

**R.Ə.QULİYEVA, Y.İ.MƏLİKOVA, L.Y.BƏHƏRZALOVA,
D.Ə.MƏMMƏDƏLİYEVA** (*tibb elmləri namizədi*)

PEDIATRİYA

DƏRS VƏSAİTİ

(tibb kollecinin tələbələri üçün)

*2 saylı Bakı Baza Tibb Kolleci
Tədris Metodiki Şurasının 05.02.2019-cu il
tarixli qərarı ilə dərs vəsaiti kimi təsdiq edilmişdir.*

BAKİ 2019

Rəyçilər: A.A.Əyyubova,
ATU-nun Uşaq xəstəlikləri
kafedrasının professoru, ə.e.x,
t. e. d.

S.İ.Əhmədova,
ATU-nun Yoluxucu xəstəliklər kafedrasının dosenti,
t. f. d.

2 saylı Bakı Baza Tibb Kollecinin müəllimləri:
Z.Ə.Kazımova, R.M.Əhmədova

R.Ə.Quliyeva, Y.İ.Məlikova, L.Y.Bəhərzalova, D.Ə.Məmmədəliyeva.
PEDIATRİYA. “3 saylı Bakı Mətbəəsi” ASC. Bakı 2019.
Səh. 600.

030
-----qrifli nəşr
02092019

© R.Ə.Quliyeva, Y.İ.Məlikova, L.Y.Bəhərzalova, D.Ə.Məmmədəliyeva

ÖN SÖZ

Gələcək nəslin sağlamlığının qorunması dövlətimizin qarşısında duran ən vacib və prioritet məsələlərdəndir. Ölkəmizdə səhiyyənin önəmli sahələrindən biri pediatrik yardımın təşkilidir. Uşaqlara lazımi tibbi yardımın göstərilməsi üçün peşəkar tibbi kadrların, o cümlədən orta tibb işçilərinin hazırlanması mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Tibb kolleclərinin tələbələri üçün nəzərdə tutulmuş bu dərs vəsaitinin giriş hissəsində pediatriyanın inkişaf tarixi və pediatriya elminə öz töhfələrini vermiş görkəmli pediatrlar haqqında məlumat verilir.

Kitabda, həmçinin, pediatriyanın müxtəlif sahələri tədris proqramına uyğun şəkildə şərh olunur. Müxtəlif yaş qruplarında uşaq orqanizminin anatomik-fizioloji və sinir-psixi inkişafının xüsusiyyətləri, ən çox rast gəlinən xəstəlikləri (etiologiyası, inkişaf mexanizmi, əsas klinik əlamətləri, müalicə prinsipləri, profilaktikası) öz əksini tapmışdır. Südəmər və inkişafın sonrakı mərhələlərində olan uşaqların qidalanması, tibb bacısı tərəfindən sağlam və xəstə uşaqlara yaşından asılı olaraq diferensial qulluğun təşkil edilməsi haqqında müasir təsəvvürlər işıqlandırılmışdır. Dərs vəsaitində təxirəsalınmaz vəziyyətlərdə tibbi yardımın göstərilməsi, tibb bacıları tərəfindən manipulyasiyaların yerinə yetirilməsi, uşaq tibb müəssisələrinin iş prinsipləri və tibbi sənədləşmə məsələlərinə də geniş yer verilir.

Kitabda tibbi praktikada etika və deontologiya prinsiplərinin gözlənilməsindən, həmçinin, uşaqlar və onların valideynləri ilə iş zamanı meydana çıxan tibbi-psixoloji problemlərin həllində tibb bacısının rolundan bəhs edilir. Müasir təbabətin ən aktual problemlərindən olan pediatrik yardımın təşkili, uşaqlar arasında profilaktik tədbirlərin aparılması, o cümlədən aktiv immunizasiya məsələləri də öz əksini tapmışdır.

Dərs vəsaiti Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi və Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi tərəfindən təsdiq olunmuş “Uşaq xəstəlikləri” ixtisası üzrə Dövlət standartlarına və fənn proqramlarına, tədris-təlim üzrə tərtib olunmuş proqrama əsasən hazırlanmışdır. Kitab tibb kollecləri tələbələrinin müasir pediatriyaya dair nəzəri biliklərə yiyələnməsi və uşaq müalicə-profilaktika müəssisələrində çalışan orta tibb işçilərinin bilik səviyyəsinin yüksəldilməsi üçün nəzərdə tutulub.

GİRİŞ

AZƏRBAYCANDA PEDIATRİYANIN İNKİŞAF TARİXİ

Pediatriya (yunanca “paidos”-uşaq və “iatreia”-müalicə)-uşaq inkişafının qanunauyğunluqlarını, xəstəliklərin səbəblərini və inkişaf mexanizmini, diaqnostikasını, müalicə və profilaktikasını öyrənən təbabət elmidir. Pediatriyanın əsas vəzifəsi uşaqların hərtərəfli inkişafını və sağlamlığını təmin etmək, orqanizmin xarici mühitin zərərli amillərinə davamlılığını artırmaqdan ibarətdir. Pediatriyanın aktual problemlərinin əksəriyyəti profilaktika ilə bağlıdır.

Pediatriya təbabətin qədim sahələrindən biridir. Pediatriyanın inkişafı xalq təbabətindən başlamışdır. Sağlam və xəstə uşaq haqqında ilk məlumatlara qədim Hindistan, Çin və Misir alimlərinin əsərlərində rast gəlinir. Uşaq xəstəlikləri haqqında təsəvvürlərə Əbu Əli ibn Sinanın, Qalenin, Hipokratın əsərlərində də rast gəlinir.

Azərbaycanda pediatriyanın inkişafını 3 dövrə ayırırlar:

I dövr - XV-XVIII əsrləri əhatə edir. Bu dövrdə pediatriya systemsiz biliklər şəklində, digər elmlərin tərkibində yaranmışdır.

II dövr - XIX əsrin başlanğıcından 1917-ci ilə qədər olan müddəti əhatə edir. Bu dövrdə pediatriya artıq müstəqil elm kimi formalaşmışdır.

III dövr - 1917-ci ildən sonrakı dövr nəzərdə tutulur.

.Respublikamızda ilk ali məktəb 1919-cu ildə təşkil olunmuşdur. 1930-cu ildən tibb fakültəsi ayrılaraq Azərbaycan Tibb İnstitutu kimi fəaliyyət göstərmişdir. 1936-cı ildən isə Tibb İnstitutunun tərkibində pediatriya fakültəsi açılmışdır.

Azərbaycanda pediatriyanın inkişafında bir sıra tanınmış

pediatrların mühüm rolu olmuşdur. Ə.Qarayev Azərbaycanın ilk pediatrlarından biri olmuşdur. O, Bakıda ilk “Uşaq evi”ni təşkil etmişdir. Ə. F. Qarayev 1937-ci ildə «Skarlatinada mərkəzi sinir sistemində patomorfoloji dəyişikliklər» mövzusunda doktorluq dissertasiyası yazmış və müdafiə etmişdir. O, 50-dən artıq elmi məqalənin müəllifidir. Ə.F.Qarayev kəskin infeksiyon xəstəliklərin, tənəffüs orqanlarının patologiyasının araşdırılması sahəsində mühüm işlər görmüşdür.

Professor Z.A.Hüseynbəyov respublikamızın görkəmli pediatrlarından biridir. Alim respublikamızda uşaqlar arasında geniş yayılmış xəstəliklərin patologiyasının öyrənilməsi ilə əlaqədar əhəmiyyətli işlər aparmışdır.

Azərbaycanda səhiyyənin təşkili və inkişafı, qadın və uşaqların sağlamlığının qorunması problemlərinin həllində prof. G. Y. Fərəcovanın da rolu böyükdür. O, 1950-ci ildən 1980-ci ilə kimi Ana və Uşaqların Mühafizəsi İnstitutuna rəhbərlik etmişdir. K.Y.Fərəcova 100-ə qədər elmi əsərin müəllifidir.

Azərbaycanın görkəmli pediatr alimi, akademik, əməkdar elm xadimi, Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının və Rusiya Federasiyası Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü, Azərbaycan SSR-in Dövlət mükafatı laureatı, “Şöhrət” və “Şərəf” ordenli A.Ə.Namazova pediatriya elmi sahəsindəki nailiyyətləri ilə nəinki ölkəmizdə, hətta respublikamızın hüdudlarından kənar da çox məşhurdur. Akademik A. Namazova özünün gərgin elmi axtarışları, tibbi fəaliyyəti ilə Azərbaycanda elmi pediatriya məktəbinin əsasını qoymuşdur. A.Namazova 1976-cı ildən Azərbaycan Pediatrlar Cəmiyyətinin sədri, Türkdilli ölkələrin Pediatrlar Cəmiyyətinin vitse-prezidentidir. Onun uşaqlarda revmatizm, hipertoniya, anadangəlmə ürək qüsurları və s. patologiyalara aid elmi

axtarışları Azərbaycan pediatriya elminin inkişafına təkan vermişdir. O, ürək üzərində cərrahi əməliyyatlara göstəriş və əks-göstərişləri müəyyənləşdirmiş, ürəkdə aparılmış cərrahi əməliyyatların yaxın və uzaq dövrlərində nəticələrini qiymətləndirmişdir. A.Namazova Azərbaycanın ilk qadın pediatr-alimi hesab olunur. O, 300 elmi əsərin, monoqrafiya və dərslinin, 5 ixtiranın müəllifidir.

Professor S.A.Cəfərova 81 elmi işin, 2 dərs vəsaitinin müəllifidir. O, Azərbaycan pediatriyasına öz töhfələrini vermişdir. S.A.Cəfərova 1980-1993-cü illərdə Ana və Uşaqları Mühafizə İnstitutunun direktoru vəzifəsində çalışmışdır.

Pediatriyanın inkişafında prof. A.R.Abdullayevin də əməyi böyükdür. İstedadlı alim, təcrübəli həkim olan A.R.Abdullayev həm də bacarıqlı səhiyyə təşkilatçısı idi.

Uşaq yaşlarında ürək qan-damar sisteminin pozğunluqlarının öyrənilməsində prof. M.İ.Livanovun da əməyi böyükdür. Onun revmatizmin öyrənilməsində mühüm yenilikləri olmuşdur.

Respublikamızda pediatriyanın inkişafında tibb elmləri doktoru S.İ.Hacıyevanın da əməyi var. O, uşaqlarda raxit xəstəliyinin qarşısını almaq məqsədilə həmin xəstəliyin Bakı şəhərində gedişi xüsusiyyətlərinin araşdırılması sahəsində elmi iş aparmış, dəyərli nəticələr əldə etmişdir.

Uşaqlar arasında mədə-bağırsaq pozğunluqlarının öyrənilməsində istedadlı alim, prof. N.İ.Hüseynovanın da böyük əməyi var. Onun «Bakterial dizenteriyalı uşaqlarda bəzi biokimyəvi dəyişikliklər» adlı namizədlik dissertasiyası da pediatriya aləminə gözəl töhfədir.

Azərbaycanda pediatriya elminin inkişafında professor A.A.Əyyubovanın əməyi qiymətləndirilməlidir. Əməkdar elm xadimi, tibb elmlər doktoru, professor A. Əyyubova bir çox elmi məqalələrin, metodik vəsaitlərin, prof. P.D.Katsla birgə

yazdığı «Uşaqlarda qida allergiyası» adlı monoqrafiyanın müəllifidir. O, bir çox tibb elmləri namizədi, tibb üzrə fəlsəfə doktoru və tibb elmləri doktoru hazırlayıb. Elmi məqalələrlə Avropa və Amerikada keçirilən konfrans və konqreslərdə çıxış edib. A. Əyyubova 430-dan artıq elmi əsərin və bir neçə dərsliyin müəllifidir.

Prof. N.Ə.Tağıyev respublikada tanınmış neonatoloq-pediatr olmuşdur. Onun “Neonotologiya” kitabı, “Yarımqıç doğulmuşların sepsisi” adlı monoqrafiyası Azərbaycan pediatriya elmi üçün mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Yoluxucu xəstəliklərin qarşısının alınması, onların rasio-nal müalicə və profilaktikası sahəsində görülən işlərdə prof. V.F.Əsgərovun mühüm rolu olmuşdur.

Uşaqlar arasında qan xəstəliklərinin, xüsusilə talassemiya xəstəliyinin öyrənilməsi sahəsində prof. T.S.Dadaşovanın böyük əməyi var.

Tibb elmləri doktoru, professor, K.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat İnstitutunun direktoru, Respublikanın baş pediatri, 2007-ci ildən Türk Dünyası Pediatriya Birliyinin prezidenti Nəsim Quliyev 150-dən artıq elmi əsərin müəllifidir. Professorun Respublikamızda uşaqlara tibbi xidmətin təşkil edilməsi və cavan həkim kadrların hazırlanması sahəsində böyük rolu var.

Belə alim-pediatrların yetişməsi respublikamızda gələcəyimiz olan uşaqların sağlamlığının qorunması üçün möhkəm zəmin yaratmışdır. Müasir pediatriya immunologiya, genetika, farmakologiya, biokimya, fiziologiya və təbabətin digər sahələri ilə əlaqəli şəkildə sürətlə inkişaf edir.

UŞAQLARA TİBBİ XİDMƏTİN TƏŞKİLİ

Uşaqlara tibbi yardım göstərilməsi bir-biri ilə funksional cəhətcə bağlı müxtəlif uşaq müalicə-profilaktika müəssisələri: poliklinikalar, xəstəxanalar, sanatoriyalar, bərpa-müalicə mərkəzləri, dispanserlər, konsultativ-diaqnostik mərkəzlər, doğum evlərinin uşaq şöbələri, həmçinin tədris-tərbiyə müəssisələrinin, uşaq evlərinin, bağçaların, məktəblərin tibb məntəqələri tərəfindən həyata keçirilir.

Uşaq poliklinikaları. Ölkəmizdə uşaqlara tibbi yardım sahə prinsipi üzrə təşkil olunub. Yaşayış sahələri üzrə həkim-pediatr və tibb bacısı işləyir. Pediatrik sahədə uşaqların sayı adətən 800-1000-ə qədər və daha artıq ola bilər. Sahə prinsipi uşaq və yeniyetmələrin sağlamlığını fasiləsiz olaraq müşahidə etmək, əhali arasında sağlam həyat tərzinin təbliğini aparmaq imkanı yaradır.

Uşaq poliklinikalarının tərkibinə pediatriya şöbələri, ixtisaslaşdırılmış kabinetlər, laborator-diaqnostik kabinetlər, fizioterapiya və müalicəvi-idman kabinetləri daxildir. Hər bir poliklinikada peyvənd, prosedur kabinetləri mövcuddur.

Xəstə, xüsusilə hərərəti yüksək və infeksiya xəstəliyə tutulma ehtimalı yüksək olan uşaqlara həkim və tibb bacısı tərəfindən evdə yardım göstərilir. Uşaq sağaldıqdan və ya vəziyyəti yaxşılaşdıqdan sonra valideynlərinin müşayiəti ilə poliklinikaya, həkimin qəbuluna gəlir. Diaqnostika şöbəsində və ya müvafiq kabinetdə laborator, rentgen və digər zəruri müayinələr aparılır. Uşağın xəstəliyi barədə mütəxəssis həkimlərlə (otolarinqoloq, oftalmoloq, dermatoloq, psixonevroloq və s.) məsləhətləşmək imkanı mövcuddur.

Uşaq poliklinikasında həmçinin sağlam uşaqlar planlı şəkildə müayinədən keçir. Uşaq 1 yaşınadək hər ay, sonradan hər rüb, 3 yaşından yuxarı isə ildə bir dəfə həkim müayinə-

sindən keçir. Bu cür müayinələrin əsas məqsədi uşaqların inkişafına nəzarət edilməsi və xəstəliklərin qarşısının alınmasıdır. Poliklinikanın həkim və tibb bacıları valideynlərə uşaqların tərbiyəsi, qidalanması və onlara qulluq məsələləri üzrə məsləhət verirlər.

Bütün uşaqlar dispanser qeydiyyatına alınır, muntəzəm olaraq tək-cə pediatr tərəfindən deyil, həmçinin digər mütəxəssislər tərəfindən də müayinə olunurlar. Bir çox uşaq poliklinikaları nəzdində 24 saat ərzində fəaliyyət göstərən mərkəzləşdirilmiş təcirəsalınmaz yardım mərkəzləri yaradılıb.

Sahə həkim-pediatrı sahədəki uşaqlar arasında müalicə-profilaktika işini aparır. Onun işinin effektivliyi bir çox hallarda sahə tibb bacısının köməyindən və onun peşəkərliğından asılıdır.

Sahə tibb bacısının vəzifələrinə daxildir:

- ailədə uşağın harmonik fiziki və əqli inkişafına yönəldilmiş profilaktik işlər;
- evdə tibbi yardım, o cümlədən həkim təyinatı ilə tibbi manipulyasiyalar və prosedurlar;
- hamilələrin doğuşdan əvvəl patronajı;
- yenidoğulmuş uşaqların patronajı;
- sağlam və xəstə uşaqlara nəzarət, valideynlər tərəfindən profilaktik və müalicəvi təyinatların icra edilməsi, ailədə həyat şəraitinin öyrənilməsi (maddi, mədəni, gigiyenik, psixoloji);
- məktəbəqədər müəssisələrə getməyən uşaqlar arasında peyvənd təqviminə müvafiq olaraq vaksinasiyaların keçirilməsi;
- uşaq poliklinikasında qəbul zamanı həkimə yardım: antropometrik ölçmələrin aparılması, arayışların, göndərişlərin, əmək qabiliyyətinin itirilməsi və rəqlərinin yazılması,

statistik talonların doldurulması, nömrələrin qeydə alınması və s.;

- dispanser qeydiyyatında olan uşaqlara mütəmadi həkim müayinələrinin təşkili;
- uşaqların sağlamlaşdırılmasına dair məsləhətlərin verilməsi və valideynlərlə sanitar-maarifləndirmə işlərinin aparılması.

Uşaq poliklinikasında istifadə olunan əsas tibbi sənəd «**Uşağın inkişaf tarixi**» sənədidir. Sənəd qeydiyyat şöbəsində saxlanılır. Uşaqların qəbulunun dəqiq təşkili qeydiyyat şöbəsinin



fəaliyyətindən asılıdır. Son illər poliklinikalarda uşaqlar haqqında əsas məlumatlar kompüter məlumat bankına yerləşdirilir və uşağın inkişaf tarixçəsi-“Elektron sağlamlıq kartı” valideynlərə verilir. Bu cür üsul digər müəssisələrə müraciət edilən zaman tibbi yardımın ardıcılığına riayət etməyə imkan verir. “Elektron sağlamlıq kartı” təxirəsalınmaz vəziyyətlər zamanı növbətçi həkimə və təcili tibbi yardım həkiminə vəziyyəti düzgün qiymətləndirməyə imkan verir.

Uşaq xəstəxanası. Daimi nəzarətə, intensiv terapiyaya və ya ixtisaslaşdırılmış yardıma ehtiyacı olan uşaqları uşaq xəstəxanasına yerləşdirirlər.

Uşaq müalicəvi-profilaktik müəssisələr sistemində uşaq xəstəxanası xüsusi rol oynayır. Xəstəxanalarda ağır xəstələr müalicə edilir. Burada müasir diaqnostik avadanlıqlar cəmləşdirilib, yüksək ixtisaslı həkim və tibb bacıları işləyir.

Xəstəxanada saxlama müddəti bir neçə saatdan (gündəlik stasionar) bir neçə aya qədər təşkil edilə bilər. Uşaq xəstəxanaları profiline görə (çoxprofilli və ixtisaslaşdırılmış), təşkili sisteminə görə (poliklinika ilə birləşdirilmiş və birləşdirilməmiş), fəaliyyət həcminə və çarpayı sayına görə bölünür. İnzibati-tabeçilik formasından asılı olaraq uşaq xəstəxanaları respublika, şəhər və rayon xəstəxanalarına bölünür. Əgər xəstəxananın bazasında Tibb Universiteti kafedrası və ya elmi-tədqiqat institutunun kliniki şöbəsi yerləşirsə, bu xəstəxana klinika adlanır.

Xəstəxanalarda xəstələrə ikimərhələli (həkim, tibb bacısı) və ya üçmərhələli (həkim, tibb bacısı, kiçik tibb bacısı) tibbi xidmət sistemi mövcuddur. İkimərhələli sistemdə tibb bacısı təkcə həkimin təyinatını və prosedurları həyata keçirmir, o, həmçinin xəstələrə qulluq edir. Üçmərhələli sistemdə kiçik tibb bacısı otaqları yığılır, paltar və yataq dəyişəyinin təmizliyinə nəzarət edir, xəstələrə kömək və qulluq edir.

Uşaq xəstəxanalarında qəbul, müalicə, müalicəvi-diaqnostik şöbələr, köməkçi bölmələr (aptekar, qida bloku, tibbi statistika kabinetləri, arxiv, inzibati-təsərrüfat hissəsi və s.) mövcuddur.

Uşaq xəstəxanası aşağıdakıları təmin etməlidir:

- xəstəliyin diaqnostikasını, təcili tədaviyə məruz qoymağı, xəstə uşaqların müalicəsini və reabilitasiyasını;
- ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımın göstərilməsini;
- konsültativ və metodik yardımın təşkili;
- müasir diaqnostika, müalicə və profilaktika üsullarının tətbiqi.

Uşaq xəstəxanasında tibb bacısının vəzifələri müxtəlifdir və ciddi peşə bilikləri tələb edir. Tibb bacısı həkimin, axşam növbəsində isə növbətçi həkimin göstərişlərini dəqiq yerinə yetirməli, eyni zamanda xəstələrə qulluq edərək, zəruri tibbi

manipulyasiyaları həyata keçirməlidir.

Pediatriya şöbəsinin tibb bacısı manipulyasiyaların yerinə yetirilməsi üzrə müvafiq texnikaya malik olmalı və zərurət yarandığı təqdirdə aşağıdakı tibbi manipulyasiyaları icra etməlidir:

- Uşağı zond vasitəsilə yedizdirmə, mədənin zondlanması və yuyulması;
- Müxtəlif növ imalələrin edilməsi (təmizləyici, sifon və s.);
- Qazçıxarıcı boruların yeridilməsi;
- Sidik kisəsinin yumşaq kateterlə kateterləşməsinin həyata keçirilməsi (1 yaşdan yuxarı uşaqlarda);
- Xardal yaxmasının, bankaların, plastrların qoyulması;
- Dərman vasitələrinin dəriyə çəkilməsi;
- Dərman məhlullarının buruna, qulağa, gözə damızdırılması;
- Kompreslərin qoyulması;
- Dərialtı, dəridaxili, əzələdaxili və damardaxili (həkimin göstərişi ilə) inyeksiyaların vurulması;
- Arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin və tənəffüsün sayılması,
- Əsnəkdən, burundan yaxmanın götürülməsi;
- Müayinə üçün bioloji materialların götürülməsi (qan, sidik, nəcis, tər, qusuntu kütləsi, bəlğəm və s.);
- Fizioterapevtik prosedurların yerinə yetirilməsi;
- Mədənin və onikibarmaq bağırsağın fraksiyalı zondlanması yerinə yetirilməsi;
- Təxirəsalınmaz hallarda ilkin tibbi yardımın göstərilməsi.

Tibb bacısı həmçinin vəziyyəti ağır uşaqlara monitor vasitəsilə, fasiləsiz nəzarət etməyi, kompüterlə, avtomatlaşdırılmış nəzarət sistemləri ilə işləməyi bacarmalıdır.

Tibb bacısı öz iş yerinin nümunəvi vəziyyətdə olması

na görə məsuliyyət daşıyır, ona təhkim edilmiş palataların sanitariya vəziyyətinə, tibbi və təsərrüfat inventarlarının vəziyyətinə nəzarət edir, dərman preparatlarının, dərman vasitələrinin, sarğı materiallarının və uşaqlara qulluq əşyalarının saxlanılmasına nəzarət edir, uşaqları həkimin təyinatı ilə rentgenoloji, endoskopik, radioloji və digər müayinələrə aparır, uşaqların vaxtında palataya qayıtmalarına nəzarət edir.

Tibb bacısı şöbəyə yeni daxil olan uşaqları qəbul edir, infeksiya xəstəliklərinin və pedikulyozun qarşısını almaqdan ötrü uşağın dərisinə, başın tüklü hissəsinə baxış keçirir, xəstə uşaqları müvafiq palatalara yerləşdirir. Yeni daxil olmuş uşaqlar barədə həkimə məlumat verir. Tibb bacısı şöbəyə yeni daxil olmuş uşaqlara daxili nizam-intizam qaydaları, gün rejimi və fərdi gigiyena qaydaları barədə məlumat verir.

Tibb bacısı həkimlərin səhər yoxlamasında iştirak edir, xəstə uşaqların vəziyyəti barədə həkimə məlumat verir, xəstələrə qulluq üzrə növbəti tapşırıqları alır və onları icra edir. Tibb bacısı müalicəvi qidalanmaya nəzarət edir, zərurət yarandığı təqdirdə isə qidanın paylanılmasında iştirak edir. Ağır xəstələrin və azyaşlı uşaqların yedizdirilməsində şəxsən iştirak edir. Bundan başqa tibb bacısı valideynlər tərəfindən gətirilən qida məhsullarının çeşidinə və keyfiyyətinə nəzarət etməlidir.

Tibb bacısının işi şöbə müdirinin təsdiq etdiyi qrafik üzrə qurulur. Növbə vaxtında həkimin icazəsi olmadan tibb bacısı şöbəni tərk etməməlidir.

Xəstəxanada əsas sənəd «Stasionar xəstənin tibbi kartı» (xəstəlik tarixçəsi) hesab edilir. Bu, tibbi və hüquqi bir sənəd olduğundan qeydlər ciddi müəyyən edilmiş formada aparılmalıdır. Kartda düzəlişlər edilməsinə, yazının üzərindən

xətt çəkilməsinə yol verilmir. Tibb bacısı xəstəlik tarixçələrinin qorunmasında məsuliyyət daşıyır.

Xəstəlik tarixçəsinə xəstə haqqında məlumatlar, həmçinin dinamik müşahidə və müalicə nəticələri daxil edilir. Xüsusi vərəqdə instrumental, laborator və digər müayinələrin nəticələrini, bədən hərarətinin, nəbzın, tənəffüs tezliyinin, arterial təzyiqin səhər və axşam göstəricilərini, zərurət yarandığı təqdirdə isə sutkalıq sidik (diurez) miqdarının göstəricilərini qeydə alırlar. Tibb bacısı xəstəlik vərəqəsində xəstənin şöbəyə daxilolma vaxtını, bitlərin (pedikulyoz) olub-olmamasına baxışın nəticələrini qeyd edir. Təyinat vərəqində dərman preparatlarının verilmə vaxtını, bədən hərarəti vərəqində daxil olduqda bədən çəkisini və boy ölçüsünü, gündəlik sidik və nəcis ifrazatı xarakterini və tezliyini qeyd edir. Bundan başqa 5-7 gündən bir vanna və yataq ağlarının dəyişilməsi günlərini qeyd edir.

Tibb bacısı laboratoriyaya göndəriş blanklarını doldurur, növbətçiliyin ötürülməsi, xəstələrin yerdəyişməsi, yoluxucu xəstələrin qeydiyyatı jurnallarında qeydlər aparır. Həkimlərin təyinatlarına müvafiq olaraq xəstələrin qidalanmasına dair porsiya tələbnamələrini tərtib edir və onları yeməxanaya ötürür. Yoluxucu xəstəliklər zamanı həkimin göstərişi ilə «Yoluxucu xəstəlik, qida, kəskin peşə zəhərlənməsi, peyvəndə qarşı qeyri-adi reaksiya (forma № 58) barədə təcili bildiriş» tərtib edir və dərhal sanitar-epidemioloji mərkəzə göndərir.

Prosedur kabinetinin tibb bacısı mürəkkəb tibbi manipulyasiyaları icra edir. O, həmçinin həkim tərəfindən edilən manipulyasiyaların (punksiya, kontrastlı maddələrin yeridilməsi və s.) icra edilməsində köməklik göstərir.

Böyük tibb bacısının orta və kiçik tibb heyətinin işinin təşkil edilməsində mühüm rolu var. Böyük tibb bacısı şö-

bədə sanitar-epidemioloji rejimə, təşkilati-metodik təlimatlandırılmaya (tibb bacısı nəyi və necə etməlidir), təşkilati nizamlanmaya cavabdehdir. Şöbə müdiri ilə birgə heyətin üzərinə düşən iş yükünü, iş və məzuniyyət qrafikini, qeydiyyat və hesabat məlumatlarını müəyyən edir. Yenidoğulmuş uşaqların şöbəsində böyük tibb bacısı hər gün işdən əvvəl heyətə və analara baxış keçirir (bədənin temperaturunun ölçülməsi, əsnək və dəriyə baxış).

Dispanserlər və ixtisaslaşdırılmış mərkəzlər. Bəzi xəstəlikləri olan uşaqlar dispanserlərin (vərəm əleyhinə, onkoloji, psixonevroloji və s.) uşaq şöbələrində tibbi yardım alırlar. Eyni funksiyaları həmçinin ayrı-ayrı uşaq xəstəxanalarının nəzdində yaradılmış ixtisaslaşdırılmış mərkəzlər (kardiorevmatoloji, gastroenteroloji, pulmonoloji, nefroloji, hematoloji və s.) yerinə yetirə bilər.

Körpələr evi, uşaq bağçası, məktəb, sağlamlaşdırıcı düşərgə, uşaq evi, internat kimi tədris-tərbiyə müəssisələrində həkim və tibb bacısı uşağın inkişafına, yaşına uyğun immunlaşmasına nəzarət edir, qidalanmanın təşkilinə kömək edirlər.

UŞAQLARA QULLUQ ZAMANI ETİKA VƏ DEONTOLOGİYA PRİNSİPLƏRİ

Xəstə uşağa qulluq müalicə prosesinin əsas tərkib hissələrindən biridir. Düzgün qulluq xəstənin sağlamlığını sürətləndirir. Xəstə uşaqlara qulluq həm tibb işçiləri, həm də xəstənin qohumları tərəfindən həyata keçirilir. Qulluq prosesi bəzən həftələr, aylar, hətta illərlə davam edə bilər. Buna görə tibb işçiləri ilə xəstələr və onların qohumları arasında, habelə tibb işçilərinin bir-biri ilə qarşılıqlı münasibətində etika və deontologiya prinsipləri gözlənilməlidir.

Tibbi etika (yunanca "ethos"- adət, ənənə)- tibb işçilərinin fəaliyyətinin humanist və mənəvi əsaslarını təşkil edir. Tibb işçisinin əsas vəzifəsi xəstəyə yüksək peşəkarlıq səviyyəsində yardım göstərməkdir. Eyni zamanda tibb işçisi fəaliyyəti və davranışı ilə xəstəyə heç bir fiziki və psixi zərər verməməlidir.

Tibb bacısı həkimin təyinatlarını dəqiqliklə və peşəkarlıqla yerinə yetirməlidir, lakin orta tibb işçisi xəstə uşaqla təmas yarada bilmirsə, onun fəaliyyəti lazımı müalicəvi effekt verməyəcək. Diqqətli, qayğıkeş, nəzakətli və nəvazişli davranış xəstə uşağın yeni mühitə uyğunlaşmasını asanlaşdırır və müalicənin effektivliyini artırır. Tibb işçisi öz işinin vacibliyini başa düşməli və xəstələrə yardım göstərməkdən mənəvi zövq almalıdır.

Tibbi deontologiya (yunanca "deontos"-lazımı, vacib)-tibb işçilərinin peşəkar vəzifələrini yerinə yetirərkən rəhbər tutduqları etik norma və davranış qaydaları toplusudur. Xəstə uşaq və onun valideynləri ilə daim təmasda olan tibb bacısı müalicənin uğurla nəticələnməsi üçün öz fəaliyyətində tibbi deontologiya prinsiplərini-tibb işçisi və pasientin qarşılıqlı münasibəti haqqında təlim prinsiplərini rəhbər tutmalıdır.

Yetkinlik yaşına çatmayanlara tibbi yardım göstərilməsi sahəsində fəaliyyət göstərən tibb işçisi öz işində Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasını, beynəlxalq hüquqi qanunları, o cümlədən BMT-nin uşaq hüquqlarına dair Konvensiyasını rəhbər tutur. Vətəndaşların sağlamlığının müdafiəsi sahəsində qanunvericilikdə pasiyentin yaşından asılı olmayaraq hörmətçil və humanist münasibətə, həkim və tibb bacısının seçim imkanı olması, konsiliumun və digər mütəxəssislərin məsləhətləşmələrinin keçirilməsi, tibbi yardıma müraciətin məxfi saxlanması, tibbi müdaxiləyə könüllü razılıq və ya imtina etmə, öz sağlamlığı barədə mə-

lumata malikolma kimi hüquqları müəyyən edilir. Yetkinlik yaşına çatmamış uşaqlar öz hüquqlarını qanuni nümayəndələri (valideyn, qəyyumlar) vasitəsi ilə həyata keçirirlər. Hər bir tibbi müdaxilədən və prosedurdan öncə passient və ya onun hüquqi nümayəndəsinin (valideyin, qəyyum) razılığı alınmalıdır.

PEDIATRİYADA TİBB BACISININ İŞİ

Tibb işçisi öz işində “tibbi sirr” prinsipini gözləməli, xəstənin müayinəsi, müalicəsi və müşahidəsi zamanı alınmış bilgiler haqqında kənar şəxsləri məlumatlandırmamalıdır. Tibbi heyət xəstənin sağlamlığının qorunmasına həm mənəvi, həm də hüquqi məsuliyyət daşıyır.

Beynəlxalq həkim deontologiya məcəlləsinə uyğun olaraq tibb işçilərinə iki əhəmiyyətli tələb irəli sürülür:1) bilik; 2) insanlara xoş münasibət.

Tibb işçiləri arasında aşağı işçi heyətindən tutmuş yuxarı işçi heyətinə qədər (kiçik tibb bacısı, növbətçi tibb bacısı, prosedur tibb bacısı, böyük tibb bacısı, həkim, şöbə müdiri, baş həkimin müalicə hissəsi üzrə müavini, baş həkim) mütləq subordinasiya saxlanılmalıdır. Xəstəxanada tibb işçiləri arasında qarşılıqlı münasibət etikasının pozulması, onlar tərəfindən vəzifələrinin yerinə yetirilməməsi müalicə prosesinin effektivliyinə mənfi təsir göstərir. Tibb işçiləri öz aralarındakı münasibəti xəstə uşaq və onun qohumlarına bildirməməlidir. Xəstə uşaqların yanında peşəkar mövzuda söhbətlər aparılmamalıdır. Uşaqlar xüsusilə həssas olduğundan bu, onlarda yatrogeniyaya (tibb işçilərinin fəaliyyəti nəticəsində meydana çıxan xəstəliklər) səbəb ola bilər.

Tibb işçiləri uşaqların psixoloji xüsusiyyətlərini, hisslərini, həyəcanını başa düşməlidir. Uşaqlar, xüsusən yeniyetmələr asanlıqla özünə qapana bilər. Uşağın vəziyyətini daha yax-

şı başa düşmək üçün onun fərdi psixoloji xüsusiyyətlərini, ailədəki problemlərini, valideynlərin sosial vəziyyətini aydınlaşdırmaq lazımdır. Şıltaq, əsəbi uşaqlar və onların valideynləri ilə münasibətdə tibb işçisi xüsusilə səbirli olmalıdır. Mehriban danışıq uşaqla qarşılıqlı etimadın yaranmasına səbəb olur.

Valideyinlər, xüsusən analar uşağın xəstələnməsini çox həssaslıqla qarşılayırlar. Uşağın ağır xəstəliyi ana üçün psixi travma olduğundan o, qeyri-adekvat reaksiya göstərə bilər. Bu zaman ananı sakitləşdirməklə yanaşı, onun dincəlməsi və qidalanması üçün şərait yaradılmalıdır. Ananı inandırmaq lazımdır ki, uşaq etibarlı əllərdədir və uşağın sağalması üçün həkimin təyinatları, manipulyasiyalar dəqiq yerinə yetirilməlidir. Lazım gəldikdə valideynlərə bəzi manipulyasiyaların (məsələn, inyeksiyalar, inhalyasiyalar və s.) yerinə yetirilməsi öyrədilməlidir.

Uşaqlarla münasibətdə xəstəliyin xüsusiyyətlərini də nəzərə almaq lazımdır. Xroniki xəstəliklər zamanı uşaq uzun müddət ailəsindən ayrı xəstəxanada qalmalı olur. Bu, xüsusən böyük uşaqlarda müxtəlif psixogen reaksiyalara səbəb ola bilər. Belə bir vəziyyət əsas xəstəliyin gedişini ağırlaşdırma bilər.

Uzunmüddətli yataq rejimi uşaqların, xüsusilə kiçik yaşlı uşaqların əhvalına mənfi təsir göstərir. Uşaqlar şıltaq, əsəbi və narahat olur, səbəbsiz qorxu meydana çıxır. Belə bir vəziyyətdə tibb işçisi daha diqqətli, səbirli və nəvazişkar olmalıdır. Yataqda uzun müddət hərəkətsiz vəziyyət xəstəliyin sağalma prosesini ləngidir. Bu zaman gündəlik müalicəvi bədən tərbiyəsi və fizioterapiya məsləhətdir.

Onkoloji xəstəliklər, o cümlədən leykoz və ağır immunodefisitli vəziyyətlər zamanı tibb işçilərindən xüsusi davranış tələb olunur. Bu zaman orta tibb işçisi həm uşağa, həm də onun valideynlərinə mənəvi dəstək olmalıdır.

PATRONAJ

Antenatal (doğuşa qədər) patronajın məqsədi anamnez toplamaq və gələcək anaya məsləhət verməkdir. Uşaq poliklinikasının sahə tibb bacısı doğumdan əvvəl iki dəfə antenatal patronajı həyata keçirir.

Birinci antenatal patronaj. Hamilə qadın qadın məsləhətxanasında qeydiyyatı götürüldükdən sonra məlumatlar uşaq poliklinikasına göndərilir. Patronaj uşaq poliklinikasının sahə tibb bacısı tərəfindən həyata keçirilir. Anamnez toplayarkən prenatal risk faktorlarına xüsusi diqqət yetirilməlidir (sosial-bioloji, mama-ginekoloji faktorlar, ananın ekstragenital xəstəlikləri). Tibb bacısı ailədə irsi xəstəliklərin olub-olmasını və psixoloji mühiti aydınlaşdırmalıdır.

İkinci antenatal patronaj. Doğuşdan qabaq, hamiləliyin 31-38-ci həftəsində həyata keçirilir. Patronajda məqsəd hamilə qadın tərəfindən həkimin təyinatlarının yerinə yetirilməsinə nəzarət etmək, risk faktorlarını təkrar qiymətləndirmək, hamilə qadını doğuşdan sonrakı dövrə hazırlamaqdır. Gələcək anaya döşlə qidalandırmanın üstünlükləri, süd vəzilərinə qulluq, hipoqalaktiya və mastitin profilaktikası haqqında məlumat verilir. Tibb bacısı gələcək anaya uşaq guşəsinin və yenidə doğulmuş üçün paltarların, qulluq vasitələrinin hazırlanmasında kömək etməlidir.

Həyatın ilk aylarında uşaq həkim və tibb bacısı tərəfindən müntəzəm müşahidə olunmalıdır. Sahə həkiminin yenidə doğulmuş uşağın evə yazılması haqqında vaxtında məlumatlandırılması üçün doğum evinin yenidə doğulmuşlar şöbəsi poliklinika ilə sıx əlaqədə olmalıdır. Doğum evindən göndərilən məlumata əsasən hər bir yenidə doğulmuş uşağın patronajı həyata keçirilir.

İlkin patronaj uşaq doğum evindən çıxdıqdan sonra 1-3 gün ərzində sahə həkimi və tibb bacısı tərəfindən aparılır.

Yarımcıq doğulmuş uşaqlara ilk patronaj doğum evindən çıxan günü həyata keçirilir. Ana tibb işçilərinə doğum evindən verilən dəyişmə vərəqəsini təqdim edir. Dəyişmə vərəqəsi əsasında pediatri doğuşun gedişi və yenidoğulmuş haqqında məlumatlarla tanış olur.

Patronajda risk faktorlarını aşkara çıxarmaq üçün lazımi məlumatlar (anamnez) toplanılır, düzgün qulluq və uşağın qidalanmasına dair məsləhətlər verilir. Tibb bacısı əsas diqqətini döşlə qidalanmanın saxlanılmasına yönəltməli, süd vəzlərinə qulluq qaydalarını anaya başa salmalıdır. İlk patronaj zamanı ana cari tualet, çimzdirmə, sərbəst bələmə, gigiyena qaydalarına riayət etmək, yenidoğulmuşu əlavə təmaslardan kənarlaşdırmaq və s. barədə məlumatlandırılır. Lazım gəldikdə göbək yarası da işlənir. BCJ-vaksinasiyasının izi müəyyən edilir. Tibb bacısı həkimin təyinatlarını yerinə yetirir. Anaya uşaq otağının təşkil olunması, otaqda temperatur rejimi, sanitar vəziyyət, uşağın paltarına qulluğa (yuyulması, saxlanması) dair məsləhətlər verir. Həyatın birinci ayında həkim və tibb bacısı hər 7-10 gündən bir, xəstələndikdə isə hər gün uşağa baş çəkməli, lazım gəldikdə stasionara göndərilməlidir.

Yenidoğulmuşu növbəti patronajın məqsədi uşağı təkrar müayinədən keçirmək, məsləhətlərin və təyinatların yerinə yetirilməsinə nəzarət etmək, düzgün qulluq, uşağın qidalandırılması və tərbiyəsinə aid ana tərəfindən verilən suallara cavab verməkdən ibarətdir. Əsas diqqət uşağın ana südü ilə bəslənilməsinə yönəldilməli, anaya kompleks masaj və gimnastikanın qaydaları öyrədilməli, bədənə möhkəmləndirilməsi, uşağın gigiyenasına dair məsləhətlər verilməlidir. Ana yenidoğulmuşun çəki və boy artımı barəsində məlumatlandırılır. Qusma və meteorizmin profilaktikası üçün məsləhətlər verilir. Patronaj zamanı raxit və anemiyanın profilaktikası haqqında da söhbətlər aparılır.

Tibb bacısı ananı sahə həkimi və digər mütəxəssislərin iş rejimi ilə tanış edir. Uşağın və ananın sağlamlığında heç bir dəyişiklik yoxdursa 1-ci ayın sonunda ana uşaqla birlikdə poliklinikaya dəvət edilməlidir. Bundan sonra poliklinikaya növbəti gəlişlər ayda 1 dəfə olmaqla 1 yaşadək davam edir. Poliklinikada körpənin antropometrik ölçmələri aparılır. Uşaq sahə pediatri, nevropatoloq, travmatoloq-ortoped, lazım gəldikdə digər mütəxəssislər tərəfindən müayinə olunur.

Anada kifayət qədər süd əmələ gəlmədikdə nəzarət əmizdirilməsi həyata keçirilir. Bunun üçün əmizdirilmədən öncə və sonra uşağı çəkirlər.

Yenidoğulmuşların müntəzəm və keyfiyyətli patronajı xəstəlik və ölüm hallarının azalmasına yardım edən əsas tədbirdir.

UŞAQ YAŞININ DÖVRLƏRİ

Uşaq orqanizmi həmişə böyümə və inkişaf prosesindədir. Uşaq orqanizmi həyatının müxtəlif dövrlərində özünəməxsus anatomik-fizioloji xüsusiyyətlərə malik olur. Bunları nəzərə alaraq hazırda uşaq həyatında 2 mərhələ ayırılır:

1. Bətdaxili (prenatal) inkişaf mərhələsi

2. Bətnxarici (postnatal) inkişaf mərhələsi

Prenatal (antenatal dövr). Bu dövr mayalanmış yumurta hüceyrəsinin implantasiyasından doğuşa qədər olan müddəti əhatə edib, adətən 280 gün və yaxud 10 qəməri ay olur. Bətdaxili dövrün ən xarakterik xüsusiyyəti dölün sürətlə böyüməsi və onun ana orqanizmi hesabına inkişaf etməsidir.

Bətdaxili inkişaf mərhələsi özü də 2 dövrə ayrılır:

a) Embrional dövr

b) Plasental dövr

Embrional dövr hamiləliyin birinci 11-12 həftəsini əhatə edir. Orqanizmin əsas morfoloji və funksional xüsusiyyətlərinin

əsası bu zaman qoyulur.

Plasentar dövr hamiləliyin 12-ci həftəsindən başlayır. Bu dövrdə ilkin fetal dövr (12-ci həftədən 28-ci həftəyədək) və gec fetal dövr (28-ci həftədən doğuşa qədər) ayırd edilir. Hamiləliyin 12-ci həftəsindən etibarən cift (plasenta) formalaşır. Döl cift vasitəsilə qida maddələrini qəbul edir. Maddələr mübadiləsinin son məhsulları da cift vasitəsilə xaric olur. İlkin fetal dövrdə orqan və toxumaların böyüməsi və diferensiasiyası baş verir, immunitet formalaşmağa başlayır.

Uşağın sağlam doğulması hamiləliyin düzgün gedişindən asılıdır, çünki ananın keçirdiyi müəyyən xroniki və kəskin infeksiyalar, intoksikasiyalar, zərərli peşə amilləri ana bətinədəki uşağın vəziyyətinə təsir edə bilər. Hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər hamilə qadının orqanizminə təsir edən zərərli faktorlar embriopatiyalara, 12 həftədən sonra isə fetopatiyalara səbəb ola bilər.

Bətnxarici (postnatal) inkişaf mərhələsi aşağıdakı dövrlərə ayrılır:

1. **Yenidoğulma dövrü**
2. **Südəməz yaş dövrü**
3. **Süd dişləri dövrü: a) erkən uşaqlıq dövrü, b) məktəbəqədər dövr**
4. **Kiçik məktəb yaş dövrü**
5. **Böyük məktəb yaş dövrü (cinsi yetişkənlik dövrü)**

Yenidoğulma dövrü (neonatal dövr). Bu dövr göbək ciyəsinin kəsildiyi və dölün anadan ayrıldığı ilk dəqiqədən başlayır. Yenidoğulma dövrü 28 günü əhatə edir və 2 dövrə bölünür:

a. **Erkən neonatal dövr** – uşağın göbək ciyəsindən ayrıldığı vaxtdan həyatın 6-cı gününədək olan müddəti əhatə edir.

b. **Gecikmiş neonatal dövr** – həyatın 7-ci günündən 28-ci gününədək olan müddəti əhatə edir.

Erkən neonatal dövrdə uşaq bətdənkenar şəraitə uyğunlaşır. Qidalı maddələrin və oksigenin ananın orqanizmindən cift vasitəsilə uşağın orqanizminə daxil olması dayanır. Yenidoğulmuşların orqanizmində əhəmiyyətli və sürətli dəyişikliklər baş verir. Orqan və sistemlərdə funksional dəyişikliklər əmələ gəlir. İlk qışqırma ilə ağciyərlər fəaliyyətə başlayır. Sərbəst tənəffüsün başlanması qan dövrünün yenidənqurulmasına səbəb olur. Maddələr mübadiləsində, mədə-bağırsaq traktında və s. dəyişikliklər meydana çıxır. Uşaq enteral yolla qidalanmağa başlayır. Sidik və nəcis ifrazı baş verir. Həyatın birinci həftəsində müxtəlif tranzitor hallar müşahidə oluna bilər. Eyni zamanda bətdaxili dövrdə və doğuş zamanı meydana çıxan bir sıra patoloji hallar (inkişaf qüsurları, ana ilə dölün antigen uyğunsuzluğu, doğum zədələrinin və asfiksiyanın nəticələri və s.) aşkar olunur.

Gecikmiş neonatal dövr üçün ən xarakter xüsusiyyət bütün orqan və sistemlərin, xüsusilə mərkəzi sinir sisteminin tam yetkinləşməməsi hesab olunur. Bu dövrdə ətraf mühitə adaptasiya prosesi davam edir, analizatorlar intensiv inkişaf edir. Bu da qeyri-iradi avtomatik hərəkətlər, orqanizmin reaktivlik qabiliyyətinin zəifliyi şəklində özünü göstərir. Nəticədə ətraf mühit şəraitinin azacıq belə dəyişilməsi yenidoğulmuşun orqanizmində müxtəlif patoloji hallara səbəb olur. Yarımçıq və vaxtından gec doğulmuş uşaqlar bətdən xaric mühitə daha çətin uyğunlaşır.

Yenidoğulma dövrü üçün ağciyərlərin iltihabı, kokk xəstəlikləri, dəri xəstəlikləri, septik vəziyyətlər xarakterikdir. Bu dövrdə anada laktasiya prosesi və uşağın döşlə qidalanması başlayır, ana ilə uşaq arasında psixoemosional əlaqə yaranır.

Südəmə yaş dövrü. Yenidoğulma dövründən 1 yaşa qədər olan müddəti əhatə edir. Bu dövr çəkinin, boyun sürətlə artması və maddələr mübadiləsinin intensivliyi ilə xarak-

terizə olunur. Belə ki, birinci ilin sonunda uşaq ilk çəkisini 3 dəfə artırır, 25-27sm böyüyür. Bu dövrdə mərkəzi sinir sistemi təkmilləşir: oturmaq, durmaq, gəzmək vərdişləri və nitq inkişafı başlayır. Qidaya tələbat artır. Həzm üzvlərinin inkişafının başa çatmaması və onların funksiyasının məhdudluğunu nəzərə alaraq uşaqların döşlə əmizdirilməsinə xüsusi fikir vermək lazımdır. Bu yaşda mədə-bağırsaq xəstəlikləri, raxit, kəskin və xroniki qida pozğunluqları, diatezlər, tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri və s. müşahidə oluna bilər.

Süd dişləri dövrü-1 yaşından 6-7 yaşa qədər dövrü əhatə edir:

a) erkən uşaqılıq dövrü (1-4 yaşadək)

b) məktəbəqədər dövr (4-6 yaş)

a) Erkən uşaqılıq dövrü – həzm sisteminin, hərəkəti vərdişlərin, nitqin və əqli inkişafın təkmilləşməsi ilə xarakterizə olunur. Uşaq çox hərəkət edir, hər şeyi öyrənmək istəyir. Bu dövrdə bir sıra yoluxucu xəstəliklər (skarlatina, suçiçəyi, qızılca, dizenteriya) daha çox rast gəlinir. Bu da onunla izah olunur ki, uşaq ətraf mühitlə təmasda olur, yoluxma imkanı artır, anadangəlmə immuniteti itirir. Mədə-bağırsaq xəstəlikləri tez-tez müşahidə olunur.

b) Məktəbəqədər dövr – əzələ və sümük sistemi inkişaf edir, möhkəmlənir, skeletin inkişafı davam edir. Bu dövrün sonunda süd dişləri daimi dişlərlə əvəz olunmağa başlayır. Əqli inkişafına görə uşaq məktəbə daxil olmağa hazır olmalıdır. Bu yaşda böyümə tempi qabaqkı yaşlara nisbətən ləngiyir. Ətrafdakılarla kontakt nəticəsində uşaq infeksiya xəstəlikləri tez-tez baş verir, travmatizm, zəhərlənmə, yarıqlar daha çox rast gəlinir. Vərəmə tutulma halları artır. Bu dövrdə endokrin pozğunluqlarının müxtəlif formaları baş verə bilər.

Kiçik məktəb yaş dövrü (6-12 yaş). Bu dövrdə uşaqlarda bir çox üzv və sistemlər təkmilləşməkdə davam edir

və tam funksional inkişafa çatır. Bu dövrdə əzələ sistemi güclü inkişaf edir, skelet formalaşır, süd dişləri daimi dişlərlə əvəz olunur. Evdə və məktəbdə sistemə dərslə məşğul olan zaman gigiyenik normalara riayət edilməməsi qamətin və görmənin pozğunluqlarına gətirib çıxara bilər. Bu dövrün patologiyaları arasında xroniki xəstəliklərə meyillilik və travmatizm böyük rol oynayır.

Cinsi yetişkənlik dövrü. Bu dövr endokrin aparatın təkmilləşməsi, cinsiyyət vəzilərinin, qalxanvari vəzinin, hipofizin funksiyasının güclənməsi ilə xarakterizə olunur. İkincili cinsi əlamətlər meydana çıxır. Qızlarda bədən quruluşu dəyişir, döş vəziləri böyüyür, mensis başlayır, qasıq nahiyəsində və qoltuqaltı çuxurda tüklənmə meydana çıxır. Oğlanlarda səs dəyişir, üzde, qasıqda, qoltuq altında tüklənmə müşahidə olunur. Endokrin vəzilərinde disfunksiya və maddələr mübadiləsinin pozğunluqları (hipoterioz, piylənmə və s.) meydana çıxara bilər. Androgenlərin hipersekresiyası piy vəzilərinin funksiyasının artmasına və sızanaqların meydana çıxmasına səbəb olur. Bu yaşda boyatma sürətlənir, uşağın intellektual siması aşkara çıxmağa başlayır.

Müxtəlif yaş dövrlərində uşaq orqanizminin xüsusiyyətlərini bilmək hər uşaq üçün ayrılıqda fərdi yanaşma tərzini, qidalanma, gündəlik rejim, tərbiyə tədbirləri, xəstəlik zamanı fərdi müalicə üsulu seçməyə və s. əsas verir.

FƏSİL 1. SİNİR SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. UŞAQLARIN BÖYÜMƏ VƏ İNKİŞAFI

UŞAQLARIN FİZİKİ İNKİŞAFI

Fiziki inkişaf dedikdə uşağın bu və ya digər yaş dövründə dinamik böyümə prosesi (bədənin boy və çəkisinin artması, bədənin ayrı-ayrı hissələrinin qarşılıqlı nisbəti, inkişafı və s.) nəzərdə tutulur (şəkil 2, səh. 520). Uşağın fiziki inkişafının fərdi göstəriciləri irsi və xarici amillərin mürəkkəb və qarşılıqlı təsirinin nəticəsidir.

Uşaq yaşı üçün xarakter xüsusiyyətlərdən biri böyüməsi və daimi inkişafda olmasıdır. Bətdaxili inkişaf dövründə dölün böyüməsi çox intensiv sürətlə gedir. Çəkinin və boyun artması hüceyrələrin bölünməsi sayəsində baş verir. Hamiləliyin 40 həftəsi boyunca bətn daxilində 44 dəfə hüceyrə bölünməsi gedir.

Bətdaxili dövrdə ilk 5 ayda dölün boyunun uzunluğu belə hesablanır:

boyun uzunluğu= hamiləlik ayının²

Məs: 3 aylıq hamiləlikdirsə, dölün boyunun uzunluğu 9 sm olmalıdır.

5 ayından sonra dölün uzunluğu belə hesablanır:

boyun uzunluğu= hamiləlik ayı x 5

Məs: 7 aylıqdırsa, onda dölün boyunun uzunluğu $7 \times 5 = 35$ sm olur.

25 həftədən 40 həftəyə qədər dölün boyunun uzunluğu belə hesablanır:

boyun uzunluğu= hamiləlik həftəsi + 10 sm

Məs: 40 həftəlik dölün boyunun uzunluğu 50 sm olmalıdır.

Doğulduqdan sonra uşaq orqanizminin ən aktiv böyüməsi həyatının birinci ilinə düşür. Fərdi göstəricilərin standart

göstəricilər ilə müqayisəsi uşağın sağıamlığı barədə obyektiv məlumat əldə etməyə imkan verir. Uşağın fiziki inkişafına qiymət vermək məqsədilə Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) beynəlxalq standart qismində xüsusi **sentil şkalalarından və cədvəllərindən** (əlavə 2) istifadə etməyi məsləhət görür. Sentil qrafiklərinin göstəriciləri müvafiq yaş və cins qrupu üçün fiziki inkişafın sentil əlamətlərinin sərhədlərini göstərir. Uşağın cinsini, yaşını bilərək onun inkişafdanqalma dərəcəsini müəyyən etmək olur. Bu, xüsusilə yenidə doğulmuş və körpə uşaqlar üçün çox vacibdir. Belə ki, uşağın doğum vaxtı ilkin antropometrik məlumatlarını nəzərə alaraq bədən, baş və döş dairəsinin proporsiyalarının dəyişilməsini müəyyən etməyə imkan verir.

Sentil qrafikdən əlavə uşaqların fiziki inkişafının qiymətləndirilməsi üçün təxmini hesablama üsullarından da istifadə edilir.

Doğulduqdan sonra uşaqlarda boy artımı. 1 yaşa qədər boy artımı kvartallara uyğun hesablanır:

I kvartalda – 9 sm (hər aya 3 sm)

II kvartalda – 7,5 sm (hər aya 2,5 sm)

III kvartalda – 4,5-6 sm (hər aya 1,5-2 sm)

IV kvartalda – 3 sm (hər aya 1 sm)

Birinci il boy artımı 25 sm-dir, II-III il boy artımı 11-12 sm və ya 7-8 sm-dir. Deməli, II il dövrü ay artımı 1 sm, 3-cü il dövrü ay artımı 0,5 sm-dir. Sonrakı illər uşağın boy artımı bir qədər ləngimiş olur.

1 yaşında uşağın boyu 75 sm, 4 yaşında isə 100 sm-dir. Hər sonrakı ilə 6 sm əlavə olunur, hər çatışmayan ilə 8 sm çıxılır. 4 yaşından kiçik və böyük uşaqlarda boyun uzunluğunu hesablamaq üçün aşağıdakı düsturlardan istifadə olunur:

4 yaşadək uşağın boyu = 100 sm – 8 (4-n)

4 yaşından böyük uşaqların boyu = 100 sm+6 (n-4)

8 yaşlı uşaqda boy orta hesabla 130 sm olmalıdır. Hər sonrakı ilə 5 sm əlavə edilir, hər çatışmayan ilə 7 sm çıxılır. 8 yaşından kiçik və böyük uşaqalarda boyun uzunluğunu hesablamaq üçün aşağıdakı düsturlardan istifadə olunur:

8 yaşına qədər uşağın boyu = 130 sm – 7 (8-n)

8 yaşından böyük uşağın boyu = 130 sm + 5 (n-8)

n – uşağın yaşdır.

Boy artımının iki dövrü ayırd edilir: sürətli boy artımı və boy artımının ləngiməsi. Boy artımının birinci ləngiməsi oğlanlar üçün 7-11 yaş, qızlar üçün 7-9 yaş; boy artımının ikinci ləngiməsi gənc oğlanlar üçün 18-25 yaş, gənc qızlar üçün 15-18 yaş arasında olur.

Doğulduqdan sonra bədən çəkisi. Bədən çəkisi boya nisbətən daha dəyişkəndir və müxtəlif daxili və xarici amillərin təsiri altında tez dəyişir. Vaxtında doğulmuş uşaqlar üçün bədən çəkisinin göstəriciləri 2800-4000 qr təşkil edir. Bədən çəkisinin fizioloji itkisi 3-4-cü gün qeydə alınır. Bu, 150-300qr (doğulduğu bədən çəkisinin 5%-dən çox olmayaaraq) təşkil edir. Fizioloji çəki itkisinin bərpası 6-8-ci gün baş verir.

Bədən çəkisi həyatın birinci ilində aşağıdakı düsturlarla müəyyən edilir :

Birinci yarım ilində uşağın bədən çəkisi = p + 800 qr x n

Uşağın birinci yarım ilində çəki artımı 4800 qr olur.

İkinci yarım ilində uşağın bədən çəkisi:

p + 4800 qr + 400 qr (n-6)

p– doğulduğu çəki; n – ayların sayı

Uşağın bədən çəkisi 1 yaşında 10-10,5 kq olur. Çəkinin artması bir yaşdan sonra ləngiyir və bu düsturlarla hesablanılır:

1 yaşdan - 11 yaşadək uşağın bədən çəkisi = 10,5 + 2 n

5 yaşında uşağın çəkisi 20-21 kq olmalıdır.

5 yaşdan aşağı uşağın bədən çəkisi $20 \text{ kq} - 2 (5 - n)$

5 yaşdan yuxarı uşağın bədən çəkisi $20 \text{ kq} + 3 (n-5)$

12 yaşda uşağın çəkisi 40 kq olmalıdır.

12 yaş - 15 yaşda uşağın bədən çəkisi = $40 \text{ kq} + 5 (n-12)$

n- uşağın yaşı

Döş qəfəsinin dairəsi. Bədənin köndələn ölçülərinin dəyişilməsi əsas antropometrik göstəricilərindən biri hesab edilir. Bu göstərici həm döş qəfəsinin, həm də sinənin əzələ qatının və dərialtı piy toxumasının inkişaf dərəcəsini əks etdirir. Yenidə doğulmuş uşaqlarda döş qəfəsinin dairəsi orta hesabla 32-34 sm, yəni başın dairəsindən 1-2 sm az olur. 2-3 aylıqda baş və döş qəfəsinin dairə göstəriciləri bərabərləşir, sonradan isə döş qəfəsinin böyümə sürəti başın dairəsinin böyümə sürətindən intensiv olur. Uşaqlarda döş qəfəsinin dairəsinin qiymətləndirilməsi üçün aşağıdakı düsturdan istifadə olunur:

Uşağın döş qəfəsinin dairəsi 6 aylığında 45 sm olur:

6 aydan kiçik = $45 \text{ sm} - 2 n$

6 aydan böyük = $45 \text{ sm} + 0,5 n$

Burada n - 6 aydan çox və ya 6 aydan az olan ayların sayıdır.

Döş qəfəsinin dairəsi 10 yaşında 63 sm olur:

10 yaşdan kiçik = $63 \text{ sm} - 1,5 (10-n)$

10 yaşdan yuxarı = $63 \text{ sm} + 3 (n-10)$

Burada n - uşağın yaşıdır.

Başın dairəsi. Başın dairəsinin intensiv böyüməsi baş beyinin sürətli böyüməsi və inkişafı ilə əlaqədardır. Başın dairəsi praktiki olaraq bütün uşaqlarda ölçülür və uşağın fiziki inkişafına tibbi nəzarətin ayrılmaz hissəsi hesab edilir. Başın dairəsinin ölçüləri uşağın bioloji inkişafının göstəricilərindən biri olub, kəllə sümüklərinin böyümə pozğunluğunu və digər patoloji vəziyyətlərin inkişafını (mikrosefaliya və

hidrosefaliya) əks etdirə bilər.

Doğuşdan sonra başın dairəsinin orta hesabla ölçüsü 34-36 sm təşkil edir. Kəllə sümükləri həyatın ilk ayları intensiv böyüyür, 5 yaşından sonra isə böyümə tempi zəifləyir.

Uşağın başının dairəsi 6 aylığında 43 sm olur. Başın dairəsinin ölçülərini aşağıdakı düstur üzrə qiymətləndirirlər:

$$6 \text{ aydan az} = 43 \text{ sm} - 1,5 n$$

$$6 \text{ aydan yuxarı} = 43 \text{ sm} + 0,5 n$$

Burada n - 6 aydan çox və ya 6 aydan az olan ayların sayıdır.

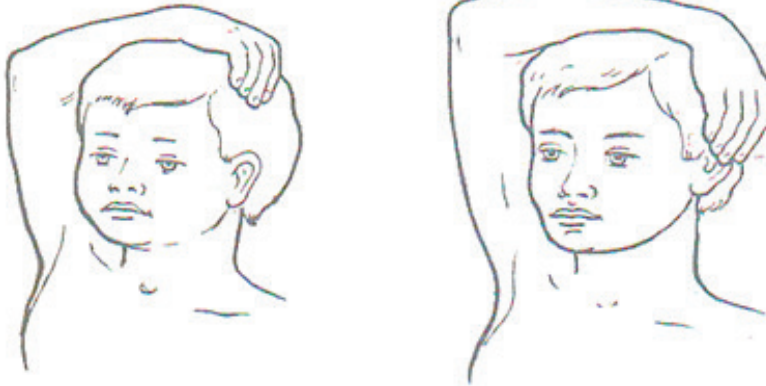
Uşağın başının dairəsi 5 yaşında 50 sm olur:

$$5 \text{ yaşından kiçik} = 50 \text{ sm} - (5 - n)$$

$$5 \text{ yaşından yuxarı} = 50 \text{ sm} + 0,6 \text{ sm} (n - 5)$$

Burada n - uşağın yaşıdır.

Bədən proporsiyalarının dəyişilməsi. Yaş artdıqca bədən müxtəlif hissələrinin mütənasibliyi dəyişir. Belə ki, uşağın böyüməsi dövrü ərzində başın hündürlüyü orta hesabla 2 dəfə, bədən uzunluğu 3 dəfə, aşağı ətrafların uzunluğu isə 5 dəfə böyüyür. Bədən proporsiyaları birinci böyümə dövründə, yəni 3-5 yaşında daha aşkar dəyişikliyə məruz qalır. Bədən proporsiyalarının dəyişikliyi Filippin testi adlanan testlə aşkar etmək olar: bədəni proporsional



inkişaf edən uşaqdan fərqli olaraq, qeyri –proporsional bədən quruluşuna malik uşağın əli əks tərəfdə olan qulağına çatmır.

Sağlam uşaqların bədən formalarının variantları anadan-gəlmə (irsi) faktorlardan asılı olsa da, burada xarici amillərin də böyük rolu var.

Uşaqlarda 3 konstitusiya tipi ayırd edilir:

Astenik tip - nisbətən uzun, ensiz və yüngül bədən sümükləri və bədən uzunluğuna nisbətən az çəkisi ilə xarakterizə olunur.

Hiperstenik tip - çoxlu sayda yumşaq toxumalarla cüseli bədən quruluşu ilə xarakterizə olunur.

Normostenik tip - orta vəziyyət tutur.

Uşaqların fiziki inkişafının obyektiv qiymətləndirilməsi üçün bədən iki və ya bir neçə ölçülərinin tutuşdurulmasına əsaslanmış bir sıra antropometrik indekslər təklif olunub:

Çulitski indeksi = 3 x çiyin dairəsi + oma dairəsi + baldırın dairəsi – boy (sm)

Çulitski indeksi uşağın köklüyünü xarakterizə edir. Uşaqların həyatının ilk iki ilində o 20-dən 25-ə qədər dəyişir. Arıq uşaqlarda mənfi ölçü ilə ifadə olunur.

Erisman indeksi= döş qəfəsinin dairəsi- boyun yarısı

Erisman indeksi uşağın döş qəfəsinin inkişaf dərəcəsini və əsasən köklüyünü ifadə edir. 1 yaşa qədər indeksin normal göstəricisi (+) 13,5-dən (+) 10-a qədər, 1-3 yaşlı uşaqlar üçün (+) 9-dan (+) 6-ya qədər, 6-7 yaşlı uşaqlar üçün (+) 4-dən (+) 2-yə qədər və 8-15 yaşlı uşaqlar üçün (+) 1-dən 3-ə qədər. Uşaq fiziki cəhətdən nə qədər yaxşı inkişaf edərsə, döş qəfəsinin dairəsi boyun yarısı ilə bir o qədər gec bərabərləşir.

Uşağın bədən səthi. Bədən səthi haqqında məlumatları travmatik və ya termik zədələnmə zonalarının yayılmasının qiymətləndirilməsi və ya bir sıra dərman vəsaitlərinin dəqiq

dozasının müəyyən edilməsi məqsədilə istifadə edirlər. Uşaq həyatının bütün dövrlərində, xüsusilə həyatın I ilində böyüklərə nisbətən çəkiyə nisbətdə bədən səthi daha böyük olur.

Uşağın bədən səthinin sahəsinin müəyyən edilməsi üçün xüsusi hesablamalardan istifadə edirlər. Doğuşdan sonra 9 yaşa qədər uşağın bədən səthi: bir yaşlı uşağın bədən səthi 0,43 m² bərabərdir, bir yaşına çatmayan hər ayı üçün 0,02 m² çıxırlar, hər növbəti il üçün 0,06 m² əlavə edirlər.

10-17 yaşlı uşaqlar üçün bədən səthi aşağıdakı kimi hesablanır:

$$m^2 = \frac{(n-1)}{10}$$

Burada n - uşağın yaşındır.

SİNİR SİSTEMİ VƏ HİSS ÜZVLƏRİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Sinir sistemi böyüyən orqanizmdə baş verən bütün fizioloji prosesləri tənzimləyir. Mərkəzi sinir sistemi (baş və onurğa beyin), periferik və vegetativ sinir sistemi ayırd edilir. Baş beyin periferik və vegetativ sinir sisteminin fəaliyyətini tənzimləyir .

Yenidoğulmuş uşaqlarda sinir sistemi başqa orqan və sistemlərə nisbətən daha çox inkişaf etmiş və diferensiasiya olunmuşdur, lakin tam formalaşmamışdır. Belə ki, bu dövrdə sinir sisteminin üzərinə böyük yük düşür. Çünki sinir sistemi orqanizmin yeni xarici mühitə uyğunlaşmasını təmin etməli və yenidoğulmuş uşağın həyat funksiyalarını nizamlamalıdır. Uyğunlaşma prosesində maddələr mübadiləsi nizamlanmalı, tənəffüs, qan dövranı və həzm üzvlərinin işi

yenidən qurulmalıdır. Lakin sinir sisteminin təkmilləşməsi prosesi xarici və daxili mühit faktorlarının təsirindən 20 yaşadək davam edir.

Sinir sistemi sinir hüceyrələrindən (neyronlardan) və neyroqliyadan (bir- birilə sıx əlaqədə olan baş beyin, onurğa beyninin şöbələri və aparıcı yollar) ibarət olub, reflektor yolla daxili mühitin sabitliyini təmin edir .

Baş beyin. Yenidoğulmuş uşaqda baş beyin çəkisi nisbətən böyük olub, bədən çəkisinin 1/8-1/9-ni təşkil edir (böyüklərdə 1/40). Yenidoğulmuş uşaqda beyin öz ölçüsünə görə ən çox inkişaf etmiş orqandır. Lakin bu heç də onun funksional imkanlarını göstərmir. Uşağın beyin toxuması su ilə zəngindir, lakin onda lesitin və başqa spesifik zülal maddələri azdır. Uzun şırım və qırıqlar yaxşı görünür, lakin onların dərinliyi azdır. Kiçik şırım və qırıqlar az olub, həyatın ilk illərində tədricən əmələ gəlir. Beynin boz maddəsi ağı maddədən zəif diferensiasiya edir. Yenidoğulmuş uşağın beyin yarımkürələrində sinir hüceyrəsinin miqdarı yaşlılardakı qədərdir, lakin onlar öz quruluşuna görə hələ yetkinləşməmişdir. Sinir hüceyrələri iyəbənzər formada olub, çox az miqdarda sinir şaxələri (akson və dendritlər) vardır. Piramid yolları mielin qişasızdır. Mielinləşmə birinci ilin sonunda, sinir hüceyrəsinin difenrensiasiyası isə əsasən 3 yaşa doğru başa çatır, 8 yaşa doğru isə tamam diferensiasiya edir.

Onurğa beyni. Yenidoğulmuş uşaqda onurğa beyni quruluşca tamamlanmışdır. O, yaşlılardakına nisbətən uzun olur (bu səbəbdən III-IV bel fəqərəsi arasında punksiya edilir). Uşaq doğulduqdan sonra onurğa beyni sürətlə inkişaf etməkdə davam edərək 20 yaşında öz inkişafını başa çatdırır. Yenidoğulmuş uşaqlarda onurğa beynin xüsusiyyətlərindən biri sinir hüceyrələrində piqmentin olmaması, ağı maddənin boz maddəyə nisbətən yaxşı inkişaf etməsi və sinir yollarının mielinizasiyasının hələ qurtarmamasıdır. Yeni-

doğulmuşlarda onurğa beyin mayesi nisbətən az və təzyiqli aşıdır. Böyüklərə nisbətən yenidoğulmuş uşağın onurğa beyin mayesinin tərkibində zülal, hüceyrə elementləri çox olur, şəkər isə nisbətən az olur.

Yenidoğulmuş uşaqda beyin qabığı, piramid yollar, zolaqlı cisim hələ kifayət qədər inkişaf etmədiyi üçün yenidoğulmuş uşağın bütün həyati funksiyaları aralıq beyin ilə, yəni qabıqaltı mərkəzlərlə nizamlanır. Nəticədə ilk aylarda uşaqda nizamsız xotik hərəkətlər meydana çıxır. Beyin qabığı morfoloji və funksional cəhətcə inkişaf etdikdə uşağın hərəkətləri mükəmməlləşir.

Yenidoğulmuş uşaqda bir sıra **anadangəlmə şərtsiz reflekslər** olur: əmmə, udma, göz qırpımı, öskürmə, sidik, nəcis ifrazı, əsnəmə, asqırma, xortum refleksi, Babinski, Robinson, Kerniq, iməkləmə refleksi və s. Sonralar şərtsiz reflekslər əsasında şərti reflekslər inkişaf edir. Yenidoğulmuşlarda əzələ tonusu yüksək olur (fizioloji hipertonus). Tədricən hipertonus zəifləyir.

Mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyəti və onun inkişafı xarici mühit şəraitindən, qidalanma və qulluq rejimindən, uşaqla məşğul olmaqdan çox asılıdır. Uşaqda mürəkkəb davranışın inkişafı hiss üzvlərinin inkişafı ilə sıx əlaqədardır. Hiss üzvləri (eşitmə, görmə, qoxubilmə, toxunma və ya lamisə, dadbilmə) doğulma anından fəaliyyət göstərir, lakin hələ tam inkişaf etməmişdir. Uşaqda dadbilmə hissi kifayət qədər yaxşı inkişaf etmişdir, o, acı və şirini ayırd edir. Qoxubilmə hissi 5 ayında tam diferensiasiya olunur. Lamisə hissi tam inkişaf etməmişdir. Üzün, ovucların, ayaqların dərisi çox həssas olur, uşağa toxunduqda ümumi reaksiya baş verir.

Uşaq doğulduğu andan görür və eşidir, lakin təəssüratı aydın olmur. O, səsə reaksiya göstərir, ikinci ayında

səsləri ayırır. Yenidoğulmuş uşaqda hər iki göz almasının bərabər hərəkət etməməsi nəticəsində çox vaxt çəpgözlülük qeyd olunur, işıqdanqorxma, bəzən nistaqm müşahidə olunur. Bunlar 2-4-cü həftədə keçib gedir. Göz yaşı axması 2-ci aydan başlayır. 2-ci ayın axırında uşaq nəzərini parlaq rəngli oyuncaq üzərində saxlayır. 3-cü aydan sonra gözlərini müəyyən əşyaya fiksə edir. 6 aydan rəngləri ayırd edir, 3 yaşda onları düzgün adlandırır.

II siqnal sistemi-nitq uşağın davranışında böyük rol oynayır. Nitqin inkişafı ilə əlaqədar olaraq uşağın ətraf aləmi dərk etməsi daha da sürətlənir. 1 yaşına doğru uşaq 5-10 söz bilir, 2 yaşına doğru söz ehtiyatı 200 olur.

SINIR-PSIXI İNKİŞAFININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Uşağın psixomotor inkişafına müxtəlif faktorlar - irsiyyət, ekoloji vəziyyət, valideynlərin pis vərdisləri, hamiləlik və doğuşun gedişi, qidalanma, qulluq və s. təsir edir: Uşağın psixomotor inkişafına qiymət vermək üçün kliniki və nevroloji müayinədən başqa lazım gəlsə laborator, instrumental müayinə metodlarından (neyrosonografiya, likvor müayinəsi, EEG, REE, EMQ, MRT, KT və s.) istifadə edilir.

Uşağın inkişaf səviyyəsinin yaş göstəricilərinə uyğun gəlib-gəlməməsini müəyyənləşdirən skrininq testini uşağın zehni yoxlayan testlərlə eyniləşdirmək və ya uşağın gələcək bacarıqlarını proqnozlaşdıran faktor kimi qiymətləndirmək olmaz. Skrininq ancaq inkişafında normadan kənara çıxma riski yüksək olan uşaqlar qrupunu seçmək və inkişaf ləngiməsinə aid şübhələrin təsdiq edilməsinə imkan yaradır.

Uşaq inkişafının uyğunlaşdırılmış skrininq şkalası

Baca- rıq Yaş	Böyük motor	Kiçik motor	Qavrama/ nitq	Sosial/ özünə xid- mət
Do- ğuş- dan sonra 12 saat ərzin- də	Ətrafların bərabər hərəkəti		Səsə reaksiya verir	Dindirə- nin üzünə baxır
4-7 gün	Ətrafların bərabər hərəkəti		Səsə reaksiya verir	Dindirə- nin üzünə baxır
1 ay	Ətrafların bərabər hərəkəti		Səsə reaksiya verir	Dindirə- nin üzünə baxır
2 ay	Ətrafların bərabər hərəkəti Qarınüstü vəziyyədə başını qaldırır	Orta xətt üzrə əşyanı izləyir	Səsə reaksiya verir	Dindirə- nin üzünə baxır
3 ay	Ətrafların bəra- bər hərəkəti Qarınüstü və- ziyyədə başını qaldırır	Gözləri ilə orta xətt üzrə əşyanı izləyir	Səsə reaksiya verir	Dindirə- nin üzünə baxır Qarşılıqlı gülür

4 ay	Ətrafların bərabər hərəkəti Qarınüstü vəziyyətdə başını qaldırır	Orta xətt üzrə əşyanı izləyir Orta xətti keçən əşyanı izləyir	Səsə reaksiya verir Qığıldayır	Üzə baxır Qarşılıqlı gülür
6 ay	Başını 45° qaldırır Başını dik tutaraq oturur Oturduqda başını əymir Başın 90° qaldırır	Əlini birləşdirir Zıncrov səsinə reaksiya verir 180° hərəkət edən əşyanı izləyir Kişmiş dənəciyinə baxır	Səsə reaksiya verir Səsli gülür	Dindirənin üzünə baxır Qarşılıqlı gülür Əllərinə baxır
9 ay	Başını 90° qaldırır, əllərinə dirənərək gövdəsini qaldırır, çevrilir, dəstəksiz oturur	Əllərini əşyaya uzadır 2 Kubiki götürür, kubiki əldən-ələ keçirir Kişmiş dənəcəyini çəkərək götürür	Ucadan gülür Taqılı səsə dönür Tək-tək heca söyləyir Adını çağıranda dönür	Sərbəst peçenyə yeyir Qarşılıqlı gülür əllərinə baxır Əli çatmayan oyuncağa əlini uzadır

12 ay	Ayaqüstü vəziyyətdən oturaq vəziyyətə keçir Dəstəkdən tutub ayağa qalxır 2 saniyə ayaq üstə durur. Dəstəkdən tutub yanlara gəzir	Kubiki əldən-ələ keçirir Kubikləri bir-birinə vurur Kubiki stəkana qoyur Kişmiş dənəciyini baş barmaq və digər barmaqla götürür	Tək-tək heca söyləyir Adını çağıranda dönür Özünəməxsus dildə danışır Ünvanlanmadan ana, ata deyir	Sərbəst peçenyə yeyir Əli çatmayan oyuncağa əlini uzadır Əl çalır İstəklərini ağlamadan bildirir
-------	--	---	---	--

REFLEKSLƏR

Refleks orqanizmin xarici və daxili mühitdə baş verən qıcıqlanmalara qarşı sinir sisteminin iştirakı ilə verdiyi cavab reaksiyasıdır.

Reflekslər 2 böyük qrupa bölünür: şərti və şərtsiz. **Şərtsiz reflekslər** orqanizmin anadangəlmə reaksiyası olub, irsi olaraq ötürülür. **Şərti reflekslər** insanın həyatı boyu yaranır.

Şərtsiz reflekslərin aşağıdakı növləri ayırd edilir:

1. Həyat boyu davam edən avtomatizmlər (buynuz qişa, konyuktival qişa, udma refleksi, qusma, vətər refleksi)
2. Tranzitor-rudimental reflekslər

Bunlar da 2 qrupa bölünür:

- a) Oral (ağız) refleksləri: əmmə, xortum, ovuc-ağız refleksi
- b) Spinal avtomatizmlər: avtomatik dayaq, avtomatik yerləş, iməkləmə

Yenidoğulmuşlarda rast gəlinən fizioloji reflekslər

1. Xortum refleksi: uşağın dodağına yüngülcə vurduqda ağız dairəsi yığılır, xortum şəklini alır.

2. Əmmə refleksi: əgər uşağın ağızına əmzik qoysaq, fəal surətdə əməcəkdir. 1 yaşın sonuna qədər davam edir.

3. Axtarma refleksi: uşağın ağız bucağının kənarından ağızını sığalladıqda ağızını açır.

4. Orbiko-palpebral refleks: göz yuvasının bayır tərəfindən barmaqla yüngülcə vurduqda gözlərini qıyır, 6 aya qədər davam edir.

5. Ovac-ağız Babkin refleksi: uşağın ovcunda tenarin yarıdan barmaqla basdıqda ağızını açır (3 aya qədər davam edir) (şəkil 1.a, səh.519).

6. Tutma refleksi: əgər uşağın ovcuna barmağımızı qoysaq, o fəal tutur (2-4 aya qədər davam edir) (şəkil 1.b, səh. 513).

7. Moro refleksi: uşağı əlimizə götürərək 20 sm hündür-lükdən kəskin səkildə aşağı salıb yenidən yuxarı qaldırısaq cavab reaksiyası olaraq qollarını yana açacaq, sonra yenə əvvəlki vəziyyətinə qayıdacaq (4 aya qədər davam edir).

8. Babinski refleksi: uşağın ayağının altından-dabandan barmaqlara qədər ştrix çəksək baş barmaq açılır, yerdə qalanlar yumulur və ya bütün barmaqlar açılır (2 yaşa qədər fiziolojidir).

9. Kerninq refleksi: arxası üstə uzanmış vəziyyətdə uşağın ayağı bud-çanaq və diz oynağından 90° bucaq altında yığılır, sonra açmaq istədikdə açılmır (4 aya kimi keçir).

10. Avtomatik yerləş refleksi: uşağı qoltuq çuxurundan elə tutmaq lazımdır ki, arxadan barmaqla başını tuta bilək. Belə vəziyyətdə uşağı çox saxladıqda ayaqlarını irəli atmağa çalışır (2 aya qədər davam edir) (şəkil 1.d, səh. 519).

11. Bauerin iməkləmə refleksi: uşağı qarnı üstə qoyduqda başı və bədənini yuxarı qaldırır, əllərini yerə dirəyir (4 aya qədər davam edir).

12. Qalant refleksi: uşaq böyrü üstə uzanmış vəziyyətdə

paravertebral xətt üzrə (fəqərələrin yanları boyunca) şəhadət və baş barmaqla boynundan sağrıya doğru barmaqları aparırıq, dərinin qıcıqlanması onurğanın arxaya açılmasına səbəb olur (4 aya qədər davam edir) (şəkil 1.e, səh. 519).

13. Peres refleksi: böyrü üstə uzanmış vəziyyətdə fəqərələrin arxa çıxıntıları boyu büzdümdən boyuna doğru təzyiq edilir, cavab reaksiyası olaraq ətraflar bükülür (şəkil 1.f, səh. 519).

14. Labirint-tonik refleksi: uşaq arxası üstə uzandıqda boyunun, gövdənin, ətrafların açıcı əzələlərinin tonusu yüksək olur. Qarnı üstə uzandıqda isə əksinə, bütün əzələlərin bükücü tonusu yüksək olur.

15. Simmetrik boyun-tonik refleksi: arxası üstə uzanmış uşaq boynunu büküdükdə yuxarı ətrafların bükücü, aşağı ətrafların açıcı əzələlərinin tonusu yüksək olur. Boynunu arxaya açdıqda isə yuxarı ətrafların açıcı, aşağı ətrafların bükücü əzələlərinin tonusu yüksək olur.

16. Asimmetrik boyun-tonik refleksi:uşağın başını yana elə çevirmək lazımdır ki, onun çənəsi çiyinə toxunsun. Üz hansı tərəfə çevrilibsə, o ətrafların açıcı, əks ətrafların bükücü əzələlərinin tonusu yüksək olur.

17. Bədəni düzləndirmə refleksi: əgər uşağın ayağına ovcumuzu dirəsək, ovcumuza dirənib bədənin düzləndirir.

18. Yuxarı Landau refleksi: uşağı qarnı üstə qoyduqda başının, bədənin yuxarı hissəsini yuxarı qaldırır, əllərini dirəyərək bu vəziyyətdə qalır (bu reflekslər 4-cü ayda formalaşır).

19. Aşağı Landau refleksi: uşağı qarnı üstə qoyduqda aşağı ətraflarını qaldırır və açır (bu reflekslər 5-6 aylığında formalaşır).

20. Sadə baş-gövdə refleksi: əgər uşağın başını yana çevirsək ardıcıl olaraq əvvəlcə gövdənin yuxarı hissəsini, sonra isə bütün bədənin çevirir.

FƏSİL 2. YENİDOĞULMUŞ UŞAQ YENİDOĞULMUŞ UŞAQLARA QULLUQ

VAXTINDA DOĞULMUŞLARIN ANATOMİK-FİZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Yenidoğulma dövrünün yaş xüsusiyyətlərini və xəstəliklərini öyrənən pediatriya sahəsi neonatologiya adlanır.

Yenidoğulmuş uşağın yetkinlik dərəcəsinə qiymət vermək üçün uşağın hestasiya yaşı, morfoloji və funksional yetkinlik dərəcəsi müəyyən edilməlidir. On qəməri ay (280 gün) və ya 37 tam həftədən 42 həftəyədək bətdaxili inkişaf keçmiş, vaxtında və funksional yetişkən doğulmuş uşaq **vaxtında doğulmuş uşaq** adlanır. 42 tam həftədən sonra doğulmuş uşaqlar **vaxtından gec doğulmuş** uşaqlar, 22 tam həftədən 37 həftəyədək doğulmuş uşaqlar isə **yarımçıq doğulmuş** uşaqlar adlanır.

Vaxtında doğulmuş uşaqlarda **morfoloji yetkinlik əlamətləri** müəyyən edilir: dəri örtükləri çəhrayı, qulaq seyvanları formalaşmış və bərk, döş giləsiətrafı sahə 5 mm-dən çox və cinsiyyət orqanları tam formalaşmış olur, pəncələrdə büküş xətti müəyyən olunur.

Vaxtında doğulmuş uşaqlarda **funksional yetkinlik əlamətləri** bədən temperaturunun (adekvat temperatur rejimində) sabit saxlanması, əmmə, udma və digər şərtsiz reflekslərin olması, tənəffüs hərəkətlərinin və ürək yığılmalarının düzgün ritmdə olması, apnoe tutmalarının və sianozun, mikrosirkulyasiya pozğunluqlarının olmaması müəyyən edilir.

Sağlam vaxtında doğulmuş uşaqda aşağıdakı fiziki inkişaf göstəriciləri müəyyən olunmalıdır:

1. Çəkisi: 2800-4000 qr (3500+450 qr. oğlanlar,

3300+460 qr. qızlar)

2. Boyu: 48-52 sm

3. Başın dairəsi: 34-36 sm

4. Döşün dairəsi: 32-34 sm

Uşağın boyuna və çəkisinə bir çox faktorlar təsir göstərir: hamiləlik zamanı ananın sağlamlığı, qidalanması, rejimi, irsiyyət, valideynlərin yaşı və fiziki inkişafı və s.

Vaxtında doğulmuş uşaqların üzv və sistemləri aşağıdakı xüsusiyyətlərə malikdir.

Dəri. Yenidoğulmuşların dərisi zərif, çəhrayı rəngli, məxmər kimi hamar, elastikdir. Üzərində pendirvari maddə olur ki, bu da uşağı soyumadan qoruyur və tərkibində A vitamini var. Körpələrin dərisi incə olduğu üçün tez zədələne bilər.

Dırnaqlar mayasına çatır, nazik və iti olur. Dərialtı piy təbəqəsi yanaqlarda və gövdədə daha yaxşı inkişaf etmişdir.

Sümük sistemi. Yenidoğulmuşların sümüyündə duzlar azdır, ona görə də sümük yumşaq və elastikdir. Kəllənin beyin hissəsi üz hissəsinə nisbətən yaxşı inkişaf etmişdir. Kəllə sümükləri də həmçinin yumşaqdır, kəllə tikişləri bərkiməmişdir. 3 və ya 4 sümüyün birləşdiyi yerdə yumşaq sahələr olur ki, bu da əmgək adlanır. Vaxtında doğulmuşlarda böyük və kiçik əmgəklər açıq olur. Böyük əmgək alın sümüyü ilə təpə sümükləri arasında yerləşir, romb formasında olur, ölçüsü adətən 2-2,5sm olur, bir qayda olaraq 1 yaşında bağlanır. Kiçik əmgək isə ənsə və təpə sümüklərinin arasında yerləşir, üçbucaq formasında olur, əksər hallarda doğulduqda bağlanmış olur. Vaxtında doğulmuş uşaqlarda kiçik əmgək bəzən açıq olur və birinci ayın sonunadək bağlanır.

Yenidoğulmuşların başının dairəsi döşün dairəsindən 1-2 sm böyük olur. Gövdə hissəsi ayaqlardan, əllər isə ayaqlardan uzundur. Başın uzunluğu bədənin uzunluğunun $\frac{1}{4}$ -ni

təşkil edir.

Əzələ sistemi. Əzələ kütləsi zəif inkişaf etmiş olur. Hərəkəti vərdişlərin olmaması sinir sisteminin qeyri-mükəmməliyi ilə əlaqədardır. Hərəkətlər qeyri-iradidir. Mərkəzi sinir sisteminin funksional xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq fizioloji hipertonus mövcuddur: əllər dirsəkdən bükülmüş, ayaqlar isə qarına doğru yığılmış olur. Tədricən hipertonus zəifləyir, 2-4 ayında keçib gedir. Yenidoğulmuşlar başlarını dik saxlaya bilmirlər.

Tənəffüs sistemi. Yenidoğulmuşlarda tənəffüs üzvləri morfoloji cəhətcə yetkin deyil, həyatın birinci ilində intensiv böyüyür və diferensiasiya olur. Yenidoğulmuşların burun keçəcəkləri dardır, selikli qişası zərif və qan damarları ilə zəngindir. Tənəffüsü səthidir və tənəffüs əzələləri zəif inkişaf etdiyindən əsasən diafraqmanın köməyi ilə həyata keçirilir. Diafraqmanın hərəkətinə mane olan səbəblər (məsələn, meteorizm) asanlıqla tənəffüs pozğunluğuna səbəb olur. Tənəffüsün sayı 1 dəq. 40-60-dır.

Ürək, qan-damar sistemi. Ürək və qan damarları tamamilə formalaşmışdır, lakin inkişafı başa çatmamışdır. Ürək yığılmalarının tezliyi (UYT) dəqiqədə 120-140 vuruşdur. Nəbz çox dəyişkən olur: yedizdirmə zamanı, ağızda 160-200 vuruş qədər arta bilər. Ürəyin çəkisi 20-24 qr və bədən çəkisinin 8%-ni təşkil edir.

Həzm sistemi. Yenidoğulmuşların həzm orqanları funksional cəhətdən mükəmməl deyildir və maddələr mübadiləsinin sürətlə getməsi nəticəsində böyük yük daşıyır. Hətta qidalanmada bir qədər dəyişiklik belə dispepsiyaya gətirib çıxara bilər. Ağız boşluğunun selikli qişası zərifdir, qan damarları ilə zəngindir, dil nisbətən böyükdür, damağın selikli qişası qırıq-qırıqdır. Bu da əmmə üçün əlverişli şərait yaradır. Ağız suyu ilk vaxtlar az ifraz olunur. Bu səbəbdən

yenidoğulmuşlarda ağız quru olur və tez zədələnir. Qida borusunun uzunluğu təxminən 10 sm-dir, əzələləri zəif inkişaf etmişdir. Mədə, demək olar ki, üfqi yerləşmişdir. Bu da daxil olan südün mədədən qida borusuna keçməsinə asanlaşdırır. Nəticədə tez-tez hıçqırmalar və qusma ola bilər. Mədənin həcmi 30-35 ml olur, 2-ci ayın sonlarında 100 ml-ə qədər artır. Həzmdə iştirak edən fermentləri ifraz edən mədə və bağırsaq vəziləri yaxşı inkişaf etməmişdir. Bağırsaq florası da tam formalaşmamışdır. Ona görə də uşaqlarda köpmə (meteorizm) hallarına tez-tez təsadüf olunur. Yenidoğulmuşlarda əmələ gələn ilk nəcis mekoni adlanır. Bu, qatı, tünd yaşıl rəngli, iysiz kütlədir. İlk həftələrdə nəcis ifrazı sutkada 4-5 dəfədir.

Sidik ifrazat sistemi. Yenidoğulmuş uşaqlarda böyrəklər və sidikçaxarıcı yollar yaxşı formalaşmış və inkişaf etmişdir, lakin ilk günlərdə onların funksiyası bir qədər zəifləmiş olur və sutkada 5-6 dəfə sidik ifrazı müşahidə olunur. II həftədən başlayaraq böyrəklər intensiv fəaliyyətə başlayır, sidik ifrazının sayı sutkada 20-25 dəfəyə çatır.

Cinsiyyət sistemi. Yenidoğulmuş uşaqlarda cinsiyyət üzvləri formalaşmış olur: oğlanlarda xayalar xayalığa enir, qızlarda isə böyük cinsiyyət dodaqları kiçik cinsiyyət dodaqlarını örtmüş olur.

Sinir sistemi. Uşaq doğularkən mərkəzi və periferik sinir sistemi zəif inkişaf etmiş olur. Yenidoğulmuşlar sutkanın çox hissəsini yatır, yalnız acıqda və yaxud narahat olduqda (altları yaş olduqda, köpdükdə və s.) oyanırlar. Yenidoğulmuşların yuxusu sutkada 20-22 saatdır. Bu dövrdə uşaqlarda yalnız anadangəlmə-şərtsiz reflekslər olur: əmmə, tutma, udma, qoruyucu reflekslər (asqırma, öskürmə), sidik və nəcis ifrazı və s. Həyatın 10-cu günündən sonra artıq şərti qazanılmış reflekslər əmələ gəlir. Onlar əsasən qida qəbulu

ilə əlaqədar olur. İlk günlərdə uşaqlar baxışlarını fiksə edə bilmirlər. Hərəkətlər xaotik və koordinasiyasız olur.

YENİDOĞULMUŞLARDA RAST GƏLİNƏN FİZİOLOJİ HALLAR

Doğuş əsnasında döl ağır mexaniki təsirə məruz qalır. Bununla yanaşı körpənin ana orqanizmi ilə bətn daxilində yaranmış əlaqələri bir neçə saat ərzində kəskin sürətdə kəsilir. Onun xarici mühit amillərinə – hərərət, rütubət, oksigen fərqi, işıq, səs, taktil və s. təsirlərə məruz qalması baş verir.

Uyğunlaşma prosesi fizioloji olsa da mürəkkəbdir, düzgün istiqamətləndirilməyəndə asanlıqla müxtəlif pozğunluqlarla nəticələnə bilər. Yenidoğulmuş uşaqlardakı bu uyğunlaşma tranzitor-keçid hallar adlanır. Bu hallar normal vəziyyət sayılır və heç bir müdaxilə olunmadan keçib gedir. Tranzitor-keçid vəziyyətlərin əsasən qəbul edilən formaları aşağıdakılardır:

Çəkinin fizioloji itməsi. Bir qayda olaraq, yenidoğulmuşların əksəriyyətində rast gəlinir. Çəkinin itirilməsi 3-5 günə qədər tədriclə davam edir və bədən çəkisinin 5-6%-ni (təqribən 150-300 qr) təşkil edir. Bu itkinin bərpası 6-10 gün müddətində başa çatır. Fizioloji çəki itkisi ilk günlərdə az yemək və az maye qəbulu, sidik, nəcis, ağciyər və dəri vasitəsilə maye itirmək nəticəsində baş verir. Çəki itkisi 300 qr-dan çox olarsa səbəbi aydınlaşdırılmalıdır.

İstilik balansının tranzitor pozğunluqları. Yenidoğulmuşlarda temperatur tənzimləmə prosesləri qeyri-yetkin olduğundan əlverişsiz şəraitdə asanlıqla hipotermiya və hipertermiya baş verir. Hipotermiyanın qarşısını almaq üçün uşaq doğulan kimi qurulanmalı və ananın qarnı üzərinə və ya qızdırıcı stol üzərinə qoyulmalıdır. Hipertermiyanın qar-

şısını almaq üçün otağın və ya küvezin temperaturu aşağı salınmalı və uşağa maye verilməlidir.

Fizioloji mastit. Uşağın cinsiyyətindən asılı olmayaraq bir çox yenidoğulmuşda süd vəziləri müəyyən dərəcədə böyüyür. Vəzilər üzərində dəri adətən normal olur. Böyümə həyatın 3-4-cü günü baş verir və 2-3 həftə ərzində tədricən yox olub gedir. Heç bir müalicə tələb olunmur. Fizioloji mastiti süd vəzilərinin iltihabi xəstəliyi olan mastitdən fərqləndirmək lazımdır.

Kataral vulvovaginit. Bu hal qızlarda baş verir, uşaqılıq yolunun və cinsiyyət dodaqlarının şişkinliyidir. Həyatın ilk günlərində cinsiyyət vəzilərində şişkinlik və uşaqılıq yolundan qanlı seroz və qanlı selikli maye ifraz olunur.

Milia. Ən çox burun pərlərinin üzərində, üzdə, alında, bəzən isə bədənin müxtəlif nahiyələrində 1-2 mm ölçüdə azacıq sarıya çalan düyüncüklərə milia deyilir. Onlar piy vəzilərinin çıxacağıının tutulmasından əmələ gəlir.

Dəri örtüklərinin tranzitor dəyişikliklərinə aiddir: sadə və toksiki eritema, dərinin fizioloji kəpəklənməsi.

Sadə eritema. Yenidoğulmuş uşağın dərisi pendirvari yaxma ilə (veritus kazeoza) örtülmüş olur. Bu yaxma təmizləndikdən sonra uşağın dərisi qızarır və bir neçə saatdan 2-3 günə qədər davam edir. Sonra dəridə qabıqvermə baş verir. Qabıqvermə çox olduqda dəriyə steril bitki yağı sürtmək lazımdır.

Fizioloji kəpəklənmə. Körpənin 3-5 günündə, çox vaxt sadə eritemadan sonra baş verir. Dəri qarın, döş və başqa nahiyələrdə iri qəlpələrlə kəpəklənir və müalicəsiz keçib gedir.

Toksiki eritema. Yenidoğulmuşların 25-30%-də rast gəlir. Bədənin müxtəlif nahiyələrində eritematoz köpüşmə əmələ gəlir, infiltrasiya olmasa da, səpmiş sahələr bir qədər bərkimiş olur. Müxtəlif ölçüdə olan bu səpgilər bir-birinə

qovuşaraq böyük sahəni, bəzən bütün bədən dərisini əhatə edir. Hərərət yüksəlməsə də, körpə narahat olur, diareya baş verir, qanda eozinofiliya müəyyən edilir. Adətən müalicə tələb olunmur. Səpgi tədriclə çəkilir.

Fizioloji sarılıq. Adətən uşaq doğulduqdan 3-4 gün sonra meydana çıxır və 1-ci həftənin sonuna kimi keçib gedir (yarımçıq doğulmuş uşaqlarda bu uzun müddət qala bilər). Belə ki, doğulduqdan sonra ilk saatlarda eritrositlərin çoxlu sayda parçalanması nəticəsində qanda sərbəst bilirubin toplanır. Yenidə doğulmuşlarda qaraciyərdə sərbəst bilirubini birləşmiş bilirubinə çevirən qlükuroniltransferaza fermentinin aktivliyi aşağı olduğundan qanda sərbəst bilirubinin miqdarı artır və sarılıq meydana çıxır.

Sarılıq üzdə meydana çıxır və tədricən aşağıya doğru yayılır. Bu zaman uşağın ümumi vəziyyəti pozulmur, nəcis normal rəngdə olur. Sidikdə ödə pigmentləri olmur, uşaq düşü yaxşı əmir. Bu hal müalicə tələb etmir. Sarılıq ilk günlərdə meydana çıxıb 10 gündən çox çəkərsə və uşağın ümumi vəziyyəti dəyişərsə, patoloji sarılıqdan şübhələnmək lazımdır.

Doğuş şişi. Doğuş zamanı öndə gələn hissənin, ən çox baş dərisinin, dərialtı toxumanın ödemləşməsinə deyilir. Təsir dərəcəsindən asılı olaraq ödem müxtəlif həcmdə müşahidə edilir, xəmirvari konsistensiyaya malik olur. Dərinin üzərində, bəzən sklerada da petexiyalar görünür. Müalicə tələb olunmur, ödem 1-2 günə sorulur. Kefalohematomadan fərqləndirmək lazımdır.

Göy (şərq, monqol) ləkələr. Bunlar bir qayda olaraq bel, büzdüm, az hallarda isə kürək və sağrı nahiyəsində, göy rəngli, müxtəlif ölçüdə (10 sm və ya daha böyük) olan ləkələrdir. Barmaqla basdıqda ləkə itmir. Müalicəyə ehtiyac yoxdur. Ləkələr 4-7 yaşa qədər öz-özünə çəkilir. Nadir

hallarda isə uşağın həyatı boyu qala bilər.

Sidik turşusu infarktı. Uşaq anadan olarkən onun sidik kisəsində az miqdarda sidik olur. İlk günlərdə sidik açıq, rəngsiz, bəzən sarıya çalır. Sonrakı günlər sidiyin rəngi tündləşir, bulanıq olur, qaldıqda çöküntü əmələ gəlir, isidildikdə isə həll olur. Sidikdə çoxlu miqdarda sidik turşusu duzları olur ki, bunun da nəticəsində əskilərdə qırmızıya çalan təkələr qalır. Yenidoğulmuş uşaq sidik ifrazı zamanı bərk qışqırır. Çünki sidik turşusu duzları (uratlar) böyrək kanalçıqlarında və ləyənlərində sidik qumu şəklində çökür, sidik turşusu infarktı əmələ gətirir. Uşağın qəbul etdiyi artıq maye sidik ifrazını çoxaldır, duzlar həll edilib sidiklə xaric olunur. Yenidoğulmuş uşaq ilk gündə 2-3 dəfə, sonralar isə 25-26 dəfə sidik ifraz edir.

Mekoni (ilkin nəcis). Yenidoğulmuş uşağın bağırsağından 70-80 qr ilkin nəcis - mekoni ifraz olunur. Bu, suvaşqan, qatı, tünd zeytun rəngli kütlədir. Bu kütlə həzm sistemi vəzilərinin ifrazatından, udulmuş dölyanı mayedən, qopmuş epitelədən təşkil olunur. Qoxusuzdur, ilk porsiyalarında bakteriyalar olmur. Həyatın 2-3-cü günündən başlayaraq bağırsağ ifrazatı daha duru və az suvaşqan olur. Sonralar uşaq südlə bəsləndikcə sıyıgabənzər qatılığa malik sarı rəngdə, turş qoxusu olan normal nəcis kütləsi əmələ gəlir.

YENİDOĞULMUŞLARIN İLK TUALETİ

Sağlam yenidoğulmuş o uşağa deyilir ki, doğulduqdan sonra heç bir tibbi yardıma ehtiyacı olmasın və həyatı göstəriciləri normal olsun. Yenidoğulmuşların postnatal adaptasiyası ona düzgün qulluq və vəziyyətinin qiymətləndirilməsindən asılıdır. Yenidoğulmuşun nevroloji və somatik

yetkinliyinin qiymətləndirilməsi, onun hestasiya yaşının təyin edilməsi, anadangəlmə qüsurlar və postnatal adaptasiya problemlərinin müəyyən edilməsi, infeksiya və hemorragik xəstəliyin profilaktikası və s. doğum evində həyata keçirilən vacib tədbirlərdəndir.

Yenidoğulmuşun normal bədən temperaturunun saxlanması üçün optimal mühit yaradılmalıdır. Doğum zalında yenidoğulmuşun qəbulu, vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün əsasən aşağıdakı tibb avadanlıqlarının olması vacibdir:

-üstündə istilik mənbəyi olan stol

-elektrosorucu və kateterlər

-tərəzi

-Ambu kisəsi və onun maskaları

-yenidoğulmuşlar üçün termometrler (üzərində aşağı dərəcələri, 25°C-yə qədər göstərə bilən bölgüləri olan termometrlərin olması məsləhətdir)

-bələk dəsti (bura adyal, 2-3 kətan əsgisi aiddir)

-yenidoğulmuşun ilkin tualeti üçün lazımı avadanlıq dəsti

Körpə doğulan kimi doğum zalında aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir:

1. Yenidoğulmuşun qurudulması

2. Yenidoğulmuşun vəziyyətinin Apqar şkalası ilə qiymətləndirilməsi

3. Yenidoğulmuşun anaya verilməsi

4. Tənəffüs yollarının təmizlənməsi

5. Göbək ciyəsinin işlənməsi

6. İlk dəfə döşlə əmizdirmə

7. Profilaktik tədbirlər həyata keçirilməsi

8. Yenidoğulmuşun çimizdirilməsi

9. Yenidoğulmuşun bələnməsi.

Yenidoğulmuşun qurudulması. Uşaq doğulan kimi steril quru əsgilərlə qurulanır. Bu, istilik itkisinin qarşısını alır.

Yenidoğulmuşun vəziyyətinin Apqar şkalası ilə qiymətləndirilməsi.

mətləndirilməsi. Yenidoğulmuş uşağın vəziyyətinə qiymət vermək üçün Apqar şkalasından istifadə edilir. Şkala onu ilk dəfə təklif edən amerika alimi –Virdjiniya Apqarın adı ilə adlandırılmışdır. Apqar şkalası ilə yenidoğulmuş uşağın vəziyyəti 2 dəfə qiymətləndirilir (həyatın I və V dəqiqəsində).

Qiymətləndirmə 5 əsas əlamət əsasında aparılır:

- 1.Apperance** –xarici görünüş (dərinin rəngi)
- 2.Pulse** – uşağın nəbzi (ürəkdöyünmə-ÜYT)
- 3.Qrimace** – qıcığa qarşı reaksiya (reflektor oyanıqlıq)
- 4.Aktiviy** – hərəkət aktivliyi, əzələ tonusu
- 5.Respiration** – tənəffüs hərəkətləri

Hər bir əlamət 3 ballı sistemlə qiymətləndirilir: 0,1,2

Sağlam uşaqların vəziyyəti 8-10 balla qiymətləndirilir.

Apqar şkalası

Ballar əlamətlər	0	1	2
Ürək döyünməsi	Yoxdur	Dəq-də 100 vurğudan az	Dəq-də 100-110 vurğu
Reflektor oyanıqlıq	Ayaqaltı dərinin qıcığında refleks yoxdur	Qıcığa qarşı hərəkət və ya üzde mimika əmələ gəlir	Hərəkət edir, bərkdən qışqırır.
Tənəffüs	Yoxdur	Tək-tək tənəffüs nəzarətləri	Yaxşıdır, qışqırır
Əzələ tonusu	Yoxdur	Zəiflik	Aktiv hərəkət
Dərinin rəngi	Ağ və ya sianozlu	Çəhrayı, ətraf isə göyümtül	Çəhrayı

Yenidoğulmuşun anaya verilməsi (“dəri-dəriyə” təması). Uşaq doğulan kimi təcili tibbi yardıma ehtiyacı yoxdursa, ananın qarnı və ya döşünün üzərinə qoyulur (“dəri-dəriyə” təması) (şəkil 5.a, səh. 521). Əgər ananın vəziyyəti imkan vermirsə və ata doğuşda iştirak edərsə, uşaq atanın döşü üzərinə qoyula bilər. Yenidoğulmuş ilk dəfə ananın döşünə dərisi, göbək güdülü işlənmədən, bələnmədən qoyulur. Nəm əsgini tez dəyişərək onu qurusu ilə əvəz etmək lazımdır ki, uşaq soyumasın. Uşağa isti papaq geyindirilir və üzəri isti əsgilə örtülür. Uşağın ana ilə birgə doğuş zalında olduğu müddətdə “dəri-dəriyə” təması davam etdirilir. Bu üsulu doğuş zalından köçürərkən də davam etdirmək olar. Bu zaman uşağın dəri örtüklərinin rənginə və bədən temperaturuna fikir vermək lazımdır.

“Dəri-dəriyə” təması ana ilə uşaq arasında bilavasitə bədən təmasına, habelə psixoloji və emosional təmasının yaranmasına imkan verir. Bu üsul yenidoğulmuşun bədən temperaturunun saxlanılmasına və qorunmasına, anada laktasiyanın yaxşılaşdırılmasına, ananın bakterial florasının uşaqda məskunlaşmasına, uşaqda iyilmə qabiliyyətinin inkişafına, uşaqdan qan götürərkən ağrısızlaşdırmaya şərait yaradır. “Dəri-dəriyə” təması uşaq doğulduqdan sonra vəziyyəti nəzərə alınmaqla qulluğun istənilən mərhələsində məsləhət görülür.

Tənəffüs yollarının təmizlənməsi. Yenidoğulmuşun ilkin qulluq ağız boşluğunun, udlağın, burun boşluqlarının selik və dölyanı mayedən təmizlənməsi ilə başlanır. Bu zaman yuxarı tənəffüs yollarının sərbəst keçiriciliyi bərpa edilir. Bu məqsədlə soruculardan (elektrik, vakuum) və steril armudcuqdan istifadə edilir.

Göbək ciyəsinin işlənməsi. Əsas tədbirlərdən biri də

göbək ciyəsinin kəsilməsidir. Yenidoğulmuşlarda göbək ciyəsinin optimal sıxılma müddəti göbək ciyəsinəki pulsa-siyanın itməsi və ya doğuşdan 2-3 dəqiqə sonradır.

İlkin spontan nəfəsalmə ilə ağciyər tənəffüsü başlanır, hemodinamikada dəyişikliklər meydana çıxır. Göbək ciyəsinin kəsilməsi ilə uşağın bədəninə ciftdən qanın daxil olması dayanır. Bu qanın uşağın postnatal adaptasiya prosesində mühüm rolu var. Xüsusən yarımçıq doğulmuş uşaqlarda dövr edən qan kütləsinin az olması ilə əlaqədar olaraq göbək ciyəsinin tez kəsilməsi (doğulduqdan 10-15 saniyə sonra) tənəffüs çatmamazlığı sindromunun (TÇS) meydana çıxmasına səbəb ola bilər. Lakin ciftin gec kəsilməsi zamanı da müxtəlif ağırlaşmalar meydana çıxır. Belə ki, dövr edən qan kütləsinin artması ürək-damar sisteminin yüklənməsinə və sol mədəcik çatmamazlığına, həmçinin polisitemiya, hiperbilirubinemiya, qanın qatılaşmasına səbəb olur. Nəticədə uşağda müxtəlif nevroloji pozğunluqlar, beyin qan dövrəni pozğunluqları meydana çıxır. Göbək ciyəsinin gec bağlanması xüsusən kiçik çəkili və xroniki bəndaxili hipoksiya ilə doğulan uşaqlarda, habelə şəkərli diabet xəstəsi olan analardan doğulmuş uşaqlarda təhlükəlidir. Çünki bu zaman qanın hemotokrit göstəriciləri yüksəlir və qan qatılaşması müşahidə olunur. Göbək ciyəsinin gec bağlanması (doğulduqdan 3 dəqiqə sonra) asfiksiya ilə doğulan uşaqlarda həyata keçirilə bilər.

Uşağı ananın qarnı üzərindən ayırmadan göbək ciyəsi kəsilir. Bunun üçün Koxer sıxıcının birini göbək halqasından 20-30 sm aralı, o birini isə ondan 2 sm məsafədə bərkitmək lazımdır. Aradakı hissə yodun 5%-li spirtdəki məhlulu və ya 96% -li spirtlə işlənir və steril qayçı ilə kəsilir.

Göbək güdülünün bağlanması uşaq doğulduqdan son-

ra 2 saat ərzində aparılır. Göbək ciyəsinin qalıqına (göbək dairəsindən 2-3 sm yuxarı) steril birdəfəlik plastik sıxıcı (şəkil 6, səh. 521) qoyulur və sıxıcıdan 0,5-1sm yuxarıda kəsilir. Göbək güdülü quru saxlanılır, bağlanılmır, işlənilmir.

İlk dəfə döşə əmizdirmə. Bütün sağlam yenidöğulmuş uşaqlar doğulduqdan sonra həyatlarının birinci saatlarında döşə qoyulmalıdırlar. Bu tədbir yenidöğulmuşun bətnxarici mühitə daha yaxşı və daha tez uyğunlaşmasına, laktasiyanın yaxşılaşmasına, uşaqda immunitetin yaranmasına səbəb olur.

İlk dəfə döşə qoyulma bağırsaqda və dəridə normal bakterial floranın tez əmələ gəlməsinə, uşağın mədə-bağırsaq traktının inkişafına, hipoplakemiyanın profilaktikasına, anada uşaqlığın yığılmasına (qanaxmanın profilaktikası), ana ilə uşaq arasında psixoemosional təmasın yaranmasına kömək edir.

İlk dəfə döşə qoyulma zamanı ananın rahat olduğuna əmin olmaq lazımdır. Uşağın əmməyə hazır olduğu müəyyən edildikdən sonra (əmmə və udma reflekslərinin olması) uşaq ananın döşünə qoyulur. Tibb bacısı anaya gilə ilə uşağın dodağına necə toxunmağı göstərməli, bir neçə damcı ağız südü sıxmalı, uşaq ağızını geniş açana qədər gözləməli və uşağın döşü düzgün götürdüyünə əmin olmalıdır. Bu zaman ananın reaksiyasına və uşağın dəri örtüklərinin rənginə, tənəffüsünə fikir verilməlidir. Əmmə müddətini məhdudlaşdırmaq lazım deyil.

İlk döşə qoyulmaya əks göstərişlər: anada açıq formalı vərəm, ana tərəfindən sitostatik preparatların qəbulu, zahınlı İİV statusunun müsbət olması.

Profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi. Doğum zamanında həmçinin qonoblenoreyanın profilaktikası da aparılmalıdır. Bunun üçün 1%-li tetrasiklin və ya 0,5%-li eritromi-

sin m lh mind n istifadə olunur. Gözlərin iŐl nm si uŐaq doĐulduĐdan sonra ilk bir saat  rind  aparılmalıdır. Hər uŐaq  c n fərdi t bik a ılmalıdır. AŐaĐı g z qapaqlarını aŐaĐı dartıb növbə ilə hər 2 gözün konyuktiva kisəsinə 1 dəfə məlhəm qoyulmalıdır. T bikin ucu selikli qıŐaya toxunmamalıdır. Yerinə yetirilmıŐ prosedur haqqında yenidoĐulmuŐun inkiŐaf tarixində qeydiyyat aparılır.

YenidoĐulmuŐun  imizdirilm si: yenidoĐulmuŐun ilk tualeti mütləq istilik mənbəyi altında həyata keçirilir, dəri üzərindəki pendirvari yaxma t mizl nmir, yalnız doĐuŐ zamanı uŐaĐın bədəni qan və ya nəcislə  irk nirs  axar su altında yuyulur.  imizdirm  vacib tədbir olmayıb, doĐuŐdan 1-2 saat sonraya qədər təxirə salına bilər.  unki bu, istilik rejiminin pozulmasına, əlavə istilik itkisinə gətirib çıxarır.

Növbəti mərhələdə yenidoĐulmuŐun antropometriyası aparılır. T r ziy  steril  sgi salınaraq uŐaq  kildir, bədən  kisi müəyyən edilir. Santimetr vasitəsilə bədənin uzunluĐu, baŐın v  gövdənin dairəsi  l c l r.

YenidoĐulmuŐun ilkin tualeti bitdikdən sonra 2 bil klik (qola v  ayaĐa) baĐlanır. Həmin bil klikl rd  uŐaqla əlaqədar məlumatlar (ananın adı, soyadı, uŐaĐın doĐum tarixi, saati, uŐaĐın boyu,  kisi, cinsi) qeyd edilir.

YenidoĐulmuŐun b l nm si. İlkin tualet baŐa  atdıĐdan sonra uŐaq b l nir, ananın yanına qoyulur. Hazırda yenidoĐulmuŐların  v ll r olduĐu kimi bərk b l m  üsulundan istifadə olunmur. Bərk, möhkəm b l m  körpə  c n bir sıra  t nlikl r yaradır. BaŐı və yuxarı ətrafları sərbəst qoymaqla nisbətən yumŐaq bölünmə məsləhət görülür. Hazırda, xüsusilə yay, yaz fəslində uŐaqları b l mirler, uŐaq bezi geyindirirl r.

YENİDOĞULMUŞA İLKİN BAXIŞ

Yenidoğulmuşu ilkin baxışın həyata keçirilməsində məqsəd yenidoğulmuşun ümumi vəziyyətini qiymətləndirmək, patoloji vəziyyətləri vaxtında aşkar etməkdir. Əgər doğulduqdan sonra uşağın vəziyyəti stabildirsə, neonatoloq uşağa ilkin baxışı doğuş zalında palataya köçürülmədən əvvəl və ya ana ilə uşağın birgə qaldığı palatada edə bilər. Uşağın ümumi vəziyyəti ardıcılıqla, ilkin baxış formasına görə qiymətləndirilir. Əgər yenidoğulmuş uşaqda hər hansı bir arzuolunmayan əlamət qeyd olunarsa, neonatoloq ona birinci baxışı dərhal etməlidir. Yenidoğulmuş uşağın doğuş zalında reanimasiyaya ehtiyacı olarsa, ilkin baxış reanimasiya tədbirləri aparıldıqdan və uşağın ümumi vəziyyəti stabilləşdikdən sonra həyata keçirilir.

Yenidoğulmuş uşağa ilkin baxış aşağıdakı sistem üzrə aparılır:

1. Ümumi görünüş: dəri örtüklərinin rəngi, elastikliyi, dərialtı toxumanın turqoru, dəridə patoloji dəyişikliklərin olması, göbək ciyəsinin vəziyyəti, sümüklərin zədələnməsi, bud-çanaq oynaqında hərəkət, gözlərin və qulaq seyvanının forması və yerləşməsi, görünən anomaliyalar

2. Ürək-damar sistemi: ürək fəaliyyəti, ÜYT, küylər

3. Tənəffüs sistemi: döş qəfəsinin forması və çevrəsi, tənəffüsün sayı, ritmi, xırıltılar və apnoe tutmalarının olması

4. Mədə-bağırsaq sistemi: qarının yumşaq və ya gərgin olması, bağırsağın peristaltikası, qaraciyər və dalağın vəziyyəti, anal dəliyin vəziyyəti

5. Urogenital sistem: sidik ifrazı, xarici cinsiyyət orqanlarının görünüşü, xayaların xayalıqda olması, böyrəklərin palpasiyası

6. Nevroloji vəziyyət: başın dairəsi, əmgəklərin, kəllə

tikişlərinin vəziyyəti, başda doğuş şişi və ya kefalohematomanın olması, bəbəklərin işığa reaksiyası, spontan aktivlik, əzələ tonusu, vətər refleksləri, fizioloji reflekslər, onurğanın tamlığı.

YENİDOĞULMUŞ UŞAQLARIN GÜNDƏLİK TUALETİ VƏ ÇİMİZDİRİLMƏSİ

Yenidoğulmuşların gündəlik tualeti müntəzəm olaraq (hər səhər və qidalanmadan əvvəl) aparılır (şəkil 3, səh. 520).

Dəri və selikli qişalara qulluq. Hər defekasiya aktından sonra uşağı ilıq su ilə yuyurlar. Bu zaman mütləq axar sudan istifadə edilməlidir. Yumazdan əvvəl suyun hərarətini yoxlamaq lazımdır. Yuduqdan sonra uşağı masaya qoyub, təmiz əsgiyə ehtiyatla qurulamaq lazımdır. Büküşlər steril bitki yağında, vazelin və ya uşaq kremində isladılmış steril pambıqla silinir. Uşaqlarda müxtəlif krem və lasyonlardan istifadə edildikdə aşağıdakı şərtlərə riayət edilməlidir:

Dəri tamlığı pozulmamalıdır (quru, çatlar, zədələr). Krem və lasyonlar rəngsiz və qoxusuz olmalıdır.

Burunun tualeti. Yenidoğulmuş uşaqlarda burun keçəcəkləri dar olduğundan burun tənəffüsü asanlıqla pozulur. Bu isə uşağın döşdən imtina etməsinə səbəb olur. Buna görə burun keçəcəklərini tez-tez təmizləmək lazımdır. Bu zaman steril bitki yağında və ya vazelinə isladılmış pambıq çubuqlardan istifadə olunur.

Gözlərin tualeti. Gözləri qaynanmış suda isladılmış steril pambıqla silmək lazımdır. Hər göz ayrı tamponla bayır bucaqdan içəriyə doğru istiqamətdə silinir.

Xarici qulaq keçəcəyinin tualeti. Yenidoğulmuş uşaqlarda xarici qulaq keçəcəyinin tualeti nadir hallarda, əgər göstəriş olarsa aparılır. Xarici qulaq keçəcəyinin tualeti bu-

run keçəcəyinin təmizlənməsi kimi həyata keçirilir, lakin bu zaman quru pambıq çöplərindən istifadə olunur.

Ağız boşluğunun tualeti. Sağlam yenidoğulmuşlarda ağız boşluğunu silmirlər. Çünki ağız boşluğunun selikli qişası quru və tez zədələnən olur.

Göbək qalığına və göbək yarasına qulluq. Göbək güdülü quru olduqda xüsusi qulluq və işləmə tələb etmir. Yalnız göbəyin qıcıqlanmamasına və islanmamasına nəzarət edilməlidir. Göbəkdə iltihab əlamətləri olarsa, göbək yarası sağalana qədər işlənir: 3%-li hidrogen peroksid məhlulu damızdırılır, sonra isə brilliant yaşıllı sürtülür. Göbək yarası tam sağalana qədər uşağı çimizdirərkən yaranın üzərini yapışqan lentlə bağlamaq lazımdır ki, ona su dəyməsin. Düzgün qulluq edildikdə körpənin artıq 12-15 günlüyündə yara tamamilə sağalır. Göbək nahiyəsində dəri qızarırsa, iltihab əmələ gəlsə, qanaxma baş verirsə, sağalma gecikirsə, təcili həkimə müraciət etmək lazımdır. Bu halda körpə üçün təhlükəli olan omfalit xəstəliyi inkişaf edə bilər.

Yenidoğulmuşun ilk çimizdirilməsi. Adətən körpəni doğulduqdan sonra ilk gündə çimizdirmək məsləhət görülür. Evə yazıldıqdan sonra ertəsi günü körpə çimizdirilə bilər. Göbək güdülü düşməzsə belə körpəni çimizdirmək olar.

Vaxtında doğulmuş körpə doğulduqdan 2-3 gün sonra, vaxtından qabaq doğulmuş uşaqlar isə 2 həftə sonra çimizdirilə bilər (hestasiya yaşı nə qədər azdırsa, o qədər gec çimizdirilməlidir). Otaqda temperatur 27-28⁰ C və ya ondan yüksək olmalıdır. Şüalı qızdırıcı mənbədən istifadə oluna bilər.

Çimizdirmədən əvvəl lazım olan vəsaitlər: plastik vanna, dəsmal, təmiz paltar, termometr, neytral və ya zəif turşuluğu olan (pH-5) sabun hazırlanmalıdır. Həftədə 1 dəfə uşaq sabunla çimizdirilir, digər günlər isə su ilə yuyundurulur. Gö-

bək güdülü düşənədək qaynadılmış sudan istifadə olunması məsləhətdir.

YENİDOĞULMUŞLARDA HEMORRAGİK XƏSTƏLİYİN PROFİLAKTİKASI

Yenidoğulmuşun hemorragik xəstəliyi (YHX) laxtalanmanın vitamin K-dan asılı plazma faktorlarının müvəqqəti çatışmazlığı nəticəsində baş verən xəstəlikdir. Yenidoğulmuşu hemorragik xəstəliyin profilaktikası üçün vitamin “K” təyin edilir. YHX-nin vitamin K₁ ilə profilaktikası bütün yenidoğulmuşların həyatlarının ilk 6 saatında aparılmalıdır. Bu zaman məqsəd müvəqqəti vitamin K çatışmazlığını bərpa etmək, qanaxmanın qarşısını almaqdır.

Hemorragik xəstəliyin inkişafına görə yüksək risk qrupuna daxil olan yenidoğulmuşlar aşağıdakılardır:

1. Anaları qıcolma əleyhinə preparatlar, heparin, salisilatlar və antibiotik alan uşaqlar;
2. Asfiksiya və ya doğum travması ilə doğulan uşaqlar;
3. Yarımçıq uşaqlar və bətdaxili inkişafın ləngiməsi olan uşaqlar.

Preparat budun yuxarı ön-lateral səthinə, əzələ daxilinə 1 dəfə, vaxtında doğulmuş uşağa 1mq, yarımçıq doğulmuş uşağa 0,5 mq dozada yeridilir. Əgər valideynlər vitamin K-nın əzələ daxilinə yeridilməsindən imtina edərlərsə, preparatın peroral təyin edilməsi mümkündür. Bu, sxem üzrə aparılır: ilk doza 2 mq həyatın ilk 6 saatında, II doza 2 mq həyatın 3-5-ci sutkasında, III doza isə 2 mq həyatın 4-6-cı həftəsində verilir. Əgər uşaqda preparatın peroral verilməsi zamanı qusma olarsa, bir saat ərzində K₁ preparatının dozası təkrar verilməlidir.

Vitamin K₁ olmadıqda YHX profilaktikasını disinon (vitamin K₂) və ya 1% vikalol məhlulunun (vitamin K₃) əzələ-

daxili yeridilməsi ilə aparmaq olar (vikasolun təsiri 8-24 saatdan sonradır).

DOĞUM EVİNDƏ YENİDOĞULMUŞLARIN İMMUNİZASİYASI

Hazırda doğum evlərində yenidoğulmuşların immunizasiyası aşağıdakı vaksinlərlə aparılır:

1. Hepatit B əleyhinə
2. Poliomielit əleyhinə
3. BCJ (vərəm əleyhinə)

Virus hepatiti B (VHB) qarşı vaksinin yeridilməsi bütün yenidoğulmuşlarda (yarımçıqdoğulmuşlar da daxil olmaqla) ilk 12 saat ərzində aparılır. Məqsəd virus hepatiti B-yə qarşı aktiv immunitetin yaradılmasıdır. Peyvəndlər xüsusi təchiz olunmuş kabinetlərdə aparılır. İmmunizasiyanı xüsusi öyrədilmiş tibb bacısı aparmalıdır.

Əgər ana HBsAg mənfidirsə, bütün yenidoğulmuşlar ümumi vəziyyətlərindən asılı olmayaraq immunlaşdırılmalıdır. Əgər ana HBsAg müsbətdirsə və ya onun HBsAg statusu məlum deyilsə yenidoğulmuş həyatının ilk 12 saatında immunlaşdırılır və eyni zamanda immunoqlobulin vurulur.

Preparat 0,5 ml dozada əzələ daxili, budun ön lateral hissəsinə yeridilir. Vaksinasiyaya əks-göstəriş yoxdur. Əlavə reaksiya kimi yerli olaraq eritema, ağrı, ödem, temperatur müşahidə oluna bilər. Bu əlamətlər 2 gün ərzində çəkilir gedir.

Virus hepatiti B (VHB) qarşı vaksinin ağırlaşmaları (anafilaktik şok, allergik səpgi, yaranın infeksiyalaşması) çox nadir hallarda rast gəlinir.

Poliomielitə qarşı vaksinin (OPV) yeridilməsi. Poliomi-

litin spesifik profilaktikası üçün OPV vaksini uşağın 4-7-ci günündə doğum evlərində ağızdan (peros, 2-4 damcı təyinatə görə) təyin edilir. Poliomielite qarşı bütün yenidoğulmuşlar vaksinasiya olunur. Peyvənddən sonra praktik olaraq heç bir reaksiya müşahidə olunmur.

Vərəm əleyhinə BCJ vaksini vərəmin spesifik profilaktikası üçün təyin edilir. Məqsəd vərəm törədicilərinə qarşı uzunmüddətli spesifik aktiv immunitetin yaradılmasıdır. İlk vaksinasiya bütün sağlam yenidoğulmuşların həyatlarının 4-7-ci günündə təyin edilir.

Yenidoğulmuşların vaksinlənməsi pediatr tərəfindən bilavasitə baxışdan sonra səhər saatlarında aparılır ki, mümkün olan allergik reaksiyaların vaxtında müəyyən edilib qarşısının alınması üçün tədbirlər görülsün. Peyvənd vurmaq üçün xüsusi özüməhvolan şprislərdən istifadə olunur. İstifadə olunmuş şpris və iynələr təhlükəsiz qutulara atılır. Qalıq vaksin 6 saatdan sonra məhv edilməlidir.

Vaksin sol bazunun yuxarı bayır hissəsinə dəri içərisinə 0,05 ml yeridilir. İynə dartılmış dərinin üst qatına kəsik ucu yuxarı olmaq şərti ilə daxil edilir. Düzgün yeridilmə zamanı diametri 6-8 mm olan ağ rəngli papula (“limon qabığı”) əmələ gəlir ki, bu da 15-20 dəqiqəyə itir. Sarğının qoyulması və ya vaksinin vurulma yerinin yod və ya başqa məhlullarla işlənməsi qəti qadağandır. 6-8 həftədən sonra vaksinin yeridildiyi hissədə tədricən yerli spesifik reaksiya - əvvəlcə infiltrat, sonra papula, pustula, yara və çapıq əmələ gəlir. Onun ölçüsü 5-10 mm təşkil edir. Bu, **postvaksinal reaksiyadır**. Çapığın əmələ gəlməsi BCJ peyvəndinin effektiv olduğunu və immunitetin formalaşdığını göstərir.

Postvaksinal çapıqlar vaksinasiya olunmuş uşaqların 50-70% -də üç aydan 1 ilə qədər müddətdə formalaşır. Reaksiyanın yerini mexaniki təsirlərdən qorumaq lazımdır. Vaksi-

nin yeridildiyi yerə yod və digər dezinfeksiyaedici məhlullar sürtmək, sarğı qoymaq olmaz.

Vaksinasiyadan sonra **fəsadlar** nadir hallarda baş verir və əsasən yerli xarakter daşıyır. Bunlar: limfadenit, kelloid çapıq, soyuq abses, dərialtı infiltratlar şəklində ola bilər. Limfa düyünlərinin böyüməsi və absesin əmələ gəlməsi inyeksiyanın düzgün aparılmaması (dərindən, dəri altına), peyvəndin yüksək dozada vurulması ilə izah olunur. Bəzən postvaksinal reaksiya kimi allergik sindrom əmələ gələ bilər. BCJ peyvəndindən sonra ağır postvaksinal reaksiyalar nadir hallarda baş verir.

Əgər anada aktiv vərəm xəstəliyi varsa, uşaq vaksinasiyadan sonra 2 aydan az olmayan müddətdə təcrid olunur, ana hospitalizə edilir, uşaq süni qidalanmaya keçirilir. Vərəm xəstəsi olan evdən yenidoğulmuşları immunitet əmələ gələnə qədər təcrid etmək lazımdır.

Yenidoğulmuşların vaksinasiyasına müvəqqəti əks-göstərişlərə aiddir: çəkisi 1800 qr-dan az olan körpələr, yayılmış dəri xəstəlikləri, xəstəliklərin kəskin fazası, bətn daxili infeksiyalar, irinli septiki xəstəliklər, yenidoğulmuşun orta-ağır və ağır formalı hemolitik xəstəliyi, mərkəzi sinir sisteminin ağır zədələnmələri.

BCJ peyvəndinin vurulmasına **mütləq əks-göstərişlər**: immun çatışmazlığı, bədxassəli törəmələr, anada və ya uşaqda QİÇS-in olması.

Doğum evində peyvənd almayan uşaqlara BCJ peyvəndini müalicə-profilaktika müəssisələrinin xüsusi hazırlanmış personalı aparmalıdır. 2 aylıqdan böyük uşaqlar Mantu sınağından sonra (mənfi olduqda) peyvənd edilir. Mantu sınağı və vaksinləmə arasında interval 3 gündən az və 2 həftədən artıq olmamalıdır. Müsbət Mantu reaksiyası olduqda kimyəvi profilaktika kursu aparılmalıdır. Peyvəndlərin evdə

aparılması qəti qadağandır.

Diri vaksinləri (BCJ, OPV) eyni vaxtda yeritmək məsləhət görülür. Əgər bu mümkün deyilsə, onda onlar arasında 3 həftə interval saxlamaq lazımdır.

YENİDOĞULMUŞLARDA FENİLKETONURİYANIN VƏ ANADANGƏLMƏ HİPOTİREOZUN SKRİNİNQİ

Skrininq-risk qrupuna aid uşaqların aşkarlanması məqsədilə aparılan standartlaşdırılmış, kütləvi müayinədir. Skrininqdə məqsəd yenidoğulmuşlarda hiperfenilalaninemiyanın və hipotireozun erkən aşkar edilməsidir. 2 sutkadan gec olmayaraq enteral qidalanmada olan bütün yenidoğulmuşlara skrininq aparılmalıdır.

Uşağın dabanının yan səthi spirtlə silinərək qan damlası götürülür (şəkil 4, səh.521) və dərisinə toxunmamaq şərtinə növbə ilə xüsusi blankda dairələrlə göstərilmiş sahələrə çəkilir. Qan hopdurulmuş blanklar otaq temperaturunda 3 saat qurudulduqdan sonra regional skrininq mərkəzinə göndərilir.

YENİDOĞULMUŞLARDA BƏDƏN TEMPERATURUNUN SAXLANMASI

Doğum zalında yenidoğulmuşlara qulluq zamanı ən vacib tələblərdən biri istilik rejiminin qorunmasıdır. Bətn daxilində dölün temperaturu ananın temperaturundan 0,5°C-dən çox olur və 38°C-dək arta bilər. Bu səbəbdən yetkin insanla müqayisədə yenidoğulmuşa daha isti ətraf mühit tələb olunur. Yenidoğulmuş uşağın bədəni yetkin insanla müqayisədə daha tez soyuyur və qızır. Otaq temperaturu 23° C olarsa, çılpaq yenidoğulmuş yetkin insanın 0°C-də itirdiyi sürətlə istilik itirir.

Yenidoğulmuşda istilik itkisinin 25%-i baş səthindən olur. Çünki bədənle müqayisədə başın səthi əhəmiyyətli şəkildə çoxdur və başda qan damarları səthi yerləşib. Bundan başqa, yenidoğulmuş üçün termotənzimləmə sisteminin yetkin olmaması xarakterdir.

İstilik itkisi aşağıdakı yollarla baş verir:

Konveksiya-yelçəkən, soyuq hava, soyuq otaq

Konduksiya-soyuq və yaş əşyalarla təmas

Şüalanma-soyuq pəncərələr və divarlar

Buxarlanma-doğulma, çimizdirmə, yaş əsgilər

Yenidoğulmuş uşağın normal qoltuqaltı temperaturu 36,5-37,5°C-dir. Yenidoğulmuş uşağın normal bədən temperaturunu saxlamaq üçün termoneytral mühit yaradılmalıdır. Termoneytral mühit bədənə normal temperaturunun təmin olunduğu və oksigenə tələbatın minimal olduğu mühitdir. Əgər doğulduqdan sonra 10-20 dəqiqə ərzində termoneytral mühit yaradılmazsa, yenidoğulmuşun bədən temperaturu 2-4°C aşağı düşür. Bədən temperaturunun artması və ya azalması zamanı oksigenə tələbat artır, yenidoğulmuş əlavə enerjiyə ehtiyac duyur. Bədən temperaturunun saxlanması məqsədilə istilik zənciri prinsipinə riayət olunması vacibdir. İstilik zənciri yenidoğulmuş uşağın istilik itirməsinin qarşısını almağa və onun normal bədən temperaturunun saxlanılmasına yönəldilmiş bir-biri ilə bağlı tədbirlər sırasındadır.

Yenidoğulmuşun bədəninin soyuması yolverilməzdir. Soyuma-bədən temperaturunun aşağı düşməsi, nəinki bir çox patologiyaların gedişini ağırlaşdırır, habelə müxtəlif arzuolunmaz nəticələrə gətirib çıxaran pozğunluqlara da səbəb ola bilər.

İstilik zəncirinə riayət doğuş zalından başlanılır. Doğuş zalının temperaturu 25–29°C (əsasən də 29°C) saxlanılma-

lıdır. Havanın rütubətliyi 55-60% olmalıdır. Doğuştan əvvəl qızdırıcı stolu qoşmalı, əsgilər, papaqlar və s. isidilməli, doğuşdan sonra dərhal uşaq silinib qurudulmalı, “dəri-dəriyə” təması təmin edilməli, uşağa papaq geyindirilməlidir. Doğuştan köçürməzdən əvvəl yenidoğulmuş uşağa əvvəlcədən qızdırılmış paltarları geyindirib, isti yorğanla üstünü örtmək lazımdır (bərk bələməməli). Doğuştan uşağı çimzirməməli. Uşağı doğuş zalından köçürməzdən əvvəl, ancaq doğulduqdan sonra 2 saatdan gec olmamaq şərtlə çəkməli. Uşağı çəkərkən istiliyi itirməkdən qaçmalı (tərəziyə isti əsgi qoymalı).

Yadda saxlamaq lazımdır ki, hestasiya yaşından asılı olmayaraq bütün yarımçıq doğulmuş uşaqların doğulan kimi əlavə qızdırılmaya ehtiyacı var.

YENİDOĞULMUŞLARIN İSİDİLMƏSİ ÜSULLARI

Yenidoğulmuşların bədən temperaturunun saxlanması üçün müxtəlif üsullardan istifadə olunur:

“Dəri-dəriyə” təması – bu, çox sadə üsuldur, uşaq ananın (vəziyyəti imkan verirsə) döşü və ya qarnı üzərinə qoyulur (şəkil 5.a, səh 521). Bu zaman ana körpəsinə birbaşa nəzarət edə bilər. Lakin yenidoğulmuşun qeyri-stabil vəziyyəti (ASV, doğuş travması) və ana tərəfindən problemlər olduqda bu üsuldən istifadə etmək mümkün olmur.

Şüalandırıcı qızdırıcı-yenidoğulmuşu nəzarət etməyə imkan yaradır, müayinə və prosedurları aparmaq üçün əlverişlidir. Lakin yenidoğulmuşun bədənini sürətlə soyuya və çox isinə bilər. Buna görə bədən temperaturu tez-tez ölçülməlidir. Eyni zamanda yenidoğulmuşlarda bu üsulla isidilməsi zamanı rütubətliyi qorumaq çətindir.

İsti otaq-yenidoğulmuşlara qulluğun əsas şərtlərindən-

dir. Lakin əlavə istilik mənbəyi tələb olunur. Quru hava və yelçən təhlükəsi var. Uşağın bədəni asanlıqla soyuya bilər. Buna görə də tez-tez tibbi prosedurlara ehtiyacı olmayan az çəkili körpələr və sağlam yenidoğulmuşlar üçün münasibdir.

İnkubator (küvez)-temperatur və rütubətliyin stabil olmasını təmin edir (şəkil 5.b, səh. 521). Yenidoğulmuşun vəziyyətindəki dəyişiklikləri izləmək asandır və yenidoğulmuşu tam soyundurmaq mümkündür. Lakin temperatur sensoru istifadə olunmazsa uşağın bədəni tez soyuya və ya həddən çox isinə bilər. Eyni zamanda inkubator bahalıdır və istifadəsi üçün təlimlənmiş heyət tələb olunur.

İsıtqacları-yalnız təcili hallarda, digər üsullar yoxdursa, daşınma zamanı istifadə edilə bilər. Bu üsul əlverişli deyil, çünki yenidoğulmuşun bədəni sürətlə soyuya və həddindən çox isinə bilər. Bundan başqa, isti əşyalardan yanıqlar yarana bilər.

YENİDOĞULMUŞLARDA BƏDƏN TEMPERATURUNUN POZĞUNLUQLARI

Yenidoğulmuşun bədən temperaturu həyatın ilk günlərində 36,5-37,5°C olmalıdır. Normal temperatur göstəricisi ölçmə yerindən və uşağın yetişkənlik dərəcəsindən asılıdır.

Bədən temperaturu pozğunluqları aşağıdakılardır:

Hipotermiya-bədən temperaturunun aşağı düşməsi (< 36,5° C)

Hipertermiya-bədən temperaturunun artması (>37,5° C)

Hipotermiyanın aşağıdakı 3 dərəcəsi ayırd edilir:

-yüngül-36,4-36° C

-orta ağır 35,9-32° C

-ağır < 32° C

Yenidoğulmuşlarda hipotermiyanın fəsadları: ölüm

riski, beyinə qansızma və “apnoe” halları artır.

Hipotermiyanın səbəbləri:

a) daxili səbəblər: hipoksiya, sepsis, şok, beyinə qansızma

b) xarici səbəblər: yaş dəri, soyuq tənəffüs havası, yelçəkənlər, dəri ilə soyuq əşyaların təması, sıx bələmə.

Hipotermiyanın əlamətləri: bədən temperaturunun aşağı düşməsi, dəri örtüklərinin avazıması, bəzən mərmər şəklində olması, ətrafların göyerməsi, davranışın dəyişməsi (oyanıqlıq, süstlük, fasiləli tənəffüs, apnoe, arterial təzyiqin aşağı düşməsi), ağır hallarda ölüm.

Hipotermiyanın profilaktikası:termoneytral mühitin yaradılmasından ibarətdir.

Hipotermiya zamanı yardım. Hipotermiya baş verdikdə aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilməlidir: palatada temperatur 24-29° C olmalıdır. Əgər uşağın çəkisi < 2kq olarsa və uşağın vəziyyəti qeyri-stabil olarsa, yenidoğulmuş isti küvezə və ya qızdırıcı lampanın altına qoyulur. Uşağın üzəri plastik örtüklə örtülür. Dərin yarımçıq doğulmuş uşaqlar üçün küvezdə temperatur 1°C artırılır, nəmlilik 80 %-dən yuxarı çatdırılır. Uşağın başına papaq geyindirilir, manipulyasiyalar minimuma endirilir.

Hipertermiyanın səbəbləri:

a) daxili səbəblər: sepsis, meningit, dehidratasiya

b) xarici səbəblər: ətraf mühitin və tənəffüs havasının temperaturunun yüksək olması, istilik şüalanması (günəş, fototerapiya), sıx bələmə, sintetik paltarlar, dehidratasiya

Hipertermiyanın əlamətləri: dəri temperaturunun artması və qızarması, tənəffüsün və nəbzin tezləşməsi, davranışın dəyişməsi (oyanıqlıq, süstlük), qıcolmalar, huşun itməsi, ağır hallarda ölüm

Qızdırma zamanı yardım. Əgər qızdırma xarici səbəblərdən baş vermişdirsə, ətraf mühitin və ya küvezin tem-

peraturu aşağı salınır, qızdırıcılar söndürülür. Uşağın üstü açılır və ya soyundurulur. Temperatur hər 30 dəqiqədən bir ölçülür. ASV və ya CPAP aparatlarından istifadə olunursa temperatur rejimi və suyun səviyyəsi tənzimlənir. Hipertermiya xəstəlik nəticəsində baş vermişdirsə, səbəb aradan qaldırılır.

Yenidoğulmuşlarda hipo və hipertermiya zamanı həkim uşağın vəziyyəti haqqında məlumatlandırılmalıdır.

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞULMUŞLARIN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

ÜST-nin standartına əsasən hestasiya yaşı 37 həftədən, çəkisi 2500 qr-dan aşağı, boyun uzunluğu 45 sm-dən az olan yenidoğulmuş yarımçıq doğulmuş uşaq hesab olunur. Hamiləlik müddəti 22 həftə və daha çox, çəkisi 500 qramdan yuxarı olan, azı bir dəfə nəfəs almış yenidoğulmuş həyat qabiliyyətli körpə sayılır.

Yarımçıq doğulmanın əsas səbəbləri aşağıdakılardır və 3 qrupa bölünür:

1. Sosial-iqtisadi faktorlar
2. Sosial-bioloji faktorlar
3. Kliniki faktorlar

1. Sosial-iqtisadi faktorlar: ananın təhsili, mənzil-məişət şəraiti, ananın qidalanması və sanitariya mədəniyyəti, tibbi nəzarətin keyfiyyətinin aşağı olması, ananın zərərli vərdişləri və s.

2. Sosial-bioloji faktorlar: valideynlərin yaşı (16-dan az, 30-dan çox ana, 18-dən az, 50-dən çox ata) və s.

3. Klinik faktorlar: ağırlaşmış mama anemnezi (hamiləliklərin sayı, onlar arasındakı interval, çoxdöllü hamiləlik)

ananın infeksiyon və qeyri-infeksiyon xəstəlikləri, dölün xəstəlikləri (hamiləlik zamanı rezus immunizasiya, bətn daxili infeksiyalar), uşağın ana bətnində travmatik zədələnmələri və s.

Yarımçıq doğulmuşların xarici görünüşü. Yarımçıq doğulmuş uşağın xarici görünüşü bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir. Bu xüsusiyyətlər yarımçıq doğulmuş uşağın hestasiya yaşından asılıdır. Yarımçıq doğulmuş uşağın bədən hissələri proporsional olmayıb, ətraflar və boyun qısa, göbək aşağıda yerləşmişdir. Baş nisbətən böyükdür, kəllənin beyin hissəsi üz hissəsindən böyük olur. Kəllə sümükləri hərəkətlidir, yumşaqdır, tikişlər, böyük, kiçik və yan əmgəklər açıqdır. Qızlarda böyük cinsiyyət dodaqları kiçik cinsiyyət dodaqlarını örtür. Oğlanlarda xayalar xayalığa enmir. Qulaq seyvanı başa yapışmış, kövrək olur. Dəri nazik və qırıqlıdır, tünd qırmızı, bir qədər siyanotikdir. Bəldə, çiyində, sifətdə, bud nahiyəsində çoxlu ilkin tük örtüyü-lanuqa müşahidə edilir. Dərialtı piy təbəqəsi çox zəif inkişaf etmiş və ya heç olmur, ancaq yanaqlarda müşahidə edilir. Bəzən dirnaqlar dirnaq yatağını tam örtürlər.

Yarımçıqdoğulmanın 4 dərəcəsi müəyyən edilmişdir. Bu dərəcələr hestasiya yaşına və bədən kütləsinə görə müəyyənləşdirilir.

Y. D. dərəcəsi	Bədən kütləsi	Hestasiya yaşı
I	2001-2500	35-37 həftə
II	2000-1501	32-34 həftə
III	1001-1500	29-31 həftə
IV	1000 və az	29 həftəyə qədər

Bütün yarımçıq doğulmuşlara (yarımçıq doğulmanın dərəcəsi asılı olaraq) üzv və sistemlərin qeyri-yetkinliyi xarakterlidir.

Sinir sistemi. Yarımçıq doğulmuş uşaqlarda mərkəzi sinir sistemi, xüsusən beyin qabığı funksional cəhətcə qeyri-yetkindir. Bu səbəbdən yarımçıq doğulmuş uşaqlarda metabolism və adaptasiya prosesləri zəif, ayrı-ayrı sistemlər arasında koordinasiya qeyri-kafidir. MSS-nin qeyri-yetkinlik əlamətlərinə aiddir: spontan hərəkət aktivliyin zəif olması, əzələ hipotoniyası, ətraflarda tremor, müvəqqəti çəpgözlük, nistaqm. Yarımçıq doğulmuşların qışqırığı zəifdir, anadangəlmə avtomatizm refleksləri (əmmə, udma, axtarma, dirənmə, yeriş, Moro, Qalant, Bauer refleksləri) zəif alınır. Yalnız dərin yarımçıq doğulmuşlarda əmmə və udma refleksləri olmur. Öskürək refleksi yarımçıq doğulmanın dərəcəsi asılı olaraq zəif olur və ya alınmır. Buna görə də yarımçıq doğulmuş uşaqlarda qidanın asanlıqla aspirasiyası baş verə bilər.

Termotənziqləmə. Temperaturun MSS tərəfindən tənziminin qeyri-yetkin olması, istilik əmələ gəlməsi və istiliyin itirilməsi arasında tarazlıq olmadığından yarımçıq doğulmuş uşaqlarda bədən tez soyuyur və tez isinir. Qandamar şəbəkəsi dəri səthinə yaxındır. Bədən temperaturu 36,5-37,5°C-dir.

Dəri. Vaxtından qabaq doğulmuş uşağın dərisi və dərialtı piy təbəqəsi çox nazikdir, buna görə də istiliyi və enerjini qoruyub saxlaya bilmir. Epidermis, derma və dərialtı təbəqələr arasında əlaqə çox zəif olduğundan asanlıqla zədələnir və soyulur. Dərinin müdafiə qabiliyyəti zəif olduğundan infeksiya üçün açıq qapıdır.

Tənəffüs sistemi. Tənəffüs qeyri-ritmik, periodik və səthidir, tez-tez apnoe tutmaları (tənəffüsün 20 saniyədən çox

dayanması) olur. Tənəffüsün tezliyi 1 dəqiqədə 40-90-dır. Sağlam yarımçıq doğulmuşlarda yuxu və ya sakitlik zamanı da patoloji tənəffüs tipləri müşahidə oluna bilər.

Ürək qan-damar sistemi. Ürək yığılmalarının sayı 1 dəqiqədə 140-170 olur, həyəcan zamanı 200-ə qədər qalxa bilər. Arterial təzyiq ilk günlər çox aşağı olur (75/20 mm.c.s), tədricən artır (85/40 mm.c.s). Adi qıcıqlar belə ürək yığılmalarının tezləşməsinə, arterial təzyiqin yüksəlməsinə səbəb olur.

Həzm sistemi. Yarımçıq doğulmuşlarda ağız suyu ifrazı zəifdir. Mədə şirəsi vaxtında doğulmuşlara nisbətən 3 dəfə az hasil olur. Tez-tez qidanı qaytarma müşahidə olunur. Mədənin həcmi kiçikdir və yarımçıq doğulmanın dərəcəsindən asılıdır. Məsələn: dərin yarımçıq doğulmuşlarda mədənin həcmi ilk sutkada 2 ml, ikinci sutkada 4 ml, onuncu sutkada 27 ml qədər artır.

Sidik-ifrazat sistemi. Böyrəklər yetişkən olmadığından yarımçıq doğulmuşların qanında qalıq azotun miqdarı yüksək və sidiyin konsentrasiyası aşağı olur. Sutkalıq diurez yarımçıq doğulmuşlarda 50-130 ml (gündə 8-13 dəfə olur).

İmmun sistemi. Yarımçıq doğulmuş uşaqların immun sistemi çox zəifdir, yetərinə immunoqlobulin sintez etmir. Bu səbəbdən yarımçıq doğulmuşlarda infeksiyon xəstəlikləri daha tez-tez rast gəlinir və ağır keçir.

Endokrin sistemi. Yarımçıq doğulmuş uşaqlarda endokrin vəzilər strukturca yetişkən olsa da, funksional cəhətcə qeyri-yetkindir.

Yarımçıq doğulmuşlarda müxtəlif orqan və sistemlərin qeyri-yetkinliyi nəticəsində raxit, anemiya və hipovitaminoz daha çox rast gəlinir. K hipovitaminozu yarımçıq doğulmuşlarda inyeksiya yerlərindən qanaxmaya, dəri və selikli qişalarda qansızmalara, ağır hallarda hətta beyinə qansızmalara, mikrohematuriyaya səbəb olur.

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞULMUŞLARA QULLUQ

Vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlara tibbi yardımın təşkilində doğuş otağının hazır vəziyyəti, otağın isidilməsi (25-28°C), nəmliyi (50%), istilik mənbələrinin olması, əsgilərin isidilməsi vacibdir. Bundan əlavə, burada hazır vəziyyətdə olan küvez (hərərəti 35-36°C), reanimasiya üçün lazım olan vəsaitlər də olmalıdır. Döllər (kütləsi 500 qr, hestasiya yaşı 22 həftədən aşağı) istisna olmaqla, yenidoğulmuşun vəziyyəti doğulan zaman Apqar şkalası ilə qiymətləndirilir. Vaxtında doğulanlara nisbətən bu, vaxt baxımından bir qədər fərqli aparılır. Balların hesablanması uşaq doğulandan sonra I dəqiqənin axırında, təkrar 10-15-ci dəqiqələrdə aparılır. I dəqiqədə toplanmış balların cəmi reanimasiya tədbirlərinin həcmi müəyyənləşdirməyə kömək edir. 10-15-ci dəqiqələrdə aparılan qiymətləndirmə göstərilən ilk yardımın sonuna uyğun gəlir və onun effektivini əks etdirir. Alınan nəticəyə əsasən ilkin proqnoz verməyə imkan yaranır. Bu zaman balların sayı birinci dəqiqədəki kimi aşağı qalırsa uşaq reanimasiya və intensiv terapiya palatasına köçürülür. Yenidoğulmuş birinci dəqiqənin sonunda Apqar şkalası ilə 7 və daha artıq balla qiymətləndirilərsə ona xüsusi yardım tələb olunmur. Balların sayı 6 və aşağı olarsa reanimasiya tədbirlərinin aparılması göstərişdir.

Vaxtında doğulmuş uşaqlara nisbətən yarımçıq doğulmuş uşaqlarda tənəffüs pozğunluqlarına daha çox rast gəlinir. Vaxtından əvvəl doğulanlarda tənəffüs çatmamazlığı Silverman-Anderson cədvəli ilə qiymətləndirilir.

Silverman-Anderson cədvəli

Klinik əlamətlər	Balla qiymətləndirmə		
	0	1	2
Döş qəfəsində hərəkət	Döş qəfəsi və qarın tənəffüs aktında bərabər iştirak edir	Aritmik, qeyri-bərabər tənəffüs	Paradoksal tənəffüs
Qabırğalara-rası retraksiya	Yoxdur	Zəif büruzə verir	Kəskin büruzə verir
Döş sümüyü altı retraksiya	Yoxdur	Zəif büruzə verir	Kəskin büruzə verir
Burun qanadlarının gərilməsi	Yoxdur	Zəif büruzə verir	Kəskin büruzə verir
Nəfəsvermə zamanı inilti	Yoxdur	Auskultasiya-da eşidilir	Kənardan eşidilir

0 bal – tənəffüs çatışmazlığı yoxdur

1-3 bal – yüngül dərəcəli tənəffüs çatışmazlığı

4-6 bal – orta dərəcəli tənəffüs çatışmazlığı

7-10 bal – ağır dərəcəli tənəffüs çatışmazlığı

Aparılan tədbirlər müsbət nəticə verdikdən və uşaq kritik vəziyyətdən çıxdıqdan sonra göbəyi işlənir, dərisi təmizlənib küvezə yerləşdirilir. Qonoblenoreyanın profilaktikası konyuktiva kisəsinə doğulduqdan sonra ilk 1 saat ərzində 0,5%-li eritromisin və ya 1%-li tetrasiklin məlhəmi qoymaqla aparılır. I-II dərəcəli yarımçıq doğulmuş uşaqların göbəyinə steril birdəfəlik plastik sıxıcı qoyulur, dərin yarımçıq doğulmuş uşaqların, rezus immunizasiya ilə doğulanların göbəyi isə sapla bağlanır.

Bu tədbirlərdən sonra körpə yenidə doğulmuş üçün ayrılmış

palataya köçürülür. Köçürülmə xüsusi nəqliyyat küvezləri ilə həyata keçirilir. Həmin palatada yenidoğulmuşlara yardım göstərib bəsləmək üçün hər cür şərait yaradılmalıdır. İnfeksiyaların profilaktikasına, ana südü ilə qidalandırılma-ya, temperatur rejiminə, pozulmuş homeostazın nizamlan-masına, tibb bacısı tərəfindən qulluğun yüksək keyfiyyətdə aparılmasına xüsusi fikir verilməlidir. Elə etmək lazımdır ki, körpəni əhatə edən mühit müəyyən mənada ana bətnindəki şəraitə yaxınlaşmış olsun. Palata yarıqaranlıq olmalı, kü-vezlərin üzəri mələfə ilə örtülməli, palatada səssizliyə riayət edilməlidir. Temperatur itkisinin qarşısını almaq üçün uşaq- la təmasda olan hər bir əşyanın hərərəti onun bədən hərərətinə uyğun olmalıdır. Buna görə üzərində körpəyə baxış keçirilən masa, əsgilər isidilməlidir.

Yenidoğulmuş qulluq üçün açıq və bağlı küvezlərdən istifadə edilir. Palatanın temperaturu 24-25°C olmalıdır. Kü-vezin daxilində hərərət yarımçıq doğulmanın dərəcəsiindən asılıdır: bədən kütləsi 1000 qramdan aşağı olan yenidoğul-muşlar üçün ilk 10 gün müddətində temperatur 37°C, 20 günədək 36°C, 21 gündən 1 aya qədər 35°C, 1 aydan yuxarı isə 33-34°C olmalıdır. Kütləsi 1000–1500 qr. (III dərəcəli yarımçıq doğulma) olan körpələr üçün ilk 10 gündə 36°C, 20 günədək 35-34°C, 21 gündən 1 aya qədər 33°C, 1 aydan yuxarı 3°C olmalıdır. Göstərilən rəqəmlər təxminidir, fərdi olaraq dəyişdirilə bilər.

Yenidoğulmuşun hərəkətlərini məhdudlaşdırmamaq məqsədi ilə küvezdə çılpaq saxlanması məsləhətdir. Bəzən küvezdə körpənin şüalanma yolu ilə istilik itirməsinin qarşısını almaq üçün onun üzəri falqa ilə və ya xüsusi örtüklə örtülür. Elə etmək lazımdır ki, körpə həddindən artıq isidil-məsin və soyumasın. Bədən temperaturu 36,5-37,5° C (düz bağırsaqda hərərət 1°C yüksək) olmalıdır.

Körpə üzərində əməliyyatlar (zond vasitəsilə qidalandırma, qanköçürmə, venaya maye yeridilməsi, əzələyə iynə vurulması, yüngül təmizləmə) küvezdə və ya isidilən reanimasiya masası üzərində aparılmalıdır. Ümumiyyətlə, bütün əməliyyatlar və prosedurlar minimuma endirilməlidir.

Yenidoğulmuşun immunoloji reaktivliyi zəif və tez tükənən olduğu üçün, sanitariya-epidemioloji tədbirlərə xüsusi fikir verilməlidir. Uşağa qulluq edən tibb bacısının, həkimin əlləri tələb olunan qaydada təmizlənməli, steril rezin əlcəklərdən istifadə edilməlidir. Körpəyə qulluq üçün işlədilən əşyalar, materiallar steril olmalıdır.

Bağlı küvezlərdə mikroblar, xüsusən bağırsaq çöpləri, stafilokokklar sürətlə inkişaf edib artırlar. Buna görə 3-4 gündən bir küvez dəyişdirilməli, dezinfeksiya edilməlidir (xəstəxanadaxili infeksiyanın profilaktikası).

Körpənin küvezdə saxlanma müddəti fərdi olaraq müəyyən edilir. Yarımqıq doğulmuşun yetkinlik dərəcəsi, istiliyi saxlaya bilməsi, patoloji prosesin xarakteri və s. səbəblərdən asılı olaraq küvezdə saxlanma müddəti 2-3 gündən 2-3 həftəyə qədər davam edə bilər. Bağlı küvezdən sonra uşaq açıq küvezə (çarpayı - isitqac) köçürülür. Belə çarpayı-isitqaclara bədən kütləsi 1600-1800 qr-dan çox olan yarımqıq doğulmuşlar, bağlı küvezə ehtiyacı olmayanlar yerləşdirilə bilər. Bu çarpayıların köməyi ilə körpəni yaxından əhatə edən havanın hərəti 28-29°C–yə çatdırılır ki, bu da yenidoğulmuşu palatanın hərətinin dəyişkənliyindən mühafizə edir.

Palatada hərət 24-25°C olan şəraitdə uşaq bədən hərətini saxlayarsa, kütləsi 1800-1900 qr-a çatmışsa, onu adi çarpayıya köçürürlər. İsitqaca ehtiyac meydana çıxarsa onu uşağın bədənindən 10-15 sm aralı yerləşdirirlər. Adətən isitqac aşağı ətraflarla birlikdə yüngül adyalla örtü-

lür. Bununla da uşağın ətrafında isinmiş hava zonası yaranır. İsitqacın uşaq üçün təhlükə yaratmayacağına əmin olmaq vacibdir. Açıq küvezdə olduğu kimi, çarpayıda da uşaq sərbəst olmalıdır. Yəni qolları açıq, ayaqları isə əsgü və adyalla örtülmüş olur.

Küvezdə yerləşdirilən dərin yarımçıq doğulmuş uşaqların dəri və selikli qişaları xarici mühit təsirinə, müxtəlif travmalara daha tez-tez məruz qalır. Onlarda yataq yarası çox asanlıqla inkişaf edə bilər. Ona görə 3-4 saatdan bir uşağın vəziyyəti dəyişdirilməlidir. Çox vacib deyilsə dəriyə plastr köməyi ilə nə isə yapışdırmaqdan çəkinmək lazımdır. Çünki dəridə kəskin maseriyə əmələ gəlir. Yaxşı olar ki, plastr yapışdırılacaq yerə əvvəlcədən lifuzol çəkilsin. Oksigenin və karbon qazının gərginliyini dəri vasitəsilə müəyyən etmək üçün işlədilən örtücülərin (pulsaksimetr) hərarəti 41°C-dən yuxarı olmamalıdır. Onların yeri yanıq əmələ gəlməmək üçün 2-3 saatdan bir dəyişdirilməlidir. Monitor elektrodları da yarımçıq doğulmuş uşaqların dərisini travmaya uğrada bilər. Bunun qarşısını almaq üçün poliuretan və ya pektin örtüyündən istifadə edilir.

Yarımçıq doğulmuş uşaqların dərisindən toksiki maddələr və spirt asanlıqla sorulduğu üçün həmin maddələr çox işlədikdə fəsadlar baş verə bilər. Adı hesab edilən qulluq vasitələri dərin yarımçıq doğulmuş uşaqlarda müxtəlif pozğunluqlara gətirib çıxara bilər. Ona görə də hər bir tədbirin yerinə yetirilməsinə fərdi yanaşılır.

Yarımçıq doğulmuş uşaqlarda dilin düşüb udlağa tıxanması ("dilnin düşmə sindromu") tez-tez rast gəlir ki, bu da öz növbəsində tənəffüsün çətinləşməsinə, apnoeyə səbəb olur. Bunun qarşısını almaq üçün çiyinlərin altına kiçik yastıqça qoymaq lazımdır ki, baş arxaya atılsın. Uşağı

üzüaşağı uzandırmaqla da bu ağırlaşmanın qarşısını almaq olar. Lakin belə vəziyyət tibb bacısından və həkimdən daha diqqətli olmağı tələb edir.

Yenidoğulmuş üçün hiperoksiya da zərərli dir. Bu baxımdan oksigenin adekvat verilməsinə xüsusi nəzarət edilməlidir. Bu məqsədlə pulsoksimetrlərdən geniş istifadə olunur. Nəbz, tənəffüs və saturasiyaya nəzarət monitor vasitəsilə aparılmalıdır.

Yarımqıq doğulmuş uşaqların adi sayılan təsirlərə-toxunmaya, auskulastasiyaya, palpasiyaya, işığa, səsə və s. qarşı mənfi reaksiyaları olur. Buna görə də hər bir müayinə və qulluq tədbirləri minimuma endirilməli və son dərəcə ehtiyatla aparılmalıdır.

Vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqların adekvat inkişafının əsasında adekvat qulluq və qidalanma durur.

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞULMUŞ UŞAQLARIN QİDALANMA ÜSULLARI

Yarımqıq doğulmuşların qidalanma üsulları aşağıdakılardır:

1. Enteral yolla qidalanma - döşlə, qaşığıla, əmzikle, birdəfəlik və daimi kateterlərlə (nazoqastral, oroqastral) qidalanmadır

2. Parenteral qidalanma - göbək venasına, vəkəzi və periferik venalara qida maddələrinin yeridilməsidir

Doğularkən kütləsi 2 kq-dan çox olan yenidoğulmuş uşaqlar (hestasiya yaşı 33-34 həftə) ana döşü ilə qidalandırıla bilər. Əgər uşaq döşü zəif əmirsə, bir neçə gün südü

qaşıq vasitəsilə vermək lazımdır. Sonra körpə döşə qoyulur və onun əmduyi südün miqdarına çəki əsasında nəzarət edilir. Bədən kütləsi 2000-1500 qr olan yenidoğulmuş uşaqlar əvvəlcə zondla yedizdirilir, sonra təcridlə döşə qoyulur. Körpənin udma refleksi yaxşıdırsa, südü zondla deyil, qaşıqla vermək olar. Kütləsi 1500 qr-dan aşağı olan dərin yenidoğulmuş uşaqlar əsasən zond vasitəsilə qidalandırılırlar.

Yarımçıq doğulmuş uşaqların qidalandırılması sxematik olaraq aşağıdakı mərhələlərlə aparılır:

1. Başlanğıc və minimal qidalandırma

2. Qida həcmnin təcridlə artırılması

3. Həm ingredientlərə, həm də həcmə görə optimal qidalanma

Şerti sağlam yarımçıq doğulmuşlar doğulduqdan 1-2 saat sonra yedizdirilə bilər və bu zaman körpəyə ana südü verilməlidir. Çox kiçik bədən kütləsi ilə doğulan uşaqlara isə qidalandırmadan əvvəl, doğuşdan sonrakı 6-12 saat ərzində vena daxilinə 10%-li qlükoza vurulur (parenteral qidalanma). Əgər uşağın bədən kütləsi 1,3 kq-dan azdırsa 2 saatdan bir, 1,5 kq-dək olduqda 3 saatdan bir yedizdirilməlidir. Çəkisi 2,0 kq-dan çox olan yarımçıqdoğulmuşlar ilk 24 saat ərzində 2-3 saatdan bir qidalandırılmalıdır.

Zondun köməyi ilə yedizdirmə sutka ərzində 6-7 dəfə (gecə də daxil olmaqla) 4 və ya 3,5 saatdan bir aparılır. Xəstə uşaqların qidalanmasını 2-6 saatdan bir, sutkada 7-10 dəfə aparmaq olar.

Zondla qidalandırmaya göstərişlər: hestasiya yaşı <32 -34 həftə olan vaxtından qabaq doğulmuş uşaqlar, ürək və ağciyər xəstəlikləri olan yenidoğulmuşlar, MSS pozğunluğu olan yenidoğulmuşlar, ASV, CPAP-a ehtiyac duyan yenidoğulmuşlar, mədə-bağırsaq traktı pozğunluğu olan yeni-

doğulmuşlar.

Zond yeritmənin üsulları: oroqastral (ağızdan mədəyə), nazoqastral (burundan mədəyə), qastrostoma (qarının divarından mədəyə)

Oroqastral zond tənəffüs yollarını qapamır, az sayda apnoe, nadir hallarda bradikardiya yaradır.

Nazoqastral zond tənəffüs yollarını qapayır, yara əmələ gəlməsi təhlükəsi var, CPAP aparılması üçün lazım olan nazal kanyulaların istifadəsi mümkün olmur.

Zondla qidalandırmanın aşağıdakı formaları ayırd edilir:

1. Fasiləli zondla qidalandırma (ZQ) qidanın zond vasitəsilə porsiyalarla mədəyə yeridilməsi ilə aparılan qidalanma rejimidir.

2. Fasiləsiz zondla qidalandırma (ZQ) – uzunmüddətli və ya sutka ərzində qidanın infuzion nasosla mədəyə fasiləsiz yeridilməsi ilə qidalanma rejimidir.

Qastrostoma vasitəsilə qidalandırma: qastrostoma borusu (kateteri) vasitəsilə qidanın mədəyə yeridilməsi ilə aparılan qidalandırma üsuludur. Mədə-bağırsağ sistemində (ən çox anadangəlmə qüsurlarda) aparılan cərrahi əməliyyatlardan əvvəl və ya sonra tətbiq olunur.

Parenteral qidalanma. Bu zaman orqanizmə lazım olan qida maddələri periferik və ya mərkəzi venadan yeridilir. Parenteral qidalanmada məqsəd orqanizmdə su-elektrolit balansını bərpa etmək və uşağı tam dəyərli qidalanma ilə təmin etməkdir. Bunun üçün su və qida komponentləri: zülallar (vaminolakt, vaminqlükoz), yağlar (intralipid), karbohidratlar (5,10,20,40%-li qlükoza məhlulu), elektrolidlər və mikroelementlər (kalsium qlükonat, kalium xlorid, peditreys və başqaları), vitaminlər istifadə olunur.

Parenteral qidalanmaya göstərişlər: mədə-bağırsağ

traktının cərrahi və ağır xəstəlikləri, uzunmüddətli ishal, çox kiçik çəkili yenidoğulmuşlar.

Parenteral qidalanmaya əks-göstərişlər: a) mütləq əks-göstərişlər: hemodinamikanın kəskin pozulması, hipoksemiya; b) nisbi əks-göstərişlər: hiperbilirubinemiya, qanaxma

Parenteral qidalanma zamanı ilk növbədə köçürüləcək vena seçilməlidir. Yarımçıq doğulmuş uşaqlarda mərkəzi venaların kateterizasiyası üsulundan istifadə edilir.

Parenteral qidalanmanın effektivliyinə nəzarət üçün körpə hər gün çəkilməli, boyu və başın dairəsi ölçülməlidir. Lazım gəldikdə plazmada albumin konsentrasiyası və digər biokimyəvi göstəricilər təyin edilməlidir. Körpənin vəziyyəti yaxşılaşdıqca tədricən enteral qidalanmaya keçirilir. Bu zaman zond üsuluna üstünlük verilir. Uşağın vəziyyətində ağırlaşma baş verərsə, yenidən parenteral qidalanma tətbiq edilə bilər.

FƏSİL 3. SAĞLAM UŞAQLARIN QİDALANDIRILMASI

SÜDƏMƏR UŞAQLARIN YEDİZDİRİLMƏSİ

Südəmərlər uşaqların qida maddələrinə tələbatı çox böyükdür. Düzgün və rəşional qidalanma uşaqların inkişafının və sağıamlığının möhkəmlənməsinin əsas şərtlərindən biri olub, xarici mühit faktorlarına qarşı orqanizmin müdafiəsini təmin edir. Qeyri-düzgün qidalanma, qidalı maddələrin çatmamazlığı uşaqların əqli və fiziki inkişafında özünü büruzə verir və müxtəlif infeksiya xəstəliklərinə qarşı müqavimətini azaldır. Uşaqların artıq yedizdirilməsi də zərərli dir. Kök və passiv uşaqlar zəif inkişaf edir, tez-tez xəstələnirlər. Qidanın miqdarı ilə yanaşı tərkibi də mühümdür. Belə ki, zülalların, yağların, karbohidratların və duzların nisbəti uşağın tələbatına uyğun olmalıdır. Uşağın qidasında maddələr mübadiləsində aktiv iştirak edən vitaminlərin və mikroelementlərin də olması vacibdir.

Bir yaşına kimi uşaqların qidalanmasında 3 növ qidalanma tətbiq oluna bilər: təbii, qarışıq, süni qidalanma.

TƏBİİ QİDALANMA

Təbii qidalanma zamanı uşaq yalnız ana südü ilə qidalanır. Uşaq həyatının 1-ci ilində, əsasən də ilk 6 ay ərzində təbii qidalanma, yəni ana südü ilə qidalanma çox mühümdür. Belə ki, ana südü 23 ayınadək uşaqlar üçün enerji və qida maddələri mənbəyidir. Uşağın ana südü ilə təbii qidalanması həyatının ilk dövrlərində onun böyümə və inkişafını təmin etməklə yanaşı, həm südəmərlər dövründə, eləcə də böyük yaş dövrlərində bir çox xəstəliklərin profilaktikası üçün

böyük əhəmiyyətə malikdir. Bu səbəbdən ÜST - nin tövsiyəsinə görə uşaq 2 yaşına kimi ana südü ilə qidalanmalıdır.

Ana südünün üstünlükləri. Ana südü çox mürəkkəb tərkibə malikdir. Onun tərkibində 500-dən çox komponent aşkar edilmişdir. Ana südünün tərkibi uşaq orqanizmində maddələr mübadiləsinin və həzmin xüsusiyyətlərinə uyğundur. O, uşaq orqanizminin inkişafı üçün lazım olan bütün qidalı maddələrlə – zülallar, karbohidratlar, yağlar, mineralar, vitaminlər, hormonlar və immunoqlobulinlərlə zəngindir. Ana südü tez mənimsənilir. Ana südü 1,5-2,5 saata, süni qarışıqlar isə 3-4 saata həzm olunur.

Ana südünün əsas hissəsini – 80%-dən çoxunu su təşkil edir. Bu, adi yox, bioloji aktiv sudur və ona görə də uşaq orqanizmi tərəfindən daha yaxşı mənimsənilərək, onun suya olan tələbatını tam şəkildə təmin edir. Hətta ilin ən isti yay aylarında belə gün ərzində daha tez-tez ananın südünü əmməklə, uşaq mayeyə olan tələbatını tam ödəyir və bədənin susuzlaşmasından əziyyət çəkmir. Belə ki, ana südünün tərkibi fəsildən, günün vaxtından, uşağın yaşından və sağlamlıq vəziyyətindən asılı olaraq dəyişir. Ana südünün tərkibində zülal, yağ və karbohidratların nisbəti 1:3:6 kimidir. Bu da südəmər uşaq üçün ən optimal nisbətdir.

Ana südünün digər vacib tərkib hissəsi – karbohidratlardır. Ana südündə olan karbohidratların xeyli hissəsi– β laktozadan (süd şəkəri) təşkil olunmuşdur. β laktoza ana südünün tərkibində olan kalsium və dəmir elementlərinin uşaq orqanizmi tərəfindən mənimsənilməsinə kömək edir, uşağın bağırsaqlarında lakto və bifidobakteriyaların əmələ gəlməsini stimullaşdırır. İnek südünün tərkibində isə α laktoza üstünlük təşkil edir. Bu da bağırsaqlarda bağırsaq çöpünün inkişafına səbəb olur. Buna görə də süni qidalanan uşaqlarda mədə-bağırsaq pozğunluqları daha çox rast gəlinir.

Ana südünün tərkibində uşaq orqanizminin inkişafı üçün çox vacib olan doymuş və doymamış yağ turşuları da var. Doymamış yağ turşuları həm uşağın beyninin normal inkişafı üçün vacibdir, həm də bağırsağ hüceyrələrinin yetkinləşməsinə kömək edir.

Ana südünün tərkibində zülalların miqdarı yağların miqdarından xeyli dərəcədə az olur. Uşaq böyüdükcə zülalların miqdarı tədricən daha da azalmağa başlayır. Zülallar albumin və qlobulinlərdən təşkil olunaraq əvəz olunmayan amin-turşuları ilə zəngindir. İnek südündə zülalların miqdarı ana südündəkindən 2 dəfə çoxdur və kazeindən ibarətdir. Kazein uşağın mədə-bağırsağ sistemi tərəfindən çətin həzm olunur. Uşaq orqanizminə qida vasitəsilə zülalların artıq dərəcədə daxil olması böyrəklərin yüklənməsinə, metabolik stressin baş verməsinə, gələcəkdə piylənmə və şəkərli diabetin inkişaf edə bilmə riskinin artmasına səbəb ola bilər. Ana südünün tərkibində neyroaktiv xüsusiyyətə malik taurin maddəsi var. Bu səbəbdən ana südü alan uşaqlarda daha yüksək psixomotor, emosional və intellektual inkişaf müşahidə edilir. Təbii qidalanan uşaqlar profilaktik peyvəndlərə daha düzgün reaksiya verir.

Ana südünün tərkibində, həmçinin uşaq orqanizminin uyğun dövrü üçün tələb olunan qədər vacib vitaminlər, mikroelementlər və mineral maddələr də var və bu maddələr uşaq orqanizmi tərəfindən praktik olaraq tam şəkildə mənimsənilir. Ca və P nisbəti ana südündə 2:1, inək südündə isə 1:1-dir. Buna görə də təbii qidalanan uşaqlarda raxit xəstəliyinə az rast gəlinir. İnek südündə dəmirin miqdarı daha çox olmağına baxmayaraq onun cəmi 10%-i bağırsaqlardan sorulur. Halbuki, ana südündəki dəmirin 70%-i sorulur. Buna görə də süni qidalanan uşaqlarda anemiyaya daha çox təsadüf olunur.

Qida mənbəyi olmasından savayı ana südü uşaq orqanizmini zərərli mikrobların, müxtəlif infeksiyaların və s. mənfi faktorların təsirindən də qoruyur, immun sistemin normal inkişafına aktiv şəkildə kömək edir. Ana südü müxtəlif immun faktorları ilə zəngindir. Ana südü vasitəsilə uşaq orqanizminə qoruyucu maddələr, yeni antitellər daxil olur ki, bu da uşağı həyatının ilk aylarında bir çox infeksiyon xəstəliklərdən qoruyur. Bu səbəbdən ilkin süd – ağız südü uşağın aldığı ilkin peyvənd kimi də dəyərləndirilir. Ana südü canlı substansiyadır. Tərkibində qanın tərkibindəki qədar canlı hüceyrələr var. Bu hüceyrələr bakteriyaları, göbələkləri və bağırsağın parazitlərini aktiv surətdə parçalayır, immun cavabı tənzimləyir. Süni qarışıq isə ölü məhsuldur. Onun hazırlanması zamanı inək südü yenidən işlənir, qurudulur. Bu zaman canlı hüceyrələr və antitellər məhv olur.

Ana südü təmiz məhsuldur. Bakteriyalar ana südündə süni qarışıqlara nisbətən yavaş çoxalırlar. Təmiz qabda ağız bağlı vəziyyətdə saxlanılan an südü otaq temperaturunda 10 saatadək yoluxmamış qalır. Körpənin butulkadan qidalanması isə təbii proses deyil. Bu, çirkləndirici hər hansı bir maddənin və mikrobların südlü qarışıqlara daxilolma ehtimalını artırır. Qablaşdırma və konservləşdirmə zamanı da zərərli maddələr onların tərkibinə düşə bilər. Ana südü optimal temperatura malikdir. Hər zaman təzədir, istidir, ekonomikdir və qida dəyəri yüksəkdir.

Laktasiya. Laktasiya-süd vəzisi tərəfindən südün hazırlanması və onun ifraz olunması prosesidir. Süd vəzilərinin tam süd hasil etmə funksiyası doğuşdan sonra 48-72 saat ərzində baş verir. Lakin körpənin erkən döşə qoyulması bu prosesi sürətləndirir. Uşağın ana südünü əmməsinin sayının artırılması südün hazırlanması prosesini stimullaşdırır.

Ananın döşündə əmələ gələn **ilkin süd malozivo** adla-

nır və miqdarca nisbətən az olur. Buna baxmayaraq onun miqdarı yeni doğulan körpə üçün kifayət edir. İlk süd yetkin ana südü ilə müqayisədə daha qatı olur və onun tərkibindəki qida maddələrinin miqdarı daha çox olur. Malozivo yağlarla çox zəngindir, qida dəyəri yüksəkdir, tərkibində zülallar və antitellər var, rəngi sarımtıldır. 3-4 gündən sonra ağız südünün tərkibi dəyişir və uşaq **keçid südü** adlanan südlə, 1 həftə sonra isə artıq daha sabit tərkibə malik **yetmiş** südlə qidalanır.

Hipoqalaktiya ana südünün əmələ gəlməsi və ifrazının zəifləməsidir. Zahılıq dövrünün ilk 3 ayında və 5 -ci ayda fizioloji hipotalaktiya(laktasion krizlər) meydana çıxır. Bundan sonra hər 1,5-2 aydan bir hipotalaktiya 3-8 gün müddətində təkrarlana bilər. Profilaktika məqsədilə bu dövrdə uşağı 2 saatdan bir döşə qoymaq lazımdır. Əgər laktasiya bərpa olunmazsa, səbəb aydınlaşdırılmalı və aradan qaldırılmalıdır.

SÜD VERƏN ANANIN DİETA VƏ REJİMİ

Körpənin ilk 6 ayı ərzində ana südü əvəzolunmaz qidadır. Bütün bunları nəzərə alaraq süd verən ana özünün gündəlik rejiminə və qida rasionuna fikir verməlidir.

Döş əmizdirən ananın qidası tam dəyərli, zülallar, yağlar, və karbohidratlarla zəngin olmalıdır. Bundan başqa, qidanın tərkibində B₁, B₂, C, PP, E vitaminləri üstünlük təşkil etməlidir. D vitamini ananın qidasında xüsusilə vacibdir. Bu məqsədlə gündə 1-2 xörək qaşığı balıq yağı qəbul etməlidir. Əgər iqlim və mənzil şəraiti yaxşı deyilsə, ana əlavə olaraq D vitamini qəbul etməlidir. Soğan, sarımsaq iyi südə keçdiyi üçün onların miqdarı azaldılmalı və ya qida rasionundan

tam çıxarılmalıdır. Ana daima təzə meyvə-tərəvəzlə təmin olunmalıdır. Lakin allergik reaksiyalar təhlükəsi olduğundan sitrus meyvələri azaldılmalıdır. Süd verən ana tərəfindən spirtli içki, narkotik qəbulu və siqaret çəkmək qadağandır. Çünki alkoqol, narkotiklər və nikotin südə keçərək uşaq orqanizminə toksiki təsir göstərir.

Süd verən ana qəbul etdiyi mayenin miqdarını 2 litrə qədər artırmalıdır. Qidanın kaloriliyi həmişəkinə nisbətən 700-1000 kalori artıq olmalıdır. Ana hər gün 180-200 qr ət, 50 qr kəsmik, 20 qr pendir, 50 qr kərə yağı, 1 yumurta, 3 stəkan süd, 800 qr meyvə-tərəvəz və 500 qram çörək qəbul etməlidir.

Süd vəzilərində qulluq. Ana uşağı əmizdirən zaman aşağıdakı qaydalara riayət etməlidir:

1. Yedirmədən əvvəl ana əllərini sabunla yumalı, saçlarını ləçəklə bağlamalı və lazım gəldikdə maska taxmalıdır

2. Yedirmədən əvvəl ana özü 1-2 damcı südü sağır, bu südlə döş giləsini və giləətrafı nahiyəni silir

3. İlk 3-4 gün ərzində ana uzanmış vəziyyətdə uşağı yedizdirməlidir. Uşaq anaya paralel qoyulur. Ana yanı üstə uzanır. Uşaq gilədən başqa giləətrafı sahəni də ağızına almalıdır

4. 4-5-ci gündən sonra ana oturmuş vəziyyətdə uşağı əmizdirməlidir

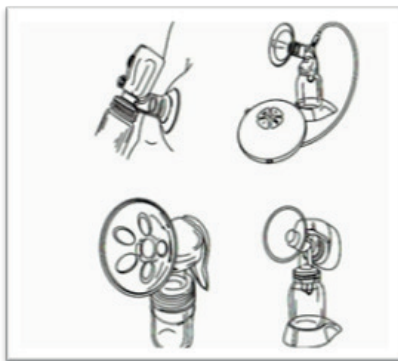
5. Yedizdirdikdən sonra döş giləsi distillə olunmuş su ilə yuyulmalı və steril pambıqla qurulanmalıdır. Ana pambıq materialdan boş döşlük geyməli və bu zaman döş giləsinin ucuna 3-4 qat qatlanmış tənzif qoymalıdır.

DÖŞLƏ ƏMİZDİRMƏ QAYDALARI

İlk döşlə qidalandırma yenidoğulmuşun və ya ananın vəziyyəti nəzərə alınaraq təxirə salına bilər. Sonra körpəni istədiyi vaxtda və istədiyi qədər qidalandırmaq lazımdır (sərbəst qidalanma). Yenidoğulmuşların bəziləri sutka ərzində 6-8 dəfə, digərləri isə 10-15 dəfə döşlə qidalandırmasını tələb edə bilər. Tez-tez döşə qoyulma (xüsusən gecə əmizdirməsi) laktasiyanın güclənməsinə səbəb olur (prolaktin ifrazı artır). Əgər uşaq döşlə qidalandırılarsa, ona butulka ilə qida verilməməlidir. Uşaq həm oturmuş, həm də uzanmış vəziyyətdə yedizdirilə bilər. Uşaq əmizdirilən zaman ana çalışmalıdır ki, süd vəzisi tam boşalsın. Körpə bir döşü əmdikdən sonra doymazsa, digər döşə qoyulmalıdır. Körpə adətən qısa və cəld hərəkətlərlə əmməyə başlayır, daha sonra hərəkətlər yavaş və dərin olur. Əmmə adətən 20-30 dəq. davam edir.

Ana südünün sağılması.

Əgər körpənin və ya ananın vəziyyəti səbəbindən uşağı döşə qoymaq mümkün deyilsə, süd sağılmalı və körpə sağılmış südlə qidalandırılmalıdır. Südü sağmaq məqsədilə elektrikle və ya əllə işləyən süd sağan aparatlardan istifadə edilə bilər.



Ana südü həmçinin əllə də sağıla bilər. Ana südü gün ərzində hər 2-3 saatdan bir, gecə 1 dəfə sağılmalıdır (8-10 dəfə sutka ərzində). Süd sağılarkən şırnaq axması dayandıqdan sonra 2 dəqiqə ərzində sağılma davam etməlidir. Sağılma müddəti 20-30 dəqiqədir.

Sağılmış ana südünün saxlanması. Sağılmış ana südü aşağıdakı şərtlərlə saxlanılmalıdır:

- 18-20°C otaq temperaturunda - 24 saatadək
- 25°C otaq temperaturunda - 6 saatadək
- 4-5°C-də soyuducuda - 48 saatadək
- Ümumi qapalı dondurucu kamerada - 2 həftəyədək
- Ayrıca qapısı olan dondurucu kamerada (- 20)°C - 4 ayadək

Dondurulmuş ana südü otaq temperaturunda əridilməlidir (donu açılmalıdır). Donu açılmış (əridilmiş) ana südü soyuducuda 24 saatadək saxlanıla bilər. Ana südü mikrodalğalı sobada isidilməməlidir (və ya donu açılmamalıdır), çünki bioloji aktiv maddələr və immunoqlobulinlər məhv olur.

DÖŞLƏ ƏMİZDİRMƏ ZAMANI ÇƏTİNLİKLƏR

Döşlə əmizdirmə zamanı rast gəlinən çətinliklər iki qrupa ayrılır:

1. Ana tərəfindən olan çətinliklər
2. Uşaq tərəfindən olan çətinliklər

Ana tərəfindən aşağıdakı çətinliklərə rast gəlinə bilər:

1. Ana südünün azlığı (hipoqalaktiya). Həqiqi hipoqalaktiya süd vəzlərinin morfoloji və funksional çatmamazlığı ilə əlaqədar olub, az rast gəlinir. Hipoqalaktiyanın ən çox rast gəlinən səbəbləri bunlardır: 1) döşlə qidanandırma qaydalarının və texnikasının pozulması - ilk dəfə döşə gec qoyulma, döşə gec-gec və qısa müddətə qoyulma, əmzidlərdən istifadə edilmə, uşağa əlavə olaraq digər yemək və ya mayenin vaxtından tez verilməsi; 2) psixoloji faktorlar - yorğunluq, narahatçılıq, stress, ananın istəyinin olmaması; 3) ananın qəbul etdiyi bəzi dərman preparatları - diuretiklər,

kontraseptiv preparatlar; 4) ananın pis verdişləri - spirtli içkilərin, narkotik maddələrin qəbulu, siqaret çəkmə.

2. Ananın döş giləsinin quruluşu. Yastı, içəriyə batmış, uzun, iri döş giləsi uşağın döşü normal tutmasına maneçilik törədir.

3. Ananın xəstəlikləri. Ananın bir sıra ağır infeksiyon və qeyri-infeksiyon xəstəlikləri zamanı döşlə qidalanma əks-göstərişdir.

Döşlə əmizdirmə zamanı uşaq tərəfidən çətinliklərə də rast gəlinə bilər:

1. Uşağın döşdən imtina etməsi. Uşağa sakitləşdirici dərman preparatlarının verilməsi, əmzidlərdən çox istifadə etməsi, uşağın uzun müddət anadan ayrı qalması, döşə düzgün qoyulmaması uşağın döşdən imtina etməsinə səbəb ola bilər.

2. Uşağın xəstəlikləri. Uşaqda rast gəlinən bəzi anadangəlmə qüsurlar və xəstəliklər zamanı uşağın döşə qoyulması əks-göstərişdir.

Döşlə əmizdirmə zamanı rast gəlinən çətinliklər mümkün qədər tez aradan qaldırılmalıdır. Tibb bacısı anaya döşlə düzgün qidalandırma qaydalarını başa salmalı, rejim və dieta haqqında məlumat verməlidir.

DONOR SÜDÜ

Donor südü-başqa sağlam ananın südüdür. Ananın südü kifayət etmədikdə və ya heç olmadıqda uşağı qarışıq və süni yedizdirməyə keçirməmək üçün ilk aylarda uşaq donor südü ilə yedizdirilə bilər. Bunun üçün donor südü toplayan məntəqələr təşkil edilməlidir. Donor öz uşağını uğurla əmizdirən sağlam qadın ola bilər. Donor ananın uşağına da nəzarət olmalı, çəkisinə fikir verilməlidir. Uşağa donor südü

verdikdən əvvəl süd anası mütləq müəyyən infeksiyaların olub-olmamasına görə yoxlanılmalıdır.

Donor südü sağılmış vəziyyətdə də uşağa verilə bilər. Belə südü soyuducuda və ya soyuducunun dondurucu kamerasında saxlamaq olar. Bu halda ana südü xarab olmur və öz faydalı xüsusiyyətlərini itirmir. Bu məqsədlə xüsusi ana südü bankları yaradılmalıdır. Bu banklarda süd azlığından əziyyət çəkən analar ana südü əldə edə bilərlər. Bu banklar uşaq poliklinikası, süd mətbəxi, doğum evi nəzərdə ola bilər. Yalnız donor südü tapmaq mümkün olmadığı halda ÜST uşağı süni süd qarışıqları ilə qidalandıрмаğı tövsiyə edir.

QARIŞIQ VƏ SÜNİ QIDALANMA

Qarışıq qidalanma. Əgər uşaq çəkisini artırmırsa, əm-diyi süd də azdırsa, hipoqalaktiyanı aradan qaldırmaq üçün müxtəlif vasitələrdən istifadə edilməlidir. Bu məqsədə uşaq tez-tez döşə qoyulur. Gecələr döşə qoyma daha önəmlidir, çünki gecələr prolaktin hormonunun sintezi çoxalır. Bununla yanaşı hipoqalaktiyaya ananın ağır xəstəlikləri də səbəb ola bilər. Əgər hipoqalaktiyanı əmələ gətirən səbəbi aradan qaldırmaq mümkün deyilsə, o zaman qarışıq qidalanmaya keçilir. Qarışıq qidalandırma zamanı ana əvvəlcə uşağı hər iki döşü ilə əmizdirir, daha sonra isə ona əlavə qida verir. Bu növ qidalanma həm də **doyuzdurma** adlanır.

Qarışıq qidalanma zamanı əlavə yemək kimi süni süd qarışıqlarından istifadə edilməlidir. Bu süd qarışıqları inək südündən hazırlanır. Süni qarışıqlar 2 hissəyə bölünür: adaptasiya olunmuş və adaptasiya olunmamış qarışıqlar. Adaptasiya olunmuş qarışıqlar ana südüne maksimum dərəcədə uyğunlaşdırılmış süni süd qarışıqlarıdır ("Semi-

lak”, “Hipp”, “Humana”, “Apilak”, “Nutrilon” və s.). Bu qarışıqlar uşağın qida maddələrinə olan tələbatını ödəyir.

Yalnız adaptasiya olunmuş qarışıqlar olmadıqda adaptasiya olunmamış sadə və turş qarışıqlardan istifadə oluna bilər. Sadə qarışıqları hazırlamaq üçün durulaşdırılmış süddən və müxtəlif həlimlərdən (5%-li düyü, qarabaşaq, yulaf) istifadə edilir.

Qarışıq qidalanma zamanı turş qarışıqlardan da istifadə olunur. Turş qarışıqlar mədədən yavaş keçir, asan həll olur. Bu qarışıqların ən yaxşısı kefiridir. Bu zaman kefirə mannı və şəkər əlavə olunmalıdır. Lakin turş qarışıqlar uşağın qida maddələrinə olan tələbatını tam ödəmir.

Qarışıq qidalanmada enerji tələbatı təbii qidalanmadan çox olmalıdır. Qarışıq qidalanma zamanı qida ingredientlərinə: zülal, yağ və karbohidratlara olan tələbat 1:2:4 nisbətində olmalıdır. Doyuzdurmanın miqdarını bilmək üçün 2-3 dəfə yoxlama çəki aparılmalıdır. Qarışıq qidalanma zamanı verilən qida döşə əlavə olaraq verilir, bu zaman həm laktasiya artır, həm də qida yaxşı həll olur. Əgər laktasiya artmırsa, o zaman bir döş əmməni yeməklə əvəz edirlər. Əmizdirmələrin sayı təbii qidalanmada olduğu kimidir. Süd qarışıqları uşağa əmzikli şüşədən və ya qaşıqla verilir.

Əlavə yemək qarışıq qidalanma zamanı iki həftə tez verilir.

Süni qidalanma. Əgər yenidoğulmuş uşaq müəyyən səbəblər üzündən ana südü ala bilməyib, inək südü və ya inək südündən hazırlanmış süd qarışıqları alırsa, bu növ qidalanma süni qidalanma adlanır. Süni qidalanmaya səbəb hipoqalaktiya və ananın ağır xəstəlikləri ola bilər. Əgər mümkünə, belə uşaqlara ilk həftə başqa ananın sağılmış südü verilməlidir. Bu cür süd «donor» südü adlanır.

Süni qidalanma zamanı uşağın qida ingredientlərinə olan tələbatı 1 kq çəkiyə aşağıdakı kimidir: zülal - 4,5 qr,

yağ - 7,5 qr, karbohidrat - 13-14 qr (təbii qidalanmada zülal 2-2,5qr, yağ 6-7qr, karbohidrat 12-14qr) . Bunların nisbəti 1:1,5:3 kimidir. Buradan belə görünür ki, süni qidalanma zamanı zülalın miqdarı 2 dəfə çox olmalıdır. Bundan başqa süni qidalanma zamanı enerji tələbatı təbii qidalanmadan 10% çox olmalıdır.

Sutka ərzində süd qarışıqlarının miqdarı 1 l-dən artıq olmamalıdır. Gün ərzində uşaq 5 dəfə qidalanmalıdır, yedizdirmələrarası fasilə uzun (3-3,5 saat) olmalıdır. 1-1,5 aydan başlayaraq uşağa meyvə-tərəvəz şirələri verilir. Bu zaman damcılarla başlayıb, şirənin miqdarı tədricən 30-50 ml-ə çatdırılır.

Süni yedizdirmə zamanı tez-tez yoxlama hesablamalar aparmaq lazımdır ki, uşağın qida maddələrinə tələbatının tam ödənilməsi müəyyən olunsun. Qidanın ümumi miqdarı ilə yanaşı ayrı-ayrı inqredientlərinə də tələbat ödənilməlidir. Məsələn: zülal çatmadıqda-kəsmik, yağ çatmadıqda-qaymaq verilir. Yedizdirmədən əvvəl süd qarışığı 40-45°C qızdırılmalıdır. Uşağı qucaqda yedizdirmək daha düzgündür. Əmzikli şüşə uşağa maili vəziyyətdə tutulmalıdır ki, hava udulmasın. Əmzik steril olub, ağızbağlı stəkanın içərisində saxlanılmalıdır. Əmziyin dəliyi çox böyük olmamalıdır: süd damlaları tökülməlidir. Yedizdirmə 10-15 dəqiqə çəkməlidir. Yedizdirmədən sonra butulka isti su ilə yuyulur, şotka ilə təmizlənir, yaxalanır, şüşə qab isə qaynadılır. Süni qidalanmada əlavə yeməklər bir ay tez verilir (IV aydan). Birinci əlavə yemək tərəvəz püresi, bəzən isə qatıq ola bilər.

BİR YAŞDAN SONRA UŞAQLARIN QİDALANMASI

Uşaq, həyatının II yarım ilindən etibarən müxtəlif qidalar qəbul edir. Bir yaşda uşağın artıq 6-8 dişi olur, çeynəmə aparatı kifayət qədər yaxşı inkişaf edir, mədə turşuluğu, mədə və bağırsaqların fermentativ aktivliyi artır. Bu imkan verir ki, uşağın qidaları daha müxtəlif olsun. Bunun üçün kefir, müxtəlif yarmalar (qarabaşaq, buğda, düyü), tərəvəzlər, meyvələr, yumurta verilir.

1 kq çəkiyə qida maddələrinə tələbat aşağıdakı kimidir: zülal - 4,0 qr, yağ - 4,0 qr, karbohidrat - 15-16 qr.

Qida rejiminə ciddi əməl olunmalıdır: 1,5 yaşdan başlayaraq uşaqlar 4-5 dəfə, sonra isə 4 dəfə qidalanmalıdır. Sutkalıq enerji tələbatının 35%-i naharda, 25%-i səhər və 25 %-i axşam, 10-15%-i səhərlə günorta arası ödənilir. Qidanın əsas tərkib hissəsini heyvan mənşəli yağlar və zülallar təşkil edir. 1-3 yaşda qəbul olunan zülalın 75%-i, 4-6 yaşda 65%-i, 7 yaşda 50%-i heyvani mənşəli olur. Onların yaxşı həzm olması üçün bitki mənşəli zülallar qəbul olunmalıdır. Heyvan mənşəli zülalların mənbəyi ət və süddür. Mal və toyuq ət, qaraciyər uşaqlar tərəfindən yaxşı həzm edilir.

Bitki mənşəli zülalı uşaq çörək və yarmalardan alır. Heyvan mənşəli yağı uşaq kərə yağı, kəsmik, xama, qaymaq, üzlü süd və yumurta sarısından alır.

1,5 yaşdan sonra uşağa bitki yağı verilməlidir (qarğıdalı, günəbaxan, zeytun və s.). Bu təqribən gündəlik yağ tələbatının 10-15%-ni təşkil edir. Uşaq üçün ən qiymətli qida maddəsi yumurta hesab olunur. Onun tərkibində fosfor, vitaminlər (A,E,D) var. 1 yaşdan böyük uşaqların qidasına gündə bir qaynanmış yumurta daxil edilməlidir. Uşağın gün-

dəlik qida rasionuna tərəvəz püresi, şirələr daxil olunmalıdır. Meyvə-tərəvəz uşağın inkişafı üçün lazım olan vitaminlərin, mineral duzların, mikroelementlərin mənbəyi rolunu oynayır. Bu yaşda uşaqlara göyerti (soğan, turşəng, şüyüd) vermək olar.

Uşaq 1-3 yaşa qədər gün ərzində 100-150 qr çörək yeməlidir. Tərəvəz və ət şorbaları gündə bir dəfə naharda 100-150 ml miqdarında verilir. 2-ci yemək buxarda bişmiş küftəcik, tərəvəz püresi, yarmalar və sıyıqlardan ibarətdir. 2 yaşdan azı dişləri çıxdığı üçün uşaqlara bərk yeməklər verilir (meyvə, qızardılmış döymə ət, və s.). Uşaqlara ədviyyat, konservləşdirilmiş yeməklər, kolbasa verilmir. 2 yaşdan uşağa pendir, kürü vermək olar. Maye tələbatını ödəmək üçün meyvə suyu, şirələr, süd, kəməşirin su verilir. Qida rejimi 4 dəfəlik olmalıdır. 1,5 yaşdan uşaq sərbəst yeməyə öyrənməlidir. Bu, çox vaxt iştahanı artırır. Yeməkdən qabaq ana onun isti və soyuq olduğuna fikir verməlidir.

SUTKALIQ VƏ BİRDƏFƏLİK SÜDÜN MİQDARININ HESABLANMASI

Sutkalıq və birdəfəlik südü hesablamaq üçün müxtəlif üsullardan istifadə edilir. Sutka ərzində lazım olan südün miqdarı aşağıdakı düsturlar vasitəsilə hesablanır.

Finkilşteyn düsturu. İlk 7-8 günündə sutkalıq südün miqdarını hesablamaq üçün həyatın günləri 70-ə (çəkisi 3200 qr-dan az olan uşaqlarda) və ya 80-ə (çəkisi 3200 qr-dan çox olan uşaqlarda) vurulur:

Sutkalıq südün miqdarı = n x 70 və ya 80

n – uşağın günlərlə yaşıdır.

8-10 günündə uşaq sutka ərzində adətən 500 ml, 10

gündən 3 ayadək 650-700 ml süd əmir.

2 həftəyə qədər yenidə doğulmuşlarda sutkalıq südün miqdarı belə hesablanır:

Sutkalıq südün miqdarı = çəkinin 2%-i x n

n – günlərin sayıdır.

2 həftədən sonra isə sutkalıq süd bədən çəkisinin 1/5-nə bərabər olmalıdır. Məsələn, çəki 2000 qr olduqda sutkalıq südün miqdarı $2000 : 5 = 400$ ml olmalıdır.

Birdəfəlik südün miqdarını hesablamaq üçün sutkalıq südün miqdarını yedizdirmələrin sayına bölmək lazımdır. Məsələn, $400 : 8 = 50$ ml (8-əmizdirmələrin sayı).

Zond vasitəsilə sutkada 6-7 dəfə qidalanma aparılarkən südün birdəfəlik həcmi uşağın kütləsinin doğulduğu günlərin sayına və 3 rəqəminə hasili ilə də hesablanar:

Birdəfəlik südün miqdarı = 3 x uşağın doğulduğu günlərin sayı x kütləsi (kq)

Belə hesablama uşağın 10 günlüyünə qədər aparılır. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, kalori üsulu ilə bu metod arasında müəyyən qədər fərq ola bilər.

1 yaşa qədər uşaqların hər ayında sutkalıq südə olan tələbatı 3 üsulla hesablanır:

1. Şkarin düsturu. 2 aylıq (8 həftəlik) uşaq sutka ərzində 800 ml süd almalıdır. Əgər o kiçikdirsə, hər çatışmayan həftəyə 50 ml çıxılır. Məsələn: uşaq 5 həftəlikdir

sutkalıq südün miqdarı = $800 - (50 \times 3) = 650$ ml

Əgər uşaq 2 aydan (8 həftədən) böyükdürsə, onda hər sonrakı aya 50 ml əlavə olunur. Məsələn: uşaq 3 aylıqdır

sutkalıq südün miqdarı = $800 + (50 \times 1) = 850$ ml

2. Həcm üsulu. Bu üsulda uşağın yaşı ilə yanaşı çəkisi də nəzərə alınır. Sutkalıq südün miqdarı aşağıdakı kimi hesablanır:

2 həftədən – 6 həftəyə kimi - çəkinin 1/5-i qədər

6 həftədən – 4 aya kimi - çəkinin 1/6-i qədər

4 aydan – 6 aya kimi - çəkinin 1/7-i qədər

6 aydan – 9 aya kimi - çəkinin 1/8-i qədər

9 aydan sonra - çəkinin 1/9-i qədər

3. Kalori üsulu. Ən dəqiq üsuldür. Bu üsul hər ayda uşağın enerjiyə tələbatına əsaslanmışdır. Kalori üsuluna görə sutkalıq südün miqdarı aşağıdakı kimi hesablanır:

Birinci kvartalda (ilk 3 ayda) – 130-120 kkal/kq

İkinci kvartalda (ikinci 3 ayda) – 120-110 kkal/kq

Üçüncü kvartalda (üçüncü 3 ayda) – 110-100 kkal/kq

Dördüncü kvartalda (dördüncü 3 ayda) – 100-90 kkal/kq

1 litr ana südü - 700 kkal təşkil edir. Beləliklə, südün və ya süd qarışığının enerji dəyərini bilərək sutkalıq südün miqdarını hesablamaq olar.

SÜDƏMƏR UŞAQLARA ƏLAVƏ QİDALARIN VERİLMƏSİ

Əlavə qidalanma həm ana südü ilə qidalandırılan uşaqlara, həm də qarışıq və süni qidalanmada olan uşaqlara aiddir. Adətən uşağın 6 aylığından başlayaraq qida rasionuna əlavə qidalar daxil edilir. Ana südündən və süni süd qarışıqlarından əlavə uşağın qida rasionuna daxil edilən istənilən qida əlavə qidalandırma adlanır. Bu məqsədlə sıyıqlar, meyvə və tərəvəz püreləri, dana və toyuq ətindən hazırlanan müxtəlif yeməklər, süd məhsulları (kəsmik, yoqurt, kefir və s.), yumurta və s. verilə bilər (əlavə 1). Əlavə qidalanma uşaq orqanizmi üçün vacib olan maddələrin, vitaminlərin, mikroelementlərin daxil edilməsi, onun bağırsaqlarının stimulyasiyası, bağırsaq motorikasının aktivləşdirilməsi, çeynəmə, udma, dadları hiss etmək kimi vərdişlərin yaranması

və inkişaf etdirilməsi üçün çox vacibdir. Əlavə qidalanmanın düzgün olmayan şəkildə daxil edilməsi uşaq orqanizminə böyük zərər vura bilər: sağlam uşaqda allergiya inkişaf edə bilər, onun mədə-bağırsaq sisteminin fəaliyyəti xeyli pozula bilər. Çünki yenidoğulmuş uşağın mədə və bağırsaqlarında fermentativ sistemi doğularkən yetkin olmur, ana südündən və ya süni süd qarışığından başqa digər qidaları mənimsəmək qabiliyyətində olmur. Bu dövrdə uşağın həzm sistemi yalnız maye şəklində olan qidaları mənimsəyə bilir. Bu səbəbdən bir qədər bərk qidanın udulması anatomik cəhətdən yalnız uşağın 6 aylığına yaxın müddətdə mümkün olur.

Əlavə qidalanmanın daxil edildiyi dövrdə ana südü uşağın əsas qidası olaraq saxlanılmalıdır. Əlavə qidalanmaya yalnız uşaq tam sağlam olduqda başlamaq lazımdır. Əlavə qidaların daxil edilməsinə ilin ən isti aylarından başlamaq lazım deyil. Qida rasionuna yeni qidanın daxil edilməsi günün 1-ci yarısında (ən yaxşısı 2-ci yedizdirilmə zamanı) olmalıdır ki, günün qalan müddəti ərzində uşaq orqanizminin həmin qidaya olan dözümlülüyünə (ishal, qəbzlik, köp, dəri səpgiləri və s.) daha asan şəkildə nəzarət etmək mümkün olsun.

Yeni qida məhsulunu qəbul etdikdən sonra uşaqda qusma, bədəndə səpgi, duru nəcis ifrazı, köp və s. kimi əlamətlər meydana çıxdıqda, bu məhsulun qəbulunu dayandırmaq və yalnız bir müddət keçdikdən sonra (1 aydan tez olmayaraq) onu ehtiyatla, yenidən verməyə cəhd etmək lazımdır.

Hər yeni qidanın əlavə edilməsinə 7 gün vaxt sərf olunmalıdır. Əlavə qidalandırmanı çox kiçik miqdarlardan (0,5-1 çay qaşığı) başlamaq, həcmi tədricən artırmaqla uşağın yaşına uyğun normaya çatdırmaq lazımdır.

FƏSİL 4. YENİDOĞULMUŞLARIN XƏSTƏLİKLƏRİ

YENİDOĞULMUŞLARIN ASFİKSİYASI

Asfiksiya – kəskin və yarımkəskin gedişli, hipoksiya və hiperkapniya ilə gedən, özünü sinir və qan dövranı fəaliyyətinin pozulması ilə büruzə verən patoloji vəziyyətdir. Uşaqda ürək çatışmazlığı, tənəffüsün olmaması və ya qeyri-müntəzəm tənəffüs hərəkətlərinin olması zamanı asfiksiya diaqnozu qoyulur. Asfiksiya xəstəlik deyil, müxtəlif səbəblər nəticəsində yaranan simptomlar kompleksidir.

Yenidoğulmuşların asfiksiyası birincili (yəni anadangəlmə) və ikincili (həyatının ilk saatlarında əmələ gələn) asfiksiya olur.

Etiologiyası. Birincili asfiksiyanın əmələgəlmə səbəbləri aşağıdakılardır.

1) Ananın bir sıra xəstəlikləri. Bu zaman döl qanında O_2 -nin miqdarı azalır. Bura aiddir: hamiləliyin gecikmiş toksikozları, bronx-ağciyər sisteminin xroniki xəstəlikləri, ağır anemiya və s.

2) Cift qan dövranının pozulması. Bu, aşağıdakı hallarda ola bilər: hamiləliyin gecikmiş toksikozları, vaxtı ötmüş hamiləlik, göbək ciyəsinin boyun ətrafına dolanması, qısa göbək ciyəsi və s.

3) Döl xəstəlikləri. Bura bətdaxili infeksiyalar, beyinin dizembriogenetik zədələnmələri və s. aiddir.

4) Yatrogen səbəblər. Bura dərman preparatlarının qəbulu, doğuşun stimullaşdırılması (xüsusən oksitosinlə) və s. aiddir.

İkincili asfiksiyanın yaranma səbəbləri: dölyani mayenin aspirasiyası, pnevmopatiyalar, spinal və beyindaxili doğuş travmaları, ürək və ağciyər qüsurları, diafraqma yırtılması və s.

tığı və s. ola bilər.

İnkışaf mexanizmi. Qısamüddətli ağciyər asfiksiyası döldə kompensator mexanizmləri işə salır. Bu zaman qlükokortikoidlərin ifrazı artır, dövr edən eritrositlərin sayı artır, ürək ritmi tezleşir. Sistolik təzyiqin qalxması mümkündür. Hipoksiya zamanı ürək, qan-damar sistemi və həyati vacib orqanların (beyin, ürək) qan dövrünü ilə təchizatı pozulur, asidoz yaranır. Ağır və uzun sürən hipoksiya zamanı kompensasiya mexanizmlərinin fəaliyyəti tükənir. Böyrəküstü vəzinin qabıq maddəsinin fəaliyyəti zəifləyir. Bu da bradikardiya, dəqiqə ərzində dövr edən qanın miqdarının azalması ilə yanaşı kollaps və şokun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Patoloji asidozun artması damar divarının keçiriciliyini artırır. Bu isə baş beyin ödeminin əmələ gəlməsi, qansızmalara, disseminə olunmuş damardaxili laxtalanma sindromuna (DDL) gətirib çıxarır.

Klinikası. ÜST təsnifatına əsasən asfiksiyanın 2 dərəcəsi ayırd edilir: yüngül dərəcəli (7-5 bal) asfiksiya və ağır dərəcəli (4-1 bal) asfiksiya.

1. Yüngül dərəcəli asfiksiya. Uşağın ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır, dəri örtüklərinin zəif sianozu müşahidə edilir. Əzələ tonusu və reflekslər saxlanılır, bradipnoe, bradikardiya müşahidə edilir.

2. Ağır dərəcəli asfiksiya. Uşağın ümumi vəziyyəti çox ağırdır. Dəri örtükləri kəskin ağımtıl rəngdədir, əzələ tonusu və reflekslər kəskin zəifləyib və ya tamamilə itib, tənəffüs yoxdur, ürək tonları karlaşmış, aritmikdir, bradikardiya (1 dəqiqədə 60 vuruğa qədər) müşahidə edilir. Göbək ciyərində nəbz təyin edilmir.

ASFİKSİYADA CANLANDIRMA ÜSULLARI

Reanimasiyanın həcmi və vacibliyi haqqında qərar qəbul edilərkən Apqar şkalası ilə qiymətləndirmə istifadə oluna bilməz. Apqar şkalası daha çox doğulmuş uşağın ümumi vəziyyətinin və aparılan reanimasiyanın effektivliyinin göstəricisidir.

Bu zaman reanimasiya tədbirlərinin həcmi və ardıcılığı üçün əsas meyar olmalıdır:

1. Tənəffüs

2. Ürəkdöyünməsi

3. Dəri örtüklərinin rəngi.

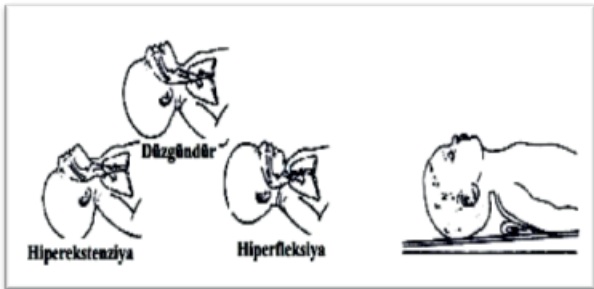
İlk növbədə hərəkətlərin dəqiq ardıcılığına riayət etmək lazımdır: uşağın ümumi vəziyyətini qiymətləndirmək, sonra qərar qəbul etmək və tədbirlərə başlamaq lazımdır.

Hər dövrə 30 saniyə vaxt ayrılır. Sonra yeni dövr başlanır.

Doğulduqdan dərhal sonra Apqar-taymerin işə salınma vaxtı qeyd edilməli və yenidə doğulmuşun vəziyyəti qiymətləndirilməlidir:

- Uşaq vaxtında doğulub
- Nəfəs alır və ağlayır
- Əzələ tonusunun vəziyyəti

Əgər dölyanı sular təmizdirsə, uşaq vaxtında doğulubsa, nəfəs alır və ya ağlayırsa, yaxşı əzələ tonusu varsa,



ona adi qulluq lazımdır.

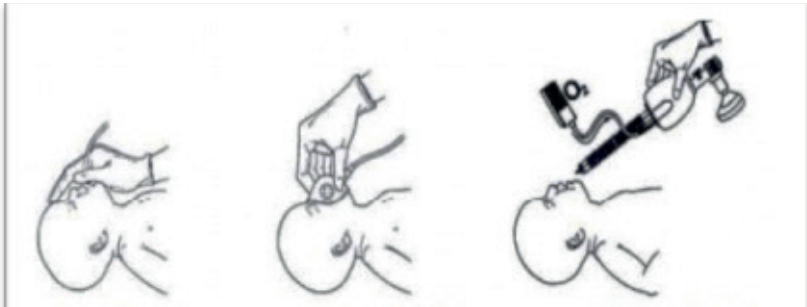
Aktivlik, muntəzəm tənəffüs olmadıqda və ya mərkəzi sianoz olduqda uşaq isti əsgiyə bükülmüş vəziyyətdə isidilmiş reanimasiya stolunun üzərinə qoyulur, isti əsgi ilə qurulanır və sonra əsgi dərhal dəyişdirilir, başına papaq geyindirilir.

Doğuş zalında temperaturu 26°C təmin etməli, uşaq qızdırıcı döşəyin üzərinə və şüalandırıcı istilik mənbəyinin altına qoyulmalıdır. Reanimasiya aparmazdan əvvəl yeni-doğulmuşun çiyinləri altına mütəkkə formasında bükülmüş əski qoyulmaqla düzgün vəziyyət verilir, tənəffüs yollarından möhtəviyyat sorulur. Bunun üçün adi rezin armud, elektrik və ya mexaniki sorucular vasitəsilə ilk növbədə ağızdan, sonra isə burundan selik təmizlənir, sonra aktiv taktil stimulyasiya aparılır (ayaqların altına astaca vurulur, kürək sümükləri arasındakı sahə ehtiyatla silinir).

İlk addımlardan sonra tənəffüs, ürək döyüntülərinin sayı (ÜDS) və dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilir:

ÜDS 6 saniyədə x 10 = ÜDS 1 dəqiqədə

Əgər sərbəst tənəffüs bərpa olunubsa, ÜDS>100/dəqiqədə, uşağın rəngi çəhrayılaşıbsa, uşağı ananın döşünə qoymaq lazımdır.



Kateterlə

Oksigen maskası ilə

Tənəffüs kisəsilə

Sərbəst tənəffüs bərpa olunubsa $\dot{V}_{DS} > 100$ /dəqiqə, amma uşaqda mərkəzi sianoz qalırsa, sərbəst axınla uşağın rəngi çəhrayılaşana qədər ona oksigen verilir.

Oksigen maska vasitəsilə və ya oksigen borusunu uşağın üzərinə yaxınlaşdırmaqla verilir. Maskanın ölçüsü uşağın çəkisindən asılıdır və düzgün qoyulmalıdır. Bir neçə dəqiqə isidilməmiş və nəmləndirilməmiş oksigen istifadə etmək olar. Uzunmüddətli istifadə zamanı oksigen isidilməli və nəmləndirilməlidir. Yenidoğulmuşlarda oksigenasiyanın səviyyəsinin qiymətləndirilməsi vacibdir. Hətta qısamüddətli izafi oksigenasiya yenidoğulmuşu zədələyici təsir göstərir (xüsusilə yarımçıq doğulmuşu).

Parametrlərdən hər hansı biri (tənəffüs, \dot{V}_{DS} və dəri örtüklərinin rəngi) bərpa olunmursa, dərhal ağciyərlərin köməkçi ventilyasiyasına başlanmalıdır. Köməkçi ventilyasiya özüdüzlən kisə köməyi ilə aparılır. Köməkçi ventilyasiyanın sayı dəqiqədə 40-60 dəfədir. Vaxtında doğulan uşaqlarda köməkçi ventilyasiyanı atmosfer havası və ya yarımçıqdoğulanlarda oksigenin aşağı (30%) konsentrasiyası ilə başlamaq lazımdır. Aşağı konsentrasiyalı oksigen olmadıqda ventilyasiyanı atmosfer havası ilə başlamaq lazımdır. Ağciyərlərin köməkçi ventilyasiyasını 30 saniyə apardıqdan sonra 6 saniyə reanimasiya tətbiqləri dayandırılır, uşaqda tənəffüs, \dot{V}_{DS} və dəri örtüklərinin rəngi qiymətləndirilir.

Sərbəst tənəffüs bərpa olunubsa, dərinin rəngi çəhrayıdırsa, $\dot{V}_{DS} > 100$ /dəqiqədirsə ağciyərlərin köməkçi ventilyasiyası dayandırılır. Əks-tədqirdə ventilyasiya davam etdirilməli və 30 saniyədən bir vəziyyət qiymətləndirilməlidir. Uzunmüddətli ventilyasiya zamanı (2 dəqiqədən çox) mədəyə zond yeridilir. $\dot{V}_{DS} > 60$ /dəqiqə ventilyasiyanı davam etdirməklə ürəyin xarici ına başlanılır.

Ürəyin xarici masajı. Ürəyin xarici masajı uşağın qan dövranını bərpa etməsi və saxlamaq üçün aparılır. Ürəyin xarici masajı ikinci şəxs tərəfindən həyata keçirilir.

Ürəyin xarici masajı 2 üsulla aparılır: **I üsul** hər 2 əlin baş barmağı ilə olunur. Bu zaman hər 2 əlin 4 barmağı kürək altına salınmaqla yenidə doğulmuşun döş qəfəsi qucaqlanır. Baş barmaqların ucları sıxılma nöqtəsinə qoyulur və döş sümüyünə ritmik basılır. **II üsul** bir əlin 2 barmağı (şəhadət və orta) ilə olunan üsuldur. 2 barmağın ucları sıxılma nöqtəsində saxlanılır. 2-ci əl ilə onurğa təsbit edilir. Döş sümüyünə şaquli istiqamətdə ritmik basılır.

Ürəyin xarici masajı aparıldıqda uşaq düz səthə uzadılır. Ürəyin xarici masajını aparan həkim yanda, ağciyərlərin ventilyasiyasını aparan isə uşağın başı üstündə dayanır. Sıxılma yeri müəyyən edilir (döş sümüyünün aşağı 1/3 döşarası xəttin üstü ilə xəncərəbənzər çıxıntıdan yuxarı). Sıxılmanı barmaqları döş sümüyündən ayırmadan aparmaq lazımdır. Sıxılmanın dərinliyi döş sümüyünün ön-arka diametrinin 1/3-i qədər olmalıdır. Hərəkətlərin ardıcılığına riayət edilməlidir. Hər 3 döş sümüyünə sıxmaya 1 məcburi nəfəsalma. Bir dövrün davam etmə müddəti 2 saniyə (1 dəqiqədə 120 hərəkət-30 məcburi nəfəsalma və 90 döş qəfəsinə sıxma) olur. Ürəyin xarici masajı düzgün yerinə yetirilmədikdə fəsadlar (qaraciyərin partlaması, qabırğaların sınması, pnevmotoraks) meydana çıxıb bilər. 30 saniyə sonra reanimasiya tədbirləri 6 san. müddətində dayandırılır və ÜDS hesablanır. Əgər ÜSD >60/ dəqiqə olarsa ürəyin xarici masajı dayandırılır və adekvat sərbəst tənəffüs bərpa olunana qədər ağciyərlərin köməkçi ventilyasiyası davam etdirilir, sərbəst tənəffüs bərpa olunandan sonra uşaq CPAP üsulu ilə müalicə etdirilir. CPAP-la (tənəffüs yollarında daimi müs-

bət təzyiq) müalicə zamanı uşaqda tənəffüs yollarında daimi müsbət təzyiq yaradılır. CPAP müalicə üsulu nazal maska və ya nazal kanyula vasitəsilə həyata keçirilir (şəkil 8, səh 522). ÜDS<60 dəqiqə olarsa, traxeyanın intubasiyası həyata keçirilir və ASV (ağciyərlərin süni ventilyasiyası) aparılır (ASV aparatı ilə).

Eyni zamanda adrenalin yeritmək üçün göbək venasını kateterizasiya etmək lazımdır. Bunun üçün ana məhlulu hazırlanır: 1 ml 0,1%-li adrenalin məhlulu 1 ml natrium xloridin izotonik məhlulu ilə durulaşdırılır. Venadaxili 0,1- 0,3 ml/kq yeridilir. Lazım gələrsə, hər 3-5 dəqiqədən bir adrenalin təkrar yeridilir. Əgər 10 dəqiqə müddətində aparılan fasiləsiz və keyfiyyətli reanimasiyadan sonra yenidoğulmuş uşaqda həyat əlamətləri yoxdursa, onun reanimasiyasını dayandırmaq lazımdır.

Yüngül asfiksiyalı uşaqların sonrakı reabilitasiyası. Əgər yüngül asfiksiyalı uşaqların vəziyyəti stabil olarsa 30-40 dəqiqədən sonra yenidoğulmuşun ilkin tualeti aparılır. Sonra uşaq doğum evinin patoloji şöbəsinə köçürülür. Uşağın çarpayısının baş hissəsinə hündür vəziyyət verilir, başına 1-2 saat soyuq qoyulur. Bunun üçün buz kisəsi başdan 15-20 sm aralı qoyulur. Kəskin ağ asfiksiyanı aradan qaldırdıqdan 10-12 saat sonra qida verilir (şüşədən). Əvvəlcə uşağın qaytarmasını yoxlayırlar. Bunun üçün uşağa distillə olunmuş su verilir (aspirasion sindrom verə bilər). Qaytarma olmasa yemək verilir. Vəziyyətindən asılı olaraq həyatının 3-4-cü günü döşə qoyulur. BCJ doğum evində aparılır.

Ağır asfiksiyalı uşaqların sonrakı reabilitasiyası. Körpənin vəziyyəti yoxlandıqdan sonra onu doğum otağından çıxarıb reanimasiya yaxud intensiv terapiya şöbəsinə aparırlar. Yarımçıqdoğulmuşu küvezə (yaxud horizontal is-

tiqamətdə isitqac qoyurlar) yerləşdirirlər. Başı soyudurlar. Oksigen terapiyası aparılır, beyin ödeminin qarşısını almaq üçün 10%-li sorbitol və monnitol təyin edilir.

Damcı üsulu ilə infuzion terapiya edilir. Sutka ərzində yerdilən maye 50 mq/kq olmalıdır. Əmmə refleksinin olmasına baxmayaraq qidalanma zondla olmalıdır. Uşağın vəziyyəti və kliniki laborator nəticələr nəzərə alınaraq uşaqlar döşə 1-ci həftənin sonu qoyulur. Uşaqlar gündə 7 dəfə 3 saatdan bir, gecə fasiləsi ilə qidalandırılır.

Qulluq. Ağır asfiksiya keçirən uşaqlara qulluq etapla aparılır: doğum evinin yenidoğulmuşlar şöbəsində, mərkəzi reabilitasion nevroloji şöbə, poliklinikalarda.

Proqnozu. Asfiksiya zamanı proqnoz asfiksiyanın səbəbindən və dərəcəsindən asılıdır. Kəskin intranatal asfiksiya rasional müalicə şəraitində həyat üçün heç bir təhlükə törətmir. Xroniki bətdaxili hipoksiyalı uşaqların gələcəkdə tam sağlam olduğu proqnozunu verərkən ehtiyatlı olmaq lazımdır. Doğum zamanı ağır asfiksiya keçirmişlərin 20-30%-də gələcəkdə ağır və orta ağırlıqlı ensefalopatiyalar müşahidə olunur.

DOĞUM ZƏDƏLƏRİ

Doğum zədələri yenidoğulmuşların patologiyasında mühüm yeri tutur. Doğum zədələri doğum zamanı dölün toxuma və üzvlərinin mexaniki zədələnməsidir.

Risk faktorları: yarımçıq doğulma, bətdaxili asfiksiya, sürətli və gecikmiş doğuşlar, dölün başı ilə ananın çanağı arasında disproporsiya, döl vəziyyətinin və ya ciftin anomaliyaları, doğuşun düzgün aparılmaması, mamalıq alətlərin-

dən düzgün istifadə olunmaması və s.

Yerləşməsinə görə doğum zədələrinin aşağıdakı növləri ayırd edilir:

- Kəllə və baş-beyinin doğum zədəsi
- Onurğa sütununun doğum zədəsi
- Sümüklərin doğum zədəsi
- Yumşaq toxumaların doğum zədəsi
- Daxili orqanların doğum zədəsi
- Sinirlərin doğum zədəsi

Kəllə sümüklərinin doğum zədələri. Kəllə sümüklərində çatlar və ya sınıqlar meydana çıxa bilər. Sınıqlar zamanı sümük parçaları ancaq çoxlu və mürəkkəb sınıqlar zamanı yerini dəyişmiş olur.

Kefalohematoma (başın qanlı şişi). Ən çox rast gəlinən doğum zədələrindən biri kefalohematomadır. Yenidoğulmuşlar arasında doğum zədələrinin 0,3-0,5%-ni təşkil edir. Bu zaman sümüklə sümüküstlüyü arasına qan sızır. Qansızma ən çox alın-ənsə-gicgah nahiyəsində yerləşir. Bu şiş tikişlərə keçmir, məhdud sahədə formalaşır, ağrısızdır, pulsasiya etmir, əvvəlcə bərk olur, sonra fluktasiya meydana çıxır. Hematoma üzərində dəri dəyişmir. 7-10 gündən sonra kefalohematoma kiçilməyə başlayır, 2-3 həftədən sonra tamamilə sorulur. Bəzən proses uzanır, bir neçə ay davam edir. Massiv hematomalar anemiya, hemoliz, sarılıq, irinləmə ilə ağırlaşa bilər .

Kəllədaxili doğum zədələri. Yenidoğulmuşların patologiyasında kəllədaxili doğum zədələri mühüm rol oynayır. Kəllədaxili doğum zədələri ilə doğulan uşaqların arasında ölüm və əlillik (əqli inkişafdən geri qalma, USİ, epilepsiya və s.) çox rast gəlinir. Ona görə kəllədaxili doğum zədələri həm tibbi, həm də sosial problemdir.

Kəllədaxili doğum zədələri arasında ən çox təsadüf

edilən beyin ödemi və kəllədaxili qansızmalardır.

Kəllədaxili qansızmalar yerləşməsinə görə aşağıdakı kimidir:

1. **Epidural qansızma**-kəllə sümüyü ilə sərt qişa arasına qan sızır.

2. **Subdural qansızma**-sərt qişa altına sızır;

3. **Lentomenengial qansızma** -yumşaq beyin qişaları arasına sızır;

4. **Mədəcikarası sahəyə qansızma**;

5. **Beyin maddəsinə qansızma**.

Gedişinə görə kəllədaxili qansızmaların aşağıdakı dövrləri var:

1. Kəskin dövr - 7-10 gündən 1 aya qədər

2. Bərpa dövrü - 1-3 aya qədər

3. Gec bərpa dövrü - 4 aydan 1-2 ilə qədər

4. Qalıq əlamətləri dövrü

Klinikası. MSS-nin zədələnməsinə qiymət vermək üçün uşağın nevroloji statusu qiymətləndirilməlidir: 1) hərəkəi aktivlik; 2) əzələ tonusunun vəziyyəti; 3) yenidoğulmuşun şərtsiz reflekslərinin olması; 4) ümumi beyin və ocaqlı patoloji və nevroloji əlamətlərin olması.

Kəskin dövrdə ümumi beyin əlamətləri (tormozlanma və oyanıqlıq) üstünlük təşkil edir, ocaqlı simptomlar isə ikinci plana keçir. Xəstəliyin klinikası qansızmanın lokalizasiyasından, miqdarından asılıdır. Kəskin dövrün əlamətləri bunlardır: hərəkəi oyanıqlıq, ağlama, ətrafların avtomatik hərəkətləri və tremor, klonik və tonik qıcolmalar, ənsə əzələlərinin gərginliyi, "beyin qışqırması", ümumi hipersteziya. Getdikcə komatoz vəziyyət yaranır, hərərət aşağı düşür, az hallarda hərərət yüksələ bilər. Hərəkəi aktivlik kəskin zəifləyir, əzələ hipotoniyası, ümumi zəiflik meydana çıxır, reflekslər zəifləyir, ya da itir. Qansızma çox olarsa, böyük

əmgək gərginləşir.

Beyin zədələnməsinin ocaqlı əlamətləri inkişaf edir: “batan günəş” simptomu, nistaqm , ptoz , ekzoftalm, üzün, burun – dodaq büküşlərinin , göz yarıqlarının, dilin asimmetriyası, ətrafların parezi.

Ağırliq dərəcəsinə görə: yüngül, orta ağır, ağır formalar ayırd edilir.

İlkin bərpa dövründə astenonevrotik , hipertenzion , hidrosefal sindrom formalaşır.

Astenonevrotik sindrom zamanı ümumi və hərəkət oyanıqlıq , əzələ hipertoniyası və ya hipotoniyası meydana çıxır.

Hipertenzion sindrom MSS-nin ümumi oyanıqlıq simptomları və ümumi hipersteziya ilə xarakterizə olunur. Onurğa beyin mayesinin təzyiqi artır, lakin başın ölçüləri yaş normalarına uyğun olur.

Hidrosefal sindrom zamanı başın ölçüləri yaş normalarından artıq olur, kəllə tikişləri aralanır, böyük əmgək gərginləşir, oyanıqlıq , əzələlərdə hipo və ya hipertonus , göz simptomları meydana çıxır. Gələcəkdə uşaqda psixomotor inkişafdan geri qalma müşahidə oluna bilər.

Onurğa sütununun doğum zədələri. Bu zaman onurğa sütununun və ya onun bağlarının, onurğa beyni və onun qişalarının zədələnməsi, kökcüklərin dartılması, cırılması baş verə bilər. Onurğa sütununun sınıqları ən çox VI-VII boyun fəqərələri səviyyəsində olur. Onurğa beyninin boyun şöbəsi zədələndikdə, udma, damaq və udlaq refleksləri, tənəffüs və ürək fəaliyyəti pozulur. Boyun-döş şöbəsi zədələndikdə yuxarı ətrafların, döş şöbəsi zədələndikdə aşağı ətrafların iflici baş verir.

Bazu oynaqının doğum zədələri. Bazu oynaqının doğum zədələri dartılma, bəzən isə burxulma şəklində təsa-

düf edilir. Ağır hallarda bazu oynaqının çıxıđı meydana çıxa bilər.

Yuxarı və aşağı ətraf sümüklərinin doğum zədələri. Bazu sümüyünün sınıqlarına başlıca olaraq dölün sağrı gəlişində təsadüf edilir. Adətən sümük bazunun ortasından sınır və sınımış sümüklər yerini dəyişir. Aşağı ətrafların sınıqlarına daha az təsadüf edilir. Bu, adətən ilk dəfə doğan qadınlarda, doğuşa əllə və yaxud alətlərlə müdaxilə zamanı baş verir. Aşağı ətraf sümüklərinin doğuş zədələri arasında ən çox bud sümüyünün sınıqlarına rast gəlinir.

Körpücük sümüyünün sınığı ən çox rast gəlinən doğum zədələrindəndir. Əsas kliniki əlamətləri: körpücük nahiyəsində yumşaq toxumaların şişkinliyi və hematması, zədələnmə tərəfdə boyun büküşünün dərinləşməsi və yuxarı ətrafın hərəkətinin məhdudlaşması, palpasiya zamanı körpücükdə deformasiya və krepitasiyanın olması.

Periferik sinirlərin doğum zədələri. Doğuş zamanı ən çox üz sinirinin zədələnməsinə rast gəlinir. Üz sinirinin zədələnməsi doğuş zamanı maşadan istifadə zamanı baş verir. Bu zaman üz sinirinin birtərəfli iflici və ya parezi meydana çıxır.

Bazu kələfinin iflicləri sinirlərin həddindən artıq dartılması nəticəsində baş verir. Ən çox dölün çəkisi böyük olduqda, çətin doğuşlarda, dölün sağrı gəlişində və s. baş verir.

Proqnozu. Doğuş zədələri zamanı proqnoz zədələnmənin ölçüsündən, yerindən və müalicənin vaxtında və düzgün aparılmasından asılıdır. Yüngül hallarda doğuş zədəsi tam sağalma ilə başa çatır. Ağır kəllədaxili qansızmalar yenidoğulmuşun ölümü ilə nəticələne bilər. Müxtəlif qalıq əlamətləri ola bilər. Uşaqlarda sinir-psixi inkişafdən geriqləmə, sinir sisteminin ocaqlı zədələnməsi baş verir. Subdural qansızmalarda vəziyyət daha yaxşıdır, nəinki başqa forma-

larda.

Müalicəsi. Kəllədaxili doğum zədələri zamanı müalicə doğum zalında reanimasiya tədbirləri ilə başlayır, sonra müalicə intensiv terapiya palatasında, daha sonra isə ixtisaslaşdırılmış şöbədə davam etdirilir.

Kəskin dövrdə başa buz qoyulur, əgər udma refleksi varsa ananın sağılmış südü qaşığıla yedizdirilir. Udma refleksi yoxdursa zondla yedizdirilir. Qanaxmanın qarşısını almaq üçün disinon, askorbin turşusu, rutin, xlorid və qlükonat kalsi verilir. Beyin ödemini azaltmaq məqsədilə $MgSO_4$, qlükoza, qatılaşdırılmış plazma, neokompensan, poliqlükün yeridilir, mannit, furasemid yeridilir. B qrup vitaminləri (tiamin- B_1 , piridoksin- B_6) təyin edilir. Oksibutirat-natrium daxilə və ya vena daxilinə, 4%-li natrium hidrokarbonat vena daxilinə vurulur. Tənəffüs mərkəzinin fəaliyyəti dayandığı hallarda əzələ daxilinə etimizol vurulur. Böyük əmgəyin gərginləşməsi zamanı onurğa beyninin punksiyası aparılır. Doğum evlərində qıcolma əleyhinə, yüksək oyanıqlıq əleyhinə qeyri-dərman üsulu olan neyrotrop terapiya—elektroanalgeziya tətbiq olunur. Bu, fiziki üsulla MSS-ə impuls cərəyanı vasitəsilə sakitləşdirici və ağrıkəsici təsir göstərir. Qıcolmalar aradan götürüldükdən sonra daxilə fenobarbital, kalsium xlorid məhlulu, bromidlər, qlütamin turşusu təyin edilir.

Yeri dəyişmiş sınıqlarda sınıq nahiyəsinin yumşaq Dezo sarğısı ilə immobilizasiyası, yerini dəyişməmiş sınıqlarda isə ehtiyatlı bələmə həyata keçirilir. Ortoped tərəfindən dinamik müşahidə məsləhət görülür. Proqnoz yaxşıdır.

Kefalohematoma zamanı müalicə qanaxmanın kəsilməsi və damar divarının möhkəmləndirilməsinə yönəldilməlidir. Bu məqsədlə sıxıcı sarğı qoyulur, qankəsici preparatlar təyin olunur, askoputin təyin olunur. İkincili infeksiyaləşmə olarsa ağırlaşma baş verə bilər. Bu zaman antibiotiklər təyin

edilir. 10 gündən çox davam edən gərgin hematoma zamanı cərrahi müalicə tələb olunur.

Doğuş zədələri zamanı əsas əlamətlər keçdikdən sonra lazım gəldikdə uşaq dispanser qeydiyyatına götürülür, pediatri, nevropatoloq, psixoloqun nəzarəti altında olur.

Qulluq. İlk günlər kəllədaxili doğuş travması olan uşağı bağlı küvezdə yerləşdirmək lazımdır. Uşağa tam sakitlik verilməlidir, gündəlik təmizlik işləri və manipulyasiyalar küvezdə aparılmalıdır. Uşağın başı yüksəkdə olmalıdır. Baş nahiyəsinə buz qovuğu qoyulmalıdır. İkincili asfiksiyanın qarşısını almaq üçün O_2 verilməlidir. Uşağın qidalandırılması travmanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq tətbiq edilir. İlk günlər uşaq zondla, daha sonra isə butulka ilə qidalandırılır. Ümumi vəziyyət yaxşılaşdıqda döşə qoyula bilər. Yuxu dərin və uzunmüddətli olmalıdır. Ağrılı manipulyasiyalar minimuma endirilir. Bu məqsədlə dərman preparatları zond vasitəsilə, qida ilə birgə və yaxud daxilə qaşığıq vasitəsilə verilməlidir. Dərman preparatlarından fenobarbital, dimedrol və s. təyin olunur. Qıcolma zamanı əzələ daxilinə 25%-li $MgSO_4$ məhlulu, 2,5%-li aminazin və ya 1%-li dimedrol təyin edilməlidir.

PERİNATAL ENSEFALOPATIYA

Perinatal ensefalopatiya yenidoğulmuşların patologiyasında geniş yer tutur. Bətdaxili dövrdə, doğuş zamanı və ya ilkin neonatal dövrdə meydana çıxır və mərkəzi sinir sisteminin, beyin toxumasının zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Perinatal ensefalopatiya döl və ya yenidoğulmuşun beyninin hipoksiya, travma, infeksiya, intoksikasiya ilə zədələnməsi nəticəsində meydana çıxır. Ensefalopatiyanın etiologiyasında xarici və daxili faktorların, irsiyyətin rolu

qeyd olunur.

Hipoksiyanın əsas səbəbləri

1. Ananın sağlamlığı	1. Kəskin və xroniki xəstəliklər (ürək qüsuru, şəkərli diabet, hipertoniya, bronxial astma), xüsusən hamiləlik vaxtı dərman qəbulu.
2. Ananın işi	2. Pis iş şəraiti
3. Mamalıq anamnezi	3. Uşaqsalmalar, süni abortlar
4. Ananın pis adətləri	4. Siqaret, içki, narkotik maddələrin qəbulu
5. Hamiləliyin gedişi	5. Uşaqsalma qorxusu, toksikozlar, bətn-daxili infeksiyalar
6. Doğuş vaxtı asfiksiya	6. 5 dəqiqədən çox davam etdikdə
7. Doğuşun gedişi	7. Vaxtından əvvəl, gecikmiş, sürətli doğuş, doğum zəifliyi, göbəkde, ciyerdə patologiya və s.

Klinikası. Bu xəstəlik müxtəlif əlamətlərlə özünü büruzə verir: tənəffüs pozğunluqları sindromu, sinir reflektor oynanıqlıq sindromu, hipertenzion-hidrocefal sindrom, vegeto-visseral sindrom. Uşaqda beyin əlamətləri olur: beyin qan dövrəni pozulur, beyin ödemi meydana çıxır. Hipoksiya, asidoz, hipoksemiya inkişaf edir.

Ensefalopatiya zamanı tənəffüsün dərinliyi, ritmi pozulur, tənəffüs tezləşir, dəqiqədə 90-140 olur, bəzən əksinə tənəffüsün dəqiqəlik sayı azalır. Ağır formada küylü tənəffüs olur, bəzən uşaqda qısa müddətdə pnevmoniya əmələ gəlir. Ürək-damar sistemi tərəfindən də ilk günlər dəyişiklik olur: əvvəl bradikardiya, sonra taxikardiya olur, ürək tonları kəskinləşir. Belə xəstələrdə tənəffüs və ürək-damar pozğunluğu, dəri və selikli qişalarda sianoz, dərinin avazıması olur.

Əzələ tonusu azalır, hipotoniya olur və ya tonus yüksəlir. Uşaqda xüsusi görünüş olur: ətraflar gərgin olur. Belə uşaqlarda əmmə və udma refleksləri zəifləyir, inkişaf zəif gedir, istilik tənzimi pozulur, uşağın bədənini soyuyur və ya qızır. Uşaq narahat olur, yuxusu pozulur, çox ağlayır, ana-

dangəlmə reflekslər çox zəif olur və ya tam olmur. Uşaqda hərəkəti aktivlik çox zəif olur, əmgəklər gərgin olur, (+) Qrefe simptomu olur.

Ensefalopatiyanın ağırlıq dərəcəsinə görə 3 forması var: yüngül, orta, ağır.

Yüngül formada beyin qan dövranında funksional pozğunluqlar olur, əzələ tonusu azalır, tənəffüs səthi olur, yüngül sianoz əmələ gəlir, əmmə zəifliyi olur. Çəki zəif artır. Adətən bu forma heç bir ağırlaşma vermədən 3-5 günə tam sağalma ilə nəticələnir.

Orta ağır dərəcədə simptomlar bir qədər dərinləşir, reflekslər itir, bəzən qıcolmalar əmələ gəlir, ürək-tənəffüs fəaliyyəti pozulur, hərəkəti zəiflik olur, əzələ tonusu kəskin azalır, bəzən parez, iflic əmələ gəlir. Uşaq fiziki cəhətdən pis inkişaf edir.

Ağır dərəcədə müxtəlif formalı ağırlaşmalar olur, üzvi pozğunluqlar meydana çıxır və ömür boyu qalır. Belə uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin iflici, hidrosefaliya, epilepsiya, psixi, əqli və nitq zəifliyi ola bilər. Belə uşaqlara peyvəndlər çox ehtiyatla edilməlidir. Proqnoz ciddidir.

Müalicəsi. MSS-nin zədələnməsində müalicə erkən və kompleks olmalıdır. Sakitlik təmin edilir, başa soyuq qoyularaq hündür vəziyyət verilir. Müalicə yenidoğulmuşların patologiya şöbəsində aparılır. Oksigen terapiyası, lazım gəldikdə zondla qidalanma təyin edilir. Beyinə qansızma əlaməti varsa, qanaxmanın qarşısını almaq üçün disinon əzələ daxilinə, 10%-li kalsium xlorid və ya kalsium qlükonat məhlulundan daxilə, 10-20%-li qlükoza venaya vitamin C ilə birləşdirilir. Dehidratasiya məqsədilə sidikqovuculardan furasemid (laziks) və s., lazım gəldikdə kortikosteroidlər təyin edilir. İntoksikasiyaya qarşı qlükoza, fizioloji məhlul, Ringer məhlulu, kokarboksilaza köçürülür. Simptomatik müalicə də aparılır. Müalicədə vitamin terapiyası vacibdir.

Xəstəyə sidikqovucu verildikdə kalium bədəndə azaldığı üçün panangin, kalium-oratat məhlulundan yaşa uyğun dozada verilməlidir. Qıcolma varsa əzələ daxilinə 25% maqnezium sulfat, daxilə fenobarbital təyin edilir.

Belə uşaqları vəziyyətindən asılı olmayaraq bir neçə gündən sonra döşə qoymaq olar.

Bərpa dövründə stasionar və ambulator müalicə aparılır: nootrop, MBT, masaj, fizioterapiya, fitoterapiya təyin edilir. Belə uşaqlar ana südü ilə qidalanmalı, təmiz havada çox olmalıdırlar.

YENİDOĞULMUŞLARIN HEMOLİTİK XƏSTƏLİYİ

Bu xəstəlik ana qanı ilə döl qanı arasında qan qrupları, rezus-faktor və çox nadir hallarda Kell Daffi, Lüteran və PP sistemləri üzrə immunoloji uyğunsuzluq nəticəsində inkişaf edir. Rezus mənfi qana malik qadının immunizasiyası onun müsbət rezus mənsubiyyəti uşağa hamilə olduğu və ya ona (+) rezus faktorlu qan yeridildiyi halda baş verir. Rh faktor proteini əsasən eritrositlərin və az miqdarda leykosit və trombositlərin tərkibində olur.

Rh faktorun keyfiyyətə bir-birindən fərqlənən müxtəlif növləri vardır:

1. Antigen D/Rh0-85%, 2. Antigen C/Rh/-70%, 3. Antigen E/(Rh)-30%

Hemolitik xəstəlik çox vaxt D faktoruna görə ana və döl **qan** arasındakı immunoloji konflikt nəticəsində inkişaf edir.

Antigen rezus mənfi qana malik qadının qanına düşdükdə onu immunizasiya edir, nəticəsində antirezus antitelləri əmələ gəlir. İmmun antitellər hamilənin qanından dölə keçərək onun eritrositləri ilə reaksiyaya girir. Bu zaman eritrositlərin hemolizi baş verir və toksik qeyri-düz bilirubin əmələ gəlir. Eritrositlərin parçalanması döldə anemiyanın

əmələ gəlməsinə və qeyri-düz bilirubinün toplanması isə sarılığa səbəb olur. Anemiya və sarılıq hemolitik xəstəliyin əsas simptomlarıdır. Ağır hallarda qeyri-düz bilirubin kritik səviyyəyə çataraq hüceyrələri, xüsusən beyin hüceyrələrinin nüvələrini zədələyir. Uşaqda bilirubin ensefalopatiyası və ya nüvə sarılığı inkişaf edir. Güclənən anemiya və intoksikasiya ürək çatışmazlığına, qaraciyərin funksiyasının pozulmasına səbəb olur.

Hemolitik xəstəliyin təsnifatı:

I. Seroloji konfliktin növü: 1. Rezus 2. ABO 3. Digər antigen faktorlar.

II. Əsas klinik formaları: 1. Ödem 2. Sarılıqlı 3. Anemik

III. Ağırılıq dərəcəsi: 1. Yüngül. 2. Orta-ağır. 3. Ağır

IV. Klinik sindromun aşkar olduğu vaxt: 1. Bətn-daxili. 2. Bətnxarici (doğuşdan sonra)

V. Dövrələri: 1. Kəskin (neonatal). 2. Xroniki (xəstəliyin fəsad dövrü).

Klinikası.Eritrositlərdə hemolizin dərəcəsindən və qanda qeyri-düz bilirubinün səviyyəsindən aslı olaraq yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin aşağıdakı formaları ayırd edilir.

Əsas klinik göstəricilər	Xəstəliyin ağırılıq dərəcəsi		
	Anemiya (göbək qanında Hb-nın miqdarı q/l)	150- 152	150-100
Sarılıq (göbək qanında bilirubin miqdarı mkmol/l)	85,5	85,5-136,8	136,9-dan çox
Ödem sindromu	Dərialtı toxumanın pastozluğu	Pastozluq və assit	Universal ödem

Ödem forması – Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin ağır formasıdır. Xəstəlik dölün zədələnməsinə, ölü doğulmasına, ilk saatlarda tələf olmasına səbəb olur. Doğularkən uşaqlarda kəskin solğunluq, anadangəlmə ümumi ödem, ağır dərəcəli anemiya müşahidə olunur, sarılıq olur. Qaraciyər, dalaq çox böyümüş olur, qanda böyük miqdarda eritro və normoblastlar olur. Sarılığın olmamasının səbəbi konyuqasiyaya uğramamış bilirubinun cift vasitəsi ilə anaya sekresiya edilməsidir. Kəskin hipoproteinemiya ürək çatışmamazlığına gətirib çıxarır.

Sarıqlı forma – 90% hallarda təsadüf edilir. Dəri örtüklərinin və selikli qişaların sarılığı ilk sutkadan meydana çıxır (şəkil 9). Sarılıq doğulan vaxtdan meydana çıxarsa, dölyanı maye və pendirəbənzər örtük öd piqmentləri ilə rənglənmiş olarsa, bu, intensiv hemolizi göstərən xoşagəlməz əlamətdir.

Yenidoğulmuşlarda sarılığı qiymətləndirmək üçün **Kramer şkalasından** istifadə olunur:

I - dərəcədə sarılıq boyunda və üzdə olur

II - dərəcəli sarılıq göbəyə qədər çatır

III - dərəcədə göbəkdən diz oynaqlarına qədər

IV - dərəcədə dizdən aşağı və ovucdan başqa yuxarı ətraflarda

V - dərəcədə ovucda və ayaqlarında sarılıq olur

Sarılığın dərəcəsinə uyğun olaraq qanda öd piqmentlərinin səviyyəsi I dərəcədə 53 mkmol/l–dək, III dərəcədə isə 700 mkmol/l-ə qədər olur. Bu formanın mühüm əlamətləri anemiya, hiperbilirubinemiya, hepatosplenomeqaliyadır. Anemiya çox vaxt normoxrom xarakter daşıyır, kəskin dərəcəyə çatmır.

Bilirubin miqdarının artması bilirubin intoksikasiya əlamətlərinin (süslük, yuxululuq, fizioloji reflekslərin və

əzələ tonusunun azalması) meydana çıxmasına səbəb olur. Bilirubin miqdarı kritik həddə çatdıqda nüvə sarılığı əlamətləri: ənsə əzələlərinin rigidliyi, qıcolmalar, böyük əmgəyin gərginliyi, “beyin qışqırması”, “batan günəş” simptomu, mərkəzi mənşəli qızdırma, ürək və tənəffüs fəaliyyətinin pozulması meydana çıxır.

Anemik forma – yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin 55%-ni təşkil edir. Xəstəliyin klinik şəkli uşaq doğulandan sonra anemiya (eritrositlərin miqdarı 5·10¹² q/l Hb 160 q/l–dən az olur), dəri və selikli qişaların solğunluğu, ürək nahiyəsində sistolik küylə xarakterizə olunur. Qaraciyər və dalağın böyüməsi az olur. Anemiya normoxrom xarakter daşıyır.

Hemolitik xəstəliyin antenatal diaqnostikası. Döldə hemolitik xəstəliyin diaqnostikası anamnez, rezus və qan qrupları antitellərinin titri, USM, dölün ürək fəaliyyəti və döl-yanı mayenin müayinəsinə əsaslanır.

Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin müalicəsi. Uşaq donor südü ilə qidalanmalıdır. Ananın südündə antitellərin olması döşlə qidalanmaya əks-göstəriş deyil, çünki bu antitellər uşağın mədə-bağırsaq traktında parçalanır.

Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyi zamanı ağırlıq dərəcəsindən aslı olaraq müxtəlif müalicə üsullarından (mübadilə yolu ilə qanköçürmə, fototerapiya (Şəkil 9, səh. 522), infuzion terapiya) istifadə olunur.

Profilaktikası. Antenatal profilaktika məqsədilə bütün Rh(-) hamilə qadınlara qanda anti-cisimlər olmadıqda anti-D İg 2 dəfə (28, 34 həftə) təyin edilir. Bütün Rh (-) qadınlara doğuşdan sonra qanda anti-cisimlər olmadıqda Rh(+) uşaq doğulduqda 72 saat ərzində anti-D İg 2 dəfə təyin edilir.

Proqnozu. Mübadilə qanköçürməsi alan uşaqlarda son-

radan Hb enir, bu və ya digər dərəcədə anemiya əmələ gəlir. 2,5-3 aylıqda anemiya aradan qalxır. Hemolitik xəstəlikdən sonra uşaqlarda müxtəlif psixonevroloji dəyişikliklər rast gəlinə bilər.

Yenidoğulmuşların fototerapiyası

Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin sarılıqlı formasında ən çox istifadə olunan üsul fototerapiyadır. Yenidoğulmuşun sarılığı zamanı dəri və dərialtı toxumada toplanan toksik bilirubin mavi və ya soyuq ağ işığın köməyi ilə qeyri-toksik formaya çevrilməsini təmin edən müalicə üsuludur. Daha sonra qeyri-toksik bilirubin orqanizmdən bağırsaq və böyrəklərin köməyi ilə xaric olunur. Bu, yenidoğulmuşların sarılığında istifadə olunan geniş yayılmış qeyri-invaziv müalicə üsuludur.

Fototerapiyanın məqsədi: qanda düz bilirubin səviyyəsinin təhlükəsiz səviyyəyə endirilməsidir. Bunun üçün mümkün olduğu qədər körpənin bədən səthinin daha çox hissəsinin şüalandırılması (ışıqlandırılması) həyata keçirilir.

Fototerapiyanın 2 rejimi var:

1. Fasiləsiz fototerapiya-adətən vaxtıdan qabaq doğulmuş uşaqlarda ağır hiperbilirubinemiya zamanı 24 saat ərzində fasiləsiz aparılan fototerapiya rejimidir.

2. Fasiləli fototerapiya-qıdalandırma, prosedura və s. məqsədlərlə fasilə verilir.

Fototerapiyanın intensivliyi

Birtərəfli fototerapiya-adətən bir lampa yuxarıda yerləşdirilir. Birtərəfli fototerapiya-bilirubin qandakı səviyyəsi çox yüksək deyilsə və onu təcili azaltmaq lazım gəlmirsə

istifadə edilir.

İkitərəfli fototerapiya—adətən bir lampa yuxarıda, digəri isə (döşək və ya çarpayı) aşağıda yerləşdirilir.

Çoxtərəfli fototerapiya—fototerapiya lampaları körpəni hər tərəfdən əhatə edir. Uşağın bədən səthinin əksər hissəsi işıqlandırılır. İkitərəfli və ya çoxtərəfli fototerapiya—qanda bilirubinun səviyyəsini təcili və effektiv azaltmaq lazım gəlsə istifadə edilir.

Fototerapiya zamanı monitorinqin aparılması vacibdir. Hər 2-4 saatdan bir bədən temperaturu ölçülməli, sutkada 3-4 dəfə uşağın çəkisi çəkilməli, hər 8-12 saatdan bir bilirubinun səviyyəsi ölçülməli, qanın, sidiyin, nəcisin ümumi analizi aparılmalıdır.

Fototerapiya lampalarının növləri:

Lyuminesent lampalar: mavi və ya ağ soyuq işıq lampalarıdır. İşləmə saatını dəqiq qeyd etmək lazımdır, çünki zaman keçdikcə effektivlik azalır. Daxilində civə buxarı olduğundan təhlükəsiz deyil.

Soyuq (Buz) lampalar kiçik, parlaq işıq verən lampalardır. Az qızırlar, körpə az maye itirir. Bu lampalar daha uzun müddət işləyir, təhlükəsizdirlər.

İşıldayan liflərdən hazırlanmış işıldayan döşək: elastikdir, körpənin altına qoymaq rahatdır. Döşək nəzərəçarpmaz səviyyədə qızır və təhlükəsizdir.

Fototerapiya aparılan zaman körpəyə qulluq. Uşaq fototerapiya lampası altında yerləşdirilməlidir. Əgər körpənin çəkisi 2 kq-dan çoxdursa, o, qızdırıcı masaya və ya çarpayıya uzadılmalıdır. Çəkisi 2 kq-dan azdırsa körpə inkubatora yerləşdirilməlidir. Tibb bacısı körpənin gözlərini göy işığın zərərli təsirindən qorumaq üçün fototerapiya üçün eynək taxmalı və ya sarğı ilə gözlərini qapamalıdır. Sarğının

uşağın burun deliklərini qapamadığına əmin olmaq lazımdır. Sarğı leykoplastlarla pərçimlənməməlidir.

Lampanı mümkün olduğu qədər körpəyə yaxın (körpənin üzərindən 30 sm məsafədə) yerləşdirmək, hər 2-4 saatdan bir uşağın vəziyyətini dəyişmək lazımdır.

Uşaq istəyi ilə qidalandırılmalıdır (amma 3 saatdan gec olmayaraq). Tez-tez qidalandırma bağırsağın peristaltikasını stimullaşdırır və bilirubinün böyük bir hissəsinin nəcislə xaric olmasına səbəb olur. Qidalandırma zamanı fototerapiya dayandırılmalıdır. Əgər mümkündürsə və uşağın vəziyyəti imkan verərsə (tənəffüs çatışmazlığı yoxdursa) uşaq döşlə qidalandırılmalıdır. Fototerapiya aparılan zaman nəcis duru və rəngi daha sarı ola bilər. Əgər körpə venadaxili maye alırsa və ya mədə zondunu vasitəsilə qidalanırsa, fototerapiyaya fasilə vermək vacib deyil. Əgər yenidoğulmuşda tənəffüs çatışmazlığı varsa və o, oksigen qəbul edərsə, müəyyən zaman kəsiyində fototerapiyaya fasilə verilməlidir ki, uşaqda sianozu qiymətləndirmək mümkün olsun.

Fototerapiya zamanı uşaqda hipertermiya meydana çıxma bilər. Bu səbəbdən tibb bacısı hər 2-4 saatdan bir uşağın bədən temperaturunu ölçməlidir. Fototerapiya zamanı uşaq daha çox maye itirir. Buna görə onun çəkisinin mütəmadi olaraq çəkilməsi vacibdir. Lazım gəldikdə maye itkisi bərpa olunur. Hər 8-12 saatdan bir qanda bilirubinün konsentrasiyası yoxlanılır. Bunun üçün qanın, sidinin, nəcisin ümumi analizi aparılır. Qanda bilirubinün səviyyəsini xüsusi aparatla qeyri-invaziv metodla da müəyyən etmək olar. Bilirubinün səviyyəsi yüksək olduqda qan analizi aparılır. Fototerapiyaya yalnız qidalandırma, əsgilərin dəyişdirilməsi, prosedurlar və qohumların baş çəkməsi zamanı fasilə verilməlidir. Fototerapiya zamanı tibbi personalı işığın zərərli təsirindən qorumaq üçün inkuba-

torun üstü örtüklə örtülür.

Fototerapiyanın əlavə təsirləri: nəzərə çarpmayan maye itkisi, çəkinin azalması və susuzlaşma, hipertermiya, dəri örtüklərinin quruluğu, yaşıl rəngli nəcislə müşayiət olunan ishal, gözlərin zədələnməsi, dəridə müvəqqəti səpgilər, yuxululuq, “Bürünc uşaq” sindromu.

Mübadilə yolu ilə qanköçürmə

Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyi zamanı ağır hallarda mübadilə yolu ilə qanköçürmə həyata keçirilir. Mübadilə yolu ilə qanköçürmə zamanı tədbirlər aşağıdakı ardıcılıqla aparılmalıdır: göbəkdən sirkulyasiya edən qanın 15%-i miqdarında qan (40-50 ml) buraxmalı və elə o saat mübadilə qanköçürülmə (yaxşı olar ki, eritrositar kütlə ilə) aparılmalıdır.

Mübadilə qanköçürməyə mütləq göstərişlər: sarılığın ilk saatlarda əmələ gəlməsi, Hb səviyyəsinin 150 q/l-dən az olması, göbək qanında bilirubin 3, 4 mq% (59, 9 mkmol/l) və daha çox olmasıdır.

Məqsəd: bilirubin ensefalopatiyasının qarşısını almaq üçün zərdab bilirubininin artıq miqdarının, körpənin sensibilizasiya olunmuş eritrositlərinin və anticisimlərin xaric edilməsidir.

Mübadilə qanköçürmənin texnikası. Donor qanının komponentlərinin seçimində uşağın və ananın qan qrupu və hemolitik xəstəliyin səbəbi nəzərə alınır. Rezus konflikt zamanı mübadilə qanköçürməsi üçün eritrositar kütlə, təzə dondurulmuş plazma və ya eyni qan qruplu rezus–mənfi qandan istifadə edilməlidir. Rezus uyğunsuz-

luğu zamanı uşağın rezusuna uyğun O (I) qrup eritrositar kütlə, bu olmadıqda isə uşağın qan qrupuna müvafiq qan və eyni qruplu və ya AB (IV) qruplu plazma köçürülür. Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin sarılıqlı formasında mübadilə qan köçürməsi üçün 150-180 ml/kq qan götürülür. Xəstəliyin ödem formasında köçürülən qanın miqdarı azaldılmalı və 50-100 ml/kq-dan çox olmamalıdır. Əks-təqdirdə çox qan köçürülməsi nəticəsində damar çatışmazlığı və ölüm baş verə bilər.

İnfuzion terapiya

İnfuzion terapiya qeyri-düz bilirubin səviyyəsi sabit şəkildə azalana qədər aparılmalıdır. Toksik hemoliz məhsullarının orqanizmdən çıxarılması üçün vena daxilinə yeridilən maye adətən 3 komponentdən ibarətdir: qan, qan əvəzedicilər, 10%-li qlükoza məhlulu. Hipoalbuminemiyası olan yenidoğulmuşlara 10-20% albumin təyin edilir.

Mayenin ümumi miqdarı 30 ml/kq olmalıdır. Dəqiqədə 8-10 damcı olmaqla 6-8 saat müddətində yeridilir. Bu zaman uşaq qidalandırılmır. B₁, B₂, B₆, B₁₂, C vitaminləri, ko-karboksilaza, ATF vurulur. "E" vitamininin 5%-li yağlı məhlulundan 0,1 ml gündə 2 dəfə (5-7 gün) əzələ daxilinə yeridilir. MgSO₄, allaxol, aktivləşdirilmiş kömür 10 qr-lıq şprisə yığılıb 5%-li qlükoza ilə qarışdıraraq mədəyə yeridilir. Lüminal 5-10 gün sutkada 5-10 mq/kq verilir.

Xəstəliyin ödem formasının müalicəsi hipervolemianın azaldılması və anemianın korreksiyasına yönəldilməlidir. Assitik mayeni sol qasıq büküşündən 1-2 sm yuxarı punksiya etmək lazımdır.

BƏTNDAXİLİ İNFEKSİYALAR

Bətdaxili infeksiyalar hamiləlik və ya doğuş zamanı dö-
lün və yenidoğulmuşun yoluxması nəticəsində baş verən
xəstəliklərdir.

Bətdaxili infeksiyaların hamiləlik dövründə təsirindən
dölün bütün orqan və sistemləri, xüsusən sinir sistemi zə-
dələnə bilər. Nəticədə düşük, ölüdoğulma və ya uşağın
anadangəlmə inkişaf qüsurları ilə doğulma riski artır. Bu in-
feksiyalar zamanı yoluxmanın nə zaman baş verməsi mü-
hüm əhəmiyyət daşıyır. Belə ki, törədicinin terotogen təsiri
hamiləlik dövründə birincili yoluxma zamanı baş verir (bu
zaman hamilə qadının qanında immunqlobulin M müəyyən
edilir). Yoluxma hamiləlikdən əvvəl baş veribsə, döl üçün
təhlükə təşkil etmir (ana qanında immunqlobulin G müəy-
yən edilir).

1971-ci ildə ÜST tərəfindən TORCH sindromu anlayışı
irəli sürülmüşdür.

TORCH infeksiyalar:

- T (toxoplasmosis) toksoplazmoz
- O (others) digər infeksiyalar (Hepatit B və C, xlamidioz,
qonokokk infeksiyası, listerioz, İİV infeksiyası, suçiçəyi, en-
terovirus infeksiyası)
- R (rubella) məxmərək
- C (cytomegalovirus) – sitomeqalovirus infeksiyası
- H (herpes simplex virus) – birinci və ikinci tip herpes
infeksiyası

Toksoplazmoz

Toksoplazmoz- heyvanlardan keçən parazitər xəstəlikdir.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədiciyi “toksoplazma qondi” adlanır. Əsasən sinir sistemini, gözü, skelet əzələlərini, ürəyin miokard qışasını və s. zədələyir. İnsanın yoluxma mənbəyi ev və vəhşi heyvanlar, quşlardır. Anadangəlmə toksoplazmoz ananın hamiləlik dövründə və ya hamiləliyə yaxın vaxtda kəskin toksoplazmozla xəstələnməsi və dölün bətn daxilində yoluxması nəticəsində baş verir. Yoluxma fekal-oral yolla (pastərizə olunmamış süd, yaxşı bişməmiş ət, torpaqla çirkələnmiş əllər) və hematogen (infeksiyalaşmış qan preparatları köçürüldükdə) yolla baş verir.

Klinikası. Xəstəliyin klinik əlamətləri bətdaxili yoluxmanın dövründən, infeksiyanın geniş yayılmasından, törədiciyin aktivliyindən, orqanizmin xüsusiyyətindən asılıdır. Xəstəliyin kəskin, yarımkəskin və xroniki dövrləri ayırd edilir. Xəstəliyin kəskin (yayılmış) dövründə daxili orqanlarda patoloji dəyişikliklər üstünlük təşkil edir. Qaraciyər zədələnir, sarılıq, hepatosplenomeqaliya, ləkəli-düyünlü və nöqtəvari (petexial) səpgilər, bəzi hallarda ishal baş verir. Ümumi vəziyyət ağır olur, hərarət dəyişkən xarakterli olur. Xəstəliyin yarımkəskin dövründə mərkəzi sinir sisteminin və gözün zədələnməsi nəzərə çarpır. Uşaqlar süst, yuxulu olur. Qıcolma vaxtı isə yüksək oyanıqlıq, narahatlıq baş verir. Meningoensefalit əlamətləri, eyni zamanda xorioritit və uveit müşahidə olunur. Xəstəliyin xroniki dövründə əksər hallarda geriye dönməz qalıq əlamətləri, mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi, ensefalit, mikro və ya hidrosefaliya, gözdə xorioritit və görmə sinirinin atrofiyası, qıcolma, psixi inkişafdən geri qalma, ətrafların spesifik iflici, əzələ tonusunun yüksəlməsi, bəzən azalması, hiperrefleksiya,

göz tərəfindən olan dəyişikliklər-mikroftalmiya, anadangəlmə katarakta, görmə sinirinin atrofiyası və s. meydana çıxır. Bəzən yanaşı olaraq dölün inkişaf qüsurları qeyd olunur.

Diaqnostikası. Diaqnoz antenatal və postnatal dövrdə qoyula bilər. Antenatal dövrdə anada seroloji müayinədə (İFA, PZR) kəskin toksoplazmoz aşkar edildikdə və dölün USM-ə əsasən lazım gəldikdə xorion biopsiyası, amniosentez, kordosentez yolu ilə təyin edilir. Doğuşdan sonra anadan toplanmış anamnezə (ölüdoğulma, uşaqsalma, vaxtıdan əvvəl doğulma), klinikaya, USM-in nəticəsinə, laborator müayinələrə (qanda və ya likvorda PZR və immunositokimyəvi müayinələr) əsasən qoyulur. Kəllənin rentgen şəklində hidro və ya mikrosefaliya, beyindəxili kalsifikatlar görünür. Periferik qanda yüksək leykositoz və ya leykopeniya, bəzən atipik limfositlər, eozinofiliya xəstəliyin kəskinliyinin göstəricisidir.

Proqnozu. Proqnoz xəstəliyin formasından, bətdəxili zədələnmənin dərəcəsindən, müalicənin başlanma vaxtıdan asılıdır.

Müalicəsi. Xəstəliyin müalicəsi stasionarda, yenidoğulmuşların patologiyası şəbəsində aparılır. Kompleks müalicə təyin edilir: pirimetamin və sulfadoksin (1-1,5 ay) ,sonra makrolidlər təyin edilir. Fol turşusu, bəzən qlükokortikoidlər verilir.

Profilaktikası. Xəstəliyin spesifik profilaktikası yoxdur. Toksoplazma ilə yoluxmanın qarşısını almaq üçün şəxsi gigiyena qaydalarına riayət edilməlidir. Çiy və ya kifayət qədər termiki işləmədən keçməyən ətin yeyilməsinə yol verilməməli, meyvə və tərəvəz təmiz yuyulmalıdır. Seroloji müayinənin nəticəsinə əsasən hamilə qadınlara lazım gəldikdə antibakterial müalicə təyin edilir.

Listerioz

Anadangəlmə listerioz-bətndaxili yoluxma nəticəsində baş verən ağır infeksiya xəstəlikidir.

Etiologiyası. Törədiciyi listeriyalardır. Yoluxma mənbəyi ev heyvanları və quşlardır.

Yoluxma yolları:

1. Animentar-çiy süd, pendir, kolbasa və s. yedikdə
2. Kontakt-xəstə heyvanlarla təmas zamanı
3. Aerogen-heyvanların dərisini və yununu emal etdikdə
4. Transmissiv-həşəratların, xüsusilə gənələrin dişləməsi nəticəsində.

Döl anadan əsasən ciyf vasitəsilə yoluxur, nadir hallarda doğum vaxtı udulmuş dölyanı sular da yoluxma mənbəyi ola bilər.

Klinikası. Uşaq doğulduqdan sonra tez bir zamanda tənəffüs pozğunluğu meydana çıxır, boğulma tutmaları olur, taxikardiya, ürək tonlarının karlaşması, yüksək hərarət müşahidə olunur. Həyatın 1-ci saatlarında çox hallarda qırmızı ləkəli və ya düyünlü ləkəli səpgilər müşahidə olunur. Ləkələr kürək, bel və ətraflarda yerləşir. Qızarmış selikli qişanın fonunda (əsnək, badamcıqlar, udlaq, yemək borusunda) dənəcikli boz-ağ rəngdə səpgilər əmələ gələ bilər. Qaraciyər, dalaq adətən böyüyür. İlk nəcis (mekoni) seliklikdir və yaşıl rəngə boyanmışdır. Sarılıq həmişə olmur.

Listerioz yenidoğulmuşlarda sepsis, irinli meningit şəklində, yüksək hərarət, opistotonusla, bəzən ensefalit kimi gedir.

Diaqnostikası. Anamnez nəzərə alınmalıdır (ananın ev heyvanları ilə təması, çətin gedən doğuşlar). Qızdırma, dölyanı suyun bulanıq olması, anada aqlütinasiya reaksiyasının 1:100 yuxarı olması və dayanmadan artması diaqnoza

əsas verir. Diaqnoz təsdiqlənərsə anaya antibakterial terapiya təyin edilir.

Doğulduqdan sonra uşağın ağciyərlərindəki dəyişiklik bronxopnevmoniyanı və ya milliar vərəmi xatırladır. Rentgen şəkildə sıx yerləşmiş darı dənələrindən də kiçik ləkələr görünür. Bəzi yerlərdə arı pətəyini xatırladır.

Periferik qanda leykositoz və sola meyilli leykositar formula olur. İrinli meningitdə listeriozun törədicişi onurğa beyin mayesində tapıla bilər.

Proqnozu. Xəstəlik zamanı proqnoz çox vaxt ciddidir. Nəticəsi hamiləliyin hansı dövründə ananın yoluxmasından və dölə hansı müddətdə keçməsinə asılıdır. Çox vaxt uşaqlar həyatın 1-ci günlərində ölürlər.

Müalicəsi. Müalicə reanimasiya şöbəsində aparılır. Antibakterial terapiya: aminoqlikozidər, penisillin qrupu xlorosid tetrasiklin, supronal, ampisillin-supronal ampisillin ilə birlikdə təyin edilir.

Profilaktikası. Xəstəliyin spesifik profilaktikası yoxdur. Hamilə qadın listerioza yoluxmaması üçün termiki emaldan keçməmiş ət və süd məhsullarından istifadə etməməlidir. Hamiləlik dövründə profilaktik müayinələr aparılmalıdır.

Sitomeqalovirus infeksiyası

Sitomeqaliya əsasən ağız suyu vəzilərinin virus xəstəliyidir. Xəstəlik ağız suyu vəzilərinin və digər orqanların zədələnməsi və toxumalarda nəhəng hüceyrələrin meydana çıxması ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası. Xəstəlik herpes ailəsindən olan virus tərəfindən törədilir. Xəstəlik mənbəyi xəstəliyin kəskin mərhələsində olan xəstə insanlardır. Seçici olaraq vəzi epitelini zə-

dələnir. Xəstəlik üçün xarakter cəhət ağız suyu vəzilərinə, sidikdə, onurğa beyin mayesində nəhəng hüceyrələrin olmasıdır.

İnkişaf mexanizmi. Xəstəlik cinsi yolla, ağız suyu, ana südü, bəzən məişət yolu ilə ötürülür. Dölnə yoluxması transplasent yolla baş verir və anadangəlmə sitomeqaliya əmələ gəlir. Birinci 3 ayda yoluxma olarsa, hamiləlik düşüklə nəticələnir və ya mərkəzi sinir sisteminin qüsuru meydana çıxır.

Demək olar ki, bütün daxili üzvlərdə 2 forma sitomeqaliya aşkar olunur: lokal-məhdud forma və yayılmış forma. Lokal formada bu hüceyrələr yalnız ağız suyunda yerləşir. Yayılmış formada bu hüceyrələr bütün daxili üzvlərdə yerləşir. Məhdud forma qazanılmış xəstəlikdir. 2 ayılıqdan sonra əmələ gəlir. Yenidoğulmuşlar adətən yayılmış forma-anadangəlmə sitomeqaliya ilə xəstələnirlər.

Klinikası. Xəstəlik sepsis kimi keçir. Toksikoz və nəzərə çarpan sarılıq, qaraciyər, dalağın böyüməsi müşahidə olunur. Periferik qanda anemiya, eritroblastoz, trombositopeniya olur. Ola bilər ki, sinir sistemi tərəfindən ifliclər, parezlər, qıcolmalar baş versin. Bir sıra hallarda uşaqlarda interstisial pnevmoniya (təngnəfəslik, göyermə, tezleşmiş tənəffüs və s.) və böyrəklərin, qaraciyərin zədələnməsi müşahidə olunur. Kumbs reaksiyası həmişə mənfidir.

Diaqnostikası. Diaqnoz qoymaq böyük çətinlik törədir. Diaqnoz sidikdə, ağız suyunda və toxumalarda virusun aşkar edilməsi və PZR əsasında qoyulur.

Diferensial diaqnostika zamanı qan qruplarının və rezus-faktorun uyğun gəlməməsi ilə əmələ gələn hemolitik xəstəlikləri, toksoplazmoz, listeriozu, anadangəlmə sifilisi, qalaktazemiyani nəzərə almaq lazımdır. Anamnezdə yarımçıq doğulmaya, az çəkiliyyə, eybəcərliklərə fikir verilməlidir.

Diaqnoz seroloji müayinəyə əsasən qoyulur.

Proqnozu. Xəstəliyin proqnozu ciddidir. Hidrosefaliya, USİ, epilepsiya, xroniki hepatit, qaraciyər sirrozu, korluq və s. meydana çıxır. Beyndaxili kalsifikatlar tapılır.

Müalicəsi. Spesifik müalicəsi yoxdur. Virus əleyhinə müalicə, eləcə də hormonal və simptomatik müalicə aparılır.

Xlamidioz

Xlamidioz infeksiyon xəstəliklər qrupuna aid olub, tənəffüs orqanlarının, gözün, sidik-cinsiyyət sisteminin və dölün bətdaxili infeksiyalaşmasının müxtəlif simptomatikası ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası. Xəstəlik xlamidilər tərəfindən törədilir. Xlamidilər hüceyrədaxili parazitlərdir. Ətraf mühit şəraitinə davamlıdır. Dezinfeksiyaedicilərin təsirindən 3 saat ərzində məhv olurlar. Xlamidilər antibiotiklərin, kimyəvi preparatların və s. təsirindən L–forma adlanan formaya keçir ki, bu da hüceyrə daxilində uzun müddət yaşama qabiliyyətinə malikdir. Hazırda xlamidilərin insan üçün təhlükəli olan 3 forması ayırd edilir: Ch. trachomatis, Ch. pnevmonial, Ch. psittaci.

İnfeksiya mənbəyi xəstə insandır. İnfeksiyanın ötürülmə yolları müxtəlifdir və xlamidinin formasından asılıdır.

Anadangəlmə xlamidioz. Uşaqların yoluxması transpləntar və doğuş zamanı olur. Hamiləliyin 3-cü ayında urogenital xlamidiozun kəskinləşməsi, yenidoğulmuşun bu infeksiya ilə yoluxma riskini artırır. İnfeksiya dölün bətdaxili hipoksiyasına səbəb olur və yarımçıq doğulmaya gətirib çıxara bilər. Bu infeksiya yenidoğulmuşlarda konyuktivit, nazofaringit, otit, bronxit, pnevmoniya, vulvovaginit şəklində özünü büruzə verir. Yenidoğulmuşlarda ən çox konyuktivit şəklində təsadüf olunur. Konyuktivit adətən həyatın 2-ci

həftəsindən başlayır. Bəzi hallarda isə 3-cü günündə və ya 5-6 həftədən sonra meydana çıxır. Bədən temperaturu yüksəlmir, gözün konyuktiva qişasında qızartılar meydana çıxır, göz qapaqları şişir, gözdən irinli ifrazat axır. Xəstəliyin tipik əlamətlərindən biri yuxudan sonra göz qapaqlarının yapışqanlığıdır. Xəstəlik 2-3 həftədən sonra keçib gedir.

Ağırlaşmaları. Xlamidioz xəstəliyi kseroz, ağır hallarda isə korluğa gətirib çıxara bilər. Bəzi uşaqlarda isə doğulduqdan sonra tənəffüs orqanlarının müxtəlif dərəcəli pozulmalarına, zədələnmələrinə səbəb olur. Kəskin intoksikasiya əlamətləri olur. Dərinin avazıması, qarının şişməsi, hıçqırma meydana çıxır. 2-3 həftədən sonra isə tutmaşəkili öskürək başlanır.

Müalicəsi. Xlamidiozun müalicəsi kompleks aparılmalıdır. Antibiotikoterapiya, dezintoksikasion terapiya təyin olunur. Vitamin A, C, E yaşa uyğun təyin olunur. Pnevmoniyalar zamanı mukolit preparatlardan istifadə olunur. Həmçinin, masaj, MBT və fizioterapiya aparılır. Konyuktivitlər zamanı tetrasiklin və ya 5%-li eritromisin məlhəmindən və 20%-li albusid məhlulundan (natrium-sulfasil) istifadə olunur. Müalicə kursu 2-3 gündən az olmayaraq aparılır. Antibiotiklərin yerli tətbiqi yaxşı nəticə verir. Xroniki hallar konyuktival qişanın çapıqlaşmasına gətirib çıxara bilər.

Herpes infeksiyası

Herpes infeksiyası adətən dəri və selikli qişaların (üzdə, cinsiyyət orqanları nahiyəsində), mərkəzi sinir sisteminin (meningit, ensefalit), gözlərin (konyuktivit, kratit), I və II immunodefisiti olan şəxslərdə isə daxili orqanların zədələnməsi ilə özünü büruzə verir.

Etiologiyası. Herpes infeksiyası I və II tip herpesviruslar tərəfindən törədilir. Herpesvirusların hər iki növü termolabil-

dir. 50-52⁰ C temperaturda 30 dəqiqəyə inaktivləşir. Ultrabənövşəyi və rentgen şüalarının təsirindən tez məhv olur. Lakin aşağı temperatura davamlıdır, belə ki, (-20)-(-70)⁰C arasında uzun illər yaşaya bilər. İnfeksiya mənbəyi virusdaşıyıcıları və xəstəliyin müxtəlif kliniki formaları ilə xəstələnmiş uşaqlardır.

Sadə herpes virusdaşıyıcıları çox yayılmışdır. Virusun keçmə yolları məişət-kontakt, hava-damcı və cinsi yollardır. Anadan dölə keçməsi də mümkündür.

Bətdaxili herpes. İnfeksiyanın anadan dölə keçmə yolları müxtəlifdir. Adətən dölün infeksiyalaşması genital herpesi olan ananın doğuş yollarından yoluxur. Bu zaman infeksiyanın giriş qapısı yenidoğulmuşun burun-udlağı, dərisi və gözləri olur. Virusun ötürülməsi transplasental yolla da ola bilər.

Sadə herpes virusu hamiləliyin və doğuşun bu və ya digər patologiyasının səbəbi ola bilər. Belə ki, uşaqsalma, dölün bətdaxili ölümü və ya yenidoğulmuşların generalizə olunmuş infeksiyaları meydana çıxır.

Yenidoğulmuş uşaqda pnevmoniya, xorioretinit, ensefalit, hemorragik sindrom, sarılıq, hepatosplenomeqaliya, hepatit və s. meydana çıxır.

Diaqnostikasi. Diaqnoz klinik mənzərə-anada cinsiyyət üzvlərində tipik səpkilərə əsasən qoyulur. Lakin bir sıra hallarda simptomlar olmadan virusdaşıyıcılıq mümkündür. Diaqnoz spesifik İgM və İgG titrinin artması əsasında təsdiq edilir. Yenidoğulmuşlarda diaqnoz kliniki əlamətlər və spesifik immunqlobulinlərin titri nəzərə alınaraq qoyulur.

Proqnozu. Xəstəliyin ən ağır gedişi yenidoğulmuşlarda, xüsusən distrofiyalı uşaqlarda müşahidə olunur. Herpetik meninqoensofaliti və ekzeması olan uşaqlarda proqnoz ciddidir.

Müalicəsi. Anaya və yenidoğulmuş uşağa asiklovir təyin edilir. Hamilə qadın yoluxmuşsa, keysəriyyə kəsiyi aparıla bilər.

İRSİ XƏSTƏLİKLƏR

Son illər uşaqlarda irsi çatışmazlıqlara böyük diqqət yetirilir. İrsi xəstəliklərin öyrənilməsi irsilik qanununun (xromosom və genlərin rolunun aydınlaşması, DNT-nin quruluşu, genetik informasiyaların ötürülməsi mexanizmi) kəşfi ilə əlaqədardır.

İnsanda irsiliyin daşıyıcısı xromosom aparatında - hüceyrə nüvəsində yerləşir. Xromosom aparatı 23 cüt (46) xromosomdan təşkil olunub. Bunlardan 22 cütü autosom, 23-cü cütü isə cinsi xromosomdur. Qadın xromosomları X kimi qeyd olunur (XX), kişilərdə isə XY xromosomlarıdır. Hər bir xromosomda xətti ardıcılıqla genlər yerləşir. Onlar irsi xüsusiyyətləri özündə əks etdirir və inkişafın xüsusiyyətini təyin edir. Xromosomların quruluşunda gözə çarpan dəyişiklik (gen mutasiyası) maddələr mübadiləsi pozğunluğuna, xromosomların quruluş dəyişikliyi və say fərqi (xromosom mutasiyası) xromosom xəstəliyinə səbəb olur. Kobud xromosom pozğunluğu dölün bətdaxili ölümünə səbəb olur.

Uşaqlarda irsi çatışmazlığı erkən aşkara çıxarmaq üçün tibbi-genetik məsləhətxanalara açılır. Tibbi-genetik məsləhətxanalarda irsilik məsələləri həll edilir, gələcək uşaq üçün riskin dərəcəsi təyin olunur, dölün irsi xəstəliklərinin antenatal diaqnostikası həyata keçirilir. Bətdaxili dövrdə ikili və üçlü testlər, USM, lazım gəldikdə amniosentez və kordosentez aparılır. Psixomotor inkişafdan geri qalan uşaqlar həyatlarının 1-ci ayında müayinədən keçirilir.

İrsi xəstəliklər müxtəlif cür özünü göstərə bilər: inkişaf qüsuru şəklində və uşaq yaşlarının müxtəlif digər xəstəlikləri kimi. İrsi xəstəliklər 3 əsas qrupa bölünür: 1. Monogen, 2. Poligen, 3. Xromosom.

Monogen xəstəliklər bir genin defekti nəticəsində əmələ gəlir (mukovissidoz, hemofiliya, fenilketonuriya, qalaktozemiya və s.).

Poligen xəstəliklər (çoxfaktorlu) bir neçə genin pozğunluğu və xarici mühit faktorlarının qarşılıqlı təsiri nəticəsində əmələ gəlir (şəkərli diabet, allergik xəstəliklər).

Xromosom xəstəlikləri xromosomların sayı və quruluş pozğunluğu nəticəsində əmələ gəlir (Daun sindromu və Klaynfelter). Cinsi xromosomların anomaliyası ilə əlaqədar Klaynfelter və Turner sindromları, autosom anomaliyasından isə Daun sindromu meydana çıxır.

Klaynfelter sindromu

Klaynfelter sindromu doğulan oğlan uşaqlarının 0,2%-də rast gəlinir. Uşaqda normada 46 xromosom olduğu halda 47 xromosom olur. Oğlanlarda normada olan cinsi xromosom XY əvəzinə, XXY xromosom yığını olur. Yığında bəzən cinsi X xromosomu bir neçə sayda ola bilər (XXXXY, XXXXY, XXXXXY)

Klinikası. Uşaqlar hündürboylu, uzun ətraflara malik olur. Əzələlər zəif inkişaf etmiş, cinsi infantilizm qeyd olunur, xayaların atrofiyası, ginekomastiya, kriptorxizm, hipoqonadizm (hipogenitalizm). Bu, müxtəlif dərəcəli ağıl zəifliyi ilə birgə olur.

Diagnostikası. Diaqnoz xəstəliyin klinik əlamətlərinə və patoloji kariotipin təyininə əsaslanır. Bir neçə əlavə X xro-

mosomunun olması ilə əlaqədar olaraq hüceyrələrdə cinsi xromatin təyin olunur. Normada kişi cinsli şəxslərdə cinsi xromatin olmur.

Müalicəsi. İkincili cinsi əlamətlərin əmələ gəlməsi üçün hormonal (metil testosteron, tokoferol, uzun müddətli təsirə malik androgenlər) müalicə tətbiq olunur.

Terner sindromu

Terner sindormu zamanı xəstələrdə xromosomların patoloji yığılımı (45 xromosom) olur. Cinsi xromosom təkə bir X xromosomlu olur. Fiziki inkişafın anomaliyası, kiçik boy və cinsi infantilizmlə xarakterizə olunur. Ola bilər ki, X xromosomunda olan dəyişiklik normal kariotipdə olsun, bu zaman zülal sintezində, ferment əmələ gəlməsində, maddələr mübadiləsində patologiya meydana çıxır.

Klinikası. Xəstələr kiçik boya malik olurlar. Cinsi inkişafdan nəzərəçarpan qədər geri qalırlar. Bədən quruluşu qeyri-mütənasibdir: bədənənin yuxarı hissəsi aşağı hissədən uzundur, qulaq seyvanı deformasiyalı olur, bir qədər aşağı yerləşir. Boynu enli və qısa olur. Geniş dəri qırıqlarına malikdir ki, bu qırıqlar məməvari çıxıntıdan başlayıb çiyinə qədər davam edir(qanadvari boyun). 4-cü barmaq gödəlməmiş olur və 5-ci barmaq əyilmişdir. Çox vaxt anadangəlmə ürək qüsuru və iri damarlarda anomaliyalar, böyrəyin anomaliyasına təsadüf edilir. Psixi inkişaf yaşa uyğun gəlir.

Müalicəsi. Boy və cinsi inkişafı stimulyasiya məqsədilə anabolik steroidlərdən istifadə olunur: metil androstendiol, nerabol, estradiol dipropionat. Bu dərmanların nəticəsində xəstələrin vəziyyəti müəyyən qədər yaxşılaşır. İkincili cinsi əlamətlər əmələ gəlir, bir sıra hallarda müntəzəm aybaşı olur.

Daun sindromu

Hər doğulan 800-1000 nəfər uşağın birində bu sindroma təsadüf edilir. Bu xromosom xəstəliyi olub, anadangəlmə ağıl zəifliyi, somatik anomaliya və fiziki inkişaf qüsuru ilə xarakterizə edilir.

Daun sindromu ilk dəfə 1866-cı ildə ingilis həkimi C.L.Daun tərəfindən aşkar olunmuşdur. Daun sindromlu xəstələrin üz quruluşu monqol irqinə mənsub şəxslərə bənzədiyindən əvvəllər bu sindromu "Monqolizm" adlandırırdılar. Lakin daha sonra sindrom alimin adı ilə adlandırıldı.

Daun sindromu xromosom aparatındaki patoloji dəyişikliklər ilə əlaqədardır. Ən çox 21-ci xromosomda, az halda isə 15-21, 21-22-ci xromosomda patologiya müəyyən olunur. Xromosomlarda kəmiyyət dəyişikliyi özünü 21-ci xromosomda trisomiya şəklində göstərir. Keyfiyyət dəyişikliyi ən çox 15-ci xromosomda rast gəlinir. Belə ki 15-ci cüt autosom xromosomlardan biri olduğu kimi qalır, lakin 2-ci xromosomun bir hissəsi diletasiyaya uğrayır və onun itirilmiş hissəsi 21-ci cüt xromosomların birinin tərkib hissəsinə keçir. Genotipdə 46 xromosom olmasına baxmayaraq Daun sindromunun əlamətləri özünü büruzə verir.

Daun sindromunun meydana çıxmasında əsas risk faktoru ananın yaşıdır. Bu, ananın yumurta hüceyrələrinin fizioloji qocalması ilə əlaqədardır. Statistika görə 25 yaşdan kiçik qadınlarda xəstə uşağın doğulma ehtimalı 1:1400 olduğu halda, 35 yaşda 1:400, 40 yaşda 1:100, 45 yaşda 1:35-ə olur. Xəstəliyin meydana çıxmasında qohum evliliyinin də rolu qeyd edilir.

Klinikası. Xarici görünüşünə görə belə xəstələr bir-birinə çox oxşayırlar. Onların diaqnozu xarici görünüşə görə asanlıqla qoyulur. Daun xəstələrinin başı kiçik, dairəvi,

ənsə nahiyəsi yastılaşmış olur. Anamnezində əmgəklərin gec qapanması müşahidə edilir. Onların alını ensiz, yastı və tüklü, gözləri kiçik, uzunsov , batıq , göz yarığı çəp olur. Göz bucağında dəri büküşlüdür.Uşağın burnu kiçik, ağız yarımacağı, dili böyük olur. Uşağın sifəti, xüsusilə yanaqları hiperemiyalı görünür (şəkil10, səh. 522). Qulaqları kiçik və qeyri-simmetrik olur, barmaqları isə enli və yastı, kiçik barmaq qısa və əyri olur. Əzələlərində kəskin hipotoniya olur. Əllərində ovucu iki yerə bölən tək xətt – Simian xətti olur.

Daun xəstəliyinin yuxarıda göstərilən əlamətlərindən başqa, uşaqlarda ali sinir fəaliyyətində də ağır pozğunluq olur. Uşaqda müxtəlif dərəcəli ağıl zəifliyi müşahidə edilir və bu , əsasən uşaq həyatının 2-ci yarımilində aşkarlanır. Belə uşaqlarda nitq zəifliyi, diqqətsizlik olur, söz ehtiyatı çox azdır, sözləri çətinliklə deyir. Xəstə uşaq gec yeriir, gec oturur, gec danışır. Fiziki cəhətdən pis inkişaf edir, boyu balaca olur.

Daun sindromunun əlamətləri bütün ömür boyu qalır. Yaş artdıqca boy inkişafdan qalır.Ətraflar qısa, bədən quruluşu qeyri-simmetrik, çiyin sallanır, qarnı böyük, başı önə doğru əyilmiş olur. Oynaqlar zəif inkişaf etmiş olur və ətraflar normaldan çox (hiperfleksiya) açıla bilir. Belə uşaqların dişləri də qaydasız çıxır, tez çürüyür, tez tökülür.

Belə xəstə uşaqların daxili orqanlarında anomaliya olur. Ürək qüsuru, sərt damağın yarığı, yemək borusunun və ya düz bağırsağın atreziyası qeyd edilir.

Daun sindromu olan uşaqlarda immun sistemi zəif inkişaf etdiyindən, infeksiya xəstəliklərə asanlıqla yoluxurlar. Bu uşaqlarda bədxassəli şişlərin meydana çıxma riski daha yüksəkdir.

Diagnostikası. Hamiləlik zamanı sindromun aşkar edilməsi üçün perenatal diaqnostika sistemi həyata keçirilir: ilk

3 ayın skriningi 11-13 həftədə (ikili test) və 15-22-ci həftələrdə (üçlü test və dördlü test) təkrari USM müayinəsi və hamilə qadının qanında xüsusi biokimyəvi markerlər təyin edilir.

USM müayinəsində boyun-yaxalığ nahiyyəsinin qalınlaşması, burun sümüyünün kiçikliyi və ya heç olmaması və s. əlamətlər müəyyən olunur. Şübhəli hallarda amniosentez və kordosentez aparılır. Lakin bu üsullar invaziv olduğundan ağırlaşmalar (uşaqsalma, infeksiyalaşma və s.) meydana çıxmağa bilər.

Müalicəsi. Sindrom müalicə olunmur, lakin yanaşı gədən ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün ümumi möhkəmləndirici müalicə təyin edilir. Eyni zamanda mütəxəssislər (nevropatoloq, loqoped, defektoloq, psixoterapevt) tərəfindən yönləndirici, korreksiyaedici məşğələlər aparılır. Düzgün yanaşma nəticəsində belə uşaqlar özlərinə qulluq etməyi öyrənir. Daun sindromlu uşaqlar xüsusi məktəblərdə təhsil alır.

Qulluq. Daun sindromlu uşaqlara qulluqda əsas məqsəd uşaqların hərəkəti vərdişlərini, nitq qabiliyyətini inkişaf etdirmək, onların sosial adaptasiyasını yaxşılaşdırmaqdan ibarətdir. Bu məqsədlə valideynlər arasında stereotiplərin aradan qaldırılması üçün maarifləndirici tədbirlər aparılmalıdır. Valideynlərə başa salmaq lazımdır ki, Daun sindromu ilə doğulan uşaqlar arasında əqli və fiziki cəhətdən inkişaf edənlərə də rast gəlmək mümkündür. Həmçinin bütün hallarda düzgün yanaşma, reabilitasiya tədbirləri və pedaqoji iş nəticəsində bu uşaqların cəmiyyətə uyğunlaşmasını təmin etmək olar.

Uşaqlarda çatışmayan hərəkəti vərdişləri inkişaf etdirmək məqsədilə kompleks reabilitasiya aparılır: uşağa sərbəst şəkildə oturmağı, iməkləməyi və yeriməyi öyrədirlər. Vali-

deynlər və yaşıdları ilə ünsiyyət üçün nitq vacibdir. Daun sindromu olan uşaqlarda nitq qabiliyyəti zəif olduğundan tibbi və pedaqoji rehabilitasiya həyata keçirilir. Bunun üçün loqopedik masaj, mikrocərəyan refleksoterapiyası həyata keçirilir. Əqli inkişafı yaxşılaşdırmaq məqsədilə müxtəlif öyrədici oyunlardan istifadə olunur. Düzgün yanaşma nəticəsində belə uşaqlar özlərinə qulluq etməyi öyrənir.

Daun sindromlu uşaqların rehabilitasiyası məqsədilə ölkəmizdə müxtəlif ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələri və xüsusi məktəblər mövcuddur. Bunlardan biri də Daun sindromlu şəxslərin Rehabilitasiya Mərkəzidir.

Fenilketonuriya

Fenilketonuriya-maddələr mübadiləsi pozğunluğu olub , fenilalaninin tirozinə keçməsinə kömək edən fermentin defisiti zamanı baş verir. Nəticədə qanda fenilalaninin miqdarı çoxalır, fenilpiroüzüm turşusu şəklində sidiklə ifraz olunur.

Klinikası. Uşaq döşdən imtina edir, qaytarma, qusma, qıcolma müşahidə olunur. Uşağın psixomotor inkişafı ləngiyir. Xəstəliyin ilkin əlamətləri uşaq həyatının 2-3-cü aylarında yaranır, qaytarmalarla yanaşı olaraq sağalmaz ekzema yaranır, tonik-klonik qıcolmalar baş verir. Bunlarla yanaşı uşaqlarda başın tükündə də dəyişiklik yaranır. Belə ki, tükərin rəngi açıqlaşır və kövrək olur. Gözlərin rəngi solğunlaşır, parlaqlığını itirir, gözlər sanki sulu görünür. Sidik spesifik “siçovul” qoxusu verir. Sonradan uşaqlarda meymun yerişi, əqli inkişafdan geri qalma halları müşahidə olunur.

Diagnostikası. Hazırda fenilketanuriyanın diaqnostikası neonatal skrining proqramına daxildir. Test zamanı 2,2mq-dan çox hiperfenilalaninemiya müəyyən edildikdə uşaq həkim-genetik tərəfindən təkrari müayinəyə göndərilir.

Bu zaman qanda fenilalanin və tirozinin miqdarı, qaraciyər fermentlərinin aktivliyi, sidiyin biokimyəvi müayinəsi, lazım gəldikdə EEQ, baş beyinin MRT-si, uşaq nevropatoloqunun konsultasiyası təyin edilir.

Diagnoz qoymaq üçün Fellingq reaksiyası qoyulur. Bunun üçün sidiyə və ya sidikli əsgiyə 10%-li dəmir 3-xlorid məhlulu əlavə edilir. Əsgidə və ya sidikdə yaşılımtıl göy rəngli qısa müddətli ləkə alınarsa reaksiya (+) hesab olunur.

Müalicəsi. Xəstələrdə spesifik xarakterli pəhriz saxlanılmalıdır. Uşağa ana südü verilmir, qida kazein hidrolizatı ilə əvəz olunur. Fenilalaninlə zəngin olan qidalar (qoyun əti, mal əti, donuz əti, toyuq əti, hinduşka əti, pendir, yumurta, balıq) rasiondan çıxarılır. Qida vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Rasionda təzə meyvə şirələri üstünlük təşkil etməlidir.

ANADANGƏLMƏ İNKİŞAF QÜSURLARI

Yenidoğulmuş uşaqların patologiyasında anadangəlmə inkişaf qüsurları böyük rol oynayır. Anadangəlmə inkişaf qüsurları dölün üzvlərinin quruluşca normadan az və ya çox kənara çıxması hallarına deyilir.

İnkişaf qüsuru geniş anlayış olub fiziki anomaliyalar, ayrı-ayrı sistemlərin ciddi pozğunluğu (ürək qüsurları, ətrafların qüsurları və s) və bədənin müxtəlif hissələrini əhatə edən anomaliyaların kombinasiyası şəklində meydana çıxıb bilər. Metabolizmin anadangəlmə deffektləri də anadangəlmə qüsurlar sayılır.

40-60% hallarda anomoliyaların meydana çıxma səbəbi bəlli deyil. 20-25% hallarda anomaliyalar müxtəlif səbəblərdən ("çoxfaktorlu") meydana çıxır. Yalnız 12-25% hallarda anomaliyalar genetik səbəblərə malikdir. XX əsrin II yarısından xüsusən inkişaf etmiş ölkələrdə uşaqların inkişaf qüsu-

ru ilə doğulma halları artmışdır.

Anadangəlmə inkişaf qüsurlarının təsnifatı. Təsnifat müxtəlif prinsiplər üzrə həyata keçirilir: etiologiyasına, meydana çıxma vaxtına, ağırlıq dərəcəsinə, tezliyinə, əsas əlamətlərinə, orqanizmdə yayılmasına və yerləşməsinə görə.

1.Etiologiyasına görə:

1.İrsi qüsurlar. Bu zaman qüsür cinsi hüceyrələrdə və ya ziqotada irsi mutasiyalar nəticəsində meydana çıxır.

2.Valideynlərdə olan xəstəliklər. Endokrin xəstəlikləri və metabolizm pozğunluqları, cinsiyyət hüceyrələrinin bioloji çatışmamazlığı, anada B qrup vitaminlərinin, xüsusən fol turşusunun çatmamazlığı.

3.Valideynlərin yaşı və qohumluğu. Çoxfaktorlu xəstəliklərin meydana çıxmasında qohum nıgahları və xəstə qohumların olması faktı rol oynayır. Qüsurun təkrar meydana çıxması ağır hallarda daha çox rast gəlinir.

4.Ekzogen səbəblərdən. Bu zaman embrion və ya dölün zədələnməsi hamiləliyin müxtəlif dövrlərində təsir edən teratogen xarici faktorların təsiri nəticəsində baş verir. Ekzogen faktorlara aiddir:

Bioloji amillər. Viruslar (məxmərək, suçiçəyi, sitomeqalovirus, herpes, hepatit, enteroviruslar), ibtidailər (toksoplazmoz), bakteriyalar (xlamidialar, listeriyalar), mikoplazmalar.

Mexaniki amillər. Qarının və uşaqlığın zədələnmələri, çoxdöllü hamiləlikdə dölün birinin o birini basması, dölyanı suyun az və ya çox olması, uşaqlıq şişləri və s.

Fiziki amillər. Şüalanma, o cümlədən rentgen şüaları və vibrasiyanın təsiri.

Kimyəvi amillər. Müxtəlif bitki və kimyəvi tərkibli dərmanlardan istifadə etmək, məişət kimyası vasitələri, valideynlərin narkotik maddələrdən və alkoqoldan istifadəsi.

5.Qarışıq səbəblər (multifaktor). Genetik defektlərlə yanaşı ətraf mühitin əlverişsiz təsiri nəticəsində meydana çıxır.

6. Səbəbi məlum olmayan.

II. Meydana çıxma vaxtına görə:

Qametopatiyalar. Spermatozoidlərin defekti, cinsi hüceyrələrin xromosom və gen mutasiyaları, yumurta hüceyrənin qocalması nəticəsində əmələ gələ bilər.

Blastopatiyalar. Mayalanmadan sonra 14 gün ərzində baş verir. Hər iki halda çox ağır qüsurlar meydana çıxdığından rüşeym tələf olur və hamiləlik pozulur.

Embriopatiyalar. Ciftin əmələ gəlməsinə qədər (bətndaxili inkişafın 75-ci günü) olan dövrdə embrionun zədələnməsidir.

Fetopatiyalar. Erkən və gec olmaqla 2 qrupa ayrılır. Erkən fetopatiyalar bətndaxili inkişafın 76-180-ci günlərini, gec fetopatiyalar bətndaxili inkişafın 180-ci gündən doğuşa qədər olan dövrü əhatə edir. Ən çox rast gəlinən inkişaf qüsurları bu dövrdə əmələ gəlir.

III.Ağırlıq dərəcəsinə görə:

1. Yüngül qüsurlar-müalicə tələb etmir, həyat fəaliyyətinə təsir etmir.

2. Ağır qüsurlar-müalicə tələb edir, həyat fəaliyyətinə mənfi təsir edir.

3. Çox ağır qüsurlar-həyat qabiliyyəti olmur.

IV.Əsas əlamətlərinə görə:

1.Orqanların ölçülərinin dəyişməsi:

Hipergeneziya-orqan və ya bədən hissəsinin həddən artıq inkişafı

Hipogeneziya- orqan və ya bədən hissəsinin tam inkişaf etməməsi

2.Aplaziya-orqanın tamamilə olmaması

- 3.Orqanların formasının dəyişməsi
- 4.Orqanların yerinin dəyişməsi:ektopiya, heterotopiya
- 5.Orqanların sayının dəyişməsi
- 6.Atavizimlər
- 7.Bitişik əkizlər

V. Orqanizmdə yayılmasına görə:

1. Lokal-qüsurlar yalnız bir orqanda rast gəlinir
2. Sistem-qüsurlar bir sistemdə rast gəlinir
3. Çoxsaylı- bir neçə sistemdə rast gəlinir

VI. Orqanizmdə yerləşməsinə görə:

1. Kəllənin, baş beyinin, mərkəzi sinir sistemi və hiss üzvlərinin inkişaf qüsurları
2. Üzün və boyunun inkişaf qüsurları
3. Onurğa beyinin inkişaf qüsurları
4. Ürək-damar sisteminin inkişaf qüsurları
5. Tənəffüs sisteminin inkişaf qüsurları
6. Həzm sisteminin inkişaf qüsurları
7. Sümük əzələ sisteminin inkişaf qüsurları
8. Sidik ifrazat sisteminin inkişaf qüsurları
9. Cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qüsurları
- 10.Endokrin vəzilərin inkişaf qüsurları
11. Dəri və onun artımlarının inkişaf qüsurları

Kəllənin, baş beyinin, mərkəzi sinir sistemi və hiss üzvlərinin inkişaf qüsurları:

Beyin yırtıqları mərkəzi sinir sisteminin inkişaf qüsurlarına aiddir. Yumşaq şiş şəklində olur, kiçik əmgək nahiyəsində yerləşir. Şişin üzəri dəri ilə yarıörtülmüş olur və pulsasiya edir.

Beyin yarımkürələrinin olmaması (anensefaliya). Çox ağır qüsurdur. Uşaq doğulduqdan sonrakı ilk günlərdə ölür.

Beyinin inkişafdan qalması. Bu vaxt kəllə hissəsi kiçik olur, üz hissəsi normal inkişaf edir. Ətrafların əzələlərinin tonusunun yüksəlməsi, vətər reflekslərinin artması müşahidə

də olunur. Uşaqlarda əqli cəhətdən geriləmə və qıcolmalar yaranır.

Anadangəlmə baş hidropsu. Onurğa beyni mayesi sürətlə əmələ gəlmiş üçün kəllədaxili təzyiq artır, beyin mədəcikləri genəlir, kəllə sümükləri aralanır, baş həddindən artıq böyük görünür. Xəstəliyin proqnozu yaxşı deyil.

Üzün və boyunun inkişaf qüsurları:

Üst dodağın yarığı (dovşandodaq) – ağız boşluğunun daha tez-tez rast gəlinən qüsurdur. Yarıq müxtəlif böyüklükdə olur. O, çox kiçik ola bilər, bəzən isə burun dəliyinə qədər üst dodağı tuta bilər, birtərəfli və ya ikitərəfli ola bilər. Bu qüsura ən çox oğlanlarda rast gəlinir.

Sərt və yumşaq damağın yarığı (qurdağız) – bu qüsür zamanı yarıq orta xətdə olur, ağızla burun boşluğu arasında geniş yol açılır. Bu formada uşaqları əmizdirmək çox çətin olur. Belə uşaqlar düşü çətin əmir, çəkiddə az artırırlar.

Onurğa beyninin inkişaf qüsurları:

Onurğa beyni yırtığı–ən çox bel və oma hissədə olur. Boyun və döş nahiyəsində çox az təsadüf edilir. Onurğa beyni yırtığı 2 cür olur: açıq və qapalı. Onurğa beyni yırtığı – ağır qüsurlara aiddir. Oma hissəsində onurğanın aralanması nəticəsində baş verir. Həmin yarığa beyin qişaları çıxır, bunların da içərisi onurğa beyni mayesi ilə dolu olur. Belə uşaqlarda aşağı ətrafların iflici və bəzən sidiyin və nəcis qeyri-iradi ifrazı olur.

Ürək-damar sisteminin inkişaf qüsurları: ürək-damar sisteminin inkişaf qüsurlarına aortanı ağciyər arteriyası ilə birləşdirən botal axacağıının bitişməməsi, ağciyər arteriyasının daralması, mədəciklərarası arakəsmədə defekt və s. aiddir.

Tənəffüs sisteminin inkişaf qüsurları:

Anadangəlmə stridor laringeal qığırdağın və qırtlaq qaapağının anadangəlmə qüsurdur. Belə uşaqlarda nəfəsal-

ma səsli olub xoruz banını xatırladır. Təngnəfəslik əlamətləri olmur. Lakin yuxarı tənəffüs yollarının iltihabı zamanı boğulma əlamətləri meydana çıxa bilər. Belə uşaqlar mümkün qədər tənəffüs yollarının infeksiyalarından qorunmalıdır.

Həzm sisteminin inkişaf qüsurları:

Qida borusunun atreziası çox zaman vaxtından əvvəl doğulan uşaqlarda olur. Adətən qida borusunun yuxarı hissəsində yalnız udlağa keçən yerində kəsə əmələ gəlir. Aşağı hissəsi isə tənəffüs yolları ilə əlaqəli olur. Bu vaxt ya hər iki hissə qida borusuna açılır, ya da hər iki şöbənin onunla heç bir əlaqəsi olmur. Bəzən qida borusunun tam yoxluğu müşahidə olunur. Uşağı əmizdirən zaman südün keçməsinə maneə hiss olunur. Sonra boğulma olur, uşaq qusduqdan sonra əlamətlər yox olur. Udulan südün bir qismi asanlıqla nəfəs yollarına düşə bilər. Bu vaxt uşaqda tənəffüs pozulması, aritmiya, ağciyərlərdə aspirasion pnevmoniya əmələ gələ bilər.

Qida borusunun anadangəlmə stenozu zamanı klinika stenozun ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. Yemək zamanı və ondan sonra disfagiya və requrgitasiya baş verir. Əvvəl qusuntu kütləsində dəyişilməmiş selik olur ki, bu da turş iyə malik olur. Sonra qida borusu genəlir və genişlənməmiş yerdə durğunluq baş verir. Uşağın ağzından üfunətli iy gəlir. Qida borusu çox genəldikdə öskürək, stenotik tənəffüs və sıxılma baş verir. Uşaq çəkisini itirir. Fiziki inkişafdan geri qalır.

Pilorostenoz mədənin pilorik hissəsinin anomaliasıdır. Belə uşaqlarda fəvvarə şəkilli qusma və qusmadan əvvəl narahatlıq olur. Qusuntu kütlələrinin miqdarı əmilən südün miqdarından çox olur. Qusma doğulduqdan 3-4 həftədən sonra meydana çıxır. Bəzən qusuntuya öd də qarışır. 5-6 həftədən sonra uşağın çəkisi doğuşdakından 25% az olur. Sidik ifrazı azalır. Südü və mayeni qəbul etdikdə qarında

qum saatına bənzər 2 girdə qabarma şəklində mədə peristaltikası görünür. Tez-tez qusma nəticəsində uşaqlar çoxlu maye itirir, arıqlayır və çəkisi azalır. Pilorostenozu pilerospazmdan fərqləndirmək lazımdır.

Diafraqma yırtığı diafraqmanın nazilmiş yerinin qabarması ilə əlaqədar olaraq qarın boşluğu üzvlərinin döş boşluğuna keçməsi, az hallarda isə döş boşluğu üzvlərinin qarın boşluğuna keçməsi ilə müşahidə olunur. Tənəffüs pozulur. Bu pozulma ağciyər parenximasının sıxılması və ağciyərlərin tənəffüs səthinin azalmasından əmələ gəlir. Eyni zamanda tutma şəklində öskürək, pnevmoniya baş verir. Müalicə uşaq doğulandan 24-48 saat sonra cərrahi yolla edilir.

Anusun bitməsi zamanı uşaqda anus dəliyi açıq olmur. Bəzi uşaqlarda buna səbəb düz bağırsağın natamam inkişafı, digər uşaqlarda isə anusun üzərinin dəri ilə örtülməsidir. Bu cür qüsurlar zamanı uşaq təcili əməliyyat olunmalıdır. Əməliyyat ləngidilərsə uşaq ölə bilər.

Sümük əzələ sisteminin inkişaf qüsurları:

Əyripəncəlilik sümük əzələ sisteminə ən çox rast gəlinən inkişaf qüsurlarındandır. Bu zaman pəncə sümüklərində deformasiyalar meydana çıxır.

Bud çanaq oynağının anadangəlmə çıxığı qızlarda daha çox rast gəlinir. Meydana çıxmasında bud çanaq oynağının tam inkişaf etməməsi (displaziya) əsas rol oynayır. Çıxıq doğuşdan əvvəl və ya doğuş zamanı meydana çıxır. Ən çox soltərəfli olur. Bəzən ikitərəfli çıxığa rast gəlinir. Uşaq sərbəst yeriməyə başlayarkən bud-çanaq oynağının deformasiyası daha da dərinləşir. Müayinə zamanı bud-çanaq oynağında hərəkət məhdudlaşır, birtərəfli çıxıq zamanı bud və sağrı büküşlərində assimetriya müəyyən edilir. Diaqnoz qoyulmasında rentgenoloji müayinə əsas yer tutur.

Sidik ifrazat sisteminin inkişaf qüsurları:

Hipospadiya və epispadiya (sidik kanalının üst divarının natamam inkişaf etməsinə) oğlan uşaqlarında rast gəlinir. Ağır dərəcəli epispadiyaya sidik kisəsinin çevrilməsi də (ektopiya) qoşulur. Belə hallarda sinfizdən üstdə sidik kisəsi nahiyəsində tünd qırmızı rəngdə şiş olur. Bu şişin səthi sidik kisəsinin selikli qişasından ibarətdir. Onun üzərində sidik axarlarının 2 dəliyi açıq-aşkar görünür. Bu dəliklərdən daima sidik sızır və ətraf toxumada yaralar əmələ gətirir.

Böyrəklərin anomaliyaları arasında ən çox rast gəlinənləri aşağıdakılardır:

Böyrəyin ageneziya və aplaziyası—böyrəyin olmaması və ya inkişaf etməməsidir. Adətən kliniki olaraq bir neçə ildən sonra özünü göstərir. Tək böyrək hipertrofiyalaşır. Olmayan böyrək yerində formasını və yerini dəyişmiş törəmə aşkar edilir.

Böyrəklərin distopiyası (yerindəyişməsi) ən çox sol tərəfdə böyrəyin bel-oma, çanaq distopiyaları rast gəlinir.

Böyrəyin sallanması kliniki olaraq özünü göstərməyə bilər, lakin gələcəkdə sidik kisəsi-sidik axarı refluksunun meydana çıxmasına səbəb ola bilər.

Böyrəklərin forma anomaliyalarına nal şəkilli, L şəkilli və S şəkilli böyrəklər aiddir.

Cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qüsurları çox rast gəlinən qüsurlardandır: Oğlanlarda kriptorxizm, xayanın kəskin burulması, hidrosele, qızlarda qızlıq pərdəsinin qüsurları, yumurtalıqların olmaması və s. rast gəlinir.

Dəri və onun artımlarının inkişaf qüsurları:

Teleangioektaziyalar (damarlı xallar) yenidoğulmuş uşaqda rast gəlinən dəri anomaliyalarındandır. Bu xallar adətən üst dodaqdan yuxarıda, qaşların üstündə, ənsədə rast gəlinir və bəzən 2 yaşa keçdikdə müalicəsiz itib gedir.

Göbəyin inkişaf qüsurlarına dəri-göbək, göbək yırtığı aiddir. Dəri-göbək çox təsadüf olunur. Bu vaxt qarın boşluğu-

nun ön hissəsinin dərisi göbək ciyəsinə keçir, göbək ciyəsi sonra qarının ön səthinə çıxır. Həqiqi göbək yırtığı isə gərginlik nəticəsində, öskürək zamanı, qışqırıqda, qəbizlikdə düz əzələlərin aralanması nəticəsində əmələ gəlir.

Anadangəlmə inkişaf qüsurlu uşaqlara qulluq

Tibb bacısı inkişaf qüsurlarının əmələ gəlmə səbəbləri və proqnozu haqqında valideynlərə məlumat verməli, onlara psixoloji dəstək olmalıdır. Doğum evində anadangəlmə inkişaf qüsuru ilə uşaq doğulduqda tibb bacısı ilk dəfə anadan körpəsini görmək və qucağına almaq istəyib-istəməməsini soruşmalıdır (bəzi analar öz körpələrini dərhal qəbul etdikləri halda, digərləri zamana ehtiyac duyurlar). Əgər ana körpəsini dərhal görmək istəmirsə, onu məcbur etmək lazım deyil. Öz körpəsini ilk dəfə görməyə gedən ananı yaxınlarının müşayiət etməsi daha yaxşı olar. Əgər qüsür çox ağırdırsa, körpənin üzəri elə örtülməlidir ki, ilk dəfə körpəsini görməyə gələn ana qüsuru görməsin. Tibb bacısı ana ilə körpənin tək qalmasına şərait yaratmalı və baş verən hadisədə heç kimin günahkar olmadığını izah etməlidir. Mümkün olduğu qədər ananın körpənin qulluğunda iştirak etməsinə şərait yaratmaq lazımdır.

Bəzi inkişaf qüsurları uşağın həyat tərzinə maneçilik törətməyərək yalnız kosmetik defekt yaradır. Bəziləri isə həyati funksiyalarını bu və ya digər şəkildə pozur. Hər bir halda valideyn qüsurun yalnız cərrahi yolla aradan qaldırılma bilməsi haqqında məlumatlandırılmalıdır.

Anadangəlmə inkişaf qüsuru olan uşaqlara qulluğun böyük əhəmiyyəti var. Cərrahi əməliyyatdan əvvəl və sonra qulluğun xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır. Tibb bacısı bü-

tün bunları valideynlərə başa salmalı, belə uşaqlara fərdi yanaşma tərzini izah etməlidir.

Anadangəlmə inkişaf qüsurları arasında yumşaq və sərt damağın bitişməməsinə çox rast gəlinir. Bu qüsurun aradan qaldırılmasının yeganə yolu cərrahi əməliyyatdır. Əməliyyat adətən 3-4 yaşlarında aparılır. Bu dövrə qədər uşağın yedizdirilməsində müxtəlif çətinliklər meydana çıxır. Əgər ananın döşü yaxşı formalaşıbsa, uşaq döş ilə qidalanmaya uyğunlaşaraq normal inkişaf edə bilər. Lakin çox vaxt analar uşağı düzgün yedizdirə bilmədiyindən belə uşaqlarda çox tezliklə çəki defisiti əmələ gəlir.

Belə uşaqlar ilk dövrlərdə sağılmış ana südü ilə yedizdirilməlidir. Süd pipetka, qaşiq və ya əmzikle verilə bilər. Bu zaman uşaq dik tutulmalıdır. Əmzik rezin ucluqlu və iri deşikli olmalıdır. Bu, uşağa əlavə güc tətbiq etmədən süd əmməyə imkan verir. Süd burun boşluğuna düşməsin deyərək əmzik ağız boşluğunun dərinliyinə salınmalıdır. Bəzən nazik zondlarla və ya xüsusi opturatorlarla yedizdirmək lazım gəlir.

Belə qüsuru olan uşaqların yedizdirilməsi zamanı südün və ya mayələrin aspirasiyası baş verə bildiyindən uşaqda asfiksiya tutmaları və aspirasion pnevmoniyalar meydana çıxır. Valideynləri başa salmaq lazımdır ki, düzgün qulluq edilmədikdə belə uşaqlarda rinofaringit, otit, bronxit və aspirasion pnevmoniya inkişaf edə bilər.

Mədə-bağırsaq traktının hər hansı bir yerində atreziya müəyyən edildikdə təcili cərrahi əməliyyat təyin edilir. Əməliyyatdan əvvəl hazırlıq mərhələsində rehidratasiya, qan-köçürmə həyata keçirilir, mədə möhtəviyyatı sorulur, bağırsaqlar təmizlənir, antibiotiklər, K və C vitaminləri təyin edilir.

Ağciyərin birtərəfi ageneziyası olan uşaqların tənəffüs infeksiyalarından qorunması mühüm əhəmiyyət daşıyır.

FƏSİL5. MƏDƏ-BAĞIRSAQ YOLLARININ FUNKSIONAL POZĞUNLUQLARI. KƏSKİN VƏ XRONİKİ QİDALANMA POZĞUNLUQLARI

YENİDOĞULMUŞLARIN MƏDƏ-BAĞIRSAQ YOLLARININ DİSKİNEZİYASI

Yenidoğulmuş uşaqların patologiyasında diskineziyalar mühüm rol oynayır. Ən çox rast gəlinən diskineziya növləri aşağıdakılardır:

Pilorospazm. Erkən yaşlı uşaqlar arasında təsadüf edilən diskineziyadır.

Etiologiyası. Pilorospazmın əsas səbəbi qida borusu və mədənin girecək hissəsinin funksional spazmıdır. Spazmın əmələ gəlməsinin səbəbini mərkəzi sinir sisteminin morfo-funksional və qida borusunun sinir-əzələ strukturunun tam inkişaf etməməsi, mədənin şaquli yerləşməsi, simpatik və parasimpatik sistemlər arasında tarazlığın olmaması ilə izah etmək olar. Bu zaman mədə və qida borusunda üzvi dəyişiklik olmur.

Klinikası. Pilorospazmın əsas simptomu qaytarma və qusmadır ki, bu da uşaq anadan olan gündən özünü bürüzə verir. Qusma adətən tez-tez və az miqdarda olur. Yedizdir-mədən bilavasitə və yaxud 10-30 dəqiqə sonra başlanır. Qusuntunun tərkibində çürümüş və yaxud dəyişməmiş süd görünür. Miqdarı isə qəbul edilən qidadan az olur. Pilorospazmın əlamətlərindən biri də qusmanın 1-2 gün ara verməsidir. Uşağın çəkisi tədricən artır, onda periodik olaraq narahatlıq olur. Temperatur normal qalır. Nəcis ifrazı normal, bəzi hallarda isə qəbizliyə meyilli olur. Pilorospazmın diaqnostikası anamnez və klinik müayinəyə əsaslanır. Xəstəliyin əsas simptomu qusmadırsa, onun funksional və yaxud

üzvi olması mütləq aydınlaşdırılmalıdır. Funksional pozğunluq zamanı süd dəyişməmiş olar. Bu hal kardiospazm, pilorospazm zamanı müşahidə olunur. Pilorospazmda qusuntunun xarakteri onun yedizdirmədən sonra əmələ gəlməsindən asılıdır. Əgər qusma yedizdirmədən sonra müşahidə olunursa, bu zaman süd çürümür, lakin müəyyən vaxt keçərsə, qusuntu kütləsi turş xassəli çürümüş süd ilə xarakterizə olunur.

Müalicəsi. İlk növbədə sinir sisteminin funksional tənzimlənməsindən ibarətdir. Pilorospazm yüngül keçərsə belə uşaqları ana südü ilə qidalandırdıqda qidalanmanın müddətini azaltmaq lazımdır. Ağır formada isə sağılmış ana südü verilməlidir. Yeməkdən əvvəl 1 çay qaşığı 10%-li manı sıyığının verilməsi bəzi uşaqlarda yaxşı effekt verir. Müalicə zamanı mütləq vitaminlərdən, əsasən də B₁ vitaminindən istifadə etmək lazımdır. Əgər uşaq çox narahat olarsa, sedativ preparatlardan (natrium-bromid, fenobarbital, ketotifen, pipolfen) istifadə olunur. Bu preparatların təsiri nəticəsində spazm və qusma aradan qaldırılır. Proqnoz yaxşıdır.

Qusma və qaytarma. Qaytarma sağlam uşaqlarda ilk aylarda müşahidə olunur. Buna səbəb qidalanma rejiminin pozulması, həddən artıq qida verilməsi, yeməkdən sonra uşağın yırğalandırılması, qidalanma zamanı hava udmasıdır. Funksional mənşəli qusma yenidoğulmuş və südəmər uşaqlar arasında qeyd edilir. Bəzi uşaqlarda dölyanı mayenin udulması nəticəsində ilk saatlarda fizioloji qusma müşahidə oluna bilər ki, bu da doğuşdan bir neçə saat sonra keçib gedir. Uşaqlarda neyropatiya olarsa, əlavə qida verildikdə, qusma başlana bilər. Buna səbəb uşağın həmin qidaya verdiş etməməsi və ya zorla yedizdirilməsidir. Əgər bu vəziyyət davam edərsə, uşaqda mənfi şərti refleks əmələ gəlir və onda hətta qidanı gördükdə belə qusma baş verir. Belə qusma nevroitik qusma adlanır.

DİSPEPSİYA

Erkən yaşlı uşaqlarda funksional mədə-bağırsaq pozğunluqlarının çox rast gəlməsinə səbəb onlarda həzm aparatının və neyrequlyator sistemin təkmilləşməməsi ilə əlaqədardır. Qida rejiminin pozulması funksional həzm pozğunluqlarına təkan verir. Həzm sisteminin ən çox rast gəlinən funksional pozğunluqları kliniki olaraq 3 formada özünü göstərir: sadə dispepsiya, toksiki dispepsiya, parenteral dispepsiya.

Sadə dispepsiya həzm sisteminin kəskin funksional pozğunluğudur. Ən çox süni, qarışıq qidalanan uşaqlarda təsadüf edir. Təbii qidalanan uşaqlarda da ola bilər.

Etiologiyası. Alimentar mənşəlidir. Bu zaman qidanın tərkibi və miqdarı ilə onun həzm olunması arasında ziddiyyət yaranır. Uşağa yaşa uyğun olmayan qidaların verilməsi, çox yedizdirilmə, soyuq və ya isti qidalar, az maye qəbulu sadə dispepsiyaya səbəb ola bilər.

Klinikası. İştahanın azalması, narahatlıq, qaytarma, nəcis ifrazının tezləşməsi müşahidə olunur, ümumi vəziyyət az dəyişilir. 3-4 gündən sonra əlamətlər kəskinləşir, nəcis ifrazı tezləşərək gündə 7-8 dəfəyə çatır, su kimi duru və köpüklü olur, nəcis yaşılımtıl rəngdə olub, doğranmış yumurtaya oxşayır, qarnı köpür, qaz əmələgəlmə artır. Yeməkdən sonra qusma olur. Nəcis ifrazından əvvəl uşaq narahat olur. Nəcis ifraz etdikdən sonra vəziyyət "normallaşır" və bu vəziyyət yenidən təkrar olur. Bədən hərəkəti çox vaxt normal olur, dəri örtüyü avazıyır. Uşağın çəkisi azalır. Belə uşaqlarda ağız boşluğunda süd yarası əmələ gəlir. Nəcisdə, sidikdə, qanda laborator müayinə zamanı patoloji elementlər tapılmır. Adətən sadə dispepsiya bir neçə gün davam edir. Çox vaxt xoşassəlidir. Yalnız hipotrofiyalı və zəif uşaqlarda

xəstəlik ağır keçə bilir.

Müalicəsi. 4-6 saat çay-su fasiləsi təyin edilir. Bu müddət ərzində uşağa içməyə 5%-li qlükoza, Rehidron, Oralit, Reneza verilir. Mayələr otaq hərəratində olmalıdır. Mayələr kiçik paylarla, hər kq çəkiyə 150 ml olmaq şərtilə gün ərzində verilməlidir. 6 saatdan sonra uşaq yedizdirilə bilər. Dispepsiya zamanı ən yaxşı qida ana südüdür. Süni qidalanma zamanı turş qarışıqlardan istifadə olunur-kefir, yağsızlaşdırılmış qatıq və s. İlk günlər qida adi haldakından az verilir. Əgər mümkündürsə süni qidalanan uşaqlara donor südü verilə bilər. 6-7 gündən sonra uşağın qidasını çoxaltmaq olar. Uşağa müalicə məqsədilə pepsin, pankreatin, 1%-li xlorid turşusu (1 çay qaşığı gündə 3 dəfə yeməkdən əvvəl) verilir. Vitaminlər təyin edilir, şüyüd suyu məsləhət görülür, qazçıxarıcı boru ilə qazı çıxarılır.

Parenteral dispepsiya. İkincili olaraq başqa xəstəliklərin fonunda əmələ gəlir (otit, sepsis, pnevmoniya, yuxarı tənəffüs yollarının katarı və s.). Sadə dispepsiya kimi gedir. Əsas xəstəlik sağaldıqdan sonra keçib gedir.

Toksiki dispepsiya. Yenidoğulmuşların xəstəlikləri içərisində ağır xəstəlik hesab olunur. Səbəblər çox vaxt sadə dispepsiyada olduğu kimidir. Lakin sadə dispepsiyadan fərqli olaraq burada etioloji amil kimi həmçinin mikrob da rol oynayır.

İnkişaf mexnizmi. Başlanğıc fazada mədənin və nazik bağırsağın funksiyası pozulur, motorika güclənir, həzm prosesi pisləşir. Yaxşı həll olmamış qida inqredientləri bağırsaqda toksiki hala keçir və eyni zamanda bağırsağın yuxarı hissəsində mikrobların çoxalması üçün şərait yaranır. Toksiki maddələrin bağırsaqdan qana keçməsi və bağırsaq divarındakı sinir uclarının qıcıqlanması mərkəzi sinir sistemi və həzm aparatının funksiyasını pozur, nəticədə uşaqda

qusma, dispeptik əlamətlər, nəcisin tezləşməsi əmələ gəlir. Su-duz mübadiləsi pozulur. Bu zaman kliniki olaraq kəskin eksikoz (susuzluq) və toksikoz (zəhərlənmə) meydana çıxır. Dərin mübadilə pozğunluqları əmələ gəlir. Orqanizmdə turş mühit (asidoz) yaranır. Bu dövrdə komatoz vəziyyət meydana çıxır, immunitet aşağı düşür, ağırlaşmalar (pnevmoniya, otit, pielonefrit və s) olur.

Klinikası. Toksiki dispepsiya adətən zəifləmiş, raxit, hipotrofiyalı uşaqlarda, yarımçıq doğulmuşlarda baş verir. Xəstəlik fasiləsiz qusmalarla, duru nəcis ifrazı ilə başlayır (gündə 15-20 dəfə). Hərərət yüksəlir, nəcis duru, selikli olur. Çoxlu su itirildiyi üçün eksikoz inkişaf edir, böyük əmgək batır, dərinin turqoru, çəki azalır.

Ağır hallarda uşağın sifəti maskaya oxşayır, gözlər batır, burnu sivriləşir, reflekslər sönür, uşaq sanki bir nöqtəyə gözünlü qırpmadan baxır. Bu əlamət komanın ən erkən simptomlarıdır. Sonra huşu itir, tənəffüs dərinləşir, fasiləsiz olur, tədricən tezləşir. Ürək tonları karlaşır, tezləşir, nəbz zəif dolğunluqlu olur, arterial təzyiq yüksəlir, sonra aşağı düşür. Qaraciyər böyüyür, qan qatılaşır, eritrosit və hemoqlobin artır, neytrofiloz əmələ gəlir.

Sutkalıq sidik ifrazı azalır, oliquriya baş verir, bəzən anuriyaya keçir. Sidikdə zülal, tək-tək eritrosit, leykosit, silindrlər, şəkər izləri olur.

Toksiki dispepsiyada su-duz mübadiləsinin aşağıdakı pozğunluq dərəcələri ayır edilir:

I dərəcədə-su balansı pozulur. Bu zaman çoxlu sulu nəcis, qusma, bədən çəkisinin azalması, hərəki və psixi pozğunluq baş verir.

II dərəcədə-nəzərə çarpan susuzluq meydana çıxır. Toxumaların turqorluğunun azalması, böyük əmgəyin batması müşahidə olunur, dəri bozumtul-torpaq rəngdə olur.

III dərəcədə-su və duz itkisi ilə yanaşı nəzərə çarpan asidoz meydana çıxır. Huşun itməsi, toksiki tənəffüs, sidinin azalması, sidikdə zülal, aseton olması, qara ciyərin böyüməsi, ağırlı olması müşahidə olunur.

IV dərəcədə-daha kəskin susuzluq və dəri asidoz müşahidə edilir, neyrotoksikoz meydana çıxır və nəticədə ölüm baş verə bilər. Yüksək hərarət fonunda uşağın huşu itir, klonik xarakterli qıcolmalar, böyük əmgəkdə gərginlik, ənsə əzələlərinin rigidliyi, tez-tez qusmalar olur. Tənəffüs pozulur, kəskin taxikardiya, ürək sərhəddinin genişlənməsi, tonların qarlaşması, arterial təzyiqin aşağı düşməsi, dəri örtüyünün avazıması, dodaqların sianozu müşahidə edilir.

Müalicəsi. Birinci növbədə intoksikasiyanı aradan qaldırmaq, susuzlaşmaya qarşı mübarizə aparmaq, su-duz mübadiləsi pozğunluğunu bərpa etmək lazımdır. Ürək, qan-damar sisteminin fəaliyyətini yaxşılaşdırmaq üçün ürək qlükozidləri (strofantin, korqlükon məhlulu qlükoza ilə birlikdə) venaya yeridilir. Fasiləsiz qusma zamanı NaCl-n (0,9%) izotonik məhlulu və Ringer Lok məhlulu ilə mədə yuyulur. 1-2 dərəcəli hipotrofiya və nəzərə çarpan kollapsda mədəni yumaq məsləhət deyil. Mədə yuyulmamışdan əvvəl nəmlənmiş oksigen verilir. Mədə boşaldıqdan sonra qusma mərkəzinin oyanıqlığını aşağı salmaq üçün əzələ içərisinə aminazin vurulur.

Əsas yeri çay-su dietası (6-8 saat, hipotrofiyalı uşaqlarda 2-4 saat) tutur. Bu zaman tünd dəmlənmiş çay, rehidron, qlükoza məhlulu, 1-2 çay qaşığı 10-15 dəqiqədən bir soyudulmuş şəkildə verilir. Nəzərə çarpan eksikoz-toksikoz zamanı vena daxilinə damcı üsulu ilə 5%-li qlükoza, Ringer-Lok məhlulu, plazma, vitaminlər (askorbin turşusu, vitamin B1) yeridilir. Asidoz əmələ gəldikdə natrium hidrokarbonat yeridilir. Çay-su dietasından sonra sağılmış ana südü verilir

(kiçik paylarla 10 ml 2 saatdan bir, 10 dəfə). Sonrakı günlər qusma olmadıqda verilən südün miqdarı tədricən artırılır, qidalanmaarası fasilə artırılır. 6-7-ci günü uşaq döşə qoyulur. O, gün ərzində 400 ml-dən çox süd almamalıdır. Ana südü olmadığı halda bu miqdarda turş qarışıqlardan (kefir) istifadə olunur.

Mikroba qarşı antibiotiklərdən istifadə olunur (Polimiksin, ampicillin və s). Vitamin müalicəsi vacibdir: B₁, C, PP, vitamin-B₂, piridoksin-B₆. AT aşağı olduqda kofein, kordiamin, ağır hallarda steroid hormonlar, yüksək oyanıqlıq halında fenobarbital təyin edilir. Köp olduqda espumizan verilir, qazçıxarıcı boru, qarına isitqac qoyulur. Sağalma dövründə daxilə ferment preparatları (pepsin, pankreatin) verilir. Pnevmoniyanın qarşısını almaq üçün uşağın vəziyyəti tez-tez dəyişdirilir və dərinin təmizliyinə fikir verilir. Neyrotoksikoz zamanı aminazin pipolfenlə birlikdə əzələ daxilinə vurulur.

HİPOTROFİYA

Hipotrofiya (yunanca hipo-az, troffe-qidalanma, yəni «az qidalanma»)-xroniki qidalanma pozğunluğu olub, bədən çəkisinin azalması, arıqlama ilə müşayiət olunur. Hipotrofiya əsasən bir yaşa qədər uşaqlarda təsadüf edilir, böyük yaşlı uşaqlar arasında isə az təsadüf olunur. Bu zaman uşaq təkçə arıqlamır, həm də psixi-fiziki inkişafdən geri qalır, maddələr mübadiləsi pozulur. Xəstəlik immunitetin və reaktivliyin nəzərəcarpacaq dərəcədə aşağı düşməsinə, bədən çəkisinin azalmasına, dəri, dərialtı toxumaların, uşağın həyatı üçün vacib olan funksiyaların pozğunluğuna səbəb olur.

Hipotrofiyanı əmələ gətirən səbəblər aşağıdakılardır:

1. Qidalanma amili-yedizdirmənin çatmamazlığı, az yedizdirmə, birtərəfli qidalanma, yeməyin keyfiyyətsiz olması;

2. İnfeksiya amili-uşağın tez-tez xəstələnməsi və xroniki infeksiyalar(dizenteriya, vərəm);

3. Qulluğun qüsurlu olması-gigiyenik qaydaların pozulması, açıq havada az olmaq və s.

İnkişaf mexanizmi. Həzm sisteminin funksiyasının pozulması əsas yer tutur. Bu zaman mədə turşuluğu, mədə və mədəaltı vəzi şirələrinin aktivliyinin aşağı düşməsi qida maddələrinin parçalanması və sorulmasının pozulmasına səbəb olur, disbioz meydana çıxır və vitaminlərin sintezi pozulur. Bütün bunlar baş beyin qabığıının funksiya pozğunluğuna gətirib çıxarır. Nəticədə həzm aparatının funksiya pozğunluğu daha da dərinləşir. Zülal, yağ, su, duz, karbohidrat mübadiləsinin pozulmasına, vitamin çatışmazlığına, asidoza səbəb olur. Uşaqda arıqlama başlayır. Daxili üzvlər, xüsusən qaraciyərin funksiyası pozulur.

Klinikası. Ağırliq dərəcəsinə görə hipotrofiya 3 dərəcəyə bölünür.

I dərəcəli hipotrofiya. Bu zaman dərialtı piy təbəqəsi əsasən saxlanmış olur (qarında azalır), ətraflar nazikləşir, toxuma turqoru və dəri elastikliyi zəifləyir, əzələ tonusu nisbətən zəifləyir, sinir oyanıqlığı, infeksiyalara qarşı həssaslıq müşahidə olunur, çəki normadan 10-15% geri qalır. Boyu normal, uşağın ümumi vəziyyəti kafi olur.

II dərəcəli hipotrofiya. Bu zaman uşağın arıqlaması daha çox nəzərə çarpır, dərialtı piy təbəqəsi bədəndə, üzdə, ətraflarda itir, nəticədə çəki normaya nisbətən 20-30% azalır. Boyu normadan 1-3 sm geri qalır. Dəri quru, avazımış olur, əzələ kütləsi və əzələ tonusu azalır. Uşaq psixomotor inkişafdan geri qalır, fizioloji reflekslər və emosional tonus zəifləyir, uşaq pis yatır. İmmunitetin aşağı düşməsi infeksi-

on və irinli xəstəliklərin əmələ gəlməsinə (artrit, otit, pnevmoniya, pielit) səbəb olur. İştahası azlır, yedizdirmə zamanı qusma, qaytarma halları olur, nəcis ifrazı pozulur.

III dərəcəli hipotrofiya. Bu, ən ağır qidalanma pozğunluğudur. Bu forma atrofiya da adlanır. Bu zaman dərialtı piy təbəqəsi olmur. Kəskin arıqlama nəticəsində uşağın sifəti “qoca sifətinə” oxşayır, dəri quru, solğun, boz rəngdə olur, dəridə qabıqlama, çatlar, bişməcələr əmələ gəlir. Toxuma turqoru itir, əzələ tonusu kəskin zəifləyir, hiporefleksiya meydana çıxır. Bədən çəkisi normadan 30-45%, boyu 4-5 sm geri qalır. Bədən temperaturu aşağı düşür və bədən asanlıqla soyuya bilir. Uşaq psixomotor inkişafdən geri qalır. Səsi afonik, tənəffüs yavaşımış, qeyri-bərabər olur, iştahası zəifləyir, dispeptik əlamətlər, qusma, qəbizlik əmələ gəlir. Bədənin susuzlaşması kəskin nəzərə çarpır, böyük əmgək batır, ağızın, gözün selikli qişası quruyur, sidiyin, nəcisin miqdarı azalır, qan qatılaşır. III dərəcəli hipotrofiyada vitamin çatışmazlığı daha kəskin nəzərə çarpır.

Yenidoğulmuşlar arasında **anadangəlmə hipotrofiya** da rast gəlinir. Səbəbləri hamiləlik toksikozları, ananın müxtəlif xəstəlikləri, bətdaxili infeksiyalar, pis qidalanması, zərərli vərdislər, dərman maddələrinin təsiri və s. ola bilər. Anadangəlmə hipotrofiyalar zamanı çəki defisiti ilə yanaşı müxtəlif üzvlərdə dəyişiklik baş verir.

Müalicəsi. I dərəcəli hipotrofiyada ev şəraitində müalicə aparılır. Əsas səbəbi araşdırmaq lazımdır. Hipotrofiya ən çox alimentar mənşəli olur. Bu səbədən çox vaxt qidalanmanı, qulluğu və rejimi düzgün təşkil etmək kifayət edir. Turş qarışıqlar əlavə yemək kimi verilir. Zülal çatışmamazlığını süzmə verməklə aradan qaldırmaq olar. Getdikcə qida rasionu genişləndirilir.

II-III dərəcəli hipotrofiyalarda stasionar müalicə tələb olu-

nur. Dəriyə qulluq düzgün aparılmalıdır. Hər gün gigiyenik və müalicəvi vannalar edilməlidir. Belə uşaqları xəstə uşaqlardan ayırmaq lazımdır. Palatanın havası tez-tez dəyişdirilməlidir, uşağa sakitləşdiricilər vermək məsləhətdir. Əsas yeri qidalanma rejimi tutur. Əgər mümkündürsə, ilk dövrdə donor südü vermək məsləhət görülür. Əgər süni qidalanan uşaqdırsa onun qidasına süzmə, yağ əvəzinə qaymaq, karbohidratlar (yarmalar, şəkər, meyvə, tərəvəz) əlavə edilir.

II dərəcəli, xüsusən də III dərəcəli hipotrofiyalı uşaqlara müalicənin ilk günlərində tələb olunan normanın $3/4$, $2/3$ və ya $1/2$ -i qədər qida verilir. Qidanın çatışmayan hissəsini çay, itburnu dəmləməsi, meyvə şirələri, meyvə və tərəvəz bişirmələri şəklində vermək lazımdır.

III dərəcəli hipotrofiyalarda ilk növbədə zülallar və karbohidratlar, daha sonra yağlar korreksiya olunmalıdır. Vena daxilinə damcı üsulu ilə 5%-li qlükoza, albumin, alvezin, lipofundin və s. mayelər köçürülür. Eyni zamanda daxilə çoxlu maye içirilir. III dərəcəli hipotrofiyanın müalicəsində vitaminlərdən geniş istifadə olunur, parenteral qidalanma təyin edilir. Həzm prosesini yaxşılaşdırmaq məqsədilə daxilə xlorid turşusu pepsinlə birlikdə, pankreatin yaşa uyğun dozada təyin edilir. Maddələr mübadiləsini yaxşılaşdırmaq üçün ATF, şam şəklində apilak (stimuləedici terapiya) təyin edilir, qan köçürülür.

Ağır formalı hipotrofiyada zülal sintezini yaxşılaşdırmaq üçün anabolik steroidlər (nerabol, metilandrostandiol) işlənilir. Anemiya zamanı dəmir preparatları (hemostimulin, ferrokol) təyin edilir. Kəskin oyanıqlıq vaxtı ketotifen, pişikotu preparatları, diazepam təyin edilir, masaj və gimnastika kompleks müalicəyə daxil edilir.

Profilaktikası. Birinci növbədə təbii qidalanmanı və uşağa gigiyenik qulluğu təbliğ etmək lazımdır. Uşaq təmiz ha-

vada çox olmalıdır. Əlavə yeməyi, meyvə şirələrini vaxtında təyin etmək və vermək, turş qarışıqlardan geniş istifadə etmək lazımdır.

Qulluq. Hipotrofiyalı uşaqlara qulluq zamanı əsas məqsəd qidalanmanı korreksiya etmək (zülal, yağ, karbohidratların, vitaminlər və mikroelementlərin düzgün nisbəti), ağırlaşmaların qarşısını almaqdan ibarətdir. Valideynlər xəstəliyin səbəbləri, inkişafı-, yarana biləcək ağırlaşmalar haqqında məlumatlandırılmalıdır. Gündəlik qidalanma, hərəkəti və yuxu rejimi düzgün təşkil olunmalıdır. Düzgün təşkil olunmuş hərəkəti rejim ağciyərlərdə durğunluğun qarşısını alır. Valideynləri başa salmaq lazımdır ki, qidaların yaxşı həzm olunması üçün uşaq az-az, tez-tez yedizdirilməlidir. Mümkün qədər havada çox olmalı, lazım gəldikdə masaj və gimnastika təyin olunmalıdır. Bu, orqanizmin möhkəmlənməsinə və immunitetin yüksəlməsinə səbəb olur.

FƏSİL 6. DƏRİ VƏ DƏRİALTI TOXUMANIN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. DƏRİ VƏ DƏRİALTI TOXUMANIN XƏSTƏLİKLƏRİ

DƏRİ VƏ DƏRİALTI TOXUMANIN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Dəri orqanizmi xaricdən əhatə edib, onu müxtəlif təsirlərdən müdafiə edir. Yenidoğulmuş uşaqlarda dəri hestasiya yaşını və uşağın vəziyyətini müəyyənləşdirmək üçün ilkin və əvəzedilməz amildir.

Dəri epidermis (epitel qatı) və derma, yaxud xüsusi dəridən (birləşdirici toxuma qatı) ibarətdir. Epidermis qatı-endormadan, derma isə mezadermadan inkişaf edir. Yenidoğulmuş uşağın dərisi hamar, elastik olub su ilə zəngindir. Dəri səthində yerləşmiş geniş kapilyar şəbəkəsi ona çəhrayı rəng verir. Dərinin üzərində, xüsusən yarımçıq doğulmuş uşaqlarda zəif tük təbəqəsi (lanuqa) olur. Lanuqa bətdaxili həyatın 20-ci həftəsindən yaranmağa başlayır, 40-cı həftədə onun inkişafı dayanır.

Epidermisin səthi buynuz qatı nazikdir və zəif inkişaf etmişdir. Dermanın tərkibində olan birləşdirici toxuma və tər vəziləri zəif inkişaf etmişdir. Azacıq əzələ lifləri vardır. Epidermislə derma arasındakı bazal membran zəif inkişaf etdiyindən patoloji proseslər zamanı dəridə asanlıqla soyulma meydana çıxır. Uşağın dərisi böyüklərə nisbətən qurudur. Bu, fizioloji hiperkeratoz adlanır və piy vəzilərinin fəaliyyətinin zəif olmasıyla izah edilir.

Dərinin funksiyalarına tənəffüs, hissiyyat, ifrazat, sorulma, hərərət tənzimi, bakteriosid fermentlərin, vitaminlərin,

bioloji aktiv maddələrin sintezi və s. aiddir.

Dəri vasitəsilə uşaq ilk dəfə isti, soyuq, toxunma və ağrı hissiyyatını qəbul edir. Reflekslərin əksəriyyəti dəriyə toxunmaqla alınır. Əlin, üzün, pəncənin dərisi daha həssasdır Bu səbəbdən yenidoğulmuşlardan müayinə üçün qan dandan götürülməlidir.

Yenidoğulmuş uşaqlarda dərinin morfoloji cəhətcə qeyri-yetkinliyi və müdafiə funksiyasının zəifliyi onun tez-tez zədələnməsinə, iltihablaşmasına şərait yaradır. Buna görə də uşağa qulluq zamanı ana və tibb bacısı təmizliyə və aseptika qaydlarına riayət etməli, tərkibində qıcıqlandırıcı dərman preparatlarından istifadə etməməlidir. Yenidoğulmuş uşaqlarda dərinin bərpa olunmaq qabiliyyəti yaxşıdır.

Dərinin temperatur tənzimləmə funksiyası da qeyri-yetkindir. Nəticədə 1 yaşınadək uşaqlar bədən temperaturunu sabit saxlaya bilmirlər. Həyatın ilk aylarında tər vəziləri fəaliyyət göstərmir. Tər ifrazı 3-4 ayından başlayır. Buna görə körpə uşaqlarda bədən temperaturunun asanlıqla qalxması və enməsi baş verir.

Epidermis təbəqəsi zərif, qan dövrəni yaxşı olduğundan dərinin ifrazat və sorulma funksiyası yaxşı inkişaf etmişdir. Bu səbəbdən kiçik yaşlı uşaqlarda dəriyə çəkilən dərman preparatları asanlıqla qana sorula bilər.

Dərinin tənəffüs funksiyası böyüklərə nisbətən kiçik yaşlı uşaqlarda daha mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bu səbəbdən uşaqlarda dərinin gigiyenası çox önəmlidir. Dəridə UBŞ (ultrabənövşəyi şüalar) təsirindən D vitamini sintez olunur. Bunun üçün uşaq kifayət qədər havada olmalıdır.

YENİDOĞULMUŞLARDA DƏRİ VƏ DƏRİALTİ TOXUMANIN XƏSTƏLİKLƏRİ

YENİDOĞULMUŞLARIN DƏRİ VƏ DƏRİALTİ TOXUMASININ QEYRİ-İNFeksiYON XƏSTƏLİKLƏRİ

Dəri və dərialtı toxumanın xəstəlikləri qeyri-infeksiyon və infeksiyon olmaqla 2 qrupa bölünür.

Yenidoğulmuşlarda dəri və dərialtı toxumanın qeyri-infeksiyon mənşəli xəstəlikləri 2 qrupa bölünür:

1. Anadangəlmə və irsi xəstəliklər
2. Qazanılma xəstəliklər

Dəri və dərialtı toxumanın anadangəlmə irsı xəstəlikləri

Dəri və dərialtı təbəqənin anadangəlmə aplaziyası. Dərinin aplaziyası- yenidoğulmuş uşaqda başın tüklü hissəsində, gövdənin məhdud sahələrində 0,2-dən 4 sm-ə qədər diametrdə dərinin olmamasıdır. Aplaziya nahiyəsini zədələnmədən və infeksiyalaşmadan qorumaq lazımdır. İnfeksiyalaşma hallarında antibiotiklərdən istifadə olunur.

Teleangioektaziyalar. Bu zaman dəridə müxtəlif böyüklükdə, qeyri-düzgün formada, çəhrayı-qırmızımtıl rəngdə, bir qədər göy rəngə çalan patoloji elementlər meydana çıxır. Ən çox ənsə nahiyəsində, başda, alında, başın tüklü hissəsinin sərhəddində müşahidə edilir. Kapilyarların genişlənməsindən əmələ gəlir. Barmaqla təzyiq etdikdə qızartı itir və dərhal sonra əmələ gəlir. Müalicə tələb etmir və 1-1, 5 yaşına qədər çəkilib gedir.

Hemangiomalar. Hemangioma dəri və yumşaq toxu-

maların damar şişidir. Səthi hamar, kənarları girintili-çixıntılı, rəngi qırmızı və ya göyümtül-qırmızı olur. Belə şişlər böyüməyə meyilli olur. Hemangiomalar həqiqi damar nevuslarına aiddir. Hemangiomalar böyüməyə meyilli olarsa uşaq cərrahi yolla müalicə olunmalıdır. Hazırda bu xəstəliyin müalicəsində kriocərrahiyyədən, yəni karbol turşusu ilə dondurma üsulundan istifadə olunur.

Limfangiomalar. Limfangioma-limfa damarlarının genişlənməsidir. Ən çox boyun nahiyəsində yerləşir. Müalicəsi skleroterapiya və cərrahi yolladır. Bəzən isə kimyəvi terapiya və şüa müalicəsi də kömək edir.

Dermoid kista Dermoid kista oma nahiyəsində olduğu üçün oma şişi adlanır. Müalicəsi cərrahi yolladır.

Albinizm. Bu, tüklərin, dərinin və gözün hipomelanozun nəticəsində meydana çıxan anadangəlmə piqmentasiya pozğunluğudur. Xəstəliyin müalicəsi yoxdur. Həmin uşaqlarda günəşə qarşı həssaslıq olduğu üçün yanıqlar, hətta dəri xərçəngi də əmələ gələ bilər.

Dəri və dərialtı toxumanın qeyri-infeksiyon qazanılma xəstəlikləri

Yenidoğulmuşlarda dərinin qazanılma qeyri-infeksiyon zədələnmələrinə aşağıdakılar aiddir:

1. Bişməcələr
2. Tər səpgiləri
3. Dərialtı piy təbəqəsinin nekrozu
4. Ödem sindromu
5. Leyner xəstəliyi

Bişməcələr. Uşağa düzgün qulluq etmədikdə meydana çıxır. Ən çox EKD olan uşaqlarda rast gəlinir. Dərinin səthi

zədələnmələri olub, ən çox qasıq büküşlərində, sağrı, boyun və qoltuqaltı nahiyələrdə, qulağın arxasında inkişaf edir və 3 dərəcəsi müəyyən edilir:

I dərəcə: dərinin tamlığı pozulmur, səthi qızartı əmələ gəlir

II dərəcə: qızartı kəskin olur, eroziya nahiyələri əmələ gəlir

III dərəcə: su verən nahiyələr inkişaf edir, geniş sahəli eroziyalar əmələ gəlir, bəzən bunlar infeksiyalaşır.

Müalicəsi. Hər yedizdirmədən əvvəl uşağı təmiz yuyub birinci dərəcəli bişməcədə steril bitki yağı, uşaq kremi, ikinci dərəcəli bişməcədə vitamin A-nın yağlı məhlulu, çaytikanı yağı, bepanten, solkoseril məlhəmi sürtmək lazımdır. Üçüncü dərəcədə uşağa palıd ağacı qabığının, qoz ağacı yarpağının dəmləməsi ilə vanna edilir, sulanan nahiyələrə tannin, rivanol məhlulu ilə islatmalar qoyulur, bepanten məlhəmi və sink pastası çəkilir. Uşağın açıq havada olması (UBŞ) məsləhətdir.

Tər səpgisi (tərlilik). Tər səpgiləri xırda, nöqtəvari, qırmızı rəngdə olub, ən çox boyunun, döş qəfəsinin, qarının aşağı hissəsinin dərisində, büküşlərdə müşahidə olunur. Uşağı isti geyindirmək və ya dəriyə düzgün qulluq etmədikdə meydana çıxır.

Müalicəsi. İlk növbədə səpgini yaradan səbəbi aradan qaldırmaq lazımdır. Zəif kalium-permanqanat məhlulu ilə vanna edilir, masaj,dərinin quruladıqdan sonra talk səpilir.

Dərialtı piy təbəqəsinin ocaqlı nekrozu. Dərinin məhdud nahiyəsində 1-1,5 sm ölçüdə bərk düyünlər, infiltrat əmələ gəlir. Ən çox sağrıda, yuxarı və aşağı ətraflarda, az hallarda isə bel nahiyəsində yerləşir. Uşağın 1-2 həftəliyində inkişaf edir. Dəri dəyişmir və ya bir qədər sianotik, əl-lədikdə ağırlı olur. Çox hallarda düyünlərin ortası yumşalır

və deşiləndə içərisindən pendirəbənzər kütlə çıxır. Xəstəliyi abseslərdən diferensiasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi. Bir neçə həftə və ya ay ərzində müalicəsiz keçib gedir. Sağalmanı tezləşdirmək üçün isidici prosedurlardan və E vitaminindən istifadə edilə bilər.

Ödem sindromu. Ödem orqanizmin toxumalarında mayenin artıq miqdarda toplanmasıdır. Ödemlər məhdud və yayılmış olurlar. Yayılmış ödemlər zamanı maye dərialtı toxumadan başqa əzələ toxumasında və boşluqlarda (plevral, qarın, perikardial), bəzən bütün bədəndə toplanır (anasarka).

Ödemlər yumşaq və bərk olmaqla 2 qrupa bölünür. Yumşaq ödemlər zamanı dəri və dərialtı toxuma pastoz olur. Ən çox başda, qasıqda, bəldə və ətraflarda müşahidə olunur.

Bərk ödemlərə aiddir: sklerema və skleredema.

Skleredema. Ətraflar, cinsiyyət üzvləri nahiyəsində xəmirəbənzər formada ödem meydana çıxır. Sonradan bərkləşir, dəri gərginləşir, solğun və bəzən sianotik rəngə çalır. Toxunduqda soyuq olur və dəridə büküş əmələ gəlmir. Təzyiq edilən nahiyədə çala meydana çıxır. Səbəbi tamamilə aydınlaşdırılmamışdır. Əsasən infeksiya, irinli-septiki, ürək-damar və tənəffüs çatmamazlığı ilə müşayiət olunan xəstəlikləri olan uşaqlarda soyuğun təsirindən əmələ gəlir. Ən çox az çəkili və yarımçıq doğulmuş uşaqlarda rast gəlinir. Həyatın 2-4-cü günlərində bəzən gec də əmələ gələ bilər. Geniş zədələnmə zamanı uşağın ümumi vəziyyəti ağır olur.

Müalicəsi. Bəzən skleredema yaxşı qulluq, rəşional qidalanma və isidilmə nəticəsində bir neçə həftədən sonra öz-özünə keçib gedir. Yüngül masaj, əsas xəstəliyə qarşı müalicə, vitamin E təyin olunur.

Sklerema. Dəri və dərialtı piy toxumasının ağır xəstəliyi

olub, əsasən yarımçıq və ya ağır beyin zədələnmələri ilə doğulmuş uşaqların həyatının 3-4-cü günlərində, nadir hallarda II həftəsində inkişaf edir. Aşağı və yuxarı ətraflarda, gövdədə, üzdə dərinin və dərialtı toxumanın diffuz bərkləşməsi meydana çıxır. Bərkləşmə sahələrində dəriyə basdıqda barmaq basıqları alınmır. Dəri soyuq, avazımuş, sianotik, atrofiyalaşmış olur. Ətraflarda hərəkət azalır. Üz maska şəkilli olur. Uşağın vəziyyəti getdikcə ağırlaşır, bədən temperaturu və iştaha kəskin azalır. Arterial təzyiq aşağı düşür. İnfeksiya qoşulması nəticəsində pnevmoniya, sepsis əmələ gəlir.

Müalicəsi. Müalicə kompleks olub, xəstənin isidilməsi, adekvat qidalanması, elektrolit və maye balansının saxlanması istiqamətində aparılır. Vitamin E, qlükokortikoidlər təyin edilir.

Leyner xəstəliyi (deskvamativ Leyner eritrodermiyası). Xəstəlik uşağın həyatının birinci rübündə meydana çıxır. Sağrı nahiyəsində dərinin qızarması ilə başlayır. Hipere-miya ilə yanaşı infiltratlaşma, dərinin qabıqlanması nəzərə çarpır. Büküş nahiyələrində nəmlik və çatlar olur. Uşağın ümumi vəziyyəti ağır olur, narahatçılıq, iştahanın azalması, progressiv çəki itkisi, dispeptik əlamətlər müşahidə olunur. Periferik qanın müayinəsində iltihabi dəyişikliklər müəyyən edilir.

Müalicəsi. Antibiotiklər, rehidratasion terapiya, vitaminlər, probiotiklər, fermentlər təyin edilir. Yerli olaraq bepan-ten, boro-plyus, leyner məlhəmi çəkilir. Xəstəliyin ağır gedişinə baxmayaraq proqnoz yaxşıdır.

DƏRİ VƏ SELİKLİ QIŞALARIN İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRİ

Yenidoğulmuş və kiçik yaşlı uşaqların xəstəlikləri arasında irinli-septiki xəstəliklər mühüm yer tutur.

Piodermiyalar. Yenidoğulmuşlarda dərinin müdafiə qabiliyyəti zəif olduğundan asanlıqla infeksiyalaşmaya məruz qalır. Piodermiyalar (yunanca pio-irin, derma-dəri)-kəskin və xroniki gedişli irinli-iltihabi prosesdir.

Piodermiyaların təsnifatı:

1. Səthi və dərin
 2. Məhdud və yayılmış
 3. Tərədiciyə görə: stafilakokk və streptokokk mənşəli
 4. Ağırlıq dərəcəsinə görə: yüngül, orta ağır, ağır
- Yenidoğulmuşlarda ən çox rast gəlinən piodermiyalar bunlardır:

Vezikulopustulyoz. Tər vəzilərinin iltihabi prosesidir, səthi lokalizasiyalı pustulalardan ibarətdir. 1-3 mm ölçüdə, içərisi əvvəlcə şəffaf, sonra isə bulanıq möhtəviyyətli qovuşqlar olub, təbii büküşlər, başın tüklü hissəsi, bud və sağrıda yerləşir. Proses 2-3 gün davam edir. Qovuşqlar partlayır, yerində əvvəlcə səthi eroziya əmələ gəlir, üzəri qabıqla örtülür, qabıq quruyub düşəndən sonra dəri piqmentasiya olmadan epitelləşir, normal şəkil alır. Adətən körpənin ümumi vəziyyəti pozulmur, temperatur reaksiyası olmur.

Epidemik qovuşucuq və ya pemfiqus. Stafilakokk piodermiyalarının ağır forması olub, xoş və bədxassəli gedişə malik 2 klinik növü məlumdur. Həyatın 3-cü, 5-ci, bəzən 10-15-ci günü meydana çıxır. Qarında, ətraflarda müxtəlif forma və ölçüdə qovuşqlar əmələ gəlir. Qovuşqların ətrafı iltihab həlqəsi ilə əhatə olunmuşdur. Elementlərin sayı tək-tək və ya onlarla ola bilər. Qovuşqlar deşildikdən sonra yerində ero-

ziyalaşmış dəri sahələri əmələ gəlir.

Xəstəliyin xoşxassəli və bədxassəli gedişi mümkündür. Xoşxassəli formada uşağın ümumi vəziyyəti dəyişmir və ya subfebril temperatur, iştahanın azalması müşahidə olunur. Düzgün aparılmış müalicə nəticəsində tam sağalma müşahidə olunur. Bədxassəli formada uşağın vəziyyəti ağır olur, febril temperatur, intoksikasiya əlamətləri meydana çıxır. Uşaq süst olur, iştahası itir. Periferik qanda anemiya əlamətləri, leykositoz, sola meyillilik müşahidə olunur. Xəstəlik çox vaxt sepsislə ağırlaşır.

Eksfoliativ Ritter dermatiti. Stafilakokk piodermiyalarının ağır forması olub, pemfiquşun septiki gedişlə nəticələnən variantı kimi qiymətləndirilə bilər. Qızılı stafilakokkun eksfoliatin adlı ekzotoksin sintez edən hospital ştammları tərəfindən törədilir. Xəstəlik 1-ci həftənin sonu, 2-ci həftənin əvvəli dəri simptomları ilə başlanır. Xəstənin ümumi vəziyyəti ağır olur. Febril hərərət fonunda kəskin intoksikasiya əlamətləri ön plana çıxır, uşaq döşdən imtina edir.

Dəridə baş verən dəyişikliklər 3 mərhələdə gedir: eritema, eksfoliativ və epitelizasiya mərhələləri. Əvvəlcə göbək ətrafında, büküşlərdə dəri qızarır. Sonra qızartı qızılıyel şəklində bütün bədənə yayılır, dəri göyümtül-qırmızı rəng alır. Dəridə qovuqlar, çatlar, sulanmalar, geniş eroziyalar meydana çıxır. Uşağın dərisi qaynar sudan yanıq şəklini alır. Getdikcə susuzlaşma, intoksikasiya əlamətləri artır. Abses, fleqmona, pnevmoniya meydana çıxma bilər. Xəstəliyin xoşxassəli gedişi zamanı eroziya sahələri epitelizasiyaya uğrayır. Bədxassəli gediş zamanı uşaq susuzlaşma, intoksikasiya və sepsis nəticəsində ölə bilər.

Piodermiyaların müalicəsi. Ən vacib addım epidemiya əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsidir. Bu məqsədlə irinli-iltihab ocaqları olan yenidə doğulmuşlar təcili olaraq doğum

evindən uşaq xəstəxanasının ixtisaslaşdırılmış şöbəsinə köçürülməlidir. Xəstə uşaqlar olan palata dezinfeksiya edilməli, təmasda olan bütün digər yenidoğulmuşlara bifidum-bakterin təyin edilməlidir.

Müalicə yerli və ümumi olaraq 2 istiqamətdə aparılmalıdır. Yerli müalicə zədələnmiş dəri elementlərinin işlənməsi və təmizlənməsinə yönəldilir. Bu zaman yenidoğulmuşların “temperatur mühafizəsi”, su-duz mübadiləsinin qorunması ən vacib məsələlərdəndir.

Patoloji elementlər 70%-li spirt məhlulu ilə aradan götürülür, gündə 2 dəfə brilliyant yaşılının spirtli məhlulu ilə işlənir. Kseroform tozundan da istifadə etmək olar. UBŞ, çobanyastığı dəmləməsi ilə gigiyenik vannaların tətbiqi də məsləhət görülür. Eksfoliativ Ritter dermatitində uşağı küvezdə yerləşdirmək və ya solyuks lampası altında saxlamaq məsləhətdir.

Orta ağır və ağır formalı piodermiyalarda yerli müalicədən başqa ümumi terapiya da aparılmalıdır. Bura infuzion, antibakterial, simptomatik, metabolitik və immun sistemi möhkəmləndirilməsinə yönəldilən terapiya aiddir. Antibakterial preparatlardan penisillin qrupunun yarım sintetik formalarına üstünlük verilir, sefalosporinlər və aminoqlikozidlər ağır formalarda tətbiq olunur. Bəzən hətta adı çəkilən preparatların kombinə olunmuş şəkildə tətbiqi ilə müalicə təyin etmək lazım gəlir.

Hidradenit. Apokrin tər vəzilərinin irinli iltihabı olub, çox vaxt qoltuqaltı nahiyədə, həmçinin anal dəliyin ətrafında, cinsiyyət üzvlərində rast gəlinir. Dəridə kiçik ölçülü infiltratlar (bərkimələr) meydana çıxır. Bərkimələr getdikcə böyüyür, yumşalır, içərisindəki möhtəviyyət xaric olur. Uşağın ümumi vəziyyəti pozulur, temperatur, narahatçılığı meydana çıxır.

Yenidoğulmuşun mastiti. Adətən fizioloji mastopati-

yanın fonunda gedən ağır xəstəlik olub, başqa irinli-septiki ocaqlarla fəsadlaşmağa meyillidir. Süd vəzisinin biri böyüməyə başlayır, hiperemiya əvvəlcə çox zəif olur, yaxud heç olmur. Tədricən infiltrasiya, sonra da fluktuasiya müəyyən edilir. Süd vəzisini sıxdıqda irinli ifrazat gəlir. Vəzinin palpasiyası ağrılı olur. Uşaq narahat olur, ağlayır. Temperatur reaksiyası və intoksikasiya əlamətlərinin qoşulması ilə xəstənin vəziyyəti pisləşir.

Müalicəsi. Antibiotiklər, dezintoksikasion və simptomatik müalicə, lazım gəldikdə cərrahi müdaxilə tətbiq olunur.

Blenoreyalı konyuktivit (qonoblenoreya). Qonokokklar (süzənək törədiciləri) tərəfindən törənir. Törədici gözün selikli qişasına doğuş zamanı xəstə ananın cinsiyyət üzvlərindən keçir.

İnkubasiya dövrü 2-3 gündür. Xəstəlik göz qapaqlarının və selikli qişaların kəskin ödemli, selikli qişanın kəskin hiperemiyası, güclü bleforospazm, qanamaya meyillilik, qatı irin axması ilə başlayır. Göz qapaqları bir-birinə yapışmış olur, araladıqda qanlı-irinli ifrazat görünür. Damarların sıxılması buynuz qişanın nekrozuna, perforasiyasına səbəb olur. Nəticədə göz almasının atrofiyası və korluq meydana çıxıb bilər.

Diaqnostikası. Diaqnoz möhtəviyyatdan götürülmüş yaxmadan qonokokklar tapılması əsasında qoyulur. Xəstə uşağı müayinə edərkən göz qapaqlarını araladıqda irin şirnaqla sıçraya bilər, buna görə də açmamışdan əvvəl göz qapaqlarına pambıq tampon qoymaq və qoruyucu eynək taxmaq lazımdır.

Müalicəsi. Hər 2 göz yuyulduqdan sonra (NaCl-un izotonik məhlulu ilə) konyuktiva kisəsinə ilk 2 saatda hər 5-10 dəqiqədən bir, sonra hər 1 saatdan bir 2 damcı penisillin məhlulu (10 ml suda 100. 000 TV) və hər 3 saatdan bir

20%-li albusid tökülür.

Profilaktikası. Doğum evində bütün yenidoğulmuşların gözlərinə eritromisin və ya tetrasiklin məlhəmi çəkilir.

GÖBƏK XƏSTƏLİKLƏRİ

Göbək ciyəsinin qurumuş qalığı I həftənin sonunda düşür və yerində göbək yarası əmələ gəlir. Həmin yara II həftənin sonu III həftənin əvvəli sağalır. Göbək yarası stafilakokk, streptokokk, bəzən isə digər mikroblar üçün əlverişli giriş qapısıdır. Yenidoğulmuşlarda göbək ciyəsinin qeyri-kafi işlənməsi, aseptika qaydalarına əməl olunmaması nəticəsində göbək iltihablaşır və omfalit baş verir.

Omfalit. Omfolit - göbək yarası və ətraf toxumaların (göbək həlqəsi və dərialtı piy qatı) iltihabi xəstəliyidir (şəkil17, səh. 522). Əsasən bakterial mənşəli olur. İltifabi proses uşağın həyatının 1-ci həftəsinin sonu və ya 2-ci həftəsində başlayır.

Omfalitin kliniki olaraq 3 formasına təsadüf edilir: kataral, irinli-fleqmanoz, qanqrenoz-nekrotik.

Kataral formada uşağın ümumi vəziyyəti dəyişmir. Göbək yarasından seroz, seroz-hemorragik ifrazat axır, qartmaq və onun da ətrafında hiperemiya əmələ gəlir.

Müalicəsi. Yalnız yerli müalicə aparılır. Gün ərzində 3-4 dəfə göbək yarası 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə, spirt, brilliyant yaşılının 2%-li məhlulu ilə işlənməlidir.

İrinli - fleqmanoz forma. Əvvəlcə kataral omfalit əlamətləri üzə çıxır, bir neçə gündən sonra göbəyin ətrafında ödem, hiperemiya, dərialtı toxumanın infiltrasiyası, irinli ifrazat görünür. Həmin sahədə dəriyə toxunduqda isti olması, qarının ön divarında venoz şəbəkənin güclənməsi, hətta göbək damarlarının əllənməsi aşkar olunur. Xəstəliyin inkişafı ilə tədricən xəstənin vəziyyəti pisləşir, intoksikasiya

əlamətləri nəzərə çarpır, febril temperatur, ümumi süstlük, döşdən imtina etmə, qaytarma müşahidə olunur. Qanın analizində sola meyilliliklə leykozitor, EÇS-nin sürətlənməsi aşkar olunur.

Omfalit vaxtında müalicə olunmadığı halda çox ağır fəsadlara, o cümlədən sepsisə (infeksiyanın qana keçməsi) və hətta uşağın ölümünə də səbəb ola bilər.

Müalicəsi. Göbəyin irinli-iltihabi xəstəlikləri aşkar olunan yenidoğulmuşlar uşaq xəstəxanalarında müalicə olunmalıdır. Müalicə yerli və ümumi olur. İlk növbədə geniş spektrli antibiotiklər təyin olunmalı və dezintoksikasiya məqsədilə infüzion terapiya aparılmalıdır. İmmun preparatlar, vitaminlər, eubiotiklər göstərişdir.

Yerli olaraq göbək yarası antiseptik məhlullar (3%-li hidrogen-peroksid, furasillin və s.) ilə işlənildikdən sonra antibiotik tərkibli məlhəmlərdən istifadə olunur.

Göbək qanqrenası. Göbəyin yerli iltihabi proseslərindən ən ağırıdır. Bu, adətən immuniteti çox zəifləmiş uşaqlarda müşahidə olur. Bu zaman iltihablaşmış göbək yarasının kənarları qanqrenoz parçalanmaya uğradığından çirkli, yaşımtil rəng alaraq ətraf toxumalardan kəskin qırmızı hüdud ilə ayrılır. İltihabi proses çox tezliklə dərin toxumalara yayılır. Ölmüş hissə çox tez qopur, bəzən isə böyük bir sahədə qarının ön divarının tamlığı pozulur. Belə hallarda qarın boşluğunda yerləşən üzvlər, xüsusilə bağırsağ ilgəkləri qanqrenalaşır.

Müalicəsi. Cərrahi yolla nekrotik toxumalar kəsilib götürülür. Antibakterial (geniş spektrli antibiotiklər), dezintoksikasiya müalicə təyin edilir. Vitaminlər, hormonal preparatlar, probiotiklər verilir.

Profilaktikası. Göbək yarası tam sağalana qədər nəzarət edilməli, lazım gəldikdə isə işlənilməlidir.

YENİDOĞULMUŞLARIN SEPSİSİ

Sepsis ümumi (yayılmış) bakterial infeksiyadır. Xəstəliyin klinik təzahürləri və onların dəyişməsi (dinamikası) makroorqanizmin immunoloji, xəstəliyi törədən mikrobların isə bioloji xüsusiyyətlərindən asılı olur. Proses bir qayda olaraq, mikrobun daxil ola bilməsi üçün orqanizmdəki mövcud “infeksiya qapısı”ndan, ilkin yerli iltihabi-irinli ocağın formalaşmasından başlanır. Bəzən “ilkin ocaq” infeksiya qapısından kənarında, başqa bir nahiyədə formalaşır.

Klinik təsnifatı. Sepsisin müxtəlif formaları ayırd edilir:

Başlanma dövrünə görə :

- 1.antenatal-bətn daxili
- 2.intranatal-doğuş zamanı
- 3.postnatal–doğulduqdan sonra inkişaf edən

Xəstəliyin gedişinə görə:

1. ildırımvari - doğulduqdan 2-3 gün sonra baş verir
2. kəskin gedişli - 1-1,5 ay davam edir
3. yarımkəskin - 1, 5-3 ay
4. uzunmüddətli - 3 aydan artıq davam edən

İnfeksiya qapısına görə: göbək, dəri, bağırsağ, qulaq (otogen), ağciyər və s. sepsisi

Klinik formasına görə: septisemiya, septikopiemiya ayırd edilir.

Döl bətn daxilində və ya intranatal dövrdə inyeksiyalaşarsa iltihabi irinli proses bətn daxili sepsis, doğulduqdan sonra inkişaf edirsə, postnatal xəstəlik kimi qiymətləndirilir.

Bətn daxili sepsis. Bu zaman döl ana bətnində olan zaman (intranatal dövrdə) infeksiyalaşır və ilk günlərdən xəstələnir. Bu vaxt ilkin iltihabi ocaq çiftədə, döl qışalarında, doğuş yollarında yerləşmiş olur.

Postnatal sepsislər. Bu xəstəlik uşaq doğulduqdan son-

ra meydana çıxır. Əksər hallarda ilkin septik ocaq müəyyən edilir.

Etiologiyası. Yenidoğulmuş uşaqlarda sepsisin törədici-si müxtəlif patogen, müəyyən şəraitdə bioloji xüsusiyyətini dəyişən şərti patogen mikroblar olur: göy irin törədən mikroblar, bağırsaq çöpləri, klepsiellər, proteylər, entorobakterlər, qram-müsbət mikroblar (qızılı, epidermal stafilokokklar, B qrup streptokokklar). Xəstəliyin inkişafında eyni vaxtda bir neçə mikrobun iştirak etməsi mümkündür. Antibiotiklərin geniş tətbiqi, dezinfeksiyaedici vasitələrin düzgün seçilməməsi, vaxtaşırı dəyişdirilməməsi və s. mikrob populyasiyasında seleksiya nəticəsində davamlı növlərin, ştampların geniş yayılmasına və xəstəliyin ağır formalarının meydana çıxmasına şərait yaradır.

Sepsisə şərait yaradan faktorlar aşağıdakılardır:

1. Hamiləliyin, doğuşun fəsadlarla keçməsi, susuz dövrün çox uzanması, şəraiti qeyri-kafi olan, aseptika qaydalarına riayət edilməyən yerlərdə (evdə, nəqliyyatda, qəbul otağında və s.) baş vermiş doğuş;

2. Doğulduqdan sonra ehtiyatsız aparılan reanimasiya tədbirləri, nozokomeal infeksiyanın yoluxması, virus infeksiyasının əlavə olunması;

3. Döldə xroniki bətdaxili hipoksiya, doğuş zamanı asfiksiya, MSS-nin zədələnmələrinin ağır dərəcələri, baş beyinə qansızma;

4. Hər hansı bir səbəbdən körpənin uzun müddət ac qalması, disbakteriozun yaranması, ana südündən məhrum olmaq və s.

5. Uşaq doğularkən onda açıq defekt, maşa yarası, dəri tamliğinin pozulması və s. infeksiya qapısına, sonra isə septik ocağa çevrilə bilər.

Inkişaf mexanizmi. İnfeksiya qapısından orqanizmə

daxil olmuş mikrob orada (göbək yarasında, dəridə və ya bağırsaqda, orta qulaqda, ağciyərdə və s.) ilkin septiki ocaq yaradır. Bir qayda olaraq bu ocaqların yaxınlığındakı damarların divarı, ətraf toxumalar da iltihabi prosesə cəlb olunurlar (arterit, flebit). Bu ocaqlar mikrobun və onların hasil etdiyi toksinlərin mənbəyinə çevrilir, qanla orqanizmin başqa sahələrinə yayılaraq ayrı-ayrı üzv və sistemlərin funksiyasını pozur, distrofik, degenerativ dəyişikliklərə səbəb olur. Toksinlərin təsirindən toxuma hüceyrələrinin məhvi baş verir. Mikrobun qanla yayılması nəticəsində yeni irinli-iltihabi (septikopiemik formada) ocaqlar inkişaf edir.

Klinikası. Xəstəliyin klinik təzahürü çox rəngarəngdir.

Septisemiya.Septisemiya forması ümumi intoksikasiya əlamətləri ilə keçir. Uşağın doğulduğu ilk günlərdə onları ayırd etmək çətin olur. Doğulduqdan 2-3 gün sonra xəstəliyin simptomlarını qiymətləndirmək mümkün olur. Həyatın ilk günlərində uşağın vəziyyəti çox ağır olur və bir qayda olaraq intoksikasiya əlamətləri nəzəri cəlb edir. Uşaq süst olur, hərarət yüksəlir, döşdən imtina edir, fizioloji refleksləri sönür, anada südün miqdarı kifayət qədər olsa da, kütlənin itirilməsi çox və davamlı olur.

İldırımvari sepsisdə ağır vəziyyət - "septik şok" inkişaf edir. Xəstəliyin bu cür gedişi ən çox qram-müsbət stafilokokk, streptokokklar, meningokokklar tərəfindən törədilir. Septik şokun erkən I mərhələsində sürətlə homeostaz pozğunluqları meydana çıxır, kapilyarlarda qan dövranı zəifləyir, arterial təzyiq yüksəlir, taxikardiya, tənqəfəslik inkişaf edir. Trombositlərin aqreqasiyası, damardaxili laxtalanma artır. Bu dəyişikliklər nəticəsində üzvlərdə qan dövranı pozulur. Hiperventilyasiya nəticəsində hipokapniya və metabolik asidoz meydana çıxır. Bu mərhələdə uşaq çox narahat olur, tremor, hiperkinezlər, oliquriya, qarnın köpməsi, ətrafların

soyuması, onların rənginin avazıması və s. müşahidə edilir. “Septik şokun” II mərhələsində intoksikasiya simptomlarının və hemodinamik pozğunluqların getdikcə daha da dərinləşməsi ilə yanaşı daxili üzvlərin zədələnməsi əlamətləri üzə çıxır: ürək, qan-damar, tənəffüs çatmamazlıqları, qaraciyərin böyüməsi artır. Bu vaxt uşağın ümumi narahatlığı süstlüklə əvəz olunur, əzələ hipotoniyası üstünlük təşkil etsə də, vaxtaşırı narahatlıq bərpa olur, cəngolmalar baş verir. Dəri örtükləri kül rəngli, bozuntul avazımış olur, ətraflarda akrosianoz müşahidə edilir. Dəridə “purpura”, iyne yerindən qanaxma DLS (damardaxili laxtalanma sindromu) inkişafını göstərir. Bu sindrom sonralar daxili üzvlərə (bağırsaq, ağciyərlərə)qanaxma əlamətlərilə özünü göstərir. Qansızma böyrəküstü vəzilərdə olursa ən qorxulu, əksər hallarda ölümlə nəticələnən böyrəküstü vəzinin kəskin çatmamazlığı (Uotexaus-Fridirekson sindromu) inkişaf edə bilər. Xəstəliyin ağır və kəskin gedişi üçün xarakter olan bu əlamətlər həm septisemik, həm də septikopiyemik formada rast gəlir.

Septikopiyemiya. Bu zaman ağır intoksikasiya fonunda irinli-ocaqılı fəsadlar (abses, fleqmona, paraproktit, meningit, peritonit, osteomielit və s.) inkişaf edir. İrinli ocaqlar septik intoksikasiya əlamətləri ilə yanaşı, bəzən onlardan qabaq, bəzən isə onlardan sonra təzahür edir.

Diagnozistikası. Bu xəstəliyin konkret əlamətləri olmadığı üçün onun diaqnozunun müəyyənləşdirilməsində klinik və laborator müayinələrin nəticələrinin eyni vaxtda qiymətləndirilməsi vacib hesab edilir. Ən vacib şərt septik intoksikasiyanın klinik əlamətlərinin olmasıdır. Əgər bu əlamətlər piyemik ocaqlar əmələ gəlməsini qabaqlayırsa, sonra isə bu ocaqla yanaşı gedirsə, xəstəliyin diaqnozu asanlaşır.

Laborator diaqnostikasi. Sepsisin başlanğıc dövründə

periferik qanda çox yüksək olmayan $14-16 \times 10^9/1$ leykositoz, leykoformulada sola meyillilik, mielositlərin görünməsi müşahidə edilir. Sonralar leykositlərin miqdarı xeyli (2-3 dəfə) arta bilər. Bəzən uşaqlarda əksinə, leykopeniya inkişaf edir.

Qanın bakterioloji müayinəsi xəstəliyin diaqnozunu dəqiqləşdirmək və törədiciyi müəyyənləşdirmək üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir. Nəticələrin düzgün olması üçün aşağıdakı şərtlərə əməl edilməlidir. Qana antibiotik təyin edilməmişdən əvvəl, tam steril şəraitdə, əvvəllər deşilməmiş venadan venapunksiya aparmaqla (başqa damarda kateter olsa da) ən azı 2-3 ml qan götürülməlidir. Yaxşı olar ki, ən azı 2 sınaq şüşəsinə (I və II) götürülsün. Əgər hər 2 sınaq şüşəsindən götürülmüş qanda eyni mikrob koloniyası tapılırsa, bu, əminliyi artırır.

Lakin hemokulturanın nəticəsi sepsisin diaqnozunda yardımçı rol oynayır. Belə ki, müsbət hemokultura tranzitor da (keçici) ola bilər.

Proqnozu. Sepsis keçirmiş uşaqların əksəriyyətində uzun müddət disbakterioz əlamətləri, ensefelopatiya, minimal beyin disfunksiyaları, interkurrent xəstəliklərlə tez-tez xəstələnmə və s. müşahidə edilir.

Müalicəsi. Sepsis çox ağır xəstəlik olduğu üçün müalicə ancaq stasionar şəraitdə aparılmalıdır. Xəstə başqa xəstələrdən boks sistemi ilə təcrid edilir. Optimal şəraitin yaradılması, aseptika, antiseptikaya, epidrejimə riayət edilməsi vacib şərtlərdəndir.

Göstərilən bu şərtlərə riayət edilməklə yenidoğulmuş uşaqlarda müalicə əsasən 3 istiqamətdə aparılır: 1. Antibakterial, 2. Detoksikasion, 3. Simptomatik.

Antibakterial müalicə dedikdə, əsas etibarilə düzgün seçilmiş antibiotik müalicəsi nəzərdə tutulur. Çox vaxt an-

tibiotikoqrammanın nəticəsi əldə edilənə qədər antibiotik seçilərkən penisillinə həssas olmayan stafilokokk və ya qram-mənfi törədicinin nəzərdə tutulması məqsədəuyğundur. Antibiotikoqrama əldə edildikdən sonra nəticəyə uyğun olaraq aparmaq lazımdır.

Bir qayda olaraq ağır septik intoksikasiya zamanı xəstələrdə 2, bəzən isə 3 uyğunluqlu antibiotik eyni vaxtda işlədilir. Antibiotiklər əsasən vena daxilinə yeridilir. Yenidoğulmuşlarda sepsis zamanı hal-hazırda əksərən aminoqlikozidlər (amikasin, sizomisin və s.), II, III, IV nəsil sefolosporinlər (sefamezin, seftriakson, klaforan, kefzol, fortum) birlikdə tətbiq olunur. Sepsisin müalicəsində antibiotiklərin işlədilməsi adətən 2-3 həftə davam edir. Körpənin vəziyyəti yaxşılaşarsa, antibiotiklərdən istifadənin dayandırılmasında çox ehtiyatlı olunmalıdır. Belə ki, bəzi hallarda antibiotiklərin yeridilməsi vaxtından əvvəl dayandırılarsa, intoksikasiya əlamətləri yenidən kəskinləşə bilər. Passiv immunoterapiya məqsədilə stafilokokk əleyhinə hiperimmun qamma qlobulin, hiperiummun plazma işlədilir.

Bağırısaq florasını bərpa etmək və disbakteriozun qarşısını almaq üçün probiotiklərdən (bifidum-bakterin, laktobakterin, simbiolakt, enterol və s.) istifadə olunur. Kandidozun profilaktikası üçün göbələk əleyhinə preparatlar (nistatin, flukonazol və s.) təyin edilir. Simptomatik müalicə məqsədilə vitaminlər, fermentlər təyin edilir.

Profilaktikası. Yenidoğulmuşların sepsisinin profilaktikası əsasən 3 istiqamətdə aparılır :

1. Doğum evi, doğum şöbəsinin tibb işçiləri aseptika, anti-septika şərtlərinə tam riayət etməlidir;

2. Körpə mümkün qədər erkən döşə qoyulmalı, gigiyenik şərait gözlənilməlidir, ana ilə bir otaqda qalması təmin edilməlidir;

3. Xəstəliyin inkişafı üçün meyillilik yaradan faktorlara qarşı tədbirlər görülməlidir.

Qulluq. Sepsis xəstəliyi zamanı uşağın sağalması yaxşı təşkil olunmuş qulluqdan, rasionel qidalanmadan, həkim təyinatının vaxtında və düzgün yerinə yetirilməsindən asılıdır. Tibb bacısı otağın havasının təmizliyinə, uşağın üstünün örtülü olmasına daim fikir verir. Uşağın dərisi həmişə quru və isti olmalıdır. Sepsisli uşaqlar tərləməyə meyilli olurlar. Ona görə də tibb bacısı uşağı gūnaşırı çimirdirməli, gözün, burnun, qulağın tualetini aparmalıdır.

Pnevmoniyanın qarşısını almaq üçün uşağı tez-tez ələ götürmək, çarpayıda vəziyyətini dəyişmək, passiv gimnastika, masaj etmək lazımdır. Sepsisli uşaqların əmmə refleksləri getdikcə zəifləyidiyindən sağılmış ana südünü qaşıqla vermək lazımdır. Gəyirmə və qusmanın qarşısını almaq üçün yedizdirilmələrin sayını sutkada 10-a qədər (tez-tez, az-az) çətdirmək lazımdır. Lakin bu zaman südün sutkalıq normasını dəyişmək olmaz. Uşağı yedizdirən zaman tələsmək olmaz. Ağır hallarda uşaq zondla qidalandırılmalıdır.

Periodik olaraq uşağa həkimin təyinatı ilə O₂ verilir. O₂ nəm və temperaturu 28-30°C olmalıdır. Tibb bacısı antibiotikləri həkim tərəfindən təyin olunmuş dozada, təyinata uyğun və vaxtında vurmalıdır.

FƏSİL 7. KONSTITUSİYA ANOMALİYALARI DİATEZ

Konstitusiyaya-insanın genotipinə əsaslanan, orqanizmin funksional qabiliyyətini və reaktivliyini müəyyən edən nisbətən davamlı morfoloji xüsusiyyətlərin cəmidir.

Diatez-konstitusiyaya anomaliyası olub, orqanizmin bir sıra xəstəliklərə meyilliliyi və adi qıcıqlara qarşı qeyri-adi reaksiyası ilə seçiyələnir.

Uşaqlarda diatezin aşağıdakı növləri var:

1. Ekssudativ-kataral diatez
2. Allergik diatez
3. Limfatiko-hipoplastik diatez
4. Siner-artritik diatez

Ekssudativ – kataral diatez

Ekssudativ – kataral diatez erkən yaşlı uşaqların reaktivliyinin özünəməxsus vəziyyəti olub, dəri və selikli qişaların residivləşən infiltrativ zədələnməsi, allergik reaksiyalara meyillilik, iltihabi proseslərin uzun sürməsi, limfoid hiperplaziya, su-duz mübadiləsinin labilliyi ilə seçiyələnir.

EKD-nin kliniki əlamətləri tez başlanır, adətən 2-3 yaşda keçib gedir. EKD-nin yaranmasında genetik amillər, bəzi fermentlərin aktivliyinin zəifliyi, eləcə də xarici mühit təsirləri mühüm rol oynayır.

EKD-nin inkişafında neyroendokrin və mübadilə pozğunluğu da böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bununla yanaşı, EKD zamanı su-duz mübadiləsi, zülal, yağ, karbohidrat, vitamin mübadiləsinin pozulması da müşahidə edilir.

Klinikası. Kliniki əlamətlər uşaq həyatının 2-3 aylığında təzahür edir. Belə uşaqlar solğun, pastoz olur, çəkisi artır,

toxuma turqoru və əzələ tonusu aşağı olur. Dəri dəyişiklikləri əvvəlcə başın tüklü hissəsində piy qartmaqları (qneyslər), büküşlərdə (əsasən qasıq, aralıq nahiyələrində) davamlı bişməcələr şəklində özünü göstərir. Sonradan yanağın dərisində hiperemiya, infiltrasiya və qabıqlama (süd qartmaqları) əmələ gəlir. EKD-nin digər təzahürlərindən eritramatoz-papulyoz, erimatoz-vezikulyoz səpgiləri qeyd etmək olar. EKD zamanı dəri ilə yanaşı selikli qişalar da zədələnir. Buna görə də belə uşaqlarda “coğrafi dil”, allergik rinit, konyuktivit, blefarit, faringit, bronxit müşahidə edilir. EKD olan uşaqlarda xəstəliklər daha ağır gedişli olub, toksikoz, eksikoz və mikrosirkulyasiya pozğunluqları ilə müşayiət olunur.

Periferik qanın analizində hipoxrom anemiya, orta dərəcəli leykositoz, eozinofiliya, monositoz, limfositoz, EÇS-nin bir qədər yüksəlməsi aşkar edilir.

EKD dalğaxəşkilli gedişə malikdir. Alimentar amillər (yumurta, sitrus bitkiləri, çiyələk, şokolad, yulaf sıyığı), profilaktik peyvəndlər, qamma-qlobulin vurulması diatezin kəskinləşməsinə səbəb ola bilər. Belə uşaqların 30%-də gələcəkdə allergik xəstəliklər inkişaf edə bilər.

Müalicəsi. Uşaq yaşa uyğun zülal, yağ, karbohidrat almalı, sıyıqlar, kisel, şəkər azaldılmalıdır. Yağların 30%-i bitki yağları olmalı, xörək duzu azaldılmalıdır. Uşaq süni və qarışıq qidalanırsa, inək südünün miqdarı azaldılmalıdır. C, A, B, E vitaminləri təyin edilməlidir. Antihistamin preparatlar (ketotifen, loratadin, erius, dimedrol, suprastin, fenkarol, tavegil, pipolfen), Ca duzları (CaCl, kalsium qlükonat), bifidum-bakterin, laktobakterin verilir. Qaşınma, narahatlıq, yuxunun pozulması zamanı fenobarbital, valerian, natrium-bromid təyin edirlər. İkincili infeksiya qoşulduqda antibiotiklər təyin edilir.

Yerli müalicə EKD-nin müalicəsinin əsas hissəsini təş-

kil edir. Bu məqsədlə çobanyastığı, palıd qabığı, talk-sink qarışığı, vannalar, bişməcələr olduqda bepanten məlhəmi, sudokrem steril bitki yağı, leyner məlhəmi, hormonal məlhəmlər (flüsinar, lorinden C, sinepar və s.) işlədilir. Seboreya dermatiti zamanı dəriyə 2%-li intal, 3%-li kükürd, 3-5%-li kükürd naftalan, 2-3%-li ixtiol məlhəmi çəkilir.

Dəridə eritema, ödem və eksudasiya əlamətləri olduqda kompreslər, islatmalar və vannalar, quru, infiltrativ formalarda isə məlhəm və pastalardan istifadə olunur. Ekssudativ kataral diatezin müalicəsində fizioterapiya: zədələnmiş nahiyələrə UBŞ, sulanan ekzemalarda ÜYT təyin edilir.

EKD olan uşaqlara profilaktik peyvəndlər peyvənd təqviminə uyğun aparılır. Yayılmış dəri əlamətləri meydana çıxdıqda peyvəndlər müvəqqəti dayandırılır, sonra isə antihistamin preparatları ilə hazırlıqdan sonra davam etdirilir.

EKD olan uşaqlar dispanser qeydiyyatına götürülərək, bir yaşınadək hər ay, 1-4 yaşda 3ayda bir dəfə, 4 yaşdan yuxarı isə ildə bir dəfə müayinə olunurlar.

Allergik diatez

Allergik diatez aşağıdakı variantlarda rast gəlinir: atopik, autoimmun, infeksiyon-allergik diatez. Atopik diatez zamanı allerqoloji anamnezdə ailədə müxtəlif allergik xəstəliklərin olması aşkar olunur. Autoimmun diatez zamanı dəri UBŞ-yə qarşı çox həssas olur və uşaqda gələcəkdə müxtəlif autoimmun xəstəliklərə rastgəlmə ehtimalı yüksək olur. Infeksiyon-allergik diatez zamanı kəskin respirator virus infeksiyaları zamanı uzunmüddətli subfebril temperatur və EÇS-nin yüksəlməsi müşahidə olunur.

Allergik diatez zamanı selikli qişaların keçiriciliyi artır,

allergik reaksiya mediatorları xaric olur, hüceyrələrin bu mediatorlara həssaslığı yüksəlir, nəticədə ümumi və yerli allergik xəstəliklər əmələ gəlir. Allergik diatezin əmələ gəlməsində irsiyyətin mühüm rolu var. İrsiyyətlə yanaşı xarici mühit amilləri, mərkəzi və vegetativ sinir sisteminin vəziyyəti, yaş xüsusiyyətləri də diatezin əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır. Allergik diatezin allergik xəstəliyə çevrilməsində allergenlə uzunmüddətli kontaktdan əlavə, tənəffüs yollarında və bağırsaqlarda xroniki infeksiya ocaqlarının olması, dərinin termiki, fiziki, kimyəvi zədələnmələri, qaraciyərin zərərsizləşdirmə funksiyasının pozulması, qeyri-rasional qidalanma, disbakterioz və s. kimi halların təsiri var.

Bir yaşa qədər uşaqlarda bu, özünü ekssudativ-kataral diatezin əlamətləri kimi büruzə verir. Belə uşaqlarda çox vaxt yüksək sinir oyanıqlığı, yuxunun, iştahanın pozulması kimi hallar müşahidə edilir. Onlarda qaraciyərin böyüməsi, xolesistit, öd yollarının diskeneziyası əlamətləri, dizbakterioz, qarın ağrıları, metiorizm, nəcisin qeyri-müntəzəmliyi, “coğrafi dil” və s. nəzərə çarpır. Periferik limfa düyünlərinin və dalağın böyüməsi, uzunmüddətli subfebril temperatur, infeksiyon xəstəliklərin (xüsusilə respirator) uzun sürməyə meyilli olması müşahidə olunur.

Diagnostikanın əsasını anamnestik məlumatlar təşkil edir. Anamnez toplandıqda uşağın inkişafına, qidalanmasına, peyvənd və dərmanlara qarşı reaksiyasına, keçirdiyi xəstəliklərə də diqqət yetirilməlidir. Belə uşaqların vaxtında aşkar edilməsi və onların arasında profilaktik işlərin aparılması vacibdir.

Profilaktik tədbirlər:

1. Mütləq “qida gündəliyi” tutulmalıdır;
2. Təbii qidalanmanın maksimum uzunmüddətli olmasına çalışmaq lazımdır;

3. Tərkibində obliqat allergenlər (yumurta, kakao, şokolad və s.) olan qida məhsulları azaldılmalıdır;

4. Xroniki infeksiya ocaqları, öd yollarının diskenezisi, anemiya, raxit, hipotrofiya, helmintozlar vaxtında aşkar edilməli, onların aktiv müalicəsi aparılmalıdır;

5. Allergenliyə malik dərmanlar işlədilməməlidir;

6. Fərdi peyvənd planı lazımdır;

Allergik diatezli uşaqlara axırıncı kəskinləşmədən 6 ay sonra profilaktik peyvənd aparmaq olar.

Müalicəsi. Əsasən desensibilizəedici preparatlardan (dimedrol, tavegil, suprastin, kalsium xlorid, kalsium qlükonat və s.) istifadə olunur.

Limfatiko-hipoplastik diatez

Limfatiko-hipoplastik diatez limfoid toxumanın hiperplaziyası, daxili orqan və vəzilərin (ürək, aorta, böyrək, böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsi, qalxanvari və qalxanvari ətraf vəzilərin, cinsi orqanların) hipoplaziyası və disfunksiyası ilə səciyyələnir. LHD-nin əmələ gəlməsinə xarici mühit amilləri, hamiləlik toksikozları, ananın xəstəlikləri, bətdaxili infeksiyalar, qeyri-rasional qidalanma, raxit və s. infeksiyon xəstəliklər təsir edir. Bu diatezin yaranmasında allergik meyillilik də müəyyən rol oynayır.

Klinikası. LHD-li uşaqlar artıq çəkili olur, gövdə və boyun qısa, ətraflar və kürək sümükləri uzun, dəri solğun, çox vaxt sianozlu olur. Uşaqlar zəif və məhdud hərəkətli olub, ətraf mühitə qarşı maraqsız olurlar. Xəstələrin 1/3-ində dəridə ekssudativ xarakterli səpgilər müşahidə edilir.

Fiziki və psixi gərginliyə qarşı tez yorulur, tez-tez xəstələnirlər. Belə uşaqlarda tez-tez yuxarı tənəffüs yollarının il-

tihabı, qaraciyərin, dalağın böyüməsi, burun tənəffüsünün çətinləşməsi baş verir. Beyinin qan təchizatı çətinləşir. Ürək-damar sistemi tərəfindən pozğunluqlar, arterial təzyiqin enməsi aşkar edilir.

LHD olan uşaqlarda tənəffüs yollarının infeksiyon xəstəlikləri mikrosirkulyasiya pozğunluqları, neyrotoksikoz, böyrəküstü vəzi çatmamazlığı əlamətləri(kollaps) dispeptik pozğunluqlar (qaytarma, qusma, diareya, meteorizm) ilə gedə bilər. Belə uşaqlarda “qəfləti ölüm” sindromu rast gəlinir. LHD əlamətləri özünü daha çox 3-6 yaşınadək göstərir. Sonralar diatez əlamətləri ya tamamilə keçib gedir, ya da çox zəifləyir. Belə uşaqlarda gələcəkdə cinsi inkişafın ləngiməsi müşahidə oluna bilər.

Laborator müayinədə leykositoz, limfomonositoz nəzərə çarpır. Rentgenoloji müayinədə timus vəzinin böyüməsi (anadangəlmə timomeqaliya) əlamətləri müəyyən olunur.

Müalicəsi. LHD zamanı müalicənin əsasını düzgün qulluq və rejim təşkil edir. Uşaq havada çox olmalı, sistemətik masaj və gimnastika təyin edilməlidir. Süni qarışıqların azaldılması, kefir, meyvə, tərəvəzin çoxlu istifadəsi məsləhət görülür. Orqanizmin müqavimətini qaldırmaq məqsədilə B₁, B₅, B₆, B₁₂, B₁₅, A, E, C vitaminləri, dibazol, aloe, jənşən ekstraktı, kalium oratat təyin edilir. LHD olan uşaqlara virus infeksiyaları zamanı və xroniki infeksiya ocaqları olduqda interferon preparatları (viferon) təyin edilir.

Uşaqda böyük adenoid törəmələr olduqda adenoektomiya əməliyyatı göstərişdir. LHD olan uşaqlara adi qaydada profilaktik peyvəndlər edilir. Lazım gəldikdə EKD-də olduğu kimi hazırlıq mərhələsi təyin edilir.

Sinir-artritik diatez

Sinir-artritik diatezə digər diatezlərdən daha az rast gəlinir. Genetik mübadilə pozuntusu (xüsusən purin və sidik turşusu mübadiləsi) rol oynayır. Burada həm irsi, həm də xarici mühit amilləri əhəmiyyət daşıyır.

Klinikası. Diatezin əlamətləri uşağın yaşından asılıdır. Südəmə dövrədə anoreksiya, distrofiya və ya əksinə, piylənmə, yuxunun pozulması, narahatlıq, ekzema müşahidə olunur. MSS-nin purin mübadiləsi məhsulları ilə qıcıqlanması uşağın daha erkən psixi və emosional inkişafına səbəb olur. Belə uşaqlar eşitdiklərini və oxuduqlarını yadda saxlayır, tez danışır, hər şeylə maraqlanırlar. Əsəbilik, başağrısı, ağızdan aseton iyinin gəlməsi, qusma müşahidə edilir. Qusma 1-2 sutka davam edə bilər. Taxikardiya, təngnəfəslik, qıcolma qeyd edilir. Qanda asidoz, aseton cisimcikləri, ammonyak aşkar edilir, neytrofil leykositoz, limfo və monositoz, EÇS-nin artması müşahidə olunur. Sinir-artritik diatezli uşaqlarda spastik sindrom (bronxospazm, miqrənəbənzər başağrıları, hipertenziyaya meyillilik, kardialgiya, qarın ağrıları və s.), eləcə də dəridə neyrodermit, Kvinke ödemi, ekzema meydana çıxır.

Diaqnostikası. Diaqnoz anamnezə və kliniki əlamətlərə əsasən qoyulur.

Müalicəsi. Qidada purin, kofeinlə zəngin ərzaqları (noxud, ispanaq, ət və balıq) məhdudlaşdırmaq lazımdır. Süd və bitki mənşəli yeməklər üstünlük təşkil edir. Ağrı zamanı ağrıkəsicilər, spazmolitiklərdən istifadə edilir. İştahsızlıq zamanı həzm fermentləri, B qrupu vitaminləri, kalium oratat təyin edilir. Qusma zamanı vena daxilinə reopoliklikin, 5%-li qlükoza məhlulu, kokarboksilaza, Na-hidrokarbonat məhlulu, C və B qrup vitaminlər, sinir oyanıqlığı zamanı

fenobarbital, valerian təyin edilir.

Profilaktikası. Qəbul olunmuş rejimə riayət etmək, rasional qidalanma mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Əlavə psixi və fiziki yüklərdən uşaqları qorumaq lazımdır.

Qulluq. Tibb bacısı diatezlər zamanı (xüsusən EKD və allergik diatezlər) kəskinləşmənin qarşısını almaq üçün düzgün qidalanmanın əhəmiyyətini valideynlərə başa salmalıdır. Bunun üçün aşağıdakı şərtlərə riayət olunmalıdır.

1. Uşağın qida rasionundan xəstəliyi kəskinləşdirən ərzaqları çıxartmaq lazımdır (yumurta, şokolad, kofe, kakao, balqabaq, bal və s.).

2. Uşağın həzm sistemi tərəfindən heyvani mənşəli yağların çətin həzm olunmasını nəzərə alaraq, onu bitki mənşəli yağlarla əvəz etmək lazımdır.

3. Uşaqların 1 yaşa qədər qidalanmasında əsasən turş qarışıqlardan istifadə etmək məsləhətdir.

4. Uşağın pəhrizində mayeni və duzları məhdudlaşdırmaq lazımdır.

5. Gündəlik rejimə dəqiq riayət etmək, təmiz havada olmaq, yuxunun dərin və uzunmüddətli olmasını təmin etmək vacibdir.

6. Prosedurları ehtiyatla və dəqiqliklə yerinə yetirmək lazımdır.

Ekssudativ diatezdə sulanmanın qarşısını almaq üçün zədələnmiş nahiyələrə hər 10-20 dəqiqədən bir islatmalar qoyulur. Bəzən üzə dərman hopdurulmuş maska qoyulur. Ekssudativ diatezdə uşaqlara müxtəlif müalicəvi vannalar təyin edilir. Bunlar həftədə 2 dəfə və ya günəşırı təyin edilir. Gigiyenik vannalardan fərqli olaraq bunların içərisinə müxtəlif yarmalar, kəpək, nişasta və bitki dəmləmələri (sürvə, çobanyastığı) qatılır. Qaşınmanın qarşısını almaq üçün uşağın əlinə əlcək taxılır.

FƏSİL 8. SÜMÜK-ƏZƏLƏ SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. SÜMÜK-ƏZƏLƏ SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

SÜMÜK-ƏZƏLƏ SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Sümük sistemi. Uşağın skeleti böyümə və inkişaf prosesində mürəkkəb dəyişikliklərə məruz qalır. Bu prosesə bir sıra xarici və daxili amillər təsir göstərir. Bətdaxili dövrdə skelet çox gec sümükləşir. Doğulan zaman uşağın skeletində hələ çoxlu qığırdaq toxuması olur. Xüsusilə onurğa sütunu, əl darağı və çanaq sümükləri qığırdaqla zəngindir. Südəmə yaşlı uşağın sümük skeletinin lifli quruluşu vardır, mineral duzları azdır, su və qan damarları ilə zəngindir. Buna görə uşaqların sümükləri yumşaq, elastikdir, kifayət qədər möhkəm deyildir, asanlıqla əyilir. 12 yaşında uşağın sümükləri artıq yaşlı adamın sümüklərindən fərqlənmir. Uşağın sümük sistemi su ilə zəngindir. Mineral duzların miqdarı isə azdır. Bu səbəbdən sümüklər yumşaq və elastik olub, asanlıqla deformasiyaya uğrayır.

Yenidoğulmuş **uşağın başı** böyük olub, bədəninin uzunluğunun 1/4-ni təşkil edir. 2 yaşda başın ölçüsü bədən uzunluğunun 1/5-ni, 6 yaşda 1/6-ni, 12 yaşda isə böyüklərdə olduğu kimi nisbətdədir. Südəmə yaşda kəllənin tikişləri enlidir, onlar düz xətlər şəklindədir ki, bu da başı əlləyən zaman yaxşı gözə çarpır. Adətən tikişlər 2-3 aylığa doğru bitişir, kəllə sümüklərinin tamamilə bitməsi isə 3-4 yaşa başa çatır. Südəmə uşaqlarda kəllənin xüsusiyyəti əmgəklərin olmasıdır. Onlar bir neçə sümüyün birləşdiyi nahiyədə əmələ gəlir və birləşdirici toxuma membranından ibarətdir. 4 əmgək vardır: böyük, kiçik və 2 yan əmgək. Böyük əmgək

təpə və alın sümüklərinin arasında yerləşib, romb şəklində olur (2x2, 5 sm). 10-16 ayda bağlanır, kiçik əmgək üçbucaq şəklində olub, ənsə və təpə sümükləri arasında yerləşir, doğulandan sonra 1 ay müddətində bağlanır.

Yenidoğulmuş uşaqda **onurğa sütunu** düz olur, fizioloji əyriliyi olmur. Uşaq böyüdükcə və statik funksiyalar formalaşdıqca fizioloji əyriliklər (boyun və bel lordozu, döş kifozu) əmələ gəlir. Uşağın onurğa sütunu elastikdir. O, bütün hərəkətləri (fırlanma, arxaya və yanlara əyilmək) edə bilər. Yenidoğulmuş və südəmər uşaqlarda həyatlarının II yarımilliyinə **qədər döş qəfəsi** silindr və ya kəsik konus şəklində olur. I ilin axırı, II ilin əvvəlində döş qəfəsi uzanır və fizioloji qabırğa enməsi əmələ gəlir. 12-13 yaşında uşağın döş qəfəsi formalaşır və yaşlı adamın döş qəfəsindən yalnız ölçüləri ilə fərqlənir. Uşağın çanağı, demək olar ki, qığırdaq toxumasından ibarətdir, az tutumu ilə fərqlənir, oğlan və qızlarda ölçüsü eyni olur. 6-7 yaşda, bəzən isə sonralar, qızlarda çanağın eninə çox inkişaf etməsi müşahidə olunur. Uşağın boruşəkilli sümükləri onların qığırdaq uclarının, epifizin tədriclə sümükləşməsi hesabına böyüyür. Əvvəlcə epifizin içərisində sümükləşmə nöqtələri əmələ gəlir, bu nöqtələr sonralar boruşəkilli sümüyün mərkəzi hissəsi ilə (diafizlə) birləşir. Uzun sümüklərin böyüməsi uzun proses olub 25 yaşda başa çatır.

Məktəbəqədər dövrdə və məktəb yaşı dövründə uşağın skeleti hələ kifayət qədər formalaşmamış olur. Bununla əlaqədar olaraq müxtəlif xarici mühit şəraiti skeletdə normal olmayan əyilmələr yarada bilər (patoloji lordoz və kifoz, yana əyrilik-skaliroz). Bədənin düzgün vəziyyətini dərs məşğələləri və hər bir başqa iş zamanı da saxlamaq lazımdır.

Əzələ sistemi. Yenidoğulmuş və südəmər uşaqların

əzələləri nisbətən zəif inkişaf etmişdir, əzələ lifləri yaşlılardakından nazikdir. Uşaq böyüdükcə əzələ kütləsi əzələ liflərinin sayının çoxalması yolu ilə deyil, əzələ liflərinin həcmnin artması hesabına artır. Həyatın ilk aylarında olan uşaqlarda əzələlərin tonusu yüksək (fizioloji hipertoniya) olur. Bu, mərkəzi sinir sisteminin funksional xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır. Tədricən (2-2,5 ayda yuxarı ətraf, 3-4 ayda aşağı ətrafda) bu hipertoniya yox olur. Əzələ qüvvəsi tədriclə artır. Əzələlər cinsi yetişkənlik dövründə xüsusilə intensiv inkişaf edir, onların qüvvəsi və hərəkətlərin dəqiqliyi artır.

RAXİT

Raxit-böyüyən orqanizmin xəstəliyi olub, vitamin D-nin çatmamazlığı ilə əlaqədardır. Xəstəlik fosfor-kalsium mübadiləsinin, sümüklərin əmələ gəlməsi və mineralaşması prosesinin, skeletin formalaşmasının, habelə daxili üzvlərin funksiyasının pozulması ilə müşayiət olunur. Raxitlə uşaqlar həyatın ilk aylarında, əsasən 1,5-2 yaşa qədər xəstələnirlər.

Raxitin meydana çıxmasında aşağıdakı **risk faktorları** ayırd edilir:

1. Perinatal – ananın somatik xəstəlikləri, hamiləlik zamanı düzgün qidalanmaması, gün rejiminə riayət etməməsi, hamiləlik toksikozları və nefropatiyaları, doğuşun qeyri-əlverişli keçməsi

2. Postnatal – yarımqıqdoğulma, süni qidalanma, tez-tez xəstələnmə, sosial-məişət şəraitinin pis olması.

İnkişaf mexanizmi. Raxitin inkişafında vitamin D-nin 2 formasının çatışmazlığı rol oynayır:

1. Vitamin D₂ - kalsiferol qida ilə daxil olur.

2. Vitamin D₃ - dəridə D provitamini şəklindədir. UBŞ-nın

təsirindən xolekalsiferola çevrilir və qaraciyərə daşınır.

Hər iki vitamin böyrəklərdə və qaraciyərdə aktiv formaya 1,25- dihidroksixolekalsiferola çevrilir. O, kalsium və fosforun bağırsaqda absorpsiyasını stimullaşdırır, sümüklərin mineralaşmasında, orqanizmdə fosfor və kalsiumun səviyyəsinin stabil saxlanmasıda rol oynayır. Vitamin D-nin çatışmazlığı zamanı qanda kalsiumun səviyyəsi aşağı düşür, bu da qalxanabənzər vəzilərdə parathormonun əmələ gəlməsini sürətləndirir. Nəticədə kalsium sümüklərdən qana keçir. Eyni zamanda fosfatların sidiklə orqanizmdən çıxarılması sürətlənir. Nəticədə sümüklər yumşalır, asanlıqla əyilir və sümük deformasiyaları meydana çıxır. Qanda asidozun meydana çıxması MSS, daxili üzvlərin və immunoloji proseslərin pozulmasına səbəb olur.

Klinikası. Xəstəliyin gedişində aşağıdakı dövrlər ayırılır: başlanğıc dövr, inkişaf dövrü, geriye inkişaf dövrü, qalıq əlamətlər dövrü.

1)Başlanğıc dövr. İlk əlamətlər adətən uşağın 2-3 aylığında, bəzən daha tez sinir sistemi tərəfindən olan dəyişikliklərlə özünü göstərir: uşaq narahat olur, tez-tez diksinir, yuxu pozulur, tərləmə artır. Döşü əmərkən uşağın üzündə tər damlaları, dəridə bişməcələr əmələ gəlir. Uşaq başını yastığa sürtür və ənsə nahiyəsində tüklər tökülür.

2)İnkişaf dövrü. Xəstəliyin başlanğıcından 2-3 həftədən sonra başlayır. Sümüklər tərəfindən dəyişikliklər çox sürətlə inkişaf edir. O cümlədən sinir və əzələ sistemi, digər üzvlər tərəfindən dəyişikliklər meydana çıxır. Sümük sistemi tərəfindən dəyişikliklər ən çox bu dövrdə intensiv böyüyən nahiyələrdə baş verir.

Kəllə - böyük əmgəyin kənarları, tikişlər boyunca yumşalma müşahidə olunur. Kəllə sümüklərinin yumşalma-

sı ənsənin yastılaşmasına (kraniotabes), kəllədə müxtəlif asimmetriyalara səbəb olur. Təpə və alın qabarıqlarının meydana çıxması nəticəsində kəllə kvadrat formasını alır.

Dişlər – gec çıxır, çıxma ardıcılığı pozulur, kariyesə meyllilik müşahidə olunur.

Döş qəfəsi – qabırğaların sümük və qığırdaq hissələrinin birləşdiyi yerdə qalınlaşmalar-“təsbehlər” meydana çıxır; sümüklərin yumşalması döş qəfəsində müxtəlif deformasiyalara səbəb olur, döş qəfəsinin yuxarı hissəsi daralır, aşağı hissəsi genişlənir, diafraqmanın birləşdiyi yerdə döş qəfəsinin içəri batması (harrison şırımı) meydana çıxır, döş qəfəsi və döş sümüyü irəli çıxaraq “toyuq döşü” və ya içəri bataraq “çəkməçi döşü” formasını alır.

Onurğa sütunu-onurğanın arxaya doğru qövvsəkilli əyilməsi- kifoz (raxitik donqar) və ya skalioz (yana əyilmə) meydana çıxır.

Çanaq sümükləri- çanağın daralması, ön-arxa ölçülərinin kiçilməsi (raxitik yastı çanaq) meydana çıxır.

Ətraflar-sümüklərin epifizi qalınlaşdığından said nahiyəsində “raxitik bilərziklər”, barmaq falanqalarında “raxitik mirvarilər” meydana çıxır. Uşaq yeriməyə başladığında bud və baldır sümüklərinin yumşalması aşağı ətraflarda (X) və (O) şəkilli deformasiyaların meydana çıxmasına səbəb olur.

Bundan başqa, bütün əzələlərdə hipotoniya müəyyən olunur. Qarın divarı əzələlərinin zəifliyi qarının böyüməsinə (qurbağa qarnı), bağ aparatının zəifliyi ətraflarda hərəkətlərin həcmnin artmasına səbəb olur (uşaq ayağını başının arxasına qədər apara bilir). Statik funksiyaların inkişafı geri qalır, uşaq gec oturur, dirənir və yeriyir.

Bundan başqa **daxili üzvlər** tərəfindən də dəyişikliklər müşahidə olunur:

1. Tənəffüs üzvləri (təngnəfəslik, hipoksiya)
2. Ürək-damar sistemi (ürək tonlarının zəifləməsi, taxikardiya, sistolik küy, hipotoniya)
3. Həzm üzvləri (bağırsağ atoniyası, dispeptik pozğunluqlar, qaraciyərin funksiyasının pozulması)
4. Qanyaranma üzvləri (hipoxrom anemiya)

3)Rekonvalessensiya (geriyə inkişaf) dövrü. Nevroloji və neqativ simptomlar tədricən itir, uşağın ümumi vəziyyəti yaxşılaşır, aktivlik artır. Qanda fosforun səviyyəsi tədricən artsa da, kalsium sümüklərdə toplandığından onun səviyyəsi uzun müddət aşağı qalır.

4)Qalıq əlamətlər dövrü. Sümük deformasiyaları və daxili üzvlər tərəfindən funksional dəyişikliklər müəyyən müddət (bəzən uzun) qala bilər.

Raxiti raxitəbənzər xəstəliklərdən fərqləndirmək lazımdır. Hazırda raxitəbənzər xəstəliklərin 3 forması ayırd edilir:

1. Ailəvi hipofosfatemiya (vitamin D-yə rezistent- davamlı raxit)
2. Hipokalsiemi raxit (vitamin D-dən asılı raxit)
3. Hipofosfatazemiya.

Laborator diaqnostikası. Qan zərdabında qələvi fosfatəzənin aktivliyi artır, kalsium və fosforun miqdarı azalır, onların nisbəti dəyişir, asidoz meydana çıxır.

Müalicənin əsas prinsipləri. Raxitin müalicəsi kompleks şəkildə aparılmalıdır.

Spesifik müalicə. Vitamin D-nin qəbulundan və ultrabənövşəyi şüalanmadan ibarətdir. Vitamin D-nin aşağıdakı preparatlarından istifadə edilir: vitamin D₃ (xolekalsiferol) – yağlı məhlul; 1-ml-də 200.000 TV, 1 damcıda 4000 TV var. Vitamin D₂ (erqokalsiferol). 0,125%-li yağlı məhlulun 1-ml-də 50.000 TV, 1 damcısında 1000 TV; videxol, ak-

vadetrim, vit. D₃ nicomed, videxol 0,125% yağlı məhlul, 1 ml-də 25.000 TV, 1 damcıda 500 TV. Başlanğıc dövrdə sutkalıq doza 1500-2000 TV, kurs dozası 100.000-150.000 TV olmaqla vit. D₂ təyin edilir. Xəstəliyin inkişaf dövründə sutkalıq doza 3000-4000 TV, kurs dozası 200.000-400.000 TV olmaqla vit. D₂ təyin edilir.

Raxitin klinik əlamətlərinin keçib getməsi və laborator göstəricilərin (kalsium, fosforun, qələvi fosfatazanın) normallaşması zamanı müalicə bitmiş hesab olunur. Bundan sonra profilaktika məqsədilə 400 TV dozada vit. D₂ təyin edilir.

Risk qrupundan olan uşaqlar üçün (yarımçıq doğulmuş uşaqlar, yanaşı gedən xəstəlikləri olan, tez-tez xəstələnən uşaqlar) vit. D₂-nin dozası fərdi seçilməlidir. Vitamin D₂-nin artıqlığı (hipervitaminoz) təhlükəsi olmasının dəyə vaxtaşırı sidiyin kalsiuriyaya müayinə olunması (Sulkoviç reaksiyası) aparılır.

Sulkoviç reaksiyasının qiymətləndirilməsi:

1. (+) zəif müsbət və (++) müsbət reaksiya- sidikdə kalsiumun səviyyəsinin normal olduğunu göstərir.

2. (+++) və (++++)-hiperkalsiuriyanı göstərir.

Fizioterapiya. Vitamin D müalicəsi qurtardıqdan sonra civə - kvars lampaları ilə şüalanma (UBŞ) təyin oluna bilər. Əvvəlcədən bidoza (uşağın UBŞ-yə həssaslığı) təyin edilir. UBŞ gündəlik və günəşəri təyin edilir. Müalicə kursu 20-25 gündür.

Vitaminlər (B qrupu, vitamin C), təbii qidalanmada olan uşaqlara əlavə olaraq kalsium preparatları (kalsium-qlükonat, kalsium gliserofosfat), sitrat qarışığı təyin edilir.

Profilaktikası. Raxitin profilaktikasına antenatal dövrdən başlamaq lazımdır. Hamilə qadın doğuşa 2-3 ay qalmış ba-

lıq yağı içməli, lazım gələrsə həkimin təyinatı ilə vitamin D qəbul etməlidir. Bundan başqa hamilə qadınlar uzun müddət açıq havada olmalı, rejimə diqqət yetirməli, tam keyfiyyətli, zülallar, vitaminlər və mikroelementlərlə zəngin qidalar qəbul etməlidir.

Raxitin profilaktikasında döşlə əmizdirmək, əlavə qidaları vaxtında təyin etmək (xüsusən süni qidalanan uşaqlarda), balıq yağı və vitamin D preparatları təyin edilməsi mühüm rol oynayır. Uşaq doğulduqdan sonra raxitin profilaktikası ilk günlərdən başlayaraq müntəzəm həyata keçirilir.

Raxitin müalicə və profilaktikasında D vitamini təyin etdikdə (spesifik profilaktika) onun dozasına, müddətinə, uşağın qidalanmasına, ilin fəslinə və nəhayət, uşağın preparata qarşı həssaslığına, hətta hansı pipetkadan istifadə olunmasına diqqət yetirilməlidir. Spesifik profilaktika uşaq həyatının birinci ilində (yay aylarından başqa) aparılır. Yarımçıq doğulmuşlara II, vaxtında doğulmuşlara III həftədən başlamaq lazımdır. Profilaktika məqsədilə vitamin D suda və ya yağlı məhlulundan sutkada 1 damcı (500 TV) təyin olunur. Profilaktika məqsədilə vitamin D-nin spirtli məhlulundan istifadə edilmir. Qış və payız aylarında lazım gəldikdə 10-15 seans ultrabənövşəyi şüa ilə fizioterapiya təyin edilir.

Hipervitaminozun ilkin əlamətlərini aşkar etməli (iştahanın azalması, çəki artımının dayanması, əzginlik, qusma və s.), iki həftədən bir Sulkoviç sınağı aparmalı, reaksiya (+++) olduqda, D vitamininin qəbulu təcili dayandırılmalı, A vitamini təyin edilməlidir.

Qulluq. Qulluğun əsas məqsədi xəstəliyin kiliniki əlamətlərinin inkişafının və yanaşı gedən xəstəliklərin qoşulmasının qarşısını almaqdan ibarətdir.

Tibb bacısı valideynləri xəstəliyin əmələgəlmə səbəblə-

ri, əsas kliniki əlamətləri, müalicə və profilaktika prinsipləri, mümkün olan ağırlaşmalar haqqında məlumatlandırır. Uşaq tam keyfiyyətli qidalarla təmin edilməlidir. Rasiona vitamin D və kalsiumla zəngin qidalar daxil edilməlidir.

Tibb bacısı anaya vitamin D-nin dəridə əmələ gəlməsi üçün UBŞ əhəmiyyətini başa salmalıdır. Uşaq mümkün qədər çox (səhər saatlarında) təmiz havada olmalı, duş və digər su prosedurları təyin edilməlidir. Tibb bacısı anaya masaj və gimnastika qaydalarını öyrətməli, yanaşı gedən xəstəliklərin profilaktikasını başa salmalıdır.

D HIPERVİTAMİNOZU

D hipervitaminozu orqanizmin D vitaminindən yaranan intoksikasiyasıdır. D vitamini uzun müddət yüksək dozada verildikdə D hipervitaminozu əmələ gələ bilər. D hipervitaminozunun raxitin profilaktikasında və ya müalicəsində D vitamini preparatları ilə bərabər ultrabənövşəyi şuaların təyinindən də yaranması mümkündür. Nadir hallarda D hipervitaminozu D vitaminini götürməzlikdən də yarana bilər. Eləcə də D hipervitaminozu kiçik çəki ilə doğulmuşlarda, vaxtından əvvəl doğulmuşlarda, süni və qarışıq qidalanmada olanlarda daha çox rast gəlinir. Belə uşaqlarda kiçik dozalarda belə (4000-8000 TV) D vitaminini 2-4 həftə müddətində verdikdə D hipervitaminozu yarana bilər

Klinikası. D hipervitaminozu kəskin və xroniki ola bilər.

UŞAQLARDA D HİPERVİTAMİNOZUNUN KLİNİK TƏSNİFATI

Ağırliq dərəcəsi və klinik təzahürləri	Dövrü	Gedişi	Müd-dəti
I-yüngül	Toksikoz olmur, iştaha azalır, tərləmə, oyanıqlıq, yuxunun pozulması, çəki artımının ləngiməsi, sidikdə kalsiumun ekskresiyası artır, Sulkoviç sınağı(+++) olur.	Başlanğıc Çiçəklənmə Rekonvalesensiya Qalıq əlamətləri: müxtəlif orqan və damarların kalsinozu, onların sklerozu, aortanın koarktasiyası, ağciyər arteriyasının stenozu, urolitiaz, xroniki böyrək çatışmazlığı və s.	Kəskin-6 aya qədər Xroniki-6 aydan yuxarı
II-orta ağır	Orta dərəcədə toksikoz olur, iştaha azalır, qusma, çəki artımının ləngiməsi, yaxud dayanması, hiperkalsiemiya, Sulkoviç sınağı(+++) və ya (++++) olur.		
III-ağır	Toksikoz qabarıq nəzərə çarpır, ardıkəsilməyən qusma, çəkinin nəzərəçarpacaq dərəcədə azalması, ağırlaşmaların (pnevmoniya, pielonefrit, miokardit, pankreatit və s.) qoşulması, biokimyəvi göstəricilərin kəskin dəyişməsi.		

Kəskin toksikoz iki formada ola bilər:

1. Mədə-bağırsaq forması. Bu zaman anoreksiya, qusma, qəbizlik, bəzən ishal, dehidratasiya, 2-3-cü dərəcəli toksikoz, yüksək hərarət, qaraciyərin böyüməsi, funksiyasının pozulması və nəhayət, hipotrofiya olur.

2. Sinir forması. Bu zaman süstlük, apatiya, adinamiya, yuxululuq, huşun qaralması, hətta komaya çata bilər, yaxud oyanıqlıq, hiperestaziya, meningizm, qıcolma, retinopatiya, buynuz qişanın və konyuktivanın bulanması müşahidə edilir. Xroniki formada əlamətlər yavaş-yavaş artır, qusmalar gündə 1-2 dəfə və ya həftədə 2-3 dəfə olur, iştaha pisləşir, çəki artımı dayanır, 1-ci dərəcəli toksikoz olur. Əksər hallarda xəstəlik tədricən başlanır, xroniki intoksikasiya əlamətləri olur.

Xroniki forma da 2 cür ola bilər:

1. Böyrək forması. Bu zaman dizurik əlamətlər, polidipsiya, poliuriya, proteinuriya, leykosituriya, piuriya, mikrohematuriya, hiperkalsiuriya, fosfaturiya qeyd edilir. Böyrək çatışmazlığı ola bilər.

2. Ürək-damar forması. Bu forma üçün dərinin avazıması, sianoz, ürək tonlarının karlaşması, ürəkdə sistolik küyün eşidilməsi, ekstrasistoliya kimi əlamətlər xarakterikdir. Miokardit, miokardiodistrofiya, qan dövranı pozğunluqları, hətta aortal qapaqların stenozu meydana çıxma bilər.

Diaqnostikası. Rentgenoloji müayinədə bəzi sümüklərdə osteoporoz, borulu sümüklərin metafizlərində kalsifikatlar, kəllə əsasında osteoskleroz aşkar edilə bilər. Xroniki D vitamini intoksikasiyasında tikişlər və əmgəklər vaxtından tez bağlanır, sümüklər sərtləşir.

Sidikdə kalsiumun miqdarının artmasını Sulkoviç sınağı ilə müəyyən edirlər. Laborator müayinədə qanda leykositoz, hipoxrom anemiya, sola meyillilik, EÇS-nin artması,

asidoz, hiperkalsiemiya, hiperxloremiya, hipofosfatemiya, hipomaqnezemiya, hipokaliemiya, hipersitratemiya, hipoproteinemiya, disproteinemiya (α_2 -qlobulin, γ -qlobulin artır) müəyyən edilir.

Müalicəsi. D hipervitaminozunun müalicəsi klinik formasından və ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq aparılır. Müalicə stasionar şəraitində olmalıdır. Yaşına uyğun rejim, müalicəvi gimnastika və masaj təyin edilir. D vitamininin qəbulunu dayandırmaq, tərkibində kalsium olan qidaları (süd, kəsmik) rasiondan çıxarmaq, bitki mənşəli qidaları artırmaq, uşağı günəşli havaya çıxarmamaq lazımdır. Bağırsaqlardan kalsiumu özünə birləşdirib xaric etmək üçün daxilə xolestiramin təyin edilir. Eləcə də kalsiumu orqanizmdən çıxarmaq üçün vena daxilinə 5%-li qlükozada trilon B vurulur. Bu məqsədlə daxilə almagel, ksidifon, maaloks və xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq intensiv dezintoksikasion müalicə təyin etmək lazımdır. Prednizalon, kokarboksilaza, vitaminlər təyin edilir. Tireokalsitonin kalsiumu sümüklərdə toplamaqla, qanda onun miqdarını azaldır. 3%-li ammonium-xlorid, gündə 3 dəfə bir çay qaşığı təyin olunur. Vitaminlərdən D vitamininin antoqonisti olan A vitamini, eləcə də B₁, B₂, B₆, E, B₁₂ vitaminləri yaşa müvafiq dozada təyin olunur. Daxilə fenobarbital verilir.

Stasionar şəraitdə müalicə 3-5 həftə ərzində aparılır. Ən qorxulu ağırlaşması böyrək çatışmazlığıdır. Bəzən D hipervitaminozu keçirmiş uşaqlarda hipertenziya uzun müddət davam edir, hətta gələcəkdə daimi hipertoniyaya səbəb olur.

Proqnozu. Tam sağalma çətindir. Bəzi uşaqlar fiziki və psixi inkişafdən geri qalırlar, xroniki pielonefrit, urolitiaz, nefrokalsinoz, aortanın, ağciyər arteriyasının stenozu, dişlərin inkişaf qüsurları və s. inkişaf edir.

SPAZMOFİLİYA

Spazmofiliya yunan sözü olub «spazmoz» - spazm, qıcolma «phili» -meyillilik mənasını daşıyır. Buna raxitik tetaniya da deyilir. Bu xəstəlik sinir sisteminin, xüsusilə qırtlaq və ətrafların sinir əzələ aparatının güclü oyanması nəticəsində tonik və klonik qıcolmalarla səciyyələnir. Spazmofiliya kiçik yaşlı uşaqlarda (3 aydan 2 yaşına kimi) rast gəlinir. Ən çox süni adaptasiya olunmamış qidalarla yedizdirilən və raxitlə xəstə uşaqlarda rast gəlinir.

İnkişaf mexanizmi. Yaz aylarında ultrabənövşəyi şüaların təsirindən D vitamininin aktiv sintezi baş verir. Bununla əlaqədar qalxanvari vəzilərin funksiyası zəifləyir ki, bu da fosforun böyrək kanalcıqlarından rearsorbasiyasını stimülizə edir. Hipofosfatemiya hiperfosfatemiya ilə əvəz olunur. Kalsium sürətlə sümüklərdə toplanır. Eyni zamanda kalsiumun bioloji antaqonisti olan kaliumun qanda miqdarı artır. Hipokalsemiya, hiperkaliemiya və alkaloz uşaqda sinir-əzələ oyanıqlığının artmasına səbəb olur.

Klinikası. Gizli və aşkar tetaniya simptomlarından ibarətdir. Aşkar simptomlar: səs tellərinin spazmı (larinqospazm), karpopedal spazm və eklampsiyadır.

Larinqospazm zamanı səs yarığının qapanması nəticəsində tənəffüs səslili olur və bir neçə saniyə tamam dayana bilər. Uşağın rəngi ağarır, dərisi tərlə örtülür. Tənəffüs dayanır, bir neçə saniyədən sonra nəfəs almağa çalışır, «xoruz səsi» eşidilir. Ağır tutmalar yüngül tutmalarla növbələşir. Larinqospazm ümumi qıcolmaya da keçə bilər.

Karpopedal spazmda uşaqda «mama əli» simptomu müşahidə edilir. Bu vaxt əlin və ayağın üstündə yastıq şəkilli ödemlər meydana çıxır, əldə və ayaqda paresteziya, keyləşmə baş verir. Karpopedal spazmlar çox ağrılı olur. Ağır hallarda bronxların və ürək əzələlərinin spazmı nəticəsində

ölüm baş verə bilər.

Eklampsiya xəstəliyin ən ağır formasıdır. Bu zaman uşağın huşu itir və qıcolmalar baş verir. Qıcolmalar arasında uşağın huşu aydınlaşır. Lakin qıcolmalar təkrar oluna bilər. Təkrari qıcolmalar tonik-klonik olur. Klonik qıcolmalar adətən 1 yaşa qədər uşaqlarda təsadüf edilir. Klonik-tonik qıcolmalar üz əzələlərindən boyun əzələlərinə, ətraflara, bədənin bütün əzələlərinə keçir. Nəticədə tənəffüs pozulur, sianoz əmələ gəlir. Bəbəklər reaksiya vermir, dil önə-axaya hərəkət edir. Ağızdan köpük gəlir, qeyri-iradi nəcis və sidik ifrazı olur. Tədricən hərəkəti oyanıqlıq keçir, uşaq əzgin olur və dərin yuxuya gedir. Tutma zamanı tənəffüs və ürək fəaliyyəti dayana bilər.

Spazmofiliyanın **gizli simptomları** aşağıdakılardır:

1. Trusso fenomeni-elastik turna ilə bazuda bazu arteriyasını sıxmaqla hərəkəti sinirdə oyanma yaradıb, uşağın əlində karpopedal spazm yaratmaq olar.

2. Xvostekin üz fenomeni-köpək çuxuru nahiyəsinə çəkilə vurduqda gözün xarici bucaq və dodaqətrafı əzələlərinin ani yığılması baş verir.

3. Erb simptomu-normal halda əzələlərin yığılması qalvanik cərəyan 5 Am-dən yüksək olduqda alındığı halda, gizli tetaniya zamanı 5 Am-dən aşağı cərəyanda əmələ gəlir.

4. Maslov fenomeni-ayağın altına iynə batırıqda gizli tetaniyası olan uşaqlarda tənəffüs sürətlənmə əvəzinə dayana bilər.

5. Lyustin peroneal simptomu-incik sümüyünün başında sinir keçən yerə çəkilə vurduqda, peroneal sinirin qıcığa qarşı cavabını almaq olar. Belə ki, pəncənin xarici kənarının qalxması və ayağın yana çəkilməsi müşahidə olunur.

Diaqnostikası. Diaqnoz spazmofiliyanın kliniki əlamətlərinə və biokimyəvi dəyişikliklərə əsasən təyin edilir. Biokimyəvi müayinədə qanda hiperkasiemiya, sidikdə hiperfos-

faturiya və hiperkasiuriya müəyyən edilir. Sidikdə kalsiumun miqdarının artması Sulkoliç sınağı ilə müəyyən edilir. Sulko-
viç reaktivi iki dəfə artıq miqdarda sidiklə qarışdırılır. Sağlam
uşaqlarda 1-2 dəqiqədən sonra zəif südəbənzer bulanıqlıq
meydana çıxır. Hiperkalsiuriya zamanı bulanıqlıq daha çox
olur. Hipokalsiuriya zamanı isə qarışıq şəffaf qalır. Şübhəli
hallarda qanda fosfor və kalsiumun miqdarı təyin edilir.

Müalicəsi. Larinqospazm zamanı burunun selikli qişa-
sını qıcıqlandırmaqla (naşatır spirti ilə) beyində dominant
oyanma ocağı əmələ gətirmək lazımdır. Bundan başqa də-
rinin selikli qişasını qıcıqlandırmaq (iynə batırmaq, üzə so-
yuq su vurmaq), bədənin vəziyyətini dəyişməklə də həmin
ocağı əmələ gətirmək olar.

Qıcolmalar zamanı ilk növbədə uşaq böyrü üstə çevril-
məli, hava axını təmin edilməlidir. Lazım gəldikdə oksigen
verilir, əzələ daxilinə maqnezium-sulfat vurulur, vena daxi-
linə kalsium-qlükonat yeridilir. Sonra 1-2%-li kalsium-xlorid
ilk günlər 4-6 q/sutkada, sonra isə 1-3 q/sutkada 1-2 həftə
müddətində verilir. Sağalmadan sonra profilaktik dozada
vitamin D verilir. Asidoz yaratmaq üçün gündə 3 dəfə çay
qaşığı ilə 10%-li ammonium-xlorid verilir.

Profilaktikası. Əsasən raxitdə olduğu kimidir. Təbii qida-
lanma saxlanılmalıdır. Yazda spazmofiliyanın latent simp-
tomları özünü büruzə verdikdə kalsium preparatları təyin
edilməlidir.

Proqnozu. Xəstəliyin proqnozu yaxşıdır. Müalicəyə yax-
şı tabe olur. Ölüm halları larinqospazm, ürək çatışmazlığıın-
dan baş verə bilər.

FƏSİL 9. TƏNƏFFÜS SİSTEMİNİN ANATOMİK- FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. TƏNƏFFÜS SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

TƏNƏFFÜS SİSTEMİNİN ANATOMİK–FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Tənəffüs sistemi tənəffüs yollarından və qaz mübadiləsi aparatından ibarətdir. Yuxarı tənəffüs yollarına burun, udlaq və qırtlaq, aşağı tənəffüs yollarına isə traxeya və bronxlar aiddir. Atmosfer havası ilə qan arasında qaz mübadiləsi ağciyərlərdə həyata keçir.

Uşaq doğularkən tənəffüs orqanları morfoloji cəhətcə qeyri-yetkindir. Həyatın birinci ilində tənəffüs orqanları intensiv şəkildə böyüyür və diferensiasiya edir. Uşağın 7 yaşında tənəffüs orqanları tam formalaşır. Bundan sonra onların yalnız ölçüsü böyüyür.

Burun. Südəmə uşaqların burnu böyük uşaqlara və yaşlılara nisbətən kiçikdir, qısadır, aşağı burun yolu yoxdur, burunun selikli qişası zərif, qan damarları ilə zəngindir. Buna görə də zökəm zamanı selikli qişanın azacıq şişkinləşməsi burun tutulmasına, əmmənin çətinləşməsinə və tənəffüslüyə səbəb olur. Südəmə uşaqlarda burunun əlavə cibləri: şəbəkəli cib və haymor boşluğu zəif inkişaf etmişdir, alın və əsas ciblər isə yoxdur. 1 yaşdan sonra boşluqlar tədricən böyüyür və inkişaf edir. Göz yaşı-burun kanalı geniş olduğundan infeksiya asanlıqla konyuktiva kisəsinə keçə bilər.

Udlaq. Nisbətən dardır, Yevstax borusu qısa və enlidir. Südəmə uşaqlarda onun dəliyi böyük, uşaqlar və yaşlılara nisbətən aşağıda olur, xaonalara yaxın yerləşir. Buna görə də infeksiya düşmüş sekret asanlıqla burun-udlaqdan Yevstax borusuna keçir. Bu da uşaqlarda orta qulağın asanlıqla

iltihablaşmasının səbəblərindən biridir.

Qırtlaq. Südəmə yaşda qırtlaq qıfşəkili olur və böyük uşaqlara nisbətən uzun və dardır, qığırdaqları zərif və yumşaqdır, səs yarığı dardır, həqiqi səs telləri nisbətən qısa, yalançı səs telləri və selikli qışa zərifdir, qan damarları və limfoid toxuma ilə zəngindir. Nəticədə respirator infeksiyalar zamanı qırtlağın daralması meydana çıxıb bilər. 3 yaşa qədər hər iki cinsdən olan uşaqlarda qırtlağın boyu və forması eynidir.

Traxeya. İlk aylar ərzində qıfvari formada və mənəfi dar olur. Onun qığırdaqları yumşaq və elastiki olur. Traxeyanın selikli qışası zərif, qan damarları ilə zəngindir, selik vəzilərinin miqdarı azdır.

Bronxlar. Körpə uşaqlarda dar, qığırdaqları yumşaq və elastikdir. Sağ bronx demək olar şaquli vəziyyətdədir, elə bil traxeyanın davamını təşkil edir, sol bronx traxeyadan bucaq altında ayrılır. Bu səbəbdən iltihabi proses ən çox sağ tərəfdə meydana çıxır.

Ağciyərlər. Ana bətni dövründə uşağın ağciyərləri açılmamış vəziyyətdədir. Yalnız göbək ciyəsi bağlandıqdan sonra uşağın qanında O_2 -nin miqdarı həddindən artıq azaldığından döş boşluğunda mənfi təzyiqli o qədər güclənir ki, ağciyərlər tamamilə açılır. İlk tənəffüs baş verir.

Bütün uşaqlıq dövrü ərzində ağciyərlər inkişaf edir, onların həcmi böyüyür. Erkən yaşlarda ağciyər birləşdirici toxuma ilə zəngindir, qan damarları ilə bol təchiz olunur. Limfatik damarlar genişdir, elastik toxuma zəif inkişaf etmişdir. Erkən yaşlarda ağciyərlər az elastikdir və hava tutumu azdır. Sol ağciyər 2 paya (yuxarı və aşağı), sağ ağciyər 3 paya bölünür. Onlar həm də seqmentlər üzrə bölünürlər.

Plevra. Südəmə yaşda plevra nazikdir, asanlıqla gərilir.

Diafraqma. Körpə uşaqlarda yaşlılara nisbətən yuxarıda yerləşir.

Südəmə uşağın döş qəfəsi qabarıq, nisbətən qısa olub eninə kəsiyi girdədir, qabırğalar üfiqi və onurğa sütununa görə düzbucaq altında yerləşir. 1-ci ayda ağciyərlər döş qəfəsindən böyükdür. Nəticədə qabırğalar onun içərisinə keçir. Buna görə ilk aylarda ventilyasiya kifayət qədər tam deyil və döş qəfəsi elə bil ki, nəfəsalma vəziyyətində olur. Yaş artdıqca döş qəfəsinin forması və qabırğaların vəziyyəti tədriclə dəyişir.

Körpə uşaqlarda bütün tənəffüs üzvləri zəif inkişaf etmişdir. Tənəffüs üzvlərinin və döş qəfəsinin anatomik quruluşu südəmə uşaqlarda **tənəffüs fiziologiyasının** bəzi xüsusiyyətlərinə səbəb olur:

- 1) Südəmə uşaqlarda tənəffüs səthi xarakter daşıyır;
- 2) Tənəffüsün sayı 1dəq-də çox olur (30-40 dəfə). Bu fizioloji tənəffüs kimi qeyd olunur. Yaş artdıqca tənəffüsün sayı tədricən azalır;
- 3) Uşaq həyatının ilk 2 həftəsində tənəffüsün aritmiyası müşahidə olunur, yeni nəfəsalma ilə nəfəsvermə arasındakı pauza düzgün növbələşmir;
- 4) Tənəffüsün tipi yaşdan və cinsdən asılı olur. Yenidöngülmuş uşaqlarda döş əzələləri zəif inkişaf etdiyindən qarın (diafraqma) tipli tənəffüs üstünlük təşkil edir. Südəmə uşaqlarda isə döş-qarın tipli (qarışıq) tənəffüs meydana çıxır. 3-4 yaşda döş tənəffüsü üstünlük təşkil etməyə başlayır. Cinsdən asılı olaraq tənəffüsün fərqi 7-14 yaşda təzahür edir. Pubertat dövründə oğlanlarda tənəffüs qarın, qızlarda döş tipli olur.

Tənəffüs üzvlərinin sayılan anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq uşaqlarda, xüsusi ilə körpələrdə tənəffüs sisteminin xəstəlikləri daha tez-tez rast gəlinir və ağır gedişli olur.

RİNİT

Burun boşluğu selikli qişasının iltihabı rinit adlanır. Rinit, onu törədən səbəblərdən asılı olaraq sərbəst xəstəlik kimi və ya müxtəlif xəstəliklər zamanı bir simptom kimi özünü göstərə bilər.

Uşaqlarda rinit çox vaxt rinofaringit formasında gedir, çünki iltihabi proses eyni vaxtda həm burunda, həm də burun-udlaq keçəcəyində gedir. Bəzən iltihab nəfəs borusuna və bronxlara da yayılır.

Rinit adətən ümumi və yerli müqaviməti zəifləmiş, soyuq-dəyməyə məruz qalmış və xroniki xəstəlikləri olan uşaqlarda əmələ gəlir. Rinitin əmələ gəlməsinə burunun travması və yad cisimlərlə qıcıqlanması, mövsüm də təsir edə bilər.

Etiologiyası. Rinitin meydana çıxmasında viruslar (xüsusən rinoviruslar) və müxtəlif mikroblar mühüm rol oynayır. Bundan başqa müxtəlif termiki, mexaniki, kimyəvi faktorların təsirindən də əmələ gəlir. Xəstəlik hava-damcı yolu ilə keçir.

Ən çox kəskin və allergik rinitlərə rast gəlinir. Allergik rinitlər əsasən mövsümi xarakter daşırsa da bəzən bütün il boyu rast gəlinir. Allergik rinitin əmələ gəlməsində bir sıra allergenlər (yazda, payızda çiçəkləyən bitkilər və onların tozcuqları, kif göbələkləri, məişət tozu, yataq gənələri, heyvan mənşəli tük və digər hissəciklər) əsas rol oynayır.

Klinikası. Rinit kəskin başlayır və proses burunun hər iki tərəfində gedir. Əsas simptomları burundan ifrazatın axması, burunun tutulması, tez-tez asqırmaq, tənəffüsün çətinləşməsi, burunda və boğazda qızartı, qaşıntı, qıcıqlanmadır. Bu vəziyyət bir sutkadan bir neçə sutkaya qədər müşahidə oluna bilər. Bu zaman həmçinin baş ağrısı, hərarət, gözlərin sulanması ola bilər. Proses bir həftə və ya

on gündən çox çəkərsə, müəyyən ağırlaşmalara və xroniki rinitə gətirib çıxara bilər.

Uşağın hərəreti yüksəlir, bəzən normal olur. Burundan əvvəlcə rəngsiz, şəffaf ifrazat gəlir, tezliklə selikli və irinli olur. İfrazat burun ətrafı və üst dodağın dərisini qıcıqlandırır və dəri qızarır. Burunun selikli qişası şişir, qızarır, digər tərəfdən ifrazat yığılır. Ona görə də uşaqda burun tənəffüsü çətinləşir, bu onun döşü sormasına da mane olur. Nəticədə uşaq arıqlayır, yuxusu pozulur, oyanıq olur. Burun tutulmuş olduqda uşaq ağızdan nəfəs alır, aerofagiya əmələ gəlir, qarnında köp olur.

Rinofaringitdə boyun və ənsə limfa vəziləri böyüyür. Burun çox tutulduqda uşaq rahat nəfəs almaq üçün başını arxaya atır. Buna yalançı opistotonus deyilir. Xəstəliyin gedişində tədricən burun ifrazatı azalır və qatılaşır. Zəif uşaqlarda rinofaringit ağırlaşma verir. Məs: orta qulağın iltihabı, bronxit, pnevmoniya və s.

Xəstəliyin proqnozu bir sıra şərtlərdən - mikrobu virulentliyindən, uşağın yaşından, qidalanmasından, qulluqdan və s. asılıdır. Yenidoğulmuşlarda proqnoz bir qədər ciddidir. Belə ki, iltihabi proses asanlıqla aşağı tənəffüs yollarına yayıla bilər. Böyük yaşlı uşaqlarda isə proqnoz yaxşıdır. Çox vaxt xəstəlik heç bir ağırlaşma vermədən tam sağalma ilə nəticələnir.

Ağırlaşmaları. Xəstəlik otit, rinosinusit, larinqotraxeit, bronxit və s. ilə ağırlaşma bilər.

Diaqnostikası. Diaqnoz anamnez və kiliniki əlamətlərə əsaslanır. Allergik rinitdə anamnezin: hansı fəsildə xəstələnməyin, mənzil-məişət şəraitinin, ev heyvanları ilə təması və s. böyük əhəmiyyəti vardır. Allergik rinitlərdə diaqnostika üçün ən çox istifadə olunan üsul dəri sınaqlarıdır (şəkil 13).

Müalicəsi. İlk növbədə burun tənəffüsünü yaxşılaşdır-

maq və nəmləndirmək üçün buruna akvalor, pinasol, pro-tarqol, naftizin 0,1%, qalazolin 1%, sonarin, 0,025%-li nazivin damcıları tətbiq edilə bilər. Burunun ətrafına vazelin yağı sürtülür. Müalicədə vitaminlərin tətbiqi, düzgün qidalanma mühüm rol oynayır. Körpə uşağa ana südü verilir. Böyük uşaqlarda ayağa isti vanna etmək, isitqac qoymaq olar.

Allergik rinit zamanı uşaq allergenlərdən maksimum qə-dər uzaq durmalıdır. Hava kondisionerlərində olan filtrlər vaxtlı-vaxtında yuyulduqda otaq havasında tozları minimuma endirmək mümkündür. Bundan əlavə tibbi maskalar da köməyə gələ bilər. Antihistamin preparatları, ağır hallarda steroid preparatlar təyin edilir.

Zəif uşaqlarda immunoterapiya üsulu tətbiq edilir. Rinitlər rinosinusitlərlə ağırlaşarsa, infeksiya burunətrafı ciblərə, gözə və kəllə daxilinə yayıla bilər.

ANGİNA

Angina ümumi infeksiyon xəstəlik olub, əsnək və badamcıqların kəskin iltihabi dəyişiklikləri ilə xarakterizə olunur. Bəzən udlağın limfa dairəsi (Valdeir həlqəsi) də iltihablaşır.

Etiologiyası. Anginanın etiologiyasında müxtəlif mikroblar-ən çox A qrupundan olan hemolitik streptokokklar, bəzən qızılı stafilokokklar, göbələklər, viruslar da rol oynayı. Xəstəliyin meydana çıxmasında mexaniki, kimyəvi, termiki faktorlar, xroniki infeksiya ocaqları (karies dişlər, adenoidit və s.) və orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin aşağı düşməsinin də rolu var. İnfeksiya mənbəyi xəstə insan və bakteriyagəzdiricilərdir. Xəstəlik hava-damcı, təmas-məişət və alimantar yolla yoluxur. 1 yaşadək uşaqlarda badamcıqlar kifayət qədər inkişaf etmədiyindən angina az rast gəlinir.

Klinikası. Anginanın kliniki olaraq 3 formasına rast gəli-

nir:1. Kataral; 2. Follikulyar; 3. Lakunar.

Angina həm tam sərbəst xəstəlik kimi, həm də bir çox infeksiyon xəstəliklərin (qızılca, qrip, skarlatina və s.) və qanaradıcı orqanların xəstəliklərinin (leykoz) bir əlaməti kimi özünü büruzə verir.

Klinikası. Xəstəlik hərərətin yüksəlməsi, ümumi əzginlik, baş ağrısı, boğaz ağrısı, bütün bədəndə və oynaqalarda ağrılar, üşütmə və ya titrətmə ilə başlayır. Yuxu, iştaha, burun tənəffüsü pozulur, səs telləri şişir, səs dəyişir, ağız suyunun ifrazı artır, dil ərpli olur, çənəaltı limfa vəziləri şişir. Anginada udqunma həmişə ağrılı olur.

Kataral anginada əsnək və badamcıqlar şişir, qızarır. Lakunar anginada isə onların üzərinə ağ ər çökür. Ərp qopmuş epitel və çoxlu miqdarda leykositlərdən ibarətdir və birləşməyə meyillidir. Lakin differiyadan fərqli olaraq ər əsnək qövslərindən kənara çıxmır, asanlıqla qopur və qanamır. **Follikulyar anginada** selikli qişaların zədələnməsi prosesi daha dərin olur, ağ və açıq sarı rəngli iltihablaşmış follikullar görünür.

Xəstəlik 5-7 gün davam edir, bəzən daha çox uzanır. Xəstəlik ağır keçdikdə əsnək və ətraf toxumalarda ağırlaşma (tonzilyar abses) və digər orqanlarda ağırlaşma verə bilər. Məsələn: orta qulağın iltihabı (otit), böyrəyin iltihabı (nəfrit), sepsis, endokardit, poliartrit, meningit, ensefalit və s. Bəzi xəstəliklər zamanı spesifik anginalara rast gəlinir. Məsələn: differiya, skarlatina, leykoz və s.

Diaqnostikası. Anginanın diaqnozu kliniki əlamətlər və laborator göstəricilər əsasında qoyulur. Diaqnozu təsdiq etmək üçün əsnəkdən yaxma götürüb bakterioloji müayinə etmək lazımdır.

Müalicəsi. Yataq rejimi, sakitlik, içməyə çoxlu maye verilməlidir. Həm yerli, həm də ümumi müalicə aparılmalıdır.

Yerli müalicədə boğazı müxtəlif antiseptik məhlullarla yaxalamaq məsləhətdir. Məs: 2% çay sodası məhlulu ilə, bitki dəmləmələri ilə (adaçayı, çobanyastığı), 1:5000 nisbətində furasillin məhlulu ilə və s. Müalicədə kataral əlamətlərə, hərarətə qarşı aspirin, efferalqan, ferveks, tyuns və s. tətbiq edilir. Yerli müalicədə bioparoks, septolet, streptsils, anti-angin də yaxşı nəticə verir. Ümumi müalicədə daxilə sulfanilamid preparatlarından-biseptol, sulfometaksin və s. təyin edilir. Kəskin intoksikasiya əlamətləri olduqda ağırlaşmaya qarşı 5-7 gün müddətinə antibiotiklər (ampisillin, ampioks, ampidid, oksasillin, eritromisin və s.), anginanın ağır formasında geniş spektrli antibiotiklər (sefalosporin qrupu), makrolidlər təyin edilir.

Profilaktikası. Angina hava-damcı infeksiyasıdır. Ona görə belə xəstə ilə təmas zamanı maska rejimi gözlənilməli, xəstənin qabı, dəsmalı ayrı qoyulmalı, qaynadılmalıdır. Kollektivdə olan anginalı xəstə mütləq təcrid olunmalıdır.

Uşaq ağır angina keçirdikdə qanı və sidiyi mütləq yoxlanılmalıdır, çünki xəstəlik ürəyə və böyrəklərə ağırlaşma verirə bilər.

XRONİKİ TONZİLLİT

Xroniki tonzillit damar badamcıqlarının uzun sürən iltihabıdır. Xəstəlik ən çox məktəbəqədər və məktəb yaşlı uşaqlarda rast gəlinir.

Etiologiyası. Tonzillitin meydana çıxmasında əsas rolu təkrari anginalar oynayır. Xroniki infeksiya ocaqları: karies dişlər, rinit, sinusit, adenoidit mühüm əhəmiyyətə malikdir.

İnkişaf mexanizmi. Mikroorqanizmlərin toksiki təsiri badamcıqlarda xroniki iltihabi prosesə səbəb olur. Nəticədə limfoid toxuma məhv olur və əvəzinə birləşdirici toxuma in-

kişaf edir. Yerli immunitet pozulduğundan immunokompleks hüceyrələrin sayı artır. Mikrobların həyat fəaliyyəti məhsulları ilə birlikdə bu hüceyrələr müxtəlif orqanların toxumalarını zədələyir.

Klinikası. Xəsəlik badamcıqların iltihabı və intoksikasiya əlamətləri ilə xarakterizə olunur. Xəstəliyin 2 forması ayırd edilir: hipertrofik və atrofik forma. Hipertrofik formada badamcıqların ölçüsü böyüyür, hiperemiyalaşır, bəzən damaq qövsləri ilə birləşir. Lakunalarda irinli maye və ya tıxaclar meydana çıxır. Çənəaltı limfa düyünləri böyüyür, ağızdan pis iy gəlir. Atrofik formada isə badamcıqlar kiçilir, səthi kələ-kötür olur.

Tonzillojen intoksikasiya nəticəsində uşaqda sinir sisteminin funksional pozğunluğu meydana çıxır. Uşaq ağlağan, əsəbi, küsəyən olur. Tez yorulma, yuxunun pozulması, gecə qorxuları, iştahanın azalması, yaddaşın zəifləməsi, uzunmüddətli subfebril temperatur, gözlərin altında göy kölgələr meydana çıxır.

Müalicəsi. Kəskinləşmə dövründə anginanın müalicəsi aparılır. Kompensasiya dövründə ümumi möhkəmləndirici terapiya, yerli və ümumi fizioterapevtik prosedurlar (UBŞ, UYT cərəyanı, elektroforez və aerozollar) təyin edilir. Lakunalar antiseptiklə yuyulur, lüqol və ya kollarqol məhlulu çəkilir. Ümummöhkəmləndirici və tonuslaşdırıcı preparatlar, vitaminlər təyin edilir. Dekompensasiya dövründə tonzilektomiya əməliyyatı aparılır.

Profilaktikası. Xəstəliyin profilaktikası kəskin anginaların vaxtında və düzgün müalicə olunması, uşağın immunitetinin möhkəmləndirilməsindən ibarətdir.

KƏSKİN LARİNGİT

Kəskin laringit qırtlağın selikli qişasının iltihabi xəstəliyidir.

Etiologiyası. Xəstəlik paraqrip, A qripi, bəzən isə respirator-sinsitial viruslar və adenoviruslar tərəfindən törədilir. Bundan başqa xəstəliyin səbəbi bakteriyalar, mexaniki və kimyəvi qıcıqlandırıcılar ola bilər.

İnkişaf mexanizmi. İltihabi proses qırtlaq qapağı, səs telləri, bağlaraltı nahiyədə lokalizasiya olunur. Ağır hallarda iltihab bütün qırtlağı əhatə edir. Etioloji faktorların təsirindən selikli qişada hiperemiya, ödem meydana çıxır, selik ifrazı artır. Qırtlağın kəskin stenozu (inaq) zamanı ödem, hipersekresiya və qırtlaq əzələlərinin spazmı daha güclü müşahidə olunur.

Klinikası. Xəstəlik kəskin şəkildə ümumi halsızlıq, quru, kobud, “hürücü” öskürəklə başlayır, səs kallaşır. Öskürək tədricən azalır, azacıq bəlgəm ifraz olunur. Temperatur yüksələ bilər. Müayinə zamanı udlağın arxa divarında qızartı müşahidə olunur.

Xəstəlik adətən 4-5 gündən sonra sağalma ilə nəticələnir. Kiçik yaşlı uşaqlarda qırtlağın kəskin stenozu (yalançı inaq) meydana çıxmağa bilər. Zəifləmiş uşaqlarda xəstəlik laringotraxeit şəklində rast gəlinir. Laringit bronxitle ağırlaşmağa bilər.

Müalicəsi. Müalicədə əsas şərt - səs rejiminin gözlənilməsidir. Hündürdən danışmaq, qışqırmaq qadağan edilir. Qidadan qıcıqlandırıcı və qaynar yeməklər çıxarılır. Tez-tez ılıq mayelər içizdirilir. Ağız və əsnək qələvi məhlulları, sürvə, çobanyastığı dəmləmələri ilə yaxalanır. Buxar inhalasiyaları, yayındırıcı terapiya (isti ayaq vannaları, döş qəfəsinə xardal kağızları, boyun nahiyəsinə isti kompreslər)

təyin edilir. Etiotrop müalicə aparılır. Yerli antiseptik və anti-bakterial təsir göstərən preparatlar: fuzafunqin(bioparoks), heksetidin(heksoral), fensipirid(erespal); mukalitik təsir göstərən-asetilsistein(fluiumusil), asetilsistein +tuaminoheptan(rinofluiumusil); fitopreparatlar- tonzinal, evkalipt yarpaqlarının ekstraktı(xlorofillipt), nanəcövher yağı+ sulfanilamid+sulfatazol+ timol+evkalipt yağı(inqalipt) və s.təyin edilir. Bu dərman preparatları eyni zamanda KRVİ-nin profilaktikası məqsədi ilə də istifadə oluna bilər.

BRONXİT

Bronxit- bronxların iltihabi xəstəliyidir. Gedişinə görə kəskin və xroniki bronxit ayır edilir. Kəskin bronxit tənəffüs orqanları xəstəliklərinin ən geniş yayılmış formalarından biri olub, 4 yaşa qədər uşaqlarda daha tez-tez müşahidə olunur.

Etiologiyası. Əksər hallarda kəskin bronxitin törədiciləri viruslar (paraqripp virusları, adenoviruslar, qızılca virusları və s.) olur. Bəzən patogen stafilokokklar, pnevmokokklar tərəfindən törədilir. Soyuq hava, kimyəvi maddələrlə nəfəsalma, yad cisimlərin bronxlara düşməsi zəmiyaradıcı amillərdir.

İnkişaf mexanizmi. Yoluxma əsasən aerogen, nadir hallarda hematogen yolla baş verir. Tənəffüs yollarının epitelisinə meyilli olan viruslar onu zədələyir. Nəticədə iri və orta bronxların selikli qişasının iltihabı baş verir. Viruslar həmçinin sinir uclarını, bronxial ağacın sinir tənzimini, trofikasını pozur. Viruslar bakterial floranın daxil olmasına şərait yaradır, nəticədə kataral yaxud infiltrativ dəyişikliklər, bronx vəzilərinin hipersekresiyası baş verir. Selikdə çoxlu miqdarda makrofaqlar, leykositlər də tapılır. İrinli bronxitdə prosese

digər bronx təbəqələri cəlb olunur. Bronxların mənfəzində patoloji sekretin olması onun evakuasiyasının çətinləşməsini göstərir. Bronxların havaötürücü funksiyası pozulur, bu da ağciyərlərin ventilyasiyasının azalmasına səbəb olur.

Təsnifatı. Bronxitin kəskin, residivverən və xroniki formaları ayırd edilir.

Kəskin bronxit aşağıda qeyd olunan formalara bölünür:

Etiologiyasına görə: virus, bakterial, virus-bakterial;

İltihabi prosesin yayılmasına görə: lokal, birtərəfli, diffuz;

İltihabi prosesin xarakterinə görə: kataral, kataral-irini, irinli;

Meydana çıxma vaxtına görə: birincili, ikincili.

Klinikası. Kəskin bronxitin başlanğıcı virus infeksiyası ilə yoluxmanın 2-3-cü günündə nəzərə çarpır. Adətən xəstəlik rinit, faringit, konyuktivit və traxeit əlamətləri ilə başlayır. Bronxitin olmasını hərarətin yüksəlməsi (37,5-38°C), nadir hallarda isə uzun sürməyən 39°C-yə qədər hərarət müəyyən edir. Başlanğıcda, əsasən gecələr və səhərlər müşahidə edilən kobud, quru, bəzən tutmaşəkilli öskürək olur. Uşaqlarda güclü öskürək zamanı döş qəfəsinin aşağı hissələrində ağrı olur və öskürək qusma ilə nəticələnir. 4-5 gündən sonra öskürək yumşalır, yaş xarakterli olur. Böyük yaşlı uşaqlarda selikli-irini bəlgəm xaric olur, kiçik yaşlı uşaqlar isə adətən bəlgəmi udurlar. Eyni vaxtda virus infeksiyasına xas olan kataral əlamətlər xeyli azalır. Kəskin bronxit tənəffüs çatışmazlığı ilə müşayiət olunmur: tənəffəslik cüzi olur, sianoz nəzərə çarpmır. Ağciyərlər üzərində normal perkutor və ya bir qədər timpanik səs eşidilir. Auskultasiyada sərt, bəzi yerlərdə zəifləmiş, ən çox arxa-aşağı nahiyələrdə quru, orta, iri qabarcıqlı yaş xırıltılar eşidilir. Xəstəliyin davam etmə müddəti 10-14 gündür.

6 aydan böyük uşaqlarda xəstəlik özünü bronxların

obstruksiyası əlamətləri ilə (kəskin obstruktiv bronxit) bürüzə verə bilər. Obstruktiv bronxit ən çox allergik reaksiyalara meyilli uşaqlarda rast gəlinir. Bu zaman bronxların selikli qişasının kəskin ödəmi, bronx mənfəzinə çoxlu maddə selyin toplanması, bronxospazm və emfizema nəticəsində tənəffüsün çətinləşməsi (ekspirator tənəgnəfəslik) meydana çıxır.

Xırda bronxlar və bronxiollar zədələndikdə kəskin bronxiolit inkişaf edir. Xəstəlik daha ağır gedişli olub, tənəffüs və ürək-damar çatmamazlığı, eksikoz ilə müşayiət olunur. Xəstəlik ən çox həyatın ilk aylarında adenovirus infeksiyası fonunda meydana çıxır. Uşağın vəziyyəti ağırlaşır, dəri örtükləri bozumtul-sianotik, dodaqlar və ağızın selikli qişası göyərmiş olur. Tutmaşəkilli öskürək meydana çıxır. Öskürək zamanı qusma və ya tənəffüsün dayanması müşahidə oluna bilər. Kəskin tənəgnəfəslik əlamətləri meydana çıxır, tənəffüsün sayı bir dəqiqədə 60-80 və daha çox ola bilər. Tənəffüs pozğunluqları nəticəsində hipoksiya inkişaf edir. Klinik olaraq hipoksiya özünü oyanıqlıq, narahatçılıq və qıcolmalarla göstərir.

Residivverən bronxit zamanı ildə 3 dəfə və daha çox kəskinləşmələr müşahidə olunur. Kəskinləşmələr ən azı 2 həftə davam edir. Xroniki bronxit uzun müddət (ən azı 2 il) davam edir. İl ərzində 3 dəfə və daha çox kəskinləşmələr müşahidə olunur. Bu zaman bronxların geriyə dönməyən zədələnməsi (iltihab və bronx divarının sklerozu) meydana çıxır.

Diaqnostikası. Periferik qanda dəyişikliklər: leykopeniya və ya leykositoz, sola meyillilik, limfopeniya, ECS-nin sürətlənməsi şəklində özünü göstərir. Törədiciyi aşkar etmək məqsədi ilə virusoloji, seroloji, bakterioloji müayinə aparıla bilər. Rentgenoloji müayinədə ağciyərin normal şəkl, yaxud bronx-damar şəklinin güclənməsi görünür. Ağciyər kökləri

genişlənmiş olur, konturların aydınlığı pozulur. Bu dəyişikliklər 7-14 gün ərzində geriyə inkişaf edir. Xroniki bronxit zamanı rentgenoloji dəyişikliklər davamlı xarakter daşıyır.

Diferensial diaqnostika. Bronxit, xüsusilə bronxiolit ilk növbədə pnevmoniya ilə, obstruktiv bronxit isə bronxial astma ilə diferensiasiya olunmalıdır.

Müalicəsi. Xəstə uşaqlara ambulator müalicə təyin edilir. Kəskin obstruktiv bronxit, bronxiolit zamanı, habelə pnevmoniyanın başlanmasına şübhə olduqda, «risk qrupuna» aid uşaqlar xəstəxanaya göndərilir. Xəstə uşaqlar 3-5 gün yataq rejimində qalırlar, onlara etiotrop, simptomatik terapiya təyin edilir. Qripə xəstələnmənin ilk 1-2 günündə qripə qarşı qammaqlobulindən, yaxud immunoqlobulindən istifadə edilir. İlk günlər leykositar interferonun gün ərzində 4-6 dəfə buruna damızdırılması məsləhət görülür. Bakterial infeksiyaya şübhə olduqda antibiotiklər (penisillin qrupu, makrolidlər, sefalosporinlər) təyin edilir.

Simptomatik müalicə təyin edilir. İnadlı öskürək zamanı ümumi isti vannalar, sinəyə günəbaxan yağı ilə kompres qoymaq məsləhətdir. Daxilə gülxətmi cövhəri, libeksin verilir. Quru öskürək zamanı 3 yaşdan böyük uşaqlara farinqosept, falimint, strepsils, Dr.Mom, travisil və s. sormağ məsləhətdir. 5 yaşdan yuxarı uşaqlara gündə 2-3 dəfə burunudlağın selikli qişasına «İnqalipt», «Kameton» aerosolları təyin olunur.

Yaş öskürək zamanı: biyan kökü, ipekakuana cövhəri, gülxətmi, andız, bağayarpağı dəmləməsi, həmçinin amb-raksol, bronxolitin, bromheksin siropu təyin edilir. Obstruktiv bronxit zamanı antihistamin preparatları, salbutamol, alupent, berodual təyin edilir.

BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma xroniki xəstəlik olub, dövri olaraq meydana çıxan ekspirator tənqəfəslik tutmaları ilə xarakterizə olunur. Buna səbəb isə bronxların mənəfəzinin daralması nəticəsində keçiriciliyin pozulmasıdır. Məktəbəqədər yaş dövründə çox rast gəlinir.

Etiologiyası. Bronxial astma allergik xəstəlikdir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində irsiyyətin və orqanizmin reaktivlik qabiliyyətinin də rolu var. Xəstəliyin meydana çıxmasında infeksiyon xəstəliklər, məişət şəraitinin pis olması, əmizdirmə və qidalanma rejiminin pozulması, sinir-psixi zədələnmələr də rol oynaya bilər.

Orqanizmin sensibilizasiyası və patogen allergik reaksiyalar müxtəlif allergenlərin təsiri nəticəsində olur. Bunlar mənzil, toz, heyvan tükü, ağac çiçəklərinin tozu, qida maddələri (ət, balıq, süd və s.), ot və güllərin tozcuğu ola bilər. Ən çox infeksiyon mənşəli allergenlər (bakteriyalar, viruslar, göbələklər) təhlükəlidir.

İnkişaf mexanizmi. Allergik reaksiyalar zamanı orqanizmə daxil olan allergenlərə qarşı antitellər əmələ gəlir, həmçinin bioloji aktiv maddələrin – histamin, asetilxolin, serotoninin ifrazı artır. Bunlar isə öz növbəsində bronx və bronxialların sayə əzələlərinin daralmasına, selikli qişanın ödeminə, vəzilərin hipersekresiyasına səbəb olur. Nəticədə hava mübadiləsi pozulur ki, bu da kliniki olaraq bronxial astma tutmasına səbəb olur. Erkən yaşlı uşaqlarda bronxların əzələləri kifayət qədər inkişaf etmədiyi üçün onların yığılması az nəzərə çarpır, hipersekresiya, selikli qişanın ödemi üstünlük təşkil edir.

Təsnifatı. Bronxial astma aşağıdakı formalara bölünür:

1. Etiologiyasına görə: infeksiyon, infeksiyon-allergik

2. **Gedişinə görə: tipik (adi), atipik (qeyri-adi)**
3. **Ağırlığına görə: yüngül, orta, ağır**
4. **Dövrünə görə: tutmaönü, tutma, tutmadan sonraki dövr**

Klinikası. Bronxial astma tutması yuxarı tənəffüs yollarının katarı kimi başlayır: asqırma, tutmaşəkili davamlı öskürək meydana çıxır. Tutmadan qabaq uşaqda narahatlıq, başağrısı olur. Tutmalar adətən gecələr başlayır. Tənəffüs çətinləşir, qorxu hissi əmələ gəlir, ekspirator tənəffüs artır (nəfəsvermə çətinləşir), sianoz meydana çıxır, tənəffüs küylü olub, uzaq məsafədən eşidilir. Uşaq yataqda məcburi vəziyyət (əli ilə dayaq verərək yarımoturaq vəziyyət) alır.

Bronxial keçiriciliyin pozğunluğu nəticəsində ağciyərin emfizeması ortaya çıxır. Döş qəfəsi genişlənir, çəlləkvari forma alır. Perkussiya zamanı ağciyərlər üzərində “qutu səsi” eşidilir, ağciyərin kökündə səs qısalır. Auskultasiyada zəifləmiş tənəffüs fonunda çoxlu sayda fitvari və vızıldayıcı xırıltılar eşidilir. Erkən yaşda müxtəlif ölçülü yaş xırıltılar, ürək-damar sistemi tərəfindən taxikardiya, tonların karlaşması qeyd olunur. Təkrar olunan tutmalar zamanı uşaqların bir çoxunda epileptik tutmalar, ətrafların əsməsi, beyinin hipoksiyası əlamətləri üzə çıxıb bilər.

Tutmalar bir neçə dəqiqədən bir neçə saata və ya günə qədər çəkir. Tutma bitdikdən sonra tənəffüs, öskürək tədricən keçir. Bir çox uşaqlarda qatı, suvaşqan selikli bəlgəm ifraz olunur.

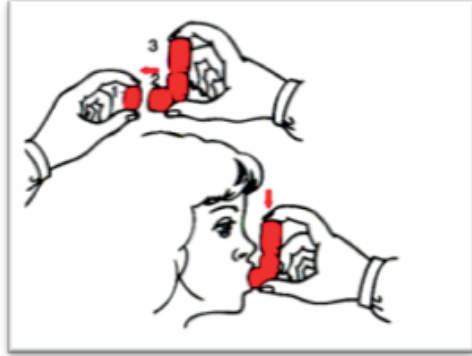
Bəzən xəstəliyin ağır gedişinə rast gəlinir, nəticədə astmatik vəziyyət inkişaf edir. Bu zaman əmələ gələn ağciyər-ürək çatışmazlığı bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər çəkə bilər. Dövri olaraq gün ərzində xəstənin vəziyyəti pisləşir, öskürək güclənir, tənəffüs birdən çətinləşir, boğulma əmələ gəlir. Xəstənin üzü göyərir, hətta ölüm baş

verə bilər.

Bronxial astma tutmaları yüngül hallarda ildə bir neçə dəfə, ağır hallarda isə ayda bir neçə dəfə təkrar olunur. Ağır formalarda bronxial astma tutmasından sonrakı dövrdə də kliniki əlamətlər keçmir. Təngnəfəslik fiziki hərəkətlər zamanı müşahidə olunur, auskultasiyada ağciyərlərdə quru xırıltılar eşidilir. Ürək tonları karlaşır, funksional xarakterli sistolik küy eşidilir. Ağır formalı bronxial astma zamanı uşaq fiziki inkişafdan geri qalır, döş qəfəsi formasını dəyişir, çəllək, toyuq döşü formasını alır, asteniya əlamətləri (əzginlik, əsəbilik) müşahidə olunur.

Diagnozistikası. Diaqnoz kliniki əlamətlərə, laborator və instrumental müayinənin nəticəsinə əsasən qoyulur. Qanda eozinofiliya, zəif leykositoz müəyyən edilir. Biokimyəvi müayinədə qanda Jg E səviyyəsi artır. Spesifik allergeni müəyyən etmək üçün dəri-allergik sınaqları qoyulur (şəkil13, səh.523).

Müalicəsi. Təcili yardım preparatları (ventolin, salbutamol, asistan, pulmikort) tez təsirli bronxogenəldici təsire malik olduğundan inhalyasiya şəklində (nebulayzer aparatı (şəkil11, səh.523) və ya inhalyator vasitəsilə) təyin edilir. Bu preparatlar böyük dozada tənəffüs yollarında toplanaraq tez müalicəvi effekt yaradır və digər orqanlara əlavə təsir göstərmir. Güclü bronxogenəldici effektə malik eufillin (vena daxilinə damcı üsulu ilə, əzələ daxilinə) təyin edilir. Bundan başqa



eufillin tənəffüs mərkəzini oyudaraq tənəffüs və ürək-damar çatmamazlığını aradan qaldırır. Lakin preparatın tətbiqi zamanı əlavə təsirlər (intoksikasiya, qusma, qaytarma, taxikardiya, hipotoniya, aritmiya, qıcolmalar) mümkündür. Bunun qarşısını almaq üçün müntəzəm olaraq qanda eufillinin konsentrasiyası təyin edilməlidir. Ağır halda prednizalon təyin edilir. Asidoz zamanı damcı üsulu ilə Na- hidrokarbonat yeridilir. Arterial hipoksemiya zamanı nəmlənmiş oksigen verilir. Dekompensasiya olunmamış ağciyər ürəyi zamanı ürək qlükozidləri (korqlükon, strofantin) işlədilir. Bəlğəmin təmizlənməsi və bronxların keçiriciliyinin bərpa edilməsi üçün fermentlərdən (ASS, ximotripsin aerosol şəklində) istifadə olunur.

Bronxial astma bakterial mənşəli olduqda antibiotiklər təyin olunur. Allergik reaksiyası nəzərə alınaraq erkən vaxtda desensibilizəedicilər (kalsium xlorid məhlulu), histamik əleyhinə dərmanlar (ketatifen, dimedrol, diazolin) təyin olunur. Boğulma tutmaları olmayan vaxtda elə tədbirlər görmək lazımdır ki, tutmaların qarşısı müəyyən qədər alınsın. Bunun üçün allergeni dəqiqləşdirmək, müalicəvi idman hərəkətləri, döş qəfəsinin masajı, ağız-burun boşluğunun infeksiya ocaqlarının müalicəsi aparılmalıdır. Bronxial astma tutmasının müalicəsində histoglobulin və histamiddən istifadə olunur.

Yüngül formalı tutmalarda təmiz hava, əl-ayaq vannaları xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırma bilər. Xəstə üçün sakitlik yaratmaq lazımdır, çünki bərkdən danışmaq, qışqırıq tutmanı pisləşdirir. Uşağın fikrini müxtəlif oyunlarla yayındırmaq lazımdır. Oyanmanı ilk dövrdə valerian, bromla aradan qaldırmaq olar.

Qulluq. Tibb bacısı valideyni və uşağı (yaşı imkan verirsə) risk faktorları, tutmadan qabaqkı kliniki əlamətlər barədə

məlumatlandırılmalı, tutma zamanı təxirəsalınmaz tədbirlərin aparılmasını öyrətməlidir. Pasiyentə və onun yaxınlarına mənəvi kömək etməlidir.

Uşağa və valideynə pikfloumetriyanın göstəricilərini qeyd etməyi öyrətmək lazımdır. Pikfloumetriya- sürətli nəfəsvermənin maksimal sürətinin təyin edilməsidir. Göstəricilərin daima qeyd olunması tutmadanqabaqkı xəbərdaredici dövrü, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini müəyyən etməyə və müvafiq müalicə təyin etməyə imkan verir. Bu zaman pasiyent düz dayanır və pikfloumetri elə tutur ki, göstəriciyə mane olmasın. Dərindən nəfəs aldıqdan sonra sürətlə nəfəs verir. Ölçmə 3 dəfə aparılır, maksimal göstərici qeyd edilir.

Valideynlərə başa salmaq lazımdır ki, müsbət nəticələr əldə etmək üçün dərmanlar vaxtında qəbul edilməlidir və onların kombinasiyasından düzgün istifadə edilməlidir. Tibb bacısı müalicənin effektivliyini sistematik qiymətləndirməli, əlavə təsirlər haqda həkimə məlumat verməlidir. Valideynlərə məsləhət görməlidir ki, inhalyasiya üçün müasir cihaz-nebulayzerlər əldə etsinlər. Bu dozalaşdırılmış aerozolların qəbulunu asanlaşdırır.

Valideynləri hipoallergen dietanın əsas prinsipləri ilə tanış etmək lazımdır. Belə ki, qida kaloriliyinə görə uşağın yaş tələbatına uyğun olub, desensibilizəedici təsir göstərməlidir. Rasiyondan əsas qida allergenləri (şokolad, kakao, sitrus meyvələri, nar, bal, balıq, kürü, qoz, göbələk) çıxarılmalı, süd və yumurta məhdudlaşdırılmalıdır. Dietadan ekstraktiv maddələr, ədviyyat, duzlu yeməklər, qida əlavələri çıxarılmalıdır.

Yaşayış yerində hipoallergen şərait yaradılmalıdır. Bunun üçün xalçalar, tük yastıqlar yığışdırılır, ev heyvanları otağa buraxılmır, havanı nəmləndirmək üçün aerouonizatorlardan istifadə olunur, gündə 2 dəfə otaq nəm əsgisi ilə silinir.

Valideynlərə ev şəraitində müntəzəm olaraq müalicəvi bədən tərbiyəsi və tənəffüs gimnastikası ilə məşğul olmağın vacibliyini başa salmaq lazımdır. Valideynlərə uşağın vəziyyətinə düzgün qiymət verməyi, tutma zamanı inhalyasiya preparatlarından düzgün istifadə etməyi öyrətmək lazımdır.

Müntəzəm olaraq dispanser müşahidənin, həmçinin pediatri, allerqoloq, immunoloq və digər ixtisas həkimləri tərəfindən müayinənin əhəmiyyətini valideynlərə izah etmək lazımdır.

PNEVMONIYA

Pnevmoniya ağciyər toxumasının iltihabı olub, birincili və ya başqa xəstəliyin ağırlaşması kimi ikincili olaraq baş verir. Pnevmoniya polietoloji xəstəlikdir. Əsas rolu pnevmokokklar, yaşılmıtlı və hemolitik streptokokklar, eləcə də qram-mənfi flora: klebsiella, göy-yaşıl irin çöpləri, Pfyffer çöpləri oynayır. 1 yaşa qədər uşaqlarda pnevmoniya daha çox stafilakokk etiologiyalı olur və ya KRVİ fonunda başlayır.

İnkişaf mexanizmi. Pnevmoniyanın meydana çıxmasında bronx keçiriciliyinin pozulması və ağciyərlərin müdafiə mexanizminin zəifləməsi əsas rol oynayır. Nəticədə törədici (mikrob və ya virus) terminal bronxiol və alveollara çatır, ağciyər parenximasına daxil olaraq iltihabi proses törədir. Ağciyərlərin ventilyasiyasının zəifləməsi qanın qaz tərkibini dəyişir, hipoksiya və hipoksemiyaya səbəb olur. Bu isə öz növbəsində asidoza, mərkəzi sinir sistemi, ürək-damar sistemi və digər sistemlərin pozğunluqlarına səbəb olur.

Klinikası. Pnevmoniyanın əsas diaqnostik kriteriyaları bunlardır:

1. Davamlı febril və ya daha yüksək temperatur
2. İntoksikasiya (toksikoz)

3. Tənəffüs çatmamazlığı əlamətləri (təngnəfəslik, dəri örtüklərinin sianozu, tənəffüsdə köməkçi əzələlərin iştirakı)

4. Ağciyərlərdə davamlı lokal dəyişikliklər

5. Rentgenoqrafiyada ocaqlı, seqmentar və ya lobar infiltrativ kölgələr

6. Periferik qanda iltihabi prosesi göstərən dəyişikliklər (leykositoz, neytrofilyoz, EÇS-nin artması)

7. Adekvat müalicənin müsbət nəticəsi

Təsnifatı. Kəskin pnevmoniyanın təsnifatı aşağıdakı kimidir:

Forması	Gedişi	Ağırlıq dərəcələri
1. Ocaqlı bronxopnevmoniya	1. Kəskin	1. Ağırlaşmayan
2. Seqmentar	2. Uzun sürən	2. Ağırlaşan: obstruktiv sindrom, toksik təzahürlər, kardiorespirator sindrom, irinli ağciyər-plevral ağırlaşmalar və s.
3. Krupoz	3. Xroniki	
4. İnterstisial		

Ocaqlı bronxopnevmoniya

Pnevmoniyanın uşaqlarda ən çox təsadüf olunan forması bronxopnevmoniyadır. İltihabi proses respirator bronxiolları və onların ətrafındakı ağciyər toxumasını əhatə edir. Kiçik iltihab ocaqları birləşə bilər. Bu zaman xəstəlik daha ağır gedişli olur.

Etiologiyası. Xəstəliyin səbəbi viruslar və bakteriyalar ola bilər. Ocaqlı bronxopnevmoniyaya erkən yaşlı uşaqlarda tez-tez, məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqlarda isə az təsadüf edilir.

Klinikası. Xəstəliyin başlanğıcı virus infeksiyası kimi keçir, xəstəliyin II-IV günlərdə isə pnevmoniya əlamətləri nəzərə çarpır. Xəstəlik ümumi simptomlarla başlayır. 38°C və daha yüksək hərarət 3 gündən çox davam edir, intoksikasiya əlamətləri, oyanıqlıq, ümumi narahatlıq, iştahanın pozulması, qusma, yuxunun pozulması, dəri örtüklərinin solğunluğu, peroral sianoz, ağır hallarda dəridə “mərmərlilik” müşahidə olunur. Öskürək və tənənfəslik meydana çıxır.

Pnevmoniyaya xas olan lokal simptomatika ağciyərin perkussiya və auskultasiyası zamanı aşkar olunur. Ağciyərin zədələnmiş nahiyəsində perkutor səsin kütləşməsi və kiçik qabarcıqlı yaşı xırıltılar eşidilir.

Ağırlaşmalar olmadıqda pnevmoniya zamanı hərarət 2-3 gün çəkir. Ağırlaşmış pnevmoniya kataral əlamətlərlə başlayır, sonra hər hansı bir orqan və ya sistem tərəfindən ağırlaşa bilər. Kəskin pnevmoniyanın ağırlaşmalarını ən çox toksikoz təşkil edir. Bu zaman temperaturun səviyyəsinə uyğun gəlməyən taxikardiya, anoreksiya, adinamiya, ümumi solğunluq müşahidə olunur.

Seqmentar pnevmoniya

Seqmentar pnevmoniya zamanı proses bir və ya bir neçə seqmenti əhatə edir.

Etiologiyası. Viruslar (qrip, paraqrip, adenoviruslar) və mikoplazma seqmentar pnevmoniyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Klinikası. Xəstəlik kəskin başlanır. Temperatur 38-39° C-yə qədər yüksəlir, nadir hallarda subfebril olur. Uşaqlarda yuxunun pozulması, başağrıları, narahatlıq, bəzilərdə tormozlanma, hiperesteziya, ağır hallarda meningial əlamətlər olur. Xəstələrdə kataral əlamətlər, öskürək, tənənfəslik, bəzən konyuktivit müşahidə edilir. Perkussiyada iltihab na-

hiyəsində perkutor səsin qısalması, auskultasiyada tənəffüsün zəifləməsi, quru və xırda qabarcıqlı yaş xırıltılar aşkar olunur. Ürək tonları karlaşır, nəbzın tezliyi 1 dəqiqədə 120-140 vurğuya, bəzi hallarda isə 160-a çatır. Xəstəliyin 3-4-cü gününü hərərət subfebril olur və ya normaya qədər enir, uşağın ümumi vəziyyəti yaxşılaşır, lakin kataral əlamətlər 7-10 gün davam edir.

Döş qəfəsinin rentgenoqrammasında bir və ya bir neçə seqment nahiyəsində kəskin hüdudlu homogen infiltrasiya aşkar edilir, lakin 3-5 gündən sonra rentgendə yalnız ağciyər şəkli güclənə bilər. İnfiltratın belə sürətlə geriye sorulması adətən virus etiologiyalı seqmentar pnevmoniyaya xasdır.

Krupoz pnevmoniya

Krupoz pnevmoniya ən çox məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqlarda təsadüf edilir. İltihabi proses ağciyərin payını və ya payla birlikdə plevranı da əhatə edir

Etiologiyası. Xəstəliyin əmələ gəlməsində I və II tip pnevmakokklar rol oynayır. Yoluxma əsasən bronxogen yolladır. Soyuqlama zəminyaradıcı amil ola bilər. Krupoz pnevmoniya əksər hallarda ağciyərin bütün payını deyil, yalnız bir neçə seqmentini əhatə edir. Ən çox sağ ağciyərin yuxarı və ya aşağı payı zədələnir.

Klinikası. Xəstəliyin başlanğıcı kəskin olub, titrətmə, döş qəfəsində ağrı, başağrıları, ümumi zəiflik, hərərətin 39-40° C-yə qədər yüksəlməsi ilə başlayır. Bəzi xəstələrdə ilk simptomlar kimi qusma, qarında köp, ishal, göbək ətrafında və ya sağ qalça nahiyəsində ağrı olur. Bu da kəskin appendisit, qastrit və ya peritonitə şübhə yaradır. Ümumi solğunluq fonunda xəstənin dodaq və burnu ətrafında her-

petik, yanağın qızarması müşahidə edilə bilər. Hərərət 40° C və daha çox olduqda sayıqlama, qorxu hissi, bəzən huşun pozulması baş verir.

Temperatura uyğun taxikardiya və tənəffəslik, döş qəfəsinin bir tərəfinin tənəffüsdə zəif iştirak etməsi krupoz pnevmoniya üçün səciyyəvidir. Xəstəliyin 2-3-cü günündə zədələnmiş ağciyər üzərində səs titrəməsi zəifləyir, dərin nəfəsalmada döş qəfəsində ağrı baş verir. Öskürək qısa, ağrılı olur, az miqdarda qatı, şəffaf bəlgəm ifraz edilir. Sonralar öskürək yaş, xırıltılı olur, ağrılar azalır, bəlgəm qırmızıya çalır, hərərət yüksək olaraq qalır, ağız ətrafında sianoz əmələ gəlir. Uşaq ağrıyan böyrü üstə uzanır.

Düzgün müalicə aparıldıqda xəstəliyin gedişi xoşxassəli olur. Xəstəliyin 4-5-ci günündə temperatur normallaşır, xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır. Proses adətən 2-3 həftə ərzində sağalma ilə nəticələnir.

İnterstisial pnevmoniya

Uşaqlarda pnevmoniyanın 1-2%-ni təşkil edir. Birləşdirici toxumanın zədələnməsi ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası. Virus, göbələk, mikoplazma və xüsusən pnevmosist infeksiyası nəticəsində baş verir. Ən çox yarımçıq doğulmuş uşaqlarda rast gəlinir. Böyük uşaqlarda isə distrofiya, anemiya fonunda meydana çıxır. İltihabi proses ağciyərin birləşdirici və alveolyar toxumasında gedir.

Klinikası. Yüksək hərərət, toksikoz, tənəffüs çatışmazlığı müşahidə edilir. Sonradan tez-tez əzabverici quru öskürək, zədələnmiş sahələr üzərində tək-tək quru və yaş xırıltılar eşidilir. Məktəbyaşlı uşaqlarda bu pnevmoniya sub-

febril hərarət, adinamiya, anoreksiya və kataral əlamətlərlə keçən kəskin respirator virus infeksiyasını xatırladır.

Stafilokokk pnevmoniyası

Stafilokokk pnevmoniyası əsasən bir yaşa qədər uşaqlarda rast gəlinir.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi qızılı stafilokokkların “hospital” ştamlarıdır.

Klinikası.Stafilokokk pnevmoniyası bronxogen infeksiyalaşmada kəskin, septik prosesdə isə tədricən başlayır. Hərərət 40-41°C-yə qədər yüksəlir, solğunluq, tənənfəslik, damar çatışmazlığı əlamətləri, peroral sianoz, ürək tonlarının qarlaşması müəyyən olunur. Oyanıqlıq, yeməkdən imtina, qusma, anoreksiya toksikozun əsas əlamətləri kimi özünü büruzə verir. Xəstəlik tez progressivləşir və əksər hallarda ağırlaşır.

Pnevmoniyanın ağırlaşmaları. Uşaqlarda pnevmoniyalar zamanı aşağıdakı ağırlaşmalar rast gəlinə bilər:

1.Toksikoz.Bu, uşaq orqanizminin infeksiyaya verdiyi cavab reaksiyasıdır. Toksikoz zamanı müxtəlif dərəcəli ürək-damar pozğunluqları: taxikardiya, hipertoniya, temperaturun yüksəlməsi, oliquriya müşahidə olunur, hematokrit artır. Ağır hallarda bradikardiya, hipotoniya, anuriya, temperaturun 40°C-dən çox olması və ya əksinə, hipotermiya meydana çıxır, hematokrit azalır.

2. İnfeksiya-toksiki şok. Bakteriyaların ifraz etdiyi ekzotoksinlər və parçalanması nəticəsində əmələ gələn endotoksinlər təsirindən damardaxili laxtalanma sindromu (DLS) inkişaf edir. Nəticədə bütün üzvlərdə mikrosirkulyasiya poz-

ğunluqları meydana çıxır.

3. Respirator distress sindromu. Bu sindrom ağciyərlərin sistem iltihabi cavab reaksiyası olub, dərin tənəffüs pozğunluqları ilə özünü göstərir.

4. Kardiorespirator sindrom. Bu sindrom ürək qandamar pozğunluqları şəklində inkişaf edir.

5. İrinli ağırlaşmalar. Bu zamanı bullalar, ağciyər absesi, irinli pnevmoniya, pnevmonotoraks meydana çıxıb bilər.

Kəskin pnevmoniyanın diaqnostikası. Pnevmoniyanın diaqnostikasında döş qəfəsinin rentgenorafiyası “qızıl standart” hesab olunur. Rentgenoqrafiya zamanı iltihab nahiyəsində kölgəlik müəyyən edilir. Şüa ilə yüklənmənin səviyyəsini azaltmaq məqsədilə uşaqlarda USM tətbiq oluna bilər. Şübhəli hallarda diferensial diaqnostika məqsədilə KT göstərişdir. Periferik qanın müayinəsində neytrofil leykositoz, sola meyillilik, EÇS-nin sürətlənməsi müəyyən olunur.

Kəskin pnevmoniyanın müalicəsi. Pnevmoniyanın müalicəsi antibakterial terapiyanın təyinindən və müalicə aparılan yerin (ambulatoriya və ya stasionar) müəyyənləşdirilməsindən başlanmalıdır. Kəskin pnevmoniya zamanı toksikoz, tənəffüs və ya ürək-damar çatışmazlığı, ağır premorbid fon (II-III dərəcəli raxit, anemiya, hipotrofiya və s.) olmadıqda xəstəni evdə müalicə etmək olar. Xəstəliyin ağır formaları və risk faktorlarının mövcudluğu xəstəxanaya göndəriş üçün göstərişdir. Xəstəliyin ağırlığını müəyyən edən amillər bunlardır: 6 aydan kiçik uşaqlar, krupoz və fəsadlaşmış pnevmoniyalar, hipoksiya, tənəffüs, qidalanmadan imtina, dehidratasiya əlamətləri, ambulator müalicənin başlanğıcından 36-48 saat sonra müsbət dinamikanın olmaması, plevral mayenin mövcudluğu.

Pnevmoniyanın kəskin dövründə uşağa yataq rejimi,

temperatur normallaşdıqdan sonra 2-3 gün ərzində otaq rejimi təyin edilir. 3-4 gündən sonra isə 20-30 dəqiqəlik gəzintiyə icazə verilir.

Müalicədə əsas yeri antibakterial terapiya təşkil edir. Antibiotikləri fərdi seçmək lazımdır. Bu məqsədlə uşağın bəlgəmi müayinəyə göndərilir və antibitokə qarşı həssaslığı yoxlanılır. Geniş spektrli antibiotiklərdən istifadə olunur (sefalosporin qrupu, makrolid qrupu: sumamed, ampisid, triakson və s.). Ağırlaşmasız pnevmoniyada antibakterial terapiya 10-12 gün, irinli septiki ağırlaşma olduqda isə 1-1,5 aya qədər davam edir.

Simptomatik müalicə aparılır. Ürək qlükozidləri (0,05%-li strofantin və ya 0,06%-li korqlükon), sidıqovucular (laziks), kortikosteroidlər (prednizalon), destruksiya və ya damardaxili laxtalanma sindromu qorxusu olduqda antiproteazlar (kontrikal), heparin, hipertermiya olduqda daxilə parasetamol, ibuprofen, nurafen təyin edilir. Ağrılı öskürək zamanı natrium hidrokarbonat, ASS, yaş öskürək zamanı mukaltin, bromheksin və ambraksol verilir. Antihistamin preparatları (loratadin, alset, klaritin, suprastin, tavegil və s.) təyin edilir.

Xroniki pnevmoniya

Xroniki pnevmoniya-ağciyərlərin xroniki, qeyri-spesifik iltihabi prosesidir. Xəstəlik zamanı bronxların deformasiyası və ağciyərlərin bir neçə segmentində pnevmoskleroz meydana çıxır. Bu, bir yaşa qədər uşaqlarda keçirilmiş kəskin pnevmonik prosesin tam sorulmaması nəticəsində baş verir. Xroniki pnevmoniyanın inkişafında orqanizmin immunoloji reaktivliyinin azalması, irsi meyillilik də mühüm əhəmiyyətə malikdir.

yət kəsb edir.

Klinikası. Xəstəliyin kliniki şəkli xəstəliyin dövründən və zədələnmiş hissənin lokalizasiyasından asılıdır. Əsas əlamət öskürəkdir. Kəskinləşmə dövrünün başlanğıcında öskürək quru, sonra yaş olur. Xroniki pnevmoniya uzun müddət davam etdikdə barmaqlar “təbil çubuqlarına”, dirnaqlar “saat şüşəsinə” bənzər olur. Ağır gedişli və tez-tez kəskinləşmə verən xroniki pnevmoniyada ürək-damar sisteminə dəyişikliklər: taxikardiya, ürək tonlarının karlaşması, sistolik küy eşidilməsi müəyyən edilir. Bu simptomlar ikincili olaraq intoksikasiya, hipoksiya, metobolik pozğunluqlar nəticəsində meydana çıxır.

Müalicəsi. Xroniki pnevmoniyanın müalicəsi uzunmüddətlidir. Antibakterial preparatlar, sorucu, ümummöhkəmləndirici terapiya, fizioterapevtik prosedurlar, tənəffüs gimnastikası, hava vannaları və s. təyin edilir.

PLEVRİT

Plevrit plevra qişasının iltihabi xəstəliyidir. Xəstəliyin 2 forması var: fibrinoz (quru) və ekssudativ.

Etiologiyası. Çox hallarda plevrit plevranın mikrobla zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Törədicisi hemotogen və fibrinogen yolla ağciyər və başqa orqanlardan plevra boşluğuna keçir.

Ekssudatın xarakterindən asılı olaraq seroz və irinli plevritlər olur. Plevritlərə bütün yaş dövründə rast gəlinə bilər. Erkən yaşda irinli plevritlər üstünlük təşkil edir. 6-7 yaşda isə seroz plevritlər daha çox olur. Quru plevritlərə böyük yaşlı uşaqlarda daha çox rast gəlinir.

Quru plevrit. Xəstəlik əsasən vərəm mənşəli olur. Vərəm plevriti lokalizasiyasına görə ağciyər, diafraqma, zirvə və payarası ola bilər. Keçirilmiş pnevmoniyanın ağırlaşması kimi də təsadüf edilir.

Klinikası. Uşaqlar çox vaxt böyürlərdə ağrıdan, quru öskürəkdən şikayət edir. Hərərət yüksəlir, bəzən normal olur. Perkutor dəyişiklik olmur, auskultasiyada plevranın sürtünmə küyü eşidilir.

Diaqnostikası. Diaqnoz kliniki əlamətlər əsasında qoyulur.

Müalicəsi. Əsas xəstəliyin müalicəsi tələb olunur. Fizioterapiya, tənəffüs gimnastikası müsbət nəticə verir.

Seroz plevrit. Xəstəlik sərbəst xəstəlik və başqa xəstəliklərin, məsələn, revmatizmin ağırlaşması kimi meydana çıxıb bilər.

Klinikası. Seroz plevrit, adətən, kəskin başlanır. Yüksək temperatur, xəstə tərəfdə ağrı, ağrılı öskürək, başağrısı, tənəffüs, iştahasızlıq, süstlük, üşütmə müşahidə olunur. Temperatur qeyri-vərəm mənşəli seroz plevrit zamanı, adətən, 7-12 gün çəkir. Ekssudat artdıqca ağrı və öskürək azalır, tənəffüs artır, ürəkdöyünmə qeyd edilir.

İrinli plevrit. Çox vaxt müxtəlif formalı pnevmoniyaların, ən çox isə stafilokokk mənşəli pnevmoniyanın ağırlaşması zamanı olur. İrinli plevrit zamanı plevrada destruktiv dəyişikliklər gedir. Plevra boşluğuna irinin yığılması pnevmoniyanın gedişini çətinləşdirir. Bədən hərərəti kəskin yüksəlir, intoksikasiya əlamətləri üzə çıxır. Plevra boşluğuna irinin sürətlə dolması tənəffüs yaradır, peroral sianoz, ağrılı öskürək meydana çıxır. Döş qəfəsinin həcmi xəstə tərəfdə artır, qabırğarası sahələr genəlir. Həmin tərəfdə döş qəfəsinin tənəffüsdə iştirakı dayanır. Xəstə məcburi vəziyyət alır (yarımoturaq). Palpasiya zamanı səs titrəməsinin zəifləmə-

si müəyyən olunur. Perkussiyada proses olan tərəfdə döş qəfəsinin aşağı hissəsində kütlük aşkar edilir, bu kütlük tədricən yuxarıya yayılır. Ekssudatın yuxarı hüdudu qövsvari xətt əmələ gətirir, bunun ən yüksək nöqtəsi arxa qoltuqaltı xəttə müvafiqdir. Onurğa sütunu və döş qəfəsinin ön səthinə doğru kütlük azalır. Auskultasiyada zəif tənəffüs eşidilir və ya tamamilə itir.

Diaqnoz tikası. Diaqnoz qoyulmasında rentgen müayinəsi əsas yer tutur. Mayenin hesabına zədələnmiş sahədə hallogen kölgəlik olur. Plevra boşluğundan möhtəviyyət götürülüb müayinə üçün göndərilir. Qanın müayinəsində leykositoz, neytrofiloz, EÇS-nin sürətlənməsi olur.

Ağırlaşmaları. Ən çox qorxulu vəziyyət pnevmotoraksdır. Bu zaman plevra boşluğuna hava və irin daxil olur. Buna səbəb isə ağciyər parenximasının dağılmasıdır. Bu zaman xəstənin vəziyyəti pisləşir, tutmaşəkilli öskürək olur. Baxış vaxtı uşağın xəstə tərəfinin bir qədər şişkinliyi, tənəffüs aktından geri qalması müşahidə olunur. Rentgen müayinəsində daxil olmuş hava şəffaflaşmış ağciyər şəklində aşkar olunur.

Müalicəsi. Antibakterial müalicə təyin edilir. Lazım gələdikdə plevranın punksiyası aparılır. Plevranın empieması zamanı plevrada olan irini sormağ üçün təkrar plevral punksiya həyata keçirilir. Destruktiv dəyişikliklər zamanı radikal əməliyyat – torakotomiya: plevral boşluğun döş tərəfdən açılması, ağciyərin zədələnmiş hissəsinin kəsilməsi, plevra boşluğunun müalicə məqsədilə drenaj edilməsi məsləhətdir. Antibiotiklər, vitaminlər, sidikqovucular və s. təyin edilir.

Tənəffüs sistemi xəstəlikləri olan uşaqlara qulluq

Valideynə və uşağa (əgər yaş imkan verirsə) xəstəliyin səbəbləri, kliniki əlamətləri, müalicə prinsipləri və ağırlaşmaları haqqında məlumat vermək lazımdır. Tibb bacısı xəstəliyin ağır gedişi zamanı ixtisaslı tibbi yardım göstərməsi məqsədilə uşağın xəstəxanaya aparılmasının vacibliyini valideynlərə başa salmalı, hospitalizasiya zamanı anaya kömək etməlidir.

Tənəffüs sistemi xəstəlikləri olan uşaqlara həm stasionarda, həm də ev şəraitində qulluğun təşkili zamanı qulluq qaydalarına, optimal gündəlik rejimə və tam qida qəbuluna riayət edilməlidir.

Uşaqlar işıqlı, yaxşı havalanan otaqlarda olmalıdır. Yenidölğülmuş və körpə uşaqlar ayrıca bokslara və 1-2 çarpayılıq yarımbokslara köçürülür. Bu, xəstə uşağın təcridi, uşaq və böyüklərlə təmasının məhdudlaşdırılması məqsədi daşıyır. Xəstə uşaq olan otaqda əlverişli mikroiqlim yaradılmalıdır. Xəstənin otağında havanın hərərəti 20° C olmalıdır, kəskin temperatur dəyişikliyi olmamalı və yel çəkməməlidir. Qış aylarında otağın sutka ərzində 6 dəfəyə qədər, yay aylarında isə daha çox havası dəyişdirilir. Yuxu vaxtı havanın temperaturunu 2-3°C aşağı salmaq olar. Nəm təmizlik işləri gündə 2-3 dəfə aparılır. Nəfəsalmının yüngülləşdirilməsi məqsədilə çarpayının baş tərəfini qaldırır və ya kürəyin altına yastıq (bükülmüş adyal) qoyurlar. Körpə uşaqları tez-tez qucağa götürür, çarpayıda vəziyyətini dəyişdirirlər. Uşağın geyimi isti, rahat, təbii parçalardan olmalı və nəfəsalmı çətinləşdirməməlidir. Xəstəyə hərtərəfli gigiyenik qulluq edirlər. Geyim və yataq dəsti, burun dəsmallarını dəyişdirir, gündəlik olaraq dərinə, xüsusən selikli hissələri yaxşı yuyurlar.

Yataq rejimini bütün qızdırma dövründə təyin edirlər. Uşağa bir qədər dik vəziyyət verilir, südəmər uşağı tez-tez qucağa götürürlər. Uşağın yataqda vəziyyətini tez-tez dəyişdirmək lazımdır ki, ağciyərlərin aşağı paylarında durğunluq yaranmasın. İntoksikasiya simptomlarının azalması və əhvalın yaxşılaşması zamanı rejim bir qədər genişləndirilir. Təmiz havada gəzintiyə, uşağın vəziyyəti yaxşılaşdıqda, yəni bədən hərəkətinin endiyi, əhvalın normallaşdığı təqdirdə icazə verilir. Gəzintilər quru və küləksiz havada, temperatur 10°C -dən aşağı olmamaq şərtilə, gündəlik 20-30 dəqiqədən başlayaraq 2-3 saata qədər tədricən artırılmaqla həyata keçirilir. Xəstənin geyimi havaya uyğun olmalıdır.

Xəstəlik zamanı uşağın qidalanması, xüsusilə ilk günlərdə, onun istəyinə uyğun olmalıdır. Süd məhsulları, müxtəlif pürelər, omlet, mors, kisel vermək məsləhətdir. Bir yaşına qədər uşaqların qidalanmasını əvvəlki qaydada saxlamaq və rasiona yeni məhsullar salmamaq lazımdır. Xəstəlik zamanı uşağı döşdən ayırmaq olmaz.

Xəstəlik zamanı maye qəbulu rejimi kəskin şəkildə dəyişir, çünki yüksək hərəkət və tənqəfəslik zamanı uşaqlar çoxlu miqdarda maye itirir, mayeyə tələbat 1,5 dəfə artır. Adətən yeməkdən 15 dəqiqə qabaq sutkada 4-6 dəfə limonlu, böyürtkən mürəbbəli çay, böyürtkən, cökə, çobanyastığı, itburnu dəmləməsi, müxtəlif şirələr təyin edirlər. Bu məqsədlə oral rehidratasiya preparatlarından (oralit, rehidron və s.) istifadə etmək olar. Udma refleksi olmadıqda, mayeni nazogastral zond vasitəsilə yeridirlər. Xəstə tərəfindən yetərli miqdarda maye qəbulu nəinki orqanizmdə maye balansını qoruyub saxlayır, həmçininin bəlgəmi daha duru edir və onun daha tez xaric olmasına şərait yaradır.

Tənəffüs sistemi orqanları xəstəlikləri olan uşaqlara qul-

luq edilməsində həkim təyinatlarının ciddi icra edilməsi, o cümlədən təcili yardım da daxil olmaqla yardımın göstərilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Zökəm zamanı burun yolları gündə 3 dəfədən az olmayaraq təmizlənir. Körpə uşaqları qidalandırmadan əvvəl burnunu fizioloji məhlula batırılmış pambıqla təmizləyir, sonra həkimin təyin etdiyi vasitəni damcılıyırlar. Burundan qatı ifrazat gəldikdə böyük uşaqların burnuna (hər dəliyinə 2 - 3 damcı) fizioloji məhlul damızdırmaq məsləhət görülür. Burnun orta və aşağı yollarının yuyulması üçün məhlul uşaq uzanan və başı arxaya vəziyyətdə damızdırılır. Allergik komponent olduğu təqdirdə, kombinə edilmiş preparatlar, məsələn, rinopront məsləhət görülür.

Quru və tutmaşəkilli öskürəyi aradan qaldırmaq üçün həkimin təyinatı ilə öskürəyi sakitləşdirən vasitələrdən (sinekod, stoptussin) istifadə edirlər. Yaş öskürək zamanı bronxları təmizləyən bəlgəmçətirici vasitələr: ilıq içkilər (süd, çay, ot dəmləmələri və s.) içizdirilir, öskürəyə qarşı müxtəlif miksturalar, bromheksin, mukaltin və s. verilir. Yaş öskürək, çoxlu miqdarda bəlgəm olduqda asetilsitein (ASS, fluimusil), ot dəmləmələri, mineral sular, fizioloji məhlullarla inhalyasiya yaxşı kömək edir. Astmatik (allergik) öskürək zamanı öskürəyə qarşı vasitələr effekt vermir, antiallergik müalicə təyin edilir.

Bəlgəmdə qan izlərinin olması, ağciyərdən, mədədən, burundan qanaxmaya dəlalət edə bilər. Bəlgəmdə qan qatqısı, o cümlədən al qan aşkar etdikdə, bu barədə həkimə məlumat vermək lazımdır. Çoxlu miqdarda bəlgəm ifrazı zamanı xəstə bəlgəmi burun dəsmalına yox, qapaqlı kiçik bankaya tüpürməlidir. Bəlgəmin orqanizmdən yaxşı çıxarılması üçün bəlgəmçıxarıcı vasitələrin və ya inhalyasi-

yanın qəbulundan sonra postural drenaj və vibrassiyalı masaj tətbiq edilir. Birtərəfli prosesdə, məsələn, sol ağciyərin yuxarı payında baş verən proses zamanı, xəstəni sağlam yan tərəfə uzadırlar, aşağı payda baş verən proses zamanı isə başı aşağı əyməklə, qarnı üstə uzadırlar. Bununla yanaşı vibromasaj yerinə yetirirlər (kürək əzələlərini əllə və ya vibromasajla döyəcləmək). Postural drenajı gündə 2 - 3 dəfə 20 - 30 dəqiqə ərzində keçirirlər.

Bu prosedurlardan sonra uşaqlarda öskürəyi stimullaşdırırlar. Körpələrdə barmaqla və ya şpatellə dilin ucuna yüngülcə basmaqla nail olmaq olar. Bu üsulu asanlıqla valideynlərə də öyrətmək olar.

Təngnəfəslik zamanı xəstəyə ilkin yardım göstərərkən bədən və baş hissəni qaldırmaq lazımdır. Uşağı otuzdurmaq, təmiz hava axını ilə təmin etmək, oksigen vermək, növbətçi həkimi çağırmaq lazımdır.

FƏSİL 10. ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. QAN DÖVRANİ XƏSTƏLİKLƏRİ

UŞAQLARDA ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Ürəyin və iri damarların əsası embrional dövrün 2-3-cü həftəsində qoyulur. Hamiləliyin 4-cü ayından etibarən dölün ürək tonları auskultativ olaraq eşidilir. Uşaq doğulduqdan sonra çift qan dövrənə dayanır, arterial axacaq və oval dəlik bağlanır, kiçik və böyük qan dövrənə ayrı-ayrılıqda fəaliyyət göstərməyə başlayır.

Uşaqlarda başqa orqan və sistemlər kimi ürək və qan damarları da yaşlılardankindən xeyli fərqlənir.

Ürək. Yenidə doğulmuş uşağın ürəyi nisbətən (20-25 qr) böyükdür və bədən çəkisinin 0,8%-ni təşkil edir. Artıq 3 yaşında böyüklərdə olduğu kimi 0,5%-ni təşkil edir. Bütün uşaqlıq dövrü ərzində ürək kütləsi bir bərabərdə böyümür. İlk 2 ildə ürək sürətlə böyüyür, məktəbəqədər yaşda və kiçik məktəb yaşında ürəyin böyüməsi yavaşdır və sonra pubertat dövrünün başlanmasında yenidən xeyli (240 qr) güclənir. Uşaqlarda ürək bütün istiqamətlərdə böyüyür, lakin böyümə bir bərabərdə olmur. Ürəyin döş qəfəsindəki vəziyyəti uşağın yaşından asılıdır. Yenidə doğulmuş və 1-1,5-yaşlarında ürək köndələn yerləşir, 2 yaşdan sonra ürək çəp istiqamətə almağa başlayır. Bu da uşağın şaquli vəziyyətə keçməsi, ağciyər və döş qəfəsinin böyüməsi, diafraqmanın aşağı enməsi ilə əlaqədardır.

Müxtəlif yaşlarda ürəyin kütlük həddləri də müxtəlif olur.

Ürəyin hüdudu	Yaş illərlə		
	0-2	2-7	7-12
Yuxarı	II qabırğa	II qabırğa	III qabırğa
Sol	Məmə xəttindən 1,5-2 sm kənarında	Məmə xətdən 1-1,5 sm xaricdə	Məmə xəttində
Sağ	Sağ parasternal xətt	Parasternal xətdən bir qədər içəri	Döş sümüyünün sağ kənarına yaxın
Ürək zərbəsi	IV qabırğaarası, sol məmə xəttindən 1-2 sm xaricdə	V qabırğaarası, sol məmə xəttindən 1sm xaricdə	V qabırğaarası, məmə xəttindən 1 sm daxilə və ya məmə xətti üzərində

Qan damarları. Uşaqlarda arteriyalar nisbətən gen və venalardan güclü inkişaf etmişdir. Yaş artdıqca damarlar böyüməkdə davam edir və bu inkişaf 12 yaşa doğru başa çatır. 15-16 yaşadək venalar arteriyadan 2 dəfə gen olur. Uşaqlarda böyük damarlardan ağciyər arteriyası 10 yaşına qədər aortadan gen olur, sonra onların mənəfi bərabərləşir, cinsi yetişkənlik dövründə isə aorta ağciyər arteriyasından gen olur. Kapilyar şəbəkəsi yaxşı inkişaf edib və kapilyarların keçiriciliyi böyüklərə nisbətən yüksəkdir.

Uşaqlarda ürək-qan damar sistemi funksional cəhətcə də fərqlənir: nəbz yaşlılardan daha sürətlidir. Yaş artdıqca nəbz tezliyi azalır.

Yaşlar	1 dəqiqədə ürək vurğusu
Yenidoğulmuşlar	125-160
1 yaşa qədər	110-130
2 yaşa qədər	100-120
3 yaşa qədər	100-110
4-5 yaşa qədər	80-100
6-7 yaşa qədər	70-100
8-12 yaşa qədər	75-85
12 yaşdan yuxarı	65-70

Uşaqlarda arterial təzyiq (AT) böyüklərə nisbətən daha aşağıdır. Bu, uşaqlarda damar mənfəzinin daha geniş, arteriyaların divarının elastik və ürəyin qanvurma qabiliyyətinin az olması ilə izah olunur. Uşağın yaşı kiçik olduqca, arterial təzyiq daha aşağı olur. Yenidoğulmuş uşaqda sistolik qan təzyiqi orta hesabla 60-90, diastolik 40-60 mm. c.s. təşkil edir, 1 yaşa doğru 80-85 mm.c.s. bərabər olur. Minimal təzyiq maksimal təzyiqin 2/3 və 1/2-ni təşkil edir.

1 yaşdan sonra maksimal arterial təzyiq V. İ. Molçanovun düsturu ilə təyin edilir:

$$AT = 80 + 2 \times n.$$

Məs: 10 yaşda $AT = 80 + 2 \times 10 = 100$ mm.c.s. olmalıdır.

ANADANGƏLMƏ ÜRƏK QÜSURLARI

Ürək qüsuru funksiya pozğunluğu ilə müşayiət olunan, ürəyin quruluşunun davamlı, patoloji dəyişikliyi (şəkil14, səh.523).

Etiologiyası. Ürəyin və iri damarların anadangəlmə qüsurları hamiləliyin 2-8-ci həftəsində embriogenezin pozulması və ya bətdaxili dövrdə keçirilmiş endokardit nə-

ticəsində meydana çıxır. Anadangəlmə ürək qüsurlarının meydana çıxmasında ananın virus xəstəlikləri (məxmərək, qızılca, epidemik parotit, suçiçəyi, qrip), habelə hamilələrin toksoplazmozu mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Ürək qüsurları ən çox qohum evliliyi zamanı rast gəlinir və çox vaxt xromosom xəstəlikləri, inkişaf anomaliyaları ilə müşayiət olunur. Bu, genetik irsi meyilliliyin olmasını sübut edir. Anadangəlmə inkişaf qüsurlarının meydana çıxmasında radioaktiv şüalanma, valideynlərin yaşı, hamilə qadınlara toksiki və kimyəvi maddələrin təsiri, bəzi dərman maddələrinin (metotreksat, fenobarbital və başqaları) qəbulu mühüm rol oynayır.

Anadangəlmə ürək qüsurları uşaq doğulan kimi və ya doğulduqdan bir müddət sonra xarakter kliniki əlamətlərlə özünü göstərir. Xəstə uşaqda sianoz (daimi və ya keçib gədən), təngnəfəslik, ürək və damarlar üzərində küy meydana çıxır. Ürəyin sərhədləri genişlənir. Respirator infeksiyalara və uzungedişli təkrari pnevmoniyalara meyillilik müşahidə olunur.

Anadangəlmə ürək qüsurlarının gedişində 3 mərhələ ayırd edilir:

I mərhələ (ilkin adaptasiya) zamanı orqanizm hemodinamika pozğunluqlarına adaptasiya olunur.

II mərhələ (nisbi kompensasiya) 2-3 ildən sonra meydana çıxır. Bu zaman uşağın ümumi vəziyyəti, fiziki inkişafı və hərəkəti aktivliyi yaxşılaşır.

III mərhələ (terminal mərhələ) orqanizmin kompensator imkanları tükəndikdə meydana çıxır. Ürək əzələsində distrofik və degenerativ dəyişikliklər əmələ gəlir.

Kiçik və böyük qan dövranında hemodinamikanın vəziyyətindən asılı olaraq anadangəlmə inkişaf qüsurlarının 4 qrupu ayırd edilir.

- I qrup** kiçik qan dövranı dolğunluğu ilə gedən qüsurlar
- II qrup** kiçik qan dövranında qanın azalması ilə gedən qüsurlar
- III qrup** böyük qan dövranında qanın azalması ilə gedən qüsurlar
- IV qrup** hemodinamik pozuntu olmadan gedən qüsurlar

Kiçik qan dövranı dolğunluğu ilə gedən qüsurlar

Bu qüsurlar kiçik və böyük qan dövranı arasında patoloji əlaqə olması nəticəsində qanın ürəyin sağ şöbələrinə və ağciyər arteriyasına ötürülməsi ilə xarakterizə olunur.

Arterial axacağın açıq qalması. Arterial axacaq (Botal axacaq) bətdaxili inkişaf dövründə aorta ilə ağciyər arteriyasını birləşdirir. Beləliklə, kiçik və böyük qan dövranı arasında təzyiq tənzimlənilir. Həyatın ilk günlərində arterial axacaq bağlanır. 3 aydan sonra arterial axacağın açıq qalması anadangəlmə ürək qüsuru kimi qiymətləndirilir. Kiçik diametrlili açıq arterial axacaq hemodinamik pozğunluqlarla müşayiət olunmur. Geniş arterial axacaq zamanı həyatın ilk günlərində uşaqda sianozun meydana çıxmasına səbəb olur. Bu, qanın ağciyər arteriyasından aortaya ötürülməsi nəticəsində əmələ gəlir. Yenidoğulmuşlarda sağ mədəcik sol mədəciyə nisbətən daha yaxşı inkişaf etdiyindən bu, sianozla müşayiət olunur. Sonralar kiçik və böyük qan dövranında təzyiq fərqi əmələ gəldiyindən qan aortadan ağciyər arteriyasına ötürülür və kiçik qan dövranının qanla dolması nəticədə ürəyin sol kameralarının yüklənməsinə səbəb olur. Ağciyər hipertenziyası zamanı sağ mədəcik də yüklənir.

Kliniki olaraq uşaqda tənqəfəslik, tez yorulma, ürək na-

hiyəində ağır meydana çıxır. Maksimal arterial təzyiq normal qaldığı halda minimal təzyiq, xüsusən, ayaq üstə aşağı olur. Palpasiya zamanı döş qəfəsinin titrəməsi, auskultasiyada döş sümüyündən solda ikinci qabırğaarası sahədə sistolik, daha sonra sistolo-diastolik ("maşın") küyü müəyyən edilir.

Qulaqcıqlararası çəpərin qüsuru. Klinik əlamətlər hemodinamik pozulmanın dərəcəsindən asılıdır. Bu zaman qüsurun ölçüsünün böyük əhəmiyyəti vardır. Hemodinamika artıq dərəcədə pozularsa, qan sağ qulaqcıqdan sol qulaqcığa keçir. Ağır hallarda qüsurun ilk əlamətləri südəmə dövrədə özünü büruzə verir, uşaq inkişafdan geri qalır, tez-tez tənəffüs yollarının iltihabi xəstəlikləri, sianoz müşahidə olunur.

Böyük yaşlı uşaqlarda tənəffəslik və sianoz fiziki gərginlik zamanı özünü büruzə verir. Belə uşaqlar tez-tez ürək döyünmədən, əzginlikdən şikayətlənirlər. Onların dərisi avazımış, dodaqları moruq rəngində olur. Ürək donqarı, II-III qabırğaarası sahədə sistolik küy, II tonun güclənməsi və ikiləşməsi qeyd olunur. EKQ-də sağ mədəciyin, bəzən sağ qulaqcığın hipertrofiyası aşkar edilir.

Mədəciklərarası çəpərin qüsuru. Hemodinamikanın pozğunluqlarının dərəcəsi qüsurun ölçüsündən və yerləşməsindən asılıdır. Mədəciklərarası çəpərin qüsuru 2 formada rast gəlinir:

1. Çəpərin membran hissəsində yerləşən böyük qüsür
2. Çəpərin əzələ hissəsində yerləşən kiçik qüsür.

Böyük qüsurlar zamanı uşaqlar fiziki inkişafdan geri qalırlar. Onlarda tənəffəslik olur, tez-tez resedivləşən pnevmoniya müşahidə edilir. Bəzi hallarda uşaqlar birinci iki il ərzində tələf olurlar. Nisbi kompensasiya dövründə belə uşaqlarda ümumi vəziyyət bir qədər yaxşılaşır, tənəffəs-

lik azalır. Lakin onlar yenə də fiziki inkişafdan geri qalırlar. Müəyyən vaxtdan sonra uşağın ümumi vəziyyəti yenidən pisləşir, tənqəfəslik artır, sianoz olur, barmaqlar təbil çubuqlarına oxşayır, polisitemiya qeyd edilir. Beləliklə, belə uşaqlarda Eyzemeyger sindromu və ya Fallo tetradasının klinik şəklinə oxşar klinika yaranır. Sonralar terminal dövrə baş verir.

III-IV qabırğaarası sahədə, döş sümüyünün sol kənarında kobud sistolik küy eşidilir. EKQ sol və sağ mədəciklərin hipertrofiyasını göstərir. Rentgenoloji müayinə zamanı ürək kölgəsinin güclənməsi, ürək donqarının hamarlanması qeyd olunur.

Kiçik qüsurlar zamanı sistola mərhələsində qüsurun ölçüsü kiçildiyindən, hemodinamik pozğunluqlar, demək olar ki, rast gəlinmir.

Kiçik qan dövrəsində qanın azalması ilə gedən qüsurlar

Ağciyər arteriyasının izolə olunmuş stenozu. Bu zaman qan sağ mədəcikdən ağciyər arteriyasına çətinliklə keçir. Sonralar o, hipertrofiyaya uğrayır, sistolik yükü artır, bir qədər sonra diastolik təzyiq yüksəlir.

Daralmanın dərəcəsi az olduqda, xəstəlik simptomuz gedə bilər, çox olduqda isə uşaq tənqəfəslikdən, tezyorulmadan şikayət edir, fiziki inkişafdan geri qalır. Xəstəlik uzun müddət davam edərsə, yanaqlarda, dodaqlarda, yuxarı və aşağı ətraflarda distal falanqlarda sianoz olur. Ürək nahiyəsində donqarlıq müşahidə edilir, II qabırğaarası sahədə kobud sistolik küy eşidilir.

Fallo triadası. Fallo triadası 3 anomaliya ilə xarakte-

rizə olunur: ağciyər arteriyasının stenozu, qulaqcıqlararası çəpərin qüsuru, sağ mədəciyin hipertrofiyası. Hemodinamik pozuntular ağciyər arteriyası dəliyinin daralmasından asılıdır. Yüngül dərəcədə daralma uzun müddət özünü büruzə vermir. Qan qulaqcıqlararası çəpərdən soldan sağa keçir, sianoz olmur. Artıq dərəcədə daralma olduqda uşaqda sianoz və tənqəfəslik olur, bu hətta uşaq anadan olandan özünü büruzə verə bilər. Müəyyən vaxt keçdikdən sonra polisitemiya, barmaq falanqalarının qalınlaşması və “təbil çubuqları”na oxşaması baş verir. Çox hallarda ürək donqarı olur. EKG-də ürəyin sağ hissəsinin hipertrofiyası aşkar edilir.

Fallo tetradası. Fallo tetradası 4 anomaliyadan ibarətdir: ağciyər arteriyasının stenozu, mədəciklərarası çəpərin qüsuru, sağ mədəciyin hipertrofiyası və aortanın dekstrapozisiyası. Sağ mədəciyin hipertrofiyası anadangəlmə qüsurdur, hemodinamik pozulma nəticəsində meydana çıxır. Bu zaman qanın bir hissəsi sağ mədəcikdən ağciyər arteriyasına, digər hissəsi isə mədəciklərarası qüsurdən aortaya keçir. Beləliklə, aortaya həm venoz, həm də arterial qan daxil olur. Kiçik qan dövranına az qan daxil olduğundan, həmçinin müəyyən qədər qan sağ mədəciyə, aortaya keçdiyindən sianoz inkişaf edir. Belə uşaqlarda tənqəfəslik, başgicəllənmə, bayılma olur. Uşağın ümumi vəziyyəti o qədər ağır olur ki, gəzə bilmir, tez bir zamanda ürək donqarı inkişaf edir. Belə uşaqlar fiziki inkişafdan geri qalırlar, barmaqlar təbil çubuqlarına bənzəyir.

Fallo tetradası üçün xarakter əlamətlərdən biri tənqəfəslikdir. Belə tutmalar zamanı uşaq məcburi vəziyyət alır, dizi üstə çökür, yaxud böyrü üstə uzanır, ayaqlarını qarınına yığır. Uşaqlar tənəffüs normallaşana qədər belə qalırlar. Bu cür vəziyyətdə aortada və sağ mədəcikdə təzyiq

yüksəlir, ağciyər arteriyasına lazımı qədər qan keçir, xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır. Tutma bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir. Ağır hallarda uşaq huşunu itirib ölə bilər. Belə uşaqlar azacıq fiziki yükdən sonra ümumi zəiflik, başgicəllənmə hiss edir və yıxılırlar. Digər sianozlu qüsurlar kimi Fallo tetradası zamanı da polisitemiya, hemoqlobinin artması qeyd edilir. Uzun müddət gəzmə, havanın isti olması, tərləmə qanın qatılmasına səbəb olur, nəticədə eritrositlər və hemoqlobin artır. Qanın qatılması beyin qan dövranının pozulmasına səbəb olur. Auskultasiyada II-III qabırğaarası sahədə kobud sistolik küy eşidilir.

Böyük qan dövranında qanın azalması ilə gedən qüsurlar

Aortanın stenozu. Anatomik lokalizasiyasına görə 3 cür olur: qapaqlar səviyyəsində, qapaqların altında, qapaqların üstündə.

Xəstəliyin klinikası stenozun dərəcəsiindən və hemodinamik pozulmadan asılıdır. Sol mədəcik uzun müddət qan dövranının normal hərəkətini təmin edir: aortal dəliyin stenozu zamanı sol mədəcikdə təzyiq artır, onun hipertrofiyası inkişaf edir. Uşaq böyüdükcə stenozun ölçüsü və sol mədəcik böyüyür. Ürək əzələsində ocaqlı və diffuz kardioskleroz inkişaf edir. Belə uşaqlar adətən tezyorulma, tənqəfəslik, ürək nahiyəsində ağrısı, ürəkdöyünmədən şikayətlənirlər. Bunlarla yanaşı başağrı, başgicəllənmə, hətta bayılma da ola bilər. II qabırğaarası sahədə kobud sistolik küy eşidilir. EKG-də sol mədəciyin hipertrofiyası aşkar edilir.

Aortanın koarktasiyası. Bu qüsurlar aorta mənəfinin hər

hansı bir nahiyəsində anadangəlmə daralması ilə xarakterizə olunur. Qüsür çox vaxt izolə olunmuş, bəzən isə arterial axacağın açıq qalması ilə kombinə halında müşayiət edilir.

Əsas əlamətləri: yuxarı və aşağı ətraflarda arterial təzyiqin fərqli olması, ürək hüdudlarının sola böyüməsi, II-III, bəzən V qabırğaarası sahədə döş sümüyünün sol kənarında sistolik küyün eşidilməsi, kürəkarası sahədə sistolik küyün eşidilməsi.

İzolə olunmuş aortanın koarktasiyası. Klinik olaraq özünü başağrıları ilə, boyun venalarında pulsasiyaların olması, bud arteriyasında isə pulsasiyanın zəifləməsi, qulaqlarda səsin olması, başgicəllənmə, görmənin zəifləməsi, aşağı ətrafların soyuq olması, qıcolmalar, burundan qanaxma, tənəffüs, taxikardiya, qanhayxırma, böyrəklərin funksional pozuntusu, qarında işemik ağrıların olması və s. əlamətlərlə büruzə verir. Koarktasiya böyük olduqda uşaq çəkiddən və boydan geri qalır.

Ağırlaşmaları. Ürək qüsurlarının ən çox təsadüf olunan ağırlaşması bakterial endokarditdir. Tənəffüs sisteminin xəstəlikləri, revmatik proses, beyin damarlarının trombozu, vərəm də ürək qüsurlarının ağırlaşmaları nəticəsində baş verə bilər.

Müalicəsi. Anadangəlmə ürək qüsurları zamanı qüsür cərrahi yolla aradan qaldırılır. Anadangəlmə ürək qüsuru olan uşaqlara konservativ müalicə zamanı ürək qlükozidləri, kokarboksilaza, kalium preparatları, kartan, ATF təyin etmək lazımdır.

Profilaktikası. Hamilə qadın infeksiya xəstəliklərdən, hipoksiyadan, qeyri-düzgün qidalanmadan, kimyəvi və radioaktiv maddələrdən qorunmalıdır.

Anadangəlmə ürək qüsurlu uşaqlara qulluq

Tibb bacısı anadangəlmə ürək qüsurlu uşaqların valideynlərini xəstəliyin bütün mərhələlərində mənəvi cəhətdən dəstəkləməli, həyata keçiriləcək bütün diaqnostik və cərrahi əməliyyatlar barədə onlara vaxtında və düzgün informasiya verməlidir.

Xəstə uşağın həyati vacib tələbatlarını ödəmək üçün əlverişli şərait yaradılmalıdır. Yaşayış yerində və ya palatada optimal temperatur rejimi gözlənilməlidir. Yataqda uşağın düzgün vəziyyəti təmin edilməli, baş və gövdənin yuxarı hissəsi bir qədər qaldırılmalıdır. Bütün manipulyasiyalar aseptika və antiseptika qaydalarına riayət edilməklə, dəqiqliklə və ehtiyatla həyata keçirilməlidir.

Müxtəlif invaziv prosedur və əməliyyatlara uşağı psixoloji hazırlamaq üçün terapevtik oyunlar həyata keçirilməlidir. Uşağa ürəyin necə işləməsi başa salınmalı, böyük uşaqlara həyata keçiriləcək əməliyyat haqqında məlumat verilməlidir. İstifadə olunacaq alətlərlə tanışlıq psixoloji gərginliyin və qorxunun azalmasına səbəb olur.

Anadangəlmə ürək qüsurlu uşaqlara qulluqda qidalanmanın da mühüm əhəmiyyəti var. Xüsusən kiçik yaşlı uşaqlar tez-tez, az-az yedizdirilməlidir. Rasiondan çox qaz əmələ gətirən (noxud, lobya, kələm və s.) və sinir sistemini oyadan qidalar (kofe, şokolad, çay), yağlı ət, bulyonlar, kolbasa məhsulları, konservləşdirilmiş, çox duzlu qidalar (duza qoyulmuş tərəvəz, ikra, duzlu balıq) çıxarılmalıdır. Dietada kalium duzları ilə zəngin qidalara (kartof, qarabaşaq, yulaf, banan, qara gavalı, kişmiş) üstünlük verilməli, qan dövrəni çatışmazlığı əlamətləri olduqda mayenin miqdarı məhdudlaşdırılmalıdır.

Valideynlərə təngnəfəslik tutması baş verdikdə necə yardım göstərməyi, uşağın vəziyyətinə düzgün qiymət verməyi öyrətmək lazımdır. Tibb bacısı valideynləri dərman maddələrinin düzgün verilməsi və saxlanılma şərtləri ilə, həkimin təyinatları ilə tanış etməlidir. Uşağın vəziyyəti imkan verdikcə həkimin təyinatı ilə müalicəvi - qoruyucu rejim, hərəkət rejimi genişləndirilməlidir.

Valideynlərə uşağın pediatr, kardioloq, kardiocərrahın dinamik müşahidəsi altında olmasının vacibliyini başa salmaq lazımdır.

REVMATİZM

Revmatizm ürək-damar sistemində birləşdirici toxumanın immunokompleks zədələnməsi ilə gedən sistem xəstəliyidir. Xəstəlik əsasən ürək-damar, dayaq-hərəkət, MSS və digər üzv və sistemlərin zədələnməsilə gedir. Məktəbəqədər uşaqlarda xəstəliyə az təsadüf olunur. Ən çox 7-15 yaşlarında rast gəlinir. 30% hallarda xəstəlik ailəvi xarakter daşıyır.

Etiologiyası. Xəstəliyin meydana çıxma səbəbi A qrupundan olan - hemolitik streptokoklardır. Xəstəliyin meydana çıxmasında aşağıdakı risk faktorları rol oynayır: irsi ailəvi meyillilik, streptokokk əleyhinə müdafiənin genetik çatışmamazlığı, xroniki infeksiya ocaqları (otit, adenoidit, faringit, karies, xroniki tonsillit), infeksiyalar (skarlatina, angina, kəskin respirator virus infeksiyaları və s.), sanitariya-gigiyenik mədəniyyətin aşağı olması.

İnkişaf mexanizmi. Xəstəliyin inkişafında əsas rolunu streptokokk antigeninə qarşı meydana çıxan toksiko-immunoloji

reaksiya oynayır. Bu antigen kardiotrop, yəni daha çox ürək toxumasına meyilli olduğundan yayılmış sistem vaskuliti və ürəyin zədələnməsi meydana çıxır. Streptokokk antigenləri autoanticişimlərin (antokardial anticişimlər) meydana çıxmasına səbəb olur. Bunlar da damarları və ürəyi zədələyir. Ürək-damar sisteminin zədələnməsində kardiotoxik təsir göstərən kardiotrop streptokokk fermentləri də rol oynayır.

Ürəkdə gedən morfoloji dəyişikliklər adətən birinci yarımildə meydana çıxır. Ürəyin bütün qatları (miokard, endokard, perikard) zədələne bilər. Miokardit zamanı əzələ toxumasında spesifik iltihabi proses getdiyindən hüceyrə düyünləri (Aşof-Talalayev qranulomaları) əmələ gəlir. Sonradan miokardın sklerozu inkişaf edir. Endokardit zamanı iltihabi proses qapaqlarda (ən çox mitral) gedir. Bu zaman qranulomalar qapaqlarda meydana çıxdığından qapaqların büzüşməsi və funksiya pozğunluğu meydana çıxır. Sklerotik proses artdıqca ürək qüsuru, proses qapaq dəliyini əhatə edərsə, mitral qapağın stenozu meydana çıxır.

Uşaqlarda ən çox zədələnen sistemlərdən biri də mərkəzi sinir sistemidir. Beyin damarlarında vaskulit meydana çıxdığından kiçik xoreya inkişaf edir.

Klinikası. Revmatizm kəskin, yarımkəskin və ya latent başlaya bilər. Xəstəlik adətən angina, skarlatina və ya digər streptokokk infeksiyalarından 2-3 həftə sonra başlayır.

Revmatizmin əsas kliniki əlamətləri:

1. İntoksikasiya əlamətləri-tez yorulma, halsızlıq, zəiflik, dəri örtüklərinin avazıması, qızdırma (kəskin dövrdə febril ola bilər);

2. Ürəyin zədələnməsi (revmokardit)-95% hallarda rast gəlinir. Ürək nahiyəsində ağrılar, xoşagəlməz hissiyyət, sıxılma hissi, ürəkdöyünmə, fiziki yüklənmədən sonra tənq-

nəfəslik, taxikardiya, hipotoniya, perkussiya zamanı ürək sərhədlərinin genişlənməsi, auskultasiya zamanı tonların karlaşması, zirvədə sistolik küy (endomiokardit zamanı sistolodiastolik küy) rast gəlinir. Perikardit qoşulduqda perikardın sürtünmə küyü meydana çıxır, ürək kütlüyü artır, tədricən ürək nahiyəsində qabarma (ürək donqarı) əmələ gəlir. Tədricən ürək çatışmazlığı inkişaf edir: dəri örtüklərinin avazıması, sianoz, tənəgnəfəslik, ürək vurğusunun zəifləməsi meydana çıxır, nəbz tezləşir, qaraciyər böyüyür. Əksər hallarda xəstəliyin başlanğıcından miokardit inkişaf edir. Sonra prosesə endokardit qoşulur. Bu zaman ürəyin kombinə olunmuş qüsuru, mitral qapağın çatışmazlığı mitral stenozla birlikdə rast gəlinir. Az hallarda perikardit inkişaf edir (ürək kisəsində seroz-fibrinoz möhtəviyyat toplanır), yəni bütün ürək qişaları zədələnir;

3. Revmatik poliartrit-75% hallarda rast gəlinir. Oynaqlarda kəskin ağrı və hərəkətlərin məhdudlaşması, iri oynaqaların (diz, pəncə-daban, çiyin) simmetrik zədələnməsi müşahidə olunur. Prosesə adətən gah bud, gah da digər oynaq qoşulur. Ağrı uçucu xarakter daşıyır. Oynaq üzərində dəri qızarır, şişkin və isti olur. Poliartrit xoşxassəli gedişə malikdir. Özündən sonra deformasiya qoymur, müalicədən sonra ağrılar tamamilə keçib gedir.

4. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi (kiçik xoreya)-10% hallarda rast gəlinir. Əlamətləri: qıcıqlanma, ağlağanlıq, şıltaqlıq, yuxunun pozulması, əzələ hipotoniyası, hiperkinezlər. Müxtəlif əzələ qruplarında qeyri-iradi hərəkətlər baş verir. Bu hərəkətlər həyəcan zamanı artır, yuxu zamanı itir. Tiklər, nitq pozğunluğu (qırıq-qırıq danışmaq), xəttin və yerişin pozulması (koordinasiyanın pozulması nəticəsində) meydana çıxır. Uşaq sərbəst yemək yeyə, geyinə, ayaq

üstə dura bilmir, səliqəsiz olur.

5. Dəri tərəfindən dəyişikliklər 3-4% hallarda rast gəlinir. Dərialtı toxumada bərk konsistensiyalı, noxud böyüklüyündə revmatik düyünlər meydana çıxır. Ən çox düyünlər oynaq və oponevrozlar nahiyyəsində rast gəlinir. Budun və saidin daxili səthində çəhrayı rəngli dairəvi (anulyar) səpki rast gəlinir. Səpkilər qaşınmır, qabıqlanma vermir, bir neçə saat ərzində keçib gedir.

6. Digər üzv və sistemlərin (gözlərin, qaraciyərin, ağciyərlərin, böyrəklərin zədələnməsi, abdominal sindrom və s.) **zədələnməsi.**

Diaqnostikası. Qanın kliniki analizində leykositoz, EÇR-in sürətlənməsi, qanın biokimyəvi analizində disproteinemiya, C-reaktiv zülal müəyyən edilir, seromukoidlər, DFA-dezoksifenilanin miqdarı artır. Seroloji müayinədə streptokokk əleyhinə anticismlərin (ASİ-O, ASH, ASK, antikordial-anticismlər) titri artır. Əsnəyin selikli qişasının bakterioloji müayinəsində A qrupundan olan β hemolitik streptokokklar aşkarlanır. EKQ, EXOkardioqrafiya, fonokardioqrafiya, ürəyin 3 proyeksiyada rentgenoqrafiyası diaqnozun qoyulmasına yardım edir.

Revmatizmin əsas diaqnostik kriteriyaları:

1. revmatik anamnez (streptokokk infeksiyası ilə əlaqə, irsi ailəvi meyillilik);
2. revmakardit;
3. poliartrit;
4. xoreya;
5. revmatik düyünlər;
6. anulyar səpki;
7. revmatizm əleyhinə müalicənin effektivliyi.

Revmatizmin əlavə kriteriyaları:

1. qızdırma;
2. artralgiya;
3. EÇR-in sürətlənməsi;
4. leykositoz;
5. EKQ-da dəyişiklik (PQ intervalının uzanması);
6. seroloji və biokimyəvi sınaqların dəyişməsi, S-reaktiv zülalın, streptokokk əleyhinə anticismlərin meydana çıxması;
7. əsnəyin selikli qişasında A qrupundan olan streptokokkların tapılması.

Revmatizmin klinik gedişinin 2 mərhələsi ayırd edilir.

1. Fəal mərhələ. Kliniki əlamətlər karditin rentgenoloji və EXO, fonokardiografik əlamətləri, laborator göstəricilərin kəskin dəyişməsi (EÇS 40 mm/saatdan çox, yüksək leykositoz, C-reaktiv zülalın kəskin yüksək olması, streptokokk əleyhinə anticismlərin titrinin artması). Bu mərhələ 10-12 ay çəkir.

2. Qeyri-fəal mərhələ. Bu zaman şikayətlər və xəstəliyin kliniki əlamətləri olmur, laborator-instrumental göstəricilər normal olur. Vaxtaşırı olaraq halsızlıq, subfebril temperatur müşahidə olunur. Kardit əlamətləri tədricən inkişaf edərək ürək qüsurlarına səbəb olur. Bu faza bir neçə aydan bir neçə ilə kimi davam edir.

Revmatizmin əsas müalicə prinsipləri. Revmatizmin müalicəsi kompleks uzunmüddətli və mərhələli (stasionar, sanatoriya, poliklinika, dispanser) olmalıdır.

Müalicənin I mərhələsi xəstəxananın ixtisaslaşmış kardiorevmatoloji şöbəsində həyata keçirilir:

1. Müalicəvi qoruyucu rejim. Bu, uşağın ümumi vəziyyətindən, prosesin fəallığından, ürək-damar sisteminin zədələnməsi xarakterindən asılıdır.

2. Pəhriz qidalanması. 10 Nəli pəhriz, kalium ilə zən-

gin məsullar verilir (banan, qara gavalı, ərik, üzüm, kartof, alma, quru meyvələr).

3. Dərman müalicəsi. Streptokokk bakteriyalarına təsir göstərən antibiotiklər: penisillin, eritromitsin, oksasillin 7-10 gün, sonra hər 4 həftədən bir bisillin 5 təyin edilir. Bundan başqa iltihab əleyhinə qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar (asetilsalisil turşusu, butadion, reoprin, ibuprofen, indometasin, voltaren və s.). qlükokortikoidlərdən-prednizalon (yüksək fəallıq və ürəyin ağır dərəcəli zədələnməsi zamanı), antiaritmik preparatlar, miokarda mübadiləni yaxşılaşdıran vasitələr (kokarboksilaza), kalium preparatları, riboksin, vitaminlər, sedativ preparatlar- fenobarbital, barbituratlar (kiçik xoreya zamanı) təyin edilir.

4. Müalicəvi bədən tərbiyəsi: xəstəliyin II həftəsindən başlayır, tədricən yüklənmə artırılır.

5. Xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyası. Xroniki tonzillit, karies dişlər müalicə olunur.

Müalicənin II mərhələsi. Kardiorevmatoloji sanatoriya-da aparılır. Bu zaman revmatizm əleyhinə müalicə kursu davam edir, Bisillinoprofilaktika aparılır. Xroniki infeksiya ocaqları müalicə olunur. Reabilitasion tədbirlər görülür.

Müalicənin III mərhələsi uşaq poliklinikasında həyata keçirilir. Uşaq III sağlamlıq qrupu üzrə dispanser qeydiyyatına götürülür.

Revmatizmin ikincili profilaktikası:

1. İlboyu bisillinoprofilaktika 3-5 yaşına qədər davam edir. Parenteral olaraq bisillin-5, məktəbəqədər uşaqlara 750000 TV 2 həftədən bir, məktəb yaşlarında ayda bir dəfə 1. 500. 000 TV təyin edilir.

2. İnterurrent xəstəliklər zamanı antibakterial terapiya və iltihab əleyhinə müalicə aparılır.

3. Xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyası aparılır.
4. Bədən tərbiyəsi ilə yalnız xüsusi qruplarda məşğul olunur.

Revmatizmin birincili profilaktikası

1. Orqanizmin təbii immuniteti artırılmalıdır (bədən möhkəmləndirilməsi, hərtərəfli qidalanma, C vitamininin qəbulu).

2. Müntəzəm olaraq bədən tərbiyəsi ilə məşğul olunmalıdır.

3. Xroniki infeksiya ocaqları müntəzəm sanasiya olunmalıdır.

4. Streptokokk xəstəlikləri vaxtında müalicə olunmalıdır.

Proqnozu. Birincili revmatik hücum zamanı proqnoz əlverişlidir. Yalnız fasiləsiz residivləşən revmatizm zamanı ürək qüsuru formalaşır. Prosesin inkişafı əlilliyə gətirib çıxarır.

Qulluq. Valideynləri revmatizmin səbəbləri, kliniki əlamətləri, gedişi, müalicə prinsipləri, mümkün ağırlaşmaları haqqında məlumatlandırmaq lazımdır. Tibb bacısı uşağın xəstəxanaya köçürülməsinə kömək etməlidir. Stasionarda uşaq üçün komfort şərait yaradılmalıdır: yataqda rahat vəziyyətdə uzanmalı, palatadakı havanı 2-3 dəfə dəyişməli, optimal temperaturu saxlamalı, sakit ətraf mühit yaratmalı. I A dərəcəsində 2-3 həftə ciddi yataq rejimi təyin edilir. Sonra yarımyataq rejiminə keçirilir (I B, II A). II B və III dərəcədə palata rejimi təyin edilir. Bir rejimdən digər rejimə keçirilmə kliniki-laborator göstəricilər və funksional sınaqların nəticəsinə əsasən aparılır.

Uşağın vəziyyətinin monitorinqi aparılır: temperatur əyrisi, arterial təzyiq, ümumi vəziyyət, oynaqların funksiyası, MSS tərəfindən dəyişikliklər, sutkalıq su balansının ölçülməsi. Tibbi sənədləşmə aparılır. Tibb bacısı həkimin təyi-

natlarını ciddi yerinə yetirməli, farmakoterapiyanın əlavə təsirlərini vaxtında aşkara çıxarmalıdır. Manipulyasiyalardan qabaq lazım gəldikdə terapevtik oyunlar aparılmalı, mümkün qədər manipulyasiyaların sayı azaldılmalıdır.

Uşaq 10 №-li pəhrizlə təmin edilməlidir. Valideynlər qida rasionunun təşkil olunması, qidaların ev şəraitində hazırlanma texnologiyası barədə məlumatlandırılmalıdır.

Ürək-damar sistemi xəstəlikləri olan uşaqlara qulluq

Ürək-damar sistemi xəstəlikləri olan uşaqlara qulluğun əsas elementləri fiziki sakitliyin yaradılması, ümumi rejimə, o cümlədən maye və qida qəbuluna riayət edilməsi, dərman vasitələrinin rəşional istifadə edilməsidir.

Xəstəliyin ağırlığından asılı olaraq ciddi yataq, yarımyataq rejimi təyin edilir. Tibb bacısı ciddi yataq rejimində olan uşağa yataqdan qalxmağa imkan vermir, onun üçün funksional vəziyyət (yarımoturaq) yaradır. Bütün tədbirlər (şəxsi gigiyena, yedizdirmək, fizioloji ifrazatlar) xüsusi vasitələrin köməklili ilə yataqda həyata keçirilir. Yarımyataq rejimə uşaq ayaqyoluna, yeməxanaya gedə bilər.

Xəstənin yerləşdiyi otağın havası mütəmadi dəyişdirilməli, havanın temperaturu 18-20⁰ C-dən çox olmamalıdır. Palatalar mərkəzləşdirilmiş oksigen verilişi ilə təmin edilməlidir.

Duz və yağlı yeməkləri məhdudlaşdıran 10 №li pəhriz təyin edilir. Xəstə uşaq hissə-hissə gündə 4-5 dəfə yedizdirilir. Sonuncu yemək qəbulu yatmadan 3 saatdan gec olmayaraq qəbul edilməlidir. Tərkibində kalium olan məhsullar (kişmiş, qaysı qurusu, gavalı qurusu, kartof, kələm)

qəbul etmək məsləhət görülür.

Nəbz və arterial təzyiqi sakit vəziyyətdə, ən yaxşısı yuxuda olarkən ölçürlər. Onların məlumatlarını hərərət vərəqində qeyd edirlər.

Sianotik-təngnəfəslik tutmaları hallarında tibb bacısı təxirəsalınmaz yardım göstərməyi bacarmalıdır. Uşaqlarda ürək nahiyəsində ağrılar zamanı xəstəyə valerian, damotu, valokardin verirlər, bəzi hallarda dilinin altına nitroqliserin qoyurlar.

Qəfil ölümə gətirib çıxaran vəziyyətlər zamanı (paroksizmal taxikardiya, Volf-Parkinson-Uayt sindromu, ürək çatışmazlığı) qulluq böyük diqqət tələb edir. Paroksizm sindromunu aradan qaldırmaq üçün azan sinir qıcıqlanmasını əmələ gətirən fəndlərdən (göz almacıqlarına basmaq, sinokarotid zonanın masajı, süni qusma) istifadə edirlər, dərman vasitələrinin damardaxili yeridilməsi üçün zəruri olan hər şeyi hazırlayırlar. Ürək dayandıqda ürəyin qapalı masajını yerinə yetirir, uşağı dərhal ASV aparatına birləşdirir, elektrostimulyasiya üçün aparat və dərman vasitələrini hazırlayırlar.

FƏSİL 11. UŞAQLARDA KOLLAGEN XƏSTƏLİKLƏR KOLLAGEN XƏSTƏLİKLƏR

Kollagen xəstəliklər (kollagenozlar) birləşdirici toxumanın və müxtəlif orqanların damar divarının progressivləşən zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Buna görə də bu xəstəliklərə “Birləşdirici toxuma xəstəlikləri” və ya “Sistem xəstəlikləri”də deyilir. Bu xəstəliklər autoimmun təbiətli olub, residivləşir və progressiv gedişə malikdir. Sistem xəstəliklərinin etiologiyası və inkişaf mexanizmi tam aydın deyil. Xəstəliklər ağır gedişli olub əlilliyə gətirib çıxarır və uzunmüddətli kompleks müalicə tələb edir.

Kollagen xəstəliklərə revmatizm, revmatoid artrit, sistem qırmızı qurdeşənəyi, dermatomiozit, sklerodermiya, düyünlü periartrit və s. aiddir.

Yuvenil revmatoid artrit

Revmatoid artritinya dayaq-hərəkət aparatının birləşdirici toxumasının zədələnməsi ilə səciyyələnen xroniki gedişli autoimmun sistem xəstəliyidir. Bu xəstəlik uşaqlarda yuvenil revmatoid artritinya adlanır. Adətən, məktəb yaşlı uşaqlar arasında təsadüf olunur.

Etiologiyası. Xəstəliyin etiologiyası tam aydın deyildir. İrsi meyillilik mühüm rol oynayır. Bakterial (stafilokokk, streptokokk) infeksiyalar, mikoplazma və virusların rolu müəyyən edilmişdir.

İnkişaf mexanizmi. Xəstəliyin inkişafında orqanizmin reaktivliyi, yaşı, cinsi, irsi meyillik müəyyən rol oynayır. Xəstəliyin inkişafının əsasını autoimmun proseslər təşkil edir. Əsas zədələnen orqan oynağın sinovial qışasıdır.

Klinikası. Xəstəlik, adətən tədricən, bəzən kəskin başlanır. Subfebril temperatur fonunda oynaqda müxtəlif dəyişikliklər (ağrı, oynaqların şişkinliyi) baş verir. YRA zamanı oynaqlar çoxlu sayda (poliartrit), məhdud (oligoartrit) və yalnız bir oynağın zədələnməsi (monoartrit) şəklində zədələnir. Poliartrit zamanı prosesə ətraflar, onurğa sütununun boyun şöbəsi, döş-körpücük, çənə-gicgah oynaqları, oligoartrit zamanı isə iri oynaqlar (diz, bud-çanaq, eləcə də əl və ayaqların falanqalararası oynaqları) cəlb edilir. Oynaqların forması dəyişir (şəkil15, səh.523), yerli temperatur yüksəlir, funksiyası pozulur, ağrılar olur. Bəzən oynaqların üzərindəki dəridə trofik dəyişikliklər gedir. Diz oynaqları şarabənzər, dirsək oynaqları iyvari, falanqalararası oynaqlar isə yelpikvari şəkil alır. Xəstəliyin fəal fazasında, bir qayda olaraq, ağrı sindromu müşahidə edilir. Artralgiya o qədər güclü olur ki, uşağın döşəkağı ilə təması da ağrı törədə bilər («döşəkağı sindromu»). Bu, oynaq boşluğuna mayenin toplanması və periartikulyar toxumada iltihab ödeminin olması ilə izah olunur. Prosesin fəallığı az olduqda oynaq ağrıları yalnız hərəkət və palpasiya zamanı müşahidə edilir. Ekssudatın sorulması hərəkət zamanı oynaqda krepitasiyanın eşidilməsi ilə müşayiət edilir. Kontrakturaların əmələ gəlməsi nəticəsində oynaqlar müəyyən vəziyyətdə fiksə olunur, hərəkət məhdudlaşır (xüsusən səhərlər). Səhər gərginliyi YRA üçün tipik və əsas diaqnostik meyarlardan hesab edilir.

Yuvenil revmatoid artrit xüsusiyyətləri:

1. 3 ay və daha çox çəkən artrit
2. İkinci oynağın 3 aydan sonra və daha gec yaranan artriti
3. Xırda oynaqların simmetrik zədələnməsi
4. Kontraktura
5. Tendosinovit və ya bursit

6. Əzələ atrofiyası
7. Səhər gərginliyi
8. Gözün revmatoid zədələnməsi
9. Rевmatoid düyünlər
10. Oynaq boşluğunda mayenin olması

Fəal fazada oynaq sindromundan başqa subfebril temperatur, periferik limfa düyünlərinin böyüməsi, nəzərə çarpan vegetativ pozğunluqlar olur. Ürəkdə funksional xarakterli dəyişikliklər qeyd olunur. Bradikardiya, yaxud taxikardiya, I tonun karlaşması aşkar edilir. Göz tərəfindən revmatoid uveit müşahidə edilir.

Oynaq-visseral forma yalnız oynağın yox, həmçinin daxili orqan və sistemlərin zədələnməsi ilə səciyyələnir. Bu forma daha ağır gedişə malikdir. Ən ağır variantı Still sindromudur. Bu çox hallarda kəskin, bəzən tədricən başlayır. Oynaq-visseral formada bud-çanaq, alt çənə, onurğa sütununun oynaqları zədələnilir, ağırlar daha şiddətli olur. Dəri solğun, torpaq rəngində, həddindən artıq quru, kövrək olur. Daxili orqanlar tərəfindən qaraciyərin böyüməsi, böyrəkdəki dəyişikliklər, tənəffüs orqanlarının zədələnməsini göstərmək olar. Sinir sistemində əsasən, vegetativ sinir sistemində dəyişiklik baş verir. Xəstəlik uzun müddət davam edir. Proqnoz ciddidir.

Diaqnostikası. Qanın ümumi tədqiqində nəzərə çarpan dəyişikliklər olmur. Lakin bəzi xəstələrdə fəal fazada bir qədər hipoxrom anemiya, leykositlərin miqdarının bir qədər azalması və ya normal olması, cüzi neytrofilyoz, EÇS -nin artması qeyd olunur. Qanda mukoid birləşmələrin, C-reaktiv zülalın miqdarı çoxalır.

Müalicəsi. Müalicə üsulunun seçilməsi xəstəliyin klinik forması, fəallıq dərəcəsi və xəstənin vəziyyətindən asılıdır. Kortikosteroidlər, qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanlar (indometasin, ortofen və s) tətbiq olunur. Prosesin yüksək

immunoloji fəallığı və terapiyanın effektsizliyi zamanı sitostatiklər (azatioprin, 6-merkaptopurin, leykeran və s.) təyin edilir. Oynağa yerli təsir metodu mühümdür. Bu zaman preparatlar oynaq boşluğuna yeridilir. Fizioterapevtik müalicədən də istifadə olunur. Buna ultrabənövşəyi şüalanma, dərman maddələri ilə elektroforez, parafinterapiya, palçıq müalicəsi və s. daxildir. Ağır hallarda lazım gəldikdə cərrahi müdaxilə və ya endoprotezləşmə təyin edilir.

Sistem qırmızı qurdeşənəyi

Sistem qırmızı qurdeşənəyi (SQQ)-birləşdirici toxumanın diffuz zədələnməsi ilə gedən autoimmun təbiətli immunokompleks xəstəlikdir. Xəstəlik 20% hallarda uşaq yaşlarında, adətən, 8 yaşdan sonra başlanır, əsasən qızlarda (8:1) rast gəlinir.

Etiologiyası. SQQ-nin etiologiyası indiyə qədər aydınlaşdırılmamışdır. Xəstəliyin meydana çıxmasında irsi faktorlar əsas rol oynayır. Bundan başqa infeksiyon xəstəliklər (ən çox viruslar), insolyasiya, soyuqlama, psixi və fiziki travma və s. amillər patologiyanın meydana çıxmasında təkan rolunu oynayır.

İnkişaf mexanizmi. Xəstəliyin inkişafında immun sistemin öz DNT-nə qarşı anticisimlərin hazırlanması və nəticədə müxtəlif orqan və sistemlərin (xüsusilə birləşdirici toxumanın) zədələnməsi (immun iltihabı) mühüm rol oynayır.

Klinikası. Xəstəlik gedişinə görə kəskin, yarımkəskin və xroniki ola bilər. Fəallığına görə yüksək, orta və aşağı fəallıq müşahidə oluna bilər.

Xəstələrin 2/3 -də dərinin tipik zədələnməsi müşahidə edilir. SQQ dəridə ödemlə müşayiət olunan ekssudativ eri-

tema, infiltrasiyalı hiperkeratoz meydana çıxır. Çox zaman özündən sonra atrofik çapıq və ya piqmentasiya qoyan suluq və nekrotik yaraların olması da SQQ üçün səciyyəvi sayılır. Qurdeşənəyi dermatiti, adətən, dərinin açıq hissələrini (üz, boyun, döş, əllər) əhatə edir. Üz nahiyəsində yerləşən eritema kəpənək formasında olur (“qurdeşənəyi kəpənəyi”). Eritema itir və yenidən əmələ gəlir. Səpkilər, adətən, işığa həssas olur. Dəri ilə yanaşı dəri artımlarında da dəyişikliklər olur. Belə ki, SQQ xəstələrinin tükləri kövrək, quru, kobud olur.

Xəstəliyin ən çox rast gəlinən və ilkin əlamətlərindən biri də oynaq sindromudur. Bu sindrom artralgiya və ya artriti kimi özünü biruzə verir. Prosesə həm iri, həm də xırda oynaq cəlb olunur. Oynaqların zədələnməsi ilə yanaşı vətər və əzələlərin zəifləməsi də müşahidə edilir. Əzələlərin zədələnməsi özünü mialgiya və ya mioziti şəklində göstərir. Əzələ tonusunun zəifləməsi, ümumi əzələ zəifliyi, atrofiya, hətta tam hərəkətsizliklə müşahidə oluna bilər.

SQQ zamanı seroz qişaların zədələnməsinə də çox təsadüf olunur. Buna görə də dermatiti, artriti, seroziti SQQ üçün səciyyəvi kiçik triada hesab etmək olar. Seroz qişaların zədələnməsi özünü plevrit, perikardit, peritonit şəklində göstərir. Xəstəlik zamanı həmçinin daxili orqanların zədələnməsi də (kardit, nefrit) müşahidə edilir.

SQQ zamanı xəstələrin çoxunda sinir sistemi zədələnir. Xəstələrdə başağrısı, başgicəllənmə, yuxunun pozulması qeyd edilir. Ağır hallarda polinevrit, radikulit, mielit, ensefalit, kəskin beyin ödemi, ifliclər və s. müşahidə edilir. Bəzən mədə-bağırsaq traktının zədələnməsinə də təsadüf edilir.

Diagnostikası. Periferik qanda dəyişikliklər (anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, EÇS -nin artması), biokimyəvi müayinədə C-reaktiv zülalın olması müşahidə edilir.

Ağırlaşmaları. Xəstəlik pərez və ifliclərlə müşayiət olunan insult və beyin qansızmaları, sepsis, flebit, trofik yaralar, bud sümüyü başının aseptik nekrozu ilə ağırlaşa bilər.

Müalicəsi. SQQ zamanı kortikosteroidlər (prednizalon) effektiv terapeutik preparatlardan hesab edilir. Sutkanlıq doza uşağın yaşına və patoloji prosesin aktivliyinə əsasən təyin edilir. Xəstələr prednizalonla yanaşı kifayət qədər vitaminlər də (xüsusən C, B qrup) qəbul etməlidirlər. Kortikosteroidlər lazımi effekt vermədikdə və əlavə təsirlər müşahidə edildikdə immunodepressiv kimi sitostatiklər təyin edilir. SQQ-nin kompleks müalicəsində xinolin sırası preparatları (delagil, xloroxin, plakvenil), heparin, kurantil mühüm yer tutur. Fəallığın sönməsi zamanı müalicəvi bədən tərbiyəsi, masaj təyin edilə bilər. Pəhriz zülal və kalium duzları ilə zəngin olmalı, karbohidratlar məhdudlaşdırılmalı, şokagen və ekstraktiv məhsullar pəhrizdən tamamilə çıxarılmalıdır.

Dermatomiozit

Dermatomiozit əsasən eninəzolaqlı əzələlərin və dərinin zədələnməsi ilə səciyyələnən sistem xəstəliyidir. Bu zaman skelet əzələləri, həmçinin udlağın, qırtlağın, döş qəfəsinin və diafraqmanın əzələləri zədələnməyə məruz qalır. Nəticədə xəstə tamamilə hərəkətsiz olur, onda disfagiya, dizartriya, ağciyər ventilyasiyasının pozulması müşahidə edilir. Xəstəlik dəri, əzələlər tərəfindən olan dəyişikliklər, ağrı, ümumi zəiflik, çəki itkisi, temperatur reaksiyası kimi özünü büruzə verir.

Etiologiyası. Xəstəliyin səbəbi tam öyrənilməmişdir. Xəstəliyin baş verməsində virus infeksiyası (pikorna virus-

ları, Koksaki virusları) mühüm rol oynayır.

İnkişaf mexanizmi. Xəstəliyin inkişafında orqanizmin reaktivliyinin dəyişməsi, immun və autoimmun reaksiyalar mühüm rol oynayır. Xəstəliyin inkişafında yayılmış vaskulit mühüm amil sayılır. Belə ki, damar divarlarının keçiriciliyi artır, damarlarda skleroz inkişaf edir.

Klinikası. Xəstəlik, adətən, kəskin başlayır, yüksək temperatur, ümumi vəziyyətin pozulması müşahidə edilir. Səciyyəvi əlamətlərdən dəri və əzələlərdə olan dəyişiklikləri qeyd etmək olar. Əzələlərdə, əsasən, ağrı və ödem olur. Dermatomiozitli xəstələr üçün səciyyəvi əlamətlər üzdə olan dəyişikliklərdir. Bunlar periorbital nahiyədə bənövşəyi eritema, şişkinlik, qansızmalar, piqmentasiya ("eynək" simptomu) şəklində olur və bu dəyişikliklər xəstənin üzünü xüsusi maskaya bənzədir. Ödem çox bərk olur, barmaqla basdıqda yeri qalmır. Bəzi hallarda isə oynaqlarda dəyişikliklər poliartrit, poliartralgiya şəklində müşahidə edilir. Adətən, mil-bilək, diz, aşıq-baldır və falanqalararası oynaq-ların simmetrik zədələnməsi baş verir.

Xəstəlik zamanı daxili orqanlar, sinir sistemi və s. də prosesə cəlb olunur. Xəstələrin, demək olar ki, hamısında ağız boşluğunun selikli qişası, yuxarı tənəffüs yolları, konyuktiva və uşaqlıq yolu zədələnir.

Tənəffüs əzələlərinin zədələnməsi nəticəsində xəstələrdə tənəffüs çatışmazlığı baş verir, mədə-bağırsaq traktı pozğunluqları qeyd edilir. Sinir sisteminin zədələnməsi diffuz vaskulitlə əlaqədardır və bu, özünü kliniki olaraq ensefalit, meninqoensefalit kimi büruzə verir.

Dermatomiozit zamanı göz dibinin zədələnməsinə də təsadüf edilir. Digər təzahürlərdən biri də daimi olmayan temperatur reaksiyasıdır. Temperatur adətən subfebril olur.

Xəstəlik zamanı müşahidə edilən əsas əlamətlərdən biri də progressivləşən ümumi distrofiyadır. Bundan başqa dişlərin zədələnməsi, osteoliz və s. də təsadüf edilə bilər.

Gedişinə görə dermatomiozit kəskin, yarımkəskin və xroniki olur. Dermatomiozitin kəskin və yarımkəskin gedişi gələcəkdə (təxminən 3 ildən sonra) xroniki hala keçir.

Proqnozu. Dermatomiozit zamanı proqnoz ciddidir. Müalicəni vaxtında başlamaq vacibdir. Ölüm tənəffüs və damaq əzələlərinin zədələnməsi, mədə-bağırsaq ağırlaşmaları nəticəsində baş verir.

Müalicəsi. Kortikosteroidlərdən ən çox prednizalon (1-2 ay müddətində) təyin olunur. Kortikosteroidlərlə müalicə adətən 2-3 il çəkir. 6 həftədə 1-2 dəfə periferik qana nəzarət etmək lazımdır. Kompleks müalicənin tərkibinə komplomin, teonikol, fəallıq azaldıqda isə delagil, xloroxin, plakvenil verilir. İltihab əleyhinə qeyri-steroid preparatlardan asetilsalisil turşusu, pirazolon törəmələri (butadion, reopirin), indol törəmələri(indometasin, metindol) və s. istifadə edilməsi məsləhətdir. Xəstəliyin fəal dövründə prozerin, neyromedin, orta və minimal fəallıq zamanı əzələyə ATF, C, A, B qrup vitaminlərin verilməsi zəruridir. Müalicə gimnastikası və masajı erkən təyin etmək və uzun müddət aparmaq lazımdır.

Kollagen xəstəlikləri olan uşaqlara qulluq

Kollagen xəstəlikləri olan uşaqlara qulluq xəstəliyin gedişindən və zədələnmənin dərəcəsiindən asılıdır. Uşaqlara qulluq əsas 2 etapda aparılır: kəskinləşmə dövründə və reabilitasiya dövründə.

Kollagen xəstəlikləri zamanı əsasən oynaq zədələnilir

ki, bu da xəstə uşaqlara qulluq zamanı oynaqlara xüsusi diqqət göstərilməsini tələb edir. Xəstəliyin kəskinləşmə dövründə oynağın hərəkətini qısamüddətli azaltmaq lazımdır. Amma yadda saxlamaq lazımdır ki, revmatoid-artrit zamanı oynağı sakit və hərəkətsiz saxlamaq ziyandır. Valdeynləri başa salmaq lazımdır ki, müalicənin effektivliyi üçün hərəkət vacibdir. Xəstəliyin kəskinləşmə dövründə uşağa müalicəvi hərəkətləri ehtiyatla və yüngülcə elətdirmək lazımdır. Hətta xəstəliyin kəskin dövründə də gündə 2 dəfə 30-40 dəqiqə müalicəvi gimnastika elətdirmək lazımdır.

Xəstə sərt yataqda, başı bir qədər aşağı olmaqla yatmalıdır. Xəstəyə qulluq zamanı fizioterapevtik prosedurlar ağrıkəsicilərlə birgə aparılmalıdır. Valideynlərə başa salmaq lazımdır ki, uşaq hansısa bir hərəkəti edəndə köməkli şəkildə etsin. Məsələn: kitabı götürmək istəyirsə, onu bir əli ilə yox, iki əli ilə götürsün. Yəni bir oynağa yük az düşsün. Remissiya dövründə uşaq üzgüçülüklə məşğul ola, voleybol, badminton və s. oynaya bilər.

FƏSİL 12. HƏZM SİSTEMİNİN ANATOMİK- FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. HƏZM SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

HƏZM SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Həzm sistemi həzm traktından və sekret ifraz edən vəzilərdən ibarətdir. Həzm traktı ağız boşluğu, udlaq, qida borusu, mədə və bağırsaqlardan ibarətdir.

Uşaqlarda, xüsusilə südəmər uşaqlarda həzm sistemi anatomik-fizioloji cəhətcə qeyri-yetkin olduğundan həzm sisteminin funksional pozğunluqları və xəstəlikləri asanlıqla meydana çıxır. Uşaqlara qulluq zamanı mədə-bağırsaq sisteminin anatomik-fizioloji xüsusiyyətlərini nəzərə almaq lazımdır.

Ağız boşluğu. Yenidoğulmuş və körpə uşaqlarda ağız boşluğu nisbətən kiçikdir, çeynəmə əzələləri yaxşı inkişaf etmişdir. Dil nisbətən böyük, lakin qısa və enlidir. Ağız boşluğunun selikli qişası zərif, qan damarları ilə zəngin olub al rəngdədir.

Südəmər uşağın ağızında əmmə aktına kömək edən xüsusiyyətlər vardır:

1) Ovurdlarda Biş yastığı adlanan piy topacıqları vardır. Bunlar əmmə aktı zamanı ağız boşluğunda mənfi təzyiq yaradılmasına kömək edir.

2) Çənə çıxıntıları boyu tirşəkili qalınlaşmalar vardır. Bunlar köpək dişləri çıxacaq sahələr arasında daha yaxşı gözə çarpır.

3) Dodaqların selikli qişasında köndələn cizgilər və ya büküşlər vardır. Qalınlaşmalar və köndələn cizgilərin olması əmmə zamanı döşü daha yaxşı tutmağa kömək edir.

Yenidoğulmuş uşaqda ağız suyu vəziləri kifayət qədər diferensiasiya etməmişdir. 3-4 aylarda ağız suyu vəziləri tamamilə inkişaf edir və bu yaşda uşaqlarda fizioloji ağız suyu axması müşahidə olunur.

İlk aylarda uşaq qidanı yalnız əmmə yolu ilə qəbul edir. Əmmə anadangəlmə reflektor akt olub 3 fazadan ibarətdir: 1) aspirasiya; 2) gilənin sıxılması; 3) sorulmuş südün udulması.

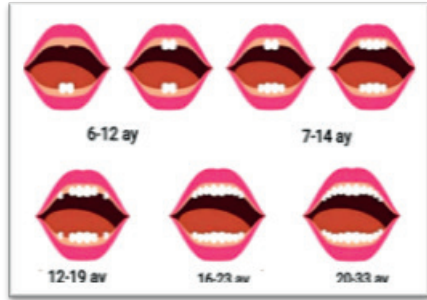
Uşaq süd və daimi dişlərin rüşeymi ilə doğulur, müəyyən vaxt fasiləsi ilə qruplarla diş çıxarır.

Süd dişləri aşağıdakı müddətlərdə çıxır: mərkəzi aşağı və yuxarı kəsicilər 6 aydan 9 aya qədər, yan alt və üst kəsicilər 9 aydan 12 aya qədər, birinci azı

dişləri 12 aydan 15 aya qədər, köpək dişləri 17 aydan 20 aya qədər, ikinci azı dişləri 21 aydan 24 aya qədər. Deməli, 1 yaşında uşağın adətən 8 dişi olur. Həyatın ikinci ilinin sonunda və üçüncü ilinin əvvəlində bütün süd dişinin çıxması başa çatır.

6-7 yaşlarında süd dişlərinin daimi dişlərlə əvəz olunması başlanır. Bu zaman birinci olaraq üçüncü azı dişləri əmələ gəlir. Süd dişlərinin əvəz olunması isə onların çıxması ardıcılığı qaydasında baş verir və 11-12 yaşlarında qurtarır. 12-14 yaşlarında ikinci böyük azı dişləri çıxır və son olaraq əsasən pubertat yaşından sonra ağıl dişləri adlanan böyük azı dişləri çıxır. Bəzən ağıl dişləri ümumiyyətlə heç olmur.

Qida borusu. Körpə uşaqlarda qida borusu yaşlılara nisbətən uzundur, qıfvari forması var, onun selikli qişası zərif,



damarlarla zəngindir, selik vəziləri yoxdur. Qida borusunun uzunluğu yenidoğulmuş uşaqlarda 10-11 sm, körpə uşaqlarda 12 sm, 5 yaşda 16 sm-dir.

Mədə. Yenidoğulmuşlarda mədə sol qabırğa altında yerləşir, yalnız onun çıxış hissəsi (piloris) orta xəttin ortasına yaxın olur. 1 yaşa qədər mədənin vəziyyəti üfiqi olur, 1 yaşdan sonra, uşaq gəzməyə başladığında mədə bir qədər şaquli vəziyyət alır. Mədənin selikli qişası yaşlılara nisbətən qalındır. Mədə girəcəyində sfinktor zəif inkişaf etdiyi üçün südəmər uşaqlarda tez-tez qaytrama və qusma olur. Vaxtında doğulmuş uşaqlarda mədənin tutumu 30-35 ml, 3 aylığında 100 ml, 1 yaşda 250 ml-dir.

Bağırsaqlar. Südəmər uşağın bağırsaqları yaşlılara nisbətən uzundur, selikli qişaları yaxşı inkişaf etmişdir, qan damarları ilə zəngindir, çoxlu miqdarda limfa düyünləri və xovları vardır. Bağırsaqların fərqlənədirici və mühüm xüsusiyyəti onun divarlarının yüksək keçiricilik qabiliyyətidir. Buna görə də mədə-bağırmaq xəstəlikləri zamanı toksinlər və tamamilə həzm olunmamış qida məhsulları asanlıqla bağırmaq divarlarından keçir, qan axınına daxil olaraq toksikozun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Uşaq doğulduqda bağırsaqlar sterildir, lakin doğulduqdan bir neçə saat sonra orada artıq müxtəlif mikroblar olur (nazik bağırsaqlarda az, yoğun bağırsaqlarda çox olur). Cinsi yetişkənlik dövrünə qədər yoğun bağırsağın daha güclü böyüməsi müşahidə olunur. Körpə uşaqlarda kor bağırmaq hərəkətlidir. Düz bağırmaq nisbətən uzundur, selikli və selikaltı qişası zəif fiksasiya olunmuşdur. Ona görə də bəzi xəstəliklər zamanı o sallanır (bağırmaq xəstəliklərində).

Müsariqə. Kiçik yaşlı uşaqlarda yumşaq və uzundur, asanlıqla gərilir. Ona görə də körpə uşaqlarda yırtıqlara tez-tez təsadüf edilir.

Bağirsaq mikroflorası.Sağlam uşağın həzm sisteminin müxtəlif şöbələrində onlar üçün səciyyəvi olan mikroflora olur. Südəmə uşağın bağırsağının mikroflorası yedizdirmənin xarakterindən asılıdır: döşlə əmizdirdikdə bifidum bakteriyalar, inək südü verdikdə bağırsaq çöpləri üstünlük təşkil edir.

Bağırsaq mikroflorasının orqanizmin həyatında müəyyən əhəmiyyəti vardır:

1) qoruyucu, antitoksik xassəyə malikdir: bifidumbakteriyalar, bağırsaq çöpləri, enterokokklar, bağırsaqlar normal fəaliyyət göstərən şəraitdə müxtəlif patogen və irintörədən mikrobları məhv edirlər;

2) müxtəlif vitaminlərin sintezində iştirak edir;

3) bəzi bakteriyalar fermentativ fəaliyyətə malikdir: onlar qida maddələrini həzm fermentləri tipi üzrə parçalayırlar.

Orqanizmin ümumi müqaviməti zəiflədikdə şərti patogen mikroblar autoinfeksiyalar törədə bilər. Bağırsaq çöpləri müəyyən şəraitdə toksigen xassə alır, müxtəlif xəstəliklərə, o cümlədən kolienteritə səbəb olur.

Qaraciyər. Yenidoğulmuş uşaqlarda və körpələrdə qaraciyər nisbətən böyük orqandır, bütün bədən çəkisinin 4%-ni təşkil edir. O, qan damarları ilə çox zəngindir, birləşdirici toxuma elementləri azdır. 6-8 yaşa qədər qaraciyər hüceyrələrinin inkişafı hələ qurtarmamışdır. Qaraciyər maddələr mübadiləsində mühüm rol oynayır. Bir çox endogen və eksojen maddələr, toksinlər, mikroblara qarşı baryer xidmətini görür. Qaraciyərdə bir çox qida maddələri, başlıca olaraq qlükogen, eləcə də piy və zülal toplanır, həmin maddələr buradan qana daxil olur. Qaraciyər öd əmələ gətirir. Ödün tərkibində olan tauroxol turşusu böyük antiseptik xassəyə malikdir və mədəaltı vəzi şirəsinin ifrazını artırır.

Həzm prosesi. Həzm ağız boşluğundan başlayır. Bura-

da qida ağız suyunun təsirinə məruz qalır (ptialin fermentli nişastanı dekstrinə çevirir). Mədədə qida birinci dəfə mədə şirəsi və ağız suyunun təsiri altında kimyəvi çevrilmələrə məruz qalır. Mədədə qida aşağıdakı fermentlərin təsiri altında həzm olunur: zülalları parçalayan- pepsin, yağları parçalayan-lipaza.

Fermentlərin ifrazı qidanın tərkibindən asılıdır. Qismən həzm olunmuş qida mədədən (döşlə qidalanma zamanı 2-3, süni qidalanma zamanı 3-4 saatdan sonra) onikibarmaq bağırsağa, oradan isə nazik bağırsağın aşağı şöbələrinə ötürülür. Bu şöbədə həzm pankreas vəzisi, qaraciyər və nazik bağırsaqlar tərəfindən ifraz olunan şirələrin təsiri ilə gedir. Bağırsaq həzmində mədəaltı həzm şirəsinin böyük əhəmiyyəti vardır, bunun tərkibində qida elementlərinə təsir edən fermentlər vardır. Bunlar aşağıdakılardır:

- 1) zülalları polipeptidlərə və aminturşularına parçalayan tripsin;
- 2) karbohidratları monosaxaridlərə çevirən amilaza;
- 3) öd turşuları ilə fəallaşan, yağları qliserinə və ali yağ turşularına parçalayan lipaza.

Bağırsağın hərəkəti funksiyası (motorikası) müxtəlif hərəkətlərdən (ritmik, rəqqasşəkili, peristaltik, antiperistaltik) ibarət olub, qidanın qarışdırılmasına, bağırsaq möhtəviyyətinin yuxarı şöbələrindən aşağı şöbəyə endirilməsinə kömək edir. Körpə uşaqlarda motorika güclüdür, ona görə onlarda tez-tez reflektor olaraq qeyri-iradi nəcis ifrazı olur. 1 yaşdan sonra defekasiya aktı iradi olur.

Uşağın bağırsağının sorma qabiliyyəti onun başlıca funksiyasıdır. Nazik bağırsaqda zülalların (aminturşuları şəklində), yağların (yağ turşuları şəklində), karbohidratların (monosaxaridlər şəklində) parçalanma məhsulları və qismən

duzlar, yoğun bağırsaqda isə başlıca olaraq su və mineral duzlar (dəmir, fosfor və s.), qələvilər sorulur.

Uşağın nəcisinin xarakteri yaşından, yedizdirmənin növündən, mədə-bağırsaq sisteminin, həzm vəzilərinin fəaliyyətindən asılı olaraq xeyli dəyişir. Mekoni-ilk nəcis dölün bağırsaqlarında əmələ gəlmiş qoxusuz, yaşıl rəngli, bir-cinsli, yapışqan kütlədən ibarətdir. Mekoni həzm sisteminin müxtəlif şöbələrinin sekretindən qopmuş bağırsaq epitelindən, udulmuş dölyanı sudan ibarətdir. Mekoninin tünd yaşıl rəngi tədricən dəyişir, qəhvəyi rəngə çevrilir. Doğuşdan sonra 2-3-cü gün nəcis daha duru olur. 4-5-ci gündən sonra tədricən normal nəcislə əvəz olunur. Döşdən əmizdirilən uşağın nəcisi homogen, qızılı-sarı rəngli, turşətəhr qoxulu, yumşaq məlhəm konsistensiyalı olur. Havada qaldıqda oksidləşmə nəticəsində nəcisin rəngi yaşıllaşır, sağlam uşaq gündə 4 dəfə, bəzi uşaqlar 2-3 gündən bir nəcis ifraz edə bilər. Bəzi uşaqlarda 6-8 dəfə nəcis ifrazı ola bilər ki, bu da bağırsaq sisteminin yeni qidalanma şəraitinə uyğunlaşması ilə əlaqədardır. Yaş artdıqca nəcis ifrazı azalır. 1 yaşdan sonra uşaqlarda gündə 1-2 dəfə nəcis ifrazı müşahidə olunur.

AĞIZ BOŞLUĞUNUN XƏSTƏLİKLƏRİ

Uşaqlarda ağız boşluğunun xəstəlikləri yenidoğulma dövründən meydana çıxır. Ağız boşluğunun xəstəliklərinə dodaqların, dilin, çeynəmə əzələlərinin, ağız suyu vəzilərinin xəstəlikləri, ağız boşluğu orqanlarının müxtəlif anomaliyaları və inkişaf qüsurları aiddir.

Dodaq xəstəlikləri

Xeylit dodaqların qırmızı haşiyəsinin, dərisinin və selikli qişasının iltihabıdır.

Ekzermalı xeylit kiçik yaşlı uşaqlarda rast gəlinir. Qırmızı dodaq haşiyəsində və yaxınlıqdakı dəri nahiyəsində, həmçinin ağız bucaqlarında davamlı infiltrat meydana çıxır. Dodaqların səthində dərin köndələn büküşlər əmələ gəlir. Xəstəlik illərlə davam edir, tədricən diffuz neyrodermite keçə bilər.

Müalicə fərdi seçilir. Hipoallergen dieta , antihistamin preparatları, yerli təsirə malik preparatlar (kremlər) təyin edilir.

Eksfoliyativ xeylit quru və ekssudativ formalarda keçir. Quru forma əksər hallarda ekzematöz xeylilə müşayiət olunur. Dodağın qırmızı haşiyəsində və selikli qişasında quruluq meydana çıxır. Dodağın selikli qişası bozuntul rəng alır, səthində xırda pulcuqlar əmələ gəlir və onlar qopduqda yerində parlaq çəhrayı sahələr meydana çıxır. Ekssudativ forma zamanı dodağın qırmızı haşiyəsində müxtəlif ölçülü, bozuntul sarı və ya sarımtıl qəhvəyi qabıqlar meydana çıxır. Qabıqları qopardıqda yerində al qırmızı, ağrılı və göynəyən sahələr əmələ gəlir.

Yerli müalicə aparılır, iltihab əleyhinə, hiposensibilizasiyae-dici və ümumi möhkəmləndirici preparatlar təyin edilir.

Dişlərin və çənənin inkişaf pozğunluqları

Dişlərin anomaliyası dişlərin sayının, formasının, ölçülərinin çıxma müddətinin, dişlərin sırada vəziyyətinin dəyişməsi şəklində özünü büruzə verir. Çox nadir hallarda 2 diş kökünün bitməsi nəticəsində tək-tük nəhəng dişlərin əmələ gəlməsi halları olur. Əsasən aşağı çənənin 1 və ya 2 kəsici dişlərinin erkən çıxması mümkündür. Bu cür dişlərin toxumalarında minerallar zəif olur. Nəticədə diş tez yeyilir. Əgər diş boşluğu



açılırsa, iltihabi prosesin inkişafı mümkündür. Bəzən uşaq dişlə doğulur. Erkən əmələ gələn dişlər uşağın dilinin aşağı səthini və ananın döşünü zədələyir, buna görə də çıxarılmalıdır.

Çənənin inkişaf qüsurları çox rast gəlinən qüsurlardandır. Fizioloji dişləmə zamanı yuxarı və aşağı çənənin dişləri bir-birinin üzərinə düşür. Çənənin inkişaf qüsurları zamanı patoloji dişləmə meydana çıxır. Bu zaman yuxarı və aşağı dişlər arasında tam anatomik təmas baş vermir. Patoloji dişləmənin bir neçə növü mövcuddur.

Proqnatik dişləmə zamanı yuxarı dişlər aşağı dişlərə nisbətən irəli sürüşdüündən dişlər arasında təmas pozulur və onlar arasında yarıq əmələ gəlir. Uşaqda nitq səslərinin artikulyasiyası, nəfəs alma pozulur, qidanın dişlənməsi və çeynənməsi çətinləşir. Xüsusi aparatların köməyi ilə korreksiya edilməlidir.

Progenik dişləmə zamanı yuxarı dişlər aşağı dişlərə nis-

bədən geriyyə sürüşür. Aşağı çənə böyüyür, dişləmə, çey-nəmə, udma funksiyaları pozulur.

Açıq dişləmə zamanı çənələr bitişdikdə yalnız sonuncu daimi dişlər arasında təmas baş verir. Digər dişlərin bitiş-məməsi səbəbindən məsafə yaranır ki, bu da çeynəmə funksiyasını kəskin zəiflədir.

Dərin dişləmə zamanı yuxarı dişlər tam olaraq aşağı dişlə-rin qarşısını bağlayır. Bu, ağız boşluğunun selikli qişasının zədələnməsinə gətirib çıxarır.

Stomatit

Stomatit ağızın selikli qişasının iltihabi xəstəliyidir. Erkən yaşlı uşaqlarda ağızın selikli qişası çox asanlıqla iltihabi də-yişikliklərə uğrayır. Stomatit özünü müstəqil xəstəlik kimi və ya başqa xəstəliyin ağırlaşması kimi bürüzə verə bilər.

Stomatitin törədiciləri-viruslar, strepto-stafilokokklar, gö-bələklər ola bilər. Onlar ağız boşluğuna yemək vasitəsilə, çirkli əşyalarla (oyuncaq, qab və s.) keçir. Eyni zamanda ümumi immunitetin aşağı olması nəticəsində ağız boşlu-ğundakı qeyri-patogen mikrobların patogen hala keçməsi nəticəsində də baş verə bilər.

Ağız boşluğunun zədələnməsinin xarakterindən asılı ola-raq stomatit aşağıdakı klinik formalara bölünür.

Kataral stomatitlər. Bu zaman ağızın selikli qişasında iltihabi dəyişikliklər olsa da selikli qişanın hər hansı defekti (xora, afta) müşahidə olunmur. Südəmə uşaqlarda kataral stomatitlər süd dişləri çıxdığı dövrdə ağızın selikli qişasının mexaniki qıcıqlanması nəticəsində baş verir. Böyük yaşlı uşaqlarda kataral stomatitlərin əsas səbəbi ağız boşluğuna düzgün gigiyenik qulluğun olmamasıdır. Karies dişlər, diş

daşlarının, diş ərpinin olması xəstəliyə şərait yaradır. Ən çox daimi və ağıl dişinin çıxması dövründə rast gəlinir.

Kataral stomatit zamanı uşaq yeməkdən imtina edir, ağızdan suaxma olur, bəzən isə bədən hərarəti yüksəlir. Ağızın selikli qişası (xüsusən diş əti) şişir, qızarır, bəzən qanaxma da baş verir. Dili ərpli, quru olur. Əmmə çətinləşir və nəticədə uşağın çəkisi azalır.

Herpetik-uçuqlu stomatitlər. Uşaqlarda ağız boşluğunun selikli qişasının ən çox təsadüf edilən xəstəliklərindəndir. O, herpetik viruslarla törədilən infeksiyon xəstəlikdir. Əsasən 6 aydan 3 yaşa qədər uşaqlarda rast gəlinir.

Xəstəliyin gedişinin 5 dövrü ayırd edilir: gizli, prodromal, inkişaf, sönmə, klinik sağalma.

Xəstəliyin inkişaf dövrü kataral və səpki fazalarına bölünür. Herpetik stomatitlərdə xarakterik element ağ və ya sarı rəngli aftalardır (şəkil12, səh. 523). Bunlar müxtəlif ölçülü olur və açıq çəhrayı iltihabi dairə ilə əhatə olunur. Əmələgəlmə ardıcılığı: ləkə, qovucuq və aftadan ibarətdir. Aftalar müxtəlif ölçülərdə olur. Elementlər dodağın iç divarında, dildə, yanaqda, geniş zədələnmələrdə isə diş ətinin selikli qişasında, sərt damaqda olur. Elementlərin sayı 3-5-dən 30-100-ə qədər olur. Geniş yayılmış zədələnmələrdə elementlər bir-biri ilə birləşir.

Xəstəlik yüngül, orta ağır və ağır gedişə malikdir.

Yüngül forma. Kəskin başlayır, hərarət 37,5-37,8°C olur. Uşağın ümumi vəziyyəti az dəyişilir, selikli qişa qızarır, diş əti kənarları bir qədər şişkin olur. Qızarmış selikli qişa fonunda tək və ya qrupşəkilli zədələnmə elementi (6-7 sayda) olur. Kəskin dövrün müddəti 2 gündür, sonra sönmə dövrü başlayır. Səpkilər az ağırlı olur, 2-3 gün müddətində kataral gingivitin əlamətləri saxlanılır.

Orta-ağır forma. Əlamətlər kəskin nəzərə çarpır, in-

toksikasiya əlamətləri müşahidə olunur. Prodromal dövrdə ümumi vəziyyət pisləşir, uşaq əsəbi olur, iştahası azalır. Eyni vaxtda angina, yuxarı tənəffüs yollarının katari ola bilər. Adətən çənəaltı limfatik vəzilər böyüyür, hərərət 37,5-37,8°C-dək yüksəlir. Xəstəliyin inkişaf dövründə isə bədən hərərəti 38-39°C-yə çatır, ürəkbulanma, rəngin avazıması, baş ağrısı qeyd olunur.

Qızarmış selikli qişanın fonunda 10-25 aftoz səpkilər əmələ gəlir. Səpkilər nadir hallarda uzun dərisində də əmələ gəlir, uşaqda ağız suyu axması və diş ətindən qanaxma olur. Çox vaxt residiv olub, vəziyyətin pisləşməsinə gətirib çıxarır. Periferik qanda leykositoz (nəzərə çarpan limfasi-tozla) müşahidə olunur, EÇS yüksəlir. Bu formada klinik sağalma uzun çəkir.

Ağır forma. Bu forma az təsadüf edilir. Kəskin yoluxucu xəstəliklərin əlamətləri ilə gedir. Prodromal dövrdə baş ağrısı, əzginlik, əsəbilik, yuxululuq olur. Bəzi uşaqlarda burun qanaxması, mədə bulanması, qusma olur, çənəaltı-boyun limfa düyünləri böyüyür, hərərət 39-40°C olur. Gözün konyuktivasi şişir, qızarır. Ağızın selikli qişası kəskin qızarır, şişir, kataral gingivit nəzərə çarpır. Səpkilərin sayı 20-25-ə çatır. Səpkilər dəridə, ağız ətrafında, konyuktivada, sırğalıqda, əl barmaqlarında da olur. Ağır xəstələrdə səpkilərin sayı bəzən 100-ə çatır. Böyük sahəli nekroz əmələ gətirir. Bu cür ağır xəstələr sağlamlardan ayrılmalıdır.

Xoralı stomatit. Bu, ən çox ağzında karies dişləri olan böyük yaşlı uşaqlarda əmələ gəlir. Xoralı stomatit bəzən ikincili olur, pnevmoniya, dizenteriya, qızılca və s.zamanı meydana çıxır.

Xəstəlik zamanı yüksək temperatur müşahidə olunur. Xora prosesi diş ətinin kənarından başlayır. Selikli qişa qızarır, onun üzəri çirklisarı ərplə örtülür. Kiçik xoralar, ağır

hallarda isə dərin yaralar əmələ gəlir, toxumalar dağılır. Proses genişlənərək yanağın selikli qişasına keçir, ağızdan kəskin qoxu gəlir və ağız suyu ifrazı artır. Uşaq əsəbi olur, yeməkdən imtina edir, yuxusu pozulur, limfa vəziləri böyüyür. Xəstəlik yoluxucudur. Xəstəlik 7-10 gün davam edir, gedişi xoşxassəlidir.

Müalicəsi. Kataral stomatitin yüngül formasında müalicəyə ehtiyac yoxdur. Kəskin uçuqlu stomatitdə ümumi və yerli müalicə aparılır. Orqanizmin müqavimət qabiliyyətini artırmaq üçün vitaminlər, mikroelementlər, immunopreparatlar və s. təyin edilir.

Uşaqların rasional qidalanmasına diqqət yetirmək lazımdır. Yeməklər duru, yarımduru və ılıq olmalıdır ki, selikli qişanı zədələməsin. İntoksikasiyanı aradan qaldırmaq üçün çoxlu vitaminləşdirilmiş mayelər verilir. Rasiondan kəskin və duzlu qidalar çıxarılmalıdır. Əmmə və udma çətinləşdikdə südəmə uşaqlar qaşıqla yedizdirilməlidir. Yedizdirmədən əvvəl ağızın selikli qişası anestezin emulsiyası, piro-mekain məlhəmi ilə ağrısızlaşdırılmalıdır.

Kataral stomatitin yüngül formalarında ağız boşluğu antiseptiklərlə (xlorheksidin, furasilin məhlulu, çobanyastığı, palıd qabığı, adaçayı dəmləmələri ilə) yuyulmalıdır. Desensibilizəedici preparatlardan: dimedrol, pipolfen, diazolin, tavegil, kalsium qlükonat yaşa uyğun dozada təyin olunur. Herpetik stomatitlər zamanı yerli olaraq bonafton, oksalin və ya florenal məlhəmi, leykositar interferon məhlulu sürtülür. Bu dərman preparatları gündə 3-4 dəfə işlədilir. Xoralı stomatitdə ağız boşluğu böyük uşaqlarda zəif kalium-permanqanat, furasillin, hidrogen-peroksid məhlulu ilə yaxalanır. Ağız boşluğunu tripsin, pankreatin fermentləri ilə işləmək effektivdir. Bu, nekrotik prosesin qarşısını da müəyyən qədər alır. Yalnız göstəriş olduğu hallarda antibio-

tiklər tətbiq edilir.

Profilaktikası. Stomatitin profilaktikası məqsədlə uşaqlarda ağız boşluğunun gigiyenasına riayət olunmalı, karies dişlər vaxtında müalicə olunmalıdır. Sağlam südəmə uşaqlarda səhər tualeti zamanı ağızın selikli qişası işlənməməlidir. Uşağın orqanizmini möhkəmləndirmək, düzgün qidalanmasını təşkil etmək lazımdır.

Herpetik stomatit zamanı xəstə təcrid olunur, otaq kvars lampaları ilə şüalandırılır, dezinfeksiya aparılır. Təmasda olmuş sağlam uşaqlar müşahidə altına alınır.

Süd yarası. Ağız boşluğunun kandida tipli maya göbələkləri tərəfindən törədilən iltihabi xəstəliyidir. Xəstəlik əsasən südəmə dövrədə, daha çox yarımçıq doğulmuş uşaqlarda rast gəlinir. Göbək sporları həmişə havada olur və oradan ağız boşluğuna düşür. Xəstəlik hipovitaminozlar zamanı, zəif uşaqlarda çox rast gəlinir. Xəstəliyin əmələ gəlməsinin əsas səbəblərindən biri gigiyenik qaydalara düzgün riayət olunmamasıdır. Ağızın selikli qişasının bu cür zədələnmələri böyük yaşlı uşaqlarda uzunmüddətli antibiotik qəbulundan sonra baş verə bilər.

Xəstəlik ağızın selikli qişasında böyük olmayan hipereimiya ilə başlayır, sonra onun üzərində ağ rəngli əvvəl kiçik, sonra isə daha böyük çıxıntılı ərp əmələ gəlir. Bu, çürümüş südə oxşayır və selikli qişa ilə möhkəm birləşmiş olur. Ərp yanaqların içərisində, dilin üzərində, dodağın içərisində, sərt və yumşaq damaqda, udlaqda, yemək borusunda yerləşir. Belə halda udma, əmmə çətinləşir.

Müalicəsi. İlk növbədə əsas xəstəliyi müalicə etmək lazımdır. Uşağı vitaminlərlə zəngin qidalarla qidalandırmaq vacibdir. Xəstəliyin inkişaf dövründə göbək əleyhinə dərman preparatları (nistatin, flünol, qneflazol, ketaral, levorin, nizoral) təyin olunur. Ağız boşluğunun mütəmadi təmizlən-

məsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Selikli qişanın qələvi mühitini saxlamaq üçün selikli qişa 2%-li natriumhidrokarbonatla yuyulur. Eyni zamanda tetraboratın qliserində 20%-li məhlulu ehtiyatla ağız boşluğuna çəkilir. Bəzən ağız boşluğuna metilen abısının suda 1%-li məhlulu, brilliyant yaşıllı çəkilir. Bunlardan əlavə amfoterrisin və mikonazoldan da istifadə olunur.

QASTRİT

Qastrit- mədənin selikli qişasının iltihabi xəstəliyidir. Gedişinə görə: kəskin və xroniki qastrit ayırd edilir.

Kəskin qastrit. Kəskin qastrit mədənin selikli qişasının kəskin iltihabıdır. Məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqlar daha çox xəstələnirlər. Xəstəlik kobud yeməklərdən, çox yeməkdən, yaşa uyğun olmayan yeməklər, turşu, qələvi, ağır metallarla zəhərlənmələrdən, mikroorqanizm və onların toksinlərinin (salmonella, şerti patogen bağırsağ çöpləri, stafilakokk və s.) yemək vasitəsilə həzm üzvlərinə keçməsi nəticəsində əmələ gəlir. Eyni zamanda kəskin qastritlər bir sıra infeksiyon xəstəliklər zamanı (qızılca, qrip və s.) baş verə bilər. Kəskin qastrit ən çox zəifləmiş uşaqlarda müşahidə olunur.

Klinikası. Kəskin başlayır, gizli dövrü 6-12 saat ola bilər. Uşaqlar qarında, xüsusən epigastral nahiyədə olan ağrılardan şikayət edirlər. Baş ağrısı, hərərətin yüksəlməsi, ürəkbulanma, qusma, dərinin avazıması, dilin üzərində qalın çirklə ərpən olması, qarının köpməsi müşahidə olunur. Ağır hallarda ürək, qan-damar çatışmazlığı əlamətləri: tonların karlaşması, arterial təzyiqin enməsi, nəbz zəifləməsi müşahidə oluna bilər. Çox vaxt xəstəliyə enterit əlamətləri də qoşulur, tez-tez duru nəcis ifraz olunur. Düzgün müalicə

aparıldıqda xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır. Xəstəliyin davam etmə müddəti adətən 5-7 gün çəkir.

Müalicəsi. İlk növbədə kəskin qastritin səbəbi aradan qaldırılmalıdır. İntoksikasiya əlamətləri keçənə qədər yataq rejimi təyin olunur. Təkrari qusmalarda mədə natrihidrokarbonat məhlulu (0,5-1%-li) ilə yuyulur. Qələvilərlə zəhərlənmələrdə isə durulaşdırılmış turşularla (limon, sirkə turşusu, **NaCl**-un izotonik məhlulu, qaynanmış su) işlənir.

Daxilə çoxlu miqdarda mayelər (gün ərzində 1-1,5 l) qəbul edilir: rehidron, oralit, çay, NaCl-un izotonik məhlulu, mineral sular, 5%-li qlükoza az paylarla tez-tez verilməlidir. Təkrar qusmada mayelər vena daxilinə damcı üsulu ilə yedirilir (Ringer-Lok məhlulu, 5%-li qlükoza). Sonrakı günlər qıcıqlandırıcı olmayan yeməklər vermək olar. Müxtəlif həlimlər, yağlı olmayan ət suyu, suxarı ilə çay, kisel, sıyıqlar. Dieta tədricən genişlənir: tərəvəz püresi, kəsmik, durulaşdırılmış qatıq verilir. Qızardılmış, hissə verilmiş yeməklər, ədviyyatlar, piyli, kobud lifli qidalar rasiondan çıxarılır. Bağırsaq infeksiyasına şübhə olduqda antibakterial terapiya aparılır. Ağrı zamanı spazmolitiklər (no-şpa, papaverin, halidor), antasidlər (almagel, almagel A, maaloks, fosfaflugel) təyin edilir. Zəifləmiş uşaqlara qan, plazma köçürülür, əzələ daxilinə qamma-qlobulin vurulur. Bəzi hallarda kəskin qastrit xroniki hala keçə bilər.

Xroniki qastrit. Bu zaman mədənin selikli qişasında difuz və ya ocaqlı xarakter daşıyan morfoloji dəyişikliklər baş verir. Bu da mədənin sekretor və hərəkə funksiyasının pozulmasına səbəb olur.

Xroniki qastrit polietioloji xəstəlik olub, müxtəlif ekzogen və endogen amillərin təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Burada qida rejiminin pozulması (quru qidalardan istifadə, qidanın vaxtında qəbul olunmaması, yaxşı çeynəmədikdə, kobud,

duzlu-istiotlu olması və s), bəzi dərman preparatlarının uzun müddət qəbulu, Helikobakter pilori bakteriyaları, qurd invazyaları (xüsusən İyamblioz) mühüm rol oynayır. Bununla yanaşı xroniki infeksiya ocaqları, nevrozlar, endokrin pozuntular, irsi meyillilik, yeniyetmələrdə çoxlu kofe qəbulu, pis vərdişlər (siqaret, spirtli içkilər) də rol oynayır.

Klinikası. Xəstəlik dövrü gedişə malikdir, əsasən yaz-payız fəsilərində kəskinləşmə verir. Xroniki qastritin simptomları mədənin sekretor və motor funksiyasının pozulmasından asılıdır. Xəstəliyin əsas iki kliniki növü ayırd edilir: 1) xorayabənzər (Hp ilə əlaqədar olan); 2) autoimmun. Xəstəliyin gedişində kəskinləşmə və remissiya dövrləri ayırd edilir.

Əsas simptomlarından biri epiqastral nahiyədə və sağ qabırğaaltında ağrıdır. Normal və ya turşuluğu artıq olan qastritdə ağrılar tutmaşəkilli, yeməkdən 1-2 saat sonra, kobud və kəskin qida qəbulu ilə başlayır. Mədə turşusunun azlığı ilə gedən qastritdə isə ağrılar küt, yayılmış olur, yeməkdən bilavasitə sonra müşahidə edilir. Bu xəstələrdə iştahanın azalması, südlü xörelərə qarşı ikrah hissi, ürəkbulanma, yeməkdən 1-2 saat sonra qusma olur.

Diaqnostikası. Diaqnoz kliniki əlamətlərə, rentgenoloji, endoskopik və laborator müayinələrə əsasən qoyulur.

Müalicəsi. Stasionar şəraitdə aparılmalıdır. İlk növbədə qida rejimi təyin edilir. İlk günlər sıyıqlar, kisel, suxarı, çay verilir. Bir neçə gündən sonra pəhrizə yağsız soyutma ət, balıq, yumurta, tərəvəz və meyvə püresi daxil edilir. Əgər qastrit sekretor çatışmazlıqla səciyyələnirsə, bir neçə ay ərzində sekresiyanı artıran qida (bulyon, balıq, kürü, bir qədər sonra qızardılmış ət və s.) təyin edilməlidir.

Dərman preparatlarından 2%-li xlorid turşusu, mədə şirəsi, turşuluq çox olduqda, vikalin (yeməkdən 30 dəq. sonra

ılıq su ilə), almagel (bir çay qaşığı yeməkdən 20 dəq. əvvəl) təyin edilir. Ağrıya qarşı no-şpa, platifillin, belladonna təyin edilir. Bu preparatlarla yanaşı, vitaminlərin də (askorbin, nikotin turşusu, piridoksin, siankobolamin) təyini zəruridir. İştahası aşağı olan xəstələr bir kurs anabolik təsirə malik olan preparatlardan (nerabol, retobalil, apilak) istifadə etməlidirlər. Mineral sular məsləhət görülür.

QASTROENTERİT

Qastroenterit mədə və nazik bağırsağın iltihabıdır. 1 yaşdan böyük uşaqlarda daha tez-tez rast gəlinir.

Etiologiyası. Xəstəliyə aşağıdakı amillər səbəb olur: mikroblarla (salmonella, bağırsaq çöpləri) çirklənmiş, keyfiyyətsiz, ədviyyatlı qidalar, çox yemək və dərman allergiyası. Mədə və bağırsağın selikli qişasında qızartı, şişkinlik, selik ifrazatının artması müşahidə olunur.

Klinikası. Xəstəlik kəskin başlayır. Uşaq qarın nahiyəsində ağrıdan, baş ağrısından, zəiflikdən şikayət edir, hərarət yüksəlir, təkrar qusma, tez-tez duru nəcis ifrazı müşahidə edilir. Dili quru, ərpli, qarın köp olur. Bağırsaq nahiyəsində əllədikdə ağrı, gurultu qeyd olunur. Nəcisdə çox vaxt törədicilər tapılır, qanda leykositoz olur.

Müalicəsi. Xəstəliyin ağırlığından, intoksikasiyadan, susuzlaşmanın dərəcəsindən asılı olaraq kompleks müalicə (çoxlu maye verilir, lazım gələrsə damcı üsulu ilə fizioloji məhlul, ringer məhlulu köçürülür) təyin olunur. 4-6 saat çay-su dietası təyin edilir. Antibakterial terapiya, ürək dərmanları, vitaminlər, ağır hallarda kortikosteroidlər verilir. Sağalma dövründə fermentlər (pankreatin, festal, panzinorm),

stimuləedici müalicə kimi qamma-qlobulin vurulur, plazma köçürülür.

DUODENİT

Xroniki duodenit onikibarmaq bağırsağın, xroniki gastro-duodenit mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasının xroniki iltihab prosesi ilə səciyyələnir.

Etiologiyası. Xəstəliyin etiologiyasında qida və həyat rejiminin pozulması, mədə və onikibarmaq bağırsağın sinir-endokrin tənzimlənməsinin pozulması nəticəsində mədə çıxacağıının və onikibarmaq bağırsağın motor funksiyasının pozulması rol oynayır. Bu patologiya çox hallarda həzm sisteminin başqa orqanlarının xəstəlikləri ilə birlikdə, xüsusən gastroduodenit, piloroduodenit şəklində özünü büruzə verir. Bəzi hallarda lyamblioz, öd sisteminin xəstəlikləri, xroniki pankreatit bu xəstəliklə yanaşı gedir. Xəstəliyin meydana çıxmasında irsiyyət də müəyyən rol oynayır.

İnkişaf mexanizmi. Xroniki gastroduodenitin inkişafına mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasının baro və xemoreseptorlarının kobud qida, ekstraktiv maddələr, dərman preparatları ilə qıcıqlanması nəticəsində artıq miqdarda duz turşusunun əmələ gəlməsi və bunun nəticəsində artıq miqdarda asetilxolin, histamin, qastrinin ifrazı səbəb olur. Nəticədə mədə və onikibarmaq bağırsaqda iltihab prosesi baş verir, selikli qişada distrofik, destruktiv dəyişiklik gedir. Burada mikroflora dəyişir, bu isə mədə və membran həzminin pozulmasına şərait yaradır.

Klinikası. Əsas şikayət qarında olan ağrılardır. Bu ağrılar axşam yeməkdən əvvəl, bəzən gecələr olur. Ağrılar sağ qabırğa altında lokalizə olunur. Uşaqda ürəkbulanma, qıçqırma, qəbizliyə meyillilik, tezyorulma, adinamiya, başağrı-

sı, başgicəllənmə, yuxunun pozulması kimi simptomlar olur. Kəskinləşmə dövründə ağrılar daha da şiddətli olur. Duodenit zamanı öd kisəsi və öd yolları tərəfindən diskinetik pozuntular müşahidə olunur.

Fraksion fasiləsiz duodenal zondlama zamanı ödifrazetmə sistemi tərəfindən müxtəlif motor-evakuator funksiyasının pozulması aşkar edilir (Oddi sfinktorunun distoniyası, öd kisəsinin hipertoniyası, hiperkineziya və yaxud hipotoniyası). Mədənin fasiləsiz fraksion zondlanması zamanı mədənin sekretor, turşu və ferment əmələgəlmə funksiyasının pozulması aşkar edilir.

Müalicəsi. Kəskinləşmə dövründə xəstə xəstəxanada yerləşməlidir. Adətən 5 saylı pəhriz (süd, kəsmik, yumurta və s.) , A və B vitaminləri təyin olunur.

Mədənin sekretor aktivliyi artıq olarsa antasidlər, spazmolitiklər, fizioterapiya təyin olunur. Sanator-kurort müalicəsi məsləhətdir. Xəstə xəstəxanadan yazıldıqdan sonra bir rüb ərzində hər ay, sonra 3-6 ayda 1 dəfə müayinədən keçməlidir.

Profilaktikası. Yaz-payız aylarında residiv əleyhinə müalicə aparılmalıdır. Həmçinin yanaşı gedən xəstəlikləri, qida allergiyasını müalicə etmək lazımdır.

XORA XƏSTƏLİYİ

Xora xəstəliyi mədənin və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasında mədə şirəsinin təsiri ilə xoralı defektin meydana çıxması ilə xarakterizə olunan, getdikcə progressivləşən xroniki xəstəlikdir. Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinə uşaq yaşlarında az rast gəlinir.

Etiologiyası. Etioloji amillər çox müxtəlifdir. Belə xəstələ-

rin 1/3-nin valdeynlərində və yaxud yaxın qohumlarında bu patologiyaya rast gəlinir.

Xora xəstəliyinin əmələ gəlməsində bakteriyaların (heli-kobakter pilori) rolu xüsusi qeyd edilir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində alimentar amillərin də rolu böyükdür. Burada qidanın keyfiyyətinin, kəmiyyətinin, onun hazırlanma üsulunun, qidalanma rejiminin (vaxtında qidanın qəbul edilməməsi, quru qidalardan istifadə edilməsi və s.) böyük rolu var.

Xəstəliyin meydana çıxmasında humoral və hüceyrə immunitetinin də əhəmiyyəti az deyildir.

İnkişaf mexanizmi. Xora xəstəliyinin meydana çıxmasında mədə-bağırsaq sisteminin neyrohumoral tənziminin dəyişilməsi də əhəmiyyət kəsb edir. Bu səbəbdən xəstəliklər məktəbyaşlı uşaqlarda daha çox təsadüf edir. Belə ki, stress vəziyyəti nəticəsində mədənin selikli qişasının müdafiə funksiyası zəifləyir. Nəticədə mədə-bağırsaq xəstəlikləri, o cümlədən mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi yaranır.

Klinikası. Xora xəstəliyinin ilk əlamətləri adətən yaz-payız aylarında özünü büruzə verir. Ağrılar göbək nahiyəsində, tutmaşəkili, qida qəbulu ilə sıx əlaqədar olur. Əgər xora mədədə yerləşərsə, ağrı yeməklərdən sonra, tutmaşəkili olur. Onikibarmaq bağırsaq xorasında isə kəskin ağrılar tipik şəkildə aclıq, ağrı, qida qəbulu, bir qədər yaxşılaşma, sonra yenə aclıq, ağrı və s. olur.

Xarakter əlamətlərindən biri də dispeptik sindromdur. Bu isə mədə sekresiyası və turşuluğunun artması ilə izah olunur. Belə uşaqlarda ürəkbulanma, qusma, qıvcırma, gəyirmə halları, qəbizlik müşahidə olunur. Xəstələr artıq dərəcədə həssas, emosional olurlar, onlarda vegeto-distoniya, tərləmə, qırmızı dermoqrafizm və s. qeyd edilir.

Ağırlaşmaları. Uşaqlarda ən çox rast gəlinən ağırlaşma-

lar periduodenit, mədə çıxacağıının stenozudur. Bu zaman tərkibində qida qalıqları olan şiddətli qusma, ürəkbulanma, pis qoxulu gəyirmə, iştahasızlıq, qəbizlik, mədənin genişlənməsi müşahidə edilir. Xorada qanaxma aşkar və gizli şəklidə ola bilər. Xəstədə qəflətən zəiflik, başgicəllənmə olur. Uşaqlarda nadir hallarda xoranın perforasiyası baş verir, bu da kəskin peritonit şəklində gedir. Xora xəstəliyinin uzun müddət davam etməsi atrofik proseslərə, bu isə gələcəkdə onkoloji xəstəliklərə səbəb ola bilər.

Müalicəsi. Xəstəlik polietioloji olduğuna görə kompleks müalicə aparılmalıdır. Xəstə 2-3 həftə yataq rejimində olmalı, günorta yatmalıdır. Oyanıqlıq halı olarsa valerian, lüminal, ketotifen və s. təyin edilməlidir. Pəhrizə xüsusi fikir verilməlidir. Qida mexaniki və texniki cəhətdən qoruyucu olmalı, az-az, tez-tez (gündə 6-7 dəfə) verilməlidir. Pəhrizə yumurta, süd, xama, kəsmik, çəkilməmiş ət, kərə yağı, vitaminlər daxil edilməli, ət, balıq, duzlu qidalar, konservlər rasiondan çıxarılmalıdır. Kəskinləşmə dövründə 1a №li pəhriz (süd, kisel, jele, selikli sıyıqlar, ilıq yumurta, kərə yağı, kəsmik) təyin edilir. 7-10 gündən sonra 1b №-li pəhriz (suxarı, ət, balıq, süzgəcdən keçirilmiş sıyıqlar, az miqdarda duz), 10-15 gündən sonra 1 №-li pəhriz (kartof püresi, boyat çörək, yerkökü, buğda bişmiş kotlet) təyin edilir.

Etiotrop müalicə məqsədilə omeprazol, ome, panteprazol, De-Nol, eskeyp, metranidazol və s. təyin edilir.

Kəskin ağrılar zamanı spazmatikliklər (no-şpa, atropin, belladonna, platifillin, papaverin) məsləhət görülür. Vitaminlərdən B₁, B₆, B₁₂, U (xora əleyhinə təsir göstərən vitamin), C vitaminləri təyin edilir. Fizioterapevtik müalicə aparılır: parafin, kvarts, diatermiya, kalsium, novokain, brom preparatları ilə ionofarez və s. təyin edilir. Turşuluq çox olduqda mineral sular (İstisu, Mor-Mor, Yesentuki, Borjomi, Smirnovskaya,

Slavyanovskaya və s.) təyin edilir. Qanqusma, qanaxma zamanı xəstəni təcili xəstəxanada yerləşdirməli, ciddi yataq rejimi təyin etməli, qarın nahiyəsinə buz qoymalı, qan və ya plazma, 10%-li kalsium-xlorid vurulmalıdır. Perforasiya olduqda əməliyyat aparılmalıdır. Sanatoriya-kurort müalicəsi məsləhət görülməlidir (İstisu, Jeleznovodsk, Truskavetsk, Yesentuki və s.).

ÖD KİSƏSİ VƏ ÖD AXACAQLARININ XƏSTƏLİKLƏRİ

Öd kisəsi və öd axacaqlarının xəstəlikləri 4 qrupa ayrılır:

I. İltihabi (xolesistoxolangit, xolesistit)

II. Funksional (diskeneziya)

III. Mübadilə pozğunluğu (diatezlər, öd daşı xəstəliyi daxil olmaqla)

IV. Şişlər (xolangioma)

Erkən yaşda ən çox diskeneziya, öd kisəsinin və öd yollarının iltihabı, az hallarda isə şişlər, öd kisəsinin daşları şəklində rast gəlinir.

Öd yollarının diskineziyası

Öd yollarının diskineziyası funksional pozğunluqdur. Diskineziya-öd kisəsi və öd yollarının əzələ divarının motor funksiyasının pozulması deməkdir. Diskineziya birincili və ikincili ola bilər. Birincili diskineziyalar əsasən qidalanma pozğunluqları (zərərli, yağlı qida qəbulu, qidanın vaxtında qəbul edilməməsi və s.) ilə əlaqədardır. Burada heç bir orqanik dəyişiklik olmur. İkincili diskineziya öd kisəsi, oniki-barmaq bağırsağı, mədəaltı vəzinin orqanik xəstəlikləri ilə

əlaqədar olur

Etiologiyası. Diskineziyanın meydana çıxmasında aşağıdakı faktorlar rol oynayır:

1. Alimantar amil (qidalanmalar arasındakı müddətin uzanması, qidalanma vaxtının qeyri-müəyyən olması, bircəfəlik qəbul edilən qidanın həddən artıq çox olması, kefiyyətsiz, çox yağlı və ya kəskin qəbulu);

2. Hipokineziya (azhərəkətli həyat tərz);

3. Psixikaya təsir edən amillər (stres, həyəcanlanma, zədlənmə);

4. Keçirilmiş infeksiyon xəstəliklər (dizenteriya, salmanel-yoz, virus hepatiti);

5. Zəhərlənmə (bağirsaq qurdları xüsusilə, bağirsaq lyambliyozu);

6. İrsi meyillilik (öd kisəsi əzələsinin zəifliyi);

7. Atopik diatez nəticəsində orqanizmin allergik yenidənqurulması.

İnkişaf mexanizmi. Öd yollarının diskineziyasının inkişafında neyrohumoral tənzimləməyə və vegetativ sinir sisteminin tonusuna böyük əhəmiyyət verilir.

Ödün bağırsağa daxilolma ritminin pozulması disbakteriozlara və diskineziyalara səbəb olur. Uzun sürən diskineziya ödün durğunluğuna və çirklənməsinə, bağırsaq möhtəviyyatının öd axınının əksinə atılıb öd kisəsinə daxil olmasına (reflüks) səbəb olur və xolesistitə gətirib çıxarır.

Klinikası. Xəstələrdə astenik əlamətlər: tez yorulma, əsəbilik, ağlağanlıq, başağrısı, tərləmə müşahidə olunur. Uşaqlar sağ qabırğaaltında, göbək ətrafında ağrılardan şikayət edir. Qaraciyər bir qədər böyüyür.

Diskineziyanın **hipotonik tipində** öd kisəsi əzələlərinin tonusunun zəifləməsi, öd kisəsində durğunluq və onun həcmiminin böyüməsi müşahidə olunur. Ağrılar küt və sızıldayıcı

olur. Qarının böyüməsi, atonik öd kisəsi hiss edilir.

Xolesistoqrafiya və exoqrafiya zamanı böyümüş və ləng boşalan öd kisəsi aşkar edilir. Ödün tərkibi qatı olur.

Hipertonik tipli diskineziyada ağırlar tutmaşəkilli, kəsici, deşici xarakterli və qısamüddətli olur. Tutmalar zamanı həzmin pozulması, ürəkbulanma, iştahanın pozulması, gəyirmə və s. ola bilər.

Diaqnozu təyin etmək üçün duodenal zondlama (oniki-barmaq bağırsağa zond salma) vasitəsilə alınmış möhtəviyyatın kimyəvi, fiziki və bakterioloji müayinəsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Qaraciyər və öd yollarının ultrasəs müayinəsi aparılır. Son illər ödqovucu sistemdə baş verən hərəkət-evakuator pozuntuların radioizotop hematobiliosintiqrafiya üsulu tətbiq edilir.

Müalicəsi. Müalicə diskeniziyanın tipindən asılı olaraq aparılır. Pəhriz №5, yüngül qidalar təyin olunur. Dietadan ekstraktiv maddələr (qatı bulyon), efir yağları (soğan, sarımsaq), xolesterin(yumurta,piylər,qoyun əti) çıxarılır. Qida gün ərzində 4-5 dəfə verilir. Buxarda bişirilmiş qidalara üstünlük verilməlidir, minerallaşması az olan mineral sulardan ilıq şəkildə, az porsiyalarla istifadə olunur. Hipertonik diskineziyalar zamanı spazmolitiklər (platifillin, no-şpa, papaverin) təyin olunur. Fizioterapevtik prosedurlardan parafin, elektroforez və s. təyin olunur.

Öd kisəsinin hipotoniyasında “Likani”, “Sirab”, “Badamlı”, “Truskavets”, “Yesentuki” N17, “Borjom” kimi mineral sulardan istifadə olunur. Hipotenik formada öd axınını gücləndirən preparatlardan,o cümlədən ödqovuculardan (xolosas, xofitol, farmakol və s., ödqovucu otlar) istifadə olunur. Neyrotrop dərmanlar, kofein, eleuterekokk, jənşen, pantokrin, mineral sularla dübaj və s. təyin edilir.

Xolesistoxolangit

Xolesistoxolangit öd kisəsi və öd axarlarının iltihabi xəstəliyidir.

Etiologiyası. Uşaqlarda infeksiyon xarakterli olur (bakterial, virus, göbələk), bəzən toksiki də ola bilər. Öd yolları xəstəlikləri sərbəst xəstəlik kimi və ya digər xəstəliklərlə (sepsis, angina, skarlatina, adenoid, sinusit, kariyesli dişlər, infeksiyon hepatit, helmintozlar, appendisit, vərəm intoksikasiyası və s.) əlaqədar meydana çıxıb bilər. Xolesistoxolangitin meydana çıxmasında hepatit və xroniki infeksiya ocaqlarının olması əsas rol oynayır. Xəstəliyin törədicisi stafilokokklar, enterokokklar, bağırsaq çöpləri, yaşıl-irin çöpləri, maya göbələyi, viruslar və s. ola bilər.

Törədici öd kisəsi və öd yollarına aşağıdakı yollarla keçir: qalxan yolla (onikibarmaq bağırsaqdan, öd yollarının aşağı hissəsindən), limfagen yolla, həzm aparatından qaraciyərə, mədəaltı vəziyyə keçir. Hematogen yolla istənilən üzvdən və ya bağırsaqdan qarın venası vasitəsilə qaraciyərə, öd kisəsinə, öd yollarına keçir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində əsas rol İyambliyalar oynayır.

İnkişaf mexanizmi. Xolesistoxolangit çox vaxt birincili xəstəlik kimi meydana çıxır. Bundan başqa digər üzvlərin, ən çox həzm sisteminin digər xəstəlikləri ilə yanaşı gedə bilər. Daxili orqanların hər hansı birinin qıcıqlanması reflektoru olaraq öd yolunun diskineziyasına səbəb olur. Diskineziya zamanı durğunluqdan öd qatılaşır, bu isə infeksiyon iltihabi prosesin inkişafına səbəb olur.

Klinikası. Xolesistoxolangit zamanı 3 sindrom əsas götürülür: ağrı, dispeptik sindrom, intoksikasiya.

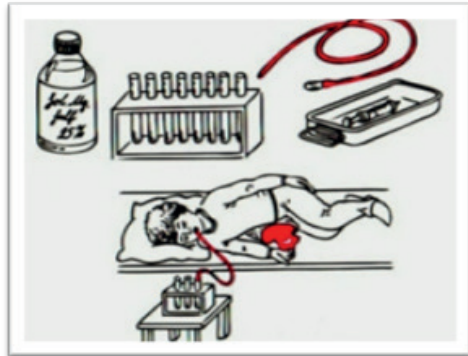
Ağrı sindromu. Sağ qabırğaaltında, soxulcanvari çıxın-

tı üzərində və ya bütün qarında ağrılar olur. Ağrılar tutmaşəkilli və ya deşici sancılarla gedir. Buna görə də uşaqlar çox vaxt cərrahi şöbəyə düşür. Ağrılar çox vaxt yeməkdən sonra başlayır. Adətən bu yağlı, kəskin ədviyyatlı, qızardılmış və soyuq yeməklərlə əlaqədardır. Sürətlə yeridikdə və qaçdıqda ağrılar artır.

Dispeptik sindrom. İştahanın azalması, mədə bulanması, hərdən qusma, bağırsağ gurultusu, köp, bəzən duru nəcis ifrazı müşahidə olunur.

İntoksikasiya. Xolesistoxolangit zamanı intoksikasiya əlamətləri özünü ümumi zəiflik, yorğunluq, subfebril hərarət, baş ağrıları, zəifləmə şəklində büruzə verir. Çox uşaqlarda dəri və selikli qişalarda sarılıq hiss olunur, hipoavitaminoz halı müşahidə olunur. Dil şişkin, qıraqlarında diş izi olur, üzəri ağ ərplə örtülür. Qarını əllədikdə sağ qabırğaaltı, öd kisəsi nahiyəsi ağrılı olur. Ovucun pəncəsi ilə qabırğaya basdıqda öd kisəsi üzərindəki qabırğa qövsündə ağrı əmələ gəlir. Qaraciyər böyüyür, qabırğa qövsündən 2,5-3 sm kənara çıxır. Palpasiya zamanı yoğun bağırsağ üzərində gurultu və ağrı əmələ gəlir. Bəzi sahələrdə isə spastik yığılmalar baş verir.

Diagnostikası. Duodenal zondlamanın cavabı əsas yer tutur. Onikibarmaq bağırsağın zondlanması zamanı «A» payı qızılı-sarı rəngdə olub, çöküntüsü olmur. «B» payı tünd zeytun rəngli, qatı olur. Öd kisəsi boşaldıqdan sonra yenidən



qızılı-sarı rəngli öd gəlir ki, bu da qaraciyər, daxili öd yollarının ifrazatıdır. Bu «S» payı adlanır. Öd bulanıq və çöküntülü olur, selik qarışığı, silindrik epitel, hüceyrə detriti, xolesterin kristalları, kalsium-bilirubinət, çox hallarda lyambliya aşkar olunur. Bakterioloji müayinə nəticəsində ödün mikroflorası müəyyənləşdirilir (A və B payda) və mikroorqanizmlərin antibiotiklərə həssaslığı təyin edilir. Diaqnoz qoymaq üçün xolesestografiyadan, ultrasəs müayinəsindən və KT-dən istifadə edilir.

Qanda neytrofillərin və EÇS-nin artması qeyd olunur. Qanın biokimyəvi müayinəsində hiperqammaqlobulinemiya, hiper və hipoxolesterinemiya müşahidə olunur.

Müalicəsi. Xəstəliyin müalicəsində qidalanma mühüm yer tutur. Xəstə 4-5 dəfə qida qəbul edir. Pevznerə görə, 5 Nəli pəhriz təyin olunur. Qida tərkibinə lipotrop təsirli məhsullar daxil edilir: kəsmik, yumurta ağı, eləcə də lesitin tərkibli məhsullar və yağın daşınmasını asanlaşdıran qarabaşaq yarması, kök, salat, göy noxud, bitki yağı. Qadağan olunmuş qida maddələri aşağıdakılardır: göbələk, qazlı içkilər, duza qoyulmuş tərəvəzlər, qaz-ördək qızartması, dondurma və s. Lyambliozlar zamanı karbohidratlar azaldılır, turş alma, quşüzümü verilir. Xolesistitin kəskinləşməsi zamanı 1-2 həftə yataq rejimi təyin edilir.

Müalicəvi bədən tərbiyəsi, vitamin müalicəsi (retinol, B qrup vitaminləri, vitamin C), ödqovucu preparatlar (xolaqon, allaxol, xolenzim), mineral sular (Borjom, Yesentuki, Sirab), $MgSO_4$, ksilit, sorbit, papaverin, no-şpa təyin edilir, Demyanov üsulu ilə mineral sularla dübaj edilir.

Kəskinləşmə dövründə mikroorqanizmə həssaslığı yoxlandıqdan sonra antibiotiklər təyin edilir. Göbələk tapıldıqda fükonazol, nistatin, levorin işlənir. Lyambliozda aminaxinol,

trixopol, mədə, mədəaltı vəzi və bağırsaqlar xəstə olduqda fermentlər (abomin, pankreatin, meksaza) göstərişdir. Mədə şirəsinin turşuluğu çox olduqda vikalın, almagel təyin edilir. Dizbakterioz zamanı bifidumbakterin, kolibakterim işlənir. Qaraciyər nahiyəsinə parafin aplikasiyası edilir. Xroniki ocaqların sağlamlaşdırılması (sanasiyası) üçün belə xəstələr 3-4 il dispanser qeydiyyatına götürülür. Həftədə 1-2 dəfə Demyanov üsulu ilə dübaj edilir. 3-6 aydan bir onikibarmaq bağırsağın zondlanması təkrar olunur və qanın müayinəsi aparılır. Fizioterapevtik müalicədə elektroforez (askorbin turşusu, novokain) aparılır.

Həzm sistemi xəstəlikləri zamanı uşaqlara qulluq

Xəstə uşaqlara qulluğun əsas vəzifələri: 1) müalicəvi-qoruyucu rejimə riayət; 2) müalicəvi qidalanma və su rasionunun təşkili; 3) həzm sistemi orqanlarının funksiyasına nəzarət etməkdən ibarətdir.

Ciddi yataq rejimində olan ağır xəstələr yataqda başları 30-35 dərəcə qaldırılmaqla qida və maye qəbul edirlər. Qidanı kiçik porsiyalarla qaşıqla, su və ya mayeni isə kiçik miqdarda xüsusi su qablarında verirlər. Boyun və sinə hissəsini salfet və ya əsgilə örtürlər. Yarım yataq və ümumi rejimə keçirildikdən sonra uşaqlar qidanı yeməxanada qəbul edirlər. Qida dadlı və ilıq olmalıdır.

Qusma ilə müşayiət edilən ürəkbulanma zamanı xəstəni sakitləşdirir, içməyə 2-3 damcı ammonium-hidroksid qatılmış 1/3 – 1/2 stəkan su verirlər. Qusma halı baş verdikdə xəstəni rahat şəkildə otuzdurmaq, sinəsinə dəsmal və

ya əsgisi salmaq, ağızını təmiz qaba yaxınlaşdırmaq və ya ayaqlarının önünə yerə ləyən qoymaq lazımdır. Həddindən artıq zəif xəstələrin uzanan yerdə başını yana elə çevirmək lazımdır ki, başı bədənindən aşağı olsun. Dəsmalı xəstənin başının altına qoyur və qusmaq üçün qabı yaxınlaşdırırlar. Qusduqdan sonra ağız boşluğunu ilıq su ilə yumaq, ağızın və dodaqların kənarlarını isə silmək lazımdır. Qusmağı dayandırmaq üçün uşağa soyuq su, buz parçaları, bir neçə nanəli damcı, 2-3 ml 1%-li novokain məhlulu verir və ya həkimin təyinatı ilə serukal yeridilir. Qusuntu kütləsini həkim gələnə qədər saxlayır, sonradan zərurət yarandığı təqdirdə enli boğazı olan təmiz qabda laboratoriyaya müayinəyə göndərilir.

Gəyirmə çox vaxt qida qəbulu zamanı, xüsusilə kiçik yaşlı uşaqlarda havanın udulması (aerofaqiya) nəticəsində yarana bilər. Bunun qarşısını almaq üçün uşaqlar qidani yavaş-yavaş, kiçik porsiyalarla, yaxşıca çeynəməklə yeməlidirlər.

Uşaqda qıvcırma olduqda, 1/3-1/2 stəkan süd və ya mineral qələvi sular: Borjom, Smirnovski, Slavyanka, Sirab və digər sulardan verirlər. Qida qəbulundan sonra uşaq 20-30 dəqiqə ərzində şaquli vəziyyətdə olmalıdır. Qıvcırmaya səbəb olan qida məhsulları: qara çörək, ədviyyat, acılı və yağlı yeməklər istisna edilir.

Meteorizmi aradan qaldırmaq üçün uşağa aktivləşdirilmiş kömür, şüyüd suyu və ya espumizan verilir, qida rasionunda qara çörəyin, kartofun, paxlalı bitkilərin, südün, turşuya qoyulmuş kələmin qəbulunu məhdudlaşdırırlar.

Atonik qəbizlik zamanı tez həzm olunan məhsulları (sıyıq, püre, xama və s.) istisna edirlər və böyük miqdarda bitki sellülozu olan pəhriz təyin edirlər (kələm, çuğundur,

qara gavalı, kəpəkli çörək). Bu cür uşaqlar çoxlu hərəkət etməlidir, qarın masaj edilir, ödqovucu, ferment preparatları verilir. Lazım gəldikdə işlədici vasitələr, xüsusən bitki mənşəli çaylar (sənnə, murdarça), az miqdarda duz preparatları (20 % maqnezium sulfat acqarına 1 çay qaşığı) təyin edirlər. Spastik qəbizlikdən əziyyət çəkən uşaqlara təmiz havada çox gəzmək, bədən tərbiyəsi ilə məşğul olmaq məsləhət görülür. Beləliklə, uşaq bağırsağı vaxtında təmizlənməsinə vərdiş edir. Rasiondan sellülozla zəngin qaba qidanı istisna edirlər. Sinir sistemini sakitləşdirən vasitələr (pişikotu, passiflora) təyin edilir.

İshal olan uşaqlara xüsusi diqqət yetirilir. İshal yarandığı andan uşağa susuzlaşmanın qarşısını almaq məqsədilə daha çox maye verirlər. Əgər bu cür əlamətlər meydana gələrsə, peroral rehidratasiya üçün duz məhlullarından istifadə etmək lazımdır. Hazır paket şəklində buraxılan rehidron və ya oralit 1 l içməli su ilə qarışdırılır. Hazır paketlər olmadıqda, bilavasitə şöbə və ya ev şəraitində duz və şəkərdən hazırlana bilər. 1 l qaynadılmış suya əlavə edilir: natrium xlorid (məişət duzu)-3,5 qr, natrium bikarbonat (qida sodası)-2,5 qr, saxaroza (şəkər tozu)-40 qr. Məhlul təmiz qabda hazırlanır və üzəri örtülür. Hər ishaldan sonra 2-3 yaşlı uşaqlara 100 ml, 2-3 yaşdan yuxarı uşaqlara isə 100-200 ml duzlu məhlul vermək lazımdır. Pəhriz tez həzm olunan, vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Qidadan süd və süd məhsullarını, bitki sellülozunu, yağlı, qızardılmış yeməkləri istisna edirlər. Uşaqları, xüsusən erkən yaşlı uşaqları hər defekasiyadan sonra yumaq lazımdır. Anal dəliyin ətrafına vazelin və ya uşaq kremi sürtürlər. Nəcis kütləsini müayinə üçün laboratoriyaya göndərir, bağırsağ infeksiyası təsdiqini tapdıqda, xəstə uşağı infeksiyon şöbəyə göndərir və ya ay-

rıca boksa keçirirlər. Cari dezinfeksiyanı həyata keçirirlər.

Tibb bacısı ishalla uşağa xüsusi diqqət yetirməlidir. Məsələn, qatranabənzər nəcisin olması mədə-bağırsaq qanaxmasına işarə edir. Hətta uşağın vəziyyəti qənaətbəxş olsa belə, tibb bacısı uşağı dərhal yatağa uzandırmalı və həkimi çağırmalıdır.

Qarında ağrılar həzm sisteminin kəskin və ya xroniki xəstəliklərinin xarakterik əlamətidir. Ağrı olduqda xəstə uşaqlara xüsusi diqqət göstərilməlidir. Həkim gələndə qədər uşaq yatağa uzandırılmalıdır. Ağrı vaxtı uşağın hərəkətlərinə, həmçinin yataqda vəziyyətinə (yanı üstə, diz və dirşəkləri birləşdirilmiş) diqqət göstərilməlidir. Həkim baxışına qədər isitqacların qoyulması və ya ağrıkəsicilərin verilməsi yolverilməzdir, çünki diaqnostikanı çətinləşdirə bilər.

FƏSİL 13. PARAZİTAR XƏSTƏLİKLƏR

HELMİNTOZLAR

Helmintozlar-parazit qurdlar (helminlər) tərəfindən törədilən xəstəliklərdir. Helmin qurdlar aşağıdakı 3 sinfə bölünür: 1. Dəyirmi qurdlar (nematodlar); 2. Sorucular (trematodlar); 3. Lentəbənzərlər (sestodlar).

Helmintozlar müxtəlif ölkələrdə təbii və sosial amillərdən asılı olaraq müxtəlif səviyyədə yayılmışdır. Respublikamızda ən çox aşağıdakı növ helmintozlara təsadüf edilir:

Nematodozlar: askaridoz, trixosefalyoz, enterobioz, trixinelyoz.

Sestodozlar: himenolepidoz, teniarinxoz, tenioz, difillobatrioz.

Uşaqlar arasında ən çox rast gəlinən helmintozlar askaridoz, enterobioz, lyambioz, trixosefalyozdur.

Askaridoz. Xəstəliyin törədicisi askaridlərdir. Askaridlər dəyirmi qurdlar sinfinə aid olub nazik bağırsaqda yaşayır. Qurdun uzunluğu 25-40 sm-dir. Yoluxma yaz və payız aylarında baş verir. Yumurtalar nəcislə xaric olur, 2 həftə ərzində xarici mühitdə yetişir. Yetişmiş yumurtalardan sürfələr əmələ gəlir, çirklənmiş, yuyulmamış meyvə və tərəvəzlə bağırsağa daxil olur, orada xarici qişasını itirir. Sonra sürfələr bağırsağın selikli qişasından qan damarlarına, qapı venasına, qaraciyərə, aşağı boş venaya və onun vasitəsi ilə ürəyin sağ hissəsinə və nəhayət ağciyərlərə keçir. Sürfələr alveolların divarını deşir, bronxlara miqrasiya edir, bəlgəm vasitəsilə ağız boşluğuna düşür və uşaq onu udaraq sürfəni yenidən nazik bağırsağa gətirir. O, burada askaridə çevrilib inkişaf edir.

Klinikası. Askaridin inkişaf tsiklinə uyğun olaraq xəstəli-

yin gedişində iki mərhələ ayırd edilir: ilkin (miqrasiya) mərhələsi və gec bağırsağ mərhələsi. Miqrasiya mərhələsində 1 həftə ərzində xəstə özünü pis hiss edir, arabir öskürür, obyektiv müayinədə invaziya çox olduqda bronxit əlamətləri aşkar olunur. Rentgenoloji müayinədə ağciyərlərdə eozonofil infiltratları müəyyən edilir. Qanda eozonofiliya, dəridə övrə tipli səpkilər meydana çıxır.

Helmint bağırsaqda inkişaf etdiyi zaman (bağırsağ mərhələsi) həzm sistemi tərəfindən pozğunluqlar, iştahanın azalması, ağız suyunun axması, qusma, ürəkbulanma müşahidə edilir. Qarın nahiyəsində ağrılar, qəbizlik, meteorizm, əsəbilik, yuxunun pozulması qeyd olunur. Helmitlər öd yollarına keçərək öd kisəsi sancıları, appendiksə keçərək appendisit, bağırsaqda toplanaraq bağırsağ keçməməzliyi əmələ gətirir.

Enterebioz. Törədiciyi yoğun və nazik bağırsağın aşağı hissəsində yaşayan dəyirmi qurddur (bizqiyruq). Uzunluğu 7-12 mm-dir. O, bağırsaqlara mexaniki təsir göstərməklə yanaşı, toksiki və allergik təsir göstərir. Bu qurdlar orqanizmdə 3-4 həftə yaşayır.

Klinikası. Əsas simptomu anus ətrafında qaşınma və qarın nahiyəsindəki ağrıdır. Çox vaxt iştahanın azalması, yaddaşın pozulması, yuxusuzluq, ağızda quruluq ola bilər. Qaşınma nəticəsində anus ətrafında, cinsi orqanlarda dermatit, abses, ekzema meydana çıxır. Qız uşaqlarında bizquyruğun cinsiyyət yollarına sürüşməsi nəticəsində vulvovaginit, həmçinin pielosistit ola bilər.

Trixosefalyoz. Xəstəliyin törədiciyi yoğun bağırsaqda yerləşir və 5 ilə qədər yaşaya bilir. Parazitin baş hissəsi tük kimi uzun və nazikdir. Quyruq hissəsi isə qalın olub bağırsağın divarından keçir. Uzunluğu 3-5 sm-dir. Qan udduğu üçün rəngi qırmızı olur. Kor bağırsaqda yaşayır. Yumurtala-

rını bağırsağ boşluğuna tökür və nəcislə xaric olur, onların sürfələri burada yetişir.

Klinikası. Zəif invaziya zamanı xəstəlik simptomsuz keçir. Əsas şikayətlər ağız suyunun axması, qusma, qəbizlik, ishal, ürəkbulanma, baş ağrısı, yuxululuq, ümumi narahatlıq və s.-dir. Xəstədə hipoxrom tipli anemiya və leykositoz müşahidə edilir. Bəzən intensiv invaziya zamanı epileptik qıcolma, ishal nəticəsində düz bağırsağın çıxması ola bilər.

Himenolepidoz. Ağ rəngli 0,5-5 sm uzunluğunda lentəbənzər qurdların törətdiyi xəstəlikdir. Yoluxma həm kontakt yolu, həm də müxtəlif əşyalar vasitəsilə olur.

Klinikası. İştahasızlıq, ürəkbulanma, qarında ağrılar, qaşınan səpgilər, konyuktivit, tezyorulma, narahat yuxu müşahidə edilir.

Trixinelyoz. Bu xəstəlik vəhşi və ev heyvanlarının trixinella ilə yoluxmuş ətinə yedikdə baş verir.

Klinikası. Xəstəlik zamanı 3 dövr ayırd edilir: inkubasiya, kəskin, sağalma və ya ölüm.

Kəskin dövrdə baş ağrıları, zəiflik, ürəkbulanma, qusma, temperatur, titrətmə, oynaqlarda ağrı və şişkinlik, dəri qaşınması, xayanın ödemi, bəzən konyuktivanın ödemi müşahidə edilir. Bu hal 10-11 gün davam edir. Sonralar əzələlərdə ağrılar baş verir ki, buna səbəb kiçik trixinellaların eninə zolaqlı əzələlərə keçməsidir. Ölüm ensefalit, beyin damarlarının trombozu, kəskin miokardit nəticəsində baş verir.

Exinokokkoz. Exinokokkozun törədicişi exinokokk-uzunluğu 2-7 mm olan lentşəkili helmint qurddur. İnsan və kənd təsərrüfatı heyvanları parazit üçün aralıq sahib rolunu oynayır. Exinokokkun əsas sahibi itlər, pişiklər, canavarlar və s. heyvanlardır. İnsan xəstə heyvanla təmasda olduqda exinokokkozla yoluxur. Yoluxma həmçinin xəstə heyvanın ifrazatları ilə çirklənmiş əşyalar, su, meşə giləmeyvələri va-

sitəsilə ola bilər. Exinokokk yumurtaları ətraf mühitdə davamlı olub, əlverişli şəraitdə 6 ayadək qala bilər. Aralıq sahibin, məsələn, insanın nazik bağırsağında yumurta xarici qışadan azad olaraq bağırsağ divarındakı damarlara düşür. Qan vasitəsilə müxtəlif orqan və toxumalara daşınır. Exinokokk sürfələri ən çox qaraciyər və ağciyərdə inkişaf edir, lakin digər orqanları da (o cümlədən sinir sistemini, əzələləri, sümükləri) zədələyə bilər.

Exinokokkun sürfə mərhələsində maye ilə dolu qovuq əmələ gəlir. Qovuğun ölçüsü bir neçə mm-dən 10-30 sm-ə qədər ola bilər. Qovuğun içərisində daha kiçik qovuqlar ola bilər. Ana qovuq kutikula adlanan qışa ilə örtülür. Kutikulanın üzərində isə fibrinoz kapsula yerləşir. Fibrinoz kapsula partladıqda rüşeyim elementləri başqa yerlərə düşərək yeni exinokokk qovuqları əmələ gətirir. Exinokokkoz zamanı qovuğun yerləşdiyi orqanların mexaniki sıxılması baş verir. Qovuğun içərisində olan maye toxumalara sorularaq toksiki təsir göstərir. Bütün helmintozlarda olduğu kimi exinokokkoz zamanı da orqanizmin qurdun həyat fəaliyyəti məhsulları ilə sensibilizasiyası baş verir.

Klinikası. Xəstəliyin kliniki şəkli qovuğun yerindən, ölçüsündən və orqanizmin sensibilizasiyasından asılıdır. Qaraciyər exinokokkozu zamanı sağ qabırğa-ağaltı nahiyədə küt sızıldayan ağrılar meydana çıxır. Ağrılar kürəyə və sağ çiyinə irradiasiya edir. Qaraciyər böyüyür, bərkiyir və ağırlıqlı olur. Bəzən qaraciyər nahiyəsində oval törəmə-parazit kistasını əlləmək olur. Kista partladıqda qarın və plevra boşluğuna sürfələr yayılır. Bu zaman anafilaktik şok inkişaf edə bilər.

Bəzən qovuğun məhvi və əhəngləşməsi nəticəsində öz-özünə sağalma mümkündür. Qaraciyər exinokokkozunun ağırlaşmaları bunlardır: kistanın irinləməsi, öd yolları

nın sıxılması nəticəsində mexaniki sarılıq, assit.

Lyamblioz. Lyamblioz lyambliyalar tərəfindən törədilən xəstəlikdir. Uşaqlarda böyüklərə nisbətən daha tez-tez təsadüf olunur. Xəstəliyə daha çox immun sistemi aşağı olan uşaqlarda təsadüf olunur. İnsan parazitın sistləri ilə çirkənlənmiş su və qida maddələrilə yoluxur.

Etiologiyası. İnsan və heyvan orqanizmində lyambliyanın 2 forması mövcuddur: vegetativ və spor formalar.

Vegetativ formada parazit nazik bağırsağın yuxarı hissələrində yerləşir. Yoğun bağırsağa düşdükdə isə vegetativ forma sistə çevrilir və oradan xarici mühitə yayılırlar. Sistlər xəstənin nəcisi vasitəsilə xaric olur və sulu mühitdə 3 aydan daha çox yaşayırlar. Xəstənin dəsmallarında, alt paltarlarında lyambliyanın sistləri 6 saatdan 2 sutkaya qədər qala bilər. Otaq temperaturunda sistlər 4-5 gün, quruda və qumsal torpaqda 12 gün, gün altında 9 günə qədər həyat qabiliyyətini saxlaya bilərlər.

Epidemiologiyası. Xəstə insan ətraf mühitə çoxlu miqdarda lyambliya xaric edir. Bu da öz növbəsində məişət-kontrakt yolu ilə (ümumi məhraba, oyuncaq) və ya təmas vasitəsilə yayılır. Uşaqlar arasında xəstəliyin yayılmasına səbəb zərərli vərdişlərdir: barmağını sormağ, dırnağını yemək, qələm dişləmək və s.

Klinikası. Xəstəlik üçün əsas xarakterik əlamətlər bunlardır: diareya (ishal), bədən çəkisinin aşağı enməsi və narahatçılıq, allergik səpkilər. Xəstəlik kəskin və ya tədricən başlana bilər. İnsan orqanizmində lyambliyanın uzun gedişi immun sistemə mənfi təsir göstərir, allergiyaların, avto-immun reaksiyaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Xəstəliyin kəskin gedişi 5-7 günlərlə çəkir. Xəstəliyin simptomları 1-4 həftə ərzində öz-özünə keçib gedir. Xəstəliyin xroniki gedişi isə məktəbəqədər uşaqlarda daha çox təsadüf olu-

nur və residivləşən formada özünü büruzə verir. Uşaqlarda ən çox təsadüf olunan simptomlar bunlardır: dilin ərpli olması, qarnın şişməsi, meteorizm və bağırsaqların guruldaması, qaraciyərin böyüməsi, öd kisəsinin ağırlı olması. Böyük yaşlı uşaqlarda və yeniyetmələrdə xəstəlik ümumi halsızlıq, tez yorulma, qıcıqlanma, baş ağrıları, başgicəllənmə, yuxu pozğunluğu kimi özünü büruzə verir.

Diaqnostikası. Helminzlərə diaqnoz qoymaq üçün nəcis nümunəsi qurd yumurtalarına görə müayinə edilir. Diaqnoz necisdə və onikibarmaq bağırsağ möhtəviyyatında lyambliyaların tapılması əsasında qoyulur. Qanın seroloji müayinəsi diaqnozu təsdiq edir.

Helminzlərin müalicəsi. Müalicə ciddi sanitariya-gigiyenik şəraitdə aparılmalıdır. Enterebioz adətən bütün ailə üzvlərində müşahidə edilir. Bu səbəbdən ailə üzvləri müayinə edilməlidir. Oxşar klinik əlamətlər olduqda bütün ailə üzvləri arasında dehelmintizasiya aparılır. Aşağıdakı qurduqovucu preparatlardan istifadə edilir: piperazin-adipinat, dekaris, pirantel, helmizol, helmintin, kombantrin, pirvinil-pamoat.

Teniozlar zamanı müalicə erkək ayıdöşəyi ekstraktı ilə aparılır, əgər qurd başı ilə düşməyibsə müalicə təkrarlanır. Trixinellyoz zamanı mebendazol (vermoks) təyin edilir. Orqanizmin müqavimətini artıran preparatlar, desensibilizəedici preparatlar, steroid hormonlar verilir. Askaridozun miqrasiya fazasında geniş spektrli helmint əleyhinə preparatlar, antihistamin preparatlar, işlədici dərmanlar təyin edilir. Bağırsağ fazasında dekaris, pirantel, vermoks verilir.

Lyambliozun müalicəsi kompleks aparılır. Qida rejiminə və dietaya əməl etmək vacibdir. Bu, lyambliyanın çoxalmasını zəiflədir. Sıyıqlar, bişmiş alma, armud, giləmeyvələr, meyvə quruları, tərəvəzlər, bitki yağı rasiona daxil edilməlidir. Karbohidratların, xüsusilə də şəkərin qəbulunu məh-

dudlaşdırmaq məsləhət görülür. Ödquvuculardan, spazmolitiklərdən də istifadə olunur. Dübaj və fermentlərin qəbulu yaxşı nəticə verir. Eyni zamanda parazit əleyhinə müalicə də aparılmalıdır: ornidazol, trixopol, makmiror, tinidazol, helmizol və s. təyin edilir. 7-10 gündən sonra müalicə təkrarlanmalıdır. Enterosorbentlər (kömür, smekta) təyin edilir. Bundan sonra orqanizmi möhkəmləndirmək, bağırsağın peristaltikasını artırmaq üçün bişmiş çuğundur, balqabaq, yerkökü verilir.

Profilaktikası. Helmintozların profilaktikası üçün sanitariya-gigiyenik qaydalara, şəxsi gigiyenaya ciddi əməl etmək, uşaq müəssisələrində hər 6-aydan bir uşağı qurd yumurtalarına görə müayinə etmək, meyvə-tərəvəzi, göyertini təmiz yuyub vermək lazımdır.

Qulluq. Tibb bacısı enterebioz zamanı uşağın təkrari yoluxmasının qarşısını almaq üçün anaya düzgün qulluq qaydalarını öyrətməlidir. Hər defekasiya aktından sonra uşaq yuyulmalı və anus ətrafına vazelin və ya uşaq kremi çəkilməlidir. Səhərlər uşağın alt paltarlarını dəyişmək, qaynar suda yumaq, yataq dəstini isə isti ütü ilə ütüləmək lazımdır.

FƏSİL 14. SİDİK-İFRAZAT SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. SİDİK-İFRAZAT SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

SİDİK-İFRAZAT SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Uşaq doğulduqda sidik-ifrazat sistemi artıq formalaşmış olsa da bəzi xüsusiyyətlərə malikdir.

Böyrəklər. Böyrəklərin əsas funksiyası ifrazat funksiyasıdır ki, bu da doğulma anından həyata keçirilir. Orqanizm su, mineral və üzvi maddələri böyrəklər vasitəsilə ifraz edir. Yenidöğulmuş uşaqlarda böyrəklərin bədən çəkisinə nisbəti yaşlı adamlardakından artıqdır. Südəmə uşaqlarda böyrəklər böyüklərə nisbətən 1-1,5 fəqərə aşağıda yerləşmişdir. Buna görə də kiçik yaşlı uşaqlarda böyrəkləri əlləmək olur.

Böyrək ləyənləri və sidik axarları. Körpə uşaqlarda böyrək ləyəncikləri və sidik axarları nisbətən enlidir, əzələ və elastik lifləri kifayət qədər inkişaf etmədiyi üçün onların divarlarının tonusu zəifdir. Bu xüsusiyyətlər sidik durğunluğuna şərait yaradır ki, bu da böyrək ləyənlərinin iltihabına səbəb ola bilər.

Sidik kisəsi. Südəmə uşaqlarda sidik kisəsi yuxarıda yerləşir, bir qədər qarın boşluğuna daxil olur. Buna görə də kisə dolu olarkən onu asanlıqla əlləmək olur. Yaş artdıqca sidik kisəsi tədriclə çanaq boşluğuna enir. Yenidöğulmüş uşaqda sidik kisəsinin tutumu 50 ml olur, 3 aya doğru 2 dəfə, 1 yaşa doğru 4 dəfə artır. 9-10 yaşda 600-900 ml-ə çatır.

Sidik kanalı. Yenidöğulmüş oğlanlarda sidik kanalının uzunluğu 5-6 sm olub, yaş artdıqca 12-sm-ə çatır. Yenidöğulmüş qızlarda sidik kanalının uzunluğu 0,8-1 sm, yaş artdıqca 3-3,5 sm olur və xarici dəliyi anusa yaxın yerləşir. Buna

görə də qızları öndən arxaya doğru yuyurlar.

Həyatın ilk günlərində sidik ifrazı az olur, sonra miqdarı çoxalır. Yenidoğulmuş uşaq 25-26 dəfəyə qədər sidik ifraz edir. Südəmə uşaqlarda gündə 15 dəfə, 2-3 yaşlarda 10 dəfə, məktəbəqədər yaşlarda 6-7 dəfə sidik ifrazı müşahidə olunur. Orta hesabla yenidoğulmuş uşaqda hər dəfə 10-50 ml, 1 yaşına qədər 50-100 ml, 5 yaşa qədər 90-200ml, 10 yaşda 150-250 ml, 15 yaşda 200-300 ml sidik ifrazı olur. Uşaqda gün ərzində sidiyin miqdarını təqribən müəyyən etmək üçün aşağıdakı düsturdan istifadə edirlər:

$$\text{Sutkalıq sidiyin miqdarı} = 600 + 100x(n-1)$$

n-uşağın yaşıdır.

Məs: 6 yaşlı uşaqda $600+100x(6-1) = 1100$ ml sidik ifrazı olur.

Doğulduqdan sonra sidiyin xüsusi çəkisi 1006-1018 olur. Südəmə yaşda 1003-1005-ə qədər enir, yaş artdıqca yəni-dən yüksəlir, 2-5 yaşda 1009-1016 olur.

Həyatın ilk aylarında sidik ifrazı sidik kisəsinin qıcıqlanmasına cavab olaraq əmələ gələn şərtsiz refleksdir. Uşaqlarda istənilən vaxt sidik ifrazı meydana çıxır. Sidik ifrazı aktında şərti refleks əmələ gətirmək məqsədilə 3-4 aylıqdan uşaqda vərdiş yaratmaq lazımdır. Bunun üçün uşaq yuxudan durduqda və ya yeməkdən 15-20 dəq. sonra onu qaba tutmaq lazımdır.

SİSTİT

Sistit–sidik kisəsinin selikli qışasının iltihabi xəstəliyi olub, onun funksiyasının pozulması ilə müşayiət olunur. Qızlarda oğlanlara nisbətən rast gəlmə tezliyi 3-5 dəfə çoxdur. Buna səbəb qızlarda qısa və geniş uretranın olması, vulva, uşaq-lıq yolu, anus dəliyinin yaxın yerləşməsidir.

Etiologiyası. Uşaqlarda sistitin baş verməsinin başlıca səbəbi bağırsağ çöpləri, stafilokokk, streptokokk, xlamidiya, proteya, göbələklər və ya qarışıq mikrob florası ola bilər.

İnfeksiya aşağıdakı yollarla sidik kisəsinə daxil ola bilər: 1) enən - böyrəklərdən; 2) qalxan - sidik kanalı vasitəsilə; 3) hematogen; 4) kontakt- kateterizasiya və sistoskopiya zamanı.

Sidik kisəsinə infeksiya ən çox qalxan yolla daxil olur. Sistit çox vaxt vulvit, vulvovaginit, balanopostit, fimoz, uretrit olan uşaqlarda baş verir. Hematogen yolla yoluxma infeksiyanın xroniki ocaqlardan (tonzillit, furunkulyoz, kəskin appendisit) qanla sidik kisəsinə düşməsi nəticəsində baş verir. Qızlarda gigiyenik rejimə riayət olunmaması nəticəsində sistit inkişaf edə bilər. Sistitin yaranmasına sidikçıxarıcı yolların anadangəlmə qüsurları, bağırsağ disfunksiyaları, helmintozlar, allergik diatez, soyuqdəymə şərait yaradır.

Klinikası. Kliniki gedişinə görə kəskin və xroniki sistit ayırd edilir.

Kəskin sistit - güclü soyuqdəymədən sonra birdən-birə baş verir. Ağrılı sidik ifrazı, qarının aşağı hissəsində ağrılar əmələ gəlir. Uşaqda tez-tez, kiçik miqdarda sidik ifrazı qeyd olunur. Bəzi hallarda uşaq sidiyini saxlaya bilmir (enurez). Eyni zamanda uşaqda narahatçılıq, yuxu pozulması və bədən temperaturunun artması qeyd olunur. Bəzən sidik pis iyli, bulanıq və qanlı olur. Bu əlamətlər adətən 2-3 gün ərzində, müalicənin təsirindən və ya öz-özünə keçir.

Xroniki sistit - əksər hallarda sidik kisəsinin kəskin iltihabının nəticəsidir. Xəstəliyin kəskinləşməsi (residiv) əlverişsiz şərait (soyuqdəymə, stress və s.) nəticəsində baş verir. Əsas kliniki əlamətlər kəskin sistitdə olduğu kimi eyni, lakin nisbətən zəif olur.

Diaqnostikası. Sidiyin ümumi müayinəsində fibrin tellə-

ri, çox miqdarda leykosit, epiteli hüceyrələri, dəyişilməmiş eritorsitlər, bəzən bakteriyalar aşkarlanır. Kəskin sistit zamanı əks-göstəriş təşkil edən sistoskopiya xroniki sistitin tanınmasında böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Müalicəsi. Kəskin sistit olan uşaqlara yataq rejimi təyin edilir. Qida vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Acı, turş, hisdə qurudulmuş məmulatlar, ədviyyatlar istisna edilir. Çoxlu içkilər şəkərli çay, mineral su, bitki dəmləmələri (ayıqulağı, qarğıdalı saçağı, solmazçiçəyi) təyin edilir. Antibakterial və uroseptik dərmanlar təyin edilir. Ağrı sindromu zamanı no-şpa, papaverin, belladonna şamları tətbiq edilir.

Xroniki sistitin müalicəsi əsasən infeksiya ocağının ləğv edilməsinə yönəldirilir. Antibakterial terapiya sidiyin bakteriooloji müayinəsindən və antibakterial preparatlara həssaslığını yoxladıqdan sonra aparılır.

PIELONEFRİT

Pielonefrit böyrəyin kasa-ləyən sisteminin və interstisial toxumasının infeksiyon-iltihabi xəstəliyidir.

Etiologiyası. Xəstəliyin etiologiyasında bağırsaq çöpləri, klepsiellalar, proteylər, streptokokklar, pnevmokokklar, stafilokokklar, viruslar və ya qarışıq flora rol oynayır.

İnkişaf mexanizmi. Kəskin pielonefritin meydana çıxmasında 3 faktor mühüm rol oynayır: İmmunitetin zəifləməsi, aktiv infeksiya, böyrəyin mikrosirkulyasiyasının pozulması. İnfeksiya böyrək parenximasına hematogen, limfogen və qalxan yolla daxil ola bilər. İnfeksiya əsasən aşağı sidik yollarından qalxan (urinogen) yolla daxil olur. Patoloji prosesin inkişafına anadangəlmə anomaliyalar nəticəsində sidik axınının pozğunluğu, sidik yollarının sıxılması və tutulması

da təsir göstərir. Bundan başqa sidik ifrazat sisteminin sinir tənziminin pozulması konstitusion anomaliyalar, maddələr mübadiləsinin pozğunluqları, duzların (oksalat, urat, fosfat) ekskresiyası, tez-tez soyuqlama da iltihabi proses üçün şərait yaradır.

Pielonefrit birincili (qeyri-obstruktiv) və ikincili (obstruktiv) olur. Birincili pielonefrit sərbəst xəstəlik kimi inkişaf edir. Bu zaman böyrək parenximasında mikroblar tərəfindən törədilən iltihabi proses baş verir. İkincili pielonefritə isə anadangəlmə, irsi və ya funksional obstruktiv uropatiyalar səbəb olur. Qızlarda əsasən qalxan, oğlanlarda enən yollar rol oynayır. Mikrobların sidik yollarında çoxalması üçün əlverişli şərait olmalıdır. Belə bir şərait hər şeydən əvvəl südəmə uşaqlarda selikli qişaların zəifliyi, asanlıqla zədələnməsidir. Bundan başqa qeyri-düzgün qidalanma, əlverişsiz gigiyenik şərait, beyin qabığının funksional vəziyyətinin pozulması və s. amillər xəstəliyin inkişaf etməsinə zəmin yaradır.

Klinikası. Xəstəlik kəskin və xroniki gedişli olur. Burada əsasən 4 sindroma diqqət yetirilməlidir: intoksikasiya, dizurik, ağrı və sidik sindromu.

Kəskin pielonefrit. Xəstəlik kəskin başlayır. Bu zaman hərarət yüksəlir (39-40°C), titrətmə, başağrısı, yuxu pozğunluğu, zəiflik, süstlük, dizurik pozğunluqlar (tez-tez, ağrılı sidik ifrazı, bəzən enurez) meydana çıxır. Uşağın iştahası pozulur, rəngi avazıyır, dərisi quru olur, tənəffüsü tezləşir, bəzən mədə-bağırsaq pozğunluğu, meningial simptomlar meydana çıxır. Böyük uşaqlarda sidik yolları boyunca, qarın və böyrək nahiyələrində ağrı olur. Pasternatski simptomu (+) olur.

Kəskin dövr 1 həftə çəkir, sonradan uşağın vəziyyəti yaxşılaşır, tədricən yerli əlamətlər yox olur, sidik ifrazı və sidiyin tərkibi normallaşır. Kəskin forma vaxtında, düzgün müalicə olunmazsa xroniki hala keçir.

Xroniki pielonefrit. 6 aydan çox pielonefrit əlamətləri davam edərsə və bu dövrdə 2 dəfədən az olmayaraq residiv verərsə, xroniki pielonefrit hesab olunur. Xroniki pielonefritin klinikası xəstəliyin mərhələsindən, gedişindən asılıdır. Xəstəlik dalğavari gedərək özünü kəskin, latent şəkildə büruzə verir. Birtərəfli pielonefrit zamanı bel nahiyəsində küt ağrı, tez yorulma, başağrıları, daimi olmayan subfebril temperatur, iştahanın, çəkinin az olması, piuriya, mikrohematuriya müşahidə edilir. İkitərəfli proses zamanı isə əlavə olaraq bel nahiyəsində xarakterik ağrılar, pollakuriya, piuriya, poliuriya, böyrəklərin konsentrasiya qabiliyyətinin tədricən zəifləməsi qeyd olunur. Xəstəlik latent gedişi zəif simptomatika ilə müşayiət edilir, illərlə uzanır, təsadüfən aşkara çıxarılır. Xroniki pielonefrit bir çox ağırlaşmalar verə bilər: urosepsis, paranefrit, pielonefroz, böyrək çatışmazlığı və s.

Diaqnostikası. Sidiyin ümumi müayinəsinə (leykosituriya, bakteriuriya, nadir hallarda tək-tək eritrositlər, silindirlər), bakterioloji analizə, böyrəyin funksional sınaqlarına, qanın ümumi, biokimyəvi tədqiqinə, USM, kontrast uroqrafiya və renosintiqrafiyanın nəticəsinə əsaslanır. Qanda anemiya, leykositoz, EÇS-nin yüksəlməsi qeyd olunur. Xəstəliyi diffuz qlomerulonefrit, irsi tubulopatiyalar, vulvit, böyrək vəرمi ilə diferensiasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi. Pielonefritin müalicəsi mərhələli və kompleks şəkildə aparılmalıdır. İlk növbədə düzgün rejim, qidalanma təyin edilir. Kəskin fazada yataq rejimi, hərərət normallaşdıqda yarımyataq rejimi təyin edilir. Pəhrizə xüsusi fikir verilir. Qidada kartof üstünlük təşkil etməlidir. Gündəlik qida rasionunda 150 qr kartof, 40-50 qr yağ, 15 qr şəkər, 150-200 qr çovdar çörəyi məsləhət görülür. Şəkər, meyvə günləri, kompot, kisel, çay təyin edilir. Süd, kəsmik, pendir, ət, balıq, kolbasa, un xörəkləri verilmir, xiyar, turp, kələm məhdudlaşdırılır. Uşağa çoxlu maye içizdirilir.

Antibakterial terapiyaya xüsusi yer verilir: ilk növbədə antibiotiklər (nefrotoksik təsirə malik olmayan) təyin olunur. Bununla yanaşı nitrofuran törəmələri (furadonin, furagin), nalidiksın turşusu törəmələri (neqram, neviqramon), 5-NOK, sulfanilamid preparatları (biseptol), C, P, B qrup vitaminlər təyin olunur.

Sönmə dövründə nikotin turşusu, stimuleedici terapiya məqsədilə retobolil, nerobol təyin olunur. Sidikqovucu və iltihab əleyhinə təsir göstərən bitkilərdən-qatırquyruğu, ayıdöşəyi, ardıc, itburnu, böyrək çayı və s. istifadə etmək məsləhətdir.

Xroniki pielonefritin müalicəsində immun preparatlarından-pentoksil, metilurasil və s. istifadə edilir.

Profilaktikası. Xəstəliyin profilaktikası məqsədilə orqanizmin müqavimətini artırmaq, xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyası, sanitariya-gigiyenik qaydalara əməl etmək və s. lazımdır. Remissiya dövründə sanator-kurort təyin edilir.

QLOMERULONEFRİT

Qlomerulonefrit – əsasən böyrəyin yumaqcıq aparatının, daha sonra isə digər strukturlarının zədələnməsi ilə gedən böyrəklərin immunokompleks xəstəliyidir. Xəstəlik progressiv gedişə malikdir. Ən çox məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda təsadüf edilir.

Etiologiyası. Əsasən angina, eləcə də yuxarı tənəffüs yollarının katarı, skarlatina, piodermiyadan sonra baş verir. Əmələ gəlməsində «A» qrupundan olan β -hemolitik streptokokklar rol oynayır. Kimyəvi maddələrin, virusların rolu da müstəsna deyil.

İnkişaf mexanizmi. Orqanizmin reaktivliyinin dəyişilmə-

si əsas rol oynayır. Uşağın güclü soyuqlaması bu reaktivliyin dəyişməsinə təkan verir.

Böyrəklərin yumaqcıqlarını zədələyən toksin ilk növbədə onun damarlarına təsir göstərir. Yumaqcıq kapilyarlarının zədələnməsi nəticəsində böyrək süzgeçlərinin blokadası baş verir. Bundan başqa damardaraldıcı xassəyə malik olan renin adlı maddə ifraz olunur. Nəticədə qan təzyiqi yüksəlir. Böyrək süzgecinin blokadası böyrəyin ifrazetmə funksiyasını zəiflədir. Qanda suyun, duzların toplanması qanın həcmi artırır

M. Y. Studenikin və V. İ. Naumova təsnifatı

Qlomerulonefritin forması	Böyrəklərdə gedən prosesin fəallığı	Böyrəklərin vəziyyəti
1. kəskin qlomerulonefrit: kəskin nefrotik sindromla, izolə edilmiş sidik sindromu ilə, qarışıq forma	1. Başlanğıc əlamətlər dövrü 2. Geriyə inkişaf dövrü 3. Xroniki qlomerulonefritə keçmə dövrü	1. Böyrək funksiyasının pozulmaması ilə 2. Böyrək funksiyasının pozulması ilə 3. Kəskin böyrək çatışmazlığı
2. Xronik qlomerulonefrit: nefrotik forma, qarışıq forma, hematurik forma	1. kəskinləşmə dövrü 2. qismən remissiya dövrü 3. tam klinik laborator remissiya dövrü	1. Böyrək funksiyasının pozulmaması ilə 2. Böyrək funksiyasının pozulması ilə. Xroniki böyrək çatışmazlığı
3. Yarımkəskin (bədxassəli) qlomerulonefrit		1. Böyrək funksiyasının pozulması ilə 2. Xroniki böyrək çatışmazlığı ilə.

Klinikası. Xəstəlik zamanı ümumi intoksikasiya fonunda inkişaf edən sidik, ödem və hipertenzion sindromlar müşahidə edilir.

Sidik sindromu sidik ifrazında pozğunluqlar və sidikdə olan dəyişikliklərlə əlaqədardır. Qlomerulonefrit zamanı oliquriya, hematuriya, proteinuriya, silindruriya meydana çıxır. Hematuriyanın intensivliyi müxtəlif olur: mikro və makrohematuriya müəyyən oluna bilər. Makrohematuriya zamanı sidik ət yuyuntusu və ya tünd çay rəngində olur. Sidik çöküntüsündə çoxlu sayda leykositlər müəyyən olunur. Bel nahiyəsində ağrı, (+) Pasternatski simptomu müşahidə olunur.

Böyrəkdənkenar əlamətlər hipertenziya və ödemdir. Nefritin əsas əlaməti ödemdir. Ödem əvvəl səhərlər müşahidə edilir, axşama yaxın isə azalır. Əvvəlcə yalnız göz qapaqları və göz altında ödem meydana çıxır, sonra bədənə və ətraflara yayılır. Ağır hallarda maye seroz boşluqlara toplanır.

Hipertenzion sindrom inkişaf etdikdə həm sistolik, həm də diastolik arterial təzyiq artır. Xəstədə başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma meydana çıxır. Ürək tonları karlaşır, zirvədə sistolik küy eşidilir, bradikardiya meydana çıxır.

Qlomerulonefritin 3 əsas forması ayırd edilir:

1. Nefrotik forma zamanı yayılmış ödemlər, hətta anasarka meydana çıxır. AT çox yüksək olmur, lakin yüksək proteinuriya müşahidə olunur.

2. Hematurik forma zamanı zəif pastozluq, AT-nin yüksəlməsi, davamlı makrohematuriya və proteinuriya müşahidə olunur.

3. Qarışıq forma zamanı ödemlər, AT-nin yüksəlməsi və sidik sindromu (proteinuriya, silindruriya, makrohematuriya, leykasituriya) müşahidə olunur. Bu, ən ağır formadır.

Qlomerulonefritin ağır gedişi zamanı həyat üçün təhlükə

li ağırlaşmalar meydana çıxa bilər: 1) kəskin böyrək çatmamazlığı; 2) eklampsiya; 3) kəskin ürək çatmamazlığı. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda eklampsiya, kəskin ürək, böyrək çatmamazlığına az təsadüf edilir.

Kəskin böyrək çatmamazlığının kliniki əlamətləri bunlardır: oliqo və ya anuriya, ödemlər, dəri qaşınması, dispeptik pozğunluqlar (anoreksiya, ürəkbulanma, təkrari qusma, ishal), hemorragik sindrom, ükək-damar və MSS-nin pozğunluqları, metabolik asido və uremik koma.

Qlomerulonefrit zamanı əsas ağırlaşmalardan biri eklampitik uremiyadır. Beyin damarlarının spazmi, asidoz, ödem yaranır, bu isə onurğa beyin mayesi təzyiqinin artmasına səbəb olur. Tutmalar qəflətən başlayır, xəstədə şiddətli başağrıları, başgicəllənmə, qan təzyiqi, ödemin artması, öyümə, qusma, huşun itməsi, bradikardiya, reflekslərin güclənməsi, tonik, klonik qıcolmalar müşahidə olunur. Bəbəklər genəlir, onların işığa reaksiyası artır, xəstə dilini dişləyir, bəzən qeyri-iradi sidik, nəcis ifraz edir. Göz dibinin müayinəsi zamanı görmə siniri məməciyində durğunluq aşkar edilir.

Qlomerulonefrit zamanı ürək-damar çatmamazlığı az rast gəlinir. Bu zaman ödemlər, bradiaritmia meydana çıxır, ürəyin sərhədləri genişlənir, AT aşağı düşür.

Xəstəliyin kəskin (6 ayadək), uzunmüddətli (1 ilədək) və xroniki (1 ildən çox) gedişi ayırılır.

Diagnozistikası. Müayinə kompleks şəkildə aparılmalıdır: sidinin analizi (həftədə 1 dəfə), Zimnitski sınağı (10-14 gündən bir), sutka ərzində içilən və xaric olan mayenin miqdarı, sidinin əkilməsi, arterial təzyiqin gündəlik ölçülməsi, qanın klinik analizi (7-10 gündən bir), qanda kreatinin, sidik cövhəri, qalıq azot, xloridlər, kalium, Na, fosfor, zülal fraksiyalarının miqdarını yoxlamaq, göz dibinin müayinəsi, USM, EKQ.

Diferensial diaqnostikasi. Qlomerulonefrit xəstəliyini Şenleyn-Henox xəstəliyinin hematurik forması, nefrotik sindrom və s. xəstəliklərlə diferensiasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi. Hematuriyanın, EÇS-nin və ödemənin azalmasına qədər yataq rejimi təyin edilir. Ağır hallarda şəkər günləri təyin edilir. Bu zaman kompot, təzə meyvə şirələri, 5%-li qlükoza məhlulu, meyvə-tərəvəzlər (üzüm, gavalı, limon, qarpız, alma, heyva, albalı) verilməlidir. Şəkər günləri hər 7-10 gündən bir təyin edilir.

Müalicə zamanı zülalları azaltmaq lazımdır. Ödemə meyllilik olduqda xörək duzu və natriumla zəngin olan ərzaqlar (pendir, noxud, yerkökü) verilməməlidir. Xörək duzu 3-4 həftədən sonra 1-2 q təyin edilir. 2-ci həftədən kəsmik, süd, suda qaynadılmış balıq və yağlar, müalicədən 5-6 həftə sonra gündə 3 qr xörək duzu təyin edilir.

Müalicə məqsədilə antibakterial preparatlar (penisillin, eritromisin) təyin edilir. Kəskin nefritin müalicəsi zamanı desensibilizəedicilə preparatlara (dimedrol, suprastin, pipolfen, kalsium duzları) geniş yer verilir, vena daxilinə 20%-li qlükoza məhlulu təyin edilir. Kompleks terapiyada vitaminlər (A, C, B qrup), hematuriya zamanı vikalol, 5%-li ε-aminkapron turşusu, oliquriya zamanı sidikqovucu preparatlar (laziks, hipotiazid, mannitol və s.) istifadə edilir. Nefrotik formalı xəstələrə hipoproteinemiyanı aradan qaldırmaq məqsədilə plazma və ya albumin vurmaq məqsədəuyğundur. Qan təzyiqini azaltmaq məqsədilə hipotenziv preparatlar (kaptopril, papaverin, raunatin, bifekt) verilir. Ürək fəaliyyətini yaxşılaşdırmaq üçün digitalis, kordiamin, kofein, strofantin, korqlükon və s. istifadə edilir. Qlomerulonefritin ağır formalarında hormonal preparatlar (prednizalon, deksametazon), sitostatiklər (xlorbutin, siklofosfan), antikoagulyantlar (heparin, kurantil), xəstəliyin uzunmüddətli formalarında xinolin preparatları (delagil, plakvenil) təyin edilir.

Stasionardan evə yazıldıqdan sonra xəstə evdə ambulator şəraitdə müalicəni davam etdirməlidir. Ayda bir dəfə qanın və sidiyin müayinəsi aparılmalı, AT ölçülməlidir. Uşaq dispanser qeydiyyatına götürülür, 3-6 aydan bir həkim tərəfindən müayinə edilir.

Böyrək xəstəlikləri olan uşaqlara qulluq

Böyrək və sidik yolları xəstəlikləri olan uşaqlara qulluğun xüsusiyyətləri bu və ya digər xəstəliyin xarakteri ilə müəyyən edilir.

Tibb bacısı böyrək və sidik yolları xəstəlikləri olan uşaqlara qulluqda müalicəvi-qoruyucu rejimə, pəhrizə ciddi riayət edilməsinə, su-duz mübadiləsinin bərpasına və sabitləşməsinə xüsusi diqqət yetirir. Xəstəliyin kəskinləşməsi dövründə uşaq yataqda olmalıdır. Vəziyyəti yaxşılaşdıqca uşağı yarımyataq, sonra isə ümumi rejimə keçirirlər.

Pəhriz xəstəliyin xarakterindən asılı olaraq dəyişilir. Nefrit zamanı kəskinləşmənin ilk günlərində xəstənin qida rasionundan duzu çıxarırlar. Duzsuz pəhrizi 1 - 1,5 ay müddətinə təyin edirlər və tədricən, vəziyyəti yaxşılaşdıqca genişləndirirlər. Ət yemək qadağan edilir (pəhriz №7, 7a). Sidik yolları xəstəlikləri zamanı acı, hisə verilmiş, qızardılmış yeməkləri rasiondan çıxarırlar. Mübadilə nefropatiyalı uşaqlarda uraturiya, oksalaturiya, fosfaturiya zamanı pəhriz sidiklə xaric olan duzların xarakterinə əsasən təyin edilir.

Tibb bacısı uşağın içdiyi və orqanizmdən ifraz olunan mayenin miqdarına nəzarət etməlidir. Gündəlik diurez miqdarını ölçmək üçün gün ərzində yığılmış sidiyi xüsusi şüşə qaba toplayır, sonradan ölçülü şüşə silindrin içinə süzür və miqdarını ölçür. Eyni zamanda sutka ərzində içilən mayenin miqdarını da nəzərə alır. Tibb bacısı diurez haqqında məlumatları qeyd

edərək həkimə məlumat verir, diurezin ölçülməsi ilə yanaşı, ödemli xəstələrin hər gün çəkisini yoxlayır. Sidik yollarının xəstəlikləri zamanı tibb bacısı uşaqların maye qəbuluna nəzarət edir. Bundan başqa tibb bacısı böyük yaşlı uşaqların gündəlik gigiyenik prosedurlarına nəzarət edir, kiçik yaşlı uşaqları isə özü yuyundurur.

Tibb bacısı qlomerulonefrit xəstəliyi olan uşaqların nəbzinə nəzarət edir, arterial təzyiqi ölçür. Belə uşaqların görmə qabiliyyəti yoxlanılmalı, uşaq baş ağrılarından və ya görmə zəifliyindən şikayət edərsə, dərhal bu barədə həkimə məlumat verilməlidir.

Böyrək çatışmazlığı zamanı uşaq yataqda olmalıdır. Sidik kisəsinin və bağırsağın vaxtında boşalmasına gündəlik nəzarət edilir. Uşağın geyiminə xüsusi diqqət yetirilir - geyim təbii parçalardan olmalıdır: yun paltar, isti corab geyindirilir. Yataq yarasının qarşısını almaq üçün döşəkağı dəyişdirilir, dəri dezinfeksiya məhlulu ilə təmizlənir, həftədə 2-3 dəfə gigiyenik vanna qəbul edilir.

Enurez (qeyri-iradi sidik ifrazı) zamanı uşağı tez-tez sidiyə çıxarırlar. Tibb bacısı gecə yatarkən döşəkağının altına müşənbə sərir, uşaq bezi geyindirir, gecədə bir neçə dəfə uşağa yaxınlaşır. Tez-tez və ağrılı sidiyə çağırışlar, dolu sidik kisəsi ilə sidiyin kəskin yubanması zamanı tibb bacısı uşağa xüsusi diqqətlə yanaşmalı, həmçinin uşağa təcili tibbi yardım etməyi bacarmalıdır. Bəzi uşaqlar yalnız üfüqi vəziyyətdə sidik ifraz edə bilirlər, belə olduqda onların altına ləyən, sidik kisəsi nahiyəsinə ilıq qrelka qoyulur və yaxud uşağı isti su vannasına otuzdururlar. Bəzən sidik ifrazatı refleksi sıxıcıdan axan su səsi ilə oyanır. Bu üsullar effekt vermədiyi təqdirdə, sidik kisəsinin kateterləşməsinə həyata keçirirlər.

FƏSİL 15. QANYARANMA. QAN XƏSTƏLİKLƏRİ

UŞAQLARDA QANYARANMA

Qan sisteminə periferik qan, qanyaranma orqanları (qırmızı sümük iliği, qara ciyər, dalaq, limfatik düyünlər və limfoit törəmələr) aiddir. Qan, limfa və toxuma mayesi orqanizmin daxili mühitini əmələ gətirir.

Hələ uşaq doğulduğu zaman onun qaraciyərində, dalağında və dərialtı piy qatında qanyaranma ocaqları şəklində rüşeym qalıqlarını aşkar etmək olur. Sümük iliği yalnız embrional həyatın II yarısında formalaşmağa başlayır. Körpə uşaqlarda eritrositlərin və leykositlərin əmələ gəldiyi əsas yer bütün sümük iliğidir, II yeri dalaq və limfa toxuması tutur. 4 yaşdan başlayaraq uzun sümüklərin diafizindəki qırmızı (qan yaranan) ilik tədricən sarı piyli iliyyə çevrilir, qanyaratma funksiyasını itirir. Bu proses 12-15 yaşda qurtarır. Bundan sonra qanyaranma yastı sümüklərdə, qabırğalarda, fəqərələrin cismində və borulu sümüklərin epifizində davam edir.

Bütün qanyaradıcı toxumanın ilkin elementi sütun hüceyrələridir. Sütun hüceyrələri özünü yaratmaqla yanaşı, daha yetkin hüceyrələrə diferensiasiya oluna bilir. Bu diferensiasiya qanyaradıcı orqanlarda baş verir.

Qan komponentləri. Qan-plazmadan və formalı elementlərdən (eritrosit, trombosit, leykosit) ibarətdir.

Plazma-qanın maye hissəsidir, sudan (90%) və quru çöküntüdən (10%): zülal, yağ, karbohidrat, duzlar, mikroelementlər, hormonlar və s. ibarətdir.

Eritrositlər (qırmızı qan hüceyrələri) - daxilində hemoglobin var və orqan və toxumalara oksigen daşıyır.

Leykositlər (ağ qan hüceyrələri) - əsas funksiyası orqanizmi infeksiyalardan qorumaqdır.

Trombositlər (qan lövhəcikləri)-qan laxtasının əmələ gəlməsində rol oynayan qan lövhəcikləridir.

Qanın bütün sistem və orqanların həyat fəaliyyətində böyük əhəmiyyəti vardır. Qan aşağıdakı funksiyaları yerinə yetirir:

Nəqliyyat. Qan tənəffüs (ağciyərlərdən oksigeni toxumalara və toxumalardan karbon-dioksidi ağciyərlərə daşması), qidalandırma (toxuma hüceyrələrini qida maddəsi ilə təmin etməsi), ifrazedici (maddələr mübadiləsinin lazımsız maddələrinin ağciyərlərə və böyrəklərə daşınması və orqanizmdən onların ekskresiyası), termotənzimləmə (istiliyin daşınmasıyla bədən temperaturunun tənzimlənməsi), tənzimləmə (müxtəlif orqan və sistemlərə hormonları daşıyaraq onları əlaqələndirməsi) funksiyalarını daşıyır.

Müdafiə. Hüceyrə və humoral immuniteti təmin edərək orqanizmi yad agentlərdən (maddələrdən) müdafiə edir.

Homeostatik. Orqanizmin daxili mühitinin tarazlığını (turşu-qələvi müvazinəti, su-elektrolit müvazinəti və s.) qoruyur.

Müxtəlif yaşlarda qan miqdar və keyfiyyət cəhətdən xüsusi dəyişikliklərə məruz qalır. Hematoloji göstəricilərə görə uşaq həyatı şərti olaraq 3 dövrə bölünür: yenidoğulma dövrü, südəmər və böyük yaş dövrü. Bu dövrlər arasında çox mühüm fərqlər vardır. Qanın ümumi miqdarı yenidoğulmuşlarda bədən çəkisinin 14%-ni, 3 yaşınadək uşaqlarda 8%-ni, 12-14 yaşında 7-9%-ni təşkil edir. Böyüklərdə qan bədən çəkisinin 7%-ni təşkil edərək 5 l-ə bərabərdir. Yenidoğulmuşun qanı hemoqlobinin miqdarı və eritrositlərin sayının çox olması ilə xarakterizə olunur. Həyatın I-II günündən onun miqdarı azalmağa başlayır və yenidoğulma dövrü ərzində bu proses davam edir.

Yenidoğulmuşda dövr edən qanın həcmi vaxtında do-

ğulmuş uşaqlarda 80-85 ml/kg, vaxtından qabaq doğulmuş uşaqlarda 90-100 ml/kg-dır.

Yenidoğulmuşda qanın bəzi göstəriciləri aşağıdakı kimidir. Hemoqlobin:

-vaxtında doğulmuş uşaqda -165-180 q /l

-vaxtından qabaq doğulmuş uşaqda -155-175 q/l.

Eritrositlərin miqdarı $4,5-7,5 \times 10^{12}/l$ -ə qədər dəyişir və I günün sonunda və II günün əvvəlində azalmağa başlayır. Rəng göstəricisi (hemoqlobin miqdarı ilə eritrositlərin sayı arasındakı nisbət) ilk günlərdə 0,9-dan 1,3 -ə qədər dəyişir.

Yenidoğulmuşlarda eritrositlərin aşağıdakı keyfiyyət fərqləri vardır:

- anizositoz (eritrositlərin boyunun müxtəlifliyi) ilk 5-7 gün ərzində aydın aşkar edilir;

- polixromatofiliya (eritrositlərin rənginin müxtəlifliyi) həyatın birinci günlərində müəyyən olunur;

- retikulositlərin (cavan eritrositlər) miqdarının çoxluğu;

- normoblastlar (nüvəsi olan cavan eritrositlər) xüsusən həyatın I günlərində olur.

Yenidoğulmuşda EÇS saatda 2-3 mm-ə bərabərdir. Onlarda leykositlərin sayı $1m^3$ -də 10000-dən 30000 qədər dəyişir və sonrakı günlərdə onların miqdarı azalır.

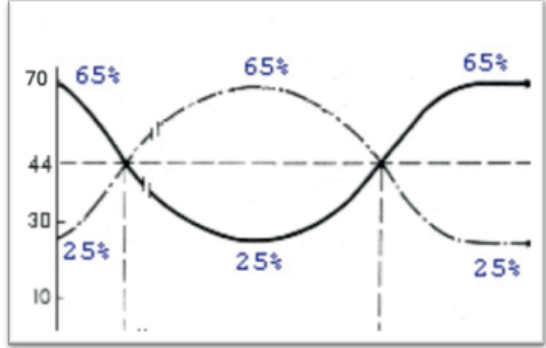
5-7 günlüyə qədər leykositlər düsturda sola meyilli neytrofillər üstün olur. Bu müddətdən sonra qanda limfositlər üstünlük təşkil etməyə başlayır və leykositlər düsturda birinci fizioloji çarpazlaşma əmələ gəlir. Bu zaman neytrofil və leykositlərin miqdarı bərabərləşir.

Yenidoğulmuş uşaqlarda trombositlərin orta miqdarı $1 mm^3$ -də 20000- 25000 təşkil edir.

Südəmə uşaqlarda birinci aylarda hemoqlobinin miqdarı azalmaqda davam edir və I ilin sonuna qədər həmin miqdarda qalır. Eritrositlərin miqdarı da azalır və orta hesabla

1 mm³ 3500000-4000 000-a bərabər olur. Rəng göstəricisi həmişə vahiddən kiçik olur (0,75-0,8).

Südəmə uşaqlarda EÇS saatda 3-5 mm-ə qədər dəyişir.



Südəmə uşaqların leykosit düsturunun aşağıdakı xüsusiyyətləri vardır: limfositlərin üstünlük təşkil etməsi, neytrofillərin sola doğru azacıq meyil etməsi, orta dərəcədə monositoz, plazmatik hüceyrələrin olması.

2 yaşında yenidən neytrofillərin miqdarının tədricən artması və limfositlərin miqdarının azalması müşahidə olunur. 5 yaşında onların miqdarı bərabərləşir və leykositar düsturda **ikinci fizioloji çarpazlaşma** müşahidə olunur. Sonrakı illərdə isə neytrofillərin sayı artmağa başlayır. Ağ qanın digər elementlərində dəyişikliklər nəzərəcarpacaq dərəcədə deyil.

LİMFATİK SİSTEMİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Limfa sistemi limfa düyünlərindən, limfoid follikullardan və limfoid toxumanın diffuz yığınınından ibarətdir.

Limfa düyünləri ana bətnindəki həyatın III ayına doğru əmələ gəlir. Yenidoğulmuş uşaqda limfa düyünləri nisbətən böyükdür, birləşdirici toxuma kapsulu nazik və zəifdir, payarası arakəsmələri, demək olar ki, yoxdur.

Limfa düyünlərini müayinə edərkən onların həcminə, sıxlığına, hərəkətliliyinə fikir vermək lazımdır. Limfa düyünləri ən mühüm limfopoez orqanıdır. Limfa düyünlərinin yalnız limfaya düşmüş maddələrə qarşı deyil, qanda dövr edən maddələrə qarşı da qoruyucu funksiyası çox mühümdür. Limfa düyünlərinə daxil olmuş zəhərli maddələr, bakteriyalar, onların toksinləri burada zərərsizləşir.

Limfa düyünlərinin üçüncü mühüm funksiyası antitel əmələ gətirməkdən ibarətdir ki, bu da limfa düyünlərində plazma hüceyrələrinin olması ilə əlaqədardır. Limfa sisteminə udlaq Piroqov limfoid həlqəsi aid edilir. Buraya damaq, burun-udlaq, udlağın arxa divarındakı qranullar və badamcıqlar daxil olur.

Timus vəzi – ön divar arasının yuxarı şöbəsində yerləşən cüt paylı orqandır. Onun bir orqan kimi formalaşması ana bətnindəki həyatın IV ayının sonuna doğru başa çatır. 2 yaşa doğru o, öz son həddinə çatır. Sonra isə vəzinin invalyusiyası başlayır. Onun parenximası tədricən piy toxuması ilə əvəz olunur. Vəzinin limfositopoetik, mübadilə, immunoloji və endokrin funksiyaları var. İmmunitetin mərkəzi orqanı olaraq timus vəzisi hüceyrə immunitetini təmin edən T-limfositlərini əmələ gətirir.

Timus vəzi uşağın ümumi metabolizmində, xüsusən nukleoprotein mübadiləsində müəyyən rol oynayır.

Dalağın uşaqlarda özünəməxsus xüsusiyyətləri var: qan damarları ilə zəngindir, birləşdirici toxuma əsası zəifdir. Dalağın əsas funksiyası limfositlər əmələ gətirmək, eritrositləri və monositləri parçalamaqdır.

ANEMİYA

Anemiya qanın həcm vahidində hemoqlobin və eritrositlərin sayının aşağı düşməsi ilə gedən patoloji prosesdir.

Erkən yaş dövründə qanyaranma prosesi çox sürətlə gedir və qanyaradıcı orqanlar çoxlu miqdarda zülal, vitamin, mikroelementlər sərf edir. Ona görə də qidalanmanın və qulluğun pozulması, dərman qəbulu, infeksiyon xəstəliklər və digər amillər uşaqlarda tezliklə anemiyaya gətirib çıxarır.

Hazırda istifadə olunan təsnifatlara görə anemiyanın bir neçə əsas qrupları ayırd edilir:

1. Posthemorragik anemiya;
2. Hemopoezin pozğunluğu ilə əlaqədar baş verən hipo və aplastik anemiya;
3. Eritrositlərin formalaşması üçün lazım olan maddələrin (zülal, dəmir, vitaminlər, mis, kobalt və s.) çatmamazlığı ilə əlaqədar anemiya;
4. Hemolitik anemiya;
5. Digər xəstəliklərlə (onkoloji, yanıq, sepsis və s.) əlaqədar ikincili anemiya.

Uşaqlarda anemiyalar ağırlığına görə bu dərəcələrə bölünür:

1. Yüngül-hemoqlobinin miqdarı 90-110q/l;
2. Orta ağır-hemoqlobinin miqdarı 70-90 q/l;
3. Ağır -hemoqlobinin miqdarı 70 q/l-dən az.

Posthemorragik anemiya

Posthemorragik anemiya qanaxmalarla əlaqədar olaraq baş verir və 2 cür olur: kəskin və xroniki.

Kəskin posthemorragik anemiya xarici və daxili qa-

naxmalar, hemorragik diatezlərin kəskinləşməsi, yenidoğulmuşlarda əsasən göbəyin zədələnməsi, anadangəlmə ağır travmalar zamanı baş verir. Bəzən mədə və onikibarmaq bağırsağ xoralarının qanaxmaları, bəzi şiş xəstəlikləri və s. də posthemorragik anemiyaya səbəb olur.

Kəskin posthemorragik anemiyanın ağırlıq dərəcəsi xəstənin yaşından, itirilən qanın miqdarından və tezliyindən asılıdır.

Xroniki posthemorragik anemiya müxtəlif xəstəliklər nəticəsində əmələ gəlir. Belə xəstəliklərdən mədə-bağırsağ xəstəliklərini, qida borusunun varikoz genəlməsini, qaraciyərin sirrozunu, bağırsağ parazitlərini, hemorragik diatezləri, qızlarda pubertat dövründə müşahidə edilən uşaqlıq qanaxmalarını və s. göstərmək olar.

Xroniki posthemorragik anemiya ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq müxtəlif kliniki təzahürlərlə özünü göstərir. Xəstə əzginlikdən, tez yorulmadan, qulaqda küyün olmasından, baş ağrısından, başgicəllənmədən, iştahanın olmamasından şikayətlənir. Dərinin avazıması ilə birgə üzün şişkinliyi, pastozluq və aşağı ətrafların ödemə müşahidə edilir. Fiziki müayinədə ürəyin hüdudunun sola böyüməsi, taxikardiya, venalarda «fırfıra küyü» aşkar edilir.

Müalicəsi. Posthemorragik anemiya zamanı ilk növbədə xəstəliyi törədən səbəbi aradan qaldırmaq lazımdır. Şok əlaməti olarsa intensiv transfuzion terapiya aparılır. Dövr edən qanın həcmi bərpa etmək və hemoqlobinin miqdarını artırmaq məqsədilə qanəvəzedicilər (poliqlükin, reopoliqlükin), eyni qruplu qan, plazma, eritrosit kütləsi köçürmək lazımdır.

Dəmir defisitli anemiya

Dəmir çatışmazlığı ilə əlaqədar olan anemiya uşaqlarda qanazlığının ən çox rast gəlinən formasıdır. Dəmir defisitli anemiya orqanizmə dəmirin kifayət qədər daxil olmaması, bağırsaqlardan pis sorulması və ya patoloji itirilməsi nəticəsində baş verir. Dəmir defisiti qan vahidində hemoqlobinin zərdab dəmirinin miqdarının azalmasına səbəb olur. Digər anemiya növlərindən fərqli olaraq dəmir defisitli anemiya zamanı çox vaxt eritrositlərin qan vahidində miqdarı azalmır.

Dəmir defisitli anemiya müxtəlif antenatal, intranatal və postnatal səbəblərdən baş verir. Antenatal səbəblər: çoxdöllülük, yarımçıq doğulma, düşük təhlükəsi, cift və ya göbək ciyəsi damarlarının anomaliyası və s. ola bilər. İntranatal səbəblər: mama alətlərinin tətbiqi nəticəsində alınan travmalar, göbək ciyəsinin tez və ya gec kəsilməsi ola bilər. Postnatal defisit pis qulluq, tez-tez keçirilən infeksiyon xəstəliklər, qurd invaziyası və s. zamanı meydana çıxır. Dəmirin bağırsaqlardan sorulması müxtəlif mədə-bağırsaq xəstəlikləri, o cümlədən bağırsaq infeksiyaları zamanı meydana çıxır. Dəmirin patoloji itirilməsi isə müxtəlif qanaxmalar zamanı baş verir.

Klinikası. Dəmir defisitli anemiyanın kliniki əlamətləri dəmir defisitinin dərəcəsi və davam etmə müddətindən asılıdır. Xəstələrdə dəri və selikli qişaların, xüsusən də qulaq seyvanlarının, əllərin, barmaq uclarının avazıması müşahidə olunur. Astenovegetativ pozğunluqlar, uşağın emosional statusunun dəyişməsi meydana çıxır. Uşaq çox ağlayan, şıltaq olur. Süstlük, tez yorulma, uzunmüddətli dəmir defisiti zamanı isə psixomotor inkişafdan qalma rast gəlinir. Məktəb yaşlı uşaqlarda baş ağrısı, baş gicəllənmə, bayılmalar xarakterikdir. Ürək-damar sistemi tərəfindən: taxikar-

diya, ürək tonlarının karlaşması, sistolik küy, hipotoniya, tənqəfəslik müşahidə olunur. Ümumi anemiya simptomları ilə yanaşı spesifik simptomlar əsas yer tutur. Səciyyəvi simptom dərinin və dəri törəmələrinin (dırnaqların, tüklərin) trofik dəyişiklikləridir. Dəri quru olur, qabıqlanır, tüklər quru və kobud olur, tez tökülür, iştaha azalır və pozulur. Uşaqlar yeyilməyən maddələr-əhəng, təbaşir, torpaq, yun, bəzən öz saçlarını yeyirlər.

Laborator diaqnostikası. Aşağıdakı əlamətlər aşkar edilir: hemoqlobinin səviyyəsinin aşağı düşməsi, eritrositlərin sayının azalması, rəng göstəricisinin 0,8-dən az olması, anizositoz, poykilositoz, mikrositoz. Biokimyəvi müayinədə zərdab dəmiri və ferritinin miqdarı azalır, dis və hipoproteinemiya müşahidə olunur.

Müalicəsi. Dəmir defisitli anemiyaların müalicəsi kompleks aparılmalıdır. İlk növbədə dəmir çatışmazlığını törədən səbəbi aradan qaldırmaq lazımdır. Qidalanmanı, qulluğu normaya salmaq, qurd invaziyaları, infeksiya xəstəlikləri, mədə-bağırsaq traktının patologiyasını müalicə etmək vacibdir. Anemiyalı körpə uşaqlarda əlavə qidalanmaya 2-4 həftə tez keçilir.

Pəhrizə tərkibində dəmir olan məhsullar: çuğundur, kök, kələm, alma, ət yeməkləri, kartof qida rasionuna daxil edilməlidir. Müalicə dəmir preparatlarının qəbuluna əsaslanır. Dəmir preparatları əsasən daxilə, bəzən parenteral verilir: ferrum-lek, tardiferron, ferrotseron, konferon və s. qeyd etmək olar. 3 yaşına qədər uşaqlara dəmir preparatları maye şəklində (maltofer, aktifferrin) verilməlidir. Müalicə kursu uzunmüddətlidir. Bu preparatların qəbulu zamanı əlavə təsirlər (ürəkbulanma, qusma, ishal, qarında ağrı və s.) ola bilər. Uşaqlarda az dozalardan başlayıb, getdikcə artırılır. Dəmir preparatları ilə yanaşı askorbin turşusu da təyin edil-

məlidir. Bu, dəmirin sorulmasını yaxşılaşdırır. Bəzi preparatların tərkibində Vitamin C və fol turşusu var.

Parenteral yeridilməsi göstəriş əsasında (peroral terapiya effekt vermədikdə, bağırsaqlardan sorulma pozulduqda, xroniki enterokolit zamanı) təyin edilir. Parenteral dəmir preparatları (ferrum-lek, ferlesit) 1-2 gün fasilə ilə əzələ daxilinə, dərinə yeridilir.

Profilaktikası. Dəmir defisitli anemiyanın profilaktikası antenatal dövrdən başlanır. Belə ki, yarımçıq doğulma hallarının qarşısını almaq, hamilə qadında toksikozları, qanazlığını müalicə etmək lazımdır. Postnatal dövrdə profilaktika düzgün qulluq və rəşional qidalanmadan ibarətdir.

Zülal defisitli anemiya

Zülal defisitli anemiya aclıq və ya birtərəfli, karbohidratla qidalanma zamanı əmələ gəlir. Bu zaman qlobin (dəmirin transportunu təmin edən zülal) çatışmadığından eritropoez pozulur. Eləcə də mədə-bağırsaq və toxuma fermentləri, hormonların hasil olması zəifləyir. Bu da anemiyanın daha da ağırlaşmasına səbəb olur.

Zülal defisitli anemiya zamanı qanazlığı üçün xarakterik ümumi əlamətlərlə yanaşı ümumi distrofik dəyişikliklər, polihipovitaminoz və piqment mübadiləsinin pozulması xasdır. Bu zaman blefarit, dərinin və tüklərin distrofiyası, tüklərin kövrəkliyi, toxumaların pastozluğu qeyd edilir. Çox vaxt anoreksiya, qusma, ishal, qaraciyərin böyüməsi və sərtləşməsi müşahidə edilir.

Laborator diaqnostikası. Qanın müayinəsi zamanı anisozitoz, poykilositoz aşkar edilir, eritrositlərin yaşama müd-

dəti 2 dəfə azalır, qanda zülalların səviyyəsi aşağı olur, disproteinemiya qabarıq nəzərə çarpır.

Müalicəsi. Xəstəliyi əmələ gətirən səbəbləri aradan qaldırmaq, uşağın düzgün qidalandırılmasını və qulluğunu təşkil etmək lazımdır. Lazım gəldikdə vena daxilinə zülal preparatları (albumin, alvezin və s.) yeridilir, vitaminlər, ferment preparatları təyin edilir.

Profilaktikası. Xəstəliyin profilaktikası uşaqları tam dəyərli qidalandırmaq və qulluğu düzgün təşkil etməkdən ibarətdir.

Vitamin defisitli anemiya

Hemopoez üçün B₁₂ vitamini və fol turşusu zəruridir. B₁₂ vitamininin çatışmazlığına nadir hallarda, əsasən mədə-bağırsaq xəstəlikləri zamanı onun sorulmasının pozulması, qurd invaziyası, disbakterioz və s. hallarda təsadüf edilir.

Klinikası. Xəstəlik zamanı ümumi zəiflik, astenizasiya, anoreksiya, paresteziya, dərinin solğunluğu, glossit, stomatit, dispeptik əlamətlər müşahidə edilir.

Müalicəsi. Dietoterapiya, düzgün rejim, B qrup vitaminləri, fol turşusu, vitamin C, fermentlər, probiotiklər təyin edilir.

Profilaktikası. Rasional qidalanma təyin edilir. Xəstəliyi əmələ gətirən səbəbi aradan qaldırmaq lazımdır.

LEYKOZ

Leykoz-ağır bədxassəli qan xəstəliyidir. Patoloji proses sümük iliyindən başlayır və sonralar digər orqanlara metastaz verir. Sümük iliyində və ondan kənarında patoloji qan-

waranma prosesi gedir. Son illər leykoz xəstəliyinin artması müşahidə olunur. Ən çox xəstələnmə halları məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda və əsasən də oğlanlarda olur. Uşaqlarda kəskin leykoz üstünlük təşkil edir.

Etiologiyası. Xəstəliyin səbəbi tam məlum deyil. Etioloji faktorlardan biri anadangəlmə genetik meyilliliyin olmasıdır. Buna sübut üçün ailəvi leykozun olması və bir yumurta əkizlərinin hər ikisinin xəstələnməsini misal göstərmək olar. Bundan başqa bir sıra mutasion xarici faktorlar: ionlaşmış şüalanma, bir sıra kimyəvi maddələr, virus infeksiyaları da leykozun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

İnkişaf mexanizmi. Klon nəzəriyyəsinə əsasən, mutant hüceyrə yetişmə qabiliyyətini itirərək sürətlə çoxalmağa başlayır. Beləliklə, bütün leykoz hüceyrələri mutasiyaya uğramış tək bir hüceyrədən əmələ gəlir. Leykoz şişi digər normal qanyaradıcı hüceyrələri sıxışdırır, bütün bədəne yayılaraq leykemik infiltratlar (metastazlar) əmələ gətirir.

Təsnifatı. Xəstəlik zamanı meydana çıxan patoloji hüceyrələrin növündən və xəstəliyin gedişindən asılı olaraq leykozun 2 növü ayırd edilir:

- 1) kəskin leykoz
- 2) xroniki leykoz

Kəskin leykozun xarakter əlaməti sümük iliyində yetişməmiş, zəif diferensiasiya olunmuş blast hüceyrələrin miqdarının artmasıdır. Blast hüceyrələrin növündən (mieloblastlar, lmfoblastlar, monoblastlar, eritroblastlar və diferensiasiya edilməmiş blastlar) asılı olaraq kəskin leykozun müxtəlif növləri ayırd edilir. Uşaqlar arasında ən çox kəskin limfoleykoz (limfoblast) və kəskin mieloleykozlara (mieloblast) rast gəlinir.

Xroniki leykozlar zamanı sümük iliyində morfoloji cəhətdən nisbətən yetkin hüceyrələr üstünlük təşkil edir. Xroniki

mieloleykoz və xroniki limfoleykoz ayırd edilir.

Klinikası. Başlanğıc dövründə kliniki şəkil müxtəlif formada rast gəlinir, bəzən az nəzərəçarpan olur. Buna görə xəstəliyin başlanğıcı çox vaxt nəzərə çarpmır. Bu dövrdə xəstələr yorğunluqdan və iştahanın olmamasından şikayət edir. Leykozun xarakterik erkən əlaməti kimi uşaqlarda sümüklərdə ağrıların olması və periferik limfa düyünlərinin böyüməsini göstərmək olar. Ola bilər ki, xəstəlik çox kəskin başlasın. Bu zaman bədən temperaturunun həddən çox yüksəlməsi, angina, qanaxmalar, kəskin avazıma müşahidə olunur. Başlanğıc dövrün davam etmə müddəti bir neçə həftədən bir neçə aya qədər çəkə bilər. Xəstənin vəziyyəti kəskin pisləşir, əksəriyyətində bədən temperaturunun yüksəlməsi müşahidə olunur. Demək olar ki, bütün xəstələrdə hemorragik sindrom aşkar olunur. Dəriyə, selikli qişalara qansızma, burundan, diş ətindən qanaxma baş verir. Beyinə qansızma və hematuriya da ola bilər. Xəstələrin bir çoxunda ağızın selikli qişasının, badamcığın, qırtlağın nekrozu olur. Dəri avazımuş, rəngi torpaq rənginə çalır. Bu dövrdə bütün qrup limfatik vəziləri böyüyür. Xəstə uşaqların çoxunda dalağın böyüməsi müşahidə olunur. Uşaqların bir hissəsində qaraciyərin böyüməsi və ağırlı olması da müşahidə olunur.

Xəstəliyin başlanğıcında ortaya çıxan sümük ağrıları artır, əl və ayaqda şişkinlik əmələ gəlir. Bəzən şişvari törəmə xəmirəbənzər konsistensiyalı olur, palpasiya zamanı ağrılıdır. Bu, əsasən körpücük nahiyəsində, baldırlarda, kürək sümüyü ətrafında qeyd olunur.

Rentgenoloji müayinədə nəzərəçarpan periostal dəyişiklik, osteoparez, destruktiv dəyişikliklər və s. müəyyən olunur. Bu dəyişikliklərə klinik əlamətlər olmadıqda belə sümük və oynaqlarda rast gəlinir. Çox vaxt, xüsusən xəstəliyin in-

kişaf dövründə, intoksikasiya və anemiya ilə yanaşı nəzərə çarpan sinir sistemi pozğunluğu (neyroleykoz) qeyd olunur. Süstlük, bəzən sayıqlamalar və hallüsünasiyalar olur, sinir toxumasının lokal zədələnməsi, qansızma və infiltrasiyanın nəticəsində nevrалgiyalar, nevritlər, parezlər, paralicilər, görmə və eşitmənin pozğunluğu ortaya çıxır.

Kəskin leykozun terminal dövrü üçün xəstəliyin daha da inkişaf etməsi xarakterikdir. Bu dövr çox davam etmir: bir neçə gündən, bəzi hallarda bir neçə həftəyə qədər olur. Uşaqlar halsiz, hərəkətsiz, yuxulu olur. Üzücü hərərət davam edir, kliniki simptomlar daha qabarıq nəzərə çarpır. Daxili orqanlarda nəzərə çarpan funksiya pozğunluqları müşahidə olunur. Ürək çatışmazlığı yaranır, ürək tonları karlaşır, küylər, ürək sərhəddinin genişlənməsi, ritmin pozğunluğu, arterial təzyiqin aşağı düşməsi və s. meydana çıxır. Çox vaxt xəstəliyin gedişi pnevmoniya ilə ağırlaşır. Hematuriya artır, oynaqlarda kəskin ağrılar əmələ gəlir. Bu dövrdə periferik qanda və sümük iliyyində aydın nəzərə çarpan dəyişikliklər aşkar edilir.

Labortor diaqnostikası. Kəskin leykoza diaqnoz qoymaq üçün periferik qanın, sümük iliyyinin, onurğa beyin mayesinin morfoloji, immunoloji və genetik müayinəsi aparılır. Leykoz zamanı leykositlərin keyfiyyət dəyişikliyi (yetişməmiş patoloji formaların ortaya çıxması), anemiya və trombotopeniya müşahidə olunur. Çox vaxt leykositlərin sayı da dəyişilir, xəstələrin çoxunda EÇS yüksəlir.

Leykoz diaqnozu sümük iliyyi punktatının müayinəsi əsasında qoyulur. Adətən punktat döş sümüyü və ya çanaq sümüyünün darağından, 1-2 yaşlı uşaqlarda isə daban sümüyündən götürülür .

Kəskin leykozun nəzərə çarpan əlamətləri olan dövrdə sümük iliyyi punktatında normal ilik elementləri patoloji ele-

mentlərlə əvəzlənmiş olur, yetişməmiş formalı hüceyrələrin miqdarı 80-90% -ə çatır.

Proqnozu. Vaxtında başlanan müalicə limfoblast leykozlarda 1 ildən 5 ilə qədər remissiya verir. Buna baxmayaraq xəstəliyin proqnozu ciddidir. Müalicə aparılmayan uşaqlarda ölüm xəstəlik başladıqdan 5-6 ay sonra baş verə bilər.

Müalicəsi. Leykoza şübhə olan bütün xəstələr hematoloji şöbəyə hospitalizə edilməlidir. Xəstə boksda yerləşdirilir. Müalicədə əsas məqsəd leykoz hüceyrələrinin maksimal dərəcədə məhv edilməsi, remissiyanın alınmasıdır.

Müalicədə əsas metodlar kimyəvi və şüa terapiyası, həmçinin sümük iliynin köçürülməsidir. Müalicə üçün müxtəlif sxemlər işlənmişdir. Onların istifadə olunması zamanı uşağın orqanizminin fərdi xüsusiyyətləri və xəstəliyin gedişinin xarakterini nəzərə almaq lazımdır. Kimyəvi terapiyada müxtəlif farmakoloji qrupdan olan dərman preparatlarının kombinasiyasından istifadə edilir: 1. antimetaboliklər (sitozar, aleksan və s.); 2. şiş əleyhinə antibiotiklər (bleomissin, daktinomissin, rubomissin və s.); 3. bitki alkaloidləri (vepezid, vinblastin, vinkristin və s.); 4. ferment preparatları (L-asparkinaza və s.); 5. alkülləşdirici birləşmələr (mielosan, siklofosfan və s.); 6. hormonlar (prednizalon, deksametazon və s.).

Sitostatiklərlə müalicə intoksikasiya ilə müşayiət olunduğundan infuzion terapiya aparılır. Diurez, sidikdə pH, elektrolidlər və sidik turşusu təyin edilir.

Kompleks müalicə tədbirlərindən biri də qan, eritrosit kütləsinin köçürülməsi, vitaminlərin (askorbin turşusu, B qrupu vitaminləri, rutin) işlədilməsidir. Lazım gəldikdə antibiotiklər təyin edilir.

Leykozun müalicəsində radikal üsul - sümük iliynin transplantasiyasıdır.

Qulluq. Xəstə uşağın və valideynlərin psixoloji durumu nəzərə alınaraq tibb bacısı onlara mənəvi dəstək olmalı, manipulyasiyalara hazırlamalıdır.

Qida rejimini təşkil etmək lazımdır. Bu zaman xəstənin yaşı və vəziyyəti nəzərə alınmalıdır. Dieta yüksək kalorili olmalı, zülalın miqdarı artırılmalı, mineral maddələr və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Qlükokortikoidlər təyin edilərkən rasion kalium və kalsium duzları ilə zənginləşdirilir. Sitopenik sindrom zamanı steril qida məsləhət görülür. Bağırsaq florasını normallaşdırmaq üçün probiotiklər təyin edilir, süd turşulu məhsullar verilir.

Sitostatiklər qəbul edən xəstələrə qulluq zamanı aseptik şəraitin və müalicəvi qoruyucu şəraitin yaradılması mühüm əhəmiyyət daşıyır. Boksdə havanın sterilizasiyası üçün bakteriosid lampalar yerləşdirilir. Həftədə 1 dəfə palata dezinfeksiyaedici məhlullarla təmizlənir. Boksa daxil olarkən tibbi personal ayaqqabılarını dezinfeksiyaedici məhlulda isladılmış ayaqaltıya silməli, baxıl, maska, əlavə xalat geyinməlidir.

Remissiya dövründə isti hava şəraitində xəstənin açıq havada olması məsləhətdir. Bu, hipoksiyanı aradan qaldırır. Palatada hava tez-tez dəyişdirilməlidir. Dəri və selikli qişaların təmizliyinə diqqət yetirilməlidir. Yataq aqları təmiz saxlanılmalıdır.

İnfeksiyon ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün dərinin təmiz saxlanması mühümdür. Uşağın vəziyyəti imkan verirsə, tibb bacısı hər gün uşağa gigiyenik vannalar edir və ya dərisini yod tərkibli sabunla yuyur. İsti vannalar, duş və dəri ni kobud şəkildə sürtmək yolverilməzdir. Dəridə irinli iltihabi xəstəliklər olduqda xəstə uşağa steril paltarlar geyindirmək lazımdır.

Ağız selikli qişasına qulluq mühüm əhəmiyyət daşıyır.

Damaqlar qanadıqda, dişlərin fırça ilə yuyulması məsləhət görülmür. Bunun əvəzinə ağızın selikli qişası 1-2%-li natrium bikarbonat, furasilin məhlulu, adaçayı və çobanyastığı dəmləmələri ilə qarqara edilməli və ya yuyulmalıdır. Ağız boşluğu səhərlər acqarına və hər qida qəbulundan sonra təmizlənməlidir.

TALASSEMIYA

Hemoqlobinopotiyalar - eritrositlərdə hemoqlobin sintezinin pozulması nəticəsində meydana çıxan anomaliyalardır. Bu patologiyanın ən çox rast gəlinən formalarından biri də talassemiyadır.

Talassemiya - autosom-resessiv yolla ötürülən irsi qan xəstəliyidir. Xəstəliyin əsas əlaməti müxtəlif dərəcəli anemiyaadır. Talassemiya ilk dəfə qohumlar arasında nikahın dəbdə olduğu Siciliya adasında aşkar olunub. Xəstəlik ən çox Aralıq dənizi sahillərindəki ölkələrdə, Cənub-Şərqi Asiyada, Afrikada, Ərəbistanda, Çində rast gəlinir. Azərbaycan da talassemiyanın çox rast gəlinəyi ölkələr sırasındadır. Şəki, Ağdaş, Masallı, Sabirabad, Oğuz, Göyçay rayonlarında həmin xəstəliyə daha çox rast gəlinir.

İnkişaf mexanizmi. Sağlam insan hemoqlobini 3 fraksiyadan ibarətdir: Hb A1 (yetkin), Hb A2 və Hb F (fetal). Normal hemoqlobinin tərkibində təxminən 96-98% Hb A1, 2-3,5% A2 və 0,5-2,0% fetal hemoqlobin olur. Əgər Hb A1 fraksiyası azalır, Hb A2 və HbF miqdarca çoxalır, bu hal talassemiya kimi müəyyən edilir.

Hemoqlobin dəmir tərkibli hem və zülal birləşməsi olan qlobindən ibarətdir. Qlobin zəncirində 2 cüt α və β polipeptid zənciri var. Talassemiya zamanı 11 və 16-cı xromosomlarda

mutasion dəyişikliklər getdiyindən polipeptid zəncirin sintezi pozulur. Dəyişiklik α zəncirində gedirsə α talassemiya, β zəncirində gedirsə β talassemiya adlanır. Xəstəliyin inkişafında artıq qalan qlobin zəncirləri mühüm rol oynayır (α talassemiyada β , β talassemiyada α zəncirləri). Bu zəncirlər eritrokariositlərin sümük iliyində məhvinə və qeyri-effektiv qanyaranmanın sürətlənməsinə səbəb olur. Bundan başqa eritositlərin struktur dəyişikliyi baş verdiyindən hemoliz baş verir. Bu da uşaq orqanizimində hipoksiyaya və orqanlarda patoloji dəyişikliklərə səbəb olur. Hemoqlobinin parçalanması, müntəzəm qan köçürülməsi və dəmirin mədə-bağırsağ traktında sorulma sürətinin artması nəticəsində zərdab dəmirinin çoxalması qeyd edilir. Bu, hemosiderinin miqdarının artmasına və onun toxumalarda çökməsinə (hemosideroz) səbəb olur. Nəticədə qaraciyər, mədəaltı vəzi, dəri, selikli qişalar, ürək, oynaqlar və s. zədələnir.

Təsnifatı. Talassemiya uşağa yalnız bir valideyndən ötürülərsə heteroziqot, hər 2 valideyndən ötürülərsə daha ağır homoziqot forma meydana çıxır. Talassemiyanın 2 şərti forması mövcuddur-talassemiya daşıyıcılığı və talassemiya xəstəliyi. Talassemiya daşıyıcılığı minimal və kicik (T.minor), talassemiya xəstəliyi isə aralıq və böyük talassemiyalara (T.mayor) bölünürlər.

Talassemiya daşıyıcılarında xəstəlik inkişaf etmir və xüsusi laborator analizlərin vasitəsilə təyin olunur. Talassemiya daşıyıcıları əsasən talassemiyalı xəstələrin yaxın qohumlarının müayinəsi zamanı aşkarlanır.

Kiçik talassemiya zamanı hemoqlobinin səviyyəsi normal göstəricilər daxilində olsa da qanda hipoxromiya, mikro-sitoz, aminositoz müşahidə olunur. Nişanvari və damlavari eritrositlərə də rast gəlinir. Bununla belə kiçik talassemiya olan uşaqlar praktik sağlamdırlar.

Talassemiya daşıyıcılığı ömürlükdür, lakin xəstəlik böyük talassemiyaya keçmir, valideynlərdən uşaqlara irsən ötürülür.

Aralıq talassemiyada klinik əlamətlər özünü 3-6 yaşlarda büruzə verir və xəstəlik nisbətən yüngül keçir. Xəstənin xarici görünüşü az dəyişir, dəridə sarılıq müşahidə olunur. Xəstəliyin mənfəi dinamikası mümkündür. Bu zaman xəstəlik transfuzion - asılı formaya keçə bilər.

Böyük talassemiyanın ən geniş yayılan və kliniki ağır forması böyük β talassemiyadır. Ona Kuli anemiyası, Aralıq dənizi anemiyası və homoziqot beta-talassemiya da deyilir. Anemiya həyatın ilk aylarında aşkarlanır və getdikcə artır. Talassemiyanın əsas klinik əlamətləri xəstələrin 3-5 yaşında artıq tam formalaşır. İlk aylar ərzində uşağın vəziyyəti qənaətbəxş olur, orta dərəcədə anemiya nəzərə çarpır. Get-gedə anemiya əlamətləri artır, dalağın ölçüləri böyüyür, dəri sarı və boz rəngə çalır. Sümük iliyinin kəskin hiperplaziyası skeletin deformasiyasına səbəb olur: “qülləşəkili”, demək olar ki, dördbucaqlı kəllə, qabarıq almacıq sümükləri, çənə sümüklərində deformasiyalar, daralmış göz yarıqları meydana çıxır (şəkil16, səh. 523). Uşaqlar fiziki cəhətdən pis inkişaf edirlər. Müxtəlif infeksiyalara qarşı müqavimət aşağı düşür.

Diaqnostikası. Diaqnozun qoyulmasında qanın və sümük iliyinin müayinəsi mühüm yer tutur. Qanda hemoqlobinin miqdarı 30-50 qr/l-ə qədər azalır, rəng göstəricisinin 0,5 və daha az olması, anizositoz, mikrositoz, poykilositoz meydana çıxır. Retikulositlərin miqdarı artır, hədəfəbənzər, nişanlanmış eritrositlər meydana çıxır. Eritrositlərin osmotik rezistentliyi adətən yüksəlir. Qan zərdabında dəmirin miqdarı artır. Xəstəliyin diaqnostikasında ailəvi anemnez, valideynlərin DNT və ya RNT-lərinin tədqiqi zamanı irsiyyətin tipinin müəyyənləşdirilməsi mühüm rol oynayır.

Müalicəsi. Minimal və kiçik talassemiyalarda müalicə tədbirlərinə ehtiyac olmur, ancaq dinamik nəzarət məsləhətdir. Aralıq formalı talassemiyanın müalicəsi əsasən simptomatikdir: fol turşusu, ödqovucu tədbirlər (fitoterapiya, dubajlar) təyin edilir.

Böyük talassemiya zamanı ənənəvi müalicə üsulu - qan-köçürmədir. Ağır hallarda qan-köçürmə ilk aylardan başlayır və həyatın sonuna kimi davam edir. Köçürülmə üçün qan əvəzinə filtirlənmiş, yuyulmuş eritrosit kütləsindən istifadə olunur. Qan-köçürmə uşağın fiziki inkişafına səbəb olur.

Ferritinin səviyyəsi 1500 mq/ml-dən çox olanda orqanizmdə yığılan dəmirin azaldılması üçün terapiya desferal və eksidjadla aparılır. Desferal həftədə 5 dəfə xüsusi perfuzorlarla (pompa) dəri altına yeridilir ki, bu da onun effektivliyini dəfələrlə artırır. Eksidjad nisbətən təzə, tablet formada daxilə qəbul olunan dəmirqovucudur. Dalaq çox böyüdükdə splenektomiya əməliyyatı aparılır.

Böyük β -talassemiyanın radikal müalicə yolu sümük ili-yinin və sütun hüceyrələrinin transplantasiyasıdır (allagen transplantasiya-başqa adamın sümük ili-yinin köçürülməsi). Bu metodun tətbiqi onun yüksək qiyməti və uyğun sağlam donorun axtarışı ilə məhdudlaşır.

Profilaktikası. Nikahdan əvvəl genetik müayinə çox vacibdir. Valideynlərdən hər ikisi talassemiya daşıyıcısı olarsa, 25% hallarda uşaq böyük talassemiya ilə doğulur. Əgər hamiləlik baş vermişdirsə, prenatal diaqnostika məqsədi ilə amniosentez və kordosentez yolu ilə tibbi genetik müayinə aparılır.

Qulluq. Talassemiya zamanı psixososial problemlər də üzə çıxır. Psixoloji və sosial problemlər xəstələrin cəmiyyətə inteqrasiyasını çətinləşdirir. Psixoloji dəstək xəstələrin

və onların ailə üzvlərinin xəstəliyə adaptasiyasını asanlaşdırır. Tibb bacısı xəstə uşaq və valideynlərə mənəvi dəstək olmalı, çanköçürmə və digər prosedurların vaxtında aparılmasının əhəmiyyətini başa salmalıdır.

Talassemiyalı uşaqların həyat təzi və qidalanması böyük qayğı və diqqət tələb edir. Onların müntəzəm olaraq açıq havada gəzməsi, fiziki və əqli aktivliyi, 10-12 saatdan az olmayan və rejimli yuxusu, mümkün qədər normal həyata inteqrasiyası son dərəcə vacibdir. Qidalanma müəyyən edilmiş pəhriz proqramına uyğun (ən azı 5-6 dəfə), qəti rejim çərçivəsində həyata keçirilir. Rasiona dəmirin bağırsaqda sorulmasını gecikdirən paxlalılar, tərkibində tannin olan içkilər (çay, kakao və s.) daxil edilməli, gündəlik təzə meyvə və tərəvəzlərin qəbulu təmin edilməlidir.

HEMORRAGİK DİATEZLƏR

Hemorragik diatezlər - cüzi travmalardan sonra qanaxma və qansızmaların meydana çıxması ilə xarakterizə olunan irsi və qazanılma xəstəliklərdir. Hemorragik diatezlər zamanı qanaxmanın meydana çıxma mexanizmi müxtəlifdir.

Qanaxmanın dayandırılması orqanizmin müdafiə reaksiyasıdır. Bu proses hemostazın üç qrup amilinin, yeni damar, trombositar və plazma amillərinin sıx qarşılıqlı təsiri və əlaqəsi nəticəsində həyata keçirilir. Hazırda laxtalanmanın 13 plazma və 11 trombositar amili məlumdur. Beynəlxalq nomenklaturaya əsasən trombositar amillər ərəb, plazma amilləri isə Roma rəqəmləri ilə işarə olunur.

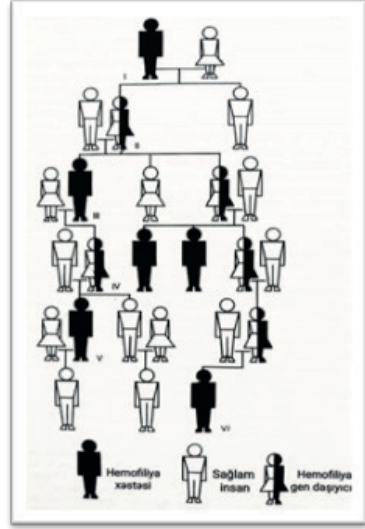
Hemorragik diatezləri 3 qrupa bölürlər: koagulopatiyalar, trombositopatiyalar və vazopatiyalar.

Hemofiliya

Hemofiliya (haema–qan, philia-meyillik)-qanın laxtalanmasının VIII, IX, XI amillərinin koaqulyasion fəallığının çatışmazlığı nəticəsində meydana çıxan, dövrü olaraq təkrarlanan, qarşısı çətin alınan qanaxmalarla özünü bürüzə verən, irsi ötürülən, X-xromosomla əlaqədar olan resessiv tipli xəstəlikdir.

Laxtalanma amilinin çatışmazlığından asılı olaraq hemofiliyanın 3 növünü ayırd edirlər: VIII amilin–antihemofil qlobulinin (AHQ) çatışmazlığı ilə səciyyələnən A hemofiliyası; IX amilin–plazma tromboplastının çatışmazlığı nəticəsində baş verən B hemofiliyası; XI amilin çatışmazlığı nəticəsində baş verən C hemofiliyası. A və B hemofiliyası yalnız kişilərdə rast gəlinir, qadınlar isə xəstəliyin potensial daşıyıcısı olurlar. Nadir hallarda rast gəlinən C hemofiliyası avtosom-dominant tiplə nəslə ötürüldüyü üçün həm kişi, həm də qadın cinsindən olan uşaqlarda müşahidə oluna bilər. Bu forma klinik olaraq yüngül keçir. Xəstəlik az miqdarda dərialtı qansızmalar, cərrahi müdaxilələr zamanı qanaxmaların baş verməsi ilə təzahür edir. Hemofiliyalı xəstələrin 85% -də A hemofiliyası aşkar olunur.

F VIII və F IX faktorlarının geni mutasiya oluna bildiyi üçün hemofiliya xəstəliyi irsi meyil olmadan da spontan mu-



tasiyanın nəticəsində yarana bilər.

Klinikası. Hemofiliya daha çox həyatın ikinci ilinin əvvəlində özünü göstərir. Ana südünün tərkibində kifayət qədər aktiv trombokinaza fermenti olduğu üçün bir yaşına qədər uşaqlarda xəstəlik özünü nadir hallarda büruzə verir. Lakin bəzən yenidoğulmuşlarda da rast gəlinir. Bu zaman göbək güdülündən ağır qanaxma, kefalohematoma, dərialtı hematoma, süd dişləri çıxarkən diş ətindən qanaxma baş verə bilər.

Xəstəliyin mütləq komponenti dəriyə və dərialtı toxumalara və oynaqlara (hematomalar, hemartrozlar) qansızmalardır. Qansızmalar bir qayda olaraq, böyük sahəni tutur və yayılmağa meyilli olur. Hematomalar həddən artıq böyük olduqda periferik sinir kötöklərinə və iri arteriyalara təzyiq edib, iflic və qanqrenalara səbəb ola bilər. Bu zaman intensiv ağrılar müşahidə olunur.

Oynaqlara qansızmalar - hemartrozlar hemofiliyanın səciyyəvi əlamətidir. Daha çox iri oynaqlar (diz, dirsək, topuq, bəzən çiyin, əl və pəncənin xırda oynaqları) qansızmaya məruz qalır. Hemartrozlar çox ağrılı olur və ümumi yüksək temperaturla müşayiət olunur. Oynağa ilk dəfə qansızma zamanı, həmin qan sorulur, ona görə də oynağın funksiyası bərpa olunur. Təkrari qansızmalar zamanı oynaq kapsuluna və qığırdağına çökən fibrin laxtalar birləşdirici toxumaya çevrildiyi üçün oynaq boşluğu tutulur. Bu zaman ankiroz nəticəsində oynaq öz funksiyasını itirir. Bu, hemofiliyalı uşaqlarda əlilliyin əsas səbəbidir.

Burunun, diş ətinin, mədə-bağırsaq traktının selikli qişalarından uzunmüddətli qanaxmalar hemofiliya xəstəliyi üçün səciyyəvidir. Dərialtı toxumaya, əzələlərə, daxili orqanlara və baş beyinə, onurğa beyninə geniş qansızmalar müm-

kündür.

Qanaxmanın ağırlıq dərəcəsi qanda VIII faktorun səviyyəsi ilə müəyyən edilir. VIII faktorun səviyyəsindən asılı olaraq hemofiliyanın yüngül, orta ağır və ağır formaları ayrılmalıdır.

Yüngül formalı hemofiliya xəstələrdə qanaxmalar cərrahi müdaxilədən və ciddi zədələrdən sonra yaranır. Qanda VIII faktorun səviyyəsi 6-25% arasında dəyişir.

Orta ağır formalı hemofiliya zamanı uzunmüddətli qanaxmalar minimal zədələrdən sonra yaranır. Bu növə hemartrozlar və geniş hematomalar xasdır. VIII faktorun qanda səviyyəsi 3-6 % təşkil edir.

Ağır formalı hemofiliya zamanı qanaxmalar gözlənilmədən başlaya bilər, təkrari hemartrozlar, çox rast gəlinən xarici və daxili qanaxmalar xarakterikdir. VIII faktorun səviyyəsi 3%-dən aşağıdır.

Hemofiliya üçün qanaxmanın gecikmiş tipdə baş verməsi xasdır. Adətən zədələnmədən bilavasitə sonra deyil, bir qədər gec (bəzən 6-12 saat sonra) qanaxma baş verir. Bu xəstəlikdə qanın laktalanma vaxtı 10-30 dəqiqəyədək, bəzən daha çox uzanır.

Diaqnostikası. Diaqnoz ailə anamnezi, kliniki əlamətlər və qanın koagulyasiya müayinəsi əsasında oyuur.

Diferensial diaqnostikası. Hemofiliya ilk növbədə Villebrant xəstəliyi ilə diferensiasiya olunmalıdır.

Müalicəsi. Hemofiliya zamanı müalicə çatışmayan amilin əvəz olunması və qansızmanın nəticələrinin aradan qaldırılmasına yönəldilir. A hemofiliyası zamanı VIII amilin kriopresipitatu, B hemofiliyası zamanı isə PPSB kompleksi (II-VII, IX və X amillərin konsentrasiyası) və ya nativ qatılaşdırılmış plazma tətbiq edilir. Antihemofil preparatlar donu açılan

kimi vena daxilinə yeridilir.

Hemofiliyalı xəstələrdə qanın fibrinolitik aktivliyinin artması zamanı 5%-li epsilon-aminokapron turşusu təyin edilir. Yerli hemostaz məqsədilə hemostatik süngər, fibrin zarı, jelatin və ana südündən istifadə olunur.

Hemartrozlar zamanı təcili kriopresipitat, yaxud antihefophil plazma köçürülür. Oynaq tərپәнməz hala gətirilir və soyuq qoyulur. Ehtiyac olduqda oynaq punksiya edilir, oynaq boşluğuna hidrokortizon yeridilir. Reparasiya dövründə müalicəvi idman, fizioterapevtik prosedurlar, lidaza ilə elektroforez, ultrasəs, diatermiya və s. təyin olunmalıdır.

Hemorragik vaskulit

Hemorragik vaskulit (purpura Shaenlein-Henoch, anafilaktik purpura, kapilyarotoksikoz, Şenleyn-Henox xəstəliyi) -orqanizmin infeksiyon, qida, dərman və digər amillərlə sensibilizasiyası nəticəsində sistem vaskulitlə səciyyələnən kəskin allergik xəstəlikdir.

Hemorragik vaskulit həm sərbəst, həm də infeksiyon, revmatik və hematoloji xəstəliklər zamanı sindrom şəklində təsadüf edir.

Etiologiyası. Xəstəliyin əmələ gəlməsində endogen və ekzogen amillərin əhəmiyyəti vardır. Hemorragik vaskulit çox hallarda angina, kəskin respirator virus infeksiyası, skarlatina kimi infeksiyon xəstəliklərdən 1-4 həftə sonra başlayır. Yoluxucu amillərlə yanaşı peyvəndlər, immunoqlobulinlərin yeridilməsi, dərman və qida allergiyaları, helmintozlar, həşərat dişləmələri, travmalar və s. xəstəliyə səbəb ola bilər. Uşaq orqanizminin reaktivliyinin dəyişməsinin və aller-

gik reaksiyalara meyilliyin də müəyyən rolu vardır.

İnkişaf mexanizmi. Xəstəliyin patogenezində immun mexanizmlərin və qanın laxtalanma sisteminin pozulması əsas rol oynayır. Mikroob, yaxud digər amillər orqanizmin sensibilizasiyasına səbəb olur. Qanda dövr edən immun komplekslər xırda damarların daxili divarına çökərək qeyri-spesifik aseptik iltihab törədir.

Klinikası. Xəstəliyin 1) sadə (dəri); 2) dəri-oynaq; 3) dəri-abdominal; 4) qarışıq (dəri-oynaq-abdominal) formaları ayırd edilir.

Hemorragik vaskulitin klinik mənzərəsində aşağıdakı sindromlar qeyd edilir: dəri, hemorragik, oynaq, abdominal, böyrək sindromları. Xəstəlik temperaturun 38-39°C-yə qədər yüksəlməsi, iştahasızlıq, ümumi halsızlıqla kəskin başlayır.

Dərinin zədələnməsi xəstəliyin ən tipik əlamətlərindən biridir. Belə ki, xəstəliyin başlanğıcından 1-2 gün sonra nöqtəvari dəri qansızmaları meydana çıxır. Səpgilər adətən aşağı ətrafların dərisində, əvvəl ayaqda, sonra sağrı nahiyəsində meydana çıxır. Eyni zamanda yuxarı ətraflarda, döş, bel, üz və boyun nahiyələrində də səpgilər nəzərə çarpır. Dəri zədələnmələri çox vaxt simmetrik olur, oynaqlar ətrafında qruplaşır, əsasən ətrafların açıcı səthlərini tutur. Tipik hallarda bunlar xırda (2-3 mm), eritematoz ləkələrdir. Təzyiq etdikdə rəngi solğunlaşır, lakin sonralar səpgilər bu xüsusiyyətini itirir. Əksər hallarda səpgi elementləri bir neçə vaxtdan sonra hemorragik xarakter alır. Bu zaman səpgilər əvvəlcə tünd qırmızı, sonra qəhvəyi-sarımtıl rəng alır. Səpmə dalğavari xarakter daşıyır. Bəzən angionevrotik ödem, əllərin, pəncənin, göz qapaqlarının, üzün ödemi müşahidə edilir.

Oynaq sindromu üçün diz, aşıq-baldır, dirsək, nadir hal-

larda bazu və əlin xırda oynaqlarının simmetrik zədələnməsi səciyyəvidir. Oynaqların zədələnməsi reaktiv artrite oxşayır. Zədələnmələr adətən qeyri-simmetrikdir. Oynaqlarda ağrı, şişkinlik və hipofunksiya əlamətləri 2-3 gün davam edir. Bu sindrom da dəri sindromu kimi dalğavari gedişə malikdir. Artrit tez keçir və oynaqlarda deformasiya yaratmır.

Abdominal sindrom bağırsağ divarına qansızmalarla əlaqədardır və göbək ətrafında tutmaşəkilli kəskin ağrılar, ürəkbulanma, təkrari qanlı qusma, qırmızı və qara rəngli nəcisin olması ilə səciyyələnir. Ağrı tutması zamanı uşağ qışqırır, üzündə əzab ifadəsi görünür, məcburi vəziyyət alır, böyrü üstə uzanıb ayaqlarını qarnına yığır. Palpasiyada qarın ya köpmüş, ya da batmış olur, yayılmış ağrı qeyd olunur. Vaxtında başlanmayan müalicə zamanı bağırsaqların perforasiyası və peritonitin inkişafı mümkündür.

Böyrək sindromu xəstəliyin 2-4-cü həftəsində orta dərəcəli proteinuriya, mikrohematuriya şəklində özünü büruzə verir, müalicə fonunda keçib gedir.

Beyin damarlarının zədələnməsinə az təsadüf edilir. Bu zaman vaskulit çox ağır gedişli olur.

Xəstəliyin kəskin dövründə EÇS-nin artması, neytrofil leykositoz, hiperproteinemiya, disproteinemiya olur. Qlomerulonefrit zamanı hipoproteinemiya və hiperxolesterinemiya aşkar edilə bilər.

Müalicəsi. Zədələnmənin lokalizasiyasından, klinik əlamətlərin dərəcəsindən, xəstəliyin başvermə səbəbi olan amildən asılı olaraq müalicə aparılır. Kəskin dövrdə xörək duzunun, heyvani zülalların, ekstraktiv maddələrin qəbulu məhdudlaşdırılmalıdır. İki həftəlik ciddi yataq rejimindən sonra yarımyataq, daha sonra isə adi rejimə keçmək olar. Antihistamin preparatları, kalsium preparatları, rutin, askor-

bin turşusu verilir. Qarında ağrılar olduqda no-şpa, baralgin, oynaq sindromu zamanı indometasin, yaxud aspirin təyin edilir. İnfeksiyon ocaq aşkar edildikdə antibiotiklərdən istifadə olunur. Xəstəlik yüksək aktivliklə, abdominal, dəri, oynaq sindromları ilə keçərsə, prednizalon heparinlə təyin olunmalıdır. Prednizalon təklikdə hiperkoagulyasiyaya, bu da dissiminə olunmuş damardaxili laxtalanma sindromuna (DDL) səbəb ola bilər.

Ağır gedişli qlomerulonefritli xəstələrin müalicəsində immunodepressantlar (azatioprin, yaxud siklofosamid), qlükokortikoidlər, heparin və antiaqreqantlar birgə təyin edilir.

Proqnozu. Dispanser müşahidə 5 il ərzində aparılmalıdır. Hər 6 aydan bir xroniki infeksiya ocaqlarını sanasiya etmək məqsədilə stomatoloqun və qulaq-burun-boğaz həkiminin məsləhəti olmalıdır. İki il müddətində profilaktik peyvəndlər qadağan edilməlidir.

Trombositopatiyalar

Trombositopatiyalar-qanda trombositlərin miqdarının azalması, yaxud trombositlərin funksiyasının pozulması nəticəsində inkişaf edən xəstəliklərdir. Trombositopeniyalar trombositlərin miqdarının azalması ilə xarakterizə edilən xəstəliklər qrupudur.

Birincili və ikincili trombositopenik purpura ayırd edilir.

I qrupa: 1) idiopatik trombositopenik purpura, 2) irsi izoimmun, 3) posttransfuzion-qan və trombositar kütlənin köçürülməsindən sonra meydana çıxan trombositopenik purpura.

II qrupa: keçirilmiş yoluxucu xəstəliklərlə əlaqədar inkişaf edən, bəzi dərman maddələrinin qəbulu nəticəsində, profilaktik peyvəndlərdən sonra, fiziki, kimyəvi və psixi zədələnmələr nəticəsində yaranan trombositopeniyalar daxildir.

Trombositopenik purpura (Verlhof xəstəliyi). Xəstəliyin etiologiyası və inkişaf mexanizmi tam müəyyən edilməmişdir.

İnkişaf mexanizmi. Verlhof xəstəliyinə səbəb immunopatoloji proseslərdir. Verlhof xəstəliyi zamanı qanaxmalar trombositopeniya, damar divarının davamlılığının pozulması, trombositlərin funksiyasının azalması ilə əlaqədardır.

Klinikası. Erkən və məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda idiopatik trombositopenik purpura virus infeksiyalarından iki həftə sonra dəri və selikli qişalara qansızmalar və qanaxmalar şəklində özünü büruzə verir. Qanaxma zamanı uşağın bədən temperaturu adətən normal, nadir hallarda subfebril olur. Tək-tək və çoxsaylı qansızmalar mikrozedələrdən sonra və spontan əmələ gəlir.

Uşaqlarda purpuranın səciyyəvi əlamətləri aşağıdakılardır:

1) polixromluq-qansızmaların eyni zamanda müxtəlif rəngdə olması (qırmızı-göy, yaşıl, sarı);

2) polimorfluq-müxtəlif ölçülərdə-petexiyalardan ekzimoza qədər olması;

3) qeyri-simmetriklik;

4) spontanlıq (daha çox gecələr).

Dəriyə təzyiç zamanı itməyən petexial-ləkəli, polimorf hemorragik elementlər əmələ gəlir. Petexiyalar və ekximozlar asimmetrik, əsasən də ətraflarda yerləşir.

Qansızmanın rəngi onların əmələ gəlmə vaxtından asılıdır. Hemorragik elementlərin rəngi al qırmızıdan göyüm-

tül-yaşıla və sarı rəng çalarlarına qədər dəyişir (səpmənin elementlərinin polixromluğu). İri ekximozların tam sorulması 3 həftə ərzində müşahidə edilir.

Yüngül zərbə və ya hətta kiçik toxunma dəri altında əhəmiyyətli dərəcədə qansızma yarada bilər. Adətən gecə baş verən, heç bir zədələnmə olmadan, spontan qansızmalar xarakterikdir. Selikli qışalarda qansızmaları xəstələrin yarısından çoxunda müşahidə etmək olar. Bu xəstəlik üçün əksər hallarda burundan, diş ətindən, cinsi yetişkənlik dövründə uşaqlıqdan qanaxmalar səciyyəvidir. Nadir hallarda melena və hematuriya müşahidə olunur. Daxili orqanlarda qanaxma, gözün torlu qişasına qansızma, splenomeqaliya qeyd edilə bilər.

Gedişatına görə uşaqlarda trombositopenik purpurun **kəskin və xroniki** (6 aydan çox davam edən) formaları ayırd edilir. Xəstəliyin müddətinə görə **kəskinləşmə** (kriz), **kliniki remissiya** (trombositopeniyanın qorunub saxlanması baxmayaraq qanaxmanın olmaması) və **kliniki-hematoloji remissiya** mövcuddur.

Diaqnostikası. Diaqnoz periferik qanda trombositlərin sayının azalması, qan serumunda əsas plazma amillərinin sayının normal olması, sümük iliyyində meqakariositlərin sayının normal və yüksək olması ilə təsdiq edilir. Dyuk üsulu ilə qanaxmanın 20 dəqiqəyə qədər və daha çox olması (norma 4 dəqiqədən az) xarakterikdir. Li-Uayt üzrə qanın laxtalanma müddəti bir qayda olaraq normal olur.

Müalicəsi. Yenidoğulmuşların trombositopenik purpurası zamanı iki həftə müddətində uşaq donor südü ilə qidalanmalıdır. Sonra isə periferik trombositlərin miqdarına nəzarət etməklə uşaq anasının döşünə qoyulur.

Qanaxmalar zamanı vena daxilinə, yaxud əzələyə 5%-

li epsilon-aminokapron turşusu təyin edilir. Hemostatik məqsədlə disinon, kalsium-qlükonat və s., fitoterapiya təyin olunur. Qlükokortikoidlərə göstəriş generalizə olunmuş hemorragik sindrom, selikli qişalardan qanaxma, gözün sklerasına və torlu qişasına qansızma, daxili orqanlara qansızma zamanı olur. Steroidlərlə müalicənin effektsizliyi splenoektomiyaya göstərişdir. Splenoektomiya effekt vermədikdə immunodepressantlar (imuran, azatioprin, siklofosfan, vinkristin) təyin olunur. Hemorragik kriz zamanı vena daxilinə trombositar kütlə köçürülür.

Dispanser müşahidə kəskin formada 5 il müddətində olur. Peyvəndlər desensibilizəedici müalicə fonunda kəskin dövrdən bir il sonra aparıla bilər.

FƏSİL 16. ENDOKRİN SİSTEMİN ANATOMİK- FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. ENDOKRİN XƏSTƏLİKLƏRİ

UŞAQLARDA ENDOKRİN SİSTEMİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Uşağın normal böyüməsi və inkişafı üçün daxili sekresiya vəzilərinin normal fəaliyyəti lazımdır. Bütün daxili sekresiya vəziləri bir-biri ilə mürəkkəb əlaqədə olur və mərkəzi sinir sistemi ilə funksional qarşılıqlı təsirdə olurlar. Uşaqlarda endokrin sistem özünəməxsus morfoloji və fizioloji xüsusiyyətlərə malikdir. Uşaq böyüyüb inkişaf etdikcə, həmin üzvlər də müxtəlif dəyişikliklərə uğrayır. Daxili sekresiya vəzilərinə: hipofiz, qalxanvari vəzi, qalxanvari ətraf, timus, böyrəküstü, cinsiyyət vəziləri aiddir.

Hipofiz. Kiçik, oval formalı olub, kəllədə “türk yəhəri” çuxurunda yerləşir, ön, arxa və aralıq paylarından ibarətdir. Müxtəlif paylarda müxtəlif hormonlar əmələ gəlir və bunlar maddələr mübadiləsinə və fizioloji proseslərin gedişinə böyük təsir göstərir.

Müəyyən edilmişdir ki, hipofizin ön payı 7 hormon ifraz edir:

1) boy hormonu (somotrop-STH)-bilavasitə bədənin bütün orqan və toxumalarının inkişafına və böyüməsinə təsir edir;

2) tireotrop hormon (TTH) -qalxanvari vəzinin funksiyasını stimule edir;

3) adrenokortikotrop hormon (AKTH) böyrəküstü vəzilərin karbohidrat mübadiləsinə tənzim edən funksiyasına təsir edir;

4) lüteotrop hormon (LTH);

5) lüteinləşdirici hormon;

6) follikulstimuləedici hormon (FSH). 4-5-6-cılar qonodtrop hormonlar adlanır, onlar cinsiyyət vəzilərinin dəyişməsinə təsir edir, cinsiyyət hormonlarının biosintezini stimule edir;

7) melanofer hormon (MFH)-dəridə piqment əmələ gəlməsini stimule edir.

Hipofizin arxa və orta payları arteriyal təzyiqin səviyyəsinə, cinsiyyət inkişafına, diurezə, zülal və yağ mübadiləsinə, uşaqlığın yığılmasına təsir göstərən hormonlar ifraz edir. Hipofizin ifraz etdiyi hormonlar qan axınına daxil olur və başqa orqanlara aparılır. Hipofizin funksiyası pozulduqda (yüksəldikdə, azaldıqda, kəsildikdə) müxtəlif endokrin xəstəlikləri (alkomeqaliya, nəhənglik, İtsenko-Kuşinq xəstəliyi, cırtanboyluluq-hipofizar nanizm, adipoza-genital distrofiya, şəkərsiz diabet və s.) inkişaf edə bilər.

Qalxanvari vəzi. 2 paydan və boyuncuqdan ibarətdir. Traxeya və qırtlağın qabağında və hər iki tərəfində yerləşir. Bu vəzi hipofizin tireotrop hormonunun təsiri altında tiroksin ifraz edir, bunun tərkibində 65%-dən artıq yod vardır. Bu hormon maddələr mübadiləsinə, sinir sistemi fəaliyyətinə, qan dövrəni aparatına çoxtərəfli təsir edir, böyümə və inkişafa, infeksiya və allergik proseslərin gedişinə təsir edir. Bu vəzinin funksiyasının pozulmasına anadangəlmə anomaliyalar və ya qazanılma xəstəliklər səbəb ola bilər ki, bu da klinik cəhətdən hipotireoz, endemik zob şəklində təzahür edir.

Qalxanvari ətraf vəziləri. Çox kiçikdir, adətən qalxanvari vəzinin arxa səthində yerləşirlər. Bu vəzilər parathormon ifraz edir ki, bu da kalsium mübadiləsinə təsir göstərir, sümüklərin əhəngsizləşmə və kalsiumsuzlaşma prosesini nizamlayır. Qalxanvari ətraf vəzilərinin xəstəlikləri hormon ifrazının azalmasına və ya çoxalmasına səbəb ola bilər (hi-

perparatireozlar, hipoparatireozlar).

Timus vəzi. Ön divar arasının yuxarı şöbəsində yerləşən cüt paylı orqandır, doğulduqdan sonra öz inkişafını 2 yaşa doğru başa çatdırır. 9-13 yaşda involyusiyaya uğrayır, onun parenximası tədriclə piy toxuması ilə əvəz olunur. 15 yaşdan sonra atrofiləşir. Bu vəzi 3 istiqamətdə: limfositopetik, mübadilə və immunoloji fəaliyyət göstərir.

Böyrəküstü vəzilər. Böyrəklərin yuxarı səthi üzərində yerləşir. Böyrəküstü vəzi beyin və qabıq maddədən ibarətdir. Qabıq maddə müxtəlif steroid hormonlar əmələ gətirir:

1) qlükokortikosteroidlər (kortikosteron, hidrokortizon və s.) - karbohidrat mübadiləsini tənzim edir, zülalların karbohidrata çevrilməsinə yardım edir, güclü iltihaba qarşı və desensibilizəedici təsirə malikdir;

2) su-duz mübadiləsinə təsir edən mineralokortikoidlər - orqanizmdə mineralların (K və Na) mənimsənilməsi və saxlanmasına kömək edir;

3) orqanizmə cinsiyyət hormonları kimi təsir göstərən androgenlər.

Böyrəküstü vəzinin beyin təbəqəsi adrenalin və noradrenalin ifraz edir. Hər iki hormon arteriyal təzyiqli artırmaq, qan damarlarını daraltmaq (tac və ağciyər damarlarından başqa), bağırsaq və bronxların sayə əzələlərini boşaltmaq xassəsinə malikdir. Böyrəküstü vəzinin qabıq maddəsinin xəstəlikləri-Addison xəstəliyi, adrenogenital sindrom, böyrəküstü vəzinin şişləri və s. ola bilər.

Mədəaltı vəzi. Mədənin aşağı səthinin arxasında, onikibarmaq bağırsaq ilgəyində, arxa qarın divarında yerləşir. Yenidoğulmuş uşaqda səkisi 4-5 q olur, cinsi yetişkənlik dövründə 15-20 dəfə böyüyür. Bu vəzi xarici sekretor (tripsin, lipaza, amilaza) və daxili sekretor funksiyaya malikdir. Hormonlar Lanqerhans adacıqları tərəfindən ifraz edilir. Bu adacıqlar hüceyrə yığınlarından ibarət olub, mədəaltı və-

zinin bütün parenximinə səpələnmişdir. Əmələ gələn hormonlar bilavasitə qana daxil olur.

Mədəaltı vəzinin hormonu – insulin bütün mübadilə proseslərinə təsir edir və hər şeydən əvvəl karbohidrat mübadiləsini tənzimləyir. Karbohidrat mübadiləsində həmçinin, hipofiz, böyrəküstü vəzilər, qalxanvari vəzilər iştirak edir. Siniir sisteminin, eləcə də humoral amillərin təsiri nəticəsində Lanqerhans adacıqlarının zədələnməsi və onların funksiyasının aşağı düşməsi nəticəsində insulin çatışmazlığı baş verir və şəkərli diabet inkişaf edir. Bundan əlavə, vəzinin xırda çıxarıcı axarlarında xüsusi maddələr-lipokain əmələ gəlir ki, bu qaraciyərdə yağın toplanmasını ləngidir.

Cinsiyyət vəziləri. Yumurtalıqlar və xayalar aiddir. Bunlar cüt orqanlardır. Bu vəzilərin funksiyası hipofizin ön payının sekretor fəaliyyətindən birbaşa asılıdır. Erkən yaşda cinsiyyət vəziləri nisbətən az rol oynayır, onlar cinsi yetişmə dövrünə doğru sürətlə fəaliyyət göstərməyə başlayır. Yumurtalıqlarda yumurta hüceyrələri və cinsiyyət hormonları-estrogenlər əmələ gəlir. Bunlar qadın orqanizmini, onun cinsiyyət aparatının və ikincili cinsi əlamətlərin inkişafını təmin edir. Xayalar androgen hormonu ifraz edir. Bu, əsasən testosterondan ibarətdir. Cinsiyyət hormonları cinsi inkişafın əsas stimulyatorlarıdır. İkincili cinsi əlamətlərin əmələ gəlməsində (oğlanlarda bığın, saqqalın çıxması, səsin dəyişməsi və s., qızlarda süd vəzilərinin inkişafı, qasıqda, qoltuqaltı çuxurda tük çıxması, çanağın formasının dəyişməsi və s.) iştirak edir. Cinsiyyət vəzilərinin funksiyasının pozulması vaxtından əvvəl yetişmə və ya onun ləngiməsi ilə müşayiət oluna bilər.

Endokrin vəzilərin həyatın müxtəlif dövrlərində əhəmiyyəti və rolu eyni deyildir. Bu səbəbdən uşaq həyatının müxtəlif inkişaf mərhələlərində bütün daxili sekresiya vəzilərinin fəaliyyətində mürəkkəb dəyişikliklər əmələ gəlir.

ŞƏKƏRLİ DİABET

Şəkərli diabet insulinin qismən və ya tamamilə çatışmazlığı nəticəsində maddələr mübadiləsinin, ilk növbədə karbohidrat mübadiləsinin pozulmasına gətirib çıxaran endokrin xəstəlikdir. Uşaq yaşlarında endokrin xəstəliklərdən ən çox təsadüf olunanı şəkərli diabetdir. Belə ki, boy artımı və cinsi inkişaf əlaqədar olaraq insulinə tələbat yüksək olur. Bu isə insulyar aparatın tükənməsinə səbəb olur. Nəticədə şəkərli diabet inkişaf edə bilər.

Xəstəliyə bütün yaş dövrlərində təsadüf edilir, hətta yenidoğulmuşlarda da rast gəlinir. Lakin şəkərli diabet 5-13 yaşlar arasında daha geniş yayılmışdır. Xəstəlik oğlan və qızlar arasında bərabər rast gəlinir. Xəstəlik uşaqlarda daha ağır gedişə malikdir.

Şəkərli diabetin 2 əsas növü ayırılır: insulindən asılı (İAŞD, I tip) və insulindən asılı olmayan (İAOŞD, II tip) şəkərli diabet. Uşaqlarda ən çox I tip şəkərli diabetə rast gəlinir. II tip şəkərli diabet uşaqlarda nadir hallarda, piylənmə zamanı müşahidə olunur.

Etiologiyası. Şəkərli diabet polietioloji xəstəlikdir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində irsi amillər böyük rol oynayır. I tip şəkərli diabetin əsas səbəbi mədəaltı vəzinin β hüceyrələrinin autoimmun zədələnməsidir. Nadir hallarda diabetin səbəbi β hüceyrələrin, insulin reseptorlarının genetik defekti ola bilər. Diabetin ortaya çıxmasına səbəb həddən artıq qidalanma, çoxlu karbohidrat və yağlar qəbul etmək, psixi-fiziki travmalar, müxtəlif zədələnmələr, qorxu da ola bilər. Xəstəlik qrip, skarlatina, hepatit, parotit və s. infeksiyon xəstəliklərdən sonra baş verə bilər.

İnkişaf mexanizmi. I tip şəkərli diabet zamanı insulinin sintezi və sekresiyası pozulur. Buna səbəb isə mədəaltı

vəzidə Langerhans adacıqlarında insulin hazırlayan β -hüceyrələrin fəaliyyətinin pozulmasıdır. İnsulinin toxumalarda olmaması nəticəsində qlükoza sərf olunmur, onun yağa çevrilməsi azalır, oksidləşmə-bərpa prosesi pozulur, tam oksidləşməmiş mübadilə məhsulları qanda toplanır, metabolik asidoz meydana çıxır. Sususlaşma, asidoz, toksiki maddələrin qanda toplanması diabetik komaya gətirib çıxara bilər.

Klinikası. Şəkərli daibetin ən ilkin əlamətləri uşaqda halsızlıq, zəiflik, baş ağrısı, yuxunun pozulmasıdır. Güclü yanğı hissi-**polidipsiya** və sidik ifrazının artması-**poliuriya** xarakterikdir. Bu zaman xəstə gün ərzində 1500-3000 ml-dən çox maye qəbul edir. İfraz olunan sidiyin miqdarı artaraq 3 litrə çatır. Sidik şəffaf olur, tərkibində olan qlükozanın hesabına xüsusi çəki artır. Südəmə uşaqların əskisində sidik sərtləşmiş nişasta kimi görünür. Poliuriya nəticəsində uşaq gecələr sidiyini saxlaya bilmir. Xəstə uşaqda iştahanın artması-polifaqiya ortaya çıxır, lakin çox yeməsinə baxmayaraq uşaq arıqlayır, çəki itirir. Dəri quru olur, ağır formada ovucda, ayaq altında qabıqvermə olur, dəri qaşınır, qansızmalar, başın tüklü hissəsində yağlı kəpəklər müşahidə olunur. Yanaqda, alın nahiyəsində, qaşın üstündə, çənəaltında xarakterik qırmızılıq görünür. Ağızın selikli qişası, dodaqlar quru olur, dil parıldayır, tünd qırmızı rəngdə olur. Stomatit, paradontoz, dişlərin laxlaması ortaya çıxır, qaraciyər böyüyür, ağır hallarda ürək, qan-damar sistemi tərəfindən dərin dəyişiklik olur, tonlar karlaşır, ürək zirvəsində sistolik küy eşidilir. Məktəbyaşlı uşaqlar arasında yaddaşın pozğunluğu ortaya çıxır, yorğunluq, dərse davamiyyətin aşağı olması mümkündür. İnfeksiyalara qarşı müqavimət azalır. Furunkulyoz, piodermiya, stomatit, abseslər, qızlarda vulvit, vulvovaginit meydana çıxır. Vərəmlə yoluxma baş verə bilər.

Ağırlaşmaları. Kompensasiya olunmayan şəkərli diabet bir sıra ağırlaşmalara gətirib çıxara bilər -diabetik ketoasidoza (diabetik ketoasidoz komaya), hipoqlikemik komaya, müxtəlif lokalizasiyalı angiopatiyalara, o cümlədən retinopatiyaya, diabetik kataraktaya, sümük toxumalarının distrofiyasına və s. Uşaqların 1/3 -də şəkərli diabet ilk dəfə diabetik ketoasidoz vəziyyətində aşkar edilir. Məktəb yaşlı uşaqlarda manifest (aşkar) şəkərli diabetin ilk simptomlarından ketoasidozun inkişafına qədər adətən 2-4 həftə, erkən yaşlı uşaqlarda isə - bir neçə saatdan bir neçə günə qədər vaxt keçir.

Diagnostikası. Şəkərli diabetin klinik əlamətlərinin manifestasiyasından əvvəlki mərhələni qlükozaya qarşı tolerantlıq sınağına (QQTs) əsasən təyin etmək olar. Sınaq 10-16 saat gecə istirahətindən sonra aparılır. Əvvəlcə acqarına qanda qlükoza təyin olunur. Sonra 1,75 qr/kq olmaq şərti ilə qlükoza verilir. Hər saatdan bir qanda qlükoza təyin edilir.

Şəkərli diabet üçün hiperqlikemiya xarakterikdir. Səhər acqarına qanın müayinəsində şəkərin miqdarı 6,7 mmol/l və daha çox olur. Şəkərli diabet üçün sidikdə şəkərin olması-qlükozuriya xarakterikdir. Qlükozuriya qanda şəkərin miqdarının 8,88 mmol/L-dən çox olduğu hallarda müşahidə olunur. Dekompensasiya dövründə sidikdə “keton cisimlər” aşkar olunur.

Son zamanlar qanda qlükozalılı hemoqlobin (Hb Alc) təyin edirlər. Bu, şəkərli diabetin kompensasiya dərəcəsini daha dəqiq göstərir.

Müalicəsi. İlk müayinəni və müalicəni uşaq stasionarının endokrinoloji şöbəsində aparırlar. Terapiyanın bütün növləri elə aparılmalıdır ki, şəkərli diabet olan uşaqlarda qanda şəkərin səviyyəsi sağlam uşaqlarda olduğu kimi saxlanılsın.

İAŞD pəhriz terapiyası zamanı kaloriliyi, qida maddələrinin tərkibinin sabitliyini qoruyub saxlamaq zəruridir (zülallar qida həcminin 16 %, yağlar 24 %, karbohidratlar 60 %). Tərkibində böyük miqdarda yüngül həzm olunan karbohidratlar (şəkər, bal, konfetlər, buğda unu, manna, düyü yarması, nişasta, üzüm, banan, xurma) məhdudlaşdırılır və qlükozanın hopmasını zəiflədən qida lifləri (çovdar unu, kəpək əlavəsi ilə buğda unu, qarabaşaq, buğda, arpa, yulaf yarması, tərəvəz, turş meyvələr və giləmeyvələr) ilə əvəz olunur. Fiziki gərginlikdən əvvəl şəkər qəbulu (hipoqlikemiyanın profilaktikası), qəbul edilən karbohidratlardan asılı olaraq sutka ərzində insulinin bölüşdürülməsi mütləqdir. Süni şirinləşdiricilərdən (aspartam, sladeks, meyvəli marmelad və s.) istifadə edilir.

Birinci tip şəkərli diabetin müalicəsində əsas rolu **insulin terapiyası** oynayır. İnsulinlə müalicə ömür boyu davam edir. İnsulinin orta sutkalıq dozası 0,25-0,5-1 TV/kq olub, xəstəliyin ağırlığından asılıdır. Müalicə üçün müxtəlif təsir müddətinə malik insulin preparatlarından istifadə olunur. İnsulin preparatları hipoglikemik effektinə görə **qısa təsirli** – yarım saatdan 6-8 saata qədər (aktrapid, iletin, xumulin, xomorap), **orta təsirli** – 1,5 saatdan 18 - 24 saata qədər (protafan, aktrofan, monotard-lente-iletin, xumulin-lente, xomofan), **uzunmüddətli təsirli** -6-8 saatdan 24-26 saata qədər (ultralente, ultratard, xumulin - ultralong) olur. Ənənəvi terapiyanın keçirilməsi üçün tərkibində müvafiq olaraq 10, 20, 30 və 40 % sadə insulinin orta təsirli insulinlə qarışığı (mikst insulin preparatlarından xumulin M1, M2, M3 və M4) istifadə edilir. Onların təsir müddəti yarım saatdan 20 - 22 saata qədərdir.

İAŞD zamanı sadə insulinin orta sutkalıq dozası 0,4 - 0,9 V/kq təşkil edir. Hormonun səviyyəsinin qlükemiya səviyyə-

sinə uyğun gəlməsi üçün müxtəlif təsir müddətinə malik insulin preparatları və çoxdəfəli inyeksiya formaları kombinə edilməlidir. Bu preparatların yeridilməsi üçün avtomatik iynəsi olan xüsusi şprislərdən istifadə edilir (insulin qələmləri). Bu cür intensiv insulin terapiyası rejimi xəstə uşağın həyatını daha asudə edir, keyfiyyət dərəcəsini yaxşılaşdırır.

Qulluq. Tibb bacısı valideynləri müalicə proseslərinin gedişatına aktiv nəzarət etməsinə cəlb etməlidir. Qida qəbulu vaxtları və karbohidratların sutka ərzində düzgün paylaşdırılması dəqiq müəyyən edilməlidir. Fiziki yüklənmələrin intensivliyi və keçirilmə vaxtı ciddi şəkildə müəyyənləşdirilməlidir. İnsulin terapiya rejimi (dozası, qəbul saatları, inyeksiyaların miqdarı, insulin preparatları) gün ərzində qlikemiya səviyyəsinin dəyişilməsinin nəzərə alınması ilə planlaşdırılmalıdır.

Müalicəvi qida (dieta №9) təyin olunmalıdır. Pəhriz uşağın yaşından, onun çəkisindən, insulin preparatının istifadəsindən, qanda şəkərin miqdarından, xəstəliyin ağırlığından, fiziki yükədən, karbohidratların mənimsənilməsindən asılıdır. Şəkərli diabetli xəstələrin dietasına tələblər qoyulmalıdır: qidanın tərkibində karbohidratlar və yağ az, zülallar çox olmalıdır.

Şəkərli diabetli uşaqlara şirniyyatlar və şirin qidalı maddələr (şəkər, bal, şokolad, halva, pirojnalər, tortlar, şirin meyvələr, şirin içkilər) qadağan olunmalıdır. Karbohidratlarla zəngin qidalar çörək, bulka, kartof, un məmulatları azaldılmalıdır. Eyni zamanda yeyilən qidalar və onların miqdarı haqqında qeydiyyat aparılmalıdır. Sidikdə və qanda şəkərin miqdarına görə müalicəni və dietanı tənzimləmək olar.

Şəkərli diabetin müalicəsi insulin inyeksiyası vasitəsilə aparılır (gün ərzində bir və ya bir necə inyeksiya). İnsulinterapiyanın sxemini xəstənin gündəlik rejiminə, fiziki yükünə,

yaşına, xəstəliyin gedişinə görə seçirlər.

İnsulin soyuducuda (+2)-(+8)⁰C temperaturda saxlanılır. Onu dondurmaq olmaz. İstifadədən qabaq onu bədən temperaturuna qədər isitmək lazımdır. İnsulin növbə ilə bədənin müxtəlif yerlərinə (bud, qol, qarın nahiyəsinə, kürəkaltına) yeridilir. Vurulan nahiyə qaynanmış suda isladılmış pambıqla silindikdən sonra dərman yavaş-yavaş yeridilməlidir.

Palata tibb bacısı sidikdə və qanda şəkərin miqdarına nəzarət etməlidir. Bunun üçün test-xətlərdən istifadə olunur. Əgər bu yoxdursa, onda periodik olaraq qan analizi verilməlidir.

Ən müasir metodlardan biri sensor vasitəsilə qlükozanın səviyyəsinin yoxlanmasıdır. Sensor göbəkətrafi dərialtı piy toxumasına yeridilir və onun köməyi ilə mütəmadi olaraq çox qısa vaxt ərzində qanda şəkərin miqdarı təyin olunur.

HİPOTİREOZ

Hipotireoz özünü qalxanvari vəzinin funksiyasının azalması ilə büruzə verən anadangəlmə və ya qazanılma xəstəlikdir.

Birincili anadangəlmə hipotireoz çox hallarda ana bətnində qalxanvari vəzinin inkişaf qüsuru (hipoplaziya və aplaziya) nəticəsində baş verir. Bu, hamiləlik dövründə ananın müxtəlif xəstəlikləri, o cümlədən bətdaxili infeksiyalar, tireostatik dərmanların (merkazolil, böyük dozada yod, trankvilizatorlar, bromidlər) qəbulu nəticəsində baş verə bilər.

Nadir hallarda anadangəlmə hormonopoezin genetik qüsuru nəticəsində baş verir. Bundan başqa əməliyyat zamanı (diffuz toksik zob, qalxanvari vəzinin xərçəngi və s.) qalxanvari vəzinin bir hissəsinin və ya bütünlükdə çıxarılması nəticəsində də xəstəlik özünü büruzə verir. Vəzinin ilti-

habi prosesi, tireoid toxumada autoimmun proseslər birincili qazanılma hipotireoza səbəb ola bilər.

İkincili hipotireoz tireoid hormonunun az hasil edilməsi ilə əlaqədar olub və hipotalamo-hipofizar sistemin xəstəliklərinin simptomu kimi rast gəlinir. Məs: hipofizar nanizm, hipotalamo-hipofizar kaxeksiya, hipofizin adenoması.

İnkişaf mexanizmi. Xəstəlik zamanı xüsusilə zülal, yağ, karbohidrat mübadiləsində dəyişikliklər baş verir. Zülalların sintezi pozulur, nəticədə hipotireoz zamanı boy inkişafı geri qalır, dişlər gec çıxır, əmgək gec bağlanır. Bununla bərabər su-duz mübadiləsi, qaz mübadiləsi zəifləyir. Toxumalara və selikli qişaya seliyəbənzər maddə-mutsin hopur, ona görə də xəstəliyin ağır forması miksedema (selikli ödem) adlanır. Psixi və fiziki inkişafdan geri qalma, ağır hallarda kretinizm meydana çıxır.

Anadangəlmə hipotireoz zamanı tiroid hormonun çatışmamazlığı neyronların sayının azalmasına və sinir liflərində mielinləşmənin pozulmasına səbəb olur. Nəticədə baş beyində ciddi ağırlaşmalara səbəb olur, beynin çəki və həcmi azalır, damarlarda, sinir hüceyrələrində distrofik pozğunluqlar baş verir, bunlar da oliqofreniyaya gətirib çıxarır.

Klinikası. Hipotireoz xəstəliyinin səciyyəvi əlamətləri boy və psixomotor inkişafın geri qalmasıdır. Borulu sümüklərin uzununa inkişafı kəskin dərəcədə zəifləyir, eninə inkişaf isə pozulmur. Buna görə də xəstələrin əl və ayaqları qısa və enli olur. Xəstələrin tipik görkəmi olur: burun yəhərəbənzər, gözlər aralı və dar yarıqlı, dil böyük, dodaqlar qalın, ağız yarımçıq, üz şişkin. Dəri sarımtıl rəng alır. Körpücükaltı çuxurlarda yastıqşəkilli şişkinlik müşahidə olunur. Saçlar qalın, cod olur, tez qırılır, əzələlərin tonusu azalır, göbək yırtığı meydana çıxır. Dişlər çox gec çıxır, əmgək gec bağlanır. Bəzən osteoparoz meydana çıxır. Qarın böyük və köp

olur. Südəmə uşaqlarda tənəffüs xırıltılı olur. Ürəyin hüdudları böyüyür, arterial hipotoniya, qəbizlik, anasid qastrit, anemiya müşahidə edilir. Zülalların, vitaminlərin, mikroelementlərin çatışmazlığı nəticəsində anemiya baş verir. Maddələr mübadiləsinin zəifləməsi nəticəsində xəstələr daim yuxulayırlar. Anadangəlmə hipotireoz zamanı psixomotor inkişaf ləngiyir. Uşaq çox gec danışmağa başlayır, intellekt yüngül dərəcədə tam kretinizmə qədər zəifləyir.

Diaqnostikası. Həyatın 1-ci həftəsində diaqnoz qoymaq çətindir. Anadangəlmə hipotireoz zamanı uşaq doğulan kimi hipotireozun bəzi əlamətləri özünü büruzə verir: böyük çəki ilə doğulma, aclığa və əskilərin yaş olmasına heç bir reaksiyanın olmaması, qəbizlik, göbək ciyəsinin gec düşməsi, səsin xırıltılı olması. Erkən diaqnoz qoyulmasında yenidöğülmuşlərdə anadangəlmə hipotireozun skrininqi mühüm rol oynayır.

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsində qanda zülalla birləşmiş yodun, hormonların (T3, T4, TSH) təyini, radioimmunoloji metod müəyyən rol oynayır.

Diferensial diaqnostikası. Xəstəliyi hipofizar nanizm, Daun xəstəliyi, xondrodistrofiya, ağır formalı raxit, Hirşprung xəstəliyi və müxtəlif etiologiyalı ağır beyin zədələnmələri ilə diferensiasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi. Xəstələrə ömürlük olaraq tireoid hormonlarla (levotiroksin Na) əvəzedici terapiya təyin edilir. Simptomatik müalicə məqsədilə nootrop preparatlar (pirasetam, serebro-lizin, pantoqam, ensefabol), vitaminlər (B və A qrupu), masaj, gimnastika, UBŞ, laqopedlə məşğələ təyin edilir.

Profilaktikası. Hal-hazırda doğum evlərində anadangəlmə hipotireozun skrininqi təşkil olunmuşdur. Bu, yenidöğülmuşün həyatının 3-5- ci günü dabandan götürülmüş qanda tireoid hormonun səviyyəsini öyrənməyə imkan verir.

Proqnozu. Qazanılmış hipotireozun adekvat müalicəsi nəticəsində proqnoz yaxşı olur. Anadangəlmə hipotireozun erkən və düzgün müalicəsində proqnoz xoşdur. 4-6 həftədən sonra gecikmiş diaqnoz qoyulduqda proqnoz pisdır.

Qulluq. Diaqnoz qoyulmuş xəstələrə daima tibbi nəzarət təşkil olunmalıdır. Hipotireoz zamanı vaxtında başlamış əvəzediciterapiya uşaqların fiziki və psixi fəaliyyətini tamamilə bərpa edir. Onlara fərdi məşqlər, masaj, gimnastika təyin olunmalıdır. Valideynlərə tireoid hormonların müntəzəm qəbul edilməsinin vacibliyini, ailədə uşağa xüsusi diqqət göstərilməsini başa salmaq lazımdır. Dəri qurudursa gəllər və məlhəmlər təyin olunmalıdır.

DİFFUZ TOKSİK UR

Diffuz toksik ur (DTU)-uşaqlarda qalxanvari vəzinin daha tez-tez rast gəlinən xəstəliklərinə aiddir. Köhnə təsnifatlara əsasən onu müxtəlif adlarla adlandırırdılar: Bazedov xəstəliyi, ilkin diffuz toksik ur, hipertrioz, tireotoksikoz. Qızlar oğlanlara nisbətən 6-8 dəfə çox xəstələnirlər.

Etiologiyası. Xəstəliyin yaranmasında irsi meyilliliyin mühüm rolu var. Provakasiyaedici faktorlara yuxarı tənəffüs yollarının infeksiyaları, stress, kimyəvi və toksik maddələr aiddir.

İnkişaf mexanizmi. DTU-nun inkişaf mexanizmi autoimmun proseslər, qalxanvari vəzinin hiperplaziyaya, hipertrofiyaya uğraması və nəticədə tireoid hormonların sintezinin artması ilə əlaqədardır. Bunun nəticəsində istilikyaranma, qlükozanın mənimsənilməsi, toxumalar tərəfindən oksigenin istifadə olunması yüksəlir, sinir-əzələ oyanıqlığı artır.

Anabolik proseslər aktivləşir və nəticədə miokardda, qaraciyərdə dəyişikliklər yaranır, əzələ zəifliyi, nisbi böyrəküstü vəzi çatışmazlığı qeydə alınır.

Klinikası. DTU zamanı əsas klinik simptom qalxanvari vəzinin böyüməsidir.

Təsnifata əsasən vəzinin böyüməsi aşağıdakı kimi qiymətləndirilir:

- 1. 0 dərəcə:** ur yoxdur
- 2. 1-ci dərəcə:** ur əllənir, lakin görünmür
- 3. 2-ci dərəcə:** ur əllənir və görünür.

QV-nin böyüməsi diffuz toksik urun erkən və daimi simptomudur və bütün xəstələrdə olur. Lakin vəzinin böyümə dərəcəsi xəstəliyin gedişinin ağırlığını müəyyən etmir. Uşaqlarda adətən hər iki pay və boyun nahiyəsi, əsasən sağ payın daha artıq böyüməsi müşahidə edilir. Düyünlü toksik ur uşaqlarda nadir hallarda rast gəlinir. Palpasiya zamanı urun konsistensiyası sərt-elastik, səthi hamar olur.

Uşaqlarda ürək, qan-damar sistemindəki dəyişikliklər DTU-nun əsas simptomlarındanıdır. Taxikardiya meydana çıxır. Nəbzin tezliyi 90-120 vuruğu/dəq. ola bilər, bəzən isə 180-200 vuruğu/dəq. olur. Ürək vurğusu güclü olur, ürək tonları karlaşır. Xəstələrin əksəriyyətində ürəyin sərhədləri sola meyil edir. EKG-də dəyişiklik olur. Xəstəliyin kəskin formalarında AT də dəyişir: sistolik təzyiq yüksəlir (150 – 170mm.c.s.), diastolik isə normal, bəzən isə aşağı olur. DTU zamanı göz tərəfindən də xarakter dəyişikliklər yaranır, ekzoftalm, orbital toxumaların ödemi və s. olur.

DTU -da sinir sistemi tərəfindən dəyişikliklər baş verir, uşaqlar əsəbi, çox aktiv, emosional, ağlağan, tez qıcıqlanan olur. Tərləmənin artması da xəstəliyin əlamətlərindəndir. Dəri nəm olur, bəzi nahiyələrdə qırmızı ləkələr olur. Ümumi

əzələ zəifliyi, nəcis ifrazının tezləşməsi, qusma, iştahanın artması, arıqlama, ümumi zəifləmə, yorğunluq olur.

Diaqnostikası. Diaqnoz qanda tireoid hormonların artması və tireotrop hormonun kəskin azalması əsasında qoyulur. Periferik qanda leykopeniya, nisbi limfositoz, EÇS-nin yüksəlməsi qeyd olunur. DTU-nun diaqnostikasında USM müayinəsinin mühüm əhəmiyyəti var.

Müalicəsi. Xəstəliyin müalicəsinin 1-ci mərhələsi stasionarda aparılır. Müalicə kompleks olmalıdır. Konservativ müalicə uzun müddət (2-2,5 il) davam edir. Müalicəni merkazolil preparatının təyindən başlamaq lazımdır. Merkazolilə qarşı yüksək həssaslıq olarsa, tiourasildən istifadə etmək olar. İnfeksiya ocaqlarının sanasiyası aparılır. Bundan başqa simptomatik müalicə təyin edilir (sakitləşdiricilər, neyroleptiklər, trankvilizatorlar, vitaminlər). DTU-da cərrahi müdaxiləyə göstəriş urun düyünlü formada olması, konservativ müalicəni aparmağın mümkün olmaması, dərmanlardan yaranan ağırlaşmalardır. Əgər konservativ və ya cərrahi yolla müalicə mümkün deyilsə, radioaktiv yodla müalicə aparılır.

Proqnozu. Düzgün aparılan konservativ müalicədə proqnoz yaxşıdır və uzunmüddətli remissiya yaranır.

Qulluq. Tibb bacısı qoruyucu rejimin təşkil edilməsinin və xəstə uşaq üçün özünəgüvən hissənin vacibliyini valideynlərə aşılmalıdır. Dietada zülallar, vitaminlər və mikroelementlərə üstünlük verilməlidir. Cərrahi əməliyyat göstəriş olarsa, əməliyyatdan öncə uşağın psixoloji hazırlığı mühüm əhəmiyyət daşıyır.

PİYLƏNMƏ

Hazırda dünyada, xüsusilə də inkişaf etmiş ölkələrdə uşaqlar arasında piylənmənin sürətlə artması müəyyən edilir. Piylənmə dərialtı piy qatının hesabına bədən kütləsinin boya nisbətən 15-20%-dən artıq olmasıdır.

Etiologiyası və inkişaf mexanizmi. Piylənmə orqanizmə çoxlu miqdarda, karbohidrat və yağlarla zəngin yüksək kalorili qidanın daxil olması, enerjinin sərf olunmasının azalması ilə əlaqədardır. Piylənmənin yaranmasında hipodinamiya, maddələr mübadiləsinin və genetik xüsusiyyətlərin də əhəmiyyətli rolu vardır.

Klinikası. Piylənmənin təsnifatı aşağıda verilmişdir:

I. Birincili: 1) konstitusional-ekzogen, 2) alimentar.

II. İkincili: 1) serebral, 2) hipotalamik, 3) endokrin (hipofizar, tireogen, böyrəküstü vəzi ilə əlaqəli, hipogenital və s.)

III. Qarışıq

IV. Nadir formalar

Bədən çəkisinin artma tempindən asılı olaraq: tez progressivləşən, yavaş progressivləşən, sabit və regressiv gedişat formaları ayırd edilir.

Piylənmənin 4 dərəcəsi ayırd edilir: I dərəcədə bədən kütləsi piy qatının hesabına 15-24%, II dərəcədə 25-49%, III dərəcədə 50-99%, IV dərəcədə 100%-dən çox artır.

Ekzogen-konstitusional piylənmə ən çox erkən yaş dövründə yaranır, lakin yeniyetmələrdə və böyük yaşlarda da ola bilər. Adətən, belə uşaqlar artıq bədən kütləsi ilə doğulurlar. Belə uşaqların valideynlərində, qohumlarında 60-85% hallarda piylənmə qeydə alınır. Dərialtı piy qatı bədənə bərabər paylanır, dəri zərif və elastik olur. Bu uşaqlarda, adətən boy öz yaşlılarından uzun olur. Onlar normal

intellektə malik olurlar. Xəstəliyin gedişi stabil olur. Cinsi inkişaf dövründə piylənmə progressivləşir, ikincili diensefal sindrom yaranır: bədən kütləsi kəskin artır, qarın, bud, döş nahiyələrində çəhrayı, ağ rəngdə striyalar əmələ gəlir, arterial təzyiq yüksəlir, baş ağrıları olur, qızlarda aybaşı tsikli pozulur, oğlanlarda cinsi inkişaf ləngiyir.

Alimentar piylənmə orqanizmə uzun müddət artıq miqdarda qida maddələri daxil olması və ya hərəki məhdudluq nəticəsində yaranır.

Serebral piylənmə mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi (travma, infeksiya, şiş) zamanı yaranır. Bu, nevroloji patologiya olub intellektin pozulması ilə müşayiət olunur.

Hipotalamik piylənmə 5-6 yaşda qeydə alınır. Anamnezdə perinatal dövrün ağırlaşmaları (bətndaxili hipoksiya, asfiksiya, doğuş travması, neonatal hipoqlikemiya) aşkar olunur. İlk aylarda uşaq çəkisini zəif artırır, iştaha zəifləyir. Oyanıqlığın yüksək olması, qusma, qaytarma, yuxunun pozulması halları qeydə alınır. Altı ayılıqdan sonra iştaha artır, uşağın çəkisi artmağa başlayır. 3-5 yaşlarda piylənmə formalaşır, 8-10 yaşlarda III-IV dərəcəyə çatır.

Diensefal və ya hipotalamik piylənmə hipotalamusun nüvələrinin şiş, narkoz, ensefalit, travma zamanı ilkin zədələnməsi nəticəsində də əmələ gəlir. Dərialtı piy qatı qeyri-bərabər paylanır: qarın nahiyəsində “önlük” şəklində, VII boyun fəqərəsi nahiyəsində, döş nahiyəsində toplanır. Boyunda, qoltuqaltı nahiyədə çəhrayı striyalar, hiperpiqmentasiyalar olur.

Endokrin piylənmə müxtəlif endokrin patologiyalarda (adipozaqenital və tireogen piylənmə) rast gəlir.

Qarışıq mənşəli piylənmədə piylənmə bir neçə səbəbdən baş verir.

Piylənmənin nadir formaları hipotalamusun irsi qüsurları zamanı olur.

Piylənmə sonradan ateroskleroza, ürək, qan-damar xəstəliklərinə, miokardiodistrofiyaya, hipertoniyaya, öd daşı xəstəliyinə, 2-ci tip şəkərli diabetə, dayaq-hərəkət aparatının zədələnməsinə, əzələ atrofiyasına, sonsuzluğa səbəb ola bilər.

Müalicəsi. Piylənmənin əsas səbəbini aradan qaldırmaq lazımdır. Endokrin mənşəli piylənmədə əsas xəstəliyi müalicə etmək lazımdır. Piylənmənin əsas müalicəsi dietoterapiyadır. I-II dərəcəli piylənmədə sutkalıq kalori 20-30%, III-IV dərəcəli piylənmədə isə 45-50% azaldılmalıdır. Xəstənin menyusundan şirniyyat və un məmulatları, yarmalar çıxardılır. Ağ çörək əvəzinə boz çörəkdən istifadə edilir. Yeməkləri bitki yağlarında hazırlamaq lazımdır. Ət, balıq, süd məhsulları aşağı yağlılıq dərəcəsində, sutkalıq zülalın miqdarı normal tələbat miqdarında olmalıdır. Gün ərzində 4-5 dəfədən artıq qida qəbul etmək olmaz.

Proqnozu. Xəstəliyin proqnozu etioloji faktorlardan, piylənmənin forma və dərəcəsindən və ağırlaşmaların olmasından asılıdır. İnadlı müalicə zamanı proqnoz yaxşıdır.

Qulluq. Piylənmənin bütün növlərində dietoterapiya vacibdir. Qidalanmada aşağıdakı prinsiplər gözlənilməlidir:

1. Qidanın kaloriliyi 10-50% azaldılmalıdır (I dərəcəli piylənmədə 10-20%, II-də 30%, III-də 40%, IV-də 50%). Gün ərzində kalorilik aşağıdakı kimi paylanılmalıdır: 30-40% səhər yeməyi, 30% günorta yeməyi, 10% günorta qəlyanaltısı, 10% axşam yeməyi zamanı. İlk həftələr fizioloji dieta təyin edilir. Bu, piylənmə olan uşaqlar üçün məhdudlaşdırılmış dieta sayılır. Qidanın sutkalıq kaloriliyi 1800-2000 kal. olur. Bir neçə həftədən sonra 144 kal. qədər azaldılır.

2. Qida tez-tez (sütkada 5-6 dəfə), az-az qəbul edilməlidir. Axırncı dəfə saat 18:00-da yemək verilməlidir.

3. Həftədə 1-2 dəfə oruc günləri təyin edilir. Bu zaman sutkalıq kalori 600-800 kal. qədər azaldılır.

4. Qidalanma zamanı vitaminlər və mineral maddələrlə zəngin qidalara üstünlük verilir: yağsız ət (mal, quş, balıq), süd məhsulları (xüsusən qatıq), meyvə və tərəvəz. İştahanı artıran kəskin qidalar (turşular, duza qoyulmuş şorabalar, hissə verilmiş balıq) rasiondan çıxarılmalı, duz hazır yeməyə qatılmalıdır. Yeməklər buxarda, ya da suda bişirilməlidir. Ağ və qara çörək çovdar çörəyi ilə əvəz olunur. Mayeni məhdudlaşdırmaq olmaz. Bu, bədənin susuzlaşmasına səbəb ola bilər.

5. Fiziki hərəkətlər, idmanla məşğul olmaq.

Böyük yaşlı uşaqlarda güclü aclıq hissiyyəti olduqda qısa kurslarla iştahanı azaldan dərmanlar (anoreksigen preparatlar) təyin edilir. Bunlar pəhriz və MBT (müalicəvi bədən tərbiyəsi) effekt vermədikdə, xüsusən serebral formalı piylənmədə təyin edilir. Ən çox mazindol (terenak) təyin edilir.

FƏSİL 17. YOLUXUCU XƏSTƏLİKLƏR. AKTİV İMMUNİZASIYA

YOLUXUCU XƏSTƏLİKLƏRİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

İnfeksiyon (yoluxucu) xəstəliklər – mikroorqanizmlər tərəfindən törədilən xəstəliklərdir. Yoluxucu xəstəliklər haqqında məlumatlar çox qədimdir. Qədim Çinin, Misirin heroqlif yazılarında, Bibliyada və qədim salnamələrdə bu xəstəliklər haqqında məlumatlara rast gəlmək olar. Bu xəstəliklər “yoluxma”, “azar”, “qırğın” adı ilə təsvir edilmişdir. Məhvedici epidemiya və pandemiyalar bütün tarixi dövrlərdə müşahidə olunmuşdur. Məsələn: orta əsrlərdə taun xəstəliyindən (“qara ölüm”) Avropa əhalisinin 1/3 hissəsi məhv olmuşdur. I Dünya müharibəsi dövründə qrip pandemiyası 500 milyon adamı əhatə etmişdir və 20 milyon adam ölmüşdür. İnfeksiyon xəstəliklər bütün dövrlərdə çox geniş yayılmış və milyonlarla insanın ölümü ilə nəticələnmişdir. Lakin infeksiyon xəstəliklər haqqında təlimin əsl elmi əsası yalnız XIX əsrin birinci yarısında bakteriologiya elminin meyana çıxması ilə qoyulmuşdur.

İnfeksiya sözü «yoluxma» deməkdir. İnfeksiyon prosesdə əsas amil **mikroorqanizm, makroorqanizm və ətraf mühitdir**. İnfeksiya xarici mühitin və sosial mühitin müəyyən şəraitində törədicinin və makroorqanizmin mürəkkəb qarşılıqlı təsiri nəticəsində meydana çıxır. Törədicilə mikrobun və makroorqanizmin qarşılıqlı təsiri heç də həmişə xəstəliyə səbəb olmur. İnfeksiyon proses törətmək qabiliyyəti mikroorqanizmlərin mühüm xassələri: patogenliyi, virulentliyi, invazivliyi, toksigenliyindən asılıdır. Virulentlik patogenliyin ölçü dərəcəsidir. İnvazivlik törədicinin toxuma və orqanlara keçmə və onlarda yayılma qabiliyyəti ilə əlaqədardır.

Patogen mikroblar insan orqanizminə müəyyən toxumalar vasitəsilə daxil olma qabiliyyətinə malikdirlər. Onların daxil olduğu yer infeksiyanın giriş qapısı adlanır. Giriş qapısı dəri örtükləri, tənəffüs yollarının selikli qişası, həzm traktı və ya cinsiyyət üzvləri ola bilər. Giriş qapısından orqanizmə daxil olmuş törədici müxtəlif yollarla yayılır: limfogen və hemotogen yolla (qanla).

Mikrobların toksigenliyi onların toksin ifraz etmək qabiliyyəti ilə şərtlənir. İki toksin növü var: ekzotoksin və endotoksin. Ekzotoksin mikroblar tərəfindən xarici mühitə ifraz olunur, endotoksinlər mikrobların daxilində olur. Ekzotoksinlərə difteriya, botulizm, tetanus və s. toksinləri aiddir. Bunlar yüksək təsir spesifikliyi ilə fərqlənir. Məs: tetanus ekzotoksini onurğa beyinin motor mərkəzlərinə təsir edir. Toksin qana keçərək ümumi orqanizmə təsir edərsə, toksemiya meydana çıxır.

Ətraf mühitin həm infeksiyon törədicilərə, həm də orqanizmin reaktivliyinə təsiri böyükdür. Ətraf mühitin fiziki-kimyəvi faktorları törədiciyə məhvedici təsir göstərə bilər və ya əksinə, onun inkişafına səbəb ola bilər. Ətraf mühitin amilləri makroorqanizmlərin reaktivliyinə də təsir edir. Havanın nəmliyi, aşağı temperatur bir çox infeksiyalara, daha çox isə qrip və kəskin respirator xəstəliklərə qarşı davamlılığını azaldır.

İnfeksiyon xəstəliklər qeyri-infeksiyon xəstəliklərdən yoluxuculuq, etioloji amillərin spesifikliyi, klinik qanunauyğunluqların və xəstəlik prosesində immunitetin yaranması kimi əsaslı xüsusiyyətlərlə fərqlənir.

İmmunitet-infeksiyon xəstəliklərə qarşı orqanizmdə davamlılığın əmələ gəlməsidir. İmmunitetin növləri:

I. Təbii immunitet: a) aktiv təbii immunitet, b) passiv təbii immunitet

II. Süni immunitet: a) aktiv süni immunitet, b) passiv süni immunitet

Aktiv təbii immunitet-keçirilmiş infeksiyon xəstəliklərdən sonra yaranaraq davamlı xarakter daşıyır və bəzən ömür boyu insanı həmin xəstəliyə yoluxmaqdan qoruyur, məs: qızılca, göyöskürək, skarlatina və s.

Aktiv süni immunitet-peyvənddən sonra əmələ gəlir və bir neçə il insanı həmin xəstəliyə yoluxmaqdan qoruyur. Zaman keçdikcə həmin infeksiyaya qarşı immunitet zəifləyir, ona görə də immuniteti saxlamaq üçün peyvənd təkrar aparılır, məs: difteriya, göyöskürək.

Təbii passiv immunitet- antitellər ana bətnində dölə transpləntar yolla, südəmə uşaqlara isə ana südü ilə daxil olur.

Passiv süni immunitet - müalicəvi antitoksik zərdablar (difteriya, tetanus və s. əleyhinə zərdab), immunqlobulin və qamma-qlobulin, plazma yeridildikdə əmələ gəlir.

İnfeksion xəstəliklər zamanı əsas bir fərq də xəstəliyin gedişinin ardıcılığıdır. İnfeksiyon xəstəliklərin gedişində aşağıdakı dövrlər ayırd edilir:

1. İnkubasiya dövrü və ya gizli dövr

2. Prodromal dövr

3. İnkişaf (şiddətlənmə dövrü)

4. Geriyə inkişaf dövrü – rekonvalesensiya

5. Xəstəliyin nəticəsi – kliniki sağalma, xroniki formaya keçmə, letal (ölüm) nəticə.

Orqanizmə mikrob daxil olduğundan xəstəlik simptomlarının meydana çıxdığı vaxta **gizli dövr** və ya **inkubasiya dövrü** deyilir. Onun müddəti müxtəlif (bir neçə saat, bir neçə həftə, həтта ay) ola bilər. Əksər infeksiyon xəstəlikləri üçün gizli dövr 1-3 həftədir.

Xəstəliyin ilk klinik əlamətlərinin meydana çıxması ilə

prodromal dövr və ya **xəbərdarlıqedicici dövr** başlayır. Prodromal dövrdə xəstələrdə halsızlıq, baş ağrıları, yuxunun pozulması, iştahanın azalması, hərəkətin yüksəlməsi kimi ümumi əlamətlər meydana çıxır. Bu dövrdə diaqnoz qoymaq çətin olur. Prodromal dövr infeksiyon xəstəliklərinin bir çoxunda 1-3 gün çəkir. Şiddətlənmə dövrü bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər olur. Şiddətlənmə dövründə həmin infeksiyaya xas olan əlamətlər müşahidə olunur. Şiddətlənmə dövrü klinik əlamətlərin yox olması dövrü-rekonvalesensiya dövrü ilə əvəz olunur. Bu dövrün davam etmə müddəti müxtəlif olur ki, bu da xəstəliyin formasından, ağırlıq dərəcəsindən, müalicənin effektivliyindən və digər səbəblərdən asılıdır.

İnfeksiyon xəstəliyin hər bir dövründə **ağırlaşmalar** spesifik və qeyri-spesifik xarakterli olur. Həmin xəstəliyin törədici tərəfindən yaradılan ağırlaşma-spesifik ağırlaşmalar adlanır (məs: hepatit zamanı qaraciyər koması). Digər növ mikroorqanizmlər tərəfindən törədilən ağırlaşmalar həmin xəstəlik üçün qeyri-spesifik ağırlaşmalar adlanır (məsələn: virus infeksiyaları zamanı bakterial ağırlaşmalar).

Yoluxucu xəstəliklər tipinə, ağırlığına, gedişinə görə qruplara ayrılır.

I. Tipinə görə:

1. Tipik
2. Atipik: a) silinmiş, b) simptomuz, c) abortiv, d) ildırımvari hipetroksik forma

II. Gedişinə görə: a) kəskin, b) uzunsürən, c) xroniki forma

III. Ağırlıq dərəcəsinə görə: a) yüngül, b) orta ağır, c) ağır forma

UŞAQ İNFEKSİON XƏSTƏXANALARININ İŞ REJİMİ

İnfeksiyon xəstəliklərin qarşısını almaq, xəstələri ayırmaq və müalicə etmək üçün infeksiyon xəstəxana və birləşmiş xəstəxananın infeksiyon şöbələri mövcuddur.

İnfeksiyon xəstəxananın quruluşu axın prinsipi üzrədir: xəstə daxil olduqda xəstəxananın otaqlarından bir-bir keçir və əvvəl olduğu otağa bir daha qayıtmır. Qəbul şöbəsində xəstə ilk sanitariya təmizliyindən keçir, şəxsi əşyaları dezinfeksiya və dezinseksiya olunur, ifrazatları zərərsizləşdirilir. İnfeksiyon şöbədə isə müalicə və sonuncu dezinfeksiya aparılır. Xəstə evə yazılmaq ərəfəsində basil gəzdirməyə görə kontrol yoxlamadan keçir.

Hər bir infeksiyon xəstəxanada filtr, dezinfeksiya kamerası, camaşırxana olur. Sanitar-texniki avadanlıq və təsərrüfat tikililəri müalicə korpusundan aralı olur. İnfeksiyon şöbələri ayrıca binalarda və ya çoxmərtəbəli hündür korpuslarda ola bilər. Müxtəlif infeksiyalar üçün azı 3 şöbə olmalıdır. 100 çarpayılıq və daha iri infeksiyon xəstəxananın xüsusi diaqnostika şöbəsi olmalıdır. Xəstəxanada otaqlar işıqlı, təmiz olmalı, pəncərələrə tor vurulmalıdır. Hər xəstəxananın kliniki, bakterioloji laboratoriyası, meyitxanası olmalıdır. Sanitariya nəqliyyatı ilə gətirilən xəstələri müəyyən xəstəliklər üçün nəzərdə tutulan bokslarda qəbul edirlər. İnfeksiyanın yayılmaması və xəstəyə başqa infeksiya yoluxmaması üçün boks elə qurulmuşdur ki, xəstələr bir-birini görmür. Qəbul şöbəsində müayinə zamanı xəstədə bir neçə infeksiya tapıla bilər. Bu halda xəstəni ayrıca palataya qoyurlar.

Yoluxucu xəstəliklər zamanı tibb bacısı tərəfindən xəstə uşağa qulluğun təşkili

№	Tibb bacısı tərəfindən qulluğun planı	Əsaslandırılması
1	Xəstə və onun qohumları xəstəlik haqqında məlumatlandırılmalı	Xəstənin məlumat alma hüququ təmin edilir. Xəstə və qohumları qulluğa dair bütün tədbirlərin həyata keçirilməsinin məqsəduyğun olmasını başa düşür
2	Xəstə təcrid olunur, ifrazatı zərərsizləşdirilir	Xəstəliyin yayılmasının qarşısı alınır
3	Maska rejimi təyin edilir	Hava -damcı yolu ilə yoluxmanın qarşısı alınır
4	Otağın və palatanın havası tez-tez dəyişdirilir, gündə ən azı 2 dəfə nəm əski ilə silinir	Ətraf mühitdə törədicinin konsentrasiyası azalır, havanın təmizliyi təmin edilir
5	Dezinfeksiya aparılır	Ətraf mühitdə davamlı törədicilər əşyalar üzərində uzun müddət saxlandıqda xəstəliyin "3-cü şəxs" tərəfindən ötürülməsinin qarşısı alınır
6	Xəstələrin düzgün qidalandırılması, optimal hərəkət rejimi təyin edilir	Xəstəliyin gedişi yüngülləşir

Xəstələri xəstəxanaya qoyduqda tibb bacısı onların düzgün sanitariya təmizliyindən keçməsinə, cari dezinfeksiyaya, şöbəyə və palataya başqa infeksiyalar gətirilməməsinə fikir verir, həkim təyinatlarını dəqiq yerinə yetirir.

UŞAQLARDA AKTİV İMMUNİZASIYA

Yoluxucu xəstəliklərlə mübarizə səhiyyənin prioritet sahələrindən biridir. İmmunoprofilaktika dedikdə profilaktik peyvəndlərin həyata keçirilməsi yolu ilə yoluxucu xəstəlik-

lərin qarşısının alınması, yayılmasının məhdudlaşdırılması və aradan qaldırılması üçün tədbirlər sistemi başa düşülür. Yoluxucu xəstəliklərə qarşı xüsusi müqavimət yaratmaq üçün insan orqanizminə tibbi immunobioloji preparatlar yeridilir ki, bunlara da profilaktik peyvəndlər deyilir. İmmunlaşdırma bir sıra yoluxucu xəstəliklərin profilaktikasında əsas tədbirdir.

Uşaq tibb müəssisələrində peyvənd işinin təşkili

Müalicə-profilaktika müəssisələrinin peyvənd otağının işinin məqsədi peyvəndə cəlb olunmanın yüksək səviyyəsinə nail olmaq və spesifik profilaktika vasitələri ilə qarşısı alınan yoluxucu xəstəliklərə yoluxma səviyyəsini azaltmaqdan ibarətdir.

Peyvəndlərin planlaşdırılması qeydiyyatı və hesabatını uşaq poliklinikasının peyvənd otağının həkimi və tibb bacısı həyata keçirir. Peyvənd olunacaq bütün uşaqların profilaktik peyvənd kartaları (AZS-063 N-li forma) hər ayın axırında seçilib ayrılır – gələn ayın immunlaşdırma planı hazırlanır. Profilaktik peyvəndlər planı pediatrik sahələr üzrə tərtib edilir (illik, aylıq). Uşaq müəssisələrinin ərazisində yaşayan bütün uşaqlar sahə həkimi və tibb bacısı tərəfindən qeydiyyata alınmalı, hər bir uşağa bu AZS-063 N-li forma ilə profilaktik peyvənd kartası açılmalı, peyvənd otaqlarında peyvənd kartotekası yaradılmalı və pediatrik sahə prinsipinə uyğun düzülməlidir.

Sahə pediatri və sahə tibb bacısı ildə 2 dəfə (yazda və payızda) uşaqların qeydiyyatını aparır. Həmin siyahıya yenidoğulmuş və həmin əraziyə yeni köçmüş uşaqların adları da salınır.

İmmunlaşdırmanın vaxtında aparılmasını təmin etmək üçün tibb bacısı valideynlərə peyvənd aparılacaq tarixi bildirir. Peyvənd olunacaq hər bir uşaq peyvəddən əvvəl mütləq həkim tərəfindən müayinə olunmalıdır. Əvvəl aparılmış immunlaşdırmaya qarşı reaksiya, yanaşı gedən xəstəliklər, dərman preparatları və qida məhsullarına qarşı allergiya olması və s. nəzərə alınmalıdır. Peyvənd günü hər bir uşaq termometriyadan keçirilməlidir.

Profilaktik peyvəndlər planlı və epidemioloji göstəriş əsasında aparılır. Hər hansı bir xəstəliyin müəyyən ərazidə yayılma təhlükəsi olduqda epidemioloji göstəriş əsasında peyvəndlər aparılır (suçiçəyi, vəba və s). Planlı peyvəndlər epidemioloji vəziyyətdən asılı olmayaraq, “Profilaktik Peyvənd Təqvimi” əsasında aparılır. Bura poliomielit, vərəm, difteriya, göyöskürək, tetanus, qızılca, parotit, məxmərək, hepatit B virusu, B tipli hemofil infeksiya və pnevmokokk infeksiyaları əleyhinə peyvəndlər aiddir.

Profilaktik peyvəndlərin aparılması üçün peyvənd otağı ayrılır. Peyvənd otağında təmizlik, havanın tez-tez dəyişdirilməsi və ultrabənövşəyi şüalarla zərərsizləşdirmə rejiminə riayət edilməlidir. Bütün vaksinlər və ya onların həllediciləri istiliyə və ya donmağa həssasdır. Onların daşınması və saxlanması zamanı temperatur rejiminin gözlənilməməsi nəticəsində onların immunogen aktivliyi ya hissəvi, ya da tamamilə itir. Peyvəndlərin aktivliyinin qorunması üçün vaksinlərin düzgün saxlanması və daşınması vacib məsələdir.

“Soyuq zəncir”i təmin etmək üçün aşağıdakılar vacibdir: GEM-də və tibb müəssisələrində vaksinlərin (+2°C) – (+8°C) temperaturda saxlanması, peyvəndlər aparılan zaman vaksinlərin və həlledicilərin uyğun temperatur rejimində saxlanması, xüsusi təlim keçmiş personalın olması, soyuducu avadanlıqlardan istifadə edilməsi.

Tibb müəssisələrində immunobioloji preparatları əsasən məişət tipli soyuducularda saxlayırlar. İmmunobioloji preparatlar saxlanılan soyuducularda dərmanlar, məlhəmlər, qan zərdabı nümunələri, qida məhsulları və s. saxlamaq olmaz. Soyuducunun qapısını tez-tez açmaq olmaz, çünki bu, soyuducunun kamerasında temperaturun artmasına səbəb olur.

Peyvəndləri immunoprofilaktika sahəsində hazırlıq keçmiş və sertifikat almış tibb bacısı - vaksinator həyata keçirməlidir.

Peyvənd etməzdən əvvəl vaksinator:

-uşağın peyvəndə buraxılması barədə həkimin qeydiyyatının olmasını yoxlayır;

-preparatın flakon (ampula) üzərindəki adının həkimin təyinatı ilə eyni olmasını, istifadə müddətini, ampulanın tamlığını, indikatorun vəziyyətini yoxlayır;

-vizual olaraq preparatın keyfiyyətini qiymətləndirir

-yalnız birdəfəlik özüməhvolan şprislərlə təhlükəsiz immunlaşdırma qaydalarına riayət etməklə peyvənd edir.

Peyvənddən sonra vaksinator:

-çoxdozalı vaksinlərin ampula və ya flakonunu soyuducuya yerləşdirir;

-işlənmiş şprisi təhlükəsiz məhv etmə qutusuna (TQ) atır;

-aparılmış peyvəndlər haqqında qeydiyyat sənədlərinə məlumatları daxil edir;

-peyvənd olunmuş uşağı 30 dəqiqə müddətində peyvənd məntəqəsində saxlayaraq ona nəzarət edir;

-aparılmış peyvənddən sonra baş verə biləcək postvaksinal reaksiyalar və hansı hallarda mütləq həkimə müraciət etmələri barədə valideynlərə məlumat verir.

Vaksinator dərhal baş verən postvaksinal reaksiyalar zamanı ilkin tibbi yardım göstərməli, həkimi çağırmalıdır. Vak-

sinator vaksinlərin, həlledicilərin və digər peyvənd materiallarının qeydiyyatını aparır və saxlanma rejimini gözləyir, aparılmış peyvəndlər haqqında hesabat hazırlayır (gündəlik, aylıq, illik). Vaksinator, həmçinin, sanitariya-epidemioloji rejiminin gözlənilməsi məqsədi ilə tədbirlər aparır. Bunun üçün peyvənd otağında gün ərzində iki dəfə nəm, həftədə bir dəfə əsaslı təmizlik işləri aparılır. TQ-nin müvəqqəti saxlanması və məhv edilməsi təmin edilir. Bütün istifadə edilmiş inyeksiya alətləri dərhal TQ-yə yığılmalıdır.

Vaksin preparatları

Vaksinlərin təsnifatı. Vaksinlər valentliyinə, fiziki vəziyyətinə və antigen tərkibinə görə təsnif olunur.

Antigen tərkibinə görə vaksinlərin aşağıdakı növləri vardır:

1. Canlı vaksinlər-poliomielit, parotit, qızılca, məxmərək, vərəm və s. əleyhinə vaksinlər;

2. Cansız vaksinlər- göyöskürək, pnevmokokk, hepatit A əleyhinə vaksinlər, İPV;

3. Kimyəvi vaksinlər- meningokokk infeksiyası, qarın yatağı, və s. əleyhinə vaksinlər

4. Anatoksinlər-difteriya, tetanus, stafilokokk infeksiyası, botulizm anatoksinləri;

5. Rekombinant vaksinlər - hepatit B, rotavirus infeksiyası əleyhinə vaksinlər;

6. Sintetik vaksinlər;



7. Kombinə edilmiş vaksinlər- AGDT, ADT, QPM, GDTHibHepB və s.

Valentliyinə görə vaksinlərin növləri:

1. Mono vaksinlər - HepB, BCJ, OPV, İPV, Pk və s.;
2. Kombinə edilmiş vaksinlər-GDT, DT, QPM, QM, GDTHibHepB;

Fiziki vəziyyətinə görə vaksinlərin növləri:

1. Quru - BCJ, QPM, QM və s.;
2. Maye halında - OPV, HepB, GDT, DT, GDTHibHepB, Pk, İPV və s.

Vaksinlərin saxlanma və daşınma qaydaları:

1. Bütün vaksinlər soyuducuda (+2)-(+8)⁰C temperatur rejimində saxlanılmalıdır;
2. Vaksini və həlledicini dondurmaq qəti qadağandır;
3. Vaksinlər yalnız termoçantada, "Soyuq zəncir" qaydalarına riayət etməklə daşınmalıdır. Hər termoçantada 4 dondurulmuş soyuducu element olmalıdır.

Quru vaksinlərin həll edilmə qaydaları:

1. Quru (liofilizə olunmuş) vaksin yalnız öz həlledicisi ilə həll olunmalıdır;
2. Vaksini həll etmək üçün eyni istehsalçının həlledicisindən istifadə olunmalıdır;
3. Hər vaksinin həll edilməsi üçün ayrıca steril şpris və ayrıca steril iynə işlədilməlidir;
4. Diri vaksin (+2)-(+8)⁰ C temperatur rejimində həll edildikdən sonra yalnız 6 saat ərzində istifadə oluna bilər. Bu müddət(6 saat) bitdikdə, istifadə olunmamış vaksin qalığı məhv edilməlidir.

Vaksindən istifadə üsulları:

1. Eyni vaxtda bir neçə vaksin vurmaq olar, lakin vaksinlər müxtəlif nahiyələrə vurulmalıdır;
2. İstənilən vaksinin bir dəfəyə yalnız bir dozası vurulur.

Vaksinləməyə əks-göstərişlər

Daimi əks-göstərişlər:

1. Bütün vaksinlərə-əvvəlki peyvəndə güclü postvaksinal reaksiyalar və ya ağır allergik hallar, anafilaktoid reaksiya və ya anafilaktik şok olduqda;

2. Bütün canlı vaksinlərə-immunçatışmazlığı, immunosupressiya, bədxassəli yeni törəmələr, aminoqlikozidlərə və toyuq yumurtasının zülalına olan allergik reaksiyalar olduqda;

3. GDT vaksininə-gedişi şiddətlənən nevroloji xəstəliklər, anamnezdə afebril qıcolmalar olduqda.

Müvəqqəti əks-göstərişlər:

1. Kəskin infeksiyalar;

2. Qeyri-infeksiyon və xroniki xəstəliklərin kəskinləşməsi. Bu qrup uşaqlar sağaldıqdan 2-4 həftə sonra peyvənd olunabilir;

3. İmmunoglobulinlərin, qanın və plazmanın yeridilməsi (istisna OPV vaksini): əks-göstəriş 3 ayadək davam edə bilər;

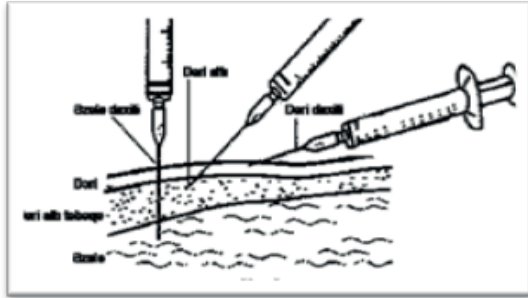
4. İmmunosupressiv terapiya: əks-göstəriş 6 ayadək davam edə bilər.

Profilaktik peyvəndlərdən sonra yarana bilən reaksiya və ağırlaşmalar

Profilaktik peyvəndlərin aparılması aseptika qaydalarına riayət olunmağı tələb edir ki, bu da irinli-iltihab proseslərinin qarşısının alınmasında vacib şərtidir. Vaksinasiya işini yalnız sağlam tibb işçiləri aparmalıdırlar.

Hər inyeksiyadan əvvəl əllər sabunla yuyulmalıdır. Vaksinasiya aparən tibb bacısı ağ xalat geyinməli, maska taxmalı,

başına tibbi papaq qoymalıdır. Bütün cansız vaksinləri əzələ daxilinə yeritmək lazımdır. 2 yaşadək uşaqlar üçün peyvəndin vurulma nahiyyəsi budun ön lateral hissəsidir. 2



yaşdan yuxarı uşaqlar və böyüklər üçün ən optimal nahiyyə çiyin deltavari əzələsidir. İynə 90° bucaq altında yan tərəfdən yeridilir.

Hər hansı vaksin preparatının yeridilməsi orqanizmdə cavab reaksiyası yarada bilər. Bu reaksiyaların 2 növü var.

Yerli reaksiyalar. Bu zaman vaksinin yeridildiği yerdə qızartı, ağrı, infiltrat əmələ gəlir. Yerli reaksiyalar təzahüründən asılı olaraq 3 cür olur:

1. Zəif reaksiya - 5 sm-dək qızartı;
2. Orta reaksiya - 5-7,9 sm-dək qızartı;
3. Güclü reaksiya-8 sm-dən çox, limfangit və limfadenitin olması.

Ümumi reaksiyalar. Bu zaman temperaturun yüksəlməsi, narahatlıq, iştahanın itməsi, yuxunun pozulması, baş ağrıları, başgicəllənmə, qısamüddətli huşun itməsi, sianoz, ətrafların soyuması, uşaqlarda uzunmüddətli qeyri-adi ağlama, allergik səpgilər meydana çıxır. Bəzən canlı vaksinlər yeridilən zaman zəif formada infeksiya özünü büruzə verir.

Bəzən vaksinasıyadan sonra ağırlaşmalar da əmələ gələ bilər. Bura güclü allergik reaksiyalar, anafilaktik şok, nevroloji əlamətlər, qıcolmalar aiddir. Postvaksinal reaksiyalardan fərqli olaraq ağırlaşmalar nadir hallarda rast gəlinir.

Peyvəndlərə normal reaksiyalar

Vərəm əleyhinə peyvənddən sonra uşağın çiyində, vaksinin vurulduğu yerdə 6-8 həftədən sonra tədricən yerli spesifik reaksiya başlanır - əvvəlcə infiltrat, sonra papula, pustula və yara əmələ gəlir. Onun ölçüsü 5-10 mm təşkil edir. Reaksiyanın sonu, adətən, uşağın 3-4 ayına 2-10 mm diametri olan səthi çapıqla xarakterizə olunur(90-95% hallarda). Çapıqın əmələ gəlməsi BCJ peyvəndinin effektiv olduğunu və immunitetin formalaşdığını göstərir.

OPV peyvəndindən sonra əsasən reaksiya qeydə alınmır.

GDT-nin birinci vaksinasiyasından sonra uşaqda iştaha və yuxunun pozulması, temperaturun 37,5-38°C-yə qədər yüksəlməsi, inyeksiya yerində qızartı və infiltratın əmələ gəlməsi müşahidə oluna bilər. Bu, normal reaksiya olub, 1-2 gün qeydə alına bilər.

Qızılca əleyhinə vaksinasiyadan 5-10 gün sonra temperaturun 38-39°C-yə qədər yüksəlməsi, bəzən göz sklerasının qızarması, səpki və s. qeydə alına bilər.

Epidemik parotit əleyhinə peyvənddən 10 gündən sonra reaksiya (yüksək hərarət, qulaqdibi vəzilərin şişməsi) müşahidə oluna bilər .

Hepatit B vaksinasiyasından sonra iynənin yerində ağrılı qızartı ola bilər. Temperatur çox nadir hallarda 37-37,5°C olur.

Pnevmokokk əleyhinə vaksin vurulduqda əsasən reaksiya qeydə alınmır.

İPV (İnaktivləşdirilmiş poliomyelit vaksini) vurulduqda əmələ gələn xoşagəlməz hallar vaksinasiyadan sonrakı ilk 3 gün ərzində qeyd olunur və müvəqqəti xarakter daşıyır.

KƏSKİN RESPIRATOR VİRUS İNFEKSİYALARI

Kəskin respirator virus infeksiyaları (KRVI) – hava-damcı yolu ilə yayılan və tənəffüs yollarını zədələyən xəstəliklər qrupudur. Bura qrip, paraqrip, adenovirus infeksiyası, respirator sinsitial, rinovirus infeksiyası və s. aiddir.

Qrip

Qrip intoksikasiya və yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasının zədələnməsi ilə xarakterizə olunan kəskin virus infeksiyasıdır.

Etiologiyası. Qrip virusları tərkibində RNT olan mikroviruslara aiddir. Bu virusun 3 tipi müəyyən edilib: A, B, S. Virus orqanizmdə sürətlə yayılır. Qrip virusları xarici mühitə az davamlıdır, yüksək temperaturda tez məhv olur, aşağı və mənfi temperatura qarşı davamlıdır. İnfeksiya hava-damcı yolu ilə yayılır. İnfeksiya mənbəyi insandır.

Klinikası. Qrip zamanı inkubasiya dövrü adətən 1-2 gündür. Lakin 3 günə qədər uzana bilər və ya bir neçə saat ola bilər. Tipik halda qrip kəskin başlayır. Xəstədə üşütmə, baş ağrısı olur. Bir neçə saatdan sonra bədən hərarəti yüksəlir, zəiflik, əzginlik hissiyyəti, əzələlərdə, sümüklərdə və oynaqalarda ağrı olur.

Xəstəliyin yüngül, orta ağır, ağır və toksiki forması müəyyən edilib.

Yüngül formada-intoksikasiya zəif nəzərə çarpır. Bədən hərarəti subfebril olur, 2-3 gün davam edir. Yuxarı tənəffüs yollarının zədələnməsi əlamətləri daha çox görünür.

Orta-ağır forması-daha çox təsadüf olunan formadır. Xəstəlik kəskin intoksikasiya və yuxarı tənəffüs yollarının zədələnməsi simptomları ilə müşayiət olunur. Qızdırmalı

dövr 4-5 gün davam edir.

Ağır forma-daha şiddətli başlayır. Kəskin nəzərə çarpan intoksikasiya ilə keçən yüksək və uzun sürən qızdırma, adinamiya, başgicəllənmə, yuxusuzluq, qusma, qıcolmalar, şüurun itməsi, meningial simptomlar, ürək-damar pozğunluqları baş verir. Tənəffüs çatmamazlığı meydana çıxır.

Xəstəliyin **toksik formasına** ildırımvari forma da deyilir. Bu, ağır neyrotoksikoz, ürək-damar çatışmazlığı, tənəffüs çatışmazlığı ilə özünü göstərir. Neyrotoksikoz virus, bakteriya və virus bakteriya florasına qarşı orqanizmin verdiyi şokabənzər qeyri-spesifik cavab reaksiyasıdır. Neyrotoksikoz zamanı əsasən MSS və vegetativ sinir sistemi zədələnir. Neyrotoksikozun gedişində 2 mərhələ ayırd edilir.

I mərhələdə mərkəzi sinir sisteminin oyanma əlamətləri üstünlük təşkil edir. Uşaq oyanıq, narahat olur, hiperesteziya, əllərdə tremor, taxikardiya meydana çıxır. Dəri qızarır, temperatur 39-39,5^o olur.

II mərhələ zamanı mərkəzi sinir sisteminin zədələnmə əlamətləri artır. Patoloji yuxululuq meydana çıxır. Uşaq hərəkətsiz olur, vətər, dəri və qarın refleksləri itir. Böyük uşaqlarda hərəkəti oyanıqlıq, halüsinasiya meydana çıxma bilər. Qıcolmalar, meningial simptomlar əmələ gəlir. Dəri boz-sianotik olur, mərmər şəklini alır. Temperatur 39,5-40^oC olur və temperatursalıcı dərmanların təsirindən aşağı düşür.

Kiçik yaşlı uşaqlarda qrip infeksiyasının xüsusiyyətləri. Bir yaşınadək uşaqlarda qripin tipik klinik əlamətləri ya olmur, ya da çox zəif olur. Xəstəlik dərinin avazıması, döşdən imtina, bədən çəkisinin azalması ilə başlayır. Qripin gedişi daha ağır olub, bakterial infeksiyaların qoşulması ilə ağırlaşır. 1-3 yaşlarında xəstəlik neyrotoksikoz şəklində inkişaf edir. Tez-tez larinqotraxeit, inaq meydana çıxır.

Ağırlaşmaları. Qrip ən çox otit, pnevmoniya, laringotraxeit, bronxit, bəzən isə meningit və meninqoensefalitlə ağırlaşsa bilər.

Müalicəsi. Uşaq təcrid edilməklə yataq rejimində olmalıdır. Vitaminlərlə zəngin, tam dəyərli qidalar, içməyə çoxlu maye, meyvə şirələri verilir. Xəstəliyin başlanğıcında və profilaktika məqsədilə interferondan (anaferon, arbidol və s) istifadə edilir. Xəstəliyin ağır formasında qrip əleyhinə qammaqlobulindən də istifadə olunur. İliq vanna, xardal yaxması təyin edilir. Yüksək hərarət, baş ağrısı, sinir və əzələ ağrıları zamanı parasetamol, ibuprofen, əzabverici quru öskürək zamanı travisil, libeksin, tusupreks, asmatik sindrom başlasa dimedrol, suprastin, toksik formada vena daxilinə 20-40%-li qlükoza, 25%-li maqnezium-sulfatdan istifadə olunur. Xəstəliyin ağırlaşmaları zamanı (laringit, pnevmoniya, otit) sulfanilamidlər, antibiotiklər təyin edilir.

Profilaktikası. Qeyri-spesifik profilaktika orqanizmin mökəmləndirilməsi, düzgün qidalanma və şəxsi gigiyena qaydalarına riayət etməkdən ibarətdir. Spesifik profilaktika qrip əleyhinə vaksinin vurulmasından ibarətdir.

Paraqrip

Yuxarı tənəffüs yollarının, başlıca olaraq qırtlağın zədələnməsi ilə xarakterizə olunan kəskin viruslu infeksiyadır.

Etiologiyası. Xəstəlik paraqrip virusları tərəfindən törədilir. Virus xarici mühitdə davamsızdır.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstə insandır. Hava-damcı yolu ilə yayılır.

Klinikası. İnkubasiya dövrü 3-4 gün davam edir. Klinikası qripin klinikasına oxşayır. Lakin burada proses adətən daha çox xoşxassəli olur. Qızdırmanın müddəti bir qədər

uzun, təxminən 1 həftəyə qədər olur. Yuxarı tənəffüs yollarında, xüsusən qırtlaqda kataral dəyişikliklər özünü göstərir. Paraqrip zamanı tez-tez laringit, faringit, rinit, bronxial asma əlamətləri özünü göstərir.

Müalicəsi. Paraqrip zamanı müalicə əsasən simptomotikdir və ümumi möhkəmləndirmə məqsədi daşıyır. Xəstəliyin ağır hallarında qammaqlobulindən istifadə edilir. Ağırlaşmalar olduqda antibiotiklərdən və sulfanilamid preparatlarından istifadə olunur.

Adenovirus infeksiyası

Adenovirus infeksiyası kəskin respirator xəstəlikdir. Tənəffüs yollarının, gözün selikli qişasının və badamcıqların limfoid toxumasının zədələnməsi, intoksikasiya simptomlarının təzahürü ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası. Xəstəlik adenoviruslar tərəfindən törədilir. Adenovirusların 50-yə qədər serotipi məlumdur.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstə insanlar və virusgəzdirenlərdir. Yoluxma hava-damcı yolu ilə baş verir. 6 aydan-15 yaşa qədər uşaqlar infeksiyaya daha həssasdır.

Klinikası. İnkubasiya dövrü 1-13 gündür. Xəstəlik kəskin başlayır, titrəmə, üşütmə, baş ağrısı meydana çıxır. Çox vaxt sümüklərdə, oynaqlarda, əzələlərdə ağrılar baş verir. Temperatur 38-39°C-yə qalxır. Xəstəliyin klinik təsviri polimorfizm ilə xarakterizə olunur. Xəstəliyin nisbətən geniş yayılan 2 forması qeyd olunur.

I. Yuxarı tənəffüs yollarının katarı. Bu zaman burunun, udlağın və badamcıqların selikli qişasında patoloji proses inkişaf edir. Ekssudativ komponent selikli qişaların şişməsi və çoxlu miqdarda selikli ifrazatın əmələ gəlməsi ilə özünü göstərir. Udlağın arxa divarında hiperemiya, şişkinlik

fonunda tez-tez dənəvər səpgilər görünür. Badamcıqlarda isə qızartı aşkarlanır. Boyun və çənəaltı limfa düyünlərinin böyüməsi xarakterikdir. Bəzən bir neçə gün ərzində tez-tez, lakin miqdarı az olan nəcis ifrazı qeyd olunur. Körpə uşaqlarda çox vaxt diareya baş verir.

II. Fərinqokonyuktivial qızdırma. Kataral konyuktivitın meydana çıxmasına səbəb olur. Konyuktivit xəstəliyin I, çox vaxt II, III günündən meydana çıxır. Adətən birtərəfli olur, daha sonra ikitərəfli xarakter alır. Konyuktivanın hiperemiyası, şişkinliyi nəzərə çarpır. Əvvəl selikli ifrazat, sonra isə zərif ağ və ya boz-ağ rəngli ərş meydana çıxır.

Parenximatöz orqanlar zədələnən zaman dalaq, əsasən də qaraciyər böyüyür. Adenoviruslar mezenxial limfa düyünlərini zədələyərək-mezadenitin əmələ gəlməsinə səbəb olurlar. Bu, özünü kəskin qarın simptomları ilə büruzə verir. Adenovirus infeksiyasının ağırlaşmasına, əsasən körpə uşaqlarda tez-tez təsadüf olunur. Yuxarı tənəffüs yollarına bakterial floranın qoşulması nəticəsində rinit, tonzillit, otit, sinusit, bronxit, pnevmoniya, plevrit meydana çıxır. Adenovirus infeksiyası xroniki tonzillitin, otitin, pnevmoniyaların kəskinləşməsinə səbəb ola bilər.

Müalicəsi. Xəstəliyin yüngül formasında simptomatik terapiya aparılır. Bura desensibilizasiyaedici dərmanlar, vitaminlər, hərərətsalıcılar, qələvi inhalyasiyaları, yayındırıcı terapiya (xardal yaxması və s.) daxildir. Xəstəliyin orta-ağır və ağır formalarında bu dərmanlarla yanaşı, adenoviruslara qarşı spesifik qammaqlobulin vurulur.

Kəskin respirator virus infeksiyaları zamanı qulluq. Kəskin respirator virus infeksiyalarının əmələgəlmə səbəbləri, xəstəliyin klinikası, müalicə prinsipləri, profilaktika və proqnozu haqqında valideynləri və xəstə uşağı (yaşı imkan verirsə) vaxtında məlumatlandırmaq lazımdır.

Xəstə uşağın izolyasiyasını 7-10 gün ərzində başqa otağa yerləşdirməklə və ya şırma ilə ayırmaqla təmin etmək və ətrafdakılarla əlaqəsini məhdudlaşdırmağı təşkil etmək; qızdırma dövründə yataq rejimini təşkil etmək, kataral infeksiya və intoksikasiya azaldıqda bu rejimi genişləndirmək; uşağın ətrafında sakit mühit yaradıb həyəcədən qorumaq lazımdır. Stasionar şəraitdə həyati vacib funksiyaların (temperatur, AT, dərinin, selikli qişanın vəziyyəti) monitorinqi keçirilməlidir.

Dərinin təmizliyinə fikir verilməlidir, lazım gəldikdə yataq ağırları və dəsmalları dəyişdirilməlidir. Selikli qişaların vaxtılı-vaxtında tualeti aparılmalıdır: gündə bir neçə dəfə əsnək 2%-li natrium hidrokarbonat məhlulu ilə, natrium xloridin izotonik məhlulu, müalicəvi otların (çobanyastığı, evkalipt və s.) dəmləməsi ilə qarqara edilməlidir. Əgər uşaq bunu sərbəst edə bilmirsə onda ağız boşluğunu və dodaqları gündə 2-4 dəfə zəif antiseptik məhlullarla təmizləmək, burun dəliklərini steril bitki yağları və ya oksalin məlhəmi ilə yağlamaq lazımdır. Erkən yaşlı uşaqların yuxarı tənəffüs yollarından mütəmadi olaraq seliyi sormaqla, bəlgəmli öskürək zamanı yataqda drenaj vəziyyəti yaratmaq lazımdır. Yayındırıcı vasitələr, qələvi-yağ inhalyasiyaları, müalicə vannaları, refleksogen zonaların masajının aparılma metodikasını valideynlərə öyrətmək lazımdır.

Valideynləri başa salmaq lazımdır ki, uşaqlara az porsiyalarla, sutkada 5-6 dəfə asan həzm olunan, duru və yarımduru qidalar yedirdirsinlər. Kəskin dövrdə vitaminlərlə zəngin qida (kompot, kisel, meyvə, tərəvəz supları, püre, südlü və tərəvəzli yoqurtlar, yarımduru sıyıqlar) ilıq şəkildə verilməlidir. Xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqdan və temperatur normallaşdıqdan sonra bərk olmayan qidalara, suda və ya buğda bişmiş ət və balıq, təzə meyvə və tərəvəzlərə keç-

mək olar. Çoxlu maye, məsələn ilıq, qazsız, mineral sular (Barjom), yarı südlə qarışdırılmış, limonlu çay verilməlidir.

Ailə üzvləri tərəfindən uşağa psixoloji dəstəyin vacib olması haqqında valideynlərə məlumat vermək lazımdır. Sakit oyunlar oynamaq, musiqiyə qulaq asmaq, kitab oxumaq və s. ilə uşağı təmin etmək lazımdır.

Xəstə uşaq yerləşdirilən otağın havası müntəzəm olaraq dəyişdirilməli və nəmləndirilməli, qulluq vasitələri və qab-qacaqları dezinfeksiyaedici maddələrlə gündə 2 dəfə təmizlənməlidir.

Valideynlərə tövsiyə olunmalıdır ki, kəskin respiraor virus infeksiyası ilə tez-tez xəstələnən uşaqlara qeyri-spesifik profilaktika aparsınlar. Refleksogen zonaların masajı, polivitamin kursu, immunostimullaşdırıcı vasitələrdən, bədən möhkəmləndirici elementlərdən (havada uzunmüddətli gəzinti, kontrast duş, üzgüçülük, su prosedurları) istifadə ediləməlidir.

UŞAQLARDA VƏRƏM

Vərəm – vərəm mikobakteriyaları tərəfindən törədilən, müxtəlif orqanlarda spesifik iltihabi dəyişikliklərin (vərəm qranulomaları) əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunan xroniki infeksiya xəstəlikidir.

Xəstəlik hələ qədim zamanlardan məlum idi. Bunu arxeoloji qazıntılar, qədim əlyazmalardan alınan məlumatlar sübut edir. Uzun illər hesab olunurdu ki, vərəm yalnız ağciyərləri zədələyir. Lakin bizim eradan əvvəl 27-ci əsrə aid olan 4 ədəd Misir mumiyalarının skeletində -onurğa sütunu fəqərələrində vərəmlə zədələnmə izləri aşkar olunmuşdur. Qədim zamanlardan hələ o da məlum idi ki, vərəm xəstəliyi

sosial xarakterli xəstəlikdir. Belə ki, vərəm kasıbların xəstəliyi hesab olunurdu. Hal-hazırda vərəm dünyada ən geniş yayılmış infeksiyon xəstəliklərdən biridir.

1882-ci il mart ayının 24-də alman alimi Robert Kox vərəm törədicilərinin tapılması haqqında məlumat vermişdir. Ümumdünya Sağlamlığı Mühafizə Cəmiyyəti isə bu tarixi hər il qeyd olunan “Vərəmlə ümumdünya mübarizə günü” kimi əbədiləşdirdi.

Bu xəstəliyə bütün yaşlarda rast gəlinir. Uşaqlar vərəmlə əlaqədar epidemioloji vəziyyətin güzgüsüdür. Müasir dövrdə vərəmin geniş yayılmasına iqtisadi vəziyyət, əhalinin miqrasiyası, alkoqolizm, QIÇS, törədicinin vərəm əleyhinə dərman maddələrinə qarşı davamlı ştamplarının yaranması və s.faktorlar təsir edir.

Etiologiyası. Vərəmin törədicisi vərəm mikobakteriyalarıdır. Mikobakteriyalar aerob olduqdarı üçün onların inkişafına oksigenli mühit lazımdır. Törədicilər adətən nazik, kənarları oval olan, əyri çöplərdir. Ətraf mühitin qeyri-əlvərişli faktorlarının törədiciyə təsiri nəticəsində onun funksional xüsusiyyətləri geniş diapazonda dəyişiklik əldə etmişdir. Belə ki, son illərdə mikobakteriyaların: avizual süzülən formaları (ultra kiçik forma), alfa forma (hüceyrə qışası olmur), şaxəli gıqant forma və bütün spesifik antibiotik və kimyəvi preparatlara qarşı davamlı formaları yaranmışdır.

Vərəm mikobakteriyalarının 4 tipi məlumdur:

1. İnsan tipi(uşaqlarda ən çox vərəmə səbəb olur);
2. Öküz tipi(xəstə heyvandan alınan süddən yoluxma olur);
3. Quş tipi(quşçuluq fermalarında işləyənlər yoluxur);
4. Siçan tipi(ancaq çöl siçanları xəstələnirlər).

Törədiciinin əsas xüsusiyyətləri:

1. Ətraf mühitə çox davamlıdırlar (rütubətli, gün düşməyən yerlərdə 6 ayadək, kitabda 8-12 aya, suda 1 ilədək qalırlar). Aşağı hərərdə uzun müddət, illərlə yaşayırlar.

2. Düz düşən günəş şüalarının və UBŞ-nin təsirindən və qaynatdıqda (5-10 dəq.) məhv olurlar.

3. Tərkibində xlor çox olan dezinfeksiyaedicilərə (5-10%-li xloramin məhlulu və s.) qarşı həssasdırlar.

Epidemiologiyası.Vərəm zamanı **infeksiya mənbəyi** aşağıdakılardır:

1. Vərəmin açıq forması ilə xəstə olan insanlar (törədici bəlgəmdə, sidikdə, ana südündə olur);

2. Xəstə heyvanlar, quşlar (törədici süd və yumurtada olur).

Hal-hazırda müəyyən olunmuşdur ki, bir nəfər bakteriya-ifrazedici ildə 10-12 nəfər yoluxdura bilər.

İnfeksiyanın keçmə yolları: hava-damcı, qida, su, təmas-məişət, bətdaxili.

İnfeksiyanın giriş qapısı: yuxarı tənəffüs yolları, ağciyərlər, həzm traktı (əsasən 4 yaşa qədər uşaqlarda).

Vərəmin yaranmasına kömək edən faktorlar: pis məişət şəraiti, sanitar-gigiyenik mədəniyyətin aşağı səviyədə olması, qeyri-rasional qidalanma, immunitetin zəifləməsi və s.

Vərəmin inkişaf mexanizmi. Birincili infeksiyalaşma bir neçə mərhələdə keçir:

1. Yuxarı tənəffüs yolları, həzm traktının selikli qişası və cift vasitəsilə törədici orqanizmə daxil olur;

2. Bakteriemiya;

3. Regionar və periferik limfa düyünlərinin zədələnməsi baş verir.

İlkin vərəm infeksiyası ilə yoluxma dövründə heç bir kli-

niki əlamət olmur və mikrobun massivliyindən və virulentliyindən, immunitetin səviyyəsindən asılı olaraq 6-8 həftəyə-dək davam edir. Bu dövrdə uşaqda tuberkulin sınaqları ilk dəfə (+) olur. Əgər orqanizmin müdafiə funksiyaları kifayət dərəcədə olarsa, proses sona qədər getmir və uşaq praktik sağlam hesab olunur.

Massiv yoluxma aşağı immunitet səviyyəsi nəticəsində xəstəliyin kliniki əlamətləri "erkən vərəm intoksikasiyası" şəklində müşahidə olunur. Proses mikropoliadenitlə, kiçik periferik limfatik düyünlərin bərkiməsi ilə nəticələnir. Lakin buna baxmayaraq, uşaq ömrünün axırınadək vərəm mikobakteriyalarına qarşı həssas olaraq qalır. Qeyri-əlverişli şəraitdə iltihabi proses yenidən başlaya bilər.

Vərəm iltihabi prosesinin aşağıdakı mərhələləri var: **infiltrasiya** (müxtəlif diametrdə vərəm ocaqlarının formalaşması), **kazeoz nekroz**, **sorulma** (tam, natamam), **kalsinasiya**. Kalsinasiya tam sağalma deyil. Çünki kalsinatlarda mikobakteriyalar olur və bir neçə ildən sonra onlar əlverişli şərait tapan kimi qana keçərək ikincili vərəm prosesinə səbəb ola bilər.

İlkin yoluxma zamanı müşahidə olunan kliniki-laborator əlamətlər birincili vərəm adlandırılır. Uşaq və yeniyetmələrdə birincili vərəmin əsas kliniki formaları bunlardır:

1. Birincili vərəm intoksikasiyası
2. Birincili vərəm kompleksi
3. Vərəm bronxadeniti.

Birincili vərəm intoksikasiyası

Birincili vərəm intoksikasiyası uşaqlarda vərəm xəstəliyinin ilk fazasında - mikobakteriyalarla yoluxduqdan sonra inkişaf edir.

Klinikası. Vərəmə xas intoksikasiya simptomları: iştaha-

nin enməsi, zəiflik, tez yorulma, yuxu pozulması və əsəblikdir. Bundan başqa neyrovegetativ pozğunluqlar (taxikardiya, tərləmə, baş ağrısı), mikropoliadenit, periferik limfa düyünlərinin diffuz böyüməsi müşahidə olunur.

Tuberkulin sınaqlarının virajı (6 mm və çox ölçüdə papulanın olması) aşkar edilir. Bəzən düyünlü eritema olur, baldırda damarlar boyu qırmızı rəngdə ağrılı düyünlər olur. Uşaqda fiziki inkişafdən geri qalma, interkurrent xəstəliklərə meyillik müşahidə olunur. Periferik qanda dəyişikliklər: eozinofiliya, neytrafilyoz, leykopeniya, EÇS-nin az yüksəlməsi müşahidə olunur, T-limfositlərinin səviyyəsi və aktivliyi aşağı olur.

Göstərilən əlamətlərin davam etmə müddəti 1 aydan 4 aya qədərdir. Müasir diaqnostika və adekvat spesifik müalicə hesabına tam sağalma müşahidə olunur. Qeyri-qənaətbəxş gediş nəticəsində vərəmin lokal formaları yarana bilər.

Birincili vərəm kompleksi

Birincili vərəm kompleksi məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqlarda rast gəlinir. İlk dəfə birincili vərəm kompleksi terminini alim Ranke təklif edərək bu kompleksin əmələ gəlməsində **3 əsas komponenti** göstərmişdir:

1. Yuxarı tənəffüs yollarından törədici ağciyərlərin periferik şöbələrinə (əsasən sağ ağciyəərə) daxil olaraq yerli iltihabi prosesə səbəb olur;

2. Spesifik limfoangit inkişaf edir. Ağciyər köklərinin limfatik damarları iltihabi prosesə qoşulur. Bu zaman ilkin ocaqdan hipobakteriyalar bu damarlar vasitəsilə regional limfatik düyünlərə daxil olur, "İltihabi çıxır" meydana çıxır;

3. Regional limfa düyünlərinin prosesə qoşulması (re-

gional limfadenit) meydana çıxır. Ardıcıl olaraq əvvəl ilkin ocaqda, sonra isə limfa düyünündə toxumanın kazeoz (kəsmiyəbənzər) nekrozu baş verir. Nekroz ətrafında isə perifokal qeyri-spesifik iltihabi proses olur (allergik reaksiyanın nəticəsi kimi).

Klinikası. Birincili vərəm kompleksinin klinikası aşağıdakı xüsusiyyətlərə malikdir:

1. İntoksikasiya əlamətləri güclü olur. 1-2 həftə ərzində müşayiət olunduqdan sonra uzunmüddətli yüksək subfebrililə əvəz olunur;

2. 7-dən 10-a qədər periferik limfa düyünü qrupu əllənir. Düyünlər yumşaq, elastik konsistensiyalı, 2-10 mm diametrdə olur. Patoloji proses olan tərəfdə qoltuqaltı limfa düyünlərinin iltihablaşması müşahidə olunur;

3. Ağciyərlərin zədələnmə simptomları olur: az da olsa tənənfəslik, quru öskürək, ocaq üzərində perkutor səsin qısalması, həmçinin tənəffüsün zəifləməsi və zəif yaş xırıltı eşidilir;

4. Ağciyərlərdə rentgenoloji dəyişikliklər: birincili ocaq, limfangit (yol) və limfa vəzi, kalsinasiya fazasında isə əhəngləşmiş ilkin ocaq (Qon ocağı) və ağciyər köklərində limfatik düyünlər görünür;

5. Periferik qanda olan dəyişikliklər: anemiya, mülayim leykositoz, eozinofiliya, EÇS-nin yüksəlməsi (35-40 mm/saata) qədər olur;

6. (+) Tuberkulin sınaqları müşahidə olunur.

Müalicə kliniki və rentgenoloji sağalmaya gətirib çıxarır. Əhəngləşmiş ocaqlarda və limfa düyünlərində virulentliyi saxlanmış mikobakteriyalar qalır ki, onlar da qeyri-əlverişli şərait olduqda infeksiya mənbəyi kimi ikincili vərəmə səbəb ola bilər.

Vərəm bronxadeniti

Vərəm bronxadeniti uşaqlarda tənəffüs orqanlarının vərəmi arasında ən çox rast gəlinən formalardandır. Bronxadenit zamanı birincili ocaq döşdaxili limfatik düyünlərdə yaranır. Məs: paratraxeal, traxeobronxial, bronxopulmonal düyünlərdə. Erkən yaşlı uşaqlarda bronxadenit çox ağır keçir.

Klinikası. Bronxadenitin klinikası aşağıdakı xüsusiyyətlərə malikdir.

1. Güclü intoksikasiya əlamətləri: tərləmə, zəiflik, tezyorulma, iştahasızlıq, subfebrilitet meydana çıxır.

2. Tənəffüs yollarının sıxılması sindromu müşahidə olunur: çətinləşmiş tənəffüs, tutmaşəkili öskürək olur. Öskürək bitonal olur, yəni eyni zamanda həm alçaq, həm də yüksək tonda səs eşidilir. Bu isə bronxların böyümüş limfatik düyünlərlə sıxılması ilə əlaqədardır. Bronxofoniya güclənir. I döş fəqərəsindən aşağıda pıçıltılı nitq eşidilir (Despin simptomu). Məktəbəqədər uşaqlarda II-III döş fəqərələrindən aşağıda onurğa boyunca perkutor səsin qısalması olur, böyük uşaqlarda IV-V döş fəqərələrindən aşağıda (Korani simptomu) və kürək sümükləri arasındakı sahədə (Filatov simptomu) olur. Bronxial tənəffüs güclənir. Döş qəfəsinin ön divarında venaların tor şəklində genişlənməsi olur.

Rentgenoloji dəyişikliklər. Ağciyər köklərinin kölgəliyinin böyüməsi, kök nahiyəsində ağciyər toxumasının infiltrasiyası aşkar edilir (şəkil 17a, səh.524). Lazım gəldikdə bronxoskopiya aparılır. Mədə yuyuntusunda mikobakteriyaların olması diaqnoz qoyulmasına kömək edir. Periferik qanda dəyişikliklər: monositoz, limfopeniya, eozinofiliya, EÇS-nin sürətlənməsi olur.

Adekvat müalicə nəticəsində sağalma müşahidə olunur. Əks halda bronxadenitin kazeoz forması əmələ gəlir. Bu

formaya dalğavari xroniki gediş xasdır. Kazeoz bronxoadenitin ağırlaşması: atelektazlar, plevritlərdir. Düzgün müalicə olmadıqda ağciyər toxuması parçalanır və kavernalar əmələ gəlir. Həmçinin mikobakteriyalar limfa yolları ilə digər orqanlara yayılaraq ikincili vərəm prosesinə səbəb olur.

Ağciyərlərin disseminə olunmuş (yayılmış) vərəmi

Bu forma vərəmin uşaq yaşlarında ən ağır formalarından biri olub, ağciyərlərdə çox miqdarda spesifik ocaqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Bu forma ən çox erkən yaşlı uşaqlarda, ailədə bakteriyaifrazedicilərlə təmasda olan uşaqlarda rast gəlir. Bu proses ağciyərlərdə infeksiyanın limfohematogen yolla yayılması ilə əmələ gəlir. İnfeksiya yuxarı orta paylara yayılır və həmişə də döşdaxili limfatik düyünlər zədələnir.

Klinikası. İntoksikasiya simptomları güclü olur, hərarət 39-40°C-dən yüksəkdir. Tənəffüs çatışmazlığı simptomları tez yaranır. Təngnəfəslik, ağırlı tutmaşəkilli öskürək, auskultasiyada səthi tənəffüs, çoxlu sayda krepitasiyaedici xırıltılar eşidilir, periferik limfadenit olur.

Rentgenoqrammada ən çox yuxarı payda yayılmış xırda ocaqlar olur. Mədə yuyuntusunda mikobakteriyalar tapılır. Periferik qanda: monositoz, limfopeniya, eozinofiliya, yüksək EÇS olur.

Disseminə olunmuş vərəm bakteriyaifrazetmə və ağciyər toxumasının dağılması ilə müşayiət olunur. Proses başqa orqanlara, məsələn: qaraciyər, dalaq, beyin qişaları, bağırsaqlara yayılaraq ocaqlar əmələ gətirir.

Ağciyərlərin ocaqlı vərəmi

Ağciyərlərdə iltihabi dəyişikliklər mərkəzində kozeoz nekroz olan ocaqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Bu forma prosesin sürətli dinamikası, bakteriyaifrazetmə və döşdaxili limfa düyünlərinin zədələnməsi ilə fərqlənir.

Ocaqlı vərəm xüsusən prepubertat dövrdə ilk dəfə infeksiya ilə yoluxmuş uşaqlarda rast gəlinir. Lakin ocaqlı vərəm ikincili vərəmin erkən forması da ola bilər. Ocaqlı vərəm kliniki olaraq ağır (krupoz pnevmoniya şəklində) keçir.

Klinikası. Kəskin intoksikasiya əlamətləri (tezyorulma, ümumi halsızlıq, iştahsızlıq, tərləmə və s) müşahidə olunur. Ağciyərlər tərəfindən dəyişikliklər: bəlgəmli öskürək, tənəffüs, döş qəfəsində ağrı, zədəli pay üzərində perkutor səsin karlaşması, bronxial tənəffüs, səslə xırda və orta qarbarcılıq xırıltılar və tənəffüs çatışmazlığı da ola bilər.

Ağciyərlərdə rentgenoloji dəyişikliklər: dağılmış ağciyər toxuması sahələri, bərkimə fazasında isə sıx tünd ocaqların olması.

Periferik qanda dəyişikliklər: hemoqlobin və eritrositlərin azalması, leykositoz, EÇS-nin 50-60 mm/saat qədər artması olur.

Ağciyərlərin kavernoza vərəmi

Vərəmin ağır forması olub, hər zaman dağılma mərhələsindən sonra kavernaların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Kavernoza vərəm ağciyərlərdə birtərəfli və ikitərəfli, bir və bir neçə kavernaların olması ilə müşahidə olunur. Adətən vərəmin başqa formaları fonunda yaranır.

Klinikası. İntoksikasiya əlamətləri, ağciyərlər tərəfindən dəyişikliklər: bəlgəmli öskürək, döş qəfəsində ağrı, zədə

sahəsi üzərində perkutor səsin kütləşməsi, bronxial tənəffüs, xırıltılar, tənəffüs çatışmazlığı olur.

Rentgenoloji dəyişikliklər ağciyər toxumasının dağılması nəticəsində boşluqlar (fokuslar) və massiv bakteriya ifrazetmə müşahidə edilir (şəkil 17b, səh. 524).

Periferik qanda dəyişikliklər: hemoqlobin, eritrositlər azalmış, yüksək leykositoz, EÇS-nin 50 mm/ saatadək yüksəlməsi olur.

Proqnozu. Kavernoza vərəm zamanı proqnoz yaxşı deyil. Tədricən ağciyərlərdə pnevmoskleroz, emfizema, bronxoektazlar yaranır.

Periferik limfa düyünlərinin vərəmi

Periferik limfa düyünlərinin vərəmi boyun, çənəaltı və ya qoltuqaltı limfatik düyünlərin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Bu, yerli vərəmin yeganə əlaməti ola bilər və onu bir qayda olaraq birincili vərəm infeksiyası ilə əlaqələndirirlər. Vərəm limfadenitinin-infiltrativ, produktiv və kazeoz formaları ayırd edilir.

Klinikası. Vərəm intoksikasiyası zəif olur. Boyun, çənəaltı və qoltuqaltı limfatik düyünlərin böyüməsi olur. Zədəli limfatik düyünlərdə şişkinliklər əmələ gəlir.

Zəif simptomatika diaqnozu gecikdirir. Punksion biopsiya nəticəsində alınan patoloji materialın sitoloji və bakteriooloji müayinəsi diaqnozu təsdiq edir.

Anadangəlmə vərəm

Anadangəlmə vərəm dölün bətdaxili yoluxması zamanı yaranır. Ananın disseminə olunmuş vərəmi zamanı çift zədələnir və döl hematogen yolla yoluxur. Mikobakteriyalar

göbək venası vasitəsilə dölə keçərək, əsasən qaraciyərdə ləngiyirlər. Ona görə də anadangəlmə vərəm üçün ilkin ocaq qaraciyərdə olur. Sonralar başqa orqanların, həmçinin ağciyərlərin zədələnməsi ola bilər.

Vərəmin diaqnostikası

Vərəm xəstəliyinə şübhə olduqda xəstənin kompleks müayinə proqramı həyata keçirilir:

1. Ətraflı anamnez toplanmalı (BCJ vaksinasıyanın vaxtı, keyfiyyəti, xəstəlik mənbəyi ilə təmasın aşkarı);

2. Tam fiziki müayinə(çəki, boy ölçülərinin qiymətləndirilməsi, bütün periferik limfa düyünlərinin müayinəsi, ağciyərlərin perkussiya, auskultasiyası və s.);

3. Bakterioloji müayinə(bəlgəm, bronx və mədə yuyuntuları, sidik);

4. Tuberkulin diaqnostikasının aparılması: dəri daxilinə Mantu sınağı (TE PPD-I vasitəsilə, (-) nəticə olarsa, 100 TE PPD-I-lə), tuberkulin provaksiya sınaqları, diaskintest;

5. T-SPOT. TB testi – qan nümunəsində T- limfositlərinin müəyyən edilməsi;

6. Bronxoskopiya;

7. Pozision rentgenoqrafiya və tomoqrafiya;

8. Laborator müayinələr: qanın, sidiyin kliniki analizi, qanda bilirubin, AST, ALT təyini.

Vərəmin müalicə prinsipləri

Müalicə protokoluna ciddi nəzarət edilməlidir. Müalicə uşağın yaşı, vərəm prosesinin forması, aktivliyi nəzərə alınaraq, kompleks, mərhələli və uzun müddətə aparılmalıdır.

I mərhələ-stasionar şəraitdə müalicə intensiv aparılır-

8 həftə ərzində.

II mərhələ-müalicə ya stasionarda, ya da sanatoriyada davam etdirilir-16-20 həftə ərzində.

III mərhələ-vərəm əleyhinə dispanserdə nəzarət altında müalicə davam etdirilməlidir.

Dərman müalicəsi. Kimyəvi dərman maddələri ilə müalicə-vərəmli uşaqlar üçün əsas müalicə üsulu olub, diaqnoz qoyulan andan başlayaraq təyin edilir. Vərəm əleyhinə antibakterial preparatlar uzun müddət, fasiləsiz və kombinə edilərək təyin olunur.

Müalicənin I dövrü– intensiv-kimyəvi terapiya. 3 preparatdan-izoniazid, rifampisin, pirazinamid və ya 4 preparatdan–izoniazid, rifampisin, streptomisin, pirazinamiddən istifadə olunur. Bununla yanaşı ümumi kliniki müayinə, sidik və qanın kliniki analizi, mikobakteriyalara görə bəlgəmin müayinəsi və mikobakteriyaların kimyəvi maddələrə qarşı həssaslığının yoxlanması həyata keçirilməlidir. 3 aydan sonra isə rentgenoloji nəzarət aparılmalıdır. Müalicə nəticəsində iltihabi dəyişikliklər aradan götürülməli, tənəffüs və ürək, qan-damar sisteminin fəaliyyəti bərpa olunmalıdır.

Müalicənin II dövrü -müalicənin davamı 2 preparatın-izoniazid və pirozinamid və ya 3 preparatın (izoniazid, pirazinamid, etambutal) kombinasiyası ilə aparılmalıdır. Bu da 2 mərhələdə gedir:

1-ci mərhələdə (müalicə kursu 8 həftə)- birincili vərəmlə xəstə adamlara təyin olunur. Müalicənin sonunda dəyişikliklər aradan qalxmalıdır.

2-ci mərhələdə (kurs 12 həftə)-ilkin vərəmin ağırlaşmış formalarında və bakteriya ifrazetmə zamanı aparılır. Kimyəvi maddələrlə müalicə zamanı qaraciyər sınaqlarının (hepatotoksik preparatlar olduqları üçün), sidik analizi (nefrotoksik təsirlə əlaqədar) aparılır. Kimyəvi preparatlara

həssaslığı yoxlamaq məqsədilə bəlgəmin analizi aparılmalıdır. Patogenetik terapiya-desensibilizəedici terapiya (kalsium preparatları, antihistamin maddələr), vitamin terapiya (B qrupu, C, P, A), immunterapiya aparılmalıdır.

Vərəmin profilaktikası. Vərəmin profilaktikası aşağıdakı qaydada aparılır:

1. İnfeksiya ocağında əks-epidemiya tədbirləri: xəstənin hospitalizasiyası və stasionarda kompleks müalicə (bakteriyaifrazedici tam kəsilənədək), tamamlayıcı dezinfeksiya, ocaqda olan uşaqlara daimi nəzarət və s;

2. Risk qrupundan olanlara dinamik nəzarət və vaxtında sağlamlaşdırma;

3. Bütün təmasda olanlara pəreventiv müalicənin aparılması;

4. Əhalinin sanitar-gigiyenik mədəniyyətinin yüksəldilməsi;

5. Bütün uşaq müəssisələrində, vərəm əleyhinə dispanserlərdə çalışanların müayinəsi.

Uşaqlarda vərəmin spesifik profilaktikası. Vaksinasıya BCJ, BCJ-M vaksini ilə peyvənd cədvəlinə əsasən həyatın 4-7-ci günündə bütün sağlam yenidoğulmuşlara doğum evində aparılır.

Vərəmin preventiv müalicəsi-vərəmlə yoluxmanın qarşısını almaq məqsədilə aşağıdakı qruplarda aparılır:

1. Vərəmlə ilk dəfə yoluxan uşaq və yeniyetmələr;

2. Vərəmli xəstələrlə təmasda olan uşaq və yeniyetmələr.

Preventiv müalicə: izoniazid, pirazinamid, etambutol preparatları ilə ümumi klinik nəzarət altında 3 ay müddətində aparılır.

Qulluq. Tibb bacısı uşağı (yaşı imkan verirsə) və onun valideynlərini xəstəliyi törədən səbəblər, xəstəliyin inkişaf mexanizmi, əsas klinik əlamətləri, müalicə və profilaktika

prinsipləri haqqında vaxtında məlumatlandırmalıdır. Xəstəliyin tamamilə sağlması üçün stasionarda intensiv kompleks müalicənin aparılmasının vacibliyini ətraflı şəkildə izah etməlidir. Xəstəliyin kəskin dövründə xəstə uşaq yataq rejimində olmalı, yuxu və istirahət üçün komfort şərait təmin edilməlidir. Xəstələrin yaşıllıq zonasında gəzintisinə icazə verilməlidir. Onlar səsli oyunlardan və fiziki yüklərdən azad edilməlidir.

Tibb bacısı uşağa şəxsi gigiyenanın aparılmasında və özünə qulluqda kömək etməlidir. Uşağı əllərin düzgün və mütəmadi olaraq yuyulması, dişlərin təmizlənməsi, dəriyə, saçlara qulluq, yataq və bədən ağırlarının təmiz saxlanması haqqında bilgiləndirmək lazımdır. Uşaqları əvvəlcədən terapevtik oyunların köməyi ilə manipulyasiyalara hazırlamaq, başa düşəcək dildə anlatmaq lazımdır. Bütün ağırlı manipulyasiyaları ehtiyatla yerinə yetirmək, vaxtlı-vaxtında tənəffüs yollarının sanasiyasını yerinə yetirmək lazımdır.

Tibb bacısı pasiyentlər tərəfindən vərəm əleyhinə preparatların qəbuluna nəzarət etməlidir. Vərəm əleyhinə dərmanları südlə içmək məsləhət görülür. Qəbul olunan mayələrin miqdarını artırmaq lazımdır. Belə ki, zəif qələvili qazlaşdırılmış mineral sular, itburnu dəmləməsi, qarışıqsız şirələrin miqdarı artırılmalıdır. Preparatların əks təsiri haqqında (dispeptik pozğunluqlar, görmənin, eşitmənin pozulması, toksiko-allergik reaksiyalar, sidiyin rənginin dəyişilməsi və s.). həkimə məlumat verilməlidir.

Uşağı yüksək keyfiyyətli müalicəvi qidalarla təmin etmək lazımdır (dieta №11). Dietanın kalorisi uşağın yaşı ilə uyğunlaşdırılmalı, zülalla zənginləşdirilməlidir. Belə ki, rasiona ət, balıq, kəsmik, südlü məhsullar, qarabaşaq, düyü, vələmir unu əlavə olunmalıdır.

Uşağın emosional gərginliyini aradan qaldırmaq, tənəffüs və ürək-damar sisteminin funksional qabiliyyətini artırmaq üçün müalicəvi bədən tərbiyəsi kabinetlərində məşğulluğunu təşkil etmək (istirahətlə əvəz olunan dərslərin oxunması, intellektual oyunlar, uşaq televiziya verilişlərinə baxılması, sevimli melodiylara qulaq asmaq və s.) yaxşı effekt verir. Öz istək və arzularını deməyə kömək etmək, bu xəstəlikdən sonra sağalan uşaqlarla tanış etmək lazımdır ki, müsbət emosiya yaranmasına kömək olsun.

Xəstələri və onların ailə üzvlərini sistematik olaraq sanitar-gigiyenik qaydalar haqqında bilgiləndirmək lazımdır. Valideynlər və uşaqlara stasionardan çıxdıqdan sonra ev şəraitində infeksiyadan qorunma qaydaları başa salınmalı və öyrədilməlidir. Fərdi, daha yaxşı olar birdəfəlik tüpürcək qablarından, qab-qaşıqlar, qulluq əşyaları və paltarlardan istifadə etmək məsləhət görülməlidir. Hər gün cari dezinfeksiya (qab-qaşığı zərərsizləşdirmək, tüpürcək qablarını yüksək konsentrasiyalı xlorlu məhlullarla dezinfeksiya edib, sonra 2%-li natrium-bikarbonat məhlulunda qaynatmaq, qapıların tutacaqlarını, iş stolunu 5%-li xloramin məhlulu ilə və ya müasir dezinfektantlarla silmək) aparılmasını təmin etmək məsləhət görülür. Vərəm dispanserində ftiziatorun nəzarəti altında müalicənin II etapu (yüksək keyfiyyətli qida, vitaminoterapiya kursu, immunokorreksiya vasitələri, təmiz havada uzunmüddətli gəzinti təşkil etmək, bədən möhkəmləndirici vasitələri tədricən artırmaq və s.) aparılır. Uşaqların üzərində daim dinamik nəzarət aparılması valideynlərə məsləhət edilməlidir.

PNEVMOKOKK İNFEKSİYASI

Pnevmonokokk infeksiyası pnevmonokokklar tərəfindən törədilən infeksiyon xəstəliklər qrupudur. Xəstəlik əsasən uşaqlarda rast gəlinir. Xəstəlik kiçik yaşlı uşaqlarda, qocalarda və zəifləmiş şəxslərdə daha ağır gedişli olur. Meningit, pnevmoniya, sepsis, otit şəklində keçir, ağır hallarda ölümlə nəticələne bilər.

Pnevmonokokk infeksiyası uşaqlar arasında geniş yayılmışdır. Lakin çox zaman diaqnostika olunmadığından statistik göstəricilər real göstəricilərdən aşağı olur.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi pnevmonokokk və ya streptococcus pnevmoniae yuxarı tənəffüs yollarının normal mikroflorasına aiddir. Hazırda pnevmonokokkun insan üçün patogen 84 serotipi məlumdur. Normada bir və ya bir neçə tip pnevmonokokk daşıyıcılığı mümkündür.

Pnevmonokokk qram (+) kokklar olub, polisaxarid qişayla örtülüb. Bu qişanın tərkibində antifagin vardır. Bu isə pnevmonokokkların leykositlər tərəfindən məhv edilməsinin qarşısını alır. Xüsusən 0-2 yaşlı uşaqlarda immun sistem pnevmonokokk qarşısında aciz olur. Böyüklərdə immun hüceyrələri pnevmonokokku neytrallaşdıra bilər. Bu səbəbdən pnevmonokokk infeksiyası kiçik yaşlı uşaqlarda daha çox rast gəlinir.

Pnevmonokokk ətraf mühətdə, xüsusən adi dezinfeksiyaedicilərin təsirindən, qaynadılmadan tez tələf olur. Quru bəlgəmdə isə 2 ay müddətində qala bilər. Hazırda antibiotikə davamlılıq müşahidə edildiyindən xəstəliyin müalicəsində çətinliklər meydana çıxmışdır.

Epidemiologiyası. Xəstəliyin mənbəyi xəstə insanlar və Pk daşıyıcıları ola bilər. Mikrob ən çox burun-udlağın və bronxların selikli qişasında və bəlgəmdə rast gəlinir. Yolux-

ma mexanizmi aerogen, yoluxma yolu isə hava-damcı yoludur. Yoluxma ən çox asqırma, öskürmə və danışıq zamanı baş verir. İnsanın Pk-ya qarşı həssaslığı çox yüksəkdir: ailədə və uşaq kollektivlərində asanlıqla yayılır.

Ən çox risk qrupuna daxildir:

1. 2 yaşınadək uşaqlar. 6 ayına qədər uşaqlarda anadan keçmiş anticisimlər olduğundan xəstələnmə daha az rast gəlinir, lakin 6 aydan sonra anticisimlərin miqdarı kəskin aşağı düşür;

2. İmmundefisit vəziyyətləri (anadangəlmə immun çatışmazlığı, QİÇS, tənəffüs orqanlarının və ürək-damar sisteminin xroniki xəstəlikləri, şəkərli diabet, böyrək xəstəlikləri, qaraciyərin sirrozu, onkoloji xəstəliklər və qan xəstəlikləri);

3. Yaşla əlaqədar immundefisiti;

4. Yeniyetmələrdə tütün və alkoqol asılılığı;

Xəstəliyin giriş qapısı yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasıdır. Yerli müqavimət zəif olduqda ağciyərlərin iltihabı mümkündür. Qana düşdükdə sepsis meydana çıxır və digər orqan və toxumalara yayılır. Tez-tez keçirilən kəskin respirator xəstəliklər, stress, yorulma, hipovitaminozlar xəstəliyin yaranmasına şərait yaradır.

Klinikası. İnkubasiya dövrü 1-3 gündür. Xəstəlik aşağıdakı kliniki formalarda keçir:

1. Pnevmonokokk pnevmoniyası; 2. Pnevmonokokk meningiti; 3. Pnevmonokokk otiti; 4. Pnevmonokokk sepsisi.

1. Pk pnevmoniyası-yüksək temperatur (38-39°C), titrətmə, ümumi zəiflik, əzələ ağrıları, tengnəfəslik, ürəkdöyünmə, öskürək, döş qəfəsində ağrılar ilə başlayır. Öskürək zamanı selikli, irinli bəlgəm ifraz olunur. Xəstəlik kruppoz pnevmoniya şəklində keçdikdə daha ağırgecişli olur. Kəskin başlayır, yüksək temperatur, döş qəfəsində kəskin ağrılar, "paslı" bəlgəm, auskultasiya zamanı yaş xırıltılar, kre-

pitasiya, plevranın sürtünmə küyü meydana çıxır. Kəskin tənəffüs çatışmazlığı, abses və plevritlə ağırlaşır.

2. Pnevmonokok meningiti-kəskin başlayır, temperatur 40°C-yə qədər yüksəlir, diffuz baş ağrısı, təkrari qusma, hiperesteziya meydana çıxır. 12-24 saat ərzində meningial əlamətlər (ənsə əzələlərinin gərginliyi, (+) Kerniq və Brudzinski simptomları) və ümumi beyin sindromları meydana çıxır. Xəstə üçün "meningial poza" xarakterdir. Huş əvvəlcə saxlanılır, sonra isə huşun pozğunluqları (sopor, koma) meydana çıxır. Lümbal punksiya zamanı onurğa beyin mayesi təzyiqlə axır, bulanıq olur, sitoz müəyyən olunur.

3. Pnevmonokok otiti-yüksək temperatur, qulaqda ağrı və hiperakuziya (səs qıcıqlarına qarşı həssaslığın artması) müəyyən olunur.

4. Pnevmonokok sepsisi-infeksion-toksiki sindrom (temperatur, zəiflik, baş ağrıları, qaraciyərin böyüməsi), müxtəlif üzv və sistemlərin zədələnməsi (ağciyər, ürək, bağırsaqlar, qaraciyər, böyrəklər və beyin qişaları) meydana çıxır.

Ağırlaşmalar. Pnevmoniya zamanı tənəffüs və ürək çatışmazlığı, meningit zamanı beyin ödemiylə ağırlaşma bilər. Sepsis zamanı 50%-ə qədər hallarda letal nəticə ola bilər. Keçirilmiş Pk infeksiyasından sonra qısamüddətli spesifik və zəif immunitet yaranır, bu da digər serotiplə yoluxmanın qarşısını almır.

Diaqnostikasi. İlk diaqnoz kliniki əlamətlərə, son diaqnoz isə laborator müayinənin nəticələri əsasında qoyulur. Müayinə üçün burun-udlaq möhtəviyyatı, bəlgəm, qan, onurğa beyin mayesi və iltihab ekssudatı götürülə bilər. Seroloji müayinədə müsbət aqqlutinasiya reaksiyası müəyyən edilir.

Müalicəsi. Xəstə uşaq hospitalizasiya edilir. Evdə yalnız kəskin respirator xəstəlik şəklində keçən formalar müalicə

oluna bilər. Qızdırma dövründə yataq rejimi təyin edilir. Die-tada kifayət qədər maye təyin edilir və obliqat allergenlər çıxarılır.

1. Etiotrop müalicə–antibiotiklər: penisillin qrupu, sefalosporinlər, vankonisin təyin edilir. Antibiotiklərə rezinstentliyi nəzərə alaraq, mikrobu antibiotiklərə qarşı həssaslığı yoxlanılmalıdır.

2. Patogenetik müalicə məqsədilə dezintoksikasyon terapiya, bronxolitiklər, kardioprotektorlar, sidikqovucular və s. təyin edilir.

3. Simptomatik müalicə məqsədilə hərərətsalıcılar (nurofen, panadol, teraflyu, koldreks, ferveks, efferalqan), analgetiklər (ibuprofen, parasetamol, voltaren), mikolitiklər (ASS- asetilsistein, ambraksol, lazolvan, bromheksin, bronxolitin və s.) təyin edilir. Öskürəyi zəiflədən dərmanların verilməsi əks- göstərişdir. Normal mikrofloranı aktivləşdirmək üçün probiotiklər (lineks, bifistin, bifidum forte və s.) təyin edilir.

4. Yerli müalicə kimi çay sodası məhlulu, müalicəvi otlar–adaçayı, çobanyastığı dəmləmələri ilə inhalyasiyalar və dezinfeksiyaedici məhlullarla əsnəyin yuyulması müsbət nəticə verir.

Profilaktikası. Xəstəliyin **qeyri-spesifik** profilaktikasına aiddir: xəstələrin izolyasiyası (təcrid edilməsi), immunitetin yüksəldilməsi, vitamin profilaktikası, KRX-ların vaxtında müalicəsi, idmanla məşğul olunması və bədənin möhkəmləndirilməsi.

Spesifik profilaktika məqsədilə kiçik yaşlı uşaqlar vaksinasıya edilir. Azərbaycanda 2013-cü ildən pnevmokokk əleyhinə vaksinin tətbiqinə başlanmışdır və synflorix (PCV-10) vaksini vasitəsilə immunizasiya aparılır. Vaksinin tərkibində törədicisi yoxdur, yalnız çox rast gəlinən pnevmokokkların polisaxaridləri var. Bu vaksin pnevmokokkların törətdiyi

meningit, pnevmoniya kimi xəstəliklərin ağır formalarından və bakteremiya vəziyyətindən qoruyur. Vaksinin yeridilməsi həm də pnevmokokk daşıyıcılığı zamanı müalicəvi effekt verir. Yeridildikdən 10-15 gün sonra immunitet yaranır və 5 il müddətində saxlanılır.

Vaksinasiya 1 yaşınadək uşaqlar arasında aparılır. Hər hansı bir səbəbdən peyvənddən kənar qalmış uşaqlara peyvəndin tam kursu 1 yaşınadək aparılmalıdır. Daha böyük uşaqlarda Pk vaksini aparılmasına ehtiyac yoxdur. Vaksini körpə uşaqlara 0,5 ml dozada əzələ daxilinə yeridilir. Vaksinasiya 3 dozadan ibarətdir: I doza 2 aylıqda, II doza 4 aylıqda, III doza 6 aylıqda. Dozalar arası interval 4 həftədən az olmamalıdır. Budun ön lateral hissəsinə əzələ daxilinə vurulur. Vaksini bir şprisdə digər vaksinlərlə qarışdırmaq olmaz.

Bütün vaksinlərin, o cümlədən pnevmokokk vaksininin saxlanması və daşınması zamanı (+2°C) -(+8°C) temperatur rejiminə ("Soyuq zəncir") riayət edilməsi vacibdir. Pk vaksini də daxil olmaqla bütün duru vaksinləri dondurmaq olmaz.

Pnevmonokokk əleyhinə vaksin orqanizm tərəfindən yaxşı qəbul edilir. Bu peyvənd vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlara, İİV-yə yoluxmuş uşaqlara da vurulur.

Yüngül postvaksinal reaksiyalar: inyeksiya yerində ağrı və şişkinlik, narahatlıq, ağlağanlıq, qısa müddətli temperaturun yüksəlməsi, nadir hallarda isə **ağır postvaksinal reaksiyalar:** 40°C yüksək hərarət və allergik reaksiya müşahidə edilir.

Qulluq. Pnevmonokokk infeksiyalı xəstələrin valideynlərinə və uşağa xəstəliyin səbəbləri, kliniki əlamətləri, müalicə prinsipləri və ağırlaşmalar haqqında məlumat vermək lazımdır. Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini nəzərə alaraq lazım

gəldikdə ixtisaslı tibbi yardım məqsədilə uşaq xəstəxanaya yerləşdirilməlidir.

Xəstə uşaq olan otaqda əlverişli mikroiqlim yaradılmalıdır. Bunun üçün gigiyenik şəraitə ciddi fikir verilməlidir. Yataq ağırları tez-tez dəyişdirilməlidir. Otağın havası 5-6 dəfə dəyişdirilməli, temperatur 18-20° C (yenidoğulmuşlar üçün 23-24° C) olmalı, hava nəmləndirilməlidir. Uşağın yataqda vəziyyətini dəyişmək, passiv hərəkətlər və (xüsusən döş qəfəsini) etmək lazımdır. Xəstələr səs və işıq qıcıqlarına çox güclü reaksiya verdiyindən psixi sakitliyin təmin edilməsi çox önəmlidir. Xəstənin vəziyyəti nəzarət altında olmalıdır. Oyanıqlıq, dəri örtüklərinin avazıması və göyərməsi müşahidə edildikdə həkimə məlumat vermək lazımdır.

Xəstələrə tez-tez çay və ya su içirtmək lazımdır. Verilən yeməklər az kalorili olmalı, az-az və tez-tez verilməlidir. Temperatura nəzarət edilməli, yüksək temperatur zamanı başın üzərindən buz qovduğu asılmalı, xəstənin üstü açılmalı, büküşlərə soyuq kompress qoyulmalıdır. Həyati vacib funksiyaların daimi monitorinqi aparılmalıdır.

QIZILCA

Qızılca -kəskin yoluxucu xəstəlik olub, əsasən uşaqlarda rast gəlinir.

Etiologiyası. Törədiciyi süzülən RNT viruslarıdır. Viruslar xarici mühit təsirinə çox davamsızdırlar və uçucu xarakterlidirlər. Hava-damcı yolu ilə yoluxur. İnfeksiya qapısı yuxarı tənəffüs yollarının və gözün selikli qişasıdır. Orqanizmə daxil olan virus qanda dövr edərək yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasını, mədə-bağırsaq yollarını, gözləri, mərkəzi sinir sisteminin hüceyrələrini zədələyir. Xəstəlik zamanı orqanizmin reaktivliyi, müdafiə qabiliyyəti kəskin

suretdə aşağı düşdüyündən ikincili bakterial infeksiyanın və ağırlaşmaların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstə insanlardır. Xəstələr ətrafdakılar üçün xəstəliyin ilk əlamətləri meydana çıxdığı vaxtdan yoluxdurucu olur. Səpgilərin əmələ gəlməsinin 5-ci günü yoluxduruculuq qabiliyyəti itir. Xəstəlik bütün yaşlarda müşahidə oluna bilər. Lakin ən çox xəstələnmə halı 1 yaşdan 5 yaşa qədər rast gəlir. Təbii qidalanmada olan 6 aylığına qədər uşaqlar xəstələnmirlər. Xəstəlikdən sonra ömürlük immunitet əmələ gəlir.

Klinikası. Xəstəliyin **inkubasiya dövrü** 9-11 gün, bəzən 17 günə qədər uzana bilər. Xəstəlik zamanı 3 dövr müşahidə olunur:

I. Prodromal və ya kataral dövr. Bu dövr üçün hərərətin yüksəlməsi, narahatlıq, yuxarı tənəffüs yollarının katarı, asqırma, öskürmə, konyuktivit əlamətləri, gözdən yaş axma, işıqdan qorxma, iştahasızlıq xarakterikdir. Eyni zamanda bu dövrdə xəstəliyin vacib diaqnostik simptomu olan yanağın kiçik azı dişləri nahiyəsində Belski-Filatov-Koplik ləkələri(ağ, kənarları qırmızı haşiyəli) əmələ gəlir. Yumşaq və sərt damağın selikli qişasında qırmızı ləkələr qeyd olunur (enantema). Bu dövr 3-5 gün davam edir.

II. Səpgi dövrü. Bu dövrdə hərərətin yenidən yüksəlməsi ilə səpkilər əmələ gəlir. Səpgilər ilk gün qulaq seyvanının arxasından başlayaraq, üzü, boynu, döşün yuxarı hissəsini əhatə edir. 2-ci gün gövdədə, 3-cü gün ətraflarda əmələ gələrək mərhələlərlə müşahidə olunur. Səpgi elementləri əvvəl kəskin çəhrayı rəngdə, papula şəklində olur. Səpgilər polimorf xarakter daşıyır. 1 gündən sonra papulalıq itir, rəng dəyişir, barmaqla təzyiq etdikdə əmələ gəlmiş piqment ləkələri itmir.

III. Piqmentasiya dövrü. Səpgilər meydana çıxdıqdan

3-4 gün sonra piqment ləkələri əmələ gəlir. Ləkələr əvvəl yaşıla çalır, sonra qəhvəyi rəngdə olur. Çox hallarda kəpək kimi qabıqlanma müşahidə olunur. Temperatur normaya düşür, kataral əlamətlər azalır, uşağın əhvalı yaxşılaşır.

İnkubasiya dövrünün axırında qanda leykositoz, neytrofiloz, prodromal dövrdə leykopeniya, neytropeniya, səpki dövründə leykopeniya, eozinofiliya, trombotopeniya müşahidə olunur. Ürək-damar sistemində, ağciyərlərdə patoloji dəyişikliklər müşahidə edilir. Böyük yaşlı uşaqlarda sayıqlamalar, hallüsinasiyalar ola bilər.

Xəstəlik **yüngül, orta ağır, ağır** formalarda müşahidə edilir. Peyvənd olan uşaqlarda ağırlaşmalar az olur. Xəstəlik 9-10 gün davam edir.

Ağırlaşmaları: xəstəlik laringit, bronxit, pnevmoniya, otit, stomatit, blefarit, keratit ilə ağırlaşma bilər. Ən qorxulu və az hallarda rast gəlen ağırlaşma ensefalit və meninqoensefalitdir. Xəstəlik kəskin respirator xəstəlikdən, məxmərəkdən, allergiya və dərman səpgisindən diferensiasiya edilməlidir.

Müalicəsi. Spesifik müalicə üsulu yoxdur. Yataq rejimi təyin edilir. Müalicə simptomatik aparılır. Ağırlaşmalar olarsa, antibiotiklər təyin edilir və xəstə ağır hallarda hospitalizə edilir.

Proqnozu. Qızılca zamanı proqnoz adətən xoşdur. Çox az hallarda ensefalitlə ağırlaşma ölümlə nəticələnir.

Profilaktikası. Qızılcalı xəstələr səpki dövrünün 5-ci gününə qədər təcrid olunurlar. Aktiv immunizasiya olunmayan, kontaktda olan uşaqlara 8 gündən 17 günə qədər karantin elan olunur. Xəstə uşaqlar səpgidən sonra 5 gün, ağırlaşmalar olduqda isə 10 gün təcrid olunur. Dezinfeksiya aparılır.

Spesifik profilaktikası. Qızılca əleyhinə peyvənd bu xəstəliyin profilaktikasında ən uğurlu üsuldür. Uşaqları qızıl-

cadan zəmanətli qorumaq məqsədilə onlara 2 doza qızılca peyvəndi vurulmalıdır. Bu peyvəndin 1-ci dozası uşaqlara 12 aylıqda, 2-ci dozası isə Milli peyvənd təqviminə uyğun olaraq 6 yaşında vurulur (0,5ml dəri altına). Xəstə ilə təmasda olan, qızılca peyvəndi olmayan 3 yaşa qədər uşaqlara profilaktika məqsədilə 3 ml immunoqlobulin əzələ daxilinə vurulur(4-5 günə qədər).

Qızılca infeksiyasının profilaktikası məqsədilə **Qızılca əleyhinə vaksin, Qızılca-Məxmərək əleyhinə vaksin, Qızılca-Parotit-Məxmərək əleyhinə** vaksinlərdən istifadə olunur.

Qızılca əleyhinə vaksin ayrıca flakonlarda həlledici və quru toz şəklində olan vaksindən ibarətdir. İstifadədən əvvəl vaksini həlledici ilə həll etmək lazımdır. Vaksini həll etdikdən sonra (+2)°C-(+8)°C temperaturunda 6 saatdan çox olmamaq şərti ilə soyuducuda saxlamaq olar. 6 saatdan sonra və iş gününün sonunda həll edilmiş qalıq vaksin məhv edilməlidir. Kombinə olunmuş vaksinlərdən də istifadə etdikdə (qızılca-məxmərək və ya qızılca-parotit-məxmərək) bu prinsiplərə əməl olunmalıdır.

Qızılca peyvəndindən sonra əsasən yüngül **postvaksinal hallar** qeydə alınır. Bura aiddir: inyeksiya nahiyəsində ağrı, hərərətin yüksəlməsi, səpkilər.

Vaksinasiyadan sonra çox nadir hallarda **ağırlaşmalar** qeydə alınır: anafilaktik şok, digər ağır allergik reaksiyalar, trombositopeniyalar.

Qulluq. Qızılcalı xəstələrin əksəriyyəti evdə olur, ona



görə də xəstəyə evdə düzgün qulluq olunmalıdır. Xəstəyə yataq rejimi təyin edilir, gigiyenik şəraitdə saxlamalı, onu ikincili infeksiyalardan qorumalı, qayğıkeş münasibət göstərməlidir. Xəstəyə sakit şərait yaratmalı, otağın havasını tez-tez dəyişmək lazımdır. Uşağın çarpayısını elə qoymaq lazımdır ki, gözünə işıq düşməsin.

Xəstəliyin kəskin dövründə uşaqda süstlük, yuxululuq olur. Bu vaxt xəstə uşağın yanında sakitcə oturmaq, ona azca kitab oxumaq lazımdır. Kəskin dövr qurtarandan sonra uşaq oyanıq olur. Bu dövrdə uşağa sakit oyunlar, yüngül əyləncələr vacibdir.

Təmizliyinə xüsusi fikir vermək lazımdır. Uşağı həftədə 1-2 dəfə çimirdirmək, əl-üzünü hər gün bir neçə dəfə yumaq lazımdır. Uşağın gözlərinə xüsusi diqqət olunmalıdır. Hər gün qaynadılmış ilıq su ilə pambıq tamponla ayrı-ayrılıqda yuyulmalıdır. Uşağın ağız və burun boşluğu da hər gün təmizlənməlidir. Böyük yaşlı uşaqların ağız boşluğu hər gün bir neçə dəfə fizioloji məhlulla yaxalanır.

Uşaqlara tez-tez çay və ya su verilir. Xəstəyə tam keyfiyyətli, vitaminlə zəngin, rahat qəbul edilən və asan həzm olunan qidalar(kisel, şorbalar, şirin çay, meyvə şirələri və s.) verilməlidir.

MƏXMƏRƏK

Məxmərək kəskin virus infeksiyasıdır.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi Rubella viruslarıdır. Bu, süzülən viruslardır.

Epidemiologiyası. Hava-damcı yolu ilə yoluxur. İnfeksiya mənbəyi xəstə insanlardır. Ən çox 2 yaşdan 15 yaşa qədər uşaqlar xəstələnirlər. Böyüklər nadir hallarda xəstələnirlər. Xəstəlik hamilə qadınlar üçün çox qorxuludur, çünki

uşaq müxtəlif inkişaf qüsurları ilə doğula bilər. Xəstəlikdən sonra ömürlük immunitet qalır.

Klinikası. Xəstəliyin **inkubasiya dövrü** 7-21 gündür. Xəstəlik kəskin şəkildə temperaturun yüksəlməsi ilə başlayır. Erkən xarakterik simptom boyunaxası və ənsə limfa düyünlərinin böyüməsidir. Bəzi hallarda zəif kataral əlamətlər, kataral angina, yüngül formada konyuktivit, zökəm müşahidə edilir. Səpgilər bütün bədən səthində eyni vaxtda temperaturun yüksəlməsi ilə meydana çıxır, açıq-qırmızı rəngli, bir-birilə birləşməyə meyli olmayan xal-xal şəklində olur. 1-3 gündən sonra səpgilər sönür, yerində piqment ləkələri qalmır. Xəstənin əhvalı pozulmur.

Xəstəlik qızılca xəstəliyi ilə diferensiasiya edilməlidir. Xəstəlik qızılcadan gizli dövrün uzun olması, prodromal dövrün olmaması, Belski-Filatov-Koplik ləkələrinin olmaması, bu səpgilərin bir-biri ilə birləşməyə meyilli olmaması, solğun olması, söndükdən sonra yerində piqment ləkələrin qalmaması, qabıqlama verməməsi ilə fərqlənir. Xəstəliyin ağırlaşması çox az rast gəlinir.

Proqnozu. Məxmərək zamanı proqnoz adətən xoşdur. Yalnız hamilə qadınlarda, xüsusilə hamiləliyin ilk 3-cü ayında yoluxma dövlənin ağır inkişaf qüsurlarına səbəb olur.

Müalicəsi. Simptomatik müalicə aparılır. Qaşınma olduqda antihistamin preparatları təyin edilir.

Profilaktikası. Xəstələr səpginin 5-ci gününə qədər təcrid olunur. Kəskin xəstəlik əlamətləri çəkildikdən sonra uşaqlar uşaq müəssisələrinə buraxılırlar. Xəstələrlə təmasda olmuş şəxsləri ayırmırlar. Hamilə qadınlarda xəstə ilə təması yolverilməzdir. Xəstəlik ocağında hamilə qadınlar varsa, həmin qadınlara hiperimmun qammaqlobulin vurulur. Əgər 3 aylıq hamilə olan qadın bu xəstəliklə xəstələnərsə, onda hamiləliyi pozmaq məsləhətdir.

Spesifik profilaktikası. Aktiv immunizasiya məqsədi ilə **Məxmərək əleyhinə vaksin, Qızılca-Məxmərək əleyhinə vaksin, Qızılca-Parotit-Məxmərək əleyhinə vaksinlərdən** istifadə olunur.

Qulluq. Tibb bacısı valideynlərə xəstə uşağa qulluq etməyi başa salmalıdır. Otağın gigiyenik vəziyyətinə diqqət edilməlidir. Uşaq tez-tez tərlədiyindən yataq aqları və paltarları dəyişdirilməli, pnevmoniyanın profilaktikası üçün yataqda arabit otuzdurulmalıdır. Uşaq əsəbi və şıltaq olduğundan qulluq zamanı səbirli olmaq lazımdır. Uşağın gigiyenasına xüsusi diqqət etmək lazımdır. Xəstə çoxlu maye qəbul etməli və vitaminlərlə zəngin qidalarla qidalanmalıdır.

EPİDEMİK PAROTİT

Epidemik parotit (qulaq dibi) infeksiyon virus xəstəliyi olub, ümumi intoksikasiya, tüpürcək vəzilərinin, bəzən digər vəzilərin (mədəaltı, cinsiyyət) və eyni zamanda sinir sisteminin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası. Parotit virusu mikroviruslara aiddir. Xarici mühitin təsirindən və yüksək temperaturdan məhv olurlar. Ultrabənövşəyi şüaların təsirindən həmin anda, dezinfeksiyaedicilərin təsirindən 5-10 dəqiqə ərzində məhv olurlar. Antibiotiklər parotit virusuna təsir etmirlər.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi-xəstə insandır. Xəstə uşaq inkubasiya dövrünün sonundan xəstəliyin 9-cu gününə kimi ətrafdakılar üçün təhükəlidir.

İnfeksiyanın keçmə yolu **hava-damcı** yolu ilədir. Epidemik parotitli xəstələrdə patoloji prosesin lokalizasiyasından asılı olmayaraq virus tüpürcəkdə aşkar olur, o da havaya keçir. Yoluxma ancaq otağın daxilində bilavasitə əlaqə za-

manı baş verir. 1 yaşa qədər uşaqlar bu xəstəliyə qarşı davamlıdırlar. Ən çox 5-15 yaşına qədər olan uşaqlar arasında müəyyən edilir. Xəstəlik böyük şəhərlərdə daha çox yayılır. Xəstəliyin yayılması payız-qış fəsillərində çoxalır, periodik olaraq hər 3-5 ildən bir artır. Xəstəliyi keçirdikdən sonra dayanıqlı immunitet əmələ gəlir.

İnkışaf mexanizmi. Giriş qapısı tənəffüs yollarının selikli qişası, bəzən konyuktiva və ağızın selikli qişasıdır. Orqanizm daxil olmuş virus inkubasiya dövründə tənəffüs yolunun epitel hüceyrələrində toplanır. İnkubasiya dövrünün sonunda hemotogen yolla bütün orqanizmə yayılır və mərkəzi sinir sisteminə, endokrin və tüpürcək vəzilərinə keçir, orada toplanır və böyük miqdarda iltihabi reaksiya əmələ gətirir.

Klinikası. Daha çox zədələnən vəzi orqanlarıdır: tüpürcək (ən çox qulaqdibi) vəziləri, sonra mədəaltı vəzi, cinsiyyət vəziləri. Digər vəzilər, məs: qalxanabənzər vəzi, qalxanətərafı vəzilər, göz yaşı vəziləri nadir hallarda zədələnir.

Parotit zamanı **inkubasiya dövrü** 11-23 gün arasında tərəddüd edir. Orta hesabla 18-20 gündür. Tək-tək hallarda **prodromal** əlamətlər meydana çıxır(kefsizlik, baş ağrısı, solğunluq və s.).

Daha çox hallarda xəstəlik **kəskin** başlayır, hərarət qalxır və **qulaqdibi tüpürcək vəziləri** şişir, adətən əvvəlcə birtərəfli olur. 1-2 gündən sonra digər tərəf də prosesə qoşulur, xəstənin üzü xarakter görkəm- «donuzabənzər» şəkil alır. Yaxın 1-2 gün ərzində yerli dəyişiklik və intoksikasiya əlamətləri maksimuma çatır. Xəstəliyin 4-5-ci günündən zəifləməyə başlayır, temperatur pilləvari enir və 10-cu gün xəstəlik qurtarır. Əgər prosesə digər orqanlar da qoşularsa, onda təkrar temperatur yüksəlir, xəstəlik uzanır.

Qulaqdibi vəzinin böyüməsi yaxşı görünür. Şişkinliyin üzərindəki dəri dəyişir, böyümüş vəzilərin konturları yaxşı

seçilir, mərkəzində daha çox bərklik və ağrı olur. Ağrı periferiyaya doğru nəzərəcarpacaq dərəcədə azalır.

Qulaqdibi vəzilərinin çox böyüməsi zamanı onları əhatə edən dərialtı toxumanın şişi meydana çıxır. Şişkinlik boyuna qədər yayıla bilər. Bu da çeynəmə və udma zamanı ağrıya səbəb olur. Ağız suyu azalır, selikli qişalar quruyur, xəstə yanğı hissiyyatı hiss edir. Qulaqdibi axacaq nahiyəsində yanağın selikli qişası çox vaxt qızarır və şişkinləşir.

Çənəaltı, dilaltı tüpürcək vəzilərinin zədələnməsi zamanı onların ölçüləri böyüyür, konsistensiyası xəmirvari olur. Vəzilərin konturları yaxşı seçilir, bir qədər ağırlı olur, hüceyrələrin ətrafları şişir, əsasən aşağıya doğru, boyuna qədər yayılır.

Cinsiyyət vəzilərinin zədələnməsi tez-tez müşahidə edilir (xüsusən cinsi yetişkenlik dövründə və böyük yaşlarda). Orxit zamanı xaya nahiyəsində ağrılar meydana çıxır, qasıq nahiyəsinə irradiasiya edir. Bəzən xayaların ölçüləri 2-3 dəfə böyüyür, bərk, ağırlı olur. Xaya torbası dartılır, şişkinləşir, dərisi nazikləşir. Maksimal dəyişiklik 2-3 gün davam edir. Sonra tədricən azalır və 7-10 gün sonra keçib gedir. Qızlarda ooforit, mastit, bartolinit əmələ gələ bilər.

Pankreatit yüngül və silinmiş formada keçir. Belə hallarda onu yalnız biokimyəvi müayinələrlə aşkar edirlər. Nisbətən ağır zədələnmələrdə temperatur qalxır, qarının yuxarı hissəsində ağrı, ürəkbulanma, qusma, iştahanın azalması müşahidə olunur. Gedişi xoşxassəlidir. 5-10 gündən sonra keçib gedir.

Seroz meningit zamanı hərarət qalxır, baş ağrısı, ürəkbulanma və ya qusma, bəzən huşun qaralması, oyanıqlıq, tək-tək hallarda qıcolma müşahidə olunur. Meningial simptomlar tez meydana çıxır(ənsə əzələlərinin rigidliyi, Kerkinq və Brudzinski simptomları). Onurğa beyinin punksiyası za-

manı şəffaf və ya azca bulanıq maye yüksək təzyiqlə axır. Pandi reaksiyası zəif müsbət olur, limfositar sitoz yüksək olur, zülal normal və ya azacıq yüksəlmiş olur. Nisbətən yüksək temperatur 2-3 gün davam edir. 5-10 gündən sonra tamamilə çəkilir. Meningit xoşxassəli gedişə malik olur.

Təsnifatı. Xəstəliyin 2 forması ayırd edilir: **tipik, atipik.** Ağırlığına görə **yüngül, orta ağır, ağır** gedişli olur.

Parotitin **silinmiş formasında** qulaqdibi tüpürcək vəzilərinin zədələnməsi az nəzərə çarpır.

Simptomsuz formada bu xəstəlik klinik əlamətlər olmadan keçir, ancaq immunoloji reaksiyalarla təyin edilir.

Xəstəliyin yüngül formasında ümumi intoksikasiya simptomları özünü az göstərir. Xəstənin ümumi vəziyyəti qənatbəxş olur. Hərərət 37, 5-38⁰ C-yə qədər qalxır, xəstəlik 5-7 gün ərzində qurtarır.

Orta-ağır formada ümumi intoksikasiya simptomları aydın (solğunluq, yuxunun pozulması, baş ağrısı, qusma və yüksək temperatur-39-40⁰C qədər) nəzərə çarpır.

Ağır formada intoksikasiya simptomları özünü güclü şəkildə göstərir, baş ağrısı, təkrari qusmalar, sayıqlama ola bilər, hallüsinasiya, narahatlıq, bəzən qıcolma, yüksək temperatur müşahidə olunur.

Diaqnostikası. Xəstəliyin tipik formasında diaqnoz qoymaq çox asandır. Diaqnoz kliniki əlamətlərə və epidemik anamnezə əsasən qoyulur. **Silinmiş formada** diaqnoz tüpürcək vəzisinin zədələnməsinə əsaslanır. **Atipik formada** epidemioloji məlumatla (xəstə ilə təmas varmı) əsasən təyin edilir.

Müalicəsi. Bu infeksiyanın spesifik müalicəsi yoxdur. Müalicə simptomatiktir. Xəstəliyin başlanğıcında 3-4 gün yataq rejimi gözlənilməli, ağız boşluğu təmiz saxlanılmalıdır. Tez-tez çay, mineral su verilməlidir. Ağız boşluğu 2%-li NaHCO₃ məhlulu ilə yaxalanmalıdır. Qida duru və sıyıq ha-

İndə qəbul olunmalıdır. Yüksək temperatur zamanı parasetamol, ibuprofen verilir. İltihablaşmış ağız suyu vəzisi tərəfə quru, isti sarğı qoyulur. İkincili infeksiya təhlükəsi olduqda antibiotiklər təyin edilir.

Orxit zamanı isti və quru suspensor gəzdirməli, 4-5 gün prednizolon vermək lazımdır. Pankreatit zamanı qida rasionunda zülal və yağları azaltmaq, mədəni soyudulmuş su ilə yumaq, pankreatin təyin etmək lazımdır. Belə xəstələrə vena daxilinə 0,9%-li NaCl, Ringer məhlulu yeritmək lazımdır. Meningit zamanı həm müalicə, həm də diaqnostika məqsədi ilə lumbal punksiya edilir, dehidratasiya məqsədilə venaya mannitol, əzələyə 25%-li maqnezium-sulfat yeridilir, şiddətli oyanıqlıq və qıcolma zamanı fenobarbital, aminazin, seduksen təyin olunur.

Parotit ağır olduqda, xüsusilə mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə getdikdə, qammaqlobulin vurulur.

Profilaktikası. Xəstə uşaq təcrid olunur. Dezinfeksiya lazım deyil. Təmasda olmuş uşaqlara 21 gün karantin qoyulur. Aktiv immunizasiyası məqsədilə **Parotit əleyhinə vaksin, Qızılca-Parotit-Məxmərək əleyhinə** vaksinlərdən istifadə olunur.

Qulluq. Xəstəliyi əsasən evdə müalicə edirlər. Xəstəlik ağırlaşarsa uşaqı xəstəxanaya qoyurlar. Temperatur yüksək olduqda xəstə yataq rejimində olur. Xəstə vəzilərə isti sarğı, UST və ya ultrabənövşəyi şüalar vermək məsləhət görülür. Ağız suyu vəzilərinin sekresiyası azaldığından ağız boşluğuna qulluq çox önəmlidir. Xəstənin ağız boşluğunu 2%-li borat turşusu məhlulu, zəif kalium-permanqanat məhlulu ilə yaxalamaq lazımdır. Xəstəyə duru və ya yarımduru yeməklər verilir. Pankreatit inkişaf etdikdə tibb bacısı yataq rejimi və dietanın gözlənilməsinə nəzarət etməlidir. Orxit zamanı uşaq arxa üstə uzadılır, suspensori geydirilir.

SUÇİÇƏYİ

Suçiçəyi kəskin infeksiyon xəstəlik olub, dəri və görünən selikli qişalarda ləkəli vezikulyoz səpgilərlə xarakterizə olunur. Uşaqlar arasında həssaslıq çox yüksəkdir. 10 yaşına qədər uşaqlar suçiçəyi ilə daha tez xəstələnirlər.

Etiologiyası. Törədici **süzülən viruslardır.** Viruslar orqanizmdən xaricdə bir neçə saatdan sonra məhv olurlar.

Epidemiologiyası. Xəstəliyin mənbəyi xəstə insanlardır. Hava-damcı yolu ilə yayılır. Xəstələnmə halları soyuq aylarda yüksəlir. Xəstəlikdən sonra davamlı immunitet əmələ gəlir. Yoluxuculuq inkubasiya dövrünün son günündən, son səpgi elementlərinin meydana çıxmasının 5-ci gününə qədərdir.

Klinikası. Xəstəliyin **inkubasiya dövrü** 11-23 gündür, orta hesabla isə 14-17 gündür. Əsasən xəstəlik kəskin başlayır, bəzi hallarda 1-2 gün müddətinə prodromal dövr müşahidə olunur. Xəstələrdə temperaturun yüksəlməsi, ümumi narahatlıq, süstlük, qaytarma, bəzən qıcolma, yuxululuq müşahidə olunur. Çox hallarda isə xəstəlik kəskin, dəri və selikli qişalarda qovuquclu səpgilərin əmələ gəlməsi ilə başlayır.

İlk qovuquqlar başın tüklü hissəsində, üzdə, sinədə, çiyinlərdə, gövdə və ətraflarda da əmələ gələ bilər. Ovuqlarda, ayaqların altında səpgilər olmur. Səpgilər çox dinamik inkişaf edir. Əvvəlcə qırmızı ləkələr, bir neçə saatdan sonra diametri 4-5 mm olan qovuquqlar əmələ gəlir. Qovuquqların içərisi şəffaf maye ilə dolu olur. Səpgilər birkameralı olur, deşildikdə içərisindən şəffaf maye axır.

Qovuquqlar irinli olmur, ətrafları qırmızı haşiyəli olur. İkinci gün qovuquqların içərisi boş, qırışmış, mərkəzi çökək olur, 7-8 gün müddətində səpgilərin yerində qartmaq əmələ

gəlir, tədricən quruyur, bir müddət piqmentasiya əmələ gəlir və dəridə heç bir iz qoymadan yox olur. Səpgilər eyni vaxtda əmələ gəlmir, 2-5 günə təkanlarla yaranır. Bədənin bir nahiyəsində səpgilərin müxtəlif mərhələdə olan elementlərini-ləkədən qartmağa qədər görmək olar. Ona görə də səpkilər polimorf xarakter daşıyır. Səpgilər 1-ci gün əsnəyin, ağızın, udlağın və s. selikli qişasında ola bilər. Xəstəlik 10-14 gün davam edir.

Ağırliq dərəcəsinə görə yüngül, orta-ağır və ağır formalara bölünür. **Yüngül formada** temperatur normal və ya subfebril ola bilər. **Orta-ağır formada** hərarət 38,5-39° C-yə qədər yüksəlir, xəstələrdə baş ağrısı, narahatlıq, bəzən qusma, oyanıqlıq müşahidə edilir. Yüngül forma zamanı səpgilər 2-3 gün davam edir, tez bir vaxtda geriye inkişaf edir. Orta ağır formada 5-7 gün davam edir. Səpgilər dəridə və selikli qişalarda çoxlu miqdarda olur. **Ağır formada** səpgilər 7-8 gün davam edir, intensiv olur. Pnevmoniya ilə ağırlaşa bilər, bəzən daxili üzvlər (dalaq, qaraciyər, mədəaltı vəzi, endokard, böyrəküstü vəzilər) də zədələnir. Nadir hallarda xəstəliyin bullyoz və hemorragik formaları da rast gəlir. Hemorragik formada burundan, ağız boşluğundan, bağırsaqlardan qanaxma, dəridə qansızmalar olur.

Ağırlaşmaları. Suçiçəyi zamanı ağırlaşmalar az hallarda rast gəlinir. Xüsusən zəif uşaqlarda xəstəlik piodermiya, pnevmoniya, otit, laringit, konyuktivit, nefrit, meningit, ensefalit, sepsis və s. ilə ağırlaşa bilər.

Proqnozu. Suçiçəyi zamanı proqnoz adətən yaxşıdır.

Müalicəsi. Xəstəliyin etiotrop müalicəsi yoxdur. Səpgi dövründə xəstələr yataq rejimində olmalıdırlar. İkincili infeksiyanın qarşısını almaq üçün xəstələrə yaxşı qulluq etmək və gigiyenik qaydalara düzgün riayət etmək lazımdır. Qovuqcuqlara asiklovir məlhəmi çəkilir. Tez quruması üçün 1%-li brilliant yaşılının spirtli məhlulu və ya 10%-li kalium-

permanqanat məhlulu sürtülə bilər. Ağız boşluğu və əsnəkdə yaralar olduqda ağız boşluğu furasilin (1:5000) məhlulu ilə sanasiya edilir. Güclü qaşınma zamanı antihistamin preparatları (suprastin, ketotifen, erius, loratadin və s.) təyin edilir.

Profilaktikası. Uşaqlar arasında suçiçəyinin yayılmasının qarşısını almaq üçün xəstəni vaxtında başqalarından ayırmaq lazımdır. Uşağın xəstələndiyini uşaq müəssisələrinə xəbər vermək lazımdır. Xəstə ilə təmasda olan uşaqlar karantinin 2-ci və 3-cü həftəsi epidemioloji cəhətdən çox böyük təhlükə təşkil edirlər. Xəstələrin təcridi axırıncı səpgi elementi əmələ gəldikdən 5 gün sonraya qədər olur. Xəstə ilə təmasda olan və xəstəliyi keçirməyən 7 yaşadək uşaqlar 11-ci gündən 21-ci günə qədər karantində olurlar.

Xəstə ilə təmas zamanı maska rejimi gözlənilməlidir. Təmasda olanlara qammaqlobulin vurulur.

Spesifik profilaktika. Suçiçəyi xəstəliyinin spesifik profilaktikası **Suçiçəyi əleyhinə vaksinə** aparılır.

Qulluq. Uşaqlar ilk günlər yataq rejimində olmalıdır. Əgər səpgilər qaşınarsa, uşağın diqqətini yayındırmaq, onu müxtəlif oyunlarla əyləndirmək lazımdır. Səpgilər quruduqdan sonra və yeni səpgilər əmələ gəlmirsə, xəstəni təmiz havada gəzdirməyə icazə verilir, lakin başqa uşaqlarla təmas olmamalıdır. Uşağın paltarları və yataq ağırları hər gün dəyişilməli, yuyulmalı və ütülənməlidir. Böyük uşaqlarda dirnaqlar dibindən tutulur.

Suçiçəyi zamanı səpgi bəzi hallarda ağız boşluğunun selikli qişasına yayıla bilər. Belə hallarda uşağa tez-tez qaşıqla (steril olmalıdır) qaynanmış su, çay, 5%-li qlükoza məhlulu içizdir.

Uşaqlara duru və yarımduzu ılıq yeməklər verilir. Yemək duzlu, turş olmamalıdır: düyü həlimi, əzilmiş tərəvəz salata, süd, kisel, südlü sıyıq və s. verilir.

SKARLATİNA

Skarlatina kəskin hava-damcı infeksiyası olub, yüksək hərarət, ümumi intoksikasiya, angina, nöqtəvari xırda səpkilərlə müşayiət olunur. Xəstəlik ən çox 10 yaşa qədər uşaqlar arasında rast gəlinir. Xəstələnmə halı payız-qış aylarında daha da yüksəlir.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi A qrupundan olan β -hemolitik streptokokklardır.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi skarlatinalı xəstələr, rekonvalessentlər və sağlam gəzdircilərdir. Xəstəliyin yayılma yolu əsas etibarilə **hava-damcı yolu**, eyni zamanda **təmas-məişət** yolu ilədir. Xəstənin istifadə etdiyi əşyalar (məs:oyuncaqlar) vasitəsilə də yoluxma baş verə bilər. Xəstəliyin silinmiş formasının da böyük epidemioloji əhəmiyyəti vardır, çünki belə forma zamanı diaqnoz vaxtında qoyulmur.

İnkişaf mexanizmi. Törədicilər əsasən burun-udlağın, əsnəyin selikli qişasında, bəzən də zədələnmiş dəridə yerli iltihabi dəyişikliklər əmələ gətirir (angina, regional limfoadenit). Ona görə də infeksiya qapısı əsasən əsnək və udlağın selikli qişası hesab olunur.

Streptokokk və onun toksinləri orqanizmdə mürəkkəb toksiki, septiki və allergik vəziyyət əmələ gətirir. Toksiki sindrom mərkəzi və vegetativ sinir sistemi tərəfindən, habelə endokrin və ürək-damar sistemi tərəfindən dəyişikliklərlə xarakterizə olunur. Septiki vəziyyət zamanı irinli-nekrotik proseslərin inkişafı, septiki ağırlaşmalar müşahidə olunur. Orqanizmdə patoloji proseslərin inkişafında orqanizmin sensibilizasiyasının da (allergik vəziyyət) rolu böyükdür. Xüsusən xəstəliyin gecikmiş dövründə kəskin qlomerulonefrit, sinovit, ürək-damar sisteminin zədələnməsi müşahidə olunur.

Klinikası. Xəstəliyin inkubasiya dövrü orta hesabla 2 gündən 7 günə qədərdir. Xəstəlik çox vaxt kəskin başlanır. Temperatur yüksəlir, narahatlıq, baş ağrısı, udma zamanı ağrı, qusma müşahidə olunur. Tipik və daimi simptom olan angina, yumşaq damağın kəskin hiperemiyası (“alovlanan əsnək”), damaq badamcıqlarının böyüməsi, lakunalarda və ya onun səthində çox vaxt ərpin olması ilə xarakterizə olunur. Yuxarı boyun limfa vəziləri böyüyür və ağırlı olur. Qusma tez-tez olur. Xəstəliyin 1-ci, bəzən 2-ci günü bütün bədən səthində dəri üzərində kəskin çəhrayı fonda qırmızı, nöqtəvari xırda səpkilər əmələ gəlir. Səpgilər bəzən güclü qaşınma verir. Səpgilər ən çox gövdədə və dəri büküşlərində olur. Konçalovski-Rumpel-Ledi simptomu müsbət olur (bazuya sıxıldıqda bazu və saidin dərində qansızmalar meydana çıxır). Təkcə burun-dodaq üçbucağında səpgilər olmur. Həmin nahiyəyə ağ olduğuna görə “Filatovun ağ üçbucağı” deyilir. Xəstəliyin kəskin dövrü 4-5 gün davam edir. Sonra temperatur tədricən aşağı düşür. Səpgilər solğunlaşır. Xəstəliyin I günü dil sıx ərplə örtülül olur. 2-3-cü gündən başlayaraq dilin ucunda ərpsəməyə başlayır və dil skarlatina üçün xarakterik simptom olan «moruğabənzər» şəkil alır (dil mənəciqləri kəskin qırmızı rəngdə olur). Xəstəliyin 2-ci həftəsindən dəridə qabıqvermə (ətrafların distal hissələrində iri lövhəli və gövdədə kəpəkli) əmələ gəlir, pigmentasiya olmur.

İntoksikasiya nəticəsində xəstələrdə oyanıqlıq, sayıqlamalar, huşun tutqunlaşması müşahidə olunur. 2-4-cü həftədə ağırlaşma olarsa, “skarlatina ürəyi” əmələ gələ bilər. Bu zaman ürək zirvəsində sistolik küy eşidilir, ağıciyər arteriyası üzərində isə ikinci tonun ikiləşməsi, ürək hüdudlarının genişlənməsi və arterial təzyiqin aşağı düşməsi müşahidə olunur. Xəstəliyin başlanğıcında simpatik sinir sisteminin to-

nusu yüksəlir, 5-ci gündən isə parasimpatik sinir sisteminin tonusu yüksəlmiş olur.

Gedişinə görə xəstəlik yüngül, orta ağır, ağır formada müşahidə olunur.

Yüngül forma zamanı intoksikasiya zəif ifadə olunur. Temperatur $38,5^{\circ}\text{C}$ -dən yüksək olmur, kataral angina qeyd olunur, əlamətlər 4-5-ci gün itir.

Orta-ağır forma zamanı bütün simptomlar kəskin müşahidə olunur. Yüksək hərarət(40°C), qusma, bəzən əsnəkdə nekrotik dəyişikliklər qeyd olunur. Yüksək hərarət 5-7 gün davam edir.

Ağır forma skarlatinaya hal-hazırda az rast gəlinir. Bu forma toksiki, septiki, toksiko-septiki şəkildə müşahidə olunur.

Toksiki forma skarlatina zamanı intoksikasiya əlamətləri kəskin ifadə olunur, yüksək hərarət, təkrari qusmalar, sayıqlama, qıcolmalar, meningial əlamətlər, kəskin taxikardiya, əsnək və dəridəki əlamətlər aydın ifadə olunur.

Septiki forma zamanı nekrotik angina, regional limfa vəzilərinin böyüməsi tez-tez müşahidə olunur. Əsnəkdə olan nekroz təkcə badamcıqları deyil, eyni zamanda yumşaq damağın və udlağın selikli qişasını da əhatə edir.

Toksiki-septiki forma skarlatinada isə hər iki formada olan əlamətlər kəskin xarakterizə olunur.

Atipik forma olan silinmiş forma skarlatinada isə simptomlar zəif ifadə olunur.

Yüngül və orta ağır forma skarlatina zamanı periferik qanda az dəyişiklik olur, bəzən heç olmur. Orta ağır və ağır formada leykositoz, neytrofillərin sola meyilliliyi, EÇS-nin artması qeyd olunur.

Ağırlaşmaları. Skarlatina zamanı qlomerulonefrit, sinovit, miokardit, limfadenit, otit, sinusit, septikopiemiya,

ürək-damar sisteminin zədələnməsi kimi ağırlaşmalar müşahidə oluna bilər.

Diferensial diaqnostikası. Xəstəlik qızılca, məxmərək, allergik səpgilərdən, differiya və müxtəlif etiologiyalı anginalardan diferensiasiya edilməlidir. Xəstəlikdən sonra ömürlük immunitet əmələ gəlir.

Müalicəsi. Xəstələr ev və xəstəxana şəraitində müalicə edilməlidir (xəstəliyin ağırlığından asılı olaraq). Gigiyenik rejimə, ağız boşluğunun da təmizlənməsinə fikir verilir. Evdə müalicə olunan xəstələrə yataq rejimi təyin edilməklə, antibiotiklər (penisillin qrupu və ya makrolidlər-eritromitsin) daxilə verilir və vitaminlər təyin olunur.

Ağır forma və ağırlaşma ilə müşahidə olunan skarlatina zamanı isə xəstələr hospitalizə olunaraq xəstəxana şəraitində müalicə olunur. Yataq rejimi xəstəliyin ağırlığından asılı olaraq 4-5 gün və daha çox təyin edilə bilər. Antibiotik terapiyası (benzilpenisillin və daxilə eritromitsin) aparılır. Toksik forma zamanı əzələ daxilinə skarlatina əleyhinə antitoksik zərdab Bezredko üsulu ilə vurulur. Bundan başqa ürək dərmanları kofein, kordiamin, vena daxilinə 20%-li qlükoza vitaminlərlə, neokompensan, damcı üsulu ilə 5%-li qlükoza məhlulu yeridilir, desensibilizəedici terapiya təyin edilir. Septik forma zamanı intensiv antibiotikoterapiya aparılır.

Profilaktikası. Skarlatina keçirməmiş, məktəbəqədər uşaq müəssisəsinə gedən, I-II siniflərdə oxuyan uşaqlar xəstə təcrid edildikdən sonra həmin müəssisələrə buraxılmırlar. Karantin müddəti 7 gündür. Kontaktda olan I-II sinif uşaqlarına qammaqlobulin vurulur. Bütün xəstəlik dövründə xəstə ilə ünsiyyətdə olan uşaqlar 17 gün həmin müəssisələrə buraxılmırlar. Skarlatina ocağından olan xəstələr 22 gündən sonra müəssisələrə buraxılırlar. Xəstələr, əgər ağırlaşma yoxdursa, 10-cu gün xəstəxanadan evə buraxılır.

Məktəbəqədər uşaq müəssisələrinə gedən, 1-2-ci sinifdə oxuyan rekonvalessentlər klinik sağalmadan sonra əlavə olaraq 12 gün qaldıqdan sonra uşaq müəssisəsinə və məktəbə buraxılır. Xəstə olan otaqda mütəmadi olaraq cari dezinfeksiya işləri aparılır. Spesifik profilaktikası yoxdur.

Qulluq. Xəstələrə qulluq etdikdə ağız boşluğunu təmizləmək vacibdir. Hər dəfə yemək yeyəndən sonra ağız yaxalamaq lazımdır. Burunu vazelin yağı ilə isladılmış pambıqla selikdən və qartmaqdan təmizləyir, qulaqların təmizliyinə fikir verirlər. Dəri qabıq verdikdə qaşınma olduğu üçün xəstələrin dırnağını dibdən tutmaq lazımdır ki, dırnaq yarası əmələ gəlməsin. Bu zaman gigiyenik vannaların faydası olur. Ancaq rezin və plastik kütlədən hazırlanmış oyuncaqlara icazə verilir, çünki bunları da qab-qacaq kimi hər gün qaynatmaq lazımdır. Palatalar yalnız yaş üsulla təmizlənilir, havası yaxşı dəyişdirilir və kvars lampaları asılır. Tibb bacısı uşağın sidiyinə diqqət yetirməlidir, çünki xəstəlik böyrəklərə ağırlaşma verə bilər. Qida yüngül və tam keyfiyyətli olmalıdır.

DİFTERİYA

Difteriya- infeksiyanın daxil olduğu yerdə fibroz iltihab və ağır ümumi intoksikasiya ilə xarakterizə olunan kəskin infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. Törədicisi difteriya çöpləridir ki, bu da 1883-84-cü illərdə Löfler tərəfindən tapıldığına görə Löfler çöpləri adlanır. Bu çöplər -20°C temperatura davamlıdırlar, günəş şüası təsirindən, dezinfeksiyaedicilərin təsirindən (fenol, lizol, xloramin) məhv olurlar.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstə şəxs, rekonvalessentlər, bakteriyagəzdircilərdir. Xəstəlik əsasən

hava-damcı yolu ilə yayılır, bundan başqa xəstənin istifadə etdiyi əşyalar, çirkli qidalar da yoluxma mənbəyi ola bilər.

Klinikası. Xəstəlik ümumi intoksikasiya əlamətləri və ərp əmələ gəlməsi ilə müşahidə olunan yerli iltihabi proseslə xarakterizə olunur. Lokalizasiyasından asılı olaraq: 1) əsnəyin difteriyası, 2) burun difteriyası, 3) qırtlağın difteriyası, 4) nadir formalı difteriya (dəri, göz, qulaq) kimi formalar var.

I Əsnəyin difteriyası. Difteryanın ən çox təsadüf olunan formasıdır. Bu, lokal, yayılmış, subtoksik, I, II, III dərəcəli toksiki, hipertoksik formalara ayrılır.

Lokal formada intoksikasiya əlamətləri zəif olur, temperatur 38-38,5°C olur, badamcıqlar üzərində ərp əmələ gəlir. Ərp bozuntul rəngdə olur, bir qədər şişkinləşmiş badamcıqlar üzərinə yayılır və çətinliklə ayrılır. Əsnək bir qədər qızarır, udma aktı ağrılı olur, regionar limfa düyünləri bir qədər böyümüş olur. Əsnək difteriyada əsas əlamət dərialtı birləşdirici toxumanın ödemidir.

Yayılmış formada intoksikasiya əlamətləri daha aydın nəzərə çarpır, ərp tək-cə badamcıqlar üzərində meydana çıxmır, eyni zamanda dilçəyə, udlağın arxa divarına da yayılır. Badamcıqlar şişkinləşir, lakin boyunun dərialtı toxumasının və yumşaq damağın ödemisi olmur. Xəstələrdə hərarət yüksəlir, yuxu pozulur, baş ağrısı, halsızlıq, limfa vəzilərinin ağrılı olması müşahidə olunur.

Toksiki formada ümumi intoksikasiya əlamətləri daha aydın nəzərə çarpır. Əsnəyin və dərialtı toxumanın ödemisi müşahidə olunur. Bu forma əsasən peyvənd edilməyən uşaqlarda baş verir və kəskin başlayır, temperatur 38-40°C olur. Təkrari qusma, oyanıqlıq və ya süstlük baş verir. Limfa vəziləri böyüyür, ağrılı olur, onların ətrafında dərialtı toxumanın ödemisi əmələ gəlir. Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq əsnəyin ödemisi zəif və ya çox kəskin ola bilər.

Əsnək qızarır, ərp tez bir vaxtda yumşaq, sərt damağa, ağır halda burun-udlağa da yayılır.

Toksiki differiya dərialtı toxumada ödemın yayılma dərəcəsindən və intoksikasiyadan asılı olaraq 3 dərəcəyə bölünür:

1. **I dərəcədə**—ödem ikinci boyun büküşünə qədər olur
2. **II dərəcədə**—ödem körpücük sümüyünə qədər olur
3. **III dərəcədə**—körpücük sümüyündən aşağıya yayılır, nəfəsləmə çətinləşir, tənəffüs xırıltılı olur, xəstənin ağızı açıq qalır.

Subtoksiki formada ödem limfa düyünlərinin ətrafında və azacıq olur. Ən ağır forma hipertoksik formadır.

Hipertoksik forma ən ağır formadır. Bu zaman ərpə qan hopmuş olur, dərialtı qansızma, burundan, damaqdan, mədə-bağırsaq sistemindən qanaxma ola bilər. İldırımvari formada kəskin intoksikasiya əlamətləri olur, xəstə tələf olur. Ən çox peyvənd olunmayan uşaqlarda olur.

II Burunun differiyası. Bu, ya ayrı, ya da əsnəyin və burunun differiyası şəklində rast gəlinir. Bu formada ümumi intoksikasiya əlamətləri zəif olur. Hərərət normal və ya subfebril olur. Xəstəliyin başlanğıcında proses birtərəfli olur, burun tənəffüsü çətinləşir, əvvəl birinci, sonra ikinci burun dəyişiyindən duru seroz, selikli-qanlı ifrazat axır. Rinoskopiya da burun çəpərində, burun qanadlarında sərt fibrinoz lövhələr əmələ gəlir.

III Qırtlaq differiyası. Yalançı inaqdan fərqli olaraq qırtlaq differiyası həqiqi inaq adlanır. Differiya inaqının xarakterik əlaməti simptomların yavaş-yavaş artmasıdır. Çox keçmədən aydın görünən və get-gedə inkişaf edən laringit halları olur, səs dəyişilir, batır, nəhayət tamam itir(afoniya), quru, kobud öskürək baş verir, hərərət qalxır, səs yarığı daraldığı üçün havanın qırtlaqdan keçməsi çətinləşir, tənəffüs

küylü olur, tənqəfəslik baş verir, sianoz yaranır. Uşaq narahat olur, dəri örtüyü soyuq tərlə örtülür, oksigen aclığı nəticəsində asfiksiya əlamətləri meydana çıxır. Stenoz daimi şəkil alır, uşağın vəziyyəti son dərəcə ağır olur, uşaq apatik və yuxulu olur. Dəri örtüyü solğun, ətraflar soyuq, tənəffüs tezleşmiş, səthi, nəbzi sapvari, ürək tonları karlaşmış olur və qıcolmalar başlayır. Bu hal təcili yardım tələb edir. Əks halda xəstə tələf olar.

IV Nadir formalı difteriya. Gözün, dərinin, cinsiyyət üzvlərinin difteriyasına az rast gəlinir.

Diaqnostikası. Diaqnoz klinik əlamətlərə, epidemik anamnezə, bakterioloji müayinəyə əsasən qoyulur(Şik reaksiyası).

Difteriya zamanı miokardit, toksik nefroz, poliradikulo-nevrit kimi fəsadlaşmalar baş verir.

Müalicəsi. Müalicə əsasən difteriya əleyhinə antitoksik zərdabla aparılır. Onun dozası xəstəliyin formasından asılıdır. Zərdab budun ön tərəfinə və ya sağrı nahiyəsinə, əzələ içinə Bezredko üsulu ilə vurulur. Əvvəlcə 1:1000 nisbətində həll olunmuş zərdabla dəri içərisinə sınaq qoyulur. Bu məqsədlə saidin içəri səthinə dəri içinə 0,1ml zərdab yeridilib 20 dəq. gözlənilir. Sınaq (-) olduqda dərialtına 0,1 ml difteriya əleyhinə zərdab yeridilib 30-60 dəq. gözlənilir. Reaksiya olmazsa qalan doza əzələ daxilinə yeridilir.

Toksiki forma difteriyada çox vaxt təkrari zərdab yeridilir. I, II, III dərəcəli toksiki difteriyada zərdab hər gün vurulur. Hipertoksiki formada zərdabı ilk 2 gündə 12 saatdan bir vurmaq lazımdır. Ümumi intoksikasiya əlamətləri, ərp, dərialtı ödem və s. azaldıqda zərdabla müalicə dayandırılır. Toksiki formada böyrəküstü vəzi çatışmazlığı müşahidə olunarsa, kortikosteroidlər təyin edilir. Toksiki formanın III dərəcəsinə vena daxilinə plazma, poliqlükün, neokompensan vurmaq

yaxşı nəticə verir. Xəstəliyin bütün formalarında vena daxilinə 20%-li qlükoza + vitamin C + kokarboksilaza yeridilir. Sakitləşdirici və yuxugətirici preparatlar təyin edilir. Lazım gəldikdə intubasiya edilir. İntubasiyaya göstəriş II dərəcəli tənəffüs çatmamazlığının III dərəcəyə keçməsi hesab olunur. İntubasiya mümkün olmadıqda traxeotomiya edilir.

Profilaktikası. Spesifik profilaktika böyük rol oynayır. Hal-hazırda difteriya, göyöskürək, tetanus xəstəliklərinin profilaktikası məqsədi ilə aşağıdakı vaksinlərdən istifadə olunur.

GDTHibHepB kombinə olunmuş difteriya, göyöskürək, tetanus, Hib və hepatit B əleyhinə vaksin (2,3,4 aylığında). GDTHibHepB vaksinini yenidoğulmuşların peyvənd olunması üçün istifadə etmək olmaz. Bu vaksin duru halda bir və ya çoxdozalı flakonlarda buraxılır. Vaksinini dondurmaq olmaz. Əgər donmaya şübhə varsa, istifadədən əvvəl "Silkələmə testi" aparılır. Əgər test vaksinin yararsız olduğunu göstərərsə, vaksin məhv edilməlidir.

Adətən, GDTHibHepB peyvəndindən sonra 2 gün ərzində yerli və və ya ümumi reaksiyalar baş verə bilər:

Yerli reaksiyalar. İnyeksiya yerində ağrı, qızartı və ya şişkinlik meydana çıxa bilər.

Ümumi reaksiyalar. Temperaturun yüksəlməsi, narahatlıq müşahidə oluna bilər. Vaksinasiyadan sonra axşam saatlarında 50% uşaqlarda hərarət yüksəlir, ertəsi gün isə normal göstəriciyə enir.

Hərarətin gün ərzində 38°C-dən çox yüksəlməsi zamanı parasetamol preparatının müvafiq dozada verilməsi anaya tövsiyə olunur. Ağır postvaksinal reaksiya: anafilaktik şok və kollaps nadir hallarda baş verir. Əgər peyvənd olunmuş uşaqda postvaksinal reaksiya baş verərsə, tibb işçisi tərəfindən mütləq bu barədə müəssisə rəhbərliyinə məlumat

verilməlidir. Belə uşağa GDTHibHepB vaksininin sonrakı dozalarını vurmaq olmaz.

Difteriya-göyöskürək-tetanus əleyhinə kombine olunmuş vaksin (GDT). Difteriya və tetanus anatoksinləri və göyöskürək əleyhinə öldürülmüş vaksindən ibarətdir. GDT duru vaksindir.

Adətən GDT peyvəndindən sonra uşaqlarda axşam saatlarında hərarət yüksəlir, ertəsi gün isə normal göstəriciyə enir. GDT peyvəndindən sonra əmələ gələ bilən reaksiyalar əsasən göyöskürək komponenti ilə əlaqədardır.

Bəzi uşaqlarda inyeksiyanın yerində qızartı, ağrı və ya şişkinlik əmələ gəlir. Az hallarda peyvənd olunmuş uşaqlarda uzunmüddətli (35 saat və daha çox) ağlama müşahidə oluna bilər. Daha ağır postvaksinal reaksiyalar uşaqlarda yüksək hərarət nəticəsində əmələ gələn qıcolmalardır, kolaps; anafilaktik reaksiyalar nadir hallarda baş verir.

“Profilaktik Peyvənd Təqvimini”nə əsasən GDT vaksini uşağa 18 aylıqda budun bayır səthinə 0,5 ml dozada əzələ daxilinə vurulur. Vaksin (+2)-(+8)°C-dək temperaturda saxlanılır. GDT vaksini 5 yaşdan yuxarı uşaqlara vurmaq olmaz.

DT - difteriya və tetanus əleyhinə vaksindir. DT vaksini GDT vaksininə əks-göstəriş olduqda, həmçinin, keçirilmiş göyöskürək xəstəliyindən sonra istifadə edilir.

DT-M - difteriya komponenti zəif olan vaksindir. 6 yaşdan yuxarı uşaqlara və böyüklərə istifadə edilir.

Qulluq. Difteriya inaqında xəstələrə sakitlik, dərin, uzunmüddətli yuxu üçün şərait yaradılmalıdır. Xəstə təmiz hava ilə təmin edilməlidir.

Cərrahi əməliyyatdan(traxeotomiya) sonra qulluq böyük diqqət tələb edir. Xəstənin boru ilə nəfəsinə fikir vermək, onu selikdən təmizləmək, borunun düzgün fiksə olunması-

na diqqət etmək, belə xəstələri yarıduru qida ilə yedizdirmək lazımdır. Borunu qırtlaqda 2 gündən çox saxlamaq olmaz.

Xəstəyə ciddi yataq rejimi təyin edilir (20-50 gün). Belə xəstələr xəstəxanadan çıxdıqdan sonra uşaq poliklinikasında xüsusi nəzarət altında saxlanılmalıdır. Bakteriya gəzdirənlərə 6-7 gün eritromitsin təyin edilir.

MENİNQOKOKK İNFEKSİYASI

Meningokokk infeksiyası özünü müxtəlif klinik əlamətlərlə göstərən kəskin infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. Meningokokk infeksiyasının törədiciləri meningokokklardır. Törədicisi xarici mühitin təsirinə qarşı çox davamsızdır. İnsan bədənindən kənarında tez tələf olur. Temperatur, ultrabənövşəyi şüalar, dezinfeksiyaedicilər və antibiotiklərə qarşı həssasdır. Lakin son dövrlər antibiotikə rezistent ştammlar meydana çıxmışdır.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi yalnız insandır: 1) meningit və meningokoksemiya xəstələri; 2) Sağlam meningokokk gəzdirənlər. Meningokokk **hava-damcı** yolu ilə keçir. Meningokokk infeksiyası 70-80% hallarda uşaqlara, yeniyetmələrə yoluxur, onun 50%-i 1-5 yaşına qədər olan uşaqlardır. 3 aylığa qədər uşaq nadir hallarda bu xəstəliyə yoluxur.

İnfeksiyanın giriş qapısı yuxarı tənəffüs yolları, əsasən burun-udlaqdır. Meningokokk infeksiyasını keçirmiş uşaqlarda davamlı immunitet yaranır.

İnkişaf mexanizmi. Törədicisi mikrobun daxil olduğu yerdə iltihabi proses inkişaf edir. Selikli qişada ödem baş verir, selik əmələgətirmə artır, badamcıqlar və tənəffüs yollarının selikli qişasındakı limfa düyünləri çox böyüyür. İnfeksiya

selikli qışanın baryerini dəf etdikdən sonra qana keçir-meningokoksemiya inkişaf edir. Törədici mikrobların və toksinlərin qanda dövrünü damar sisteminin zədələnməsinə, müxtəlif toxuma və daxili orqanlarda çox sayda qansızma-ya səbəb olur. Meningokokklar çox halda hematoensefalitik baryeri dəf etmə nəticəsində hematogen yolla kəllə boşlu-ğuna keçir. İltihabi proses beyin yarımkürələrinin səthində və beyin əsasında gedir, lakin çox vaxt onurğa beyni də prosesə qoşulur.

Klinikası. Xəstəliyin **inkubasiya dövrü** 2-10 gündür.

Meningokokk infeksiyası əksərən özünü 3 formada göstərir:

1. Nazofaringit

2. Meningit

3. Meningokoksemiya

Nazofaringit başlıca olaraq alın-təpə nahiyəsində baş ağrısı, az halda burundan selikli ifrazat axması ilə müşahidə olunur. Xəstənin ümumi əhvalı pozulur, süstlük, zəiflik, iştahanın azalması, yuxunun pozulması baş verir. Bəzən başgicəllənmə, qusma, mialgiya baş verir, hərərət 38°C-yə qədər yüksəlir, 3-4 gün davam edir. Burunun selikli qışası hiperemiyalaşır, şişir, udlağın dal divarının aydın nəzərə çarpan hiperemiyası, şişi və eləcə də, onun üzərində çoxlu hiperplaziyalaşmış limfoid follikullar xüsusilə nəzərə çarpır. Nazofaringitin diaqnozu yalnız bakterioloji analize əsasən qoyulur.

Meningit nazofaringitdən sonra, bəzən də sağlam uşaqda qəflətən başlayır. Meningitin klinikasında aşağıdakı simptomlar triadası-qızdırma, qusma, baş ağrısı aşkar edilir. Bəzən hərərət şiddətlə, titrətmə ilə yüksəlir. Bir neçə saat ərzində 40-42°C olur. Baş ağrısı son dərəcə şiddətli, əziyyətli, çox vaxt diffuz şəkildə olur. Aşağıdakılar xüsusən

intensiv olur, bədənin vəziyyətini dəyişdikdə, bərk səs və güclü işıq düşdükdə güclənir. Xəstədə qusma qəflətən başlayır, fəvvarə şəklində təkrar olur. Uşaqlarda meningit zamanı kəskin dəri hipertenziyası və eşitməyə, işığa, iyə qarşı həssaslıq müşahidə olunur. Azyaşlı uşaqlarda başlıca simptomlardan biri qıcolmalardır. Xəstədə ürək tonları kəskinləşir. Uşaq yeməkdən imtina edir, ishal olur, tək-tək hallarda qəbizlik olur. Dili ərpli olur, qaraciyər, dalaq böyüyür.

Tezliklə xəstədə **meningial simptomlar** meydana çıxır:

Ənsə əzələlərinin rigidliyi - bu zaman xəstə çənəsini döş qəfəsinə toxundura bilmir.

Kerninq simptomu - bud-çanaq oynaqında düzbucaq altında bükülmüş ayağı diz oynaqında açmaq olmur.

Brudzinski simptomu – a) yuxarı Brudzinski simptomu: başı döş qəfəsinə yaxınlaşdırmaq istəyərkən xəstənin ayağı diz oynaqında bükülür; b) aşağı Brudzinski simptomu Kerninq simptomu ilə birgə yoxlanılır: ikinci ayaq da diz oynaqında bükülür.

Lesaj simptomu - uşağın qoltuq altından tutub şaquli vəziyyət verdikdə ayaqları qarnına doğru yığılır və 30-40 saniyə bu vəziyyətdə qalır; sağlam uşaqlar 5-10 saniyədə ayaqlarını aşağı salır.

Əmgək triadası – südəmər uşaqlarda meydana çıxır: əmgək şişir, gərgin olur, pulsasiya müəyyən edilir.

Meningit zamanı xəstə xüsusi xarakterik məcburi vəziyyət alır. Xəstə başı arxaya dartılmış, qıçlar diz və bud-çanaq oynaqında bükülmüş, qarına doğru yığılmış vəziyyətdə, böyrü üstə uzanır. Lümbal punksiya zamanı onurğa beyin mayesi yüksək təzyiq altında axır, bulanıq olur. Mayenin tərkibində sitoz və neytrofilyoz müşahidə olunur, zülalın miqdarı artır, şəkərin miqdarı azalır. Meningitli xəstələrin xarici görünüşü son dərəcə xarakterik olur. Xəstəliyin 1-ci

günləri üz və boyun parlaq və hiperemiyalı olur, sklera damarları infeksiyalaşır. Ağız ətrafında, qulaq seyvanında, burun qanadlarında və bədənin başqa nahiyələrində çoxlu qovuqucuqlar meydana çıxır. Qanda neytrofil leykositoz və EÇS yüksəlməsi müşahidə edilir.

Bir çox xəstələrdə meningitin ağırlaşmış formaları inkişaf edir. Meningitin ildırım sürətli gedişi hipertoksikoz ilə keçir və yüksək ölüm faizi verir. Ürək-damar və tənəffüs sistemi tərəfindən təhlükəli dəyişikliklər meydana çıxır. Arterial təzyiq düşür. Şiddətli tənəffüs və sonradan Çeyn-Stoks tipli tənəffüs meydana çıxır, tənəffüs aritmiyası və onun qəflətən dayanması müşahidə edilir. Xəstələrin müalicəsi ləngidildikdə və ya kifayət qədər aparılmadığı hallarda iltihab beyin mədəciklərini örtən qişalara (ependima) yayılır və beyin maddəsi patoloji prosesə cəlb olunur.

Meningoensefalit – meningokokk infeksiyasının ensefalit simptomlarının üstünlük təşkil etdiyi nisbətən az rast gəlinən formasıdır. Meningokokklu ensefalitlər üçün psixikanın pozulması, qıcolmaların, parezlərin və ifliclərin tez inkişafı, çəpgözlülük, nistaqm, hərəkəti pozğunluqlar, mono və hemipleqiya, bəzi hallarda isə hiperkinizlər xarakterikdir. Ağırlaşmış formalarda proqnoz pisdır. Xəstəlikdən sonra qalıq əlamətləri qalır.

Meningokoksemiya toksikoz simptomları ilə keçən meningokokk sepsisidir. Xəstəlik kəskin başlayır, temperatur 39-40°C-yə qədər qalxır, titrətmə olur. Sonra hərərət subfebril olur, xəstədə başağrısı, iştahanın azalması və ya olmaması, ümumi zəiflik, kürək-ətraf əzələlərində ağrı, yanğı, ağızda quruluq, dərinin solğunluğu və ya sianozu baş verir. Xarakter əlamətlərdən biri də səpginin olmasıdır. Səpgi əlaməti 5-15 saatdan sonra başlayır, elementləri qeyri-düzgün formada olur, əl ilə yoxladıqda bərk, bəzən

də dəri səthindən qalxmış olur. Xəstəlik üçün hemorragik səpgi daha xarakterikdir, xırda nöqtəvari səpkilərdən böyük qansızmalara qədər olur. Sklera və ağızın selikli qişalarında qansızmalara təsadüf edilir. Səpgilərin geri inkişafı səpgi elementlərinin böyüklüyündən, xarakterindən və dərinliyindən asılıdır. Xırda səpgilər iz buraxmadan itir, dərin və geniş qansızmalar isə nekrozlaşa bilər. Sonradan nekroz kütlələri qopur, dərin, gec sağalan xoralar əmələ gəlir. Ətraflarda bəzən sümüklərin çılpıqlaşmasına qədər dərin nekroz müşahidə edilir. Qulaq seyvanının, burun ucunun, əl və ayaq barmaqlarının son falanqalarının nekrozu tez-tez təsadüf edilir.

Meninqokoksemiyada oynaqlar da zədələnir. Xırda oynaqlar daha çox zədələnir, artritlər əmələ gəlir, oynaq şişir, hiperemiləşir. Meninqokoksemiya yüngül, orta ağır və ağır formada keçə bilər. İldırımsürətli meninqokoksemiya daha ağır formadır, əslində infeksiya-toksiki şokdan ibarətdir, olduqca kəskin və qəflətən başlayır, şiddətli gedişə malikdir. Hərərət qısa müddətdə yüksəlir. Xəstəliyin 1-ci saatlarında qansızmaya meyilli olan çoxlu hemorragik səpgilər baş verir, bunlar tez nekrozlaşa bilər. Dəri örtüyü solğun, göyərmiş, soyuq, yapışqan tərlə örtülür, üzün cizgiləri kəskinləşir, qıcolmalar baş verir. Xəstələrdə ürək fəaliyyəti, nəbz zəifləyir, arterial təzyiq kəskin düşür, ürək tonları karlaşır, aritmiya olur, tənqəfəslik baş verir. Anuriya (böyrək şoku) baş verir. Səmərəli müalicə olmadıqda xəstə ölür.

Diaqnostikası. Meninqokokk infeksiyasının bütün formalarının diaqnostikası epidemioloji, anamnestik və klinik əlamətlərə əsasən qoyulur və laborator müayinələrin köməyi ilə təsdiq olunur.

Müalicəsi. Meninqokokk infeksiyası olan uşaqlar mütləq xəstəxanaya yerləşdirilirlər. Nazofaringit zamanı yaşa uy-

ğün dozada ampisillin, rifampisin, eritromissin və ya levomisetin təyin edilir. Əsnək furasillin və ya zəif çay sodası məhlulu ilə yuyulur. Yayılmış formalarda müalicə penisillilə və ya seftriaksonla başlanır. Penisillin kəsildikdən sonra sulfanilamid preparatları təyin edilir.

Toksikozla mübarizə məqsədilə qlükoza, Ringer məhlulu, plazma, albumin, neokompensan təyin olunur. Xəstəliyin ağır formalarında kortikosteroidlər təyin olunur. Qıcolma zamanı əzələyə 25%-li $MgSO_4$, 0,5%-li diazepam, seduksen, 20%-li Na oksibutirat məhlulu yeridilir. Vitaminlər, kokarboksilaza, ürək qlükozidləri (strofantin, korqlükon) təyin olunur. Narahatlıq və yuxunun pozulması zamanı fenobarbital, fenazepam və s. təyin olunur.

Profilaktikası. Əsas profilaktik tədbirlərə infeksiya mənbəyinin erkən aşkara çıxarılması, infeksiya gəzdirənlərin sanasiyası və xəstələrin təcrid edilərək müalicəsi daxildir. İnfeksiya gəzdirənlər antibiotiklə müalicə edilir. Müalicədən sonra 2 dəfə bakterioloji müayinə aparılır, (-) cavabdan sonra xəstə kollektivə buraxılır. Bakterioloji müayinə üçün material antibakterial müalicə qurtardıqdan sonra aralarında 1-2 gün fasilə olmaqla götürülür.

İnfeksiya ocağında təmasda olan şəxslər üzərində 10 gün müddətində tibbi nəzarət aparılır, burun-udlaq, dəri örtükləri müayinə edilir, gündə 2 dəfə temperatur ölçülür, təkrar bakterioloji müayinə edilir. İnfeksiya ocağında xlorlu məhlulla dezinfeksiya işləri aparılır, ultrabənövşəyi şüalarla şüalandırma da lazımdır.

Spesifik profilaktikası. Xəstəliyin spesifik profilaktikası **Meningokokk əleyhinə vaksinin** vurulmasından ibarətdir.

Qulluq. Xəstəliyin xüsusən yayılmış formaları zamanı xəstə uşağa tibb bacısı tərəfindən ciddi nəzarət olmalıdır. Xəstə uşağa qulluq etmək üçün gigiyenik şəraitə cid-

di fikir vermək lazımdır. Uşağın çarpayısı rahat olmalıdır. Yataq ağıları tez-tez dəyişdirilməlidir ki, yataq yaraları, II-li infeksiyalar əmələ gəlməsinə yol verilməsin. Hər gün dəri spirt qatılmış ılıq su ilə (qızartı olduqda kanfora spirti ilə) silinməlidir. Ağzın selikli qişasının tualeti aparılmalı, zəif çay sodası məhlulu ilə silinməlidir. Temperatura nəzarət edilməli, yüksək temperatur zamanı başın üzərindən buz qovduğu asılmalı, xəstənin üstü açılmalı, büküşlərə soyuq kompres qoyulmalıdır.

Yeməklər kalorili olmalı, az-az və tez-tez verilməlidir. Xəstəyə yeməyi və çayı qaşığıla vermək lazımdır. Əgər uşaq körpədirsə, yeyə bilmirsə, zond vasitəsilə yedizdirmək lazımdır. Xəstəyə tez-tez çay və ya su içirmək lazımdır.

Xəstələr səs və işıq qıcıqlarına təmasa çox güclü reaksiya verdiyindən psixi sakitliyinin təmin edilməsi çox önəmlidir. Sakitlik təmin edilməli, pəncərələrə qalın pərdə salınmalı, xəstələr ehtiyatla çevrilməlidirlər. Xəstənin vəziyyəti nəzarət altında olmalı, oyanıqlıq, dəri örtüklərinin avazıması və göyərməsi müşahidə edildikdə həkimə xəbər etmək lazımdır.

GÖYÖSKÜRƏK

Göyöskürək spazmatik öskürək tutması ilə xarakterizə olunan kəskin infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. Törədiciləri Borde-Janqu çöpləridir. Bu çöplər 0,5-2 mkm uzunluğunda hərəkətsiz çöplərdir. Xarici faktorların təsirindən, xüsusilə yüksək hərərət, günəş şüası, dezinfeksiyaedici maddələrin təsirindən tez məhv olurlar.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstə insandır. Xəstəliyin başlanğıcında yoluxuculuq qabiliyyəti çox böyük olur, sonradan tədricən azalmağa başlayır. Belə hesab edir-

lər ki, xəstəliyin yoluxuculuq qabiliyyəti xəstəliyin başlanğıcından 30 gün sonra keçib gedir. İnfeksiya hava-damcı yolu ilə keçir. Xəstəliyin yoluxmuş ifrazatı yuxarı tənəffüs yollarından bəlgəm, selik şəklində ətrafa yayılır və digər şəxsə yoluxdurulur. Xəstəlik əşyalar vasitəsilə yoluxmur. Çünki bu çöplər xarici mühitin təsirindən tez məhv olur. Xəstəliyi keçirdikdən sonra daimi immunitet əmələ gəlir.

Xəstəlik 1 yaşdan 5 yaşa qədər uşaqlar arasında daha çox yayılır. 10 yaşdan yuxarı çox az hallarda təsadüf edilir.

İnkışaf mexanizmi. Xəstəliyin inkışafında əsas rolu göyöskürək mikrobunun toksini oynayır. Tənəffüs yollarının uzunmüddətli və intensiv qıcıqlanması nəticəsində tənəffüs mərkəzində tədricən oyanma ocağı formalaşır. Həmin ocaq özünü göyöskürəyin xarakterik simptomu olan öskürək tutması, həmçinin qan təzyiqinin artması, ürəkbulanma, qıcolma şəklində büruzə verir. Hipoksiyanın əlamətləri inkışaf edir.

Klinikası. Xəstəliyin **inkubasiya dövrü** 3 gündən 15 günə qədər tərəddüd edir. Xəstəliyin gedişində 3 dövr ayırd edilir. Kataral, spazmatik öskürək və sönmə dövrü.

Kataral dövr quru öskürək və zökəm əlamətləri əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Xəstənin ümumi vəziyyəti, iştahası adətən dəyişmir, hərarət subfebril ola bilər, lakin çox hallarda normal olur. Bu dövrdə quru, güclü öskürək meydana çıxır. Öskürək gündən-günə şiddətlənir, sonra müəyyən müddət ara verir və bundan sonra inadkar tutmalar xarakteri alır. Öskürək tutmaları gecələr şiddətlənir. Bu tutmalar tədricən tipik spazmatik göyöskürək xarakteri alır. Müalicə olunmasına baxmayaraq 3 gündən 14 günə qədər davam edir, sonra spazmatik dövrə keçir.

Spazmatik dövr tutmaşəkilli öskürəklə xarakterizə olunur. Ümumi narahatlıq, boğazda ağrı əlamətləri müşahidə

olunur. Tutmalar biri digərinin ardınca təkrarlanır. Tutmadan qabaq uşaq öskürək olacağını hiss edir, onun sifətində qorxu olur. Uşaq dərindən nəfəs aldıqdan sonra öskürək tutması başlayır. Tutma zamanı arası kəsilməyən öskürək təkənləri olur. Tutmalararası dövrdə uşaq özünü yaxşı hiss edir. Yeni tutmaya qədər uşaq həтта oynayır. Xəstənin üzü qızarır - bəzən göyərir, dili çıxır, üzün və boyunun venaları şişir. Bu cür tutmalar bir neçə dəfə təkrar olunur, tutmalar zamanı uşaq çox gərgin olur, gözündən yaş axır, bəzən qeyri-iradi nəcis və sidik ifrazı(körpə uşaqlarda) olur. Tutmalar qatı suvaşqan selik ifrazı, yaxud qusma ilə qurtarır. Tutma zamanı xəstənin görkəmi çox xarakter olur. Xəstə öskürək təkənləri zamanı dilini dişlədiyi üçün dilinin ucunda yara əmələ gəlir, ağ ərplə örtülü olur. Xəstənin ağciyərlərinə qulaq asdıqda xırıltılı səs eşidilir. Ürək-damar sisteminde dəyişiklik olur, nəbz tezleşir. Tutma zamanı arterial təzyiq artır, kapilyarların keçiriciliyi azalır, ağır halda sağ mədəcik böyüyür. Spazmatik dövrdə ilk 1-1, 5 həftə ərzində tutmaların sayı və ağırlığı artır. Sonra tədricən azalır, qısalır və yüngülləşir, özünün tutmaşəkili xarakterini itirir. Bu dövr 2 həftədən 8 həftəyə qədər davam edir.

Sönme dövründə xəstəlik tədricən özünün tipik xarakterini itirir, tutmalar nisbətən yüngül olur, seyrək baş verir və uşaq tədricən sağalmağa başlayır. Lakin bəzən xüsusən tənəffüs yollarının iltihabı olan xəstələrdə göyöskürək zamanı öskürək 3-4 aya kimi uzana bilər.

Göyöskürəyin tipik, silinmiş, atipik, simptomsuz formaları var.

Tipik formada spazmatik öskürək xarakterikdir. Ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, orta ağır və ağır formaları mövcuddur. Göyöskürəyin ağırlıq dərəcəsi tutmaların sayına və spazmanın dərəcəsinə görə müəyyən edilir. Yüngül forma

zamanı tutmaların sayı gündə 8-10 qədər olur. Onlar qısa olur. Ümumi vəziyyət qənaətbəxş olur. Orta ağır formada tutmaların sayı 20-25 dəfəyə çatır. Ağır formada tutmalar 40- 50 dəfəyə qədər olur. Tutmalar bir neçə dəqiqə davam edir, çoxlu reprimlə müşayiət olunur, qusma olur, venoz durğunluq hətta tutmalardan kənar vaxtda da müşahidə olunur. Xəstənin ümumi vəziyyəti sürətlə dəyişir, pis yeyir və arıqlayır.

Silinmiş formada spazmatik öskürək zəif təzahür edir, öskürək tutmaları çox yüngül, tək-tək olur, bir neçə gün davam edir.

Atipik formada güclü öskürək olur. Əsas simptomlar stabilləşdikdən sonra 6-10, bəzən 14 günə həlledici mərhələ gəlir, öskürək tədricən sakitləşir. Silinmiş və atipik formalarda uşağın ümumi vəziyyəti yaxşı olur.

Simptomsuz forma da qeyd olunur. Bu forma ancaq immunoloji reaksiyalar vasitəsilə təyin olunur.

Südəmər uşaqlarda göyöskürək xüsusilə ağır keçir. Onlarda inkubasiya və kataral dövrlərin davam etmə müddəti qısalır. Çox tez hipoksemiya, hipoksiya meydana çıxır. Uşaqda reprim əvəzinə qışqırıq, ağlamaq, tənəffüsün ləngiməsi, hətta dayanması ola bilər. Mimiki əzələlər qrupunun qıc olması, hətta ümumi qıcolmalar müşahidə edilir. Tənəffüsün göyərmə ilə təkrar dayanması, huşun itməsi, bu da öz növbəsində ensefalit əlamətlərinin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Diaqnostikası. Göyöskürəyin erkən diaqnozu kataral dövrdə, eyni zamanda xəstəliyin silinmiş, atipik formalarında çətinlik törədir. Burada əsasən öskürəyin dinamikasına və epidemik anamnezə fikir verilməlidir. Öskürək müalicə olunmasına baxmayaraq, getdikcə çoxalır. Diaqnoz spazmatik dövrdə klinik əlamətlərə, xəstənin xarakter görkəminə,

hematoloji, bakterioloji və immunoloji metodlara əsasən qoyulur. Göyöskürək zamanı periferik qanda limfasitoz və leykositoz olur, EÇS azalır və ya normal olur.

Müalicəsi. Uşaq adətən evdə müalicə olunur. Körpə uşaqlar və ağır formada xəstə olan uşaqlar xəstəxanaya yerləşdirilir. Törədicisinin antibiotiklərə qarşı həssaslığı zəifdir. Öskürək daha çox psixosomatik təbiətə malik olduğundan antibiotiklərin təyini məhdudlaşdırılmalıdır. Yalnız körpə uşaqlarda və ağır hallarda xəstəliyin başlanğıcında antibiotiklər (ampisillin, eritromissin, levomisetin) təyin edilir.

Hipoksemiya və hipoksiya zamanı oksigen terapiyasından istifadə olunur. Ağır hallarda neyroleptik dərmanlardan aminazin mərkəzi sinir sisteminə müsbət təsir göstərir: xəstəni sakitləşdirir, qusmanın, spazmatik öskürəyin tezliyini və ağırlığını nisbətən azaldır. Ağır hallarda 8-10 gün müddətində az doza ilə kortikosteroidlər təyin edilir. Fizioterapiyadan geniş istifadə olunur: ultrabənövşəyi şüalanma, kalsium-xlorid ilə elektroferez və s.

Göyöskürək əleyhinə spesifik qammaqlobulindən istifadə çox yaxşı effekt verir. Əzələ daxilinə 3 ml 3 gün yeridilir.

Spesifik profilaktikası – GDT, GDTHibHepB vaksinləri ilə aparılır.

Qulluq. İlin fəslindən asılı olmayaraq təmiz havadan bol istifadə edilməli, qida yaşa uyğun, tam dəyərli vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Uşaq üçün sakit şərait yaratmalı, xarici qıcıqlandırıcı amillər aradan qaldırılmalıdır.

Xəstə yatan otağın havası daima dəyişdirilməlidir, otaq nəm əsgisi ilə silinməlidir. Belə xəstələrə təmiz havada (xüsusən nəm dəniz havasında) gəzinti göstərişdir. Spazmatik öskürək əmələ gətirən xarici qıcıqlandırıcıları aradan götürmək lazımdır. Öskürək tutmaları zamanı uşağı ya qucağa götürmək, ya da yataqda oturtmaq lazımdır. Tutmanın axı-

rında xəstənin ağızından və burnundan gələn seliği tənzipli tamponla silmək lazımdır. Uşağı öskürək tutmasından sonra az-az, porsiyalarla yedizdirmək lazımdır. Uşaq tez-tez qusduğu üçün onu doyuzdurmaq lazımdır. Uşağın asudə vaxtını maraqlı təşkil edilməsi çox önəmlidir. Uşağı müxtəlif oyunlara, kitab oxumağa, ev şəraitində teleproqramlara baxmağa cəlb etmək lazımdır.

B TIPLİ HEMOFİL İNFEKSIYA

B tipli hemofil infeksiya-kəskin infeksiyon xəstəlik olub tənəffüs üzvlərinin, mərkəzi sinir sisteminin zədələnmələri və müxtəlif üzvlərdə irinli ocaqların yaranması ilə xarakterizə olunur. Hemofil infeksiyası ilə əsasən 5 yaşına qədər uşaqlar xəstələnir.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi B tipli hemofil çöpləridir (Hemofilus influenzae, Hİb). Bunlar hemofilus ailəsinə aiddir. Bu mikrob uşaqlarda çox ağır xəstəliklərin (meningit, pnevmoniya, otit, epiqlottit və s.) əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Törədici adətən insanın udlağında aşkar olunur. B-tipli hemofil çöplərin bir hissəsi kapsula malikdir. Törədici ampisilin, levomasetin və tetrasikilin qrupundan olan dərmanlara həssasdır. Son zamanlar törədicinin antibiotiklərə rezistentliyi qeyd olunur.

Epidemiologiyası. Xəstəliyin mənbəyi yalnız insandır. Sağlam daşıyıcılıq mümkündür (1 necə gündən 1 neçə ayadək davam edir). İnsandan- insana hava-damcı yolu ilə keçir. 6 aydan 2 yaşadək uşaqlar yüksək risk qrupu təşkil edir. Hib infeksiyasına həssaslıq bəzi xəstəliklər zamanı daha çox artır. Xəstələnmə əsasən qışın sonunda və yazın

əvvəlində artır.

İnkişaf mexanizmi. İnfeksiyanın giriş qapısı burun-udlağın selikli qişasıdır. Törədicisi uzun müddət burada latent (simptomsuz) formada qala bilər. Orqanizmin müdafiə qabiliyyəti zəif olduqda latent forma manifest formaya keçir, infeksiya ətraf toxumalara yayılaraq sinusit, otit, bronxit, pnevmoniya və dərialtıtoxumanın iltihabını törədir. Hemotogen yolla yayılma sepsisə səbəb ola bilər. Kapsulası olan ştamplar yalnız selikli qişaları zədələdiyi halda, kapsulasız formalar sistem xəstəliklərini törədir. Xəstəlik keçirmiş şəxslərdə davamlı immunitet yaranır.

Klinikası. İnkubasiya dövrünü dəqiq təyin etmək çətin-dir. Çünki xəstəlik çox vaxt latent formanın manifest forma-ya keçməsi nəticəsində əmələ gəlir. HİB uşaqlarda bakterial infeksiyanın əsas səbəbidir. Bu xəstələrin yarısında irinli meningit, 15-20% -ində pnevmoniya və digər ocaqlı dəyişikliklər əmələ gəlir. Sağalmış uşaqlarda bir sıra müalicə olunmayan nevroloji dəyişikliklər inkişaf edə bilər (ağır beyin pozğunluqları, karlıq, əqli inkişafdən qalma və s.). Ağır hallarda xəstəlik ölümlə nəticələnir.

HİB aşağıdakı klinik formalarda gedir:

1. İrinli meningit
2. Kəskin pnevmoniya
3. Septisemiya
4. Dərialtı toxumanın iltihabı
5. Epiqlottit
6. İrinli artrit
7. Digər xəstəliklər (otit, sinusit, tənəffüs yolunun xəstəlikləri və s.)

İrinli meningit 9 aylıqdan 4 yaşadək uşaqlarda daha çox rast gəlinir. Xəstəlik kəskin, çox vaxt KRX əlamətləri ilə başlayır. Tezliklə irinli meningit əlamətləri qoşulur. Meningi-

al sindrom çox vaxt HİB infeksiyasının digər əlamətləri (irinli artrit, epiqlottit, sellulit) ilə birgə gedir. Xəstəlik ağır gedişli olub, ölümlə nəticələnə bilər.

Hemofil pnevmoniyası ocaqlı və ya pay (krupoz) pnevmoniya şəklində keçir. Tez-tez (70% hallarda) irinli plevritlə müşayiət olunur. İrinli perikardit və otitlə ağırlaşır. Uzun gedişli ola bilər.

Hemofil sepsisi ən çox 6-12 aylarında rast gəlinir. Xəstəlik ildırımvari gedişli olur. Septik şok və xəstənin ölümü ilə nəticələnə bilər.

Sellulit 12 ayadək daha çox rast gəlinir. Üz nahiyələrdə lokalizasiya olunur. Rinofaringit əlamətləri ilə başlayır, sonra yanaqlar, gözətrafı nahiyələr şişir, qızarır, bir qədər göyərir, otit əlamətləri qoşulur. Subfebril temperaturla müşayiət olunur. İntoksikasiya əlamətləri zəif olur. Böyük yaşlı uşaqlarda ətraflarda dərialtı piy təbəqəsinin iltihabına rast gəlinir.

Epiqlottit qırtlaqüstü nahiyənin iltihabıdır. Bu zaman xəstəlik yüksək temperatur, intoksikasiya əlamətləri və ağır inaqpla müşayiət olunur. Bu da uşağın asfiksiyadan ölümünə səbəb ola bilər.

İrinli artritlər infeksiyanın hemotogen yolla yayılması nəticəsində əmələ gəlir. Çox vaxt osteomielitlə müşayiət olunur.

Diaqnostikası. Diaqnozun qoyulmasında uşağın yaşı, xəstəliyin klinikası, şəraityaradıcı faktorlar nəzərə alınır. Diaqnoz xəstədən götürülmüş möhtəviyyatlarda (irin, bəlgəm, yaxma, likvor) hemofil çöplərin aşkar olunması əsasında, onurğa beyin mayesində, bəzən sidikdə immunofarez üsulu ilə və immunoferment (İFA) metodu ilə antigenlərin aşkar olunması nəticəsində qoyulur.

Müalicəsi. Müalicə tez başlanmalıdır. Etiotrop müalicə

antibiotiklərlə aparılır. Törədici penisillin qrupu antibiotiklərinə davamlı olduğundan müalicə sefalosporinlərlə, bəzən ftorxinolonlarla aparılır. Antibiotik vaxtından əvvəl kəsildikdə xəstəlik residivləşə bilər. Eyni zamanda dezintoksikasiya və simptomatik müalicə aparılır.

Profilaktikası. Xəstəlikdən qorunmaq üçün bir neçə variantda təhlükəsiz vaksin preparatları mövcuddur. Bütün bu vaksinlər uşaqlara erkən yaşda vurulduqda effekt verir. Bu inyeksiyalardan sonra yerli reaksiyalardan (qızartı, şişkinlik) başqa digər xoşagəlməz hallar qeydə alınmamışdır. İnfeksiyanın ümumi sayını azaltmaq məqsədi ilə HİB çöplərinə qarşı peyvəndi adətən difteriya, göyöskürək, tetanus, hepatit B əleyhinə peyvəndlərin tərkibində vururlar (GDTHibHepB-2,3,4 aylarında).

İnfeksiyanın yayılma təhlükəsi yüksək olduğundan ailə üzvlərindən birinin yoluxması zamanı qalanları təcrid olunur (xüsusən körpələr), 4 yaşınadək uşaqlara rifampisin və immunmöhkəmləndirici müalicə təyin edilir.

Qulluq. B hemofil infeksiyasının törətdiyi pnevmoniya zamanı xəstəliyin sağalma ilə nəticələnməsi müalicə ilə yanaşı düzgün qulluğun təşkil edilməsindən asılıdır. Xəstənin gigiyenasına ciddi nəzarət etmək lazımdır. Ağız boşluğunun gigiyenasına xüsusi fikir verilməli, zəif çay sodası məhlulu ilə təmizlənməlidir.

Tibb bacısı dərmanların xəstə tərəfindən düzgün qəbul edilməsinə, ümumi vəziyyəti yaxşılaşana qədər yataq rejimində olmasına nəzarət etməlidir. Xəstənin düzgün pəhrizi (südlü - bitkili) təşkil edilməli, gün ərzində kifayət qədər maye qəbulu (su, şirələr, itburnu dəmləməsi və s.) təmin edilməlidir. Uşaq tez-tez, az-az yedizdirilməlidir, iştahı olmadıqda mayenin miqdarı artırılmalıdır. Xəstənin otağında hava tez-tez dəyişdirilməli, kiçik yaşlı uşaqlar tez-tez quca-

ğa götürülməlidir. Valideynlərə vibromasajın texnikası öyrədilməli, drenaj məqsədilə xəstənin arxası başı aşağı salınmalıdır. Xəstə uşağa düzgün tənəffüs etməyi öyrətmək lazımdır.

B tipli hemofil infeksiyasının meningit forması ağır gedişli olur. Xəstələr səs və işıq qıcıqlarına təmasa çox güclü reaksiya verdiyindən psixi sakitliyinin təmin edilməsi çox önəmlidir. Sakitlik təmin edilməli, pəncərələrə qalın pərdə salınmalı, xəstələr ehtiyatla çevrilməlidirlər. Hər gün dəri spirt qatılmış ilıq su ilə silinməli (qızartı olduqda kamfora spirti ilə), ağızın selikli qişasının tualeti aparılmalıdır. Temperatura nəzarət edilməli, yüksək temperatur zamanı başın üzərindən buz qovduğu asılmalı, xəstənin üstü açılmalı, büküklərə soyuq kompres qoyulmalıdır.

Xəstənin vəziyyəti nəzarət altında olmalı, oyanıqlıq, dəri örtüklərinin avazıması və göyərməsi müşahidə edildikdə həkimə məlumat vermək lazımdır.

BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARI

Dizenteriya

Dizenteriya-intoksikasiya ilə keçən, əsasən yoğun bağırsağın distal hissəsini zədələyən infeksiya xəstəlikdir.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədiciləri şigellalar qrupuna daxil olan bakteriyalardır. Bu bakteriyaların 4 forması müəyyən edilmiş: *Shigella dysenteriae*, *Sh. flexneri*, *Sh. sonnei*, *Sh. boydii*.

Bütün şigellalar morfoloji cəhətdən bir-birinə oxşar olub, dəyirmi ucluqlu çubuq şəklindədir. Onlar hərəkətsizdir, spor və kapsul əmələ gətirmir. Günəş şüalarının təsirindən tez məhv olurlar. Aşağı hərərdə, nəm və qaranlıqda uzun

müddət qalırlar. Nəm yerdə daha çox, məs: qarşokda, qablarda 1 həftə, hətta 1 aya qədər yaşaya bilirlər.

Dizenteriyanın etiologiyasında aparıcı rolu Şıgella Zonne bakteriyaları oynayır. İnfeksiyanın giriş qapısı həzm yollarıdır. Orqanizmə daxil olmuş törədici əsasən yoğun bağırsağın selikli qişasında lokalizasiya olunur və yerli iltihabi proses törədir.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstələr və az halda bakteriyagəzdirenlərdir. Xəstə xəstəliyin 1-ci günündən ətrafdakılar üçün təhlükəlidir. Xəstəliyin kəskin dövründə ətraf mühitə çoxlu miqdarda törədici mikrob ifraz edən xəstələr epidemioloji baxımdan daha çox təhlükəlidir.

Dizenteriya törədiciləri fekal-oral yolla orqanizmə daxil olurlar, qida, su və məişətdə təmas yolları ilə yayılırlar. Bütün yaş dövründə uşaqlar dizenteriyaya qarşı həssasdırlar.

İnfeksiyadan sonra immunitet uzunmüddətli olmur, il ərzində növə və tipə görə spesifik xarakter daşıyır.

İnkişaf mexanizmi. Dizenteriya bakteriyaları toksin ifraz edir. Toksin intoksikasiya törədir və nəticədə sinir sistemi, qan dövrənı, maddələr mübadiləsi, birinci növbədə su və mineral mübadiləsində pozğunluqlar baş verir. Bağırsaqlardakı dəyişiklik müxtəlif xarakterdə olur. Başlanğıcda kataral əlamətlər olur, ağır hallarda isə nekrozlaşmış yaralar meydana çıxır.

Klinikası. Xəstəliyin **inkubasiya dövrü** bir neçə saatdan 7 günə qədər çəkir. Xəstəlik kəskin başlayır. Əsas kliniki əlamətlər kolitik sindrom və ümumi intoksikasiyadır.

Ümumi intoksikasiya, neyrotoksikoz meydana çıxır: hərərət qalxır, xəstə özünü pis hiss edir, iştahası azalır, yuxusu pozulur, ağlağan olur və s.

Kolitik sindrom - yoğun bağırsaqda dəyişikliklər nəticəsində baş verir. Xəstədə bağırsaq disfunksiyası baş verir.

İlk saatlar nəcis ifrazı bol, duru və selikli olur. Onun tezleşməsi zamanı ifrazat nəcis xarakterini itirir. Praktiki olaraq qarın işləməsi qatı, şəffaf selikdən ibarət olub, sonradan ona qan qatışığı və irin qoşulur. Xəstələr qarında, daha çox sol qalça çuxurunda lokallaşan kəsici tutmaşəkili ağrılardan şikayətlənirlər. Qarında ağrılar adətən hər defekasiyadan qabaq və onunla birlikdə olur. Anusda əziyyətverici, yandırıcı ağrılar olur və tenezmlər müşahidə edilir.

Palpasiya zamanı siqmayabənzər bağırsağ nahiyyəsi ağrılı olur, qaytan kimi əllənir. Xəstəliyin başlanğıcında hərarət subfebril olur, 39-40° C və daha çox qalxır.

Ağırliq dərəcəsinə görə: dizenteriyanın yüngül, orta-ağır, ağır və hipertoksik forması var.

Xəstəliyin davam etmə müddətinə görə: kəskin və xroniki formalar müəyyən edilib.

Gedişinə görə hamar və hamar olmayan formaları müəyyən edilib.

Yüngül forma zamanı ümumi vəziyyətdə dəyişiklik olmur, hərarət ola bilsin normal olsun, bəzi halda subfebril və qısamüddətli olur. Nəcis ifrazı 5-8 dəfə olur, ola bilsin heç nəcis xarakterini itirməsin, selikli, bəzən qan əlamətləri olur. Müayinə zamanı siqmayabənzər bağırsağ ağrıyır, bərkiyir.

Orta ağır forma yüngül intoksikasiya ilə keçir. Xəstəlik titrətmə, əzginlik, yorğunluq əlamətləri ilə kəskin başlayır, hərarət 39°C, bəzən 40°C-yə qədər qalxır və bu səviyyədə 2-3 gün qalır. Xəstədə baş ağrısı, ürəkbulanması, qusma, qarında kəskin tutmaşəkili ağrılar, tenezmlər müşahidə edilir. Nəcis 10-20 dəfə olur. İfrazat tez-tez, nəcis xarakterini itirir və qanla qarışmış selikdən ibarət olur.

Xəstəliyin 2-3-cü günü kəskin təzahürlər zəifləyir, nəcisdə seliyn və qanın miqdarı azalır.

Ağır forma və hipertoksik forma hərarətin 39-40°C

qalxması, şiddətli nəzərə çarpan intoksikasiya ilə xarakterizə olunur. Huşun qaralması, sayıqlama, ürəkbulanma, qusma müşahidə edilir. Qarındakı ağrılar kəskin təzahür edir, əziyyətli tenezmlər və tez sidik ifrazı müşahidə olunur. Defekasiya 40 dəfəyə qədər, bəzən saysız-hesabsız olur. Çox zaman qıcolmalar baş verir, tənəffüs dərin və tezleşmiş olur (toksik tənəffüs), ürək-damar çatmamazlığı əmələ gəlir. Bu zaman nəbz tez-tez və kiçik olur, arterial təzyiq düşür, sianoz əmələ gəlir, ətraflar soyuyur. Toksikoz təzahürlərinə susuzlaşma əlamətləri qoşulur: dəri və selikli qişalar quruyur, toxumaların turqoru azalır, dəridə yavaş açılan büküşlər əmələ gəlir, uşaqlarda yanğı hissiyyatı olur. Nəcisə çoxlu selik və qan qarışmış olur. Xəstələrin dərisi və selikli qişaları quru, arterial təzyiq enmiş, daimi taxikardiya nəzərə çarpır. Bir neçə gündən sonra kollaps inkişaf edə bilər. Tenezmlər və bağırsağın spazmi onun iflici, qarının köpməsi, anusun açılması və qeyri-iradi defekasiya ilə əvəz oluna bilər.

Ağır xəstəlik 3-4 ay uzanarsa, onda **xroniki formaya** keçir. Xroniki forma adətən orqanizmin reaktivliyi az olan uşaqlarda: hipotrofiya, raxit, xroniki iltihabi proseslər zamanı meydana çıxır.

Xroniki dizenteriyanın 2 forması var:

I. Residiv verən

II. Fasiləsiz forma.

Residiv verən forma-residiv dövrlərinin remissiyalarla əvəz olunması ilə səciyyələnilir. Yəni xəstədə bağırsağ əlamətləri tamamilə itir və ya tamamilə azalır və müəyyən müddətdən sonra bütün əlamətlər kəskin şəkildə meydana çıxır.

Fasiləsiz formada- aydın fasilələr olmur. Xəstədə zəif intoksikasiya əlamətləri nəzərə çarpır, hərarət normal, solğunluq, zəiflik, bəzi hallarda qarında ağrılar olur, iştaha aza-

lır. Nəcis yarımduzu və durudur, selik və qan qarışmış olur.

Xroniki gedişli dizenteriya uşaqları daha çox zəiflədir. Onlarda anemiya, hipovitaminoz, qidalanmasında və maddələr mübadiləsində pozğunluqlar müşahidə olunur. Uşaqda pnevmoniya, otit və s. xəstəliklər inkişaf edir.

Diaqnostikası. Xəstəliyin diaqnozu əsas klinik əlamətlərə, epidemioloji anamnezə və laborator müayinəyə (bakterioloji) əsasən qoyulur. Lazım gəldikdə İFA metodu ilə şigella antigenləri təyin edilir.

Proqnozu. Xəstəliyin proqnozu xəstənin yaşından, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən, yanaşı gedən ağırlaşmadan və müalicənin vaxtında, düzgün aparılmasından asılıdır. Adətən proqnoz xoşdur.

Müalicəsi. Xəstəlik zamanı təyin olunan pəhriz və çay-su fasiləsi xəstənin yaşından, xəstəlikdən əvvəlki dövrdə uşağın köklük dərəcəsindən, xəstəliyin ağırlığından asılıdır.

Yüngül formalarda çay-su fasiləsi 4 saat, ağır formalarda 8-12 saat davam etməlidir. İçməyə çoxlu maye-çay, tərəvəz həlimi, 5-10%-li qlükoza, duz məhlulları verilməlidir. Toksikozla mübarizə və orqanzmin itirdiyi mayeni bərpa etmək məqsədilə venaya damcı ilə 5-10%-li qlükoza, müxtəlif duz məhlulları, poliqlükün, reopoliqlükün, fizioloji məhlul, Ringer məhlulu vurulmalıdır. Ağır hallarda 5-10%-li albumin məhlulu və ya plazma köçürülür. Güclü intoksikasiya zamanı 4-5 gün prednizolon təyin edilir. Yüksək hərarət zamanı nurafen və ya parasetamol preparatları, qıcolma başladığında qamma oksid yağ turşusu (QOYT), 0,5%-li seduksen, ürək çatışmazlığı başlanarsa, strofantin, korqlükon, kokarboksilaza təyin edilir. Hipoqlikemiya əlamətləri zamanı 7,5%-li KCl, metabolitik asidoz zamanı 4%-li Na - hidrokarbonat məhlulu damcı ilə venaya yeridilir. Bu preparatlar ionoqramma və turşu-qələvi vəziyyəti təyin edilməklə nəzarət altında yeri-

dilse daha yaxşıdır.

Antibakterial preparatlardan sefalosporinlər, polimiksin, kanamisin, linkomisin, ampisillin, rifaksimin, neomisin, vankomisin və s daxilə verilir. Probiotiklər: laktobakterin, bifidobakterin, kolibakterin təyin edilir. Uşaqlarda xəstəliyin ilk günlərindən vitaminlər (C, B qrupu, lazım olduqda A, D) verilməlidir. Gücənmə(tenezm) olduqda belladonna, anestezin şam şəklində təyin edilir. Həzm şirələrinin fəallığının azalması olarsa uşaqlara təbii mədə şirəsi, 1-2%-li duz turşusu pepsinlə, abomin, pankreatin, panzinorm, festal, digestal və s. verilir.

Profilaktikası. Xəstələrin vaxtında aşkar edilməsi, bakteriyagəzdirənlərin və xəstələrin tez təcrid olunması lazımdır. Sağalmış xəstələri xəstəxanadan bakterioloji analizdə 2 dəfə (-) cavab aldıqdan sonra evə yazmaq olar. Xəstəliyin spesifik profilaktikası yoxdur.

İnfeksiya ocağında aşağıdakı tədbirləri aparmaq lazımdır:

1. Xəstələrin aşkar və təcrid edilməsi
2. Bakteriyagəzdirənlərin aşkarı və təcridi
3. Ocaqda dezinfeksiya aparmaq
4. Bakteriyagəzdirənləri, rekonvalensentləri və xroniki dizenteriya xəstələrini dispanser nəzarətə götürmək.

Koli-infeksiya

Koli-infeksiya kəskin bağırsağ xəstəliyidir.

Etiologiyası. Xəstəliyi bağırsağ çöplərinin (*Escherichia Coli*) müxtəlif seroloji tiplərinin enteropatoloji ştamları törədir.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstələr və mikrob-gəzdirənlərdir. İnfeksiyanın yoluxma mexanizmi fekal-oral yolla-
dır. Xəstəliyin yayılmasında qida əsas yer tutur. Xəstəliyin meydana gəlməsində endogen infeksiya da mümkündür. Uşaqlar

ən çox bu xəstəliyə həyatlarının I ilində (ən çox süni qidalanan uşaqlar) tutulurlar.

Klinikası. Xəstəliyin inkubasiya dövrü 2-5 gün davam edə bilər. Xəstəliyin əlamətləri çox müxtəlifdir. Xəstəlik kəskin başlayır, hərarət qalxır, toksikoz əlamətləri əmələ gəlir. Qarın ağrısı, qusma baş verir. Nəcis tezləşmiş, duru, sulu, rəngi açıq-sarı, bəzən yaşıl olur, tərkibində çoxlu selik var. Tez-tez meteorizm baş verir.

Xəstəlik gedişinə görə yüngül, orta ağır və ağır formalarda gedir.

Yüngül formada-bütün dəyişikliklər özünü zəif göstərir. Hərarət çox vaxt normal olur, iştaha yaxşıdır, xəstənin çəkisi azalmır. Mədə-bağırsağ traktının yüngül disfunksiyası özünü göstərir.

Orta ağır forma zamanı-intoksikasiya meydana çıxır, hərarət yüksəlir, 37,5-38°C olur, qusma, narahatlıq, rəngin avazıması, çəkinin azalması müşahidə olunur. Nəcis ifrazı 8-10 dəfə olur.

Ağır forma zamanı-intoksikasiya ilə yanaşı bağırsağın disfunksiyası meydana çıxır. Hərarət qalxır, qusma, narahatlıq, iştahsızlıq meydana çıxır. Nəcis tezləşir, sulu olur, tezliklə su və mineral mübadiləsi pozulur. Toxumaların turqoru enir, dəri qırıqlı olur, selikli qişalar quruyur. Periferik qanda leykositoz, neytrofilyoz, EÇS yüksəlir.

Koli-infeksiyanın dizenteriyaya və vəbayabənzər formaları da müəyyən edilib.

Dizenteriyabənzər eşerixiozda qusma nadir halda olur. Dil nəm, ağ və ya bozuntul ərplə örtülür. Qarın yumşaq və köpdür, ağrılı olur. Xəstəlik yüngül keçir, xəstə 5-7 günə sağalır.

Vəbayabənzər eşerixiozda ilk dövr 3-4 gün, çox vaxt daha qısa olur. Xəstəlik kəskin başlayır. Xəstədə əzginlik,

zəiflik, baş ağrısı, mədə bulanması olur, qusmalar baş verir.

Qarında ağrılar meydana çıxır. Tezliklə ishal başlayır. Nəcis duru, sulu, selikli olur, qan qarışıqları olmur. Sutkada 5-10 dəfə olur. Qusma və ishal nəticəsində çoxlu maye itdiyi üçün dehidratasiya simptomları sürətlə inkişaf edir. Toksikoz meydana çıxır.

Diagnoz. Diaqnoz epidemioloji və kliniki məlumatlara əsasən qoyulur. Bundan əlavə bakterioloji və seroloji müayinə metodlarından da istifadə edilir. Nəcis və qusuntu kütləsi müayinə üçün götürülür.

Müalicəsi. Xəstəliyin ilk əlaməti başlanan kimi uşağın yedizdirilməsi dayandırılır. Tez-tez təkrar olunan qusma zamanı mədəni 1-2%-li NaHCO₃ məhlulu ilə yumaq və təmizləyici imalə etmək lazımdır. Sonra çay-su fasiləsi təyin olunur. Uşağın çəkisindən və toksikozun ağırlığından asılı olaraq 6 saatdan 24 saata qədər davam edə bilər. Çay-su fasiləsi zamanı işməyə çoxlu maye, 5%-li qlükoza, NaCl-un izotonik məhlulu, Ringer-Lokk məhlulu yeridilir, icməyə “Rehidron”, “Oralit” məhlulu verilir.

Çay-su fasiləsindən sonra 2 saatdan bir 10 ml sağılmış ana südü təyin edilir. Sonrakı günlər südün miqdarı tədricən artırılır, uşağın vəziyyəti yol verərsə 4-5-ci gündən etibarən artıq ana döşünə qoyula bilər. Qidalanmaarası fasilə 3-4 saat olur. Ana südü olmadıqda eyni ardıcılıqla kefir, düyü həlimi ilə qarışdırılmış süzmə təyin edilir.

Toksikoz və eksikoz zamanı vena daxilinə damcı ilə 5%-li qlükoza, Ringer məhlulu, poliqlükin, reopoliqlükin, 5-10% albumin məhlulu, plazma yeridilməlidir. Ağır forma zamanı 5-7 gün müddətində prednizalon, hidrokortizon, hemodinamik pozğunluqlar zamanı strofantin, korqlükon təyin edilir. Antibiotiklərdən kanamisin, gentamissin, ampicillin və s. təyin edilir. Bağırsaqların parezi zamanı prozerin, neyromidin

aminazin vurulur. Kəskin halları aradan qaldırdıqdan sonra bifudumbakterin, laktobakterin, kombakterin, kolibakterin, xilak-forde, simbiolakt kimi bioloji preparatlar təyin edilir.

Salmonellyoz

Salmonellyoz - salmonella növündən olan çox sayda bakteriyalar tərəfindən törədilən və əsasən mədə-bağırsaq traktının zədələnməsi, intoksikasiya və dehidratasiya ilə xarakterizə olunan infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. Salmonellalar xarici mühitin təsirinə qarşı nisbətən davamlıdırlar. Bakteriyalar suda, əşyalar üzərində, süd və hazır ət məhsullarında 4 aya qədər qalır. 100°C qaynadıldıqda və dezinfeksiyaedicilərin təsirindən tələf olurlar.

Epidemiologiyası. Salmonellyoz antropozoonoz xəstəlikdir. İnfeksiya mənbəyi xəstə insan və bakteriyagəzdirlərdir. Bundan başqa ev heyvanları və quşlar, balıqlar da infeksiya mənbəyi ola bilər. Xəstəlik qida və su vasitəsilə, habelə körpə uşaqlar təmas vasitəsilə yoluxurlar. Bundan başqa xəstə insanların və heyvanların ifrazatları vasitəsilə də bu xəstəliyə yoluxma mümkündür. Daha çox 1 yaşa qədər uşaqlar xəstələnirlər. Xəstəlikdən sonra davamlı immunitet yaranır.

Klinikası. Xəstəliyin **inkubasiya dövrü** qida yolları vasitəsilə yoluxma zamanı çox qısa, yəni bir neçə saat olur. Təmas-məişət yolu ilə yoluxma zamanı inkubasiya dövrü bir neçə gün davam edə bilər. Qida yolları vasitəsilə yoluxma zamanı xəstəlik gastroenterit və ya gastroentrokolit şəklində təzahür edir.

Xəstəlik bir neçə formada özünü göstərir:

1. yatalağabənzər forma
2. dizenteriyabənzər forma
3. dispeptik forma
4. enterit forması
5. septiki forma
6. silinmiş forma
7. simptomuz forma
8. yenidoğulmuşların toksiko-septik vəziyyəti

Ağırliq dərəcəsinə görə xəstəliyin 3 forması var:

1. yüngül
2. orta-ağır
3. ağır

Qastroenterit forması - salmonellyoz infeksiyasının daha tez-tez təsadüf olunan formasıdır. Xəstəlik kəskin başlayır. İntoksikasiya simptomları və mədə-bağırsaq traktının zədələnmə əlamətləri meydana çıxır. Xəstələrdə ürəkbulanma, qusma olur. Nəcis duru, üfunətli, köpüklü, qəhvəyi, tünd yaşıl rəngdə olur. Bəzən nəcis xarakterini itirir, düyü həlimini xatırladır. Qarın köpmüş olur.

Qastroentrokolit forması - gastroenterit kimi başlayır, lakin sonradan kolit simptomları təzahür edir. Xəstəlik hərarətin qalxması və intoksikasiya simptomları ilə başlayır. Xəstəliyin 1-ci günündən defekasiya tez-tez seliklə, bəzən qanla qarışır, gücənmə meydana çıxır.

Yatalağabənzər forma - tək-tək hallarda olur. Klinik olaraq qarın yatalağı və xüsusən paratif A və B-ni çox xatırladır. Hərərət 39-40°C-yə qalxır, xəstələr adinamik olur, şüuru qaralır, sayıqlama baş verir. Xəstələrdə nəcis duru, suya-bənzər, selik qarışmış, sutkada 3-5 dəfə olur. Bəzən qusma da olur. Dil quruyur. Xəstəliyin 4-6-cı günü qaraciyər, dalaq böyüyür.

Dizenteriyabənzər forma – yoğun bağırsağın zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. İlk gündən hərarət qalxır, nəcis ifrazı tezləşir, selik, bəzən qan qarışır, qusma, iştahanın pozulması olur, qarın köpür, qaraciyər, dalaq böyüyür. Disfunksiya 2-3 həftə davam edir.

Dispeptik forma - 1 yaşa qədər uşaqlarda müşahidə edilir. Klinik olaraq xəstələrdə dispepsiya əlamətləri olur. Hərarət 37,5-38,5⁰C-yə qalxır. Toksikoz simptomları kəskin olur. Qusma olur. Nəcis sutkada 5-7 dəfə olur, selik qarışmış olur. Hərarətin qalxması 6-7 gün davam edir, nəcis çox gec normallaşır.

Septiki forma - erkən yaşlı uşaqlarda və yenidoğulmuşlarda müşahidə edilir. Bu forma ağır keçir, yüksək temperatur olur. Meningitə xas olan klinik əlamətlər özünü göstərir. Beyin pərdələri zədələnir, beyin mayesində dəyişiklik olur, rəngi bulanır, neyrotrofiyoz, sitoz müşahidə edilir. Belə hallarda prosesə adətən stafilokokk qarışır. Septiki forma adətən ağır keçir, uzun müddət davam edir.

Silinmiş forma - böyük yaşlı uşaqlarda tez-tez müşahidə edilir. Hərarət normal ya da subfebril olur, zəiflik, iştahsızlıq ola bilər. Nəcis ifrazı sıyıq şəkildə, gün ərzində 3-4 dəfə olur.

Simptomsuz forma - ancaq laborator müayinə əsasında müəyyən edilir.

Yenidoğulmuşların toksiko-septik vəziyyəti –ağır toksikozla müşayiət olunur. Bu zaman dəqiq diaqnoz laborator müayinəyə əsasən qoyulur. Bu vəziyyət sanitar rejimin pozulması nəticəsində daha çox yarımçıq doğulmuş uşaqlarda müşahidə edilir. Xəstələrdə toksikoz, eksikoz meydana çıxır. Bədən çəkisi kəskin azalır, adinamiya, anoreksiya olur, hərarət qalxır, rəngi solğun olur. Qusma, meteorizm

müşahidə edilir, nəcis ifrazı tezleşir. Nəcis açıq yaşıl rəngdə olur. Xəstəliyə pnevmoniya, otit də qoşulur. Yenidoğulmuşlarda ölümle nəticələne bilər.

Xəstəliyin **yüngül formasında** intoksikasiya orta dərəcədə olur. Ümumi zəiflik, üşütmə olur, hərərət qısamüddətli, subfebrildir. Nəcis duru, gündə 1-3 dəfə olur.

Orta ağır formada intoksikasiya əlamətləri olur. Hərərət 39-40°C-yə çatır. Zəiflik, başağrısı, ətraflarda qıcolmalar baş verir. Uşaq qarında şiddətli ağrıdan şikayətlənir. Defekasiya aktı gündə 10 dəfəyə qədər olur.

2-3 gündən sonra xəstənin halı yaxşılaşır. Tədricən qarında olan ağrılar azalır. Mədə-bağırsaq traktının funksiyası normallaşır.

Ağır formada xəstəliyin hələ 1-ci saatlarında intoksikasiya simptomları maksimal inkişafa çatır. Hərərət 39-40°C-yə qədər yüksəlir, qarında şiddətli ağrılar, təkrari qusma olur. Defekasiya gündə 10-20 dəfə, çoxlu sulu, üfunətli olur, düyü həlimini xatırladır, eksikoz əlamətləri meydana çıxır. Tənəffüs, ürək, qan-damar pozğunluqları müşahidə olunur.

Diaqnostikası. Epidemioloji anamnezə, klinik əlamətlərə və laborator müayinəyə əsasən qoyulur. Bakterioloji müayinə zamanı qusuntu kütləsi, mədə yuyuntusu, qan, sidik, nəcis götürülür. Qanın seroloji müayinəsi aparılır.

Müalicəsi. Xəstəliyin müalicəsi bağırsaq koli-infeksiyasında olduğu kimidir.

Profilaktikası. Digər bağırsaq infeksiyalarında olduğu kimidir. Sanitar-gigiyenik normalara, təmizliyə riayət edilməlidir. Uşağa çiy məhsulların (ət, süd, yumurta) və vaxtı keçmiş şirniyyatların verilməsi yolverilməzdir.

Bağirsaq infeksiyaları zamanı qulluq

Bağirsaq infeksiyaları zamanı xəstələrə qulluğun əsas prinsiplərindən biri sanitar-epidemioloji rejimə ciddi nəzarət etməkdir. Bu, infeksiyanın yayılmasının qarşısını alır. Xəstə və qohumları xəstəlik, onun yayılma yolları haqqında məlumatlandırılır. Xəstə tam sağalana və bakterioloji müayinənin nəticəsi mənfi olana qədər təcrid olunur. Gündə 2-3 dəfə palatada yaş təmizləmə aparılmalıdır. Qulluq alətləri, yataq aqları, əsgilər 0,5%-li xloraminlə 30 dəq. dezinfeksiya olunmalıdır. Palatada mükəmməl təmizlik yaradılmalı, tez-tez havası dəyişdirilməlidir.

Bağirsaq infeksiyasına yoluxmuş xəstələrə qulluq zamanı müalicəvi-qoruyucu rejim, uzunmüddətli fizioloji yuxu təşkil edilməlidir. İnfeksiyon xəstələrə qulluğun əsas şərtlərindən biri xəstənin psixi və fiziki rahatlığıdır. Belə xəstələrin ağciyərlərində durğunluq əmələ gəlməməsi üçün, xəstənin yataqda vəziyyətini dəyişdirmək lazımdır. Lazım olduqda uşağı isitqaclarla isitmək lazımdır.

Dərinin və selikli qişaların qulluğuna daha çox diqqət yetirilməlidir. Hər defekasiya aktından sonra uşaq sabunla yuyulmalı və anusun ətrafı vazelinlə və ya qaynadılmış bitki yağı ilə yağlanmalıdır. Gözün selikli qişası quruyan zaman Vizin, Tears naturale və s. kimi göz damcıları damızdırmaq lazımdır.

Dişləri səhər-axşam yuyulmalıdır. Qida qəbulundan sonra uşağa ağızını yaxalamaq öyrədilir. Ağır xəstəliklərdə ağızın küncələrində çatlar yaranır (hipovitaminoz). Buna görə dodaqlara gigiyenik pomada və ya vazelin çəkilir. Hər bir xəstə uşaq üçün ayrı nəcis qabı qoyulur və həkimin baxışı üçün soyuq yerdə saxlanılır.

Bağirsaq infeksiyalı xəstələrə qulluğun əsas prinsiplə-

ri aşağıdakılardır: düzgün qidalanma və susuzluğa qarşı mübarizə. Kəskin bağırsaq infeksiyalarında nəcis normallaşana qədər dietoterapiya aparılır. Südəmə uşaqları yedizdirəndə ehtiyatlı olmalı və hər qidalanma arasındakı vaxt 4-6 saat olmalıdır. Ana südünün azlığı zamanı müalicəvi qarışıqlar (aşağı laktozalı, hipoantigen, qlütensiz) vermək olar. Uşağa hər 5-10 dəqiqədən bir çay qaşığı ilə maye vermək, içə bilmirsə pipetka ilə ağızına tökmək lazımdır. Bu zaman duz məhlulları, çay, qaynanmış su və s. vermək olar. Qusma olan zaman ehtiyatlı olmaq lazımdır ki, aspirasiya olmasın.

Tibb bacısı uşağı hər dəfə yedizdirmədən əvvəl əllərini təmiz yumalıdır. Dırnaqları qısa kəsilmiş olmalıdır. Uşağın vəziyyətini gün ərzində müşahidə etməli və müalicə həkimi ilə məlumat verməlidir. Yataq ağlarının təmizliyinə xüsusi fikir verməli, həftədə 1 dəfə, lazım gəldikdə daha tez-tez dəyişdirilməlidir.

VİRUS HEPATİTLƏRİ

Virus hepatitləri adı altında müxtəlif yolla yoluxan, hepatotrop viruslar tərəfindən törədilən antropoz infeksiyon xəstəlikləri qrupu birləşdirilir. Bu xəstəliklər intoksikasiya simptomları və qaraciyərin zədələnmə əlamətləri ilə xarakterizə olunurlar.

Hal-hazırda etiologiyasına əsasən virus hepatitlərinin müxtəlif formaları ayırd edilir və bunlar latın əlifbası ilə işarələnir: A, B, C, D, E, F və G.

Hər bir hepatit növündə aşağıdakı klinik formalar rast gəlinə bilər:

1. **İnnaparant forma**-xəstəliyin klinik-biokimyəvi əlamətləri olmur. Diaqnoz ancaq virusoloji və seroloji əlamətlərə

əsasən qoyulur.

2. **Subkliniki forma**-nadir hallarda qeydə alınır. Belə ki, kliniki əlamətlər olmur. Lakin qan zərdabında transaminazan aktivliyi yüksək olur.

3. **Sarıqlıqsız forma**- sarılıqdan başqa bütün kliniki əlamətlər olur. Laborator testlərdə dəyişiklik aydın nəzərə çarpır.

4. **Silinmiş forma**-xəstəliyin əsas əlamətləri olmur.

5. **Tipik forma**-qaraciyərin zədələnməsini göstərən kliniki və laborator əlamətlər aydın görünür.

A virus hepatiti

A virus hepatiti fekal-oral yolla keçən kəskin virus infeksiyası olub, qaraciyərin zədələnməsinin kliniki və laborator əlamətləri ilə xarakterizə olunur. AH ilə 3-7 yaşlarda olan uşaqlar daha çox xəstələnir.

Etiologiyası. AH-nin törədicisi RNT tərkibli hissəcikdən ibarət olub, pikarnoviruslar ailəsinə aiddir. Ancaq virus öz fiziki-kimyəvi xüsusiyyətlərinə görə enteroviruslara çox oxşayır. Virus xarici mühit amillərinə çox davamlıdır. Ona görə də ətraf mühitdə, suda, qida məhsullarında uzun müddət qalır. UBŞ və xlumlu maddələrin təsirindən isə viruslar tez məhv olurlar.

Epidemiologiyası. İnfeksiyaya qarşı həssaslıq yüksəkdir. Ən çox xəstələnmə halları payız-qış aylarında olur. İnkubasiya dövrünün sonu və sarılıqönü dövrlərdə törədici nəcis və sidiklə xaric olur. Sarılıq əmələ gəldikdən 2-3 gün sonra virusun ifrazı adətən azalır. Beləliklə, AH tipik bağırsağ infeksiyası hesab olunur.

İnfeksiya mənbəyi AH-ın müxtəlif formaları ilə xəstə olan insan və virusdaşıyıcılardır. Yoluxma mexanizmi fekal-oral

və təmas-məişət yolladır. Yoluxma yolları-su, qida və çirkli əllərlədir. İnfeksiyanın giriş qapısı-həzm traktının selikli qişasıdır.

İnkışaf mexanizmi. Bağırsaqdan qana keçən virus toksiki sindroma səbəb olur. Sonra hematogen yolla qaraciyərə düşür və hepatositlərin daxilinə keçir. Burada artıb çoxalaraq qaraciyər hüceyrələrinin məhvinə səbəb olur. AH zamanı qaraciyər toxumasında nekroz ocaqları məhdud şəkildə olur. Nekroz ocaqlarından başqa burada distrofik dəyişikliklər də olur. Buna baxmayaraq əksər uşaqlarda xəstəlik tam sağalma (qaraciyər toxumasının strukturunun və funksiyasının tam bərpası) müşahidə olunur. Yalnız 3-5% xəstələrdə hepatositlərdə virusların aktivliyi uzun müddət qalır. Tədricən orqanizmin müdafiə mexanizmi bərpa olur, virusların aktivliyi sönür və sağalma baş verir.

Klinikası. Xəstəliyin gedişində aşağıdakı dövrlər ayırılmalıdır:

İnkubasion dövrü. Xəstəliyin gizli dövrü 10 gündən 45 günədək olur, adətən 15-30 gün çəkir. Bu dövrdə heç bir kliniki əlamət olmur, lakin qanda virus antigeni və qaraciyər hüceyrə fermentlərinin (ALT, AST) aktivliyi yüksək olur.

Sarılıqönü dövr. Bu dövr 3-7 gün çəkir. Bu zaman aşağıdakılar müşahidə olunur:

1. İntoksikasiya simptomları: hərarət 38-39°C yüksəlir, baş ağrısı, zəiflik, süstlük, əsəbilik olur.
 2. Kataral əlamətlər: öskürək, zökəm, angina olur.
 3. Dispeptik sindrom: iştaha pozulur, ürəkbulanma, qusma, sağ qabırğaaltı nahiyədə küt ağrılar olur.
 4. Qaraciyərin ölçüləri böyüyür, palpasiya zamanı ağırlı olur.
 5. Nəcis tədricən rəngsizləşir.
- 2-3 gündən sonra hərarət normallaşır, intoksikasiya

simptomları zəifləyir, lakin zəiflik, ürəkbulanma və anoreksiya saxlanılır.

Sarılıq dövrü. Şikayətlərin azalması və vəziyyətin yaxşılaşması ilə yanaşı selikli qişaların müşahidə olunur. Sarılıq əvvəlcə sklera və ağızın selikli qişasında daha aydın görünür.

Sarılıq sürətlə inkişaf edir. Bütün dəri örtüyü saralır və bu hal 7-14 günədək davam edir. Ən çox sarılıq sklera, qulaq seyvanında və dərinin təbii büküşlərində saxlanılır. Qaraciyərin ölçüləri böyüyür, kənarları bərkiyir, ağırlı olur. Dalaq böyüyür, səthi hamar, palpasiyada ağrısız olur. Sidik tünd rəngdə (pivə rəngində) olur. Nəcis rəngsiz (ağ gil) olur. Qaraciyər sınaqları dəyişir (bilirubin səviyyəsi 58-110 mkmol/l, ALT və AST aktivliyi yüksəlmiş olur). Sarılıq dövrü orta hesabla 2 həftə çəkir.

Rekonvalesensiya dövrü. Bu dövr 2-3 ay çəkir. Sarılıq itir, iştaha bərpa olur. Ümumi vəziyyət yaxşılaşır, astenovegetativ pozğunluqlar sönür. Qaraciyər və dalağın ölçüləri və fəaliyyəti bərpa olur. Biokimyəvi göstəricilər normallaşır.

Son illərdə 70% uşaqlarda AH innaparant və subkliniki formada, qalan uşaqlarda isə yüngül və silinmiş formalarda keçir. AH-ın xroniki forması qeydə alınmamışdır.

AH-ın laborator diaqnostikası. Bilirubin səviyyəsinin yüksəlməsi ən çox düz fraksiyasının hesabına (normada 20,52 mkmol/l-dək) olur. Transaminazaların aktivliyi artır. Timol sınağının nəticəsinin yüksək olması (normada 5 vahidədək), periferik qanda- zəif leykopeniya, limfositoz olur. Öd piqmentlərinə görə sidiyin analizi müsbət olur. Qan zər-dabında və tüpürcəkdə AHV-yə qarşı JgM-sinfindən olan antitellər (anti AHV JgM) olur. Xəstəliyin ilk günlərindən müəyyən olunur və bütün formalarda xəstəlikdən 6-8 ay sonra da saxlanılır.

Əsas müalicə prinsipləri:

1. Rasional hərəkə rejim
2. Müalicəvi qidalanma
3. Dərman terapiyası (ödqovucular, polivitaminlər, fitoterapiya, mineral sular).

I. Rasional hərəkə rejim. Ağır formalarda ciddi yataq rejimi təyin olunur. Adətən bu rejim bütün intoksikasiya dövrünü əhatə edir (sarılıq dövrünün 3-5-ci gününədək), sonra uşaqlar yarımoturaq rejimə (20-30 gün müddətə stasionardan çıxanadək) keçirilir. Rejimin genişlənməsi üçün əsas şərtlər-vəziyyətin, iştahanın yaxşılaşması, sarılığın azalması, biokimyəvi göstəricilərin müsbət dinamikasıdır.

II. Müalicəvi qidalanma. Dieta tam dəyərli, yüksək kalorili və fizioloji normalara yaxınlaşdırılmış, zülal, yağ və karbohidratların nisbəti 1:1:4,5 olmalıdır. Zülallar kəsmik, süd, qatıq, pendir, yağsız ət və balıq məhsulları şəklində qəbul olunmalıdır. Yağlar kərə və bitki yağları şəklində verilir. Karbohidratlar isə düyü, mənı, qarabaşaq sıyıqları, makaron, ağ çörək, kartof, şəkər, bal şəklində qəbul olunmalıdır. Gündəlik rasionun tərkibində təzə və bişmiş tərəvəz, meyvə şirələri olmalıdır. Dietadan çətin əriyən yağlar, yağlı kolbasa məhsulları, donuz ətı, konservlər, kəskin qidalar, turşular, ədvalar, sarımsaq, qənnadı məmulatları, konfet və şokolad çıxarılmalıdır. Xəstəliyin qızğın dövründə bol maye: qlükoza məhlulu, durulaşdırılmış şirələr, az minerallaşdırılmış sular qəbul edilməlidir.

III. Dərman müalicəsi. Xəstəliyin qızğın dövründə ödqovucu preparatlar (allaxol, xofitol) verilməlidir. Fitoterapiya (qarğıdalı saçaqları dəmləməsi), polivitaminlər, dezintoksikasiya terapiya (vena daxilinə 5-10% qlükoza məhlulu, neokompensan, albumin) və s. təyin edilir.

AH-ın profilaktikası. Epidemik göstərişə əsasən təmas-

da olanlara immunoqlobulin: 10 yaşa qədər uşaqlara 1 ml, 10 yaşdan yuxarı 1,5 ml əzələ daxilinə təyin olunur. Mənzildə havanın tez-tez dəyişdirilməli, infeksiyanın fekal-oral keçməsinə nəzərə alaraq əks epidemik tədbirlər həyata keçirilməlidir. İctimai və şəxsi gigiyenaya nəzarət ciddi olmalıdır.

AH-ın spesifik profilaktikası. Ən etibarlı profilaktik üsul- uşaqların vaksinasiyasıdır. Hal-hazırda Hepatit A-ya qarşı inaktiv vaksinlərdən istifadə olunur. Bu vaksinləri Hepatit B-yə qarşı vaksinlə eyni vaxtda vurmaq olar. Vaksinasiya yolu ilə 95% uşaqlarda immun müdafiə əldə etmək mümkün olur.

B virus hepatiti

B virus hepatiti-parenteral yolla yoluxan, qaraciyərin zədələnməsi və ümumi kliniki əlamətlərlə xarakterizə olunan infeksiya xəstəlikidir. BH ilə ən çox gənclər xəstələnirlər.

Etiologiyası. BH DNT tərkibli virus tərəfindən törədilir. Bu virus hepadnaviruslar sinfinə aiddir. Virus mürəkkəb antigen quruluşuna malikdir:

- səthi antigen-HBs Ag
- nüvə, mərkəzi antigen-HBcAg
- virusa xas DNT ilə əlaqədar antigen-HBeAg

BH virusu termostabil, aşağı və yüksək hərərətə davamlıdır: otaq temperaturunda 3-6 ay saxlanılır, soyuducuda 6-12 ay - buzda 20 il, qurudulmuş plazmada 25 ilədək qalır. BH virusu kimyəvi və fiziki təsirlərə davamlıdır. Virusunu məhv etmək üçün aşağıdakı qaydalara riayət etmək lazımdır: 3-5% xloramin məhlulu ilə 60 dəqiqə, 70% -li etil spirti ilə 2-5 dəqiqə, 6%-li hidrogen peroksidlə 1 saat, avtoklavda 120° C-də 10 dəq. dezinfeksiya aparılmalıdır.

Epidemiologiyası. BH antropanoz (yeganə infeksiya mənbəyi insandır) infeksiyadır. BH-ya qarşı həssaslıq çox yüksəkdir.

İnfeksiya mənbəyi:

- 1). kəskin və xroniki formalı xəstələr
- 2) HBsAg-nin sağlam gəzdirciləri

Xəstə uşaqlar xəstəliyin ilk əlamətlərinin yaranmasından 2-8 həftə əvvəl yoluxucu sayılır və uzun müddət potensial infeksiya mənbəyi hesab olunurlar. Virus bütün bioloji mühitlərdə: qan, sperma, tüpürcək, öd, sidik və başqa sekretlərdə olur.

İnfeksiyanın yayılması aşağıdakı yollarla baş verir:

1. Parenteral yolla - qanköçürmə və ya qan preparatları yeritdikdə, alətlərin, şprislərin sterilizasiyası pis aparıldıqda, instrumental müayinələr zamanı aseptika qaydaları pozulduqda;

2. Cift vasitəsilə;

3. Məişət yolu ilə – manikur, pedikur, pirsinq, ümumi diş fırçasından, üzqırxandan və s. istifadə etdikdə;

4. Cinsi yolla.

İnkişaf mexanizmi. Virus qana, oradan qaraciyərdə hepatositlərə daxil olur və çoxalır.

Klinikası. Xəstəliyin gedişində aşağıdakı dövrlər ayırılır:

1. İnkubasiya dövrü. Xəstəliyin gizli dövrü 6 həftədən 6 ayadək, orta hesabla 60-180 gün çəkir. Qan və qan komponentləri köçürülən zaman inkubasiya dövrü qısalır. Parenteral və təmas-məişət yolu ilə yoluxma zamanı isə inkubasiya dövrü 6 ayadək uzanır. İnkubasiya dövründə kliniki əlamətlər olmur.

2. Sarılıqönü dövr. Xəstəliyin bu dövrü 2 həftəyədək uzanır. Aşağıdakı əlamətlər müşahidə olunur: zəif intoksi-

kasiya (süslük, tez yorulma, başgicəllənmə, yuxululuq, hərarətin yüksəlməsi), dispeptik sindrom (ürəkbulanma, qusma, qarında küt ağrılar), artralgiik sindrom (iri oynaqalarda uçucu ağrılar). Qaraciyər bərkimiş, ağırlı olur (2-3-cü günlərdən), sidik tündləşir, nəcis rəngsizləşir.

3. Sarılıq dövrü. Bu zaman əksər uşaqlarda vəziyyət pisləşir, intoksikasiya simptomları güclənir, ürəkbulanma, qusma davam edir, ağızdan pis iy gəlir, acı dad və anoreksiya olur. Sarılıq 5-7-ci günlərdə maksimal dərəcədə olur. Sarılıq hepatitin ağırlıq dərəcəsi ilə düz mütənasib olaraq artır. Dəridə qaşınmalar olur, sağ qabırğaaltında ağırlıq hissi müşahidə olunur. Qaraciyər böyümüş, bərkimiş, ağırlı olur, dalaq böyümüş olur (ən çox südəmərlərdə). Periferik qanda dəyişikliklər: anemiya əlamətləri müşahidə olunur, leykositlərin sayı normal və ya azalmış, EÇS normal və ya azalmış olur, ümumi bilirubin səviyyəsi artır. Qaraciyər hüceyrə fermentlərinin aktivliyi yüksək olur (ALT, AST) və qanda HBsAg, HBeAg və anti HBs JgM tapılır.

Sarılıq dövrü 2-6 həftə davam edir.

4. Rekonvalesensiya dövrü. Uzun müddət davam edir. Bu dövrdə artıq HBsAg və HBeAg tapılmamalıdır. Əksinə qanda anti-HBe və anti-HBs tapılır.

Bədxassəli forma. Südəmər uşaqlarda rast gəlinir, qaraciyər koması ilə müşayiət olunur. Bu formada qaraciyərin massiv nekrozu xəstəliyin ilk günlərindən başlayır.

Qaraciyər komasının kliniki əlamətləri. Kəskin intoksikasiya simptomları, 38-39°C hərarət, sinir-psixi pozğunluqlar, kəskin oyanıqlıq, hərəkəti narahatlıq, səbəbsiz qışqırma olur. Bu hal tormozlanma, süslük, klonik-tonik qıcolma ilə əvəz olunur. Dispeptik əlamətlər olur: tez-tez qaytarmalar, qəhvə xıltı şəklində qusmalar meydana çıxır, ağızdan qaraciyər iyi gəlir, qarında köp, sağ qabırğaaltında ağrı olur.

Dəri və selikli qişalar tez saralır, hemorragik sindrom (burun qanaxmaları şəklində) olur. Təngnəfəslik artır, Çeyn-Stoks tipli patoloji tənəffüs müşahidə olunur. Qaraciyər tez kiçilir, ağrılı, xəmirvari konsistensiyalı olur. Biokimyəvi göstəricilər dəyişmiş olur. Qan zərdabında protrombin və lipoprotidlərin səviyyəsi azalır. Bilirubin və fermentlərin səviyyəsi yüksək olur. Komanın davam etmə müddəti bir neçə saatdan bir sutkaya qədər olur.

Anadangəlmə hepatit. Hamilə qadınlarda III trimestrdə qan zərdabında HBsAg (əsasən HBsAg və HBeAg birgə) olması yenidə doğulmuşun parenteral yoluxmasına səbəb olur. BH yenidə doğulmuşlarda adətən silinmiş formada keçir. Kliniki əlamətləri əsasən 2-4 aylıq uşaqlarda müşahidə olunur. 13-16% uşaqlarda gələcəkdə xroniki hepatit inkişaf edir.

Proqnozu. BH AH-yə nisbətən bədxassəlidir. Belə ki, xroniki hepatit, sağlam virusgəzdircilik, qaraciyər sirrozu və hepatosellüliar karsinoma inkişaf edə bilər.

Xroniki hepatit diaqnozu xəstəlik 6 aydan çox davam etdikdə qoyulur.

Laborator diaqnostikası. Əsas göstəricilər: qan zərdabında HBsAg, anti-HBsJgM, HBeAg, zərdabda və qaraciyər toxumasında VHB-nin DNT-si təyin olunur. HBsAg qanda hələ xəstəliyin biokimyəvi əlamətləri əmələ gəlmədən, sarılıqönü və sarılıqlı dövrün I ayında tapılır, sonra isə xəstəliyin xoş gedişində itir. 6 aydan sonra qan zərdabında HBsAg-nin olması B hepatitinin xroniki formaya keçməsinə göstərir.

Müalicəsi. Kəskin forma BH ilə xəstələrin hamısı hospitalizə olunmalıdır. Əgər göstəriş olarsa, BH xroniki formalı xəstələr və HBsAg daşıyıcıları da xəstəxanaya göndərilməlidir. Ciddi yataq rejimi-kliniki laborator əlamətlərin tam yaxşılaşmasına qədər təyin olunur. Müalicəvi qidalanma

(dieta N: 5), dezintoksikasion terapiya-qızğın dövrdə bol maye qəbul olunmalıdır. Ağır hallarda vena daxilinə 5-10%-li qlükoza, Ringer məhlulu, albumin və s. təyin olunur. Virus əleyhinə preparatlar-reaferon, intron A, roferon, realdin, hepatoprotektorlar (qaraciyərdə maddələr mübadiləsinə təsir edən maddələr): essensiale, sitoxrom C, karsil, proteoliz inhibitorları: trasilol, kontrikal, qordoks təyin edilir. İmmunokorreksiyaedici maddələr: timalin, timogen, ağır hallarda iltihab əleyhinə terapiya- qlükokortikoidlər verilir. Su-duz mübadiləsinin, turşu-qələvi müvazinətinin korreksiyası aparılır. Hemorragik sindrom zamanı vena daxilinə heparin yeridilir. Göstərilən müalicə tədbirləri effekt verməzsə, mübadilə yolu ilə qan köçürülür, plazmaferes həyata keçirilir. Massiv nekroz olarsa, qaraciyər transplantasiyası edilir.

Profilaktikası. Ocaqda dezinfeksiya işləri aparılır. Gənclər arasında HB ilə yoluxmamaq üçün maarifləndirici təbliğat aparılmalıdır.

Spesifik profilaktika HB-yə qarşı vaksindən istifadə olunmasıdır. Yenidoğulmuşlarda xəstəliyə qarşı spesifik profilaktika doğum evində həyatın ilk 12 saati ərzində hepatit B vaksini (monovaksin) ilə aparılır və perinatal yoluxmanın qarşısını alır. Hepatit B-yə qarşı monovaksin maye halda flakonda və ya 1 dozalı şpris-tübiklərdə buraxılır.

Hepatit B vaksini kombinəedilmiş preparatların tərkibində, o cümlədən GDTHepB, GDTHibHepB vaksinlərinin tərkibində olur. 2011-ci ildən Azərbaycanda uşaqlara 2, 3, 4 aylıqda tərkibində hepatit komponenti olan GDTHibHepB vaksininin tətbiqinə başlanmışdır. Vaksin cansız olduğundan 0,5 ml dozada budun yuxarı bayır lateral hissəsinə yeridilir.

Hepatit B əleyhinə vaksin ən təhlükəsiz vaksinlərdən biridir. Onun vurulmasından sonra postvaksinal reaksiyalar və

ağırlaşmalar nadir hallarda qeydə alınır. Allergik səpgilər, tənəffüsün çətinləşməsi, şok hallarına çox nadir hallarda rast gəlinə bilər. Vaksinasıyadan sonra baş verən yüngül postvaksinal reaksiyalar inyeksiya nahiyəsində qızartı, həssaslıq, cüzi şişkinlik şəklində özünü büruzə verir. Hərərətın yüksəlməsi 1-2 gün davam edə bilər. Xoşagəlməz reaksiyalar haqqında valideynləri məlumatlandırmaq lazımdır.

C virus hepatiti

C virus hepatiti parenteral yolla keçən, qaraciyərin zədələnməsi ilə xarakterizə olunan xroniki hepatit, sirroz və hepatosellüliyar karsinomaya gətirib çıxaran infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. Xəstəlik Hepatit C virusları-birzəncirli RNT-si olan flavivirus tərəfindən törədilir. Qan zərdabında virus çox aşağı konsentrasiyada olur. Bunun nəticəsində immun cavab çox zəif və gecikmiş olur.

Epidemiologiyası. Xəstəlik zamanı infeksiya mənbəyi VHC-nin kəskin və xroniki formaları ilə xəstə insanlardır.

İnkişaf mexanizmi. Yoluxma əsasən qan və onun komponentləri köçürüldükdən sonra qeydə alınır. Lakin hazırda donor qanının VHC skrining analizi həyata keçirildiyindən bu yolla yoluxma azalmışdır. Orqanların transplantasiyası olan şəxslərdə, hemodializ və plazmofarez əməliyyatlarından sonra CH ilə yoluxma digər virus hepatitlərindən qabaqda durur. Xəstəlik ən çox narkomanlarda, həmçinin tatu və pirsinq zamanı eyni şprisdən istifadə olunduqda meydana çıxır.

Ehtimal olunur ki, virus hepatositlərə birbaşa təsir edir. Bəzən transplasentary yolla dölün yoluxması mümkündür.

Klinikası. İnkubasiya dövrü 6-8 həftədir.

Sarılıqönü dövr 5-7 gün çəkir. Sarılıqönü və sarılıq dövrü çox vaxt simptomuz keçir və ya VH-nin yüngül formasını xatırladır, zəif intoksikasiya əlamətləri, qaraciyərin böyüməsi, biokimyəvi göstəricilərin dəyişməsi müşahidə olunur.

Diaqnostikası. Kəskin fazada CHV-yə qarşı JgM sinfindən olan antitellərin olması və qan zərdabında VHC RNT tapılması böyük diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

Müalicəsi. Digər hepatitlərin müalicəsi kimi aparılır. Xroniki formaya keçməsi ilə əlaqədar olaraq gen mühəndisliyi yolu ilə alınmış interferonların yüksək dozası ilə müalicə aparılır.

Profilaktikası. Donorlar diqqətlə yoxlanılmalı, respientlər arasında hepatitlə xəstələnmə halları aşkarlanmalıdır. Aseptika və antiseptika qaydalarına riayət edilməlidir.

D (delta) virus hepatiti

D virus hepatiti parenteral yolla keçən, qaraciyərin zədələnməsi, xroniki aktiv hepatitin yaranması və onun tez bir zamanda sirroza çevrilməsi ilə xarakterizə olunan infeksiya xəstəlikdir.

Etiologiyası. Xəstəlik D hepatit virusu (HDV) tərəfindən törədilir. Müəyyən olunmuşdur ki, virus-parazitdir, çünki onun çoxalması üçün BHV-nin iştirakı vacibdir. DH virusu BH virusunun səthi antigenindən (HBsAg) özü üçün xarici qışa kimi istifadə edir. Mərkəzdə spesifik antigen (Ag-RNT tərkibli) yerləşir.

Virus termostabil olub, UBŞ-yə davamlıdır, qələvilərin təsirindən məhv olur.

Epidemiologiyası. Yoluxma mexanizmi B hepatitində ol-

duğu kimidir. D hepatitinə həssaslıq yüksəkdir.

Inkişaf mexanizmi. Xəstəliyin inkişafı D hepatit virusunun hepatositlərə bilavasitə zədələyici təsiri ilə əlaqədardır. DH 2 fazada keçir. 1-ci faza BH, II faza isə DH ilə əlaqədardır.

Klinikası. Xəstəlik iki variantda inkişaf edir. Birinci variantda BH və DH ilə yoluxma eyni zamanda (koinfeksiya) olur. İkinci variantda kəskin və ya xroniki hepatit B ilə xəstə uşaqlar sonralar DH ilə (superinfeksiya) yoluxurlar.

Koinfeksiya zamanı HBV və HDV ilə eyni vaxtda yoluxma baş verir. Bu zaman kəskin hepatit inkişaf edir. Xəstəlik yüngül (fulminant), orta ağır və ağır formada keçə bilər.

Proqnozu. Xəstəlik tam sağalma ilə nəticələnə və bəzən xroniki formaya keçə bilər.

Superinfeksiya kəskin və xroniki BH xəstələrin DH ilə yoluxması nəticəsində baş verir. Bu zaman intoksikasiya simptomları güclənir, ürəkbulanma, anoreksiya olur, qaraciyər nahiyəsində ağrılar yenidən başlanır, qaraciyər və dalaq böyüyür. 2-3 gündən sonra sidik tünd olur, sonra nəcis rəngsizləşir, dəri və selikli qişalar saralır, biokimyəvi göstəricilər dəyişir (3-5 dəfə bilirubin miqdarı artır, qaraciyər fermentlərinin aktivliyi 4-10 dəfə artır, disproteinemiya olur).

Proqnozu. Superinfeksiya zamanı proqnoz bir o qədər də yaxşı deyil. 70% hallarda xəstəlik ağır formada keçir. Xroniki hepatit inkişaf edə bilər. Massiv nekroz hesabına qaraciyər koması yarana bilər.

Müalicəsi. DH –də müalicə başqa virus hepatitlərində olduğu kimi aparılır. DH-də parenteral yolla interferon qəbulu yaxşı nəticə verir.

Profilaktikası. Xəstəliyin profilaktikası BH-də olduğu kimidir. BH-yə qarşı vaksinasıya və passiv immunizasiya DH-dən də qoruyur.

G virus hepatiti

G virus hepatiti-parenteral yolla keçən infeksiyon xəstəlik olub, qaraciyərin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur.

Etiologiyası. Xəstəlik G hepatit virusu tərəfindən törədilir. Bu virus RNT tərkibli dir. Qan zərdabında virus çox aşağı konsentrasiyada olur. Ona görə də virusa qarşı immün cavab zəif və gecikmiş olur ki, bu da diaqnostikarı çətinləşdirir.

Epidemiologiyası. İnfeksiya mənbəyi xəstə insanlardır. Həssaslıq hər yaşda yüksəkdir.

İnkişaf mexanizmi. Müəyyən olunmuşdur ki, GH tez-tez parenteral əməliyyatlar, hemodializ və plazmofarez edilmiş şəxslərdə rast gəlinir. Parenteral yoldan əlavə GH anadan dölə ci ft vasitəsilə keçə bilər. GH həmçinin toxum mayesində də olur. Bundan əlavə, BH və CH zamanı da xəstədə GH rast gəlinir.

Klinikası. Xəstəliyin gedişində aşağıdakı dövrlər ayırd edilir.

İnkubasiya dövrü: 6-8 həftədir.

Sarılıqönü və sarılıq dövrləri: CH-nın yüngül formasını xatırladır. Əsas simptomlar isə aşağıdakılardır: intoksikasiya simptomları, qaraciyərin böyüməsi, biokimyəvi göstəricilərin dəyişməsi.

Kəskin dövrün xoş gedişinə baxmayaraq xəstəlik xroniki gedişə çox meyillidir.

Laborator diaqnostikası. Kəskin mərhələdə GHV-yə qarşı JgM sinfindən olan antitellərin , qan zərdabında GHV-nin RNT-sinin olması əsas əlamət sayılır.

Müalicəsi. Müalicə digər hepatitlərdə olduğu kimi aparılır. GH virusu ən çox interferon və ribavirinə qarşı həssasdır.

E virus hepatiti

E virus hepatiti fekal-oral yolla yoluxan, qaraciyərin zədələnməsi əlamətləri ilə xarakterizə olunan kəskin infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. Xəstəlik törədicisi hepatit E virusudur. (HEV). RNT tərkibli virusdur. Virus ətraf mühitdə davamsızdır, lakin şirin suda uzun müddət qala bilər.

Epidemiologiyası. Şərqi və Cənubi Asiya ölkələrində daha çox yayılıb. Çirkli su mənbələrindən istifadə zamanı hətta EH epidemiyası müşahidə olunur.

İnfeksiya mənbəyi xəstəliyin müxtəlif forması ilə yoluxmuş insanlardır. Fekal-oral yolla yoluxma baş verir. Xəstəliyin inkişaf mexanizmi tam öyrənilməmişdir. Belə ki, xəstəliyin inkişafı A hepatitində olduğu kimidir. Lakin A hepatitindən fərqli olaraq EH-nin ağır formasında hemolitik sindrom, böyrək və qaraciyər çatmamazlığı baş verir. EH ən çox hamilə qadınlarda, qaraciyərin xəstəlikləri və immunodefisit vəziyyəti olan şəxslərdə ağır keçir.

Klinikası. Xəstəliyin gedişində aşağıdakı dövrlər ayrılır.

İnkubasiya dövrü: 14 gündən 60 günədək.

Sarılıqönü dövr: 1 gündən 10 günədək davam edir. Xəstəlik tədricən başlayır. Bu dövrdə aşağıdakı əlamətlər meydana çıxır: zəiflik, ürəkbulanma, qusma, iştahanın azalması, temperaturun bir qədər yüksəlməsi, sağ qabırğaaltı nahiyədə və epigastral nahiyədə ağrılar.

Sarılıq dövrü: AH-dən fərqli olaraq xəstənin vəziyyəti yaxşılaşmır. 2-3 günə sarılıq əmələ gəlir və 3 həftədən çox qalır. Sağ qabırğaaltı nahiyədə daim ağrı olur, qaraciyər böyüyür, xolestaz sindromu və dəri qaşınması baş verir, splenomeqaliya olur. Ağır hallarda hemoqlobinuriya güclü

olur (eritrositlərin hemolizi ilə əlaqədar olaraq), böyrək çatmamazlığı əlamətləri meydana çıxır. Biokimyəvi göstəricilər dəyişir: bilirubinin səviyyəsi yüksəlir, qələvi fosfatazaların aktivliyi artır və virus hepatitinə aid digər dəyişikliklər olur.

Diaqnostikası. Diaqnoz nəcisdə və qanda virusun RNT-sinin tapılması (PZR), zərdabda EH virusuna qarşı JgM sinfindən olan antitellərin müəyyən edilməsi (İFA) əsasında qoyulur.

Müalicəsi. Xəstəliyin müalicəsi digər virus hepatitlərində olduğu kimidir.

Profilaktikası. Hepatit A-da olduğu kimidir.

Fərdi profilaktika sanitar-gigiyenik normalara riayət edilməsi, keyfiyyətsiz sudan istifadə edilməməsidir.

Ümumi profilaktika əhalinin yaşayış şəraitinin yüksəlməsi və su mənbələrinin vəziyyətinə nəzarətdən ibarətdir.

Virus hepatitli xəstələrə qulluq

Tibb bacısı hepatit zamanı xəstə uşaq tərəfindən qoruyucu rejimin gözlənilməsinə, dieta və kifayət qədər maye qəbul etməsinə nəzarət etməlidir.

Xəstəliyin müalicəsi zamanı pəhriz əsas rollardan birini oynayır. Bu pəhrizin əsas vəzifəsi qaraciyərin bərpasına kömək etməkdən ibarətdir. Qida tam dəyərli, vitamin və mikroelementlərlə zəngin və eyni zamanda orqanizm tərəfindən asan mənimsənilən məhsullardan ibarət olmalıdır. Tərəvəzli suplar, bitki yağları, bişmiş və ya buğda hazırlanmış yağsız ət növləri: mal əti, dana əti, dovşan əti, yağsız balıq növləri təyin edilir.

Süd məhsulları (yağsız kəsmik, kefir, asidofilin və s.), sıyıqlar, qarabaşaq, düyü, yulaf yarması, meyvə və tərəvəzlər

(təzə, bişmiş), desert kimi şəkər, mürəbbə, bal bu pəhrizin əsas "iştirakçıları" sayılır. Bütün qidalar yumşaq, yarımdu-ru şəklində olmalıdır (blenderdə əzilmiş və ya sürtgəcdən keçirilmiş, ət - çəkilməmiş vəziyyətdə). Qida gün ərzində 4-5 dəfə kiçik porsiyalarla qəbul olunmalıdır. Qida isti və ya so-yuq olmamalıdır. Xəstənin pəhrizindən ədviyyatlar (istiot, xardal və s.), sirkə, sarımsaq, marinada qoyulmuş və hissə verilmiş qidalar, qəhvə, şokolad çıxarılmalı, duzun qəbulu kəskin azaldılmalıdır. Bundan əlavə, yağlı bulyonlar, yağlı ət növləri (qoyun, ördək, qaz əti), yağlı balıq, duza qoyulmuş tərəvəzlər, yumurtanın sarısı, kolbasa məmulatları, qö-bələklər, ət konservləri, konfetlər, tort və pirojnalar, bulkalar, pirojkilər də qadağandır.

Hepatit xəstəliyi olan uşaqlarda iştahasızlıq və ürəkbu-lanma tez-tez olur. Tibb bacısı xəstəyə və valideynlərə başa salmalıdır ki, heç bir halda qidadan imtina edilməməlidir. Çünki bu, xəstəliyin gedişatına çox mənfi təsir edir.

Hepatit xəstəliyi olan insanlar avitaminozlardan əziyyət çəkir. Bu səbəbdən belə xəstələr vitaminlərlə zəngin olan qidalara üstünlük verməlidir. İtburnu, qara qarağat, qırmızı bibər, gül kələmi, brüssel kələmi və s. C vitamini ilə zəngin-dir. Vacibliyinə görə ikinci yeri B qrup vitaminləri tutur. Onlar mübadilə proseslərində iştirak edir, qaraciyərin fəaliyyətinə kömək edir, immun və sinir sistemlərini möhkəmləndirir. Bu vitamin yarmalarda, pomidorda, süd məhsullarında daha çoxdur. Fol turşusu qaraciyərin fəaliyyətini yaxşılaşdırır. Cəfəri, ispanaq, soğan, kəmə bu vitaminlə zəngindir. A vita-mini güclü antioksidant sayılır. Bu vitamin kökdə, bibərdə, şaftalıda, ərikdə, brokkolida, itburnuda çoxdur.

Düzgün qidalanmadan əlavə hepatit zamanı düzgün maye qəbulu da çox vacibdir. Digər əks-göstərişlər olma-dığı halda (bəzi ürək və böyrək xəstəlikləri və s.) gün ərzin-

də 2 litrdən az olmayaraq maye: təzə sıxılmış təbii meyvə şirələri, çay (tünd olmamalıdır), kisel, itburnu dəmləməsi qəbul olunmalıdır.

Qulluğun əsas komponentlərindən biri də nəcis ifrazının tezliyini müşahidə etməkdir. Xüsusən xəstəliyin kəskin dövründə bağırsaqlarda toksinlərin toplanmasının qarşısını almaq üçün müntəzəm nəcis ifrazı vacibdir. Həkimin təyinatı ilə lazım gəldikdə tibb bacısı təmizləyici imalə edir.

Xəstəliyin ağır formalarında qaraciyər koması inkişaf edə bilər. Bu səbəbdən belə uşaqlar tibb bacısı tərəfindən daimi nəzarət altında saxlanılır. Xəstələrin vəziyyətində hər hansı bir dəyişiklik olarsa, həkimə məlumat verilməlidir.

POLIOMİELİT

Poliomielit-kəskin infeksiya xəstəlik olub onurğa beyninin boz maddəsi və sinir sisteminin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Yunanca “polio”-boz, “mielon”-onurğa beyni deməkdir.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi poliovirus-hominis insanlar və meymunların patogenidir. Entereviruslar sinfinə daxildir. Ölçüsü çox kiçik viruslardır. Xarici mühitdə uzun müddət qala bilər, uçucu deyil. Otaq temperaturunda 3 ay qalır, qurumaya, aşağı temperatūra və mədə şirəsinin təsirinə davamlıdır. 56°C-də 30 dəqiqəyə tələf olur. Adi dezinfeksiyaedicilərin, UBŞ-nin təsirindən tələf olur.

Epidemiologiyası Xəstəlik mənbəyi poliomielinin bütün formaları ilə xəstələr və virus daşıyıcılarıdır. İnnaparant formalar xəstəliyin yayılmasında daha çox əhəmiyyət daşıyır. Virus daşıyıcılığı həm keçici, həm uzunmüddətli (6 ayadək) ola bilər. Virus ətrafa yuxarı tənəffüs yollarının ifrazatları və nəcislə fekal-oral yolla yayılır. Xəstələr inkubasiya dövrü-

nün sonunda və xəstəliyin ilk 2 həftəsində daha çox yoluxdurucudur. Yoluxduruculuq 4-5 ay davam edə bilər. Yoluxma yolu fekal-oral, hava-damcı, əşyalar, milçəklər vasitəsilə baş verir. İnfeksiyanın qida məhsulları vasitəsilə ötürülməsi mümkündür.

Poliomielitə həssaslıq yüksək deyil. 6 ayına qədər uşaqlar az xəstələnir. Ən çox 5 yaşına qədər uşaqda rast gəlinir. Xəstəlikdən sonra davamlı immunitet yaranır. Kütləvi vaksinasiya nəticəsində poliomielitlə xəstələnmə halları kəskin azalıb. Lakin hələ endemik ocaqlar (Əfqanıstan, Pakistan, Nigeriya) mövcuddur.

İnkişaf mexanizmi. Giriş qapısı əsnəyin limfa aparatı və mədə - bağırsaq traktıdır. Virus limfatik yollarla qana daxil olur, virusemiya baş verir. Sinir hüceyrələrinin və daxili orqanların zədələnməsi meydana çıxır. Əsasən onurğa beynin ön buynuzlarında hərəkət neyronları, bəzən beyin sütunu, qabığıaltı nüvələr və onurğa beynin arxa buynuzları zədələnir. Qəflətən ifliclər meydana gəlir, aktiv hərəkət və reflekslər itir. Ən çox əzələlərin proksimal hissəsi zədələnir. İfliclər ən çox aşağı ətraflarda, bəzən gövdə, boyun, qarın və tənəffüs əzələlərində rast gəlinir. Nəticədə tənəffüs pozğunluqları və tənəffüs xəstəlikləri: bronxit, pnevmoniya, atelaktaz meydana çıxır.

Klinikası. Poliomiellit müxtəlif klinik formalarda rast gəlinir.

I. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə gedən poliomiellit formaları

1. Meningial forma
2. Paralitik forma: a) spinal, b) pontin, c) bulbar, d) serebral, e) qarışıq

II. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməməsi ilə gedən poliomiellit formaları:

1. İnnaparatant forma (virusdaşıyıcılıq)

2. Abortiv forma

Meningial forma özünü seroz meningit şəklində büruzə verir. Ümumi beyin əlamətləri (başağrısı, təkrari qusma), yüksək temperatur, vegetativ pozğunluqlar (tərləmə, hipotaniya, taxikardiya) müşahidə olunur. Meningial simptomlar müsbət olur. Xəstəliyin gedişi adətən xoşxassəlidir.

Paralitik formanın gedişində aşağıdakı mərhələlər müşahidə olunur: preparalitik (1-6 gün), paralitik (1-3 gün), bərpa (1-3 ilə qədər), rezidual (3 ildən çox).

Preparalitik mərhələ ümumi kliniki əlamətlərlə xarakterizə olunur. Bu mərhələdə qızdırma, intoksikasiya əlamətləri, yuxarı tənəffüs yollarının katari, bağırsağ disfunksiyası, əzələ ağrısı, bəzən meningial əlamətlər meydana çıxır. Daha sonra temperaturun aşağı düşməsi fonunda süst, periferik ifliclər (“səhər iflici”) meydana çıxır. Hissiyat pozulmur. Paralitik dövrün klinikası MSS –nin zədələnmə yerindən asılıdır.

“**Bulbar**” forma ən ağır formadır. Uzunsov beyində zədələnmə nəticəsində tənəffüs, nitq və udmanın pozulması meydana gəlir. Ölümlə nəticələnir.

Pontin forma az rast gəlinir. Bu zaman üz sinirinin nüvələri zədələnilir.

Ensefalitik formada beyin toxumalarının zədələnməsi baş verir. Xəstədə huşun pozulması, qıcolmalar və spastik ifliclər meydana çıxır.

Spinal forma zamanı uşaqda kəskin süst ifliclər (səhər iflici) meydana çıxır. Kəskin dövrdən sonra bərpa dövrü başlayır. Uşağın vəziyyəti yaxşılaşır, lakin iflic əlamətləri saxlanılır. Bu dövrdə ayrı-ayrı qrup əzələlərdə bərpa hərəkətləri mümkündür. Tədricən reflekslər meydana çıxır. Əgər bərpa prosesi getmirsə, qalıq əlamətləri süst ifliclər, əzələ atrofiyası, kontrakturalar, ətrafların və gövdənin deformasiyası,

zədələnmiş ətrafların inkişafdan qalması və nəticədə əlillik əmələ gəlir.

Qarışıq forma çox ağır gedişə malik olub, uzunsov beynin zədələnməsi və skelet əzələlərinin iflici ilə xarakterizə olunur.

MSS-nin zədələnməməsi ilə gedən poliomielit zamanı ifliclər müşahidə olunmur.

İnapparant forma zamanı xəstədə heç bir kliniki simptom olmur. Diaqnoz yalnız virusoloji analiz əsasında qoyulur.

Abortiv forma zamanı sinir sistemi tərəfindən zədələnmə olmur, yalnız ümumi infeksiyon simptomları müşahidə olunur.

Epidemioloji cəhətdən inapparant və abortiv formalar daha təhlükəlidir.

Diaqnostikası. Xəstəliyin ilkin diaqnozu epidemioloji məlumatlar və kliniki əlamətlərə əsasən qoyulur. Kəskin poliomielitə spesifik diaqnostika üsulu virusoloji və seroloji müayinələrdir. Virus aşkar etmək üçün material (nəcis, əsnəkdən yaxma və likvor) xəstəliyin ilk günlərində götürülür. Seroloji müayinədə qanda spesifik anticisimlərin titirinin artması müəyyən edilir. 12-14 gün fasilə ilə 2 dəfə müayinə aparılır. Elektromioqrafiyanın da diaqnostik əhəmiyyəti var.

Diferensial diaqnostikası. Kəskin poliomielit kəskin polineyropatiyalar, Giyen Barre sindromu, ensefalit, mielit, botulizm ilə diferensiasiya olunmalıdır.

Proqnozu. 5 yaşadək uşaqlarda, xüsusən bulbar dəyişikliklərdə pisdır.

Müalicəsi. Xəstə infeksiyon xəstəxanaya yerləşdirilir. Poliomielitə tam müalicəsi yoxdur. İlk gündən etiotrop müalicə: interferonlar, virus əleyhinə preparatlar, interferon induktorları, immunostimulyatorlar, immunoqlobulinlər və s.

təyin edilir. Antibiotiklər yalnız 2-li infeksiya təhlükəsi olduqda verilir. Böyük dozada vitaminlər təyin edilir. Meningitin müalicəsi adi sxemlə aparılır. Paralitik mərhələdə ağrıkəsicilər, isti prosedurlar (parafin, ozokirit, soyuks) təyin edilir. Tənəffüs pozğunluqları olduqda reanimasiya şöbəsinə (ASV) müalicə aparılır. Bərpa dövründə (3-4 həftədən sonra) sinir keçiriciliyini artırmaq məqsədilə prozerin, neyromedin, dibazol vurulur. Bundan başqa, qlütamin turşusu, fizioterapevtik prosedurlar (ümumi vannalar, , gimnastika, UYT, diatermiya və s.) təyin edilir. Qalıq əlamətlər dövründə bərpa müalicəsi aparılır.

Profilaktikası. Xəstələr vaxtında izolyasiya edilməlidir (xüsusi bokslarda yerləşdirilir). Sonra xəstənin olduğu evdə və uşaq müəssisələrində son dezinfeksiya aparılır. Rekonvalesent xəstəlikdən 40 gün sonra kollektivə buraxılır. Karantin 21 gün davam edir, təmasda olmuşlar üzərində tibbi müayinə, termometriya aparılır. Hər hansı əlamətlər olduqda boksdə izolyasiya olunur. Təmasda olmuş 7 yaşına qədər uşaqlara qammaqlobulin vurulur.

Şəxsi gigiyena qaydalarına və sanitar rejimə riayət edilməlidir. Valideynlər arasında sanitar-maarifləndirici işinin aparılması mühüm rol oynayır.

Spesifik profilaktikası.

Bu xəstəliyin qarşısını almaq məqsədilə diri oral poliomielit vaksinindən (OPV) və inaktivləşdirilmiş (İPV) vaksindən istifadə olunur. OPV vaksini ÜST tərəfindən həm əhalinin planlı immunlaşdırılması, həm də kütləvi peyvənd kampaniyalarının keçirilməsi üçün tövsiyə edilmiş-



dir. Planlı immunlaşdırmada uşağın həyatının 4-7-ci günü və 2,3,4,18 aylığında vaksinasia aparılır. Buraxılış formasından asılı olaraq 2-4 damcı ağızdan (per os) təyin edilir.

Poliomielitə qarşı oral vaksin (OPV) vəhşi polioviruslar tərəfindən törədilən poliomielit xəstəliyindən qoruyur. OPV-duru preparatdır, flakonlarda buraxılır. OPV və ya İPV ayrı-ayrılıqda və ya kombinə olunmuş təqvimlə istifadə edilir. İPV uşaqların I, II və III tip polioviruslardan müdafiəsini təmin edir.

Peyvənd təqviminə əsasən İPV uşağın 6 aylığında Pk peyvəndi ilə (pnevmonokokk peyvəndinin 3-cü dozası ilə) eyni gündə aparılmalıdır. Hər iki peyvənd əzələdəxili, budun ön lateral hissəsinə əks nahiyələrə vurulmalıdır.

OPV vaksinasiasından sonra, adətən, heç bir xoşagəlməz hal yaranmır. Nadir hallarda vaksinasia olunmuşlarda əzələ və ya baş ağrısı, diareya müşahidə olunur. Çox nadir hallarda isə vaksinlə assosiasia olunmuş ifliclərin baş verməsi qeydə alınır. Xoşagəlməz reaksiyalar haqqında valideynləri məlumatlandırmaq lazımdır. Əgər peyvənd verilmiş uşaqda hər hansı bir ağır hal (postvaksinal ağırlaşmalar) qeyd olunarsa, uşaq sonrakı dozaları qəbul etməməlidir.

Qulluq. Poliomielit zamanı qulluğun əsas məqsədi infeksiyanın yayılma təhlükəsini aradan qaldırmaq, xəstə uşağa maksimal komfort vəziyyət, şərait yaradaraq xəstəliyin xoş gedişini təmin etməkdir.

Poliomielit virusu ətraf mühitdə davamlı olub, əşyalar üzərində uzun müddət qala bilər. Beləliklə, infeksiyanın 3-cü şəxs tərəfindən ötürülməsi mümkündür. Buna görə də otaqda dezinfeksiya aparılır, ətraf mühitdə virusun konsentrasiyasını azaltmaq məqsədilə palatanın havası tez-tez dəyişdirilməlidir. Xəstəliyin əsas ötürülmə yolu fekal-oral yol olduğundan,

xəstənin ifrazatları zərərsizləşdirilməlidir.

Xəstənin qidasında sinir sisteminin fəaliyyətini yaxşılaşdıran B qrup vitaminləri ilə zəngin qidalara üstünlük verilməlidir.

Ağrı sindromunu azaltmaq və kontrakturaların əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün xəstəyə düzgün ortopedik vəziyyət verilməlidir. Bunun üçün döşəyin altına düz taxta, oma nahiyəsinə rezin halqa qoyulur. Ətraflara fizioloji vəziyyət verilir, diz və dirsək oynaqlarının altına mütəkkə və ya langet, ayaqlar arasına arakəsmə rolunu oynayan qatlanmış odeyal qoyulur, xəstənin əllərinə top verilir, birinci barmaq aralı saxlanılır.

Xəstəyə fiziki və psixi sakitlik verilməsi mühüm əhəmiyyət daşıyır. Müayinə və bütün prosedurlar ehtiyatla aparılmalı, minimuma endirilməlidir. Fiziki yüklənmə, zədələnmiş əzələlərin yorulması, əzələ gərginliyi ifliclərin dərinləşməsinə, atrofiyanın artmasına səbəb olur. Xəstənin başının altına yastıq qoyulmur.

Bərpa dövründə ortopedik korreksiya aparılır, fizioterapiya, MBT, masaj, balneoterapiya aparılır.

UŞAQLARDA İİV İNFEKSIYA

İİV infeksiya immunitetin kəskin zəifləməsi-immunçatışmazlığı vəziyyətinin inkişafı ilə xarakterizə olunan, virus etiologiyalı xroniki inkişaf edən infeksiyon xəstəlikdir.

Etiologiyası. İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) lentivirus nəslinə aid olan retrovirus qrupuna aiddir. Virusun 2 serotipi ayırılmalıdır: İİV-1, İİV-2.

İnsanın immunçatışmazlığı virusu limfositlərə qarşı yüksək tropizmə malikdir. Virus qanda, limfa düyünlərində, ana

südündə, çox az miqdarda tüpürcəkdə, tər vəzilərinə tapılır. Virus hematoensefalitik baryerdən keçərək baş beyin hüceyrələrinə də nüfuz edə bilər. Bu virusa mədə şirəsi təsir etmir. Ətraf mühitin müxtəlif amillərinə qarşı virus davamlıdır: 56°C temperaturda 20 dəqiqə ərzində inaktivasiya olur, etil spirtinə, asetona, 50%-li efirə həssasdır, lakin ionlaşmış radiasiyaya və ultrabənövşəyi şüalanmaya dözümlüdür. İİV ilə perinatal yoluxma (transmissiya) İİV (+) anadan şaquli yolla (cift vasitəsilə), doğuş zamanı və ya ana südü ilə yedizdirildikdə baş verir. Uşaq həyatının sonrakı mərhələlərində yoluxma parenteral yolla (tibbi alətlər, yeniyetmələrdə cinsi yolla, şprislərlə, tatuaj və s.) baş verir.

İnkişaf mexanizmi. İİV-nin limfositləri zədələməsi nəticəsində immun sistem kəskin zəifləyir. Nəticədə orqanizm mikroblar qarşısında müdafiəsiz qalır. Meydana çıxan klinik sindromlar opportunist infeksiyalar (Oİ-lər) ilə əlaqədardır. Vərəm, pnevmokokk mənşəli pnevmoniya, kandidoz, toksoplazmoz, herpes infeksiyası və s. İİV ilə bağlı rast gəlin Oİ-lərdir.

Klinikası. İİV infeksiyasının inkubasiya dövrü-yoluxmadan xəstəliyin klinik əlamətlərinin meydana çıxmasına qədər olan dövrüdür. 3 gündən 3 ayadək və daha çox (1-2 il) davam edə bilər. Bu mərhələdə laborator müayinələr virusu aşkara çıxarmağa imkan vermir. Lakin yoluxmuş insan bu mərhələdə digər insanı yoluxdura bilər. Hal-hazırda xəstəliyin 4 klinik mərhələsini ayırırlar:

I klinik mərhələ. Bu mərhələ “kəskin infeksiya”, simptomuz və ya generalizasiyalı limfaadenopatiya şəklində keçə bilər.

“Kəskin infeksiya” yoluxmuş insanların 50-80%-ində rast gəlinir. Klinik əlamətlər bir neçə gündən bir neçə aya kimi davam edir. Klinik olaraq dəri və selikli qişalarda dəyişiklik-

lər (ləkəli səpkilər), angina, residivləşən diareya, anemiya, hipotrofiya aşkar edilir. Qaraciyər və dalaq böyüyür. Aseptik meningit inkişaf edə bilər.

Asimptom infeksiya (virusdaşıyıcılıq) zamanı İİV infeksiyasının kliniki əlamətləri olmur. Limfa düyünləri bir qədər böyüyə bilər. Bu mərhələdə diaqnoz anamnez və laborator müayinələrə əsasən qoyulur.

Generelizə olunmuş limfadenopatiya zamanı uzun müddət 2 qrup limfa vəziləri böyüyür. Limfa düyünlərinin ölçüsü 0,5 sm-dən böyük olur. Düyünlər ağrısız olub, ətraf toxumalarla və bir-biri ilə birləşməmiş olur. Limfa vəzilərinin ölçüsü vaxtaşırı böyüyüb və kiçilə bilər.

II kliniki mərhələ - xəstəliyin gizli dövrü bir neçə aydan 20 ilə qədər (orta hesabla 6-7 il) davam edir. Bu zaman aşkar kliniki əlamətlər olmasa da İİV orqanizmdə çoxalır.

III kliniki mərhələ - İİV-in sonradan immun sistemə təsiri və orqanizmə bakteriyalar, göbələklər, opportunik infeksiyaların təsiri nəticəsində ikincili xəstəliklər şəklində inkişaf edir. Xəstələrdə əsasən sadə herpes virusunun əmələ gətirdiyi infeksiyalar, sitomeqalovirus infeksiyası, pnevmo-sist pnevmoniya, toksoplazmoz, kriptosporidioz, dərinin və selikli qişanın davamlı kandidozu, mikoplazmoz və s. rast gəlinir. Xəstə uşaqda immun sistemin dərin zədələnməsini göstərən kiliniki əlamətlər meydana çıxır. Çəkinin 10%-dən artıq itirilməsi, izah olunmayan uzunmüddətli qızdırma, diareya, gecə tərləməsi, xroniki yorğunluq sindromu müşahidə olunur.

IV kliniki mərhələ - QİÇS-in özü, opportunist infeksiya simptomlarının progressivləşməsi, sepsisin inkişafı, ölümə gətirib çıxaran kaxeksiya ilə xarakterizə olunan terminal mərhələdir.

Erkən yaşlı uşaqlarda İİV infeksiyasının vacib xüsusiyyətləri

yətlərdən biri ağır immun çatışmazlığının tez inkişaf etməsidir. İmmun çatışmazlıq markerləri olan opportunist infeksiyalar arasında başlıca yeri pnevmosist pnevmoniya, selikli qişanın və dərinin kandidozları, bədən çəkisinin tez azalması və distrofiyanın inkişafı fonunda sitomeqalovirus və herpes infeksiyası tutur.

Diaqnostikası. İİV infeksiyasının laborator diaqnostikası immunoferment analizi (İFA) və immunoblot üsulu, qan serumunda spesifik anticisimlərin müəyyən edilməsi yolu ilə həyata keçirilir.

Müalicəsi. İİV infeksiyalı xəstələrin terapiyası bir neçə istiqamətdə aparılır:

1. İİV-in çoxalmasını yubadan virus əleyhinə preparatların istifadə edilməsi: azidotimidin, ribavirin, foskarnet, retrovir və s.

2. Əvəzedici immunterapiya (hematransfuziya, limfositər kütlə infuziyası) yolu ilə immun statusun bərpası və immunomodulyatorların tətbiqi (timalin, taktivin, dekaris), plazmaferez.

3. İkincili xəstəliklərin etiologiyasına, xarakterinə və kliniki əlamətlərinin ağırlığına uyğun olaraq onların müalicəsi (antibakterial preparatlar, biseptol, trixopol və s.).

4. Simptomatik terapiya (vitaminlər, eubiotiklər, membranoprotektorlar və s.).

Profilaktikası. İİV infeksiyasına qarşı spesifik immun profilaktika hazırlanmayıb. Profilaktik tədbirlərə aşağıdakılar daxildir: qan donorlarının, risk qrupuna daxil olanların, əcnəbilərin və xaricdən gələnlərin müayinəsi, hamilə qadınların İİV-ə yoxlanılması, yoluxmuş qadınların doğuşuna nəzarət və uşaqların döşlə əmizdirilməsindən imtina. Tibb müəssisələrində yoluxmanın profilaktikası Hepatit B virusunun profilaktikası üzrə tövsiyələrə uyğun olaraq epidemiya-

ya qarşı rejimə riayət edilməklə təmin edilir.

Proqnozu. Qeyri-qənaətbəxşdir. Ölüm halları 50-83% təşkil edir.

XƏSTƏXANADAXİLİ İNFEKSIYA

Xəstəxanadaxili infeksiya (XDİ) - tibb müəssisəsində qazanılmış infeksiyadır.

XDİ-nin ayırd edilməsi aşağıdakılara əsaslanmalıdır:

-infeksiyanın klinik əlamətlərinə;
-laborator müayinələrin nəticələrinə (qanın ümumi analizi, əkmələr, ifrazatların mikroskopik müayinələri və s.).

XDİ -nin risk amilləri:

-vaxtından qabaq doğulma;
-venadaxili kateterlərin istifadəsi (mərkəzi);
-uzunmüddətli ASV;
-dəri tamlığının pozulması ilə nəticələnən invaziv prosedurlar;
-yağ emulsiyalarının istifadə olunması ilə uzunmüddətli parenteral qidalandırma;
-antibiotiklərin uzunmüddətli istifadəsi;
-xəstəxanada uzunmüddətli qalma.

XDİ-yə şərait yaradır:

1. Əl yumaq üçün əlyuma vasitələri ilə təmin olunmuş lazımi sayda yerin olmaması (4-5 xəstəyə əlləri işləmək üçün 1 yer olmalıdır);

2. Tibbi heyətin yetərli sayda olmaması-xüsusilə tibb bacıları (intensiv terapiya şöbəsində 2-3 yenidoğulmuşu 1 tibb bacısı ayrılmalıdır);

3. Həddindən çox xəstənin şöbədə olması (hər xəstəyə ən azı 1, 5-2 m yer ayrılmalıdır);

4. Avadanlığın çatışmazlığı (1 çarpayıya və ya inkubato-

ra yalnız 1 uşaq yerleşdirməli);

5. Havanın ventilyasiyası və filtrasiyası sisteminin effektiv olmaması

6. Otağın yetərinçə diqqətlə təmizlənməməsi;

7. Çirkli və infeksiyalaşmış tullantıların düzgün olmayan çeşidlənməsi və utilizasiyası.

XDİ-nin ötürülmə yolları:

1. İnfuzion terapiya vasitələri: mərkəzi kateterlər, uzadıcı və sistem şlanqları, xüsusən birləşdikləri yer;

2. Venadaxili (mərkəzi və periferik) kateterlər;

3. Endotraxeal borular;

4. Tibbi avadanlıq və inkubator;

Antibiotiklər XDİ-nin yaranmasının və yayılmasının qarşısını almır. XDİ-nin yayılma yollarının qarşısının alınması üçün aşağıdakı şərtlərə riayət olunmalıdır.

Əllərin yuyulması. Tibb heyəti hər bir prosedurdan və körpəyə toxunduqdan əvvəl və sonra, əlcəkləri çıxarıdıqdan sonra, çirkli alət və ya digər predmetlərlə təmasdan sonra, körpənin anası və ailənin digər üzvləri uşaq ilə təmasdan əvvəl əllərini adi sabunla yumalı və dezinfeksiyaedici məhlulla işləməlidir. Üzük, biləzik taxmamalı və uzun dırnaq saxlamamalıdır. Əlləri ilıq su ilə tam islatmaq, 10-15 saniyə ərzində sabunla və axar su altında yumaq, sonra birdəfəlik kağız dəsmalla qurulamaq lazımdır.

Əllərin dezinfeksiyası. Əllərin bütün səthini əhatə etməsi şərt ilə dezinfeksiyaedici məhlulla islatmalı, əllərə dezinfeksiyaedici sürtülməlidir.

Qoruyucu paltar. Yenidoğulmuş gündəlik qulluq zamanı papaq və maska geyinmək məsləhətdir. Qanla təmas olduqda təqdirdə qorucuyu paltarın geyinilməsi mütləqdir.

Əlcəklər. Steril əlcək aşağıdakı hallarda geyinilməlidir:

-açıq yaralar və ya dərinin zədələnmiş nahiyələri ilə tə-

mas zamanı;

-invaziv prosedurlar zamanı (göbək venasının kateterizasiyası, onurğa beyni punksiyası və s.).

Təmiz əlcəklər aşağıdakı hallarda geyinilməlidir:

-selikli qışalarla və ya bədən mayeləri ilə təmas zamanı (qan nümunəsi götürülməsi və s.);

-zədələnmiş dəri ilə təmas zamanı (göbək güdülünün işlənilməsi və s.);

-orqanizmin ifrazatları ilə təmas zamanı;

-çirkli əşyalarla təmas zamanı;

-alətlərin və avadanlıqların işlənilməsi zamanı;

-tullantıların utilizasiyası zamanı.

Əlcəkləri çıxardıqdan sonra əllər yuyulmalı və dezinfeksiyaedici məhlulla işlənilməlidir.

İnfuzion sistemə qulluq:

-kateterizasiya aseptika və antiseptikanın bütün qaydalarına riayət etməklə aparılmalıdır;

-infuzion sistemi və onun hissələrini 48-72 saatdan gec olmayaraq dəyişmək lazımdır;

-qan və ya qanəvəzedicilər köçürülən zaman isə hər 24 saatdan bir dəyişmək lazımdır;

-sistemi quraşdıran zaman mümkün olduğu qədər birləşdirici elementlərdən az istifadə olunmalıdır;

-hər dəfə sistemin hissələri bir-birindən ayrıldıqda, birləşən nahiyələri dezinfeksiyaedici vasitə ilə işləmək lazımdır;

-flakondan dərman maddəsi götürülən zaman hər dəfə yeni steril iynə və şprisdən istifadə edilməlidir;

-flakon açıldıqdan sonra soyuducuda saxlanılmalıdır (maksimum 24 saat);

-flakonun üzərində açıldığı vaxt qeyd edilməlidir;

-açıq ampulalar saxlanılmamalıdır (onları pambıq kürə-

ciklərlə bağlamaq olmaz);

-steril məhlullar və vena daxilinə yeritmək üçün dərmanlar hazırlanan zaman təmiz qoruyucu vasitələrdən və əlcəklərdən istifadə olunmalıdır;

-periferik kateteri (əgər ağırlaşma yoxdursa) 72 saatadək saxlamaq olar;

-mərkəzi periferik kateteri 21 gündən çox saxlamaq olar.

Endotraxeal borulara qulluq:

-endotraxeal borudan selik sorulurkən yalnız steril kateterdən istifadə olunmalı və təmiz əlcək geyinilməlidir.

Tibbi avadanlıqlara qulluq:

-inkubatorlar, qızdırıcı masalar, çarpayılar, ASV boruları, CPAP sistemi hər pasientdən sonra dəyişdirilməlidir;

-dezinfeksiya işləri müəyyənləşdirilmiş qrafikə uyğun müntəzəm şəkildə aparılmalıdır (neçə dəfə, hansı şəkildə, hansı dezinfeksiyaedicilərlə və s.);

-kiçik tibb heyətinin vəzifələri dəqiq şəkildə yazılmalıdır;

-vedrə, əsgilər, süpürgələr və s. təmizləmək üçün istifadə olunan vasitələr işarələnməli və düzgün saxlanılmalıdır.

Tibbi avadanlığın təmizlənməsini xüsusi ayrılmış işçilər aparmalıdır. Bu işçilər tibbi avadanlığın düzgün açılmasını (sökülməsini), təkrar yığılmasını, yuyucu vasitələrdən və dezinfeksiyaedicilərdən düzgün istifadəni, təmiz tibbi avadanlığın saxlanma qaydalarını (inkubatorlarda, nəmləndiricilərdə su olmamalı və s.) mükəmməl bilməlidir. Plastik materialdan olan avadanlıq ultrabənövşəyi və kvars lampalar vasitəsilə şüalandırılmalıdır.

FƏSİL 18. TƏXİRƏSALINMAZ VƏZİYYƏTLƏR

HİPERTERMİYA

Orqanizmdə üzv və sistemlərin düzgün fəaliyyət göstərməsi üçün normal bədən temperaturu vacibdir. Hərərət homeostazi orqanizmdə ardıcıl olaraq iki əsas proses-istiliyin (hərərətin) əmələ gəlməsi və istilik nəqli-xaric olunması ilə həyata keçirilir. Bədən istiliyinin xaric olması buxarlanma və qeyri-buxarlanma yolu ilə həyata keçirilir. Qeyri-buxarlanmaya radiasiya və konduksiya üsulu aiddir.

Normal bədən hərərəti: qoltuqaltı çuxurda $36,0-36,9^{\circ}\text{C}$; ağız boşluğunda hərərət qoltuqaltındakına nisbətən $0,1-0,4^{\circ}\text{C}$, düz bağırsaqlarda isə $0,5-1^{\circ}\text{C}$ yüksək olur.

Bədən hərərəti sutka müddətində dəyişilir. Minimal hərərət səhərə yaxın saat 3-6 radələrində, maksimal hərərət günün ikinci yarısında saat 14-16 və 18-22-də müşahidə edilir. Sağlam uşaqlarda səhər bədən hərərəti ilə axşam hərərəti arasında fərq 1°C -dən artıq olmamalıdır (adətən $0,1-0,6^{\circ}\text{C}$).

Hərərətin normadan yüksək olmasına **hipertermiya**, aşağı olmasına isə **hipotermiya** deyilir. Lakin hərərətin yüksəlməsini həmişə patologiya kimi qəbul etmək olmaz, çünki müxtəlif səbəblərdən asılı olaraq hərərət yüksələ bilər. Belə ki, müxtəlif fizioloji hallar zamanı (məsələn, fiziki iş, yemək qəbulundan sonra və s.) temperatur yüksələ bilər.

Hipertermiyanın aşağıdakı tipləri ayırd edilir:

Daimi-sutka ərzində bədən hərərəti $0,4^{\circ}\text{C}$ -dən artıq olmamaqla dəyişilir;

Dalğavari-hərərətin tədricən yüksək rəqəmlərə qalxaraq bir neçə gün həmin səviyyədə qaldıqdan sonra tədricən enməsi;

Remittir-hərərət 1°C radələrində dəyişərək normaya enmir;

İntermittir-sutka ərzində hərarətin normal səviyyəyə enib, səhər saatlarında yüksək səviyyəyə qalxması, səhər saatları bədən hərarətinin yüksəlməsi;

Hektik-bədən hərarətinin kəskin yüksəlməsi və aşağı enməsi (sepsis);

Qeyri düz – heç bir qanuna uyğun olmayan;

Dalğavari-bir neçə gün ərzində bədən hərarətinin yüksək rəqəmlərə qədər qalxıb tədricən enməsi;

Qayidan – xəstəlik dövründə bədən hərarətinin febril rəqəmlərə yüksəldikdən sonra normaya enməsi və müəyyən vaxtdan sonra yenidən qalxması. Buna üçgünlük (hər 48 saatdan), dördgünlük (hər 72 saatdan), malyariyanı misal göstərmək olar;

İkimərhələli – xəstəlik bir həftə içərisində iki mərhələdə, hərarətin yüksəlməsi ilə davam edir (poliomielit, leptospiroz, Denge qızdırması, sarı qızdırma və s.) ;

Periodik hipertermiya—müntəzəm olaraq müəyyən intervallarla təkrar olunan hərarət yüksəlməsi (tsiklik neyropeniya, İrland qızdırması) müşahidə olunur.

Bədən hərarətinin yüksəlmə müddətindən asılı olaraq hipertermiyanın aşağıdakı növləri ayırd edilir:

1.efemer-bir neçə saatdan bir neçə günə qədər

2.kəskin-iki həftəyə qədər

3.yarıkəskin-6 həftəyə qədər

4.xroniki-6 həftədən çox

Bədən hərarətinin davamlılığından asılı olaraq: **qısamüddətli**-2 həftədən az, **uzun sürən**-2 həftədən çox hipertermiya ayırd edilir.

Hərarətin yüksəlməsinə görə:

1.subfebril (38°C-yə qədər)

2. febril - mülayim (39°C-yə qədər)

3. yüksək (41°C-yə qədər)

4. hiperpiretik (41°C-dən yüksək)

Hipertermiyanın aşağıdakı mərhələləri ayırd edilir:
Temperaturun qalxma mərhələsi (solğun hipertermiya)
Daimi temperatur mərhələsi (çəhrayı hipertermiya)
Temperaturun düşmə mərhələsi (kritik və ya litik)

Solğun hipertermiya. Bu mərhələdə istiliyin əmələ gəlməsi ilə istiliyin verilməsi arasında uyğunsuzluq olur. Temperaturun qalxması fonunda uşaqda üşütmə meydana çıxır, dəri solğunlaşır, əl və ayaq pəncələri soyuyur. Dəridə “mərmər şəkli” meydana çıxır. Tənəffüsün və nəbzın tezləşməsi temperatur reaksiyasına uyğun gəlmir. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi nəticəsində oyanıqlıq və ya süstlük, hallüsinasiyalar, sayıqlamalar və qıcolmalar meydana çıxa bilər.

Solğun hipertermiya zamanı uşağı yatağa uzatmaq, üstünü isti şəkildə örtmək, ayaqlarına isti corab, əllərinə əlcək geyindirmək, soyuq olan ətraflarını açıq qırmızı rəng alana qədər intensiv şəkildə ovxalamaq, 1/4-1/2 tablet (yaşdan asılı olaraq) no-şpa, limon və moruq ilə isti çay, itburnu dəmləməsi və s. vermək lazımdır. Əgər bunlar kömək etməsə və temperatur yüksəlməkdə davam etsə, uşağa yaşına uyğun olaraq, həb və ya sirop şəklində temperaturu aşağı salan dərman vermək lazımdır. Ağ qızdırmada bədəni nəm əsgilə sürtmək və soyuq kompreslər etmək olmaz.

Çəhrayı hipertermiya. Bu zaman temperatur əmələgəlmə və temperatur vermə prosesləri bir-birinə uyğun olur. Əgər uşaqda istiləşmə, dərinin qırmızı və ya açıq qırmızı rəngdə olması, ayaq pəncələri və əllərin isti olması qeyd edilərsə (çəhrayı hipertermiya və ya çəhrayı qızdırma), onu heç bir halda isti geyindirmək, yataqda uzanarkən üstünü isti yorğanla (adyal) örtmək olmaz. Əksinə, bu zaman uşağı yüngül geyindirmək, yataqda uzanarkən üstünü yüngül

adyal ilə və ya mələfə ilə örtmək, otağın pəncərəsini və ya nəfəsliyini açmaq (yelçəkən olmamaq şərtilə), havanın kifayət qədər nəmliliyini təmin etmək üçün otağın döşəməsini tez-tez silmək və ya otağa nəmləndirici qoymaq lazımdır. Uşağa daha çox sərin mayelər-su, kompot, limonlu çay, itburnu dəmləməsi vermək lazımdır. Tez-tez sidik ifraz edilməsi temperaturun enməsinə kömək edir. Temperatur olan uşaqda iştahasızlıq olur. Uşağı zorla yedizdirmək məsləhət görülmür. Çəhrayı hipertermiya zamanı uşaqlarda temperaturu aşağı salmaq üçün, ilk öncə fiziki üsullardan-sərin su ilə imalə, kompreslər, bədəni nəm dəsmalla sürtmə və s. bu kimi üsullardan istifadə etmək olar. Bunun üçün kiçik bir tas götürüb onun içərisinə ilıq su töküb, tənziyədən hazırlanmış salfet və ya əsgilə parçasını onun içərisində isladıb bir qədər sıxdıqdan sonra, onunla uşağın bədənini (sinəsi, qarnı, kürəkləri, budları) sürtmək lazımdır. Əllərin ovuc səthlərini, ayaqların altını, ayaqların və qolların iç səthini daha yaxşı sürtmək lazımdır. Kiçik yaş dövrlərində uşaqların dərisi çox zərif olduğundan, onların dərisini zədələməmək üçün çox ehtiyatla sürtmək lazımdır. Daha sonra təxminən bir dəqiqə ərzində uşağın üstünü açıq qoyub sonra geyindirmək lazımdır (çox və qalın olmamaqla).

Temperaturun aşağı salınması üçün istifadə edilən fiziki üsullardan biri də - alına, boyuna, körpücükaltı və qasıq nahiyələrinə (bu hissələrdən iri damarlar keçir) soyuq su ilə isladılmış əsginin (dəsmalın) qoyulmasıdır. Əsgilər tez-tez dəyişdirilməlidir. Bundan sonra uşağın temperaturu ölçülür. Əgər bu müddət ərzində temperatur heç olmasa $1/10^{\circ}$ C də olsa enməsə və ya qalxmaqda davam etsə, uşağa şam və ya sirop şəklində olan, temperaturu aşağı salan dərman preparatı verilir. 3 yaşınadək olan uşaqlara, həmçinin, əvvəllər yüksək temperatur fonunda qıcolmaları olan istənilən

yaşda uşaqlara, sinir və endokrin sisteminin xəstəlikləri olan uşaqlara temperatur 38°C -yə çatan kimi temperaturu aşağı salan dərman preparatı vermək lazımdır. Daha böyük yaşlarda olan və qıcolmalara meyilli olmayan uşaqlara temperatur $38,5^{\circ}\text{C}$ -yə çatdıqdan sonra temperaturu aşağı salmaq üçün dərman preparatı verilir. Temperaturun yüksəlməsinə səbəb olan xəstəliyi aşkar edərək onu müalicə etmək lazımdır.

Uşaqlarda temperaturu aşağı salmaq üçün istifadə edilən dərman preparatları çox olsa da, onların tərkibinə eyni təsiredici maddələr daxildir:

1. Parasetamol (Panadol, Efferalqan, Teylenol, Kalpol və s.) ;

2. İbuprofen (Nurofen və s.).

Bu preparatlar əsasən enteral (şəkil18, səh. 524), bəzən isə rektal yolla yeridilir (şəkil 19, səh. 524).

Qanda hemoqlobinin səviyyəsini aşağı saldığı və leykositlərin bəzi növlərini parçaladığı üçün analgin və onun preparatlarından istifadə edilməsi çox təhlükəlidir. Aspirinin ciddi yanaşı effektləri (bronxların spazmı, mədə xorası, Rey sindromu, qaraciyərin ciddi zədələnməsi) olduğundan uşaqlar və hamilə qadınlar tərəfindən qəbul edilməsi qadağan olunmuşdur.

Əgər temperaturun ilk yüksəlməsi zamanı uşağa tərkibində parasetamol olan dərman preparatı verilmişsə, temperaturun növbəti dəfə yüksəlməsi zamanı ağır allergik reaksiyanın baş verə bilməsi səbəbindən ona tərkibində ibuprofen olan dərman preparatı vermək olmaz.

KƏSKİN STENOZLAŞDIRICI LARİNQOTRAXEİT (İNAQ)

İnaq-iltihabi ödem, əzələlərin spazmı və ekssudatın yığılması nəticəsində qırtlaq mənfəzinin kəskin daralması və keçiriciliyinin pozulmasıdır (stenozlaşdırıcı larinqotraxeit). İnaq əlamətlərinə görə bir-birinə oxşar xəstəliklər: laringit, larinqotraxeit, larinqotraxeobronxit zamanı meydana çıxır. İnağın ən çox kiçik yaşlı uşaqlarda meydana çıxmasının səbəbi yuxarı tənəffüs yollarının anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri (qırtlağın dar olması, selikaltı qişanın zəif olması) ilə əlaqədardır. Bu vəziyyətin meydana çıxmasında yanaşı gədən xəstəliklər (paratrofiya, allergik xəstəliklər, doğuş zədələri), konstitusiya anomaliyaları, tez-tez KRX-lə xəstələnmə mühüm rol oynayır.

Təsnifatı. İnağın aşağıdakı formaları var.

1. **Etiologiyasına görə:** virus və ya bakterial.
2. **Qırtlağın stenozunun dərəcəsinə görə:** kompensasiya, subkompensasiya, dekompensasiya, terminal hal.
3. **Gedişinə görə:** ağırlaşmış (ikincili bakterial infeksiyanın qoşulması nəticəsində mikst infeksiya meydana çıxdıqda) və ağırlaşmamış.
4. **Stenozun dərəcəsinə görə:** I, II, III dərəcəli stenoz və IV dərəcəli asfiksiya.

I dərəcəli stenoz (kompensasiya). Fiziki gərginlik zamanı uşaqda quru, kobud “hürücü” öskürək, səsin kallaşması, səslə tənəffüs meydana çıxır.

II dərəcəli stenoz (subkompensasiya). Kliniki əlamətlər daha da ağırlaşır, narahatlıq meydana çıxır. Uşaq tez-tez öskürür. Daimi tənəffüs müəyyən edilir (tənəffüsdə köməkçi əzələlər iştirak edir, burun pərləri gərginləşir, qa-

bırğaarası sahələr və vidaci çuxur icəri dartılır), burun-do-dağ üçbucağı göyərir. Bədən temperaturuna uyğun olmayan taxikardiya, güclü tərləmə meydana çıxır.

III dərəcəli stenoz (dekompensasiya). Uşağın ümumi vəziyyəti ağır olur. Oyanıqlıq, narahatlıq və qorxu meydana çıxır. Dəri avazıyır, soyuq, yapışqan tərlə örtülür. Peroral sianoz, akrosianoz, dərin tənəffəslik meydana çıxır, nəbz tezleşir, ürək tonları karlaşır.

IV dərəcəli stenoz (asfiksiya). Uşağın ümumi vəziyyəti çox ağır olur. Uşaq ağızı ilə hava udmağa çalışır (“balıq tənəffüsü”), boyun əzələlərini gərginləşdirir. Ümumi sianoz, bradikardiya meydana çıxır. Nəbzın gərginliyi azalır, ürək tonları karlaşır, arterial təzyiq aşağı düşür. Qıcolma meydana çıxma bilər. Tədricən tənəffüs və ürək vurğuları dayanır.

Ağırlaşmaları: bakterial traxeit, irinli larinqotraxeit, pnevmoniya.

Qırtlağın stenozu uşağın həyatı üçün təhlükəli vəziyyətdir: hipoksiya, hiperkapniya, asidoz, DDL, hipoksik ensefalopatiya, beyin ödemi və çox ağır hallarda ölüm baş verə bilər.

Yalançı və həqiqi inaq ayırd edilir. Həqiqi inaq differiya xəstəliyi zamanı, yalançı inaq isə ən çox kəskin respirator virus infeksiyaları zamanı meydana çıxır. Uşaqların kütləvi immunizasiyası ilə əlaqədar olaraq həqiqi inaq nadir hallarda rast gəlinir.

Yalançı və həqiqi inaqı bir-birindən fəqləndirmək lazımdır:

Əlamətlər	Yalançı inaq	Həqiqi inaq
Etiologiyası	Viruslar (qrıp, paraqrıp, RSV-respirator sintisial viruslar, adenoviruslar və s) və bakteriyalar (hemofil çöplər, steptokokklar və s.)	Löffler çöpləri
İnkişaf mexanizmi	Tənəffüs yollarının ödemi, seliyn toplanması, səs yarığı nahiyəsində stenoz	Tənəffüs yollarının ödemi, seliyn toplanması, səs yarığı nahiyəsində stenoz, ərpin olması
Meydana çıxma vaxtı	Adətən gecələr, qəflətən başlayır	Günün istənilən vaxtında meydana çıxır, vəziyyət getdikcə ağırlaşır
Klinik əlamətləri	Hürücü öskürək tutmaları, tənəffüsün çətinləşməsi (inspirator tənəffüs, köməkçi əzələlərin tənəffüsdə iştirakı, nəfəs alma və nəfəs vermə arasında intervalın azalması). İnaq iltihabi proseslə əlaqə darsa hərərət, intoksikasiya əlamətləri	Əlamətlər oxşardır, lakin vəziyyət daha ağır olur, getdikcə pisləşir, intoksikasiya əlamətləri artır, səs itir (afoniya), stenoz əlamətləri artır
Müalicənin effektivliyi	Sərbəst hava axını təmin edilməlidir. Yayındırıcı terapiya, spazmolitiklər, allergik mənşəli olduqda antihistamin preparatları, ağır hallarda intubasiya göstərişdir. Vaxtında aparıldıqda effektiv olur	Aparılan tədbirlər nəticə vermir, təcili hospitalizasiya və intubasiya tələb olunur

Yalançı inaq zamanı yardım:

- həkimə müraciət etmək;
- uşağı və valideynləri sakitləşdirmək (bu zaman uşağı istəmədiyi heç bir şeyə məcbur etməmək);

-uşağa yarımoturaq vəziyyət vermək, dar paltarlardan azad etmək, təmiz hava axınını təmin etmək;

-uşağın üzünə və sinəsinə su çiləmək, ayağına isti vanna etmək;

-içməyə ilıq maye (uşağın xoşladığı içkilər-çay, kompot və s.) vermək;

-nebulayzer aparatı ilə inhalyasiya (budesonid, pulmikort suspenziyası);

-aşağı tənəffüs yollarının obstruksiyası zamanı nebulayzer vasitəsilə bronxolitiklərlə (berodual, salbutamol) inhalyasiya;

- lazım gəldikdə uşağın hospitalizasiyası.

Hospitalizasiyaya göstəriş: II və daha ağır dərəcəli stenoz zamanı bütün uşaqlar, I dərəcəli stenoz zamanı 1 yaşına kimi uşaqlar, yanaşı gedən xəstəliklər olduqda və pis mənzil-sosial şəraitində yaşayan uşaqlar.

Tibb bacısı valideynlərə inaqın meydana çıxma səbəbləri, klinikası, profilaktikası, mümkün proqnozları haqqında məlumat verir. İxtisaslı yardım tələb olunduqda valideynlərə hospitalizasiyanın vacibliyini izah edir. Tibb bacısı uşağı hazırlamaqda anaya kömək edir.

Tibb bacısı valideynlərə xəstə uşağa düzgün qulluq (güclü səs və işıq olmamaq şərtilə) etməyi öyrətməli, eyni zamanda vacib funksiyalara (huşun vəziyyəti, dəri örtüklərinin rəngi, ÜYT və tənəffüsün sayı) qiymət verməyi bacarmalıdır. Tibb bacısı həkimin təyinatlarını vaxtında və dəqiq yerinə yetirməli, yalançı inaq meydana çıxdıqda təxirəsalınmaz yardım göstərməyi bacarmalıdır. Valideynlərə havanı nəmləndirmək üsullarını öyrətməli, uşağı düzgün qidalandıрмаğı (yaşına uyğun, yarımduzu, vitaminlərlə zəngin) başa salmalıdır. Tənəffüs yolları vaxtında sanasiya olunmalı, burun keçəcəkləri fizioloji məhlulla yuyulmalı, möhtəviyyəti rezin armudcuqla sorulmalıdır. Bütün prosedurlar yalnız uşağı sakitləşdirməklə aparılmalıdır.

TƏNƏFFÜS YOLLARININ YAD CİSİMLƏ TUTULMASI

Tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulmasına (obstruksiyasına) mexaniki asfiksiya deyilir. Tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulması ən çox uşaqlarda (xüsusilə kiçik uşaqlarda) rast gəlinir. Uşaqlarda mexaniki asfiksiya kiçik ölçülü oyuncaqları ağıza alarkən, qoz, fındıq, konfet yeyərkən və s. meydana çıxıb bilər. Tənəffüs yollarına düşmüş yad cisimlər tənəffüs yollarını tam və ya hissəvi qapaya bilər. Tənəffüs yollarının tam tutulması daha təhlükəli hesab olunur. Bu zaman hava ağciyərlərə daxil ola bilməyi üçün oksigen çatışmazlığı nəticəsində huş itir, tənəffüs və ürək fəaliyyəti dayanır.

Tənəffüs yollarının qismən tutulması zamanı uşaq çətin olsa da nəfəs alır. Uşaq huşunu itirmir, güclü öskürək müşahidə olunur. Öskürək arasında küylü, fit səsi verən tənəffüs eşidilir. Öskürək orqanizmin reflektor müdafiə reaksiyası olub, yad cismin tənəffüs yollarından çıxmasına şərait yaradır. Bu səbəbdən uşaq öskürə və danışa bilirsə, heç bir müdaxiləyə ehtiyac yoxdur. Uşaq nəzarət altında saxlanılmalı, tənəffüs çətinləşərsə təcili yardım göstərməlidir.

Tənəffüs yollarının tam tutulması zamanı uşaq boğazını ovcu ilə sıxır, nə nəfəs ala, nə danışa, nə də öskürə bilər. Tənəffüsün getdikcə çətinləşməsi müşahidə edilir. Dəri örtüyü, selikli qişə göy rəngə çalır, hipoksiya başlayır.

Təxirəsalınmaz yardım: tənəffüs yollarından yad cismin çıxarılması üçün aşağıdakı üsullardan istifadə oluna bilər:

1. qarının təkənla sıxılması (Haymlik üsulu);
2. kürəkərası nahiyəyə zərbə vurulması;
3. döş qəfəsinin təkənla sıxılması.

Qarının təkənla sıxılması körpələr istisna olmaqla bütün yaş qruplarında tətbiq edilir:

-yardım göstərən şəxs uşağın arxasında ayaqüstə və ya dizüstə durmalıdır;

-bir əl yumruq şəklində bükülüb, orta xətt üzrə göbəklə döş sümüyünün xəncərvari çıxıntısı arasında yerləşdirilir;

-digər əl ilə yumruq tutulur və qarın aşağıdan yuxarıya doğru tez, güclü təkənla sıxılır.

Kürəkərası nahiyəyə zərbə vurulması ən çox körpələrdə tətbiq olunur:

-körpə üzünü üstə çevrilir və sol qolun said nahiyəsinin üzərinə uzadılır;

-dayaq üçün əl diz və ya bud nahiyəsinə söykənir;

-körpənin başı və çənəsi əllə tutulur;

-sağ ovucun biləyə yaxın hissəsi ilə kürəkərası nahiyəyə 5 güclü zərbə vurulur.

Yad cisim xaric edildikdə və tənəffüs bərpa olunduqda zərbələr dayandırılır.

Döş qəfəsinin təkənla sıxılması yuxarıda göstərilən üsul nəticə vermədikdə tətbiq olunur:

-körpə baş, boyun və bədəni bir xətt boyunca olmaqla zərbə vuran əlin üzərində arxası üstə çevrilir:

-körpənin başı ayaqlarına nisbətən aşağı tutulur;

-digər əlin iki barmağı (orta və şəhadət) döş qəfəsinin



kompresiyasında olduğu kimi (xəncərəbənzər çıxıntıdan bir qədər yuxarı) yerləşdirilir və 5 dəfə döş qəfəsi təkənla sıxılır.

Ürək fəaliyyəti dayanarsa, ürək-ağciyər reanimasiyası tətbiq edilməlidir.

BURUN QANAXMASI

Səbəbləri: burun qanaxmaları travmatik və simptomatik olmaqla 2 yerə ayrılır. Simptomatik burun qanaxmaları digər xəstəliklərin fonunda: qan xəstəlikləri, hipertoniya, gūnvurma, avitaminoz, qaraciyər xəstəlikləri və s. zamanı meydana çıxır.

Əlamətləri: uşağın rəngi solğunlaşır, halsızlıq, başgicəllənmə meydana çıxır, nəbz zəifləyir. Qanaxma şiddətli olduqda qan ağız boşluğuna düşür, nəticədə qanqusma və tünd rəngli nəcis ifrazı ola bilər.

İlk yardım:

- uşağı sakitləşdirmək;
- başı azca önə əyərək otuzdurmaq, əgər uzanmışsa başını yana əymək;
- burun pərlərini (əgər burun sümüyünün sınığı yoxdursa) iki tərəfdən 10 dəq. ərzində sıxmaq;
- buruna 3%-li hidrogen peroksid, ana südü, xörək duzu məhlulu, 0,1%-li adrenalın, 5%-li aminokapron turşusu məhlulunda isladılmış tampon qoymaq;
- burun yatağına və ənsə nahiyəsinə soyuq kompres və ya buz qovuğu qoymaq;
- ayaqlarını isti vannaya qoymaq;
- burun boşluqlarına hemostatik süngər, bioloji antiseptik tampon qoymaq.

Həkimin təyinatı ilə qankəsici preparatlar (vikasol, kalsium xlorid, aminokapron turşusu, disinon, askorbin turşusu, fibrinogen, tibbi jelatin, hemofibrin və s.) vurulur. Göstərilən tədbirlər effekt vermədikdə uşaq xəstəxanaya çatdırılır və burunun arxa tamponadası aparılır.

QICOLMA SİNDROMU

Qıcolma uşaqlarda tez-tez rast gəlinən və təxirəsalınmaz yardım tələb edən vəziyyətlərdən biridir. Qıcolma-endogen və ekzogen faktorlara sinir sisteminin verdiyi qeyri-spesifik cavab reaksiyasıdır. Bu zaman tutmaşəkilli, qeyri-iradi əzələ yığılmaları baş verir. Yığılmalar adətən bir neçə qrup əzələni əhatə edir. Qıcolmanın aşağıdakı növləri ayırd edilir:

1.Orqanik qıcolmalar baş beyinin şişləri, irsi-degenerativ xəstəlikləri və damar pozğunluqları zamanı beyinin mexaniki, iltihabi və toksiki zədələnməsi nəticəsində baş verir. Bundan başqa körpə uşaqlarda beyin toxumasının bətdaxili infeksiyalar və xroniki hipoksiya nəticəsində zədələnməsi də qıcolmalara səbəb ola bilər.

2.Funksional qıcolmalar maddələr mübadiləsinin pozğunluqları, hipokalsemiya (spazmofiliya zamanı), toksiki maddələrin təsiri, hipertermiya (febril qıcolmalar) zamanı baş beyində qan dövranının pozulması və beyin ödemi nəticəsində meydana çıxır.

Qıcolmalar yayılmış (generalizəolunmuş) və lokal (parşial) ola bilər. Tipinə görə kloniki, toniki və kloniki-toniki qıcolmalara rast gəlinir. Qıcolma adətən tonik fazadan başlayır. Uşaq birdən-birə ətrafla təması itirir, başını arxaya

dartır, yuxarı ətraflar yığılır, aşağı ətraflar isə açılır, trizm meydana çıxır. Nəbz zəifləyir, tənəffüs qısa müddətə dayanır. Bundan sonra səsli, xırıltılı tənəffüs meydana çıxır və tutma kloniki mərhələyə keçir. Bu mərhələdə əzələ qrupları tez-tez yığılıb-açılır, sanki səyriyir. Tutmanın sonunda uşaq ayılır, tənəffüs və ürək fəaliyyəti bərpa olur. Epileptik tutmalar zamanı xəstə uşaqda qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı, müvəqqəti dezorientasiya müşahidə olunur. Febril qıcolmalar adətən 30-45 saniyədən çox çəkmir. Qıcolma tutması daha uzun davam edə bilər. Ağır hallarda tutma qıcolma statusuna keçir. Bu zaman tutmalar bir-birini əvəz edir. Qıcolma statusu uşağın həyatı üçün təhlükəlidir.

Qıcolma tutması zamanı yardım:

- təcili yardımı çağırmaq;
- uşağı mexaniki zədələnmədən qorumaq;
- havanın sərbəst axınını təmin etmək, yaxasını açmaq, sıxan paltarlardan azad etmək;
- uşağı böyrü üstə çevirmək.

Həkimin təyinatı ilə əzələ və ya venadaxilinə 0,5%-li seduksen (relanium, sibazon) 0,1-0,2 ml/kq, lazım gəldikdə 25%-li maqnezium-sulfat məhlulu vurulur. Ağır hallarda 1%-li heksenal, 0,25%-li droperidol (ə/d və ya v/d) yeridilir.

Qıcolma tutması baş verdikdə qıcolmanın səbəbi aşkar edilməlidir. Uşaq nevtopatoloq tərəfindən müayinə olunmalıdır. Febril qıcolmalar zamanı tutmanın təkrar olunmaması üçün antipiretiklər təyin edilir. Spazmofiliya zamanı vena daxilinə və ya daxilə kalsium preparatları təyin edilir.

Tibb bacısı qıcolma tutması keçdikdən sonra valideynlərə psixoloji dəstək verməli, onları və uşağı sakitləşdirməlidir. Uşağın hospitalizasiyası lazım gəldikdə anaya uşağı hazırlamaqda kömək etməlidir.

BAYILMA

Bayılma - arterial təzyiqin kəskin aşağı düşməsi və hü-şun qısamüddətli itməsi ilə xarakterizə olunan kəskin damar çatmamazlığıdır. Bu zaman beyin toxumasında işe-miya, maddələr mübadiləsinin zəifləməsinin nəticəsində ürək fəaliyyətinin və tənəffüsün pozulması meydana çıxır. Həyati vacib funksiyalar zəifləsə də tamamilə itmir : xəstə nəfəs alır, ürəyi döyünür. Bayılma qısamüddətli (adətən 20 saniyədən az) olur.

Səbəblərindən asılı olaraq bayılmanın müxtəlif növləri ayırd edilir:

1.Periferik damar pozğunluğu nəticəsində baş verən bayılmalar:

a) **vazovaqal bayılma** - şaquli vəziyyətdə baş verir. Adətən yeniyetmələrdə kəskin emosional stress (qorxu, qan gördükdə), ağrı, qapalı, hava çatışmayan otaqda olduq-da, uzun müddət ayaqüstə dayandıqda, fiziki gərginlik, dar paltarlar geyindikdə, azan sinirin qıcıqlanması, periferik damarların kəskin genişlənməsi və ürək yığılmalarının lən-giməsi nəticəsində baş verir.

b) **ortostatik bayılma** - uzanmış və ya oturmuş vəziyyət-dən qəflətən ayaqüstü vəziyyətə keçdikdə baş verir. Belə ki, qan aşağı ətraflarda yığılır və damarların tonusdan düşmə-si nəticəsində qanın ürəyə qayıtması ləngiyir. Hipotenziya meydana çıxır və beyinin oksigenlə təmin edilməsi kəskin azalır.

2. Hemostazın pozğunluqları nəticəsində meydana çıxan bayılmalar - intoksikasiyalar, qanitirmə, ağır pnev-moniya, ekssudativ plevrit zamanı meydana çıxır. Bu za-man ümumi hipoksiya (oksigenin miqdarının azalması), hi-poqlikemiya, qan azlığı nəticəsində beyinin hipoksiyası baş

verir ki, bu da bayılmanın meydana çıxmasına səbəb olur.

3. Ürək xəstəlikləri ilə əlaqədar olan bayılmalar (kardiogen bayılma) - bu zaman ürəyin sistolik və dəqiqəlik həcmnin azalmasından bayılma baş verir. Qulaqcıq-mədəcik blokadası (Adams-Stoks-Morqani tutması), səyirici taxikardiya və fibrilyasiya, ekstrasistoliya, kəskin ekssudativ perikardit, miokardit, mitral və aortal stenozlar zamanı rast gəlinir.

4.Reflektor mənşəli bayılmalar - bu bayılmanın əsas variantlarından biri-“karotid sinusu” sindromudur. Karotid sinirinin həssaslığı artmış xəstələrdə yuxu arteriyasını sıxdıqda və boyunu birdən çevirdikdə arterial təzyiq aşağı düşür və bayılma baş verir.

Əlamətləri. Bayılma kəskin meydana çıxır. Bəzən bundan əvvəl yarım bayılma vəziyyəti olur, ümumi zəiflik, özünü pis hiss etmək, qulaqlarda küy, gicgahlarda pulsasiya, gözlərdə qaralma hissiyyəti, ətrafların soyuması və keyiməsi meydana çıxır. Xəstənin dərisi soyuyur, avazıyır, bəbəklər daralır, nəbz zəifləyir, arterial təzyiq aşağı düşür, tənəffüs səthi və yavaşımış olur. Ayıldıqdan sonra dəri öz rəngini alır, nəbz və arterial təzyiq normallaşır. Bayılmadan sonra uşaq olanları yadına sala bilmir və müəyyən müddət başağrısı olur.

Bayılma zamanı təxirəsalınmaz yardım :

- xəstə başı aşağı, ayaqları yuxarı vəziyyətdə uzadılır;
- sıxıcı paltarlardan azad edilərək hava axını təyin edilir;
- ətrafları ovuşdurulur;
- ağır hallarda dəri altına kofein və ya kardiamin məhlulu vurulur.

Huşu özünə gəldikdən sonra uşağa fiziki və psixi sakitlik verilir. Bayılmanın səbəbi bilinmədikdə və ya uzun müddət davam etdikdə uşaq xəstəxanaya köçürülür.

KOLLAPS

Kollaps kəskin inkişaf edən damar çatmamazlığıdır. Arterial təzyiğin davamlı enməsi və həyati vacib orqanların qan dövrünün pozulması ilə xarakterizə olunur. Kollaps uşaqlarda daha çox rast gəlinir və ağır gedişli olur. Kollapsın səbəbləri çox müxtəlifdir. Ən çox ağır xəstəliklərin ağırlaşması kimi meydana çıxır.

Kollapsın aşağıdakı formaları ayırd edilir.

Kardiogen forma-ürək xəstəlikləri ilə əlaqədar. Ürək fəaliyyəti kəskin zəiflədiyindən beynin qan təchizatı pozulur. Bu, kəskin miokardit, perikardit və s. zamanı meydana çıxır.

İnfeksion forma-infeksion xəstəliyi törədən bakteriya və ya onun toksininin təsirindən ürək- damar pozğunluğu meydana çıxır.

Toksiki forma- orqanizmdə ümumi intoksikasiya nəticəsində meydana çıxır.

Hipoksemik forma-kəskin oksigen çatmamazlığı və ya yüksək atmosfer təzyiqi nəticəsində meydana çıxır.

Pankreatik forma – mədəaltı vəzin zədələnmələri nəticəsində meydana çıxır.

Dehidratasion forma – böyük həcmdə maye itkisi (təkrari qusma, ağır diareya, yanıqlar) nəticəsində meydana çıxır.

Enterogen forma – mədə rezeksiyası olunmuş xəstələrdə çoxlu qida qəbulundan sonra meydana çıxır.

Ortostatik forma – uzun müddət ayaqüstə qaldıqda baş verir. Qanın venalarda toplanması nəticəsində ürəyin qan təchizatı pozulur. Bəzi dərman maddələrinin qəbulu nəticəsində də ortostatik kollaps baş verir.

Hemorragik kollaps-çoxlu qanitirmə zamanı dövr edən qanın kütləsinin azalması nəticəsində meydana çıxır.

Stres nəticəsində baş verən kollaps - ən çox uşaqlarda qorxu nəticəsində baş verir.

Kollapsın əlamətləri. Formasından asılı olmayaraq kollapsın ümumi əlamətləri müəyyən edilir. Kollaps vəziyyəti kəskin inkişaf edir. Əvvəlcə kəskin zəiflik, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, gözlərdə qaralma hissiyyəti, üşütmə, ətrafların soyuması meydana çıxır. Xəstənin huşu saxlanılır, lakin bir qədər tormozlanma müşahidə edilir. Dəri və selikli qişalar avazıyır, soyuq tərlə örtülür, dodaqlar və dırnaqlar göyərir. Daha sonra sianoz əllərə və ayaqlara yayılır. Ürək fəaliyyəti zəifləyir, taxikardiya, ağır hallarda bradikardiya müəyyən edilir. Mil arteriyasında nəbz zəifləyir və ya itir. Arterial təzyiq aşağı düşür, mərkəzi venoz təzyiq 0-a qədər enir. Ürək tonları karlaşır, tənəffüs səthi olur. Oliguriya, ağır hallarda isə anuriya müşahidə olunur. Bədən temperaturu aşağı düşür. Bəzən qıcolmalar müşahidə olunur. Kollaps ağır vəziyyət olub, təcili tibbi yardım tələb edir.

Kollaps zamanı təxirəsalınmaz yardım. Müalicənin effektivliyi təxirəsalınmaz yardımın vaxtında və düzgün göstərilməsindən asılıdır. Kollaps inkişaf etdikdə tibb bacısı ilk növbədə həkimi çağırmalıdır. Həkim gələndək:

-xəstə ayaqları bir qədər qaldırılmaq şərtilə uzadılır, başı yana döndərilir;

-xəstəyə sakitlik verilir;

-xəstəni isitmək üçün üstünə isti adyal örtülür, ətraflarına isitqac qoyulur;

-sərbəst hava axını təmin edilir, lazım gəldikdə oksigen verilir.

Həkimin təyinatı ilə dəri altına kardiamin, kofein, kamfora və ya sulfokamfokain vurulur. Lazım gəldikdə inyeksiya 2-3 saatdan bir təkrarlanır. Ağır hallarda kardiamin natrium-xloridin izotonik məhlulunda həll edilərək yavaş-yavaş venaya

yeridilir. 1%-li mezaton əzələ daxilinə, dərialtına və ya fizioloji məhlulda həll edilərək venaya vurulur.

Kollapsın müalicəsində əsas şərtlərdən biri bu vəziyyətə səbəb olan xəstəliyin müalicəsi və səbəblərin aradan qaldırılmasıdır. Hemorragik kollaps zamanı ilk növbədə qanaxma dayandırılır və xəstəyə qanqəsicilər təyin edilir, qan və qanəvəzedicilər köçürülür. Ağrı zamanı ağrıqəsicilər, intoksikasiya zamanı dezintoksikasion terapiya aparılır. Maye itkisi olduqda dövr edən qan kütləsi bərpa olunur. Ürək çatmamazlığı əlamətləri olduqda ürək qlükozidləri, ağır hallarda hormonal preparatlar (prednizalon, hidrokortizon) vurulur.

ANAFİLAKTİK ŞOK

Anafilaktik şok klinik cəhətdən ən ağır allergik reaksiyadır. Anafilaktik şokun səbəbləri müxtəlifdir:

1.dərman preparatlarının qəbulu - penisillin qrupu antibiotikləri (penisillin, bisillin) streptomisin, sulfanilamid preparatları, pirazolon törəmələri (analgin, baralgin), aspirin, B qrupu vitaminləri, yodidlər, hormonal preparatlar, plazma və onu əvəz edən preparatlar, serumlar, vaksinlər, qamma-qlobulin, rentgenokontrast maddələr və s:

2.həşərat dişləməsi - bal arısı, eşşək arısı və s.;

3.qida allergiyası-yüksək allergenliyə malik müəyyən ərzaqların (inək südü, yumurta, balıq və s.) sensibilizə olunmuş adamlar tərəfindən qəbul olunması;

4.soyuq allergiyası - ilin soyuq vaxtında çayda, dənizdə çimərkən bədənə çox hissəsi soyuqla təmasda olduqda;

5.allergenlərlə spesifik immunoterapiya

İnkişaf mexanizmi. Anafilaktik şokun törənməsi üçün spesifik əksicisimlər əmələ gətirə bilən maddə ilə orqaniz-

min əvvəlcədən sensibilizasiyası vacibdir. Bu reagenlər allergenlərlə təkrar təmas zamanı sürətli anafilaktik reaksiyanın başlanmasına səbəb olur.

Bir çox infeksiyon xəstəlikləri əleyhinə profilaktik peyvəndlərin aparılması, dərman preparatlarının, ilk növbədə, antibiotiklərin (xüsusilə körpələrdə) geniş tətbiqi ümumi sensibilizasiya səviyyəsinin yüksəlməsinə səbəb olur. Tərkibində konservantlar, boyaq maddələri, antibiotiklər olan ərzaq məhsulları, eləcə də bəzi məişət-kimyəvi maddələrlə orqanizmin sensibilizasiyası mümkündür.

Anafilaktik şokun törənmə mexanizmində 3 mərhələ - immunoloji, patokimyəvi və patofizioloji mərhələlər ayırd edilir. E immunoqlobulinləri (əkscisimlər) hədəf orqanların hüceyrələrinin səthinə fiksə olunaraq, onların üzərində (adətən, parenximada) antigen-antitel kompleksləri əmələ gətirir. Bu isə anafilaktik şokun klinikasını yaradan bioloji fəal maddələrin-histamin, serotonin, asetilxolin və digərlərinin xaric olmasına səbəb olur.

Klinikası. Anafilaktik şokun ilk klinik simptomlarının başlanma vaxtına görə bir neçə tipi ayırd edilir. Əgər şok allergen təsirindən sonra 10 dəq. ərzində başlanırsa, onu **ildırımvarı**, 30 dəqiqəyə qədər sürətli, bir neçə saat keçdikdən sonra aşkarlanarsa, **yavaş, ləng** adlandırılır.

Anafilaktik şokun klinik təzahürləri müxtəlifdir. Hazırda onun 5 klinik variantı ayırd edilir: tipik forma, hemodinamik forma, asfiksik, serebral və abdominal formalar.

Sinir sisteminin, ürək-damar sisteminin və başqa orqanların zədələnməsindən asılı olaraq şokun klinikası da müxtəlifdir. Uşaqların əksəriyyətində şokun **tipik** formasına rast gəlinir. Bu, aşağıdakı əlamətlərlə səciyyələnir: həddən artıq zəiflik, ölüm qorxusu, narahatlıq, üzün, əllərin, başın dərisində iynə batması hissiyyəti və qaşınma, döş sümüyü

arxasında ağırlıq və döş qəfəsinin sıxılma duyğusu. Ürək nahiyəsində və qarında ağrılar olur. Tənəffüs çətinləşir, başgicəllənmə və başağrıları başlanır. Sonra xəstə huşunu itirir. Obyektiv olaraq dəri örtüklərinin hiperemiyası, yaxud avazıması və göyərməsi, müxtəlif ekzantemalar, göz qa-paqlarının və ya üzün ödemı, güclü tərləmə qeyd olunur. Xəstələrin əksəriyyətində ətrafların klonik qıcolmaları, bəzən isə tonik qıcolmalar, qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı başlanır. Bəbəklər genəlir, işığa reaksiya itir. Nəbz tezləşir, sapvəri olur, taxikardiya, bəzən bradikardiya, aritmiya qeyd olunur. Ürək tonları karlaşır, arterial təzyiq sürətlə enir, ağır hallarda diastolik təzyiq təyin olunmur. Təngnəfəslik, çətinləşmiş küylü tənəffüs və ağızdan köpük gəlməsi müşahidə edilir. Perkussiyada ağciyərlərdə timpanit, auskultasiyada iriqa-barciqlı yaş xırıltılar təyin olunur, ağciyər ödemı inkişaf edir. Anafilaktik şokun ağırlığı və onun nəticəsi bu pozuntuların şiddəti ilə müəyyən edilir.

Anafilaktik şokun tipik formasından başqa onun müxtəlif klinik variantları da müşahidə olunur. Anafilaktik şokun **hemodinamik formasında** ürək-damar sistemi fəaliyyətinin pozulması simptomları- ürək nahiyəsində şiddətli ağrılar, arterial təzyiqin sürətlə enməsi, ürək tonlarının karlaşması, nəbzın zəifliyi və ya itməsi, aritmiya ön plana keçir. Periferik damarlarda spazm və ya onların genişlənməsi, dəri örtüklərinin “mərmər şəklində” olması, mikrosirkulyasiyanın pozulması, sianoz müşahidə edilir.

Asfiksik formada klinik mənzərə kəskin tənəffüs çatışmazlığı əlamətlərinin üstünlüyü ilə gedir. Bu da qırtlağın selikli qişasının ödemı, bronxospazm, ağciyərlərin ödemı ilə izah olunur. Qaz mübadiləsi pozulur. Bu forma zamanı vəziyyətin ağırlığı və proqnoz tənəffüs çatışmazlığının dərəcəsi ilə müəyyən olunur.

Anafilaktik şokun beyin formasına da az təsadüf edilir.

Bu zaman klinik mənzərə, əsasən mərkəzi sinir sistemi fəaliyyətinin pozulması, psixomotor oyanma, qorxu, huşun pozulması, qıcolma, tənəffüs aritmiyası simptomları ilə səciyyələnir.

Abdominal forma üçün qarınüstü nahiyədə şiddətli ağrılar, peritonun qıçıqlanma əlamətləri ilə kəskin qarın simptomlarının başlanması səciyyəvidir. Bu da xoranın deşilməsi və ya bağırsaq keçilməzliyi kimi yanlış diaqnozların qoyulmasına səbəb ola bilər. Anafilaktik şokun bu formasında tipik simptomlar güclü deyil və xəstənin həyatı üçün təhlükə törətmir. Qarın ağrısı simptomu şokun ilk əlamətlərinin başlanmasından, adətən 20-30 dəq. keçdikdən sonra müşahidə edilir.

Bu formalardan başqa anafilaktik şokun **dəri forması** da olur ki, bu da nəhəng övrə və Kvinke ödeminin ardınca şokun başqa simptomlarının baş verməsi ilə səciyyələnir.

Anafilaktik şokun diaqnostikası çətinlik törətmir. Diaqnoz sürətlə inkişaf edən və spesifik allergenin təsiri ilə bilavasitə əlaqədar olaraq başlanan tipik klinik mənzərəyə əsasən təyin edilir. Proqnozu onun gediş sürətindən asılıdır. İldırımvari şok zamanı proqnoz pisdır. Vaxtında aparılmış tibbi yardım xəstənin həyatını xilas edə bilər. Ləng gedişli anafilaktik şok zamanı vaxtında aparılan intensiv müalicə müsbət nəticə verir.

Anafilaktik şokun ilk əlamətləri meydana çıxdıqda şok əleyhinə intensiv terapiya aparılmalıdır. Bütün müalicə tədbirləri düzgün, ardıcıl aparılmalı və şokun aşağıdakı patogenetik mexanizmlərinə əsaslanmalıdır:

- 1) Allergenin qan cərəyanına daxil olmasına son qoymaq (əgər bu mümkündürsə);
- 2) Qan dövranı və tənəffüs funksiyalarının kəskin pozğunluqlarını aradan qaldırmaq;
- 3) Başlanmış adrenokortikal çatışmazlığın korreksiyası;

- 4) Qandakı bioloji maddələrin neytrallaşdırılması;
- 5) Organizmin həyati əhəmiyyətə malik funksiyalarına yardım, yaxud ağırlaşmış hallarda reanimasiya tədbirləri.

Təxirəsalınmaz yardım. Şok əleyhinə müalicə tədbirləri aşağıdakı ardıcılıqla yerinə yetirilməlidir:

1. xəstəni uzatmalı, başını yana döndərməli, çənəni öne dartmalı;

2. beyinin qan dövrənini yaxşılaşdırmaq məqsədilə ayaqları təxminən 30 sm yuxarı qaldırılmalı;

3. allergenin orqanizmə daxil olmasının qarşısını almalı.

Allergenin orqanizmə daxil olmasının qarşısını almaq üçün:

- allergen yeridildiği yerdən yuxarıda 30 dəqiqədən çox olmayaraq turna (jqut) qoymalı; hər 10 dəqiqədən bir turna boşaldılmalı;

- iynə yeridilən yerin ətrafına 1:10 nisbətdə izotonik natrium-xloridlə durulaşdırılmış adrenalin (0,1%-li) yeritməli, həmin nahiyəyə buz qoymalı;

- arı sancması zamanı neştəri çıxartmalı;

- allergik maddə burun və gözə düşərsə, axar su ilə yuyulmalı;

- allergik maddə mədə-bağırsaq traktına düşərsə, aktivləşdirilmiş, əzilmiş kömür sorbitolla və ya maqnezium sulfatla per os verilməli.

4. əzələyə 0,1%-li adrenalin-hidroklorid məhlulu yeritməli; arterial əziyyət yüksəlmirsə, adrenalin yeridilməsi 10-15 dəq. sonra yenidən təkrarlanmalı.

5. venaya yüksək dozada qlükokortikoidlər (prednizalon 2-5 mq/kq) yeridilməli.

6. antihistamin preparatlar: 2,5%-li pipolfen, 1%-li dimedrol və ya 2%-li suprastin məhlulu inyeksiya etməli.

7. bronxospazm zamanı 24% -li eufillin məhlulu əzələyə yeridilməli.

8. ürək çatışmazlığında ürək glükozidləri (0,05%- li strofantin və ya 0,06%-li korqlükon) və diuretiklər (laziks, furosemid) yeritməli.

9. anafilaktik şok penisillindən törənmişsə, bir dəfə 1000000 TV penisillinaza 2ml fizioloji məhlulda həll edilərək əzələ daxilinə yeridilməli.

Şok əleyhinə preparatlar əzələyə, onların yeridilməsindən səmərə olmadıqda isə venaya inyeksiya edilməlidir. Belə ki, damar tonusu şiddətlə azaldıqda və adrenalindən səmərə olmadıqda venaya damcı üsulu ilə 0,2%-li noradrenalin və ya 1%-li mezaton məhlulu (qlükoza və ya xörək duzunun izotonik məhlulunda) yeridilir. Ürək glükozidləri və sidıqovucu preparatlar təyin edilir. Anafilaktik şok zamanı xəstəyə hormonların, ürək dərmanlarının, histaminolitiklərin və s. mütəmadi çatdırılmasını təmin etmək məqsədilə dərmanlar qatılmış mayələrin (xörək duzunun izotonik məhlulu, qlükoza və s.) damcı-damcı ardıkəsilmədən yeridilməsi xəstə həmin vəziyyətdən çıxana qədər davam etdirilməlidir. Həmin tədbirlər səmərə verməzsə, reanimasiya şəraitində intensiv müalicə (ürəyin qapalı masajı, ağızdan-ağıza süni tənəffüs, nəfəs borusunun intubasiyası, daha sonra ağciyərlərin süni ventilyasiyası) aparılır. Şokdan çıxarılmış xəstə 7-10 gün nəzarət altında olmalıdır.

DİABETİK KOMA

Şəkərli diabetin ən təhlükəli ağırlaşması diabetik ketoasidoz və bunun nəticəsində meydana çıxan diabetik komadır.

Ketoasidoz zamanı metabolik asidoz, hiperketonemiya, hiperqlikemiya (qanda qlükozanın miqdarı adətən 20 mmol/l çox olur) və susuzlaşma nəticəsində elektrolit tarazlığının pozulması meydana çıxır. Tədricən nəfəsalma pozğunluğu artır, hiperketonemiya ilə əlaqədar sinir sisteminə pozğunluqlar,

sirkulyator hemodinamik pozuntular meydana çıxır.

Diabetik komanın erkən kliniki əlamətləri polidipsiya (sidik ifrazının artması), zəiflik, əzginlik, yuxululuq, başağrıları, iş-tahanın pozulması, öyümə, qusmadır. Əgər xəstəyə yardım edilməzsə koma inkişaf edir, tədricən huş itir, bəbək daralır, dəri, vətər refleksləri zəifləyir. Dəri, görünən selikli qişalar quru, göyərmiş olur, ağızdan aseton iyi gəlir, tənəffüs toksiki xarakter alır (fasiləsiz, Kusmaul tənəffüsü), göz almalarının tonusu düşür, nəbz tezləşmiş, zəif dolğunluqlu olur, təkrari qusmalar, qarında ağrılar müşahidə edilir. Qaraciyər böyüyür, bəzən hə-rarət normal olur, nəzərəçarpan hiperqlikemiya və qlükozuriya olur.

Şəkərli diabet uşaqlarda ketoasidozla yanaşı **hiperosmol-yar koma** ilə də ağırlaşma bilər. Bu, əsasən südəmə uşaqlarda rast gəlinir. Hiperosmolyar koma tez inkişaf edir, kəskin susuzlaşma, yüksək bədən hərarəti, nevroloji pozğunluqlar, hiperqlikemiya, hipernatriyemiya, hemoqlobinin və hematokritin həddindən artıq yüksək göstəriciləri meydana çıxır.

Diabetik koma zamanı yardım. Diabetik koma zamanı uşaq stasionara yerləşdirilir. Müalicə insulin defisitini aradan qaldırmağa yönəldilir. Eyni zamanda toksikoz, asidoz və hipovolemiya aradan qaldırılır. Hər 2-3 saatdan bir 30-50 TV-dən 100 TV-yə qədər insulin vurulur. İnsulinin bir hissəsi vena daxilinə, qalan hissəsi isə dəri altına vurulur. Xəstənin huşu özünə gəldikdən sonra isə insulin 4-6 saatdan bir dəri altına vurulur. Dərin hemodinamik pozğunluqlar zamanı və ödemə qarşı mübarizə üçün vena daxilinə 10%-li albumin, Ringer-Lok məhlulu və 5%-li qlükoza (2:1 nisbətində qarışdırılaraq), neo-kompensan, poliqlükün vurulur.

Gün ərzində uşağa 1000 ml-dən 3000 ml-ə qədər məhlul vurulur. Həmin məhlullara vitaminlər, kokarboksilaza qatılır. Növbəti gün yenə mayelər təyin olunur, vena daxilinə və imalə

ilə Ringer-Lok, natrium- hidrokarbonat təyin olunur. Qusma kəsildikdən sonra mineral su, meyvə şirələri, meyvə-tərəvəz püreləri, şorbalar, kefir, süd, kəsmik verilir, yağlar məhdudlaşdırılır.

Komatoz vəziyyət qanda şəkərin miqdarı aşağı olduğu hallarda da ola bilər ki, bu, **hipoqlikemik koma** adlanır. Buna səbəb insulinin dozasının çox olması, kifayət qədər qidalanma, insulin iynəsindən sonrakı fiziki gərginlikdir. Hipoglikemik koma sürətlə inkişaf edir, zəiflik artır, dəri avazıyır, tərləmə, tremor, aclıq hissi, ürəkdöyünmə əmələ gəlir, sonra huşun itməsi, qıcolma, taxikardiya və ya bradikardiya, arterial təzyiqin yüksəlməsi, hipoglikemiya (qanda şəkərin aşağı düşməsi) müşahidə edilir.

Hipoglikemik komada yardım. Hipoglikemik komanın başlanğıc mərhələsində bir parça şəkər, mürəbbəli şirin çayla xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırmaq olar. Xəstənin vəziyyəti pisləşdikdə vena daxilinə 40%-li 20-40 ml qlükoza vurulur, nəm oksigen verilir, kofein təyin edilir. Komatoz vəziyyətdən çıxarıldıqdan sonra meyvə şirəsi, mannı sıyığı, kartof püresi verilir.

Hiperqlikemik və hipoglikemik komaların diferensial diaqnostikası:

Hiperqlikemik koma	Hipoglikemik koma
Səbəbləri	
İnsulin dozasının azlığı Qidalanma qaydalarının pozulması (karbohidrat, yağların çox qəbulu) Şəkərli diabetin gec diaqnostikası Yanaşı gedən xəstəliklər	İnsulin dozasının artıq olması Qidanın kifayət qədər olması, qidalanma rejiminin pozulması Həddindən artıq fiziki yüklənmə

Simptomları	
Huşun tədricən itməsi, prekomatoz vəziyyət Dəri və dil quru, dəri sianozlu Qıcolma olmur, əzələ hipotoniyası Ağızdan aseton iyi gəlir Hiperqilkemiya olur İştah azalır, ürəkbulanma, qusma olur Kusmaul tipli tənəffüs olur	Huşun qəflətən itməsi Dəri və dil nəm, dəri solğun Qıcolma olur, əzələ rigidliyi meydana çıxır Ağızdan aseton iyi gəlmir Hipoqlikemiya olur İştah artır Tənəffüs səthi olur

ZƏHƏRLƏNMƏLƏR

Zəhərlənmə zəhərli maddələrin orqanizmə təsiri nəticəsində əmələ gələn patoloji vəziyyətdir. Zəhərli maddələr orqanizmə peroral (ağızdan), tənəffüs yollarından, dəridən, parenteral yolla (inyeksiya, xarici qulaq keçəcəyi, ilan sancması, həşərat dişləməsi və s.) daxil ola bilər.

5 yaşına qədər uşaqlar təsadüfi zəhərlənmələrə görə yüksək risk qrupuna daxildir. Uşaqlarda zəhərlənmə böyüklərə nisbətən daha ağır gedişi ilə fərqlənir. Bu, uşaqlarda dərinin, selikli qişaların, hematoensefalitik baryerin keçiriciliyinin yüksək olması, su-elektrolit mübadiləsinin ləbilliyi və sinir sisteminin qeyri-yetkinliyi ilə əlaqədardır.

Uşaqlarda ən çox təsadüf edilən zəhərlənmələr-qida və kimyəvi zəhərlənmələrdir. Keyfiyyətsiz, saxlanma müddəti keçmiş ərzaq məhsullarının qəbulu nəticəsində əmələ gələn zəhərlənmələr **qida zəhərlənmələri** adlanır. Kimyəvi maddələr ilə (dərman preparatları, məişət kimyası vasitələri və s.) zəhərlənmələr isə **kimyəvi zəhərlənmələr** adlanır. Yeməli göbələklərlə zəhərlənmə qida, zəhərli göbələklərlə zəhərlənmə isə kimyəvi zəhərlənmələrə aiddir. İlan, əqrəb, arı sancması

kimyəvi zəhərlənmələrə aid edilir.

Kəskin zəhərlənmə zamanı 3 dövr ayırd edilir:

1) **gizli dövr** – zəhərin qəbul edildiyi vaxtdan ilk kliniki əlamətlərin meydana çıxmasına qədər olan dövrdür

2) **toksigen dövr**- zəhərin orqanizmə ümumi toksiki təsir göstərdiyi dövrdür

3) **somatogen dövr** –bu zaman zəhər ürəyə, qaraciyərə, ağciyərlərə və ya böyrəklərə seçici təsir göstərir.

Əlamətləri: ürəkbulanma, qusma, sinədə və qarında ağrı, tənəffüsün məhdudlaşması, tənəffüs çatmamazlığı, ürək aritmiyası, ürək çatmamazlığı, tərləmə, zəiflik, baş ağrısı, başgicəllənmə, qıcolmalar, huşun itməsi, dəri örtüklərinin avazıması, akrosianoz və s.

Təxirəsalınmaz yardım. Kəskin zəhərlənmə zamanı təxirəsalınmaz yardım bir neçə mərhələdə aparılır:

Birinci mərhələ - həyati vacib funksiyaların bərpa olunması. Zəhərlənmə nəticəsində ürək və ağciyərlərin fəaliyyəti dayanarsa, ilk növbədə ürək-ağciyər reanimasiyası aparılmalıdır.

İkinci mərhələ - qana sorulmamış zəhərin bədənədən xaric edilməsi. Zəhər dəriyə və selikli qişalara düşdükdə çoxlu miqdarda axar su ilə yuyulur, gözlərə düşdükdə qaynanmış su və ya fizioloji məhlulla təmizlənir.

Mədə və bağırsaqlardan zəhəri xaric etmək üçün aşağıdakı üsullardan istifadə edilir: mədənin yuyulması (zondla və ya zondsuz), qusdurucu maddələrin istifadəsi, durulaşdırma, imalə, işlədicilərin verilməsi. Mədənin yuyulması zəhərli maddələrin orqanizmdən xaric edilməsinin ən yaxşı üsuludur. Mədə adi təmiz su ilə yuyulur. Uşaqlarda yuyulma üçün istifadə edilən mayenin (su, fizioloji məhlul) miqdarı 40 ml/kq-dan artıq olmamalıdır, əks-təqdirdə sudan intoksikasiya əmələ gələ bilər.

Mədənin zondsuz yuyulması uşaq huşunu itirməyibsə, vəziyyəti ağır deyilsə istifadə olunur.

Mədənin zondla yuyulması daha effektiv üsul olub zəhərin mədədən daha tez xaric olmasına imkan verir.

Bağırsaqlarda olan zəhəri xaric etmək üçün iki üsuldən istifadə olunur:

1. sifon imaləsi - ən effektiv üsuldür
2. işlədici dərmanların verilməsi (maqnezium-sulfat məhlulu) – imalə etmək mümkün olmadıqda tətbiq edilir.

Qusdurucu maddələr uşaqlarda az tətbiq olunur. Zəhərlənmədən 30 dəqiqədən çox vaxt keçdikdə xəstəni qusdurmaq faydasızdır. Məcburu qusma yaratmaq üçün ipekakuana siropu (15 ml/kg) verilir.

Durulaşdırma məqsədlə uşağa çoxlu maye içizdirilir. Bu, mədədə zəhərin konsentrasiyasını azaltmağa imkan verir. Durulaşdırma üsulu turşu, qələvi və aşındırıcı kimyəvi maddələrlə zəhərlənmə zamanı tətbiq edilir.

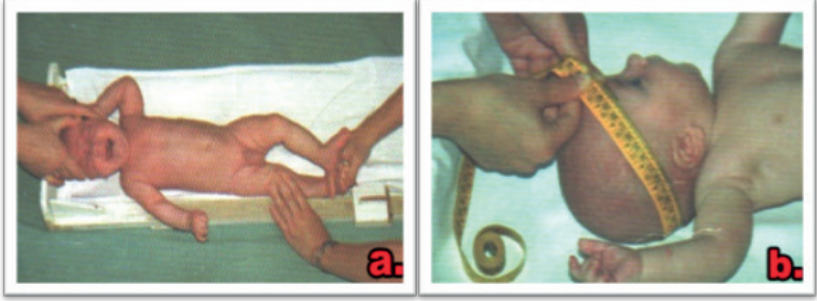
Üçüncü mərhələ - enterosorbsiya. Bu məqsədlə mədəyə aktivləşdirilmiş kömür və ya ağac kömürü (polifepan) yeridilir. Aktivləşdirilmiş kömür mədənin yuyulmasından əvvəl və sonra təyin edilir.

Dördüncü mərhələ-qana sorulmuş zəhərin neytrallaşdırılması (antidotların verilməsi, hemosorbsiya, hemodializ, peritoneal dializ, detoksikasion terapiya).

Beşinci mərhələ - pozulmuş funksiyaların bərpası. Zəhərlənmə zamanı zəhərin xarakterindən asılı olaraq müxtəlif üzv və sistemlərin funksiyası pozulduğundan bu mərhələdə bərpa müalicəsi aparılmalıdır.



ŞƏKİL 1. Yenidoğulmuş uşaqlarda fizioloji reflekslər:
a. ovuc-ağız refleksi; b. tutma refleksi; c. müdafiə refleksi;
d. avtomatik yerləş; e. Qalant refleksi; f. Peres refleksi



ŞEKİL 2. Yenidoğulmuş uşaqalarda antropometrik ölçmələr:
a. boyun uzunluğunun ölçülməsi; b.başın dairəsinin ölçülməsi



ŞEKİL3. Yenidoğulmuşların gündəlik tualeti:
a.qulaqların təmizlənməsi; b.dərinin təmizlənməsi;
c.burunun təmizlənməsi; d.çimizdirilməsi



ŞÖKİL 4. Yenidođulmuşlarda daban testi



ŞÖKİL 5. Yenidođulmuşların isidilmē üsulları:
a. "dēri-dēriye tēması"; b. kŭvez



ŞÖKİL 6. Yeni kēsilmiş normal gŭbēk gŭdŭlŭ



ŞƏKİL 7. Omfalit



ŞƏKİL 8. Yenidoğulmuşlara oksigenin verilmə üsulları:
a.nazal konyula; b.maska



ŞƏKİL 9. Yenidoğulmuşların he-
molitik xəstəliyi (sarılıqlı forma)



ŞƏKİL 10. Daun sindromu



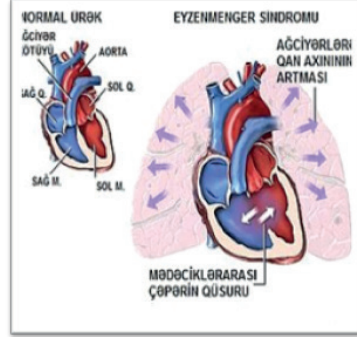
ŞEKİL 11. Nebulayzer terapiyası



ŞEKİL 12. Aftoz stomatit



ŞEKİL 13. Dəri sınağının aparılması



ŞEKİL 14. Anadangəlmə ürək qüsuru



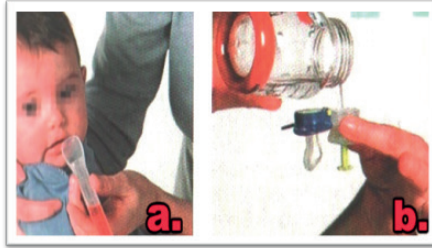
ŞEKİL 15. Revmatoid artrit zamanı oynaq deformasiyaları



ŞEKİL 16. Talassemiya



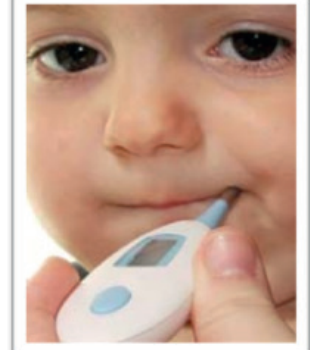
ŞƏKİL 17. Vərəm zamanı döş qəfəsinin rentgenoqramması:
a. vərəm bronxadeniti; b. kaverno vərəm



ŞƏKİL 18. Dərman preparatlarının peroral verilməsi:
a. ölçü qaşığı ilə; b. əmzikle



ŞƏKİL 19. Yenidoğulmuşlara müalicəvi şamların qoyulma qaydası



ŞƏKİL 20. Termometriya

FƏSİL 19. TƏCRÜBİ BACARIQLAR

ANTROPOMETRİYA

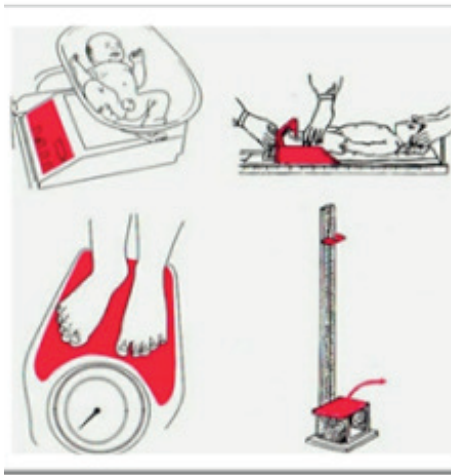
Antropometriya – uşağın fiziki inkişafına qiymət vermək, xəstəlikləri (mikrosefaliya, hidrosefaliya, distrofiya və s.) aşkar etmək və dərman preparatlarının dozasını hesablamaq üçün aparılır.

Bədən çəkisinin ölçülməsi- səhər saatlarında yemək qəbulundan əvvəl aparılır. Yaxşı olar ki, uşaq soyundurulsun. Zəif uşaqlar paltarla çəkilir, sonra isə alınmış göstəricidən paltarın çəkisi çıxılır.

İki yaşadək uşaqların çəkisi elektron və ya fincanşəkilli tərəzilərdə ölçülür: 6 ayadək uzanmış, 6 aydan sonra isə oturmuş vəziyyətdə 2 yaşdan böyük uşaqların çəkisi adi tibbi tərəzidə ölçülür.

Bədən uzunluğunun ölçülməsi-1 yaşadək uşaqlarda horizontal boyölçən, böyük yaşlarda isə şaquli boyölçənlə aparılır. Uşağın başını elə saxlamaq lazımdır ki, gözün xarici bucağı ilə qulaq seyvanının yuxarı hissəsi bir xətt üzrə dayansın. Bu zaman ənsə, kürekarası nahiyə, oma və dabanlar şkalaya söykənmiş olmalıdır (şəkil 2.a, səh. 520).

Başın və döş qəfəsinin dairəsinin ölçülməsi- santimetr lenti ilə aparılır. Başın dairəsi ölçülərkən santimetr lenti arxadan ənsə qabarılarından, öndən isə qaşüstü qövslər-



dən keçməlidir (şəkil 2.b, səh. 520). Döş qəfəsinin dairəsi ölçülərkən böyük uşaqlar qolları yanlara sallanmış vəziyyətdə oturmalı, körpə uşaqlar isə uzandırılmalıdır. Bu zaman ölçü lenti arxadan kürək sümüklərinin aşağı bucaqlarından, öndə isə döş gilələrinin üzərindən keçməlidir. Kiçik yaşlı uşaqlarda döş qəfəsinin dairəsi yalnız sakitlik vəziyyətində, böyük yaşlı uşaqlarda isə nəfəsalma, nəfəsvermə və sakitlik vəziyyətində ölçülür.

Lazım gəldikdə digər antropometrik ölçmələr də (qarının, bazunun, budun dairəsi) aparıla bilər.

TERMOMETRİYA

Termometriya bədən hərəkətinin ölçülməsi deməkdir. Prosedur tibb bacısı və ya həkim tərəfindən aparılır.

Lazım olan ləvazimatlar: civəli termometr, elektron termometr, infraqırmızı elektron termometr, pambıq kürəciklər, steril tibbi vazelin ,antiseptik məhlul(70%-li etil spirti və ya 2%-li xlorheksidin) Hər uşaq üçün fərdi termometr olması məqsədəuygundur.

Prosedurun aparılma texnikası:

a) Periferik temperaturun ölçülməsi

- əlləri yumalı və antiseptik məhlulla işləməli;
- termometri 70%-li spirtlə işləməli;
- termometrin göstəricisi 34⁰C-yə düşənə qədər silkələməli;
- termometrin civəli ucunu qoltuqaltı çuxurun ortasında yerləşdirib, uşağın qolunu bədəninə doğru yüngülcə sıxmalı;
- termometri 4 dəqiqədən az olmayaraq saxlamalı;
- termometri çıxarıb göstəricilərini oxumalı və qeyd etməli.

temperaturun elektron termometrlə ölçülməsi

- termometrin ucundan qoruyucu qapağı çıxarılmalı;
- termometri işə salmalı və hazır olması haqqında səs

siqnalı gələnə qədər gözləməli;

-termometrin ucunu qoltuqaltı çuxurun ortasında yerləşdirməli;

-ölçülmənin qurtarması haqqında səs siqnalını gözləməli;

-termometri çıxarıb göstəricilərini oxumalı və qeyd etməli.

b) Mərkəzi temperaturun ölçülməsi

temperaturun civəli termometrlə düz bağırsaqda ölçülməsi:

-əlləri yumalı və antiseptik məhlulla işləməli;

-termometri 70%-li spirtlə işləməli;

-termometrin göstərici 34°C-yə düşənə qədər silkələməli;

-termometrin ucuna vazelin sürməli;

-uşağı kürəyi və ya böyrü üstə uzandırmalı;

-termometri 3 dəqiqədən az olmayaraq saxlamalı;

-termometri çıxarıb göstəricilərini oxumalı və qeyd etməli.

temperaturun elektron termometrlə düz bağırsaqda ölçülməsi:

-əlləri yumalı və antiseptik məhlulla işləməli;

-termometrin ucundan qoruyucu qapağı çıxarmalı;

-termometrin ucunu 70%-li spirtlə işləməli;

-termometri işə salmalı və hazır olması haqqında səs siqnalı gələnə qədər gözləməli;

-termometrin ucuna vazelin sürməli;

-uşağı kürəyi və ya böyrü üstə uzandırmalı;

-termometrin ucunu 2-3 sm dərinlikdə ehtiyatla düz bağırsağa yeritməli;

-ölçülmənin qurtarması haqqında səs siqnalını gözləməli;

-termometri çıxarıb göstəricilərini oxumalı və qeyd etməli.

temperaturun elektron termometrlə ağız boşluğunda ölçülməsi:

-əlləri yumalı və antiseptik məhlulla işləməli;

-termometrin ucundan qoruyucu qapağı çıxarmalı;

-termometri 70%-li spirtlə işləməli;

-termometri işə salmalı və hazır olması haqqında səs signalı gələndə qədər gözləməli;

-termometri uşağın ağız boşluğuna salıb alt çənəni yuxarı damağa doğru yüngülcə sıxmalı (şəkil 20, səh 524);

-ölçülmənin qurtarması haqqında səs signalını gözləməli
-termometrin göstəricilərini oxumalı və qeyd etməli.

temperaturun infraqırmızı elektron termometrlə qulaq keçəcəyində ölçülməsi:

-əlləri yumalı və antiseptiklə işləməli;

-termometrin ucundan qoruyucu qapağı çıxarmalı;

-termometrin ucuna ucluq geydirməli;

-termometri işə salmalı;

-termometrin ucluğunu ehtiyatla uşağın qulaq keçəcəyinə yeritməli;

-düyməni basmalı və ölçməyə başlamalı;

-ölçülmənin qurtarması haqqında səs signalını gözləməli;

-termometri çıxarıb göstəricilərini oxumalı və qeyd etməli;

-istifadə olunmuş ucluğu çıxarmalı.

Fəsadlar: düz bağırsaqda, ağız boşluğunda, qulaq keçəcəyində mexaniki zədələnmələr.

ANTİBİOTİKLƏRİN HƏLL EDİLMƏSİ VƏ MİQDARININ HESABLANMASI

Parenteral yeridilmə üçün antibiotiklər rezin tıxacla hermetik bağlanmış flakonlarda və ya ampulalarda buraxılır. Adətən preparatlar quru toz şəklində, bəzən isə inyeksiya üçün steril məhlul halında istehsal olunur. Məhlul halı yalnız davamlı maddələr üçün (linkomisin, gentamisin sulfat, rifampisin və s.) yolveriləndir.

Əzələ daxilinə yeridilən antibiotikləri həll etmək üçün həl-

ledicilər əlavə olunur (distillə olunmuş su, natrium-xloridin izotonik məhlulu, 0,25-0,5%-li novakain, lidokain məhlulu). Kiçik yaşlı uşaqlar üçün antibiotiklər həlledici ilə 1:1 nisbətində qarışdırılır, yəni hər 100.000 TV antibiotikə 1 ml həlledici götürülür. Böyük yaşlı uşaqlarda antibiotiklər 2:1 nisbətində həll edilir. Hər 100.000 TV antibiotik üçün 0,5 ml həlledici götürülür. Hər 1ml hazırlanmış məhlulda 200.000 TV antibiotik olur. Kiçik çəkili uşaqlarda antibiotiklərin həll edilməsi xüsusi yanaşma tələb edir. Antibiotiklər elə həll edilməlidir ki, çəkisi 1500 qr-a qədər uşaqlara 0,5 ml-dən, 1800-2000 qr olan uşaqlara 1 ml-dən çox məhlul vurulmasın.

Vena daxilinə vurmaq üçün nəzərdə tutulan məhlulun miqdarı əzələ daxilinə olandan 2-3 dəfə çox olmalıdır.

Antibiotikləri həll etmək üçün həlledicinin miqdarının hesablama alqoritmi:

1. Təyinat vərəqəsinə əsasən antibiotikin lazımı dozası müəyyən edilir;

2. Flakonun üzərində yazılmış antibiotikin miqdarı müəyyən edilir;

3. Həlledicinin ml-lə miqdarı hesablanır:

X_{ml} = flakondakı antibiotikin miqdarı: 1 ml-də olmalı olan antibiotikin miqdarı

Məsələn: Çəkisi 2400 qr olan uşağa həkim 50.000 TV benzilpenisillin təyin edib. Flakonda 250.000 TV quru preparat var. Quru preparatı həll etmək üçün X ml həlledici lazımdır. $250.000TV:50.00TV = 5$ ml.

Uşağa yeridilməli olan antibiotikin ml-lə miqdarının hesablanma alqoritmi:

1. Flakonun üzərində yazılmış 1 ml-də olan antibiotikin dozası müəyyən edilir;

2. Vahidlər (mq, q) uyğunlaşdırılır;

3. Antibiotikin miqdarı hesablanır:

Yml = həkim tərəfindən təyin edilən doza: 1ml-də olan antibiotikin dozası

Məsələn: Uşağa 16mg gentamisin sulfat vurmaq lazımdır. 1ml-də 40 mg preparat var (4%-li 2 ml-lik ampuladır, yəni $2 \times 4 : 100 = 0,08 = 8$ mg. Deməli, 1 ml-də 40 mg preparat var). Buna görə də uşağa $16 : 40 = 0,4$ ml məhlul yeridilməlidir.

NƏBZİN MÜAYİNƏSİ

Nəbz ürəyin qanı arteriyalara qovması nəticəsində damar divarının təkanvari hərəkətidir. Nəbz tezliyi erkən yaşda çox olur və uşağın yaşı, cinsi, bədən hərərətindən asılı olaraq dəyişir. Bədən temperaturunun 1°C yüksəlməsi nəbz vurğularının 1 dəq.-ki sayını 8-10 vurğu artırır. Uşağın ağlaması, qışqırması, əmməsi nəbz tezləşməsinə səbəb olur.

Nəbzi gicgah, yuxu, bud və mil arteriyalarında təyin edirlər. Nəbzi 1 dəq, 30 və 15 saniyəyə saymaq olar. 15 saniyədə 4-ə, 30 saniyədə isə 2-yə vurmaq lazımdır. Yuxuda saymaq daha asan olur. Nəbzi II, III, IV barmaqların sonluqları ilə mil arteriyasında tapır və sayırlar. Sayarkən onun tezliyi, gərginliyi, dolğunluğu, ritminə fikir verilir. Nəbz qeyd edilən göstəriciləri ürəyin işindən, damar divarının vəziyyətindən və tonusundan asılı olur.

Nəbz dolğunluğu ürəyin sistolik həcmindən və ürək atımının miqdarından asılı olur. Ürək atımının miqdarı normal olduqda, yaxud artdıqda dolğun nəbz, az olduqda isə kiçik nəbz (boş nəbz) əllənir.

Nəbz gərginliyi arterial təzyiqin səviyyəsindən asılı olur, arterial təzyiq artdıqca nəbz gərginliyi də artır.

Uşaqlarda nəbzın tezliyi yaşdan asılı olaraq dəyişir. Uşağın yaşı nə qədər kiçik olarsa, nəbzın sayı daha çox olur, uşaq böyüdükcə nəbzın tezliyi azalır. Nəbzın sayının yaş normasından çox olmasına **taxikardiya**, az olmasına isə **bradikardiya** deyilir. Nəbz dalğaları arasındakı fasilələrə əsasən nəbzın ritmi barədə fikir yürüdüür. Nəbz dalğaları arasındakı fasilə eyni bərabərlikdə və nəbz dalğaları eyni hündürlükdə olarsa, belə nəbz ritmik nəbz adlanır. Nəbzın ritminin pozulmasına **aritmia** deyilir.

Bəzən nəbz dalğası o qədər zəif olur ki, nəbz dalğası periferiyaya getmir, periferik nəbzın sayı ilə ürək vurğuları arasında fərq olur. Yəni nəbz kəsiri əmələ gəlir.

ÜYT-nin yaşa uyğun göstəriciləri

Yaş	1 dəqiqədə ürək vurğularının sayı
Yenidoğulmuş	120-140
1-2 yaş	110-120
3-7 yaş	110-90
8-12 yaş	80-75
12-15 yaş	70-75

ARTERIAL TƏZYİQİN ÖLÇÜLMƏSİ

Arterial təzyiq (AT) qanın arteriya divarına göstərdiyi təsir qüvvəsi hesabına meydana çıxır və ürək yığılmalarının gücündən, damar tonusundan , dövr edən qan kütləsindən asılıdır.

AT-nin 3 növü vardır: sistolik, diastolik və nəbz təzyiqi. Sistolik təzyiq ürək fəaliyyətinin sistola fazasında əmələ gəlir. Bu zaman AT daha yüksək olur və maksimal təzyiq də adlanır. Diastolik təzyiq ürək fəaliyyətinin diastola fazasında meydana çıxdığından minimal həddə olur və minimal təzyiq

də adlanır. Nəbz təzyiqi isə sistolik təzyiqlə diastolik təzyiq arasında olan fərqdır. Sağlam uşaqlarda diastolik AT sistolik AT-nin $1/3 - 2/3$ hissəsini təşkil etməlidir.

Arterial təzyiq müxtəlif üsullarla təyin edilə bilər:

- 1) elektron ölçü cihazları ilə
- 2) auskultativ üsul
- 3) palpator üsul.

Elektron ölçü cihazları arterial təzyiqi barmaqda, biləkə, bazuda, ayaqda təyin etməyə imkan verir. Avtomatik tonometrlər havanı manjetə ötürən avtomatik sistemə malikdir. Yarımavtomatik cihazlarda isə hava manjetə rezin armudcuqla ötürülür, lakin digər əməliyyatlar avtomatik rejimdə həyata keçirilir. Bir neçə saniyədən sonra rəqəmli displeydə sistolik və diastolik təzyiqin göstəriciləri görünür. Bəzi modellərdə nəbzölçən, mikroprinter, saat, yaddaş bloku olur.

Arterial təzyiq auskultasiya metodu ilə (Korotkov metodu) də təyin edilir. Təzyiqi ölçmək üçün sfigmomanometr, tonometrədən istifadə olunur. Ölçmə qaydası böyüklərdə olduğu kimidir, lakin manjetin ölçüsü kiçik, yaşa uyğun olur. Manjetin eni uşağın bazu dairəsinin yarısına bərabər olmalıdır. Alınan nəticənin düzgünlüyü manjetin yaşa uyğun seçilməsindən asılıdır.

Arterial təzyiq sutkanın eyni saatlarında ölçülməlidir, çünki gün ərzində sistolik və diastolik təzyiq dəyişir. Yuxu zamanı təzyiq daha aşağı olur. Yemək yedikdən sonra sistolik AT artır, diastolik isə azalır.

AT 10-15 dəq. istirahətdən sonra sağ qolda (ilk dəfə hər iki qolda) ölçülməlidir. Ölçmə 3 dəq. intervalla 3 dəfə aparılır. Manjetin ürək səviyyəsində olması vacibdir. Arterial təzyiqi aşağı ətrafda da ölçmək olar. Bu zaman uşaq qarnı üstə uzadılır, manjet dizdən 3 sm yuxarı buda bağlanır. Fonendoskop dizaltı çuxura qoyulur. Aşağı ətraflarda AT yuxa-

rı ətraflara nisbətən 10mm.c.s. yüksəkdir.

Bəzən kiçik yaşlı uşaqlarda AT palpator metodla təyin edilir. Bu metod manjetdən havanı buraxarkən arteriyada nəbzın meydana çıxmasına əsaslanır. Bu üsulla yalnız sistolik təzyiqi müəyyən etmək olur və alınan nəticə auskultativ üsuldən 5-10 mm. c.s. aşağı olur.

Lazım olan vəsaitlər: tanometr, fonendoskop

Prosedurun aparılma texnikası:

- uşaq otuzdurulur və ya uzandırılır;
- AT ölçülən qoldakı paltar çıxarılır və həmin ətraf ovuc yuxarı olmaq şərti ilə düzləndirilir;
- manjet elə qoyulur ki, dirsək büküşü sərbəst qalsın;
- rezin balona hava o vaxta qədər vurulur ki, arteriyada nəbz itsin;
- sıxıcı açılır, hava buraxılır;
- şkalada ilk vurğunun əmələ gəlməsi maksimal (sistolik), itməsini və ya kəskin zəifləməsini göstərən rəqəm minimal (diastolik) təzyiqdır.

Uşaqlarda arterial təzyiqin göstəriciləri

YAŞ	SİSTOLİK		DİASTOLİK	
	MİN	MAX	MİN	MAX
2 həftəyə qədər	60	96	40	50
2-4 həftə	80	112	40	74
2-12 ay	90	112	50	74
2-3 yaş	100	112	60	74
3-5 yaş	100	116	60	76
6-9 yaş	100	122	60	78
10-12 yaş	110	126	70	82
13-15 yaş	110	136	70	86

TƏNƏFFÜSÜN SAYILMASI

Tənəffüs sistemini müayinə edərkən tibb bacısı tənəffüsün xarakterini, tezliyini, ritmini ayırd etməli, AHT-ni ölçməyi bacarmalıdır. Kiçik yaşlı uşaqlarda tənəffüs diafraqmal tipli, sonra qarışıq, 3-4 yaşdan sonra döş tipli olur. 7 yaşdan sonra oğlanlarda qarın, qızlarda döş tipli olur. Uşaqlarda tənəffüs səthi olur və tezliyi çox olur.

Tənəffüsün tezliyini təyin etmək üçün tibb bacısı əvvəlcə uşağın fikrini dağıtmaq məqsədilə əlini tutmalı, digər əlini isə uşağın qarına və ya döşünə qoyub, 1 dəq. ərzində tənəffüsü saymalıdır. Südəmər uşaqlarda isə fonendoskopu buruna tutmaqla tənəffüsü təyin etmək olar. Tənəffüsü yarım dəqiqə ərzində saydıqda alınan nəticə 2-yə, 15 saniyə saydıqda 4-ə vurulur. Uşağın ağlaması, qışqırması və müxtəlif patoloji vəziyyətlər, xüsusilə tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri tənəffüs tezliyinə təsir edir, buna görə də tənəffüsü uşaq yatarkən saymaq daha məqsədəuyğundur. Tənəffüs tezliyinin yaşa uyğun normaları aşağıdakı kimidir:

Ağciyərlərin həyat tutumu (AHT)

YAŞ	AHT (ml)	Həcm (ml)		
		Tənəffüs	Ehtiyat nəfəs vermə	Ehtiyat nəfəs alma
4-6	1100-1200	120	480	490
8-10	1600-1800	170	730	130
12-14	2200-2700	260	1000	100
14-16	2700-3800	400	1750	1650
Böyükklər	5000	500	1500	1500

SPİROMETRİYA

Spirometriya - ağciyərlərin funksional vəziyyətinə qiymət verməyin əsas metodudur. Bu üsulla ağciyərlərin tənəffüs həcmi (həyat tutumu) - AHT təyin edilir. AHT - maksimum nəfəsvermədən sonra uşağın ala bildiyi havanın maksimum miqdarına bərabərdir. AHT yaşdan asılı olaraq artır. 7 yaşa qədər olan uşaqlarda spirometriya az tətbiq olunur, 5 yaşadək uşaqlarda isə aparılmır.

Nəfəslə buraxılan hava cihazın içindəki silindri qaldırır və silindrin üzərindəki şkala üzrə havanın həcmi təyin edilir. Son zamanlar gəzdirilən portativ spirometrlər istehsal olunub.

Spirometriya aparılan gün uşaq yüngül yemək yeməlidir. Tibb bacısı uşağa müayinə zamanı düzgün nəfəsalma və nəfəsvermə qaydasını öyrətməlidir.

Lazım olan ləvazimatlar: spirometr, steril ucluqlar, burun sığıcısı.

Prosedurun aparılma texnikası:

- uşağın burnu sığıcı ilə tutulur;
 - uşaq ağzı ilə dərinədən nəfəs alır;
 - uşaq ağzı ilə spirometrin ucluğunu tutur;
 - dərinədən nəfəs verir;
 - prosedur 3 dəfə təkrar olunur;
 - alınan nəticələr toplanaraq orta nəticə alınır.
- Hər xəstədən sonra işlənmiş ucluqlar sterilizə edilir.

QANIN ÜMUMİ VƏ BİOKİMYƏVİ MÜAYİNƏYƏ GÖTÜRÜLMƏSİ

Qanın laborator müayinəsi ən çox yayılmış və mühüm diaqnostik prosedurlardan biridir. Qanın aşağıdakı müayinə üsulları var:

- 1) ümumi kliniki
- 2) biokimyəvi
- 3) seroloji
- 4) bakterioloji
- 5) immunoloji
- 6) hormonal

Analizin düzgün nəticəsi qanın müayinəyə düzgün götürülməsindən asılıdır.

Ümumi kliniki analiz üçün kapilyar və ya venoz qan götürülür. Qan psixi və fiziki sakitlik fonunda, acqarına götürülməlidir. Təkrari müayinələr eyni saatda aparılmalıdır. Belə ki, sutka ərzində qanın morfoloji tərkibi dəyişkən olur. Fiziki gərginlikdən, fizioterapevtik prosedurlardan, dərman preparatlarının parenteral yeridilməsindən, rentgenoloji müayinədən sonra analiz üçün qan götürülməməlidir. Qanın tərkibi yaşdan və cinsdən, iqlim və coğrafi şəraitdən asılıdır.

Ümumi kliniki analiz zamanı qanın morfoloji tərkibi: Hb, rəng göstəricisi, hematokrit göstəricisi, eritrositlərin, leykositlərin, trombositlərin sayı və faiz nisbəti, EÇS və s. təyin edilir.

Ümumi kliniki analiz üçün qan sol əlin 4-cü barmağından (bəzən qulaq sırğalığından), yenidoğulmuşlarda isə dabandan götürülür.

Lazım olan ləvazimatlar:steril əlcəklər, steril materiallar (pambıq kürəciklər, tənzip salfetlər), steril neştər, antiseptik

məhlul, şüşə kapilyar.

Aparılma texnikası:

- uşaq otuzdurulur və ya uzandırılır;
- tibb bacısı əllərini yuyur və steril rezin əlcək geyinir;
- sol əllə uşağın sol əlinin dördüncü barmağı tutulur;
- barmağın dərisi 70% -li spirtdə isladılmış pambıq kürəciklə (yenidoğulmuşlarda qaynanmış su ilə) silinir;
- spirt buxarlandıqdan sonra birdəfəlik steril skarifikator və ya neştər ilə cəld hərəkətlə barmağın ucu dəşilir;
- ilk damla quru steril pambıqla silinib atılır;
- şüşə kapilyarla sonrakı damla götürülür;
- dəşilmə yerinə antiseptikdə isladılmış salfet və ya pambıq kürəcik qoyulur;
- laboratoriya üçün göndəriş yazılır;
- götürülmüş material müayinə üçün laboratoriyaya göndərilir (əlavə 3, səh. 586)
- istifadə olunmuş materiallar utilizasiya olunur.

Biokimyəvi analiz üçün qan periferik venanın punksiyası yolu ilə və ya mərkəzi kateterdən götürülür. Biokimyəvi müayinə üçün qan mikrokateterlərlə, “kəpənək” iynə ilə, periferik kateterlərlə və ya venaseksiya yolu ilə götürülə bilməz. Punksiya kiçik kəsikli iri iynə ilə həyata keçirilir. Prosedur acqarına aparılmalıdır.

Lazım olan ləvazimatlar: steril əlcəklər, steril materiallar (pambıq kürəciklər, tənzif salfetlər, birdəfəlik şprislər, steril iynə, leykoplaster, antiseptik məhlul).

Aparılma texnikası:

- tibb bacısı əllərini yuyur, steril rezin əlcək geyir;
- uşaq otuzdurulur və ya uzandırılır;
- xəstənin qolu axıra kimi açılır;
- bazu nahiyəsinə sıxıcı (jqut) qoyulur;
- punksiya yeri 70% -li spirtdə isladılmış pambıq kürəciklə silinir;

- adi qayda ilə venapunksiya edilir;
- sıxıcı açılmadan qan sınaq şüşəsinə götürülür;
- sıxıcı açılır;
- iynə venadan çıxarılır, yerinə xüsusi leykoplaster yapışdırılır;
- laboratoriyaya göndəriş yazılır;
- götürülmüş material müayinə üçün laboratoriyaya göndərilir;
- istifadə olunmuş materiallar utilizasiya olunur.

Bakterioloji analiz bakteriemiyaya şübhə olduqda qanda dövr edən mikroorqanizmləri təyin etmək məqsədi ilə periferik venanın punksiyası yolu ilə aparılır. Əkilmə məqsədi ilə qan götürüldükdə aseptika və antiseptika qaydalarına riayət olunması vacibdir. Alınan nəticənin dəqiqliyi qanın götürülmə keyfiyyətindən asılıdır.

Prosedur tibb bacısı və ya həkim tərəfindən aparılır. Aparılma texnikası biokimyəvi analizdə olduğu kimidir.

Lazım olan ləvazimatlar:steril əlcəklər, steril materiallar (pambıq kürəciklər, tənzif salftələr, əsgilər), birdəfəlik şpris-lər,steril iynə (ölçüsü 21-23) və ya “kəpənək” tipli sistem (ölçüsü 23-25), leykoplaster, antiseptik məhlul (70%-li etil spirti və ya 2%-li xlorheksidin), içərisində qidalı mühit olan flakon və ya sınaq şüşələri, sınaq şüşələri yerləşdirmək üçün plastik və ya metal ştativlər.

Qanın götürülmə üsulları:

A. İçərisində qidalı mühit olan flakon və iynəli şprisdən istifadə etməklə

- Venanın proyeksiyası istiqamətində iynənin kəsiyi yuxarı, dəriyə paralel olmaqla dərinliyi dəşməli;
- İynəni ehtiyatla venanın mənfəzinə yeritməli;
- Şprisə 1-2 ml qan çəkməli;
- İynəni çıxarıb yerini qanın axması dayanana qədər pambıq kürəciklə və ya steril quru tənzif salftələ sıxmalı;

- Şprisdəki iynəni dəyişməli, içərisində qidalı mühit olan flakonun qapağını açıb, rezin tıxacı iynə ilə deşib, şprisdəki qanı içərisinə yeritməli;

- İynəni çıxarıb, flakondakı möhtəviyyatı qarışdırmaq üçün dairəvi hərəkətlərlə elə fırlatmaq lazımdır ki, tıxac islanmasın.

B. Qidalı mühit olan sınaq şüşələri və şprizsiz iynədən istifadə etməklə

- Venanın proyeksiyası istiqamətində iynənin kəsiyi yuxarı, dəriyə paralel olmaqla dərini deşməli;

- İynəni ehtiyatla venanın mənfəzinə yeritməli;

- Qan damlları görünən kimi sınaq şüşəsindəki tıxacı çıxarıb, iynənin kanyulasına yaxınlaşdırılmalı (elə etmək lazımdır ki, sınaq şüşəsinin kənarı iynənin kanyulasına toxunmasın);

- 1-2 ml qan götürüb, sınaq şüşəsini yenidən tıxacla qapamalı;

- İynəni çıxarıb yerini qanın axması dayanana qədər pambıq kürəcikle və ya steril quru tənzif salftlə sıxmalı;

- Götürülmüş nümunəni üzərində xəstənin soyadı, qanın götürülmə tarixi və vaxtı markerləməli;

- Əkilmiş qanı soyumadan qorumaqla təcili olaraq laboratoriyaya çatdırmalı;

- Prosedur haqqında qeydiyyat aparmalı.

Fəsadları

- iynə yerinin infeksiyalaşması

- hematoma

- tromboflebit və ya flebotromboz

- hava emboliyası

- venanı müşayiət edən arteriyanın deşilməsi və ya sinirin zədələnməsi.

QAN VƏ QAN KOMPONENTLƏRİNİN KÖÇÜRÜLMƏSİ

Köçürülən (transfuziya olunan) qan komponentləri:

Eritrositar kütlə - plazmadan ayrılmış eritrosit suspenziyasıdır. Əsasən anemiyanın korreksiyası üçün istifadə olunur. Qan itkiləri zamanı qanın həcmi bərpa etmək üçün istifadə oluna bilər. Hematokritik 75-80%-dir.

Qan – konservantların köməyi ilə stabiləşdirilən donor qanıdır və resipientə köçürmək üçün hazırdır. Kəskin qanitirmə hallarında itirilmiş qan həcmi bərpa etmək məqsədilə istisna hallarda (bir qayda olaraq təcili lazım olduqda) istifadə edilir.

Təzə dondurulmuş plazma (TDP)-dondurulmuş plazmadır. Tərkibində laxtalanma sisteminin komponentlərinin kompleksi, yağ, karbohidrat, duzlar və s. var. Əsasən qanaxmanı dayandırmaq və laxtalanma faktorlarının miqdarını korreksiya etmək məqsədilə (vit. K defisiti, DDL sindromu və s.) istifadə edilir. Nadir hallarda dövredən qanın həcmi bərpa etmək üçün (qanitirmə, susuzlaşma) istifadə oluna bilər. Dondurulmuş halda (-1)-(-25)⁰C temperaturda bir ilədək saxlanıla bilər. Plastik paketlərdə saxlanılır. Yalnız içində buz olan konteynerlərdə daşınmalıdır. 35-37⁰C -də əridilməlidir. Əridildikdən sonra 4-6 saat ərzində istifadə edilməlidir. Təkrar dondurmaq olmaz.

Trombositar kütlə - həyat qabiliyyətli və hemostatik aktiv trombositlərin suspenziyasıdır. Təzə qandan trombositoferez yolu ilə alınır. Qazanılmış (əsasən sepsisdə) və ya anadangəlmə trombositopeniyalar zamanı istifadə edilir. Yalnız plastik paketlərdə 22 ± 2⁰C temperaturda saxlanılır. Saxlama müddəti 24 saatdır, trombotomikserdə (fasiləsiz hərəkət edən paket) isə 5 sutkadır.

Leykositar kütlə - eritrositlərdən ayrılmış leykositlərin plazmadakı suspenziyasıdır. Tərkibində az miqdarda trombositlər var. Neonatal praktikada çox nadir hallarda (bir qayda olaraq sepsis zamanı meydana çıxan ağır leykopeniyada) istifadə edilir. Uzun müddət saxlamaq mümkün deyil və dərhal istifadə edilməlidir.

Kriopresipitat-laxtalanma faktorlarının konsentratıdır. Tərkibində fibrinogen, VII, XIII laxtalanma faktorları və digər zülallar var. Hemofiliyada, Villebrant xəstəliyində (laxtalanma faktorlarının anadangəlmə defisiti) istifadə edilir.

Qan və qan komponentlərinin köçürülməsinə göstərişlər: qanıtirmə, yenidoğulmuşun anemiyası, qanın laxtalanma sisteminin pozğunluğu və qanaxma, yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyi (mübadilə qan köçürülməsi) ola bilər.

Qan preparatlarını köçürməzdən əvvəl aşağıdakılara riayət etmək lazımdır:

- Etiketə baxaraq saxlama müddətini yoxlamalı;
- Paketin tamlığına əmin olmalı;
- RH faktorun sifariş edilən rezusa uyğun gəldiyinə əmin olmalı;
- Qan preparatının lazımı şəraitdə saxlanılmasını və transport edilməsini dəqiqləşdirməli;
- Uşağın valdeynlərindən qan köçürülməsinə yazılı razılıq almalı;
- Yenidoğulmuşun qan qrupunu və donor qanı ilə uyğunluğunu müəyyən etmək üçün uşaqdan qan alınmalı;
- Donor qanının qrupunu bir daha müəyyən etməli;
- Uşağın həyati vacib funksiyalarının (temperatur, ÜYS, tənəffüs, qan təzyiqi, əgər mümkündürsə, uşağın çəkisi) göstəricilərini müəyyən etmək və transfuziya üçün olan protokola daxil etməli;
- Venoz kateterin düzgün yerləşdirildiyinə və keçiriciliyinin

normal olduğuna əmin olmalı;

-Qan komponentlərinin köçürülməsi ilə bağlı bütün sənədləri düzgün doldurmalı;

-Eritrositar kütləni (EK) yaxşı olardı ki, xüsusi avadanlıq vasitəsilə 35-37°C-dək qızdırmalı;

-Prosedurdan əvvəl əllər yuyulmalı və təmiz əlcək geyinilməli;

-EK köçürmək üçün qan və qan komponentlərinin transfuziyası üçün xüsusi filtri olan sistemdən istifadə edilməli;

-Qan komponentini köçürmək məqsədilə paketin xüsusi qoruyucu qapağı açılaraq sistemə qoşulmalı;

-Sistemin sıxıcısı açılmalı və sistem tam qanla (və ya komponenti ilə) dolduqdan sonra sıxıcı bağlanılmalı;

-Qan preparatını köçürmək məqsədilə vena daxilindəki kateterin qoruyucu tıxacını açdıqdan sonra dərhal onu sistem şlanqı ilə birləşdirməli (beləliklə, bütün dəst transfuziya üçün hazır olur);

-Sistemin sıxıcısı açılaraq lazımi yeridilmə sürəti nizamlanmalı;

- Protokolda transfuziyanın dəqiq başlama vaxtı mütləq qeyd edilməli.

Transfuziya zamanı uşağın vəziyyətinə nəzarət etmək vacibdir. Uşağın ümumi vəziyyəti, bədən temperaturu, dəri örtüklərinin rənginin dəyişməsi və ya səpgilərin meydana çıxması, ÜYS və tənəffüsü qiymətləndirilməlidir. Bütün göstəricilər hemotransfuziya protokolunda qeyd edilməlidir. Transfuziya yerinə mütəmadi olaraq (qızartı və ya ödem meydana çıxması) nəzarət edilməlidir. Hər hansı bir ağırlaşma halında tibb bacısı dərhal hemotransfuziyanı dayandırmalı və həkimi çağırmalıdır.

Transfuziya protokolunda köçürmənin başa çatdığı dəqiq vaxt qeyd edilməlidir. Sistem bağlanılmalı və venadaxili kateter fizioloji məhlulla yuyulmalıdır. Tibb bacısı transfuziya yerini təkrar nəzərdən keçirməli (qızartı, ödem və s.), uşağın

vəziyyətini təkrar qiymətləndirməli və 24 saat ərzində onu nəzarətdə saxlamalıdır. Hər 3 saatdan bir əsas göstəriciləri : temperatur, nəbz, AT, diurez qeyd edilməlidir. Hemotransfuziya bitdikdən 3 saat sonra müayinə üçün pasiyentdən sidik nümunəsi götürülür. Hemotransfuziya protokolunda proseduranı aparmış həkim və tibb bacısı mütləq imza atmalıdır.

Əgər eritrosit kütləsi otaq temperaturunda 30 dəq.-dən çox qalmışdırsa, 6 saat ərzində mütləq istifadə olunmalıdır. TDP donu açıldıqdan sonra dərhal istifadə olunmalıdır. (+2)-(+6)⁰C temperaturda donu açılmış plazma 24 saat ərzində istifadə oluna bilər.

Eritrosit kütləsi və ya digər qan komponentləri köçürüldükdən sonra onların qalıqları və ya artıq qalan həcm soyuducuda 72 saat ərzində (+2)-(+6)⁰C temperaturda saxlanılmalıdır. Daha sonra qalıq qan utilizasiya edilir.

ƏSNƏK VƏ BURUNDAN BAKTERİOLOJİ MÜAYİNƏ ÜÇÜN YAXMA GÖTÜRÜLMƏSİ

Əsnək və burundan yaxma götürülməsi bioloji materialın bakterioloji müayinəsi məqsədilə aparılır. Müayinə acqarına, dişlər təmizlənməmişdən əvvəl həyata keçirilir. Planlı müayinədə materialın götürülməsindən iki həftə əvvəl antibiotik qəbulu, 5-7 gün əvvəl yerli antibakterial preparatların tətbiqi dayandırılır.

Bakterioloji analiz üçün materialın götürülməsi mümkün qədər steril şəraitdə aparılmalı və material steril qaba götürülməlidir. Əsnəkdən və burundan analiz üçün material steril pambıq sarınmış taxta, plastik çubuqla götürülür.

Göstəriş:

- əsnək və burunun mikroflorasının müəyyən edilməsi;

- karantin dövründə təmasda olanların müayinə edilməsi;
- bakteriyadaşıyıcıların aşkar edilməsi.

Lazım olan ləvazimatlar: maska, steril əlcəklər, şpatel, steril sınaq şüşəsi.

Prosedurun aparılma texnikası:

- tibb bacısı maska və rezin əlcək geyinir;
 - uşaq köməkçinin qucağında işıq mənbəyinə doğru otuzdurulur;
 - uşağın ağızı açılır (böyük uşaqlar özləri açır), dil şpatellə aşağı basılır;
 - tampon sınaq şüşəsindən çıxarılır;
 - dilə, dişlərə, ağızın selikli qişasına toxundurmada əsnək silinir, 2-3 yüngül hərəkətlə selik toplanır;
 - tampon ağızdan çıxarılır, sınaq şüşəsinin qırağına toxunmamaq şərtilə içərisinə qoyulur;
 - laboratoriyaya göndəriş yazılır;
 - bioloji material müayinə üçün laboratoriyaya göndərilir.
- Götürülmüş material laboratoriyaya mümkün qədər tez çatdırılmalıdır, çünki bioloji material (selik) tez quruyur. Bu da xəstəlik törədiciyinə öldürücü təsir göstərir.

ÜMUMİ KLİNİKİ MÜAYİNƏ ÜÇÜN BƏLĞƏMİN TOPLANMASI

Bəlgəm tənəffüs yollarının patoloji sekreti olub, burun – udlaq və ağız boşluğu möhtəviyyatı ilə birlikdə ifraz olunur. Bəlgəm səhər-səhər acqarına toplanır. Əvvəlcə xəstə dişlərini təmizləyir və ağızını qaynanmış su ilə yaxalayır. Bəlgəmi öskürək zamanı götürmək daha asandır. Kiçik yaşlı uşaqlarda öskürək törətmək üçün dilin kökünə basmaq lazımdır. Müayinə üçün bəlgəmi bronxoskopiya zamanı da götürmək olar. Bəzən kiçik yaşlı uşaqlarda udulmuş bəlgəmi toplamaq

maq üçün acqarına mədə yuyulur.

Qatı bəlğəmin daha yaxşı ifraz olunması üçün uşağa bəlğəmgətirici preparatlar, çay sodası qatılmış ılıq su içizdirilir və ya kürəyinə xardal kağızları qoyulur. Dərindən nəfəsalma və öskürmə bəlğəm ifrazını artır. Bəlğəm ağız kip bağlı quru, təmiz bankaya yığılır. Bəlğəmin miqdarı ən azı 3-5ml olmalıdır. Götürülmüş material göndəriş yazılaraq laboratoriyaya çatdırılır.

Bəlğəmin aşağıdakı kliniki müayinləri aparıla bilər.

Makroskopik müayinə: bəlğəmin miqdarı, rəngi, xarakteri, iyi, təbəqələnməsi, qarışıqların (netrotik və şiş toxuması, vərəm çöplərindən ibarət sarımtıl dənəciklər, askarid yumurtaları, elastiki liflər və s.) olması.

Mikroskopik müayinə: leykositlər, eritrositlər, epitel hüceyrələri, elastik liflər və s. müəyyən olunması.

Bakterioskopik müayinə: vərəm çöplərinin, kokkların, virusların, spiroxetlərin, maya göbələklərinin və s. aşkar olunması.

QULAĞA DAMCI TÖKÜLMƏSİ

Qulağın iltihabı-otit zamanı müalicə məqsədi ilə qulağa damcı tökülür. Bu zaman məhlul bədən temperaturu dərəcəsinə qızdırılır. Damcılar soyuq olduqda daxili qulaqda labirinti qıcıqlandıraraq başgicəllənməyə, qusmaya səbəb olur. Uşaqlarda hər qulağa 2-3 damcı tökülür. Əgər xəstənin qulağından irin axarsa, öncə xarici eşitmə keçəcəyini irindən təmizləmək lazımdır. Çünki irin tökülən mayenin qulaq pərdəsinə qədər çatmasına mane olur.

Prosedurun aparılma texnikası:

- uşaq uzadılır, başı yana çevrilir;
- kiçik yaşlı uşaqlarda qulaq seyvanı arxaya, böyük yaşlı

uşaqlarda yuxarıya və ya arxaya dartılır (bu zaman xarici qulaq keçəcəyi düz vəziyyətə gətirilir);

-dərman damızdırıldıqdan sonra xarici qulaq hündürlüyünə 1 neçə dəfə basılaraq damcıların təbii boşluğa yaxşı çatması təmin edilir;

- dərman maddəsinin qulaq pərdəsinə, orta qulağın selikli qişasına təsirini uzatmaq üçün dərman tökəndən sonra başı yana halda 10-15 dəqiqə uzadılır;

-xarici qulaq keçəcəyinə pambıq qoyulur;

- digər qulağa da dərman bu üsulla damızdırılır.

BURUNA DAMCI TÖKÜLMƏSİ

Uşaqlarda yuxarı tənəffüs yollarının iltihabi zamanı selikli qişa şişir, burun keçəcəyi daralır. Nəticədə tənəffüs çətinləşir. Bu zaman burun damcılarını tətbiq edilir. Uşağın burun dəliyinə yaşdan asılı olaraq 1- 4 damcı dərman tökülür. Yağlı dərmanlar bir az artıq tökülür. Dərman tökməzdən əvvəl burun dəliklərini pambıqla təmizləyirlər. Tibb bacısı böyük uşaqlara bunu sərbəst şəkildə etməyi öyrədir.

Prosedurun aparılma texnikası:

-uşaq uzadılır, başı arxaya əyilir;

-uşağın burnunun ucu yuxarı qaldırılır və dərman tökülür;

-uşağın başı dərman tökülən tərəfə çevrilir;

-burunun selikli qişasının yaxşı islanması üçün burun pərləri burun çəpərinə doğru sıxılır;

-bir neçə dəqiqə sonra burunun ikinci dəliyinə eyni qaydada dərman tökülür.

GÖZƏ DƏRMAN TÖKÜLMƏSİ

Gözə dərman tökülməsi-müalicə və profilaktika məqsədilə edilir. Damcı ayrıca pipetka ilə və ya göz damcısının öz pipetkası ilə tökülür. İstifadə olunan pipetka steril olmalıdır və gözə toxunmamalıdır.

Prosedurun aparılma texnikası:

- tibb bacısı əllərini yuyur, rezin əlcək geyinir;
- alt göz qapağı steril pambıqla aşağı çəkilir;
- uşağa yuxarı baxmaq təklif edilir;
- konyuktivanın aşağı tağına 1-2 damcı dərman tökülür.

UŞAQLARDA BUZ QOVUĞUNUN QOYULMASI

Buz qovuğu ağız möhkəm bağlanan rezin qabdır. Əzilmələrdə, qanaxmalarda, sınıqlarda, kəsilmələrdə, beyin qansızmalarında tətbiq edilir.

Prosedurun aparılma texnikası:

- buz qovuğuna buz salınır, ya da soyuducudan su tökülür;
- buz qovuğu silinir, əsgiyə bükülür və zədələnmiş yerə qoyulur.

Bədənin çox soyumamasına fikir vermək lazımdır.

UŞAQLARDA KOMPRESLƏRİN QOYULMASI

Kompreslər-yayındırıcı müalicə növlərindən biridir. Bunlar dəridə, dərialtı piy toxumasında və dərində yerləşən toxumalarda iltihabi proseslərin sorulması üçün qoyulur, yayındırıcı və sorucu təsir göstərir. Qızdırıcı (isti) və soyuq kompreslər ayırd edilir.

Qızdırıcı kompres-damarları genişləndirir, nəticədə həmin yerə çox qan gəlir, iltihabi proses sorulur, ağrı azalır. Belə kompresi bədənin hər yerinə qoymaq olar.

Əks-göstərişlər: dəri xəstəlikləri (dermatit, piodermiyalar, furunkulyoz), bədən temperaturunun yüksəlməsi və s.

Lazım olan ləvazimatlar: kompres üçün suçəkən parça, sukeçirməyən kağız, pambıq, ilıq və ya zərif sirkə məhlulu, araq, su ilə qarışdırılmış spirt.

Prosedurun aparılma texnikası:

- parça məhlulda isladılır, dəri üzərinə qoyulur;
- üstünə sukeçirməyən kağız, sonra pambıq qoyulur, bintlə sarınır, yun şalla bağlanır.

Kompresi 10-12 saat saxlamaq olar. Dəri qıcıqlanmasın deyə kompresi dəyişdikdə yerini su və ya spirtlə silmək və 2 saat fasilə vermək lazımdır. Araq və spirtlə qoyulan kompresi tez-tez dəyişmək lazımdır, çünki tez buxarlanır.

Qulağa isidici kompresin qoyulması – orta qulağın iltihabı zamanı tətbiq edilir. Bu zaman dəridə olan qan damarları genişlənir, bu hissəyə qan axını çoxalır. Nəticədə ağrı kəsir.

İsidici kompres 3 qatdan ibarətdir: içəri, orta və xarici. İçəri qat yumşaq parçadan, orta qat polietilen müşəmbədən, xarici qat pambıqdan ibarətdir.

Prosedurun aparılma texnikası:

- I-II qatda qulağın ölçüsünə uyğun kəsik qoyulur və qulaq seyvanı bu kəsikdən çıxarılır;
- III qat bintlə başa fiksə edilir;
- kompres 7-8 saat müddətinə qoyulur;
- lazım gələrsə 1-2 saat fasilə verilərək təkrar edilir;
- dəridə səpki olduqda talk və ya pudra səpilir.

GİGIYENİK VƏ MÜALİCƏVİ VANNALARIN EDİLMƏ QAYDASI

Gigiyenik vannalar dərinin təmizlənməsi və uşağın sağlamlaşdırılması məqsədilə aparılır. İlk vannanı uşaq evdə, göbək qalığı düşəndən 1-2 gün sonra qəbul edir. Uşaq 6 ayına qədər hər gün, 6 aydan 12 ayına qədər gūnaşırı, 2 yaşa kimi həftədə 2 dəfə, 4-5 yaşdan sonra həftədə 1 dəfə çimizdirilir. Yayda uşaq küçədə və qumda oynadığı üçün daha tez-tez çimizdirilməlidir.

Çimizdirmək üçün lazımi əşyalar (ılıq su, emallı ləyən, uşaq sabunu, yumşaq əsg, su termometri, emallı su qabı, bələk əsgisi, qurulanmaq üçün əsg, təmiz paltar) əvvəlcədən hazırlanmalıdır. Əgər çimzirmə uşaq müəssisəsində keçirilsə, ləyəni qaynar su, sabun və şotka ilə yuyurlar, sonra 0,5%-li xloramin məhlulu ilə işləyib, qaynar su ilə yaxalayır. Ləyəne su tökülür, termometrlə hərəret ölçülür. 6 ayadək uşaqlar üçün suyun temperaturu 36,5-37°C, sonra 36°C olmalıdır. 1 yaşa qədər uşaqların vanna qəbulu müddəti 5-7 dəqiqə, 2 yaşda 8-10 dəqiqə, 3 yaşdan yuxarı 10-20 dəqiqədir.

Uşağı ilk aylar suya çox ehtiyatla qoyur, bir əllə uşağın başını saxlayır, o biri əllə saçını, boynunu, bədənini öndən və arxadan, nəhayət, əllərini və ayaqlarını sabunlayırlar. Üzünü vannadan su ilə yuyurlar. Çimzirməni tamamlandıqdan sonra uşağı vannadan çıxarıb, təmiz əsgiyə bükürlər. 2 yaşından sonra uşaqları duş altında çimzdirirlər. Uşaqları yeməkdən qabaq, yaxşı olar ki, gecə yuxusundan əvvəl çimzirmək məsləhətdir.

Müalicəvi vannaları həkim təyin edir. Suyun temperaturundan asılı olaraq müxtəlif vannalar olur:

Qaynar-hərəret 40-42°C-dən artıq olmamalı

İliq-suyun temperaturu 38°C (bədən temperaturundan 1°C yüksək)

İndiferent-suyun hərarəti 37°C (bədən temperaturu ilə bərabər)

Sərin-suyun hərarəti 30-33°C

Soyuq-suyun hərarəti 20°C-dən aşağı.

Müalicəvi vannalar dərmanlar və otlarla ola bilər. Uşaqlara əsasən bu vannalar təyin olunur:

1. Tənəffüs orqanlarının xəstəliklərində-qaynar və xardalı: 100 qr xardal 10 l suya tökülür, müddəti 3-7 dəqiqədən, 36°C-dən başlayıb, suyun temperaturunu yüksəldirlər. Bu zaman uşağın başına soyuq kompres qoyulur.

2. Ekzemada-nişastalı: 100 qr nişasta 10 l suya tökülür, suyun temperaturu 37°C olmalıdır. Quruducu effekti var və qaşınmaya qarşı təsirlidir.

3. Kalium permanqanat ilə vannalar – suyun hərarəti 37°C olmalıdır. Açıq çəhrayı rəng alınana qədər 5%-li kalium permanqanat əlavə edilir. Dezinfeksiyaedici və quruducu təsir göstərir.

4. Raxitdə, hipotrofiyada-dəniz vannaları: 50-200q dəniz duzu 1 vedrə suya tökülür. Həftədə 2-3 dəfə təyin edilir. Kurs 15-20 vannadır. 1 vannanın temperaturu 36-36,5°C olmalıdır, müddəti 3-10 dəq. hər 2-3 vannadan sonra vaxtı 1 dəqiqə artırılır. Dəniz vannasından sonra uşağı ilıq su ilə yaxalayrlar.

5. Sinir sisteminin funksional pozuntularında işlədilən vannalar: 2-3 ml bitki ekstraktı 1 vedrə suya tökülür, temperatur 36-37°C, müddəti 7-10 dəq.

Vanna qəbul etdiyi zaman tibb bacısı uşağın nəbzinə, tənəffüsünə, dəri örtüklərinin rənginə nəzarət etməlidir. Uşağın rəngi avazıdıqda, başgicəllənmədən şikayət etdik-

də onu təcili vannadan çıxarıb uzatmaq, ayaqlarını qaldırmaq və təcili həkim çağırmaq lazımdır.

Əl vannaları üçün uşaq ləyəni lazımdır. Uşaq bir və ya 2 əli dirsəyə qədər suya salır. Suya quru xardal tökülür (təsiri gücləndirmək üçün). Suyun temperaturu tədricən 37-40°C-yə qədər qaldırılır. Vannanın müddəti 10-15 dəq.-dir. Əl vannaları adətən ağciyər xəstəliklərində istifadə olunur.

Ayaq vannaları üçün emallı vedrəyə temperaturu 36-37°C-dən aşağı olmayan su tökülür. Uşaq ayaqlarını suya salır, qaynar su tökməklə suyun hərərəti 40°C-yə çatdırılır. Müddəti 10-15 dəq.-dir. Sonra ayaqlar yaxşı qurudulur, pambıq corab, üstdən də yun corab geyindirilir. Xəstə uşaq yataqda yarımoturaq vəziyyətdə otuzdurulur və üstünə isti yorğan örtülür. Xardallı ayaq vannaları edildikdə 100 qr xardal 10 l suda həll edilir. Ayaq vannaları soyuq-dəymədə, hipo və hipertoniq vəziyyətlərdə, oynaqların yerli zədələnməsində istifadə edilir.

MƏDƏNİN YUYULMASI

Mədənin zondsuz yuyulması

Lazım olan vəsaitlər: taxta şpatel, ilıq su, önlük, əlcəklər, ləyən.

Aparılma texnikası:

- uşağa ilıq su içizdirilir;
- iki barmaqla və ya şpatellə ağız-udlaq qıcıqlandırılır;
- uşağın başı əl ilə tutulur;
- təmiz su gələnə qədər su içizdirilib qusdurulur;
- qusuntunun ilk porsiyası ağız bağlı təmiz qaba yığılaraq müayinəyə göndərilir.

Ənənəvi zondsuz üsulla mədənin yuyulması zamanı

mədə tam təmizlənmədiyindən və fəsadlarla müşayiət olduğundan uşaqlarda zəhərlənmə zamanı az tətbiq olunur.

Mədənin zondla yuyulması

Lazım olan vəsaitlər: hər yaşa uyğun ölçüdə zond, şpris (5ml), fiksasiya üçün plastr, stetoskop, qaynanmış su, əlcəklər, maska, önlük, ləyən.

Əvvəlcə zondun ölçüsü təyin edilir. Bunun üçün bir neçə üsuldən istifadə olunur.

1. Ağızdan xəncərəbənzər çıxıntıya və ya qulaqdan buruna qədər olan məsafənin 2 misli.

2. Ağız bucağından qulaq sırğalığınadək və xəncərəbənzər çıxıntıdan 1-1,5 sm aşağıyadək.

Prosedurun aparılma texnikası:

-uşaq otuzdurulur və ya baş hissəsi bir qədər qaldırılmış vəziyyətdə çarpayıda arxası üstə uzadılır;

-zond dilin kökünə qoyulur və uşağa udqunması təklif edilir;

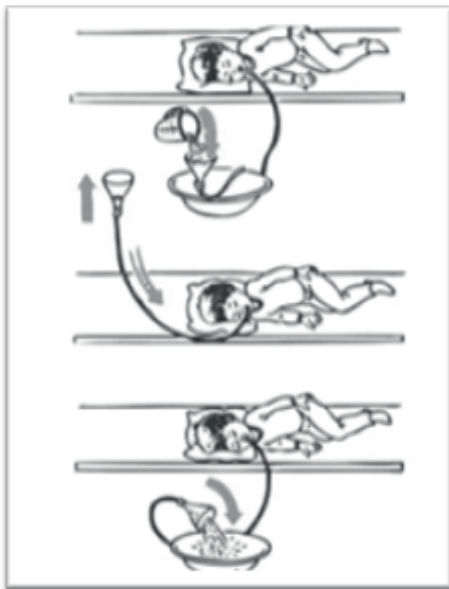
-zond yavaş-yavaş yeridilir;

-zondun vəziyyəti qiymətləndirilir (az miqdarda hava zonda yeridilərək epigastral nahiyədə auskultasiya aparılır);

-zond plastrla fiksə edilir;

-zonda ucunda qıf olan rezin boru birləşdirilir;

-qıf uşağın dizləri bərabərində tutulur və yaşına uyğun miqdarda su tökülür;



-qıf xəstənin başı səviyyəsindən bir qədər yuxarı qaldırılır;
-qıfdakı suyun səviyyəsi qıfın dibinə çatdıqda, qıf dərhal ləyənə endirilir;

-mədədən təmiz su gələndə yuyulma davam etdirilir;

-müayinə üçün material ağızbağlı qaba yığılaraq laboratoriyaya göndərilir.

Ağırlaşmaları:

-apnoe, hipoksemiya və ya bradikardiya (tənəffüs yollarının blokadası nəticəsində);

-qida borusunun, mədənin və ya onikibarmaq bağırsağın perforasiyası;

-zondun qeyri-düzgün yerləşməsi nəticəsində əmələ gələn aspirasiya (əsasən traxeyada).

QAZÇIXARICI BORUNUN YERİDİLMƏSİ

Uşaqların bağırsaqlarında toplanmış qazların xaric edilməsi məqsədi ilə qazçıxarıcı boru qoyulur. Prosedur tibb bacısı tərəfindən aparılır.

Göstərişlər:

- meteorizm

- müxtəlif mənşəli bağırsaq keçməməzliyi.

Əks-göstərişlər:

- bağırsaq qanaxmaları

- düz bağırsağın çatları və babasil düyünləri

- düz bağırsağın şişləri.

Adətən birdəfəlik borulardan istifadə edilir. Rezin borudan istifadə edildikdə əvvəlcədən dezinfeksiya edilməlidir. Borunun bir ucu dəyirmi olub, kənarlarında dəliklər vardır, o biri ucu isə çəpinə kəsilmişdir.

Qazçıxarıcı borunun ölçüləri: 6 yaşa qədər uşaqlarda

uzunluğu 15-30 sm, diametri 3 mm; 6 yaşdan böyük uşaqlarda uzunluğu 30-50 sm, diametri 5 mm.

Qazçıxarıcı boru yeridilir: yenidoğulmuşlarda 3-4 sm, 1-3 yaşda 8-10 sm, böyük uşaqlarda 20-30 sm.

Lazım olan ləvazimatlar: steril əlcəklər, maska, qazçıxarıcı boru, vazelin.

Prosedurun aparılma texnikası:

- əlləri yumalı, anti-septik məhlulla işləməli və birdəfəlik rezin əlcək geyinməli;

- qazçıxarıcı borunun ucunu vazelinlə yağlamalı;

- uşağı sol böyrü üstə (yenidoğulmuşları kürəyi üstə) uzatmalı, altına müşəmbə salmalı;

- borunu ehtiyatla düz bağırsağa yeritməli;

- borunun sərbəst ucunu su olan qaba salmalı;

- uşağın qarnını 3-5 dəqiqə müddətində saat əqrəbi istiqamətində sığallamalı;

- 5-10 dəqiqədən (20 dəq.-dən çox olmayaraq) sonra qazçıxarıcı borunu düz bağırsaqdan çıxarmalı;

- borunu çıxarıb anusun ətrafını pambıqla silməli, vazelin sürməli;

-rezin boru axar su altında yuyulmalı və 30 dəq. ərzində dezinfeksiyaedici məhlulda saxlanılmalı.

Ağırlaşmaları. Prosedur gün ərzində 2-3 dəfə təkrarlana bilər. Prosedur düzgün aparılmadıqda fəsadlar (qanaxma, düz bağırsağ perforasiyası) baş verə bilər.



İMALƏLƏR

Müalicə və diaqnostika məqsədilə yoğun bağırsağın aşağı şöbəsinə müxtəlif mayələrin yeridilməsinə imalə deyilir. Müalicə imalələri bağırsaqları necis və qazlardan təmizləmək (təmizləyici, hipertonik, sifon, yağlı, emulsion imalələr) və orqanizmə müxtəlif dərmanların yeridilməsi (dərman, damcı və qidalandırıcı imalələr) məqsədilə aparılır.

Təmizləyici imalə

Göstərişlər: bağırsaq keçməməzliyi, mədə-bağırsaq traktı və böyrəklərin rentgenoloji müayinəyə hazırlanması, qarın boşluğu üzvləri üzərində cərrahi əməliyyatdan, mədə-bağırsaq traktının endoskopik müayinəsindən və dərman imalələri etməzdən əvvəl.

Əks-göstərişlər: qanayan babasil, parçalanma mərhələsində olan düz bağırsağ şişləri, mədə-bağırsaq traktından olan qanaxma, aralıq nahiyəsində olan kəskin iltihab, qarın boşluğu üzvlərinin kəskin iltihabi xəstəlikləri, həzm traktı üzərində aparılmış cərrahi əməliyyatın ilk günləri, düz bağırsağın sallanması və çatı.

Lazım olan ləvazimatlar: tutumu 1-2 l olan Esmarx parçısı, sərt və yumşaq ucluqlu rezin boru, vazelin, müşəmbə və ləyən.

Prosedurun aparılma texnikası:

-Esmarx parçısı 1, 5 m uzunluqda və 1sm diametrdə olan yoğun rezin boru ilə birləşdirilir və ucuna 8-10sm uzunluqda ucluq taxılır;

-Esmarx parçısına 20°C 1-1,5 l su tökülür (atonik qəbizlikdə suyun hərəreti 16°C-dən aşağı, spastik qəbizlikdə isə 40°C-dən yuxarı olmamalıdır);

-bağırşağı qıcıqlandırmaq üçün suya gənəgərçək yağı, vazelin, ya da 1 xörək qaşığı sabun qırıntısı tökülür;

-ucluqdakı sıxıcı açılaraq rezin borudan hava çıxarılır, su ilə doldurulur və sonra sıxıcı bağlanır;

-Esmarx parçısı ştativdən elə asılır ki, xəstədən 1 m hündürdə olsun, ucluğa isə vazelin sürtülür;

-xəstə sol böyrü üstə, ayaqlarını bir qədər büküb qarnına sıxmaqla müşəmbə salınmış taxtda uzadılır və altına ləyən qoyulur;

-sol əlin I və II barmaqları ilə sağrı aralanıb sağ əldə tutulmuş və vazelin sürtülmüş ucluq anal dəlikdən tədricən düz bağırşağa salınır, əvvəlcə 3-4 sm göbəyə tərəf, sonra isə fəqərə sütununa paralel istiqamətdə 8-10 sm uzunluqda yeridilir;

-sonra sıxıcı açılır və su bağırşağa daxil olur; əgər su çox sürətlə daxil olarsa bağırsaqda ağrılar əmələ gələ bilər, ona görə də sürəti tənzimləmək lazımdır. Ucluq nəcislə tutulduqda və ya bağırsaq divarına pərçimləndikdə su daxil ola bilmir. Belə hallarda Esmarx parçısını yuxarı qaldırmaq, ucluğun istiqamətini dəyişmək lazımdır. Bu da kömək etməzsə, ucluq çıxarılıb təzədən yuyulmalı, sıxıcı açılaraq keçiriciliyi yoxlanmalı, təkrar düz bağırşağa yeridilməlidir. Nəcis kütlələri çox bərk olanda isə, ümumiyyətlə, ucluğu düz bağırşağa yeritmək olmur. Belə halda əlcək geyib, barmaqlara vazelin sürtüb düz bağırşağı nəcis kütləsindən təmizləmək lazımdır;

-Esmarx parçının dibində su az qaldıqda sıxıcı bağlanır və ucluq çıxarılır. Xəstə suyu bağırsaqda ən azı 10 dəq. saxlamalıdır;

-sonra Esmarx parçısını, rezin borunu yuyub-qurulayır və tənzifə bükürlər, ucluq əvvəl ilıq su və sabunla yuyulub qaynadılır və içərisində dezinfeksiyaedici məhlul olan qabda

saxlanılır.

Hazırda təmizləyici imalə üçün daha çox fərdi imalə paketlərindən istifadə edilir. Bu zaman imalənin edilmə qaydası yuxarıda olduğu kimidir. Təmizləyici imalə nəticə vermədikdə, həmçinin inadlı qəbizlikdə və qarın boşluğunda aparılan cərrahi əməliyyatların ilk günlərində yumşaldıcı imalələr aparılır. Bu imalələrə yağlı, emulsiyalı və hipertonik imalələr aiddir.

Yağlı imalə

Yağlı imalə aparıldıqda xəstədə defekasiya 10-12 saat sonra baş verir. Buna görə də belə imalələri axşamlar aparırlar. İmalədən sonra xəstə bir neçə saat uzanmalıdır.

Göstərişlər: qəbizlik.

Əks-göstərişlər: təmizləyici imalədə olduğu kimi.

Lazım olan ləvazimatlar: armudşəkili rezin balon, qazçıxaran boru, bitki yağları (günəbaxan, zeytun və s.) və ya vazelin yağı.

Prosedurun aparılma texnikası:

- yağ 37-38°C-yə qədər qızdırılır;
- armudşəkili balona 100-200 ml ilıq yağ yığılır;
- xəstə sol böyrü üstə ayaqlarını büküb qarına sıxaraq uzanır;
- qazçıxarıcı borunun ucuna vazelin sürtülür;
- sağrı nahiyəsi aralanaraq qazçıxaran boru 15-20 sm düz bağırsağa yeridilir;
- içində yağ olan balon qazçıxarıcı boruya birləşdirilir və yağ tədricən bağırsağa yeridilir;
- boru çıxarılıb isti su ilə yuyulur, dezinfeksiyaedici məhlulda saxlanılır, balon isə axar su altında sabunla yuyulur.

Emulsiyalı imalə

Emulsiyalı maddələr müxtəlif tərkibli ola bilər:

a) yarım xörək qaşığı su ilə 1 çay qaşığı balıq yağını qarışdırırlar;

b) 2 stəkan çobanyastığı dəmləməsini 1 yumurtanın sarısı, 1 çay qaşığı çay sodası və 2 xörək qaşığı vazelin ilə qarışdırırlar.

Göstərişlər: qəbizlik.

Əks-göstərişlər: təmizləyici imalədə olduğu kimi.

Lazım olan ləvazimatlar: armudşəkilli rezin balon, qazçıxarın boru, emulsiyalı maddə.

Prosedurun aparılma texnikası: yağlı imalələrdə olduğu kimi.

Hipertonik imalə

Hipertonik imalə üçün 10%-li natrium-xlorid, ya da 20-30%-li maqnezium-sulfat məhlulu tələb olunur. Düz bağırsağa isidilmiş 50-100 ml hipertonik məhlul (yağlı imalədə olduğu kimi) yeridilir. Hipertonik məhlullar bağırsağın selikli qişasını qıcıqlandıraraq duru nəcis ifrazına səbəb olur. Lakin bu imalələr tez-tez edildikdə selikli qişanı çox qıcıqlandırır.

Göstərişlər: qəbizlik

Əks-göstərişlər: təmizləyici imalədə olduğu kimi.

Aparılma texnikası: yağlı imalələrdə olduğu kimi.

Sifon imaləsi

Bu imalələrin iş prinsipi "Birləşmiş qablar qanunu"na əsaslanır. Bu qablardan birinin rolunu bağırsağ, digərini ucuna qıf birləşdirilmiş rezin boru oynayır.

Göstərişlər:

a) təmizləyici imalənin səmərəsizliyi;

b) ağızdan qəbul edilmiş zərərli maddələrin bağırsaqdan sürətlə kənar edilməsi;

v) bağırsaq keçməməzliyi.

Əks-göstərişlər: təmizləyici imalədə olduğu kimi.

Lazım olan ləvazimatlar: uzunluğu 1 m, daxili diametri 10-15 mm olan 2 yoğun zonda, 38°C-dək qızdırılmış 10-12 l ilıq su olan vedrə, su tökmək üçün boş vedrə, müşəmbə, önlük və vazelin. Zondlar şüşə boru ilə birləşdirilərək bir ucuna tutumu 1 l olan qıf birləşdirilir.

Prosedurun aparılma texnikası:

-xəstə təmizləyici imalə aparılan vəziyyətdə uzadılır;

-zondun ucuna 20-40 sm məsafədə vazelin sürülür;

-xəstənin sağrıları aralana-raq zondun ucu 20-40 sm dərinliyə düz bağırsağa yeridilir;

-zondun xaricdə qalan hissəsi qıfa birləşdirilir;

-qıfı tədricən su ilə doldurub borunun içərisindən hava çıxarılır;

-boru sıxacla sıxılır və sıxac 1 sm yuxarıda saxlanılır;

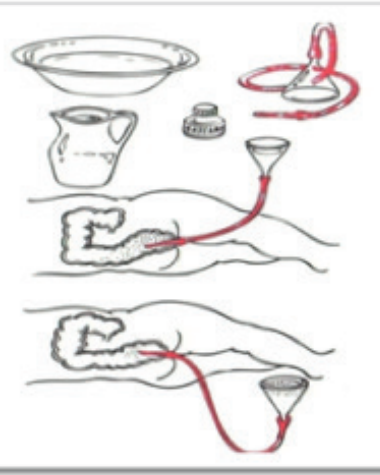
-qıf xəstədən 1 m yuxarı qaldırılır və sıxac açılır;

-qıf su və nəcis kütlələri ilə dolan kimi onu vedrəyə boşaldırlar;

-bu əməliyyat bağırsaq qaz və nəcisdən təmizlənilib, bağırsaqdan təmiz su gələnə kimi təkrar edilir;

-zond çıxarılır;

-zond yuyulub dezinfeksiyaedici məhlulda saxlanılır, qıf isə ayrıca yuyularaq qaynadılır.



Dərman imaləsi

Dərman imaləsi öz təsirinə görə 2 cürdür: yerli və ümumi təsirli dərman imaləsi. Yerli imalələr əsasən yoğun bağırsağın iltihabı zamanı işlədilir. Dərmanlar düz bağırsağa mikroimalələr şəklində yeridilir. Bu məhlulun həcmi 50-200 ml, hərarəti isə 35-38°C olmalıdır. Bəzən orqanizmə ümumi təsir göstərən dərman imalələrindən istifadə edilir. Dərman imaləsi vasitəsilə çox zaman iltihab əleyhinə ağrıkəsici, sakitləşdirici və yuxugətirici dərmanlar yeridilir.

Göstərişlər: dərmanların ağızdan qəbuluna əks-göstəriş olarsa və ya bu yolla verilməsi mümkün olmasa dərmanlar düz bağırsağa yeridilir.

Lazım olan ləvazimatlar: qazçıxaran boru, armudşəkilli balon, vazelin və yeridiləcək dərman məhlulu.

Prosedurun aparılma texnikası:

-dərman imaləsindən 20-30 dəq. əvvəl xəstəyə təmizləyici imalə edilir;

-sol əlin barmaqları ilə sağrılar aralanır, sağ əldə tutulmuş və vazelin sürtülmüş nazik rezin boru 15-20 sm uzunluqda düz bağırsağa yeridilir;

-içərisində dərman olan balon və ya şpris rezin borunun bayırda qalan ucuna birləşdirilir, içərisindəki dərman düz bağırsağa yeridilir;

- nazik boru sıxılır (içindəki dərmanın bayıra çıxmaması üçün);

-balon rezin borudan ayrılır və içinə hava yığılaraq yəni-dən boruya taxıb sıxmaqla dərmanın boruda qalmış hissəsi düz bağırsağa yeridilir;

- rezin boru bağırsaqdan çıxarılır, yuyulur, qaynadılır və dezinfeksiyaedici məhlulda saxlanılır.

Damcı imaləsi

Damcı imaləsi-örqanizmin kəskin susuzlaşmasında və qismən qidalandırma məqsədilə təyin olunur. Damcı üsulu ilə düz bağırsağa 2 litr 0,85%-li xörək duzu məhlulu, 5%-li qlükoza məhlulu yeridirlər. İmalədən 20-30 dəq. əvvəl xəstəyə təmizləyici imalə aparılmalıdır.

Lazım olan ləvazimatlar: yoğun bağırsağ zondı, qan-köçürmə üçün birdəfəlik sistem və Esmarx parçısı, düz bağırsağa yeridiləcək məhlul (38-39°C-yə qədər isidilərək).

Prosedurun aparılma texnikası:

-xəstə sol böyrü üstə (körpə uşaqlar arxası üstə) uzadılır;
-sistemin sıxacı boşaldılır və sistem məhlulla doldurulur;
-vazelin sürtülmüş zond düz bağırsağa 20-30 sm uzunluğunda yeridilir;

-sistemin sıxacı açılır və 1 dəq-də 60-80 damcı olmaqla maye düz bağırsağa yeridilir;

- maye soyumasın deyə Esmarx parçısına isitqac bağlanılır;

- mayenin düz bağırsağa daxilolma sürətinə nəzarət edilir;

-imalə üçün istifadə olunan rezin ucluqlar və qazçıxarıcı boru ciddi şəkildə təmizlənir, axar su altında təmiz yuyulur;

-ucluqlar və qazçıxarıcı boru qurudularaq üstündə “təmiz qazçıxarıcı borular” yazılmış və ya “təmiz ucluqlar” yazılmış quru bankalarda saxlanılır.

Qidalandırıcı imalələr

Düz bağırsağa qidalandırıcı maddələrin yeridilməsi süni qidalanmanın bir növüdür. Lakin qidalandırıcı imalələrdən az istifadə olunur və praktiki əhəmiyyəti yoxdur. Bu məqsədlə yeridiləcək mayenin miqdarı 200 ml-dən çox olmamalıdır. Zülal preparatlarından-hidrolizat kazein, 15%-li

amin turşuları (az miqdarda) damcı imaləsində olduğu kimi damcı üsulu ilə yeridilməlidir.

Göstərişlər: ağır xəstələrin yedizdirilməsi.

Əks-göstərişlər: təmizləyici imalədə olduğu kimi.

Lazım olan ləvazimatlar: yoğun bağırsağ zondu, qan-köçürmə üçün birdəfəlik sistem və Esmarx parçısı, düz bağırsağa yeridiləcək məhlul (38-39°C-yə qədər isidilərək).

Aparılma texnikası: damcı imaləsində olduğu kimi.

BAKTERİOLOJİ MÜAYİNƏ ÜÇÜN NƏCİSİN GÖTÜRÜLMƏSİ

Patogen bağırsağ florasını müəyyən etmək üçün materialı 2 üsulla götürmək olar: nativ materialdan (nəcis) və rektal tampon vasitəsilə. Nativ material dezinfeksiyaedici məhlulla işlənmiş, sonra təmiz yuyulmuş nəcis qabından, südəmə uşaqlarda bələk və ya uşaq bezindən götürülür. Daha yaxşı nəticə əldə etmək üçün material etiotrop müalicə başlamazdan əvvəl, xəstəliyin ilk saatlarında götürülür.

Rektal tampon vasitəsilə material götürülməsi

Lazım olan ləvazimatlar: steril əlcəklər, içərisində konservant olan sınaq şüşəsi.

Prosedurun aparılma texnikası:

- əllər yuyulur, antiseptik məhlulla işlənir və birdəfəlik rezin əlcək geyilir;

- uşaq sol böyrü üstə, ayaqlar qarına yığılmış vəziyyətdə uzadılır;

- sol əlin I və II barmaqları ilə sağırlar aralanır;

- steril sınaq şüşəsinin içərisində olan plastmas çubuq

sağ ələ götürülür;

- burucu hərəkətlərlə irəli, düz bağırsağa (südəmə uşaqlarda 3 sm, böyük uşaqlarda 6 sm) salınır və bağırsağ divarının möhtəviyyatı toplanır;

-qan topası olan nahiyədən material götürülmür;

- götürülmüş material (hər 2 halda) içərisində konservant olan sınaq şüşəsinə salınır;

- üzərinə göndəriş yazılıb qoyulur;

- götürülmüş material laboratoriyaya göndərilir.

Material 2 saat ərzində laboratoriyaya çatdırılmalıdır. Mümkün olmadıqda (+3)-(+4)⁰C-də saxlanılır (12 saat müddətində). 4-5 gündən sonra bakterioloji müayinənin nəticəsi alınır.

NƏCİSİN QURD YUMURTALARINA GÖRƏ MÜAYİNƏSİ

Helminthozlar zamanı diaqnozu təsdiq etmək üçün nəcis qurd yumurtalarına görə müayinə edilməlidir. Analiz üçün material düzgün toplanmalıdır.

Prosedurun aparılma texnikası:

- əllər yuyulur, antiseptik məhlulla işlənir və birdəfəlik rezin əlcək geyinilir;

- təmiz, quru nəcis qabından şpatellə 3 yerdən material götürülür;

- götürülmüş material quru, təmiz bankaya qoyulur;

- təcili və ya (+ 3)-(+4)⁰C-də saxlamaq şərti ilə 8-12 saat ərzində laboratoriyaya çatdırılır.

Enterebioz zamanı perianal büküslərdən materialın götürülməsi

Prosedurun aparılma texnikası:

- uşaq sol böyrü üstə uzadılır (müayinədən əvvəl uşağı yumaq olmaz);
 - sol əllə sağrılar aralanır;
 - yastı bel şəkilli çöp (qulaq çöpü də olar) qliserində isladılır;
 - perianal büküslərdən qaşıntı götürülür;
 - əşya şüşəsinə köçürülür;
 - üzərinə ikinci əşya şüşəsi qoyulur;
 - laboratoriyaya göndəriş yazılır;
 - götürülmüş material laboratoriyaya göndərilir.
- Analiz üçün material yapışqanlı lentlə də götürülə bilər.

UŞAQLARDA SİDİYİN TOPLANMASI

Böyük uşaqlarda sidiyin toplanması. Müayinə üçün sidiyin toplanması sərbəst sidik ifrazı zamanı və ya sidik kisəsinə kateter yeritməklə həyata keçirilə bilər. Kateter salınması zamanı sidik yollarının infeksiyalaşma təhlükəsi olduğundan adi müayinələr üçün istifadə olunur.

Prosedurun aparılma texnikası:

- kliniki laboratoriyaya göndəriş yazılır;
- uşaq (ana) müayinənin məqsədi və aparılma qaydası barədə məlumatlandırılır;
- uşaq ilıq su və sabunla yuyulur;
- mümkünsə sidiyin ilk birinci porsiyası atılır;
- sidik ağız bağlı steril qaba yığılır;
- bioloji material laboratoriyaya çatdırılır.

Südəmə uşaqlarda sidiyin toplanması. Südəmə

uşarlarda sidiyin toplanması böyük uşaqalara nisbətən daha çətindir.

Prosedurun aparılma texnikası:

- əllər yuyulmalı, antiseptik məhlulla işlənməli və birdəfəlik rezin əlcək geyinməli.

Qız uşaqlarında:

- uşaq əvvəl öndən arxaya doğru yuyulur, qurudulur;
- yatağın üstünə müşəmbə salınır;
- rezin halqa 2 əsgiyə bükülür;
- müşəmbənin üstünə boşqab, onun üstündən rezin halqa qoyulur;

- uşaq rezin halqanın üstünə uzadılır;

- uşağa içməyə su verilir;

- sidik ifrazından sonra uşaq halqanın üstündən götürülür.

Oğlan uşaqlarında:

- sınaq şüşəsi, kolba, prezervativ və ya kiçik polietilen torba leykoplastrlarla qasıq nahiyəsinə birləşdirilir;

- toplanmış sidik təmiz, quru bankaya tökülərək, bir saat ərzində laboratoriyaya çatdırılır (əlavə 4, səh.587)

Hazırda südəmər uşaqlarda sidiyi toplamaq üçün xüsusi sidikqəbuledici plastik paketlərdən istifadə edilir. 5x7sm ölçüdə paketlər yapışqanlı hissəsi ilə aralıq nahiyəsinə yapışdırılır və uşaq bezi geyindirilir.

SİDIYİN MÜAYİNƏ METODLARI

Sidiyi müayinə etmək üçün bir neçə üsul mövcuddur: Addis-Kokovski, Neçiporenko, Zimnitski və s.

Addis-Kokovski üsulu. Uşaq axşam saat 22:00 da sonuncu dəfə sidiyə çıxır. Səhər saat 08:00 da sidik toplanır. 10 saat ərzində yığılmış sidikdə formalı elementlər (eritrositlər, leykositlər və silindrlər) təyin edilir. Normada leykosit-

lərin sayı 2×10^6 /sutka, eritrositlərin sayı 1×10^6 /sutka, silindrlərin sayı ilə 3×10^3 /sutka olmalıdır. Ancaq bu, o qədər də dəqiq metod hesab olunmur.

Neçiporenko üsulu. Bu, daha dəqiq üsuldür. Sutka ərzində sidiyin hər hansı bir porsiyası müayinə edilə bilər. Lakin daha yaxşı olar səhər sidiyi müayinə olunsun. Burada 1 ml sentrafuqalaşmış sidikdə leykosit və eritrositlər təyin edilir. Normada 1 ml sidikdə leykositlərin sayı 4000 dək, eritrositlərin sayı 1000-dək olmalıdır.

Zimnitski sınağı. Sidiyin mikroskopik müayinəsindən başqa böyrəklərin funksiyasını yoxlamaq üçün Zimnitski sınağı tətbiq edilir. Sutka ərzində hər 3 saatdan bir sidik yığılır. Səhər saat 6-da birinci sidik toplanır və atılır. Bundan sonra səhər saat 9:00-dan etibarən hər 3 saatdan bir səhər saat 6:00-dək. 8 porsiya sidik toplanır. Tibb bacısı sidik toplanmış hər bir qabı nömrələyir və üzərinə xəstənin adını, soyadını və palatanın nömrəsini yazır. Bütün porsiyalar laboratoriyaya çatdırılır. Sidiyin ümumi miqdarı, gecə sidiyi ilə gündüz sidiyinin nisbəti və hər bir porsiyada sidiyin xüsusi çəkisi təyin edilir. Burada sidik içilən mayenin 70-75%-i qədəri olmalıdır. Gündüz və gecə sidiyin ifrazı 3:1 nisbətində olmalıdır. Sidiyin xüsusi çəkisi, qatılığı 1005-1020 və daha yuxarı olarsa, deməli böyrəklərin azot ifrazetmə funksiyası normaldır.

Ən dəqiq üsul **Klirens-test** metodudur. Bu metod vasitəsilə böyrəklərin funksional, konsentrasiya, sekretor funksiyasını və əsas elementləri- Na, K, Ca, P, Mg, Cl təyin etmək mümkündür.

SİDİYİN ŞƏKƏRƏ GÖRƏ YIĞILMASI

Bunun üçün sidik sutka ərzində yığılır, yığılan sidik qarışdırılır və 100-120 ml götürülüb müayinəyə göndərilir. Normada sidikdə şəkər olmamalıdır. Şəkərli diabetdə sidikdə şəkər daima yoxlanmalıdır. Hazırda ekspress üsulu ilə evdə sidikdə şəkəri təyin etmək olur.

Sidikdə qlükotest metodu ilə də şəkəri təyin edirlər. Bunun üçün xüsusi məhlulda islanmış kağız sidiyə salınır və sidikdə şəkər olarsa, rəngini dəyişir. Alınan nəticəni-rəngi xüsusi şkalada olan rənglə müqayisə edirlər və beləliklə, şəkərin miqdarı təyin olunur.

SULKOVİÇ SINAĞI

Sulkoviç sınağı kalsiumun sidiklə ifraz olunma dərəcəsini müəyyən etmək üçün keyfiyyət reaksiyasıdır (skrininq- test) . Sınağı aparmaq üçün tərkibində oksalat turşusu olan Sulkovič reaktivindən istifadə olunur. Sidiyə reaktiv əlavə etdikdə həll olmayan kalsium oksalat kristalları əmələ gələrsə, sidik bulanıqlaşır, məhlulun bulanması vizual olaraq qiymətləndirilir: +, ++, +++, +++++. (+) sidiyin zəif bulanmasını, (+++++) sidiyin maksimal bulanmasını göstərir. Əgər sidik heç bulanmırsa bu, uşaqlarda raxitin kəskin gedişini göstərir. (+), (++) normal hal sayılır, (+++) , (++++) hiperkalsiuriyanı göstərir.

Müayinə üçün acqarına səhər sidiyi götürülməlidir. Müayinədən əvvəl 2-3 gün ərzində uşağa kalsiumla zəngin qidalar verilməməlidir.

PEYVƏND OTAĞININ TƏCHİZATI

Avadanlıq:

- vaksinlərin saxlanması üçün etiketli rəfləri və termometri olan soyuducu (1 ədəd);
- termoçanta və ya termokonteyner (ən azı 1 ədəd);
- soyuducu elementlər (soyuducunun buz dolabında yerləşdirilir);
- dərman və tibbi alətlər üçün tibbi şkaf (1 ədəd);
- tibbi taxt (1 ədəd);
- bələmə masası (1 ədəd);
- tibb bacısı üçün iş masası (1 ədəd);
- əlüzuyun;
- bakterisid lampa (1 ədəd);
- təmizlik işlərinin aparılması üçün ləvazimat.

Tibbi ləvazimat:

- özüməhvolan şprislər (0,05; 0,5 ml), birdəfəlik şprislər (2, 5 ml);
- steril materiallar (hər inyeksiya üçün 1,0 q pambıq, bint və salftkalar) üçün biks 1 əd. ;
- təhlükəsiz məhvetmə qutuları;
- termometr, tonometr;
- leykoplaster, müşəmbə, dəsmal, mələfə, birdəfəlik əlcəklər, dezinfeksiyaedici məhlullar.

Təlimata uyğun olaraq şok əleyhinə dəst: 0,1%-li adrenalın məhlulu, mezaton, noradrenalin, 1%-li tavegil, 2,5%-li suprastin, 2,4%-li eufillin, 10%-li kalsium xlorid, qlükokortikoidlər (prednizalon, deksametazon və ya hidrokortizon), ürək qlükozidləri (strofantin, korqlükon), naşatır spirti, etil spirti, oksigen balışı.

Qeydiyyat sənədləri: jurnallar, planlaşdırılma jurnalı, aparılan peyvəndlərin və peyvənd materiallarının qeydiyyatı, soyuducunun temperatur qeydiyyat vərəqi, peyvəndə

əks-göstərişi olan uşaqların qeydiyyatı jurnalı, uşağın inkişaf tarixi - AZS-112 №-li forma, profilaktik peyvəndlər kartası - AZS-063 №-li forma, peyvəndin əlavə təsiri haqqında təcili bildiriş vərəqəsi - AZS-058 №-li forma.

MANTU SINAĞI

Vərəmi erkən aşkar etmək üçün ən mühüm diaqnostika vasitəsi flüorografiya və tuberkulinodiaqnostikadır.

Tuberkulin vasitəsilə diaqnostika spesifik diaqnostik test kimi əhalinin vərəmə görə kütləvi müayinəsi, həmçinin, klinik təcrübədə vərəmin diaqnostikası və diferensial diaqnostikası üçün tətbiq olunur. Əhalinin vərəmə görə kütləvi müayinəsi zamanı tuberkulin vasitəsilə diaqnostika vərəmin vaxtında aşkar edilməsi, vərəmə yoluxmanı, vərəmlə xəstələnməyə yüksək riskli şəxslərin (ilk dəfə yoluxmuş, tuberkulinə qarşı hiperergik reaksiyalı) aşkar edilməsi, epidemioloji göstərici üçün əhalinin yoluxma dərəcəsinin müəyən edilməsi məqsədi ilə istifadə edilir.

Mantu sınağının aparılması müxtəlif infeksiyalara qarşı profilaktik peyvənd (AGDT, qızılca və s.) aparılana qədər olunmalıdır. Bu və ya digər səbəblərdən Mantu sınağı profilaktik peyvəndlərdən əvvəl deyil, sonra aparılarsa, bu zaman tuberkulin vasitəsi ilə diaqnostika peyvənddən 4 həftə sonra, immunoqlobulin vurulmasından 2 həftə sonra həyata keçirilməlidir.



Mantu sınağı zərərsizdir, çünki onun tərkibində canlı mikroorqanizmlər yoxdur və istifadə olunan dozada orqanizmin immun sistemine və bütövlükdə orqanizmə təsir göstərmir. Təmizlənmiş tuberkulin insan və öküzün vərəm mikobakteriyalarının qızdırmaqla öldürülmüş kulturasının filtratıdır. Preparat şəffaf məhlul şəklində buraxılır. Tərkibində çöküntü və digər qarışıqlar yoxdur. Preparat 3 ml ampulada 30 dozalıq miqdarda buraxılır. Saxlama temperaturu (+2)-(+8)°C olmaqla soyuducunun orta rəfində saxlanmalı və donmadan qorunmalıdır. Açılmış ampula aseptik şəraitdə 2 saatdan çox saxlanılmamalıdır.

Mantu sınağı tuberkulin diaqnostikasının aparılmasına buraxılış vərəqəsi olan tibb bacısı tərəfindən həyata keçirilir.

Aparılma texnikası:

-vaksinotor əllərini yuyur, rezin əlcək geyinir;
- steril tuberkulin şprisinə 0,2 ml (2doza) tuberkulin yığır;
-saidin ön 1/3 hissəsini qaynanmış su ilə silir və pambıq ilə qurudur;

-nazik iynə yuxarı kəsiklə dəri örtüyünə paralel olaraq dəriiçi daxil edilir;

-şprisdən şkalanın 0,1 ml bölgüsünə uyğun tuberkulin məhlulu 1 doza yeridilir;

-düzgün texnika zamanı dəridə ağ rəngli, diametri 7-8 mm olan "limon qabığı" tipli papula əmələ gəlir.

Sınağın nəticəsi 72 saatdan sonra şəffaf xətkəş vasitəsi ilə ölçülür və aşağıdakı kimi qiymətləndirilir:

Mənfi reaksiya- 0-1, 9 mm ölçüdə olan hiperemiya, dəridə heç bir bərkimə yoxdur, iynənin yeri nöqtəvaridir.

Şübhəli reaksiya- 2-4,9 mm ölçüdə olan hiperemiya, infiltrat və ya infiltratsız.

Müsbət reaksiya- 5 mm və daha çox ölçüdə olan hiperemiya, inyeksiya yerində infiltrat müşahidə olunur (yolux-

manı bildirir) .

Hiperergik reaksiya—17 mm-dən çox ölçüdə olan hiperemiya, irinli papula, inyeksiya zonasında dəri toxumasının məhvi (nekrotik reaksiya), limfadenit.

Tuberkulinə artan reaksiya (tubviraj) əvvəlki reaksiya ilə müqayisədə infiltratın ölçüsünün 6 mm və daha böyük diametrdə olması mikobakteriyalarla yoluxmanı təsdiqləyir.

Mantu sınağının virajı aşağıdakı hallarda qeyd olunur:keçən ildəki nəticələrə görə reaksiyanın güclənməsi, bir sıra mənfi nəticələrdən sonra müsbət sınaq, hiperergik reaksiya, BCJ vaksinasiyasından 3 il sonra 12 mm-dən böyük papula.

Hal-hazırda vərəmin diaqnostikasında Mantu sınağından daha spesifik olan **Diaskintest dəri sınağından** istifadə edilir. Sınaq Mantu sınağında olduğu kimi dəri daxilinə 0,1 ml preparatın yeridilməsi ilə aparılır. Mantu sınağından fərqli olaraq Diaskintest spesifik olub, yalnız vərəm xəstəliyi zamanı müsbət olur.

PLEVRAL PUNKSIYA

Sağlam insanda plevra boşluğunda 50 ml-ə qədər maye olur. Müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə (plevranın və ağciyərlərin şişi, eksudativ plevrit, vərəm, ürək çatmamazlığı və s.) onun səhifələri arasına xeyli maye (ekssudat, transsudant, irin, qan) və ya hava yığıla bilər ki, bu da xəstənin vəziyyətini pisləşdirir. Bu zaman plevral punksiya həyata keçirilir.

Plevral punksiya 2 məqsədlə edilir:

1.Diaqnostika məqsədilə: mayenin xarakterini müəyyən etmək, şişə şübhə olduqda punksiyon biopsiya.

2.Müalicə məqsədilə: ekssudatın, transsudatın, qanın,

irinin və havanın xaric edilməsi, antibiotiklərin yerli yeridilməsi

Əməliyyatı həkim həyata keçirir. Plevra boşluğunda maye olduqda punksiya orta qoltuqaltı xətt üzrə V-VI, piopnevmo-toraks zamanı kürək xətti üzrə VII-VIII qabırğaarası sahədə edilir. Əgər plevra boşluğuna hava daxil olubsa, punksiya orta körpücük xətti ilə II -III qabırğaarasında aparılır. Punksiya zamanı aseptika qaydalarına ciddi riayət edilməlidir.

Plevra boşluğundakı mayeni tam, ancaq aramla xaric etmək lazımdır. Mayenin sürətlə çıxarılması kollapsa səbəb ola bilər.

Lazım olan ləvazimatlar: mayeni çıxarmaq üçün xüsusi plevroaspirator (üzərində bölgüsü olan, 1-2 l maye tutan, ağız rezin tıxacla bağlanan xüsusi qab), plevra punksiyası üçün iynə, birləşdirici boru, steril pambıq, əlcəklər, tamponlar, əsgilər, birdəfəlik şprislər, antiseptik məhlul (70%-li etil spirti və ya betadin), leykoplaster, 0,5%-li novokain məhlulu.

Prosedurun aparılma texnikası:

- punksiya yeri antiseptiklə işlənir;
- 0,5%-li novokain məhlulu ilə infiltrasion anesteziya aparılır;
- dərini bir qədər yuxarı dartmaqla punksiya iynəsi əvvəlcədən seçilmiş yerdə qabırğanın yuxarı kənarında vertikal olaraq döş qəfəsinə yeridilir (“boşluğa düşmək “ hissi);
- şprisin porşenini geriye çəkərək bir qədər maye götürülür;
- şpris çıxarılarq yerinə plevpoaspirator yerləşdirilir və maye çəkilir;
- iynə çıxarıldıqdan sonra yeri antiseptiklə işlənir və steril sarğı qoyulur.

Tibb bacısının işi:

- plevra punksiyası üçün alətləri hazırlayır;
- təcili yardım üçün dərmanları hazırlayır;
- manipulyasiyadan qabaq arterial təzyiqi ölçür, nəbzini

sayını təyin edir;

-manipulyasiyadan əvvəl uşağın paltarlarını qurşağa qə-dər çıxarır;

-stulun söykənəcəyinə yastıq qoyaraq xəstəni başını aşağı əymiş, əlləri ilə döşünü qucaqlamış, üzünü stulun arxa-sına çevrilmiş vəziyyətdə otuzdurur (körpə uşaqları arxa-sıüstə və ya sağlam yanı üstə uzadır);

-xəstənin dərisini spirtlə silərək, punksiya yerinə betadin sürtür;

-punksiya nahiyəsi anesteziya edildikdən sonra plevro-aspiratoru həkimə verir;

-steril sınaq şüşəsinə analiz üçün plevra mayesini yığır;

-əməliyyat bitdikdən sonra xəstəni uzandırır və ən azı 2 saat yataqda qalmasına nəzarət edir;

-analiz üçün göndəriş yazaraq laboratoriyaya çatdırır;

-istifadə olunmuş materialları dezinfeksiya edir.

LÜMBAL PUNKSIYA

Lümbal punksiya meningit, ensefalit, beyin şişləri, kə-lə-beyin zədələnmələri və s. xəstəliklərdə diaqnostika və müalicə məqsədilə edilir. Yenidoğulmuşlarda və erkən yaşlı uşaqlarda onurğa beyni III bel fəqərəsində qurtarır. Buna görə də punksiyanı III-IV və ya IV-V fəqərələr arasında apar-ırlar. Punksiyanı həkim aparır, tibb bacısı isə ona kömək edir. Punksiya zamanı aseptika qaydaları ciddi gözlənilmə-lidir. Punksiyadan qabaq yemək qəbul etmək olmaz. Sidik kisəsi boşaldılmalıdır.

Göstərişlər: MSS-nin infeksiyasına şübhə olduqda, MSS-nin travmatik və ya hipoksik-işemik zədələnməsinə (subarax-noeidal və ya mədəcikdaxili qansızma) şübhə olduqda, koma

və ya naməlum etiologiyalı qıcolma, kəllədaxili təzyiğin və ya hidrosefaliyanın getdikcə artması.

Əks-göstərişlər: qıcolma statusu, şok, DDL sindromu.

Lazım olan ləvazimatlar: steril əlcəklər, steril salfetlər, pambıq kürəciklər, antiseptik məhlul, leykopləstr, punksiya iynəsi.

Aparılma texnikası:

-xəstənin başı önə əyilir, qıçlarını dizdən qatlayıb böyrü üstə uzandırılır;

-punksiya nahiyəsini təyin etmək üçün qalça daraqları arasındakı məsafə yodlu tamponla xətt çəkilərək birləşdirilir, lazım olan məsafə fəqərə çixıntıları arasında qeyd olunur;

- xəstənin dərisi seçilmiş fəqərəarası nahiyədən başlayaraq qalça darağına qədər betadin, 2%-li xlorheksidin və ya 70%-li spirtlə silinir;

- punksiya yeri sol əllə fiksə olunur, sağ əllə iynə orta xətt üzrə üfüqi, erkən yaşlı uşaqlarda isə onurğa sütununa perpendikulyar yeridilir;

- lümbal boşluğuna daxil ediləndən sonra mandren ehtiyatla çıxarılır.

Fəsadlar: iynə yerinin irinləməsi, qanaxma, onurğa beyninin və sinirlərin zədələnməsi, meningit.

Onurğa beyin mayesinin təzyiqi mandren çıxarılan kimi ölçülür. Normada maye asta damcılarla axır. Likforun normal təzyiqi 100-150 mm su st. olur. Meningit zamanı maye təzyiqə axır.

Tibb bacısı punksiya vaxtı uşağın vəziyyətinə fikir verməlidir. Punksiya qurtardıqdan sonra xəstə uşaq uzandırılır, başının altına yastıq qoyulmur. Xəstə azı 2 saat bu vəziyyətdə qalmalıdır.

TRAXEYANIN İNTUBASIYASI

İntubasiya - yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etmək, aspirasiyanın qarşısını almaq və ASV-nin aparılması üçün ən effektiv üsuldur. İntubasiya həkim prosedurudur və bu prosedur zamanı tibb bacısı ona kömək edir.

Tibb bacısı manipulyasiyadan əvvəl:

- reanimasiya stolunu hazırlayır;
- işıqlanmanı təmin edir;
- oksigen-hava qarışığı aparatının, elektrik sorucusunun, larinqoskopun optik sisteminin vəziyyətini yoxlayır;
- lazımi ölçüdə aspirasiya və intubasiya borularını hazırlayır;
- steril fizioloji məhlulu isidir;
- şprisə dərman preparatlarını (atropin, adrenalin, relanium) yığır;
- həkimin təyinatı ilə premedikasiyanı, mədə möhtəviyyatının aspirasiyasını, hiperventilyasiya rejimini həyata keçirir.

Tibb bacısı manipulyasiya zamanı:

- işə salınmış larinqoskopu həkimə verir;
- endotraxeal borunu fiksasiya etməyə kömək edir;
- ağız boşluğunu tamponada edir.

Tibb bacısı manipulyasiyadan sonra:

- istifadə olunmuş tibbi alətləri dezinfeksiya edir.

İntubasiyanın iki forması var: orotraxeal (ağızdan) və nazotraxeal (burundan). Təxirəsalınmaz vəziyyətlər zamanı yalnız orotraxeal üsuldən istifadə olunur.

İntubasiya barmağın nəzarəti ilə və ya larinqoskopun köməyi ilə aparıla bilər. Traxeyanın intubasiyası istifadə edilən üsuldən asılı olmayaraq 20 saniyədən çox çəkməməlidir.

İ üsul bir qədər çətindir. Larinqoskop olmadıqda, damaqda yarıq olduqda, uşağın alt çənəsi kiçik olduqda tətbiq olunur.

Aparılma texnikası:

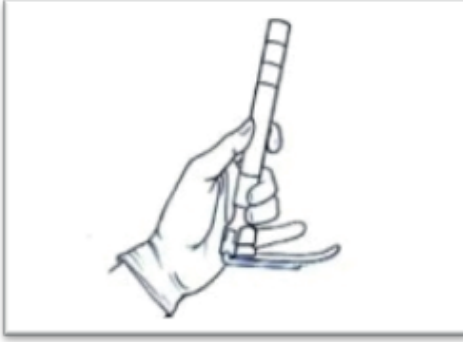
- uşaq ayaqları həkimə tərəf uzadılır;
- sol əlin şəhadət barmağı, qırtlağın qapağı əyilənə qədər dilin üzəri ilə sürüşdürülür;
- intubasiya borusu sağ əllə bu barmağa paralel yeridilir;
- intubasiya borusunun səs yarığından traxeyaya keçməsi üçün daha 1-2 sm irəliyə doğru yeridilir.

II üsul larinqoskopun köməyi ilə intubasiya daha asandır. Uşaqlarda istifadə olunan larinqoskopun ölçüsü daha kiçik olur. Ucluqlar və intubasiya borularının ölçüsü yaşa uyğun seçilir.

Aparılma texnikası:

- uşaq düz səthə uzadılır;
 - çiyinlərinin altına mütəkkə formasında bükülmüş əsgri qoyulur, baş arxaya açılır;
 - intubasiya apararı şəxs uşağın baş tərəfində dayanır;
 - larinqoskop sol əlin baş və 3-cü barmağı ilə götürülür;
 - tiyəsi əks-tərəfə istiqamətləndirilir;
 - sağ əllə uşağın başı saxlanılır və larinqoskopun ucluğu uşağın ağızına salınır;
 - dil sola itələnmək şərtilə tiyə görmə sahəsində qırtlaq qapağı görünənə qədər ehtiyatla irəlilədir;
 - tiyənin ucu ilə qırtlaq qapağı tutulur və ehtiyatla yumşaq damağa sıxılır və beləliklə səs yarığına görünüş açılır;
 - intubasiya borusu sağ əldə tutularaq tiyənin kənarı ilə irəlilədir və səs tellərinin ayrıldığı yerdə traxeyaya yeridilir.
- İntubasiyanın fəsadları:** qırtlaq qapağının, dilin travması, traxeya və yemək borusunun perforasiyası, ürək aritmiyası, infeksiya və s.

TRAXEOTOMİYA



İntubasiya mümkün olmadıqda traxeotomiya aparılır. Yuxarı, orta və aşağı traxeotomiya ayırd edilir. Yuxarı traxeotomiya zamanı kəsik traxeyanın qalxana-bənzər vəzinin boyun hissəsindən yuxarıda yerləşən I iki qığırdaq halqası, aşağı traxeoto-

miya zamanı isə vəzinin boyun hissəsindən aşağıda yerləşən V-VI halqalar arasındakı nahiyədə aparılır. Orta traxeotomiya üçün vəzinin boyun hissəsi əvvəlcədən kəsilməlidir.

Traxeotomiyaya göstərişlər: traxeyanın stenozu, traxeyaya yad cisimlərin düşməsi, yuxarı tənəffüs yollarında onkoloji xəstəliklərin olması, difteriya, poliomielit, tetanus, botulizm, miastemiya, bulbar pozğunluqlar, beynin ağır travmaları və s.

Lazım olan ləvazimatlar: traxeotomiya boruları (yaşa uyğun), lazım olan cərrahi alətlər, Frusso genişləndiriciləri.

Əməliyyatdan əvvəl xəstə hazırlanmalıdır. 1%-li morfin və ya pramedol yeridilir.

Aparılma texnikası:

-xəstə elə otuzdurulmalıdır və ya uzadılmalıdır ki, sərbəst nəfəs ala bilsin;

-başı bir qədər arxaya çəkilməlidir;

-əməliyyat sahəsi ümumi cərrahi qaydalara əsasən işlənir;

-0,5%-li lidokain + adrenalin qarışdırılaraq yerli anesteziya edilir;

- dəridə uzununa kəsik aparılır (ağ xətt görünür);
 - əzələlər aralanır (bu zaman orta xətt üzrə və qırtlağın aşağı hissəsində qalxanabənzər vəzinin boyun hissəsi görünür);
 - yuxarı traxeotomiya zamanı vəzinin boyun hissəsi aşağıya doğru itələnilir və traxeyda şaquli kəsik aparılır;
 - dəliyin kənarları geniş aralanır və oraya traxeotomik boru salınır;
 - borunun başındakı dəliklərə salınmış saplar borunun arxasında təsbit edilir.
- Borunu nəfəs yolunda 2-3 gündən artıq saxlamaq olmaz, çünki selikli qişada yaralar əmələ gəlir. Vaxtaşırı borunu çıxarıb selikdən təmizləmək lazımdır.

İNSULİNİN VURULMA QAYDASI

- İnsulin yeridilərkən aşağıdakı qaydalara əməl olunmalıdır:
- insulinin vurulma dozası, tezliyi və vaxtına dəqiq riayət edilməlidir;
 - həkimin icazəsi olmadan bir preparat digəri ilə əvəz olunmamalıdır;
 - vurulmadan öncə flakon 25-30°C -yə qədər isidilməlidir (inyeksiyadan sonrakı lipodistrofiyanın profilaktikası üçün);
 - uzunmüddətli insulin preparatlarını şprisə yığmazdan əvvəl eynicinsli məhlul alınana qədər flakon iki ovucun arasında diyirləndirilməlidir;
 - inyeksiya üçün yalnız xüsusi insulin şprislərindən və ya şpris-qələmlərdən istifadə edilməlidir;
 - inyeksiya yeri yalnız qaynanmış suda isladılmış pam-bıqla silinməlidir;
 - insulin yalnız dəri altına, dekompensasiya zamanı isə vena daxilinə vurulmalıdır;

-lipodistrofiya meydana çıxmasın deyə inyeksiya yeri müntəzəm dəyişməlidir;

-bədənin müxtəlif nahiyyələrinə insulin vurularkən insulinin sorulma tezliyi nəzərə alınmalıdır;

-insulin vurulduqdan 10-15 dəq. sonra qida qəbul edilməlidir;

-inyeksiya yerinə nəzarət edilməli, inyeksiya yerində dəyişiklik meydana çıxarsa həkimə müraciət edilməlidir;

-insulin (+2)-(+8)⁰C temperaturda soyuducuda, açıq flakonlar isə soyuducuda və ya otaq temperaturunda saxlanılmalıdır;

-preparatın yararlılıq müddətinə nəzarət olunmalıdır.

İnsulinin “NOVOPEN-3” şpris-qələm ilə vurulması

İş yerinin təchiz edilməsi: 1) “Novopen-3” şpris-qələm; 2) insulin doldurulmuş 3 ml-lik “Penfill” gilizi; 3) “Novo-fayn” iynələri.

Manipulyasiyaya hazırlıq mərhələsi. Şpris-qələmin yığılması həyata keçirilir:

-qalpağın yuxarı hissəsinə basaraq şpris-qələmi futlyarından çıxarın;

-qalpağı çevirib çıxarın, gilizin tutqacını burub açaraq çıxarın;

-“Penfill” gilizinin rezin membranını dezinfeksiyaedici vasitə ilə silin;

-əgər gilizdə insulin suspenziyası varsa, onu tutqun-ağ rəngə çalana və tam qarışmış həll olanadək aşağı-yuxarı silkələyin (10 dəfədən az olmamaqla);

-pistonun porşeni çıxış vəziyyətinə qayıdanadək, qaytarıcı mexanizmi saat əqrəbi istiqamətində fırladın;

-qalpaqdan istifadə edərək gilizi tutqaca salın (bu zaman rəngli kod irəlində olmalıdır);

-mexaniki hissəni gilizin tutqacına bərk burub sıxın;

-“Novo-fayn” iynəsindən qoruyucu yarlığı kənarlaşdırıb, onu qalpağa bağlayın;

-iynənin daxili və xarici qalpaqlarını açıb kənarlaşdırın;

-iynəni vurmazdan öncə havasını çıxarın;

-doza selektorunun sıfır vəziyyətində olduğunu öncədən yoxlayıb əmin olun;

-insulinin dozasını 2 vahidə gətirin;

-şprisin iynə olan tərəfini yuxarı tutaraq, barmaqla gilizin tutqacına astaca vurun, şprisin yeridici düyməsini içindəki hava çıxıb qurtaranadək basın (iynənin ucunda insulin damcısı görünənədək);

-təyin edilmiş insulin dozasını tənzimləməzdən öncə, doza selektorunun sıfır vəziyyətində olduğunu yoxlayıb əmin olun;

-əgər o başqa vəziyyətdədirsə, şprisin yeridici düyməsini bərk basın (tək ədədlər cüt ədədlər arasındakı uzun xətlərlə göstərilmişdir);

-yüksək doza təyin edilmişdirsə, bu zaman, mexaniki hissə gilizin tutqacını bir-birindən bir qədər aralayıb, ölçüsündə düzəliş edin (bunu etməsəniz, dozanın korrektəsi zamanı artıq qalan insulin itkiyə gedəcək).

Manipulyasiyanın əsas mərhələləri:

-İnsulini vurmazdan əvvəl: qalıq şkalasının nəzarət bölümünə baxaraq, zolağın rənginə əsasən, şpris-qələmdəki insulinin növünü təyin edin;

-vurmaq üçün yetərli insulinin olub-olmadığını yoxlayın (kiçik nəzarət bölümündə rezin piston görünürsə, insulin sus-

penziyasını vurmaq qadağandır, çünki insulinin şüşə diyir-cəkdə hərəkət etməsi üçün boşluğun olması lazımdır);

-iynəni vuraraq, şprisin yeridici düyməsini möhkəm basıb, lazım olan insulin dozasını yeridin;

-iynəni bir neçə saniyə dəri altında saxlayın ki, müəyyən edilmiş doza bədənə tam keçsin;

Tam doza insulin vurulduqda, doza şkalası sıfır vəziyyə-tində olmalıdır. Əgər natamam insulin dozası vurulacaqsa, dozaları göstərən bölümdəki ədədi yadda saxlayıb, gilizi də-yişmək və inyeksiyanı həyata keçirmək lazımdır.

Manipulyasiyanın son mərhələsi:

-iynəni qalpağına salıb burun (əgər iynə çıxarılmayıbsa, temperatur dəyişikliyi səbəbindən mayenin bir hissəsi giliz-dən çıxa bilər və insulin suspenziyasından istifadə zamanı mayenin sızması gilizdəki insulinin konsentrasiyasını dəyişə bilər);

-şpris-qələmin qalpağını taxın;

-gilizdəki insulini sərf etdikdən sonra, tutqacı burub bağ-layın, tarıcı mexanizmin tam çəkildiyinə əmin olun (lazım ol-duqda, onu burun);

-yeridici düyməyə basaraq, doza göstəricisini sıfır vəziy-yətinə gətirin;

-boş gilizi çıxarıb, yenisini taxın;

-şpris-qələmi futlyarda saxlayın (onun içində ehtiyat “Pen-fill” gilizini və üç “Novo-fayn” iynəsini saxlamaq olar);

-şpris-qələmi həddən artıq təzyiq və sərt zərbələrdən qoruyun;

-etil spirtinə batırılmış pambıqla təmizləyin;

-toz və çirki yumşaq fırça ilə təmizləyin.

ƏLAVƏLƏR

1.UŞAQLAR ÜÇÜN YEMƏK RESEPTLƏRİ

Düyü həliminin hazırlanması: 1 litr həlim hazırlamaq üçün 15-20 qr düyü götürüb, üzərinə 1 litr su əlavə edib 4-6 saat saxlayırlar. Sonra 2-2,5 saat zəif od üzərində tədricən qızdırılaraq qaynadılır. Bişdikdən sonra tənziədən keçirilir, əvvəlki həcminə çatana qədər üzərinə qaynanmış su əlavə edilir.

Kartof püresinin hazırlanması:

1. Kartof-90 qr
2. Süd -25 ml
3. Xörək duzu məhlulu -2 ml
4. Kərə yağı-5 qr

Kartof seçilib, ilıq su ilə yuyulur, qabığı təmizlənir, sonra soyuq su ilə yuyulur, buxarda bişirilir. Bişmiş kartofu isti halda yaxşı əzib ələkdən keçirir, üzərinə isti süd məhlulu, kərə yağı, duz məhlulu əlavə edib qarışdırırlar. 20 dəqiqə ərzində bişirilir.

Alma şirəsinin hazırlanması:

Təzə alma-170 qr

Alma yuyulur, üzərindən isti su axıdılır. Sürtgəcdən keçirilir, sterilizə olunmuş ikiqat tənziədən şirəsi çıxarılır.

Kök şirəsi:

Kök ilıq suda şotka ilə yuyulur. Qabığı təmizlənilib, yəni-
dən ilıq su ilə yuyulub, üzərinə qaynar su tökülür. Sürtgəc-
dən keçirib şirəsi çıxarılır.

Duz məhlulunun hazırlanması:

100 ml isti suda 25 qr duz həll olunur, qaynadılır, arasına steril pambıq qoyulmuş ikiqat tənziədən süzülüb, yenidən

qaynadılır. Sonra təmiz qaba tökülür.

Şəkər şərbətinin hazırlanması.

100 qr şəkərə 100 ml su tökülüb, qaynayana qədər qarışdırılır. Sonra arasına ikiqat pambıq qoyulmuş tənzifdən keçirilir. 100 ml su əlavə edib yenidən qaynadılır. Təmiz qaba tökülür, bir neçə gün işlədilir.

Südlü düyü sıyığı balqabaqla: 2 x. q. düyü, 1 stəkan su, 1/2 ç. q kərə yağı, balqabağın bir dilimi.

Balqabaq yuyulur, xırda tikələrə doğranılır və suda vam odda, bağlı qabda hazır olana qədər bişirilir. Düyü yuyulur və hazır olana qədər bişirilir. Sonra düyüyə bişmiş balqabaq əlavə olunur. Sıyıq yaxşı qarışdırılır və blenderdən keçirilir (və ya ələkdən sızılır). Hazır sıyığa kərə yağı əlavə olunur və qarışdırılır.

Yulaf yarması (Herkules) əriklə: 2 x. q. yulaf yarması, 1 stəkan su, 2 dənə ərik, 1/2 ç. q. kərə yağı.

Əriklər yuyulur, qabığı soyulur, çəyirdəyi çıxarılır. Yulaf yarması hazır olana kimi bişirilir. Hazır sıyığa ərik əlavə olunur, vam odda bir neçə dəq. bişirilir. Sonra sıyıq oddan götürülür, ona kərə yağı əlavə olunur və qarışdırılır.

Düyü sıyığı ətlə: 2 x. q. düyü, 3 stəkan su, 100 qr. mal əti, 1/2 ç. q. kərə yağı.

Yumşaq, yağsız mal əti üzərinə soyuq su töküb, vam odda hazır olana qədər bişirin. Əti bulyondan çıxarıb 2 dəfə ətçəkən maşından keçirin. Düyünü suda hazır olana qədər bişirin, ət əlavə edin, yaxşı qarışdırın. Sonra sıyığı 3-4 dəq. ərzində vam odda bişirin və sonda kərə yağı əlavə edin.

Toyuq püresi: 80 qr. toyuğun yağsız əti (broyley toyuqlarından yox, kənd toyuqlarından istifadə olunur), 1/2 stəkan su, az miqdarda xırda doğranmış baş soğan, 1 tikə kök, 1/2 ç. q. kərə yağı.

Toyuq ətinə soğan və kök əlavə edilib, hazır olana qədər

vam odda ağzıbağlı qabda bişirilir. Ət ətçəkən maşından 2 dəfə keçirilir, ona bulyon və kərə yağı əlavə olunur və 2-3 dəq. ərzində qaynadılır.

Toyuq kotletləri:100 qr. toyuq əti, 1 dilim ağ çörək, 1/4 stəkan su, 1/2 ç. q. kərə yağı, 1 dənə yumurta.

Toyuq əti suda isladılmış çörekəklə birlikdə 2 dəfə ətçəkən maşından keçirilir. Yumurta, yumşaldılmış kərə yağı əlavə olunur və yaxşıca qarışdırılır. Qiymədən kotletlər formalanır və hazır olana qədər buğda bişirilir.

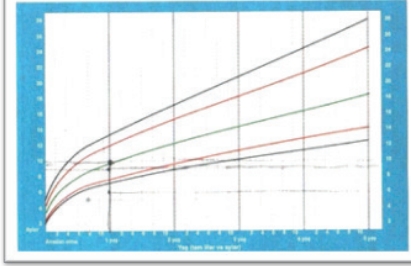
1. UŞAĞIN VİTAMİNLƏRƏ GÜNDƏLİK TƏLƏBATI

Yaşı	Retinol (mq TV)	Timin-bromid B1 (mq, TV)	B2 mq	C mq	D2 TV	PP mq	B6 mq
1yaşa qədar	0,5 (1600)	0,5	1,0	30,0	500	5,0	0,5
1-3yaş	1,0 (3300)	1,0	1,5	40,0	500	10,0	1,0
4-6yaş	1,0 (3300)	1,5	2,5	50,0	500	10,0	1,5
7-12yaş	1,5 (5000)	1,5	3,0	60,0	500	15,0	1,5
13-15yaş	1,5 (5000)	2,0	3	70,0	500	2,00	2,0

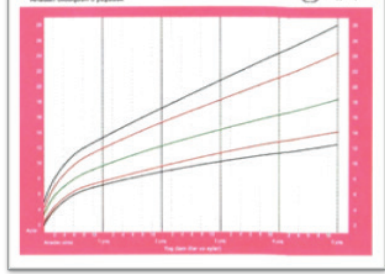
2. SENTİL QRAFİKLƏRİ ƏSASINDA FİZİKİ İNKİŞAFIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Kütlə göstəriciləri (5 yaşadək)

oğlanlarda

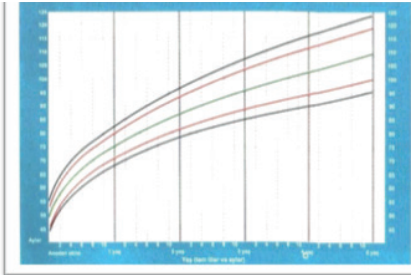


qızlarda

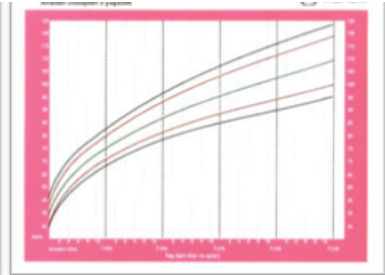


Boy göstəriciləri (5 yaşadək)

oğlanlarda



qızlarda



3.QIRMIZI QANIN NORMAL GÖSTƏRİCİLƏRİ

Yaş	Eritrositlərin miqdarı mln/mk/l	Hemoqlobinin Miqdarı qr/100ml	Hematokrit, %	Eritrositlərin orta həcmi, kub. Mikron
Göbək ciyəsi qanında	4,64±0,5	17,1±1,8	52±5	113±6
1 gün	5,3±0,5	19,4±2,1	58±7	110±6
2-6 gün	5,4±0,7	19,8±2,4	66±8	122±1,4
14-23 gün	4,9±0,6	15,7±1,5	52±5	106±11
24-37 gün	4,35±0,6	14,1±1,9	45±7	104±11
30-50 gün	4,1±0,5	12,8±1,9	42±6	103±11
2-2,5 ay	3,75±0,5	11,4±1,1	38±4	101±10
3-3,5 ay	3,9±0,4	11,2±0,8	37±3	95±9
5-7 ay	4,2±0,5	11,5±0,7	38±3	91±9
8-10 ay	4,35±0,4	11,7±0,6	39±2	90±8
11-13,5 ay	4,44±0,4	11,9±0,6	39±2	88±7
1,5-3 yaş	4,45±0,4	11,8±0,5	39±2	87±7
5yaş	4,65±0,5	12,7±1,0	37±3	80±4
10 yaş	4,8±0,8	13,2±1,2	39±3	81±6

4.SİDİYİN NORMAL GÖSTƏRİCİLƏRİ

Orta porsiyanın nisbi sıxlığı	1007-1024
Rəng	Samanı-sarı
Şəffafılıq	Azacıq bulanıq və şəffaf
Reaksiya	Neytral, zəif qələvi, zəif turş 625+0,36
Zülal	Yoxdur
Şəkər	0,2 %-dən az
Aseton	Yoxdur
Keton cisimləri	50 mq/sut-dan az
Urobilin cisimləri	6 mq/sut-dan az
Bilirubin	03 mq/100 ml-dən az
Amonyak	Yoxdur

ƏDƏBİYYAT

1. Namazova A. Uşaq xəstəlikləri 1972.
2. Tağıyev N. Neonatologiya 2007.
3. Sağlam yenidoğulmuşu qulluq üzrə klinik protokollar 2008.
4. Anafilaktik şok üzrə klinik protokol 2009.
5. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Yenidoğulmuşlarda prosedurlar üzrə klinik protokol 2011.
6. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Uşaqlarda xəstəxanadankənar pnevmoniyaların diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol 2011.
7. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Sağlamlıq imkanları məhdud uşaqların aşkarlanması üzrə klinik protokol 2012.
8. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Böyüklər və yeniyetmələrdə İİV/QİÇS- in müayinə və antiretrovirus terapiyası üzrə klinik protokol 2012.
9. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Yenidoğulmuşların ilkin reanimasiya üzrə klinik protokol 2012.
10. USAİD Xəstə və vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlara qulluq 2012.
11. Əyyubova A. Uşaq xəstəlikləri, 2012.
12. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Yenidoğulmuşlarda termotənzimləmə, onun pozulmaları və müalicəsi üzrə klinik protokol 2013.
13. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Çox az kütləli yenidoğulmuşların reanimasiyası, intensiv terapiyası və qulluğu üzrə klinik protokol 2013 və digər protokollar.
14. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Yenidoğulmuşların hiperbilirubinemiyası üzrə klinik protokol 2013.
15. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Yenidoğulmuşlarda qanaxmalar üzrə klinik protokol 2013.

16. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Uşaqlarda tənəffüs orqanları və rəminin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol 2014.

17. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. İmmunlaşdırma 2015

18. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Hemofiliyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol 2015.

1. Тур А.Ф., Тарасов О.Ф., Шабалов Н.П.

Детские болезни 1985.

2. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Детские болезни 2002.

3. Баранова А.А. Детские болезни, 2002.

4. Ежова Н.В., Ежов Г.И. Педиатрия практикум, 2003.

5. Парийская Т.В. Справочник педиатра, 2004.

6. Хромова Е.Ю., Плисов В.А. Справочник медсестры практическое руководство. 2010

7. Русакова Е.М., Ежова Н.В., Кащеева Г.И. Педиатрия 2010

8. Шабалов Н.П. Детские болезни 2012.

9. Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г. Сестринская дело педиатрии Практикум.2014

10. Запруднов А.М. Общий уход за детьми.

Руководство к практическим занятиям в сестринской практике 2015.

11. Куликова Т.В., Тепаев Р.Ф., Оказание первой помощи детям 2017.

MÜNDƏRİCAT

Ön söz.....	3
Giriş.....	5
Azərbaycanda pediatriyanın inkişaf tarixi.....	5
Uşaqlara tibbi xidmətin təşkili.....	9
Uşaqlara qulluq zamanı etika və deontologiya prinsipləri.....	16
Patronaj	20
Uşaq yaşının dövrləri.....	22

FƏSİL 1. SINİR SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. UŞAQLARIN BÖYÜMƏ VƏ İNKİŞAFI

Uşaqların fiziki inkişafı.....	27
Sinir sistemi və hiss üzvlərinin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	33
Sinir-psixi inkişafının qiymətləndirilməsi.....	36
Reflekslər.....	39

FƏSİL 2. YENİDOĞULMUŞ UŞAQ. YENİDOĞULMUŞ UŞAQLARA QULLUQ

Vaxtında doğulmuşların anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	42
Yenidoğulmuşlarda rast gəlinən fizioloji hallar.....	46
Yenidoğulmuşların ilk tualeti	49
Yenidoğulmuşun ilkin baxış	56
Yenidoğulmuş uşaqların gündəlik tualeti və çimizdirilməsi.....	57
Yenidoğulmuşlarda hemorragik xəstəliyin profilaktikası.....	59
Doğum evində yenidoğulmuşların immunizasiyası.....	60
Yenidoğulmuşlarda fenilketonuriyanın və anadangəlmə	

hipotireozun skriningi	63
Yenidoğulmuşların bədən temperaturunun saxlanması	63
Yenidoğulmuşların isidilməsi üsulları.....	65
Yenidoğulmuşların bədən temperaturunun pozğunluqları.....	66
Vaxtından əvvəl doğulmuşların anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	68
Vaxtından əvvəl doğulmuşlara qulluq.....	72
Vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqların qidalanma üsulları.....	77

FƏSİL 3.

SAĞLAM UŞAQLARIN QİDALANDIRILMASI

Südəmə uşaqların yedizdirilməsi	81
Təbii qidalanma	81
Süd verən ananın dieta və rejimi.....	85
Döşlə əmizdirmə qaydaları.....	87
Döşlə əmizdirmə zamanı çətinliklər.....	88
Donor südü	89
Qarışıq və süni qidalanma.....	90
Bir yaşdan sonra uşaqların qidalanması.....	93
Sutkalıq və birdəfəlik südün miqdarının hesablanması.....	94
Südəmə uşaqlara əlavə qidaların verilməsi.....	96

FƏSİL 4.

YENİDOĞULMUŞLARIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Yenidoğulmuşların asfiksiyası.....	98
Asfiksiyada canlandırma üsulları	100
Doğum zədələri	105
Perinatal ensefalopatiya	111
Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyi.....	114

Bətdaxili infeksiyalar.....	123
Toksoplazmoz.....	124
Listerioz.....	126
Sitomeqalovirus infeksiyası.....	127
Xlamidioz	129
Herpes infeksiyası	130
İrsixəstəliklər.....	132
Klaynfelter sindromu	133
Terner sindromu.....	134
Daun sindromu	135
Fenilketonuriya	138
Anadangəlmə inkişaf qüsurları	139

***FƏSİL 5. MƏDƏ-BAĞIRSAQ YOLLARININ
FUNKSIONAL POZĞUNLUQLARI. KƏSKİN VƏ
XRONİKİ QİDALANMA POZĞUNLUQLARI***

Yenidoğulmuşlarda mədə-bağirsaq yollarının diskineziyası.....	149
Dispepsiya.....	151
Hipotrofiya	155

***FƏSİL 6. DƏRİ VƏ DƏRİALTI TOXUMANIN
ANATOMİK-FIZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. DƏRİ VƏ
DƏRİALTI TOXUMANIN XƏSTƏLİKLƏRİ***

Dəri və dərialti toxumanın anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri	160
Dərinin qeyri-infeksiyon xəstəlikləri	162
Dəri və selikli qişaların infeksiyon xəstəlikləri	167
Göbək xəstəlikləri	171
Yenidoğulmuşların sepsisi	173

FƏSİL 7. KONSTITUSİYA ANOMALİYALARI

Konstitusiya anomaliyaları – Diatez.....	180
Ekssudativ-kataral diatez.....	180
Allergik diatez	182
Limfatiko-hipoplastik diatez	184
Sinir-artritik diatez	186

FƏSİL 8 . SÜMÜK-ƏZƏLƏ SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. SÜMÜK-ƏZƏLƏ SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Sümük-əzələ sisteminin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri...	188
Raxit.....	190
D hipervitaminozu.....	196
Spazmofiliya.....	200

FƏSİL 9. TƏNƏFFÜS SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. TƏNƏFFÜS SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Tənəffüs sisteminin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	203
Rinit.....	206
Angina.....	208
Xroniki tonzillit.....	210
Kəskin laringit.....	212
Bronxit.....	213
Bronxial astma.....	217
Pnevmoniya.....	222
Plevrit.....	230

FƏSİL 10. ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. QAN DÖVRANİ XƏSTƏLİKLƏRİ

Ürək-damar sisteminin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	237
Anadangəlmə ürək qüsurları.....	239
Revmatizm.....	248

FƏSİL 11. UŞAQLARDA KOLLAGEN XƏSTƏLİKLƏR

Kollagen xəstəliklər.....	257
Yuvenil revmatoid artrit.....	257
Sistem qırmızı qurdeşənəyi.....	260
Dermatomiozit.....	262

FƏSİL 12. HƏZM SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. HƏZM SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Həzm sisteminin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	266
Ağız boşluğunun xəstəlikləri	271
Stomatit	274
Qastrit	279
Qastroenterit	282
Duodenit	283
Xora xəstəliyi.....	284
Öd kisəsi və öd axacaqlarının xəstəlikləri.....	287

FƏSİL 13. PARAZİTAR XƏSTƏLİKLƏR

Helmintozlar.....	297
-------------------	-----

FƏSİL 14. SİDİK-İFRAZAT SİSTEMİNİN ANATOMİK-FİZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. SİDİK-İFRAZAT SİSTEMİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Sidik-ifrazat sisteminin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	304
Sistit.....	305
Pielonefrit.....	307
Qlomerulonefrit.....	310

FƏSİL 15. QANYARANMA. QAN XƏSTƏLİKLƏRİ

Uşaqlarda qanyaranma.....	317
Limfatik sistemin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	320
Anemiya.....	322
Leykoz.....	327
Talassemiya.....	333
Hemorragik diatezlər.....	337
Hemofiliya.....	338
Hemorragik vaskulit.....	341
Trombositopatiyalar.....	344

FƏSİL 16. ENDOKRİN SİSTEMİN ANATOMİK-FİZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ. ENDOKRİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Uşaqlarda endokrin sistemin anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri.....	348
Şəkərli diabet.....	352
Hipotireoz.....	357
Diffuz toksik ur.....	360
Piylənmə.....	363

FƏSİL 17. YOLUXUCU XƏSTƏLİKLƏR. AKTİV İMMUNİZASIYA

Yoluxucu xəstəliklərin xüsusiyyətləri.....	367
Uşaq infeksion xəstəxanalarının iş rejimi.....	371
Uşaqlarda aktiv immunizasiya.....	372
Kəskin respirator virus infeksiyaları.....	381
Uşaqlarda vərəm.....	387
Pnevmonokokk infeksiyası.....	402
Qızılca.....	407
Məxmərək.....	411
Epidemik parotit.....	413
Suçiçəyi.....	418
Skarlatina.....	421
Difteriya.....	425
Meningokokk infeksiyası.....	431
Göyöskürək.....	437
B tipli hemofil infeksiya.....	442
Bağırsaq infeksiyaları.....	446
Virus hepatitləri.....	459
Poliomielit.....	476
Uşaqlarda İİV infeksiyası.....	482
Xəstəxanadaxili infeksiya.....	486

FƏSİL 18. TƏXİRƏSALINMAZ VƏZİYYƏTLƏR

Hipertermiya.....	490
Kəskin stenozaşdırıcı laringotraxeit.....	495
Tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulması.....	499
Burun qanaxması.....	501
Qıcolma sindromu.....	502
Bayılma.....	504
Kollaps.....	506

Anafilaktik şok.....	508
Diabetik koma.....	513
Zəhərlənmələr.....	516

FƏSİL 19. TƏCRÜBİ BACARIQLAR

Antropometriya.....	525
Termometriya.....	526
Antibiotiklərin həll edilməsi və miqdarının hesablanması.....	528
Nəbzın müayinəsi.....	530
Arterial təzyiqin ölçülməsi.....	531
Tənəffüsün sayılması.....	534
Spirometriya.....	535
Qanın ümumi və biokimyəvi müayinəyə götürülməsi.....	536
Qan və qan komponentlərinin köçürülməsi.....	540
Əsnək və burundan bakterioloji müayinə üçün yaxma götürülməsi.....	543
Ümumi kliniki müayinə üçün bəlgəmin toplanması.....	544
Qulağa damcı tökülməsi.....	545
Buruna damcı tökülməsi.....	546
Gözə damcı tökülməsi.....	547
Uşaqlarda buz qovuğunun qoyulması.....	547
Uşaqlarda kompreslərin qoyulması.....	547
Gigiyenik və müalicəvi vannalar.....	549
Mədənin yuyulması.....	551
Qazçıxarıcı borunun yeridilməsi.....	553
İmələlər.....	555
Bakterioloji müayinə üçün nəcisin götürülməsi.....	562
Nəcisin qurd yumurtalarına görə müayinəsi.....	563
Uşaqlarda sidiyin toplanması.....	564

Sidiyin müayinə metodları.....	565
Sidiyin şəkərə görə yığılması.....	567
Sulkoviçsınağı.....	567
Peyvənd otağının təchizatı.....	568
Mantu sınağı.....	569
Plevral punksiya.....	571
Lümbal punksiya.....	573
Traxeyanın intubasiyası.....	575
Traxeotomiya.....	577
İnsulinin vurulma qaydası.....	578

ƏLAVƏLƏR

Uşaqlar üçün yemək reseptləri.....	582
Sentil qrafikləri əsasında fiziki inkişafın qiymətləndirilməsi.....	585
Qırmızı qanın normal göstəriciləri.....	586
Sidiyin normal göstəriciləri.....	587
Ədəbiyyat.....	588

**R.Ə.QULİYEVA, Y.İ.MƏLİKOVA, L.Y.BƏHƏRZALOVA,
D.Ə.MƏMMƏDƏLİYEVA** (*tibb elmləri namizədi*)

PEDIATRİYA

(DƏRS VƏSAİTİ)

Mətbəenin direktoru: Şəddat Cəfərov,
iqtisadiyyat üzrə fəlsəfə doktoru,
Azərbaycan və Rusiya Yazıçılar,
Azərbaycan Jurnalistlər Birliklərinin üzvü

Korrektor: Ə.Kərimova
Operatorlar: K. Bədəlova
X.Məcidova
Dizayner: M.Vəliyeva

Çapa imzalanıb: 02.09.2019.
Kağız formatı: 60X84 1/16.
Fiziki çap vərəqi: 37,5
Tiraj: 100
Sifariş:39

Kitab “3 sayılı Bakı Mətbəəsi” ASC-də hazır diopozitivlərdən ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.
Ünvan: A.Məhərrəmov küçəsi 4.
E-mail: 3_metbee@mail.ru Tel.: 431 40 58

