törədicinin toksininə qarşı immunitet yaranmasını təmin edir (Difteriya, tetanu anatoksinləri)

Aktiv immunizasiya müəyyən vaxt aralığından sonra immunitet yaranmasına səbəb olur. Buna görədə onu əsas etibarilə xəstəliklərin profilaktikası məqsədilə tətbiq edirlər. Möhkəm və uzunmüddətli immuniteti əldə etmək üçün orqaanizmdə antitellərin müəyyən səviyyəsini saxlamaq vacibdir. Buna isə vaksin preparatlarını müəyyən intervallarla müəyyən vaxtlarda təkrarən yeritməklə nail olurlar. Vaksinasiyalar arasındakı intervalların gözlənilməsi vacibdir. Vak-

sinasiyaların arasındakı intervalın qısaldılması yüksəlmiş reaksiyalara və ağırlaşmalara səbəb ola bilər.

Tibbi əks göstərişlər: peyvəndlərə əks göstərişlər bunlardır:

1) Qızdırma və kəskin somatik pozğunluqlarla gedən xəstəliklər, İmmunizasiya sağalmadan dərhal sonra aparılır.

2) Dəyişilmiş immunitet. Canlı vaksinlər bu şəxslərə tətbiq olunmur – immunodefisit xəstəliyi olan, onkoloji xəstəliyi olan, şüalanma, müntəzəm olaraq yüksək dozada kortikosteroidlər, antimetabolitlər qəbul edənlər.

3) Öncəki peyvəndlərdən sonra ağırlaşmalar olmuşdursa. Mütləq əks göstəriş – immunizasiyadan sonra bir sutka ərzində inkişaf etmiş anafilaktik şokdur.

4) Nevroloji pozğinliqlar. Proqressivləşən nevroloji pozğunluqları olan uşaqlara, tərkibində göyöskürək törədicisi antigeni olan vaksinlər əks göstərişdir: AGDT əvəzinə ADT yeridilir.

5) Yumurta ağına və vaksinin tərkibindəki antibiotiklərə qarşı anafilaksiyanın olması.

6) Hamiləlik. Canlı vaksinlər hamilələrə tətbiq olunmur, dölə zərər yetirmə ehtimalının olmasına görə.

PEYVƏND TƏQVİMİ

HepB- hepatit B xəstəliyinə qarşı peyvənd

BCG – vərəm əleyhinə peyvənd

OPV- poliomielitə qarşı peyvənd

Hib - göyöskürək, difteriya, tetanus, hepatit B və B tipli hemofil infeksiyaya qarşı peyvənd

Pk –pnevmokokk infeksiyasına qarşı peyvənd
QPM – qızılca, paratit və məxmərəyə qarşı peyvənd
GDT - göyöskürək və difteriya, tetanusa qarşı peyvənd
DT – difteriya və tetanusa qarşı peyvənd

PROFİLAKTİK PEYVƏND TƏQVİMİ

	1-ci 12 saat ərzində	4-7-ci gün	2ay	3ay	4ay	6ay	12ay	18ay	6yaş
HepB	√								
BCG		√							
OPV		√	√	√				√	
Hib			√	√	√				
Pk			√		√	√			
QPM							√		√
GDT								√	
DT									

SOYUQ ZƏNCİR

Soyuq zəncir – vaksin preparatlarının onu hazırlayan müəsisədən peyvənd olunacaq şəxsə qədər daşınmasının bütün etaplarında vaksinin aktivliyinin qorunub saxlanmasını təmin edən sistemdir. Vaksinlər xoşagəlməz faktorların təsiri altında geridönməz olaraq öz aktivliyini itirirlər. Peyvənd preparatları 0 – 8^0 C – də və daim gün işığından qorunmaq şərtilə saxlanılmalıdır. Xüsusilə BSJ və qızılca vaksini işığa həssas olurlar.

Vaksinlərin daşınması xüsusi refrijeratorlarda, termokonteynerlərdə və ya çanta–soyuducularda həyata keçirilir.

Vaksinin uzun müddət saxlanılması onların soyuducuda yerləşdirilməsi ilə təmin edilir. Müvəqqəti saxlanılma üçün çanta - soyuducular, termokonteynerlər və soyuducu elementlərdən (dondurulmuş vəziyyətdə su ilə dolu plastik qab) istifadə olunur. Termokonteynerdə temperaturun saxlanması müddəti 3–7 gün, çanta – soyuducuda 24–36 saat təşkil edir, (soyuducu elementləri donu açıldıqda dəyişirlər).

Termokonteyneri istifadə etdikdə dondurulmuş soyuq elementləri elə yerləşdirirlər ki, onlar konteynerin bütün daxili divarlarını və dibini örtmüş olsun. Sonra vaksini və termometri yerləşdirirlər. Adsorbsiya olunan vaksin qutularını soyuducu elementlərdən fenoplast və ya kartonla uzolə edirlər (donmasının qarşısını almaq üçün). Soyuducu elementləri yuxarıda da yerləşdirmək olar. Termokonteynerin qapağını kip bağlamaq lazımdır.

Peyvənd preparatlarının saxlanılması zamanı soyuducuda hər bir tip vaksinin müəyyən yeri olmalıdır. Bu lazımı preparatın axtarılmasını asanlaşdırır və soyuducunun qapağının açıq qalma müddətini qısaldır. Soyuducuda buzluq şöbəsində soyducu elementləri yerləşdirirlər; yuxarı rəfdə canlı virus vaksinləri (polimielit, qızılca); orta rəfdə sorbsiya olunmayan vaksinləri, həlledicilər; aşağıda isə içərisində su olan qab yerləşdirilir. BSJ vaksini ayrıca soyuducuda orta rəfdə saxlanılır. Vaksin preparatlarını soyducunun qapağında yerləşdirmək olmaz, belə ki, onun tez-tez açılıb–bağlanması vaksinin saxlanma temperatur rejiminin dəyişilməsinə gətirib çıxarır.

Peyvənd materiallarının saxlanılma şəraitinə nəzarət soyuducuda temperaturun sutkada iki dəfə ölçülməsi ilə təmin olunur.

TƏCRÜBİ MÖVZULAR

NEONOTOLOJİ XİDMƏTİN TƏŞKİLİ

Yenidoğulmuşlara tibbi yardımın təkilini 3 mərhələyə bölmək olar.

1. İxtisaslaşdırılmış doğum evlərində və rayon xəstəxanalarında yenidoğulmuşlara tibbi yardımın təşkili
2. Uşaq poliklinikalarında yenidoğulmuşlara tibbi yardımın təşkili
3. Şərti – stasionarların ixtisaslaşdırılmış şöbələrində xəstə yenidoğulmuşlara tibbi yardım

Doğum evlərində yeni doğulmuşlar üçün **fizioloji** və observativ şöbələr (palatalar) mövcuddur.

Fizioloji şöbələrdə hamiləliyi və doğuşu normal keçən analardan qəbul edilən uşaqlar yerləşdirilir. Bu şöbələrdə yeni doğulmuşlar və yarımçıqdoğulmuşlar üçün ayrı ayrı növbətçilər. Eyni zamanda, doğuş zədələri və əməliyyat keçirənlərə də ayrıca qulluq təşkil edilir.

Observativ şöbədə tibbi müəssisədən kənarda doğulan və ya həmin şöbədə doğulan; anadan gəlmə infeksiya ilə əlaqədar olaraq; ananın xəstəliyi ilə əlaqədar; "imtina edilmiş" uşaqlar; müalicə stasionarlarına və uşaq evlərinə göndərilməli vəövladlığa götürüləcək uşaqlar yerləşdirilir. Observativ şöbə digər şöbələrdən tam izolyasiya olunmalıdır. Bu öbədən fizioloji şöbəyə yenidoğulmuşun köçürülməsi qadağandır. Fizioloji şöbədən isə observasiya şöbəsinə uşaq ana ilə birlikdə köçürülür.

Hər 2 şöbənin əsas struktur hissələri, boks və yarıboks palatalar, prosedur otağı, südün pasterizasiyası və saxlanılması üçün otaq, BSJ kabineti, yenidoğulmuşların xəstəxanadan çıxarılması üçün otaq, köməkçi otaq. Bunlardan əlavə ana və yenidoğulmuşun birlikdə vaxt keçirməsi üçün şöbə də təşkil edilir. Fizioloji şöbədə təkil olunan belə palatalar analarda lazımi vərdişlərin tezliklə qazanılması yenidoğulmuşun ananın mikroflorasını qəbul etməsinə kömək edir.

Doğum evlərində yenidoğulmuş öbələrinin sanitar gigiyenik rejimi 3 istiqamətdə aparılır.

1. Personala qarşı qoyulan tələblər.
2. Yenidoğulmuşların qulluğu ilə əlaqədar tələblər.
3. Təchizat, otaq və kabinetlərin saxlanmasına dair tələblər.

Personal tələblər: Doğum evinə işə alınanlar mütləq olaraq tam tibbi baxışdan keçirilir. Bakterioloji müayinələr, döş qəfəsinin fluoqrafik müayinəsi aparılır, difteriyaya qarşı peyvənd olunmalıdır. Bundan əlavə gündəlik olaraq temperatur, ağız boşluğu, dəri yoxlanılır. Xəstə personal işə buraxılmır. Baxıın nəticələri jurnala işlənir. Müayinədən sonra tibb bacısı iş geyimini geyinərək, aksesuarları çıxarır. Dırnaqlar qısa kəsilmi, xalatın qolları dirsəkdən olmalıdır. Əllərin təmizliyi çox mühümdür, maskalardan istifadə edilməlidir.

Palatalara və təchizata tələblər: Fizioloji şöbədə sağlam yenidoğulmuşun hər birinə 2,5 m^2 sahə hər çarpayıya, observasiya şöbəsində hər çarpayıya 4,5 m^2 ayrılır. Çarpayılara üzəri meşin çexol keçirilmiş döşəklərlə təchiz edilir, üzərinə mələfə sərilir, balış istifadə edilmir. Bələmə masası da me-

şinli döşəklə təchiz edilir (dezinfeksiyası asan olması üçün). Palatalara isti və soyuq su verilməlidir. Sabun, dezinfeksiya məhlul suyun yanına yerləşdirilir. Yenidoğulmuşlar anaların otağına aparmaq üçün təkərli xərəklərdən istifadə edilir. Uşaqlar yenidən yenidoğulmuş palatasına gətirdikdən sonra xərəklər dezinfeksiya edilir.

Yenidoğulmuşların evində olduğu bütün geyimlərdə steril çamaşırlar və paltarlardan istifadə edilir. Hər yenidoğulmuşa 48 bələk-mələfə, 10 köynək (1 sutka üçün) 5-7 dəfə dəyişdirmək üçün lazım olur. Çirkli paltarlar üçün xüsusi çəllək ayrılır. Təmiz dezinfeksiya edilmiş dəyişiklər şkafda saxlanılır.

Yenidoğulmuşa qulluq üçün tibbi alətdəsti, sarğı materialı, digər qulluq əşyaları ehtiyaclar içində yer alır. Hər bələmədən əvvəl tibb bacısı iş masasına saydığımız avadanlığı yığır, aşağı rəfə dezinfeksiya məhlul və istifadə edilmiş materialı atmaq üçün sini yerləşdirir. Hər istifadədən sonra qazçıxarıcı borular, imalə balonları, tibbi alətlər ayrı-ayrılıqda dezinfeksiya məhlula yatırılır, yuyulur və sterilizə edilir, göz pipetləri, şpatel, pinseti əsnasında dezinfeksiya məhlulda saxlanılır, sutkada 1 dəfə məhlul dəyişdirilir. Termometrlər dezinfeksiya edilir, qaynanmış suda yuyulur, qurulanır. İstifadədən sonra əmziklər qaynar suyla yuyulur, 30 dəqiqə emal qabda qaynadılır, suyu süzülərək eyni qabda qapağı açılmadan saxlanılır.

Göbək ciyəsi və göbək yarasına qulluq üçün lazım olan steril material biksdə saxlanılır. Sutkada 1 dəfə təkrar sterilizə edilir. Bütün məlhəmlər, yağlar vəs. medikamentlər də steril olmalıdır.

Palataların temperaturu $+22^0$C, yarımçıqdoğulmuşlar üçün $+24^0$ C olmalıdır və sutkada 6 dəfə havalandırılır. Havalandırma zamanı palatalar boş olmalıdır. Yenidoğulmuşların palatası sutkada 3 dəfədən az olmayaraq nəm təmizliyə məruz qalır: bir dəfəsində dezinfeksiya vasitələri, ikisində isə yuyucu maddələrlə aparılır. Təmizlikdən sonra 30 dəq müddətinə bakterisid lampalar işə salınır.

Yenidoğulmuşlar evə yazıldıqdan sonra son dezinfeksiya aparılır, bütün camaşır və pal-paltar yuyulmağa verilir, döşək, ədyal dezinfeksiya kamerasına göndərilir. Palatadakı bütün avadanlıq təmizlənir, dezinfeksiya edilir, yerlər silinir və s. 1 saat bakteresid lampalar işləyir, havalandırma aparılır.

Observasiya şöbəsində yenidoğulmuş palataları 3 dəfə sutka ərzində təmizlənir: 1 dəfə (səhər) yuyucu vasitələrlə, 3-cü və 5-ci qidalanmadan sonra dezinfeksiya məhlulla hər təmizlədikdən sonra havalandırma və 60 dəqiqə müddətində bakteresid şüalanma aparılır.

Başqa şöbələrdən observasiya şöbəsinə keçən tibbi personola xüsusi geyimlər verilir.

Yenidoğulmuşların qulluğu ilə əlaqədar tədbirlər

Yenidoğulmuş uşaqlar daima tibbi personalın nəzarəti altında olmalıdır. Uşağı palataya qəbul edən tibb bacısı medalyon, qolbaq və inkişaf tarixindəki informasiyanı bir-birilə müqayisə edərək yenidoğulmuşun inkişaaf tarixini (f№97) imzalayır və şöbənin jurnalında qeydiyyat aparır (f №102)

Uşağa baxış keçirərkən, tibb bacısı yeni doğulmuşun dərisinin rəngi, qışqırığı, göbək ciyəsinin qalığı, sidik və mekoniuma xüsusi diqqət yetirməlidir. Tibb bacısı yenidoğulmuşun ikincili işləməsini keçirir. Əgər yenidoğulmuş doğum zalından palataya tez keçirilibsə, o zaman tibb bacısı doğulduqdan 2 saat sonra qonoblnnoreyanın ikincili profilaktikasını yerinə yetirir və inkişaf tarixinə qeyd edir.

Səhər qidalanmadan əvvəl tibb bacısı yenidoğulmuşu yuyundurur, temperaturu ölçür, kütləsini təyin edir, səhər tualetini yerinə yetirir.

Göbək yarası və göbək ciyəsi qalığı uşaqlarin gündəlik baxışı vaxtı işlənir. Həyatının 3-5 günündə göbək ciyəsi düşür (yarımçıqqdoğulmuşlarda daha gec).

Uşağın bələyi hər qidalanmadan əvvəl, köynəkləri isə gündəlik dəyişilir. Vaxtında doğulmular ilk günlərdə başı ilə birlikdə bələnir, daha sonralar sərbəst bələməyə keçirilir.

Uşaq evə gec yazılırsa, həkimin təyini ilə çimizdirilir. Ana və uşağın birgə yerləşim halında ilk günlərdə yenidoğulmuşlara tibb bacısı tərəfində aparılır. Anaya şəxsi gigiyena və dəri-selikli qişaların işlənmə qaydaları öyrədilir.

DOĞUŞ ZƏDƏSİ OLAN YENİ DOĞULMUŞA QULLUQ, TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM

Doğuş zədəsi–doğuş prosesi zamanı orqan və toxumaların zədələnməsi, bətindaxili və ya doğuş periodlarının patologiyası nəticəsində əmələ gəlir. Doğuş travmaları:

1. Sinir sistemi zədələnmələri
2. Yumşaq toxumalar zədələnmələri
3. Sümük zədələnmələri
4. Daxili orqan zədələnmələri

Xəstəliyin kəskin periodunda tam sakitliyi təmin etmək lazımdır. Kəskin hərəkətlər, yüksək səslə danışıq, taqqıltı və s. qəbuledilməzdir. Ağrılı prosedurlardan uzaq durmaq, uçaqları həyəcanlandırmaq, uşağa baxış və qulluq manipulyasiyalarını çarpayıda yerinə yetirmək lazımdır. Uşaqları bir neçə günlüyünə kuvezə yerləşdirmək məsləhətdir. Uşağa böyrü üstə horizontal vəziyyət verilir. Beyin toxumalarının oksigenə tələbatını təmin etmək üçün oksigen terapiyası aparılır. Həkimin təyinatı ilə kəllə-beyin hipotermiyası aparılır. Bunun üçün xüsusi aparatdan istifadə edirlər. Uşağın başı üzərinə buz qovuğu asılır, ayaqlarına istiqac qoyulur. Qidalanma üsulu uşağın vəziyyətinin ağırlığından asılıdır. (zond, qasıq, vəziyyəti yaxşılaşınca ana südü) uşağın ana südü ilə qidalanması uğurlu müalicənin şərtlərindəndir. Təkrari qaytarmalar xəstə uşaq üçün böyük böyük təhlükə mənbəyidir. Bu halda asfiksiyanın qarşısını almaq üçün selik və qaytarılan kütlələr vaxtında aspirasi-

ya edilir. Dəri və selikli qişaların qulluğu xüsusi diqqətlə yerinə yetirilir. Dərinin distrofik dəyişikliklərində və quruluğu zamanı steril bitki yağı və A vitamini ilə işlənir. Dodaqlar və ağızın selikli qişası lazım gələrsə NaCl izotonik məhlulu ilə nəmləndirilir. NaCl əvəzinə qlukoza məhlulundan da istifadə edilir. Buynuz qişanı nəmləndirmək üçün gözə A vitamini damcıladılır.

Təxirəsalınmaz yardım doğuş zalında başlayır, intensiv palatada davam edir. Daha sonra ixtisaslaşdırılmış şöbəyə keçirilir. Kəskin dövrdə qanaxmaların və beyin ödeminin ardan qaldırılması tədbirləri aparılır: dehidratasiya aparılır, qıcolma sindromunun profilaktikası və aradan qaldırılması, damar divarının keçiriciliyinin aşağı salınması, dövr edən qanın həcminin nəzarətdə saxlanılması. Miokardın yığılma xüsusiyyətinin yaxşılaşdırılması, sinir toxumasının metabolizmini normallaşdırmaq və hipoksiyaya qarşı dayanıqlılığını artırmaq məqsədilə yardımlar edilir. Bundan əlavə, hipertermiya, ürək-damar çatmamazlığı, yüksək sinir-reflektor oyanıqlığını aradan qaldırmaq üçün sindromterapiyalar aparılır.

Onurğa sütunu zədələnmələrində sakitlik, immobilizasiya, dartınma məsləhət görülür.

YENİDOĞULMUŞLARA QULLUQ, İLK VƏ SƏHƏR TUALETLƏRİ.

Doğum zalında uşaq (manipulyasiya) otağının təchizatı

1. Dərman vasitələri
   - Etil spirti 96%
   - Kalium permanqanat 5% - li məhlul
   - Steril bitki yağı 30ml qablaşdırmada
   - Sulfasil Na 30% - li məhlul
2. Steril materialla təchiz olunmuş biks: individual komplektlər –(göbək ciyəsinin 2– cili işlənməsi üçün paketlər: göbək ciyəsi tutqacı və ya 10 sm uzunluğunda ipək liqatura, üçbucaq formalı 4 qat qatlanmış salfetlə) tibbi qayçı 2 ədəd pambıqlı taxta şpatel, 2 ədəd pipet və qonoblennoreyanın 2–cili profilaktikası üçün pambıq şarik, tibbi meşinnən hazırlanmış lent, identifikasiya qolbaqları 2 ədəd və medalyon, uşaqların bələnməsi üçün dəst -3 ədəd bələk və örtük.
3. İçində tutqac olan qab (steril)
4. Pinset qablaşdırmada (hər uşağa individual)
5. Steril material üçün lotok (sini)
6. İstifadə olunmuş material üçün sini
7. Yenidoğulmuş uşaqların reanimasiyasında istifadə edilən aparatura, medikament və alət dəstləri.
8. Birdəfəlik tibbi əlcəklər
9. Dezinfiksiyalı su keçirməz önlük

10. Uşaqlar və personal üçün duru və ya individual qablaşdırılmış sabun
11. Alət masası
12. İstilik sistemi ilə təmin edilmiş üzərinə sm lenti bərkidilən bələmə üçün masa (1–2 ədəd) döşək
13. Şüa istilik mənbəyi
14. Tibbi tərəzi
15. Horizontal boy ölçən
16. Meşin üzlü döşəklə təmin olunmuş
17. Əllərin dezinfeksiyası, istifadə olunmuş tibbi alətlərin, masaların və digər təchizatın təmizlənməsi üçün antiseptik və dezinfeksiyaedici məhlullar.
18. İstifadə edilmiş pal-paltar üçün meşin torba və çəllək

Yenidoğulmuşun hazırlıq mərhələsi: (qəbul)

1. Doğuşun qəbulu üçün təchizatın və avadanlığın hazırlanması və reanimasiyaya hazırlıq.
2. Doğuşdakı anaya yardım

Yenidoğulmuşun qəbulunun əsas mərhələsi

3. Uşağı doğulan kimi dezinfeksiyalı isidilmiş siniyə uzandırmaq, siniyə steril bələk sərilməsi və göbək ciyəsinin dartılmaması məqsədilə ana ilə eyni hündürlükdə olmalıdır.
4. Yenidoğulmuşun canlılıq əlamətləri–sərbəst tənəffüs, ürək döyüntüsü, göbək ciyəsindəki pulsasiya, əzələlərdəki iradi hərəkətlər. Ehtiyac halında ilkin və reanimasiya tədbirlərinin həyata keçirlməsi

Yenidoğulmuşun vəziyyətinin Apqar şkalası vasitəsilə 1–ci və 5-ci dəqiqədə təyin edirlər.

Simptomlar	**0 bal**	**1 bal**	**2 bal**
Ürək döyüntülərinin tezliyi	Nəbz yoxdur	Yavaş dəqqiqədə 100 dən az	Dəqiqədə 100 dən çox
Tənəfffüs hərəkətləri	Yoxdur	Seyrək, qeyri müntəzəm tək tək qicolma şəkilli nəfəsalmalar	Yaxşı bərk qışqırıq
Əzələ tonusu	Süst	Ətraflar bir qədər yığılmış	Aktiv hərəkətlər
Burun katetirinə ayaqaltının qıcıqlanmasına reaksiya	Yoxdur	Mimiki reaksiya (qrimaslar)	Öskürmə asqırma
Dərinin rəngi	Ümumi avazımış sianoz	Bədən çəhrayı ətraflar göyərmiş	Bütün bədən qırmızı çəhrayı

Reanimasiya tədbirləri lazım olduğu halda 20–ci dəqiqəyə qədər hər 5 dəqiqədə qiymətləndirmə təkrarlanır.

5. Uşaq anadan olduğu andan yuxarı tənəffüs yollarının ilkin sanasiyası keçirilməlidir. Asfiksiya təhlükəsi olduğunda və ya döl ətrafı sular bulanıqsa qan və mekonium aşkarlanarsa o zaman ağız–udlağın aspirasiyası aparılır. (baş göründüyü zaman çiyinlər çıxmamış, do-

ğulduğu an, göbək ciyəsinin sarğısı zamanı) Bütün tədbirlər isti şüa mənbəyi altında keçirilir. Ağız–udlaq sanasiyasına sol əlin şahadət barmağını uşağın ağzına salıb, kateteri sağ əllə barmağın istiqamətində udlağın arxa divarına toxundurmadan yerinə yetirilir. Az çəkili yenidoğulmuşlarda burundan sanasiya arzu olunmazdır, çünki dar burun yolları katetirin daxil edilməsinə manea törədə bilər. Prosedur isə bradikardiyaya səbəb ola bilər. Sanasiya çox tez və ehtiyatla yerinə yetirilməlidir. Prosedur 5–10 san davam edir.

6. Yenidoğulmuşun anadan ayrılması asfiksiya zamanı və ana ilə dölün qanındakı immunoloji uyğunsuzluq halında göbək ciyəsi dərhal bağlanır. (göək ciyəsinin mərhələsi)

I. etapda Koxer tutqacı göbək halqasında 10 sm məsafədə, 2-ci birincidən 2 sm xaricə, 3-cü ananın cinsi orqanlarına olduqca yaxın yerləşdirilir. 1–ci və 2-ci tutqacların arası 96%-li etil spirti ilə təmizlənir və steril qayçıyla kəsilir. Kəsik 1% li yodonatla işlənir.

7. Qonoblenoreyanın profilaktikası 30 % - li sulfasil Na məhlulu ilə aparılır. (çox vaxt yenidoğulmuşun ilk döşə qoyulmasından sonra) Manipulyasiyadan əvvəl mamaça əlcəklərin antiseptik məhlulla təmizləməli, sonra (hər gözü ayrı pambıq tamponla) gözləri xaricdən içəriyə doğru olmaqla selik və pendirvari maddədən təmizləməlidir. Daha sonra aşağı göz qapağını yüngül çəkərək hər gözə bir damcı məhlul

damcılatmaq lazımdır. Bundan sonra göz qapaqlarını yumaraq xaricdən içəriyə doğru gözlər silinir. (hər göz ayrı pambıqla) Qız uşaqlarına sulfasil Na məhlulu həm də cinsi yollara (1-2 damcı) damızdırılır. Profilaktikanın aparıldığı vaxt yenidoğulmuşun inkişaf tarixinə qeyd olunur.

8. Masanın üzərindəki nəm bələk dəyişilir və uşağın bədəni isidilmiş bələklə qurulanır. Əks göstəriş olmazsa yenidoğulmuş ananın qarnı və sinəsi üzərinə qoyulur - "dəridən–dəriyə" kontakt. Bu yenidoğulmuşlarda anadan saprofit floranın keçməsini təmin edir .
9. Uşaq steril bələklərə bükülərək uşaq otağındakı isidilmiş bələmə masasına aparılır.
10. **II etap** doğuşun bitməsi və ananın tualetindən sonra yerinə yetirilir. Uşaq otağında mamaça steril tutqac vasitəsilə biksdən göbək ciyəsinin 2 cili işlənməsi üçün paketi çıxarır və açır. Təkrar əllərini dezinfeksiya edib steril əlcək geyinir. Göbək ciyəsinin qalığını dibdən periferiyaya doğru sferil tənziflə baş və şahadət barmaqları arasında sıxaraq təmizləyir. Daha sonra 96% - li etil spirtində isladılmış tənzif tamponla silir.Göbək ciyəsi tutqacla tutulur. Tutqacın aşağı kənarı göbək halqasında 0,5–0,7 sm məsafədə yerləşməlidir. Sıxdıqdan sonra göbək ciyəsi tutqacın yuxarı kənarından 0,3 – 0,5 sm aralı olmaq şərtilə steril qayçı vasitəsilə kəsilir. Kəsik göbək ciyəsinin kökü və ətraf dərilər 5% - li K permanqanatda isladılmış pambıqlı taxta şpatellə təmizlə-

nir. Göbək ciyəsinin qalığı ipək liqatura vasitəsilə göbək halqasından 3–4 sm aralı sarılır. Göbək ciyəsi liqaturadan 0,5 sm yuxarı kəsilir. 5%-li K permanqanatla təmizlədikdən sonra sutka müddətinə üzərinə üçbucaq steril tənzif sarğı oyulur.

11. İndividual flakonda saxlanılan bitki yağında (vazelin) isladılmış steril tənzif salfetlə dəri örtüyünün ilkin işlənməsi aparılır. Flakon yenidoğulmuşun yanında açılır, bir dəfə isladılır işlənib atılır. Yüngül hərəkətlərlə baş və bədən dərisinin üzərindəki qalıq, selik qan, mekonium təmizlənir. Dəri üzərindəki anadan gəlmə yaxma örtüyü bütünlüklə silmək olmaz, çünki o dərini qıcıqlanmadan qoruyur. Onun tərkibindəki ferment, vitaminlər isə dəriyə sorulur.
12. Yenidoğulmuşlarda identifikasiya qolbaqları taxılır. Paketindən açılan qolbaq və medalyon üzərlərinə ananın doğuş tarixi № - si, soyadı, adı, atasının adı, uşağın doğulduğu tarix və saat, cinsi, çəkisi, boyu qeyd olunur. Sonra əlcəklər dezinfeksiya edilir və qolbaq bağlanır.
13. Yenidoğulmuşların antropometriyası keçirilir. Əvvələ steril bələyə bükülür və tibbi tərəzidə çəkisi təyin olunur. (bələyin çəkisi çıxılır) Boyu horizontal rostometrlə (boy ölçən) ölçülür, individual komplektdəki sm lentlə başın və döş qəfəsinin dairəsi təyin edilir. əgər uşaq çanaq gəlişi ilə doğulmuşsa o zaman boyun uzunluğu ətrafların düzgün vəziyyət olmasından sonra ölçülür. Bütün bunları ilk əmizdirmədən sonra etmək daha münasibdir.

14. Yenidoğulmuşun döşə qoyulması, adətən 10–20 dəqiqədə aparılır. (doğuşdan sonra)
15. Uşağı bələyib medalyon taxılır. Steril bələyə əllərivlə birlikdə bələnir, başı da örtülür. Ədyalın üstündən medalyon bağlanır.

Yenidoğulmuşun qəbulunun sonuncu mərhələsi.

16. Yenidoğulmuşu böyrü üstə individual çarpayıya uzandırılar.
17. Uşağa yenidoğulmuşun inkişaf tarixi (f № 097/4) açmaq bunun nömrəsi ananın doğuş tarixi nömrəsinə uyğun gəlməlidir. (f № 096 /4)
18. 2 saat sonra uşaq qonoblennoreya profilaktikası təkrarlanır. Prosedur tibb bacısı tərəfindən aparılır və inkişaf tarixinə qeyd olunur.
19. 2 saat sonra uşaq yenidoğulmuşlar palatasına keçirilir. Yarımçıqdoğulan xəstə, apqar şkalası üzrə 7 baldan az olan uşaqlar ilkin reanimasiya tədbirlərindən sonra intensiv terapiya palatasına keçirilir. Köçürmədən əvvəl həkim uşağı təkrar müayinə edir, göbək güdulunu yoxlayır. Sənədlərdəki qeydiyyatı nəzərdən keçirib imzalayır (inkişaf tarixini), köçürülmə vaxtını qeyd edir

Yenidoğulmuşun uşaq şöbəsinə qəbulu

Uşaq şöbəsinin palata tibb bacısı inkişaf tarixindəki informasiya ilə medalyonun mətnini qarşılıqlı yoxlayıb imza atır. (tarix, saat, dəqiqə, uşağın cinsiyyəti, vəziyyəti, çəkisi) Baş tibb bacısı yenidoğulmuşu şöbə jurnalına qeyd edilir. (f № 102/4) uşaq neonotoloq və tibb bacısı tərəfindən müayinə edilir. Müayinə nəticələri inkişaf tarixinə yazılır.

Müayinə zamanı əsasən uşağın səsinə, dərinin rənginə, göbək güdülünə, sidik və mekonium ifrazına baxılır. Müayinədən sonra 2 - cili işlənmə aparılır.

Yenidoğulmuşun tualeti

Səhər ilk əmizdirmədən əvvəl və axşam olaraq 2 dəfə aparılır. Bu vaxt yenidoğulmuşun büküşləri, göbək qalığı yoxlanılır, duyğu orqanları və dəriyə baxış keçirilir. Gündə 2 dəfə temperatur ölçülür, həkimin təyinatları yerinə yetirilir. Səhər tualetində yenidoğulmuşun çəkisi ölçülür. Yenidoğulmuşun göbək güdülü və yarası "Statizol" aerozolla (antiseptik) işlənir. Bu zaman dərmanın gözə, tənəffüs yollarına, cinsiyyət orqanlarına düşməməsinə diqqət edilir.

Göbək qalığının vəziyyətindən asılı olaraq tualetin ardıcıllığı dəyişir. Yara yaşdırsa əvvəlcə kəsik nahiyəsi, mövcud infeksiya qapıları təmizlənir. Daha sonra dairəvi hərəkətlərlə bütün göbək qalığı yuxarıdan aşağıya (kökə doğru) təmizlənir. Göbək qalığı mumlandığı zaman isə əvvəl kök hissə təmizlənir sonra aşağıdan yuxarı bütün göbək qalığı təmizlənir.

Göbək qalığı 3–5 gün ayrılır, 10–14 günə sağalır. O vaxta qədər yara antiseptiklərlə işlənir.

Uşaq və ananın birgə palatasında yenidoğulmuşlara qulluq tibb bacısı tərəfindən aparılır. Tibb bacısı ananı şəxsi gigiyena haqqında məlumatlandırmalı, steril material və dezinfeksiya maddələri ilə işləməyi öyrətməlidir, daha sonrakı günlərdə ana yenidoğulmuşun gigiyenasında aktiv iştirak etməlidir.

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞULMUŞLARIN YEDİZDİRİLMƏSİ, QULLUQ, KÜVEZİN İŞ REJİMİ.

Qidalanmanın hesablanması. Mayeyə tələbat

Sutkalıq qidanın miqdarını kalori metodu: vasitəsilə daha dəqiq təyin edirlər. Bunun üçün lazımdır:

1. Uşağın yaşı və çəkisi dəqiqləşdirilməli:
2. Uşağın kalori ehtiyacını hesablamaq. 14-cü günə qədər bədən çəkisinin (10×n) kkal/kq sutkada, burada n–həyatdakı günlərin sayı: 14–21-ci gün-120 kkal /kq, 21–30 gün–130 kkal /kq, 1 aydan sonar 140 kkal/kq, 1 yaşa yaxın 120 kkal /kq
3. Stkalıq qidanın miqdarının təyini (x). Hesablamaq üçün südün (molozivo- bulama) kalorisini bilmək lazımdır. 100 ml ana südü - 70kkal

Molozivo -140 kkal

X ml ana südündə uşağın kalori ehtiyacı (z)-dir

Bu zaman xml =7x100:70 kalori

Birdəfəlik qida miqdarını hesablamaq üçün aldığımız miqdarı qidalanma sayına bölürük.

Çəkisi **2,5 kq və daha artıq olan uşaqlara** 150 ml/kq hesabı ilə də sutkalıq qida miqdarı təyin oluna bilər.

2,5 kq – dan az çəkili uşaqlar 1-ci gün bədən çəkisinin 60ml/kq. Növbəti günlərdə gündəlik 20ml/kq artırılaraq, 200ml/kq–a çatdırılır. İndividual qidalanma sutkada 8–12

dəfə aparılır. Yarımçıqdoğulmuş uşaqların kifayət qədər maye qəbuluna ehtiyacı var. Bu ana südü, içkilər, vena daxili məhlullarla olur. Mayeyə tələbat fototerapiya zamanı, susuzlaşmalarda, ödem olduqda artır.

Mədə kateteri (zond) vasitəsilə qidalanma - Sorma, udma və tənəffüs hərəkətlərində pozğunluq olarsa, o zaman qidalanma mədə katateri vasitəsilə aparılır. 1500 qramdan az çəkidə olan, 30 həftədən əvvəl doğulan uşaqlarda və ya mərkəzi sinir sistemi zədələrində bu reflekslər olmur. Tənəfüs tezliyi dəqiqədə 80–dan artıq olduğu zamanda da (aspirasiya riski) uşaqlar zondla qidalandırılır.

Uşaqlarda mədə kateteri ilə qidalanma 2 üsulla aparılır: ağızdan və burundan. Ən çox ağızdan verilir. Əgər apnoe, bradikardiya, sianozun artması baş verərsə, o zaman burundan daimi kateter taxılır.

Kateterlə qidalanma fasiləsiz və hissə-hissə (porsiyalı) rejimlə verilə bilir. Fasilsiz zondla qidalanma nasoslu şpris vasitəsilə aparılır. Bu üsul az çəkili uşaqlarda kalori artırma üçün, yüksək tənəffüs çatmamazlığı, bağırsaqların hissəvi parezi, hıçqırma sindromunda göstərişdir.

Hissəvi qidalanma sutkada 7–8 dəfə təkrarlanır. Uşağın vəziyyət yaxşılaşdıqca kateterlə qidalanmanın sayı azaldılır, yerinə qaşıqla və ya ana südü ilə qidalandırılır. Kateter birdəfəlik, steril, rentgenokontrast olmalıdır. Kateterin diametri uşağın çəkisindən asılıdır:

2000q - 1,7 mm (№ 6)

2000-3500 q - 2 mm(№ 8)

3500q - dan yuxarı- 3,3 mm (№ 10)

Kateterin daxil olduğu dərinlik çox vacibdir. Bu məsafə qulaq məməsindən körpücüyə qədər oradan da xəncərvari çıxıntıya qədər olan ölçüyə görə təyin olunur. Kateter qısa olduqda qida borusunda, uzun olduqda isə on iki barmaq bağırsağa qədər uzana bilər:

İlk zondla qidalanma distillə suyu, NaCl izotonik məhlulu (1:1) ilə başlayır. Tədricən ana südünə keçilir. Ana südü verildikdə bədən temperaturuna yaxın qızdırılır. Kateter taxılarkən və qidalanma zamanı uşağın vəziyyəti daim nəzarətdə saxlanılmalıdır. Öskürək və sianozun olması kateterin tənəffüs yollarına düşməsini göstərir. Bu zaman zond dərhal çıxarılmalı, uşağa oksigen verilməli, qusma olarsa tənəffüs yollarının sanasiyası aparılmalıdır.

Eyni zamanda həkim təyinatı ilə (ağır vəziyyətdə olanlara hər 3 saatda) mədə möhtəviyyatı qalığı ölçülür. Əgər qalıq daxil edilən qidanın 1/3 –1/4 dən çoxdursa, onda ya miqdarı azaldır, ya da tərkib dəyişdirilir.

- Mədədən çəkilən qida möhtəviyyatı təmizdirsə, yenidən mədəyə qaytarılır.

Bu ferment və elektrolitlərin itirilməsinin qarşısını alır.

- Qidanın tərkibində qan olarsa, süd qatılaşıb və rəngini dəyişibsə artıq mədəyə qaytarılmır.
- Şpris çəkmək çətinləşirsə proses dayandırılmalıdır, əks təqdirdə mədənin selikli qişası zədələnə bilər.

Uşaq qidalandırıldıqca başı nisbətən hündürdə, bir böyrü üstə uzadılmış, arxasına fiksasiya məqsədilə bükülmüş mələfə qoyula bilər. Kateter çıxarıldıqda isə qapağı bağlı vəziyyətdə olmalı və tez bir hərəkətlə çıxarılmalıdır.

- Kateter lazımı dərinliyə çatmadıqda, aerofogiyada, arıq qida miqdarında **hıçqırmalar** olur. Aerofagiya və meteorizmin qarsısın almaq üçün ana südü şprisin divarı ilə axıdılır və mədə səviyyəsindən aşağıda tutulur, hıçqırmanın qarşısını almaq məqsədi ilə kateter qidalanmadan bir neçə dəqiqə sonra çıxarılır.
- **Tənəffüsün dayanması** adətən sorma, udma və tənəffüs koordinasiyası olmayan ağır vəziyyətdəki uşaqlarda olur. Belə uşaqlar fasiləsiz qidalanma üsuluna və ya parenteral qidalanmaya keçirilir.

Qidalandırmadan sonra tibbi sənədləşdirmə aparılır: qidalanma üsulu, qidalanma rejimi, qidanın tərkibi və miqdarı, kateter daxil edildiyi zaman uşağın verdiyi reaksiya, mədə möhtəviyyatındakı qalıq qidanın tərkibi.

Burundan daxil edilən daimi kateterlə qidalanma: kateteri daxil etməzdən əvvəl burun yollarının keçiriciliyi təmin olunur. Sonra soll əllə uşağın başı fiksasiya olunur, sağ əllə kateter yazı qələmi kimi tutularaq rahat çəkildə burun dəliyindən burun-udlaq istiqamətində aşağıya doğru daxil edilir. Kateterin daxil olma dərinliyi burun ucundan qulaq məməsi məsafəsindən 2 dəfə artıqdır.

Kateter yapışqan zolaq vasitəsilə fiksasiya olunur yanağa, hər 48 saatda kateter dəyişdirilir. Kateterin nömrəsi nəzarət vərəqəsinə qeyd edilir.

Kateter vaitəsilə fasiləsiz qidalanma nasoslu şipris köməyilə (qastral damlatma): Kateter mədəyə daxil edilir və yapışqan zolaqla fiksə edilir. 2ml steril izotonik NaCl məhlulu kateterlə mədəyə axıdılır. Uşaqda narahatçılıq olmazsa

nasoslu şpris kateterə quraşdırılır və südün verilmə sürəti müəyyən edilərək işə salınır. Süd 3 saat ərzində bitməlidir. Həmin vaxt boş şpris südlə dolu digər şprislə əvəz olunur və qidalanma davam edilir. Bu üsulda süd qızdırılmır. Lazım gəldikdə südlə dolu şpris kateterdən ayrılaraq, başqa şprislə dərman da daxil edilə bilər (izotonik məhlulda həll edilərək).

Yarımçıqdoğulmuş uşağın isidilməsi: Yarımçıqdoğulmuş uşaqların termorequlyasiyası mükəmməl deyil. Bədən temperaturu xarici mühitdən çox asılıdır. Mərkəzi sinir sistemi tam inkişaf etmədiyinə görə eyni çəkidə və eyni yaşda olan yarımçıqdoğulmuşlar temperaturu müxtəlif şəkildə saxlayır.

Yarımçıqdoğulmuşun bədəninin soyuma səbəbləri:

1. Dərialtı piy qatının azlığı, bədən örtüyü ölçüsü çəkiylə münasibətdə çox olması.
2. Həyatın ilk həftələrində qidanın azlığı, aşağı əzələ aktivliyi, oksidləşdirmə proseslərin çatmamazlığı ilə əlaqədar istilik əmələ gəlmənin aşağı səviyyədə olması

Uşağın bədən temperaturunun artması:

1. Termorequlyasiya mərkəzinin tam inkişaf etməməsi
2. Tər vəzilərinin inkişaf etməməsi.
3. Dəridəki damarların isti qıcıqlara reaksiyasının olmaması. Temperaturun artması tənfənəfəslik, halsızlıq, sormada zəiflik, nəcis ifrazının artması. Mərkəzi sinir sistemi zədələnmələrində qıcolmalar da ola bilər.

Yenidoğulmuşun əlavə isidilməsi həkim tərəfindən təyin olunur, tibb bacısı tərəfindən yerinə yetirilir. Bunun üçün termodöşək, termoqoruyucu plyonka, xəz döşək, toxunma

dəstlər, qızdırıcılar, isitməli yataqlar, inkubatordan istifadə edilir.

Əlavə isitmə bədən temperaturu normaya çatana qədər aparılır. Proseduralar tibb bacısı tərəfindən nəzarət vərəqinə yazılır.

İş yerinin təchizatı: 1) termodöşək 2) termoqoruyucu plyonka 3) xəz döşək paketin içində 4) gel və rezin qızdırıcılar 5) toxnma komplekt 6) dəsmal, bələk 7) meşin 8) termometr 9) reflektor 10) inkubator 11) isitməli çarpayı 12) antiseptik və dezinfeksiyaedici məhlullar.

İNKUBATORUN EKCPLUATASİYASI

İnkubator (küvez) ağır vəziyyətdə olan yenidoğulmuşlar, 2-4-cü dərəcə yarımçıqdoğulmuş uşaqların qulluq və müalicəsi üçün nəzərdə tutulmuşdur. Üşağın inkubatorda qalma müddəti uşağın doğulduğundakı çəkisi, yetişməsi və vəziyyətin ağırlığından asılıdır.

İnkubator kabin və korpusdan ibarətdir. Kabində temperatur, havanın nisbi rütubəti. Oksigenin konsentrasiyası tənzimlənir. Nəzarət sistemi, həyəcan siqnalizasiyası da mövcuddur. Temperaturu 32-36^{0}C arasında dəyişmək mümkündür. Rütubət ilk günlərdə 90%-ə qədər, sonralar 60-65% olur. Oksigenin miqdarı 30%-dir.

İNKUBATORUN DEZİNFEKSİYASI

Kuvezdə ciddi sanitar -gigiyenik rejimə riayət edilməlidir. Nəm hava, temperatur yüksək olması mikroorqanizmlərin artmasına səbəb olur.

Dezinfeksiya üçün 3%-li Hidrogen peroksiot, 1 % -li xloramin məhlulu 0,5% -li yuyucu maddə məhlullarından istifadə edilir. Mütləq ultrabənövşəyi şüa və bakterisid lampalardan da təmizlikdən sonra istifadə edilir.

KUVEZDƏ UŞAĞA QULLUQ

Manipulyasiyanın hazırlıq mərhələsi.

1. Əllər yuyulur
2. İnkubator divar və pəncərədən azı 1m aralı yerləşdirilir. Əyləci basaraq aparatın tərpənməməsinə nail oluruq.
3. Nasazlıq olmadığına əmin oluruq.
4. İçərisinə mələfə sərilir, çanaq və baş tərəfə 6-8-ə bükülmüş pambıq bələk qoyulur. 2 həftəyə qədər uşaqlara işlədilən mələfələr steril olur.
5. Uşaq haqqında məlumatlar yazılıb küvezin üstünə bərkidilir.: Ad, soyad, atasının adı, doğum evinin adı, doğum tarixi, doğulduğunda bədən çəkisi.

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi.

6. Yenidoğulmuşun qolundan qolbaqlar çıxarılır
7. Həkimin təyinatına görə inkubatorun işi tənzimlənir.

8. Kiçik qapılardan girən enteral və parenteral infuziyalar maksimal şəkildə inkubatora daxil olmalıdır.
9. Kiçik qapılar bağlı olmalıdır. Hər açılanda qeyd edilir.
10. Bütün tibbi manipulyasiyalar mümkün qədər küvezdə keçirilir
11. Həkim təyinatıyla uşağın çəkisi təyin edilir və nəzarət vərəqinə qeyd edilir.
12. Bələklər və mələfə lazım gələrsə dəyişilir.
13. 1000 qramdan az çəkili uşaqlara xüsusi diqqət yetirilir. Bədən çəkisi 3 gündə bir dəfə ölçülür. Əzələ daxili inyeksiyalar təyin olunmur. Sutkada bir dəfə uşağın bədəni yağlı məhlulla işlənir.
14. Uşağın inkubatorda vəziyyəti vaxtaşırı dəyişdirilir. Qarnı üstə və ya çiyni üstə

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

15. İnkubatorun gigiyenik vəziyyətini təmin etmək. Gündə 2 dəfə dən az olmamaq şərti ilə daxildən və xaricdən təmizlənir. Prosedurlar zamanı qan və başqa bioloji materiallarla kirlənmişsə, küvez hidrogen peroksid, yuyucu məhlul, axırda distillə suyu ilə yuyulur və qurulanır.

HEMOLİTİK SARILIĞIN FİZİOLOJİ SARILQDAN FƏRQİ

Hemolitik sarılığın əsas simptomları: erkən sarılıq, anemiya, qara ciyər və dalağın böyüməsi, ağır hallarda hemorragik sindrom və mərkəzi sinir sistemi zədələnməsi daha çox rast gələnlərdəndir. Sarılıq doğuşdan dərhal sonra və ya ıbirinci günün sonuna qədər yaranır. Fizioloji sarılıqda isə 2-3 gün ərzində tədricən yaranır və müalicə edilmədən tədricən keçir. Yenidoğulmuşların 60% -də fizioloji sarılığa rast gəlinir. Fizioloji sarılıq 2-3 həftə ərzində keçib getməzsə, həkimə müraciət edilir. Bilirubinin artması intoksikasiya əlamətlərini üzə çıxarır: halsızlıq, yuxululuq, fizioloji reflekslərin zəifləməsi, əzələ tonusunun aşağı düşməsi. Yenidoğulmuşların həyatının 3-4 –cü günü bilirubin səviyyəsi kritik rəqəmlərə qədər çıxa bilər və nüvə sarılığına səbəb olar. Simptomları: ənsə əzələləri rigidliyi, tonik qıcolmalar, böyük əmgəyin gərginliyi, "günəş artması" simptomu, şiddətli qışqırıqlar ortaya çıxır. Bəzən (mərkəzi yaranma mənşəli) qızdırma, ürək fəaliyyəti və tənəffüs pozğunluqları inkişaf edir. Uşağın sidiyi intensiv tünd rəng alır, nəcisin rəngi dəyişmir. Birinci həftənin sonuna yaxın bəzən öd ifrazı pozulur-ödün qatılaşma sindromu. Dərinin rəngi yaşıla çalır, nəcisin rəngi açılır, sidik tündləşir, qanda düz bilirubinin miqdarı artır.

Ağır hiperbilirubinemiyanın müalicəsində fototerapiya, mübadiləli qanköçürmədən istifadə edilir. Həm fizioloji, həm də hemolitik sarılıqda ana südü ilə qidalanma prosesin

daha tez və yüngül keçməsinə kömək edir. Sadəcə ilk 3-5 gündə yenidoğulmuşları donor südü ilə qidalandırmaq daha məqsədəuyğundur, belə ki, fiziki yüklənmə eritrositlərin hemolizini artıra bilər.

FOTO - İŞİQTERAPİYA

Foto -, işiqterapiya hiperbilirubinemiyada təyin olunur. Bu zaman vaxtında doğulan yenidoğulmuşlarda sərbəst (qeyri-düz) bilirubin 220 mkmol/ l, yarımçıqdoğulmuşlarda 85 mkmol/l dən çox olur. Qeyri-düz bilirubin səviyyəsinin artması yenidoğulmuşlar, əsasən də yarımçıqdoğulmuşlarda təhlükə yaradır. (**Nüvə sarılığı** yaranması ilə əlaqəli)

Qeyri - düz bilirubin səviyyəsini aşağı endirmək üçün göy rəngli və gündüz işığı lampalardan istifadə etməklə fototerapiya tətbiq edilir. Şüanın təsirindən dəridəki bilirubin parçalanır. Əmələ gələn qeyri-toksik izomerlər suda həll olur. Bu səbəblə öd və sidik vasitəsilə xaric olur. Bundan başqa fototerapiya öd turşularının əmələ gəlməsini artırır. Bu da bilurubinin orqanizmdən xarc olmasına kömək edir.

Kurs 1-2 gün davam edə bilər. Rejim 18- 24 saat ərzində fasiləsiz və ya fasiləli olaraq 2-3 saat davam edib, 2 -3 saat ara verilir.

Fasiləli rejim uşağın bədən temperaturunun artmasının qarşısını alır və dəri rəngini qiymətləndirməyə imkan verir.

Fasiləsiz rejimə nisbətən bu rejimdə bilirubin daha gec aşağı enir. Proseduran inkubatorda keçirilməsi daha məqsədə uyğundur. Daha yaxşı effekt almaq üçün uşaq vaxtaşırı

çevirilir. Sidik tündləşir, nəcisin rəngi açıqlaşa bilər. Uşağın bədən temperaturunun artması və susuzlaşma işiq terapiyasının xoşagəlməz effektlərindəndir. Texniki qaydalara riayət edilmədikdə uşaqda konyuktivit əmələ gələ bilər. Gözlərin və cinsi orqanların qorunması vacibdir.

Uşağa infuziya olunduğunda damcılama aparatı tünd rəngli kağızla örtülməlidir. əks təqdirdə dərman preparatları parçalanar.

İş yerinin təchizati

1. Göy rəngli (gündüz) lampası
2. İşıqdan qoruyan eynəklər, fotokağız, cuna, tənzif, yapışqan lent
3. Tibbi termometr
4. İnkubator
5. Sərinkeş
6. Termometrin təmizlənməsi üçün kiçik ləyən
7. Dezinfeksiyaedici hazırlıq mərhələsi

Manipulyasiyanın hazırlıq mərhələsi.

1. Lampa 0,4- 0,5 m məsafədə quraşdırılır.
2. Uşaq soyundurlur.
3. Gözlər eynəklə. Cinsi orqanlar (qız uşaqlarında qarnın aşağı hissəsi də) qoruyucu sarğılarla örtülür, fiksasiya edilir.
4. Uşaq uzandırılır, başı yana çevrilir.
5. Lampa yandırılır.

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi.

6. Lampadan gələn işığı uşağın bədəninə tərəf yönləndirmək. Temperatura 3-4 saatdan bir nəzarət etmək

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

7. Prosedur bitdiyi zaman lampa söndürülür.
8. Uşağın üzərindəki qoruyucular çıxarılır. Yapışqan lentin yeri vitamin A ilə (yağlı) işlənir.
9. Nəzarət vərəqəsinə proseduran müddəti qeyd edilir.
10. Qoruyucu eynək termometr dezinfeksiya edilir. Əllər yuyulur, qurudulur.

DOĞUM EVİNDƏ YENİDOĞULMUŞUNLARIN İMMUNİZASİYASI. İLK PATRONAJ, "HİPOQALAKTİYA" ANLAYIŞI, PROFİLAKTİKA

Uşaqların immunizasiyasi "profilaktik peyvənd təqvim" inə görə aparılır. Peyvəndlər sağlam, əks göstərişləri olmayan uşaqlara edilir. Uşalara ilk peyvəndlər doğum evində olunur.

1. İlk 24 saatda yenidoğulmuşlarda hepatitə qarşı peyvənd olunur, hepatit peyvəndinin 2-si 1 aylığında, 3-sü 5 aylığında vurulur. Uşağın çəkisi 2000 q -dan az olarsa yarımçıq doğularsa, peyvənd eyni təqvimlə 2 ayından sonra aparılır. Bundan əlavə reqionar limfoadenit abses əks göstərişdir.
2. Doğum evindəki 2 -ci peyvənd tuberkulyoza qarşı 3–4- cü gün aparılır.

Hepatit B virusuna qarşı vaksinasiya (Engerix "B" ilə)

Yenidoğulmuş və 10 yaşa qədər uşaqlara 10mkq (0,5 ml), böyük uşaqlara və böyüklərə 20 mkq (1ml) təyin olunur. Vaksin əzələ daxilinə yeridilir. Yenidoğulmuşlara bud nahiyəsinin ön yan hissəsinə vurulur.

Manipulyasiyaya hazırlıq:

1. əllər yuyulub qurudulur.
2. əlcəklər geyinilir.
3. Kiçik ləyən, alət masası, önlük dezinfeksiya edilir. Əllər yuyulur, qurudulur.
4. Alət masasının dezinfeksiya məhlulunda, pinset, 70%-li spirt, steril materiallar (qablaşdırmada), birdəfəlik şpris və iynələr, kiçik ləyən.
5. Aşağı rəfdə istifadə olunmuş material üçün ləyən pinset–iynələrin çıxarılması üçün, dezinfeksiyaedici məhlullar
6. Dezinfeksiya edici məhlulla təmizlədikdən sonra soyuducudan çıxarılan soyutmaq elementini ləyənə qoyub 2 – 3 qatlı tənzif ilə örtülür
7. Peyvəndin aparılmasına yazılı icazənin olmasını yoxlamaq
8. Vaksin soyuducudan çıxarılır, üzərində istifadə tarixinə baxılır, qablaşdırmanın tamlığı yoxlanılır.
9. Vaksin soyutma aparatına qoyulur.
10. Canlı vaksinlər isə işıqdan qoruyan konusla örtülür.
11. Əllər yuyulur, qurudulur. Canlı vaksinlərlə işlədikdə maska taxılır.

Manipulyasiyanın əsas hissəsi

12. Vaksin homogen hala gələnə qədər çalxalanır
13. Qablaşdırmanın metal hissəsi spirtli pambıqla silinir, orta hissəsi qoparılır, pambıq üzərində qalmaq şərti ilə soyutma aparatına yerləşdirilir.
14. Şpris açılıb, iynə taxılır.
15. vaksin şprisə yığılır
16. İynə dəyişdirilir.
17. Havası çıxarılır. Əllər dezinfeksiya edilir.
18. Vaksinasiyanın aparılacağı yer 2 dəfə spirtli pambıqla təmizlənir.
19. Vaksin yenidoğulmuşlara əzələ daxilinə yeridilir.
20. Yenidən dəri spirtlə təmizlənir.

Son mərhələ

21. İstifadə olunmuş şpris və iynə dezinfeksiya olunur. İynə ilə şpris bir-birindən ayrılaraq başqa dezinfeksiya məhluluna qoyulur.
22. İstifadə olunmuş flakon sərf olunmuş material üçün ayrılan kiçik ləyənə atılır.
23. Əllər əlcəkli şəkildə antiseptik maddə ilə təmizlənir, sonra əlcəklər çıxardılır. Əllər yuyulub qurudulur.
24. Peyvənd sənədləşdirilir, peyvəndin verdiyi reakiya da daha sonra inkişaf tarixinə qeyd edilir. Profiliaktik, peyvənd jurnalına (uçot forması №64/n) da qeyd edilir. peyvəndin tarixi, dozu, nəzarət nömrəsi, preparatın seriya № -si, hazırlayan təşkilat qeyd olunur.

Valideyinlərə informasiya: Peyvənd olunan nahiyə mümkün mexaniki qıcıqlanmadan qorunmalı. Yerli reaksi-

yasının kliniki görüntüsü ilk 1- 2 gündə hiss olunur. Yerli zəif ağrı, eritema, yumşaq toxumaların bərkiməsi. İlk 1-2 gündə peyvənd reaksiyası kontrol edilməlidir.

Tuberkulyoza qarşı vaksikasiya: İlk doza 0,05mq BSJ və ya 0,025 mq BSJ - u təşkil edir. Quru vaksin fizioloji məhlulda həll edilir. 0,1 ml - 1 doza hesablanır. Vaksin sol qolun yuxarı orta sərhəddinin xaricinə dəri daxilinə vurulur, hazırlıq etapı və iş yerinin təchizatı (bax hepatit B1-11)

Manipulyasiyanın əsas hissəsi:

1. Paketdən pinset vasitəsilə 2 steril pambıq tampon çıxarıb spirtə batırırıq. İçindədə vaksin olan ampulu spirtlə işləyib kiçik mişarla boynuna sürtürük, sonra digər pambığın spirtini tam sıxıb bir daha ampulu silirik
2. Steril tənziflə ampuldan tutaraq ampul açılır. Ampulun sınan hissəsi tənziflə birlikdə dizinfeksiyaedici məhlula atılır. Açıq ampul soyutma aparatına qoyulur. Üzəri tənzif, başlıq və işıqdan qoruyan konusla örtülür.
3. Eyni üsulla həlledici məhlul açılır
4. 2 ml şpris açılır, iynə taxılır və məhlul şprisə yığılır.
5. Məhlul yavaş şəkildə quru vaksinin üzərinə əlavə edilir. Bir neçə dəfə şprisə yığılıb boşaldılır (həll olması üçün)
6. Ampul steril tənzif ilə örtülür üzərinə işıqdan qoruyan konus qoyulur.
7. Şpris 1-ci dezinfeksiya edici məhlulda yuyulub 2-ci məhlula sökülmüş vəziyyətdə atılır. Əllər spirtlə təmizlənir.
8. peyvənd olunacaq nahiyə 2 spirtli pambıq tampon vasitəsilə təmizlənir.

9. İnsulin şprisinə 0,2 ml vaksin yığılır.
10. Ampul yenidən soyutma aparatına qoyulur, tənzif və işıqdan qoruyan konusla örtülür.
11. Şprisin havası pambıq üzərinə çıxarılır.
12. İstifadə olunan pambıq dezinfeksiya edici məhluluna atılır
13. Əllər dizinfeksiya olunur.
14 Şprisin qapağı dezinfeksiya edici məhlula atılır.
15. Uşağın qolu altdan tutularaq dərisi dartılır (dəri örtüyü quru olmalıdır).
16. Şprisin istiqaməti tamdəri daxili olduğundan əmin olduqdan sonra şpris baş barmağımızla sıxılır. 0,1 ml vurulur. Əgər manipulyasiya düzgün yerinə yetirilibsə,dəri üzərində açıq rəngdə 8 mm-ə yaxın ölçüdə papula əmələ gəlir, 15- 20 dəqiqəyə yox olur. İnfeksiyanın yeri spirt və ya başqa antiseptiklə işlənmir. (vaksin inaktivasiya ola bilər)

Son mərhələ:

17. Şpris və iynə birinci dezinfeksiyaedici məhlulda yuyulur, iynə çıxarılır və sökülmüş halda ikinci dezinfeksiyaedici məhlula atılır.
18. Boş fizioloji məhlul ampulu istifadə olunmuş materiallar üçün ayrılmış kiçik ləyənə atılır, vaksin ampulunu isə dezinfeksiyaedici məhluluna atırlar.
19. Əllər əlcəkdəykən yuyulur, antiseptiklə təmizlənir, sonra çıxarılır əllər yuyulub qurudulur.
20. Peyvənd qeydiyyatdan keçir. Sonralar yenidoğulmuşun peyvəndə reaksiyası da qeyd olunur.

Vaksinasiya sonrası reaksiya:

Vaksinin yeridildiyi nahiyyədə 4 - 6 həftə sonra spesifik reaksiya meydana gəlir. **Reaksiya mərhələləri**: qırmızı ləkə papula (infiltrat), vezikula (pustula), xora (olmaya bilər). Peyvəndin yerində 10 mm - lik çapıq əmələ gəlir.

Valideynlərə informasiya: Mexaniki qıcıqlardan qorunma: spesifik yerli reaksiyalar haqqında məlumatlandırmaq.

Peyvənd reaksiyasına nəzarət: Vakansiyaya və revaksinasiyadan sonra 1,3,6,12-ci aylarda yoxlanılır. Papula, xora və çapığın ölçüsü qeyd olunur. Limfadenit və başqa ağırlaşmalar olub - olmaması təyin olunur.

PATRONAJ

Patronaj uşaq doğmadan əvvəl başlayır.

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

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

Yenidoğulmuşlara ilk patronaj: Doğum evində çıxdıqdan 1 - 2 gün sonra sahə həkimi, sahə tibb bacısı tərəfindən yerinə yetirilir. Ailənin ilk uşağı, perinotal və anadangəlmə patologiyalar, yarımçıqdoğulmuşlar evə çıxış günü müayinə olunur.

Patronoja daxildir: anamnezin toplanması, yenidoğulmuşun obyektiv müayinəsi, əmizdirmə ilə əlaqəli məsləhətlər, uşağa qulluq haqqında məlumat. Ana tibb işçilərinə

mübadilə kartını təqdim edir. (doğum evindən alınır) Tibb bacısı anaya yenidoğulmuşlara qulluq, bələmə, günlük tualet, yuyunma və s. haqqında məlumat verir. Lazım gələrsə göbək güdülü işlənir. Peyvəndlərin reaksiyalarına nəzarət olunur. Yenidoğulmuşun əşyalarının necə yuyulması, otaq sanitariyası, temperatur rejimi, azad bələmə üsulu, təmiz və istifadə olunmuş pal-paltarın saxlanılması, 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.

TƏBİİ QİDALANMA

Ana südü ilə qidalanmadır. Ana südü uşaq üçün ən ideal qida olub, düzgün inkişafını təmin edir, infeksiyaya qarşı müqavimətini artırr. Eyni zamanda ananın sağlamlığını qoruyur, uşaqla ana arasında kontakt yaradır. Buna görə də imkan daxilində iki yaşa qədər uşağın ana südü ilə qidalanması lazımdır. Sadəcə ana südü norma olaraq ilk aylarda verilir. Maksimal ana südü ilə qidalanmanı qorumaq lazımdır.

1. Uşaqlara erkən yaşlarda və yeniyetmə dövründə təbii qidalanmanın əhəmiyyətini öyrətmək. O yaşlardakı bilik və təcrübələr gələcəkdə qız uşaqlarına çox kömək edir.

2. Hamilə qadınlara təbii qidalanmanın üstünlükləri və əmizdirmə texnikası haqqında məlumat vermək doğuş zamanı əlverişli, gözəl şəraitin olmasına xüsusi diqqət yetirmək. Diqqətli münasibət anaya özünü yaxşı hiss etdirir, bu da laktasiyaya kömək edir.
3. Ana ilə yenidoğulmuşun dəri kontaktını təmin etmək, döşə erkən qoyulması və gələcəkdə birgə yerləşdirilməsi məqsədəuyğundur. Analara laktasiyanın artırılması metodları öyrədilir.
4. Evə gəldikdən sonra qidalanma ilə əlaqəli anaya uşaq poliklinikasının personalı kömək edir.

Əmizdirmənin hazırlıq mərhələsi:

1. Döşün gigiyenik vəziyyətini təmin etmək. Gündə 1–2 dəfə sabunsuz yumaq məsləhətdir. Əmizdirmədən əvvəl əllər yuyulur.
2. Ana psixoloji olaraq əmizdirməyə hazırlanır. Ana rahat və xoş əhvalda olarsa süd əmələ gəlmə yaxşılaşır. Yayındırıcı əlamətlər aradan götürülməlidir.
3. Anaya əmizdirmə zamanı uyğun və rahat vəziyyət almasında kömək etmək. Ananın oturduğu poz onun uzun müddət gərilmədən uşağı əmizdirməsini təmin etməlidir. Klassik olaraq ana kürəkli oturacaqda ayaqları yerə basaraq oturur. Uzanmış və ya ayaq üstə əmizdirmək olar.
4. Uşağın düzgün vəziyyət almasını təmin etmək. Uşağın üzü anaya tərəf çevirərək, ananın bədəninə doğru sıxılır, çənəsi döşə toxunur, başıyla bədəni bir düz xətdə yerləşir. Başın arxaya doğru rahat atılması mümkün olmalıdır (lazım gəldikdə).

- **Klasssik vəziyyət:**_uşğın başı dirsək büküşündə, (ananın əmizdirdiyi döş tərəfdə) Uşağın bədəni qolun üzərində
- **Qol altından əmizdirmə:** uşağın başı ananın döş tərfdən əlinin üstündə əkizlər, döş giləsi çatlarında, uşaq döşü götürə bilmədikdə bu üsuldan istifadə olunur.
- **Uşaq əldə tutularkən:** ana uşağı əmzirmədiyi tərəfdəki əli ilə tutur. Xəstə və az çəkili uşaqlarda istifadə edilir.
- **Ana uzanarkən:** ana başının və döş qəfəsinin altına balış qoyaraq böyrü üstə uzanır. Bir əlini başının və ya balışın altına qoyur, digəri ilə döşünü və ya uşağı kürəyindən tutur.
- **Ana arxası üstə uzanarkən:** ana arxası üstə, uşaq onun üzərində. Bu vəziyyət ana südü çox olduqda məsləhət görülür.
- **Ana qarnı üstə dirsəklərə dayanaaraq:** döşə oyulmada problem olduqda.
- **Vertikal vəziyyətdə əmizdirmə**: (kenquru pozu) yarımçıqdoğulmuşlarda məsləhət görülə bilər.

5. Əmizdirmə zamanı döşün tutulma qaydası. Döş altdan tutularaq, döş qəfəsinə doğru sıxılır, baş barmaqla üst tərəfdən az miqdarda sıxılır. Döş giləsinə yaxın yerdən tutmaq məsləhət deyil

Əmizdirmənin əsas mərhələsi.

6. Anaya uşağı döşə necə qoyacağını öyrətmək (I bacarıq) Uşağın dodaqlarını döş giləsinə toxunduraraq. Tutma refleksini stimulyasiya etdirmək. Bu zaman uşağın ağzını geniş açmasını gözləmək. Sonra arxasından uşağı tutaraq sinəsinə doğru sıxmaq. Uşağın döşü almasını təmin etmək.

7. Uşağa döşü götürməsini öyrətmək (II bacarıq). Bu məqsədlə uşaq:

a) döş giləsini areolası ilə birlikdə daha çox aşağıdan tutmalıdır. B) areolanı dili ilə damağa doğru sıxmalıdır. Döş giləsinin damağa toxunması **sorma refleksini** işə salır. Bir neçə effektiv sorma hərkətindən sonra ağız boşluğu südlə dolur və uşaq südü udur. **(udma refleksi)**

Yenidoğulmuş areolanı tutmaqda çətinlik çəkirsə, ana baş və şəhadət barmaqları ilə uşağın çənəsini, digər barmaqlarla döşü aşağıdan tutur. (rəqqas əli)

8. Əmizdirməni və döşə qoyuluşunun düzgünlüyünü qiymətləndirmək. Əmizdirmə dövründə bədənin vəziyyətini, ana və uşağın reaksiyalarını, uşağın sormasını, süd vəzilərinin xarici görünüşünü, əmizdirmə müddətini nəzarətdə saxlayırlar.

Əmizdirmənin son mərhələsi:

9. Uşaq doyduqda döş giləsini ağzından itələyir. Ana döş gilələrini bir – neçə damcı ana südü ilə isladıb, havada qurumasını gözləməlidir. Bu dərini gələcəkdə zədələrdən qoruyur. Əmizdirməni yarımçıq kəsmək olmaz. İstisna hallarda: a) uşağın yanaqlarını sıxaraq, b) barmaqların köməyi tez bir hərəkətlə süd vəzisini arxaya doğru çəkərək, c) döşünü uşağın ağız bucağına yaxınlaşdıraraq ağızda havasız sahəni yox etmək.

Əlavə qidalanma : Uşaqlar ana südü ilə qidalandığı dövrdə, əlavə qidanı qaşıq və fincandan qəbul etməlidirlər. Əmzikli şüşələrdən daha məqsədə uyğun olan bu üsul uşağın döşdən imtina etməməsinə kömək edir. Yuyulması asan

olduğu üçün bakteriyaların çoxalması ehtimalı da azdır. Bu üsulla yarımçıqdoğulmuşları da qidalandırmaq olar. (udmağı öyrəndikləri təqdirdə) Tənəffüs problemlərində də bu üsuldan istifadə olunur.

Bəzi analar fincandan qidalandırmağı daha üstün tuturlar. Uşağı dar, ağzının kənarı xaricə əyilmiş fincanla yeməyə öyrətmək daha doğrudur. Uşağın əllərini tutmaq lazım deyil. Vaxt keçdikcə əlləriylə fincana doğru dartınacaq, 3–4 ayında götürəcək ,4 – 5 ayında isə müstəqil olaraq tutacaq.

İş yerinin təchizatı: 1) fincan, 2) qaşıq, 3) uşaq qidası

Hazırlıq mərhələsi:

1. Əllər iki dəfə sabunlanaraq yuyulur, qurudulur.
2. Uşağa əmizdirmək üçün rahat poz vermək. Oturmağı bacarmayan uşaqlar kürəyi ananın çiyninə, başı isə bazuya söykənmək şərtilə otuzdurulur. Eyni qolla ana uşağı qalça nahiyəsindən tutur. Beləliklə uşaq şaquliyə yaxın vəziyyət alır və söykənəcək yeri olur. Böyük uşaqlar oturtulur.

Əsas mərhələ

3. **Fincanla qidalandırma :** Fincan uşağın dodaqlarına yaxınlaşdırdığımızda uşaq sorma hərəkətlərinə aşlayır. Fincanın kənarını ağız boşluğunun dərininə doğru keçməsinə imkan vermək olmaz. Süd çox yavaş, udmasına imkan verərək içirilir. Qurtumlar arasında dincəlməsi üçün vaxt verilir.

Qaşıqla qidalanma: qaşığa bir neçə damcı süd tökülür, öyrəndikdən sonra südün miqdarı artırılır. Qaşıq uşağın ağzına yuxarıdan aşağıya istiqamətində yaxınlaşdırılır və aşağı dodağatoxundurulur. Sorma hərəkətləri ilə birgə ağıza salı-

nır. Damağa toxunduqda qusma əmələ gələ bilər. Qaşıq üst dodağa toxundurularaq ağızdan çıxarılır. Uşaq ağızdakını udmadan ikinci yemək (qaşıq) verilmir.

4. **Son mərhələ:** Qaşıq, fincan yuyulur, qaynar suyla sterilizə edilir.

QARIŞIQ VƏ SÜNİ QİDALANMA

Süd qarışığın seçilməsi: ən ideal tərkibli süd qarışıqlar belə ana südünün yerini verə bilməz.

Adaptasiya olunmuş, adaptasiya olunmamış, dietik, şirin süd, turş süd qarışıqları (qidalar) mövcuddur.

Qidanı seçərkən uşağın yaşı, qarışığın adaptasiya dərəcəsi, qidalandırmanın növü, qarışığa individual reaksiya nəzərə alınır.

Yüksək adaptasiyalı qarışıqlar: uşağa I yarımildə təyin olunur. Yenidoğulmuşlara yüksək adaptasiya olunmuş şirin süd qarışıqları vermək daha məqsədə uyundur. Çünki, turş süd qarışıqları asidoz və hıçqırma əmələ gətirə bilər. I aydan etibarən turş və şirin qarışıqlar 1:1 nisbətində vermək olar.

Adaptasiya olunmamış qarışıqlar: 8 ayından tez verilmir. Çox az hallarda 6–7–ci aydan verilir. (200 ml keçməmək şərtilə)

Qarışıqlar hər uşağa individual olaraq seçilir, allergik reaksiyalar olduğunda eyni dəyişdirilir. Davamlı olaraq eyni qarışığı vermək daha məqsədə uyğundur. Süni qidalanmada 2 qarışıq vermək olar. Qarışığı bağırsaq disfunksiyasında, allergik reaksiyalarda uşağın yeməkdən imtinası, 1,5-2 həftədə çəkinin artması zamanı dəyişmək olar.

Qarışıqlarda vitamin D olması nəzərə alınmalıdır.

HİPOQALAKTİYA

Anaya kömək taktikası: Laktasiyanın azalmasının səbəbləri, dərəcəsi, aradan qaldırılması. Effekt olmadıqda (3–4-cü dərəcə hipoqalaktila) adaptasiya olunmuş südlü qarışıqlar təyin edilir.

Oksitosin refleksini stimulə etmək üçün:

1. Ananı əmizdirəmə qabiliyyətinə malik olduğuna inandırmaq, onu sakitləşdirmək və laktasiyanı stimulə edən mexanizm haqqında məlumat vermək.
2. Anaya laktasiyanı stimulə edən fizioloji metodları öyrətmək, tez–tez süd vermək (gecə olmaqla bərabər) uşağa döşü çox sorma imkanı vermək, tək qidalanmada hər 2 döşə qoymaq.
3. Anaya gün rejimi, pəhrizi normallaşdırmaq tövsiyyə olunur. Maye 1 l-ə qədər artırılır. Rasiona laktasiyanı artıran ərzaqlar- qoz 3–5 ədəd, balıq, göbələk şorbaları, yerkökü və turp şirələri salınır. Əmizdirmədən 20–30 dəq əvvəl ilıq şirin içki qəbul etməli, meyvə, gündə 1 çay qaşığı bal, yeməklərin içində şüyüd, zirə, razyana istifadə etməlidir.
4. Duş qəbul etməli, 10 dəqiqə müddətində gündə 4 dəfə olmaqla masaj prosedurları məsləhətdir.
5. Həkim təyinatı ilə nikotin turşusu qəbul edilməli (əmizdirmədən 15-20 dəqiqə əvvəl), apilak, qlutamin turşusu yaşından asılı olaraq vitaminlər və s. təyin oluna bilər.

SUTKALIQ VƏ BİRDƏFƏLİK SÜDÜN MİQDARININ TƏYİNİ

Ana südü ilə qidalanmada uşaq ona lazım olan qidanın miqdarını özü tənzimləyir. Bununla belə, təxmini tələbatı bilmək üçün hesablamalar aparılır.

Sutkalıq südün miqdarı = 70n(doğuş kütləsi<3200q)

=80n (doğuş kütləsi >3200q)

Burada n- uşağın həyatının gün sayı. Bu formul ilk 7-8gün üçün keçərli sayılır.

Həyatının ikinci həftəsindən etibarən südün sutkalıq miqdarı uşağın çəkisinin 1/5- ə bərabərdir.

Birdəfəlik qidanın həcmi=sutkalıq süd: qidalanmaların sayı. Sağlam yenidoğulmuşun qidalanma sayı sutkada 6 dəfə olarsa, 3,5 saatdan bir uşaq əmizdirilir. Lazımi miqdarda süd qəbul edən uşaq sağlam, sakit olur. Yaxşı yatır, kütləsi artır, müntəzəm nəcis ifrazı olur.

Yarımçıqdoğulmuşlarda ilk günün qida miqdarı adətən 5-10ml, ikinci gün 10-15ml,üçüncü gün 15-20ml

Sutkalıq qidanın miqdarı ilk 10 gün **Romel formulu** ilə hesablanır **(10+n)×m:100**

Burada n – günlərin sayı

m- uşağın qramla çəkisi

15-ci gündən sutkalıq südün miqdarı bədən kütləsi1/7 1ayın sonunda sutkalıq südün miqdarı bədən kütləsinin 1/5

Kolori metodu vasitəsilə sutkalıq qida miqdarının hesablanması:

10-cu günə qədər (10xn) kkal x bədən kütləsi kq, burada n- günlərin sayı

15 – ci günə qədər 120 kkal/kq

1aya qədər 140kkal/kq

1yaşa qədər 120kkal/kq

100ml ana südü 70 kkal, molozivo 140 kkal- yə bərabərdir.

DƏRİ VƏ SELİKLİ QİŞALARA, GÖBƏK YARASINA QULLUQ GÖZƏ, BURUNA, QULAĞA DAMCI TÖKÜLMƏSİ TEXNİKASI.

Dəri və selikli qişalara qulluq yenidoğulmuşlar şöbəsində aparılır. (yenidoğulmuşlarda 2 -cili işlənməsi)

İş yerinin təchizatı: 1. Dərman vasitələri. 2. Steril material (pambıq tamponlar, ucu pambıqlı taxta şpatellər) 3. Pinset qablaşdırmada (hər uşağa individual) 4. Şpatel qablaşdırmada (individual) 5.Steril material üçün sini. 6.İstifadə olunmuş material üçün sini. 7. Qablaşdırılmış bələklər–steril. 8. Tibbi birdəfəlik, steril əlcəklər. 9. Sukeçirməz önlük. 10.Duru sabun və ya individual qablaşdırmada uşaq və personal üçün. 11.Alət masası. 12.Döşəkli uşaq çarpayısı. 13. Üzərində döşək olan bələmə masası. 14. Əllərin yuyulması üçün antiseptik və dezinfeksiya edici məhlullar (alət, təchizatları da təmizləmək üçün), steril silgi. 15. Silgini qoymaq üçün qab. 16. İşlənmiş pal- paltar üçün meşin kisə və çən.

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi.

1. Əl -qolumuzdakı aksesurları çıxarıb, iş forması geyinilir.
2. Çirkli pal – paltar çəni açılır.
3. Əllər iki dəfə sabunlanıb yuyulur bir dəfəlik salfetlə qurulanır. Antiseptiklə təmizlənir.
4. Önlü və əlcəklər taxılır.
5. Alət masası, bələmə döşəyi, önlük, biks dezinfeksiya məhlulla işlənir.
6. Kiçik siniyə steril materiallar çıxrılır.
7. Digər alətlərdə çıxarılır.
8. Bələklərin sterilizə tarixinə baxıb açmaq, sərmək

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi

9. Uşaq çarpayıda bələkdən açılır (uşağın dərisinə toxunmamaq şərtilə)
10. Uşağa bilavasitə toxunmadan əvvəl əllər yuyulur, qurudulur, antiseptiklə təmizlənir.
11. Medalyon və qolbaqlar tutuşdurulur.
12. Uşağı çarpayıdan götürmək üçün əlimiz döş qəfəsinin ön hissəsinə elə qoyulurki, 1, 3, 4 və 5 barmaqlarımız yandan 2–ci barmağımız isə çiyinə doğru olsun; beləliklə uşaq üzü aşağı çevrilir.
13. Yenidoğulmuşun başı ilıq suda sabunla yuyulur, mələfəylə qurudulur, daha sonra masada qurulamağa davam edilir.
14. Mələfə çirkli paltar kisəsinə atılır.
15. Əlcəkli əllər antiseptiklə işlənir.

16. Pinset vasitəsilə 2 – 3 pambıq tampon götürüb yağda islatır, əlimizə alırıq. Uşağın bədəni, büküşləri həmin pambıqla təmizlənir və kiçik siniyə atılır.
17. Dəri büküşləri 1%-li spirtli yod məhlulunda (salisil spirti) isladılmış pambıqlı çubuqlarla işlənir: 1-ci çubuqla qulaqarxası, boyun, qoltuqaltı, dirsək, bilək büküşləri, 2 – ci çubuqla bədənin aşağı hisəsinin büküşləri
18. Bud -oma nahiyyəsi büküşləri 2 %-li tanin məlhəmi ilə yuxarıdan aşağıya işlənir, şpatel siniyə atılır.

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

19. Uşaq bələnib , medalyon taxılır.
20. Çarpayıdakı döşək dezinfeksiya edilir.
21. Əllər əlcəkdəykən yuyulub qurudulur.
22. Döşəyə steril mələfə sərilir.
23. Uşaq çarpayıya uzandırılır
24. Əlcək və önlük dezinfeksiya edilir.
25. Əllər yuyulur, qurudular.

Dəri və selikli qişaların 4 - cü günə qədər tualeti:

İş yerinin təchizatı (bax yenidoğulmuşların 2 - cili işlənməsi)

Manipulyasiyanın hazırlıq mərhələsi (bax ↑)

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi.

1. Uşaq çarpayıda bələkdən açılır (dəriyə toxunmadan)
2. Əllər yuyulur, qurudulur, antiseptiklə işlənir (əlcəkdəykən)
3. Sidik və nəcisdən təmizləmək üçün suyun altında uşaq yuyulur. (qızlar öndən arxaya doğru)

4. Uşağın dərisi steril mələfə ilə qurudulur, büküşlərlə birlikdə.
5. İstifadə edilmiş bütün bələk və mələfələr paltar çəninə atılır.
6. Əllər yuyulur, qurudulur, antiseptiklə təmizlənir (əlcəklə)
7. -Gözlər fizioloji məhlulda (distillə suyu, 1: 5000 furasillin) isladılmış pambıq tamponla xaricdən içəriyə doğru işlənir:

- Burun yolları fizioloji məhlulda (yağda) isladılmış piltələrl təmizləyirlər. 1-1.5sm dərinlikdə piltələr dairəvi hərəkətlərlə hərəkət etdirilir.

- Üz fizioloji məhlulda 1:5000 furasillin, distillə suyu) isladılmış pambıq tampunla alın, yanaq, ağız ətrafı dəri olmaqla təmizlənir.

- Lazım gəldiyində cinsi orqanlar furasillində isladılmış pambıqla təmizlənir.

-Büküşlər yuxarıdan aşağıya 2% -li spirtli yod məhlulunda (salisil spirti) isladılmış ucu pambıqlı şpatellə təmizlənir.

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

8. Uşaq bələnir, medalyon taxılır.
9. Çarpayıdakı döşək dezinfeksiya edilir. Əllər yuyulur, qurudular.
10. Uşaq çarpayıya uzandırılır.
11. Spirtli məhlullardan başqa beyen məhlullar boşaldılır.
12. Əlcəklər önlük dezinfeksiya edilir. Əllər yuyulur, qurudular.
13. Kiçik tibb personalı təmizliyə başlayır.

Dördüncü gündən sonra büküşlər vazelin (bitki) yağı ilə işlənir. Dırnaqətrafı dərilər 25-li spirtli yod məhlulunda isladılmış pambıqlı çubuqla təmizlənir.

Omfolitdə göbək yarasının qulluq

Omfalit zamanı göbək yarası gündə 3-4 dəfə 3%-li hidrogen peroksid, 70% - li spirt, 5% - li kalium permanqanat məhlulları ilə işlənir. Yaranın üstü travmadan qorumaq məqsədilə açıq buraxılır.

Lokal irinli xəstəliklər:

Qovuqcuqlar və vezikulopustulyozlar təmizlənir, eroziyalı nahiyələr bakterisid məhlullarla işlənir. Prosedur zamanı təmiz nahiyələrə toxunmamağa diqqət edilir. Eksfoliativ dermatitlərdə qısa müddətli kurs olaraq hormonal məlhəmlərdən istifadə edilir. Fizioloji metodlar da çox effektiv olur. Böyük irinli zədələnmələr olmazsa, kalium permanqanat, palıd qabığı, yatıqqanqal dəmləmələriylə vannalar təyin edilir.

İnfiltrasiya fazasında (dəri abseslərində) Vişnevski məlhəmindən istifadə edilir, abses açıldıqda hipertonik məhlulla sarğılar aparılır.

Göbək yarasının işlənməsi:

İş yerinin təchizatı və manipulyasiyanın hazırlıq mərhələsi. (bax 2–cili işlənmə 1-8)

1. Uşaq çarpayıda bələkdən açılır (dəriyə toxunmadan)
2. Əllər əlcəkdəykən yuyulub, qurudulur, antiseptiklə təmizlənir.
3. Lazım gələrsə sidik və nəcisdən təmizlənməsi üçün yuyulur.

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

4. Əllər yuyulur, qurudular, antiseptiklə təmizlənir (əlcəkdə)
5. Sol əllə göbək halqası kənara çəkilir.
6. Hidrogen peroksiddə isladılmış pambıq tamponla göbək yarasının üzəri örtülür.
7. 20-30 saniyə sonra yara qurudulur – pambıqlı çubuqla.
8. 70% -li etil spirtində isladılmış pambıqlı çubuqla yara və ətrafındakı dəri işlənir.
9. Başqa bir çubuğu 5% kalium permanqanatda isladıb təkcə yara işlənir (dəriyə toxunmadan)

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

Bax: dördüncü günə qədər yenidoğulmuşun tualeti

BURUNA DAMCI TÖKÜLMƏSİ

Göstəriş: burun və burun – udlağın iltihabı prosesi, kəskin orta otit, sinusit

Ümumi məlumat. Damcı tökülmədən öncə burun yolları təmizlənir. Damcı töküdüyündə uşaq arxası üstə balışsız uzandırılır. Sağ burun dəliyinə dərman töküldüyündə baş sağa və arxaya, sol burun dəliyində isə əksinə çevrilir. Damcı olaraq damardaraldıcı, antiseptik təsirli, virus əleyhinə, iltihab əleyhinə və immun reaksiyalara təsir edən dərmanlar istifadə olunur.

İş yerinin təchizatı: 1. Burun damcıları 2. Burun yollarını yumaq üçün 1:5000 furasillin (2% -li Na bikarbonat məhlulu) 3. Vazelin yağı 4. Steril pipetlər 5. Elektrosorucu

kateterlə 6. Qablaşdırılmış steril material 7. Kiçik sini (təchizat üçün). 8İstifadə edilmiş material üçün sini 9.Dezinfeksiya məhlulu üçün iki qab 10. Steril pinset 11. Əlcəklər 12. İstifadə olunmuş təchizatın dezinfeksiya üçün qablar (məhlul dolu)

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi.

1. Əllər yuyulub qurudulduqdan sonra əlcəklər geyinilir.
2. Dezinfeksiya məhlulu ilə alət masası. Sinilər, bələmə döşəyi işlənir. Əllər yuyulub qurudulur.
3. Təchizat alət masasına yığılır.

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi.

4. Uşaq oturdulur və ya uzandırılır
5. Burun yolları təmizlənir. Qatı sekresiya olan hallarda furasillin və ya Na bikarbonatla duruldulur. Elektrosorucu vasitəsilə möhtəviyyat çəkilir. Quru hissəciklər vazelin yağında isladılmış piltələrlə çıxarılır.
6. Dərman vasitəsi pipetə yığılır burun ucu barmaqla qaldırılır, xarici divarla axıdaraq 2-4 damcı damızdırıır.
7. Burun qanadı burun çəpərinə doğru sıxılır.
8. 1-2 dəqiqə sonra eyni üsulla digər dəliyə damcı tökülür.

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

9. Pipet rezin zərərsizləşdirilir.
10. Əlcəklər çıxarılır, əllər yuyulur və qurudulur.

GÖZƏ DAMCI TÖKÜLMƏSİ

Göstəriş: Qonoblennoreyanın yenidoğulmuşlarda profilaktikası konyunktivit, konyuktiva zədələnmələri. Buynuz qişa zədələnmələri. Bəbəyin diaqnostik məqsədlə böyüdülməsi üçün

Ümumi məlumat. Otaq temperaturunda olan dərman vasitələri göz pipeti vasitəsilə tökülməlidir. Pipetlə gözün məsafəsi 2 sm -dən az olmalıdır. Gözdə ifrazat olduqda furasilin və ya rivanolda isladılmış steril tamponla gözlər yuyulur.

İş yerinin təchizatı: 1. Göz damcıları. 2. Gözlərin yuyulması üçün antiseptik məhlullar. 3. Steril göz pipetləri 4. Steril material qablaşdırmalı 5. Təchizat üçün kiçik sini 6. İstifadə olunmuş material üçün sini 7. Steril pinset. 8. Əlcəklər. 9. Alət masası 10. Dezinfeksiya məhlulu ilə dolu qablar

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi.

1. Əllər yuyulub. qurudulur əlcəklər geyinilir.
2. Sinilər. Alət masası, bələmə döşəyi dezinfeksiya edilir.Əllər yuyulur, qurudulur.
3. Alət masasına lazımı təchizat çıxarılır.

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi.

4. Uşaq arxası üstə uzandırılır
5. Gözdən ifrazat gəldiyi halda (hər göz ayrı tampon pambıqla) gözün xaricdən içəriyə doğru antiseptik məhlullarla təmizlənir.
6. Pinsetlə pambıq sol əllə qoyulur.

7. Dərman pipetə yığılır, şaquli vəziyyətdə tutulur.
8. Başı fiksə etmək üçün sağ əl alın nahiyəsində yerləşdirilir. Pipet 40^0 - də tutulur.
9. Pambıqla alt göz qapağı çəkilir. Bleforospazmlı uşaqlarda hər iki qapaq açılır
10. Gözün daxili bucağına yaxın olmaq şərtilə bir damcı dərman sıxılır, bir-neçə saniyə sonra iki damcı buraxılır.
11. Pambıq istifadə olunmuş material sinisinə atılır.
12. Sonra iki göz eynilə

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

13. İşlətdiyimiz pibet zərərsizləşdirilir.
14. Əllər çıxarılır əllər yuyulub qurudulur.

QULAĞA DAMCI TÖKÜLMƏSİ

Göstəriş: Orta qulağın iltihabı

Ümumi məlumat. Dərman vasitəsi təbil pərdəsinə təsir edərək. Ağrıların azalması və iltihabın qarşısı alınması üçün təyin edilir. Preparat bədən temperaturuna yaxın olmalıdır. Soyuq olduqda labirintin qıcıqlanma nəticəsində başgicəllənmə və qusma ola bilər. Damcılar qulağını xarici divarından axıdılaraq tökülür. İrinli otitlərdə damcı tökülməzdən əvvəl 35 –li hidrogen peroksid məhlulu damcıladılır (qızdırılmış) və təmizlənir. Daha sonra antimikrob, antiseptik maddələrdən ya da geniş təsirə malik (sofradeks, otinum və s) damcılardan istifadə olunur.

İş yerinin təchizatı: 1.Qulaq damcıları. 2. 3%- li hidrogen peroksid 3.Damcıları qızdırmaq üçün qab (isti suyla) 4. Termometr. 5. Steril pipetlər 6. Steril pambıq turundalar (qablaşdırmada) 7. Təchizat üçün kiçik sini 8. İşlədilməş material üçün kiçik sini. 9. Steril pinset 10. Əlcəklər. 11. İstifadə olunmuş təchizatı dezinfeksiya etmək üçün qablar.

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi.

1. Əllər yuyulur, qurudulur, əlcəklər geyinilir.
2. Sinilər, alət masası, bələmə döşəyi dezinfeksiya edilir. Əllər yuyulur, qurudulur.
3. Lazımı təchizatlar masaya çıxarılır.
4. Damcılar 36- 37^0 C -yə qədər qızdırılır.

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi.

1. Uşaq yan tərəfi üstə uzadılır.
2. Dərman vasitəsi pipetə yığılır
3. Sol əllə qulaq seyvanı çəkilir: 2 yaşa qədər aşağı və arxaya, 2 yaşdan yuxarı - yuxarı və arxaya . Beləliklə eşitmə kanalı düzləşir.
4. Pipet xarici dəlikdən salınaraq (xarici divardan axıtmaq) şərtilə dərman qulağa damcıladılır.
5. Pipet siniyə atılır.
6. Ağrı olmadıqda “ traqus” sıxılaraq dərmanın daxilə getməsi təmin edilir.
7. Turunda vasitəsilə artıq dərman təmizlənir.

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

8. Pipet zərərsizləşdirilir.
9. Əlcəklər çıxarılır, əllər yuyulub qurudulur.
10. Dərmanın daha yaxşı təsiri üçün xəstə 5-10 dəqiqə sağlam qulağa tərəf olmaq şərtilə uzanması məsləhətdir.

İNTUBASİYA VƏ ÜRƏK MASAJININ TEXNİKASI

İntubasiya (endotraxeal borunun daxili) - ağ ciyərlərin süni ventilyasasında (ASV) aspirasiyanın qarşısının alınması, tənəfffüs yollarının keçiriciliyini təmin etmək üçün keçirilir.

Traxeyanın iki növ intubasiyası məlumdur:

1. Orotraxeal (ağızdan daxil edilir)
2. Nazotraxeal (burundan daxil edilir)

Hansı intubasiyanın keçiriləcəyi və prosesin özü həkim tərəfindən yerinə yetirilir, prosedur tibb bacısı da yardım edir.Intubasiyanın orotraxeal növü daha çox istifadə olunur.

Manipulyasiyanın yerinə yetirilməsi üçün iş yerini prosedur tibb bacısı hazırlayır. Reanimasiya masasının isinməsi və işılandırılması, elektrosorucnun işlək vəziyyəti, larinqoskopun işıqlanması, doğru ölçüdə kateterin təminatı tibb bacısına aiddir. Endotraxeal boru (doğru ölçüdə), yapışqan lent (fiksasiya üçün) isidilmiş steril fizioloji məhlullar hazırlanır, dərman preparatları şprislərə yığılır (atropin, adrenalin, relanium).

Xəstə intubasiyaya hazırlanır: mədəsi təmizlənir, intubasiya önü həkim təyinatı yerinə yetirilir. Manipulyasiya vaxtı tibb bacısı həkimə yardım edir, daha sonra tibbi təchizatı dezinfeksiya edir.

Endotraxeal boruya qulluq qaydaları:

1. Endotraxeal borunun daxil olduğu dərinlik nəzarət altında saxlanılır. Borunun üzərindəki bölgü nömrəsi (ağıza daxil olan hissədəki) nəzarət vərəqindəkinə uyğun olmalıdır. Uyğunsuzluq atelektaz, pnevmotoraks, tənəffüs pozğunluğu sindromuna gətirə bilər.
2. Boru yapışqan lentlə etibarlı möhkəmləndirilir
   Oral intubasiyada –ağız bucağına
   Nazal intubasiyada- burun divarına
3. Vaxtaşırı traxeobronxial ağac və yuxarı tənəffüs yolları sanasiyası keçirilir kateter boruya rahat keçməlidir.
4. Endotraxeal borunun qatlanmasının və sıxılmasının qarşısı alınmalıdır.
5. Yapışqan lent təmiz və quru olmalıdır.Əks təqdirdə boru spontan olaraq çıxar.
6. Yapışqan lentin altında qalan dəriyə nəzarət edilməli. Qıcıqlanma varsa fiksasiyanın yeri dəyişilir,dəri işlənir.Yapışkanın kobud şəkildə çıxarılması da,dərini zədədləyə bilər.
7. Vaxtaşırı endotraxeal borunun dərinliyi və yerləşməsi haqqında nəzarət vərəqəsinə qeydiyyat aparılır.

Endotraxeal borunun çıxarılması–**ekstubasiyadan** sonra uşaq xüsusi nəzarət altında olmalıdır.

Ürəyin qapalı masajı (ÜQM) vasitəsilə qan dövranın bərpası:

1.Xəstə sərt bir yerə uzandılır.

2.Döş nahiyyəsinin təsir nöqtəsi təyin edilir: Yenidoğulmuşlarda və südəmər uşaqlarda döş vəzisi gilələ-

rini birləşdirən xətdən bir barmaq aşağı ,1-7 yaş arası orta 1/3- ni aşağı 1/3 dən ayıran sərhəddə (döş sümüyünün) 7 yaşdan yuxarı uşaqlarda xəncərəbənzər çıxıntıdan iki barmaq eni yuxari.

3. Massaj tətbiq olunacaq nahiyəyə barmaqlar (və ya əllər) yerləşdirilir. Yenidoğlmuşlarda başbarmağın ovuc səthi (və ya hər iki əlin baş barmağı)həmin nöqtəyə təmas edilərək, digər barmaqlarla döş qəfəsi çevrələnir; südəmər yaşlarda baş və şəhadət barmaqlarıyla; 1-7 yaşlar da əl darağının proksimal hissəsi ilə (barmaqlarla deyil); 7 yaşdan yuxarı –hər iki əllə (xaç şəklində əllər üst-üstə qoyularaq) yerinə yetirilir.

   Xəncərəbənzər çıxıntıya təzyiq yol verilməzdir, cünki qara ciyərin sol payı zədələnə bilər.

4. Döş sümüyünə təkanvari təzyiqlər edərək onurga sütununa doğru istiqamətləndirir və 0.5 san fasilə veririk (süni sistola). Arxasınca əllər rahat vəziyyət alır. (süni diastola)

   Təkanın gücü döş qəfəsinin möhkəmliyinə görə (gərginliyi) ölçülür. Təzyiq azalarsa effekt almaq mümkün olmaz, güclü təzyiq isə travmalara gətirib çıxarar. Amplitud və təzyiqlərin sayı yaşdan asılı olaraq dəyişir. Təkanla aradakı interval 1:1 olur. Ürək masajı çox vaxt ağ ciyərlərin süni vintenyasiyasıyla bir yerdə aparılır. ASV: ÜM=1:5

5. Prosedura başladıqdan 1 dəq sonra massajında effektivliyinə nəzarət olunur. Əgər böyük arteriyalarda pulsasiya varsa, bəbəklər daralmışsa, sianoz azalırsa effekt var deməkdir.

UŞAĞIN FİZİKİ İNKİŞAFININ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ. ANTROPOMETRİYA.

Uşağın fiziki inkişafının qiymətləndirilmsi, xəstəliklərin üzə çıxarılması (hidrosefaliya, distrofiya və b.). Dərman vasitələrinin dozlarının hesablanması üçün antropometriya keçirilir.

Bədən çəkisinin ölçülməsi səhər saatlarında qida qəbulundan əvvəl keçirilir. Uşağın çılpaq olması daha məqsədəuyğundur. Əgər uşaq paltarla çəkilibsə, sonradan paltarların çəkisi ümumi çəkidən çıxılır.

İki yaşa qədər uşaqlar südəmər uşaqların çəkildiyi tərəziylə ölçülür. (6 aya qədər uzanmış, 6 aydan sonra oturmuş vəziyyətdə)

Uşaqların boyunun ölçülməsi: 1yaşa qədər üfiqi boy ölçən yuxarı yaşlarda şaquli boy ölçənlə ölçülür.

Şaquli boy ölçənin üzərində iki şkala olur. Bunlardan biri ayaqüstə ölçü, digəri (soldakı) oturaq vəziyyətdə boy ölçmək üçün. Sol tərəfdə yerdən. 40 sm hündürlükdə açılıb – bağlanan oturacaq bərkidilmiş olur.

1 – 3 yaş arası uşaqlar sol şkala ilə oturacaqdan ölçülərək hesablanır.

Baş və döş qəfəsi dairəsinin ölçülməsi sm bölgülü lentlə aparılır. Erkən yaşlarda sadəcə sakit dövrdə, yuxarı yaşlarda sakit, nəfəsalma və nəfəsvermədə ölçülür. Uşaq və yeniyetmələrin fiziki inkişafını qiymətləndirilməsi üçün aşağıdakı göstəricilərdən istifadə edilir.

1. Somatometrik - bədən çəkisi və boyu, baş və döş qəfəsi dairəsi, otura vəziyyətdə boy
2. Somatoskopik - döş qəfəsinin forması, kürək,asagi ətraf, (ayaqla birlikdə) forması, duruş, piy qatı, cinsi yetişmə
3. Fiziometrik - ağ ciyərlərin həyat tutumu bilək -əl darağı dinamometriyası, gövdəni tuta bilməsi

Uşağın fiziki inkişafını qiymətləndirərkən individual göstəriciləri yaş standartları ilə müqayisə edilir. İnkişafın səviyyəsi və harmonikliyi **sentil metodla** daha rahat təyin edilir. (tək ölçülü və cüt ölçülü)

Cüt ölçülü sentil şkala (boy-çəki, boy-döş qəfəsi) uşağın inkişafı haqqında daha tam informasiya verir.

25 – 75 sentil öyrənilən əlamətin orta göstəricisi
10 – 25 "-----" "-----" "-----" orta aşağı göstərici
75 – 90 "-----" "-----" "-----" orta yuxarı göstərici
3 – 10 "-----" "-----" "-----" aşağı göstərici
9 – 97 "-----" "-----" "-----" yüksək göstərici

Erkən yaşlı uşaqların fiziki inkişafını düzgün qiymətləndirmək üçün baş dairəsinin ölçülərini də bilmək lazımdır.

Fiziki inkişafın sentil qiymətləndirilməsinin alqoritmi

1. Antropometriyanın keçirilməsi
2. 7 sentil zonadan hansına aid olduğunu müəyyənləşdirmək.
3. Fiziki inkişafın harmonikliyinin cədvələ görə təyini
4. Tibbi sənəddə yekun geydin aparılması: ölçülərin aparılması, uşağın yaşı, ölçü nəyicələri, mötərizədə sentil zonaların nömrəsi

Fiziki inkişafın hesablama metodu ilə qiymətləndirilməsi.

1.

❖ 1 yaşa qədər uşağın çəkisi:

6 aya qədər: m_0+800×n

m_0- uşağın anadan olan çəkisi, n-ayların sayıdır.

6 aydan sonra: m_0+4800+(n-6)×400

m_0-uşağın anadan olan çəkisi, n-ayların sayıdır.

❖ 2 – 11 yaş arası uşağın çəkisi

5yaş (19 kq) – 2 kq hər yaşa

5yaş (19 kq)+ 3kq hər yaşa

❖ 12 – 16 yaş = (yaş x 5) – 20 (çəki)

2.

❖ 1 yaşa qədər uşağın boyu 6ay (66 sm) – 2,5sm hər aya

6ay (66sm)+1,5 sm hər aya

❖ 1 – 6 yaş uşağın boyu 4yaş (100sm) – 8sm hər yaşa

4yaş (100sm) + 7sm hər yaşa

❖ 6yaşdan yuxarı boyu 8yaş (130sm) – 7sm hər yaşa

8yaş (130sm) + 5sm hər yaşa

3.

❖ 1 yaşa qədər uşağın döş qəfəsi dairəsi

6ay (45sm) – 2sm hər aya

6ay (45sm) +0,5sm hər aya

❖ 1 yaşdan sonra döş qəfəsi dairəsi

10yaş (63sm) – 1,5sm hər ilə

10yaş (63sm) + 3 sm hər ilə

4.

1 yaşa qədər başın dairəsi

6ay (43sm) – 1,5sm hər aya

6ay (43sm) + 0,5 sm hər aya

❖ 1 yaşdan yuxarı başın dairəsi

5yaş (50sm) – 1sm hər yaşa

5yaş (50sm) +0,6sm hər yaşa

5.

❖ Bədən səthi 1yaşda 0,43m^2 $S=\frac{(4m+7)}{(m+90)}$

1 yaşa qədər S=0,43-0,02n

n -1 yaşa çatmayan ayların sayı

1 yaşdan yuxarı S=0,43+0,06n

n -1 yaşdan artıq illərin sayı

10-17 yaşda $S=\frac{n-1}{10}$

6.

❖ Qida borusunun	uzunluğu	diametri
Yenidoğulmuşlarda	10sm	7-8mm
1 yaşlı uşaqlarda	12sm	10mm
10 yaşda	18sm	12-15mm

7.

❖ Mədənin tutumu	
Yenidoğulmuşlarda	30-35ml
3 ayında	90-100ml
1 yaşında	250-300ml

UŞAĞIN SİNİR - PSİXİ İNKİŞAFI

10 - 14 günlüyündən etibarən ilk şərti refleksin - yemək əsası qoyulur.

3 həftə - gözlərin hərəkəti, koordinasiya, uşaq əşyaları görməyə alışır.

2 ayda - hərəkətdə olan əşyalara fikir verir, əllərini hərəkət etdirir, başını qaldırır, səs tərəfə çevirir, qarın üstə olduqda döş qəfəsini qaldırır.

3 ayda - şaquli vəziyyətdə tutduqda nəzərini onu tutan şəxsə yönəldir, başını sərbəst saxlayır, səs gələn tərəfə çevrilir, gülümsəyir.

4ay - səs gələn tərəfi axtarır, gülür, ucadan səs çıxarır, başı üstündə asılmış oyuncaqları tutur. Arxası üstündən qarnı üstə çevrilir. Kerninq simptomu (fizioloji hipertonus) itir. Sutkada 20 saat yatır.

5 ay - yaxınlarını yad adamlardan ayırır, onlara reaksiya verir, oturur, oyuncaqları tutub saxlayır, baş barmağını ağzına aparır. Sutkada 16 – 18 saat yatır.

6 ay – ayrı - ayrı hecaları tələffüz edir (hə, nə, də), sərbəst oturur, butulkanı ağzına aparır, qaşıqla yeyir, yavaş - yavaş iməkləməyə başlayır.

7ay - uzun hecalar tənəffüs edir, iməkləyir, oturur, çarpayı kənarından tutub dayanır, əşyaları soruşduqda göstərir.

8ay - müxtəlif hecaları bərkdən tələffüz edir, çörək dilimini əlində tutur, qaşıqla yeyir, fincanı sərbəst tutur. Öyrəndiyi hərəkətləri təkrarlayır

9 ay - yerə tökülmüş əşyaları yığır, oyuncaqları tapır, böyüklərin xahişinə görə öyrəndiklərini edir. Əşyalardan tutaraq sərbəst gəzir.

10 ay - “topu ver”, “maşını ver” xahişlərini yerinə yetirir, itə “ham”, inəyə “moo” deyir.

11 ay - öyrəndiyi hərəkətləri edir: bədəni yellə, pişiyi göstər. Corablarını çıxarır, ayaqqabılarını geyinir. Bir əlindən tutanda sərbəst yeriyir.

12 ay - mayeni fincandan sərbəst içir, İlk addımlarını atır. 10-a qədər söz bilir. Tapşırıqları yerinə yetirir

2 - 3 yaş - söz ehtiyatı 200 - 300 - dür. Şəkildəki əşyaları və rəngləri seçir. Şeir yadda saxlayır. Sutkada 10 - 11 saat yatır

3 – 4 yaş - psixi inkişaf davam edir, çoxlu sual verir. Sutkada 11 -12 saat yatır.

5 – 7 yaş - psixi inkişaf daha da mükəmməlləşir, 100 - ə qədər sayır, kitab oxuyur, yazmağı bacarır .

7 – 8 yaş - məktəb dövrü, gecə yuxusu - 10 - 11 saat

HİSS ORQANLARININ (ANALİZATORLAR) İNKİŞAFI

Hiss orqanları periferik reseptorlar olub, siqnalların ətraf mühitden mərkəzə ötürülməsinə xidmət edir. Onlarin düzgün işləməməsi üçün periferik reseptorların, keçirici yolların və müvafiq qabıq mərkəzlərinin kifayət qədər yetişməsi və differensiyasi lazımdır.

Eşitmə: doğulandan var, lakin səsin istiqaməti 3 aydann itibarən təyin olunur. Xarici qulaq keçəcəyi dar olub sümük hissəsi yoxdur qığırdaq hissədən ibarətdir.

Görmə: işıq kəskin olduqda göz qapaqlarının örtülməsi ilk həftələrdə olur,əşyanın yaxınlaşmağına qarşı refleks 2 aydan, göz bəbəyinin ağrıya qarşı reaksiyası 3 -4 aydan, əşyaları fiksasiya etmə qabiliyyəti 3 aydan baş verir. 6 aylıqdan rəngləri seçir, 3 yaşdan düzgün adlandırır.

Dad: dad hissiyyatı erkən əmələ gəlir. (acı və şirinə reaksiya) Yenidoğulmuşlarda bu hissiyyat var. Sorma aktı ilə dad hissi sıx əlaqədardır.

Qoxu: Ilk aylarda kəskin iylərə reaksiya olur, çünki onlar üçlü siniri qıcıqlandırırlar. 4 aylıq körpə iyləri bir- birindən ayırır. Qoxu hissinin itiliyi uşaqlarda böyüklərə nisbətən zəifdir.

Toxunma: (Dəri ya da taktil hissiyyat): yaxşı inkişaf etsədə, bədənin ayrı-ayrı hissələrində eyni dərəcədə olmur. Ən həssas sahə ovucun içi, ayaların altı və üz dərisidir.

QAZÇIXARICI BORUNUN QOYULMASI

Qazçıxarma meteorizm zamanı yerine yetirilir. Mədə-bağırsaq qanaxmaları, kəskin iltihabı və xoralı proseslər (yoğun bağırsaqda), anusun ətrafında çatlar prosedura əks göstərişdir.

Ümumi məlumatlar: yenidoğulmuşlarda və 1 yaşa qədər uşaqlarda daha çox istifadə olunur. Daha yuxarı yaşlarda qazçıxarıcı boru meteorizmlə müşahidə olunan xəstəliklərdə istifadə olunur. Erkən yaşlarda və məktəbəqədər yaşda 15-30sm

uzunluğunda, məktəblilərdə 30-50sm-lik borulardan istifadə edilir. Boru ucu bağirsağa çatana kimi düz bağırsağa daxil edilir: südəmərlərdə 7-8sm

1-3 yaşda	8-10sm
3-7 yaşda	10-15sm
Məktəblilərdə	20sm

Boru bağırsaqda 30-60 dəq saxlanılır. 3-4 saat sonra prosedur tekrarlana bilər.

İş yerinin təchizatı: 1.Qazçıxarıcı boru; 2.Vazelin yağı; 3.Qazların çıxdığını kontrol etmək üçünsu dolu qab; 4.Biks; 5.Təchizat üçün kiçik sini; 6. İstifadə edilmiş təchizat üçün kiçik sini 7.Steril pinset; 8.Bələklər; 9.Maşın; 10.Əlcəklər; 11.Su keçirməz önlük; 12.Dezinfeksiyaedici məhlul dolu qablar

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi:

1. Əllər yuyulur,qurudulur,. Önlük, əlcəklər geyinilir.
2. Kiçik sinilər, alət masası, bələmə döşəyi dexzinfeksiya edilir, əllər yuyulur, qurudulur.
3. Alət masasının üzərinə lazımi təchizat çıxarılır.
4. Biksdən qazçıxarıcı boru pinset vasitəsilə çıxarılır.
5. Borunun üzərində daxilolma dərinliyi işarələnir.
6. Çarpayıya meşın sərilir, bələk çıxarılır. Bələklərdən biri qazçıxarcı borunun ucunu yerləşdirmək üçün, digəri uşağı qurulamaq üçün.

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi:

7. Uşaq soyundurulur, çarpayıya uzandırılır. Tibb bacısına kömək edən biri uşağın ayaqlarını qaldırır və o vəziyyətdə saxlayır. 6 aydan yuxarı uşaqlar sol böyrü üstə ayaqları qarnına tərəf yığılaraq uzandırılır.
8. Qazçıxarıcı borunun ucuna vazelin çəkilir.

9. Sol əllə qalçalar aralanır, sağ əllə dirəvi hərəkətlərlə boru işarə olunan yerə qədər daxil edilir.
10. Qazların çıxmasın nəzarət etmək.Bunun üçün boru su ilə dolu qaba daxil edilir.Suda qabarcıq lar varsa, qaz çıxır demeəkdir, çıxmırsa borunun yerini dəyişmək lazımdır(önə, arxaya)
11. Borunun ucu sudan çıxrılaraq bələk-mələfənin arasına qoyulur.
12. Saat əqrəbi istiqamətində qarın massajı etmək
13. Uşağın üstünü örtmək

Manipulyasiyanin son mərhələsi:

14. 30-60 dəq sonra boru çıxarılır.
15. Uşaq yuyundurulur, qurudulur. Vazelin yağı çəkilir (düz bağırsağın xarici dəliyinə). Uşaq geyindirilir.
16. İstifadə olunmuş pal-paltar çənə atılır.
17. İstifadə olunmuş qazçıxarıcı boru , önlük , maşın dezinfeksiya edilir.
18. Əlcəklər çıxarılır, definfeksiya edilir, əllər yuyulur, qurudulur.

İSTIQAC VƏ BUZ QOVLUĞUNUN QOYULMASI QAYDASI

İstiqac qoyulmasına göstəriş: yarımçıqdoğulmuşların isidilməsi, spastik xarakterli ağrılar, iltihab ocaqlarının və hematomların sorulması.

Əks göstəriş: qarın nahiyəsində kəskin iltihabı proseslər (appendisit, xolesistit, pankreatit) şişlər qanaxmalar

Ümumi məlumat: quru istilik saya əzələlərin reflektor bosalmasini, daxili orqanlara qan daxil olmasını artırır, ağ-

rıkəsici və sorucu təsirə malikdir.İstiqacın effekti temperaturdan və davametmə müddətindən asılıdır.

Uzunmüddətli prosedurlarda dəri yanıqları ola bilər. Yarımçıqdoğulmuşların mikrosirkulyasiya pozulmalarında, az çəkili və ya yarımçıq doğulmuşlarda, hipotrofiyalarda, dəri həssaslığı olanlarda xüsusi ehtiyatlı olmaq lazımdır.

İş yerinin təchizatı: 1. Rezin istiqac; 2. İliq su; 3. Termometr; 4. Dəsmal; 5. Dezinfeksiyaedici məhlul

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

1. Əllər yuyulur, qurudulur
2. İstiqacın 2/3 hissəsi 60-70^{0}C qızdırılmış su ilə doldurulur. Yarımçıqdoğulmuşlarda 45^{0}C
3. Boğazında su görünənə qədər istiqacı sıxıb havasını çıxarmaq
4. Ağzını möhkəm bağlamaq
5. İstiqacı qurulamaq
6. Yenidən sıxaraq suyun sızıb-sızmadığını yoxlamaq
7. 4qatlı mələfəyə bükmək

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi

8. İstiqac təyin olunmuş nahiyəyə qoyulur
9. Yarımçıqdoğulmuşların hipotermiyasında istiqacların biri ayaqlarının altına ,2-ci istiqac isə bədədnin iki tərəfindən bədəndən 10sm aralı qoyulur.
10. Uşağın üstü örtülür
11. İstiqaclar növbələşərək dəyişdirilir.

Manpulyasiyanın son mərhələsi:

12. prosedur bitdikdən sonra istiqacdakı su boşaldılır.
13. İstiqacın üstü dezinfeksiya edilir.

Buz qovuğunun qoyulmasına göstəriş: asfiksiya və mərkəzi sinir sisteminin perinatal zədələnməsi, 38^0 C tem-

peratur və daha çox qızdırmalarda, qarın boşluğunun kəskin iltihabı prosesləri, kəllə travmaları, əzilmələr (ilk sutkalarda), həçərat dişləmələri.

Ümumi məlumatlar: Quru soyuq beyin hüceyrələrinin oksigenə tələbatını azaldır. Dəridəki qan damarlarını daraldır (eyni zamanda daxili orqanların və dərində yerləşən digər damarları), periferik reseptorların həssaslığın azaldır.

Asfiksiyada, mərkəzi sinir sisteminin perinatal zədələnmələrində, kəllə-beyin travmalarında buz qovuğu təyin olunmuş nahiyədən 2–3 sm aralı 20–30 dəqiqə müddətnə asılır. Prosedur təkrarlandığı zaman 10 – 15 dəqiqə ara verilir.

Qarın boşluğunun kəskin iltihabı proseslərində, əzilmələrdə həşərat dişləmələrində buz qovluğu mələfəyə bükülərək lazımı nahiyəyə qoyulur (5–10 dəq müddətinə - 30 dəq fasilə ilə

İş yerinin təchizatı: 1. Buz üçün qovluq; 2. Buz parçacıqları; 3. Mələfələr; 4. İstifadə olunmuş təchizat zərərsizləşdirmək üçün dezinfeksiya məhlulu

Manpulyasiyaya hazırlıq mərhələsi:

1. Qovluğun buzla doldurulması.
2. Qovluqdan havanı boşaltmaq.
3. Tıxacın möhkəm bağlanması

Manpulyasiyanın əsas mərhələsi:

4. Buz qovluğunun asılması və ya lazımı nahiyəyə qoyulması
5. Təkrari prosedurda fasilə verilməli

Manpulyasiyanın son mərhələsi:

6. Prosedur bitdikdən sonra qovluğun üzəri zərərsizləşdirilməlidir.
7. Əllər yuyulur, qurudulur.

TƏNƏFFÜS YOLLARINDAN VƏ BURUNDAN SELİYİN SORULMASI

Tənəffüs yollarının sanasiyası (aspirasiya) dedikdə yuxarı tənəffüs yolları və traxeobronxial ağacın içindəki patoloji möhtəviyyatın kənarlaşdırılması nəzərdə tutulur. Buna göstəriş xəstənin müstəqil olaraq möhtəviyyatı xaric edə bilməməsidir.

Aspirasiya burun, ağız–udlaq,traxeya və bronxlardan aparılır. Bu prosedurda individual sorucular, yumsaq başlıqlı rezin balon, aspiratorlardan istifadə edilir. Prosedur aspiratorla aparıldığı zaman kateterdən istifadə edilələrsə, daha effektli olar. Aspiratorlar durulaşdırma aparır, daha sonra möhtəviyyatı katetrlə birləşdirici boruya oradanda toplama qabına yığılır. Katetrlərin təyinatından asılı olaraq onlar müxtəli uzunluğa, diametrə, dəlik sayına və əyrilik formasına malikdir. Vakuum nəzarəti olan kateterlər daha rahatdır.

Qatı və suvaşqan möhtəviyyat proseduru çətinləşdirdiyi üçün qələvi və duzlu – qələvi ilıq inhalyasiyalarla ifrazatı durulaşdırırlar.

Çətin ayrılan selikləri kənarlaşdırmaq üçün endotraxeal və ya traxeostomik borudan sanasiyadan əvvəl (yaşdan asılı olaraq) 0,25 -5 ml steril izotonik Nacl məhlulu yeridilir.

Texniki pozğunluqlarda ağırlşmalar ola bilər: hipoksemiya, atelektaz, toxuma zədələnmələri, infeksiyalaşmalar, intubasion borunun təsadüfü düşməsi.

Tənəffüs yollarının sanasiya qaydaları. Ağırlaşmaların profilaktikası

1. **Hpoksemiya və atelektazın** qarşısını almaq üçün prosedurun vaxtını südəmərlərdə 5 san, böyüklərdə 15 san –dən keçirməmək: aspirasiya kateterin diametinin düzgün seçilməsi (kateterin xarici diametri tənəffüs yollarının yarısı qədərini tutmalıdır); aşağı tənəffüs yollarının sanasiyasında, eyni zamanda ağır xəstələrdə prosedurdan əvvəl, fasilələrdə və bitdikdən sonra oksigen verilir.
2. **Toxuma zədələnməsi** kateterin kobud şəkildə və təkrar daxil edilməsi, uzun fasiləsi aspirasiyalarda, yüksək mənfi təzyiqin istifadəsində, sərt kateterlərin istifadəsində əmələ gəlir. Kateterlərin selikli qişaya yapışmamasının qarşısını almaq üçün yan dəlikləri olan kateterlərdən istifadə edilməlidir.
3. **İnfeksiyalaşmanın** qarşısının alınması üçün steril kateterlərdən istifadə olunmalıdır. Aseptika qaydalarına riayət edilməli, burun, ağız –udlaq, traxeya və bronxlar üçün fərqli kateterlərdən istifadə edilir.
4. **Endotraxeal borunnun düşməməsi** üçün manipulyasiya iki nəfər tərəfindən keçirilir: biri ağ ciyərlərin ventilyasiyası və borunun fiksasiyasını, ikinci ifrazatın aspirasiyasını yerinə yetirir.
5. **Urək aritmiyasını** aspirasiya öncəsi oksigenin verilməsi ilə qarşısını almaq olar.

Elektrosorucu vasitəsilə sanasiya:

İş yerinin təchizatı: 1. Elektrosorucu və birləşdirici borular. 2.Oksigenin verilməsini təmin edən sistem. 3.Ste-

ril aspirasiya kateteri. 4.Kateteri nəmləndirmək üçün steril məhlullar. 5. Steril salfetlər və tamponlar. 6. Steril pinset 7. İstifadə olunmuş material üçün pinset. 8. Təchizat üçün kiçik sini. 9.İstifadə olunmuş material üçün kiçik sini. 10.Əlcək, maska 11.Personalın ələrini təmizləməsi üçün antiseptik məhlul. 12. Manipulyasiya masası. 13. Alət və təchizatın təmizlənməsi üçün dezinfeksiya edici məhlul

Manpulyasiyaya hazırlıq mərhələsi:

1. Əllər iki dəfə sabunlanaraq yuyulur. Birdəfəlik salfetlə qurudulur. Əlcəklər geyinilir.
2. Alət masası, kiçik sini deinfeksiya edilir. Əllər əlcəklərdə suyun altında sabunla yuyulur, qurudulur.
3. Lazımı təchizat masaya yığılır. Steril material qablaşdırmadan açılır (istifadə tarixinə baxıldıqdan sonra)
4. Elektrosorucunun toplama qabı dezinfeksiya məhlulu ilə doldurulur, elektrosorucunun işə hazırlığı yoxlanılır.
5. Uşaq uzandırılır.

Manpulyasiyanın əsas mərhələsi: - Yuxarı tənəffüs yollarının sanasiyası

6. Qablaşdırmanın hermetikliyi və istifadə tarixi yoxlandıqdan sonra kateter çıxarılır.(dezinfeksiyaedici məhluldan çıxarılır)
7. Kateter elektrosorucunun birləşdirici borusuna birləşdirilir. Kateterin bir ucu salfetlə tutulur, digər ucu birləşdirilir.(sorucuya)
8. Kateter sağ əldə salfetlə tutulur (yazı qələmi kimi daxil olunacaq nahiyyədən 3-5 sm aralı)

9. Katater nəmləşdirilir.
10. **Ağızdan sanasiya:** kateter udlağın arxa divarına toxunmadan ağızdan daxil edilir. Az çəkili uşaqlara prosedurdan əvvəl burundan 0,5 ml izotonik NaCl daxil edilir.

Burundan sanasiya: kateter ehtiyatla önə və aşağı (aşağı burun yollarından) 4 – 6 sm boyunca dairəvi hərəkətlərlə daxil edilir. 1200 qramdan az çəkiyə malik yenidoğulmuşlrda brakardiya səbəbindən burundan kateter salınmır.

11. Elektrosorucu işə salınır. 5–15 san müddətində kəsik – kəsik aspirasiya aparılır. Sanasiya prsesi möhtəviyyat tam boşalana qədər davam etdirilir.
12. Kateter tez çıxarılır. Ağır vəziyyətdə olan xəstələrə nəmləndirilmiş oksigen verilir.

Endotraxeal boruyla sanasiya

Manpulyasiyaya hazırlıq mərhələsi:

1 – 5. Elektrosorucu vasitəsilə sanasiya
6. Əllər əlcəkdəykən antiseptiklə işlənir.
7. Həkim təyinatı ilə premidikasiya keçirilir.
8. Aspirasiyaya 2-3 dəqiqə qalmış oksigenin konsentrasiyası tənəffüs qarışığında 100%-ə qədər artırılır.
9. Kateter istifadə tarixi yoxlanıldıqdan sonra hermetik qablaşdırmadan çıxarılır.
10. Elektrosorucunun birləşdirici borusuna qoşulur.
11. Kateter sağ əldə yazı qələmi kimi salfetlə tutularaq, daxil ediləcək nahiyədən 3-5 sm məsafədə hazır vəziyyətə gətirilir.

12. Kateter daxil edilir, 5-15 san müddətində kəsik–kəsik aspirasiya aparılır. Kateter endotraxeal boruya rahat keçməlidir. Yenidoğulmuşlarda kateterin daxilolma uzunluğu 7-14 sm olmalıdır.
13. Kateter tez xaric edilməlidir.
14. Qanda oksigenin miqdarı normalaşana qədər yüksək konsentrasiya qorunur.

Manpulyasiyaya hazırlıq mərhələsi:

15. Aspirasiya edilmiş möhtəviyyatın həcminin və xarakterinin qiymətləndirilməsi. Həkim təyinatı ilə materialın mikrobioloji yoxlamaya göndərilməsi.
16. İstifadə edilmiş kateter dezinfeksiya məhlulunda zərərsizləşdirilir. (yuyulduqdan sonra). Bütün istifadə olunmuş təchizat dezinfeksiya edilir.
17. Xəstəlik tarixində sanasiyanın vaxtı, tezliyi, möhtəviyyatın xarakteri, uşağın reaksiyası qeydə alınır.

Oksigenoterapiya

Müxtəlif mənşəli hipoksiyaların aradan qaldırılması üçün göstərişdir.

Oksigen verilməsinin inhalyasion, qeyri-inhalyasion və hiperbarik metodları mövcuddur. Ən geniş yayaılanı **inhalyasion metoddur.** Oksigenin inhalyasiyası maska, başlıq (kalpak), örtük (tent) və kateterlə olur. Yarımçıqdoğulmuşlara oksigen küveze verilir. Əgər yuxarıdakı metodlar effektiv olmazsa, o zaman nəfəs vermənin daimi müsbət təzyiqli müstəqil tənəffüs metodundan istifadə edilir. Bu metod maska,endotraxeal boru və s. vasitəsilə yerinə yetirilir.

Qeyri inhalyasion metodlara oksigen kokteylləri, bağırsaqlara oksigen verilməsi və s. aiddir.

Hiperbarik metodda 1 atmosferdən yüksək oksigen təzyiqindən istifadə olunur. Bu prosedur barokameralarda aparılır. Orda qulaq, iltihabı eşitmə borularında keçiricilik pozğunluqları, burun-udlaq, burun ətrafı ciblərdə iltihab, qıcolma, klaustrofobiya və s. əks göstərişdir. Oksigenoterapiya 30-60 dəq-lik seanslarla və ya fasiləsiz aparılır. Sianoz yox olduqda, hemodinamika normallaşdiqda, qələvi–turşu vəziyyəti və qanın qaz tərkibi düzəldikdə oksigenterapiya effektiv hesab olunur. Oksigenoterapiyanın ağırlaşmalarına oksigen intoksikasiyası, tənəffüsdayanması, hiperkapniya, ventilyasiyanın həcminin aşağı düşməsi aiddir. Kəskin oksigen intoksikasiyasının ilkin əlamətləri: nəbzin və tənəffüzün reflektor tezləşməsi, narahatlıq, ürəkbulanma, başgicəllənmə, başağrısı zəiflik,-görmənin pozulması, paresteziya, qıcolmalar.

Xroniki intoksikasiya: yanma,ağızda quruluq, traxeobrouxit əlamətləri (quru öskürək, döş arxası ağrılar, tənəffüzün tezləşməsi, bədən temperaturunun artması). Bunların qarşısını almaq üçün qaydalara riayət edilir.

Oksigenoterapiyanın qaydaları: 1.Həkimin təyin etdiyi oksigen konsentrasiyası ciddi gözlənilməlidir. Normada 30-40%, qisamüddətli terapiyalarda 90-100% oksigen konsentrasiyası kəskin hipoksiyalarda effektivdir. Təyin olunmuş konsentrasiyanın artırılması ağciyər və mərkəzi sinir sisteminin toxumalarına toksiki təsir göstərir, tənəffüsün dayanmasına, görmənin itməsinə,tənəffüs yollarının selikli qişalarının qurumasına gətirib çıxara bilər.

2.Oksigenin nəmləndirilməsini təmin etmək. Quru oksigen tənəffüs yollarının selikli qişalarını zədələyir, ifrazat və bakteriyaların təmizləmə mexanizmini pozur.

Oksigenin nəmləndirmə metodları:

a) Bobrov aparatı ilə nəmləndirmə (50%-ə qədər çatır)

b) Aerozollar vaitəsilə nəmləndirmə (100%-ə çatır)

3.Oksigenin isidilməsini təmin etmək. İdeal halda oksigen bədən temperaturuna qədər qızdırılmalıdır. Ağ ciyərlərin suni ventilyasiyası aparatlarında oksigenin qızdırılması layihə olaraq təmin edilmişdir.

4.Həkimin təyin etdiyi oksigenin verilmə müddəti nəzarətdə saxlanılır. Uzunmüddətli seanslar, hətta azkonsentrasiyalı olsa belə toksiki effektlər verə bilir.

5.Qaz qarışığının təmizlənməsini təmin etmək. Texniki təhlükəsizlik qaydalarına riayət etmək.

VENA DAXİLİ İNYEKSİYALAR VƏ İNFUZİYALRIN APARILMA TEXNİKASI. SİSTEMİN HAZIRLANMA QAYDASI

Analizlər üçün qanın alınması, dərman preparatlarının daxil edilməsi vena daxili inyeksiyalara, (venapunksiya) göstərişdir. Venalara kateter qoyulması isə mayelərin və dərman maddələrinin damcı ya da şırınqa vasitəsilə birbaşa daxil edilməsi üçün nəzərdə tutulur. İnyeksiya və infuziyaların yerinə yetirilməsi aşağıdakı qaydalarla aparılır.

1. Uşağın individual xüsusiyyətlərini öyrənmək. Kimya terapiyalarında və transplantasiyalarda xəstələrin immuniteti aşağı olur və infeksiyaya həsas olurlar. Hemofiliyalı xəstələrdə kateterin trombozu müşahidə

edilə bilər. Həyacanlı və süurunu itirmiş xəstələrdə, erkən yaşlı uşaqlarda kateterin damardan çıxması halları baş verdiyi üçün xüsusi yanaşmaya ehtiyac var. Xəstə şok vəziyyətində olarsa da kateterin damardan çıxma ehtimalı var.

2. Uşağa psixiloji hazırlıq keşirmək. Uşağın etimadını qazanmaq.
3. Punksiyanın yeri seçilir. (mərkəzi və ya periferik damar) Uşaqlarda boyun venaları, yuxarı və aşağı ətraf venaları baş venaları punksiya edilə bilər. Daha damarlardan biri dirsək çuxurundakı venalardır. Distal damarlar daha məqsədəuyğundur. İki punksiya yeri təyin etmək yararlı ola bilər. (kritik hallar üçün)
4. Kateterin ölçüsünü seçmək. Damara uyğun seçilir. İmkan daxilində daha kiçik diametrli kateter və geniş vena məsləhət olunur. Kateterin diametri çox olduqda damarın daxili divarını zədələyərək tromblaşmaya gətirib çıxarır. Kateter uzun və diametri kiçik olarsa, infuziya zəif cərəyan edər.
5. İnfuzion sistemə elementlər seçilir.
6. Punksiyanın texnikasına riayət etməli, travmaarın olmasına səbəbiyyət verilməlidir. Damarın arxa divarının dəlinməsi (hematomanın əmələ gəlməsi), iynənin və ya kateterin ucunun çıxması qəbul edilmədir. Kateter fiksasiya edilməlidir.
7. İnfuzion məhlulların birgə yeridilməsinin təhlükəsizliyini təmin etmək. Eyni zamanda bir neçə məhlulun infuziyası onların uyumsuzluğuna gətirə bilər. Bu

zaman biz çöküntünün əmələ gəldiyini görə bilərik. Belə olmasın deyə həmin məhlullar fərqli vaxtlarda və ya fərqli kateterlərlə daxil edilir. Eyni damar magistralından müxtəlif məhlullar daxil ediriksə, o vaxt həlimin təyinatına görə aralarında heparin vurmaq məsləhətdir.

8. Təyin olunmuş yeridilmə sürəinə, məhlulun həcminə və verilmə müddətinə riayət etmək. Mikrosirkulyasiya pozğunluqları olan uşaqlara dərman preparatları çox yavaş (damcı yolu daha uyğundur)

Vena daxili terapiyalar uzun müddət davam etdikcə, ağırlaşma təhlükəsi də artır. Uzunmüddətli infuziyalarda mərkəzi venoz girişlərindən istifadə edilir.

9. Tibbi personalın şəxsi təhlükəsizliyini təmin etmək. Bunun üçün infeksiyalaşmış təchizat və alətlərlə işlərkən qaydalara riayət etmək lazımdır. İstifadə olunmuş təchizat birdəfəlik konteynerlərə yığılır, dolduğu zaman zərərsizləşdirilir.

Ağırlaşmalar və qarşısının alınması: İnfeksiyalaşmanın profilaktikası məqsədilə aseptika qaydalarına dəqiq riayət etmək lazımdır. Xüsusi diqqəti alət və təchizatın sterilliyinə və əllərin təmizliyinə verməliyik. Əllər və dırnaqlar təmiz, əlcəklərlə mühafizə olunmalıdır. Əllərdə yara və əziklər olduqda hermetik sarğı ilə sarılır.

İnfeksiya uşağın orqanizminə punksiya zamanı, kateter daxil edildikdə, daxil edilən məhlulun infeksiyalaşması zamanı, müxtəlif birləşmələrdən (sistem birləşmələri) keçə bilər.

Punksiya olunacaq nahiyə deşiləcək nöqtədən kənarlara doğru dərini zədələmədən yerinə yetirilir. Bunun üçün pambıq və yundan istifadə etmək olmaz. Çünki lif qırıntıları qopub infeksiya mənbəyinə çevrilə bilər. Dəri işləndikdən sonra iki dəqiqə müddətində qurumağa buraxılır, təmizlənən sahə isə sarğıdan daha geniş olmalıdır. Steril olmayan əllərlə punksiya olunacaq nahiyəyə toxunmaq olmaz.

Düzgün qoyulmuş steril fiksasiyaedici sarğı da kateterlə punksiya olunmuş nahiyəyə mikrob düşməsinin qarşısını alır. İki cür sarğı möhcuddur.

1. İzolyasiya edilmiş sarğılar–sukeçirməz, şəffafdır. Bu sarğıların əskik tərəfi altına qan və maye yığıldığı üçün mikroorqanizmlərin aktivləşməsinə zəmin yaradır.
2. Hermetik olmayan sarğılar tənzifdən hazırlandığı üçün altına nəm toplanır, bəziləri isə bakteresid xassələrə malikdir. Buna görə də daha çox istifadə olunur.

Venoz girişin infeksiyalaşmasının qarşısını almaq üçün infuzion sistemin elementlərinə əllərlə toxunman minimama endirmək, steril təchizatdan istifadə etmək vacibdir. Qan, qan əvəzedicilər, lipid emulsiyaları köçürürkən, sepsisə şübhə olduqda 24–48 saatdan bir normalda isə 48–72 saat ərzində infuziya sistemi dəyişilir.

❖ Venaların iltihabı (flebit) kimyəvi qıcıqlanmaların və mexaniki zədələnmələrin nəticəsi ola bilər. İltihabi reaksiya həm də kateterin hazırlandığı materiala da ola bilər. Flebit ən çox uzun müddətli kateter istifadəsində yaranır.

Kimyəvi qıcıqlanma verən məhlulları izotonik məhlulla həll edilərək mərkəzi venoz qapıdan daxil etdikdə ağırlaşmanın qarşısını almaq olar.

Hematomanın əmələ gəlməsi: Atravmatik punksiya vasitəsilə bunun qarşısı alına bilər. Yaxşı hiss edilən venalar punksiya edilir, damarın arxa divarının dəlinməsindən qaçınılır. Hemostazın qarşısını almaq üçün iynə çıxarıldıqda quru tompon bir neçə dəqiqəliyə həmin nahiyəyə sıxılaraq saxlanılır. Punksiya bitdikdən sonra ətrafları yuxarıya qaldırmaq məsləhətdir.

- **Hava emboliyası:** heç bir boruda hava qalmaması bunun qarşısını alır.
- Tromboemboliya və venaların trombozu: sərt kateter istifadə etdikdə və eyni venanın təkrar punksiyasında inkişaf edir. Kateterin ölçüsü düzgün seçilmədiyində yaxşı möhkəmlənmədikdə damarın daxili divarını zədələyir, trombun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Trombu xaric etmək üçün kateterin yuyulması təhlükəlidir. Qopan tromb ağ ciyər arteriyasına və ya ürəyə düşə bilər. Tromblaşan kateter çıxarılmalıdır.
- **Məhlulun infiltrasiyası:** (dərialtı toxumada) kateterin qeyri–düzgün vəziyyətində və ya damar zədələnmələrində olur. Belə vəziyyət yaranarsa, kateter çıxarılır.
- Venaların spazmına çox az rast gəlinir və adətən öz – özünə keçir.

İNYEKSİYANIN NÖVLƏRİ

Dərman vasitələrinin parenteral yolla daxili daha effektivdir, çünki ağızdan verildiyində dərmanlar həzm şirələrinin təsirindən parçalana bilir.

Əgər dəridə, dərialtı piy qatında və yenidoğulmuşlarda inyeksiyalarda flebit varsa, inyeksiya əks göstərişdir.

Dəridaxili inyeksiyalar bazu nahiyəsinin orta 1/3 -nin daxili səthinə, çiynin yuxarı 1/3 -nin xaricinə, dərialtı inyeksiyalar çiyinin xarici səthinə, kürəkaltı nahiyəyə qarın nahiyyəsinə, yenidoğulmuşlarda budun orta 1/3 –nin ön – xarici səthinə, əzələdaxili inyeksiyalar qalçanın yuxarı-xarici 1/4 -ə, çiyin və bud nahiyəsinə vurulur.

Qaydalara əməl olunmadıqda ağırlaşmalar baş verir. Abses, fleqmona, parez (paralic), əzələ və sümük üstlüyünün zədələnməsi, nekrozu, emboliya bunlara aiddir.

İrinli ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədilə sterilliyə riayət edilməli, antiseptik və dezinfeksiyaedici vasitələrdən istifadə edilməlidir. Dərmanların həlli, şprisə çəkilməsi, həll olunmuş məhlulların saxlanma qaydaları və istifadəsində aseptikaya dəqiq riayət edilməlidir.

Şprisin iynəsi sinirə toxunarsa, parez, ağır hallarda iflic nəticələnir.

Əzələ və sümük üstlüyünün zədələnmələri həmin nahiyənin iltihabına gətirib çıxarır. Dərialtı piy qatı, əzələlərin yerləşməsi haqqında müfəssəl məlumat iynəni daxilə hansı ölçüdə daxil edəcəyimiz haqqında fikir verir.

İnyeksiya zamanı qanın görülməsi hematomaya işarə ola bilər. Bu zaman şprisi biraz daxilə, ya da xaricə yerini dəyişmək lazımdır.

İnfiltrat və nekrozların qarşısını almaq üçün preparatların instruksiyasını öyrənmək lazımdır. Məsələn əzələ daxilinə olan preparat dəri altına vurulduqda, vena daxilinə olan preparat əzələ daxilinə və ya dəri altına vurulduqda baş verir.

İynə sınmasının qarşısını almaq üçün iynənin 1/3 hissəsi xaricdə qalmalıdı.

İNYEKSİYANIN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ VƏ HAZIRLIQ QAYDALARI

1. Təyinat vərəqəsi dəqiqliklə öyrənilməli. Anlaşılmazlıq olarsa, həkimə müraciət etmək
2. Dərman vasitəsinin qablaşdırmadakı adı, ölçü vahidi, istifadə müddəi, saxlama qaydaları, xüsusi qeydlər oxunmalı.
3. Dərman vasitəsi qurudursa, qablaşdırmadakı həlledici və ya steril distillə suyu ilə həll edilir vena daxilinə inyeksiyalarda NaCl-un izotonik məhlulundan da istifadə olunur. "Həll etdikdən sonra çalxalamaq olmaz" qeyd olunmuşsa (instruksiyaya görə) o zaman flakon ehtiyatla çevrilərək quru maddənin həllinə nail oluruq. Qızdırılması lazım olan dərmanlar həlledici flakona daxil edildikdən sonra 40-42^0 C temperaturdakı suda 1- 2 dəqiqə saxlanılır. Daha sonra flakonun qapağı dezinfeksiya məhlulunda isladılmış steril tamponla silinir və yeni steril iynə ilə məhlul şprisə çəkilir.

Flakonda həll olunmuş dərman vasitəsi qaldığı halda tibb bacısı dərmanın nə vaxt və hansı dozada həll edildiyi haqda məlumat qoymalı, altına imza atmalıdır. Açıq ampulaların istifadəsinə icazə verilmir. Eyni ampuldan bir neçə xəstəyə dərman yığmaq olar.

4. Uşağın asılı olaraq dərialti piy qatı da nəzərə alaraq inyeksiyanın vurulacağı yer seçilir.
5. Yaşından asılı olaraq, lazım gəldiyində uşağa psixoloji hazırlıq keçirilir.
6. Qan damarlarının, sinirlərin və sümük toxumasını bədən səthinə yaxın olması inyeksiya zamanı nəzərə alınmalıdır. Dərialti piy qatı zəif inkişaf etdikdə, az çəkili, yarımçıqdoğulmuş və hipotrofiyalı uşaqlara dərialti inyeksiyalar vurmaq üçün dərini büküş vəziyyətinə gətirmək lazımdır, İynə dəriyə horizontala yaxın əzələ daxili inyeksiyalarda isə dəriyə 30^0 bucaqla daxil edilir.

Yağlı məhlulların əzələ daxili və dərialti inyeksiyaları vaxtı iynənin damara düşmədiyindən əmin olmaq lazımdır.

ANTİBİOTİKLƏRİN HƏLL EDİLMƏSİ

İnfeksiya üçün buraxılan antibiotiklər rezin tıxacla hermetik bağlanmış flakonlarda, daha çox quru halda. Ya da ampullarda məhlul şəklində buraxılır.

Əzələ daxilinə nəzərdə tutulmuş antibiotikləri həll etmək üçün steril distillə suyu, Nacl-ın izotonik məhlulu, 0,25% və 0,5%-li novokain məhlullarından istifadə olunur.

Az yaşlı uşaqlarda antibiotiklər 1:1 nisbətində, yəni 100000V antibiotik - 1 ml həllediciylə həll edilir. Daha böyük uşaqlarda 2:1 nisbətində, 100000 V antibiotik 0,5 ml həlledici götürülür.

Az çəkili uşaqlarda antibiotiklərin həll edilməsi xüsusi diqqət tələb edir. 1500q -a qədər uşaqlara əzələ daxili inyeksiyalar. 0,5 ml məhlul, 1800 –2000 q çəkili uşaqlara isə 1 ml-dən artıq olmamaq şərtilə vurulmalıdır.

Vena daxilinə vurulan məhlulun miqdar əzələ daxilinə vurulan məhlulun miqdarından 2-3 dəfə çox olmalıdır.

Antibiotikləri həll etmək üçün həlledicinin miqdarının hesablanması:

1. Təyinat vərəqinə əsasən antibiotikin dozunun təyini.
2. Antibiotikin üstündəki etiketi oxuyaraq flakondakı antibiotikin miqdarını müəyyən etmək.
3. Həlledicinin miqdarını ml–lə hesablamaq Antibiotiki həll etmək üçün lazım olan həlledicinin miqdarı x (ml) = flakondakı antibiotikin miqdarına. Flakona x ml həlledici vurulur. Uşağa 1 ml hazır antibiotik məhlulu yeridilir.

Uşağa vurulan antibiotik məhlulu miqdarının (ml) hesablanması

4. Təyinat vərəqinə görə antibiotikin dozasının təyini
5. Antibiotikin üzərindəki etiketi oxuyaraq, 1ml məhluldakı antibiotikin dozunu dəqiqləşdirmək
6. Ölçü vahidlərini (mq, q) uyğunlaşdırmaq.
7. Antibiotik məhlulunun miqdarının ml-lə hesablanması. Antibiotikin miqdarı y (ml) = antibiotikin dozu (həkimin təyinatı) 1ml-dəki antibiotikin dozu.

ASFİKSİYA: TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM

Ən əvvəl tənəffüs yollarının keçiriciliyi təmin olunur: selik, qan, qusuntu kütləsindən təmizlənir. Yad cisim şübhəsində döş qəfəsinin aşağı nahiyəsi sıxılaraq çıxarılır. Daha sonra burundan rezin kateter keçirilir. Süni tənəffüs aparatına qoşularaq hospitalizasiya edilir. Kəskin tənəffüs çatışmazlığında ürək qlukozidləri, eufillin, diuretiklər, qan əvəzedicilər, qlukosteroidlər simptomlara əsasən istifadə edilir.

Bronxial astma xəstəliyi olanlarda asfiksiya inkişaf etdikdə, izotonik məhlulda adrenalin vurulur. Terapevtik tədbirlərlə yanaşı asfiksiya davam edərsə süni ventilyasiyaya qoşulmalıdır.

ANAFLAKTIK ŞOK ZAMANI TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM

- ❖ Yardım etmədə taktika
- ❖ Allergiyanın orqanizmə daxil olmasının qarşısını almaq
- ❖ Respirator dəstək təminatı
- ❖ Şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi

Şokun klinik əlamətlərindən asılı olararaq (kollaps, bronxospazm və b.) simptomatik terapiyanın aparılması. Tez təsirli dərman maddələrinin vena daxilinə təyini daha məqsədə uyğundur.

Anaflaktik şokun əsas sindromları və həyatı təhlükə aradan qaldırıldıqdan sonra xəstə (uşaq) hospitalizasiya edilir.

İş yerinin təchizatı: 1.Dərman vasitələri: vazopressor preparatlar, kristalloid və kolloid məhlullar (albumin, poliqlikin, jelatinol izotonik məhlullar), kortikosteroidlər, salbutamol, eufillin, B stimulyatorlar, antihistaminlər, ürək qlükozidləri, qıcolmaya qarşı preparatlar. 2.Şprislər, iynələr, sistemlər, kataterlər, dərman dozatorları, 3.Tənəffüs yollarının sanasiyası üçün təchizat, 4.Oksigen verilməsi üçün təchizat, 5.Traxeyanın punksiyası üçün xüsusi iynə, 6.Elektrostimulyatorlu defibrilyator, 7.Tonometr, 8.Jqut, 9.Buz qovuğu

Həkiməqədər tibbi yardım

1. Uşaq arxası üstə başı aşağıda uzandırılır. qusuntusunun aspirasiyasının profilaktikası məqsədilə baş yana çevrilir.
2. Ağız boşluğu möhtəviyyatı təmizlənir.
3. Təmiz havanın daxil olmasını təmin etmək.
4. Xəstəni itmək
5. Allergiyanın orqanizmə daxil olmasının dərhal qarşısını almaq və sorulmasını blok etmək.Allergen orqanizmə inyeksiya vasitəsilə daxil olursa, o zaman inyeksiya yeri barmaqla sıxılır ,mümkün olduqda jqut bağlanır. (iynə yerindən yuxarı) Həşarat dişləmələrində pinset vasitəsilə həşaratın iynəsi çıxarılır. Yerinə buz qovuğu qoyulur.
6. Tənəffüs yolları boşaldılır, nəmləndirilmiş 100% oksigen verilir.
7. Dərhal (!) etibarlı vena girişi təmin edilir və izotonik məhlulla - star məhlul vena daxili infuziyaya başladılır.
8. Arterial təzyiq nəzarətdə saxlanılır, həkimin ehtiyacı olan təchizat hazırlanır.

Həkimin təyinatının yerinə yetirilməsi:

9. respirator dəstək davam etdirilir. Lazım gələrsə həkim traxeyanı intubasiya edir və ASV yerinə yetirilir (ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası).
10. Kristalloid və kolloid məhlulların vena daxilinə infuziyası davam etdirilir.
11. Hipotoniyalarda vazopressor vasitələr–adrenalin, noradrenalin, dofamin, doputomin, dobutreks təyin edilir. Adrenalin endotraxeal və sümük daxilinə də təyin edilir.
12. qlukokortikoidlərin istifadəsi. Qırtlaq şişlərində (su toplandıqda) salbutamol və ya berotek təyin edilir. Bronxospazmlarda–eyfillin,yüngül şoklarda tavegil, suprastin və s. istifadə edilir.
13. Valideynlərə allergik reaksiyanın nədən baş verdiyini xəbər vermək, tibbi sənədlərdə allergik reaksiyanın olduğu haqqında məlumat qeyd etmək lazımdır.

BURUN QANAXMALARINDA YARDIM

Yardım taktikası:

- ❖ Burun qanaxmasının səbəbini təyin etmək.
- ❖ Uşağa təxirəsalmaz yardım göstərmək.
- ❖ Təkrar edilən spontan qanaxmalarda həkimə yönəltmək (müayinə və müalicə məqsədilə)
- ❖ Ağır hallarda uşaq hospitalizasiya olunur. Xəstəxanaya köçürülmə zamanı uşaq az danışmalı, kəskin hərəkətlər etməməli, yarıoturmuş vəziyyətdə olması təyin edilməlidir.

İş yerinin təchizatı: 1. Dərman vasitələri, hidrogen peroksid, adrenomimetiklər (adrenalin efedrin), angioprotektorlar (androkson, etamzilat, disinon), hemostatik vasitələr (aminokapron turşusu, trombin, hemostatik süngər), damar divarlarını möhkəmləndirən vasitələr (rutin askorbin turşusu), 2. Qankəsici otlar, 3. Dəsmal, kiçik sini, 4.Qaynar su dolu qab, 5.Soyuq kompres üçün təchizat, 6. Qablaşdırmada tənzif turundalar, 7. İnyeksiyaların aparılması üçün təchizat.

Həkimə qədər tibbi yardım:

1. Uşaq sakitləşdirilir.
2. Başı önə əyilmiş vəziyyətdə uşaq otuzdurulur. Bu pozisiya qanın tənəffüs yollarına və mədəyə düşməsinin qarşısını alır.
3. Burun qanadı arakəsməyə doğru sıxılır.
4. Uşağın sinəsinə dəsmal qoyulur.
5. Uşağın yaxası açılır, düzgün və dərin tənəffüsünə yardım edilir. Dərin nəfəs alıb– vermə venoz qanın başdan tez qovulmasına gətirir.
6. 30 dəqiqə müddətinə ənsə və gicgah nahiyəsinə soyuq qoyulur (damarların reflektor spazmını əldə etmək üçün)
7. Əllər və ya ayaqlar isti suya qoyulur, ayaqlara istiqac qoyulur
8. Qanaxmanı dayandıran reflektor nöqtələrə təsir göstərmək.
9. Burun dəliklərinin ön hissəsinə 3% -li hidrogen peroksiddə isladılmış turunda daxil edilir. Qanaxmanı da-

yandıran təbii vasitələrdən ana südü, gicitkan yarpağı ekstraxtını və s. göstərmək olar. Burun tomponları çox sıx qoymaq olmaz. 12 – 24 saat ərzində dəyişdirmək lazımdır.

10. Sərin vitaminli içkilər verilir. İsti və sərt qidalardan uzaq durulmalıdır.
11. Təxirəsalınmaz həkim yardımı üçün lazım olan avadanlıq hazır edilir.

Həkim təyinatının yerinə yetirilməsi.

12. Daxilə və ya parenteral olaraq vikasol verilir. (CaCl, vit C, P, aminokapron turşusu, disinon və s. da ola bilər)
13. Keçirilən tədbirlər effekt vermədikdə, həkim burunun arxa tamponadasını keçirir, ya da qanayan damarı 10 – 40 % - li $AgNO_3$ – lə yandırır.

HİPOQLİKEMİK KOMA

Yardım etmə tatikası:

❖ Hipoqlikemiya əlamətləri ortayaa çıxdığı andan dərhal müalicəyə başlanılır.

İş yerinin təchizatı

1. Asan mənimsənilən karbo hidrotlar.
2. Dərman vasitələri: qlükaqon, 5%, 10%, 40% qlukoza məhlulları, 0,1%-li adrenalin məhlulu, qlukokartikoidlər.
3. İnyeksiyaların yerinə yetirilməsi üçün avadanlıq.
4. Tənəffüs yollarının sanasiyası üçün təchizat.
5. Oksigen vermə sistemi

Həkimə qədər yardım.

1. Uşağın şüuru yerindədirsə, o zaman ona asan mənimsənilən karbohidratlar verilir. Qanda qlukozanın səviyyəsini ən çox şəkər, fanta, bal, mürəbbə, kişmiş qaldırır. Daha az şəkər qaldıran qidalar – ağ çörək, peçenye, sıyıqlar, kartof.
2. Uşağın şüuru yerində deyilsə, onu rahat hiss edəcəyi şəkildə böyrü üstə uzandırılır.
3. Əzələ daxilinə qlukaqon vurulur. Şəkər məhlulu uşağın ağzına verilməsi, şüuru yerində olmayan uşağa qadağandır.
4. Ağır hipoqlikemik vəziyyətdə oksigen verilməlidir.
5. Həkimin təxirəsalınmaz yardım etməsi üçün avadanlıq və dərman vasitələri hazırlanır.

Həkim təyinatının yerinə yetirilməsi

6. qlukaqon vurulduqdan 10 dəqiqə sonra effekt alınmazsa vena daxilinə 20–50 ml 40% -li qlukoza yeridilir. 10–15 dəqiqə sonra xəstə özünə gəlməzsə,qlukozanın veriməsi təkrarlanır. Müalicə effektli olmadıqda damcı üsulu ilə 5–10% - li qlukoza məhlulu vurmaağa davam etdirilir. Xəstənin şüuru yerinə gələnə qədər prosedur davam etdirilir.
7. Ağır hallarda 0,1% -li adrenalin məhlulu, qlükokortikoidlər daxil edilməsi göstərişdir. Qlukozanın daha yaxşı mənimsənilməsi üçün kokarboksilaza və akorbin turşusu verilməlidir. Simptomatik terapiya keçirilir.
8. Uşağın şüuru yerinə gəldikdən sonra qida verilir. (manna sıyığı, kartof püresi, kisel və s.)

DİABETİK KETOASİDOTİK KOMA

Yardım taktikası

- ❖ Orqanizmə mayelərin yeridilməsini təmin etmək.
- ❖ Qisa təsirli insulin yeridilir.
- ❖ Xəstənin təcili hospitalizasiyası

İş yerinin təchizatı

1. Dərman vasitələri (qisa təsirli insulin, xumulin R, xomorap və s, infuzion məhlullar – NaCl izotoni məhlulu, Ringer məhlulu, " Asesol", "Disol", 5 – 10% - li qlukoza məhlulu, plazma və s. antikoaqulyantlar, mübadilə və bərpa proseslərini yaxşılaşdıran vasitələr)
2. İçmək üçün mayelər.
3. 4% -li Natrüun hidrokarbonat məhlulu.
4. İnyeksiya və infuziyalar üçün təchizat.
5. Oksigen verilmə sistemi.
6. Tənəffus yollarının sanasiyası, mədə yuyulmaı, sidik kisəsinin katerizasiyası, təmizləyici imalə üçün lazımlı avadanlıq.

Həkimə qədər tibbi yardım.

1. Uşaq isidilir.
2. Huşu yerindəsə uşağa içki verilir (qələvi mineral su, quru meyvələrdən kompot, meyvə - tərəvəz şirələri)
3. Həkimin təxirəsalmaz yardımı yerinə yetirməsi üçün dərman vasitələrini və digər təchizatı hazırlamaq.

Həkim təyinatının yerinə yetirilməsi:

4. Müalicənin ilk saatında qanda qlukozanın konsentrasiyasını, K, qanın PH yoxlamaq. Arterial təzyiqi ölçmək.
5. Mədənin ilıq 4% - li natrium hidrokarbonat məhlulu ilə yuyulması.
6. İlıq su 4%-li natrium hidrokarbonat məhlulu ilə təmizləyici imalə etmək.
7. Sidik kisəsinin kateterizasiyasını aparmaq.
8. Uşağa oksigen vermək.
9. İzotonik məhlulda həll edilmiş qısa təsirə malik insulin v/d yeritmək.
10. 37^0 C-yə qədər qızdırılmış NaCl (izotonik məhlul) məhlulunu damcı yolu ilə yeritmək. Sistemə kokarbaksilaza, akorbin turşusu, heparin də qoşulur (sutkada 2 dəfə)
11. Sistemə qısa təsirli insulin əlavə edilir.

Yardımın növbəti mərhələsi:

12. Saatbaşı qanda qlukozanın miqdarı, qanın pH, arterial təzyiq EKQ yoxlanılır. Qanda qlükozanın miqdarı 10 mmol/l çatdıqda insulin d/a və ya əz/d üsulla yeridilir
13. V/d mayelərin yeridilməsi davam etdirilir. Birinci 6 saatda 50%, növbəti 6 saatda 25%, qalan 12 saatda isə sutkalıq mayenin qalan 25% verilir.

Arterial təzyiq aşağı düşdükdə uyğun müalicə aparılır. Vitamin B_{12} və B_6 da əzələ daxilinə vurulur.

HİPERTERMİYADA YARDIM

Yardım taktikası:

- ❖ Hərarətin əmələ gəlmə səbəbini öyrənərək, müalicəni o istiqamətdə aparmaq.
- ❖ Qızdırmasalıcı terapiyanın vacibliyini müəyyənləşdirmək, aktiv fiziki soyutmaya olan ehtiyac dəqiqləşdirilməli. Erkən yaşlı uşaqlarda temperatur 39^0 C və yuxarı olduqda, mərkəzi sinir sistemi, ürək, ağ ciyər xəstəliklərində, febril qıcolmalarda 38^0 C temperaturda müalicəyə başlanılır. Fiziki soyutma terapiyadan sonra aparılır.
- ❖ Hipertermiyanın tipi təyin edilir (“çəhrayi”, “ağ”) Bunun üçün dərinin rəngi, ətrafların temperaturu, uşağın davranışı, bədən temperaturunun nəbz və tənəffüslə uyğunluğu qiymətləndirilir.
- ❖ “Ağ” qızdırmanın daha müsbət proqnozla “çəhrayı” qızdırmaya keçməsi üçün tədbirlər görülür.
- ❖ Hospitalizasiyanın vacibliyi müəyyənləşdirilir. Uşağın vəziyyətinin ağırlığı və hərarətin səbəbi hospitalizasiya və davam ediləcək müalicəni müəyyən edir.
- ❖ Müalicə ayrı–ayrı preparatlarla başlanılır, uğursuz nəticələrdə müalicə təkrarlanır və ya başqa kombinasiyalara keçilir.
- ❖ Hər 15 – 30 dəqiqədə t, nəbz və tənəffüsün tezliyi yoxlanılır. Bədən temperaturu $38,5^0$ C – yə çatana kimi prosedurlar davam etdirilir.

İş yerinin təchizatı:

1. Dərman vasitələri (qızdırmasalan, damargenişləndirici, neyroleptiklər, infuziyalar üçün məhlullar)
2. V/d infuziyalar və inyeksiyalar üçün təchizat.
3. Fiziki soyutma üçün təchizat: 70% - li etil spirti, (sirkə), su, soyuq su, süngər, kiçik şüşələr, mələfə, vanna qəbulu üçün dəst.
4. Daxilə qəbul üçün maye.

Həkimə qədər tibbi yardım.

1. Uşaq daima təmiz sərin hava daxil olan otağa yerləşdirilir.
2. Yüngül geyim geyindirmək (əl və ayaqlar isti tutulur)
3. Yatağa uzandırılır.
4. Şirin çay, meyvə şirəsi içirtmək. Bu təratmaya və qanın qatılaşmamasına kömək edir. Maye uşağa az – az, tez – tez veriir.
5. İştahdan asılı olaraq yemək kiçik porsiyalarla verilir. (çox ara vermədən)
6. Həkimin təxirəsalmaz yardımı üçün lazımı avadanlıq hazır edilir.

Həkim təyinatının yerinə yetirilməsi:

7. Göstərişlərə görə qızdırma salan vasitələr vasitələr (daxilə) verilir. Bu şam şəklində də ola bilər. Virus şübhəsi zamanı 15 yaşa qədər uşaqlara asetilsalisil turşusu vermək qadağandır (Reya sindromu). Damar spazmında damargenişləndirici vasitələrdən (no–şpa, papaverin, nikotin turşusu dibazol) istifadə edilir.

Dəri səthinin qızarana kimi spirtlə ovulması (1:1 su ilə qarışdırılmış), və ya sirkə məhlulu ilə daha az effektivdir. Bir xörək qaşığı sirkə, bir stəkan su ilə qarışdırılır.

30 dəqiqə müddətində temperatur düşmədikdə qızdırma əleyhinə vasitələr antihistamin və damargenişləndiricilərlə birlikdə əzələ daxilinə yeridilir. Effekt alınmadıqda neyroleptiklərdən (seduksen, qamma–oksiyağ turşusu (QOYT)) istifadə edilir. Onlar, istiliyin əmələ gəlməsi və verilməsini artırır, sakitləşdirici təsirə malikdir.

8. Fiziki oyutma aparmaq. Magistral damarlara soyuq kompreslər, buz qoymaq , ventilyatorun havasını xəstəyə doğru yönəltmək, 30–32^{0}C temperatur suda isladılmış süngərlə 5 dəqiqə müddətində dəri örtüyünü silmək bu metodlardandır. Hər 30 dəqiqədən 4 – 5 dəfə təkrarlanır. Soyuq vanna və soyuq bələklər (bükmələr) də bunlara aiddir. 41^{0}C temperaturda və qıcolmaya meylli uşaqlarda soyuq vannalardan istifadə edilir. Prosedur həkim nəzarətində 10 dəqiqə müddətində aparılır. Uşaq 1^{0}C temperaturdakı suya salınır. Uşağın temperaturu 37^{0}C - ə qədər düşür. Temperaturun daha tez düşməsi üçün suya 1 xörək qaşığı əlavə edilə bilər.
9. Periferik mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırmaq və istilikverməni artırmaq məqsədilə infuziya terapiya aparılır.
10. Məqsədyönlü olaraq əsas xəstəlik müalicə edilir.

QICOLMA SİNDROMU

Yardım taktikası:

- ❖ Tənəffüs yollarının keçiriciliyini təyin etmək.
- ❖ Qıcolmanın səbəbini aydınlaşdırmaq üçün müalicə təyin etmək.
- ❖ Tutmadan sonra şüurda pozğunluq olub – olmadığını müəyyən etmək. Parez, paraliç olması, şüurun geri dönməməsi arzu edilməz haldır.
- ❖ Qıcolmaların yaranma səbəbi aydın deyilsə, infeksion xəstəlik fonunda ortaya çıxmasa, uşaq hospitalizasiya edilməlidir. Xəstənin şüuru yerində deyilsə uşağı reanimasiya tədbirləri apararaq xəstəxanaya köçürmək lazımdır.

❖ **İş yerinin təchizatı**

1. Dərman vasitələri (qıcolmaəleyhinə vasitələr, diuretiklər, Ca qlukonat 10% - li məhlulu, 10% - li qlukoza məhlulu, qızdırma əleyhinə vasitə).
2. İnyeksiyaların aparılması üçün təchizat.
3. Şpatel (qaşıq), tənzif, ağızaçan aparat, dişsaxlayan alət.
4. Elektrosorucu.
5. Oksigen verilməsi üçün təchizat

Həkimə qədər tibbi yardım.

1. uşaq düz, yumşaq yerə uzandırılır.
2. Ağız boşluğu möhtəviyyatı boşaldılır, baş yan tərəfə çevrilir (qusuntu və selik kütlələrin aspirasiyasının qarşısını almaq üçün)
3. Sıxan geyimlərdən qurtulmaq (yaxasını açmaq)

4. Otağa təmiz havanın daxil olmasını təmin etmək. Lazım gəldikdə oksigen vermək.
5. Mexaniki zədələrdən qorumaq. Travmalara səbəb ola biləcək əşyalar yığışdırmaq, qıcıqlandırcı (işıq verən səsli və b.) alətləri ortadan qaldırmaq lazımdır. Arxa dişlərin arasına (dili dişləməmək məqsədilə) tənzifl ə bükülmüş şpatel və ya qaşıq qoyulur. Baş və gövdə stabil tutulur.
6. Həkimin təxirəsamaz yardımı keçirməsi üçün dərman vasitələri və digər avadanlıq hazır edilir.

Həkim təyinatının yerinə yetirilməsi:

7. Etiotrop terapiya: hipoqlikemiyalarda 10% - li ca qlukonat, hipoqlikemiyada – 20% qlükoza, febril qıcolmalarda qızdırmaəleyhinə, qıcolmalarda diuretiklərdən istifadə edilir.
8. Etiologiyası məlum olmayan qıcolmalarda qıcolma əleyhinə preparatlar yeridilir. Adətən 0,5 % - li seduksen məhlulunu vena daxilinə vurmaqla başlanılır. Effekt olmazsa, inyeksiya 15 – 30 dəqiqə sonra təkrarlanır. 20% - li natrium oksibutirat məhlulu da vurula bilər. Preparat beyinin hipoksiyaya qarşı dayanıqlılığını artırır. Effekt 10 – 15 dəqiqə sonra alınır və 2 – 3 saat davam edir. Başqa qıcolma əleyhinə preparatlarla kombinə etdikdə bu vasitənin dozunu azaltmaq lazımdır. Fenobarbital (lüminal) yavaş–yavaş 15 dəqiqə ərzində vena daxilinə vurulur. Yenidoğulmuşlarda bu dərman vasitəsi daha çox istifadə olunur. Effekti 120 saat davam edir. Fenobarbital difenin birlikdə inyeksiya edilə bilər.

9. Təkrarlanan qıcolmalarda furosemid (laziks) məsləhətdir. Vena daxili və əzələ daxilinə vurulur.
10. Arası kəsilməyən qıcolmalarda və asfiksiya təhlükəsində uşaq intensiv terapiya və reanimasiya şöbəsində intubasiya edilir və süni ağ ciyər ventilyasiyasına keçirilir. Ardından barbituratlar (Na tiopental, heksenal) və əzələ relaksantları yeridilir.
11. Tək səfərlik, qısasürən qıcolmalarda, uşağın şüuru yerindədirsə və udma qabiliyyətini itirməmişsə o zaman febril qıcolmalara qarşı fenobarbital daxilə təyin edilir.
12. Yüngül febril qıcolmalarda valideynlərə diqqətli olmaları tapşırılır. Qızdırma ilə müşahidə edilən hər – hansı xəstəlikdə termometriya aparılmalıdır. 38^0C və daha çox temperaturlarda qızdırmasalan vasitələrdən istifadə edilir.

BAYILMA, KOLLAPS ZAMANI İLK YARDIM

Yardım taktikası:

- ❖ Vəziyyətin inkişafının mümkün səbəbinin aydınlaşdırılması, təxirəsalınmaz yardım aparılması
- ❖ Yaranma səbəbindən asılı olaraq, hospitalizasiya etmək.

İş yerinin təchizatı: 1. dərman vasitələri; qıcıqlandırıcı maddələr – naşatir spirti, sirkə, infuzion terapiya məhlulları, vazopressor vasitələr, qlukokortikoidər, kordiamin, kofein –

benzoat Na. 2. Inyeksiyaların yerinə yetirilməsi üçün avadanlıq. 3. Oksigenterapiya üçün sistem. 4. Pambıq, 5. Soyuq su dolu qab.

Həkimə qədər tibbi yardım:

1. Uşaq ayaqları yuxarıda olmaq şərtilə uzandırılır. (bayılmada oturtmaq da olar. Başını cəld önə əymək lazımdır, beyinə qan yaxşı getsin), sakit şərait yaradılır.
2. Sıxıcı geyimlər çıxarılır.
3. Təmiz hava daxil olmasını təmin etmək
4. Uşağı isitmək
5. Bayılma zamanı uşağa reflektor təsir göstərilir; üzünə və sinəsinə sərin su çilənir, naşatir spirti qoxlatmaq, nöqtəvi reflektor massaj aparmaq, bayılmadan sonra daxilə kordiamin vermək.
6. Dərman vasitələri və digər təchizatın həkim təxirəsalınmaz yadımı üçün hazırlanması.

Həkim təyinatının yerinə yetirilməsi:

7. Bayılmada və aparılan tədbirlər effekt vermədikdə dəri altına 10% - li kofein məhlulu vurulur.

Kollapsda sirkulyasiya edən qanın həcmini bərpa etmək. Bu məqsədlə infuzion terapiya aparılır vazopressor vasitələrin yeridilməsi, qlukokortikoidlər yeridilir.

Uşağın ümumi vəziyyətinə, dəri rənginə, ürək döyüntüsünə, arterial təzyiqə, diurezin başlanmasına və davam etməsinə görə yeridilən mayenin həcmi müəyyən edilir.

GİMNASTİKA VƏ MASSAJ

Sağlam uşaqlara ümumi massaj 1,5 aylığında başlayır. 1-1,5 yaşa qədər gimnastika ilə eyni zamanda aparılır. Xüsusi hallarda təyinata görə massaj daha erkən də başlana bilər. 2-3 yaşında səhər gimnastikası, 4 yaşından yuxarı uşaqlara idman xarakterli çalışmalar, 7-8 yaşlarında idmanla məşğul olmaq icazə verilir.

Massaj fiziki tərbiyənin ayrılmaz hissəsini təşkil edir. Onun təsirindən dəri kapilyarları genişlənir, qanın sirkulyasiyası yaxşılaşır, maddələr mübadiləsi, əzələ gücü artır, bağ aparatının elastikliyi və hərəkətliliyi artır. Massaj mərkəzi sinir sisteminində təsir edir.

Prosedur gündəlik 40-45 dəqiqə qida qəbulundan sonra 6-12 dəqiqə müddətində gimnastika ilə birlikdə aparılır. Yeməkdən dərhal sonra və yuxu vaxtından əvvəl massaj aparılmır. Otaq əvvəlcədən havalandırılır. Otağın temperaturu 20^0C-dən aşağı olmamalıdır. Masaya ədyal, üzerinə meşin, üstündən də mələfə sərilir. Əllər təmiz olmalı, dırnaqlar kəsilmiş, üzük və saatsız olmalıdır. Soyuq, kobud, əzikləri olan əllərlə massaj edilmir. Uşaqlarda ümumi massaj edilmir. Uşaqlarda ümumi massaj zamanı vazelin və kirşanlardan (pudra, prisipka) istifadə edilmir. Uşaq uzandırılır, massajist uşaqla üz-üzə dayanır və massaj boyu uşaqla danışır, əhvalını yüksək tutmağa çalışır. Uşağın ağlaması və narahatlıq massajı dayandırmaq üçün siqnalddır. Ümumi və yerli massajın üsulları: sığallamalar, sürtmə, yüngül vurma-

lar (taqqıldatmalar), isinmə hərəkətləri. Massaj sığallama hərəkətləriylə başlayır və bitir.

Gimnastika qan dövranını artırır, orqan və toxumalarda durğunluğu azaldır, maddələr mübadiləsini artırır, hemoqlabin və eritrositləri artırır, qan və toxumaların immun aktivliyini gücləndirir, uşağın emosional tonusunu artırır.

Erkən yaşlı uşaqların gimnastik hərəkətləri hərəkət xarakteri və uşağın onda iştirakına görə a)reflektor, b)passiv, c) aktiv; əzələ qrupunun iştirakına görə a) əl və çiyin, b) ayaq və daban, c)bel, d) onurğa sütunu və qarın pressi çalışmalarına ayrılır. Uşaqların ilk 3 ayında reflektor hərəkətlərdən daha çox istifadə edilir. Bu hərəkətlər boyun, bel və ayaqaltı əzələləri möhləmləndirir, əzələlərin açılmasını inkişaf etdirir.

Üç ayından sonra, açılma və yığılma hərəkətləri artıq tənzimlənir və bəzi hərki vərdişlər üzə çıxır. Bu aylarda passiv hərəkətlərə əsaslanan çalışmalar məsləhət görülür: əl və ayaqların yığılıb-açılması, qolların döş qəfəsi üzərində kəsişdikdən sonra yanlara açılması, aşağı ətrafların bud çanaq oynağında açılması və oynadılması və s. dörd ayından sonra uşaq böyüklərin göstərişi ilə aktiv hərəkətlər tədricən aradan çıxır. Bu hərəkətlər aşağı iməkləmə, oturma, durma və yeriməyə hazırlayır. Üç yaşa qədər uşaqlar üçün 8 gimnastik kompleks hazırlanmışdır. Doqquzuncu kompleks zəif uşaqlar üçün nəzərdə tutlmuşdur. Bütün kompleksi yerinə yetirmək mümkün olmadıqda, onları orta və güclü fizioloji yükləməli çalışmalarla əvəz edirlər: iməkləmə, dönmələr, aktiv hərəkətlər.

Gimnastik hərəkətlər sistematik olarsa, uğurlu nəticələr alınır. Əzələ qruplarının yorulmasının qarşısını almaq üçün hərəkətlər 5-6 dəfədən artıq təkrarlanmır. Erkən yaşlı uşaqlarda anatomo-fizioloji xüsusiyyətlər xüsusən diqqətə alınır belə ki,aşağı ətraflara vaxtsız və artıq yükləmələr sümüklərin deformasiyasına, duruşun pozulmasına, duzdabanlılığa gətirib çıxara bilər. Gimnastika etmək uşaqda müsbət emosiyalar yaratmalıdır, bunu böyüklər sözlər və müxtəlif göstərişlərlə təmin edir.

RAXİTİN ANTENATAL VƏ POSTNATAL PROFİLAKTİKASI

Raxit erkən yaşlı uşaqların xəstəliyi olub, əsasında profilaktikası mübadiləsi pozğunluğu yatır. Sümükəmələ gəlmə və sümüklərin minezilizasiyası proseslərinin pozulması D vitamini çatmamazlığına bağlıdır

Profilaktika ikiyə bölünür.

1. Antenatal – spesifik və qeyri spesifik
2. Postnatal spesifik və qeyri spesifik

Antenatal qeyri spesifik profilaktikaya daxildir: gündəlik aktiv hərəkətlər və təmiz hava, rasional qidalanma, hamiləliyin yarımçıq sonlanması və hestozların qarşısının alınması, digər xəstəliklərin müalicə və profilaktikası. Polivitamin qəbulu məsləhətdir.

Antenatal spesifik profilaktika hamiləliyin 28-32-ci həftələrində sağlam qadınlara aparılır. (yay aylarını çıxmaq şərtilə) 6-8 həftə ərzində hamilə qadına sutkada 500V D

vitamini yağlı məhlulu və ya draje verilir. 25 yaşa qədər risk qrupunda olan hamilə qadınlara 28-32 –ci həftədən başlayaraq 1000-1500 V dozda səkkiz həftə ərzində (fəsildən asılı olmayaraq) D_2 vitamini təyin olunur. Qış və yaz aylarında vitamin D 15-20 seans ultrabənövşəyi şüalanma ilə əvəz edilə bilər.

Postnatal qeyri-spesifik profilaktika uşağın ilk günlərindən etibarən başlamalıdır.

1. Uşağa düzgün qulluq.
2. Süd verən ananın rasional qidalanması, polivitamin qəbulu
3. Ana südü ilə qidalandırmaya üstünlük verilməsi
4. Korreksiyaedici qidaların vaxtında əlavə edilməsi
5. Ana südü yetmədikdə qarışıq və ya süni qidalanmanın düzgün təşkili
6. Aktiv hərəkət rejiminin gözlənilməsi, gimnastika massaj aparılması

Postnatal spesifik_profilaktika vaxtında doğulmuşlara 3-4-cü həftələrdə başlayır, 0,125%-li və ya 0,0625%-li yağlı erqokalsiferol məhlulu ilə aparılır. İlin payız, qış və yaz aylarında 1-2 yaş müddətində sutkalıq doza 500V-dən D vitamini yəyin edilir. Uşaq yayda doğulubsa, profilaktika sentyabr ayında başlanır. Sutkalıq dozu 500 v = dir. Əgər uşşaq tərkibində Vitamin "D" olan adaptasiyalı qarışıqlarla qidalanırsa, o zaman bu da nəzərə alınmalıdır. 10-15 seans olmaqla payız və qışda iki kurs ultrabənövşəyi şüalanma da təyin edilə bilər. Seans aralarında Vit "D" yağlı məhlulu təyin edilir.

AŞKAR SPAZMOFİLİYADA TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM

Aşkar spzmofoliya larinqospazm, karpopedal spazm, eklamptik tutmalar şəklində özünü göstərir. **Larinqospazm** qəflətən ortaya çıxır, səs yarağının taş və ya hissəvi qapanması ilə müşahidə edilir. Səs yarığı daralmasında nəfəsalma çətinləşir, xoruz bannamasını xatırladır. Uşağı soyuq tər basır, göyərir. Tam qapanmada tənəffüs dayanır, uşaq huşunu itirir, bir-neçə saniyədən sonra səsli nəfəsalma eşidilir, getdikcə tənəffüs bərpa edilir, uşaq yuxuya gedir. Sutka ərzində tutma təkrarlana bilər. Ağır hallarda letal nəticə ilə də qarşılaşmaq mümkündür. Karpopedal spazm - əl və ayaq əzələlərinin tonik yiğilmaları, bir yaşından sonra daha çox rastlanır. Tutma zamanı "mamaça əli" vəziyyəti və ayaq və barmaqların kəskin ayaq altı qatlaması halı ilə rastlaşırıq. Spazm qısamüddətli, bir-neçə saatlıq və günlük ola bilir. Uzunmüddətli spazmlarda əlin və ayağın arxasında ödem olur. Ağır ətrafı əzələlərin spazmına da az rast gəlinmir, nəticədə dodaqlar "balıq ağzı" halı alır. Bronxospazm və ürək əzələsi spzmı xüsusilə təhlükəlidir. Ürəyin və tənəffüsün dayanması mümkündür. Saya əzələlərin spazmı sidikburaxma və defekasiya aktlarını pozur**. Eklampsiya** daha ağır hal olub, huşun itməsi kloniki-tonik qıcolma tutmaları ilə özünü göstərir. Qıcolmalar bütün əzələləri əhatə edir. Tutma adətən üz və boyun əzələlərindən başlayır., daha sonra gövdə bə ətraflara yayılır. Tənəffüs kəsik-kəsik, səsli, sianozla müşayət edilir.

Uşaq şüurunu itirir, qeyri-iradi sidik buraxma və defekasiya baş verir. Kloniki-tonik qıcolmalar, larinqospazm, şüurun itməsi və tənəffüsün dayanması təcili reanimasion tədbirlər tələb edir. Qıcolmalar aradan götürülür. Larinqospazm zamanı xəstə təmiz havayla təmin edilir, soyuq su ilə dəri isladılır, dil kökü və udlağın arxa divarı şpatel vasitəsilə qıcıqlandırılır. Ehtiyacdan asılı olaraq süni tənəffüs aparılır. (ilk nəfəsalmaya qədər)

Xəstə uşağın menyusunun tərtibi: tutma sonrası meyvə şirələri, çay verilə bilər. Süni qidalanmada olan uşaqlara donor südü və ya qarışıqlar verilir. Uşağın sutkalıq rasionuna bitki və meyvə şirələri, tərəvəzdən əlavə qidalar daha şox əlavə olunur. Bunlarla bərabər 10% - li ammonium xlorid məhlulu və Ca preparatları verilir. 4 gün sonra raxit əleyhinə müalicəyə keçirilir.

Bronxial astma zamanı ilk yardım: Bronxial astma – periodik ortaya çıxan ekspirator təngənəfəslik (boğulma) tutmaları ilə xarakterizə edilən xroniki xəstəlikdir. Bu tutmalar bronxial keçiriciliyin pozulması ilə əlaqədardır.

Boğulma tutmasının qarşısını almaq çün tutma öncəsi periodda tədbirlər görülməlidir. Hipoallergen dieta, mühitin havalandırılması, allergenlə kontaktdan qaçınma, yaşla əlaqədar rejimin gözlənilməsi xüsusilə vacibdir. Bronxospazmolitik vasitələr adətən aerozol şəklində istifadə edilir. Bronxial astma tutmalarında müalicə tədbirləri hazırki tutmanın ağırlığı və əvvəllər istifadə edilən preparatların ölçülərini nəzərə alaraq aparılır. Yüngül tutmalarda bronxospazmolitiklər daxilə və inhalyasiyalar şəklində verilir. Orta

ağırlıqlı tutmalarda isə əsasən parenteral üsuldan istifadə edilir. Tənəffüs gimnastikası kompleksi geniş istifadə edilir.

Qida mənşəli broxial astmada allergensiz pəhriz terapiyası aparılır.

Müalicədə tənəffüs yollarının sanasiyası və bəlğəmin xaric edilməsinə yönələn təddbirlər çox mühümdür. Effektivlik olmadığı halda ağ ciyərlərin süni ventikyasiyasına, endotraxeal intubasiyaya keçirilir.

YALANÇI İNAQ, HƏKİMƏ QƏDƏR YARDIM

Qırtlağın kəskin stenozu (yalançı inaq) – iltihabı proses olub, laringitin bir formasıdır. 3-lü triada simptomları ilə xarakterizə edilir: stenotik tənəffüs, səsin dəyişməsi və kobud öskürək. Adətən gecə yarısı, qəflətən ortaya çıxır. Uşaq narahat olur, öskürək, səsli tənəffüs meydana çıxır, dəri örtüyü avazıyır.

Yalançı inağın ağırlığına görə 4 dərəcəsi var.

I dərəcə (kompensasiya olunmuş): kobud, it hürüşü öskürək, xırıltılı səs, səsli tənəffüs, ağlama və həyəcan zamanı tənəffüsdə boğazın yüngül çəkilməsi ilə xarakterizə edilir.

II dərəcə: narahatlıq, öskürək artır, daimi tənginəfəslik, köməkçi əzələlərin iştirakıyla gedən tənəffüs, güclü tərləmə, ağız-burun Δ - da aydın seçilən sianoz.

III dərəcə: (dekompensasiya edilmiş) – uşağın oyanıqlığı artıb, çox narahatdır, qorxu hissi var, yataqda sakit qalmır. Dəri avazımış, sianozlu yapışqan –soyuq tərlidir. Dodaq-

ların sianozu və akrosianoz müşahidə edilir. Nəfəsalmada epiqastrol nahiyənin və döş qəfəsinin yumşaq hissələrinin dərin çəkilməsi, nəbz tezləşib, ürək tonları karlaşıb.

IV dərəcə: uşaq gücsüz halda, başı arxaya atılmış, nəfəs almaya çalışır. Açıq ağızla havanı almağa çalışır (balıq tənəffüsü). Sianoz kəskinləşir. Qıcolmalar baş verə bilər, getdikcə tənəffüs dayanır, ürək dayanması ilə sonlanır.

Uşaq xüsusi qulluqla təmin olunmalıdır. Hospitalizasiya edilməlidir və yanında mütləq şəkildə tibb işçisi olmalıdır. Tənəffüs yollarının keçiriciliyi bərpa edilməli, hipoksemiya aradan qaldırılmalıdır. Uşaq tək palataya yerləşdirilir, psixi və fiziki sakitlik, uzunmüddətli yuxu, sərin təmiz hava təmin edilir. Oyaq olduğu zaman yayındırıcı söhbətlər və oyunlar təşkil edilir. Selikli qişaların quruluğunun qarşısını almaq məqsədilə xəstəyə yüksək nəmli atmosferdə ("tropik iqlim") olması məsləhətdir. Bəlğəmin yumşalması və xaric edilməsi üçün ilıq şəkildə tez-tez maye qəbulu tövsiyə edilir (Na bikarbonat və ya südlü "Barjom") Qızdırma və ürək-damar çatmamazlığı əlamətləri olmazsa, ayaqlara isti vanna, xardal yaxması və başqa yayındırıcı terapiyadan istifadə edərək xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirmək lazımdır. Dekompensasiya əlamətləri olduqda traxeobronxial agacın sanasiyası keçirilir. Uşaq oksigen çadırına yerləşdirilir. Məhdud sahədə yüksək nəmliyi olan, oksigen konsentrasiyası artırılmiş və müxtəlif dərman vasitələri ilə zənginləşdirilmiş mikroklimat təşkil edilir.

OBSTRUKTİV SİNDROM, HEKİMƏ QƏDƏR YARDIM

Obstruktiv bronxitə erkən yaşlı uşaqlarda daha çox rast gəlinir. Xəstəliyin gedişatında bronxların obstruksiya əlamətləri aydın görünür. Bunun nəticəsidir ki, bronxlarda çox miqdarda selik toplanır. Əsas klinik əlamətlərdən xırıltıyla müşahidə edilən "Fitşəkilli nəfəs vermə" əlamətidir. Xırıltılar kənardan eşidilir və palpasiyada hiss olunur. Tənəffüs aktında köməkçi əzələlər iştirak edir, boğulma və havanın çatmaması kimi əlamətlərə rast gəlinmir.

Xəstə yaxşı havalandırılmış və yüksək nəmli havası olan otağa yerləşdirilməlidir. Tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etmək üçün bəlğəmin xaric edilməsi lazımdır. Ardınca inhalyasiya, perkussion massaj, oksigen terapiyası aparılır. Xəstəliyin ağır gedişatında (tənəffüs yollarına) daimi müsbət təzyiqli köməkçi ağ ciyər ventilyasiyası aparılır.

TƏNƏFFÜS ÇATIŞMAZLIĞI SİNDROMU

4 dərəcəsi ayırd edilir.

I dərəcə: Sakit vəziyyətdə heç bir kliniki əlamət müşahidə edilmir. Lakin az fiziki yükdən sonra təngənəfəslik, peroral sianoz və taxikardiya əmələ gəlir. Qanın oksigenlə doyma dərəcəsi normal və ya 90% olur, tənəffüsün dəqiqəlik tutumu (TDT) artır, ağ ciyərlərin maksimal ventilyasiyası (AMV) və ehtiyat tənəffüs (ET) azalır, pO_2=80-90 mm c. süt

II dərəcə: sakit vəziyyətdə yüngül təngənəfəslik, taxikardiya, dərinin solğunluğu və peroral sianoz müşahidə edilir. Tənəf-

füs nəbzə nisbətdə artır, arterial təzyiq yüksəlir, sianoz müşahidə edilir. AMV, TDT, tənəffüs həddi 50% - dən çox azalır. Qanın oksigenlə doyma dərəcəsi 70-90% təşkil edir. Oksigen inhalyasiyasından sonra xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır.

III dərəcə: tənəffüsün kəskin tezləşməsi, sianoz, tərləmə ilə müşayət olunur. Tənəffüs səthi, arterial təzyiq aşağı, ehtiyat tənəffüs 0-a qədər düşmüş olur. TDT azalır. Qanın O_2 –lə doyma dərəcəsi 70% -dən aşağıdır. Metabolik asidoz müşahidə olunur, hiperkapniya ola bilər.

IV dərəcə: hipoksemik koma – xəstə huşunu itirir, tənəfüs aritmik, periodik və səthi olur. Ümumi sianoz, boyun venalarının şişməsi, hipotenziya müşahidə edilir. Qanın O_2 – doyma dərəcəsi 50% və daha aşağı, pco_2>100 mm c. Sütunu, ph=7,15 aşağı olur. O_2 ilə inhalyasiya xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırmır, bəzən ağırlaşdırır.

Tənəffüs çatmamazlığı əsasən 1 yaşadək uşaqlarda xüsusən yenidoğulmuşlarda inkişaf edir.

Tənəffüs çatışmazlığı zamanı yardım taktikası

1. Tənəffüs yollarının möhtəviyyatdan azad edilməsi
2. Oksigen və aeroterapiya aparılır.
3. Respirator pozulmadan asılı olaraq tənəffüs mərkəzi stimulyatorları yaxud neyroleptiklər təyin edilir.
4. Qaz mübadiləsini yaxşılaşdırmaq məqsədilə proteolitik təsirli preparatlar təyin edilir.
5. Ağ ciyər qan dövranını yaxşılaşdıran preparatlardan istifadə edilir

PLEVRA MAYESİNİN MÜAYİNƏSİ

Plevra mayesi aşağıdakı məqsədlə müayinə olunur:

- ❖ Mayenin transudat və ya eksudat olmasını öyrənmək
- ❖ Mayenin hüceyrə tərkibinin öyrənilməsi
- ❖ Patalogiyanın törədicisini müəyyən edib, antibiotiklərə həssaslığının təyin edilməsi.

Plevra mayesinin müayinəsi, plevra boşluğundan mayenin xaric edilməsi və oraya dərman maddələrinin yeridilməsi məqsədilə plevranın punksiyasi aparılır. Plevranın punksiyası aseptika qaydalarına ciddi riayət etməklə, ən çox kütlüyün müşahidə olunduğu nahiyədə aparılır. Adətən arxa qoltuqaltı xətt boyunca qabırğa arası sahədə aparılır. Punksiya oturaq vəziyyətdə uşağı yaxşı fiksə etməklə aparılır, kifayət qədər qalın iynədən istifadə olunur. Əvvəlcə palpasiya ilə q/a sahə tapılır, 0.25%-li novakainlə anesteziya olunur, sonra iynə aşağıda yerləşən qabırğanın yuxarı kənarından daxil edilir.İynənin yeridilmə dərinliyi d/a piy qatının qalınlığından ,uşağın yaşından asılıdır. İynə plevraya daxil olduqda boşluq hissi yaranır. Diaqnostika məqsədilə 2 sınaq şüşəsinə (bakterioloji, sitoloji müayinə üçün) az miqdarda maye alınır. Qalan maye plevra boşlundan xaric edilir. Punksiya zamanı öskürək meydana çıxarsa prosedur dərhal dayandırılır. İynəni çıxarırkən plevra boşluğuna hava daxil olmasının qarşısını almaq üçün iynə sprislə birlikdə çıxarılır. Bunun üçün əvvəlcə iynənin əsasında dəri sol əlin barmaqları ilə büküş şəklində sıxılır, sonra iynə cəld çıxarılır, yeri isə dərhal yapışqan bandla (leykoplastır) bağlanır.

TERMOMETRİYA

Normal fizioloji halda sağlam bədən temperaturu 36 – 36,9^0 C arasında olur. Aktiv hərəkətdən sonra, axşamlar, yemək yedikdən sonra temperatur nisbətən yuxarı olur. Bədənin fərqli nahiyələrində temperatur da fərqli olur. Sağda və solda fərqli ola bilir. Gövdədə ətraflardan fərqlidir.

Temperatur civə, elektron və infraqırmızı termometrlərlə ölçülür. Təxmini istiliyi ovucu alın, kürək, ya da iltihab ocağına toxunduraraq təyin etmək olur. Əl quru və isti olmalıdır.

Temperaturu qoltuqaltı nahiyədə, ağız boşluğunda və düz bağırsaqda ölçülür. Duz bağırsaqda temperatur 0,5-1^0 C çox olur.

Ölçü aparılan nahiyədə iltihab prosesi varsa, yada xəstənin yaxınlığında isti və ya soyuq verən cihaz işləyirsə nəticə döğru olmaya bilir.

Temperatur acqarına oyandıqdan 30–40 dəqiqqə sonra sakit vəziyyətdə ölçülür. 6,00–8,00 və 16,00–18,00 sutkalıq temperaturun ölçmə saatlarıdır. Uşağın temperaturu qalxmaya müsaidsə saatbaşı və daha çox ölçülür.

Daimi termometriya uşağın dəri səthinə yerləşdirilmiş elektron sensorlarla ölçülür. Dəritemperaturu rektal temperaturla müqayisə edilir. Bu metod ağır vəziyyətdə olan uşaqlarda monitor müşahidə zamanı edilir.

Bədən temperaturunun **ekspres–diaqnostikası** rəqəmsal termometrlə (elektron, infraqırmızı) aparılır. Rəqəmsal termometrlə çox dəqiq və etibarlıdır.

1–30 saniyə arasında ölçülür. İnfraqırmızı termometr 0-100^0 C aradan ölçülür. Ona görə də bu cihazla ləyəndəki su, uşağın qidası (südü) və başqa temperatur təyin edilir.

Civə termometri ilə temperatur təyin etmək üçün 10 dəqiqə ərzində qoltuqaltı nahiyədə saxlanılır. Termometrin civə ilə dolu hissəsi hər tərəfdən bədənə təmas etməlidir. Erkən yaşlı uşaqlarda termometr sabit qalması üçün kənardan tutulmalıdır.

Qasıq büküşündə temperaturu ölçmək üçün uşağın ayağı bükülür, həmin büküşə termometr yerləşdirilir. Ölçmə vaxtı 10 dəqiqə davam edir.

Düz bağırsaqdan temperatur ölçmək, qəbizlik, diareyada, düz bağırsaq xəstəliklərində əks göstərişdir. Termometrin civəli hissəsinə vazelin sürtülür. 6 aya qədər uşaqlar arxası üstə, daha böyük uşaqlar sol tərəfi üstə ayaqları nisbətən qarnına döğru çəkilmiş vəziyyətdə uzandırılır. Termometr 3-4sm dərinliyə daxil edilir və qalçalar bir – birinə yaxınlaşdırılır. 2-3 dəqiqəyə termometr çıxarılır.

Ağız boşluğunda termometriya üçün termometrin civəli hissəsi yanaqla damaq arasına yerləşdirilir. Dodaqlar qapalı vəziyyətdə 3 dəqiqə ərzində termometr tutulduqdan sonra ağız boşluğundan çıxarılır.

Termometr istifadə edildikdən sonra dezinfeksiya edilir, daha sonra axma su ilə yuyulub, qurudulur.

Stasionar şəraitində termometr göstəriciləri temperatur vərəqəsinə qeyd edilir və qrafik olaraq təsvir edilir.

TƏNƏFFÜS HƏRƏKƏTLƏRİNİN MÜAYİNƏSİ

Tənəffüsün müşahidəsi (müayinəsi) uşağa hiss etdirilməməlidir. Belə ki, o, iradi olaraq tezliyi, dərinliyi və ritmi dəyişdirə bilər. Temperaturun qalxması tənəffüs tezliyinin artması ilə müşahidə edilir: Temperaturun bir dərəcə qalxması tənəffüs hərəkətlərinin dəqiqədə 4 hərəkət artmasına səbəb olur.

Tənəffüs hərəkətlərinin tezliyini təyin etmək üçün uşağın əlindən tutub diqqətini dağıtmaq olar digər əlini döş tipli tənəffüsdə sinəsinə, qarın tipli tənəffüsdə isə epiqatral nahiyəyə qoyulur.

Tənəffüs müayinəsində aşağıdakı parametrlər təyin edilir.

Tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi

Yarımçıq doğulmuşlarda	60 – 80	1 dəq
Vaxtında doğulmuşlarda	40 – 60	1 dəq
1 – 2 yaşlarda	30 – 35	1 dəq
5 yaşında	25	1 dəq
10 yaşında	18 – 20	1 dəq
15 yaşında	16	1 dəq
Böyüklərdə	15 - 16	1 dəq

Tənəffüsün dərinliyi: Yaş nə qədər azdırsa, tənəffüs o qədər səthi olur.

Tənəffüs tezliyinin nəbzin tezliyinə nisbəti

Yeni doğulmuşlarda	1 : 2,5 – 3
Sonrakı yaşlarda	1 : 3,5 - 4
Böyüklərdə	1 : 4

Tənəffüsün ritmi.

Tənəffüs aritmiyası normada yeni doğulmuşlarda həyatının ilk 2-3 həftəsində olur

Tənəffüsün tipi: Yaşdan və cinsdən asılıdır. Erkən yaşlarda qarın tipli tənəffüs, 3-4 yaşlarında döş tipli tənəffü daha çox rastlanır. Cinsdən asılı olaraq tənəffüsdə fərq 7–14 yaşlarında başlayır. Cinsi yetişkənlik dövründə oğlanlarda qarın tipli, qızlarda döş tipli tənəffüs qərarlaşır. Tənəffüsün tezliyini sakit zamanda döş qəfəsinin ölçüsü və hərəkətliliyi n/a və n/v vaxtı ölçülməlidir. Tənəffüs funksiyalarının tam müayinəsi üçün qanın qaz tərkibi və turşu – qələvi vəziyyəti yoxlanılmalıdır.

NƏBZİN MÜAYİNƏSİ

Nəbz yuxu, çiyin, bud, gicgah və mil arteriyalarında, əmgəkdə təyin edilir.

Yuxu arteriyalarında nəbz ardıcıl olaraq sağ və sol tərəfdə arteriyaya çox təzyiq göstərmədən yoxlanılır. Güclü sıxdıqda ürəyin fəaliyyəti azala bilər. Arterial təzyiq düşər. Erkən yaşlı uşaqlarda yuxu arteriyasında nəbzi təyin etdikdə, tənəffüs yolları sıxıla bilər, bu da larinqospazm səbəb olur. Buna görədə bu yaşlarda nəbz çiyin və **bud arteriyalarında** təyin edilir. Bud arteriyasında nəbzi qasıq nahiyəsində budun düz, nisbətən xaricə **gicgah arteriyasında** yoxlanılır– qaş qövsünün xarici bucağının yuxarısında **Mil arteriyasında**_ nəbz hər iki əldə təyin edilir.

İlk gün	140	
I ay	130	
I yarımil	130	
II yarımil	115	
Həyatının ikinci ili	110	dəqiqədə
2 – 4 yaşda	105	
5 – 10 yaşda	95	
11 – 14 yaşda	85	
15 – 18 yaşda	82	

Nəbz sakit vaxtı (yuxuda da mümkündür) sayılır–1 dəqiqə ərzində, 15 saniyədə sayıb 4 - ə vurmaq da olar. Nəbzin müayinəsində aşağıdakı parametrlər təyin edilir.

- ❖ Tezlik (taxi -, bradikardiya)
- ❖ Ritm (ritmik, aritmik)
- ❖ Gərginlik (gərgin, mülayim)
- ❖ Dolqunluq (dolu, boş)
- ❖ Böyüklük (sapvari, az dolu, tam dolu)

ARTERİAL TƏZYİQİN ÖLÇÜLMƏSİ VƏ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Arterial təzyiq (AT) civəli, membran tonometrlər və stiqmotonometrlərlə ölçülür. Avtomatik və yarımavtomatik elektron alətlər də rahat istifadə edilə bilər. **Elektron alətlərlə** AT barmaqda, biləkdə, çiyində, ayaqda da ölçülür. Avtomatik alətlərdə adından da göründüyü kimi hava manjetə avtomatik sistemlə ötürülür. Yarımavtomatlarda isə pompa (armudvari rezin balon) ilə havanı vururuq, digər əmaliy-

yatlar avtomatik yerinə yetirilir. Bir neçə saniyə ərzində rəqəmsal ekranda sistolok və diastolik AT göstəriciləri görünür. Nəbzi, yaddaş bloku və digər göstəriciləri özündə birləşdirən alətlər də mövcuddur.

Auskultasiya metodu Korotka–Yankovski) metodu ilə AT ölçülməsində yaşa uyğun manjetlər istifadə edilir. Bu manjetlər olmadıqda standart 13 sm enində manjetlərdən istifadə edirlər.

Erkən yaşlı uşaqlarda palpasiya metodundan da istifadə edilir. Bu metod sadəcə sistolik təzyiqi təyin edir. (nəbzin təyin edildiyi an) Bu zaman sistolik təzyiq auskultasiya metodundakından 5-10 mm c.süt. aşağı olur.

AT günün eyni saatlarında ölçmək məsləhət görülür. İlk dəfə hər iki qolda ölçülür. Daha sonralar sağ qolda 10-15 dəqiqə ara verərək 3 dəfə təkrarlanır. Manjtin ürək səviyyəsində olması məqsədə uyğundur. Alınan AT "təsadüfi" təzyiq adlanır. AT normadan kənar olarsa 30 dəqiqə sonra təzyiq ölçülür. Alınan nəticə "qalıq" təzyiqdir. Bu təzyiqlər arasındakı fərq "əlavə" təzyiq adlanır. Hipertenziyaya meylilik AT 15 mm c.süt. – dən çox artır.

Ölçü apardığımız aparatın manjeti çiyinin 2/3 hissəsini əhatə etməlidir. Ensiz və ya enli manjetlər təzyiqin düzgün ölçülməsinə maneədir.

Bud nahiyəsində ölçü aparırkən uşaq qarnı üzərinə uzadılır, manjet budun orta 2/3 hissəsinə bağlanır (dizaltından 3 sm yuxarı), fonendoskop dizaltı arteriyanın üstünə (dizaltı çuxura) qoyulur. Yuxarı ətraflarda AT daha yüksəkdir, nəinki aşağı ətrafda (təxmini 10 mm c.s). Fiziki yük, həyəcan

AT artmasına səbəb olur. Sistolik və diastolik təzyiqlər gün ərzində dəyişə bilir. Yuxu zamanı daha aşağıdır, yeməkdən sonra sistolik artır, diastolik isə azalır.

QAN QRUPUNUN TƏYİNİ TEXNİKASI

Qan qrupları standart zərdablar vasitəsilə təyin olunur. Müayinə qabının üzərinə xəstənin adı, soyadı yazılır. Qan qruplarına uyğun zərdablar xüsusi bölmələrə damladılır. Nəticə dəqiq olsun deyə iki fərqli seriyadan yoxlamalar aparılır. Hər zərdabın yanına yoxlanmalı qan damlası da damladılır. Şüşə çubuqla zərdabla qan qarışdırılır. 5 dəqiqə ərzində nəzarət edilir. Aqlutinasiya gedən qarışıqların üzərinə 4- cü dəqiqədə bir damcı fizioloji məhlul əlavə edilir. Beş dəqiqə sonra nəticə qeyd olunur. Müayinə I,II,III qrup zərdablarla aparılır.

Müayinə edilən qan	**Standart zərdablar**			
	I	II	III	0 (IV)
0 (I)	-	-	-	-
A (II)	+	-	+	-
B (III)	+	+	-	-
AB(IV)	+	+	+	-

Bütün zərdablarda aqlutinasiya gedərsə qan 0 (IV) yoxlanmalıdır. (səhv olmaması üçün)

RH FAKTORUNUN TƏYİNİ

Rezus antigeninin 3 forması var: $Rh_{0(D)}$, $rh^{/}$ (c), $rh^{//}$(E) "Rezus - faktor" dedikdə ən çox $Rh_{0(D)}$ nəzərdə tutulur.

0 (I) qrupu antirezus zərdabı - 0 (I) rezus faktor

A (II) qrupu antirezus zərdabı - 0 (I), A (II) rezus faktor

B (III) "--------" "---------" - 0 (I), B (III) rezus faktor

AB (IV) "--------" "---------" AB (IV) + digər 3 qrup

Rezus faktorları təyin edilir.

Kliniki təcrübədə **konqlütinasiya metodu** ilə rezus faktorun təyini geniş yayılmışdır.

Müayinə üçün 1-2 ml qan alınır. Stabilizatorsuz sınaq şüşələrinə yığılır. Şüşələrin üzərinə xəstənin soyadı və qan qrupu qeyd edilir. Qan laxtalanmadıqdan sonra sınaq şüşəsinin dibində az miqdarda eritrosit qalır. Həmin eritrositlərdən qarışıq hazırlanır və analizlərdə istifadə edilir.

Petri kasasına iki fərqli seriyadan 6 damcı antirezus zərdabı damcıladılır. Hər damcının yanında işarə qoyulur. Birinci damcıları yanına müayinə ediləcək eritrosit qarışığı, ikinci damcılara kontrol rezus (+), üçüncüyə kontrol rezus (-) eritrositlər əlavə edilir. Damcılar şüşə çubuqla qarışdırılır. Petri kasası 10 dəqiqə müddətinə $46\text{-}48^0$ C temperaturda su hamamına salınır.

Nəticə işıq şüalarında aqlutinasiyanın olub – olmamasına görə qiymətləndirilir. Müsbət nəticədə aqlütinasiya açıq – aşkar görünür. Mənfi nəticə vaxtı damcı bərabər yayılmış qırmızı rəngdə olur. Beləliklə birinci nəticə (Rh^+), ikinci nəticə (Rh^-) Rezus faktoru laxtalanmayan, barmaqdan alınan qanla da yoxlamaq olar.

QAN MÜBADİLƏSİ TEXNİKASI

Qanitirmənin həcmi sirkulyasiya qanının 12% dən artıq olduqda transfuzuya göstəriş olur. Digər göstəricilər yan əlamətlər sayılır. Bunlardan 1) yeni doğulmuş hemolitik xəstəliyi. 2) Ağır stafilakok sepsisi, hemoqlobin səviyyəsinin 80 q/l – dən aşağı olan ağ ciyərlərin stafilakok destruksiyası. 3)qanyaranmada çatışmazlıq.

Düz (birbaşa) və qeyri düz (dolayı yolla, konservləşdirilmiş) qanköçürmə usulları var, uşaqlarda düz transfuziya daha az tətbiq edilir. Uşaqlara qan köçürmək üçün dirsək venası, başın səthi venaları, bilək venalarından istifadə edlir. Qan damcı üsulu ilə və ya kiçik ölçülərdə v/d inyeksiya vasitəsilə vurulur. Qanın miqdarı göstəricilər və uşağın bədən kütləsinə görə hesablanır. Erkən yaşlarda 10ml – 1kq, böyük uaqlarda 100-200ml bir dəfəyə.

Qeyri – düz qan köçürmə texnikası_. konservləşdirillmiş qan tibbi müəssisələrə xüsusi ampulalarda, ya da rezin tıxacla bağlı flakonlarda daxil olur. Uşaqlar üçün qan kiçik ölçülü flakonlarda hazırlanır. Qan soyuducularda 4^0C temperaturda saxlanılır. Bir flakondan sadəcə bir uşağa qan köçürmək olar. Qan köçürmədən əvvəl 30-50 dəqiqə otaq temperaturunda saxlanılır.

Düz qanköçürmə texnikası bir çox aparatların köməyilə aparılır. Ən sadə üsul – üç çıxışı olan şüşə qabın I çıxışı donorun rezin borusuna

II çıxışı xəstənin rezin borusuna

III çıxış şüşə qabı şprislə birləşdirən rezin boruya birləşir

Yığılmış sistem sterilizə edildikdən sonra 2% - li natrium sitrat və ya heparinlə doldurulur. Rezin borulara tutqaclar yerləşdirilir. Xəstə və donor paralel uzandırılır. Ikisinin arasına masa qoyulur. Bu masada donor və xəstənin venaları punksiya edilir. Xəstənin qolundan jqut çıxarılır, donorun borusundakı tutqac açılır. Beləliklə şpris donor ilə dolur. Bundan sonra donorun borusundakı tutqac yerinə taxılır və sıxılır. Əvəzinə xəstənin borusundakı tutqac açılır, şprisdəki qan xəstənin venasına yeridilir. Sonra yenidən xəstənin borusundakı tutqac sıxılır, donordakı açılır, lazımı miqdarda qan vurulana qədər proses davam edir.

Müxtəlif yaşda qanın klinik şəkli

Qanın ümumi klinik analizi üçün kapilyar qan müayinə edilir. Qan ac qarına sakit vəziyyətdə laborant tərəfindən götürülür. Təkrar müayinə gərəkdiyində eyni saatlarda keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Rentgenoloji müayinədən sonra, fizioterapevtik prosedurlardan və parenteral dərman yeridilməsindən sonra qan götürmək doğru deyil. Eyni zamanda fiziki yükləmələr də bunlara aiddir.

Orqanizmin cinsi xüsusiyyətləri və yaş qanın tərkibinin dəyişməsinə səbəbdir. Coğrafi və iqlim şəraiti də qanın klinik şəklinə təsir edir.

KARDİOLOGİYA ŞÖBƏSİNDƏ TİBBİ BACISININ İŞİ

1. Tibb bacısı xəstənin yataq və hərəkət rejiminə düzgün qidalanmasına nəzarət edir. (stol N10)
2. Palatanın sanitar rejimini təmin edir, havalandırmanın yerinə yetirilməsinə, temperatur rejiminə diqqət edir.
3. Dərman vasitələrinin istifadə qaydalarını və əlavə təsirlərni bilməlidir (ürək qlükozidləri, sidikqovucular damardaraldıcılar, antiaritmik vasitələr və s.)
4. Gündəlik AT ölçməli, dəri örtüyünün rəngini qiymətləndirməli, nəbzi yoxlamalı, ödemlərin olub-olmamasına diqqət yetirməlidir.
5. Ağır xəstə uşaqları müayinə və prosedurlara aparmalı
6. Kəskin ürək-damar çatmamazlığının klinik əlamətlərini bilməli və həkimə qədər yardımı yerinə yetirməlidir.

ANADANGƏLMƏ ÜRƏK QÜSURLARINDA MÜALİCƏ ÜSULLARI

AÜQ – nın yeganə müalicəsi cərrahi əməliyyatdır. Cərrahi müalicə **radikal** və_**palliativ** olaraq 2 yerə bölünür. Radiikal müdaxilədən sonra hemodinamik pozğunluqlar normallaşır. Palliativ əməliyyatlar isə erkən letal nəticənin qarşısını alır. Xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırır. Əməliyyatın keçirilməsi üçün daha əlverişli zaman xəstəliyin II fazası dövrüdür. (3-12 yaşlar). Daha erkən yaşlarda da əməliyyat aparmaq mümkündür.

Konservativ terapiyada: 1)ürək çatmamazlığında və hipoksemiyada təxirəsalınmaz yardımın keçməsi, 2)dəstəkləyici müalicə, 3)trombozların profilaktikası, 4) anemiyaların müalicəsi ön görülür.

Hipoksemik krizlərin əsas müalicəsi oksigenoterapiya, asidozun korreksiyası və ağ ciyər arteriyasının başlanğıc nahiyələrinə spazm əleyhinə medikamentoz təsirdən ibarətdir.

Asidozun korreksiyası: 4% - li Na hidrokarbonatla aparılır.

Qıcolmalarda Na oksibutirat istifadə edilir. Bununla həm də antihipoksik təsir əldə edilir. Tutmalar uzun müddətli olduqda hospitalizasiya edilir.

Dəstəkləyici terapiyada: aşağı dozada ürək qlukozidləri, riboksin, ATF, kokarboksilaza, K preparatları istifadə olunur.

Trombozun qarşısının alınması üçün asetilsalisil turşusu və dezaqreqantlar tətbiq edilir. AÜQ olan uşaqların hemoqlobin və eritrosit göstəriciləri normadan yüksək olmalıdır. Ona görə də göstəricilər yaş normalarına uyğun olduqda belə bu hal anemiya kimi qiymətləndirilir və dəmir, mis preparatlarının təyin olunmasını tələb edir.

QÜQ – QAZANILMIŞ ÜRƏK QÜSURLARI, DİAQNOSTİKA

Ən çox kəskin revmatik qızdırma xəstəliyi, az hallarda septiki endokardit nəticəsində yaranır. Qapaqlarda gedən iltihab prosesi onların deformasiyasına və qısalmasına, yaxud tayların bitişməsi nəticəsində dəliyin daralmasına gətirib çıxarır.

2 taylı qapağın çatışmazlığı – bu qüsur zamanı xəstənin şikayətləri olmaya bilər. Rentgen müayinədə ürəyin sola böyüməsi, ExoKQ – də sol qulaqcıq və mədəcikdə dəyişikliklər qeyd edlir.

Sol atrioventrikulyar dəliyin stenozu, üz solğun yanaqlar və dodaqlar sianotik qırmızı olur. Rentgendə sol qulaqcığın böyüməsi (mitral konfiqurasiya), EKQ – də sol qulaqcıq və sağ mədəciyin hipertrofiya əlamətləri qeyd edilir.

Müstərək mitral qüsur – mitral çatmamazlıq və mitral stenoz əlamətləri ilə təzahür edir.

Aorta qapaqlarının çatışmazlığı zamanı dəri solğundur. Sistolik a/t normal və ya az yüksək, diastolik təzyiq aşağı düşür. Rentgen müayinədə sol mədəciyin böyüməsi, aortal konfiqurasiya, EKQ –də mədəciyin hipertrofiyası müşahidə edilir.

Üçtaylı qapağın çatışmazlığı - əsas şikayətlərə təngənəfəslik, zəiflik aiddir. Üz, dodaqlar və ətrafların sianozu, boyun venalarının şişməsi və pulsasiya qeyd edilir. Rentgen müayinədə və EKQ – də sağ tərəfin hipertrofiya əlamətləri qeyd edilir.

KƏSKİN ÜRƏK-DAMAR ÇATIŞMAZLIĞINDA YARDIM

Kəskin ürək-damar çatışmazlığı 3 sərbəst formaya bölünür:

1. Bayılma, 2. Kollaps, 3. Şok

Bayılma – qısa vaxtlı, qəflətən yaranan huşun itməsidir. Uşağı yastıqsız uzatmaq lazımdır, dar geyimi çıxarmaq, üzünə soyuq su vurmaq və naşatır spirti ilə isladılmış pambığı iylətmək lazımdır.

Kollaps- kəskin yaranan damar çatışmazlığı, damar tonusunun azalması, dövr edən qanın həcminin azalması, arterial və venoz təzyiqlərin kəskin düşməsi, baş-beyin hipoksiyası ilə təzahür edir. Kollaps zamanı-xəstəni isitmək, ilıq su vermək lazımdır. Dövr edən anın həcmini bərpa etmək məqsədilə v/d plazma əvəz edici preparatlar yeridilir. Qanitirmədə qan köçürülür. Asidozu azaltmaq məqsədilə kokarboksilaza, AT qaldırmaq üçün və böyrək üstü vəzinin çatışmazlığını aradan qaldırmaq üçün prednizolon parenteral yeridilir. Kordiamin və mezaton damar tonusunu artırmaq məqsədilə damar daxili və ya əzələ daxilinə yeridilə bilər.

Şok – kəsin təhlükəli patoloji proses olub, BSS funksiyalarının ağır pozulması ilə xarakterizə olunur. Əsasən şokun ağırlığı AT və nəbzin dolğunluğu iıə təyin olunur.

Əsas terapiya neyrovegetativ blokadanı aradan qaldırmaqdan ibarətdir. Bunun üçün droperidal, sedativ preparatlardan istifadə olunur. Güclü ağrılarda promedal yeridilir. Hemodinamikanın bərpa üsulları kollapsda olduğu kimidir. Kordiotonik preparatlar istifadə olunmur.

REVMATİZM

Uşaqlar arasında geniş yayılmış infeksion-allergik xəstəlik olub, əsasını ürək və oynaqların birləşdirici toxumasının zədələnməsi təşkil edir. Xəstəlik xroniki gedişə malikdir.

Müalicə: Evdə revmatoloqun nəzarətində, revmatoloji sanatoriyalarda, stasionarda kompleks şəkildə mərhələli və uzunmüddətli aparılır. Xəstəliyin kəskin dövründə uşaq hospitalizasiya edilməlidir. Hərəkət aktivliyi bir müddət məhdudlaşdırılır. Xəstəliyin maksimal aktivliyində (1a) xəstəyə

ciddi yataq rejimi təyin edilir. Orta aktivlikdə yataq rejimi təyin olunmalıdır. 2-3 həftədən sonra yarı-yataq rejiminə keçirilir. (2a) xəstə evə yazılmağına 2 həftə qalmış ev rejiminə keçirilir. Bir rejimdən digərinə keçirmək üçün klinik və laborator müayinələrin göstəriciləri nəzərə alınır.

Qida rejimi dolğun, vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Xəstəliyin kəskin dövründə duz və maye azaldır (stol N10) Ürək çatmamazlığı halında tənzimləyici günlər keçirilir. Xəstəliyin ilk günlərində 1,5-2 həftə ərzində penisillin təyin edilir. Növbəti 2-4 həftədə, "Bisillin -5" vurulur. Uşağın yaşından asılı olaraq 750000-1500000 V təyin edilir. Müalicədə əsas yeri revmatizm əleyhinə vasitələr tutur. İltihabəleyhinə təsirə malik preparatlardan salisilatlar, indol törəmələri (indometasin, metindol) voltaren və s. istifadə edilir. Ağır hallarda qlukokortikoidlər təyin edilir, çox hormon istifadə olunduqda "K" preparatları ilə müalicə də aparılmalıdır. Bunlarla yanaşı xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyası, vitaminterapiya aparılır. Fizioterapiya da müalicə kompleksinə daxil edilir. Xoreya zamanı bütün antirevmatik müalicə ilə yanaşı barbiturat, bromid və kiçik trankvilizatorlar, antihistaminlər təyin edilir.

Profilaktika 1-cili profilaktikada steptokok infeksiyasiyasının qarşısını almaq məqsədilə maksimal təmiz hava, rasional qidalanma, idman və fiziki tərbiyə ilə məşğulluq vacibdir. Eyni zamanda labarator nəzarət və streptokok infeksiyanın vaxtında müalicəsi birincili profilaktika tədbirlərinə aiddir. İkincili profilaktika il boyu davam edən bisillin–medikamentoz profilaktikadan ibarətdir. Xroniki infeksiyaları

olmayan, qapaqcıq simptomu olmayan xoreyada 3 il müddətində bisillin profilaktikası keçirilir. Növbəti iki ildə payız və yazda "Bisillin -5", asetil-salisil turşusu və vitamin eyni zamanda təyin edilir. İkincili infeksiyalarla davam edən, təkrar residivləşən xoreyalarda, birincili revmokarditi qapaqcıq zədələnməsilə keçirən uşaqlarda illik profilaktika 5 il davam edir. Məktəbəqədər uşaqlara "Bisillin -5" 750000 V 2 həftətə1 dəfə, məktəblilərə 1500000 V ayda 1 dəfə vurulur.

TƏNƏFFÜS SİSTEMİ XƏSTƏLİKLƏRİ VƏ MÜAYİNƏSİ

Tənəffüs sisteminin müayinə sxeminə anamnez, baxış, palpasiya, perkussiya, auskultasiya, laborator və instrumental müayinələr aiddir.

Tənəffüs sistemi xəstəliklərində ən çox rast gəlinən şikayətlər bunlardır.

- ❖ Burun tənəffüsünün çətinləşməsi. Südəmər uşaqlarda bu əmmə zamanı çətinlik törədir.
- ❖ Burundan ifrazatın olması
- ❖ **Öskürək** – xəstələrdə ən çox təsasdüf olunan şikayətlərdəndir. **Sorğu zamanı** xəstədə öskürəyin xarakteri, tezliyi davametmə müddəti, günün hansı hissəsində müşahidə olunması, tembri, öskürək zamanı qusma və ağrının olub-olmaması aydınlaşdırılır. Xarakterinə görə öskürək quru (bəlğəmsiz), yaş (bəlğəmli) olur. Əzabverici quru öskürəyə faringit və nazofaringit zamanı rast gəlinir. Bronxit və pnevmoniyalarda öskürək əvvəlcə quru, sonra yaş olur.

❖ Döş qəfəsində ağrı plevra prosesə cəlb olunduqda, qabırğa sınıqlarında, miozitlərdə, sinir iltihablarında olur.

Baxış zamanı xəstənin vəziyyəti, dəri və selikli qişaların rəngi, uşağın səsi qiymətləndirilir. Üzə, buruna və ağız boşluğuna baxış aparılır. Döş qəfəsinə baxış zamanı onun formasına, tənəffüsdə iştirakına, döş qəfəsinin simmetrikliyinə diqqət yetirilir.

Baxış zamanı tənəffüsün tipi, sayı və ritmi də müəyyən edilir.

Baxışdan alınan məlumatlar **palpasiya və perkussiya** ilə tamamlanır.

Auskultasiya zamanı döş qəfəsinə simmetrik olaraq qulaq asılır və müqayisə olunur. Fiziki sağlam uşaqlarda auskultasiya zamanı alınan küylərə əsas tənəffüs küyləri deyilir. Əsas tənəffüs ilə yanaşı n/a və n/v zamanı əlavə tənəffüs küyləri də eşidilir.

STOMATİT VƏ SÜD YARASI ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞUNUN TƏMİZLƏNMƏSİ. SANİTAR – MAARİF İŞİNİN APARILMASI

Maya göbələkləri (kandida) zəif turş mühitdə asan çoxala bilir. Buna görə də süd yarası zamanı ağız boşluğunda qələvi mühiti təmin etmək üçün vaxtaşırı 2% - li Na hidrokarbonat məhlulu ilə təmizləmək lazımdır. Selikli qişaya qliserinli Na tetroborat 10–20% məhlulu ilə yaxma aparılmalıdır. Proses geniş yayılırsa, göbələk əleyhinə antibiotiklərdən istifadə edilir.

Uşağın gigiyenik vəziyyəti çox mühümdür: Gəyirmələrlə mübarizə aparılır.(mədə möhtəviyyatı turş əsaslı olması səbəbiylə). Qeyri – rasional qidalanmada lazımi mikrofloranın əmələ gəlməsi çətinləşir, çünki ana südündəki taktorlar başqa qidalarda yoxdur, bu da mikrobalansı dəyişdirir.müxtəlif xəstəliklərin müalicəsidə stomatitə səbəb ola bilir.

Ağız boşluğunun işlənməsi 2–3 dəfə təkrarlanır. Kandidoz əlamətləri keçdikdən sonra 1–2 gün müddətində prosedur profilaktika məqsədilə davam etdirilir.

Ağız boşluğunun işlənmə prosesi texnikası düzgün aparılmadığı təqdirdə ağırlaşmalar ola bilər: selikli qişa zədələri, infeksiyalaşma, silmə salfetinin aspirasiyası. Bu səbəblə sterillik qorunmalı, diqqətsizliyə yol verilməməlidir.

İş yerinin təchizatı:1. Dərman vasitələri (2%-li Na-hidrokarbonat məhlulu, qliserinli Na-tetroborat 10–20%-li, göbələk əleyhinə antibiotiklər – nistatin, levorin və s.) 2. Steril material (pambıqlı taxta çubuqlar, pambıq tamponlar, tənzif salfetlər) qablaşdırmada 3. Rezin balon (şpris) 4. Dezinfeksiya məhlulda ya da qablaşdırmada pinset 5. Steril material üçün kiçik sini 6. İstifadə edilmiş material üçün sini 7. İstifadə edilmiş məhlulların yığılması üçün qab 8. Mələfə (su keçirməz önlük) 9. Tibbi əlcəklər 10. Alət masası 11. Döşəkli bələmə masası 12. Dezinfeksiyaedici məhlulla dolu qablar (alət və masaları təmizləmək üçün)

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi:

1. Əllər iki dəfə sabunlanaraq yuyulur, individual dəsmal və ya birdəfəlik salfetlə qurudulur. Əlcəklər geyinilir.
2. Lazımı avadanlıq alət masasına yığılır.
3. Dərman məhlulları hazırlanır.

Manipulyasiyaının əsas mərhələsi:_ Ağız boşluğunun steril salfet və ya pambıqlı çubuqla təmizlənməsi.

4. Uşaq bələmə masasına uzandırılır. Köməkçi uşağı tutur. Tutqacla steril salfet alınır. Möhkəm fiksə edildikdən sonra dərman vasitəsində isladılıb ağız boşluğu ətraflı silinir. Salfet barmağa da bükülüb silinə bilər, lakin bu gigiyenik deyil.

Ağız boşluğunun rezin balon və ya şprislə təmizlənməsi

5. Uşaq köməkçinin qucağına otuzdurulur: sol əli alına qoyur, sağla əllər tutulur. Ayaqları kəsişdirərək uşağın ayaqlarını tuturlar. Uşağın yaxasına mələfə sərilir, çənəaltına sini tutulur. Rezin balon (şpris) dərman vasitəsilə doldurulur. Uşağın ağzı açılır, rezin balon ağız böşluğuna daxil edilir, damağa doğru sıxılır. Uşağın başı əvvəl bir tərəfə, daha sonra digər tərəfə çevrilərək ağız suyunun siniyə tökülməsini təmin etmək.

Manipulyasiyanın son mərhələsi:

6. Uşağın üzü qurulanır, çarpayıya uzandırılır.
7. Alətlər dezinfeksiya məhlulda yuyulur, masalar silinir. Əllər yuyulur, qurudulur.

QUSMA

Uşaqlarda qusmaya çox tez – tez rast gəlinir. Daha çox erkən yaşlarda görünən bu əlamət bir çox xəstəliklərin də göstəricisi ola bilir. (mədə - bağırsaq, sinir sistemi, ürək damar sistemi xəstəlikləri, infeksion xəstəliklər, intoksikasiyalar və s.) **Orqanik və psixogen** qusmalar tanınır. Qusuntu kütlələrində selik, qida qalıqları, tünd və ya al qırmızı qan bağırsaq parazitləri, öd görülə bilər.

Qusma – təksəfərlik, təkrarlanan

- Ağız dolusu, az – az
- Periodik təkrarlanan

Bəzən bu hər – hansı xəstəliyin ilk əlaməti ola bilər. Qusmadan öncə ürəkbulanma, ağrı ola bilər. Çox vaxt isə qəflətən baş verir.

Həyatın ilk aylarında qusma qidalanmanın artıqlığı və hava udmasından irəli gəlir. (arerofagiya) 1 yaşa qədər uşaqlarda ruminasiya (qaytarmadan sonra ağzına gələn möhtəviyyatı yenidən udması) daha az rast gəlinir. Qusmanı qaytarmadan ayırmaq lazımdır. Qaytarma qarın presi əzələlərinin təsiri olmadan mədə və ya qida borusundan gələn möhtəviyyatla xarakterizə edilir. Səbəbli qaytarmalar (doğuş travması və s.)qusmaya keçə bilər (vərdişli qusma). Çox az hallarda südəmər uşaqlarda qusmadan əvvəl ümumi narahatlıq, avazıma, ətrafların soyuması olur.

Qusma qarın pressi əzələlərinin gərginliyi və təkanvari qida çıxarmaları ilə müşahidə edilir. Burundan da gəlir.

Qusuntu kütlələrinin içində olan çürüməmiş süd, selik, qan, öd diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Qanlı qusmalarda qanın mənbəyinin aydınlaşdırılması vacibdir. (burun, ağız boşluğu qan axmaları ya da döş gilələri çatlarından gələn qan)

Yenidoğulmuşlarda qusma dölyanı suların aspirasiyası, serebral pozğunluqlar, aerofagiya və s. ola bilər. Sepsis, sidik yolları infeksiyası, toksikoz, hipervitaminoz D, inək südünə qarşı reaksiya qusmaya səbəb ola bilər. Sarı və ya yaşıl rəngli qusuntu mekoniumlu bağırsaq keçməməzliklərində rast gəlinir.

Az yaşlılarda qusma kəskin infeksion xəstəliklərdə, qida toksikoinfeksiyalarda, peritonit, appendisit kimi xəstəliklərdə baş verir.

Böyük yaşlarda qusma daha çox mədə-bağırsaq traktı, mərkəzi sinir sistemi patalogiyalarıyla bağlıdır.

TOKSİKOZLAR

Uşaqlarda tokikoza (erkən yaşlarda xüsusilə) çox tez–tez rast gəlinir. Toksikozun gedişində iki mərhələ ayırd edilir.

1. Generalizasiya mərhələsi: fərqli gedişatları var.

a) Neyrotoksikoz (ensefalit sindromlu toksikoz, toksik ensefalopatiya)

b) İntestinal sindromlu toksikoz (bağırsaq toksikozu, susuzlaşmayla davam edən toksikoz)

c) Kişş toksikozu– hipermotil

d) Böyrəküstü vəzin kəskin çatmamazlığı toksikozu (ildırımvari toksikoz, Uoterhaus – Frideriksen sindromu)

2. Lokalizasiya mərhələsi.

a) Qara ciyər çatışmazlığı ilə davam edən toksikoz (sindrom Rey)

b) Kəskin böyrək çatışmazlığı ilə gedən toksikoz (Qasser sindromu, hemolitiko – uremik sindrom)

c) Toksiko – septik vəziyyət

Neyrotoksikoz (infeksion toksikoz) 3 yaşa qədər uşaqlarda daha çox rast gəlinir. Qrip, paraqrip və s –də rast gəlinir. Doğuş travması, afiksiya, xroniki intoksikasiya neyrotoksikozun inkişafına səbəb olur. Temperatur 39–40^0 C qalxır, böyük əmgək gərgin, boyun əzələlərinin rigidliyi artır. Taxikardiya, hipertoniya görünür. Müalicənin effekti olmadıqda, şok vəziyyət inkişaf edir: dəri boz rəngə çalır, AT düşür, ürək tonları karlaşır, bradikardiya, qeyri–iradi defekasiya və sidik buxarma və s. mümkündür.

Təxirəsalınmaz yardım: Xəstəyə yüksək vəziyyət verilir, geniş spektrli antibiotiklər, qızdırma əleyhinə vasitələr, ürək qlukozidləri, papaverin + dibazol və aminazin + pipolfen + novakain qarışıqlarından istifadə edilir. Eyni zamanda hormonal terapiya və diurez düzəldikdən sonra dehidratasiya terapiyası aparılır.

İntestinal sindromlu toksikoz. (susuzlaşma ilə gedən bağırsaq toksikozu) uşaqlarda ilk aylarda rast gəlinir. Mayenin kəskin itirilməsi ilə müşahidə edilir. Qusma, duru nəcis ifrazı əlamətləri öndə gəlir. Qidalanma pozuntularında və mədə-bağırsaq traktı xəstəliklərində bağırsaq toksikozu daha tez inkişaf edir və ağır keçir. Su–elektrolit balansı pozulduğu üçün susuzlaşma artır və mərkəzi sinir sistemi zə-

dələnir. Qusma bu toksikozun daimi simptomlarındandır. Getdikcə nevroloji simptomlar çoxalır. Halsızlıq, laqeydlik, şüurun bulanıqlığı, göz qırpmanın azalması, hərəkətlərin yavaşıması. Mərkəzi sinir sistemi prosesə qoşulması uşağın pozasından məlum olur – " qılıncoynadan " pozu. Daha sonralar şüur itə bilər, hətta koma mümkündür.

Təxirəsalınmaz yardım. Qanəvəzedicilər, duz məhlulları və qlukozanın 5% - li məhlulu təyin edilir. (vena daxilinə) Eyni zamanda hidrokortizon, strofantin təyin edilir. Antibiotiklərin bağırsaq toksikozlarının müalicəsində xüsusi yeri var.

Simptomatik terapiya olaraq, bağırsaq yuyulması, qarın nahiyəsinə isti, massaj, yağlı imalələr məsləhət görülür.

Kişş toksikozu. İki – üç günlük prodormal perioddan sonra kəskin respirator xəstəlik kimi davam edir. Bədən temperaturu 39–40^0 C, yuxusuzluq, şüurun pozulması, tənəffüs səthi, dəri avazımış, əmgək qabarıq və gərgin, qarında köp, oliquriya, qusma, duru stul qəbizliklə əvəz edilir. Uşaq vəziyyətdən çıxmazsa, ürəkdə problemlər, ağ ciyər və qara ciyərdə dəyişikliklər əmələ gəlir.

Təxirəsalınmaz yardım. Dərhal ürək qlukozidləri vurulur, eyni zamanda laziks 1–3 dəfə, eyfillin vurulur. Oksigenterapiya aparılır. Digər tədbirlər "neyrotoksikoz" dakı kimi davam edir.

Kəskin böyrküstü vəzilərin çatmamazlığında toksikoz. (Uoterhaus–Fridoriksen sindromu) Toksikoz temperaturun 39–40^0 C qalxmasıyla başlayırş Ümumi narahatlıq kəskin avazıma simptomlar arasındadır. Tez bir zamanda qa-

rının aşağı nahiyəsində və aşağı ətraflarda polimorf səpgilər müşahidə edilir. Səpgilərin rəngi çəhrayı – qırmızıdan tünd qırmızıya qədər dəyişir. Ağır kollaps əlamətləri üstünlük təşkil edir.

Təxirəsalınmaz yardım. Benzilpensillin K duzu və ya geniş spektrli antibiotik. Dezintoksikasiya terapiyası ringer məhlulu və ya Nace izotonik məhlulu, 5% - li qlukoza, hemodez , albumin vasitəsilə aparılır.

Nekrozun qarşısını almaq üçün kontrikal, qıcolma terağiyası aparılmalıdır.

Qara ciyər çatmamazlığında toksikoz: (Rey sindromu) Daha çox üç yaşa qədər uşaqlarda görülür. Etiologiyasında viruslar dayanır. Prodormal period 3-5 gündür. Qızdırma, mədə-bağırsaq dizsfunksiyası, fontanşəkilli qusma, əzələ tonusunun artması, qıcolmalar müşahidə edilir. Nevroloji simptomatikadan bir-neçə saat sonra koma inkişaf edir. Qara ciyər böyümüş, ağrılı, sərtdir. Sarılıq olmur. Temperatur 39-40^0 C-yə qədər artır, normal da ola bilir.

Təxirəsalınmaz yardım. "İntestinal sindromlu toksikoz" dakı yanaşmadan burda da istifadə edilir. Ensefalopatiyalarda qan mübadiləsi göstərişdir.

Kəskin böyrək çatmamazlığı toksikozu: (hemolitiko–uremik sindrom) xarakterik simptom triadası :

a) Kəskin qazanılmış damardaxili hemolitik anemiya
b) Trombositopemiya
c) Kəskin böyrək çatışmamazlığı

Respirator – virus xəstəlikləri, mədə - bağırsaq infeksiyaları, vaksinasiya bunlara səbəb ola bilər.

Təxirəsalınmaz yardım. İnfuzion terapiya sutkalıq itkiyə əsasən təyin edilir. İnfuzion mayelərə 5–10 –20% - li qlukoza, insulin Nace un izotonik məhlulu aiddir. Zülal qadağandır, anemiyalarda $VitB_{12}$, fol turşusu, eritrosiitar kütlə göstərişdir. Böyrək çatışmazlığı artdıqda hemodializ təyin edilir.

Toksikoseptik vəziyyətin_inkişafında əsas rol tənəffüs yolları, dəri, sidik sistemi və enteral yollarla daxil olan stafilakok oynayır. Uşaqlarda həyatlarının ilk aylarında osteomelit inkişaf edir. Mərkəzi sinir sistemində dəyişikliklər, dalğavari qızdırma, vegetativ sinir sistemində dəyişikliklər müşahidə edilir. Plevrit, tənəffüs çatışmazlığı, dispepsiya, enterokolit və bağırsaq parezi yaranır. Uzunmüddətli proses zamanı hipotrofiya və ümumi distrofiya yaranır.

Təxirəsalınmaz yardım. Neyrotoksikoz və toksikozun dərəcəsinə görə təyin edilir.

İMALƏLƏRİN APARİLMA TEXNİKASI

İmalələr qalın bağırsağın möhtəviyyatının boşaldılması məqsədilə (təmizləyici, yumşaldıcı –rahatladıcı, sifon – imalələr) əlavə olaraq dərman maddələrinin daxil edilməsi üçün də isdifadə edilir.

Təmizləyici imalələr qəbizlik, zəhərlənmələr,dərman mikroklizmasından, qazçıxarıcı boru qoymazdan əvvəl, rentgenoloji və endoskopik müayinələrə və əməliyyatlara hazırlıq zamanı təyin olunur. Enterobiozlarda təmizləyici imalələr gecəyə olunur. 1/2 cay qaşığı qida sodası 1 stəkan suya

Yumşaldıcı imalələr qalın bağırsağın möhtəviyyatının müstəqil xaric olunmasını təmin etmək üçün təyin olunur:

Spastik qəbizlikdə-yağlı

Atonik qəbizlikdə - hipertonik

Sifon imalələri yuyulma məqsədlidir. Zəhərlənmələrdə, təmizləyici imalələrin effektivliyində, bağırsaq keçirməzliyində təyin edilir. 1 yaşa qədər uşaqlarda 1.5 litrdən çox olmamaqla təmiz, ilıq su, 2.5 yaş arası -5 litrə qədər, yuxarı yaş uşaqlarda 8 litrə qədər su istifadə olunur.

Dərman mikroklizmaları yoğun bağırsağın selikli qişasina yerli təsiri və ümumi təsirə malik dərmanların yeridilməsi üçün istifadə olunur.Bu prosedurda müxtəlif dərman vasitələri – iltihab əleyhinə, spazmolitik, mikrob əleyhinə və b. istifadə oluna bilər.

Meteorizmlərdə südəmər uşaqlara çobanyastığı imaləsi yeridilir. Bu imalə qazların arbsosiyasına kömək edir,bağırsağın selikli qişasina zəif büzüşdürücü kimi təsir edir. 1-2çay qaşığı çobanyasdığı çiçəkləri 1 stəkan qaynar suyla 2 - 3 saat dəmlənir, süzülür. Xoralı enterokolitlərdə itburnu və çaytikanı yağları (20 - 30ml hər imaləyə) ilə imalə göstərişdir.

Uşaqlara bakteriofaq və embiotiklərlə də imalələr edilir.

Əks göstərişlər . Yoğun bağırsağın kəskin iltihabı və xoralı xəstəliklərində, düz bağırsağın çat və şişlərində, bağırsaq qanaxmalarında, peritonit, appendisitlərdə, qarın boşluğu əməliyyatlarından sonra, kəskin qan dövranı çatmamazlığında əks göstərişdir.

İmalənin yerinə yetirilməsi texnikası

6 aya qədər uşaqlar arxası üstə, böyük uşaqlar sol tərəfi üstə ayaqları qarnına yığılmış vəziyyətdə yerinə yetirilir.

QUSMA: TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM

Qusmanın nədən əmələ gəldiyindən asılı olaraq, yardım da ona əsasən aparılır.

Qida borusu atreziyalarında mədə möhtəviyyatının traxeyaya düşməsinin qarşısını almaq üçün uşağın başı yuxarı, yana dönük olması təmin edilir. Parenteral qidalanma təşkil edilir, ağızdan selik sorulur (burundan da). Antibiotiklər, ürək qlükozidləri, qələvi inhalyasiyalar təyin edilir.

Təcili cərrahi şöbəyə göndərilir

Qida borusu stenozu_anadangəlmə və sonradan qazanılma olur. Qatı yeməklərə keçid zamanı qusma və qaytarma ilə başlayır. Qusuntu dəyişilməmiş qida və selikdən ibarətdir. Bu kütlə tənəffüs yollarına düşdükdə boğulma və öskürək tutmalarına yol açır. Atropin, aminazin vurulur, duru yemək və almagel təyin edilir. Cərrahi şöbəyə göndərilir.

Reflükslü ezofagit_yeni doğulmuşlarda və daha böyük yaşlarda müşahidə edilir. Səbəbləri: infeksion xəstəliklər, narkoz sonrası, hipovitaminov A,B_1,B_{12} və s.

Qusma qanlı ola bilər. Öncəsində narahatlıq, temperaturun yüksək olması, susama olur. Uağın başı hündürdə tutulur, az- az qatı qidalar (südlü qarışıqlar) almagel, xolinolitiklər, platfillin, sedativ preparatlar, valerian təyin edilir. Terapevtik şöbəyə köşürülür.

Pilorospazm mədənin girəcəyində (qapısı) sinir əzələ aparatının funksional pozulması nəticəsində yaranır. Mərkəzi sinir sistemi travmaları, asfiksiya, hipokssiya ilə doğulan uşaq-

larda görülür. Doğulduqdan 1-2 həftə sonra qusma ilə başlayır (çox vaxt qida verildikdən sonra). Qida qəbulu intervalları gözlənilməli, qidalandıqdan sonra başı yana tutulmalı, atropin daxilə, no-spa, valerian, ılıq vannalar təyin edilir.

Pilorostenoz həyatın 2-4 həftəsində qaytarma ilə ortaya çıxır. Daha sonra fontanşəkilli qusmaya keçir. Simptomatik terapiya aparılır.

Reflektor qusma yuxarı tənəffüs yollarının infeksiyalarında, öskürək tutmalarında, orta qulaq iltihablarında, pnevmaniya və s. olur. Sakitləşdirici və qusma əleyhinə vasitələrdən istifadə edilir

MƏDƏNİN YUYULMA TEXNİKASI

Prosedur həm müalicə, həm də diaqnostik məqsədlə aparılır. Əgər zəhərlənmə yanıcı maddədən olmuş və üstündən 2 saatdan çox keçibsə, o zaman mədə yuyulması perforasiya riski səbəbiylə əks göstərişdir. Qıcolma və qida borusunun daralmalarında da mədə yuyulması qadağandır.

Prosedurun texnikası pozulduğunda ağırlaşmalar baş verir: yuma sularının aspirasiyası, qida borusu və mədənin selikli qişasının travmatik zədələri, uşağın soyuması, baş beyinin su toplaması

Yuma sularının aspirasiyasının qarşısını amaq üçün uşağa düzgün vəziyyət verilməli, zondun daxil olma dərinliyinə və yuma texnikasına diqqət etmək lazımdır.

Uşağın vəziyyəti yaşından və vəziyyətinin ağırlığından asılıdır. Həyatının ilk aylarında ağır vəziyyətddə olan uşaq-

ları böyrü üstə uzandırılır, üzü yüngül aşağıya doğru çevrilir. Daha böyükləri vəziyyəti imkan verirsə, köməkçi dizlərinə oturdur, kəsişdirdiyi ayaqları ilə uşağın ayaqlarını tutur. Başını bir əli ilə alnına qoyaraq fiksə edir, digər əli ilə əllərini tutur. əgər uşaq şüurunu itiribsə, o zaman prosedurdan əvvəl uşaq intubasiya edilir.

Zondun daxilolma dərinliyi körpücük–göbək və ya qulaq məməsi–burun ucu–xəncərəbənzər çıxıntı arası ölçülür.

Mədə yuyulması "sifon" prinsipi əsasında aparılır.(bir – birinə boru ilə bağlanan 2 qabdan aşağıdakına digər qabdakı maye tökülür). Burda 1-ci qab Jane şprisi (qıf), ikinci mədə hesab olunur. Qıf yuxarı qaldırıldıqda maye mədəyə daxil olur, aşağı endirdikdə isə mədədəki möhtəviyyat geri qayıdır. Jane şprisdəki mayenin hamısının mədəyə keçməsinə imkan verməmək lazımdır. Çünki boru vasitəsilə mayedən sonra hava sorulur.bu da mədə möhtəviyyatının geri qayıtmasını çətinləşdirir. Su-duz mübadiləsi pozğunluqlarının profilaktikasında, baş beyin şişlərinin inkişafında (su toplanması) duz məhlullarından istifadə edilir, hədsiz su yüklənmələrindən qaçınılır. Mədəyə daxil olan və xaric edilən suyun miqdarı nəzarətdə saxlanılır.

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.

Mədə yuyularkən yuma sularının 35-37^0 C arasında olması uşağın soyumasının qarşısını alır. İlıq məhlul bağırsaq peristaltikasını azaldır, beləliklə, zəhərin yerdəyişməsinin və sorulmasının qarşısını alır. Hipo- və ya hipertermiyalarda suyun temperaturundan termometr pozğunluqlarını korreksiya etmək üçün istifadə edilir. Mədə qanaxmalarında temperatur 16-18^0 C olmalıdır.

Prosedurun yerinə yetirilməsi

1. Mayenin seçilməsi uşağın yaşından, prosedurun aparılma səbəbindən və imkanlardan asılıdır
2. Prosedurun effektiv olması üçün kifayət qədər maye olmalıdır. Əgər mədə yuyulması qida zəhərlənməsi səbəbindən aparılırsa, o zaman bir dəfəlik ölçünün yarısı ilə prosedura başlanılır, prosedur mədəyə sorbentlər və antidotlar daxil etməklə başa çatdırılır.
3. Mədə yuyulması zamanı uşağın vəziyyət nəzarətdə saxlanılmalıdır.
4. Erkən yaşlı uaqlarda prosedur zamanı prisin porşeni çıxarılmır. Onun köməyilə mədə möhtəviyyatı boşaldılır.
5. Qalıq möhtəviyyatı və yuma suları əsaslı surətdə öyrənilir. Mədə qanaxmalarında buna xüsusi fikir verilir. Həyatının ilk aylarında uşaqda kateterin yolunu tuta bilər. Şprislə sorulma zamanı da möhtəviyyatda görünməz. Bu da qanaxmanın olmaması fikrinə gətirib çıxarır.
6. Mədə yuylmasından sonra növbəti qidalanma saatı ötürülür.

Mədənin yuyulması üçün tələb olunan mayenin miqdarı 6-9 ayda 600-800ml, 9-12ayda 800-1000ml olmalıdır.

DUODENAL ZONDLAMA

Uşaqlarda duodenal zondlama on iki barmaq bağırsaq və öd sekresiyasını labarator müayinələr üçün almaq və on iki barmaq bağırsağa birbaşa medikamentoz preparatlar yeritmək üçün aparılır.

Duodenal zondlamaya əks göstəriş; mədə və on iki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi, kəskin angioxolesistit, mədə venalarının varikoz genişlənməsi və s.

Zondlama 3-5 mm diametrli, 11,5 m uzunluqda rezin boru (duodenal zond) ilə aparılır. Borunun ucuna dəlikləri olan metal ucluq yerləşdirilir. (möhkəm birləşləşdirilir) zondun üzərində üç işarə var.

1. Uc hissədən 40 – 50 sm məsafədə
2. Ucdan 70 sm məsafədə
3. Ucdan 80 – 90 sm məsafədə

Bu işarələrdən 10 yaşdan yuxarı uşaqlar zondlanarkən istifadə olunur. Əslində zondun daxilolma dərinliyi uşağın yaşından və bədən boyundan asılıdır. 3-5 yaşlı uşaqlarda duodenal zondlama daha uğurlu olur. Manipulyasiyadan əvvəl zond yaxşı yuyulmalı və sterilizə edilməlidir. Zond qaynadılır və qaynadılmış soyuq sudan keçirilməlidir.

Zondlamadan 2-3 gün əvvəl uşağın rasionundan qıcqırma və meteorizm yaradan məhsullar çıxarılır. Əgər manipulyasiyada məqsəd sadəcə labarator analizdirsə, o zaman spazmolitiklərdən istifadə edilir. Ödün qovulmasının ginetikası yoxlanıldıqda bu preparatlar əks göstərişdir. Xəstə

oturduqdan sonra ona metal başlığı ağzındakı albalı dənəsini udurmuş kimi udmasını başa salır. Dərin nəfəs alaraq ağız suyu ilə birlikdə dil kökünə qoyulan zondun metal hissəsi xəstə tərəfindən udulur. Qida borusunun peristaltikası və başlığın ağırlığı zondun hərəkətinə kömək edir. Bu prosesdə ağız bağlı olmalıdır. Zond mədəyə daxil olduqda onun hərəkəti dayandırılır, xəstə sağ tərəfi üzərinə uzandırılır. Bu zaman döş qəfəsi bədənin aşağı hissəsi və çanaqdan daha alçaqda yerləşməlidir. Sağ qabırğaaltı nahiyəyə istiqac qoyduqda mədə qapısı daha yaxşı açılır və zond mədəyə daxil olur. Prosedur tələsmədən yerinə yetirilir. Bu zondun mədə daxilində çevrilməsinin qarşısını alır. Kiçik fasilədən sonra udma hərəkətləri təkrarlanır. Ikinci işarəyə çatdıqda on iki barmaq bağırsaq daxil edilən zondla bağırsaq möhtəviyyatı çəkilir. Çəkilən möhtəviyyat mədədən gəlirsə lakmus kağızı qırmızı, bağırsaqdan gəlirsə mavi rəng alır.On iki barmaq bağırsaqdan gələn möhtəviyyat lakmusu açıq sarı (qızılı) rəngə boyayır. Zond mədədə çevrilərsə, o zaman boru 8-10 sm geriyə çəkilir. Zondun on iki barmaq bağırsağa daxil olmasından əmin olduğumuzda borunun xarici ucunu şüşə boruya salıb, ödün yığılmasını təmin edirik

Duodenal zondlama üçün iki kanallı zond daha məqsədə uyğundur. İkinci zonda birləşdirilir, birincidən 8-10 sm uzun olur. Əlavə zonddan mədə möhtəviyyatı çəkilir.

Fraksional duodenal zondlama 5 fazada aparılır.

I. Faza – zondun on iki barmaq bağırsağa düşdüyü an başlayır,14-16 dəqiqə davam edir. Bu zaman yığılan maye açıq sarı rəngdə olub, ümumi öd yolundan gəlir.

II. Faza – qara ciyər – mədəaltı vəz sfinkterinin (Oddi) bağlanması və $MGSO_4$ yeridildikdən sonra öd ifrazının dayanması, faza 3-5 dəiqəqə davam edir. Öd ifrazı 10 dəqiqədən çox ləngiyərsə, zond vasitəsilə 0,5 %-li novokain – 10ml yeridilir.

III. Faza – öd ifrazı A porsiyası – ödqovucu yeridildikdən sonra Oddi sfinkterinin açıldığı andan öd kisəsinin yığıldığı ana qədər davam edir. Ümumi müddət 3-5 dəqiqədir.

IV. Faza- B porsiyası – 20-25 dəqiqə davam edir. Tünd qəhvəyi rəngli, kisədən gələn öddür. B porsiyası hər 5 dəqiqədən bir ayrı şüşələrə yığılır.

V. Faza – qara ciyər C porsiyası – qəhvəyi rəngli ifrazat kəsildiyi anda başlayır, açıq – sarı rəngli öd axmağa başlayır.

Alınan porsiyalarla sitoloji, bakterioloji və kimyəvi müayinələr aparılır.

SİDİYİN ÜMUMİ ANALİZ ÜÇÜN YIĞILMASI

Analiz üçün sidik səhər yuxudan duranda alınması daha məqsədəuyğundur və 1,5 saatı keçirmədən müayinə edilməlidir. Çünki saxlanılan sidikdə bakteriyalar çoxala bilər, fiziki xüsusiyyətləri dəyişər, elementlər parçalanaraq çöküntü verər və s.

Ümumi analiz sidikdə bunları təyin edir:

❖ Sidiyin **fiziki xassələri** (rəngi, qoxusu, şəffaflığı, sıxlığı)

❖ Sidiyin **kimyəvi müayinəsi** (zülalın varlığı, şəkər, urobilin, keton cisimcikləri, öd piqmentləri, öd turşuları, xloridlər, hemoqlobin, sidikdə amilazanın aktivliyi)

❖ Sidik çöküntüsünün **mikroskopik müayinəsi** – eritrositlərin, leykositlərin, epitel hüceyrələrin, silindrlər, digər çöküntülərin (sidik turşusu, urat, oksalatfosfat və s.), selik, göbələklərin mövcudluğu araşdırılır.

İş yerinin təchizatı: 1. Ağrı geniş şüşə qab – sidiyin yığılması üçün, tıxac (qapaq); plastik torba, mələfə, sini və s. 2. Təmiz su, sabun; 3. Göndəriş vərəqəsi.

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

1. Klinik laboratoriyaya göndəriş yazılmalı

2. Müayinə öncəsi anaya (uşağa) sidiyin yığılması barədə məlumat vermək.

❖ Şüşə qab yuyulub qurudulur.

❖ Xəstələr müayinə axşamı kök, çuğundur yeməkdən qaçınmalı, sidikqovucu, sulfanilamid preparatları istifadə etməməlidir

❖ Sidik yığılmazdan əvvəl uşaq ilıq suyla və sabunla təmiz yuyulmalıdır

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi:

3. 50 -100 ml sidik yığılır. Sidikburaxma çətinləşdikdə reflektor stimulyasiya metodlarından istifadə olunur – kran açılaraq suyun səsi dinlədilir, uşağın qarnı yüngül basılaraq sığallanılır.

Bəzən uşağın altına təmiz rezin dairə qoyulur, kənarlarına mələfə salınır, ortasina qoyulan siniyə sidik yığılır.

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

4. Sidik yığılmış qabın ağzı bağlanır, üzərinə göndəriş – blank möhləmləndirilir, klinik laborotoriyaya çatdırılır.

NECİPORENKO VƏ KAKOVSKİ -ADDİS ÜSULU İLƏ SİDİYİN YIĞILMASI

Bu metodlardan ağır keçən və gizli böyrək xəstəliklərində hüceyrə elementlərinin (leykosit, eritrosit) aşkara çıxarılması üçün istifadə edilir.

Normada Neciporenko_metodu ilə yığılan 1l sidikdə 4000 – dən çox leykosit olmamalı, eritrosit 1000 - ə qədər, silindir 20-yə qədər olmalıdır.

Kokovski-Addis metoduna görə leykositlər 2-4 milyon sutkada, eritrositlər 1-2 milyon sutkada, silindir 20000 sutkada

İş yerinin təchizatı_1. Sidik yığılması üçün ağzı geniş qab, tıxac (qapaq); bəzən kakovski Addis-də sidik yığılmasında lazım olan konservant 2. Dərəcələnmiş şüşə silindir. 3. Təmiz su, sabun . 4. Göndəriş – blank

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

1. Klinik laboratoriyaya göndərişin yazılması
2. Uşaq (ana) məlumatlandırılır.

❖ Zülallı qidalar qəbul etməli, az maye qəbul etməli-Kakovski-Addis

❖ Sidiyin yığılma metodu və məqsədi

❖ Uşağın sidiyi yığılmadan əvvəl təmizlənməli, sabunla yuyulub qurudulmalı

❖ Analiz qabı yuyulub qurudulmalı

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi:

3. Sidiyin yığılması. Neciporenko üsulunda sidikburaxmanın ortasında 10ml-dən az olmayaraq sidik gö-

türülür. Kokovski-Addisdə isə sutka ərzində, bəzən uşaqlarda çətinlik törənərsə 12 saat ərzində (22^{00}-10^{00}) yığılır. Sidik sərin yerdə ağzı bağlı vəziyyətdə saxlanılır. Laborotoriyaya göndərmək üçün bu qabdan (qablaşdıraraq) 100-200 ml sidik götürülür.

Manipulyasiyanın son mərhələsi.

4. Analizin üzərinə göndəriş yapışdırılaraq laborotoriyaya göndərilir.

BÖYRƏKLƏRİN FUNKSİONAL MÜAYİNƏSİ. ZİMNİTSKİ SINAĞI

Sutkalıq diurezin təyini– Ürək-damar sistemi, böyrək xəstəlikləri, Şəkərli diabetdə aparılır. Müayinədən əvvəl sidikqovucu preparatlar vermək olmaz 24 saat ərzində (məs 8^{00}-8^{00}) yığılan sidiyin sərin yerdə saxlanma imkanı yoxdursa üzərinə konservant əlavə edilir. Yığılan sidiyin miqdarı dərəcələnmiş silindirlə ölçülür. Sutkalıq miqdar:

1 aylıq – 300ml 2 yaş – 700ml 10 yaş – 1500ml

6-12 ay – 600ml 5-6 yaş – 1000ml 10 yaşdan böyüklər kimi

10 yaşa qədər uşaqlarda sutkalıq sidiyin miqdarı 600+100 (n-1) formulu ilə də hesablana bilər.

600 – 1 yaşlı uşağın orta sutkalıq diuzezi.

N – illərin sayı

Zimnitski sınağı gündüz, gecə, sutkalıq diuzezi sidiyin nisbi sıxlığını öyrənməyə imkan verir.

İş yerinin təchizatı 1. Ağzı geniş şüşə qab (8 ədəd), etiketlər, konservant. 2. Su, sabun. 3. Göndəriş – blank

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

1. Klinik laboratoriyaya göndəriş yazılır.
2. 8 ədəd etiketli qabın hazırlanması. 1- dən 8 - ə qədər işarələnir, ad-soyad, palata № si , sidiyin yığılma saatları (6-9, 9-12, 12-15, 15-18, 18-21, 21-24, 0-3, 3-6) qeyd edilir.
3. Uşağın (ananın) məlumatlandırılması

❖ Sidiyin yığılma metodikası və məqsədi izah edilir.

❖ Uşaq sabunla yuyundurulur.

Manipulyasiyada əsas mərhələ:

4. Sutka ərzində sidiyin yığılması. Saat 6^{00}-da sidik kisəsi boşaldılır. – ümumi analiz üçün istifadə edilir. Hər 3 saatdan bir hazırlanmış qablara sidik yığılır. Əgər hər- hansı saat aralığında sidikburaxma olmadıysa, o zaman həmin qab boş saxlanılır.

Manipulyasiyada son mərhələ:

5. Növbəti səhər saat 08^{00}-olmadan yığılan analizlər klinik laborotoriyaya göndərilir. Lazımı müayinə aparılır.

Normada sutka ərzində içdiyimiz mayenin 60-65%-i sidiklə xaric olur. Gündüz: gecə =3:1

Nisbi sıxlıq < 10

UREMİYA

Böyrəklərin total çatışmazlığı nəticəsində yaranan ağır iktoksikasiya olub, azotemiya, elektrolit pozğunluqları və asidozla səciyyələnir. Uremiya həm kəskin, həm də xroniki böyrək çatmamazlığında müşahidə olunur.

Azotemiya – qanda zülal mübadiləsinin azotlu məhsullarının (sidik cövhəri, kreatinin, qalıq azot) artmasıdır. Ən dəqiq göstəricisi kreatinin artmasıdır, çünki onun qanda səviyyəsi ekstrarenal amillərdən (aclıq, qidada zülalın miqdarı) az asılıdır.

Elektrolit pozğunluqları əsasən hiponatriemiya, hiperkaliemiya, hipermaqniemiya şəklində təzahür edir. Hiperkaliemiya əzələ zəifliyi, adinamiya, ürək fəaliyyətinin pozğunluğu, hipermaqniemiya isə iflic və komanın yaranması, osteodistrofiya əlamətləri ilə müşayət olunur.

Asidoz –_turş radikalların sidiklə ekskresiyasının azalması nəticəsində yaranır.

Klinik olaraq uremiya ağızda uremik qoxunun olması, faringit, stomatit perikardit, plevrit, qastrit, ağ ciyərlərin ödemi və nəhayət koma ilə müşayət olunur.

SİDİKDƏ QANIN TƏYİNİ

Müayinəni səhər acqarına aparmaq məqsədəuyğundur. Nahar və şamdan əvvəld müayinə aparıla bilər. Yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl uşaq sidiyi xaric edir. Həmin sidik istifadə edilmir. Təkrar sidikburaxma yeməkdən əvvəl yerinə yetirilir. Bu porsiyada qlukozu təyin edilir.

İş yerinin təchizatı: 1. Test çöpü, indikator şkalası, 2. Sidik dolu qab

Manipulyasiyanınyerinə yetirilməsi:

1. Uşaq (ana) analiz haqqında məlumatlandırılır.
2. Test bir neçə saniyə müddətinə sidiyə salınır.
3. Test indikator şkalası ilə müqayisə edilir.

NƏCİSİN XARAKTERİ

Konsistensiyasına görə nəcis sıyıq şəkilli (suyun miqdarı az), duru (su orta miqdarda), sulu (su daha çoxdur), düyü həlimi şəklində (vəba) köpüklü (sadə dispepsiya), yumşaq, formalaşmamış, qatran şəklində olur. İyinə görə nəcis adi iyli, çürüntü iyli, üfunətli (dizenteriya, qarın yatalığı), iysiz (vəba) ola bilir. Rənginə görə ağ (vəba), axolik – boz gil rəngli (mexaniki sarılıq və infeksion hepatit), yaşıl (dizenteriya salmonelyoz), noxud rəngli (qarın yatalağı), qara nəcis-melena (mədə - bağırsaq traktının yuxarı şöbələrinin qanaxmaları) ayırd edilir. Nəcisdə patoloji qarışıqlar–qan, selik və s. ola bilər. Nəcisdə qanın xarakterinə görə mədə-bağırsaq qanaxmalarının mənbəyini müəyyən etmək olar.

Qanaxma mədə - bağırsaq traktının yuxarı hissələri – qida borusu, mədə, on iki bağırsaq, nazik bağırsaqlardan baş verərsə, nəcis homogen qara rəngli olur**, melena**_adlanır, nəcisdə al rəngli qan–qanaxmanın mədə-bağırsaq traktının aşağı hissələrindən olduğuna dəlalət edir. Anal dəliyin çatlarında qan al qırmızı olmaqla yanaşı nəcis kütləsinə qarışmamış şəkildə olur. **Nəcisdə seliyin olması–**enterokolit, dizenteriya, salmonelyoz**, yağ olması** – seliakiya xəstəliyində müşahidə edilir.

NƏCİSİN QURD YUMURTALARININ MÜAYİNƏSİNƏ GÖRƏ GÖTÜRÜLMƏSİ

Göstəriş:_Hospitalizasiya öncəsi. Uşaq məktəbəqədər müəssisəyə daxil olarkən, üzgüçülük hovuzuna yazılarkən, helmintozdan şübhə olarsa, dehelmintasiyadan sonra kontrol məqsədilə.

Ümumi məlumatlar: Müayinə səhər-səhər aparılır. Analiz 30 dəq ərzində laborotoriyaya çatdırılmalıdır. Uşaq yuyundurulmur, çüünki helmint yumurtalarını yox edə bilərik. Müayinə üçün analiz nəcisin 3fərqli yerindən götürülür və 3 gün təkrarlanır. Əgər helmintin özünə rast gəlinərsə, nəcislə birlikdə analiz qabına yerləşdirilir və üzərində qeyd olunur.

ENTEROBİOZ ÜÇÜN MATERİALIN GÖTÜRÜLMƏSİ

İş yerinin təchizatı: 1._Şəffaf yapışqan lent, 2.taxta şpatel, 3. əşya şüşəsi, 4. Şüşəqraf, 5. Qayçı, 6. Kiçik sini, 7.tibbi əlcəklər, 8. Alət masası, 9.göndəriş-blank

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

1. Göndərişin tərtibi yoxlanılır, nömrələnir
2. Əllər yuyulub, qurudulur
3. Zərərsizləşdirilmiş alət masasına lazımı avadanlıq yığılır.
4. Əşya şüşəsi şüşəqrafla nömrələnir.

Manipulyasiyada əsas mərhələ:

5. Yapışqan lentdən bir miqdar kəsilir.
6. Uşaq uzandırılır, qalçaları aralanır.
7. Kəsilmiş lent perianal nahiyəyə qoyulur, taxta şpatellə lentin üzərindən bir neçə dəfə keçilir.
8. Lentə əşya şüşəsinin üstünə qoyularaq, siniyə daxil edirik

Manipulyasiyanın son mərhələsi:

9. Əllər əlcəklə birlikdə antiseptik məhlulla işlənilir, əlcəklər çıxarılır. Əllər yuyulub qurudulur.
10. Göndəriş polietilen paketə qoyulur
11. Əşya şüşələri biksin içində laborotoriyaya aparılır.

ASKARİDOZ VƏ TRİXOSEFALEZ ÜÇÜN MATERİALIN GÖTÜRÜLMƏSİ

İş yerinin təchizatı 1. təmiz mələfə və ya qarşok, 2. Geniş ağızlı şüşə banka, 3. Taxta şpatel, 4. Şüşəqraf, 5. Tibbi əlcəklər, 6. Göndəriş – blank

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

1. Göndərişin tərtibatı yoxlanılır, nömrələnir.
2. Əllər yuyulub, qurudulur, əlcək geyilir.
3. Avadanlıq alət masasına yığılır. Masa əvvəlcədən zərərsizləşdirilir.
4. Şüşəqrafla analizin yığılacağı şüşə qab nömrələnir. (göndəriş və jurnaldakı nömrəyə uyğun)

Manipulyasiyada əsas mərhələ:

5. Nəcisə ümumi baxış keçirilir.

6. Taxta şpatellə nəcis üç fərqli yerdən götürülür.
7. Şüşə bankaya yerləşdirilir, ağzı bağlanılır

Manipulyasiyada əsas mərhələ:

8. Əllər əlcəkdəykən antiseptiklə təmizlənir, çıxarılır. Əllər yuyulub qurudulur.
9. Göndəriş polietilen paketə qoyulur
10. Analiz laborotoriyaya göndərilir.

QANIN BİOKİMYƏVİ ANALİZİ

Qan acqarına götürülür. Müayinənin nəticələri çox vaxt tibbi alətlərin istifadəsindən, prosedurun yerinə yetirilmə texnikası və hansı laborator qabda qorunub saxlanmasından aslıdır.

Periferik vena punksiyası edilir. Mərkəzi kateterdən qan almaq olar. Mikrokateterdən "kəpənək" dən, periferik kateterdən, venaseksiya vasitəsilə qan alınması yol verilməzdir.

Qan şpris vasitəsilə alınır, iynəsiz plaraq sınaq şüşəsinə daxil edilir. Qanı çalxalamaq olmaz, köpüklənməsinə yol verilməməlidir. Bunlar hemolizi artırır.

İş zamanı rezin əlcək, maska, qoruyucu eynəklər və sukeçirməz önlük taxılır. Kənarları sınıq olan sınaq şüşəsinə qanın götürülməsi qəti qadağandır. Əldə zədə varsa yara bandı və ya rezin barmaqlıqlarla örtülməlidir.

Koaquloqramma üçün qan acqarına götürülür. Qan almadan əvvəl dərman vasitələrinin təsirini aradan qaldırmaq lazımdır. Bir neçə biokimyəvi müayinə təyin edildikdə ən əvvəl qan koaquloqramma üçün götürülür. Daha sonra protrombin indeksi və fibrinogenə qan götürülür.

Dəridəki iynənin yeri spirtlə işlənilir. Spirt quruduqdan sonra vena punksiya edilir. Qanın götürülməsi jqut qoyulmadan yerinə yetirilir. (laxtalanma, fibrinoliz, trombositar hemostazın qarısını almaq üçün). Çətin düşən venalarda səthi sıxılmaya icazə verilir. (sadəcə iynə venaya daxil edilirkən). Venanın uzunmüddətli axtarışı, qanın zəif axması müayinənin dəqiqliyini azaldır.

Qan sınaq şüşələrinə təbii axımı ilə doldurulur və antikoaqulyantla qarışdırılır.

3 saatdan gec olmayaraqq $(+2)^0 – (+8)^0$C temperaturda saxlanılan qan müayinə üçün yararlı sayılır.

Seroloji_ müayinə üçün qan ac qarına dirsək venasından alınır. 10-14 gün ara ilə 5-7 ml miqdarında 2 dəfə alınır.

QANDA QLÜKOZANIN TƏYİNİ

İş yerinin təchizatı_1. Test çöpü, indikator şkalası, 2. Skarifikator (lamset) və ya insulin şprisi iynəsi, 3. Spirt, pambıq tamponlar qablaşdırmada

Manipulyasiyanın yerinə yetirilməsi:

1. Uşağa (anaya) ölçmə prosesinin məqsədi və nəticələin qiymətləndirilməsi haqqında məlumat vermək.
2. Qan alınacaq nahiyə spirtlə silinir, barmağın yan tərəfi skarifikatorla deşilir.
3. Qan damcısı testin üzərinə yerləşdirilir.
4. Bir dəqiqə sonra testin rəngi ilə şkala müqayisə edilir.

KOMPRESLƏR

Kompres dedikdə çoxqatlı müalicəvi sarğı anlamalıyıq.

1. Yaş kompreslər: soyuq, isti, isidici
2. Quru kompreslər.

Soyuq kompreslər: səthi və dərin damarların daralmasına səbəb olur. Bu da orqan və toxumaların qan təchizatını azaldır, sinir uclarının həssaslığını aşağı salır, kəskin iltihabların qarşısını alır. Burun qanaxmalarında, baş ağrılarında, yumşaq toxumaların travmalarında (ilk sutkalarda), yerli kəskin iltihabi proseslərdə istifadə olunur.

Kompres hazırlamaq üçün yumşaq parça və ya cuna bir neçə qat halına gətirilir, soyuq suda isladılır. Yüngül sıxılaraq təyin olunmuş nahiyəyə tətbiq edilir. Kompresdəki nəmlik tez bir zamanda bədən temperaturunu mənimsəyir. Bu səbəblə 2-3 dəqiqədən bir kompres dəyişdirilir. Bunu nəzərə alaraq buz qovuğu istifadəsi daha məqsədəuyğundur.

İsti kompreslər səthi və dərin damarların genişlənməsinə kömək edir. Beləliklə, spazm aradan qalxır, ağrılar azalır, toxumalara qan axımı artır. Beyin damarlarının spazmında miqren–baş nahiyəsinə, bronxial astmada – döş qəfəsinə, kollapsda-ətraflara, bağırsaqların spastik ağrılarında –qarın nahiyəsinə, əzələ və oynaq ağrılarında – zədəli nahiyəyə tətbiq edilir.

Qarın boşluğu iltihablarında, sidik kisəsinin atoniyasında, baş nahiyəsinə qan axımının çoxalması vaxtı əks göstərişdir.

Bir neçə qat halındakı salfet 60-70^{0}C isti suda isladılır, sıxılır və tez bir zamanda təyin olunmuş nahiyəyə qoyulur. Salfetin üzəri kompres kağızı ilə örtülür. Kağızın ölçüsü yaş qatdadan 2 sm böyük olmalıdır. Kağızın üstü qalın pambıq qatı ilə örtülür. Kompres 10 dəqiqə ərzində əllə tutulur, soyuduqda dəyişdirilir.

İsidici kompres toxumaların dərin isidilməsi qan damarlarının uzun müddətli genişlənməsi, maddələr mübadiləsinin artmasına səbəb olur. Bu kompres növü isidici, ağrıkəsici, sorucu və iltihab əleyhinə təsir göstərir.

Kompres dərialtı toxumanın məhdud iltihabi prosesində, oynaq xəstəliklərində, otitdə, əzilmələrdə 1 sutka keçdikdən sonra istifadə edilə bilər. Bədən temperaturu 38^0 C–dən yuxarı olduqda, dəri tamlığının pozulduğu zamanlarda, piodermiya, dermatit kimi dəri xəstəliklərində, qansızmalarda əks göstərişdir. Məməyəbənzər çıxıntı xəstəliklərində, xarici və orta qulağın iltihabı proseslərində qulağa isidici kompres qoymaq olmaz

Kompres – daxili nəm qat

İzolyasiya qatı (kompres kağızı)

İsidici qat(2-3 sm qalınlığında pambıq)

Fiksəedici qat (bint, yun şarf və s.)

Bint – tənzif qan dövranına mane olmadan sarılmalı. İsidici kompreslər yağlı, yağlı –spirtli (1:1), spirtli (3 yaşa qədər 20-25% məhlul, daha böyüklərdə 45% - li məhlul). Spirt 39^0 C-yə qədər isidilmiş su (yağ) ilə qarışdırılır. Sürtmək üçün nəzərdə tutulan yağ, məlhəm, kremlər kompreslər üçün istifadə edilmir. (qadağandır)

Qulağa spirtli kompres qoyulduqda nəm qatda və izolyasiya qatında qulaq seyvanını xaricə çıxarmaq üçün kəsik aparılır. Bu yanıqların qarşısını almaq üçündür. Tənziflə sarğı sararkən çənəaltından aparılmamalı, çünki uşağın boğulmasına səbəb ola bilər. Sağlam qulaq açıqda qalır. Yağlı kompreslər 6-8 saat,spirtli kompreslər 4 saata qədər tutulur. Prosedur əsnasında qıcıqlanma, dəri yanığı kimi ağırlaşmalar ola bilər. Bu da uşağın narahatlığına səbəb olur. Proseduru hər 1-2 saatdan 2-4 gün müddətində təkrarlamaq olar. Kompresi dəyişdirərkən daxili qat dəyişdirilməlidir.

Quru kompreslər pambıq – cuna, kompres kağızı, sarğıdan ibarət olur.

XARDAL YAXMALARININ QOYULMA QAYDALARI

Xardal yaxmaları yuxarı tənəffüs yolları xəstəliklərində, bronxit, pnevmaniya, miozit, nevralgiyalar, ürək nahiyyələrində ağrılar zamanı istifadə olunur.

Dəri xəstəliklərində, qansızmalarda, yüksək bədən temperaturlarında,dərinin xardala həssaslığında, ağ ciyər qanaxmalarında, bədxassəli şişlərdə xardal yaxması əks göstərişdir. Xardal yağının dəri və selikli qişalardakı resptorları qıcıqlandıraraq damarların reflektor genişlənməsini təmin edir, sorucu, iltihab əleyhinə, ağrıkəsici təsir göstərir. Xardal yaxmanın üzərindən tökülmürsə, turs qoxu vermirsə ,isladıldıqda xardal yağı qoxusu gəlmirsə, demək istifadəyə yararlıdır. Xardal yaxmaları qablaşdırmada quru, qaranlıq yerdə 10-11ay saxlanıla bilər. Yaxmanı 40^0t –dan aşağı suda az miqdarda islatmaq lazımdır. Hazır material olmadıqda

yaxmanı hazırlamaq da mümkündür. Bunun üçün 1/q xardal +1/q un +az miqdarda ilıq su qarışdırılır (duru xəmir alınır). 30-dəq müddətinə ağzı bağlı vəziyyətdə saxlanılır, sonra təmiz bir parçanın üzərinə 0.25-0.5sm qalınlığında yaxılır. Üzərinə cuna sərilir və təyin olunmuş nahiyyəyə tətbiq edilir. Bu cür xardal yaxmaları daha təsirli olur.

Uşaq praktikasında daha yüngül metodlardan istifadə olunur: parça üzərindən qoyulan, dairəvi xardal, arxa üzü bədən nahiyəsinə qoyulan – buxar forması.

Yenidoğulmuş və südəmər uşaqlara xardal yaxması tətbiq edərkən daha diqqətli olmaq lazımdır. Hər 2-30dəqiqədə xardal qoyulan dəri yoxlanılmalıdır. Qızartı cox olarsa, iliq suyla yuyulur, üzərinə vazelin, krem və ya bitki yağı çəkilir. Prasedurdan sonra uşaq yatızdırılır.

Qaydalara əməl olunarsa, ağırlaşmanların–yanıq və dəri piqmentasiyası qarşısı alınır. Yanıqlar xardala individual reaksiyası olanlarda və dəriylə uzun müddətli təmaslarda olur. Piqmentasiyalar isə eyni yerə təkrar prosedur edilərsə, əmələ gəlir.

SPESİFİK VƏ QEYRİ SPESİFİK PROFİLAKTİKA

Spesifik profilaktikanın təməlində antigen – antitel reaksiyaları durur. Hər antitel sadəcə onu əmələ gətirən antigenlə reaksiyaya girir. Antigenlərin çoxu allergendir, yəni antigen – antitel reaksiyası zamanı allergiyaya səbəb olur. Allergik reaksiyalar ani və gecikmiş olaraq ikiyə bölünür. Ani reaksiyalar bir – neçə dəqiqə ərzində üzə çıxır. Bu reaksiyalardan bronxial astma, revmatizm, kəskin qlomerulonefrit, he-

morragik vaskulit və s. kimi xəstəliklərdə istifadə edilir. Bu reaksiyalar dəri – allergik probalar vasitəsilə üzə çıxarılır. Dəri probaları bakterial, məişət, epidermal, göbələk və toz allergenləri ilə yerinə yetirilir. Dəri probolarına əks göstəriş:

1. Əsas xəstəliyin kəskinləmə dövrü.
2. Kəskin infeksion xəstəliklər.
3. Revmatizmin kəskin mərhələsi
4. Tuberkulyozun kəskin periodu
5. Psixi xəstəliklərin kəskinləşməsi
6. Ürək-damar sistemi xəstəlikləri, qara ciyər, böyrək, qanyaranmadakı xəstəliklərin dekompensasiya vəziyyətində

Mantu sinağı (tuberkulin probası) – pediatriya praktikasında ən çox istifadə olunan dəridaxili problardan biridir.

Probanın keçirilməsində məqsəd:

- ❖ 2aydan yuxarı uşaqlar arasında BSJ olunacaq uşaqların aydınlaşdırılması
- ❖ Əhalinin tuberkulyoz mikobakteriyalarla infeksiyalaşmasının təyini
- ❖ Uşaq və yeniyetmələrdə tuberkulyozun erkən təchizi.

Ümumi məlumatlar: Mantu sınağı kçirmək üçün həlledilmiş, standart, təmizlənmiş tuberkulin istifadə edilir. Tuberkulin insan və öküzdən alınmı tuberkulyoz mikobakteriyalarından alınır. Preparat 3ml (30 doza) ampullarda buraxılır. 0,1ml =2TE. $(+2^0)$-$(+8^0)$ C–də soyuducunun 3-4-cü (orta) rəfində saxlanmalıdır. Açıq ampul aseptik əraitdə 2 saatdan çox olmamaq ərtilə saxlanıla bilər.

Mantu sınağı 12ay-17 yaş arası uşaq və yeniyetmələrə hər il keçirilməlidir. Sınaq said nahiyyəsinə dəri daxili: cüt yaşlarda sağ, tək yaşlarda sol qola vurulur.

İş yerinin təchizatı: 1. Tuberkulin, 2. Tuberkulin şprisləri (insulin), dəri daxili inyeksiya üçün iynələr, 3. Tuberkulin yığmaq üçün iynələr, kəsici (ampul üçün), 4. Dezinfeksiya məhlulunun içində pinset, 5. Steril materil (cuna salfetlər, pambıq tamponlar), 6. Bölgülü soyutma elementi, 7. Etil spirti 70%-li, ampulların silinməsi üçün dezinfeksiya məhlulu, 8. Kiçik sinilər-tuberkulin və soyutma elementi üçün, 9. İstifadə edilmiş material üçün sini, 10. Tibbi əlcəklər, 11.səthlərin təmizlənməsi üçün dezinfeksiya edici məhlul, 12. Şpris və iynələrin yaxalanıb isladılması üçün, salfet və tamponların zərərsizləşdirilməsi üçün qablar, 13. İstifadə olunmuş silgilər(əski) zərərsizləşdirmək üçün qablar, 14. İstifadə olunmuş alətlərlə işləmək üçün pinset, 15. Təmiz silgi, 16. Alət masası

Manipulyasiyanın hazırlıq mərhələsi.

1. Əllər yuyulub qurudulur.
2. Əlcəklər geyilir.
3. Alət masası, önlük, sini dezinfeksiya məhlulu işlənilir. Əllər yuyulur, qurudulur.
4. Alət masasının üzərinə zərərsizləşdirilmiş sini içində pinset olan dezinfeksiya edici məhlulla dolu qab, 70% -li spirt, qablaşdırılmış steril material, tuberkulin şprisləri, dəridaxili inyeksiyalar üçün iynələr, uzun iynələr (ampuldan yığmaq üçün), kəsici

5. Masanın aşağı rəfinə istifadə olunmuş şpris və iynələri zərərsizləşdirmək üçün dezinfeksiya edici məhlulla dolu qab, iynələri çıxarmaq üçün pinset, istifadə olunmuş material üçün sini yığılır.
6. Soyutma elementi soyuducudan çıxarılır, dezinfeksiya edilib siniyə qoyulur.
7. Soyutma elementi 2-3 qat cuna salfetlə örtülür.
8. Tuberkulin sınağının aparılması üçün yazılı icazənin olduğunu yoxlamaq.
9. Tuberkulin soyuducudan çıxarılır, üzərindəki etiket və yararlılıq tarixi, ampulun bütövlüyü yoxlanılır.
10. Tuberkulin ampulu soyutma elementinə yerləşdirilir.
11. Əllər yuyulub qurudulur.

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi:

12. Aseptika qaydalarına riayət edərək ampul açılır.
13. Təkrar soyutma elementinə yerləşdirilir, üzəri steril örtüklə örtülür
14. Ampulun kəsilən hissəsi istifadə olunmuş material üçün siniyə atılır.
15. Said nahiyyəsinin daxili səthinin orta1/3-i 70% -li etil spirtiylə isladılmış 2 tamponla silinir. Dəri qurudulur.
16. Şpris qablaşdırmadan çıxarılır, ucuna uzun iynə taxılır.
17. Şprisin ucu steril salfetlə tutularaq ampuldan 0,2ml tuberkulin çəkilir. Şpris iynədən ayrılır, iynə ampulda qalır.
18. Ampul iynəylə birlikdə soyutma elementinə yerləşdirilərək üzəri örtülür.
19. Şprisə kiçik tuberkulin iynəsi taxılır.

20. Şprisdən hava ilə birlikdə preparatın artığı da pambıq üzərinə çıxarılır. Şprisdə 0,1 ml tuberkulin saxlanılır.
21. Pabıq tampon dezinfeksiya məhlula atılır.Əllər spirtlə və ya başqa antiseptiklə işlənir.
22. Uşağın qolunu əlimizlə fiksasiya edir, dərisi çəkilərək gərginləşdirilir. 0,1ml preparat dəri daxilinə vurulur.
23. Doğru yeridilmə zamanı dəridə 8mm diametr böyüklüyündə ağımtıl papula əmələ gəlməlidir. 15-20 dəqiqə sonra papula yox olur.
24. İnyeksiyanın yeri spirtlə silinmir, başqa bir antiseptikdən istifadə edilir.
25. Qan damcısı gördükdə quru, steril pambıq tampona ehtiyatla hopdurulur (basmaq olmaz).

Manipulyasiyanın son mərhələsi:

26. Ampul və içindəki yararsız preparat istifadə olunmuş material üçün siniyə atılır.
27. Əllər əlcəkdəykən yuyulur, antiseptiklə işlənir.Əlcəklər çıxarılır. Yuyulub qurudulur.
28. Tuberkulin sınağını qeydiyyata salmaq, daha 3 gün sonra nəticələri eyni sənədə qeyd etmək. Qeydiyyat zamanı papulanın diametri, hiperemiya mm-lə vurulan doz yazılır.
29. Uşaq və valideynlərə manipulyasiyanın keçirildiyi nahiyəni qorumalı barədə xəbardarlıq edilir. Su, yuyucu maddələrlə təmas edilməməli, qıcıqlandırıcı geyimlərdən uzaq olmalıdır.
30. 3 gün sonra sınağın nəticəsinin qiymətləndirilməsi üçün gəlməsi bildirilir.

Nəticənin qiymətləndirilməsi:

❖ Mənfi reaksiya: papulanın d=0-1,9mm, hiperimiya yoxdur. Belə nəticə sağlam, vaksinasiya olunmamış, infeksiyalaşmamış uşaqlarda olur.

❖ Şüphəli reaksiya: papulanın d=2-4,9mm və ya papulasız hiperemiya mövcuddur. Hiperemiyanın ölçüsü müxtəlif ola bilər.

Müsbət reaksiya: papulanın $\geq$ 5mm

Zəif müsbət – d= 5-9mm

Orta müsbət – d=10-14 mm

Böyük – d= 15-16 mm

Hemorragik – d $\geq$ 17

Bəzən vezikulonekrotik reaksiyalar ola bilir.

Qeyri – spesifik profilaktika

Komplementin hemolitik aktivliyi: komplement – aleksin qeyri spesifik müdafiə faktoru olub, tərbikində bir sıra zərdab zülalları daşıyan sistemdir. Kompliment sistemi nomenklaturaya görə C ilə işarələnmiş, individual komponentlər isə (C_1C_2 C_3 C_4 C_5 C_6 C_7 C_8 C_9) olaraq adlandırılır. C_9 özü də tərkibində 4 zülal, 2 ferment və 1 ferment ingibitoru daşıyır. Müxtəlif autoimmun xəstəliklərdə, allergik hallarda komplementin titri aşağı düşür.

Komlementin qan zərdabındakı səviyyəsi onun hemolitik aktivliyinə görə qiymətləndirilir.

(C_{H50}) – komplement kəmiyyəti 37^0C də 45 dəqiqə ərzində 0,5 ml standart suspenziyada eritrositlərin 50%-nin hemolizə uğramasıdır.

Leykositlərin faqositar ativliyi:_Faqositar faktoru (Meçnikov), monositlər, hərəkətli və fiksasiya olunmuş makrofaqlar mikroorqanizmləri və başqa yad cisimləri udmaq və həzm eləmək xüsusiyyətinə malikdirlər. Normada sağlam insanlarda faqositar leykositlər 50-70%, faqositar kəmiyyət 2-4 olur. 100 neytrofil baxışdan keçirilir.

C – reaktiv zülalın təyini: Sağlam insanların qan zərdabında C- reaktiv zülal təyin olunmur. Kəskin iltihabi proseslərdə, toxuma destruksiyalarında aşkarlanır. Əgər analiz nəticəsində presipitat çöküntüsü ilə qarşılaşırıqsa, bu C – reaktiv zülalın varlığına dəlalət edir. Presipitat çöküntüsü

1mm – (+) 3mm(+++)

işarələnir

2mm – (++) 4mm(++++)

Properdin – orqanizmin qeyri-spesifik immun faktorlarındandır. Komplement və Mg ionlarının var olması ilə birlikdə properdin bakterisid təsirə malik olur və bəzi virusları inaktivasiya edir.

Lizosimə - orqanizmin ürək, qara ciyər, böyrək süd, dəri, qan zərdabı, bəlğəm, göz yaşı və digər orqan toxumalarında rast gəlinir. Bu mikrob əleyhinə müdafiə xüsusiyyətinə malik anadangəlmə faktordur. Lizosim ilk dəfə 1922–ci ildə Fleminq tərəfindən kəşf edilmişdir. Yermayeva tərəfindən 1968–ci ildə lizosimin bakteriyaların hüceyrə divarındakı polisaxarid peptidini dağıtma xüsusiyyətinə malik olduğu aşkarlanır. Yenidoğulmuşlarda və həyatlarının ilkin yaşlarında lizosim titri böyüklərdən olduqca yüksək olur. 1 ay orqanizmdə qalır. Ağır xəstəliklərin müalicəsində bu üsuldan istifadə edilir.

UŞAQ MÜƏSSƏLƏRİNDƏ PROFİLAKTİK TƏDBİRLƏR

Profilaktik peyvəndlər uşaq infeksion xəstəliklərlə mübarizədə effektiv vasitədir.İstifadə olunan peyvənd preparatları immunitetin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Zaman keçdikcə peyvən immuniteti zəifləyə bilər, buna görə də təkrar vaksin yeridilməsi gərəklidir (revaksinasiya)

AGDT və ADT peyvəndlərinin vurulması peyvəndin dozası 0,5 ml vaksin və ya anatoksindir. AGDT vaksini əzələ daxilinə qalça nahiyyəsinin yuxarı–xarici bölməsinə və ya budun ön – xarici hissəsinə vurulur.

Anatoksin_6 yaşa qədər əzələ daxilinə, daha sonrakı yaşlarda kürəkaltı nahiyəyə d/a vurulmalıdır.

İş yerinin təchizatı: 1. Peyvənd preparatlarının təmini, 2. 1-2 mllik birdəfəlik şprislər, d/a və əzələ daxili iynələr, 3. Kəsici, 4. Dezinfeksiya məhlulu pinset, 5. Steril material (pambıq tampon, cuna salfet) qablaşdırmada, 6. Bölgülü soyutma elementi, 7. 70%-li etil spirti və ya dərinin dezinfeksiyası üçün hər-hansı antiseptik məhlul, ampulların dezinfeksiyası üçün başqa dezinfeksiya məhlul, 8. Alət masasının üstünə qoymaq üçün sini (peyvənd materialı üçün), 9. İstifadə edilmiş material üçün sini (qan izi və canlı vaksin olmamaq şərtilə), 10. Maska, 11. Tibbi əlcəklər, 12. İstifadə olunmuş alətlərlə işləmək üçün pinset, 13. Dezinfeksiya məhlullarla dolu qablar: a)səthlərin işlənməsi, b)şpris və iynələrin yuyulub isladılması üçün, c)ampul, flakon, pambıq tampon və sal-

fetlərin zərərsizləşdirilməsi üçün, d) istifadə olunmuş şilginin zərərsizləşdirilməsi üçün, 14. Təmiz silgi, 15. Alət masası

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

1. Əllər yuyulub qurudulur.
2. Əlcəklər geyilir.
3. Dezinfeksiya məhlulla sini, önlük, alət masası işlənir. Əllər yuyulub qurudulur
4. Alət masasının üst rəfinə dezinfeksiya məhlulda pinset, 70% - li spirt, steril material, şpris və iynələr, kəsici, peyvənd materialı yerlədirilməsi üçün sini yığılır.
5. Aşağı rəfdə dezinfeksiya məhlul dolu qablar, iynələrin çıxarılması üçün pinset, istifadə olunmuş material üçün sini.
6. Soyutma elementi soyuducudan çıxarılır, dezinfeksiya məhlulla zərərsizləşdirilir və siniyə yerlədirilir.
7. Peyvənd vurulmasına yazılı icazə yoxlanılır, vaksinasiyaya uyğun tarixlərə baxılır.
8. Soyuducudan peyvənd preparatı çıxarılır, etiketdəki istifadə tarixi yoxlanılır, ampulun (flakonun) bütövlüyü, xarici görünüşünə baxılır.
9. Soyutma elementinə yerləşdirilir.
10. Əllər yuyulub, qurudulur.
11. Canlı vaksinlə işlərkən maska taxılır

Manipulyasiyanın əsas mərhələsi

12. Homogen hal alana qədər ampul silkələnir.
13. Vaksin ampulu spirtlə təmizlənir, kəsici ilə kəsik yeri qoyulduqdan sonra bir daha dezinfeksiya olunur. Əgər preparat flakondadırsa metal qoruyucu dezzinfeksiya

edilir, açılır, rezin tıxac spirtlə silinir və spirtli pambıq flakonun üstündə qoyulur.

14. Ampul soyutma elementinə yerləşdirilir.
15. Şpris açılır, iynə taxılır.
16. Vaksin şprisə yığılır.
17. Əgər ampulda (flakonda) vaksin qalıbsa, o zaman üzəri steril cuna ilə örtülür, soyutma elementinə yerlədirilir.
18. Şprisin ucundaı iynə dəyişdirilir. Dəyişmədən əvvəl, şprisə hava çəkilir.
19. İynənin ucuna quru pambıq tutaraq, şprisdəki hava və artıq vaksin çıxarılır. 0,5 ml saxlanılır.
20. Pambıq tampon istifadə olunmuş material üçün ayrılmış siniyə atılır. Əllər spirt və ya başqa antiseptiklə işlənir.
21. Peyvənd vurulacaq nahiyə 2 spirtli pambıq tamponla silinir.
22. 0,5 ml vaksin əzələ daxilinə məktəbə qədər yaşda uşaqlara, məktəblilərə d/a yeridilir.
23. İnyeksiya nahiyəsi spirtli pambıqla işlənir.

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi

24. Şpris və iynə birinci dezinfeksiya məhlulda yuyulur, pinset vasitəsilə iynə şprisdən ayrılaraq digər dezinfeksiya məhlula yatırılır.
25. Ampul (flakon) içindəi vaksin qalığı ilə birlikdə (əgər qalıq növbəti uşağa azlıq edirsə), istifadə olunmuş material üçün ayrılmış siniyə atılır.

26. Əllər əlcəkdəykən antiseptik məhlulla işlənir, yuyulur, çıxarılır. Əllər yuyulub qurudulur.
27. Peyvənd qeydiyyatdan keçirilir. Daha sonra peyvəndin reaksiyası da lazımi sənədlərdə qeydiyyatdan keçir.

Valideynlərə informasiya. Peyvənd olunmuş nahiyə mexaniki qıcıqlardan qorunmalı, mümkün ümumi və yerli spesifik reaksiyalar barəsində sahə həkimini xəbərdar etmək.

Peyvənd reaksiyasının kliniki şəkli: peyvənddən sonrakı ilk sutkalarda yerli reaksiyalar ola bilər. Bu, peyvənd yeridilən nahiyədə dəri örtüyünün hiperemiyası, 5sm qədər nahiyədə yumşaq toxumalarının şişkinliyi, 2sm çox olmayan infiltrat kimi özünü göstərə bilir. Ümumi reaksiya – qısamüddətli temperatur yüksəlməsi, zəiflik, baş ağrısı.

Peyvənd reaksiyasına nəzarət: peyvənd vurulduqdan sonra 1 saat ərzində və növbəti 3-5 gün ərzində aparılır.

MÜNDƏRİCAT

NƏZƏRİ MÖVZULAR
PEDİATRİYANIN İNKİŞAF TARİXİ 3
UŞAQ YAŞININ DÖVRLƏRİ 4
VAXTINDA DOĞULMUŞ UŞAQ, ONA QULLUQ
UŞAQLARIN BƏTNDƏN XARİC HƏYAT ŞƏRAİTİNƏ
UYĞUNLAŞMASI. FİZİOLOJİ HALLAR (Sərhəd vəziyyətləri) 7
TƏBİİ QİDALANMA. MOLOZİVO 13
TƏBİİ QİDALANMANIN ÜSTÜNLÜKLƏRİ 15
BİR YAŞDAN BÖYÜK UŞAQLARIN QİDALANDIRILMASI. 19
QARIŞIQ VƏ SÜNİ QİDALANMA 20
KORREKSİYAEDİCİ ƏLAVƏLƏR VƏ ƏLAVƏ QİDA 24
YARIMÇIQDOĞULMUŞ UŞAQ, ONA QULLUQ 26
DƏRİ VƏ DƏRİALTI PİY TOXUMASININ UŞAQLARDA
ANATOMO – FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ 34
DƏRİNİN QEYRİ - İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRİ 37
SKLEREDEMA VƏ SKLEREMA 38
PİODERMİYALAR 39
YENİ DOĞULMUŞUN EKSFOLİATİV - DERMATİTİ və s. 41
OMFALİT 42
LOKALİZƏ OLUNMUŞ İRİNLİ XƏSTƏLİKLƏRİN
MÜALİCƏSİ. 44
YENİDOĞULMUŞLARIN SEPSİSİ. 45
YENİDOĞULMUŞLARIN ASFİKSİYASI 50
ERKƏN YAŞLI UŞAQLARDA MƏDƏ-BAĞIRSAQ
TRAKTININ DİSKİNEZİYASI. PİLOROSPAZM. 56
PİLOROSTENOZ. 57
YENİDOĞULMUŞLARIN HEMOLİTİK XƏSTƏLİYİ. (YHX) 58

YENİDOĞULMUŞLARDA SİNİR SİSTEMİNİN ANATOMO-FİZİOLOJİ -XÜSUSİYYƏTLƏRİ.
SİNİR PİSİXİ İNKİŞAFIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ 63
DOĞUM ZƏDƏLƏRİ. 65
MƏRKƏZİ SİNİR SİSTEMİNİN (M.S.S) PERİNATAL ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ. 66
İRSİ XROMOSOM XƏSTƏLİKLƏRİ.
DAUN SİNDROMU 71
İRSİ MADDƏLƏR MÜBADİLƏSİ POZĞUNLUĞU. FENİLKETONURİYA 72
BƏTNDAXİLİ İNFEKSİYALAR SİTOMEQALOVİRUS İNFEKSİYASI 75
TOKSOPLAZMOZ 76
SADƏ HERPES. 78
LİSTERİOZ 79
ANADANGƏLMƏ İNKİŞAF QÜSURLARI 81
KONSTİTUSİYA ANOMALİYALARI DİATEZLƏR 82
EKSUDATİV-KATARAL DİATEZ 83
SÜMÜK-ƏZƏLƏ SİSTEMİNİN ANATOMO-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ 89
RAXİT 91
RAXİTİN PROFİLAKTİKASI 97
SPAZMOFİLİYA 98
HİPERVİTAMİNOZ D 101
TƏNƏFFÜS ORQANLARININ ANATOMO–FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ 103
KƏSKİN RİNİT 108
KƏSKİN LARİNGİT 110
QIRTLAĞIN KƏSKİN STENOZU 111
ANGİNA 113

BRONXİAL ASTMA 115
BRONXİT 121
KƏSKİN PNEVMONİYA 124
PLEVRİT 130
ÜRƏK–DAMAR SİSTEMİNİN ANATOMO–FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ 132
ANADANGƏLMƏ ÜRƏK QÜSURLARI 136
KİÇİK QAN DÖVRANINDA ARTMIŞ QAN AXIMI İLƏ OLAN QÜSURLAR 137
KİÇİK QAN DÖVRANINDA AZALMIŞ QAN AXIMI İLƏ OLAN QÜSURLAR 139
BÖYÜK QAN DÖVRANINDA QAN AXIMININ AZALMASI İLƏ GEDƏN QÜSURLAR. AORTANIN KOARKTASİYASI 140
REVMATİZM 142
QAN SİSTEMİNİN ANATOMO–FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ 148
ANEMİYALAR 153
DƏMİR DEFİSİTLİ ANEMİYA 153
KƏSKİN LEYKOZ 159
TALASSEMİYA 163
HEMORRAGİK DİATEZLƏR. 166
HEMORRAGİK VASKULİT 166
TROMBOSİTOPENİYA 169
HEMOFİLİYA 171
HƏZM ORQANLARININ ANATOMO-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ 173
KƏSKİN HƏZM POZĞUNLUQLARI SADƏ DİSPEPSİYALAR 176
XRONİKİ HƏZM POZĞUNLUQLARI. DİSTROFİYALAR 178
HİPOTROFİYA 179

STOMATİTLƏR 185
KANDİDOZ STOMATİT (Süd yarası) 188
KƏSKİN QASTRİT 189
XRONİKİ QASTRİT 191
XORA XƏSTƏLİYİ 193
ÖD ÇIXARICI YOLLARIN XƏSTƏLİKLƏRİ
ÖD KİSƏSİNİN DİSKİNEZİYASI 197
XOLESİSTİT 200
HELMİNTOZLAR 201
ASKARİDOZ 202
TRİXOSEFALYOZ 203
ENTEROBİOZ 204
HELMİNTOZLARIN MÜALİCƏSİ 205
SİDİK – İFRAZAT SİSTEMİNİN ANATOMO FİZİOLOJİ
XÜSUSİYYƏTLƏRİ 206
QLOMERULONEFRİT 208
PİELONEFRİT 213
ENDOKRİN SİSTEMİN ANATOMO-FİZİOLOJİ
XÜSUSİYYƏTLƏRİ 217
ŞƏKƏRLİ DİABET 221
ŞƏKƏRLİ DİABETİN ƏN AĞIR AĞIRLAŞMALARI:
KETOASİDOTİK-HİPERQLİKEMİK KOMA VƏ
HİPOQLEKEMİK KOMA 227
HİPOTİREOZ 229
DİFFUZ TOKSİK ZOB 233
BİRLƏŞDİRİCİ TOXUMA XƏSTƏLİKLƏRİ 235
QIRMIZI QURD EŞƏNƏYİ 235
SKLERODERMİYA 238
DERMATOMİOZİT 239
YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARININ İNFEKSİON
XƏSTƏLİKLƏRİ. QRİPP 242

PARAQRİPP 245
ADENOVİRUS İNFEKSİYASI 246
KƏSKİN VİRUS İNFEKSİYALARI (KVİ) NİN MÜALİCƏSİ 247
VƏRƏM 248
QIZILCA (Morbilli) 255
MƏXMƏRƏK (Rubeolla) 259
SKARLATİNA 261
SU ÇİÇƏYİ 265
GÖY ÖSKÜRƏK 269
DİFTERİYA 272
QIRTLAĞIN DİFTERİYASI VƏ YA HƏQİQİ İNAQ (Difteriya inağı) 276
EPİDEMİK PAROTİT 279
ERKƏN YAŞLI UŞAQLARDA MENİNQOKOKK İNFEKSİYALARININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ 282
UŞAQLARDA VİRUS HEPATİTLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ 289
VİRUS HEPATİTİ A 290
VİRUS HEPATİTİ B 291
VİRUS HEPATİTİ C 293
VİRUS HEPATİTLƏRİNİN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ 293
BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARI 295
EŞERİXİOZ 295
DİZENTERİYA (Şigelloz) 298
KƏSKİN BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARININ ÜMUMİ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ 301
UŞAQLARIN AKTİV İMMUNİZASİYASI 305
PEYVƏND TƏQVİMİ 307
SOYUQ ZƏNCİR 308

TƏCRÜBİ MÖVZULAR
NEONOTOLOJİ XİDMƏTİN TƏŞKİLİ 310
DOĞUŞ ZƏDƏSİ OLAN YENİ DOĞULMUŞA QULLUQ, TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM 315
YENİDOĞULMUŞLARA QULLUQ, İLK VƏ SƏHƏR TUALETLƏRİ 317
YENİDOĞULMUŞUN TUALETİ 324
VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞULMUŞLARIN YEDİZDİRİLMƏSİ, QULLUQ, KÜVEZİN İŞ REJİMİ 325
İNKUBATORUN EKCPLUATASİYASI 330
İNKUBATORUN DEZİNFEKSİYASI 331
KUVEZDƏ UŞAĞA QULLUQ 331
HEMOLİTİK SARILIĞIN FİZİOLOJİ SARILQDAN FƏRQİ ... 333
FOTO - İŞİQTERAPİYA 334
DOĞUM EVİNDƏ YENİDOĞULMUŞUNLARIN İMMUNİZASİYASI. İLK PATRONAJ, "HİPOQALAKTİYA" ANLAYIŞI, PROFİLAKTİKA 336
PATRONAJ 341
TƏBİİ QİDALANMA 342
QARIŞIQ VƏ SÜNİ QİDALANMA 347
HİPOQALAKTİYA 348
SUTKALIQ VƏ BİRDƏFƏLİK SÜDÜN MİQDARININ TƏYİNİ 349
DƏRİ VƏ SELİKLİ QİŞALARA, GÖBƏK YARASİNA QULLUQ GÖZƏ, BURUNA, QULAĞA DAMCI TÖKÜLMƏSİ TEXNİKASI 350
Omfolitdə göbək yarasına qulluq 354
Göbək yarasının işlənməsi: 354
BURUNA DAMCI TÖKÜLMƏSİ 355
GÖZƏ DAMCI TÖKÜLMƏSİ 357
QULAĞA DAMCI TÖKÜLMƏSİ 358

İNTUBASİYA VƏ ÜRƏK MASAJININ TEXNİKASI 360
UŞAĞIN FİZİKİ İNKİŞAFININ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ. ANTROPOMETRİYA 363
UŞAĞIN SİNİR - PSİXİ İNKİŞAFI 367
HİSS ORQANLARININ (Analizatorlar) İNKİŞAFI 368
Qazçıxarıcı borunun qoyulması 369
TƏNƏFFÜS YOLLARINDAN VƏ BURUNDAN SELİYİN SORULMASI 374
Oksigenterapiya 378
VENA DAXİLİ İNYEKSİYALAR VƏ İNFUZİYALRIN APARILMA TEXNİKASI. SİSTEMİN HAZIRLANMA QAYDASI 380
İNYEKSİYANIN NÖVLƏRİ 385
İNYEKSİYANIN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ VƏ HAZIRLIQ QAYDALARI 386
ANTİBİOTİKLƏRİN HƏLL EDİLMƏSİ 387
ASFİKSİYA: TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM 389
ANAFLAKTIK ŞOK ZAMANI TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM .. 389
BURUN QANAXMALARINDA YARDIM 391
HİPOQLİKEMİK KOMA 393
DİABETİK KETOASİDOTİK KOMA 395
HİPERTERMİYADA YARDIM 397
QICOLMA SİNDROMU 400
BAYILMA, KOLLAPS ZAMANI İLK YARDIM 402
GİMNASTİKA VƏ MASSAJ 404
RAXİTİN ANTENATAL VƏ POSTNATAL PROFİLAKTİKASI 406
AŞKAR SPAZMOFİLİYADA TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM 408

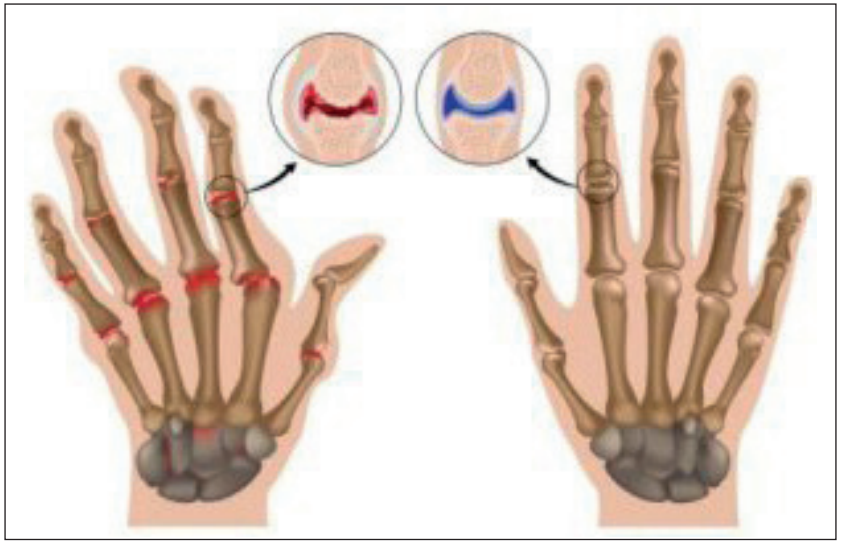
YALANÇI İNAQ, HƏKİMƏ QƏDƏR YARDIM 410
OBSTRUKTİV SİNDROM, HEKİMƏ QƏDƏR YARDIM 412
TƏNƏFFÜS ÇATIŞMAZLIĞI SİNDROMU 412
PLEVRA MAYESİNİN MÜAYİNƏSİ 414
TERMOMETRİYA 415
TƏNƏFFÜS HƏRƏKƏTLƏRİNİN MÜAYİNƏSİ 417
NƏBZİN MÜAYİNƏSİ 418
ARTERİAL TƏZYİQİN ÖLÇÜLMƏSİ VƏ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ 419
QAN QRUPUNUN TƏYİNİ TEXNİKASI 421
RH FAKTORUNUN TƏYİNİ 422
QAN MÜBADİLƏSİ TEXNİKASI 423
Müxtəlif yaşda qanın klinik şəkli 424
KARDİOLOGİYA ŞÖBƏSİNDƏ TİBBİ BACISININ İŞİ 425
ANADANGƏLMƏ ÜRƏK QÜSURLARINDA MÜALİCƏ ÜSULLARI 425
QÜQ – QAZANILMIŞ ÜRƏK QÜSURLARI, DİAQNOSTİKA 426
KƏSKİN ÜRƏK-DAMAR ÇATIŞMAZLIĞINDA YARDIM 427
REVMATİZM 428
TƏNƏFFÜS SİSTEMİ XƏSTƏLİKLƏRİ VƏ MÜAYİNƏSİ 430
STOMATİT VƏ SÜD YARASI ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞUNUN TƏMİZLƏNMƏSİ. SANİTAR – MAARİF İŞİNİN APARILMASI 431
QUSMA 434
TOKSİKOZLAR 435
İMALƏLƏRİN APARİLMA TEXNİKASI 439
QUSMA: TƏXİRƏSALINMAZ YARDIM 441
MƏDƏNİN YUYULMA TEXNİKASI 442
DUODENAL ZONDLAMA 445

SİDİYİN ÜMUMİ ANALİZ ÜÇÜN YIĞILMASI 447
NECİPORENKO VƏ KAKOVSKİ -ADDİS ÜSULU İLƏ SİDİYİN YİĞİLMASI 449
BÖYRƏKLƏRİN FUNKSİONAL MÜAYİNƏSİ. ZİMNİTSKİ SINAĞI 450
UREMİYA 451
SİDİKDƏ QANIN TƏYİNİ 452
NƏCİSİN XARAKTERİ 453
NƏCİSİN QURD YUMURTALARININ MÜAYİNƏSİNƏ GÖRƏ GÖTÜRÜLMƏSİ 454
ENTEROBİOZ ÜÇÜN MATERİALIN GÖTÜRÜLMƏSİ 454
ASKARİDOZ VƏ TRİXOSEFALEZ ÜÇÜN MATERİALIN GÖTÜRÜLMƏSİ 455
QANIN BİOKİMYƏVİ ANALİZİ 456
QANDA QLÜKOZANIN TƏYİNİ 457
KOMPRESLƏR 458
XARDAL YAXMALARININ QOYULMA QAYDALARI 460
SPESİFİK VƏ QEYRİ SPESİFİK PROFİLAKTİKA 461
UŞAQ MÜƏSSƏLƏRİNDƏ PROFİLAKTİ TƏBİRLƏR 468

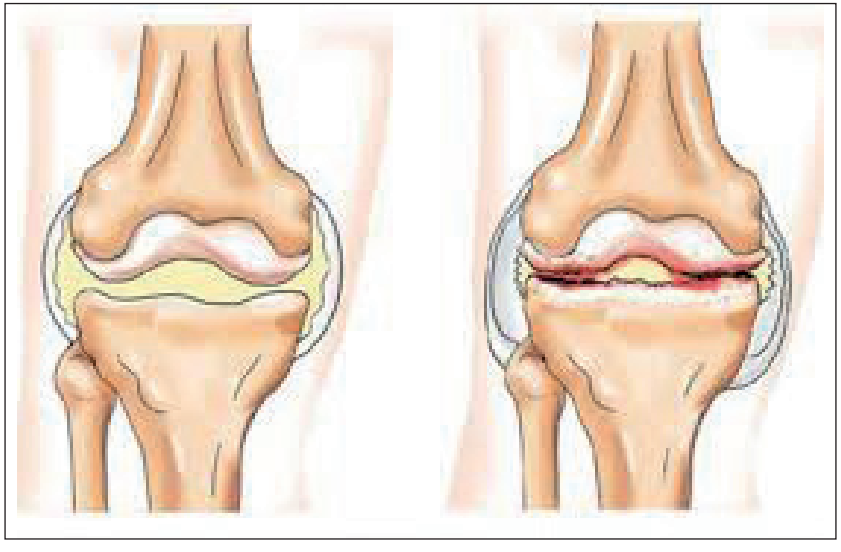
UŞAQ XƏSTƏLİKLƏRİ

(Tibb Kollecinin tələbələri üçün dərs vəsaiti)

Format: 60x84 1/16, həcmi: ç.v. 32, tiraj: 200,
"Ziya" NPM
Direktor: ***Sevda Mikayılqızı***
Dizayn: ***Şamil Qurbanov***
ziyamika@mail.ru, tel.: (+99450) 315 15 22



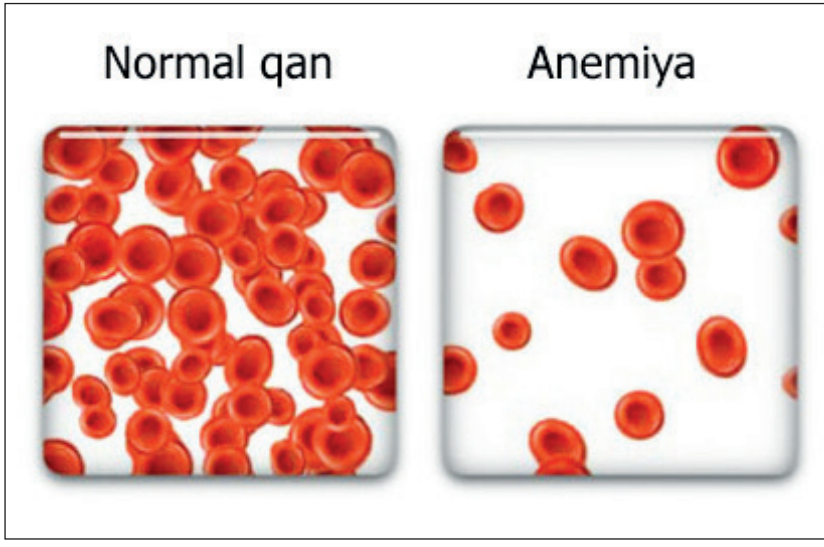
Şəkil 39.



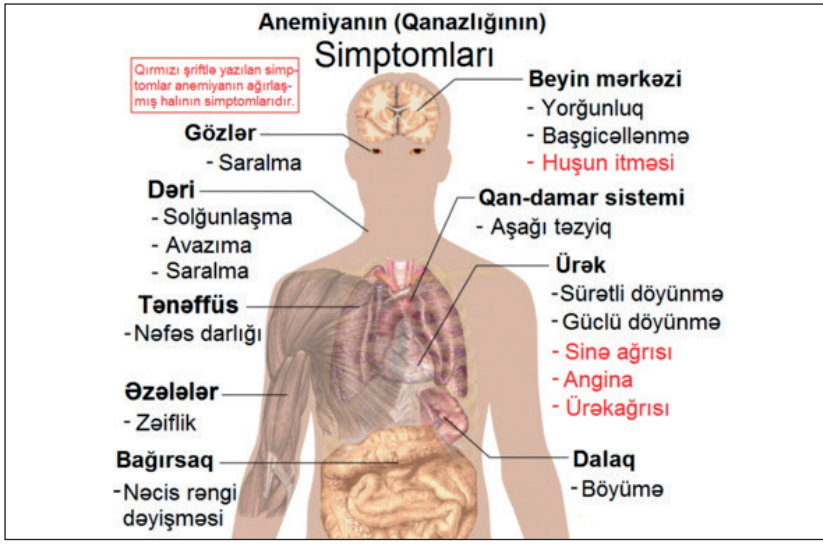
Şəkil 40.



Şəkil 41.

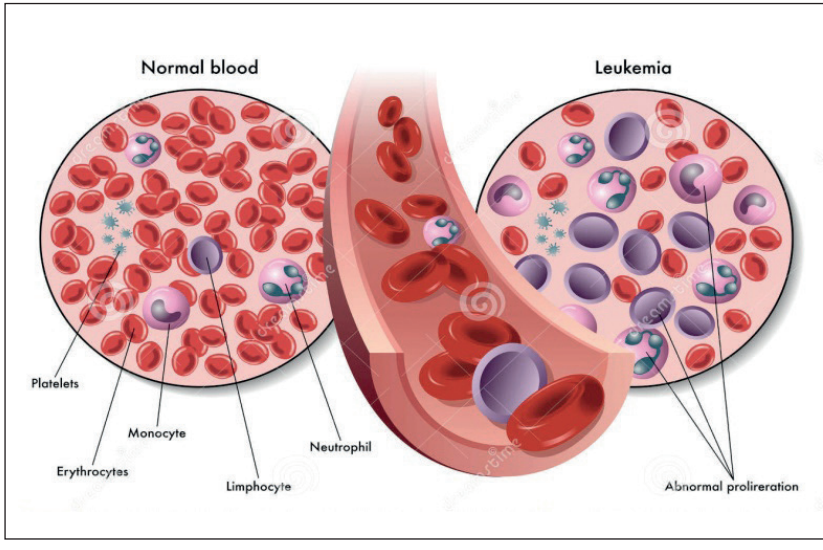


Şəkil 42.

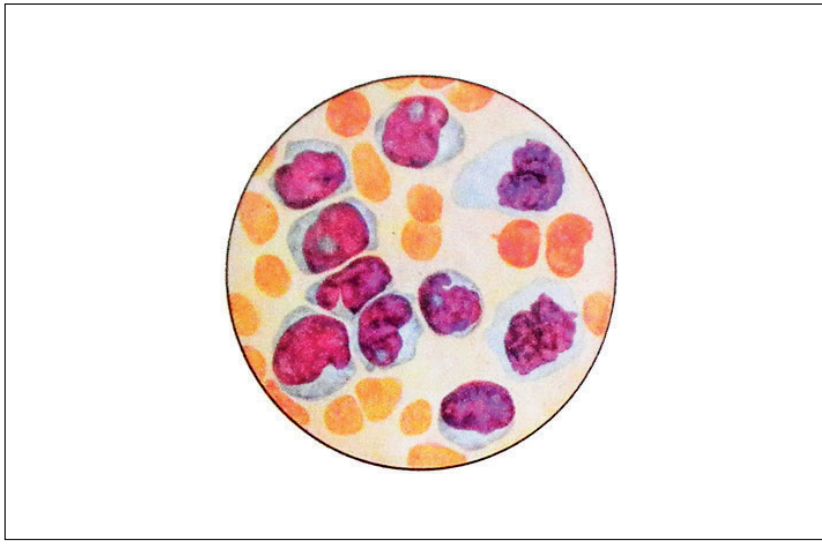


Şəkil 43.

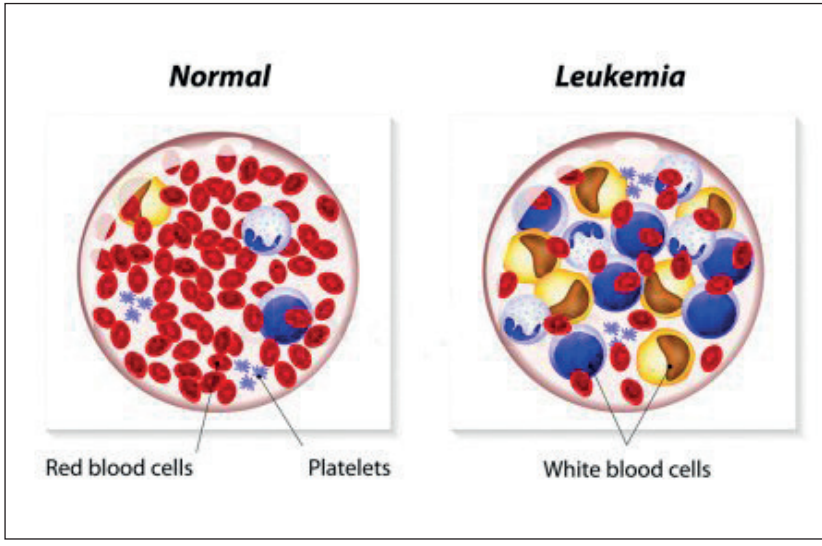
Anemiyalı uşaqlarda infeksiyalara qarşı müqavimət azalır



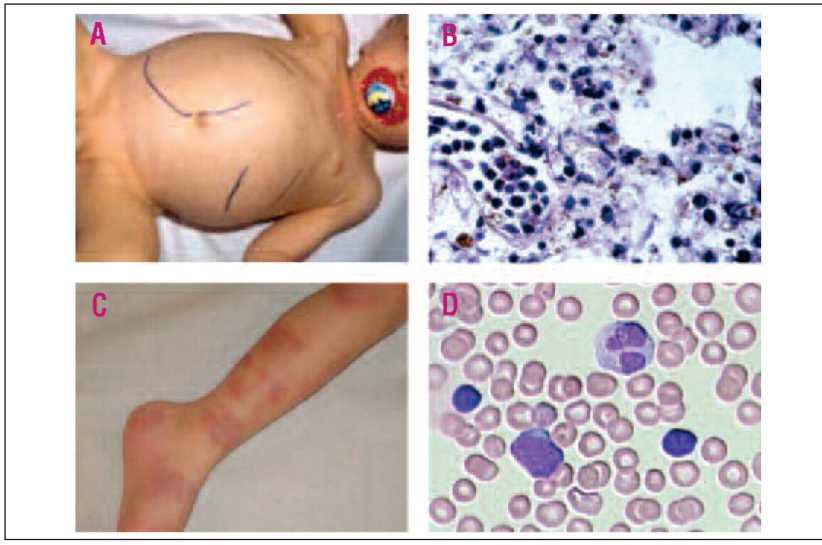
Şəkil 44.



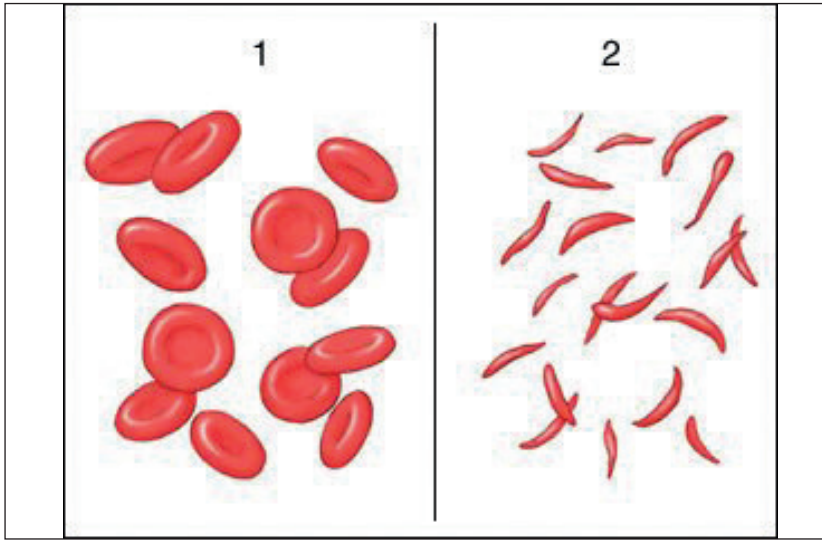
Şəkil 45.



Şəkil 46.

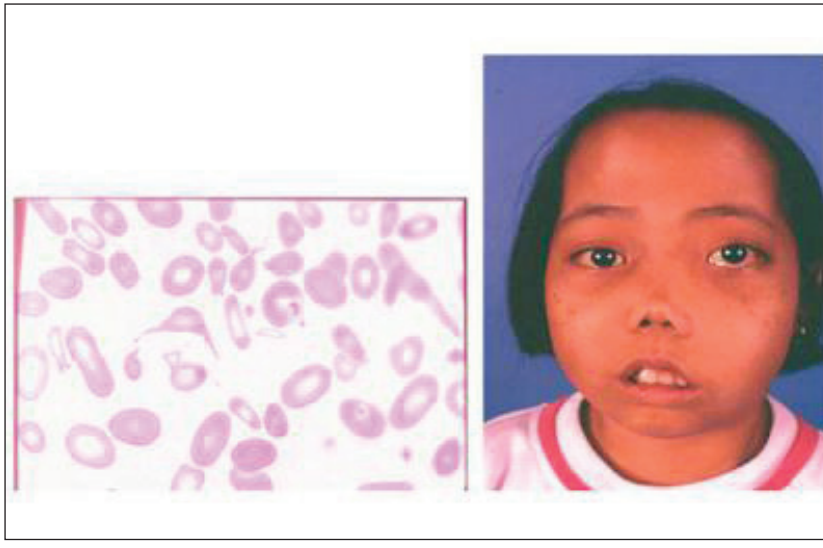


Şəkil 47.



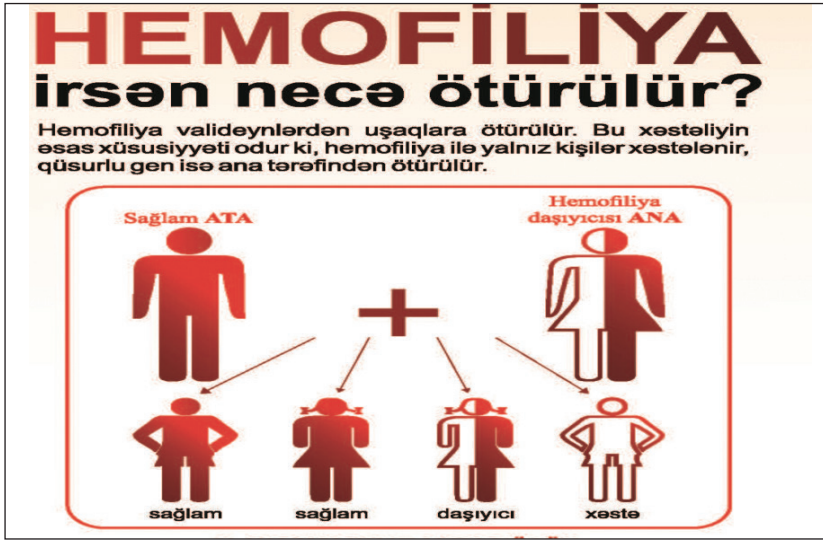
Norma *Talassemiya*

Şəkil 48.

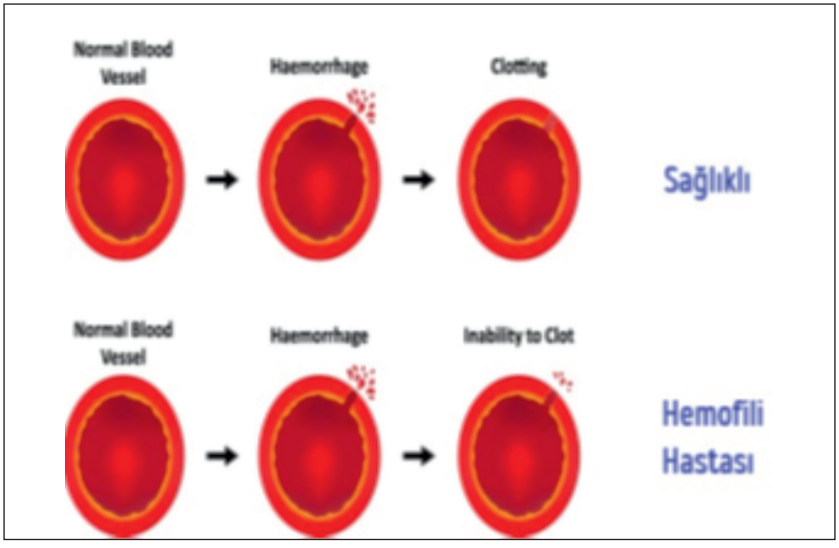


Talassemiya

Şəkil 49.



Şəkil 50.



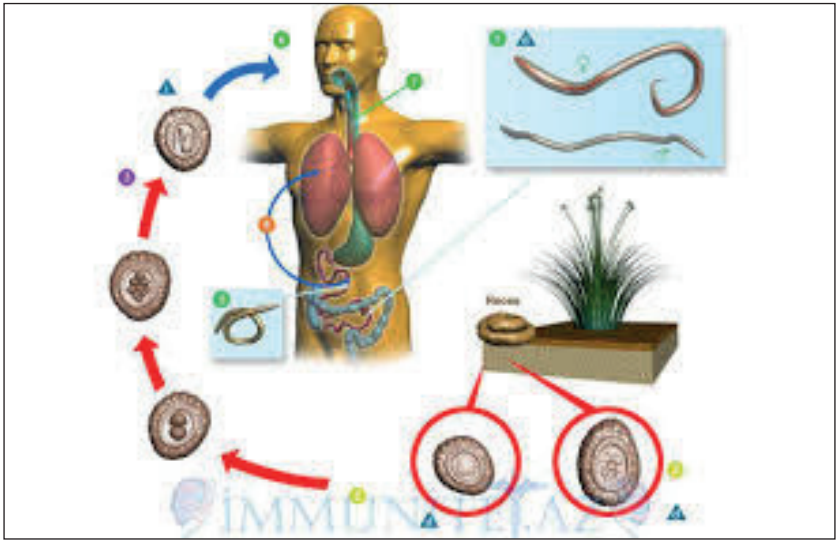
Şəkil 51.



Şəkil 52.



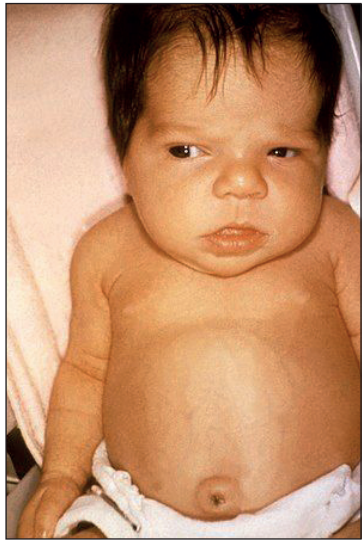
Şəkil 53.



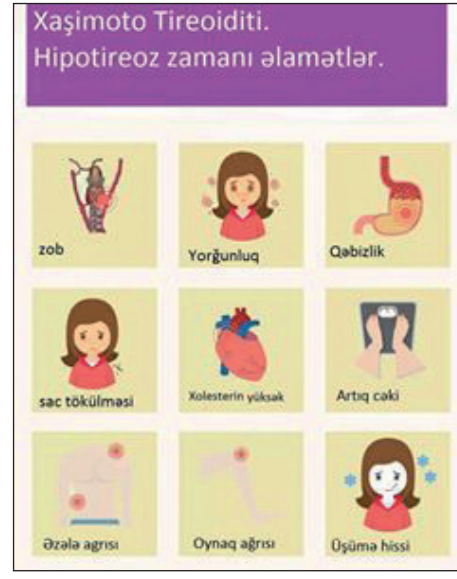
Şəkil 54.



Şəkil 55.



Şəkil 56.
Hipotireoz



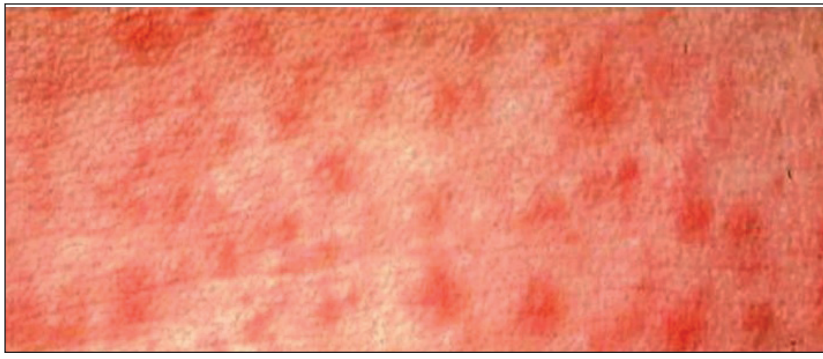
Şəkil 57.



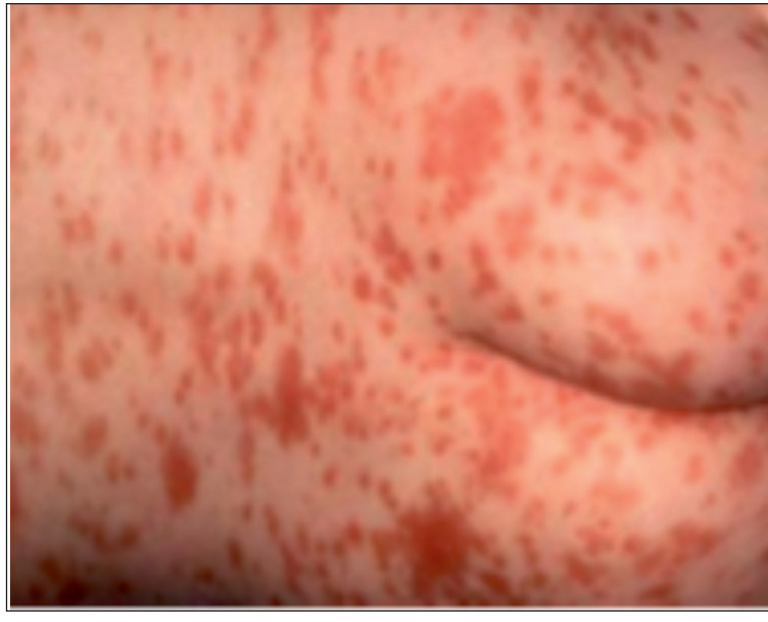
Şəkil 58.



Şəkil 59.



Şəkil 60.



Şəkil 61.



Şəkil 62.



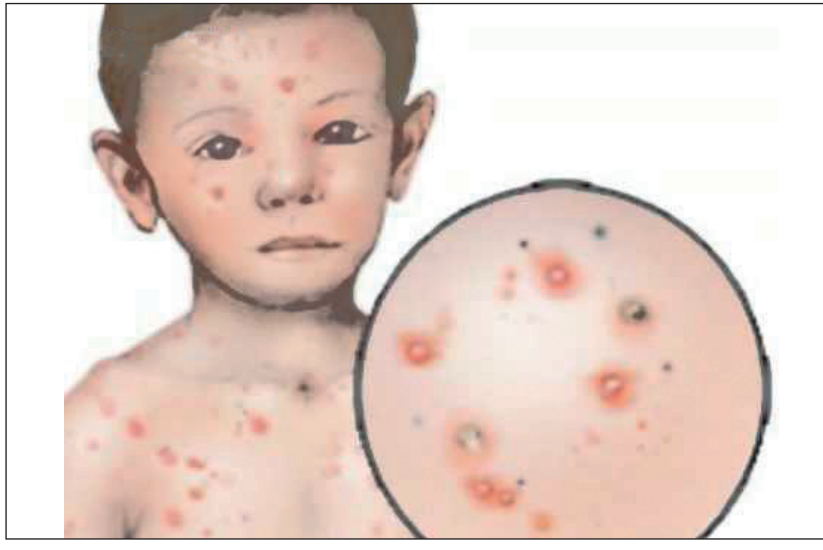
Şəkil 63.



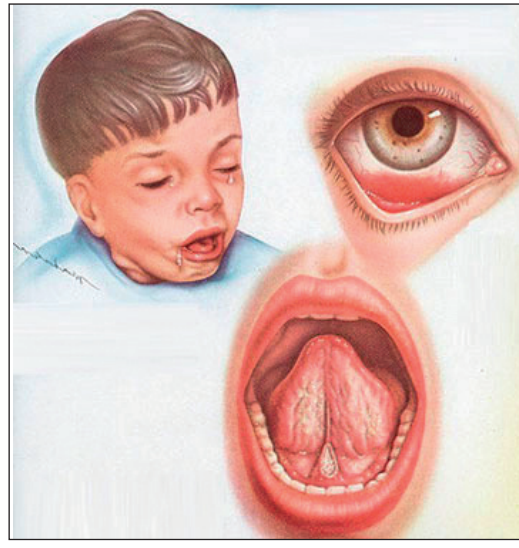
Şəkil 64.



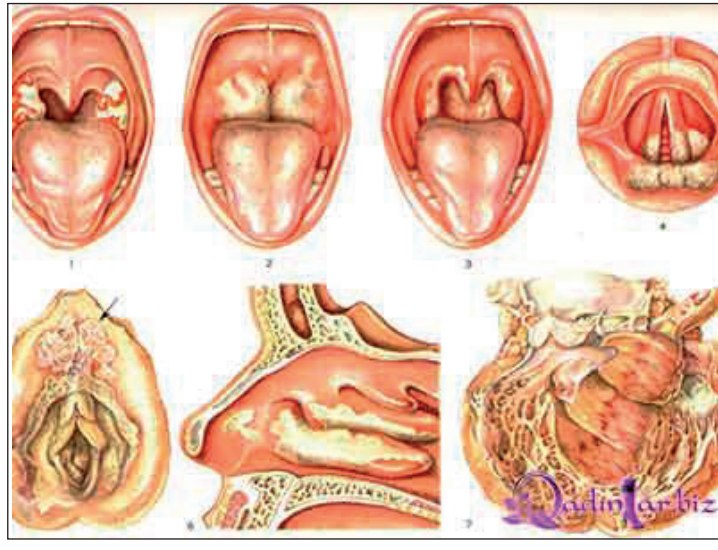
Şəkil 65.



Şəkil 66.



Şəkil 67.



Şəkil 68.



Şəkil 69.



Şəkil 70.



Şəkil 71.



Şəkil 72.