

**Ф.А.Акилов, Р.Б.Нуруллаев, Ж.Х.Мирхамидов, Х.Б.Худайбердиев,
Р.С.Азизова**

ХАМШИРАЛИК ИШИ

**Ўрта махсус, касб-хунар коллежларининг тиббиёт йўналиши бўйича
таълим олаётган ўқувчилар ва ўрта тиббиёт ходимлари учун
ўқув қўлланма**

Тошкент – 2014

Муаллифлар:

1. Ф.А.Акилов – Республика ихтисослаштирилган урология маркази директори, ТТА урология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.
2. Р.Б.Нуруллаев – уролог-шифокор, т.ф.д.
3. Ж.Х.Мирхамидов – ТТА урология кафедраси доценти, т.ф.н..
4. Х.Б.Худайбердиев - ТТА урология кафедраси асистенти.
5. Р.С.Азизова – Олмазор тиббиёт коллежи “Хирургик касалликлар билан оғриган беморларда ҳамширалик парвариши” кафедраси мудири.

Такризчилар:

1. Б.Т.Халматова – ТМА болалар касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д.
2. Г.Х.Маннонова – Олмазор тиббиёт коллежи, “Хамширалик иши” фани бош ўқитувчиси.

Охирги йилларда юртбошимиз бошчилигида ватанимиз бўлмиш Ўзбекистон Республикасида тиббиёт соҳасининг турли жабҳаларида реформалар олиб борилаётганлиги ҳаммамизга маълум. Ушбу реформалар ватанимизда истиқомат қилаётган катталар ва болалар соғлиғини яхшилаш ва тиклаш, касалликлар олдини олиш ҳамда тиббий мутахассис кадрлар (шифокор-педагоглар, шифокорлар, ҳамширалар) савиясини янада оширишга қаратилган.

Ҳозирги пайтда ҳамширалар нофақат шифокор буюртмаларини бажарадиган, балки тиббий ёрдам кўрсатишдан ташқари, касалликнинг олдини олувчи, ўз ўрнида мураббий, маслакдош ва текширувчи вазифаларини ҳам адо этади.

Ушбу китобда ҳамширанинг вазифалари, айрим касалликларни даволаш жараёнида ушбу касб эгасининг бирламчи ёрдам кўрсатиши ҳамда беморларни парвариш қилишнинг замонавий асослари ёритилган. Қолаверса, рисола ҳамширага фаолияти давомида ўз билимини янада ошириб, уни мустаҳкамлашга назарий жиҳатдан ёрдам беради ва шу билан бирга юртдошларимиз соғлиғи йўлидаги тиббиёт ходимларининг хизматларига муайян ҳисса қўшади, деган умиддамиз.

Рисола тўғрисидаги фикр мулоҳазаларингиз умумий ишимизга ижобий таъсир этади, деган умиддамиз.

МУАЛЛИФЛАР

Мен, _____, ҳамширалик касбини эгаллаб, тиббий фаолиятга киришар эканман ўз ҳаётимни, бор билим ва маҳоратимни инсонлар соғлигини муҳофаза қилишга бағишлашга;

инсон ҳаётига хавф туғдирмасликка;

тиббиёт анъаналарини асраб-авайлаш, ривожлантириш ва хизмат вазифасини шахсий манфаатимдан юқори қўйишга;

шифокор сирини сақлашга;

беморнинг миллати, ирқи, диний эътиқоди, сиёсий, иқтисодий, ижтимоий ҳолатидан қатъий назар унга ғамхўр бўлиш ва тиббий ёрдам кўрсатишга;

ҳамиша Ўзбекистон Республикаси ҳамширасининг Кодексига таяниб иш кўришга қасамёд қиламан.

Мен ҳамширалик бурчимни виждонан бажариш учун ўз эрким билан самимий қасамёд қиламан.

Кириш

Мустақил Республикамизнинг келажаги биринчи навбатда аҳолининг соғлигига, кишиларнинг саломатлигини муҳофаза қилиш эса тиббиёт ходимларининг билим савияси, малакасига, билим ҳамда тажрибаларини иш жараёнида ўз вақтида тўлиқ масъулият билан оқилона бажаришларига боғлиқ.

Соғлиқни сақлаш тизимида тиббиёт ҳамширасининг ўрни беқиёсдир.

«Ҳамширалик иши» мутахассислигини эгаллаган тиббиёт ходими жаҳон андозаларига жавоб берадиган ҳар томонлама етук, соҳанинг барча жабҳаларида ишлай оладиган, даволаш ишлари билан бир қаторда касалликнинг олдини олишда ҳам кенг қўламли фаолият кўрсатадиган кадр ҳисобланади.

Тарихга назар соладиган бўлсак, Россияда Пётр I томонидан 1715 йилда тарбия уйлари ташкил қилиниб, у ерда биринчи марта аёллар беморларни парвариш қилганлар, муолажаларни бажариши учун махсус ҳамширалар бўлмаган.

1803 йилда Москва ва Санк-Петербургда уйсиз аёллар учун «Бевалар уйи» ташкил қилинган. Ўша йилдан ҳамширалик иши бошланган деб ҳисобланилади.

1818 йилда Москвада «Меҳр-мурувват» аёллар институти ташкил қилиниб, касалхонада касал боқувчилар учун махсус курс очилган. Бутун дунёда ҳамширалик иши асосчиси Англиялик ҳамшира Флоренс Найтингейл (1820-1910) ҳисобланади.

Флоренс Найтингейл 1859 йили ўзининг «Беморлар парвариши тўғрисидаги ёзувчилар» деган китобида – «Ҳамширалик иши беморни куршаб турган муҳитни унинг соғайиш йўлида қўллаш учун йўналтирилган ҳаракатдир» - деб, юқори баҳо берган.

Халқаро Қизил Хоч жамияти 1912 йилда Флоренс Найтингейл медалини таъсис қилади. Яхши ишлаб, ҳамкасбларига ўрнак бўлган ҳамширалар ушбу медал билан мукофотланганлар.

1958 йилда америкалик олим Виржиния Хендерсон «Беморларни парваришлашнинг асосий қоидалари деган» китоб ёзади. Унда ҳамшираларнинг бажарадиган ишлари, вазифалари умуман, «Ҳамширалик иши» тушунчасига изох берилади.

1978 йилда Янги Зеландияда бўлиб ўтган «Халқаро ҳамширалар кенгаши» ушбу касб кишиларига қуйидагича «Ҳамширалик иши соғлиқни сақлаш тизимининг таркибий қисми бўлиб, саломатликни мустаҳкамлашни, касалликнинг олдини олиш, жисмонан ва руҳан хасталанган беморларга ёрдам кўрсатиш, уларни парваришлаш ҳамда барча ёшдаги ишга лаёқатсиз гуруҳларга мададкор бўлишни ўз ичига олади» - дея таъриф беради.

Беморларни даволашда улар парваришини оқилона бажариш жуда муҳим аҳамиятга эга. Жаҳон ҳамширалик амалиётида 31 дан ортиқ

парвариш моделлари мавжуд бўлиб, энг кўп тарқалганлари куйидагилардан иборат:

1. Эволюцион - мослашув (Канада ҳамширалик ассоциацияси).
2. Қўшимча -тўлдирувчи (В. Хендерсон).
3. Бемор хулқ -атвори тизими (Джонсон).
4. Мослашув модели (К.Рай).
5. Ўзини-ўзи парвариш қилишдаги камчиликлар (Д.Орэм ва бошқалар).

Ўрта Осиё халқларининг ахлоқий, миллий, маънавий ва умуминсоний дунё қарашларининг пайдо бўлишида қадимий «Авесто» китоби ҳам катта аҳамиятга эга. Унда исломгача бўлган даврда инсонлар ёвуз руҳлардан, хасталиклардан халос бўлиш, даво топиш, яхшиликка ишониш каби фикрлар ўз аксини топган. Соч, тирноқни олиш, уларни турар жойлардан 10, оловдан 30 қадам нарига кўмиб ташлаш тавсия қилинган. Табиатнинг софлигига (экологияга), соғлом тана орқали соғ фикрга эга бўлиш, «ёзув руҳлар»ни енгиб, уларни бўлажак она вужудидан узоқлаштириш, ёш онани кўзи ёришига етти кун қолганда сув бўйига, ўчоқ бошига бормаслик, сигир соғмаслик, ҳамир қилмаслик, кир ювмаслик каби удумларга амал қилишга ундаганлар ва ғояларни илгари сурганлар. Албатта, бу нарсалар ирим-сиримдир.

Беморларни парваришлаш - даволашнинг энг муҳим ва зарурий омилидир. Парвариш деганда - беморларнинг дардини енгиллаштириш, унинг руҳини кўтаришга ва тезроқ соғайишига, касаллик асоратларининг олдини олишга қаратилган профилактик, гигиеник ва санитар-эпидемиологик тадбирлар тушунилади. Кўп касалликларда беморлар жисмоний фаоллигининг чекланиши, кам ҳаракатланиши ва ўзига-ўзи хизмат кўрсатиш лаёқатининг пасайиши, бировнинг ёрдамисиз ювиниб овқатлана ва кийина олмасликлари кузатилади. Бундай ҳолларда беморни ювинтириш, кийинтириш ва овқатлантириш керак.

Парвариш - тозаликни сақлаш, юқумли касалликларнинг олдини олиш, беморларни санитар тозалаш, уларнинг кийимлари, кўрпа-тўшаклари жилдларини ўз вақтида алмаштириш, унинг руҳийятига салбий таъсир қиладиган ҳолатларни бартараф қилишдан иборат бўлиб, шифокор кўрсатмаларини ўз вақтида, тўғри бажарилишини таъминлашни ҳам ўз ичига олади.

Беморларни парвариш қилишнинг умумий ва махсус турлари мавжуд.

Умумий парваришга касаллик турига боғлиқ бўлмаган ҳолда ўтказиладиган тадбирлар киради:

- тиббиёт муассасасининг даволаш, муҳофаза ва санитария-эпидемиологик тартибини яратиш ва таъминлаш;
- шифокор кўрсатмаларини бажариш, дори-дармонлар тарқатиш, муолажалар қилиш ва бошқалар;
- оғир ётган беморларга шахсий гигиена қоидаларини бажаришда ёрдам бериш, ювинтириш, кийимларини алмаштириш, оғиз бўшлиғини парваришлаш, ётоқ яраларнинг олдини олиш, овқат едириш, физиологик эҳтиёжларга ёрдам бериш.

Махсус парвариш муайян касалликларда ўтказиладиган қўшимча тадбирлардан иборат. Масалан: жарроҳлик, урологик, гинекологик ва бошқа касалликларда.

I. МУОМАЛА МАДАНИЯТИ

Муомала, мулоқот сўз орқали амалга ошади.

Сўз жуда катта қудратли кучга эга. Бир сўз билан кўнгилни кўтариш ёки вайрон қилиш ҳеч гап эмас. Э.Жирардан «Сўзнинг кучи беҳаддир. Чекинаётган қўшинни тўхтатиш, мағлубиятни зафарга айлантириш ва мамлакатни қутқариб қолиш учун гоҳо ўринли айтилган биргина сўз ҳам кифоя», - деган бўлса, ҳазрат Алишер Навоий:

«Сўздирки, нишон берур ўликка жондин,

Сўздирки, берур жонга хабар жанондин,

Инсонни сўз айлади жудо ҳайвондин,

Балким, гуҳари шарифроқ йўқ ондин», деб «сўз» га катта баҳо берганлар.

Ҳамма вақт тўғри сўз бўлиш керак деб, беморга ҳамма гапни (тиббиёт сирини) айтиш оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун ҳам айрим ҳолларда тиббиёт ходими касаллик тўғрисидаги айрим маълумотларни беморга айтиши мумкин эмас.

Бу ҳақда А.Навоийнинг

«Оқил чин сўздан ўзгани демас, аммо барча чинни ҳам демак оқил иши эмас», дея таъкидланган ҳикмати биз тиббиёт ходимлари учун айтилганга ўхшайди.

Тиббиёт соҳасининг буюк алломаси Абу Али ибн Сино ҳам сўз устаси бўлган. Шунинг учун айрим касалликларни шеърӣ усулда ифода қилган.

Нутқ санъати инсонга насиб этган экан, қандай сўзлашиш, қайси сўзларни ишлатиш, гап оҳанги (қўпол, каттиқ, ширин, мулойим), табассум ёки жаҳл билан гапириш, кўз қарашлари ва бутун қиёфасидаги ўзгаришлар ҳам жуда катта аҳамиятга эга.

Р.Эмерсон «Агар кўз бошқа нарсани ифодалаб, тил бошқа нарсани гапирса, кўпни кўрган одамлар кўзга ишонадилар», деган.

Шундан ҳам кўриниб турибдики, гаплашаётган вақтимизда фикр-хаёлимиз, қарашларимиз суҳбатдош (бемор)га қаратилган бўлиши лозим. Шундагина кўзлаган мақсадга эришамиз.

Сўз қадри, унинг салмоғи ва сўз айтиш масъулиятини ҳис қилиш ҳамманинг ҳам қўлидан келавермайди. Бунинг учун яхши тарбия, мустаҳкам ирода, юқори билим, ҳаётий кўникма, тажриба зарур. Шу ҳислатлар, айниқса, тиббиёт ходимларида бўлиши беморларни тезроқ соғайиб кетиши учун зарур омиллардан бири ҳисобланади.

Ҳамюртимиз Муҳаммад Ризо Огаҳӣ ўзининг «Сўз» деган ғазалида «Кўнгил бир денгиз, сўз ундаги покиза гавҳарга ўхшайди, агар сўз маъни билан зийнатланган бўлса, кимнинг – ким эканлигини билмоқ истасанг сўзидан аён бўлади», деганлар:

Кўнгил бир баҳри захҳару ондадур покиза гавҳар суҳ,

Вале шарт улки маъни шоҳидига бўлса зевар сўз.

Сўзига боқ агар билмак тиларсан кимса аҳволин

Ки асрори ниҳони суратига келди мазҳар сўз.

Сўз фикрни ифода этади, фикр равшан бўлмаса, сўз ҳам мужмалдир. Яхши фикр тиниқ услубни талаб қилади. Услубни либосга, фикрни либос остидаги баданга ўхшатиш мумкин. Энг ажойиб фикр ҳам агар ёмон ифодаланса, ўз қиммати йўқотади. Фикр қанча гўзал бўлса, ибора ҳам шу қадар жарангдор сезилади. Инсон ўз фикрини аниқ-равшан, сода, қисқа қилиб ифодалаши керак. Одам қанчалик яхши сўзламасин, шуни унутмангки, у керагидан ортиқ гапирга бошласа эътибордан қолади.

Ковус «Яхши сўзла, аммо маҳмадона бўлма, эзмалик калтабинликдир», деган бўлса, Ф.Ларошфуко «Буюк ақл эгаларига оз сўзда кўп маъно бериш хос бўлгани сингари, ақли калталар аксинча, кўп гапириб, тайинли бир гап айтмайдилар» деган.

Шу ўринда яна Алишер Навоийнинг гапларини келтириш фойдадан холи эмас.

«Оғзига келганни демак, нодоннинг иши,
Олдига қўйганни емак ҳайвоннинг иши».

Яхши гапириш билан бир қаторда, ўз вазифамизни – яъни инсоннинг соғлигини сақлашдан, шарафли вазифамизни астойдил сидқидилдан бажаришдан чарчамаслигимиз керак.

Сўз, мулоқот, муомала инсон ҳаётида энг керакли омиллардан бири бўлиб, айниқса, саломатлиги ёмонлашган ёки батамом издан чиққан беморларни парвариш қилишда муҳим рол ўйнайди. Ҳамширанинг ҳар бир сўзни ўйлаб, фикрлаб, ўрнида айтиши эса, беморнинг аҳволига ўз таъсирини ўтказди. Ҳамшира ишида муомала кўникмалари ўз-ўзидан юз берадиган оддий ҳодиса эмас. Онгсиз муомала билан мақсадли муомала ўртасида тафовут мавжуд. Хушмуомалалик ниҳоятда муҳим ҳисобланади.

Беморларни бўлимга ётқизишда, бошқа бўлимга ўтказишда, парвариш пайтида, муолажаларга тайёрлаш ёки муолажа пайтида, шифохонадан чиқаришда вазиятни эътиборга олиб, аниқ, равшан ва ширин муомалада бўлиб, уларнинг кўнглини кўтариб, маънавий жиҳатдан қўллаб-қувватлаш керак.

Муомала турлича бўлиши мумкин. Ҳамшира беморларга маслаҳат ва тасалли бериб, йўл-йўриқ кўрсатиб, кўнглини кўтариб, олдинги ҳолатдан аҳволи яхши эканлигини айтиб, тез орада тузалиб қолишини, дарддан халос бўлишини уқтириб, тасалли бериши керак.

Ҳамшира бу талабларни нақадар ижобий қондира олиши унинг муомала маданиятига, иш кўникмаларига ва ҳаёт тажрибасига боғлиқ. Муомала, - инсонпарварликни ўзида мужассам этган ҳамшира парваришининг асосидир.

Бу кашфиёт ёки янгилик эмас, бу инсонни сиртдан ўрганишдир. Бундай ўрганиш натижасида, айни вақтда бошқалар қолаверса, ўзингиз ҳақингизда ҳам кўпроқ нарсаларни билиб олишингиз мумкин. Шунинг хисобга олиб, ҳамшира ўз ҳатти - ҳаракатини бошқариши, ташқи кўриниши, кийиниши,

пардоз – андози, хулқ атвори, муомала мада-ниятини янада яхшилаши керак.

Мулоқот бошқа одамларнинг ички дунёсини тушунишни талаб қилади. Ҳар бир кишининг ўзига хос табиати фақат мулоқот воситасида намоён бўлади.

Ҳамсухбатини тинглаш қобилияти - қабул қилиш кўникмаси, безовталики намоён этиш, ўзга фикрларни идрок этиш, хайрихоҳлик билдириш, самимий бўлиш ва бошқа одамларнинг ҳурматини жойига қўйиш каби қисмларга ажралади.

Инсон учун суҳбатдошини тинглаш қобилияти жуда катта аҳамиятга эга бўлиб, айниқса ҳамшира ишида муҳим рол ўйнайди. Ҳар қандай суҳбат пайтида кимдир гапириши, кимдир эшитиши – кимдир тинглаши керак. Шунинг учун беморга мумкин қадар кўпроқ ўзи, касаллиги ҳақида гапиришига имкон беринг, ўз диққат-эътиборингизни беморга қаратинг. Саволлар бериб, унинг гапини тўхтатиб қўйманг, сўзларини охиригача эшитинг. У билан ширин муомалада бўлинг. Шундагина бемор сизга ишонади ва сиз билан очик мулоқотда бўлади. Зеро, Саъдий Шерозий:

«...Юмшоқ муомала, ширин сўз одам

Бир гап билан тортиб кетар филни ҳам...»,

деб бежиз айтмаганлар.

ДЕОНТОЛОГИЯ ЭТИКА ВА ЭСТЕТИКА

Деонтология грекча “deonthos” – “бурч” деган маънони билдиради. Бу терминни биринчи бўлиб Кант қўллаган. Гиппократнинг айтишича “Тибиётга ўзини бағишлаган инсон қуйидаги ҳислатларга: олий ҳимматлилик, софдиллик, теран фикр ва босиқликка эга бўлиши керак”.

Парацельс “Меҳр-муҳаббат ва ғамхўрлик - энг яхши дори”, деган эди.

Ҳамшира бемор ва атрофдагилар билан ҳушмуомалада бўлиши, секин гапириши, ўз ишини тез ва сифатли қилиши, иш жойини тоза, саранжом тутиши, юмушини ташлаб кетмаслиги, ҳужжатларни қонуний юритиши, касб сирларини сақлаши лозим.

У ҳамиша иш кийимида, сочлар қалпоқ остига йиғилган, тирноқлари калта олинган, иш вақтида ҳар хил тақинчоқлар тақмаган бўлиши керак. Ҳамшира ҳамма беморга келиб чиқиши, дунёқараши, ёши, жинси миллатидан қатъий назар бир хил намунали хизмат кўрсатиши шарт. Доимо ўз устида ишлаб, билимини ва амалий кўникмаларини ошириб бориши зарур.

Беморлар билан ҳис - ҳаяжонсиз, амалдаги қоидалар бўйича муомала қилиш, инсонларга бўлган ҳурмат, бурч ҳамда жавобгарлик ҳамшира этикаси ва ахлоқининг негизидир.

Ҳамшира ишининг ўзига хос хусусияти шундаки, бемор билан доимий, кундалик мулоқотни ўз ичига олади. Саломатлигига путур етган инсон

(айниқса, узоқ давом қилган хасталик) жисмонан ва руҳан зўриқишга сабаб бўлади. Ўз саломатлиги, ҳаётини ҳамширага ишонган бемор ундан тез ва самарали шифо топишни истади. У ҳамширанинг фақат малакасига эмас, балки софдиллиги, тўғри сўзлиги, ҳалоллиги, олижаноблиги ва хушёрлигига ҳам ишониши лозим.

Шунинг учун ҳам азалдан ҳамшираларнинг ахлоқий ва маънавий жиҳатларига алоҳида талаблар қўйилган ва бу касб эгаси ўз навбатида жамиятга, ҳамкасбларига, беморларга нисбатан маълум бир ахлоқий мажбуриятларни ўз зиммасига олади.

Кўпчилик мамлакатларда ҳамширалик мактабини битирувчилар Флоренс Найтингейл қасамёдини қабул қилишади, у ҳамширанинг этик ва деонтологик қонун - қоидаларига жавоб беради.

Қасамёдда шундай дейилган: “Оллоҳ олдида ва шу ерда йиғилганлар олдида ҳалол ҳаёт қуриш, виждонан ўз вазифамни адо этишга, ўзимни барча заҳарли ва зарарли моддалардан тийишга, ҳеч қачон зарар етказувчи дориларни ишлатмасликка ва буюрмасликка, бор кучим билан ўз касб маҳоратимни ошириб боришга, бемордан ва унинг қариндош-уруғларидан у тўғрисида мен биладиган маълумотни сир сақлашга, сидқидиллик билан шифокорга ёрдам беришга, менга муҳтож бўлганларга бутун вужудим билан ғамхўрлик қилишга тантанали равишда ваъда бераман”.

Тиббиёт деонтологиясининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

- тиббиёт ходимлари ҳуқ-атворининг натижасини яна ҳам оширишга қаратилган қоидаларни ўрганиш;
- тиббиётдаги ноқулай омилларга чек қўйиш;
- тиббиёт ходимлари билан бемор ўртасидаги ўзаро муносабатларни ўрганиш;
- самарали бўлмаган тиббиёт фаолиятининг зарарли оқибатларини тугатиш.

Шифокор топшириқлари, кўрсатмаларини ўз вақтида аниқ, бекаму – кўст, виждонан бажариши ҳамширанинг асосий деонтологик вазифаларидан биридир.

Жамиятимизнинг асосий бирлиги меҳнат жамоасидир. Жамоадаги барча аъзоларнинг унинг раҳбари остидаги жипслиги, дўстона ўзаро муносабатлари, бир-бирларини ҳурмат қилишлари, ошкора самимий танқид ишнинг сифатини оширади.

Фитна иғво, ҳасад жамоа ишини издан чиқаради. Бунга айрим ходимларнинг ичи қоралиги, мансабпарастлиги, манманлиги сабаб бўлади. Француз файласуфи Клод Адриан Гельвений (1717-1771 йил) «Ҳамма эҳтиросларнинг энг жирканчлиси – нафрат, сотқинлик ва фиску – фасодлар ҳасад байроғи остида кун кўришади» деган эди. Инсоният тарихида урушлар, тожу-тахт атрофидаги фитналар, давлат тўнтаришлари, қотиллик, сотқинлик, оилавий можаролар ва бошқа хунрезликлар бахил ва ҳасадгўйлик сабаб бўлган.

Бундай ҳолатлар тиббиёт ходимларининг этика ва эстетикасига ёт ҳамда зиддир.

Этика сўзи юнонча «aethos» деган сўздан келиб чикиб, “юриш-туриш, ахлоқ” деган маъноларни билдиради. “Ахлоқ” деганда кишиларнинг бири-бирига муносабати, жамият, синф, давлат, ватан, оилага бўлган муносабатларни тартибга солиб турадиган ва шахсий эътиқод анъаналари, тарбияси бутун жамият ёки синфнинг кучи билан қўллаб-қувватланадиган қоидалар, хулқ-атворлар талаблари тушунилади.

Тиббиёт этикаси тўғрисида ҳинд китоби «Аюрведа» («Ҳаёт билими» ёки «Ҳаёт илми») да қайд қилинган бўлиб, унда яхшилик, адолат муомалалари билан бир қаторда шифокорга раҳимдиллик, ҳайрихоҳлик, адолатли, сабр-тоқатли, осойишта бўлиш ва ҳеч вақт ўзини йўқотиб қўймаслик насихат қилинади.

Тиббиёт ахлоқининг асосий вазифаларидан бири – жамият ва бемор киши саломатлиги йўлида ҳолис меҳнат қилиш, ҳамиша ва ҳар қандай шароитда ҳам тиббий ёрдам кўрсатиш, беморга диққат-эътибор, ғамхўрлик билан муносабатда бўлишдир. Ўзининг барча ҳатти-ҳаракатларида юксак инсоний қоидаларга риоя қилиш, тиббиёт ходимининг юксак вазифасини англаш, ўз Ватанига, Ҳукуматига меҳр-муҳаббат ва садоқатни, бурчига содиқликни тарбиялаш, юксак инсонпарвар касбнинг олижаноб анъаналарини сақлаш ҳамда кўпайтиришдан иборатдир. Буюк алломалар фикрича, ахлоқда диёнат, қаноат, шижоат, илм, сабр, интизом, виждон, бурч, жавобгарлик, масъулият, иффат, ҳаё, идрок, ҳайрихоҳлик, садоқат, муҳаббат, кадр-қиммат, номус, хулқ – атвор, бахт каби инсоний ҳислатлар мужассамлашгандир. Юксак ахлоқий сифатларга эга бўлган тиббиёт ходими ўз бурчини аниқ ва сифатли бажаради.

Тиббиёт ҳамшираси бемор билан муомала қилишда ахлоқ қоидаларига амал қилишдан ташқари, сабр-тоқат билан ва ўзини тута билиши ҳам керак. Ҳамшира шифокор билан бемор ўртасида ишончни яратиши, шифокор ва касалхонанинг обрў-эътиборини оширишга ҳисса қўшиши, керак. Ҳамшира иш олиб бораётганда беморда бўладиган ўзгаришлар, беморнинг тиббий ходим билан бўладиган муносабатларига ҳам катта эътибор бериши лозим.

Улар жумласига қуйидагилар киради:

1. Этрогения – беморнинг ўз-ўзига таъсири.
2. Эгротогения – беморларнинг бир-бирига таъсири.

Беморларнинг бир-бирига таъсири кучли эканлигини эътиборга олиб, палатага жойлаштиришда уларнинг ёши, жинси, касби, қизиқишлари, касаллик тури, оғир-енгиллигига эътибор берилади.

3. Ятрогения – тиббиёт ходимларининг нотўғри ҳатти-ҳаракатлари натижасида келиб чиқадиган бемордаги ҳолатлар (ятроген касаллик ҳам дейилади) дир.

4. Госпитализм – бу беморнинг касалликка, касалхона ва унинг шароитларига мослашгунча бўлган руҳий кечинмалар давридир.

Бемор касалхона шароитига тез мослашса, даволаниш жараёнига киришиб кетса, соғайиш шунча самарали кечади.

II. СИЁСИЙ БИЛИМИМИЗНИ ОШИРАЙЛИК

Ўзбекистон Республикаси 1991 йил 31 августда ўз мустақиллигини эълон қилди.

1991 йил 1 сентябр Ўзбекистон Республикасининг Мустақиллик куни, деб эълон қилинди.

Ўзбекистон Республикасининг давлат байроғи Ўзбекистон Республикаси Олий Кенгашининг навбатдан ташқари ўтказилган VII сессиясида 1991 йил 18 ноябрда тасдиқланган.

Ўзбекистон Республикасининг герби тўғрисидаги қонун 1992 йил 2 июлда қабул қилинган.

Давлат мадҳияси (юнонча “hymnos” – “мадҳия”, “мақтов ашуласи”) 1992 йил 10 декабрда қабул қилинган бўлиб, Абдулла Орипов шеъри, Мутал Бурхонов муסיқасига мансубдир.

1992 йил 8 декабрда Ўзбекистон Республикаси XII чақириқ Олий мажлисининг XI сессиясида Ўзбекистон Республикаси Конституцияси қабул қилинди.

Давлат тили - ўзбек тили, бу тўғридаги қонун 1995 йил 21 декабрда қабул қилинди.

Соғлиқни сақлаш тўғрисидаги қонун 1996 йил 29 августда қабул қилинди.

Ўзбекистон Республикаси Марказий Осиёнинг ўрта қисмида жойлашган мустақил мамлакат, иқлими ҳам мўътадил илиқ, кескин континентал. Ҳудуди 447,4 минг кв. км. Давлатимиз ҳудудий чегараси 6221 км бўлиб, Қозоғистон, Тожикистон, Қирғизистон, Туркманистон ва Афғонистон давлатлари билан чегарадош.

Турли динга мансуб 130 дан ортиқ миллат ва элат яшайди.

Давлат рамзларига -давлат байроғи, давлат герби, давлат мадҳияси ва миллий валюта киради.

Соғлиқни сақлаш тизимининг меъёрий-ҳуқуқий асослари

Ўзбекистон Республикасининг фуқаролар саломатлигини муҳофаза қилишга оид қонунлари

1. Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси - 40-модда.
2. “Давлат санитария назорати тўғрисида” Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1992 йил 3 июль. № 657-XII.
3. “Сурункали алкоголизм ёки гиёҳвандликка мубтало бўлган беморларни мажбурий даволаш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1992 йил 9 декабрь. № 753- XII.
4. «Истеъмолчиларнинг ҳуқуқларини ҳимоя қилиш тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1996 йил 26 апрел № 221-I.

5. “Фуқаролар соғлигини сақлаш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1996 йил 29 август. № 265-I.
6. “Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1997 йил 25 апрель. № 415-I.
7. “Озиқ-овқат маҳсулотининг сифати ва хавфсизлиги тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1997 йил 30 август.
8. “Тиёҳвандлик воситалари ва психотроп моддалар тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1999 йил 19 август. № 813-I.
9. “Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишининг (ОИВ-касаллигининг) олдини олиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 1999 йил 19 август. № 816-I.
10. “Психиатрия ёрдами тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 2000 йил 31 август. № 123-II.
11. “Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 2001 йил 11 май. № 215-II.
12. “Қон ва унинг таркибий қисмлари донорлиги тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 2002 йил 30 август. № 402-II.
13. «Йод етишмаслиги касалликлари профилактикаси тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни. 2007 йил 2 май № 97.

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг айрим буйруқлари

1. 1994 йил 20 декабрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 575-сонли буйруғи “Ўзбекистон Республикасида ҳамшира ишини такомиллаштириш тўғрисида”.
2. 1995 йил 20 сентябрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 660-сонли буйруғи - “Тери-таносил касалликларининг олдини олиш тўғрисида”.
3. 1999 йил 18 февралдаги № 639-сонли тартиби - “Бюджет маблағлари ҳисобига олинган дори-дармонлар, тиббий жиҳозларни бериш, ҳисобга олиш тўғрисида”.
4. 1999 йил 26 июндаги № 462 сонли буйруғи “Этил спиртини сақлаш, қирим-чиқим ҳужжатларининг юритилиши”.
5. 1999 йил 18 ноябрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 96-сонли буйруғи-“Ўзбекистон Республикаси аҳолисини ўта хавфли касалликлардан ҳимоя қилиш чора - тадбирлари”.
6. Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 19 ноябрдаги № 675-сонли қарори- “Бўлимларда 1-ёрдам кўрсатиш учун шарт бўлган дори-дармонлар”.
7. 2000 йил 6 мартдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 300-сонли буйруғи - “Ходимларни ишга киришдан олдин дастлабки ва

- даврий тиббий кўриқдан ўтадиган тизимини такомиллаштириш тўғрисида”.
8. 2000 йил 30 декабрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 560-сонли буйруғи - “Юқумли касалликларни, вирусли гепатит В нинг олдини олиш тўғрисида”.
 9. 2002 йил 29 октябрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 300-сонли буйруғи - «Олий маълумотли ҳамшираларнинг вазифалари тўғрисида».
 10. 2003 йил 3 апрелдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 160-сонли буйруғи - “Силга қарши курашиш тадбирларини такомиллаштириш тўғрисида”.
 11. 2003 йил 29 октябрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 473-сонли буйруғи- “Наркотик, психотроп ва прекурсор доридармонларни сақлаш, юритилиши ҳужжатлари тўғрисида”.
 12. 2004 йил 30 мартдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг фармойиши- “Ҳамширалик ишини такомиллаштириш, беморларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш тўғрисида”.
 13. 2004 йил 30 мартдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 270-сонли фармойиши - “Беморларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш мақсадида “Ҳамширалик жараёни ва ёзувларини жорий қилиш тўғрисида”.
 14. ЎзРес ССВ буйруғи №1 02.01.2004й “Республикада ўлат касаллигининг пайдо бўлиши, тарақалишини олдини олиш ва профилактика тадбирларини такомиллаштириш тўғрисида”.
 15. 2005 йил 12 октябрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 506-сонли буйруғи «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бўлимдаги даволаш ва профилактика бўлимлар таркибидаги доимий ҳайъат» (ДХФ) фаолиятини такомиллаштириш» тўғрисида.
 16. 2006 йил 15 февралдаги Соғлиқни сақлаш вазирининг № 55-сонли буйруғи- “Тиббиёт муассасаларида иш юритиш ва ҳужжатларни архивда сақлаш тўғрисида”.
 17. 2006 йил 26 июндаги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг №287 сонли буйруғи - “Соғлиқни сақлаш тизими муассасаларида қўлланиладиган тиббий-ҳисоб ҳужжатларини тасдиқлаш ҳақида”.
 18. 2007 йил 30 октябрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 480-буйруғи- “ВИЧ инфекцияси бўйича профилактик тадбирлар ва тиббий ижтимоий ёрдам тўғрисида”
 19. ЎзРес ССВ буйруғи №4 04.01.2008 “Ўзбекистон Республикаси аҳолиси орасида ОИТС, ОИВ га қарши профилактик тадбирлар ва эпидемияга қарши курашни оптималлаштириш тўғрисида”.
 20. ЎзРес ССВ буйруғи №310 29.10.2012й “Тиббиёт ходимларини ўта хавфли инфекциялар профилактикаси бўйича тайёрлаш” .

- 21.ЎзРес ССВ буйруғи №370 21.12.2009й “Ўзбекистон Республикасида куйдирги касаллигининг профилактикаси тадбирларини кучайтириш тўғрисида”.
- 22.ЎзРес ССВ буйруғи №210 29.12.2009й “Инсонларни қутуриш касаллигини профилактикаси тадбирларини такомиллаштириш тўғрисида”.
- 23.ЎзРес ССВ буйруғи №25 25.01.2012й “Вабо касаллиги устидан эпидемиологик назоратни кучайтириш тўғрисида буйруқ”.
- 24.2009 йил 23 декабрдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 380-буйруғи- “Олий тоифали ҳамширалар, ўрта тиббиёт ва фармацевт ходимларнинг фаолиятини такомиллаштириш тўғрисида”.
- 25.ЎзРес ССВ буйруғи №5 05.01.2012й “Республикада вирусли гепатит билан касалланишни камайтириш тадбирлари тўғрисида”.
- 26.2012 йил 28 март Соғлиқни сақлаш вазирлигининг № 30-буйруғи - “Ўзбекистон республикасида оив инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни ташкил этишни янада такомиллаштириш тўғрисида”.
- 27.Ўзбекистон Республикаси санитар қоидалар ва нормалар, гигиеник нормативлари. Касалхона ичи инфекциялари профилактикаси. СанПиН №0304-12.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДАГИ ИСЛОҲОТЛАР

1. 1998 йил 10 ноябр, ПК-2107-сонли қарор: «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастури».
2. 2003 йил 26 феврал, ПФ – 3214-сонли фармон: «Соғлиқни сақлаш тизимини янада ислоҳ қилиш чора-тадбирлари».
3. 2007 йил 19 сентябр, ПФ – 3923-сонли фармон: «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш ва уни ривожлантириш давлат дастурини амалга оширишнинг асосий йўналишлари» тўғрисида.
4. 2007 йил 2 октябр, ПК – 700-сонли қарор: «Республика тиббиёт муассасалари фаолиятини ташкил этишни такомиллаштириш чора-тадбирлари» тўғрисида.
5. 2008 йил 18 март Вазирлар Маҳкамасининг 48-сонли қарори «Худудий Соғлиқни сақлаш муассасаларининг ташкилий тузилмасини ва фаолиятини такомиллаштириш чора-тадбирлари» тўғрисида.
6. 2008 йил 8 июл: ПК- 911-сонли қарор: «Одам савдосига қарши курашиш самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари» тўғрисида.
7. 2009 йил 13 апрел, ПК-1096 -«Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар» тўғрисида.
8. 2009 йил 21 май, ПК-1114- сонли қарор: «Тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизими фаолиятини такомиллаштириш» тўғрисида.
9. 2009 йил 1 июл, ПК-1144-сонли қарор: «2009 - 2013 йилларда аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари дастури» тўғрисида.
10. 2010 йил 27 январ, ПК-1271 – сонли қарор: “Баркамол авлод йили” давлат дастури тўғрисида.
11. 2014йил юртимизда “Соғлом бола йили” деб эълон қилинди.

III. ҲАМШИРАНИНГ ВАЗИФАЛАРИ

ДАВОЛАШ ПРОФИЛАКТИКА МУАССАСАСИНИНГ БОШ ҲАМШИРАСИ

Даволаш профилактика муассасалари бош ҳамшираси олий маълумотли, тоифага эга, муассасада кўп йиллар давомида ишлаган ҳамшира бош шифокор буйруғи асосида ишга қабул қилинади ва вазифасидан озод этилади.

Бош ҳамшира бевосита бош шифокор ва даволаш ишлари бўйича ўринбосарга бўйсунди.

Асосий вазифалари:

- бўлимлардаги катта ҳамшираларнинг иш фаолиятини мукаммаллаштириш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш маданияти сифат ва самарадорлигини ошириш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг иш фаолиятига янги технологияларни киритиш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг муассаса ички тартибига риоя қилишининг назорати;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг беморларни қабул қилиш ва касалхонадан чиқаришда аниқ, тўғри ишлашини таъминлаш;
- дори воситалари, боғлов материалларининг тўғри ишлатилиши, сақланиши ва ҳисобга олинишини йўлга қўйиш;
- бўлим бошлиғи билан биргаликда меҳнат қонунининг бузилиш ҳолатларида талаб ва таклифлар киритади;
- иш режасини тузиш, кичик ва ўрта тиббиёт ходимларининг иш ўринларини тўғри тақсимлаш;
- шифокор кўрсатмаларининг ўз вақтида тўғри бажарилишини назорат қилиш;
- бўлимларнинг беморларнинг кийимлари, ёстик-кўрпаси жилдлари санитар-гигиеник ҳолатини текшириш;
- бўлимларда дезинфекцияни ўз вақтида ва сифатли бажарилишини таъминлаш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш учун тадбирлар ишлаб чиқади, конференция, лекция, суҳбатлар ва конкурслар ташкил қилади;
- кичик ва ўрта тиббий ходимларнинг ўз вақтида малака оширишини таъминлаш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларини яхши ишлагани учун рағбатлантириш ёки меҳнат интизомини бузганликлари учун огоҳлантириш тўғрисида маъмуриятга таклифлар киритиш;
- бошқа даволаш муассасаларида малака ошириш ва тажриба алмашишни ташкил қилиш.

ДАВОЛАШ ПРОФИЛАКТИКА МУАССАСАСИНИНГ КАТТА ҲАМШИРАСИ

Даволаш профилактика муассасасининг катта ҳамшираси лавозимига ўрта тиббий маълумот, тоифага эга, муассасада кўп йиллар давомида ишлаган ҳамшира бош шифокор буйруғи асосида, бўлим бошлиғи тавсиясига биноан ишга қабул қилинади ва вазифасидан озод этилади.

Катта ҳамшира бевосита бўлим бошлиғи ва бош ҳамширага бўйсунди.

Асосий вазифалари:

- бўлимдаги ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг иш фаолиятини тўғри ташкил қилиш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг иш фаолиятини мукаммаллаштириш;
- беморларга тиббий хизмат кўрсатишнинг замонавий турларини фаолиятга тадбиқ қилиш;
- ўрта тиббиёт ходимлари кўрсатадиган ёрдам сифат ва самарадорлигини ошириш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг иш ўринларини тўғри тақсимлаш;
- иш режасини тузиш;
- ишга келмай қолган тиббиёт ходимларининг ўрнини ўз вақтида тўлдириш;
- бўлимни доимий равишда тиббиёт ускуналари дори-дармон билан таъминлаш, улар тақсимооти ва ишлатилишини назорат қилиш;
- гиёҳванд ва психотроп дори воситаларининг тўғри сақланишини, вақтида ҳисобга олинишини таъминлаш;
- дориларнинг беморгача етиб боришини назорат қилиш;
- бўлимдаги ички тартибни назорат қилиш;
- беморлар овқати учун талабномалар тузиш, овқат сифати ва тақсимланишини назорат қилиш;
- беморларнинг келиши ва кетишини ҳисобга олиш, ҳаракат дафтарини юритиш, бўш ўринлар тўғрисида қабул бўлимига маълумот бериш;
- бўлим бошлиғи билан бирга ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш режасини тузиш ва назорат қилиш, ҳамширалар учун амалий машғулотлар ва конференциялар ўтказиш;
- тиббиёт асбоб-ускуналари билан ишлашда техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилинишини назорат этиш;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг яхши ишлагани ёки меҳнат интизомини бузгани учун рағбатлантириш ёки огоҳлантириш тўғрисида маъмуриятга таклифлар киритиш;
- бошқа даволаш муассасаларида малака ошириш ва тажриба алмашишни ташкил қилиш.

ЖАРРОҲЛИК БЎЛИМИ КАТТА ҲАМШИРАСИ

Ушбу лавозимга жарроҳлик курсида махсус тайёргарликдан ўтган, тоифали, малакали ҳамшира бош шифокор буйруғи асосида, бўлим бошлиғи тавсиясига биноан ишга олинади ва вазифасидан озод этилади.

Катта ҳамшира бевосита бўлим бошлиғи ва бош ҳамширага бўйсунди.

Асосий вазифалари:

- жарроҳлик бўлими ҳамширалари ўртасида ишни тўғри тақсимлаш;
- операция учун зарур асбоб-ускуналар стерилизациясини назорат қилиш;
- ишга келмай қолган тиббиёт ходимларининг ўрнини ўз вақтида тўлдириш;
- бўлимни доимий равишда зарур анжомлар, боғлов материаллари билан таъминлаш, уларнинг ишлатилиши ва тақсимотини назорат қилиш;
- операцияда олинган аъзоларнинг текширувга юборилишини назорат қилиш;
- операция давомида жарроҳлик ва кичик ҳамшираларнинг ишини назорат қилиш;
- операцияда қатнашаётган жарроҳларга малакали ёрдам кўрсатиш;
- жарроҳлик бўлимида санитар-гигиеник ҳолатга риоя қилиш;
- жарроҳлик ҳамшираси ва кичик тиббиёт ходимларининг ўз вазифаларини вақтида бажаришларини назорат қилиш;
- стерилланган жарроҳлик асбоб-ускуналардан бактериологик текширувлар учун намуна олиш;
- бўлим бошлиғи билан бирга ҳамшираларнинг малака ошириш режасини тузиш ва назорат қилиш, конференция ва амалий машғулотлар ўтказиш;
- иш режасини тузиш ва иш вақти тўғрисидаги ҳисоб табелини вақтида тўлдириб бориш;
- жарроҳлик бўлими ҳужжатларини тўғри юритиш (инвентаризация, гиёҳванд ва психотроп дори воситаларини ҳисобга олиш, стериликни бактериологик назорат қилиш журналлари).
- жарроҳлик бўлими барча ходимларининг доимий равишда патоген стафилоккок ташувчанликка, ОИТС, Hbs-антиген учун анализ топширишларини режалаштириш, ташкил қилиш ва назорат этиш.
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг яхши ишлагани ёки меҳнат интизомини бузгани учун рағбатлантириш ёки огоҳлантириш тўғрисида маъмуриятга таклифлар киритиш;
- бошқа даволаш муассасаларида малака ошириш ва тажриба алмашишни ташкил қилиш.

Жарроҳлик ҳамшираси

Жарроҳлик ҳамшираси лавозимига махсус курсларда малакасини оширган ўрта тиббий маълумотга эга ҳамшира тайинланади.

Асосий вазифалари:

- операциядан олдин операция бўладиган беморлар рўйхатини тузиш;
- операция учун зарур асбоб-ускуналарни тайёрлаш;
- жарроҳлик асбоб-ускуналарини ва боғлов материалларини операциядан камида 1,5-2 соат олдин стериллаб, тайёрлаб қўйиш;
- тикиш ва боғлаш анжомларини тайёрлаш техникасини мукаммал билиш ва вақтида тайёрлаб қўйиш;
- гемотрансфузия техникасини мукаммал билиш;
- шахсий гигиенага қатъий риоя қилиш;
- иш жойини ташлаб кетмаслик;
- кийимлари 100% пахта толасидан бўлиши шарт.

Анестезистка

Анестезистка лавозимига махсус тайёргарликдан ўтган ҳамшира бош шифокор буйруғи асосида, бўлим бошлиғи тавсиясига биноан ишга олинади.

Анестезистка бўлим бошлиғи ва катта ҳамширага бўйсунди.

Асосий вазифалари

- наркоз нафас аппаратларини ва бошқа техник анжомлари ишга тайёрлаш;
- инфузион ва трансфузион терапия учун керакли эритма дори-дармонлар ва системаларни тайёрлаб қўйиш;
- кардиомонитор, дефибрилятор наркоз аппаратларини беморга улаш;
- наркоз картаси ва тиббиёт хужжатларини тўғри юритиш;
- наркоз учун зарур дори воситаларини тайёрлаш, уларни ҳисобга олиш ва ишлатилишини назорат қилиш;
- анестезия давомида беморнинг ҳолатини назорат қилиш; АҚБ (артериал қон босими), МВБ (марказий вена босими), пульс, диурез, инфузия ҳажмини ўлчаш; КАМ (кислота-асос мувозанати) кўрсаткичларини назорат қилиш ва наркоз картасига қайд этиш;
- наркоз хонасида санитар-гигиеник режимга риоя қилиш;
- ускуна билан ишлашда техника хавфсизлигига риоя қилиш;
- доимий равишда малака ошириш ва янги технологияларни ўзлаштириш.

Реанимация бўлими ҳамшираси

Реанимация бўлими ҳамшираси лавозимига махсус тайёргарликдан ўтган ҳамшира бош шифокор буйруғи асосида, бўлим бошлиғи тавсиясига биноан ишга олинади.

Бўлим бошлиғи, катта ҳамшира ва бўлим шифокорларига бўйсунди.

Билиши зарур қоидалар:

- инфузион терапия ўтказиш;
- ҳамма инъекциялар турларини амалда қўллаш;
- ошқозонни зондлаш;
- сийдик пуфагини катетеризациялаш;
- ўпка-юрак реанимациясини бажариш;
- реанимацияда доимий қўлланиладиган дори воситаларини фармакологик таъсирини, улар қўлланилганда юзага келадиган асоратларини, дори воситаларини тўғри сақлаш ва ишлатишни билиш;
- тиббиёт ускуналарини; кардиомонитор, дефибрилятор, наркоз аппаратларини ишга тайёрлаш;
- реанимацияда қўлланиладиган ускуна, асбоб-ускуналарни стерилизация қилиш методикасини билиш;
- вена катетеризацияси, люмбал пункция, марказий вена босимини ўлчаш, трахея интубацияси учун, плеврал пункция учун зарур анжомлар жамланмасини тайёрлаш;
- тиббиёт ҳужжатларини вақтида тўғри тўлдириш.

Асосий вазифалари:

- беморларни парвариш қилиш, динамик кузатувларни олиб бориш, шифокор кўрсатмаларига амал қилган ҳолда муолажаларни тез, сифатли қилиб ўз вақтида бажариш;
- беморларни эрталаб ювинтириш, оғиз бўшлиғини тозалаш, оралиқ ва жинсий аъзоларини ювиб тозалаш, ёстик-кўрпа жилдларини алмаштириш;
- кичик тиббий ходим билан бирга ётоқ яраларининг олдини олиш чоратадбирларини кўриш;
- кичик тиббий ходим билан бирга беморларни овқатлантириш;
- беморнинг реанимацион картасига даволаш кўрсаткичларини вақтида қайд қилиб бориш;
- асосий гемодинамик кўрсаткичлар: пульс, артериал қон босим, марказий қон босимини ўлчаш;
- термометрия;
- нафас тезлигини ўлчаш;
- операцион жароҳат жойини назорат қилиш;
- суюқлик балансини: ичилган суюқлик –инфузия, чиқарилган суюқлик миқдорини назорат қилиш ва ёзиб бориш;
- йўқотилган суюқлик миқдорларини аниқлаш - диурез, дренаждан чиққан суюқликларнинг ранги, миқдорини ёзиб бориш.

Навбатчи ҳамшира

Ушбу лавозимга ўрта тиббий маълумотга эга ҳамшира тайинланади.

Навбатчи ҳамшира бўлим бошлиғи, шифокор - ординатор ва катта ҳамширага бўйсунди.

Навбатчи ҳамширанинг иш куни навбатчилиқни қабул қилишдан бошланади.

Билиши зарур қоидалар:

- тез тиббий ёрдамни кўрсатиш;
- ошқозонни ювиш ва зондлаш;
- газ ҳайдовчи найча қўйиш;
- тозаловчи, сифонли, озиқлантирувчи, даволовчи, томчили ва гипертоник ҳуқналарни қилиш;
- сийдик қопини катетеризация қилиш ва ювиш;
- қинни ювиш;
- горчичник, компресс қўйиш;
- томирга тери остига, мушак орасига инъекциялар қилиш;
- қон босимини ўлчаш;
- қон тўхтатувчи жгутларни қўйиш;
- функционал синамалар ўтказиш (спирометрия ва.х.);
- жинсий органлар ва томоқдан суртма олиш;
- қулоқ ювиш техникасини билиш;
- ЭКГ қилиш;
- туберкулин-диагностика учун туберкулин тайёрлаш;
- биохимик ва серологик таҳлиллар учун қон олиш.

Асосий вазифалари:

- навбатчилиқни вақтида қабул қилиб олади;
- иш фаолияти режа асосида бўлади;
- шифокорнинг ҳамма кўрсатмаларини вақтида бажаради;
- янги келган беморларни бўлим ички тартиби билан таништиради;
- кўрсатмаларнинг бажарилганлигини махсус варақаларга қайд қилиш;
- палата, кабинет, ҳожатхона тозалигини назорат қилади;
- шифокор кўригида иштироқ этиш, бемор аҳволи тўғрисида маълумот бериб, ундан кейинги кўрсатмаларни олиш;
- беморларни лаборатор, рентгенологик текширувларга ва операцияга тайёрлаш;
- касаллик тарихига ўз вақтида керакли ёзувларни ва текширув натижаларини қайд қилиш;
- иш жойини ташлаб кетмаслик;
- овқат учун талабномаларни тузиб, ўз вақтида катта ҳамширага топшириш;
- беморлар ўртасида санитария-оқартув ишларини олиб бориш;
- конференция ва семинарларда фаол қатнашиш.

Муолажа ҳамшираси

Муолажа ҳамшираси лавозимига малакали, тиббий муолажа техникасини мукаммал эгаллаган ҳамшира тайинланади.

Асосий вазифалари:

- муолажа хонаси ишини ташкил қилиш;
- тавсия қилинган муолажаларни вақтида бажариш;
- муолажа хонаси ишини ташкил қилишда буйруқ ва кўрсатмаларга амал қилиш;
- шифокор кўрсатмасига биноан манипуляциялар қилиш;
- ҳисобга олиш журналига муолажаларни қайд этиш;
- муолажа жараёнида асоратлар юзага келганда шифокорга тез хабар бериш ва махсус журналга қайд қилиш;
- муолажаларни қилишда асептика ва антисептикага риоя қилиш;
- манипуляциялар қилишда шифокорга ёрдам бериш;
- бўлим йўналишига боғлиқ ҳолда муолажа хонаси иш фаолиятининг узлуксизлигини таъминлаш;
- муолажа хонасини керак бўлган асбоб-ускуна, боғлов материаллари ва дори-дармонлар билан таъминлаш;
- муолажа хонаси ҳужжатларини юритиш;
- этика ва деонтология қоидаларига риоя қилиш;
- керак бўлган ҳолларда бошқа муолажа ҳамшираларига ёрдам бериш;
- санитар-гигиеник режимга риоя қилиш.

Қабул бўлими ҳамшираси

Қабул бўлими ҳамшираси лавозимига ўрта тиббий маълумотга эга ҳамшира тайинланади.

Асосий вазифалари:

- иш жойида юқори унумдорликни таъминлаш, катта ҳамширадан муолажа ва боғлов хонаси учун керакли анжомларни олиш;
- бемор йўлланмаси билан танишиб уни қабул бўлими шифокори хонасига олиб бориш;
- келган беморларнинг тана ҳароратини ўлчаш;
- тиббий карта ёки касаллик баёнининг паспорт қисмини тўлдириш;
- беморни педикулёзга текшириш ва тозалаш ишларини олиб бориш;
- бемор антропометрик кўрсаткичларини ўлчаш ва қайд қилиш;
- шифокор кўрсатмасига биноан консультант ва лаборантлар чақириш;
- тез тиббий ёрдам кўрсатиш;
- лаборатор текширувлари учун сийдик, ахлат, қайт массаларини йиғиш;
- 30 ва 100 ҳисоб формасига тегишли укладкаларидан тўғри ва ўз вақтида фойдаланиш;

- беморларни санитар-тозалашдан ўтказиш, керак бўлганда кийимларини дезинфекция қилиш;
- керакли ҳужжатларни тўғри юритиш.

Рентген-лаборант

Рентген лаборант лавозимига махсус тайёргарликдан ўтган, малакали ўрта тиббий маълумотга эга ҳамшира тайинланади.

Асосий вазифалари:

- электр токидан жароҳат олган беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш;
- иш вақти тугагандан кейин барча электр асбобларини ўчириш, бошқарув мурувватларини олдинги ҳолатига келтириш;
- белгиланган муддатда тиббий кўрикдан ўтиш;
- рентген хоналари эксплуатация ва тузилиши қоидаларини билиш;
- ёнғинга қарши ва техника хавфсизлик тадбирларига риоя қилиш ва уларни тўғри, аниқ бажариш;
- дозиметрия қоидаларига риоя қилиш;
- рентген хонасида, фото лабораторияда, иш ўрнида доим тозалик бўлишига эришиш;
- кюветада кимёвий очилтиргич восита билан резина қўлқоп ёки пинцет ёрдамида ишлаш;
- беморга бериладиган нурланиш дозасини тўғри аниқлаш;
- шифокор кўрсатмаларига амал қилиш;
- рентген ускуналарини текшириш, тозалигига эътибор бериш, ишдан чиққан ҳолатларда тузатиш чораларини кўриш.

Марказий стерилизация бўлими ҳамшираси

Марказий стерилизация бўлими ҳамшираси лавозимига махсус тайёргарликдан ўтган ҳамшира тайинланади. Унда юқори кучланишли аппаратлар билан ишлаш учун махсус рухсатнома бўлиши шарт.

Асосий вазифалари:

- навбатчиликнинг барча қоидалар бўйича қабул қилиш;
- хоналарни дезинфекцияловчи эритмалар билан тозалаш, сифатини ва ускуналар санитар ҳолатини текшириш;
- инструментларни қабул қилиш ва махсус синамалар ёрдамида яширин қон борлигини текшириш;
- материал қабул қилганда тахламлар сифатини текшириш;
- боғлов материаллари, кўрпа-ёстик ва асбоб-ускунларни стерилизация қилганда инструкцияга қатъий риоя қилиш;
- бўлимга стерилизация учун олиб келинган материал ва асбоб-ускуналарни ўз вақтида стерилизация босқичларидан ўтишини таъминлаш;
- бўлимга келган барча инструментларни сифатли стерилизациялаш;

- қайнатишдан кейин ишқор қолдиғини фенолфталеинли синама билан текшириш;
- қайнатишдан кейин яна бир бор яширин қон учун синама ўтказиш;
- қуришти шкафида стериллашда махсус синамалардан фойдаланиш:
- 1,1 атм. босимида ишлайдиган аппаратларда фуксиннинг бензой кислота билан бирикмасида синама ўтказиш;
- 2,2 атм. босимида ишлайдиган аппаратларда мочевино синамасини ўтказиш.
- стериллаш сифатини текшириш учун ҳар ойда бактериологик лабораторияга стерилланган материаллардан намуна топшириш;
- қўл остидаги ходимлар билан техника хавфсизлигига риоя қилиш тўғрисида суҳбатлар ўтказиш ва унга ўзи ҳам риоя қилиши;
- ҳар ҳафта ёки ҳар ўн кунда махсус буйруқларга асосан ювувчи ва дезинфекцияловчи эритмалари билан мукамал тозалаш ишларини ўтказиш;
- ҳар куни кварц лампаларини ёқиш (кунига 6 марта 45 минутдан), буни дафтарга ёзиб бориш;
- навбатчиликдан сўнг журналдаги тартибга кўра стерилланган материалларни тарқатиш;
- авария ҳолатларида жавобгар шифокорга хабар бериш ва бўлим катта ҳамширасини огоҳлантириш.

Боғлов ҳамшираси

Ушбу лавозимга махсус тайёргарликдан ўтган, ўрта тиббий маълумотга эга ҳамшира тайинланади, бўлим бошлиғи, катта ва жарроҳлик бўлими катта ҳамшираларига бўйсунди.

Асосий вазифалари:

- иш жойини тоза сақлаш (санитар-гигиеник, асептика ва антисептика талабларига жавоб бериши зарур);
- боғлов ишлар учун зарур анжомларни танлаш;
- боғлов ишларини бошлашдан 1,5-2 соат олдин асбоб-ускуналарни ва боғлов материалларини стериллаб тайёрлаш;
- тикиш ва боғлаш материалларининг тайёрлаш техникасини тўлиқ билиш;
- кичик хирургик амалиётларда, эндоскопик текширувларда шифокорга ёрдам бериш;
- шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш;
- юмшоқ ва қаттиқ боғламлар қўйиш техникасини мукамал эгаллаш;
- бир вақтнинг ўзида тоза ва йирингли боғлов хоналарида ишламаслиги;
- боғлов хонаси кичик тиббий ходимини асептика ва антисептика қоидаларига амал қилишини ўргатиш ва назорат қилиш;

Лаборант

Лаборант лавозимига ўрта тиббий маълумотга эга, лаборатория бўйича махсус курсларни ўтган ўрта тиббий ходим тайинланади.

Асосий вазифалари:

- реактив моддалар, ускуналарни ишга тайёрлаш;
- дезинфекцияловчи эритмалар тайёрлаш;
- таҳлил учун келтирилган биологик материалларни рўйхатга олиш ва текширишга тайёрлаш;
- бемордан қон олиш;
- лаборатор таҳлилларини ўз вақти сифатли бажариш;
- инструментларни стерилизацияга кўрсатма бўйича тайёрлаш;
- ҳужжатларни юритиш (рўйхатга олиш, таҳлил натижаларини журнал ва бланкаларга қайд қилиш);
- доимий равишда янги технологияларни ўрганиш, малака ошириш;
- санитар-эпидемиологик режим талабларига риоя қилиш;
- техника хавфсизлигини таъминлаш ва унга риоя қилиш;
- лабораториядаги тиббиёт ускуналарни ва хўжалик жиҳозларининг сақланишини назорат қилиш;
- иш ўрнининг доимо тахтлигини таъминлаш.

Катта акушерка

Ушбу лавозимга акушерлик ўрта тиббий маълумотига эга, тоифали акушерка-ҳамшира бош шифокор буйруғи билан ишга тайинланади ва вазифасидан озод қилинади. Бош шифокор ва унинг ўринбосарига бўйсунди.

Асосий вазифалари:

- ўрта ва кичик тиббиёт ходимларига ўз вазифаларини тушунтиради;
- ходимларнинг постлар бўйича тўғри тақсимланишини назорат қилади;
- ишга чиқмаган ходимлар ўрнини ўз вақтида тўлдиради;
- бўлимни доимий равишда материал, асбоб-ускуналар билан ўз вақтида таъминлайди ва уларни тўғри тарқатади;
- гиёҳванд ва психотроп дори воситаларининг ҳисобга олиниши, тўғри сақланишини назорат қилади;
- бўлимда санитар-гигиеник қоидаларга риоя этилишини таъминлайди;
- бўлим бошлиғи топшириғи асосида оғир беморлар учун алоҳида пост ташкил қилади;
- бўлимдаги хўжалик ва тиббиёт жиҳозларини, боғлов материалларини ва асбоб-ускуналарнинг тўғри сақланишини назорат қилади;
- тиббиёт асбоб-ускуналари, боғлов материаллари сақланиши ва стерилизациясини назорат қилади;
- ҳисобга олиш тиббиёт ҳужжатларининг юритилишини назорат қилади;

- беморларнинг овқатланиш режимини ва овқатларнинг сақланишини назорат қилади;
- ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари учун иш жадвалини тузади;
- беморга уйига рухсат берилганда ёки бошқа бўлимга ўтказилганда кийим ва ҳужжатларини тайёрлаб беради, зарур ҳолларда машина ҳамда кузатувчи билан таъминлайди;
- патронажга муҳтож ҳомиладорлар касалхонадан чиқиб кетганлиги тўғрисида аёллар маслаҳатхонасига ўз вақтида хабар бериш;
- ходимларнинг тиббиёт дафтарчаларини кўриб боради ва текширув таҳлиллари қайд қилинмаган ёки ижобий бўлмаган ҳолатларда ишга қўймайди;
- доимий равишда малакасини ошириб боради.

Акушерка

Ушбу лавозимга акушерлик ўрта тиббий маълумотга эга ҳамшира-акушерка муассаса бош шифокори буйруғи асосида ишга қабул қилинади ва вазифасидан озод қилинади.

Бўлим бошлиғи, шифокор акушер-гинеколог, катта акушеркага бўйсунди.

Асосий вазифалари:

- акушер-гинекология соҳасида даволаш-профилактика, санитар оқартув ишларини олиб боради;
- бўлимда, аёллар маслаҳатхонаси, уй шароитида ҳомиладор аёлларга шифокор кўрсатмаларига биноан муолажаларни ўз вақтида қилиш;
- аёлларни шифокор қабулига тайёрлаш;
- беморларни бўлим ички тартиби билан таништириш ва қонданинг бажарилишини назорат қилиш;
- амбулатор ва стационар шароитда шифокорга даволаш ва оператив манипуляциялар қилишда ёрдам бериш;
- туғруқда, чакалоқларга бирламчи эътиборда ёрдам бериш;
- ҳомиладор ва тукқан аёлларни уйига бориб кўриш;
- шифокор билан биргаликда беморларни қабул қилиш, профилактик кўриклар ўтказиш;
- асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш;
- тиббиёт асбоб-ускуналари ва боғлов материалларининг сақланиши, стерилизация қилиниши ва ишлов берилишини назорат қилиш;
- ҳисоб ҳужжатларини юритиш;
- патологик туғруқ ҳолатлари бўлиш хавфи учраганда шифокорни тез хабардор қилиш;
- бахтсиз ходиса ёки ўткир касалликларда беморларга биринчи тиббий ёрдамни кўрсатиш ва дарҳол шифокорни чақириш;
- шифокор кўрсатмаларига биноан муолажаларни тез, ўз вақтида бажариш;

- доимий равишда ўз малакасини ошириб бориш.

Болалар поликлиникаси участка ҳамшираси

Болалар поликлиникаси участка ҳамшираси участка шифокори ва бўлим катта ҳамшираси қўл остида иш юритади.

Бош шифокор буйруғи асосида ишга қабул қилинади ва вазифасидан озод этилади.

Асосий вазифалари:

- бола соғлом тарбияланиши ва ўсиши учун профилактика ишларини олиб боради;
- шифокор тавсиясига кўра уй шароитида беморларга ёрдам кўрсатади;
- участкасидаги аҳоли билан санитария оқартув ишларини олиб боради;
- иш ҳужжатларини юритади;
- ўз малакасини доимий равишда ошириб боради;
- ўз участкасидаги ҳомиладор аёлларни патронаж қилади, ҳомиладорлар ўзини ёмон хис қилганда аёллар маслахатхонаси шифокори ва шифокор-педиатрга хабар беради;
- участка шифокори билан бирга туғилган чақалоқларни касалхонадан чиққандан кейин биринчи 3 кунликда уйига бориб кўради;
- соғлом ва касал болаларни доимий равишда назорат қилиб боради;
- ота-оналар томонидан шифокор кўрсатмаларига риоя қилинишини назорат этади;
- боғчага бормайдиган болаларни эмлаш режасини тузади ва поликлиникага чақиради;
- болаларни тиббий кўрикдан ўтказишда шифокорга ёрдам беради;
- соғлом бола ўсиши ва тарбияланиши тўғрисида ота-оналар билан суҳбатлар ўтказади;
- маҳалла, мактабларда ўтказиладиган санитар оқартув чоратadbирларида ва кўргазмаларда иштироқ этади.

Функционал диагностика бўлими ҳамшираси

Ушбу лавозимга малакали, махсус тайёргарликдан ўтган ҳамшира, бош шифокор буйруғи асосида ишга қабул қилинади ва вазифасидан озод этилади.

Асосий вазифалари:

- доимий равишда бўлимни керакли тиббиёт жиҳозлари ва материаллар билан таъминлаш;
- бўлимда санитар-эпидемиологик режимга риоя қилишини таъминлаш;
- кабинетлар ишини назорат қилиб, ҳар ойда статистик ҳисобот беради;
- шифокор кўрсатмаларини ўз вақтида ва тўғри бажариш;
- функционал текширувлар пайтида беморларни назорат қилиш;

- бемор аҳволи ёмонлашганда биринчи ёрдамни кўрсатиш.

Участка ҳамшираси

Участка ҳамшираси лавозимига ўрта тиббиёт ходими тайинланади.

Участка ҳамшираси - поликлиника мудири, участка шифокори ва терапия бўлими катта ҳамширасига бўйсунди.

Асосий вазифалари:

- шифокор кўрсатмаларига биноан, беморларга поликлиника ва уй шароитида муолажалар қилади;
- аҳоли ўртасида санитария оқартув ишларини олиб боради;
- участка шифокори қабулига тайёргарлик кўради (иш жойи, асбоб-ускуналар ва беморларнинг амбулатор карталарини тайёрлайди);
- артериал қон босимини ўлчайди, термометрия ва бошқа муолажаларни қилади;
- шифокор назорати остида статистик талонларни тўлдиради, йўлланмалар ёзади, текширув натижаларини тиббиёт картасига қайд қилади;
- беморларга лаборатор ва бошқа текширувларга тайёргарлик қилишни тушунтиради;
- диспансер назоратидаги беморларни шифокор қабулига чақиради;
- беморларга уйда ёрдам кўрсатиш учун зарур жиҳозлар ва дориларни шифокор терапевт сумкасига жойлаштиради;
- шифокор кўрсатмасига асосан ва унинг назоратида профилактик кўрик ўтказди;
- дегельментизация ўтказилганлиги тўғрисидаги маълумотларни журналга қайд қилади.

Янги туғилган чақалоқлар бўлими катта ҳамшираси

Ушбу лавозимга ўрта тиббий маълумотга эга шу соҳа бўйича малакасини оширган ҳамшира, бош шифокор буйруғи асосида ишга қабул қилинади ва вазифасидан озод этилади.

Асосий вазифалари:

- янги туғилган чақалоқларни парвариш қилиш, даволаш ва овқатлантириш ишларини олиб боради;
- ўрта ва кичик тиббий ходимларнинг шифокор кўрсатмаларига амал қилишларини назорат этади;
- бўлимдаги ички тартибга риоя қилинишини;
- бўлимда санитария-эпидемиологик ва эпидемияга қарши тадбирлар ўтказилишини таъминлайди;
- бўлимни доимий равишда дори-дармон ва жиҳозлар билан таъминлайди;

- ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари томонидан чақалоқларни қабул қилиш, бошқа жойга ўтказиш, бўлимдан чиқариш қоидаларига риоя қилинишини;
- тиббиёт ҳужжатлари тўғри юритилишини назорат этади;
- иш жадвалини тузади;
- доимий равишда ўз малакасини ошириб боради.

IV. ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ

Ҳамширалик жараёни иш шаклининг асосий ва ажралмас тушунчаларидан бири бўлиб, 1950 йилларда АҚШ да (Холл томонидан “ҳамшира жараёни” атамаси ишлатилган) пайдо бўлган.

Кейинчалик 1967 йилда Yura ва Walshнинг «Ҳамширалик бўйича тўрт кадам» (маълумотлар тўплаш, режалаш, даволаш ва баҳолаш), деган китоби чиқди. Gebbie ва Lavinлар 1974 йилда ҳамшира ташхиси ҳақида алоҳида тўхталиб, унинг афзаллиги тўғрисида ёздилар. Кейинги йиллар давомида ҳамширалик жараёни клиник шароитларда ўз исботини топди ва ҳозирги пайтда у ҳамширалик ёрдамчининг илмий асоси ҳисобланади.

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2004 йил 30-мартдаги №270-сонли фармойишида «Беморларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш мақсадида ҳамширалик жараёни ва ёзувларини жорий қилиш тўғрисида» ҳам бунга алоҳида эътибор берилган.

Ҳамширалик ишининг асосий бурчи - беморга тез тиббий ёрдам кўрсатишда мустақил бўлишдир. Бунда унга тиббий бригаданинг барча аъзолари-шифокор, ҳамшира, кичик тиббий ходим, лаборантлар ёрдам берадилар.

Беморлар парвариши ҳамширалик иши жараёнининг диққат марказида туради. У беморнинг клиник, жисмоний ва руҳий эҳтиёжларига жавоб бериб, унинг ҳуқуқларини ҳимоя қилади.

Беморни даволаш давомида тиббиёт ҳамширасининг меҳнатсевар, саранжом-саришта, тартибли, меҳр-шафқатли ва пухта билимга эга бўлиши асосий ўрин тутди.

Даволаш муассасаларида ҳамшира фаолиятининг самараси қабул қилинган қарорининг тўғри ёки нотўғрилигига, беморнинг тузалиш жараёнига қараб белгиланади.

Ҳамшира қандай шароитда, ким бўлишидан қатъий назар доимо мустақил қарор қабул қила билиши керак.

Ҳамширалик жараёнинг вазифалари:

- Беморнинг парваришга бўлган эҳтиёжларини аниқлайди;
- бемор эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган парвариш режасини аниқлайди;
- ишнинг самарадорлигини, касбий маҳоратини аниқлайди;
- тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифатини назорат қилишни кафолатлайди;
- тизимли ва шахсий ёндошишда бемор ва унинг оиласи парваришини режалаштириш ва таъминлашда фаол қатнашишини таъминлайди;
- касб фаолияти мезонларини (стандартларини) кенг қўллашга имконият яратади;

- беморнинг асосий муаммо ва эҳтиёжларини кондиритишга йўналтирилган вақт ва воситалардан самарали фойдаланади.
- ҳамширанинг тиббий хизматга оид касбий маҳорат, жавобгарлик ва ишончлилиқ даражаси намоён этилади;
- тиббий хизмат кўрсатишнинг хавфсизлиги таъминланади;
- беморнинг текшириш ҳолатини баҳолаш (эҳтиёж ва муаммоларини аниқлаш), ҳамширанинг ёрдам режасини тузиш, уни амалга ошириш ва ўзгаришларни киритган ҳолда натижаларни баҳолашни амалга оширади;
- текширув мақсади - беморнинг ёрдам сўраб мурожаат қилган вақтидаги соғлиги ҳақида, бир-бири билан боғланган ва асосланган ҳолда ахборот тўплашдан иборатдир. Текширув субъектив ва объектив бўлиши мумкин. Ахборот берувчи беморнинг ўзи бўлиб, у ўз соғлиги ҳақида сўзлаб бериши - субъектив ахборотдир. Ахборот берувчилар – беморнинг оила аъзолари, иш бўйича хизматдошлари, дўстлари, тасодифий йўловчилар бўлиши мумкин.
- Объектив ахборотга ҳамшира ўтказган текширувлар натижаси киритилиб, улар анамнез (ижтимоий аҳволи, бемор яшаётган ва ишлаётган муҳитдаги ўзаро муносабатлар), маданий, маънавий аҳволи, рухий ҳолати (характери, шахсий хусусиятлари, ўзини баҳолаш, қарори қабул қилиш қобилияти) ва физикавий текширувлар натижаларини аниқлашдан иборат.

Ахборот йиғиш давомида тиббий ҳамшира:

- бемор билан «даволаш» муносабатларини ўрнатади.
- бемор ва унинг қариндошлари даволаш муассасасидан нима кутаётганини аниқлайди;
- беморни даволаш босқичлари билан таништиради;
- беморни ўз аҳволини тўғри баҳолашга ўргатиб боради;
- Қўшимча текширувни талаб этадиган ахборотни йиғади (юқумли бемор билан мулоқот, бошидан кечирган касалликлар ва операциялар).

Касбий жараён бемор билан биргаликда ҳамширалик парваришига эҳтиёжни, даволаш режаси ва уни амалга оширишни, натижаларни баҳолаш учун лозим бўлган тартибли усулдир. Бу жараён босқичлари узлуксиз тизим бўлиб, ҳар бирининг аниқ бажарилиши талаб қилинади.

Жараёнда ҳамшира билан бемор қуйидагиларни бажаради:

1. бемор ҳақида тартибли маълумотлар тўплаш (анамнез йиғиш);
2. беморни мустаҳкам (кучли, чидамли) ва заиф (кучсиз, таъсирчан, берилувчан) томонларини тўғри топиш (диагностика);
3. беморга вазифаларни бажаришда ёрдам берувчи тадбирлар ва ҳамшира аниқлайдиган даволашнинг индивидуал режасини ишлаб чиқиш;
4. даволаш режасини ижро этиш (амалга ошириш);
5. даволаш режасининг самарадорлигини баҳолаш.

Бу жараёнда ҳамшира бемор билан ҳамкорликда ишлайди. Агар бемор гўдак ёки хушсиз ҳолда мулоқотга лойиқ бўлмаса, жараён босқичлари беморнинг оила аъзолари ёки кўмакчи шахслар ёрдамида бажарилади.

Маълумот тўплаш

Маълумот тўплаш – ҳамширалик жараёнининг биринчи қадами бўлиб, уларни тартибли ва давомли йиғиш, баҳолаш ҳамда хабар беришдан иборат. Маълумот тўплашда қуйидаги вазифалар бажарилади:

1. Ҳамширалик анамнези, физикал баҳолаш, тиббий варақа ва ҳамширалик адабиётлар кўриш, соғлиқни сақлаш мутахассислари ва беморнинг кўмакчилари билан маслаҳатларни ўз ичига олган маълумотлар асосини тузади.
2. Маълумотлар асосига доимий янгиликлар киритиб турилади.
3. Маълумотларни баҳолайди.
4. Маълумотлар ҳақида хабар беради.

Маълумотлар тўлиқ, аниқ, ўринли ва ишончли кўрсатмаларга асосланган бўлиши керак.

Маълумотлар икки хил бўлади:

Объектив маълумотлар (кузатиш натижалари) – бу соғлом фикр билан қабул қилиши мумкин бўлган ахборотдир (масалан: тана ҳароратининг кўтарилганлиги, қон босимининг ошганлиги ва бошқалар).

Субъектив маълумотлар (бемор сўзлари) – бу фақат бемор билиши, ҳис қилиши мумкин бўлган ахборотдир. Бу ахборотни бошқа киши тасдиқлай олмайди, мисол – бирон жойи оғриши, кўнгил айланиши, ёки бошқа белгилар (симптомлар).

Ташхис (диагностика)

Ташхис бу бемордаги муаммолардан дарак берувчи ўзгаришлар ёки касалликлар пайдо бўлишига олиб келувчи сабаблари, шунингдек, беморнинг заиф ва мустаҳкам томонларини кўрсатувчи маълумотлар таҳлилидир.

Таҳлил натижасида саломатликнинг ҳамшира ҳал қила олиши маъқул топилган муомалалари ҳамшира ташхиси дейилади.

Диагностика мақсади – беморнинг саломатлиги муаммолари ҳамда касаллиги ва ҳолатига унинг муносабатини, касаликни келтириб чиқарган омиллар (этиологияси) ни ва беморнинг касаллигига қарши мустаҳкам томонларини аниқлашдир.

Ҳамшира тўплаган маълумотларни таҳлил қилиб, бемордаги муаммолар ва касаллигига қарши курашиш керак бўлган мураккаб томонлар (ресурслар)ни аниқлайди. Саломатлик муаммолари – бу касаллик олди олинмиши ёки йўқотилиши мумкин бўлган, муолажа талаб этувчи ҳолатдир. Ҳамшира касалликни аниқлаб, беморни қайси мутахассисга юбориш

кераклигини ҳал қилади. Хулоса қилиб айтганда ҳамшира ташхис босқичида қуйидагиларни бажаради:

1. Бемор маълумотларининг таҳлили;
2. Бемор касаллиги ва мустаҳкам томонларини аниқлаш;
3. Ҳамшира ташхисини асослаш ва тартибга солиш;
4. Ҳамшира ташхиси қаторини устиворлик бўйича кетма-кетлик тартибида ишлаш.

Режалаш

Режалаш – бу ҳамшира томонидан ташхис жараёнида аниқланган ва саломатлиги билан боғлиқ муаммоларни камайтириш, йўқотиш ёки олдини олишда бажариладиган ҳамширалик амалларини аниқлаш бўйича бемор вазифаларини тузишдир.

Режалаш босқичида ҳамшира бемор ва унинг оиласи билан ҳамширалик ташхисида белгиланган муаммонинг олдини олишга, камайтирилишига ёки йўқотилишига олиб келувчи бемор вазифаларини ишлаб чиқади ва уларнинг бажарилишига эришиш тадбирларини аниқлайди.

Режалаш босқичида ҳамшира қуйидагиларни бажаради:

1. Устиворликни ҳал этади;
2. Бемор вазифалари ва баҳолашни ишлаб чиқади;
3. Ҳамширалик чора-тадбирларини тиклайди.
4. Ҳамшира парвариш режасини ахборотини беради.

Амалга ошириш

Ҳамширалик жараёнини амалга оширишда режалаш босқичида ишлаб чиқилган барча ҳамширалик тадбирлари бажарилади.

Мақсад – беморнинг саломатлик масалаларини ҳал этишга ёрдам бериш – самара ҳимояси, касалликлар олдини олиш, соғлиқ ва йўқотилган функциялар тикланишини енгиллаштиришдир. Бу босқичга ҳамшира бемор тўғрисида маълумотлар тўплашни давом эттиради ва зарурият бўйича режага ўзгартиришлар киритади ва қуйидагиларни бажаради:

1. Ҳамшира даволашни режа асосида бажаради.
2. Маълумотлар тўплашни давом эттиради ва зарурият бўлганда даво режасига ўзгартириш киритади.
3. Ҳужжатлаштириш ишларини олиб боради.

Баҳолаш

Баҳолаш бу – бемор эҳтиёжларининг қондирилиш даражасини ўлчашдир. Ҳамшира ва бемор биргаликда даволаш режасида қўйилган

масалалар қанчалик ҳал этилганлигини ҳамда ижобий ёки салбий таъсирга эга бўлган омилларни аниқлашади.

Баҳолаш вақтида ҳамшира ва бемор биргаликда даволаш режасига кўра белгиланган мақсадга эришганлик даражасини аниқлайдилар. Бу босқичда ҳамшира қуйидагиларни бажаради:

1. Бемор хоҳишига кўра, вазифаларнинг бажарилганлик даражасини ўлчаш;
2. Вазифаларнинг бажарилишига ижобий ёки салбий таъсир қилувчи омилларни аниқлаш;
3. Зарурият бўлса, ҳамшира парвариш режасини ўзгартиради.

V. ҲАМШИРА НИМАЛАРНИ БИЛИШИ КЕРАК

Ҳамширанинг иши ҳам илм, ҳам санъатдир. Бу илмни ўрганиб ривожлантириб, санъат даражасига етказиш, беморларга малакали тиббий хизматни ўз вақтида бекаму-кўст кўрсатиш ҳозирги замон тиббиётининг талабларидан биридир.

Тана ҳароратини ўлчаш (термометрия)

Инсон оргагизми гомойтерм ҳисобланади, яъни тана ҳарорати нормал ҳолатда ташқи муҳит ҳароратидан қатъий назар бир хилда сақланади. Патология ҳолатларида тана ҳарорати нормадагидан ўзгариши мумкин.

Тана ҳароратини ўлчаш учун ҳозирги замонда энг кўп қўлланиладиган 3 хил асбобдан фойдаланиш мумкин:

1. Симобли тиббиёт термометри (1-расм)



2. Электрон термометр (2-расм)



3. Инфрақизил термометр (3-расм).



Тана ҳарорати қуйидаги сохаларда ўлчанади:

1. Қўлтиқ ости.
2. Чов соҳаси.
3. Оғиз бўшлиғи.
4. Қин.
5. Тўғри ичак.

Терометрия, асосан, қўлтиқ ости (аксилляр), оғиз бўшлиғи (орал) ҳамда тўғри ичакда (ректал) ўлчанади. Чов соҳаси ва қинда камдан- кам ҳолларда ўлчанади.

Тана ҳарорати меъёри:

1. Аксилляр ўлчашда: $36,3^{\circ}$ - $36,9^{\circ}$ С атрофида бўлади.
2. Оғиз бўшлиғида: $36,8^{\circ}$ - $37,3^{\circ}$ С атрофида бўлади
3. Ректал: $37,3^{\circ}$ - $37,7^{\circ}$ С атрофида бўлади

Термометрия эрталаб ва кечки пайт ўтказилади. Эрталабки ва кечки термометрия кўрсаткичлари нормада фарқ қилиши мумкин, яъни кечки термометрия кўрсаткичи бир оз баланд бўлиши мумкин (одатда, бу фарқ соғлом одамларда 1° С дан ошмайди).

Пульсни аниқлаш

Пульс деб, томирлар деворининг юрак ҳайдайдиган қон ҳаракати натижасида келиб чиқадиган турткисимон тебранишларга айтилади.

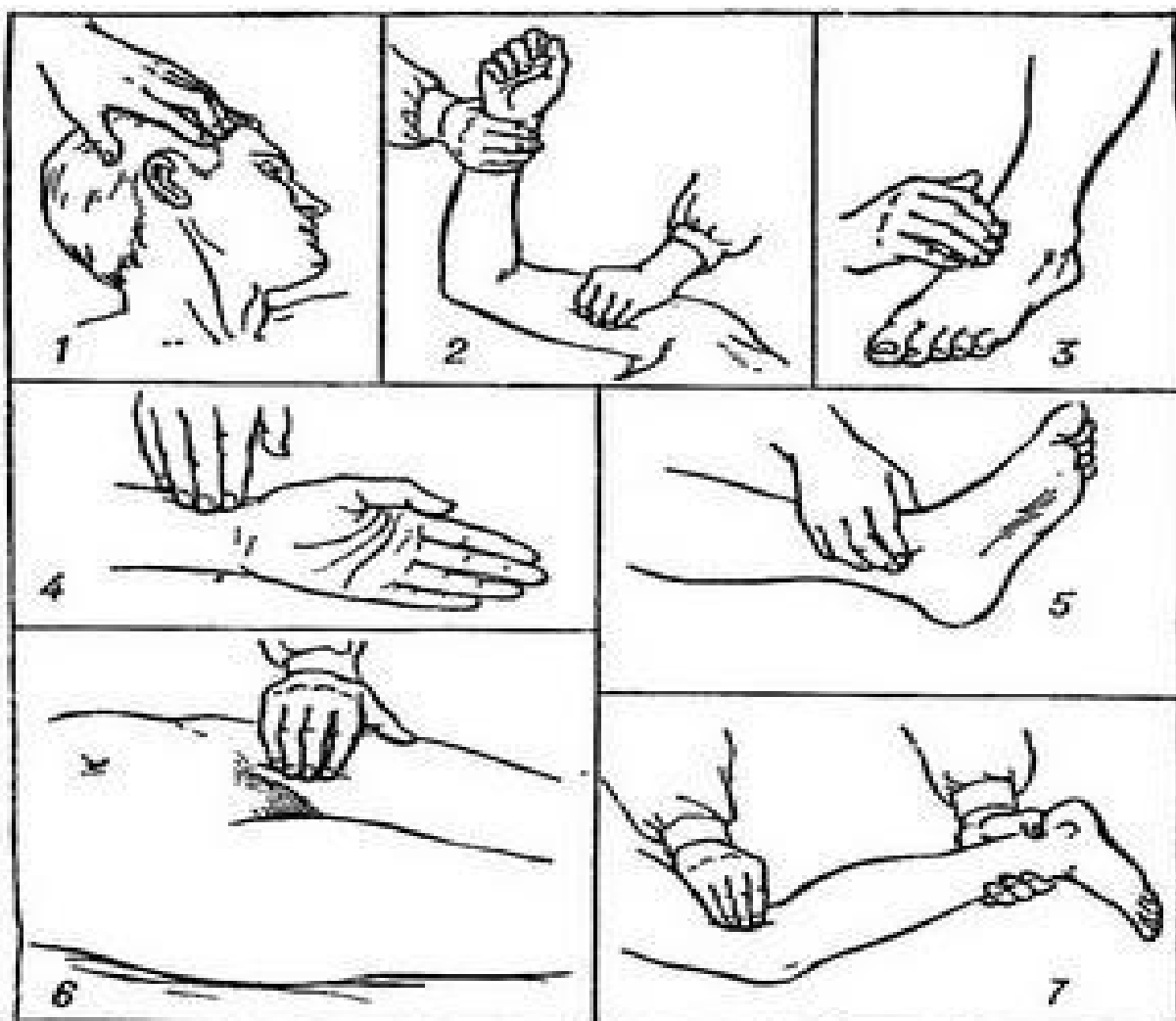
Пульс унинг частотаси, ритми, таранглиги, тўлиқлиги билан белгиланади. Катта ёшдаги соғлом одамларда пульс минутига 60 дан 90 гача ўзгариб туради. Болаларда пульс частотаси катталар пульси частотасига нисбатан кўпроқ бўлади.

Одатда, пульсни билак артериясида аниқланади (4-расм). Тиббиёт ходими кўрсаткич ва ўрта бармоқларини бемор билак артерияси проекциясига қўйиб, секундомерга эътибор қилган ҳолда 1 минутда неча марта пульс зарбаси рўй берганлигини санайди.



4-расм. Шифокор ўнг билак артериясида пульсни аниқламоқда.

Пульс чакка артерияси, уйку, елка ва бошқа артерияларда аниқланиши мумкин (5-расм).



5-расм. Пульсни турли артерияларда аниқлаш.

Артериал босимни аниқлаш

Артериал босим систола ва диастола вақтида томирлар деворига тушадиган қоннинг гидростатик босимидир.

Систолик босим - максимал артериал босим (ёки систолик босим) бўлиб, у меъёрда 100-130 мм симоб устунига тенгдир.

Диастолик босим - минимал артериал босим бўлиб, у меъёрда 90 мм симоб устунигача бўлади.

Пульс босим – систолик босим билан диастолик босим орасидаги фарқдир. У меъёрда 30-50 мм симоб устунига тенгдир.

Артериал босимни ўлчаш учун, одатда, мехаиник тонометр ва фонендоскоплардан фойдаланимиз (6-расм):



6-расм. Тонометр ва фонендоскоп.

Артериал босимни механик тонометр билан ўлчашда қуйидагиларга эътибор қилинг (7-расм):



7-расм. Шифокор бемор чап елкасида артериал қон босимни ўлчамоқда.

- Тонометр манжетасини бемор елкасига (ўнг ёки чап) тақинг.
- Тонометр манжетаси бемор юраги сатҳида бўлиши лозим (кўкрак қафаси ўртаси). Ҳаво тўлдирилмаган манжет билан бемор елкаси орасига бармоқ бемалол кириши керак, яъни манжета билан елкани каттиқ сиқиб қўймаслик лозим.
- Елка артерияси пулсациясни эшитиш учун фонендоскоп мембранасини қўл тирсак чуқурчасига қўйинг.

- Тонометр грушаси (нокчаси) ни бир нема марта қисиб, манжетани ҳаво билан дамланг (дастлаб ночка клапанини ёпишни унутманг, акс холда дамланган ҳаво манжетадан қайтиб чиқиб кетади). Манжетага ҳаво дамлашни тонометр кўрсаткичи тахмин қилинган босимдан 20-40 мм га баландроқ бўлгунча давом эттиринг.
- Нокча клапанини бураб, секинлик билан манжетадан ҳавони чиқаринг ва айин вақтда фонендоскоп орқали елка артерияси пульсациясини эшитишга ҳаракат қилинг. Биринчи пульс эшитилганда тонометр кўрсаткичи нечада эканлигини эслаб қолинг (бу систолик босимдир). Биринчи пульс ортидан бир неча пульслар эшитилиши маълум муддат давом этади ва охирида пульс эшитилмай қолади. Охирга пульс эшитилганида тонометр кўрсаткичи нечада эканлигини эслаб қолинг (бу диастолик босимдир).

Нафас ҳаракатларини санаш

Нафаснинг кўкрак, қорин ва аралаш турлари фарқ қилинади. Аёлларда, кўпинча, кўкрак типигаги нафас олиш кузатилса, эркакларда қорин типига нафас олиш кузатилади.

Нафас ҳаракатлари катта ёшли соғлом одамда ҳар дақиқада 16-20 тага етади. Соғлом кишиларда нафас ҳаракатининг ўзгаришлари жуда кўп сабабларга: ёшга, жинсга, асабга, тана вазиятига ва бошқа бир қанча ҳолатларга боғлиқ бўлади. Янги туғилган чақалоқда минутига 40-45 мартагча нафас олади, 5 ёшда 24 мартагча, 15-20 ёшда 16-20 марта нафас олинади.

Нафас ҳаракатларини санаш беморга сездирмасдан амалга ошириш лозим, акс ҳолда бемор ўз нафас ҳаракатларига эътибор қила бошлаши нафас актлари частотасини психоген ўзгаришига олиб келиши мумкин. Беморга сездирмаслик учун тиббиёт ходими худди бемор пульсини санаётгандек бемор билагидан ушлайди ва нафас ҳаракатларини 1 минут давомида санайди.

Дориларни энтерал йўл билан юбориш

Дори воситаларини:

- оғиз орқали - per os,
- тўғри ичак орқали - per rectum,
- қин орқали - per vaginum ва
- тил остига - sublingival қўйиб танага киритилади.

Инъекциялар

Инъекция деб, дори моддаларини парентерал (ошқозон-ичак тизимини четлаб ўтиб), шприц ёрдамида - тери ораси, ости, мушак, томирлар ичи, суяк ораси, орқа мия, мия каналига юборишга айтилади.

Инъекцион усуллар қисқа вақт ичида керакли даво самараси олиш, дори моддасини аниқ дозалаш, дори жўнатилган соҳада унинг максимал концентрациясини ҳосил қилиш имкониятини беради.

Инъекциялар ва дорини венага қуйишни бажараётганда асептика ва антисептика қоидаларига қатъий амал қилган ҳолда ўтказиш, фақат бир марта ишлатиладиган шприц, игна ва системалардан фойдаланиш, инъекция соҳасига, қўлларга обдон ишлов бериш лозим.

Инъекция учун ишлатилаётган барча асбоблар ва эритмалар стерил бўлиши шарт!

Игналар ҳар хил узунлик (16 дан 90 мм гача) ва ҳар хил диаметрга (0,4 дан 2 мм гача) эга бўлади. Тери ораси инъекцияси учун 16 мм узунлик ва 0,4 мм диаметрдаги, тери ости инъекциясига 25 мм узунлик, 0,6 мм диаметрдаги, вена ичига 40 мм га 0,8 мм ва мушак ораси инъекцияси учун 60 мм узунлик ва 0,8-1 мм диаметрга эга игналар ишлатилади. Игналар учи кесими ҳам турлича бўлади. Вена инъекцияси игнасининг кесими 45° бурчак остида бўлади. Тери ораси игнасининг кесими ундан ҳам ўткирроқ бўлади.

Бемор билан ўтказилган суҳбат унга қулай ҳолатни вужудга келтириб инъекцияни аниқ бажариш, беморда бўладиган кўрқув ҳиссини ва оғриқни камайтиради.

Инъекцияларни ҳеч вақт тик турган ҳолатда қилмаслик керак, чунки бундай ҳолатда игна синиши ва муфтасидан узилиб кетиши, у тезда мушаклар ичига кириб қолиши мумкин. Бундай вақтда, кўпинча, игнани жарроҳлик йўли билан олишга тўғри келади.

Бемор тик турганда думба мушаклари таранг тортилган бўлади, агар инъекция вақтида қўшимча таъсирот бўлганда, улар янада таранглашади.

Инъекциядан олдин қилинаётган дори беморнинг олдида унга кўрсатилиб, шу ампула ёки флакон очилади ва беморнинг дори воситаси шприцга сўндириб-тортиб олинади, кейин инъекция қилинади.

Ампуладан эритма тортиб олиш тартиби

1. Муолажадан олдин қўлларингизни совунлаб ювинг, 3-5 мл 70° ли спирт билан ишлов беринг, қуригунча кутинг ва стерил қўлқоп кийинг.

2. Дори солинган ампулани олинг. Номини ўқинг, дозаси, яроқлилик муддатига эътибор беринг. Муолажа варағига солиштиринг.

3. Ампуланинг торайган қисмига аррача (металл ёки қум заррали) ёрдамида чизик тортинг. Синдириш учун осон қилиб, махсус жойга рангли нукта қўйиб ишлаб чиқарилган ампулаларга чизик тортиш шарт

эмас. Спирт шимдирилган пахта билан ампула бўғзини яхшилаб артинг. Ампула учидан спиртли пахта билан ушлаб туриб, уни синдиринг.

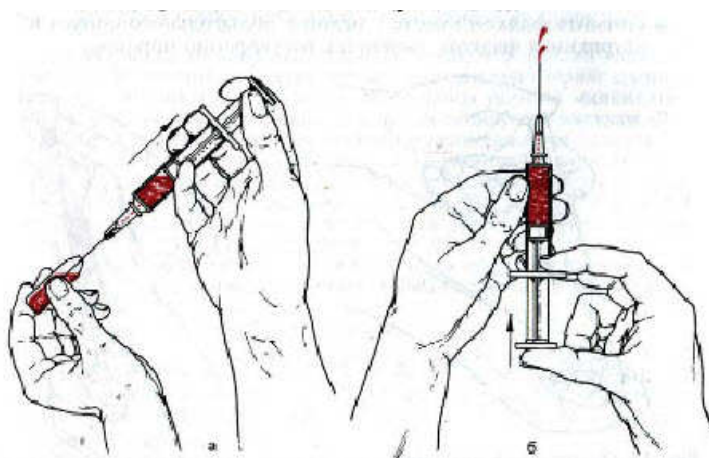
4. Очилган ампулани чап қўлингизга олинг. Йиғилган шприцни ўнг қўлингизга олиб, игнани ампулага киритинг. Шприц поршенини секин тортиб, керакли миқдордаги дори моддасини шприцга тортиб олинг (8-расм, а).

5. Игнани ампуладан чиқаринг, шприцдан ажратинг ва шприцга инъекция учун янги игна уланг.

6. Шприцни вертикал ҳолатда ушлаб олинг. Поршенни секин босиб, шприц ичидаги ҳавони игна учидан эритма томчилари пайдо бўлгунгача чиқариб юборинг (8-расм, б).

7. Игнага стерил қалпоқчасини кийдиринг ва инъекция соҳасини тайёрлагунигизча лотокка олиб қўйинг.

8.



8-расм. Изоҳ матнда келтирилган.

Флакондан инъекция учун эритма тортиш

Керак анжомлар: шприц, 2 та игна, пинцет, лоток, пахта, спирт, қўлқоп.
Муолажани бажариш:

1. Қўллариңизни совунлаб ювинг, 3-5 мл 70°ли спирт билан ишлов беринг, қуригунча кутинг ва қўлқоп кийинг.

2. Дори солинган флаконни олиб, номини ўқинг, дозаси, яроқлилиқ муддатига эътибор беринг. Муолажа варағига таққосланг.

3. Пинцет ёки қисқич билан резина тиқинни беркитиб турган алюминий (пластмасса) қопқоқни очинг (қуйидаги расмга қаранг).

4. Пахтага спирт шимдириб, резина тиқинни артинг.

5. Аввалдан тайёрлаб қўйилган, эритувчи модда тортилган шприц игнаси билан флакон резина қопқоғини тешинг ва суюқликни флаконга киритинг (қуйидаги расмга қаранг).

6. Шприцни флакондан чиқариб, флаконни силкитинг.

7. Дори моддаси тўлиқ эригач, флаконни тўнтаринг ва шприц игнасини унга киритиб, керакли микдордаги дори моддасини шприцга тортиб олинг (қуйидаги расмга қаранг).

8. Игнани шприц билан флакондан чиқариб олинг ва инъекция қилиш учун игнани алмаштиринг.

9. Игнага стерил қалпоқчасини эҳтиётлик билан кийдириг ва инъекция соҳасини тайёрлагунигизча лотокка олиб қўйинг.

Тери ораси инъекциялари

Тери ораси инъекцияларини аллергология, фтизиатрия ва бошқа тиббиёт соҳаларида диагностик текширувлар қўллаб, биалаклар ички юзасида амалга оширилади. Бемор ўтирган ёки ётган ҳолда бўлиши мумкин.

Керак анжомлар: стерил қўлқоп, ва лоток, пахта тампонлар, калта (2-3 см) игнали шприц, спирт.

Беморга муолажа моҳияти ва дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

Муолажани бажариш:

1. Муолажадан олдин қўлларингизни совунлаб ювинг. Қўлқоп кийинг.

2. Шприцга керакли микдордаги дори моддасини юқорида кўрсатилган қоидага асосан тортиб олинг.

3. Инъекция соҳасини 3-5 мл 70° спирт шимдирилган пахта билан яхшилаб артинг.

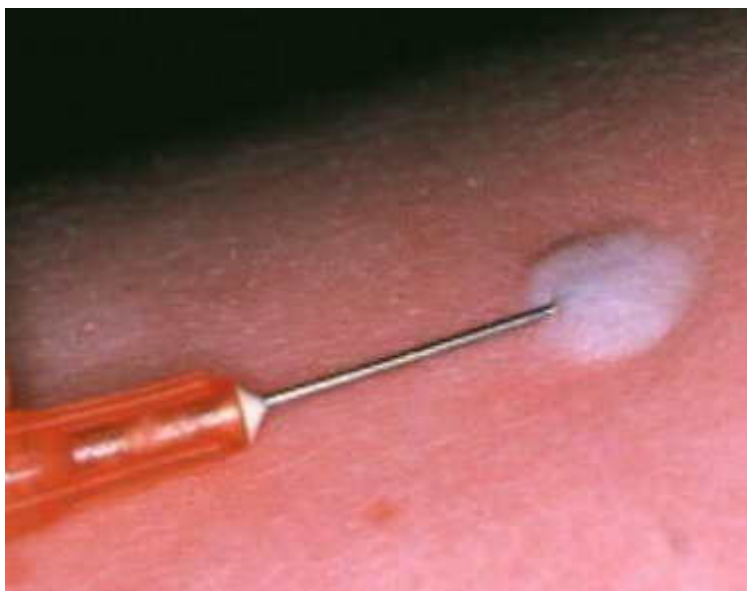
4. Инъекция соҳаси терисини чап қўлингизнинг 1-2-бармоқлари билан тортинг.

5. Игна учининг кесимини юқорига қаратиб, терининг шох қаватиға, тери юзасига деярли параллел (10°-15° бурчак остида) равишда, 4-5 мм чуқурликка киритинг.

6. Чап қўлингизни поршенга ўтказинг ва уни секин босиб, дори моддасини тери орасига "лимон пўсти" кўринишидаги оқиш дўмбоқча ҳосил бўлгунча, тахминан 0,1 мл ҳажмда юборинг (9-расм).

7. Игнани чиқариб олинг. Инъекция ўрнини спирт билан артиш шарт эмас.

8. Дори моддаси киритилганда терининг маҳаллий реакциясини кузатиб туриш ва шифокорга кўрсатиш лозим бўлади.



9-расм. “Лимон пўсти” ҳосил бўлиши.

Тери ости инъекциялари

Тери ости ёғ қатлами қон томирларига бой. Шу сабабли, дори моддалари оғиздан қабул қилинганга нисбатан тери остидан тезроқ сўрилади ва ўз таъсирини эртароқ кўрсата бошлайди. Тери ости инъекциялари кичик диаметрли игналар билан, 15 мм чуқурликка 2 мл гача эритмалар юбориб амалга оширилади. Бу ҳажмдаги дори моддалари тез сўрилади ва тери ости ёғ қатламига зарарловчи (қитиқловчи) таъсир ўтказмайди.

Дори моддаларини тери остига юбориш учун елканинг ташқи, соннинг олд-ташқи юзалари, қуймишларнинг юқори-ташқи квадрати, қорин олд девори (киндик атрофи), курак ости соҳаси жуда қулай. Бу соҳалар териси қўлга осон қатланади ва қон томирлар, нервлар, суяк усти пардаси шикастланиши хавфи жуда кам бўлади.

Инъекция қилиш соҳасида қизариш, ёмон сўрилган аввалги инъекциялардан кейинги инфилтратлар, тери ости клетчаткаси шиши ёки яллиғланишнинг бошқа аломатлари бўлганда муолажани терининг бошқа соҳасига қилиш лозим.

Керак анжомлар: стерил лоток, пахтали тампонлар, игна ва шприц, спирт, стерил қўлқоп.

Беморга муолажа моҳиятини тушунтириш.

Беморнинг ҳолати: тик турган, ўтирган ёки ётган бўлиши мумкин.

Муолажани бажариш:

1. Муолажадан олдин қўлларингизни совунлаб ювинг. Қўлқоп кийинг.
2. Шприцга керакли миқдордаги дори моддасини кўрсатилган қоидага асосан тартиб олинг.
3. Инъекция соҳасига олдинма-кетин 2 марта 70° спирт шимдирилган пахта билан, аввал кенг соҳага, кейин бевосита санчиш ўрнига ишлов беринг.

4. Спиртли пахтани чап қўлингизнинг 5-бармоғи остига қўйинг.
5. Ўнг қўлингизга шприцни олинг: 2-бармоқ билан игна канюлясини, 5-бармоқ билан шприц поршенини, 3-4-бармоқлар билан цилиндрни пастдан, 1-бармоқ билан тепасидан ушланг.
6. Инъекция соҳаси терисини чап қўлингиз билан қисмлаб ушлаб, бурма ҳосил қилинг (10-расм).
7. Игнани 45° бурчак остида, тери қатининг асосига 1-2 см чуқурликка, игна узунлигининг 2/3 қисмига, кўрсаткич бармоғингиз билан игна канюлясини ушлаб турган ҳолда санчинг. Тери ости инъекцияларида игна учи кесими юқорига қараган бўлиши керак (қуйида келтирилган расмга қаранг).
8. Чап қўлингиз билан поршенга босиб, дори моддасини юборинг (шприцни бир қўлингиздан иккинчисига олманг).
9. Игнани канюлясидан қўшиб ушлаб, шприц билан чиқариб олинг. Игна ўрнига спиртли тампон қўйинг.
10. Инъекция ўрнини спиртли пахта билан енгил уқалаб қўйинг. Кейин пахтани олиб ташланг. Агар санчиш ўрнидан қон келса, тампонни вақтинча лейкопластр билан ёпиштириб қўйинг.



10-расм. Тери ости инъекцияси бажарилиши.

Мушак ораси инъекциялари

Ҳамма дори моддаларини ҳам тери остига юбориб бўлмайди. Баъзи бирлари оғриқ келтириб чиқаради, инфильтратлар ҳосил бўлишига олиб келади. Мушакларда қон ва лимфа томирлари кўплиги дори моддаларининг тўла ва тез сўрилиш имкониятини беради.

Шу сабабли, тезроқ самара олиш керак бўлганда, тери остидан кўра мушак ораси маъқул деб топилади. Инъекциялар тананинг мушак қавати яхши ривожланган, катта қон нерв томирлари камроқ, ҳоли соҳаларда қўлланилади. Тери ости ёғ қатламининг қалинлигини ҳисобга олган ҳолда игнанинг узунлиги танланади. Чунки игна бу қатламдан ўтиб, учи мушаклар орасига етиб бориши керак. Қалин тери ости ёғ қатлами бўлганда 60-80 мм ўртача қалинликдаги ёғ қатламида 40 мм ли игналардан фойдаланилади. Мушак орасига дори моддалари юборилганда самарага тез

(15-30 дақиқа ичида) эришилади. Мушак орасига қилинадиган дори моддаси ҳажми 10-20 мл дан ошмаслиги керак.

Мушак ораси инъекцияларини қуймич, сон, елка ва курак ости мушакларида амалга ошириш мумкин

Игнанинг тасодифан қон ёки нерв томирига тушиб қолиши хавфлидир. Игнанинг нерв томирига тушиб қолиши оёқнинг тўлиқ ёки қисман параличини келтириб чиқариши мумкин. Дори моддасининг томир ичига тушиб қолиши ҳам оғир оқибатларга олиб келади. Мушак орасига қитиқловчи таъсирли (магний сульфат), секин сўриладиган (бициллин) каби дорилар юборилади.

Шу сабабли, дори моддасини тери остига эмас, аниқ мушак орасига юбориш керак бўлади.

Бемор қорнига ётган ёки ёнбошлаб, оёғини узатган ҳолда бўлади. Шу ҳолатда мушаклар максимал бўшашади. Қуймич мушагини бўшатиш учун оёқ тиззадан ва сондан букилиши мумкин.

Қуймичда мушак ораси инъекцияси ўрнини аниқлаш

Думбадан тизза ости чуқурчаси ўртаси томонга вертикал чизик тортинг, горизонтал чизикни эса, сон суягининг катта кўсти бўйлаб тортинг. Бу чизиклар қуймични 4 та квадратга бўлади. Катта кўстни пайпаслаб, тос-сон бўғимида ҳаракат пайтида топса бўлади. Юқори-ташқи квадрантда, катта қуймич мушаги остида ўрта ва кичик қуймич мушаклари жойлашади. Юқори-ташқи квадрантнинг пастки-медиал қисмида тери ости ёғ қатлами яхши ривожланган. Шу сабабли, инъекцияни юқори-ташқи квадратнинг юқори-ташқи қисмида, қуймич суяги қирғоғидан тахминан 5-8 см пастдан амалга ошириш тавсия қилинади (11-расм).



11-расм. Мушак ораси инъекцияси бажариш учун инъекция қилиш ўрнини аниқлаш.

Горизонтал чизик пастида, перпендикуляр бўйлаб, қуймич нерви ва пастки қуймич артерияси ўтади. Инъекция пайтида буни ёдда тутиш керак.

Сонда мушак ораси инъекцияси ўрнини аниқлаш

Сонда инъекциялар кенг латерал мушакка, соннинг ўрта учлигида амалга оширилади. Инъекция ўрнини аниқлаш учун ўнг кафтни сон суяги кўстидан 1-2 см пастга қўйинг, чап қўлингизни тизза кўзидан 1-2 см юқорига жойлаштиринг. Кафтлар катта бармоқлари бир чизикда бўлиши керак. Инъекция ўрни қўлларнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари ҳосил қилган соҳа марказида жойлашади. Сон соҳасига инъекция қилинаётганда шприцни худди ёзув перосини ушлагандай тутиш керак.

Елкада мушак ораси инъекцияси ўрнини аниқлаш

Дельтасимон мушакка инъекция фақат фавқулудда ҳолатларда, бошқа соҳаларга инъекция қилишнинг иложи йўқлигида бажарилади. Инъекция ўрни, асоси куракнинг акромиал ўсиғи ва чўққиси елканнинг марказида жойлашган шартли учбурчак ўртасида, акромиал ўсиқдан тахминан 3,5-5 см пастда жойлашади.

Беморнинг ҳолати қайси соҳага инъекция қилиш режалаштирилаётганига боғлиқ бўлади. Агар қуймичга бўлса, қоринга ётиб ёки ёнбошда, сонга - чалқанча, тизза бўғимидан оёқни бироз букиб ёки ўтирган ҳолда, елкага - ўтирган ёки ётган ҳолатда.

Керак анжомлар: шприц ва игналар, спирт, пахта, лоток, стерил қўлқоп.

Мушак ораси инъекциясини бажариш

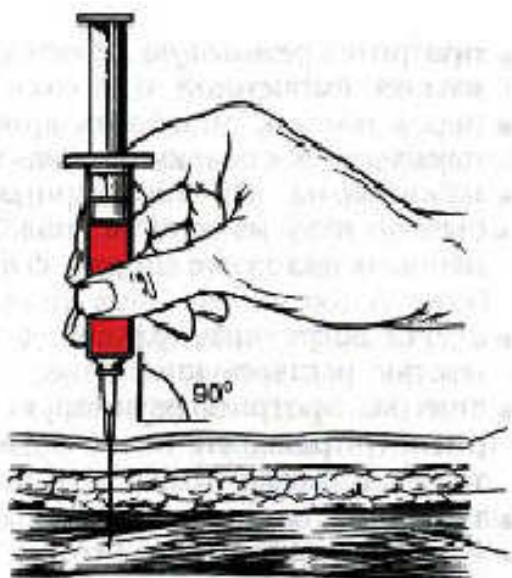
1. Қўлларингизни совунлаб ювинг. Стерил қўлқоп кийинг.
2. Инъекция ўрнини аниқланг.
3. Инъекция соҳасига олдинма-кетин 2 марта спирт шимдирилган пахта билан, аввал диаметри 7-8 см ли кенг соҳага, кейин бевосита санчиш ўрнига ишлов беринг.
4. Спиртли пахтани чап қўлингизнинг 5-бармоғи остига қўйинг.
5. Шприцни ўнг қўлингизга олинг: 5-бармоқ игна канюлясида, 2-бармоғингиз шприц поршенида бўлсин. 1-3-4-бармоқлар билан шприц цилиндрини ушланг.
6. Инъекция соҳаси терисини чап қўлингизнинг 1-2-бармоқлари билан тортиб, терини фиксация қилинг.
7. Игнани тўғри, 90° бурчак остида тери устида 8-10 мм қолдириб мушакка киритинг (12-расм).
8. Игна учи қон томирига тушмаганлигига ишонч ҳосил қилиш учун чап қўлингиз билан шприц поршенини бироз ортга тортинг. Агар шприцда қон пайдо бўлса, инъекция ўрнига спиртли пахта тампон қўйиб, игнани чиқариб олинг. Тампонни бироз босиб туринг. Муолажани қарама-қарши

томондан бажаринг. Қон йўқ бўлганда чап қўлнинг 2- ва 3-бармоқлари билан шприц цилиндрини ушланг. 1-бармоқ билан шприц поршенини босиб, дори моддасини юборинг.

9. Чап қўлингиздаги спиртли пахтани инъекция ўрнига қўйинг.

10. Игнани ўнг қўлингиз билан чиқариб олинг. Спиртли пахтани олмасдан туриб, инъекция ўрнини енгил массаж қилинг.

11. Игнага калпоқчасини кийдирмасдан шприцдан ажратиб, зарарсизлантирувчи эритмага ташланг.



12-расм. Мушак ораси инъекцияси.

Вена ичи инъекциялари

Вена ичи инъекцияларида дори моддалари бевосита қон оқимиغا тушади. Шу сабабли, асептикага қатъий амал қилиш (қўлни ювиш, қўлга, беморнинг терисига ишлов бериш ва бошқ.) лозим.

Дори моддаси венага қилинганда шу зумдаёқ таъсир этади. Венага бошқа парентерал йўл билан юбориб бўлмайдиган дори моддаларини қилиш мумкин.

Инъекция учун тирсак буклами веналаридан кенг фойдаланилади. Улар катта диаметрли, юзада жойлашган ҳамда силжувчанлиги кам. Билак ва тирсак тери ости веналари бирлашиб, тирсакнинг энг катта -тирсак ўрта венасини ҳосил қилади. Бу веналарга кўпроқ пункция қилинади (13-расм). Аксарият ҳолларда вена аниқ бўртиб тери устидан кўриниб туради. Баъзи шахсларда вена кўринмаслиги ва пайпасланмаслиги мумкин. Камроқ ҳолларда кафт юзаки веналари, билак ва оёқ веналари ҳам пункция қилинади. Айрим ҳолларда силжувчан веналар учрайди. Муолажа пайтида терини тортиб фиксация қилинади. Ҳолдан тойган, аҳволи оғир беморларда, кўпинча, веналар пучайган бўлади. Бундай веналарни пункция қилиш жуда мураккаб. Шундай ҳолатда кафт бармоқлари бир неча марта

мушт қилиб тугиб-ёзиб юборилади ва мушт холида ушлаб турилади. Инъекция қилинадиган соҳага шаппатилаб уриш ҳам венанинг қонга тўлишини яхшилайд.

Пункциядан кейинги муҳим ҳол игнани тўғри фиксация қилишдир. Яхши маҳкамланмаган игна ўз ўқи атрофида айланиши, текислик бўйлаб силжиб, қон томирини шикастлаши, томирдан чиқиб кетиши оқибатида гематома ҳосил бўлиши, эритма тери остига кетиб қолиши мумкин. Баъзан гематома ҳосил бўлишига игнанинг вена деворини тўлиқ тешиб ўтиб кетиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Гематома ҳосил бўлганда, зич боғлов қўйилади ва пункция бошқа соҳада амалга оширилади.



13-расм. Вени ичи инъекцияси.

Беморга муолажа ва дори моддаси тўғрисида маълумот беринг.

Керак анжомлар: стерил лоток, 40-60 мм игнали шприцлар, дори моддаси, 70°ли спирт, пахта соққалар, жгут, клеёнкали ёстикча, сочиқ, стерил қўлқоп, ишлатилган ампулалар ва флаконлар учун идиш.

Беморнинг ҳолати: чалқанча ётган ёки ўтирган бўлиши мумкин.

Муолажани бажариш:

1. Қўлларингизни совунлаб ювинг ва индивидуал тоза ёки қоғоз сочиқ билан артиб, куритинг. Қўлларингизга 3-5 мл 70°ли спирт билан ишлов беринг.

2. Дори моддасини шприцга тортинг;

3. Бемор қўл бармоқлари ёзилган ҳолда кафтини юқорига қилиб, тирсак остига клеёнкали ёстикча қўйинг (қўл тирсак бўғинида максимал ёзилиши учун).

4. Кўйлак ёки салфетка устидан жгутни елканинг пастки учлигига шундай куч билан қўйингки, фақат веналар эзилсин. Билак артерияси уриб туриши ўзгармаслиги керак. Жгут боғи пастга, бўш учлари юқорига қараб туриши лозим (керак бўлганда осон ва тез ечилиши учун).

5. Венанинг қон тўлиб янада бўртиши учун беморга кафтини бир неча марта мушт қилиб тугиб ва яна ёзишни таклиф қилинг;

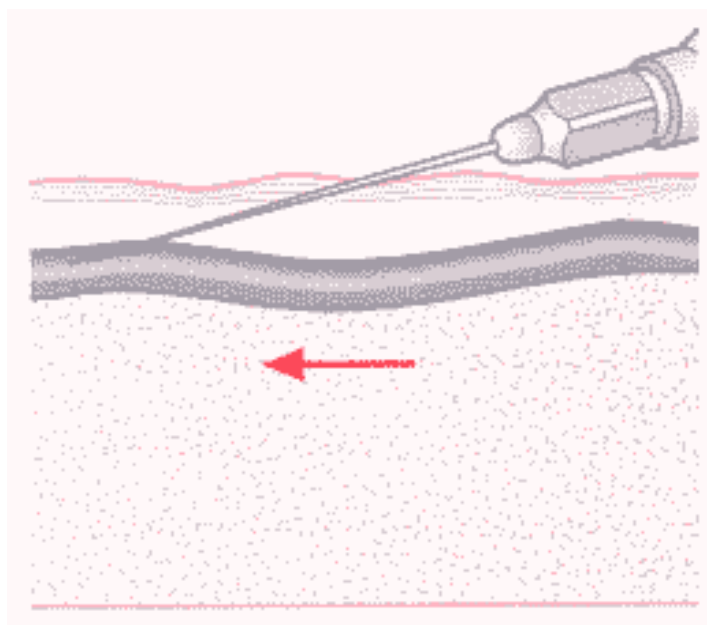
6. Стерил қўлқоп кийинг.

7. Билак буклами соҳаси терисига марказдан периферияга томон, айланма ҳаракатлар билан 60-90°ли шимдирилган спиртли пахта билан ишлов беринг.

8. Шприцни ўнг қўлингизга олинг. Кўрсаткич бармоқ билан игна канюлясини фиксация қилинг. Қолган бармоқлар билан шприц цилиндрини устидан ушланг.

9. Шприцда ҳаво йўқлигини текширинг. Агар унда майда пуфакчалар кўп бўлса, шприцнинг игнасини юқорига қилиб вертикал ҳолатга келтиринг ва уни силкитиб, майда пуфаклардан битта катта пуфакча ҳосил қилинг, сўнгра чап қўлнинг бош бармоғи билан шприц поршенини босиб, ҳавони чиқариб юборинг.

10. Чап қўлингиз билан спиртли пахтани олиб, инъекция соҳасига ишлов беринг. Игнани венага параллел, кесимини юқорига қилиб, терини 45° бурчак остида тешинг. Кейин ундан ўткирроқ бурчак остида вена деворини тешинг (бўшлиққа тушиб қолиш ҳиссини сезасиз) ва игнани яна бироз ичкарига киритинг (14-расм).



14-расм. Вена ичига нинани киритиш.

11. Чап қўл билан шприц поршенини ортга тортинг. Шприцда қон пайдо бўлиши керак (игнанинг вена ичидалиги тасдиғи).

12. Агар веналар яхши ривожланган бўлса, венопункцияни бир босқичда (тери ва венани) ҳам бажариш мумкин.

13. Жгутни чап қўлингиз билан бўшатинг. Бемордан муштини ёзишни сўранг.

14. Ўнг қўлингиз билан шприц цилиндрини қимирлатмай ушлаб туриб, чап қўлингизни секин шприц поршенига босинг ва дори моддасини венага киритинг. Охирида шприц ичида 1 мл дори моддасини қолдиринг.

15. Инъекция ўрнига спиртли пахта қўйиб туриб, чаққон ҳаракат билан игнани ортга чиқариб олинг.

16. Спиртли пахта қўйиб, беморнинг тирсагини букинг. Бемордан қўлини шу ҳолатда 5 дақиқа ушлаб туришини сўранг (қон кетишининг олдини олиш учун).

17. Шприц ва игнанинг қалпоғини ёпмасдан амал қилаётган буйруқларга тўғри келувчи дезинфекцияловчи эритмага ташланг.

18. 5 дақиқадан сўнг пахтани олинг (агар қон кетмаётган бўлса) ва дезинфекцияловчи эритмага ташланг.

19. Қўлқопларни ечинг ва дезинфекцияловчи эритмага ташланг.

20. Қўллaringизни совунлаб ювинг ва 3-5 мл спирт билан ишлов беринг.

Вена ичига эритмаларни томчилаб қуйиш

Бу усул кўп миқдордаги суюқликларни вена ичига қуйиш имкониятини беради. Бу йўл билан узоқ муддат ичида суюқликлар таркибини, қуйилиш тезлигини ўзгартириб туриш мумкин. Венага дориларни томчилаб қуйиш учун бир марта ишлатиладиган системалар қўлланилади (15-расм).



15-расм. Вена ичига дори жўнатишга мўлжалланган система.

Улар апиноген, токсик хусусиятдан ҳоли пластмассада, махсус стерил пакетларда махсус кархоналарда ишлаб чиқарилади. Пакетда серия рақами, стерилизация вақти, яроқлилиқ муддати ва ишлаб чиқарувчи корхона номи кўрсатилади. Системаларни турли фирмалар ишлаб чиқаради, шу сабабли улар бир-биридан бироз фарқ қилиши мумкин. 2 турдаги системаларни кўриб чиқамиз.

Биринчи вариант: ОАО "Синтез" системаси томчигичи бор узун найчадан иборат. Томчигич ичига капрон фильтр ўрнатилган бўлиб, у қон лахталарини ва бошқа ёт жисмларни ўзида ушлаб қолади. Найчанинг пастки учига канюля бўлиб, уни игна ёки магистрал пластик катетер павильонига улаш мумкин. Система юқорисидаги игна воситасида у флаконга (контейнерга) уланади. Инфузия тезлигини бошқариш ва керак бўлганда тўхтатиш учун томчигичдан кейин роликли қисқич ўрнатилган. Пакетда игнали найча (ҳаво ўтказгич) мавжуд. У флакондаги эритма камайишига қараб, ҳаво ўтказишга хизмат қилади. Бундай система ёрдамида турли эритмалар, қон ва унинг компонентларини қуйиш мумкин.

Беморнинг ҳолати: инфузия узоқ муддат давом этиши сабабли бемор чалқанча ётқизилади. Қўл остига сочиқ қўйилиб, қулай ҳолатга келтирилади.

Муолажани бажариш:

Қўлларни ювиб, стерил қўлқоп кийинг.

1. Инфузион эритма флаконининг ҳимоя қопқоғини очинг ва устига спирт билан ишлов беринг.

2. Система пакети бутунлиги ва яроқлилиқ муддатини текширинг.

3. Пакетни очинг ва системани олинг. Қопқоқчани ҳаво ўтказгичдан чиқаринг.

4. Игнани флаконга охиригача киритинг. Ҳаво ўтказгич найчасини флакон бўйлаб шундай маҳкамлангки, унинг охири флакон туби сатҳида бўлсин.

5. Қисқични беркитинг. Қопқоқчани флаконга уланадиган игнадан чиқаринг.

6. Игнани охиригача флаконга киритинг.

7. Флаконни тўнтариб, штативга ўрнатинг.

8. Инъекцион игнанинг инъекцион бўғин билан уланишини текширинг. Керак бўлса, игнани охиригача бураб маҳкамланг.

9. Қопқоқчани инъекцион игнадан чиқаринг.

10. Томчигич фильтрини юқорига қилинг. Қисқични очинг ва секинлик билан томчигични ярим ҳажмигача тўлдиринг.

11. Қисқични беркитинг ва томчигични аввалги ҳолатига келтиринг. Фильтр тўлиғича эритмага тўлдирилган ва ичида ҳаво пуфакчалари бўлмаслиги керак.

12. Қисқични очинг ва системани эритма билан то ҳаво тўлиқ чиқиб кетиб, инъекцион игна учидан эритма томчилари чиққунча тўлдиринг.

13. Системада ҳаво пуфакчалари йўқлигини текширинг !!!

14. Венопункцияни система игнаси билан юқоридаги усулни қўллаб бажаринг. Система найчасида қон пайдо бўлгач, игнани бироз ичкарига киритинг. Жгутни бўшатинг.

15. Қисқични очинг ва қуйилиш тезлигини созланг. Игна асоси остига энсиз лейкопластирни ёпишадиган юзасини юқорига қилиб киритинг ва

игна асосини лейкопластир билан ўраб олиб, терига маҳкамланг. Иккинчи лейкопластир бўлагини бевосита игна асоси устига ёпиштиринг.

16. Беморда магистрал катетер мавжуд бўлганда системани бевосита катетер павильонига уланг.

17. Игна тиқилиб қолиб, эритма томчиламай қолса, қисқични беркитинг ва томчигич корпусини эҳтиёт билан эзинг. Эритма келиши тиклангач, қисқични очинг.

18. Эҳтиёжга қараб дори-дармонларни фақат инъекцион бўғиннинг найчасидан, диаметри 0,8 мм дан йўғон бўлмаган игналардан фойдаланиб юбориш керак.

19. Қўйиш пайтида ва айниқса, қўйиш охирида системада ҳаво пуфакчалари йўқлигини қатъий назорат қилинг! Бу ҳаво эмболиясининг олдини олади.

20. Флаконни алмаштириш. Бунинг учун қисқични беркитинг. Инъекцион игнани венадан чиқармай туриб ва томчигич бўшаб қолишига йўл қўймасдан, игналарни бўш флакондан чиқаринг ва тезда янги флакон тиқинига игнани киритинг.

Иккинчи вариант: система томчигичли узун найчадан иборат. Томчигич ичига ёт жисмларни ушлаб қолиш учун фильтр ўрнатилган. Томчигич ёнининг юқори қисмида ҳаво фильтри бўлиб, у орқали флаконга камаяётган эритма ўрнига ҳаво кириб туради.

Системанинг иккинчи учида канюляли инъекцион бўғин бор. Уни игнага ёки магистрал найча павильонига улаш мумкин. Томчигич флакон ёки контейнерга уланадиган игна билан қўшиб ишланган. Инфузия тезлигини бошқариш учун роликли қисқич мавжуд. Бундай система турли эритмаларни қўйиш учун мўлжалланган, лекин қон ва унинг компонентларини қўйиш учун яроқсиз.

Муолажани бажариш:

1. Қўлларни совунлаб ювинг ва стерил қўлқоп кийинг.
2. Флакон ҳимоя қопқоғини очинг ва флакон тиқинига спирт билан ишлов беринг.
3. Система пакети бутунлиги ва яроқлилиқ муддатини текширинг.
4. Пакетни очинг, системани олинг, қисқични беркитинг, штативга осиб қўйилган флаконга игнани киритинг.
5. Иккита бармоқ билан томчигични эзиб қўйиб юбориб, у ярмигача тўлдиринг.
6. Ҳаво фильтри ва қисқични очиб, системани тўлдиринг. Системадан ҳаво тўлиқ чиқиб кетганига ишонч ҳосил қилинг.
7. Тайёр системани игнага ёки магистрал катетер павильонига уланг.

Инфузия жараёнида системани диққат билан назорат қилиб туриш лозим (боғлов намланиши, қўйилаётган соҳада инфильтрат пайдо бўлиши,

томчилаш керакли тезликда ёки йўқлиги, система найчаси букилиб қолиши ёки вена тромбланиши сабабли эритма томмай қолиши мумкин).

Хукна

Хукна деб, турли суюқликлар ёрдамида йўғон ичакнинг пастки қисмини ахлат массаларидан тозалашга айтилади. Ичакни ахлат ва газлардан тозалаш учун ишлатилади.

Бемор чап ёнбошга ётқизиilib, оёқлар тизза бўғимида букилган ҳолда, думба чап қўлнинг 1 ва 2 бармоқлари билан икки томонга сурилгач, орқа тешик антисептик эритма ҳўлланган тампон билан тозаланиб, вазелин суртилади ва хукна трубкаси орқа тешикка эҳтиёткорлик билан киритилади. Хукна учун тайёрланган суюқлик 38°-40°С гача қиздирилган бўлиши керак.

Хукнанинг турлари: тозаловчи хукна, даволовчи (дори моддалари тўғри ичак орқали киритилади), томчили мойли эмульсион гипертоник ва сифонли хукналар (тозаловчи хукналар таъсир кам бўлган ҳолларда қўлланилади) бўлади.

Кўрсатмалар: ич келмай қотиб қолиши, ичакни тозалаш, рентген, операция, махсус текширувларга тайёрлаш ва айрим касалликларда қўлланилади.

Иситгичлар (грелкалар)

Иситгич яллиғланиш жараёнларининг сўрилиши, танани иситиш ва оғриқ қолдириш учун қўлланилади.

ИСИТГИЧЛАР: қорин бўшлиғидаги ўткир яллиғланиш жараёнлари (кўричак, холецистит, панкреатит), ўсмалар, қон оқиши, лат ейишда қўлланилмайди.

Резина ва электр иситгичлар фарқ қилинади. Резина иситгич сиғими 1-1,5 литр. Унга 3-4 қисмгача сув солинади. Ҳавоси чиқарилиб, оғзи пробка билан бекитилади ва сочикқа ўраб керакли соҳага қўйилади.

Музли халтача

Муз солинган халтача қон кетганда, ўткир яллиғланиш жараёнларининг бошланғич босқичларида, лат еганда, ҳашоратлар чаққанда шу жойга қўйилади. Муз халтачага майдалаб солинади, ҳавоси чиқарилиб, оғзи тиқин билан маҳкам қилиб бекитилади ва сочикқа ўраб зарур соҳа устига қўйилади.

Оксигенотерапия

Кислородни даво мақсадида қўллашдир. Кислород беришнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1. Кислородли ёстикчадан.
2. Кислородли балондан.
3. Бурун катетерлари орқали.
4. Ниқоб орқали бериш.
5. Кислородни азот билан марказлашган ҳолда бериш.

Электрдан шикастланганда биринчи ёрдам

Зудлик билан электр токи таъсирини тўхтатиш лозим. Шикастланган киши, кўпинча, усти очик симни ушлаб олиб, мускуллари қисқарганидан уни қўйиб юбора олмайди. Шунинг учун тезда электр токини ўчириш ёки унинг иложи бўлмаганда шикастланган кишини тоқ ўтмайдиган нарсалар ёрдамида тортиб олиш лозим бўлади. Бунда электр токини ўтказмайдиган резина қўлқоп, калиш ёки этик, жундан тайёрланган кўрпалар ипак газламалар, куруқ ёғочдан фойдаланиш зарур. Нафас олиш ёки юрак уриши тўхтаса, сунъий нафас олдириш ва юракни массаж қилиш керак бўлади.

Сувга чўкканда биринчи ёрдам

Чўкаётган кишини қутқариб олишда жуда эҳтиёт бўлиш зарур. Унинг орқасидан сузиб бориш керак. Сочидан ёки қўлтиғидан ушлаб унинг юзини юқорига қаратиб, тортиб кетишига йўл қўймай қирғоқ томонга сузиш керак.

Биринчи ёрдамни у сувдан чиқарилгандан бошлаш керак. Қутқарилган кишининг тиззасини букиб, у қорни билан ётқизилади, бунда унинг боши кўкрак қафасидан пастда бўлиши керак (қуйида келтирилган расмга қаранг). Сўнгра кўкрак қафасини босадиган қаттиқ ҳаракатлар билан трахея ва бронхлардаги сувни чиқаришга ҳаракат қилинади. Ҳаво ўтадиган йўллардан сув чиқарилгандан сўнг, шикастланган кишини текис жойга ётқизиб, нафас олиш тўхтаб қолган тақдирда маълум усуллардан бири (оғиздан-оғизга ёки бурундан – бурунга) билан дақиқага 16-18 мартадан сунъий нафас олдиришга киришилади. Юрак фаолияти тўхтаганда массаж қилиш зарур.

Совуқ уриши

Совуқ уриши - танага паст ҳарорат таъсир этганда келиб чиқади.

Бунда бемор аъзоларини ноқулай шароитларда ҳўл, тор пойабзал кийиш, ҳолдан тойиш, 40°Сда ҳатто, бундан юқори ҳароратда ҳам совуқ уриши мумкин. Кўпинча, қўл ва оёқларнинг бармоқлари, кулоқ ва бурун учини совуқ уради.

Совуқ уришнинг 4 та даражаси бўлади.

Биринчи ёрдам кўрсатишда бемор иссиқ хонага ётқизилади. Унга иссиқ чой, юрак фаолиятини яхшиловчи ва оғриқ қолдирувчи дорилар берилади.

Беморни ваннага тушириб сув ҳарорати 18-20°C дан аста-секин 37°C гача кўтарилади. Ваннада қон таъминоти, сезувчанлик тиклангунга қадар эҳтиётлик билан массаж қилиш лозим. Оёқ ёки қўл териси спирт билан артилади ва унга қалин дока боғлаб қўйилади.

Маҳаллий ва умумий даволаш ишлари олиб борилади.

Куйиш

Куйиш деб, тўқималарнинг юқори (термик), кимёвий моддалар (кимёвий), электр токи (электрдан) ва нур энергияси (нурдан) таъсирида келиб чиқадиган жароҳатга айтилади.

Кучли куйишларда беморда жиддий умумий бузилишлар кузатилади ва касаллик ривожланади.

Ўткир куйиш касаллигининг кечишида шок, токсемия, септикотоксемия ва реконвалленсенция даврлари бўлади.

Тўқималарнинг шикастланиш характери ва қанчалик чуқур шикастланишига кўра куйишнинг 4 та даражаси тафовут қилинади. Даволаш икки йўналишда олиб борилади: куйган жойни маҳаллий ва умумий даволаш.

Кома

Кома - беҳушлик ҳолати бўлиб, марказий нерв системасининг эндоген, экзоген патологик таъсироталар натижасида бош мия рефлектор фаолиятининг тормозланишидир.

Команинг турлари кўп:

1. Уремик кома. Буйраклар иш фаолияти бузилиши натижасида қонда мочевина ва креатинин миқдорининг ошиб кетиши натижасида бўлади.

2. Диабетик кома. Ошқозон ости бези фаолияти бузилганда қондаги қанд миқдори ошиб кетиши - гипергликемик, камайиб кетса - гипогликемик кома деб айтилади.

3. Травматик, термик, анафилактик, эпилептик комалар ҳам бўлади.

Ҳушдан кетиш

Ҳушдан кетиш деганда, бош мия томирларининг қисқа муддатли спазми (қисқариши) натижасида юз берадиган ҳушнинг қисқа муддатли йўқолиши тушунилади.

Кўп қон йўқотиш, оғриқ, чарчаш, руҳий кечинмалар, қаттиқ кўрқиш ва шу кабилар сабаб бўлади.

Бунда тери ва шиллиқ пардаларнинг оқариши, юза нафас олиш, томир уришининг сусайиши кузатилади.

Ҳушдан кетиш сабабини бартараф қилиш, бемор боши паст, оёқлари баланд қилиб ётқизилади. Оғир ҳолларда сунъий нафас олдирилади, 20%-

1,0 кофеин эритмаси, 1%-1,0 лобелин ва цититон эритмалари инъекция қилинади.

Коллапс

Коллапс - бу артериал ва веноз босимининг кескин тушиб кетиши ва айланиб юрадиган қон массасининг камайиши билан характерланадиган ўткир юрак-томирлар етишмовчилигидир. Коллапсга тўсатдан кўп қон йўқотиш, шикастланиш, гавдани горизонтал ҳолдан вертикал ҳолга тез буриш (ортостатик коллапс), плевра ва қорин бўшлиқларидан суюқликни тез чиқариш, оғир интоксикация сабаб бўлиши мумкин.

Беморнинг бадани бўшатилиб, териси кўкариб (цианоз) совуқ тер чикиб, пульс ипсимон бўлиб, артериал босим тушиб кетиб, нафас юзаки бўлади. Дарҳол беморнинг тана ҳароратини мўътадиллаштириш, 0,1%-0,5 адреналин, 5%-1,0 эфедрин, 1%-0,5 лобелин эритмаси юбориш даркор.

Шок

Шок - инглизча “зарба” деган маънони англатиб, эндоген ёки экзоген патологик таъсиротлар натижасида организмнинг ҳаётий муҳим аъзоларининг функцияларини ривожлантириб беришнинг издан чиққан ҳолатидир.

Геморрагик, анафилактик, травматик, кардиоген ва бошқа шоклар тафовут қилинади.

Шок пайдо бўлиш вақтига қараб, бирламчи, иккиламчи шокларга бўлинади марказий нерв системасининг ҳолатига кўра, шокнинг икки - эректил ва торпид фазалари фарқ қилинади. Беморнинг артериал босим пульси ва умумий ҳолатига кўра шокнинг 4 та даражаси тафовут қилинади.

Анафилактик шок

Анафилактик шок - аллергия реакциянинг энг оғир турларидан бири ҳисобланади ва марказий нерв системаси: қон айланиши ва нафас олиш органлари фаолиятида ва модда алмашинуви жараёнида чуқур ўзгаришларга олиб келади.

Анафилактик шок симптоларининг хилма-хиллиги ва оғир кечиши билан характерланади. Булар аксириш, йўтал, терининг қичиши билан характерланади. Тошмалар тошиши, юзнинг қизариши, кўкрак қафасининг сиқилиши, нафас олиш қийинлашиши, бош айланиши, кўрқув, ичаклар бураб оғриши ва бошқа белгилар кузатилади.

Кейинчалик беморнинг аҳволи оғирлашади: қизарган юз тезда оқаради, оғиз-бурун атрофи кўкаради, совуқ тер чиқади, нафас олиш тезлашади, шовқин билан чиқади, бемор ҳушидан кетади, ихтиёрсиз равишда ёзилади ва бўшашади. Юрак тонлари бўғиқ, томир уриши ип симон, ўта тезлашади,

қон босими пасаяди (тез шошилиңч ёрдамни ўз вақтида кўрсатмаслик ўлимга олиб келиши мумкин).

Анафилактик шокда ҳамшираниң вазифалари

Шокниңг биринчи белгилари намоён бўлганда:

- дори юбориш тўхтатилади;
- беморниңг тинч ётиши таъминланади;
- санитар орқали шифокор чақирилади;
- хона шамоллатилади;
- инъекция жойидан юқорироққа жгут қўйилади;
- аллерген дориниңг сўрилишини секинлаштириш мақсадида инъекция қилинган жойга муз халтачалари қўйилади;
- асфиксия, қусиқ масалалари билан аспирация содир бўлишиниңг олдини олиш мақсадида бемор ёнбошга ётқизилади, боши пастроқ қилиб ушланади;
- бемор кўрпага ўраб (иситгич, грелкага) қўйиб иситилади;
- инъекция атрофига 0,1 % ли адреналин қилинади (болаларга 0,1-0,5 мл, катталарга 1 мл);
- оғиздан-оғизга ёки оғиздан-бурунга сунъий нафас олдирилади;
- агар шок томирга муолажа қилинаётганда рўй берган бўлса, игна томирда қолдирилади ва даво муолажалари шу игна орқали қилинади.

Кейинги даво муолажаларини ҳамшира шифокор иштироки ва назорати остида бажаради.

Сепсис

Сепсис – грекчадан “sepsis” – “йиринглаш”, инфекция – “infectio” – “зарарланиш” маъноларини билдиради.

Сепсис бу - иммундефицит фонида, иммунреакция медиаторлари балансиниңг бузилиши билан характерланадиган, қон-томир эндотелийсиниңг шикастланиши, ичак эпителиал баръериниңг бузилиши ва полиорган етишмовчилигиниңг юзага келиши билан кечадиган организмниңг инфекция (бактерия, вирус, замбуруғ қўзғатувчилари ёки паразитлар) га қарши системали яллиғланишга жавоб реакциясидир.

Бактериемия - бактерияларниңг қонга тушиши, ҳаракатланиши.

Септицемиа – қўзғатувчиларниңг (микроорганизм, бактерия) қонда бўлиши.

Токсемиа - микроорганизмлар парчаланиш маҳсулотлари – эндотоксинларниңг қонда ҳаракатланиши.

Токсинемиа - бактериялар экзотоксинлариниңг қонда ҳаракатланиши.

Уросепсис - сепсисниңг бир кўриниши, бунда патоген ва шартли патоген микроорганизмларниңг сийдик таносил аъзолари орқали кириши билан юзага келади.

БТШ (бактериал - токсик шок) - бактериемия ва септицемиянинг оғир оқибатларидан (энг хавфли асорати) ҳисобланади.

Бемор оғир ҳолларда септик шокка тушади. Септик шокнинг 3 та - бошланиш, иссиқ ва совуқ гипотензия фазалари мавжуд.

Асептика

Асептика - бу жароҳатга микроблар тушишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир.

Антисептика

Антисептика (юнонча “anti” – “қарши”, “septikos” – “йирингли”) деб – жароҳатга тушган микробларни йўқотиш, миқдорини камайитиришга қарши қаратилган чора-тадбирларга айтилади.

Қуйидаги усуллари мавжуд:

1. Механик - жароҳат четларидаги ўлик тўқималарни кесиб олиб ташлаш;
2. Физик - ультрабинафша нурлари билан микробларни ўлдириш;
3. Кимёвий - кимёвий моддалар ёрдамида микробларни ўлдириш;
4. Биологик - зарбдорлар, вакциналар, антибиотиклар ёрдамида микробларни ўлдириш усуллари қўлланилади.

Десмургия

Десмургия - боғлам қўйиш қоидаларини ўргатувчи таълимотдир.

“Боғлам” деганда бемор танасига даво мақсадида маҳкам ўраб боғланган материаллар тушунилади. Боғламларни қўйишдан мақсад боғлов материалларини тана сатҳида ушлаб туриш (ушлаб турувчи боғламлар), даволаш учун лозим бўлса (масалан, жароҳатдан қон кетаётган бўлса) уни қаттиқ босиб туриш (босиб турадиган боғламлар), тананинг маълум қисмини иммобилизация қилиш ёки қўл-оёқ, бош суяги ва бошқалардан тортиб туриш учун (тортиб турувчи боғламлар) қўлланилади.

Боғламнинг турлари:

1. Оддий юмшоқ боғламлар, кимёвий ва даволовчи боғламлар.
2. Босиб турувчи боғламлар.
3. Ҳаракатсизлантирувчи боғламлар.
4. Экстезион (тортиб турувчи) боғламлар.
5. Тўғирловчи - тузатувчи, суяк ва бўғимларга енгиллик берувчи ва қийшиқ ҳолларда тўғирловчи боғламлар.

Фиксация учун ишлатиладиган материаллар турига қараб:

1. Юмшоқ боғламлар (бинтли, контурли, косинкали ва бошқалар).
2. Қаттиқ боғламлар (шиналар, ортопедик аппаратлар, протезлар, корсетлар).
3. Қотиб қолувчи боғламлар (гипсли, рух-желатинли, полимер материаллардан, крахмалдан).

ҚОН

Қон, лимфа ва тўқима суюқлиги барча ҳужайра ҳамда тўқималарни таъминлаб турувчи организмнинг ички муҳитини ташкил қилади.

Ички муҳит таркиби ва физик – кимёвий хоссаларнинг нисбий доимийлиги билан фарқ қилиб, организм ҳужайраларининг яшаши учун нисбий доимий шароит – «гомеостаз» вужудга келади.

Қон томирларда ҳаракатланиб, организмда транспорт вазифасини ҳам бажаради. Тўқималарга озиқ моддалар, глюкоза, аминокислоталар, полипептидлар, ёғлар, витаминлар, минерал моддалар, сувни ва ўпкада қонга ўтадиган кислородни етказиб бериб, буйрак, тери безлари, ўпка, ичак орқали организмдан чиқариб юбориладиган модда алмашинувининг охирги маҳсулотлари – аммиак, мочевино, сийдик кислотаси, карбонат ангидрид ва ташландиқларни тўқималардан олиб кетади.

Қон иммунитетнинг энг муҳим фактори бўлиб, ҳимоя функциясини ҳам бажаради. Қонда фагоцитозга қодир - лейкоцитлар, микроорганизмлар ва уларнинг захарларини зарарсизлантирувчи ва ёт оқсилларни парчаловчи иммун жисмлар - антитаналар мавжуд.

Эркакларда 5,5 литр, аёлларда эса 4,5 литргача қон бўлади. Одам организмдаги қоннинг умумий миқдори меъёрида гавда вазнининг 6-7,5% ни, яъни 1/13 қисмини ташкил қилади.

Қон суюқ қисми (55%) – плазма ва шаклли элементлар (45%) – эритроцитлар (қизил қон таначалари), лейкоцитлар (оқ қон таначалари), тромбоцитлар (қон пластининлари) дан иборат.

Сувнинг қовушқоқлиги 1 га тенг деб олинса, плазма 1,7-2,2 га, бутун қон 5,0 га тенг бўлади.

Бутун қоннинг солиштира оғирлиги 1,050 – 1,060 га, эритроцитларники 1,090 га, плазманики 1,025 – 1,034 га тенг.

Қон кучсиз ишқорий реакцияли, артериал қон рН – 7,4, веноз қон рН – 7,35га тенг.

Қон плазмаси мураккаб тузилма бўлиб, 90-92 % сув, 7-8% оқсил 0,9% тузлардан ва 0,1% глюкозадан ташкил топган, кучсиз ишқорий (рН - 7,36) реакцияга эга. Оқсиллар – альбуминлар (4,5%), глобулинлар (1,7 – 3,5 %) ва фибринаген (0,4%) лардан иборат.

Одам плазмасида оқсилнинг умумий миқдори – 7-8% ни ташкил қилади.

Плазмада қолдиқ азот (30-40 мг%), глюкоза (85-111мг%) ва минерал моддалар (0,9%) ҳам мавжуд. Қоннинг элементларига эритроцитлар – қизил қон таначалари киради (16-расм). Эркакларнинг 1 мм³ қонида 5 000 000 аёлларда эса 4 500 000 эритроцитлар бўлади.

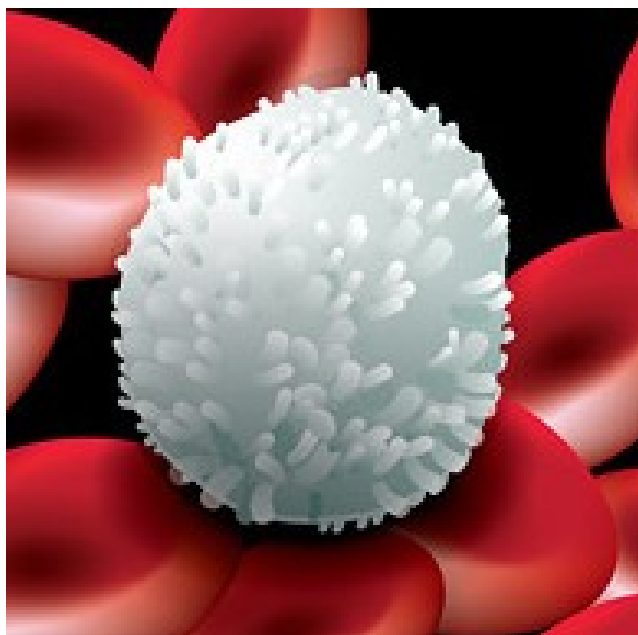
Одам қонидаги барча эритроцитларнинг умумий юзаси 3000 м² ни ташкил қилиб, бутун гавда юзасида 1500 баробардан ортиқ. Эритроцитлар ўртача умри – 120 кун, уларнинг ўрнида ҳар секундда 10 000 000 гача янги эритроцитлар пайдо бўлади.



16-расм. Эритроцитлар катталашлитирилган кўриниши.

Гемоглобин – эритроцитларда бўлиб, 100 мг да 12-14 % бўлади.

Лейкоцитлар - оқ қон таначалари организмдаги ҳимоя ва тикланиш жараёнларида муҳим рол ўйнайди (17-расм).



17-расм. Лейкоцит катталаштирилган кўриниши (оқ рангда).

Вазифалари - фагацитоз, антителалар ишлаш, оксил табиатли ёт жисмлар ва токсинларни парчалаш, чиқариб ташлаш вазифаларини бажаради.

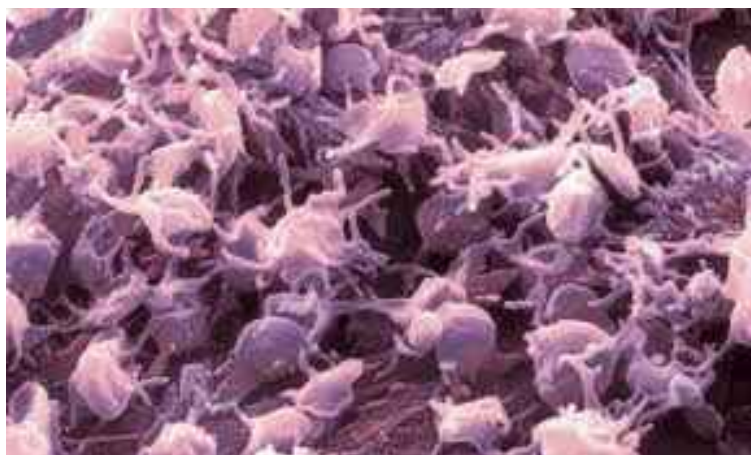
1 мм³ қонда 6 000 - 8 000 лейкоцит бор, камайса – лейкопения, кўпайса – лейкоцитоз дейилади.

Лейкоцитлар 2 хил бўлади:

1. донатор лейкоцитлар - гранулоцитлар (эозинофиллар, базофиллар, нейтрофиллар);
2. донасиз лейкоцитлар – агранулоцитлар (моноцитлар ва лимфоцитлар).

Лейкоцитлар тахминан 8-12 кун умр кўради.

Тромбоцитлар – пластиналар одам қонининг 1 мм³ да 200 000 – 400 000 бўлади (18-расм).



18-расм. Тромбоцитлар катталаштирилган кўриниши.

У ўзгариб туради. 2-5 кун яшайди. Пластиналар қон ивишида муҳим рол ўйнайди ва парчаланиши натижасида – томирларни торайтирувчи – серотонин – ажралиб чиқиб, қон кетишига тўсқинлик қилади.

Қон гуруҳлари

Одамларнинг қон эритроцитларида агглютинацияланувчи икки фактор - агглютиноген А ва В, плазмада эса, агглютинацияловчи икки модда агглютенин α ва β лар бўлишини Я.Янский, К.Ландштейнерлар топишди.

Я.Янский классификациясига кўра қон тўрт гуруҳдан иборат:

1 гуруҳ 0 (I) ёки α ва β (I) – эритроцитларда агглютиногенлар йўқ, плазмада (α ва β) агглютенинлар бор.

2 гуруҳ А (II) ёки β (II) эритроцитларда агглютиноген А, плазмада агглютенин β бор.

3 гуруҳ В (III) ёки α (III) эритроцитларда агглютиноген В плазмада агглютенин α бор.

4 гуруҳ АВ (IV) ёки 0 (IV) эритроцитларда агглютиногенлар АВ бор, плазмада агглютиногенлар йўқ.

Қон олувчи – реципиент, қон берувчи донор дейилади.

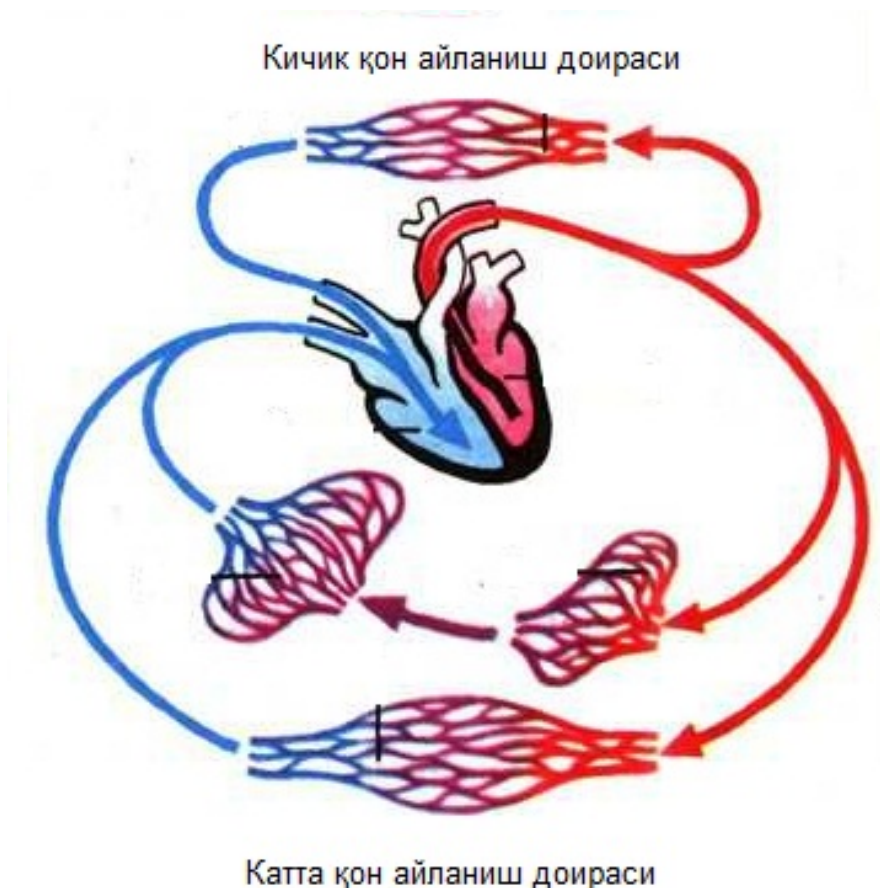
Биринчи гуруҳ– 40 %, иккинчи гуруҳ– 39 %, учинчи гуруҳ– 45 % ва тўртинчи гуруҳ– 6 % учраши мумкин.

Ландштейнер ва Винер 1942 йилда Макак деган маймун қонида яна бир фактор борлигини аниқланди. Бу фактор резус фактор (Rh – фактор) деб аталади.

Бу фактор бўлган одамлар қони резус мусбат, бўлмаса резус манфий дейилади.

Қон айланиш доираси

Икки хил – катта ва кичик қон айланиш доиралари бўлади (19-расм). Катта қон айланиш доираси юракнинг чап қоринчасидан бошланиб, аорта ва унинг тармоқлари орқали барча тўқималарга, хужайраларга ва оралиқ томирларга тарқалиб, вена томирлари (*vena cava superior* ва *vena cava inferior*) орқали юракнинг ўнг бўлмасига қуйилади.



19-расм. Катта ва кичик қон айланиш доиралари.

Кичик (ўпка) қон айланиш доираси юракнинг ўнг қоринчасидан бошланиб, артериялар орқали ўпкага боради. У ерда кислородга бойиб, тўрта ўпка венаси орқали чап юрак бўлмачасига қуйилади.

Кичик қон айланиш системасидаги қон томирларнинг номи уларда оқадиган қонга мос келмайди. Ўпка артериясидан (одатда артерияда кислородга бой қон бўлиши керак) карбонат ангидридга бой бўлган қон – вена қони олиб борса, нафас жараёнида ўпка венасидан (венада карбонат ангидридга бой қон бўлиши керак) юракнинг чап бўлмачасига кислородга бойиган қон – артерия қони ўпка венаси номи билан қуйилади.

Катта ва кичик қон айланиш доирасидан ташқари, учинчи яъни юрак қон айланиш доираси ҳам бор. Бу доира юрак артерия ва вена қон

томирларидан тузилган. Юрак веналари тўғридан – тўғри юракнинг ўнг бўлмачасига қуйилади.

Қон туфлаш

Қон туфлаш – нафас йўллариининг турли бўлимларидан қон кетиши туфайли йўтал билан юзага келадиган белги (20-расм). Бу ҳол кичик қон айланиш доирасида иштироқ этувчи вена ёки артерия қон томирлари ёрилиши, шикастланиши натижасида шунингдек, ўпка паренхималаридаги капилляр қон томирлари жароҳатида кузатилади.



20-расм. Қон туфлаш.

Қон туфлаш, кўпинча, йўтал рефлекси билан юзага келади. Агар қон йўталсиз юзага келса, беморнинг оғиз бўшлиғи, милклари, тишларини визуал (кўздан кечириш) кўригидан бошлаймиз, чунки айрим пайтларда сохта қон туфлаш ҳам бўлиши мумкин, масалан: стоматит, лингивит, ва ҳакозаларда.

Қон туфлашни қон қусишдан фарқлаш керак: қон туфлаш –суёқ, оч қизил кўпиксимон ажралма бўлиб, рН – ишқорий, лекин айрим ҳолларда ўпкадан қон кетишида, қон ҳаво билан аралашмай қолиши натижасида кўпик бўлмай қолиши ҳам мумкин. Ўпкадан қон кетишининг характерли белгиси қонли балғам бўлишидир.

Қон туфлаш ўпка туберкулёзида, пневмониянинг оғир даражасида, ўпка ракида, ўпка инфарктида, бронхлардаги веналарнинг кенгайишида кузатилади. Қон туфлаш сабаблари фақат стационар шароитида аниқланади. Ҳамшира дарҳол беморни тинчлантириб, ярим ўтирган ҳолга келтириб, 2-3 та муз булакчаларини кўкрак қафасига (юракни четлаб) қўйиши, шунингдек, (200-300 мл) совуқ сув ичириши керак. Оғрик қолдириш учун амидопирин ёки 1 мл 50 % ли анальгин, йўталга қарши кодеин 0,02 г, қон тўхтатувчи 10 мл 10 % ли кальций хлор ёки кальций глюконат вена ичига тўғридан-тўғри юборилиб, шифокорга хабар қилинади, стационарга транспортировка этилади.

Қон қушиш

Қон қушиш - кўпинча қизилўнгач, ошқозон ёки ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиши туфайли юзага келади. Агар ошқозондан бирданига рефлектор равишда кўп қон қушиш юзага келса, қусуқ моддасидаги қон оч – пушти рангда ўзгармаган ҳолда бўлади, агарда ошқозонда бироз вақт туриб, кейин қушиш юзага келса, ошқозондаги хлорид кислотаси билан аралашиб, қусуқ моддаси тўқ қора, яъни тўқ қаҳва рангида бўлади.

Қон қушиш, кўпинча, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликларида, қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайишида кузатилади. Беморни дарҳол ечинтириб, чалқанчасига ётқизиб, қорин соҳасига совуқ компресс қўйилади, 100 мл 5 %ли аминакапрон кислотаси вена ичига аста-секин томчилаб ёки 10 мл 10% ли кальций хлор тўғридан – тўғри вена ичига секинлик билан юборилади. Агар дуоденаль (ўн икки бармоқ ичак) қон қушиш бўлса, трасилолдан 25 000 Ед 200мл.ни совуқ сув билан ичириб, шошилиш равишда хирургик стационар шифокорига хабар бериб, бемор госпитализация қилинади.

Қон кетиш

Қон қаердан кетишига қараб: артерия, вена, капилляр ва паренхиматоз органларга ажратилади.

Бирламчи – (жароҳатдан кейин қон кетиши) ва иккиламчи – (қон кетиш тўхтагандан кейинроқ – операция ва бошқа ҳолларда) қон кетишлари ҳамда ташқарига (қон томирлардан ташқарига кетиши) ва ичкарига (қорин бушлиғига, плевра бўшлиғига, ошқозон, ичакларга...) қон кетишлар бўлади.

Қон кетишни тўхтатиш

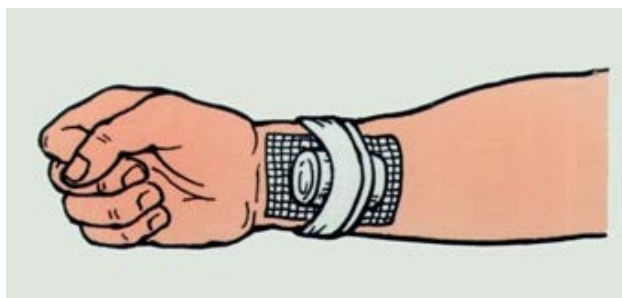
Қон кетишни тўхтатиш:

1. Вақтинча.
2. Узил – кесил бўлиши мумкин.

Қон кетишни вақтинчалик тўхтатиш

Бир қанча усуллари мавжуд:

1. Босиб турувчи боғлам (21-расм). Бу усул вена ва кичикроқ артериялардан қон оқишида уни вақтинча тўхтатиш учун қўлланилади. Бунда стерил дока бир неча қават қилиб қонаётган соҳага қўйилади ва устидан яна стерил дока билан маҳкам ўралади.



21-расм.

2. Оёқ-қўлни бўғимидан букиш. Тақим, чов, сон, елка артерияси, чов бўғимидаги сон артериялари жароҳатланганда юз берадиган қон оқишини, баъзан оёқ-қўлни максимал букиш ёки боғлаб тортиб қўйиш йўли билан тўхтатиш мумкин (22-расм).

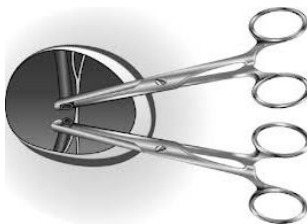


22-расм. Қон тўхтатиш мақсадида бўғимларни букиш.

3. Жароҳатда томирни босиб туриш. Қўлга стерил қўлқоп кийилади ва спирт, йод билан артилади. Кўрсаткич бармоқ жароҳатга киритилиб, сизиб чиқаётган қон томири босилиб, тўхтатилади.

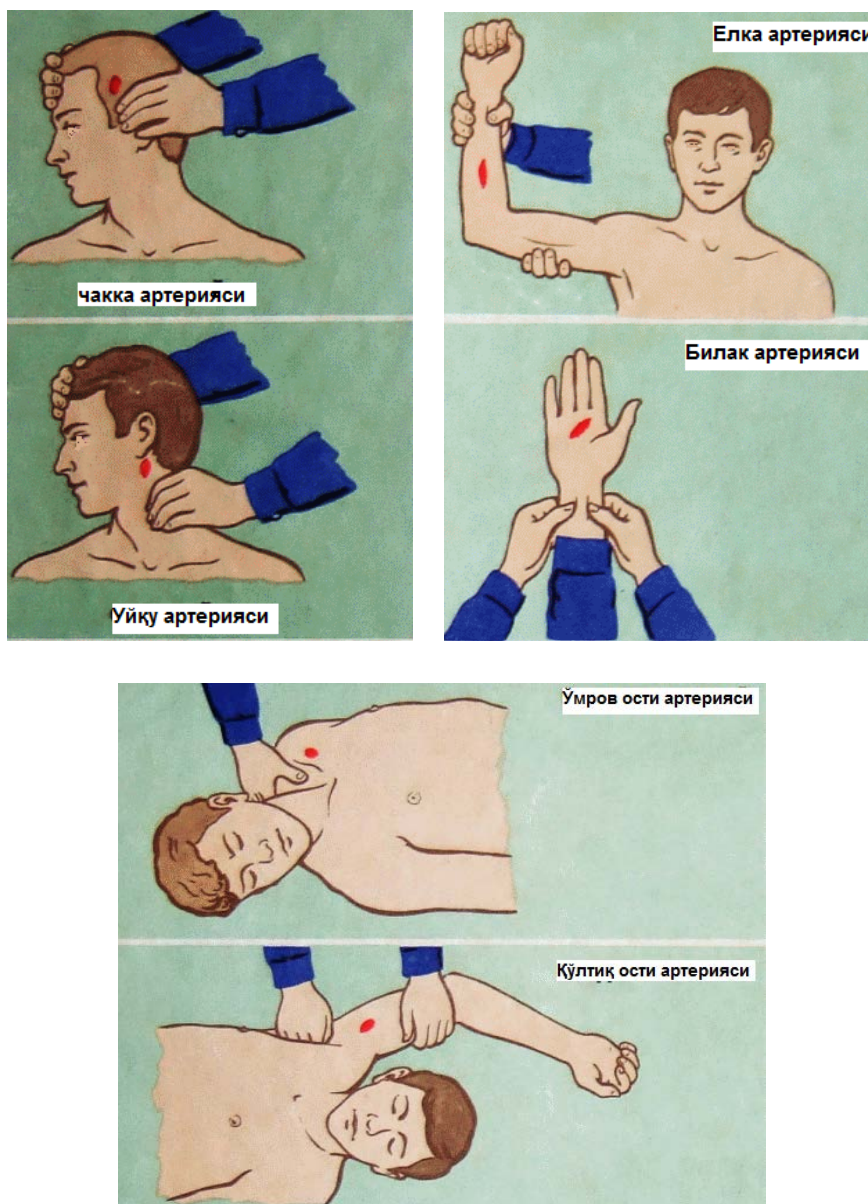
4. Жароҳатни зич тампонлаш. Бунинг учун тампон олиниб, жароҳатга бирин-кетин ва зич қилиб бириктириш орқали қон тўхтатилади. Одатда, бу усул бурундан қон кетганда қўлланилади.

5. Қонаб турган томирга қискич қўйиш (23-расм). Оёқ-қўл, чаноқ, қорин бўшлиғида чуқур жойлашган томирлардан оқаётган қон қискич қўйиб тўхтатилади.



23-расм. Томирга қискич қўйиш.

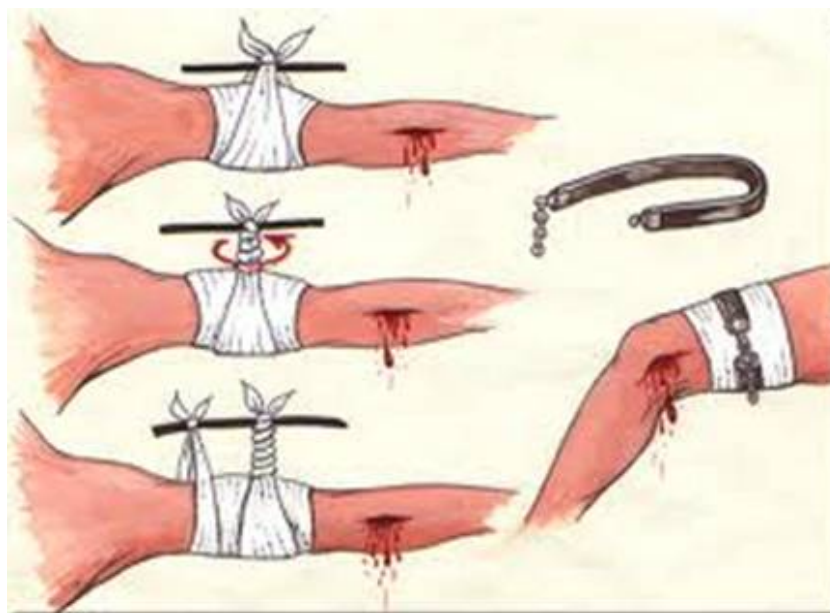
6. Томир бўйлаб босиб туриш. Бу усулда айрим йирик артериялардан оқаётган қонни тўхтатишга томирга яқин жойлашган нуқталар орқали суякларга босиш йўли билан эришилади.



24-расм. Томир бўйлаб босиб туриш.

6. Жгут боғлаш. Бу айниқса, артериал қон кетишни тўхтатишда асосий усул ҳисобланади. Артериал қон кетишида жгут жароҳатга нисбатан марказий томонга қўйилади. Жгут боғлашдан олдин терини қисиб қўймаслик учун оёқ ёки қўлга сочиқ, бинт ўралади. Жгут чўзилиб, оёқ ёки қўл атрофида айлантирилади. Жгут ўрамларининг кесишмай, балки ёнма-ён жойлашишига эътибор бериш зарур. Жгут учлари маҳкамланади ва унинг ўрамларидан бирининг тагига ёзилган қоғоз қистириб қўйилади. Жгут 2 соатдан ортиқ қўйилмаслиги керак, акс ҳолда анаэроб инфекциялар ривожланишига ва тўқималар ўлишига сабаб бўлиши мумкин. Артерияга қўйилган жгут тўғри боғланганда

оёқ ёки қўлнинг ундан четрокдаги қисми оқаради, жгутдан пастда пульс йўқолади, қон оқиши тўхтайди.



25-расм. Жгут қўйиш.

Қон кетишини узил-кесил тўхтатиш

Механик, физик, кимёвий ва биологик усуллари мавжуд.

Бунда томирлар ушлаб олиниб, ёки тикилади. Ўша жойга музли халтача қўйилади, бу усул асосан, капиллярлардан қон кетганда қўлланилади.

Электрокоагуляция – электрокоагулятор ёрдамида қон кетиб турган майда томирлар коагуляция қилинади. Айрим вақтларда иссиқ физиологик эритмадан ҳам фойдаланилади.

Томирларни торайтирувчи, қон ивиш тизимига таъсир қилувчи воситалар берилади. Гемостатик воситаларни маҳаллий ва умумий қўллаш мумкин. Қон, унинг элементлари, плазма қўйиш ҳам яхши натижа беради.

Чурралар

Ташқи ва ички, чов-киндик, сон, қорин, операциядан кейинги ва туғма чурралар тафовут қилинади. Сиқилган чурраларда дарҳол тиббий ёрдам кўрсатилмаса, салбий оқибатларга олиб келади.

Чурра – халта, дарвоза ва ички аъзолардан иборат. Сиқилган чурра ичи аъзолари (ичак, ичак чарвиси, қорин парда, ички аъзолар ва б.) халтада, дарвозада сиқилади ва қаттиқ оғриқ бўлади.

Керакли мутахассисларга мурожаат қилинмаса, салбий оқибатларга олиб келади.

Қорин парданинг ўткир яллиғланиши

Бу симптомокомплекс – қорин парда яллиғланишидан келиб чиқади. Бунинг сабаби – ички аъзоларнинг травматик шикастланиши (жигар, талоқ, ошқозон, ичак ва б.), ўткир яллиғланиш (аппендицит, холецистит ва б.), ковак аъзоларнинг тешилиши ва қорин пардасининг ўткир яллиғланишлари сабаб бўлиши мумкин.

Бемор қорнида қаттиқ оғриқ бўлиши, у тахтадек қаттиқ бўлиб қолиши, кўнгил айнаши, қусиш, тана ҳароратининг кўтарилиши ва қонда лейкоцитлар миқдорининг ошиши - лейкоцитоз кузатилади.

Беморлар, кўпинча, оёқларини қоринга яқинлаштириб оладилар (мажбурий вазият)(26-расм).



26-расм. Мажбурий вазият – бемор оёқларини қоринга яқинлаштириб олишга ҳаракат қилади.

Агар қорин қўл билан босиб, бирдан қўйиб юборилса, оғриқ кучаяди, яъни Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат бўлади. Бу қорин пардаси яллиғланишидан далолат беради. Бундай ҳолда дарҳол мутахассисга мурожаат қилиб, керакли муолажаларни бажариш керак.

VI. УРОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ

Беморлар парвариши касаллик ташхисига, унинг клиник намоён бўлишига, оғриқ характериға (оғриқнинг кучи, давомийлиги, қайталаши, унинг ҳаракатга боғлиқ ёки боғлиқ эмаслиги ва ҳ.к.), унинг жойлашган жойига, қайсидир аъзога оғриқнинг таъсир этиши, касалликнинг тана ҳарорати кўтарилиши билан кечиши, беморнинг операциядан олдинги ва кейинги даврдаги ҳолатига боғлиқ ҳолда олиб борилади.

Буйрак санчиғи (БС)

Буйрак санчиғи юқори сийдик йўлларида сийдик оқимининг тўсатдан бузилиши туфайли келиб чиқадиган патологик жараёндир.

Юқори сийдик йўлларида сийдик оқимининг бузилишининг асосий сабаблари қуйидагилардир:

- қум ёки тош тиқилиши,
- қон лахтасининг тиқилиши
- йиринли қуйқа тиқилиши
- сийдик найини ўсма билан босилиб-эзилиб қолиши
- жарроҳлик амалиёти вақтида тасодифан сийдик найини боғлаб қўйиш ва бошқалар.

Оқимнинг бузилиши буйракларда сийдикнинг димланишига, косача-жом тизимининг кенгайиб, буйракнинг катталашишига ва буйрак капсуласининг чўзилишига олиб келади. Капсуланинг чўзилиш унда жойлашган оғриқ рецепторларни таъсирлайди ва оқибатда рецепторлар таъсирланишидан пайдо бўлган импульслар орқа мия бўйлаб бош мияга узатилади. Бош мияда эса оғриқ хисси шаклланади. Бу эса буйраклар соҳасида кучли хуружсимон оғриқ хис қилиниши билан намоён бўлади.

Буйрак санчиғи клиник аломатлари:

Бел соҳасида (ўнг ёки чап томонда) кучли оғриқ кузатилиб, бу оғриқ белдан қорин томонга тарқалиши билан ҳаракатерланади (27-расм). Оғриқ белдан қовурға ости соҳаси, ёнбош соҳа, қов усти ва ташқи жинсий аъзолар соҳасига, соннинг олдинги ва ички юзасига тарқалиши (иррадиацияланиши) мумкин.



27-расм. Буйрак санчиғида оғриқнинг тарқалиши.

Оғриқ бир неча сониядан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Оғриқ билан бирга қуйидаги симптомлар кузатилиши мумкин:

- сийдикда қон бўлиши (гематурия)
- дизурия
- ошқозон-ичак тракти томонидан кузатиладиган белгилар (кўнгил айланиши, қайт қилиш, ич келмай қолиши, қорин дам бўлиши, дефекация актига сохта қистов ёки ич кетиши).

Бемор жуда ҳам бетоқат бўлиб, ўзини қўярга жой топа олмайди (“қафасга тушган шер” белгиси).

Сийдик йўллари инфекцияси бўлганда тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилиши мумкин.

Буйрак соҳаси пайпасланганда оғриқли бўлиб, ўша томонда туртки белгиси мусбат бўлади.

Ультратовуш текширувида буйрак жом-косача тизимининг кенгайганлиги (сийдик димланиши аломати), айрим беморларда буйрак санчиғига олиб келган сабаб (масалан, тош) аниқланиши мумкин.

Диагнозни аниқлаштириш учун ультратовуш текширувидан ташқари рентгенологик текширув ва хатто компьютер томография ҳам ўтказилиши мумкин.

Буйрак санчиғини бошқа касалликлардан фарқ қила билиш керак.

1. Ўнг томонлама буйрак санчиғини ўткир аппендицит билан қиёсий ташхислаш керак. Ўткир аппендицитда оғриқ эпигастрал соҳадан бошланиб, кейинчалик киндик атрофида ёки ўнг ёнбош соҳасига кўчиши кузатилади. Қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари мусбат бўлади. Ультратовушли текширувда буйрак ва сийдик найларида сийдик димланиб қолганлиги аломатлари (уретерогидронефроз) аниқланмайди.

2. Ўткир холецистит ўнг қовурға ости соҳасида қаттиқ оғриқ чақиради, у тўсатдан пайдо бўлади, ўнг ўмров усти чуқурчаси ва ўнг кўракка тарқалади. Оғриқ, қоидага биноан, парҳезни бузгандан сўнг пайдо бўлади (асосан, ёғли таомлардан кейин), баъзан кўзнинг оқида ва терида сарғайиш

кузатилади. Пайпаслаганда қориннинг ўнг томонида мушакларнинг таранглашиши аниқланади, ўт халта катталашган, оғриқли бўлади. Ультратовушли текширувда ўт халта катталашган, йўллари кенгайган ёки тош аниқланиши мумкин.

3. Ошқозон ёки 12 бармоқли ичакнинг тешилган яра касаллигида эпигастрал соҳада кучли «ханжар тикқандай» оғриқ билан бошланади, бу оғриқлар яра тешилганда тўсатдан пайдо бўлади, кейин перитонит клиникаси кузатилади: бемор қимирламай ётади, қорин девори “тахтадек” таранглашган бўлади. Қоринни перкуссия қилганда жигар усти соҳасида тўмтоқ товуш ўрнига тимпаник товуш аниқланади. Рентген текширувида қорин бўшлиғида, жигар соҳасида ўроқ шаклидаги эркин газ аниқланади.

4. Ўткир панкреатит эпигастрал соҳада кучли оғриқ намоён бўлади, оғриқ умуртқага тарқалувчи, белбоғга ўхшаб иррадиацияланувчи хусусиятга эга бўлади. Перитонит белгилари кузатилади, қонда ва сийдикда диастазанинг миқдори ошади.

5. Бачадондан ташқарида ҳомиладорлик қориннинг пастки қисмида доимий оғриқ, қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари билан характерланади. Ички қон кетиш белгилари кузатилади: бемор ранги оқарган, пульси тезлашган, бош айланиши, кўз олди қорнғилашуви, ҳолсизлик. Анамнезидан: менструал цикл ўз вақтидан кечикаётганлиги аниқланади.

Буйрак санчиғида биринчи ёрдам.

Буйрак санчиғини бошидан кечираётган беморнинг ахволи кучли оғриқ туфайли оғир бўлганлиги учун унга албатта биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш зарур.

Бунда биринчи тиббий ёрдам адекват равишда оғриқ қолдиришдан иборатдир.

Оғриқни қолдириш учун оғриқ қолдирувчи дори воситаларидан фойдаланилади.

Одатда, қуйидаги оғриқни қолдирувчи дори воситаларидан фойдаланилади:

1. Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари (НЯҚВ).
2. Спазмолитиклар.
3. Наркотик дори воситалари.

Агар беморда НЯҚВ ини олишга қарши кўрсатмаси (ошқозон ёки 12 бармоқ ичак яраси, ярали колит, ушбу воситага аллергия сезувчанлик, ҳомиладорлик, ёш бола) бўлмаса, кўпинча, диклофенак 3 мл, мушак орасига парентерал инъекция қилинади. Диклофенак ўрнига, кетопрофен (кетонал) 2мл, мушак орасига юбориш ҳам мумкин.

Спазмолитик дори воситаларидан, кўпинча, таркибида бир неча дори воситаси бўлган дорилардан фойдаланиш мумкин. Бундай дорилар жумласига, масалан, баралгин дори воситаси кириб, ушбу дорини 5 мл, вена ичига секинлик билан жўнатиш лозим. Баралгин вена ичига юбориш

давомида, айрим беморларда кўнгил айланиши ва қайт қилишга олиб келиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

НЯҚВ ёки спазмолитиклар айрим беморларда буйрак санчиғини бартараф қилмаслиги мумкин. Бу ҳолда, беморга стационар шароитда наркотик дори воситаси (промедол, фентанил ва б.) қилиниш мумкин.

Жуда ҳам кам ҳолларда, айрим беморларда буйрак санчиғи наркотик дори воситалари таъсирида ҳам тўхтамайди. Бу тоифадаги беморлар операция усули билан буйрагига найча-дренаж қўйилганидан (нефростомия) кейингина оғриқ қолиши мумкин.

Бундан бир неча ўн йиллар илгари ёзилган тиббий адабиётларда буйрак санчиғи вақтида суяқликни кўп истеъмол қилиш зарурлиги таъкидланган. Аммо, суяқликни кўп истеъмол қилиш буйрак санчиғини кучайтириши мумкин, шунинг учун ҳозирга даврда шифокорларимиз беморларга буйрак санчиғи пайтида суяқлик қабул қилишни чегаралашни тавсия қилишади.

Буйрак санчиғи пайтида бел соҳаларига «иссиқ» қўллаш, беморларнинг иссиқ ванна қабул қилишлари оғриқни бартараф қилишда яхши ёрдам беради.

Буйрак санчиғини узок вақт давом этишида, тана ҳарорати 38С ва ундан баланд бўлган ҳолларда, сийдик ажралмай қолган вақтда (анурия) тери орқали нефростомия амалиёти ўтказиш зарур.

Буйрак санчиғини профилактикаси

Сийдик йўллари обструкциясини чақирувчи омиллар (тош, ўсма, торайиш, қон лахталари, шиллиқ ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда буйрак санчиғининг келиб чиқиш хавфи юқори даражада бўлади. Шунинг учун обструкцияга сабаб бўлувчи касалликлар ва ҳолатларни барвақт ташхислаш (тўлиқ урологик текшириш) зарур. Агар бемор сийдик тош касаллиги билан хасталанган (буйрагида ёки сийдик найида тош) бўлса, у оғир меҳнат қилиш, спорт машғулотларидан ўзини сақлаши керак ва ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиб даволаниши зарур.

Сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ)

Сийдик йўллари инфекцияси 2 турга бўлинади:

- юқори сийдик йўллари инфекцияси (буйрак ва сийдик найи).
- пастки сийдик йўллари инфекцияси (қовуқ ва сийдик чиқариш канали).

Сийдик-таносил аъзосининг лотинча номига “ит” қўшимчасини қўшиш билан ушбу аъзонинг яллиғланишининг лотинча аталиши келиб чиқади:

- буйракларнинг яллиғланиши - пиелонефрит,
- сийдик найларининг яллиғланиши - уретерит,
- қовуқ яллиғланиши - цистит,
- сийдик чиқарув каналининг яллиғланиши - уретрит,

- эркакларда простата безининг яллиғланиши - простатит,
- уруғ пуфакчаларининг яллиғланиши - везикулит,
- уруғдон ортиқларининг яллиғланиши - эпидидимит,
- уруғдонларнинг яллиғланиши - орхит.

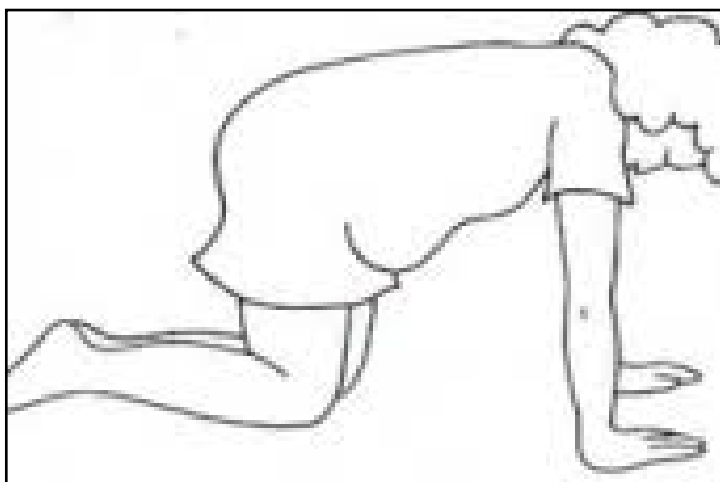
Сийдик йўллари инфекциясида шикастланган соҳада оғриқ бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши ва дизурик белгилар, қон, сийдик таҳлилларида ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

Дизурия – сийдик ажратишнинг бузилиши, тез-тез кам миқдорда сийиш, қовуқ тўла бўлмаган ҳолда тез-тез, сийишга талаб бўлиши, қовуқнинг тўлиқ бўшамаганлик ҳиссининг пайдо бўлиши ва ҳ.к.

Сийдик йўллари инфекцияси билан оғриган беморлар ташхисга қараб шифокор томонидан тайинланган антибактериал, дезинтоксикацион, оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши ностероид воситаларни қабул қилишлари зарур. Бундай беморларда диурез (кунлик ажратиладиган сийдик миқдори) муҳим аҳамиятга эга. Кунлик сийдик миқдори ўлчаб, ёзиб борилади. Бунинг учун беморлар кунига 1,5-2,0 литр атрофида суюқлик, етарлича инфузион терапия қабул қилишлари мақсадга мувофиқ.

Сийдик йўллари инфекцияси ичида ўткир пиелонефрит бел соҳасида кучли оғриқ, тана ҳароратининг $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши ва сийдикнинг лойқа кўринишда бўлиши билан характерланади. Бундай беморларда тана ҳароратининг узок муддат юқори бўлиши, тўғри даво тайинланмаганлиги танада септик ҳолатга (инфекциянинг бутун танага тарқалишига) олиб келиши мумкин. Бундай беморлар стационар шароитда доимий шифокор назорати остида даволанишлари зарур.

Ҳомиладорлик даврида буйракларнинг ўткир яллиғланиши - ҳомиладорлик ўткир пиелонефрити деб аталади. Беморлар парваришида юқорида айтиб ўтилган чора-тадбирлар билан бир қаторда, ҳомиладор аёлларга кунига 9-10 маротаба, 15-20 минут давомида «тизза-тирсак» ҳолатини қабул қилишлари тайинланади (28-расм).



28-рам. Тизза-тирсак ҳолати.

Шундай ҳолат қабул қилган ҳомиладор аёлда, ҳомиладор бачадон билан сийдик найларининг сиқилиши бартараф қилиниб, буйракларда сийдикнинг тўпланиб қолиш олди олинаиб, даволаш самарадорлигини оширади. Кузатув давомида (динамикада) бемор аҳволи яхшиланмаса, шикастланган буйракка тери орқали буйракка дренаж - най қўйилади (тери орқали нефростомия амалиёти амалга оширилади) ёки уретерга найча қўйилади (стент) ва акушер-гинеколог ва уролог назорати остида бўлади. Туғруқдан кейинги даврда уролог назорати остида нефростомик дренаж-найни олиб ташлаш мумкин (агар бунга монелик бўлмаса).

Сийдик тош касаллиги (уролитиаз, нефролитиаз)

Сийдик тош касаллиги бемор сийдик аъзоларида тош пайдо бўлиши билан характерланидиган касалликдир.

Касалликнинг клиник белгилари тошнинг жойлашган ўрни, унинг ўлчамларига, касалликнинг асоратсиз ёки асоратли (тана ҳароратининг кўтарилиши, анамнезида сийдик йўлларида операция ўтказганлиги, сийдик йўллари ривожланиш туғма аномалияларининг мавжудлиги) кечишига боғлиқ ҳолда намоён бўлади.

Сийдик тош касаллигида оғриқ муҳим аҳамият касб қилиб, унинг характери, жойлашган ўрни, қайсидир аъзога узатилишига қараб тахминий ташхис қўйиш ва шунга асосан, беморга ёрдам кўрсатиш мумкин.

Тошлар: буйрак косачасида, жомида, сийдик найининг юқориги, ўрта ва пастки қисмларида, қовуқда, сийдик чиқарув каналида ва эркакларда простата безида жойлашган бўлиши мумкин.

Сийдик тош касаллиги ташхиси қўйилган беморларни даволаш тошнинг ўлчами, касалликнинг клиник кечишига қараб қуйидагича бўлиши мумкин:

1. Консерватив даволаш.
2. Оператив даволаш.

Консерватив (дори-дармон билан) даво

Сийдик тош касаллигини консерватив даволаш 4 турга бўлиш мумкин:

1. Буйрак санчиғи пайтида оғриқсизлантириш.
2. Сийдик тошларини эритишга қаратилган терапия (литолитик терапия).
3. Кичик ўлчамли сийдик тошларини сийдик йўлларида чиқиб кетишини тезлаштиришга қаратилган терапия (medical expulsive therapy).
4. Сийдик тошларини сийдик аъзоларида пайдо бўлишини олдини олишга қаратилган даво (профилактика ёки метафилактика).

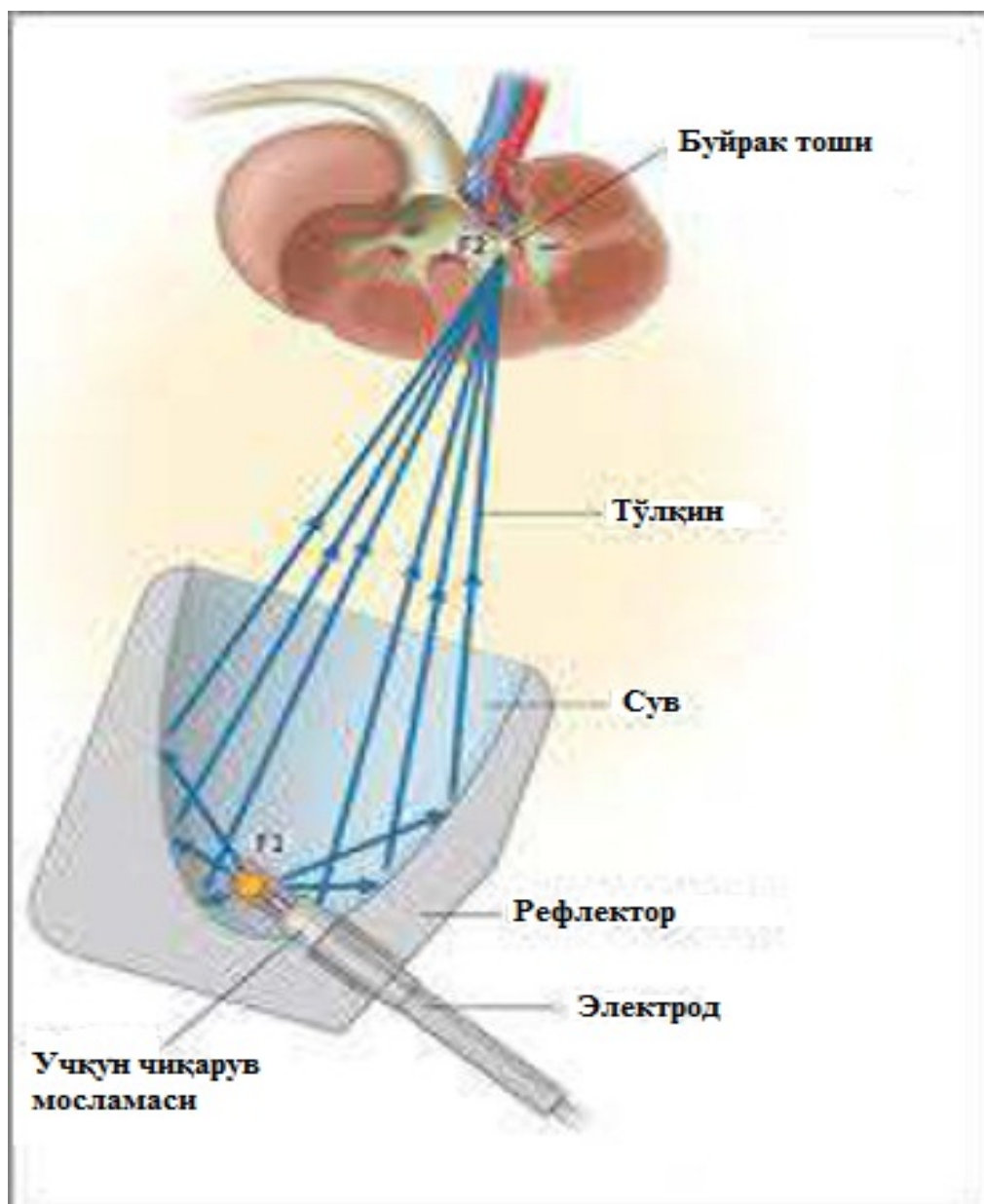
Оператив даво.

Сийдик тош касаллигини оператив даволаш қуйидаги турларга бўлиш мумкин:

1. Экстракорпорал зарба тўлқинли литотрипсия.
2. Эндоурологик операциялар.
3. Анъанавий операциялар.

Экстракорпорал зарба тўлқинли литотрипсия - ЭЗТЛ

Бу буйрак ва сийдик найларидаги ўлчами 2,0 смгача бўлган тошларни масофадан туриб, тери бутунлигини бузмасдан, зарба тўлқинлар ёрдамида майдалаш усулидир (29-расм).



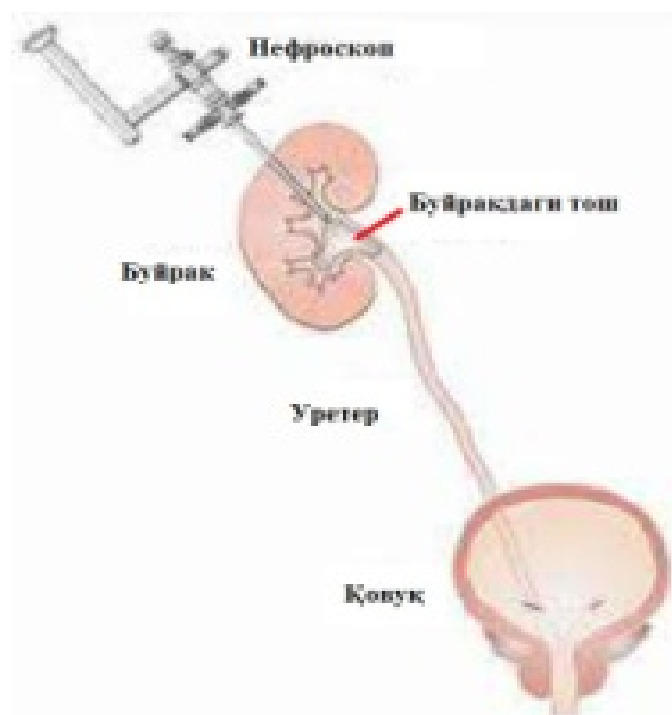
29-расм. ЭЗТЛ схематик кўриниши.

Ушбу амалиёт 30 минутдан 60 минутгача давом қилиши мумкин, бунда бемор енгил умумий оғриқсизлантириш остида бўлади. Амалиётдан кейинги даврда майдаланган тошларнинг сийдик йўллари бўйлаб ҳаракати буйрак санчиғи билан кечиши мумкин, шунинг учун оғриқ қолдирувчи

воситалар, спазмолитиклар қўлланилади. Беморларга кун давомида суюқлик қабул қилишни чегаралаш тайинланади. Беморлар тана ҳароратини назорат қилишлари, идишга сийишлари, сийдикда тузлар борлиги ёки майдаланган тош бўлаклари сийдик билан ажралган ҳолда, тош таркибий қисмларини аниқлаш мақсадида уларни йиғиб қўйишлари лозим бўлади. Шифокор тавсиясига кўра, беморларга қайта тиббий кўрикларга мурожаат қилишлари тавсия қилинади.

Эндоурологик операциялар.

Эндоурологик операциялар – кичик диаметрли инструментларни тери орқали ёки уретра орқали сийдик аъзоларига киритиб буйрак ва сийдик йўлларида жойлашган тошларни олиб ташлашдир (30-расм).



30-расм. Буйрак тошини эндоскопик олиш.

Операциядан кейинги даврда беморлар бир неча кун давомида сийдик дренаж-найлари билан юришларига тўғри келади. Бир неча кундан кейин шифокор назорати остида ушбу дренаж-найчалар олиб ташланади.

Бундай амалиёт перидурал ёки спинал анестезия остида ўтказилади.

Анъанавий усулда сийдик тош касалликларини даволаш

Анъанавий усулда сийдик тошларини оператив даволашда тери орқали кесма қилиниб сийдик аъзосига (буйрак, қовуқ ва б.) кириб борилади ва ундаги тошлар олиб ташланади.

Ҳар бир операциядан кейинги даврда жароҳатдаги боғлам назорат қилиниб, амалиётдан кейинги даврда қон кетиш белгилари бор-йўқлиги, боғламнинг намланиши (кўпчилик ҳолларда сийдик ёки қон билан) назорат қилинади, зарур бўлса шифокорлар томонидан боғлам алмаштирилади.

Операциядан кейинги даврда беморлар бир неча кун давомида сийдик дренаж-найлари билан юришларига тўғри келади. Бир неча кундан кейин шифокор назорати остида ушбу дренаж-найчалар олиб ташланади.

Сийдик тош касаллиги бўлган беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш

Сийдик тош касаллиги бўлган беморлар мутахассиснинг тавсиясига биноан, консерватив (дорилар билан) ёки оператив (операция) йўли билан даволанилади.

Агар беморда сийдик тош касаллиги сабабли маълум бир операция (пиелолитотомия, уретеролитотомия, цистолитотомия, перкутан операциялар ва бошқалар) ўтказилган бўлса, мутахассиснинг тавсиясига биноан, сийдик йўлларида инфекция мавжуд бўлган ҳолларда, сийдикни бактериологик текширувига асосланган ҳолда, микробларнинг сезувчанлигига мувофиқ равишда антибактериал дориларни қабул қилишни давом эттириш керак.

Антибиотик ва антисептиклар билан профилактик даволаш тўлиқ санацияга қадар давом эттирилиши лозим.

Беморда дренаж-найчалари (нефростомик, цистостомик ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак.

Сийдик тош касаллиги бўлган беморларда тошнинг мустақил чиқиб кетиши ёки уни консерватив, жарроҳлик йўли билан бартараф этилиши беморни касалликдан халос этмайди. Кейинги вазифа рецидив (қайта) тошлар ҳосил бўлишининг олдини олишга қаратилган даволаш тадбирларини ўтказишдан иборат.

Беморларни кузатиш ва профилактик даволашни диспансер кузатиш тизимида олиб борилиши лозим. Такрорий текширувларнинг даврийлиги ва ҳажми касаллик характери ва оғирлигига, тош ҳосил бўлиш турига боғлиқ. Бирламчи уролитиаз билан оғриган беморларни диспансеризация қилишда метафилактик тадбирларни ўтказиш даврида, агар бемор метафилактика тадбирларига тўлиқ амал қилаётган бўлса, назорат текширувларини ўтказиш учун оптимал муддат 2 ой ҳисобланади. Рецидивли уролитиаз билан оғриган беморлар метафилактика тадбирларига тўлиқ амал қилаётган бўлса, бу муддат 4 ой ҳисобланади. Бемор метафилактика тадбирларига қисман амал қилаётган бўлса – 36 ой; метафилактика тадбирларига амал қилмаётган бўлса – 48 ой ҳисобланади.

Тош олиб ташлангандан сўнг дастлабки 24 ой ичида беморларнинг диспансеризациясига алоҳида эътибор бериш зарур, чунки айнан шу даврда тошнинг қайта ҳосил бўлиш хавфи юқори ҳисобланади.

Диспансер кузатуви жараёнида рецидив тош ёки сийдик тош касаллиги қайталанишининг ишончли белгилари аниқланган ҳолларда мақсадга қаратилган даволаш чора-тадбирларини амалга ошириш лозим.

Тош ҳосил бўлиши профилактикаси бўйича тавсиялар

1. Тош ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган хавфли ташқи омилларни бартараф этиш.

2. Кун мобайнидаги сийдикнинг миқдорини 2 литр ва ундан ошиқ бўлишини таъминлаш мақсадида, истеъмол қилинаётган суюқликлар ҳажмини ошириш.

3. Ҳаракатчан ҳаёт тарзи мақсадга мувофиқдир (эрталабки бадантарбия, сайр қилиш ва бошқалар).

4. Тананинг суюқлик йўқотишидан сақланиш (узоқ муддат давомида куёш нурлари остида, саунада, жуда иссиқ иситилган хоналарда узоқ вақт давомида бўлиш, кўп терлашдан сақланиш ва сийдик ҳайдовчи дори воситаларини фақат мутахассис тавсиясига кўра қабул қилиш).

Сийдик тошларининг тузилишига қараб, тегишли парҳез ва дори-дармонлар қабул қилиш.

Сийдик кислотали тош аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар

1. Парҳез – турлича (аралаш), лекин урат тошларининг ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган пуринларга бой озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чеклаш зарур:

- гўшт, гўшт маҳсулотлари;
- жигар, ўпка, тил, буйрак, мия;
- парранда гўшти;
- балиқ;
- қайнатма куруқ шўрва, холодец;
- кўзикоринлар (оқ, шампиньон ва бошқалар);
- спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш (истисно қилиш).

2. Дорилар билан даволаш:

- аллопуринол 0,1г 1 таб х 3 маҳал, давомийлигини шифокор белгилайди;
- сийдик рН муҳитини 6,2-6,8 чегараларида коррекция (ишқорийлаштириш) қилиш (литрен, блеморен, уроцит - дозаси индивидуал белгиланади);
- цитратли воситалар натрий гидрокарбонати (ош содаси) – кун мобайнида 1 чой қошиқдан 100 мл қайнатилган сувда эритиб 4 мартаба ичилади – 30 кун;
- сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Кальций оксалат ёки кальций фосфат тошлари аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар

1. Парҳез – турлича (аралаш), лекин модда алмашувининг бузилиши ва тошларнинг ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган таркибида

кальция ва оксалат моддаси кўп бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чеклаш лозим:

- ҳайвон оқсиллари (гўшт, гўшт маҳсулотлари);
- таркибида кальций миқдори кўп бўлган (сут ва сут маҳсулотлари, баргли сабзавотлар);
- оксалатга бой бўлган (шпинат, ровоч, какао, янғоқ, чой);
- уратларга бой бўлган (жигар, буйрак, парранда териси, сельд, сардина, шпрот);
- таркибида витамин С (аскорбин кислотаси) миқдори кўп бўлган;
- клечаткага бой бўлган маҳсулотларни истеъмол қилишни кўпайтириш.

2. Дорилар билан даволаш:

- гипотиазид (табл), 0,025г, кун мобайнида 1 таблеткадан 2 маротаба – 7 кун давомида, сўнг 3 кун танаффус ва шу тариқа. Ушбу диуретик гиперкальцийурия ҳолати бор бўлган беморлар учун тавсия этилади. Қабул қилиш давомийлигини шифокор белгилайди;
- магнийли препаратлар;
- цитратли дори востилари;
- сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Инфекцияли тошлар аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар

1. Инфекцияли тошларни даволаш ва профилактикасида махсус парҳез шарт эмас.
2. Дорилар билан даволаш:
 - антибактериал дорилар;
 - сийдик рН муҳитини 5,8-6,2 чегараларида коррекция қилиш (L-метионин, кун мобайнида 1-2 граммдан 4-5 маротаба; аммоний хлориди, кун мобайнида 2-3 граммдан 4-5 маротаба);
 - фитолизин - кун мобайнида 1 чой қошиқдан 100 мл ширинлаштирилган сувда эритиб 3 маротаба овқатлангандан сўнг ичилади;
 - сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Цистин тоши аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар

1. Парҳез – турлича (аралаш), озиқ-овқат маҳсулотлари чегараланмайди.
2. Дорилар билан даволаш:
 - D-пенициллинамин (купринил) (дозаси индивидуал белгиланади) доимий;
 - аскорбин кислотаси (витамин С) кўп миқдорда;
 - сийдик рН муҳитини 7,0-7,5 чегараларида коррекция қилиш (литрен, блеморен уроцит - дозаси индивидуал белгиланади);
 - сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Аралаш тошлар аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар

1. Парҳез – турлича (аралаш), лекин устун келувчи минерал алмашувининг бузилишига олиб келиши мумкин бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чеклаш керак:

- ҳайвон оксиллари (гўшт, гўшт маҳсулотлари);
- таркибида кальций миқдори кўп бўлган (сут ва сут маҳсулотлари, баргли сабзавотлар);
- оксалатга бой бўлган (шпинат, ровоч, какао, янғоқ, чой);
- уратларга бой бўлган (жигар, буйрак, парранда териси, сельд, сардина, шпрот);
- таркибида витамин С (аскорбин кислотаси) миқдори кўп бўлган;
- клетчаткага бой цитрусли ўсимликлар;
- спиртли ичимликлар.

2. Дорилар билан даволаш: гипотиазид (табл), 0,025г, кун мобайнида 1 таблеткадан 2 маротаба – 7 кун давомида, сўнг 3 кун танаффус ва шу тариқа;

- магнийли препаратлар;
- аллопуринол (табл.), 0,1г -дозаси индивидуал белгиланади - кун мобайнида 1 таблеткадан 1-3 маротаба, узоқ муддат давомида;
- сийдик рН муҳитини 6,2-6,8 чегараларида коррекция қилиш (литрен, блеморен уроцит - дозаси индивидуал белгиланади);
- сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси;
- антибактериал дорилар.

Простата беи хавфсиз гиперплазияси (ПБХГ)

Простата безининг хавфсиз гиперплазияси (ПБХГ) – простата хужайраларининг сонини (гиперплазия) ортиши ҳисобига простата хажми катталашиб, простата ичидан ўтган сийдик чиқарув каналини қисилиши билан характерланадиган касаллик бўлиб, асосан касаллик 45-50 ёшдан бошланади.

Касаллик учраши ёшга қараб: 50 ёшгача бўлган эркекларда – 45%; 60 ёшгача – 50%; 70 ёшгача – 60- 70%; 80 ёшдан юқори эркекларда касаллик 80 % дан кўп ҳолларда кузатилади.

ПБХГ сийдик чиқарув каналининг қанчалик қисиб қўйишига ва қолдиқ сийдик миқдорига қараб даволаш усуллари белгиланади.

Ҳозирги кунда қуйидаги даволаш усуллари фарқланади:

1. Кузатув даво режими;
2. Консерватив – дори-дармонлар билан даволаш;
3. Янги замонавий усулларда операциялар ўтказиш (ТУР, TUNA, Лапоризация ва х.к) ;
4. Анъанавий усулда жарроҳлик амалиёти ўтказиш.

Простата беи хавфсиз гиперплазиясида операция усуллари

кўлланиб, дренаж найчаси қўйилганда тиббиёт ходимлари қуйидагиларга эътибор қаратиши зарур:

- Беморларга нималарга эътибор беришни, дренаж билан эҳтиёткор бўлишни тушунтириш;
- Дренаж трубкасининг тушиб, горизонтал ва вертикал ҳолатларда букилиб қолишининг олдини олиш;
- Ҳамшира (шифокор) назорати остида дренажнинг адекват ишлашини таъминлаш;
- Дренаж орқали соатлик ва кунлик сийдик миқдорини назорат қилиш ва ёзиб бориш, суюқликнинг рангига эътибор бериш;
- Дренажда ёки унинг атрофидан қон кетиш белгиларини кузатиш;
- Сийдик йиғиш қопларини вақтида бўшатиш;
- Сийдик йиғиш қопларини бутунлиги бузилишининг олдини олиш.

Простата беги хавфсиз гиперплазияси (ПБХГ) билан оғриган беморларнинг операциядан олдинги ва кейинги даврдаги парвариши ўзига хос жиҳатлари билан бошқа беморлар парваришидан фарқ қилади.

Бундай беморларда ҳамроҳ касалликлар: қон босимининг баланд бўлиши, юрак ишемик касаллиги (ЮИК), бош миёда қон айланишининг бузилиши, ошқозон-ичак касалликлари, қандли диабет ва шунга ўхшаш касалликларнинг бирга келиши улар парваришига янада кўпроқ эътибор бериш зарурлигини кўрсатади.

Простата беги хавфсиз гиперплазияси билан беморларни операцияга тайёрлашда терапевт, кардиолог, анестезиолог-реаниматолог ва кўрсатма бўлганда бошқа мутахассислар кўриги (эндокринолог, офтальмолог, хирург ва х.к.) ва улар тавсияларининг операциядан олдинги даврда бажарилиши зарур ҳисобланади.

Простата беги хавфсиз гиперплазиясида операция ўтказган беморлар операциядан кейинги даврда ётоқ режимини 3-5 кун давом қилдириши, кам ҳаракатда бўлиши, ҳамроҳ касалликларнинг намоён бўлишини кучайиб, касалликнинг зўрайиш содир бўлиши мумкин (гипертония, юрак ишемик касаллиги, бош миёда қон айланишининг бузилиши, қон-томир етишмовчилиги ва ўпка артерияси тромбоэмболияси).

Простата беги хавфсиз гиперплазияси ташхиси билан операцияга борадиган беморларда, операциядан кейинги даврда тромбоэмболия (кўп ҳолларда, ўпка артерияси тромбоэмболиясининг олдини олиш мақсадида) бемор оёқларига эластик бинт ўралади. Эластик бинт оёқнинг панжасидан юқорига қараб, соннинг ўрта 1/3 қисмигача кучли бўлмаган сиқувчи-босим билан ўралади. Бу муолажа операциядан кейинги даврда веноз қоннинг периферияда ортиқча димланиб қолишининг олдини олади. Эластик бинт операциядан кейинги даврда бемор фаол ҳаракатга келгандан бир кундан сўнг олиб ташланади. Бундай беморларда операциядан кейинги даврда қон босими, тана ҳарорати ва беморларнинг ҳаракатланиши доимий назорат остида бўлиши зарур.

Сийдик катетерлари ва сийдик йиғувчи халтача хақида умумий маълумотлар

Сийдик йиғувчи халтача ва катетерларнинг тузилишини билишлик, сийдик дренажлари бор беморларни парваришлаш асосларини ўзлаштиришликни осонлаштиради.

Сийдик катетери - проксимал учи сийдик аъзолари бўшлиғига (буйрак, ковуқ) киритилган, дистал учи сийдик йиғувчи халтачага уланадиган ичи ковак найчадир.

Сийдик катетерлари бемор жинсига қараб мўлжалланганлигига, қандай материалдан ясланганлигига, димаетрига ва катетер учининг ясаиш конструкциясига кўра бир неча хил бўлади.

Бемор жинсига ва ёшига мўлжалланганлигига кўра:

- эркалар сийдик катетерлари.
- аёллар сийдик катетерлари
- болалар сийдик катетерлари

Эркаларга ва аёлларга мўлжалланган катетерлар узунлиги билан фарқланади. Эркалар катетерлари, одатда, 40-45 см атрофида, аёллар катетерлари 25 см атрофида бўлса, болалар сийдик катетери узунлиги 30 см атрофида бўлади. Бундай таснифлаш шартлидир, агар бемор аёл семизлик даражасига эришган бўлган бўлса ва уни катетерлаш зарурияти бўлган вазиятда, узунлиги 25 см ли катетер бу беморга тўғри келмаслиги мумкин, бу вақтда эркалар катетерини қўллаш мумкин.

Ясланган материали турига кўра: ҳозирги замонда металл сийдик катетерлардан фойдаланишдан воз кечилган ва асосан, эластик катетерлардан фойдаланилади. Эластик катетерлар ясаладиган материали турига кўра қуйидаги турларга бўлинади:

- латексли
- силиконли
- турли моддалар билан қопланган.

Латексли катетерлар табиий резинадан ясалган юмшоқ материалли бўлишига қарамадан баъзи камчиликларга эга: тез инкрустацияланади, аллергия реакциялар нисбатан кўпроқ учрайди, уротелийни ирритациялаши оқибатида уретрит тезроқ ривожланади. Шунинг учун узок муддатли катетерлаш зарурати бўлган вазиятларда қўлланилмайди.

Силиконли катетерлар гипоаллерген ҳисобланади, инкрустацияланиши эҳтимоли кам ва тўқималарни нисбатан камроқ ирритациялайди. Силиконли катетернинг камчиликларидан бири шуки - катетер баллончали бўлса, баллончаси ичидаги суюқлигини секинлик билан йўқотиши эҳтимоли бор ва бунинг оқибатида катетер фиксацияси йўқолиб, у сийдик аъзосидан чиқиб кетиши мумкин (узок муддатга катетерланган ҳолатларда).

Охириги вақтларда катетерни маълум моддалар, антибактериал моддалар билан қопланган катетерлар турлари ҳам амалиётга татбиқ этилмоқда.

ПТФЭ (политетрафлуороэтилен) ли катетерлар - ПТФЭ билан қопланган латексли катетерлардир. ПТФЭ тўқималарни латекси билан контактда бўлишидан сақлайди. Латексга аллергик реакцияси бор бўлган беморларда қўллаш мумкин эмас. Бундан ташқари силикон, гидрогель, кумуш ва нитрофуран билан қопланган катетерлар ҳам фарқ қилинади.

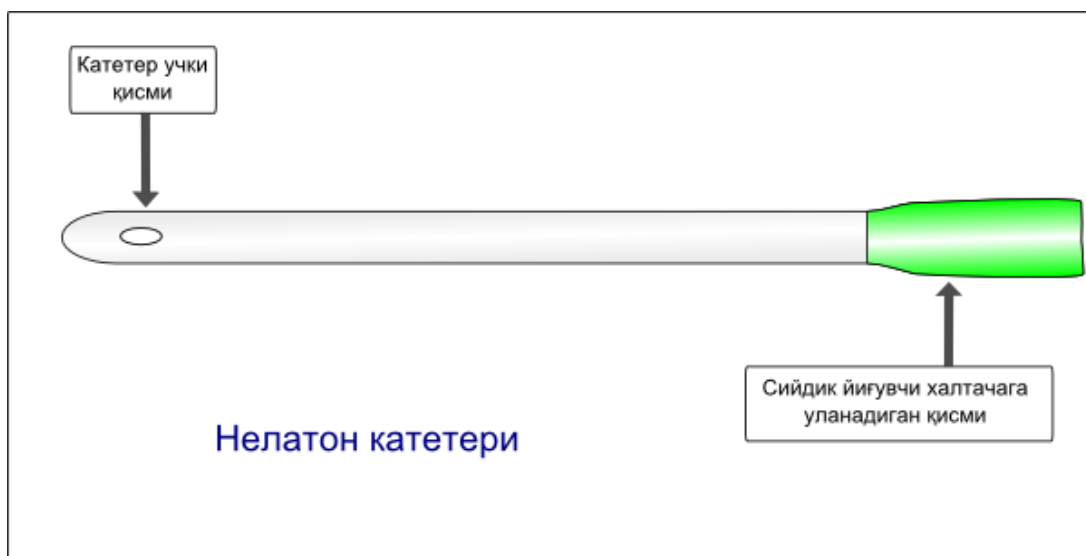
Диаметрига кўра: катетерлар турлича диаметрли бўлиши мумкин.

Катетер диаметри Ch (шарьер) ёки Fr (френч) да ўлчанади. Катетер айланаси миллиметрдаги узунлигини 3 сонига бўлсак, катетер ташқи диаметри миллиметри келиб чиқади. Масалан, 6Ch ли катетер диаметри 2 мм га тенг, бу ерда 6Ch дегани катетер айланаси узунлиги 6 мм га тенг эканлигини билдиради, ушбу рақамни 3 бўлинса, 2 келиб чиқади, яъни катетер ташқи диаметри 2 мм эканлиги маълум бўлади.

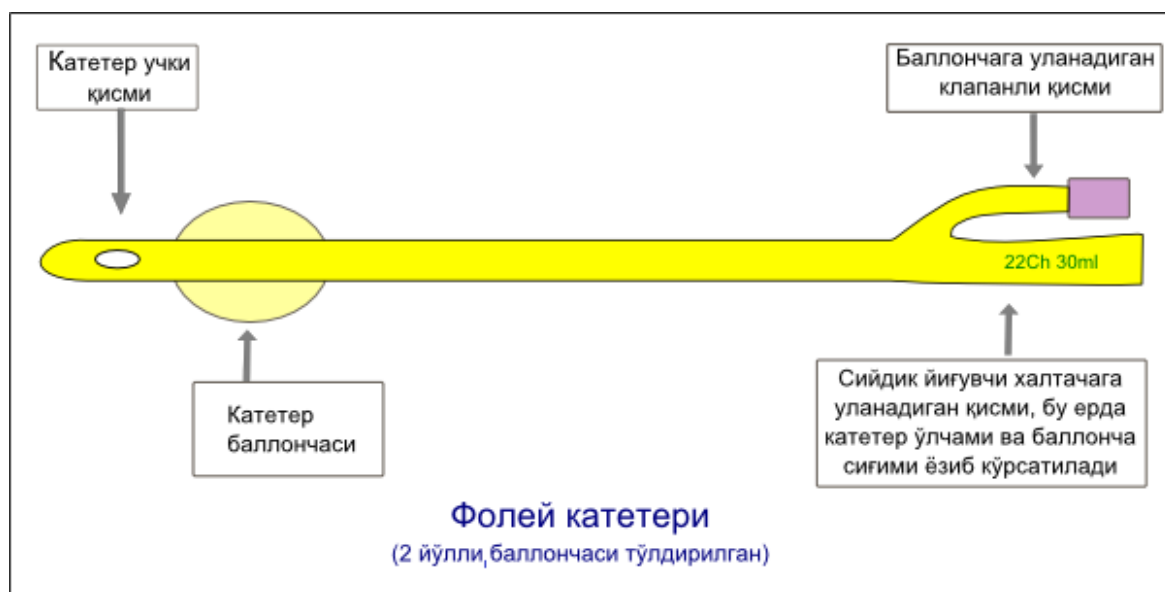
Одатда, болаларда 6-10Ch ли катетерлар қўлланилади, бундан катта катетерлар болаларда уретрал катетер сифатида қўллаш хавфли, чунки у уретрани жароҳатлаши мумкин. Катталарда эса, уретрал катетер сифатида 10-24 Ch гача бўлган катетерларда фойдаланилади.

Катетер ясаиш конструкциясига кўра: катетер учки қисми тузилишига кўра *тўғри учли, учи бир оз қайирилган, учки қисми "қўзиқорин" шаклида кенгайтирилган, спирал шаклида* ва *учки қисми очик* катетерларга ажратилади. Бундан ташқари, катетернинг учки қисмига яқинроқ жойида баллонча бор ёки йўқлигига кўра *баллончали* ва *баллончасиз* катетерлар фарқ қилинади. Катетер найчаси ичидан ўтган йўллар сонига кўра *1 йўлли, 2 йўлли* ва *3 йўлли* катетерларга ҳам бўлинади.

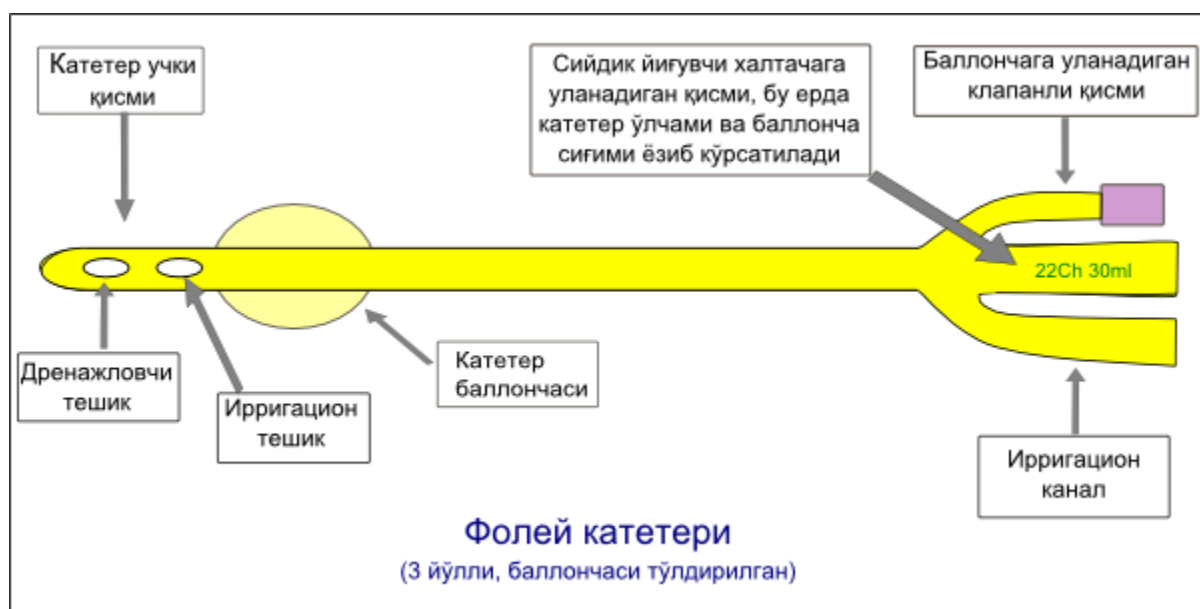
Қуйида муаллифлар номи ёкм муайян ном билан аталадиган, ватанимизда кенг тарқалган бир неча эластик катетерларнинг схематик расмларини кўриб чиқамиз (31,32,33,34,35-расмлар). Ҳар бир катетер ҳақида қисқача тушунча суръатнинг ўзида берилган.



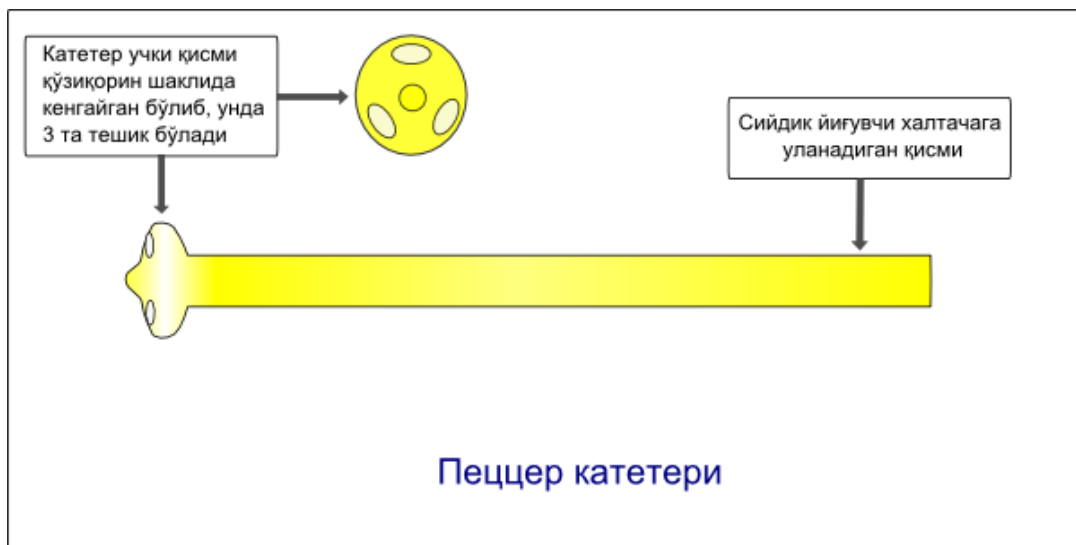
31-расм.Нелатон катетери



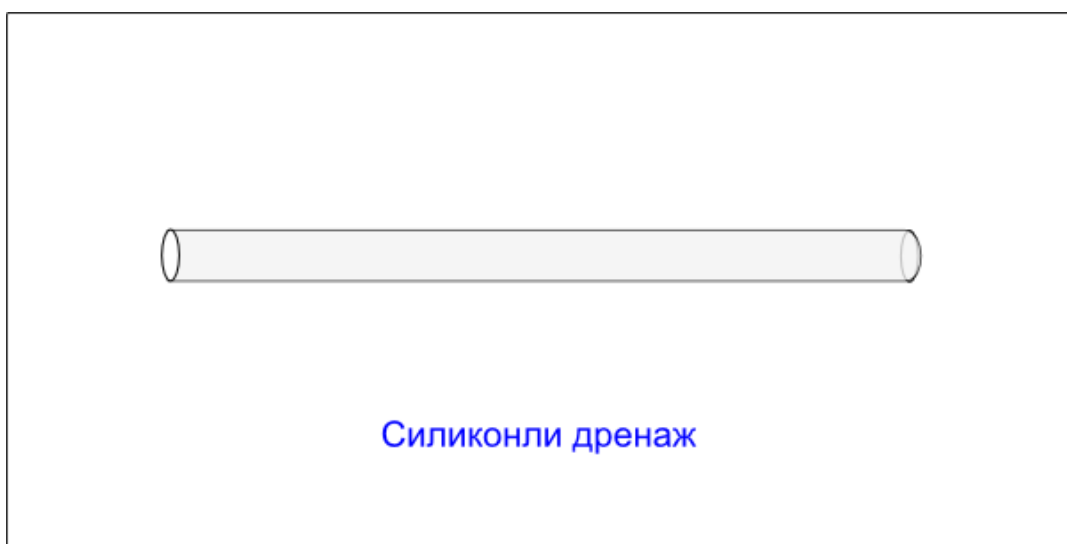
32-расм. Foley катетери (икки йўлли).



33-расм. Foley катетери (уч йўлли).

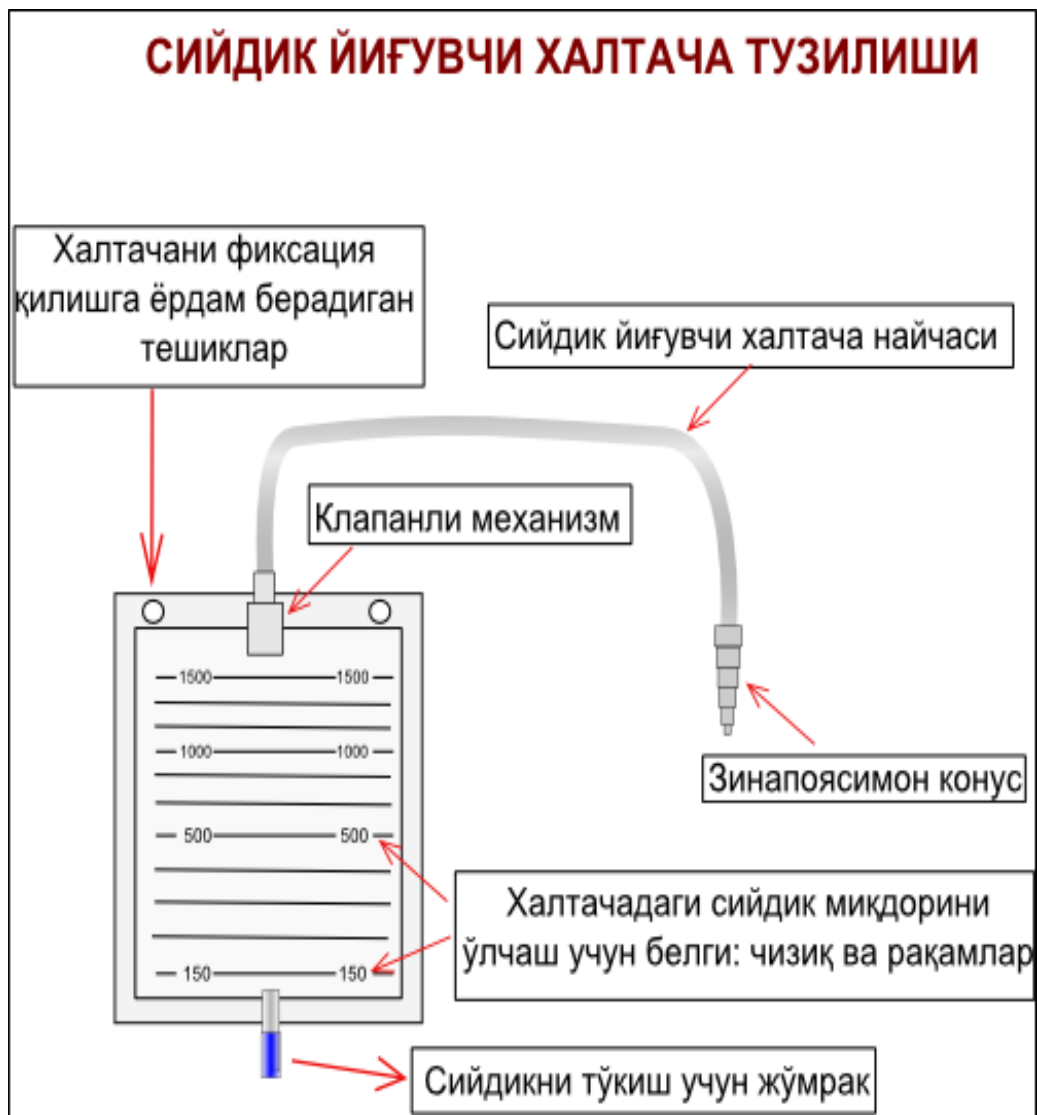


34-расм. Пеццер катетери.



35-расм. Силиконли нефростомик дренаж.

Сийдик йиғувчи халтача - сийдик катетерига уланган махсус халтача бўлиб, сийдик катетеридан оқиб чиқаётган суюқликни ўзида тўплайди. У бир неча қисмлардан ташкил топган бўлади (36-расм).



36-расм. Сийдик йиғувчи халтача тузилиши.

Сийдик йиғувчи халтача қисмлари:

Зинапоясимон конус - сийдик йиғувчи халтачани сийдик катетерига уланадиган қисм бўлиб, у зинапоясимон шаклда ясалади. Бу шакл туфайли сийдик йиғувчи халтачани турли ўлчамдаги сийдик катетерларига улаш имкониятини беради (акс ҳолда, ҳар бир сийдик йиғувчи халтачага ўзига мос келадиган ўлчамли катетерни танлашга тўғри келар ва бу кўп ноқулайликлар туғдириши мумкин).

Сийдик йиғувчи халтача найчаси - шаффоф материалдан ясалган найча бўлиб, унинг шаффофлиги туфайли ичидан оқиб ўтаётган суюқлик ранги, суюқлик ичидаги чўкиндилар кўриниши ва бошқаларни визуал назорат қилиш имконини беради.

Клапанли механизм - сийдикни сийдик йиғувчи халтача найчасидан халтага томон йўналишдагина суюқликни ўтказиш имконини беради, яъни халтачадан сийдик йиғувчи халтача найчасига томон сийдик қайтиб оқиб

чиқа олмайди (баъзи адабиётларда клапанли механизмни "бактериал фильтр" деб ҳам номланган).

Сийдик тўкиш учун жўмрак - сийдик йиғувчи халтачага маълум миқдорда сийдик йиғилгач, уни ташқарига тўкиш учун мўлжалланган механизм бўлиб, у бир неча хил конструкцияга эга (расмда винт каби бураб очиладиган жўмрак кўрсатилган).

Сийдик йиғувчи халтача - шаффоф материалдан ясалган бўлиб, унинг деворида рақамлар ва чизиқлар белгиланиб қўйилгани боис халтача ичидаги сийдик миқдорини назорат қилиш имконияти бор бўлади.

Сийдик йиғувчи халтачани фиксация қилишга ёрдам берадиган тешикчалар - халтачани каравотга ёки бемор оёғига муайян ип ёрдамида маҳкамлаб қўйиш ёки осиб қўйиш имконини беради.

Очиқ дренаж система - сийдик аъзоси ичидаги катетер учидан то сийдик йиғувчи идишгача ёпиқ бўлмасдан, очиқ жойлари бўлган ҳолатдир. Масалан, катетер дистал учи сийдик йиғувчи идиш бўшлиғига герметик бўлмаган ҳолатда киритиб қўйилган ҳолат, бунда катетерни идишга киритилган жойи герметик ёпиқ бўлмагани учун, идиш ичидаги суюқлик атмосфера хавоси билан бевосита контактда бўлади ва унинг контаминацияланиши осондир.

Ёпиқ дренаж система - сийдик аъзоси ичидаги катетер учидан то сийдик йиғувчи халтачагача ёпиқ бўлган ҳолатдир. Ёпиқ дренаж система туфайли сийдикка ташқаридан бактерия тушиши эҳтимоли кам бўлади. Ҳозирги замонда, айнан ёпиқ дренаж системасидан фойдаланишлик тавсия этилади.

Нефростомик дренажни парвариш қилиш

Тушунча.

Нефростомик (буйрак) дренаж – буйрак паренхимаси орқали ўтадиган ва проксимал қисми буйрак жоида жойлашган бўлиб, дистал қисми сийдик йиғувчи халтачага уланган дренаждир (37-расм).



Нефростомик дренаж

37-расм.

Қўлланилиши: Нейростомик дренаж функцияси - буйрак косача-жом тизимидаги сийдикни уретерга оқмасдан ёки косача-жом тизимида тўпланиб-димланиб қолмасдан, дренаж орқали ташқарига ўз вақтида олиб чиқиб кетишдан иборатдир.

Буйракда бажариладиган очик операциялар (пиелолитотомия, нефролитотомия, буйрак резекцияси, кистани кесишда ёки олиб ташлашда, буйрак декансуляцияси ва бошқалар) ва перкутан операцияларда (ПК нефростомия, ПК нефролитотрипсия, ПК нефролитоекстракция) ўрнатилади.

Нейростомик дренаж операциядан кейинги белдаги жарохатдан чиқариб қўйилади.

Дренаж сифатида қуйидаги катетерлар қўлланилади:

- силиконли трубка (38-рам)
- Фолей катетери
- моделлаштирилган «pig-tail» (39-расм).



Силиконли дренаж

38-расм.



Моделлаштирилган "pig-tail"

39-расм.

Нефростомик дренажни парваришлаш.

Дренажни ташқаридан кўздан кечириш: букланиб, сиқилиб қолмаганми, тешилиб қолмаганми, табиий ранги ўзгармаганми, аммиак хиди бор ёки йўқлиги аниқланади. Аммиак хиди сезилиши - сийдикнинг инфекцияланганлиги аломатидир.

Дренажнинг ишлашини кўздан кечириш: агар дренаж ишлаб турган бўлса, сийдик томчилаб йиғувчи халтачага томиб туради.

Дренаждан ажралиб турган ажралмани кўздан кечириш: сийдик тиниқлиги ёки лойқаланган парчалар билан ажралганлигига, йиринг, қон, тузлар ёки бошқа ажралмалар бор ёки йўқлигига эътибор берилади. Операциядан кейинги дастлабки соатларда ёки суткада оз миқдорда қон сийдик билан аралашиб оқиб туриши мумкин (40-расм).



Дренаждаги сийдикка қон аралашиб чиқмоқда.

40-расм.

Аммо дренаждаги сийдик қон билан интенсив аралашиб оқса, дренаж найчаси ичида қон лахаталари шакллана бошласа, бу - дренаж уланган аъзодан интенсив оқн кетаётганлиги аломати бўлиши мумкин. Бу ҳолатда, дарҳол қонни тўхтатиш чораларини кўрмоқ лозим.

Буйракнинг адекват дренажланиши учун дренажни ва сийдик йиғувчи халтачанинг дистал қисми, беморнинг горизонтал ҳолатида, кроватдан 25-30см пастда жойлашиши керак. Вертикал ҳолатида эса унинг - бемор сони сатҳида жойлашиши керак.

Буйрак дренажи сийдик йиғувчи халтачага зинали конус орқали уланган бўлиши керак.

Бемор тўшакда ётганда сийдик йиғувчи халтача кроватга осилган бўлиши керак. Агар халтача ерда ётса, унинг бактериал фильтри сийдик билан ҳўлланиб қолади ва халтачага сийдик тушиши қийинлашади, бундан ташқари госпитал инфекциянинг сийдик йўлларида тушиш эҳтимоли ортади.

Буйракка инфекция киришининг олдини олиш учун ёпиқ системали дренаж ишлатилиши керак ва дренаж сийдик йиғувчи халтачадан очилмаслиги керак.

Агар дренажнинг функцияси бузилса, уни алмаштириш керак. Дренажни ювиш ҳавфли, чунки дренажнинг ички юзасига ёпишган микроблар ассоциациялари (биофильмлар) ювилиб, бунда сийдик йўллариининг инфекцияланишига олиб келади.

Нефростомик дренажни алмаштиришга кўрсатмалар:

- дренажнинг инфекцияланиши
- дренажнинг узок муддат (1 ойдан кўп) туриши
- дренажнинг тешилиши (перфорацияси)

- дренажнинг тушиб кетиши
- дренажнинг тузлар, тош, парчалар, қуюқ йиринг, қон лахталари билан беркилиб қолиши.

Цистостомик дренажни парвариш қилиш

Тушунча.

Цистостомик (қовуқ) дренаж - тери орқали ўтиб, унинг проксимал қисми қовуқ бўшлиғида жойлашган, дистал қисми сийдик йиғувчи халтачага уланган дренаждир (41-расм).



Цистостомик дренаж

41-расм.

Қўлланилиши: Цистостомик дренаж функцияси - қовуқ бўшлиғидаги сийдикни тўпланиб-димланиб қолмасдан, дренаж орқали ташқарига ўз вақтида олиб чиқиб кетишдан иборатдир.

Цистостомик дренаж қовуқда бажариладиган очиқ операцияларда (эпицистостомия, эпицистолитостомия, аденомэктомия, қовуқдан ўсма олинганда ва бошқалар), перкутан ва троакар цистостомияларда ўрнатилади.

Қовуқдаги дренаж қориннинг ўрта чизиги бўйлаб киндик ва қов оралиғида операциядан кейинги жароҳатдан чиқариб қўйилади.

Қовуқ дренажи сифатида қуйидаги катетерлар қўлланилади:

- Пеццер катетери
- Фолей катетери
- моделлаштирилган «pig-tail» .

Қовуқдаги дренажни парваришлаш.

Дренажни ташқаридан кўздан кечириш: букланиш, қисилиш, шикастланиш борми, табиий ранги ўзгарганми, аммиак хиди бор ёки йўқлиги аниқланади (42-расм). Аммиак хиди сезилиши - сийдикнинг инфекцияланганлиги аломатидир.



Цистостомик дренаж найчаси букланиб қолмаган, халтачаси каравотдан 20-30 см пастда жойлашган.

42-расм.

Дренажнинг ишлашини кўздан кечириш: агар дренаж ишлаб турган бўлса сийдик томчилаб йиғувчи халтачага томиб туради.

Дренаждан чиқаётган ажралмани кўздан кечириш: сийдик тиниқлиги ёки лойқаланган парчалар билан, аралашганлигига йиринг, қон, тузлар ёки бошқа аралашмалар бор ёки йўқлиги аниқланади. Операциядан кейинги дастлабки соатларда ёки суткада оз миқдорда қон сийдик билан аралашиб оқиб туриши мумкин. Аммо дренаждаги сийдик қон билан интенсив аралашиб оқса, дренаж найчаси ичида қон лахаталари шакллана бошласа, бу - дренаж уланган аъзодан интенсив қон кетаётганлиги аломати бўлиши мумкин (43-расм.). Бу ҳолатда, дарҳол қонни тўхтатиш чораларини кўрмоқ лозим.



Дренаждан қон аралашган сийдик оқмоқда.

43-расм.

Қовуқнинг адекват дренажланиши учун дренаж ва сийдик йиғувчи халтачанинг дистал қисми, бемор ётганда кроватдан 25-30см пастда жойлашиши керак. Тик турганда бемор сони сатхида жойлашиши керак.

Қовуқ дренажи сийдик йиғувчи халтачага зинали конус орқали уланган бўлиши керак.

Бемор тушакда ётганда, сийдик йиғувчи халтача кароватга осилган бўлиши керак. Агар халтача ерда ётса, унинг бактериал фильтри сийдик билан ҳўлланиб қолади ва халтачага сийдик тушиши қийинлашади, бундан ташқари госпитал инфекциянинг сийдик йўлларига тушиш эҳтимоли ортади (44-расм).



Хатолик: Цистостомик дренаж халтчаси полда ётибди.

44-расм.

Қовукка инфекция киришининг олдини олиш учун ёпиқ системали дренаж ишлатилиши керак ва дренаж сийдик йиғувчи халтачадан очилмаслиги керак.

Агар дренажнинг функцияси бузилса, уни стерилланган фурациллин ёки 0,05% хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан ювиш мумкин. Дренажни ювиш инфузия учун ишлатиладиган стерилланган система ёрдамида фурациллин ёки хлоргексидин эритмасини томчилаб киритилади. Дренажни ювиш махсус ўқитилган малакаси бор тиббиёт ходими ёки беморни парвариш қилувчи одам томонидан бажарилиши керак.

Цистостомик дренажни алмаштиришга кўрсатмалар:

- дренажнинг инфекцияланиши
- дренажнинг узок муддат (1 ойдан кўп) туриши
- дренажнинг тешилиши (перфорацияси)
- дренажнинг тушиб кетиши
- дренажнинг тузлар, тош, парчалар, қуюқ йиринг, қон лахталари билан беркилиб қолиши.

Уретрадаги катетерни парвариш қилиш

Тушунча.

Уретрадаги катетер ёки дренаж сийдик чиқариш канали орқали қовуққа ўтказилиб, унинг проксимал қисми қовуқда жойлашади, дистал учи эса сийдик йиғувчи халтачага уланган бўлади.

Қўлланилаши: Уретрадаги доимий катетер сийдик тутилишида, қовуқ, сийдик чиқариш канали ва простата безида амалга оширилган операциялардан сўнг ўрнатилади.

Бундай вазиятларда уретрал катетер сифатида силикон материалдан ясалган катетердан фойдаланган маъқул, чунки силиконли катетерлар уретра шиллиқ пардасини таъсирлаши ёки аллергия реакция ривожланиши эҳтимоли камроқдир. Бизнинг шароитда Фолей катетеридан фойдаланишни тавсия этамиз.

Уретрадаги дренажни парваришлаш.

Дренажни ташқаридан кўздан кечириш: букланиш, қисилиш, шикастланиш борми, табиий ранги ўзгарганми, аммиак ҳиди бор ёки йўқлиги аниқланади.

Дренажнинг ишлашини кўздан кечириш: агар дренаж ишлаб турган бўлса, сийдик томчилаб йиғувчи халтачага томиб туради.

Дренаждан чиқаётган ажралмани кўздан кечириш: сийдик тиниқлиги ёки лойқаланган парчалар билан, аралашганлигига йиринг, қон, тузлар ёки бошқа аралашмалар бор ёки йўқлигига эътибор берилади.

Қовуқнинг адекват дренажланиши учун дренаж ва сийдик йиғувчи халтачанинг дистал қисми, бемор ётганда каравотдан 25-30см пастда жойлашиши керак. Тик турганда соннинг пастки 1/3 қисмида бўлиши керак.

Уретранинг ташқи тешигидан (катетернинг ёнидан) ажралма ажралишини кўздан кечириш керак. Агар катетер ёнидан йирингли ажралма ажралиши аниқланса, бу уретранинг яллиғланиши белгисидир (уретрит).

Уретрадаги катетер сийдик йиғувчи халтачага зинали конус орқали уланган бўлиши керак.

Бемор тўшакда ётганда, сийдик йиғувчи халтача кроватга осилган бўлиши керак. Агар халтача ерда ётса, унинг бактериал фильтри сийдик билан ҳўлланиб ҳолади ва халтачага сийдик тушиши қийинлашади, бундан ташқари госпитал инфекциянинг сийдик йўлларига тушиш эҳтимоли ортади.

Сийдик йўлларига инфекция киришининг олдини олиш учун ёпиқ системали дренаж ишлатилиши керак ва катетер сийдик йиғувчи халтачадан очилмаслиги керак.

Агар катетернинг функцияси бузилса, уни стерилланган фурациллин ёки 0,05% хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан ювиш мумкин. Катетерни ювиш инфузия учун ишлатиладиган стерилланган система ёрдамида фурациллин ёки хлоргексидин эритмасини томчилаб киритилади. Дренажни ювиш махсус ўқитилган малакаси бор тиббиёт ходими ёки беморни парвариш қилувчи одам томонидан бажарилиши керак.

Уретрадаги доимий катетерни алмаштиришга кўрсатмалар:

- дренажнинг тешилиши (перфорацияси)
- дренажнинг чиқиб кетиши
- дренажнинг сийдикдаги тузлар, тош, парчалар, қуюқ йиринг, қон лахтаси билан беркилиб қолиши.

Уретрадаги катетерни олиб ташлашга кўрсатма: уретрит.

Гематурия.

Тушунча.

Гематурия – сийдикда қон (эритроцитлар) борлиги.

Аниқлаш.

Сийдик йўлларидаги қонаш манбаининг локализациясига кўра гематурия 3 хил бўлади (45-расм):

1. Инициал (бошланғич) гематурия. Сийиш акти вақтида сийдикнинг дастлабки порциясида қон бўлишига инициал гематурия деб аталади. Уртера травмаси, ўсмаси ва бошқа патологияларида кузатилиши мумкин.

2. Тотал гематурия. Сийиш акти вақтида сийдикнинг ҳамма порцияси (бошқача қилиб айтганда сийшининг бошидан охиригача) да қон бўлишига тотал гематурия деб аталади. Қовуқ, сийдик найи ва буйрак патологияларида кузатилиши мумкин.

3. Терминал гематурия. Сийиш акти вақтида сийдикнинг охириги порциясида қон бўлишига терминал гематурия деб аталади. Қовуқ бўйинчаси патологияларида (яллиғланиш, ўсма, травма ва бошқалар) кузатилади.



45-расм

Бундан ташқари макроскопик ва микроскопик гематурия ҳам фарқланади. Макроскопик гематурия деб, кўздан кечирилганда қон бор сийдик ранги қизил бўлишига айтилади. Микроскопик гематурия деб, кўздан кечирилганда қон бор сийдик қизил эмас, балки ўзининг табиий рангида (оқ ёки сарик) бўлиб кўринишига айтилади, эритроцитларларнинг сийдикда борлигини микроскопик текширув билан аниқлаш мумкин бўлади.

Гломеруляр ва нелогмеруляр гематурия турларини ҳам фарқлаш лозим. Бу гематурия сабабини аниқлашни осонлаштирувчи тасниф ҳисобланади.

Гематурия беморнинг сийдигида қон борлиги, бел соҳасининг ўнг ёки чап томонида оғриқ борлиги ҳақидаги ўзига хос шикоятлари ва анамнезига асосланиб аниқланади, айрим ҳолларда оғриқсиз гематурия ҳам кузатилиши мумкин.

Гематуриянинг урологик сабаблари қуйдагилар бўлиши мумкин:

- Ўсма: қовуқ, буйрак, жом ва сийдик найи, простата раки
- Сийдик тош касалиги: буйракда, сийдик найида, қовуқда
- Сийдик йўллари инфекцияси: бактериал, микобактериал (сил), паразитар(шистосомияз), инфекцион уретрит

- Яллиғланиш: цикло фосфамидли цистит, интерстициал цистит
- Травма: буйрак, қовуқ, уретра (травматик катетеризация), уретра шикастланишига олиб келувчи чаноқ суяги синиши
- Буйрак кистали касалликлари (буйрак проликистози)
- Бошқа урологик касалликлар: ПХГ (простата хавфсиз гиперплазияси), томирлар аномалияси (артерио-веноз фистула), нефроптоз

Гематуриянинг нефрологик сабаблари, одатда, ёш болалар ёки ўсмирларда кузатилиб, кўпинча IgA нефропатия (Бергер касаллиги), постинфекцион гломерулонефритда кузатилса, кам ҳолларда мембранопротрофратив гломерулонефрит, Генлейн-Шенох касаллиги, Альпорт касаллиги, Фабри касаллиги ва бошқаларда учрайди.

Гематуриянинг бошқа сабабларига қон ивиши системаси касалликлари (гемофилия, тромбоцитопения ва б.), антикоагулянт терапия ўтказилиши (варфарин), қон ивишига таъсир кўрсатувчи дори воситаларнинг қўлланлиши (ностероди яллиғланишга қарши воситалар, ацетилсалицил кислота, ва б.) кабиларни киритиш мумкин.

Лаборатория маълумотлари.

Гематурияда сийдик чўкмасини микроскопия қилганда эритроцитлар аниқланади. Сийдик таҳлили асосида гломеруляр ва ногломеруляр гематурияни фарқлаш мумкин.

Гломеруляр гематурияда эритроцитлар шакли ўзгарган (дисморфик) бўлиб, сийдикда кўп микдорда оксил аниқланади, бундан ташқари цилиндрлар аниқланиши мумкин. Эритроцитлар сийдикка буйрак коптокчаридан филтрация бўлиб ўтади ва шу жараёнда уларнинг морфологияси ўзгаради. Бу типдаги гематурия буйрак коптокчалари (гломерулуслари) патологиясида, яни гломерулефритларда учрайди.

Ногломеруляр гематурияда эритроцитлар шакли ўзгармайди, сийдикдаги оксил микдори кўп бўлмайди ва одатда, цилиндрлар аниқланмайди. Бу типдаги гематурия буйрак коптокчалари (гломерулуслари) патологияси билан алоқадор бўлмайди. Эритроцитлар сийдик йўлларидаги қон-томирлар бутунлиги бузилиши сабабли сийдикка ўтади.

Сийдик бактериологик текширув ўтказилганда аҳамиятга эга бактериурия аниқланса, гематурия сабаби сифатида сийдик йўллари инфекциясини тахмин қилиш мумкин. Буни тасдиқлаш учун бошқа текширув усуллари ўтказиш лозим.

Қон таҳлили меъёрга бўлиши мумкин, кўп қон йўқотилганда гемоглобин ва эритроцитлар микдорининг камайиши кузатилади.

Инструментал текширувлар.

Уретроцистоскопия. Гематуриянинг манбаини аниқлаш мақсадида беморни уретроцистоскопияга жўнатиш керак.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида тошлар, обструкция ёки буйраги, қовуғи ва простата безида ўсмалар мавжудлигини аниқлаш

мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушда текширишга юбориш керак.

Умумий ва экскретор урография сийдик йўлларида кўп касалликларига ташхис қўйиш учун ёрдам беради.

Юқорида қайд қилинган текшириш усуллари сийдик йўлларида қонаш манбаини аниқлаш имконини бермаган ҳолларда бошқа текширув усуллари қўлланилади. Масалан, компьютер томография ёки магнит резонансли томография, эндоскопик текширувлар (уретероскопия), ретроград уретеропиелография, буйрак ангиографияси.

Сийдик йўлларида тошлар, обструкция ёки буйраги, қовуғи ва простата безида ўсмалар аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал ташхислаш.

Сийдик ранги қизарган ҳолатнинг ҳаммасида ҳам гематурия бўлмайди. Гематурияни ТУР синдромида, захарланишда, мос келмайдиган қон қуйилганда, тана юзасининг катта қисми қуйганида, баъзи қон касалликларида учрайдиган гемоглобинуриядан фарқлаш зарур. Гемоглобинурида сийдикни ўтувчи ёруғлик нурида қаралганда сийдик қизил рангга бўялган, лекин тиниқ бўлади, микроскопия текширувида унда эритроцитлар аниқланмайди.

Миоглобинурия – сийдикда қизил-қўнғир рангли пигментнинг йиғилиши ҳисобига сийдик қизил-қўнғир рангга бўялади. Миоглобинурия зилзилалар ва ҳарбий ҳаракатлар вақтида рўй берадиган кўп миқдордаги мушакларнинг эзилиши оқибатида кузатилади. Микроскопия текширувида сийдикда қизил-қўнғир рангли пигмент - миоглобин аниқланади.

Қизил лавлаги ёки фенолфталеин истеъмол қилинганда ҳам сийдик қизил рангга бўялиши мумкин (псевдогематурия).

Агар соғлом одамда оғир жисмоний ҳаракатдан кейин сийдик таҳлили ўтказилса, сийдикда маълум миқдорда эритроцитлар аниқланиши ва бу патологик гематурия сифатида таҳлил қилиниши мумкин. Бундай ҳатоликнинг олдини олиш учун бемор сийдикни таҳлил учун топширишидан олдин маълум интенсивликдаги жисмоний ҳаракатни бажарган ёки бажармаганлигини аниқлаш лозим ва зарурат бўлганда маълум вақтдан сўнг сийдик таҳлилини қайтариш лозим.

Ҳозирги замонда гематурия билан мурожаат қилган беморларнинг 5-10 % да гематуриянинг сабаби топилмайди. Бу ҳолларда идиопатик ёки эссенциал гематурия ташхиси қўйилади. Бундай беморларда аксарият ҳолларда симптоматик даво фонида гематурия тўхтади, аммо исталаган вақтда гематурия қайталаниши мумкин. Ушбу тоифадаги беморлар доимо уролог динамик назоратида бўлишлари шарт. Уларга ҳар 6-12 ойда сийдик таҳлили, сийдик бактериологик текшируви ўтказилади ва ҳар 2-3 йилда экскретор урография ўтказилади. Агар вақт ўтиши билан бемор буйраги функцияси сусайиб борса ёки протеинурия (1г\сутка дан кўп) пайдо бўлса,

у ҳолда диагнозни аниқлаштириш мақсадида буйрак биопсияси ўтказилади.

Уретрорагияни инициал гематруиядан фарқлаш лозим. Уретрорагия сийиш акти бўлмаган вақтда уретрадан қон ажралишидир (сийдик аралашмаган қон).

Даволаш.

Этиопатогенетик даволанади, яъни даволашни гематурияни келтириб чиқарган сабабларни (сийдик йўллари яллиғланиши касалликлари, сийдик йўлларидаги ҳавфсиз ёки ҳавфли ўсмалар, сил, нефроптоз, некротик папиллит, сийдик тош касаллиги, гидронефроз, поликистоз ва бошқалар) йўқотишдан бошлаш керак.

Тактика.

Гематурия сабаби аниқлангандан сўнг (сийдик йўлларидаги ҳавфсиз ва ҳавфли ўсмалар, сил, нефроптоз, некротик папиллит, сийдик тош касаллиги ва бошқалар) беморни урологга жўнатиш ёки мутахассисни консултацияга чақириш керак.

Гематурияни бемор (индивидуум) даражасидаги профилактикаси.

Сийдик йўллари инфекцияси ва обструкциясини чақирувчи омиллар (тошлар, ўсмалар ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда гематуриянинг келиб чиқиши ҳавфи юқори даражада бўлади. Шунинг учун гематурияга сабаб бўлувчи касалликлар ва ҳолатларни барвақт ташхислаш (тўлиқ урологик текшириш) ва бартараф этиш, ҳамда беморларни ҳар йили диспансерлаш зарур.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада ҳавфли гуруҳларни (буйракларнинг туғма нуқсонлари, нефроптоз, буйрак сили ва бошқалар) барвақт аниқлашга йўналтирилган тушунтириш ишларини олиб бориш керак.

Анурия. Олигурия

Анурия – қовуқда сийдикнинг йўқлиги. Клиник амалиётда «анурия» тушунчаси - бу шундай ҳолатки, бир сутка мобайнида қовуққа 100 миллилитргача сийдик тушиши ёки сийдикнинг бутунлай тушмаслик ҳолатидир.

Анурия бир қатор касалликларнинг ҳавфли белгиси (симптоми) бўлиб, у асосан ўткир буйрак етишмовчилигининг клиник аломатидир.

Ануриянинг аренал, преренал, ренал (секретор) ва постренал (экскретор, обтурацион) турлари фарқланади.

Аренал анурия чакалоқларда буйрак агенезиясида ёки ягона буйракни операция пайтида олиб ташлаш натижасида кузатилади.

Преренал анурия, кўпинча, буйракка етарли миқдорда қон келмаслиги (шок, коллапс, юрак етишмовчилиги) ёки қон келишининг бутунлай тўхташи (аорта, пастки ғовак венаси, буйрак артериялари тромбози), ҳамда дегидратация (қон йўқотиш, кучли ич кетиш, тинимсиз қусиш) оқибатида келиб чиқади.

Ренал анурия буйрак паренхимаси зарарланиши натижасида ривожланади, бунинг асосида турли сабаблар оқибатида (гломерулонефрит, пиелонефрит, интоксикация, органик захарлар, оғир металл тузлари ва бошқалар билан захарланиш) буйракларда қон айланишининг бузилиши (ишемия, гипоксия) ётади.

Постренал анурия юқори сийдик йўлларида сийдик оқимининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Постренал ануриянинг энг кўп учрайдиган сабаблари қуйидагилардир: иккала буйрак ёки сийдик найлари тошлари, сийдик найларининг ўсма билан ташқаридан сиқилиши, операция пайтида сийдик найларини билмасдан боғлаб қўйиш, ўткир уратли уропатия ва бошқалар.

Олигурия – сутка мобайнидаги диурез миқдорининг 500мл дан камайишидир (100-500 мл).

Олигуриянинг физиологик ва патологик турлари фарқланади.

Физиологик олигурия соғлом кишиларда суюқликларни кам миқдорда истеъмол қилган ҳолларда ҳам кузатилиши мумкин. Бу ҳолларда сийдик меъёрга нисбатан кучли концентрланган, нисбий зичлиги юқорироқ бўлади.

Патологик олигурия буйрак етишмовчилигининг симптомларидан бири бўлиб, у жуда ёмон прогностик белгидир. Олигурия, урологик касалликлардан ташқари, кўп миқдорда суюқлик йўқотиш билан боғлиқ бўлган барча патологик жараёнларда (қон йўқотиш, кучли ич кетиш, тинимсиз қусиш, терлаш, иситма чиқиши) ҳамда шишлар билан кечувчи юрак етишмовчилигида кузатилиши мумкин.

Ануриянинг клиник кўриниши уни келтириб чиқарган сабабига боғлиқ. Анурия сийдикнинг ва сийишга чақириқнинг йўқлигига шикоятлари билан, гомеостазнинг бузилиши ва уремик интоксикация билан характерланади. Постренал анурияда пайпаслаганда бел соҳасида мушакларнинг таранглашиши аниқланиши мумкин, буйрак соҳаси кучли оғриқли бўлиши, баъзан катталашган буйрак пайпасланиши мумкин. «Туккиллантиш» симптоми мусбат бўлиши мумкин. Пайпаслаганда қовуқ аниқланмайди. Эркакларда сийдик найларига ўсиб ўтган простата бези ракини истисно этиш мақсадида тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш зарур.

Қон таҳлилида азот қолдиқлари (мочевина, креатинин) миқдорининг ошиши, сув-электролит балансининг ва тананинг кислотали-ишқорий ҳолатининг бузилиши ва PSA (простата специфик антиген) ошиши мумкин.

Сийдик кам миқдорда (10-30 мл) бўлса ҳам, уни текшириш анурия сабабини аниқлашга имкон беради: Гемолитик шокда гемоглобин парчаларининг, эзилиш синдромида миоглобин кристалларининг, сульфаниламидли анурияда сульфаниламидлар кристалларининг борлиги ва ҳоказо.

Уросепсис оқибатида ривожланган анурияда сийдик таҳлилида лейкоцитлар сони кўриш майдонида 400 дан ортиқ, 1 мл сийдик таркибида

бактериялар сони 100000 дан ортиқ эканлиги аниқланади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C ҳароратда сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоқонтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Ультратовушли текширув. Юқори сийдик йўлларида обструкция, тошлар ёки ўсмалар мавжудлигини, ҳамда қовуқда сийдикнинг борлигини аниқлаш мақсадида беморнинг буйраклари, сийдик найлари, қовуқ ва простата беи ультратовушли текширувдан ўтказилади. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар ёки ўсмалар аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга кўрсатиш керак.

Анурияни сийдик тутилишидан фарқлаш зарур. Анурияда сийишга чақирик (қистов) ва қовуқда сийдик бўлмайди.

Ўткир сийдик тутилиши тўсатдан ривожланади, сийишга чақирик бўла туриб, бемор сия олмаслиги билан характерланади, қовуқ ёки қов усти соҳасида оғриқлар билан бирга кечади, шу билан бир вақтда қовуқ тўла бўлади.

Анамнез, қовуқни пайпаслаш ва сийдик йўлларида ультратовушда текшириш анурияни сийдик тутилишидан осонгина қиёсий ташхислашга имкон беради.

Даволаш ануриянинг сабаблари ва клиник кўринишларига боғлиқ. Аренал, преренал ва ренал анурияни даволаш гемодиализ ўтказишга мувофиқлаштирилган асбоблар билан жиҳозланган ушбу йўналишга марказлаштирилган касалхонада амалга оширилиши лозим.

Постренал анурияни даволашда сийдик оқимини тиклашга йўналтирилган тадбирлар етакчи аҳамиятга эга, бунинг учун беморни дарҳол мутахассис-урологга жўнатиш зарур.

Агар бемор мурожаат қилган вақтда аҳволи оғир бўлса, бу интоксикация ҳисобига бўлиши мумкин, бундай ҳолларда симптоматик даволаш мақсадида юракни қувватловчи дорилар, суюқликларни томчилаб қуйиш, ошқозон ва ичакларни ювиш, антидотларни қўллаб вақтинча ёрдам кўрсатиш мумкин.

Қовуқни катетерлаш

Қовуқни катетерлашга кўрсатма бўлиб сийдик тутилиши ҳисобланади. Бундан ташқари, ушбу чора қовуққа дориларни ва рентген-контраст моддаларини киритиш учун ҳам амалга оширилади.

Қовуқни катетерлашда бемор тепага қараб (чалқанча) ётқизилган бўлади.

Катетерлаш учун унинг эластик тури ишлатилади. Муолажа асептиканинг барча қоидаларига риоя қилинган ҳолда бажарилади.

Аёлларда қовуққа катетер киритиш техникаси: куракка ётқизилган ҳолатда, оёқлари икки томонга очилган бўлиб, қин даҳлизи ва уретранинг ташқи тешиги атрофи совунли эритмага ботирилган докали тампон билан 2 маротаба ишлов берилади, сўнгра 3-чи тампон билан қуритиб артилади. Шундан кейин стерил пинцет билан катетер уретра орқали қовуққа киритилади.

Эркакларда қовуққа катетерни киритиш техникаси: олат бошчаси ён томонидан чап қўл билан ушланади ва уретранинг шиллиқ қаватидаги бурмаларни тўғирлаш учун олат салгина юқорига қараб тортилади. Уретранинг ташқи тешиги ва олат бошчаси антисептик эритмалар билан артилгандан кейин глицерин суркалган катетер қовуққа уретра орқали киритилади.

Қовуқни катетерлашга қарши кўрсатма бўлиб уретроррагия, ўткир уретрит, цистит, простатит ва бошқа ҳолатлар ҳисобланади.

VII. БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ.

Соч парвариши

Фартук кийиб, қўл ювилади ва қўлқоп кийилади. Ювиш воситалари, клёнка, тоғора, тароқ, сочиқ ва чойшаблар тайёрланади. Агар бемор ётиш режимида бўлса, боши сал кўтарилиб, энгса томонига тоғора қўйилади. Соч илиқ (36^0 - 37^0) сув ва махсус воситалар ёрдамида ювилади.

Кейин сочиқ билан артилади ва таралади. Оғир ётган беморларнинг сочини ҳафтада бир марта махсус воситалар билан ювиб туриш керак.

Кўз парвариши

Қўл ювилиб, стерил қўлқоп кийилади.

Пипетка, 1:1000 нисбат фурацилин эритмаси, стерил, салфетка, лоток тайёрланади. Беморнинг пастки қовоғи чап қўл кўрсаткич бармоғи билан пастга тортилиб, пипетка билан илиқ антисептик эритма кўзга томизилиб ювилади.

Стерил салфетка билан артилади ва қурилади. Ишлатилган анжомлар зарарсизлантирилади.

Қулоқ бўшлиғини парвариш қилиш

Қўл яхшилаб ювилиб, қурилади. Перикс водороднинг 3% илитилган эритмаси, пипетка, пахта пликча трундаси, лоток, плёнка ва резина қўлқоп тайёрланади. Ҳамшира беморга муолажа ҳақида хабар бериб, тушунтиради.

Резина қўлқоп кийилиб, беморнинг кўкрак қисмига елкаси билан плёнка солинади.

Беморнинг боши қарама-қарши томонга энгаштирилади. Ўнг қўлга пипетка олиниб, илитилган 3% перикс водород эритмаси пипетка билан тортиб олинади.

Чап қўл билан қулоқ супраси орқага ва юқорига тортилиб, қулоқ бўшлиғига 3-4 томчи томизилади. Кейин айланма ҳаракатлар ёрдамида пахта пликча трундаси билан қулоқ бўшлиғи артилади ва қурилади.

Шу тартибда иккинчи қулоқ ҳам тозаланилади. Ишлатилган анжомлар зарарсизлантирилади.

Бурун бўшлиғини парвариш қилиш

Қўл ювилиб, стерил қўлқоп кийилади. Пахта пликча трундаси, илиқ вазелин ёки глицерин, ўсимлик мойи, пипетка ва пинцет тайёрланади.

Ҳамшира беморга муолажа ҳақида хабар бериб, тушунтиради. Беморнинг боши орқа томонга энгаштирилади. Ўнг қўл билан пипеткага мойлардан бири сўриб олинади ва буруннинг чап каналига 5-6 томчи

томизилади. 2-3 дақиқадан сўнг пахта трундаси айланма ҳаракат билан каналчаларга киргизилиб артилади.

Муолажа бурун тоза бўлгунча такрорланади.

Худди шу тартибда буруннинг иккинчи каналчаси тозаланади.

Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш

Қўл ювилиб, стерил қўлқоп кийилади. Антисептик эритмалардан 0,2% натрий гидрокарбонат эритмаси ёки 1:5000 нисбатдаги фурацилин эритмаси, лоток, пинцет, кохер қисқичи, доқа, салфетка, шпател, хлоромин эритмаси, оғизни кенгайтирувчи ва тилни ушлаб турувчи асбоблар тайёрланади.

Беморга муолажа ҳақида хабар бериб, тушунтирилади. Бемор боши ён томонга энгаштирилиб, олдида лоток қўйилади.

Бемор оғизни катта очиш сўралади. Агар бемор оғзини оча олмаса, оғиз кенгайтириш билан ушлаб олинади. Шпател ёрдамида тилча орқага итарилади. Антисептик эритма билан шимдирилган тампон ёрдамида тишлар, мулк, оғиз бўшлиғи ва тил артилади. Агар лаб, лунжлар қуруқ ёки ёрилган бўлса, вазелин суртилади.

Ишлатилган анжомлар зарарсизлантирилади.

Терини парвариш қилиш, ювиш

Фартук, ниқоб тақилиб, қўл ювилади ва қўлқоп кийилади.

Мочалка, совун, чётка, сув термометри, окликлар ҳозирланади.

Хона ҳарорати ўлчанади. Ванна хлоромин эритмаси билан 2 марта (ҳар 5-10 дақиқада) зарарсизлантирилади. Ванна махсус воситалар билан чётка ёрдамида ювилади ва иссиқ сувга чайилади. Ванна сувга тўлдирилиб, ҳарорати ўлчанади (сув ҳарорати 37°C бўлиши керак). Беморга ваннага тушишига ёрдам берилади.

Беморнинг боши, танаси ва қўл-оёқлари совун билан ювилади ва илик сув билан чайилади.

Беморнинг ваннадан чиқишига ёрдамлашилади ва сочиқ билан артилади. Бемор тоза кийим кийгизилиб, палатасига олиб борилади.

Бемор ювинтирилганлиги тўғрисида касаллик баёнига ёзиб қўйилади.

Ишлатилган анжомлар зарарсизлантирилади.

Оқликларни алмаштириш

Бўлимда кунига 2 маҳал жорий тозалик, ҳафтада бир марта мукамал тозалик бажарилиб, бу ҳақда махсус дафтарга қайд қилиб, ҳамшира ва кичик тиббий ходимлар имзо қўйишлари лозим.

Бемор хонасини шамоллатиб туриш керак. Ёз мавсумида ойналарга сетка тутиб, кейин олиб қўйиш зарур. Қиш пайтлари дераза форточкалари

орқали хона кунига 3-4 марта шамоллатилади. Беморнинг чойшаблари ҳар ҳафтада (айрим ҳолларда ҳар куни, ёки ҳар куни бир неча марта) алмаштирилади. Бемор ётоқ режимида бўлса, ҳамшира, кичик тиббий ходим билан ушбу вазифани бажаради. Бемор бош томонидан белигача оклик (простина) ичкарига қараб ўралади, кейин оёқ қисми томонидан худди шу томонга параллел равишда белгача ўралади ва секин тортиб олинади.

Янги (тоза) оклик (простина) худди шу тарзда икки томондан ўраб, бемор думғаза тагига кичик тиббий ходим билан бирга кўтариб қўйилади. Олдин бош томони, кейин оёқ томони текис қилиб ёйилади.

Бошқача усулда ҳам уларни алмаштириш мумкин. Бунда бемор ўнг ёнбошга ётқизилади, оклик узунасига ташқаридан ичкарига қараб ўралади, кейин бемор чап ёнбошга ётқизилиб, эски оклик ўраб олинади. Худди шу тарзда янгисига алмаштирилади.

Тўшак устидаги оклик - жилд нафақат унинг устида, балки ёнларида ҳам осилиб турмасдан, тўшак остига кириб туриши керак.

Терини артиш

Қўл ювилиб, қўлқоп кийилади. Камфора спирти, сиркали ва илиқ сув, айрим спиртли эритма, атир, ароқ, клёнка ва юмшоқ мачалка тайёрланади. Юмшоқ мачалка эритмаларнинг бири билан ҳўлланади ва тери артилади.

Муолажа вақти 30 дақиқа.

Беморни кийинтириш

Бемор куйлагини алмаштириш учун қўли олдинга крест қилиб турилади, ҳамшира икки қўли билан қўйлакнинг пастки ички томонидан ташқарига қилиб, юқори кўтариб бош қисми ечилади. Кейин бемор икки қўлини тепага кўтарган ҳолда қўйлак ечиб олади. Тоза қўйлакни кийгизишда шу ҳол такрорланади.

Агар беморнинг бир қўли жароҳатланган бўлса, олдин соғлом қўл кейин жароҳатланганидан секин ечилади. Кийинтиришда олдин жароҳатлангани, кейин соғлом қўлдан кийгизилади.

Ётиш тартибидаги беморларни парвариш қилиш

Қатъий ётиш режимига риоя қилиш керак бўлган беморлар алоҳида парваришга муҳтож. Беморларнинг физиологик эҳтиёжларини қондириш, сийдик қопини бўшатиш, ичи келиши (ахлат чиқиши) учун тувақлар қўйиш, шунга ўхшаган ишларни амалга ошириш зарур бўлади.

Маълумки тери ҳимоя, сезги, тер ажратиш, иссиқликни идора қилиш, нафас олиш, ташқи муҳитдан ҳимоя қилиш ва бошқа вазифаларни бажаради. Бу вазифаларни бекаму-қўст бажариши учун тери озода бўлиб, кир бўлмаслиги керак. Ётган бемор ўзи ювина олмагани учун уни ҳамшира ҳар куни эрталаб ва кечкурун ювинтиради. Бадандан ажралаётган ёғ, тер,

микроб чанглар билан кўшилиб, терини ифлослантиради. Касалхонада ётган беморлар ҳафтада бир маротаба гигиеник ванна ёки душ қабул қилишлари зарур. Ётган беморларнинг бадан териси ҳар куни бир неча марта нам сочиқ билан артилади. Терини артиш учун зарарсизлантирувчи спиртли эритма, сирка кислотасининг 0,1% ли эритмаси ёки комфара спирти ва бошқалардан фойдаланилади. Оқликлар ғижими бўлиши, бемор ётган жойнинг текис бўлмаслиги, терининг узок вақт босилиб қолиши, оқибатида, беморларни сифатсиз парвариш қилиш натижасида маҳаллий қон айланишининг бузилиши сабабли ётоқ яралар келиб чиқади. Ётоқ яралар пайдо бўлишида асосан учта сабаб катта рол ўйнайди:

Босим.

Одам вазнининг оғирлигидан тўқима ва суякларга босим таъсир қилиб, тана аъзоларини сиқиб қўяди ва шу жой етарли қон билан таъминланмайди.

Кесувчи куч.

Тўқималарнинг бузилиши механик зарар кўриш, шу жойга таъсир қилувчи босим натижасида юзага келади. Босим натижасида қон билан таъминланиши бузилган тўқима, бемор бурилганда ёки сирғаниб тураётганда тери кесилиши-йиртилиши ёки лимфа томирлари, мускул толалари узилиши мумкин, бу эса, чуқур яраларнинг ҳосил бўлишига олиб келади.

Ишқаланиш.

Бу кесувчи кучнинг бир қисми бўлиб, юзаки тери яралари ҳосил бўлишига олиб келади. Бу ҳол сийдик ушлай олмайдиган беморларда, сийдикли оқмаларда, кўп терлаб кетиш, ҳаво ўтказмайдиган кийимда ётиш, бемор тагига тўшалган клёнка тез-тез алмаштирилмагандан юзага келади. Ётоқ яралар узок вақт чалқанча ётишга мажбур бўлган оғир, ҳолсиз беморларда, кўпроқ, думғаза, курак соҳасида, тўқиманинг ташқи қисми ва тирсакда пайдо бўлиши мумкин.

Ётоқ яранинг олдини олиш чора-тадбирлари

Бемор ва уларнинг парвариш қилувчиларга ётоқ яра ҳосил бўлиши сабаблари ва унинг оқибатларини олдиндан тушунтириш керак.

Ёрдамчи воситалар билан беморнинг ҳаракат қилиш имкониятини ошириш зарур.

Ётоқ яранинг олдини олишда илмий асосланган қуйидаги фикрлар мавжуд:

- Босимни бартараф қилиш, оғир ётган беморларни (мумкин бўлса) ҳолатини ўзгартириб туриш, махсус кароват, ёстиқ ва тўшак, резина чамбарак (парли, қўй жунидан, ҳаво ёки сув тўлдирилган ёстиқ ва тўшаклар)дан фойдаланиш;

- тўқималарни тикловчи, соғайтирувчи, ички шарт-шароитларни белгилаш, витаминларга бой овқатланиш, ичак фаолиятини яхшилаш ва камқонликнинг олдини олиш;

- тўқималарга таъсир қилувчи ташқи шароитни яхшилаш- тери бутунлигини сақлаш ва шикастлантормаслик, сийдик ва ахлат тўқилмаслигининг олдини олиш ва умуман беморларни парваришлашни яхшилаш.

Ётоқ яра ҳосил бўлиши мумкин бўлган жойларни эрталаб ва кечкурун 10%ли камфора спирти ёки 0,5%ли нашатир спиртга ҳўлланган дока тампон билан артиб туриш, ўз-ўзига ёрдам беришни ўргатиш керак бўлади.

Ётоқ яраларни даволаш

Ётоқ яра ҳосил бўлиш сабабини иложи борица йўқотиш ёки камайитириш чора-тадбирларини кўриш лозим. Ётоқ яраларини даволашда йоднинг спиртдаги 5-10% ли ёки бриллиант яшилнинг 1% ли эритмаларидан фойдаланилади. Яра некрозга учраган тўқималардан тозаланади. Протеолитик ферментлар гипертоник эритмалар ва қуритувчи боғламалар қўлланилади. Керак ҳолларда физиотерапия даво чоралари, биостимулятор, антибиотик ва сульфаниламидлардан фойдаланилади.

Ётоқ яраларни парваришлаш

1. Кўл ювилади, қуритилади ва қўлқоп кийилади.
 2. Тайёрланади: антисептик восита (камфора спирти, сиркали сув, ярим спиртли эритма, атир, ароқ) ёки қайнатилган илиқ сув, салфетка, лоток, резена чамбарак.
 3. Ётоқ яра пайдо бўлган соҳа кўздан кечирилади;
 4. Эритма ёки сувда ҳўлланган салфетка олинади;
 5. Айланма ҳаракат билан тери қизаргунча артилади;
 6. Қолган тери соҳалари ҳам шу тарзда артилади. Салфеткалар алмаштирилиб турилади;
 7. Беморнинг ички кийимлари тўғирлаб қўйилади;
 8. Ётоқ яра пайдо бўлган соҳага резина чамбарак қўйилади;
 9. Беморга қулай шароит яратилади;
- Муолажа ҳар 2-3 соатда ўтказилади.

Зарарсизлантириш

Боғлов ашёлари 3% ли хлорли оҳак эритмасига бўктириб қўйилади. Тиббий асбоблар 3% ли хлорли оҳак эритмасига 60 дақиқа бўктириб қўйилади, сўнгра чайилади.

Оғир ётган беморларни парвариш қилиш

Беморларнинг озода бўлиши уларни парвариш қилувчиларга боғлиқ. Оғир беморларни вақтида ювинтириш ва айрим аъзоларини тозалаб

туриш керак. Беморни ювинтириш учун илиқ сув солинган идиш тайёрланилади ва унга юмшоқ материалдан ҳозирланган «қўлқоп» ботириб олинади. Ортиқча сув сиқиб чиқарилиб, «қўлқоп» чап қўлга кийилиб, бемор юзи артилади, кейин сочиқ билан қурилади. Оғир беморларнинг оғиз бўшлиғига ҳам эътибор бериш керак, унда овқат қолдиқлари қолиб, микро-организмлар йиғилиб, ёқимсиз ҳидлар пайдо бўлиши мумкин. Бунинг учун қўллар ювилиб, қўлқоп кийилади, чап қўлга тоза шпател олиниб, юқори лаблар кўтарилади ва тепа милкнинг шиллиқ пардаси артилади, сўнг пастки лаблар тортилади ва милкнинг шиллиқ пардаси артилади. Тил стерил дока салфетка билан артилиб, чап қўл билан оғиз бўшлиғидан оҳиста чиқарилади. Антисептик эритмага ҳўлланган дока салфетка билан тилдаги карашлар олинади салфетка, 2-3 марта алмаштирилиб, тил артилади. Беморнинг лаблари ёрилган бўлса, стерил салфеткага вазелин суртилиб, юқори ва пастки лаблар артилади. Кўзда ҳосил бўлган ажратмалар натижасида киприклар ёпишиб қолиши мумкин. Бу ҳолда антисептик 0,02%ли фурациллин ёки 1-2%ли натрий гидрокарбонат эритмасига ҳўлланган стерил тампон ёрдамида артилади. Бемор тирноқларини ҳам ҳафтада бир марта олиб туриш керак. Бунинг учун илиқ сув солинган тоғорачага бармоқлар 2-3 минут солиб турилади. Кейин бешинчи бармоқдан бошлаб 1-2 мм қолдирилиб тирноқ олинади. Охирги бармоқ қолганда, иккинчи қўл бармоқлари сувга тикилади ва иккинчи қўлнинг тирноқлари ҳам худди олдингидай олинади. Тирноқларга махсус эгов билан ишлов берилади (қайчи, эговлар дезинфекция қилинган бўлиши керак). Худди шу тарзда оёқ бармоғидаги тирноқлар ҳам олинади. Ётган беморларни сочиға ҳам парвариш бериш лозим бўлади. Эркак беморлар сочи вақти-вақти билан майда қирқиб турилади, аёлларнинг сочи эса, 1-2% уксус эритмасига ботирилган майда тароқ билан ҳар куни тараб турилади. Камида ҳафтада бир марта бош махсус мосламалар ва воситалар ёрдамида ювилади.

Оғир ётган беморларнинг оёқларини ювиш

Қўл ювилиб, қўлқоп кийилади. Тоғора, 36-37 °C илиқ сув, совун, клёнка, қайчи, кўзача тайёрланади. Тўшак оёқ томонидан букланади ва клёнка ёзилади. Беморнинг оёқлари тоғорага солинади.

Оёқлар бирин-бирин совун билан яхшилаб ювилади. Тирноқлар ўсган бўлса, қайчи ёрдамида олинади.

Кейин сочиқ билан артилади. Ишлатилган нарсалар зарарсизлантирилади.

Оғир ётган беморларнинг айрим аъзоларини ювиш

Қўл ювилиб, қўлқоп кийилади. Илиқ сув, идиш, пахта шариклари, салфетка, судна ва клёнка тайёрланади.

Бемор тагига клёнка ёзилиб, судна қўйилади.

Бемордан оёқларини букиб, оёқ ораликларини очиш сўралади.

Сон соҳаси, жинсий аъзолар, эркакларда чов бурмалари ювилади ва артилади.

Аёлларда жинсий лаблар ораси сув оқими билан, салфетка ёрдамида юқоридан пастга ювилади. Тампонлар алмашлаб турилади.

Кейин кичик жинсий лаблар ораси, сийдик чиқариш йўли атрофи сув оқими билан салфетка ёрдамида юқоридан пастга қараб ювилади.

Қуруқ стерил салфетка билан юқоридан пастга қараб артилади.

Орқа чиқарув йўллари ҳам ювилади ва артилади. Ишлатилган анжомлар зарарсизлантирилади.

Иситмалаётган бемор парвариши

Соғлом тана ҳарорати меъёрий бўлиб, эрталаб ва кечки соатларда озгина ўзгариб туради. Ҳар бир инсон ўз тана ҳароратининг меъёрий даражасини билиши керак, чунки айрим беморлар учун $37,2^{\circ}\text{C}$ меъёр бўлса, бошқа беморлар учун кўрсаткич сезиларли бўлиши мумкин. Тана ҳарорати - жисмоний ҳаракат, биологик жараён, стресс ва бошқа омилларга боғлиқ. Тана ҳароратини аниқлаш ва ишончли бўлиши учун доимо бир жойда, бир вақтда, бир хил термометрлардан фойдаланган маъқул. Беморлар совуқ ёки иссиқ ичимлик истеъмол қилган бўлса, тана ҳарорати 15 дақиқадан кейин аниқланади. Тана ҳарорати оғиз бўшлиғи қўлтиқ ости, кулоқ пардаси, - тўғри ичак «per rectum», қин- «per vaginum»да ўлчаниши мумкин. Қўлтиқ остида ўлчанганда, ўша жой қуруқ салфетка билан артилади (акс ҳолда термометр кўрсаткичи нотўғри бўлади) ва термометр қўлтиқ остида 5 дақиқа, қўл тирсак бўғимида букланган ҳолда кўйилади. Ҳарорат кўтарилиши- «иситма» бу тананинг ҳар хил таъсирларга фаол жавоби-ҳимоя реакциясидир.

Иситма ҳароратнинг кўтарилишига қараб :

1. Субфебрил-(38°C гача);
2. Фебрил -(38° - 39°C гача);
3. Пиретик - юқори ҳарорат (39° - 41°C гача);
4. Гиперпиретик - ўта юқори ҳарорат (41°C дан юқори) бўлади.

Ҳарорат давомийлигига қараб:

1. Қисқа муддатли - бир неча соатдан 1-2 кунгача;
2. Юқори -15 кунгача;
3. Ўртача юқори ҳарорат - 45 кунгача;
4. Сурункали -45 кундан ортиқ.

Ҳарорат ўзгариб туришига қараб қуйидагиларга бўлинади:

1. Доимий юқори иситма- тана ҳарорати бир кунда 1°C га ўзгариб 39°C гача кўтарилиши мумкин.

2. Ремиттирловчи иситма- тана ҳарорат юқори даражада бўлиб, 1-15⁰ С ўзгариб туради.

Иситмалаётган беморни парвариш қилишда ҳамшира ҳароратнинг кўтарилиши ва пасайиш давларига эътибор қаратиши керак. Ҳароратнинг кўтарилиш даврида тананинг иссиқлик ҳосил қилиши иссиқлик йўқотишдан устун бўлади. Бемор ҳароратнинг тез кўтарилишини анча оғир ўтказди. Қалтираш, эти увишиш, оёқ-қўллар, лаблар кўкариши ва бемор алаҳсираши мумкин. Ҳамшира дарҳол беморни яхшилаб ўраб, иссиқ чой ичириши, оёқларига исситгич қўйиши ва касални ёлғиз ташлаб кетмаслиги керак. Беморга кўпроқ, суюқлик ичириб, юқори қувватли, енгил ҳазм бўладиган нарсалардан, оз-оз, тез-тез овқатлантириб туриши керак. Бу даврда беморнинг оғзи қуриydi, лаблари ёрилади. Лаблар ва оғиз бўшлиғи натрий гидрокарбонатнинг кучсиз эритмаси билан артилиб, вазелин ёки глицерин суртилади.

Нафас олишга эътибор берилади, соғлом одам бир минутда 16-20 мартагача нафас олади. Бу ёш, жинс ва тана вазнига боғлиқ. Тана ҳароратининг кўтарилиши, асаб бузилиши, жисмоний ҳаракат ва бошқалар нафас ҳаракатини оширади. Беморни нафас олишини унга сездирмай аниқлаш лозим. Бунинг учун, гўё беморнинг пульсини аниқламоқчи бўлгандай пульс саналгандай қўлни ушлаб, иккинчи қўлни кўкрак қафаси устига қўйиб, нафас ҳаракатлари саналади. Нафас олишни кўкрак, қорин ва аралаш турлари тафовут қилинади. Эркакларда, асосан, қорин, болаларда эса аралаш турдаги нафас олиш кузатилади. Марказий нерв тизими фаолияти пасайганда нафас олиш секинлашади.

Оғир ҳолларда Чейн-Стокс, Биот ва Кусмаул туридаги патологик нафас олишлар кузатилади. Чейн-Стокс туридаги нафас, нафас ҳаракатларининг даврий пайдо бўлиши билан боғлиқ, улар орасидаги тўхталишлар кучайиб, кейинчалик эса, нафас олишнинг бутунлай тўхтаб қолиши кузатилиши мумкин. Биот туридаги нафас бир дақиқа давом этиши мумкин бўлган қаттиқ тўхталишлар билан таърифланади. Кусмауль типи бир текис, сийрак, кетма –кетлиги, шовқинли ва кучли нафас чиқариш билан кечади.

Хансираш нафас олишнинг қийинлашуви, ҳаво етишмаслигининг белгисидир. Инспиратор ва экспиратор хансирашлар бўлади. Инспиратор хансираш қийинлашган шовқинли нафас олиш бўлиб, кўпинча, нафас йўлларида механик тўсиқлар ҳосил бўлганда вужудга келади.

Экспиратор хансираш нафас чиқаришнинг қийинлашуви бўлиб, у кичик бронхларнинг қисилиши натижасида юзага келади. Нафас ҳаракатининг тезлашуви, унинг қисилиши, ҳаво етишмаслиги ва кучли хансираш кузатиладиган ҳолат-нафас қисилиши дейилади. Тўсатдан пайдо бўладиган нафас қисиш хуружи «астма» дейилади. Беморларда бундай ҳоллар кузатилганда ҳамшира шифокор кўрсатмаларини вақтида бажариши, ҳар бир ҳолатдан кўз-қулоқ бўлиб туриши керак. Димланган пневмониянинг олдини олиш учун, кўкрак қафаси комфара спирти ёки

мой билан артилади. Беморга шишириб туриш учун резина шарчалар берилади, бу эса, нафас йўллари харакатга келтириб, димланишнинг олдини олади. Кўп ётиб қолган беморларда йўтал пайдо бўлиши мумкин. Йўтал - бронхлар, юқори нафас йўлларида ёт жисмлар ва нафас йўлларида турли касалликларида шилимшиқ балғамнинг чиқишини таъминловчи ҳимоя реакциясидир. Балғам тури бўйича: шиллиқли, сероз, йирингли ва қон-аралаш бўлиши мумкин.

Кучли йўтал бўлганда бемор қон туфлаши мумкин. Йўтал вақтида қон ёки қон билан балғам аралашмасининг чиқиши хавфли касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин.

Ўпкадан қон оқишини меъдадан, ичак йўлларида қон оқишидан фарқлаш керак. Ўпкадан қон оқ қонда, ранги оч-қизил, кўпиксимон, ишқорли муҳитда ивимайдиган бўлади.

Меъда-ичак йўлларида қон кетганда «қаҳва қуйқасига» ўхшаш бўлади.

Беморларни операцияга тайёрлаш

Ҳамшира шифокор топшириқларини ўз вақтида бекаму-кўст бажариши керак. Бемор ва унинг қариндошларига операция тўғрисида тушунтириш, беморнинг ҳавотир ва қўрқув даражасини назорат қилиш лозим. Операция қилинадиган майдон пахтага шимдирилган антисептик модда билан марказдан четга қараб айланма ҳаракатлар билан артилади. Шу майдондаги туклар бир марталик лезвия билан марказдан четга қараб қириб ташланади. Тукларни қириб бўлгач, майдонга яна антисептик моддалар билан ишлов берилади. Тери илиқ сув билан ювилади ва стерил сочиқ билан артилади. Ишлатилган барча асбоб-ускуналар қоидага биноан йўқотилади. Тўшалган қўшимча чойшаб йиғиштирилиб олинади ва беморга тоза кийимларини кийишига ёрдамлашилади. Ҳамшира буюрилган топшириқларнинг тўла бажарганлигига ишонч ҳосил қилиши учун шифокор билан маслаҳатлашади. Касаллик баёнидаги барча маълумотларнинг қон ва сийдик таҳлиллари, RW реакцияси, ОИТС га текшириш, қон гуруҳи ва Rh фактор, рентген натижалари, ЭКГ маълумотлари, аллергия анамнез, бемор ва қариндошларини операцияга розилик берганлигини яна бир бор кўриб чиқади. Беморга барча қиммат баҳо тақинчоқлар ва буюмларини уйига бериб юборилиши тайинланади ва уни назорат қилинади. Кечқурун беморга тозаловчи ҳуқна қилинади. Бемор операциядан олдин тинч ухлаши, дам олиши керак. Шунинг учун кечқурун анестезиолог тавсияси билан тинчлантирувчи дорилар берилади. Беморга эрталаб сув ичмаслиги ва овқат емаслиги тайинланади.

Операциядан олдин бемор анестезиолог кўрсатган вақтда премедикация қилинади. Беморни руҳан тайёрлаганда премедикациядан кейин оғиз қуриши ва уйқучанлик пайдо бўлиши мумкин эканлиги тушунтирилади. Операциядан олдин барча протезлар, кўзойнақлар, линзалар олиб қўйилади ва уларнинг сақланиши назорат қилинади. Бемор операция

хонасига олиб кетилгунча қариндошлари билан гаплашиши учун имконият яратилади. Ҳамшира кичик тиббиёт ҳамшираси ёрдамида беморни аравачада операция хонасига кузатилади.

Операциядан кейинги даврда беморни парвариш қилиш

Бемор операция хонасидан олиб келингандан кейин ҳамшира даво варақасида ёзилган муолажаларни ўз вақтида тўлиқ бажаради. Жароҳатдаги дренажлар ҳолати, ундан қанча суюқлик чиқаётгани, унинг ранги, миқдорида аҳамият беради.

Назогастрал зондлар, венага қўйилган катетерлар, сийдик катетерлари ва операцияда қўйилган дренажлар назорат қилинади. Бемордан ўзини қандай ҳис қилаётганлиги, оғриқ бор-йўқлиги сўралади, боғламлар ҳолати кузатилади.

Организмга қувват бериш ва интоксикациянинг олдини олиш мақсадида венага томчилаётган суюқликлар миқдори, тезлиги назоратда бўлади. Даво варақасида кўрсатилган дори-дармонлар ўз вақтида қилинади. Вена ичига катетер қўйилган бўлса, қуйиладиган ва томир ичига юбориладиган дорилар ўша орқали юборилади. Дренажлар шифокор кўрсатмаси билан ажралма йиғиладиган ёпик идишга ёки фаол аспираторга уланади ва миқдори ёзиб борилади.

Жароҳатга қўйилган боғлам кўздан кечирилади, кейин шифокор кўрсатмаси билан алмаштирилади. Боғлам намланиб қолган бўлса, тез-тез алмаштирилади, бу жароҳатдан кўп миқдорда ажралма чиқаётганидан дарак беради. Бу ҳақда шифокорга айтилади ва унинг кўрсатмаси бўйича боғлам алмаштирилади.

Беморга нафас олиш машқлари ўргатилиб (нафас олиш машқлари операциядан олдин ўргатилиши керак) шу машқлар бажартирилади.

Агар беморда сийдик катетери қўйилмаган бўлса, унга сийиш таклиф қилинади. Оғриқсизлантириш ҳам сийиш жараёнини пасайтиради ва беморни ётган ҳолда сийиши ҳам бир мунча ноқулайликларни олиб келади. Сийдикнинг димланиб қолиши эса, урогенитал инфекциянинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Кароват мурувватларини бураб, беморга қулай шароит яратилиши керак. Шифокор тавсиясига кўра, қанча суюқлик ичиш ва қандай овқатдан, қанча миқдорда ейиши тушунтирилади, беморга ёрдамлашилади. Беморнинг қариндош-уруғларига касал операциядан ёки реанимация бўлимидан палатага олиб келинганлиги тўғрисида хабар берилади. Касалхона ички тартиб-қоидаларига биноан бемор олдига қариндош-уруғлари киритилиши мумкин.

Кекса беморни парвариш қилиш

«Геронтология» инсоннинг қариш жараёнини ўрганадиган фан (юнонча-“geros”-“кекса, қари”, “logos”-“билим, фан” деган маъноларни билдиради).

Геронтология ҳозирги вақтда мустақил фан бўлиб ҳисобланади. Қарилик ҳаёт жараёнининг қонуниятига асосланган яқуний даври бўлиб, эмбрионал, пост эмбрионал, болалик, ўсмирлик ва кексаликдан кейин туради.

1963 йилда Киевда ўтказилган Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг қарилик жараёни ҳақидаги семинарида:

- 45 ёшдан -59 ёшгача - ўрта ёш;
- 60 ёшдан -74 ёшгача – кексайган;
- 75 ёшдан - 89 ёшгача – қарилик;

- 90 ёш ва ундан катталар, катта ёшдагилар-узоқ умр кўрувчилар «умри боқийлар» деб ҳисобланадилар деб қабул қилинди. Демак қарилик 75 ёшдан кейин бошланади деб ҳисобланади. Тана умр давомида нафақат анатомик, балки функционал жиҳатдан ҳам маълум бир ўзгаришларни бошидан кечиради. Қариликда юз териси қуруқ, буришган, серажин бўлиб, у юпқалашгандан ва ёғ клечаткаларининг камайганидан томирлар бўртиб туради. Сочлар тушган, оқарган, тишлар тушган ёки кам, умуртқа поғонаси букчайган, ҳаракатлар сусайган бўлади.

Эволюция мобайнида танада қариш билан қарама-қарши бўлган «Витаукт» (“vitas” лотинча “ҳаёт узун” дегани) тушунчаси ҳам мавжуд. Унга тананинг мослашишини чиниқтириш, қувватини ошириш ва унинг натижасида инсон умрини ўзайтириш чора-тадбирлари киради. Умрни узайтириш учун унга салбий таъсир қиладиган эндоген (турли касалликлар, ирсий омиллар) ва экзоген (руҳий стресслар, гиподинамика, семириш, нотўғри овқатланиш, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, экологик муҳит) омилларининг олдини олиш керак.

Кекса одамлар билан гаплашиш тиббиёт ходимларидан жуда усталик, уддабуронликни талаб қиладди. Қари одамларда эшитиш, кўришнинг пасайиши, асаб тизимларининг умуман, барча аъзоларнинг фаолияти сусайганлиги, кекса одамнинг инжиқлиги, эзмалиги тиббиёт ходимини толиқтирмаслиги лозим. Қарияларга касалхонада зарур шароитлар яратиш, улар билан кўпроқ суҳбатда бўлиш керак. Ҳамшира бундай беморларни нафақат овқатлантириш, кийинтириш, ювинтириш, балки, улар билан руҳий мулоқат ўрнатиб, уларнинг соғайишига ишонч туйғусини уйғотиши лозим.

Қарияларда уйқу тартибсиз бўлиб, улар ёшларга қараганда камроқ ухлайдилар. Уйқусизликка бошқа сабаблар бўлса, уни аниқлаш даркор. Касалхона коридорларида, ваннахона, ҳожатхонада ортиқча нарсалар бўлмаслиги, қариялар ҳаракатланишига ҳалақит бермаслиги керак. Кекса одамларнинг бир ўзини ҳожатхона, ваннахонага киргизиб юбормаслик, уларнинг ёнида бўлиш зарур. Кекса беморларни парвариш қилишда

тиббиёт ходимларига янада этика, эстетика ва деонтология қоидаларига риоя қилган ҳолда, беморнинг шахсини ҳурмат қилиши, унинг жисмоний ва психик камчиликларига (инжиқлик, эзмалик, баъзан ақли пастлик) сабр қаноатли бўлишлари тавсия қилинади.

VIII. БЕМОРЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ

Овқатланиш - бу тананинг ҳаёт фаолиятини таъминлаш, саломатлик ва иш қобилиятини сақлаб туриш учун зарур озиқ моддаларни ўзлаштириш жараёнига айтилади. Овқат таркибида оксил, углевод, ёғлар, минерал туз, витаминлар бўлиши керак.

Оксил – овқатнинг энг муҳим таркибий қисмидир. Қабул қилинган физиологик талабларнинг рациондаги умумий қуввати 14 % ҳисобига бўлиши тавсия қилинган. Бир кунлик рационда ўсимлик оксиллари 40 % дан ошмаслиги керак. Катта одам бир кунда 80-100 гр оксил қабул қилса, мўътадил физиологик шароитда тананинг енгил иш вақтидаги эҳтиёжларини қондиради.

Ўртача оғирликдаги меҳнат фаолиятида 120 гр, оғир жисмоний меҳнатда 150-160 гр. оксил истеъмол қилиш керак. Шундан камида 30 % хайвон оксиллари бўлиши керак. Зарур ҳаёт фаолияти учун энергиянинг ярмидан кўпроғини одам танаси углеводлардан олади.

Углеводлар миқдори кунлик овқат рационининг қувватига қараб, ҳар 100 ккалга 124 гр углевод ҳисобидан белгиланади. Одам овқатида углеводларнинг кунлик миқдори 400-500 гр. бўлиши керак. Ёғлар танани энергия билан таъминлаб турадиган тайёр ёнилғи манбаидир. Улар тана томонидан оксиллар, баъзи минерал тузлар ва ёғда эрийдиган витаминларнинг мўътадил узайтирилиши учун ҳам зарур.

Биологик жиҳатдан оптимал баланс юзага келиши учун ёғларга бўлган кунлик эҳтиёжнинг 70-80% ўсимлик мойлари ҳисобига бўлиши керак. Овқат рационда камида 60 гр ёғ бўлиши лозим. Одам бир кунда 3000 ккал куч сарфласа, 100 гр. ёғ истеъмол қилиши зарур.

Озиқ-овқат таркиби ва у қанчалик ўзлаштирилишини билиб олиб, ейилган овқатнинг энергетик қийматини ҳисоблаб чиқиш мумкин.

Каллорик коэффецент-яъни иссиқлик коэффеценти – 1 грамм модда ёнганда юзага чиқадиган иссиқлик миқдорига айтилади.

Рубнер маълумоти бўйича

1 гр оксил -1,4 ккал.

1 гр ёғ – 9,3 ккал

1 гр углевод – 1,4 ккалга эга.

Соғлом одам кунига 4 марта овқатланиши: биринчи нонушта (25%), иккинчи нонушта (15%), тушлик (35%) ва кечки овқатланиши (25%) дан иборат.

Ҳар хил касалликларга қараб, турли хил парҳезлар буюрилади.

Ҳозирги кунда 15 та асосий даволовчи парҳезлар мавжуд:

Парҳез № 1 (1 а)

- Меъда ва 12 бармоқ яраси касалликларида;

- Ўткир гастрит,

- Ўта қайталамаган сурункали гастритларда (меъёр ва юқори секреция билан).

Парҳез № 2

- Сурункали гастрит (меъда шираси етишмаслиги) (анацид гастрит);
- Ўткир гастрит, энтерит, колит;
- Операциядан кейинги беморлар.

Парҳез № 3

- Сурункали ичак касалликларида (қабзият).

Парҳез № 4 (4в)

- Ўткир колит, энтерит (диарея билан);
- Дизентерия;
- Қорин тифи, сальмонеллёз, холера.

Парҳез № 5 (5а, 5п)

- Ўткир гепатит ва холецистит тузалиш босқичларида
- Жигар церози;
- Ўт тош касаллигида (қўзғалиш даврида);
- Холангит (ўт йўллари касалликларида);

Парҳез № 6

- Пурин алмашуви бузилганда – подагра;
- Сийдик-тош касаллигида (уратурия, оксалатурия).

Парҳез № 7 (7а, 7 б)

- Ўткир нефрит (тузалиш даврида);
- Сурункали нефрит;
- Нефропатия (ҳомиладорликда);
- Сурункали пиелонефрит.

Парҳез № 8

- Алиментар семириш.

Парҳез № 9

- Қандли диабет;
- Ревматизм, бронх. Астма.

Парҳез № 10 (10а, 10 с)

- Юрак-қон томирлари касалликларида;
- Гипертония;
- Ревматизм;
- Пневмония;
- Сурункали нефрит ва пиелонефрит.

Парҳез № 11

- Туберкулёз;
- Анемия;
- Лейкоз (қон касалликлари);
- Оғир травма, операция, юқумли касалликлардан кейинги ҳолатда (истощение).

Парҳез № 13

- Ўткир юқумли касалликлар (ОРВИ, корь, скарлатина, краснуха).
- операциядан кейинги давр (суюқ, юмшоқ тўқималар операциядан кейин);

Парҳез № 14

- Сийдик-тош касаллиги (фосфатурия).

Парҳез № 15

- Умумий стол (махсус парҳез талаб қилинмайди).

Бундан ташқари махсус парҳезлар ҳам мавжуд: Карелл парҳези қон айланиши етишмовчилиги касаллигида, Мейленграхта парҳези меъда ярасидан қон кетганда ва бошқалар. Шифокор беморнинг касаллигидан келиб чиққан ҳолда маълум овқат парҳезини тайинлайди. Бўлим ҳамшираси касаллик баёнларида шифокор белгилаган парҳезларга қараб талабнома ёзади. Талабномага асосан, бўлимда ётган беморларга тайинланган парҳезлар бўйича овқат берилади. Овқат тайёрланиши, сифати, қуввати ва беморга қандай етказилиши парҳез шифокори ва ҳамшираси томонидан назорат қилинади. Овқатлантириш беморнинг ҳолатига қараб: фаол, суст ва сунъий бўлиши мумкин. Фаол овқатланиш-бемор бировнинг ёрдамисиз ўзи овқатлана олади. Суст овқатланиш-беморлар касаллиги ёки операциядан кейинги даврда қувватсизланиб қолганда мустақил овқатлана олмайди. Бундай беморларни ҳамшира овқатлантиради. Унда беморни ярим ўтирғизиб (мумкин бўлса) олдида салфетка ёки сочиқ тутилиб, оз-оздан овқатлантирилади.

Айрим ҳолларда беморни табиий овқатлантиришни сунъий овқатлантириш билан тўлдириш ёки алмаштириш мумкин.

Бунда овқат маҳсулотлари танага меъда зонди, гастростомадан (**операция йўли билан ошқозон терига чиқарилган**), ҳуқна тўғри ичак орқали, венага ёки мушак орасига юборилади.

IX. АЙРИМ АТАМАЛАР

Аборт – хомиладорликни сунъий тўхтатиш.

Абсорбция - ютиш, сўриш, сингдириш.

Абсцесс - турли аъзоларда бўладиган юпқа капсула билан чегараланган йирингли бўшлиқ.

Авитаминоз - организмда витамин етишмаслиги натижасида пайдо бўладиган касаллик.

Автоклав - сув буғи таъсирида, босим остида ишлайдиган қазон.

Агенезия - органларнинг туғма ривожланмаслиги.

Аденомэктомия - простата безидаги аденоматоз тўқимасни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш.

Азооспермия - эркак уруғ суюқлигида сперматозоидларнинг бўлмаслиги.

Аккомодация - мослашиш.

Акроалгия - қўл-оёқларда оғриқ хуружи.

Алкалоз - организмда кислота ҳамда ишқор мувозанатининг ишқор томонга силжиш.

Аллопластика - одам танасининг жароҳатланган, шикастланган жойларини ўзга тўқималар билан бутунлаш, пластика қилиш.

Аменорея - ҳайз кўрмаслик.

Анальгезия - оғриқни ҳис қилиш сезгисини йўқолиши.

Анальгетиклар - оғриқ сезишни йўқотадиган ёки пасайтирадиган дори воситалари.

Аэроб инфекция - фақат кислород бор шароитда ривожланадиган инфекция.

Анаэроб инфекция – кислородсиз шароитларда ривожланадиган инфекция.

Андрология - эркаклар сийдик таносил органларининг касалликлари ҳақида таълим.

Аневризм - томир ёки деворининг кенгайиши.

Анемия - камқонлик.

Анестезия - сезгининг йўқолиши, оғриқсизлантириш.

Асептика - жароҳатга микроб туширмаслик чора-тадбирлари.

Антисептика – жароҳатга тушган микробларга қарши курашиш.

Анурия – сутка давомида қовуқда сийдик бўлмаслиги.

Аортография - шох томир ва унинг شاҳобчаларини контраст моддалар юбориб, рентгенга тушуриш.

Аппендэктомия - чувалчангсимон ўсимтани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш.

Асфиксия - бўғилиш.

Асцит – қорин бўшлиғига сув йиғилиши.

Аускультация – стетоскоп (фонендоскоп) ёрдамида аъзолардаги товушларни эшитиб кўриш.

Ацидоз - организмда кислота ҳамда ишқор мувозанатини кислота томонга силжиши.

Асперматизм – эякулят бўлмаслиги

Анорхизм – туғма икки уруғдон бўлмаслиги.

Бактериемия - бактерияларнинг турли йўллار билан одам организмга кириб, қонга ўтиши.

Бактериофаг - бактерияларга таъсир этиб, уларни емириш хусусиятига эга вирус.

Бактериурия - сийдикда микроб бўлиши.

Бактерицид воситалар - бактерияларни ўлдирувчи воситалар.

Баланит - жинсий олат бош терисининг яллиғланиши.

Бленнорея - кўз шиллиқ пардасининг йирингли яллиғланиши.

Брадикардия - юрак уришини секинлашуви.

Бронхоскопия - бронхоскоп ёрдамида бронхларни кўриш.

Бронхоспазм - бронхларни қисқариши.

Бурсит – бўғимлар атрофида жойлашган шиллиқ халтачалар (бурсалар) нинг яллиғланиши.

Вазолигатура - томирларни боғлаш.

Вазостомия - чуқур томирларга доимий фистула (найча) қўйиш.

Вазэктомия - уруғ чиқарувчи йўл ёки унинг бир қисмини кесиб олиб ташлаш.

Варикоцеле - эркакларда уруғ тизимчаси веналарини варикоз кенгайтиши.

Васкулит - қон томирлари деворини яллиғланиши.

Венерология - таносил касалликлар ҳақида фан.

Венография - вена қон томирлари ичига контраст юбориб рентгенга тушириш.

Вирулентлик – микроб ёки вируснинг касаллик кўзғата олиш қобилияти (патогенлик) даражаси.

Вирусемия - вируснинг қонда бўлиши.

Гангрена - орган тўқималарнинг чириб, некрозга учраши.

Гастрит - ошқозон шиллиқ қаватини яллиғланиши.

Гастроскопия - гастроскоп орқали ошқозонни кўриш.

Гашишизм - нашавандлик.

Гельминтоз - гижжа касаллиги.

Гемартоз - бўғим ичига қон қуйилиши.

Гематокрит - қон таначалари ҳажмининг қон зардобига бўлган нисбатини аниқлаш учун ишлатиладиган асбоб.

Гематология - қон таркибини унинг хусусиятларини, касалликларини ўрганувчи фан.

Гематома - тўқима орасига қон тўпланиб қолиши.

Гематурия - сийдикда қон бўлиши.

Гемоглобин - эритроцитлар таркибидаги мавжуд нафас пигменти.

Гемолиз - эритроцитларнинг емирилиш жараёни.

Геморрой - бавосил касаллиги.

Гемостаз - қон тўхтатиш.

Гемотрансфузия - қон қуйиш.

Гемофилия - қон ивишининг сусайиши билан характерланадиган туғма касаллик.

Генеталий - аёллар жинсий аъзолари.

Генетика - ҳайвон ва ўсимликлар ирсияти ва унинг ўзгарувчанлиги ҳақидаги фан.

Гепатит - жигар яллиғланиши.

Гермафродитизм - бисексуаллик, бир шахсда икки жинсга оид белгиларнинг бўлиши.

Герниология - чурралар ҳақидаги фан.

Гигиена - касалликларни олдини олиш билан шуғулланадиган фан.

Гиперглемия - қонда қанд миқдорини ошиши.

Гипоглемия - қонда қанд миқдорини камайиши.

Гипертермия - организмда иссиқликнинг кўпайиши.

Гипертония - қон босимини кўтарилиши.

Гипертрофия - тўқима ёки органнинг ҳажмини ортқча катталашиб кетиши.

Гипотония - қон босимини пасайиши.

Гипс - кальцийнинг сувли сульфат тузи (гипслаш учун қўлланилади).

Гомоген - таркиби бир хил жинсли бўлган системалар.

Гормон - ички секреция безлари ишлаб чиқарадиган ва тўғридан-тўғри қонга қуйиладиган биологик фаол модда.

Госпитал - ҳарбий касалхона.

Гемоспермия – спермада қон бўлиши

Гинекомастия – эркаларда кўкрак безини аёлларникига ўхшаб катталашиши.

Гиперстенурия – сийдик солиштира оғирлиги ортиши.

Гипостенурия – сийдик солиштира оғирлиги камайиши.

Гидроуретер - сийдик найчасини кенгайиши.

Гидрокаликоз – буйрак косачасини кенгайиши.

Гидронефроз – буйрак жом – косачаси системасини кенгайиши

Гипоплазия – аъзонинг ривожланиши сусайиши оқибатида кичик бўлиб шаклланиши.

Гипоспадия – сийдик канали вентрал деворини ривожланмаслиги.

Дальтонизм - рангларни ажрата олмаслик.

Дантист - тиш касалликлари мутахассиси.

Дезинфекция - микробларни йўқотишга қаратилган тадбирлар.

Демография - аҳоли сонини ва унинг таркибини текшириш ва таърифлаш.

Деонтология - “бурч” маъносини билдиради.

Депрессия - руҳий тушкунлик.

Дерматит - терининг яллиғланиши.

Десенсибилизация - организмнинг аллергия ҳолатини камайтириш ёки йўқотиш.

Дефекация - ич келиши.

Дефект - камчилик, нуқсон.

Дефектология - камчилиги бор, нуқсонли болаларни ривожланиши ва тарбияси ҳақидаги фан.

Дефлорация – қизлик пардадан махрум бўлиш.

Диализ - коллоид эритмалар ва юқори молекулали моддалар эритмасини паст молекуляр аралашмалардан ажратиш усули.

Диафрагма - кўкрак қафасини қорин бўшлиғидан ажратиб турадиган парда.

Дивертикул – бўшлиқли аъзоларда боши берк, ичи кавак бўлган туғма ёки орттирилган халтача.

Диета - парҳез.

Диетология - парҳез билан даволашни ўрганувчи фан.

Дизентерия - избурғи, махсус микроблар туркуми кўзғатадиган ўткир юқумли касаллик.

Дизурия - оғриқ билан қийналиб сийиш.

Диастола – юрак камераларининг қисқаргандан кейинги бўшашиш даври.

Десмургия - боғламлар ҳақидаги таълимот.

Донор - қон берувчи киши.

Дренаж - бирор органидан йиринг ёки бошқа суюқликларни чиқиб туруши учун қўйилган трубка (найча).

Зоонозлар - ҳайвонларнинг одамда ҳам учрайдиган юқумли касалликлари.

Идиот - ақлий заифликнинг бир тури.

Илеит - ёнбош ичакнинг яллиғланиши.

Импотенция - заифлик, жинсий алоқага қобилиятсизлик.

Интубация - оғиз, бўғиз орқали нафас олиш йўлларига махсус найча орқали кириб нафас олдириш.

Инфантилизм – такомиллашмаган, етилмаган.

Инфаркт - узоқ вақт қон бермаслиги натижасида тўқима ёки органнинг ҳалок бўлиши.

Инфилтрат - яллиғланиш туфайли тўқима ичида тўпланган ва шу тўқима учун нормал бўлмаган масса (суюқлик, хужайралар).

Инфузия - суюқ дориларни қон томирига юбориш.

Ишемия - аъзонинг айрим жойидаги қонсизлик.

Ишурия - сийдик тутилиши.

Кардиограмма - юрак фаолиятини кўрсатгичини кўрсатадиган эгри чизиқ.

Катаракта - кўз гавҳарини хиралашиши.

Киста - турли орган ва тўқималардан вужудга келадиган девор билан ўралган ва бирор суюқлик билан тўлган патологик бўшлиқ.

Колоноскопия - колоноскоп ёрдамида йўғон ичакни кўриш.

Контаминация - бирор муҳитга ёт модда кириб қолиши, ифлосланиш.

Криз - касаллик аломатини тўсатдан зўрайиши.

Крипторхизм - моякнинг ўз ўрнига тушмаганлиги.

Кристалурия - сийдикда тузларнинг бўлиши.

Лапароскопия - лапароскоп аппарати ёрдамида ички аъзоларни кўриш ва жарроҳлик амалиётлари амалга оширишда ишлатилади.

Ларингоспазм - товуш йўлининг қисқариб, беркилиши.

Лейкоцитурия – сийдикда лейкоцитларнинг нормадагидан ортиши.

Липурия – сийдик ёғ бўлиши

Метастаз - хафли ўсма хужайраларининг бошланғич ўчоғидан бошқа аъзоларга қон ва лимфа орқали ўтиши натижасида ҳосил бўладиган иккиламчи ўсма.

Наркомания - наркотик моддаларга ўрганиш.

Невроз - нерв системасининг функционал ўзгариши.

Негатоскоп - рентген снимкаларини кўрадиган асбоб.

Некроз - чириган, ириган жойлар.

Нефроскопия - нефроскоп ёрдамида буйрак косача ва жомларини кўриш.

Никтурия – кундузгига нисбатан тунги вақтда сийдик ҳосил бўлишини ортиши.

Олигурия - сийдик миқдорини камайиши.

Ортопноэ - нафас қисишнинг юқори даражасида бемор гавдасини вертикал тутишга ҳаракат қилади.

Офтольмоскоп - кўз тубидаги тўр пардани кўриш нервни текширувчи аппарат.

Олигурия – суткалик сийдик миқдорини 500мл дан камайиши.

Оксалатурия – сийдикда оксалат тузларини бўлиши.

Пальпация - пайпаслаб кўриш.

Перкуссия - туққуллаб уриб кўриш.

Пиурия - сийдикда йиринг (лейкоцитлар - лейкоцитурия) бўлиши.

Пневмоскоп - нафас олиш қуввати ёки кучини кўрсатувчи асбоб.

Полиурия - сийдик миқдорини кўпайиши.

Прогноз - бирор ҳодисанинг, воқеанинг ривожланиши ва натижаси тўғрисида бор маълумотга асосланиб олдиндан хабар бериш.

Протеинурия - сийдикда оқсил бўлиши.

Психоз - телбалик, руҳий касаллик.

Пульс - томир уруши, томир деворининг тебраниши.

Пиурия – сийдикда йиринг бўлиши.

Пневматурия – сийдикда газ бўлиши.

Полланкиурия –тез-тез сийиш.

Приапизм – жинсий олатни узоқ вақт жинсий кўзғалишсиз оғриқли эрекция ҳолатида бўлиши.

Релаксация - мускулларнинг бўшашиши.

Систола - юрак қисқариши.

Сколиоз - умуртқа поғонасини чапга ёки ўнгга қийшайиши.

Стерилизатор - турли асбоб ва материалларни қайноқ сув билан стерилизация қилиш учун ишлатиладиган асбоб.

Суспензорий - уруғдонний кўтариб турувчи боғлам (халтача).
 Тахикардия - юрак уришининг тезлашиши.
 Темперамент - мижоз, инсон руҳий хусусиятининг йиғиндиси.
 Температура - ҳарорат, иссиқлик ёки совуқлик даражаси.
 Томография - рентген нурлари ёрдамида одам органларини қаватма-қават суратга олиш.
 Троакар - кўкрак ва қорин бўшлиқларидаги суюқликни чиқариш учун ишлатиладиган жарроҳлик асбоби.
 Тромб - томирларда ивиб қолган қон.
 Тромбоз - томирлар қон ивиб қолиб қон оқшини секинлатади ёки тўхтатади.
 Уремия - азот чиқиндиларининг организмда тўпланиб қолиб, унинг захарланиши.
 Уратурия – сийдикда урат тузлари бўлиши
 Урометр - сийдик солиштирама оғирлигини ўлчайдиган асбоб.
 Хилурия - сийдикда лимфа суюқлигининг бўлиши.
 Цилиндрурия - сийдикда цилиндрлар бўлиши.
 Цистоскопия - қовуқни цистоскоп аппаратида кўриш.
 Экология - организмнинг ўзаро ва ташқи муҳит билан муносабати қонунларини ўрганувчи фан.
 Эксперимент - илмий нуктаи назардан қўйилган тажриба.
 Экспертиза - бирор баҳсга сабаб бўлган турли савол ва масалаларни махсус билимли мутахассислар мулоҳазасига қўйиб, текшириш ва тўғри хал қилиш.
 Эмбол - қон ёки лимфа томирига тиқилиб қолган жисмлар.
 Эмболия - тиқин, тиқилма, перефирик қон томирларига чет нарсалар (ҳаво, газ, ёғ қаттиқ моддалар) тиқилиб қолиши.
 Энурез – 5 ёшдан катта болаларда (ёки катталарда) кечаси уйқу вақтида сийдик ушлай олмаслик (тагига сийиб қўйиш).

Қисқартма ва изоҳлар рўйхати:

АГ – артериал гипертензия

АБ – артериал босим

АКБ – артериал қон босими

БС – буйрак санчиғи

БТШ – бактерияль-токсик шок

ДПМ – даволаш профилактика муассасаси

МВБ – марказий вена босими

КАМ – кислота асос мувозанати

ОИТС – орттирилган иммун танкислик синдроми

ПК – перкутан (тери орқали)

ПБХГ – простата беги хавфсиз гиперплазияси

СЙИ – сийдик йўллари инфекцияси

СТК – сийдик тош касаллиги

ТМЭК – Тиббий меҳнат экспертиза комиссияси

ТУ – трансуретрал

ТУР – трансуретрал резекция

ЎАТЭ (ТЭЛА) – ўпка артерияси тромбозмболияси

ЭЗТЛ (ЭУВЛ) – экстрокорпорал зарба тулкинли литотрипсия

ЮИК – юрак ишемик касаллиги

ЭКГ – электрокардиограмма

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Напалков П.Н, Смирков А.В, Шрайбер М.Б. «Хирургические болезни» Ленинград 1976 год.
2. Справочник Фельдшера. Москва - 1976 йил.
3. Шевцов И.П. “Дошифокор ебная помощь и уход за урологическими больными” Медицина 1978 йил.
4. Лапаткин Н.А. «Урология» Москва 1982 год.
5. Шабад А.Л. «Учебное пособие по урологии с уходом за больными» Москва 1983 год.
6. Бунятян А.А., Рябов Г.А, Маневич А.З. «Анестезиология и реаниматология» Москва 1984 год.
7. «Саломатлик оммабоп медицина энциклопедияси» Тошкент 1985 йил.
8. С.Н.Муратов. «Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш қилиш» Тошкент 1989 йил.
9. Н.К.Ахмедов. Нормал ва патологик анатомия билан физиология. Тошкент 1990 йил.
10. Русча - лотинча - ўзбекча тиббий луғат. Тошкент 1996 йил.
11. К.С. Иномов «Ҳамширалик иши» Тошкент 1996 йил.
12. Мамасолиев Н.С., Струтинский А.В., Джангиров И.А. “Атлас по манипуляционной технике и уход за больными” Тошкент 1997 йил.
13. «Мустақиллик изоҳли илмий-оммабоп луғат» Тошкент 1998 йил.
14. Мухтаров М.Х., Бекмуродова Р.А., Ражабов Т.И. “Жарроҳлик ва реанимация асослари” Тошкент 1998 йил.
15. Давид Верпер, Кэрон Туман, Эпейн Миксвел, Доналд Элеворт «Ҳаммабоп тиббиёт қўлланма» 2000 йил.
16. М.А.Фазилбекова, Н.А.Нурматова «Ҳамширалик иши. Назарий асослари» Тошкент 2002 йил.
17. А.Ж.Ҳамраев. «Хирургия» Тошкент 2007 йил.
18. «Ўзбекистон, инсон тараққиёти тўғрисида маъруза» Тошкент 2006 йил.
19. Умарова Т.Ф., Қаямова И.А., Ибрагимова М.Қ. “Ҳамширалик иши” Тошкент 2003 йил.
20. Тошкент 2003 йил.
21. Президент ва Вазирлар маҳкамасининг қарорлари, фармонлари, Соғлиқни сақлашга оид қонунлар.
22. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруқлари.
23. Арустамов Д.Л. ва бошқалар, “Умумий амалиёт шифокорлари учун урология фанидан стандарт баённомалар”, Тошкент 2003 йил.
24. Нейтингейл Ф. “Беморлар парвариши” ҳақида қайдлар. Тошкент 2006 йил.
25. Зохидова М.З, Жураев И.Э «Ҳамширалик жраёни ва ҳамширалик касалик тарихи схемаси».

26. Сабилов Д.М, Газизов А.З, Исмаилова Б.Х «Тиббий муолажалар»
Тошкент 2007 йил.

М У Н Д А Р И Ж А

Ўзбекистон Республикаси ҳамширасининг қасамёди.....	4
Кириш.....	5
Муомала маданияти.....	8
Деонтология.....	10
Сиёсий билимизни оширайлик.....	13
Ҳамшираларнинг вазифалари.....	18
Ҳамширалик жараёни.....	32
Ҳамшира билиши керак.....	37
Урологик беморларни парвариш қилишнинг ўзига хос жихатлари.....	71
Беморларни парвариш қилиш.....	106
Беморларни овқатлантириш.....	118
Айрим атамалар.....	121
Қисқартма ва изоҳлар.....	127
Фойдаланилган адабиётлар.....	128