



ТИББИЁТ БИЛИМ  
ЮРТЛАРИДА  
ЎҚУВЧИЛАР УЧУН  
**ЎҚУВ АДАБИЁТИ**

**Л. С. ЗАЛИКИНА**

**ЕМОРЛАРНИНГ  
УМУМИЙ  
ПАРВАРИШИ**

УРС 400-11-1-1000

Таржимага тиббиёт фанлари номзоди  
Б. М. Саидов тақриз ёзган.

Заликина Л. С.

- 3 26 Беморларнинг умумий парвариши: Тиббиёт билим юрт. Ўқувчилари учун ўқув қўлланма. — Кайта ишланган ва тўлдирилган 3-нашридан тарж. — Бекча 3—нашри. — Т.: Ибн Сино номидаги НМБ, 1994. — 238 б. — (Тиббиёт билим юртлари ўқувчилари учун ўқув адабиёти).

Қўлланманинг учинчи нашрида дори моддаларнинг парентерал юбориш тўғрисидаги билим кайта ишланди. Тиббий ҳаётнинг пульмонология ва кардиология бўлимларида, шунингдек, гастроэнтерология ва урология бўлимларининг эндоскопия қабилатларида ишлаш хусусиятлари ёритилди. Алоҳида бобда еши қайтган ва кексайиб қолган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари тасвирланган. Ҳар бир боб охирида контрол саволлар ва вазифалар берилди.

4110000000—037

02.04.723

3

Эълон қилинмаган

М 354(04)94

ISBN 5-638-01060-2

© Заликина Л. С. 1994



## СУЗ БОШИ

Кишиларнинг соғлиғи тўғрисида ғамхўрлик қилиш энг муҳим саноат вазифа ҳисобланиб, -бу ҳукуматимизнинг қарорларида ўзининг ёрқин ифодасини топган. Бизнинг мамлакатимизда бепул, ҳаммабоп, малакали медицина ёрдами олинг учун барча шарт-шароитлар яратиб берилган. Халқ соғлиғини сақлаш ҳукуқи Конституцияда белгиланган ва давлат соғлиқни сақлаш системаси томонидан касалликларни профилактика қилиш ва уларни давлатга қаратилган тадбирлар ўтказиш йўли билан таъминланади.

Ўзингги вақтларда ихтисослашган тиббий ёрдам: кардиология, гастроэнтерология, пульмонология ёрдами қанчалик юмунча ривож топди. Оналик ва болалиқни муҳофаза қилишга алоҳида эътибор берилляпти. Тиббиёт фанлари муваффақиятли ривожланаляпти.

Тиббий ёрдам ва соғлиқни сақлаш муассасалари тармақларининг кенгайтирилиши туфайли малакали тиббиёт кадрларига эҳтиёж тўхтовсиз ортиб бораляпти. Тиббий ҳамшираларни яхши тайёрлашнинг муҳимлиги шак-шубҳасиздир, чунки беморларга хизмат кўрсатишда бу уларни парвариш қилишда ҳамшираларнинг иши катта аҳамиятга эга. Тиббий ҳамширанинг кўп қиррали вазифалари бу касб-кор вужудга келган даврдан бошлаб белгиланган ва белгиланган тиббий ёрдамнинг сифати тиббиёт ходимларининг савиясига, уларнинг юқори малака бўлишига боғлиқ.

Касалхоналарни беморларга икки босқичли хизмат кўрсатишга ўтказиш муносабати билан давлатимиз

лашнинг муассасалари ишида тиббий халқнинг роли ва масъулияти янада ошади, чунки беморларни бевосита парвариш қилиш ишини врач ва тиббий халқда амалга оширади. Хозирги вақтда беморларни парвариш қилиш бўйича маърузалар курсини тинглаган ва таълим халқининг биринчи ёрдамчиси бўлган кичик тиббий халқчилар беморларни парвариш қилишга жалаб атишади.

Муаллиф «Беморларнинг умумий парвариши» кўрсаткич кўрсатмасининг учинчи нaшри бўйича таълимий муаллазаларини ва қимматли маслаҳатларини берган ва уни тақомиллаштиришга кўмаклашган тиббий халқимизнинг юртимиздаги ҳамма муаллимларга чуқур миннатдорчилик билан изҳор қилади.

## ТИББИЙ ҲАМШИРА ИШИДА БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ КИЛИШНИНГ ЎРНИ

Беморларни парвариш килиш даволаш жараёнида асосий таркибий қисми ҳисобланади ва бемор аҳолининг енгил парваришга имкон берадиган ҳамда даволаш мумкин бўлган чикишини таъминлайдиган тадбирлар қаторидан ўз ичига олади. Беморларни асосан тиббий ҳамшира парвариш қилади, у кичик тиббий ходимга ёки бир муассасаларни бажаришни топшириши мумкин.

Бемор парваришига таъинланган барча тиббий муассасалар, дори-дармонлар беришга доир кўрсатмаларни пухта ва ўз вақтида бажарилиши ва асосий ҳаёт эҳтиёжларини (ейиш, ичиш, ҳаракат, ичакнинг бўшалиги ва бошқалар) қондиришга ёрдам бериш қиради. Парваришнинг қўлами ҳам беморнинг аҳволига боғлиқ.

Беморларни парвариш килиш бемор психикасини бағирини аяйлаб ва эҳтиётлаб турадиган муҳим режими деб аталадиган принцип асосига қурилади. Бу турли-туман таъсирловчилар, салбий-эмоцияларни бағир раф килиш, тинчлик, осойишталик билан таъминлаш шунанг, фавқулодда шароит яратиш ва ҳушмуомала, меҳрибон бўлиш қаради.

Беморларга қараш фақат даво кўрсатмаларини бажариш билан чегараланиб қолмайди. Парваришнинг қўлашида этиш бемор учун гигиеник шароит яратиш, врачнинг ҳамма кўрсатмаларини адо этиш ва даво қўлажаларини ўтказишни, беморга хизмат килиш, яъни том маънода парваришлаш, беморнинг ҳолатидан барча ўзгаришларини кузатиб боришни кўзда тутати.

Беморга қараш кўпинча айни вақтда профилактика тадбир ҳам ҳисобланади. Чунончи, заифлашган беморнинг оғиз бўшлигини парвариш килиш стоматит (оғиз бўшлиқнинг яллиғланиши) ёки паротит (оғиз бўшлиқдаги сулак безларининг яллиғланиши) джқ олмай қолмақда, терини парвариш килиш эса ётоқ яралар ва бўшлиқнинг оқиди олади. Қасалхонада, поликлиникада



Ушбу беморларни парвариш қилишнинг асосий  
қоида ҳамширалар бажарадилар.

### ТИББИЙ ҲАМШИРАНИНГ БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ БҲИЧА ВАЗИФАЛАРИ

Врач кўрсатмаларини аниқ бажариш, беморнинг куч-  
қувватини сақлаш ва тиклашга, тортаётган аъсобини  
қайта етлаштиришга имкон берадиган барча тадбирларни  
ўз қўли билан, барча органларнинг функцияларини устадан  
қўли билан бориш, заифлашган организмга ҳаёт бериш  
эҳтимоли бўлган асоратлардан ҳимоя қилиш. Беморга  
қўли билан ва меҳрибон бўлиш — беморларни парвариш  
қилиш деганда биз мана шуларни тушунаёмиз.

Беморни парвариш қилиш даво тадбири ва «даво  
қилиш даво» ҳамда «парвариш қилиш» деган яқин  
қўшниликдан ажратиш мумкин эмас, чунки бемор  
қўли билан парчаси бўлиб, бир-бирини тўлдиролмайди.  
Шунинг учун ҳам — беморнинг соғайишига қаратилган.

Медицина ҳамшираси беморни мустақил ҳаётга  
қайтаришга ёрдам беради. Ҳаттоки врач кўрсатмаларини  
бажарса-да, унинг қўли билан беморнинг ҳаётини  
қаттиқ аҳамиятга эга, чунки у беморнинг ёнида бўлиб,  
унинг ҳолатида рўй берадиган ҳамма ўзгаришларни  
қўли билан бориб, унга ўз вақтида ёрдам бериши ва  
қўли билан табибиётнинг енгиллаштириши мумкин.

Медицина ҳамширасининг иши бениҳоя маъсул  
дир, ўз касбини севадиган беморларга сабр-тоқат  
қилиш керак. Беморни қарайдиган кишигина яхши медицина  
ҳамшираси бўлиши мумкин.

26

Машҳур поляк врач Беганский: «Иисоний  
қўли билан бефарқ қарайдиган, юмшоқ муомала қилмайдиган,  
ҳамма жойда ва ҳамма вақт ўзини қўли билан  
қўли билан учун ирода қилиб етишмайдиган киши, яхши  
қўли билан касбни танлагани маъқул, чунки у ҳеч қачон  
қўли билан ҳодими бўла олмайди», — деб ёзган эди.

Бирок, ўз ишини севиши ва беморга ҳамхўр бўлиши  
қўли билан қарай, медицина ҳамшираси етарлича тиббий  
қўли билан беморларга эга бўлиши керак. Асосий вазифаси беморларни  
парвариш қилишдан иборат бўлган медицина ҳамшираси  
беморларга қараши қондаларини ва даво муолажаларини  
қўли билан қилиш, ванна тайёрлаш, инъекция қилиш ва  
қўли билан (қўшқалар) тўғри бажаришигига эмас, балки бемор  
организмига дори ёки муолажанинг қандай таъсир  
қилишини ҳам билиши керак.

Беморларни парвариш қилиш ишида медицина ҳамширасининг  
қўли билан қарайдиган катта аҳамиятга эга. Қўли билан

ташга ўргатиш жуда қийин, уни ҳар ким таълимлаштириши, тарбиялаши лозим. Бемор ҳолатидаги кичик ўзгаришларга диққатни муттасил жавоб бериш ва ҳаётувчанликнинг аста-секин шаклланишига ёрдам бериш.

Беморларни парвариш қилиш умумий ва махсус парвариш турига бўлинади.

Умумий парвариш касаллик ҳаракатига алоқадор бўлмаган ҳолда ўтказиладиган тадбирларни ўз ичига олади.

Махсус парваришга фақат муайян касалликлар — хирургик, гинекологик, урологик, стоматологик ва бошқаларда ўтказиладиган қўшимча тадбирлар қиради.

Беморларни парвариш қилиш бўйича тадбирлар комплексни қуйидагилардан иборат:

1) врач кўрсатмаларини бажариш — дори-дармонлар таркатиш, инъекциялар ўтказиш, банкалар, горчичниклар қўйиш, зундуклар солиш ва бошқалар;

2) шахсий гигиена тадбирларини ўтказиш: беморларни дезинантириш, ётоқ яраларни профилактика қилиш, аъзоқимиларни алмаштириш ва бошқалар;

3) палатада санитария-гигиеник шароитни вужудга келтириш ва уни сақлаб туриш;

4) медицина ҳужжатларини тўлдириб бориш;

5) беморлар орасида санитария-маорифи ишларини олиб боришда катнашиш;

6) беморларга қулай ўрин солиб бериш ва уни озодлаштириш;

7) ювиниш, овқат ейиш ва физиологик эҳтиёжларни қондиришда оғир ётган беморларга ёрдам кўрсатиш.

Даволаш ва профилактика муносабатларида беморларга хизматнинг икки босқичли (врач ва кичик медицина ҳамшираси) системаси амалга оширилади. Беморларни бевосита парвариш қилиш медицина ҳамширасининг зиммасига юкланади. Кичик медицина ҳамшираси хоналарни йиғиштиради ва уларни озод қилиб беради, беморнинг ўринда ётиш ҳолатини ўзгартиришда ёрдам беради, беморга гигиеник ванна қабул қилдиради, ётган беморларга тувак тутатади, сўнгра уни тозалайди. Бу система ўзини тула-тўқис оқлади: у ҳозирги замон гигиена талабларига жавоб беради, хизмат кўрсатиш маданиятини оширади ва даволашнинг сифат кўрсаткичларини яхшилайд.

Меҳнатни илмий ташкил қилишнинг ҳозирги замон талабларига кўра медицина ҳамшираси бўлимдан ўзқилиши заруриятидан озод бўлади, чунки овқат, дори-дармонлар марказлашган ҳолда олиб келинади.

## ТИВБИЙ ҲАМШИРА ИШИДА МЕХНАТНИ ИЛМИЙ ТАШКИЛ КИЛИШ

Соғлиқни сақлаш системасининг бундан кейин  
қилини унинг барча звеноларига меҳнатни ил  
қили килишни жорий қилмасдан тасаввур қи  
майди. НОТ нинг вазифаси аҳолига медицина ёрда  
қилишни яхшилаш, унинг сифатини янада ошири  
медицина ходимларини оптимал санитария-гигиеник ш  
шароитлари, юксак меҳнат унумдорлиги би  
қилилаш ва иш вақтини самарали сарфлаш, кас  
қадор касалликларнинг олдини олиш, меҳнат жараё  
шифобахш ва профилактик омил сифатида фойда  
қилин ҳисобланади.

Меҳнат физиологияси организмнинг чарчаши тўғр  
асосий муаммони ҳал қилиб, айни вақтда чарчо  
қилиштиришга ёрдам берадиган тадбирларни белги  
берилади. Чарчаш меҳнат жараёнида, шунингдек иш  
қилиришда меҳнатни ташкил этишдаги қандайдир и  
қилилар натижасида пайдо бўлиши мумкин. Чарча  
қилишининг меҳнат унумдорлиги яхши дам олган кишини  
дан анчагина паст бўлади. Иш сменаси мобайн  
қужудга келган каттиқ чарчаш ҳар кунги ва  
қифтадаги дам олишда йўқолмаса, ўта чарчаш, толу  
қоз берадики, бу энди касаллик жараёни бўлиб,  
қўқотиш учун медицина ёрдами зарур бўлади. Шу  
қичун меҳнатни илмий ташкил қилиш ортиқча чар  
қилишга қарши курашишни кўзда тутати.

Кадрларни оқилона равишда жой-жойига қўй  
меҳнатни мақсадга мувофиқ тақсимлаш ва коопера  
қилиш, иш жойини вақт ва меҳнат беҳуда сарф бўлмайдиг  
қилиб жиҳозлаш, медицина ходимларининг ишини осонла  
қарадиган методлар ва приёмларни жорий қилиш Н  
қилин вазифаси ҳисобланади. Ич кийимлар, чойшаба  
қвакат маҳсулотлари, дорилар ва бошқаларни марказла  
қан ҳолда таъминлаш ўрта ва кичик медицина ходимла  
га дорихона, озик-овқат блокига катнаш вақтини бири  
ча тежаб қилиш ва бўлимларда беморларга бевос  
қизмат кўрсатишга кўпроқ аҳамият беришга шар  
қиратади. Даволаш жараёнининг турли элементлари  
вақтнинг амалий сарфини ўрганиш медицина ходимини  
унумсиз сарфланган вақт ва меҳнاتини аниқлашга ва  
қискартиришга имкон бериши мумкин.

Ўрта медицина ходимининг иш графиги бўлимни  
натижаси, ундаги беморлар сони ва бошқаларга асос  
қузилади. Беморларни парвариш қилишни мақсим



даражада индивидуал парваришга якинлаштириш, ки-  
кин, бунга ҳар бир медицина ҳамшираси ва ки-  
медицина ҳамширасини маълум палаталарга бириктири-  
қўйиш йўли билан эришса бўлади.

Медицина ҳамшираси ўз иш жойини ташкил этиш  
беморлар учун ҳам, ходимлар учун ҳам иложи бор-  
кулайликлар яратиш имконини берадиган санитар-  
гигиеник талаблар, норма ва қоидаларга риоя қили-  
ш керак. Медицина ҳамширасининг иш жойида за-  
варсаларнинг ҳаммаси бўлиши керак. Иш жойини кере-  
дори-дармонлар, асбоблар, хужжатлар ва бошқалар  
топишга кўп вақт сарфланмайдиган қилиб жиҳоз  
керак. Ҳамма бўлимларда бемор — навбатчи меди-  
цина ҳамшираси схемаси бўйича ёруғлик ва товуш сигнали  
қўйиш лозим, бу медицина ҳамширасининг бе-  
морларнинг чакириғига тез етиб келишига имкон беради.  
Қасалхонанинг барча бўлимлари ўртасида телефон ёки  
селектор алоқасини ўрнатиш вақтнинг бекорга сарфла-  
ниши анча камайтиради. Ҳамширалар медицина постла-  
рида ҳар бир бўлим учун зарур асбоблар, турли касалликлар  
албатта ўтказиладиган текширишлар, беморларни улар  
тайёрлаш қоидалари ва анализлар учун материал оли-  
ш санаб утилган махсус стенд билан таъминланиши шарт.

Меҳнатни илмий ташкил қилиш жараёнида стаци-  
онардаги медицина ҳамшираларининг медицина хужжатла-  
рини тўлдириши, медицина билимларини талаб қилмайдиган  
хўжалик фаолияти билан жуда банд бўлишлар  
маълум бўлди, бу кўп жиёмоний куч сарфлашни талаб  
қилгани ҳолда уларнинг меҳнат унумдорлигини пасай-  
тиради.

Медицина ҳамширалари меҳнатини врачлик ишидан  
ажратилган ҳолда яхши йўлга солиб бўлмайди. Врачлар  
ва медицина ҳамшираларининг бутун амалий фаолият  
меҳнатни илмий ташкил қилишнинг ҳамма турлари ва  
шакллари, агар ходим деонтология принципларини бузи-  
диган бўлса, ўз аҳамиятини йўқотиши ва яхши натижа  
бермаслиги мумкин. Меҳнатни илмий ташкил қилиш  
медицина ходимининг маданияти, уни тегишлича оли-  
бориш ва беморлар билан муомала қилиш тўғрисида  
ғамхўрлик — бу ягона жараён, бир занжирнинг ҳалқалари-  
дир.

Катта медицина ҳамширалари ишини турли хил та-  
вирлар, стандарт бланкалар, табеллар, графиклар, материаллар  
талабномалар жорий қилиш йўли билан ёзув-чизув  
сарфланадиган вақтни тежаб қолиш, ҳисобга олиш  
системасини соддалаштириш, дорилар, инвентарь, мате-

улар олиш ва тарқатишни марказлаштириш ҳисоби  
ҳисоблана равишда уюштириш керак.

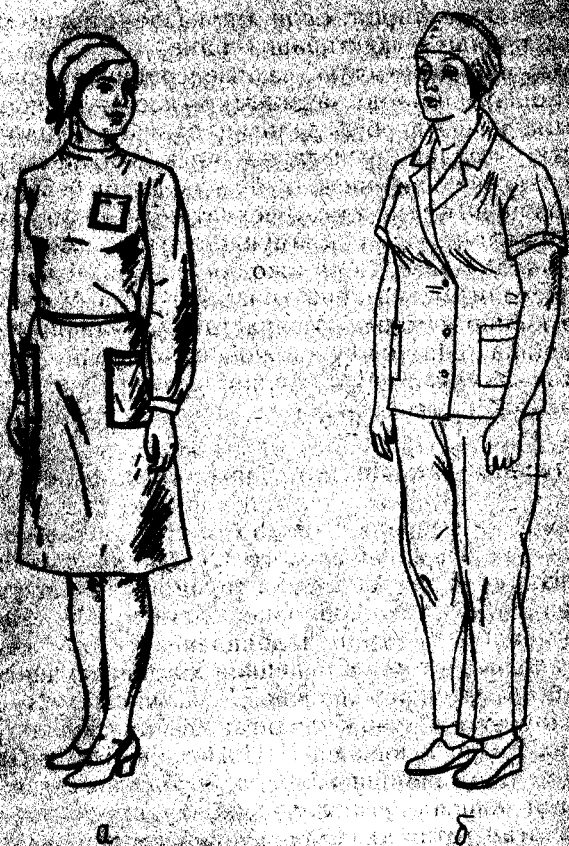
Меҳнати тақсимлаш ва кооперациялаш шакллари  
тўғри танланган ва шу медицина муассасасининг конкрет  
шароитларига жавоб берадиган бўлганда улар вақтни  
яқинлашга, моддий сарфларни қисқартиришга, меҳна  
мундорлигини оширишга, шубҳасиз, имкон бериши керак.  
Аммо яқинда шуни кўрсатадики, меҳнати тўғри тақсимлаш ва  
кооперациялаш унинг мазмундорлигини, медицина хо  
мдорлигининг малакаси ва ижодий фаоллигини оширишга  
имкон беради, меҳнат бир хил, зерикарли бўлмайди, те  
жанаб қолиш камаяди. Меҳнат шароитларини яхшилаш  
ва медицина ходимининг иш жойини рационал уюштириш  
меҳнати илмий ташкил қилиш соҳасидаги энг муҳим  
вазифалардан ҳисобланади.

### ТИББИЙ ҲАМШИРАНИНГ МАЪНАВИЙ ҚИЯСИ

Тиббий ҳамширанинг бемор кишига, ўзининг қийин  
касбига — шифокорлик касбига чуқур меҳр қўйиши унинг  
муваффақият билан ишлашига гаров бўлади. Интизомли  
лик, врач буюрганларини синчковлик билан бажариш,  
ўз билимларини, умумий маданиятини такомиллаштириб  
боришга доимо интилиш медицина ҳамширасининг асосий  
вазифаларидан ҳисобланади. У ҳамиша хушмуомала,  
хуштабиат, ўзини тута биладиган бўлиши керак.

Маъшхур хирург-околог Н. Н. Петров (1876—1964) ме  
дицина ҳамшираларини қалбида ўз ишига ва ўзи хизмат  
қиладиган кишиларига ҳолисона муҳаббат ўти билан  
бўлиб-тошган хотин-қизлар орасидан танлаб олиш керак,  
деб уқтирган эди. Ер юзиде шифокор меҳнати каби юрак  
билан ақлнинг уйғунлашиши шу қадар ҳаётий заруратга  
айланиб кетган биронта ҳам касб йўқ.

Ҳар бир беморга ўзига яраша индивидуал ёндашиш  
зарур. Беморлар касаллик, ёқимсиз сезгилар ва оғриқлар  
таъсирида кўпинча кўзгалувчан, ўзини тута олмайдиган  
бўлсат, инжиқ бўлиб қоладилар. Бемор билан бахслашиш  
ёки бади айтишиб ўтирмаслик, ундан ҳафа бўлмаслик, уни  
қаттиқ гапирмаслик керак. Аксинча, уни тинчитиш, агар  
мумкин бўлса, унга ён босиш, бироқ айни вақтда ҳамма  
тарур тадбирларнинг бажарилишини қаттиқ туриб талаб  
қилиш, амалдаги қоидаларга бўйсунушга мажбур этиш  
зарур. Интизомни бузадиган беморга нисбатан маълум  
даражада қаттиққўл бўлиш зарур. Агар беморни кайф  
руҳияти ёмон аҳволда бўлиб, ўлим ҳақида, ўзининг  
тузалмаслиги ҳақида ўйласа, уни кайгули ҳаёллардан



1-расм. Медицина ҳамширасининг кийимбоши.  
 а — палата медицина ҳамшираси учун, б — операция ҳамшира учун.

чалвитилишга уриниш, унга таскин бериш, соғайиб кетишига ишоништириш лозим. Бундай ҳолларда ҳақиқатан ҳам ахволининг оғирлигини бемордан яшириш, баъзан ундаги куч-қувватни сақлаб қолиш, руҳан тетиклантириш учун унга, ҳатто атайлаб ёлғон гапириш лозим.

Беморлардан бирортасини афзал кўриш ярамайди, chunki бу бошқаларнинг гашини келтиради ва дилдан ранжитади. Беморлардан, айниқса оғир ахволдаги озодатарчилиққа риоя қила олмайдиган беморлардан жирханиш керак эмас ва, аксинча, бундай беморларнинг дардини енгиллаштириш мақсадида уларга алоқадор аҳамият бериш лозим.

Бемор олдиди обрў-этибор қозониш ушун маъинини  
хамширасининг ташқи кўриниши катта аҳамиятга эга.  
Хамшира озодалик ва батартибликда бошқаларга намуна  
бўлиши керак. Белгиланган формага мувофиқ келадиган  
қийим-кечакнинг ниҳоятда тоза бўлиши жуда муҳимдир  
(расм). Медицина хамшираси топ-тоза оқ хат  
қилиши, товуш чиқармай юриш имконини берадиган  
қийимга дезинфекция қилинадиган шилпак кийиб юри  
ши керак. Халат ва дуррачани махсус ажратилган шкафча  
да қўйиш зарур, уларни уйга олиб кетиш қатъиян ма  
ъну қилинади. Ҳозирги вақтда медицина хамшираси кийиб  
юрган ҳар хил турларига рухсат этилади. Медицина  
хамширасининг ташқи кўриниши беморларга тинчланти  
рур ва таъсир қилиши керак. Иш вақтида цардоз қилиш  
қарасия этилмайди. Беморлар озода ва камтар медицин  
хамширасига катта ҳурмат билан қарайдилар.

Медицина хамшираси медицина одоб-ахлоқига яма  
қилиши зарур. Шифокорлар касбининг жуда кўп муракка  
қусуриятлари орасида беморлар билан оқилона  
қарошимий тил топа билиш жуда муҳимдир. Даволаниш  
муваффақиятли яқунланиши медицина хамширасининг  
бемор қалбига йўл топа олиш маҳоратига, унинг ишончига  
қозонишига, ташвишли ўй-фикрлардан халос қилишига  
боғлиқ. Медицина хамширасининг юксак малакаси, унинг  
маҳирлиги беморнинг аксарият кўпол хатти-ҳаракати  
жавобан муносабатида ўзини вазминлик билан тушу  
нрашида, унинг аҳволини тушунишида намоён бўлади.  
Медицина ходимларининг йўл қўйган арзимаган хатоси  
ёки бепарволиги кўнгилсиз оқибатларга олиб келади.  
Тоқибегамлик, эътиборсизлик ва расмийчиликка сира йў  
қўйиб бўлмайди, чунки медицина ходими инсон саломатли  
ги ва ҳаётига жавоб беради. «Медицина хамшираси»  
(шафкат хамшираси!) деган ном — бемор ўзига нисбатан  
рахмдиллик муносабатини кутади деган гапдир. Медицина  
хамшираси у билан врачга нисбатан кўпроқ мулоқотла  
шади ва унинг хатти-ҳаракатларини беморлар бевосита  
қис қиладилар.

«Хар қимда дард-қасаллик билан бирга кўркув ҳам  
бўлади», — деган хикматли сўз бор. Шунинг учун хамшира  
нинг хатти-ҳаракатлари, ўйламай-нетмай гапирган гапи ва  
ишлалари билан бемор кўнглида янги шубҳалар уйғотмас  
лиги керак.

Шифокорлик касби махсус билимларининг эъти  
борлиги, таълимий фазилатларини, жонбозлигини, шифокор  
ликни талаб этади. «Табобатни таълимнингми, унга  
қўйилган бағамом бағишда» деган қадимий мактаб бежиз



эмас. Ватанимиз медицинасининг тарихи ижтимоий бўлиши ва инсонпарварлик туйғулари билан тўлиб-тошган меъриёна ҳамшираларининг чинакам қахрамонликларидан аъло даражага эришган куллаб-мисолларга бой.

Россияда ҳамшираларнинг дастлабки уюшмаларининг ташкилотчиси атоқли рус хирурги Н. И. Пирогов бўлган, у 1844 йилда Петербургда хайр-эҳсон ташкилотлари майдонлари ҳисобиغا шафқат ҳамширалари уюшмасини тўтаган. Медицина ҳамширалари касалхонада ва уйда беморлар ҳузурда навбатчилик қилиши керак эди. Агар уруш (1853—1856) даврида 20 нафар шафқат ҳамширалари бевосита Н. И. Пирогов бошчилигида ҳарбий харажатлар бўлаётган жойга юборилиб, у ердаги медицина пунктларида ва госпиталларида ишладилар. Жанг майдонларида фидокорона жасорат кўрсатган шафқат ҳамширалари Е. Хосерич, Е. Бакунина, Н. Хитрово ва бошқаларнинг номлари хотирамизда абадий қолади.

Медицина ҳамшираларининг Улуғ Ватан уруши давридаги фидокорона меҳнати чинакам қахрамонлик намунаси ҳисобланади, чунки улар ўз ҳаётини аямасдан жанг майдонидан юз минглаб ярадорларни олиб чиқдилар ва уларга биринчи медицина ёрдамини кўрсатдилар.

Бизда соғлиқни сақлаш тармоғининг тўхтовсиз ўсиб бориши ва медицина ёрдами кўрсатишнинг тобора кенгайтирилиши малакали медицина кадрларига бўлган эҳтиёжни янада оширмоқда.

### *Текшириш учун саволлар*

1. Умумий парварिश нималарни кўзда тутати?
2. НОТ нинг вазифалари қандай?
3. Медицина ҳамширасининг маънавий киёфаси қандай бўлиши керак?
4. Касалхона бўлимларида медицина ҳамширасининг қийин бопи қандай бўлиши керак?

## **II боб**

### **ТИББИЙ ЭТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ**

Даволашнинг самарадорлигида беморнинг тиббий ҳолатларига ишониши катта аҳамиятга эга. «Соғайишнинг бўлган умид — соғайишнинг ярмидир», — деб айтган эди Вольтер. Даволашнинг ҳамма босқичларида соғайишнинг ишонч туйғусини уйғотиш лозим, бу инсонпарварликнинг қадимий бурчи ҳисобланиб, инсонпарварлик — тибб қасбининг тўб моҳиятидир.

Медицина ҳамширалари беморлар билан ўзаро муносабатларда товушни баландлатмасдан, вазминлик билан билан олганда гапиришлари, беэдишчалikka йўл қўймагани жерақ. Ҳамшира доимо одоб доирасидан чиқмаганда беморнинг кўнглини кўтариши, унда яхши кайфият келишига интилиши лозим. Одобли медицина ҳамшираси ҳамisha беморга яқин бўлади. Ҳар бир тарихий даврнинг

Хар бир тарихий даврнинг ҳаққонийлиги, номус, бунда ўз гушунчалари бўлган. Медицина — ер юзидики қадимий касблардан биридир. Медицина даво қилишнинг бой тажрибасини эгаллаб, унга инсон фаолиятидаги турларидан кўп жиҳатдан ажратиб турадиган ўзига хос хусусиятлар касб этган. Унга социал-сиёсий тузилманинг бўлган ахлоқ ва этиканинг ўз нормалари ҳосил қилиниши билан шугулланиб келадиган кишиларга қадимий замонлардан бошлаб ўзига хос ахлоқий талаблар қўйилган. Антик медицинада медиклар амал қилиши керак бўлган ахлоқий талаблар ва маънавий нормаларнинг ҳар бири бир мажмуаси ишлаб чиқилган эди. Врачнинг обрў-этиборига эътибор берилган.

Врачнинг обрў-этиборига катта аҳамият берган. 1937 й. ахлокка оид насиҳатлари алоҳида шухрати билан «Врачнинг ранги-рўи тозалиги ва хушқоматлиги» кийим кийиши... сўнгра ўзини озода tutиш... одатда хуш келади... яна ўз хулқиға кўра, кушфеъл инсон ва шунга яраша басавлат... — деб ёзган эди у.

та асрларда яшаган улуг ҳаким Абу Али ибн Сино (ишқона) таъриқат вақилларининг қандай бўлиши ақлигига қатта аҳамият бериб, шифокор алоҳида имоний ва маънавий фазилатлар соҳиби бўлиши, унда туғнинг кўзи, аёлнинг кўли, илоннинг ақли, шернинг бўлиши керак, деган.

[illegible]

жавобгарлигига тортилади. Бордини у тутуриксизлик  
нопоклик йўлини тутиб, бироқ юридик қонуни  
бузмаса, бу ҳолда у суд томонидан жавобгарлик  
тортилиши мумкин эмас. Чунинчи, беморга узрсиз сабаб  
билан ёрдам кўрсатилмаганлиги учун, агар медицина  
ходимининг бу ҳатти-ҳаракати бемор учун хавфли оқибат  
лар билан тугаши мумкин бўлса, медицина ходими жинсий  
жавобгарликка тортилади, бироқ у беморга етарли  
даражада ғамхўрлик қилмаса, бу ҳатти-ҳаракат маънавий  
жихатдан, шубҳасиз, қатъий равишда қораланишга аран  
ди, лекин уни юридик жавобгарликка тортиш учун даъво  
бўла олмайди. Бундай ҳолларда жамоатчилик фикрига  
таянадиган қоидалар кучга киради ва ҳар бир ҳатти-  
ҳаракатга баҳо берадиган фикрнинг аҳамияти катта  
бўлиб, у кишиларнинг юриш-туришига ва онгига таъсир  
қилади.

Этика — ахлоқ, одоб тўғрисидаги фандир. Медицина  
этикаси медицина ходимлари фаолиятидаги гуманизмнинг  
акс этишидир. Этика ва ахлоқ — жамиятнинг кишилар  
ҳатти-ҳаракати, уларнинг бир-бирларига ва ижтимоий  
бойликларга муносабатларини тартибга солиб турадиган  
қоидаларга эҳтиёжидан келиб чиққан ижтимоий онг  
формасидир. Этика медицина ходимлари фаолиятининг  
ўзига хослиги ва жамиятдаги мавқеи билан боғлиқ ҳатти-  
ҳаракат нормаларини тартибга солиш принциплари йиғин-  
дисини ўз ичига олади. У медицина ходимнинг беморлар ва  
уларнинг қариндошлари билан ўзаро муносабатларини,  
жисмоний ва ахлоқий покликни муҳофаза қилади.

Ахлоқ кишилардан оддийлик ва камтарлик, ҳақгўйлик  
ва ҳалоллик, принципаллик ва мардлик, меҳнатга  
муҳаббат ва садоқат, ўртоқлар, дўстлар, ота-оналар,  
болалар ва бошқалар ўртасидаги муносабатларда ўзаро  
ҳурмат ва бир-бирига ғамхўрлик қилишни талаб этади.  
У гуманизм, ҳақиқат, умумий фаровонлик, саҳийлик  
ҳалоллик тўғрисидаги умуминсоний тушунчаларни ўз ичи-  
га олади, ҳамкорлик ва коллективизм руҳи билан  
сугорилган юксак ахлоқий юриш-туриш нормаларини  
шакллантиради.

Медицина этикаси медицина ходимларининг ўзига хос  
фаолияти ва жамиятдаги социал мавқеига боғлиқ бўлган  
ҳатти-ҳаракат нормаларини тартибга солиш принциплари  
йиғиндисини ўз ичига олади. Медицина этикасининг норма  
ва принциплари медицина ходимларини касбга доир  
фаолиятида тўғри йўл-йўриқ кўрсатиши мумкин. Медици-  
на касбини тасодифан эмас, балки истеъдод бўлгандатгина  
танлаш лозим.

Деонтология медицина этикасининг бир қисми ҳисобланади. Деонтология медицина ва амалий соғлиқни сақлаш соҳасида бурч туғрисидаги таълимот сифатида бошқа соҳалардан фарқли равишда ғоят ўзига ҳосдир. Бунинг сабаби шундаки, медицина ходимларининг ғайрат-шижоати беморларни даволашгагина эмас, балки касалликларни профилактика қилиш, инсон саломатлигини ва ҳаётини сақлашга ҳам қаратилган.

Деонтология ва медицина этикаси принципларини ишон борича кўпроқ амалга ошириш учун қуйидагилар: ҳаёб ва ҳушмуомалалик, ўз касбига ҳавас қўйиш ва билимларни такомиллаштириб бориш зарур. Медицина ходими беморни ўзига жалб қилиши ва уни медицинанинг шифобахш кучига ишонттира олиши керак. Гиппократ: «Нимаики қилиш лозим бўлса, шошилмай ва мохирлик билан бажар... Керак бўлганда беморни дўстона, ҳушчак-чаклик ва ҳурмат билан қўнглини кўтар. Зарурат бўлганда унинг талаблариңи қатъиян ва кескинлик билан рад қилиш, бошқа ҳолда беморга меҳр билан парвона бўлиш ва тасалли бериш керак», — деган эди.

Бўлимда ҳукм сураётган умумий муҳитнинг қандайлиги жуда муҳим. Агар бемор шошилмай, пухталиқ билан ишлаётган кишиларни кўрса, ўзининг ишончли ходимлар ихтиёрида эканлигидан мамнун бўлиб, қўнгли хотиржам бўлади ва бундан ташқари, кўз ўнгида юқори малакали мутахассисларнигина эмас, балки унга меҳрибончилик қилаётган, ҳушмуомала ва самимий кишиларни ҳам кўрганида унда ходимларга нисбатан алоҳида ишонч пайдо бўлади, улар билан тил топишади ва даво натижалари ҳам яхши бўлади.

Беморни даволашда сўзнинг аҳамиятига ҳамиша юқори баҳо бериб келинган. Беморга айтилган сўз уни тинчлантириши, тузалиб кетишига ишонч туғдириши лозим. Баъзан медицина ходимлари беморга айтиладиган гап-сўзларга аҳамият бермайдилар, бу ятрогения деб аталадиган касалликка сабаб бўлади (шифокорнинг поўрин гап-сўзидан келиб чиқадиган касаллик). Ятроген касалликларнинг асосий сабабчиси умумий ва медицина маданиятининг етишмаслиги, шошма-шошарлик ва вақтнинг тигизлиги, беморга ёмон натижа билан тугайдиган диагнози, касаллик прогнозини, текширув натижаларини ва шу кабиларни айтиб қўйиш ҳисобланади. Бемор касалхонага қандай касаллик билан тушмасин, медицина ҳамшираси унинг руҳий ҳолати ҳақида, унинг руҳий кечинмалари ҳақида ўйлаши лозим. Беморларда онкологик касалликлар бор бўлганда, уларнинг саволларига



хушмуомалалик, эҳтиётлик билан жавоб бериш лозим. Беморнинг врачга кечикиб мурожаат қилгани, касалликни улғайиб кетганлиги ва шу сабабли уни даволаш қийинлашган тўғрисида беморга эшиттириб, афсус билан гапириш мумкин эмас. Беморга медицина фанининг ҳозирги аҳволида ҳозирча тегишлича даво қилиш мумкин эмаслиги ҳақида гапириб уни «тинчитиш» ярамайди. Баъзи медицина ҳамшираси ўлим тўшагида ётган бемор олдида унинг беҳуш ҳолатда ётганидан фойдаланиб баъзан шу касалликнинг кечиш вариантлари ва кўнгилсиз натижа билан тугаганига доир ҳамма нарсаларни гапиришдан ўзини тиймайди. Бунда у палатада шундай касалликлар билан ёғриган бошқа беморлар ҳам ётганини, улар эшитганларини ўзларига олишларини ва кўпинча ундан нотўғри хулоса чиқаришларини ҳисобга олмайди. Медицина ҳамширалари сўзнинг даво бўлишини, бироқ сўз шикастлаши ҳам мумкинлигини унутмасликлари керак. Бемор хузурида тушунарсиз терминлар ишлатмаган маъқул. Беморга бошқа палаталарда нималар бўлаётганини айтмаслик ёки унинг олдида муҳокама қилмаслик керак. Кўпинча кичик медицина ҳамширалари ёки ёрдамчи ходимлар беморларга текширув натижаларини, касаллик прогнозини айтиб қўядилар. Бунга асло йўл қўймаслик керак.

#### Текшириш учун саволлар

1. Этика нима?
2. Медицина ҳамширасининг этикаси қандай бўлиши керак?
3. Деонтология тушунчаси нималардан ташкил топади?
4. Беморга даво қилишда сўзнинг роли қандай?

### III боб

## ДАВОЛАШ МУАССАСАЛАРИНИНГ АСОСИЙ ТИПЛАРИ

Бизда медицина ёрдами кўрсатиш учун даволаш профилактика муассасаларининг кенг тармоғи барпо қилинган бўлиб, улар беморларни қабул қилади ва уларнинг соғлиғига хизмат кўрсатади.

Даволаш муассасалари икки асосий турга: амбулатория ва касалхоналарга бўлинади. Амбулатория типининг муассасаларга амбулаториялар ва поликлиникалар, пунктлар, диспансерлар, хотиникузлар, консултациялар кирди. Бу муассасалар, медицина ёрдами кўрсатиш

тидан ташқари, аҳоли соғлиғини сақлаш ва касалликларнинг олдини олиш бўйича катта профилактик ишларни олиб боради.

## АМБУЛАТОРИЯЛАР

**Амбулатория** — касалхонадан ташқарида медицина ёрдами кўрсатадиган даволаш-профилактика муассасасидир. Унда кўпи билан 5 та врачлик лавозими бўлади. Амбулатория поликлиникадан ўз фаолияти ҳажмининг камлиги билан фарқ қилади. Врачлар факат асосий ихтисосликлар бўйича қабул қиладилар. Амбулаториялар кишлоқ жойда, фельдшерлик пунктлари яқинида жойлаштириш мумкин ва амбулатория врачлари режали равишда мунтазам катнаб туриш йўли билан улар ишини назорат қиладилар ҳамда у ерда беморларни қабул қиладилар. Амбулаториялар туман поликлиникалари ёки медицина-санитария қисмлари таркибига киради. Амбулатория-поликлиника ёрдами участка принципи бўйича амалга оширилади, бу принцип беморларни актив аниқлаш, уларни доимий кузатиш ва ўз вақтида малакали ёрдам кўрсатишни таъминлайди, шунингдек участкада касалланишни ўрганиш ва эпидемияга қарши тадбирлар самардорлигини ҳамда санитария маданиятини ошириш имконини беради.

**Медицина ҳамширасининг амбулаториядаги вазифаларига** хона ва беморларни қабулга тайёрлаш, қабул вақтида врачга ёрдам бериш, амбулатория картасининг паспорт қисмини тўлдириш, артериал босимни ўлчаш, касаллик тарихини тўлдириш, рецептлар ёзиш, шунингдек мураккаб бўлмаган медицина муолажаларини бажариш киради.

## ПОЛИКЛИНИКАЛАР

**Поликлиника** — бирлашган касалхона таркибига кирадиган даволаш-профилактика муассасасидир. Поликлиникада замонавий ускуналар ва энг янги аппаратлар билан жиҳозланган ҳамма диагностик хоналар мавжуд бўлиб, булар беморларни малакали медицина ёрдами билан таъминлаш имконини беради. Поликлиникада врачлар ҳамма ихтисосликлар бўйича қабул қиладилар, шунингдек лаборатория текшируви, рентгенологик ва текширишнинг бошқа турлари ўтказилади. Поликлиникага кела олмайдиган беморлар врачни уйга чақирадилар, уйда малакали ёрдам ва маслаҳат оладилар, зарур бўлса, улар касалхона-

та жойлаштирилади. Хар бир поликлиникада муолажа доғаси бўлади, бу ерда инъекциялар қилинади, беморлар торчичниклар кўйилади ва ҳоказо. Хроник касалликлар билан касалланган беморларнинг ҳаммаси диспансер ҳисобида туради ва профилактик текширув ўтказиш мақсадида мунтазам равишда врачга қатнаб туради. Кўпгина поликлиникаларда тез ёрдам пункти бўлиб, у кечаю кундуз ишлайди.

Медицина ҳамширасининг поликлиникадаги иши кўйидагилардан иборат. Врач қабулига тайёргарлик: медицина ҳамшираси регистратурадан олинган амбулатория карталарига лаборатория текшириш натижаларини ёпиштиради, хонанинг санитария ҳолатини текширади, ўткир касалликлари бор, иситмалаётган беморларнинг врач томонидан биринчи навбатда қабул қилинишини таъминлайди.

Қабул вақтида врачга ёрдам бериш: врач айтаётганда рецептлар ёзиш, беморга сийдик, ахлат, қон ва бошқаларни текширишга қандай ва қаерга топширишни, дориини қандай ичишни ёки меъда, ичак, буйрақларни рентгенологик текширишга қандай тайёргарлик кўришни тушунтиради ва ҳоказо.

Участкада санитарияга оид эпидемияга қарши тадбирлар ўтказиш: унинг санитария ҳолати устидан кузатиш, участкада аниқланган ўткир юқумли касалликлар ҳақида санитария-эпидемиология станцияси (СЭС) га хабар бериш.

Диспансер ҳисобидаги беморларнинг ҳужжатларини тўлдириб бориш ва уларнинг врачга ўз вақтида қатнаши устидан кузатиш.

Ўз участкасидаги аҳоли орасида санитария-оқартуви ишларини ўтказиш.

Поликлиникаларда ихтисослашган хоналар бўлиб, бу жойдаги медицина ҳамширалари икки гуруҳга бўлинади: а) терапевтик ихтисосдаги (терапевтик, педиатрик, неврологик) хоналарда ишлайдиган ҳамширалар, уларнинг врач қабули пайтида муолажалар ва манипуляцияларни бажаришга тўғри келмайди; б) хирургик ихтисосдаги (хирургик, отоларингологик ва бошқалар) хоналарда ишлайдиган ҳамширалар, улар қабул вақтида турлатуман даво-диагностик манипуляцияларни ва муолажаларни бажарадилар.

Участка медицина ҳамшираси врач билан бирга ишлайди, унга участкада даво-профилактика ёрдамининг ҳаммаси турларини таъминлашда ёрдам беради. Беморларни уйда парвардиш қилишни уюштиришда ва врач кўрсатмаларини

таб. этинда медицина ҳамширасининг ролига катта аҳамият берилади. Бевосита парвариш қилинган ташқари, беморнинг яқин қариндошларига уни қандай парвариш қилиш ва хонани қай усулда тозалаш каби тадбирларни ўргатади. Медицина ҳамшираси врачнинг таълими курсатмаларини (банкалар, горчичниклар, иситишган компресслар, зулуклар) бажаради.

Амбулаториялар ва поликлиникаларнинг медицина ҳамширалари ишга врач қабулидан 15 мин. олдин келиб хона ва иш столлари ҳолатини текширишлари, врачларнинг бланк ва рецепт жавонидagi хужжатлар тўпلامини тўлдариб туришлари керак. Медицина ҳамширалари врач қабулига келган беморларнинг навбатини, талонлар бер-қўқлигини текширадилар, келувчиларнинг савол-жавоб берадилар, англашилмовчиликларни бартараф этадилар, тартиб-интизомни кузатиб борадилар.

### СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ПУНКТЛАРИ

Соғлиқни сақлаш пункти (здравпункт) медицина санитария қисми ёки поликлиниканинг бўлинимаси бўлиб, санитат корхоналарида, жамоа ҳўжаликларида, қурилишларда, олий ва ўрта махсус ўқув юртларида ва ҳўнар-техника билим юртларида ташкил қилинади.

Соғлиқни сақлаш бўлинималари врачлик ва фельдшерлик деган турларга бўлинади. Шикастланиш, тўсатдан касалланишлар ва касбга алоқадор заҳарланишларда билимчи малакали медицина ёрдами курсатиш билан бирга соғлиқни сақлаш бўлинимаси вақтинча меҳнатга лаёқатини йўқотиш билан боғлиқ касалланишни олдини олиш ва келтириб чиқариш учун режалли санитария-гигиеник ва даволаш-профилактик тадбирларни амалга оширади.

Бу ерда энг оддий даво муолажалари (яра боғлаш, компресслар, банкалар, инъекциялар ва бошқалар) қилинади. Унда корхонада касалланишни келтириб чиқарадиган ноҳўш санитария омилларини аниқлаш ва бартараф этишга доир ишлар олиб борилади, озик-овқат тарқатиш устидан санитария назорати ва ўткир юқумли касалликлар профилактикаси, эҳтиёт эмлашлар, ишловчилар (ўқувчилар) ўртасида санитария-оқартув ишлари ўтказилади. Медицина ҳамширалари цехлар ва бошқа иш хоналарига мунтазам бориб турадилар, уларнинг санитария ҳолатини текширадилар, меҳнат шароитлари ва техника давфсизлигига риоя қилиниши устидан кузатиб борадилар, ишлаб чиқариш травматизмининг профилактикасини олиб борадилар, медицинанг хужжатларини санб



борадилар. Шех медицина ҳамширасининг иши ушундай  
принципи бўйича олиб борилади.

### ДИСПАНСЕРЛАР

Диспансер — муайян касалликлар билан касалланган  
беморларни аниклаш ва ҳисобга олиш учун хизмат  
қиладиган даволаш-профилактика муассасасидир. Салт  
қарши, тери-венерологик, онкологик, врачлик-физикулту-  
ра, кардиологик, психоневрологик, наркологик диспансер-  
лар ва эндемик жойларда — бўқокка қарши диспансерлар  
бўлади.

Диспансерда ихтисослашган даволаш олиб борилади,  
профилактик тадбирлар ўтказилади, беморларни диспан-  
серизация қилиш амалга оширилади.

Хар қандай диспансернинг медицина ҳамшираси  
беморларни аниқ ҳисобга олиб боради, профилактик  
тадбирларнинг ўз вақтида ўтказилиши устидан кузатиб  
боради, беморларнинг врач қабулига боришини уюштира-  
ди, патронаж қилади (беморлар ва қариндошлари  
ўртасида доимий санитария-оқартув ишини олиб боради).

### АЁЛЛАР КОНСУЛЬТАЦИЯЛАРИ

Аёллар консультацияси (маслаҳатхонаси) туғруқхона  
ёки поликлиниканинг бўлинмаси ҳисобланади. Унда  
ҳомиладор аёлларга акушер-гинекологик ёрдам кўрсати-  
лади ва бутун ҳомиладорлик даври мобайнида диспансе-  
ризация ўтказилади. Врач қабул вақтида бажарилган  
ўз вазифаларидан ташқари, медицина ҳамшираси шу-  
нингдек ҳомиладор аёлларни патронаж қилиб, уларни  
чақалок болани парвариш қилишни ва аёлнинг шайсей  
гигиенасини ўргатади.

### МЕДИЦИНА-САНИТАРИЯ ҚИСМЛАРИ

Медицина-санитария қисми — шаҳар поликлиника  
ёки поликлиникали касалхона бўлиб, саноат корхоналари,  
қурилиш ёки транспорт ташкилотларининг ходимларига ва  
уларнинг оила аъзоларига даволаш-профилактика ёрдами  
кўрсатиш учун мўлжалланган. Медицина-санитария қис-  
млари ишининг энг муҳим йўналиши ишчиларнинг сало-  
матлиги устидан мунтазам диспансер кузатуви олиб  
бориш, касалликларнинг олдини олиш ва бошланғич  
даврларини барвақт аниклаш мақсадида профилактика ва  
вақти-вақтида медицина текширувларини ўтказиш.

шунингдек оғир касалликлар билан касалланиб ўтган ёшларнинг касалликлари бор (сил, яра касаллиги, гипертоник касаллиги ва бошқалар) ишчиларни ишга тўғри жойлаштириш бўйича чоралар кўриш ҳисобланади.

Медицина-санитария қисмлари фаолияти доирасига шунингдек, ишловчиларнинг соғлиғига салбий таъсир қиладиган барча омилларни доимий ўрганиш ва аниқлаш, иссиқлик ва қасаба уюшмаси билан ҳамкорликда санитария-гигиеник меҳнат шароитларини, ишчилар ва хизматчиларга даволаш-профилактик хизмат кўрсатишнинг ишчилик бўйича тадбирларнинг тўлиқ режаларини ишлаб чиқиш киради. Медицина-санитария қисмларининг врачлари ва медицина ҳамширалари стационар, поликлиника ва цехда ишлаб туриб, ишчиларга даволаш ёрдамини кўрсатадилар, уларни ишлаб чиқариш шароитларида кун сайин кузатиб борадилар, профилактик тадбирларни уюштирадилар ва амалга оширадилар. Медицина-санитария қисмларидаги медицина ходимлари фаолиятининг асосини диспансер усули ташкил қилади.

Медицина ҳамшираси цех участкаси усули бўйича ишлайди. У ишчиларни профилактик текширувлардан ўтказишни уюштиради, диспансер кузатувида турган беморларнинг ҳисобини олиб боради, цехларда санитария фаолларини тузишда қатнашади, цех врач қабулида каттироқ этиб, поликлиника медицина ҳамширасининг ҳамма вазифаларини бажаради. Врачга беморларни қабул қилиш вақтида, профилактик тадбирлар ўтказишда ёрдам бериш билан бирга медицина ҳамшираси шикастланган ишларда биринчи ёрдам кўрсатади, санитария постларининг аъзолари билан инстуктаж ўтказишда, ошхоналар, буфетлар, душхоналар ва ювиниш хоналарининг санитария ҳолатини текширади.

### ТЕЗ МЕДИЦИНА ЁРДАМИ СТАНЦИЯЛАРИ

Тез медицина ёрдами станциялари ҳамма шаҳарларда ташкил қилинган. Улар зарур бўлиб қолганда аҳолини кечаю кундуз тез медицина ёрдами билан таъминлайди.

Ҳақириқ бўйича борадиган ўрта медицина ходими бригада врачга ёрдам беради, врачнинг хизматида маълумки ҳамма буйруқларини зудлик билан сўзсиз бажаришни шарт.

Фельдшер ва медицина ҳамширалари навбатчилигини қабул қилаётганда махсус кийимлар олишлари, ўзлари ишлабдиган автомашинанинг номерини билиб олишлари, аппаратлар, дорилар солинган қутини қабул қилиб олиб,

Унинг ичидаги нарсаларни текширишлари, қолган ускуна-  
ларнинг бенуксонлигини текшириб кўришлари, борди-ю  
бирор нарса етишмаса ёки сийган бўлса, бу камчи-  
ликларни бартараф этиш чораларини кўришлари; автома-  
шинанинг йўлга чиқишга шайлиги, унинг санитария  
ҳолати, радио алоқасининг бекам-қўстлигини текшириб  
кўришлари керак. Ўрта медицина ходими медицина  
қутисидаги ҳамма нарсаларни билиши ва врач кўрсатмаси  
бўйича улардан фойдалана олиши, аппаратларни ишлата  
билиши керак. Шу мақсадда малака ошириш бўйича  
машғулотларда катнашиш лозим.

Врач билан бирга чакириқ бўйича борган жойида ўрта  
медицина ходими врачнинг бевосита ёрдамчиси ҳисобла-  
нади ва унинг ҳамма кўрсатмаларини бажаради. Ўрта  
медицина ходимининг вазифасига медицина ёрдамининг  
тури ҳисобланадиган беморни замбилда кўтариш киради.  
Ходиса рўй берган жойгача автомашинада бориш имкони  
бўлмаганда чакириқ бригадаси чакириқ жойигача пиёда  
бориши, медицина ёрдами кўрсатиши ва беморни автома-  
шинагача олиб келишни ташкил этиши шарт. Чакириқ  
бўйича борган бригада меҳрибон бўлиши, атрофдагиларга  
нисбатан эса ҳамдардлик билдириши лозим.

Масъул фельдшер чакириқнинг ўз вақтида ва аниқ  
бажарилишига, беморларни ташиш ва автомашинада  
ташиш бўйича инструкциянинг тўғри бажарилганига  
жавоб беради, керак бўлиб қолганда медицина ёрдами  
кўрсатади. Чакириқ бўлган жойга етиб келгандан сўнг  
масъул фельдшер бемордаги медицина хужжатлари (ка-  
салхонага йўлланма ва бошқалар) билан танишади.

Оғир ҳолатдаги беморларни чакириқ билан борган  
ходимлар замбилда олиб бориши керак. Транспортда  
нормал олиб юришни қийинлаштирадиган ҳолларгина  
(зинапоянинг энсизлиги, коридорнинг қалта ва эгри-  
бугрилиги ва бошқалар) бу қондадан истисно бўлиши  
мумкин. Бундай ҳолларда беморлани қўлда, чойшаб, аёл  
ва бошқалар ёрдамида кўтариш лозим.

Беморни транспортда олиб боришда масъул фельдшер  
унинг ёнида ўтиради. Агар йўлда беморнинг аҳволи кескин  
ёмонлашиб қолса, фельдшер унга ёрдам кўрсатишга ва  
уни зудлик билан яқин орадаги касалхонанинг қабулхона  
бўлимига олиб боришга мажбур.

Бу ерда у беморни қабулхона бўлимининг навбатчи  
ходимига топширади ва ўз имзоси қўйилган олиб келиш  
варақасини қолдиради.

Беҳуш ҳолатда ётган беморларни ёки маст ҳолатдаги  
кишиларни қўздан кечиришда аниқланган хужжатлар,

қимматли буюмлар, пул ва нарсаларни фельдшер ёки медицина ҳамшираси касалхонанинг қабулхона бўлимига тилхат билан топширади ва олиб келиш варақасига топширилган нарсаларни ким қабул қилганини ёзиб қўяди.

Агар тез ёрдам автомашинасининг йўлида бахтсиз ҳодиса учраб қолса, масъул фельдшер машинани тўхтатиши, шикастланганга тўлиқ медицина ёрдамини кўрсатиши ва уни медицина муассасасига олиб бориши лозим. Тез ёрдам станциясига қайтгач, масъул фельдшер чакирикни бажаргани тўғрисидаги маълумотларни махсус карточкага ёзиб қўйиш учун диспетчерга хабар қилади. Навбатчилик тугагандан сўнг, масъул фельдшер автомашинадан врачлик кутисини олиб тушади ва уни тўлдириш учун дорихонага ёки қатта фельдшерга топширади, қолган жиҳозларни эса ундан навбатни қабул қилаётган масъул фельдшерга топширади.

### КАСАЛХОНАЛАР

**Касалхоналар** — ўринда ётиш режимига мутож беморлар учун даволаш-профилактика муассасаларидир. Касалхоналарни қуриш Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан белгиланган нормативлар бўйича амалга оширилади. Замонавий касалхона зарур даволаш-диагностика аппаратураси ва ускуналари билан жиҳозланган медицина муассасасидан иборат.

Касалхонанинг асосий таркибий қисмлари қабулхона бўлими, маъмурий-хўжалик қисми ва даволаш бўлинмалари ҳисобланади. Даволаш бўлинмаларига диагностика ва даволаш хоналари, операцион хоналар, мушкетерхона, боғлов хоналари, беморлар ётадиган ихтисослашган бўлимлар, палаталар киради. Даволаш бўлинмалари таркибига шунингдек юрадиган беморлар дам оладиган жойлар, ошхона билан буфет хонаси ва кўнрақ хоналар (санитария шохобчаси, ваннахона, хожона, кирхона) киради.

Касалхоналарда ўрта медицина ҳодимларининг энг катта қисмини медицина ҳамширалари ташкил қилади. Уларга қуйидаги вазифалар юраклатган: 1) даволаш-диагностика иши — врач кўрсатилишига катта ёрдам, тана ҳароратини, артериал қўғирини ўлчаб, оқибат ётган беморларда пульснинг ҳар қанча вақтнинг умуми аҳволи ва физиологик ҳолатини назорат қилиш, кузатиш, ҳарурат бўлган таълимнинг қилиниши билан қўғирини кўрсатиш, даволашнинг қилиниши уларнинг қилинишини қилиш ва қилиниш учун материал



лиш, турли хил манипуляциялар ва инъекцияларни бажариш;

2) беморларни парвариш қилиш — кийинтириш, ич кийимлари ва чойшаб, ёстик жилдларини алиштириш, оғиз бўшлиғи, бадан терисини парвариш қилиш, ёток яраларни профилактика қилиш, гигиеник ванна қилиш, оғир ётган беморларни овқатлантириш ва х. к.;

3) тайёргарлик ишлари — медицина инструментларини ювиш ва стерил ҳолга келтириш, дори-дармонларни тайёрлаш, иш жойини тайёрлаш;

4) ҳужжатлар билан ишлаш — врач кўрсатмалари варақасини тўлдириб бориш, лаборатория-инструментал текширувларга ва консултацияларга йўлланмаларни расмийлаштириш, врач кўрикларига касаллик тарихларини тайёрлаш (илова варақаларини, текширув натижаларини елимлаш), уйга жўнатиш ҳужжатлари, жумладан, маълумотномалар ва касаллик варақаларини расмийлаштиришдан иборат.

Касалхонанинг ҳар бир бўлимида қуйидаги даволаш ва диагностика мунипуляцияларини ҳамда муолажаларни бажарадиган муолажа ҳамшираси бўлади: у венага дорилар юборади, қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар юборади, орқа мия пункцияси учун асбобларни тайёрлайди, биокимёвий анализлар учун қон олади. Қатор ҳолларда муолажа хоналарининг медицина ҳамшираларига, шунингдек, дуоденал зондлаш, меъда суюқлигини текширишга олиш, ингалициялар қилиш вазифаси юкланади. Муолажа медицина ҳамшираларининг йшини таъкил этишни такомиллаштиришда ҳар бир муолажа хонасини стерил материал ва инструментлар билан марказлашган ҳолда таъминлашнинг алоҳида аҳамияти бор. Марказлашган стерилизацион хизматни вужудга келтириш муолажа ҳамшираларининг иш вақтини ҳар куни 15 % га тежашга имкон беради, бу эса навбатчилик мобайнида 2 соатдан зиёд вақтни тежаш билан барабар.

## КАСАЛХОНАЛАРНИНГ САНИТАРИЯ РЕЖИМИ

Гигиена қоидаларига биноан ҳар бир катта ёшдаги бемор 25 м<sup>2</sup> ҳаво билан таъминланиши керак, бунга хона баландлиги 3,5 м бўлганда 1 ўринга 7 м<sup>2</sup> майдон ажратилгандагина эришилади. Ҳозирги вақтда палатадаги ўринларнинг максимал сони — 5—6 та. Оғир ётган беморлар учун ҳар бир бўлимда алоҳида санузели бўлган бир ёки икки ўринли палаталар бўлади. Палаталарнинг деразалари жануб ёки жануби-шарққа ояиладиган бўли-

Палаталарда қўйилади. Беморларнинг ҳар бирини учун элек-  
тронча қўйиладиган қўйилган тунги чирокни ёқади. Палаталарда ҳаво харорат  
+18—20°C бўлиши керак. Доимий температурани сақла-  
туриш ва ҳавонинг тоза бўлишини таъминлаш мақсадидан  
палатани мунтазам шамоллатиб туриш зарур. Бунинг учун  
форточка, фрамугалар, ёзда эса деразалар очиб қўйилади.  
Неча марта шамоллатиш ва унинг муддати йил мавсумига  
боғлиқ. Қишда кунига кам деганда 2—3 марта шамоллати-  
лади, ёзда эса тўрлари бор деразаларни кечаю кундуз очиб  
қўйиш лозим. Шамоллатиш вақтида медицина ҳамшираси  
беморларни иссик қилиб ўраб-чирмаб қўйиши ва елвизак  
бўлмаслигига эътибор бериши лозим. Шамоллатиш маж-  
бурий тадбир ҳисобланади ва у беморлар томонидан  
муҳокама қилинмаслиги керак.

Палаталарда фақат энг зарур мебель: каравотлар,  
каравот олдида қўйиладиган столчалар, стуллар (кара-  
вотлар сонига кўра) ва битта умумий стол бўлгани  
маъқул. Эшик олдида халатлар учун илгич, ахлат учун  
кути қўйилади. Палата ичидаги деворга ҳаво хароратини  
кўрсатиб турадиган термометр осиб қўйилади. Ҳар бир  
бемор тўшаги олдида медицина ҳамшираси ёки кичик  
медицина ходимини чақириб учун ёруғлик сифатлаштириш  
розеткаси ва радиоприёмник наушниклари бўлади. Ме-  
белни тозалликни сақлаш имконини берадиган ва қулай  
қилиб жойлаштирилади.

Палаталарда каравотларни деразаларни бор ташки  
деворга параллел қилиб қўйилади. Улар оралидаги масофа  
тахминан 1 м бўлиши керак, бу беморларнинг текширишда,  
кўчиришда, шунингдек муолажалар қилувчи килишда  
уларга хизмат кўрсатишни осонлаштирилади. Ҳозирги  
вақтда артиш қулай бўлган никелланган ёки мойли бўёқ  
билан бўялган каравотлардан фойдаланилади. Кара-  
вотнинг тўри таранг тортилган, ўйдин-қўкурсиз, юзаси  
текис бўлиши керак. Қаддини баланд қилиб ётқизиш зарур  
бўлган оғир ётган беморларнинг боши тагига болиш  
қўйилади. Дастаси ёрдамида беморга товушсиз ва раво  
энг қулай вазият вужудга келтирадиган унча сурилувчи  
секциялардан ташкил топган функционал каравотлар ҳам  
бўлади. Пружинали тўрға наматрасни қўйилади. Сийдик  
ёки ахлат тутолмасликдан изтироб чекаётган беморлар  
учун наматрасниқ устига клеёнка тикиб қўйилади.  
У наматраснинг ажралмалардан ифлосланиб қолишдан

Ошнинг учдан икки қисмини беғим-  
бон қилиш ва ошнинг олчасида беморнинг шахсий буюкларини  
ҳамшираси вақти-вақтида уйдати  
тариб туради, кичик медицина ҳамшираси  
тариб туради. Оғир ётган беморлар учун  
ошнинг олчасида столчалари бўлади, улар овқат ейиш  
учун қулай.

Касалхона тахточа маҳкамланган бўлиб, унда бе-  
ғим-бон қилинган, исми ва отасининг исми, шунингдек  
беморнинг рақами ёзилган бўлади.

Ошнинг озода бўлиши керак. Палатларнинг санитария  
ҳолати устидан медицина ҳамшираси доимо кузатиб  
боради.

Касалхона хоналарида кемирувчилар, сувараклар,  
каналар бўлмаслиги керак. Улар пайдо бўлганда хаш-  
ротлар ва кемирувчиларни йўқотиш учун СЭС ходимлари-  
ни зудлик билан чақириш лозим. Ошхона ва буфет  
хонасининг санитария ҳолатига алоҳида эътибор бериш  
лозим. Бу хоналарни ҳар сафар овқатдан сўнг намуна  
тозалаш чикиш керак.

Овқат таркатувчи буфетчи шахсий гигиена қоидалари-  
га пўхта амал қилиши шарт. Ҳалат ёки фартук ва дуррача  
ҳамиша топ-тоза ва дазмолланган бўлиши керак. Тирноқ-  
ларни қалта қилиб олиб юриш лозим. Кухня, ошхона,  
буфетларнинг хоналарини низоҳатда озода тутиш керак.  
Шу мақсадда ҳар куни яхшилаб йиғиштирилади: поллар  
супурилади ёки ювилади, чангдан тозаланади, мебель,  
деразалар олди ва бошқалар артилади. Хонани ҳар куни  
шамоллатиш лозим. Бошдан-оёқ йиғиштириб тозалаш  
(девор, шифт, ёритгич, арматура ва бошқаларни ювиш)  
ҳафта-сига камида бир марта ювиш воситалари ва хлорли  
оҳакнинг 1 % ли тинитилган эритмасини қўллаб ўткази-  
лади. Ойналарни чанг, тутун ва қурумдан зарурат бўлганда,  
бирок бир ойда кам деганда 1 марта тозаланади.

Пластикдан (гигиеник қоплама) ишланган ошхона  
столлари очик қолдирилади. Ёғоч қопқокли столларга  
дастурхон ёзилади, устидан полиэтилен парда ёки клеёнка  
ёзиб қўйиш мумкин. Агар столларга нонни олдиндан  
қўйиладиган бўлса, нон устига тоза салфетка ёпиб қўйиш  
керак.

Беморлар овқатлангандан сўнг ошхона столларини  
йиғиштириш, ювилмаган идиш, ошхона асбоблари, овқат  
қолдиқларини тозалаш, ушўқларни супуриш ва клеёнка  
ёки стол қопқоғини артишдан иборат. Ювилмаган идиш-  
ларни йиғиш учун махсус аравачалар йиғиштирилади.

...иш учун «стойла» қилинган ёзуви бўлиши мумкин. Хар би... кул, иккинчиси... бўлиши керак... қўлқоплар ва чўткаларнинг ҳар бири... қўлқопларнинг берад... ган микдорда бўлиши керак. Санитария органи санитария қийимлари каби ювилади. Йиғиштириш машиналари (тоғора, челақ, чўткалар ва бошқалар) га тамға босилган ва улар бўлимнинг ихтиёрида бўлиши керак. Уларни ёпик, шу мақсад учун махсус ажратилган жавонларда сақлаш лозим. Овқат қолдиқларини йиғиш учун тунука челақлар ёки қопқокли (педалли) бакларни ишлатиш лозим. 2/3 ҳажмигача тўлгандан сўнг улар тозаланади, сўнг 2% ли кальцийланган сода эритмаси билан ювилади, сувда чайилади ва куритилади. Бўлимда озик-овқат қолдиқларини узок муддат сақлаш катъиян ман қилинади.

Беморларни овқатлантириш учун чинни, шиша, алюминий ва зангламайдиган пўлатдан ясалган ошхона ва чой идишларидан фойдаланиш мумкин. Кул ва оғиз бўшлиғи, шикаст етишининг олдини олиш учун чети учган дар кетган ошхона ва чой идишларини ишлатмаслик керак. Ошхона идишларини ювиш хонасида механик ювадиган машиналар ўрнатилади. Машинага идиш жойлашда олдин уларни овқат қолдиқларидан тозаланади ва чайилади. Ошхона идишларини кулда ювишда уч бўлим мали ванналар курилади. Учунчи бўлимда ювилган идишни чайиш учун махсус тур панжаралар бўлиши керак. Юқумли касалликлар ва болалар бўлимларида идишлар ювилгандан сўнг кайнатилади.

Идиш ювиш режими қуйидагича: а) овқат қолдиқларини механик (чўтка, ёғоч-кошиқ билан) тозалаш; б) ювадиган воситалар: 1% ли учнатрийфосфат ёки 0,5—2% ли кальцийланган сода, «Прогресс» суюқлиғи ва санитария органлари томонидан шу мақсадларга рухсат этилган бошқа воситалар қўшилган  $+45-48^{\circ}\text{C}$  ҳароратдаги сувда чўтка билан ювиш; в) идишларни  $+50^{\circ}\text{C}$  ҳароратдаги сувда 1 л сувга 10 мл микдорда 1% ли тинитилган хлор эритмаси қўшиб такроран ювиш; г) идишларни ҳарорати  $+70^{\circ}\text{C}$  дан паст бўлмаган иссиқ сувли учунчи ваннада чайиш, бунинг учун идишларни махсус турларга солиш ва панжараларга қўйиш керак; д) идишларни куритиш шкафида ёки махсус жавонда, панжарада куритиш лозим; е) идиш ювиш учун фойдаланиладиган чўтка ва мочалкаларни ишлатилгандан кейин тозалаш, ювиш, кайнатиш ва уларни куритиш; чўтка ва мочалка-



ларни иш бошлашдан олдин 1 % ли кальцийданган сода ритмасида кайнатиш.

Ошхона асбоблари (зангламайдиغان пўлатдан ясалган қошиқ, пичоқ ва вилкалар) ни ошхона идишлари каби ювиш лозим, бироқ ювилган асбобларни албатта кайнатиш ва қуритиш шкафларига жойлаш керак. Тоза идиш, қошиқлар ва ашёлар тоза доқа ёки сурп мато ёпиб ўйилган махсус жавонларда сақланиши керак.

### Касахона режими

| Сутка соатлари | Тадбирлар                     | Медицина ҳамширасининг иш даими                                                                                                                                                                        |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.00           | Уйқудан туриш                 | Палаталарда чиқок ёқади.                                                                                                                                                                               |
| 7.05—7.30      | Хароратни ўлчаш               | Термометрлар таркатади, хароратни ўлчаш натижаларини харорат варақасига ва касаллик тарихига ёзади.                                                                                                    |
| 7.30—8.00      | Эрталабки ювиниб-тараниш      | Оғир ётган беморларга ювинишга ёрдамлашади, оғиз бўшлиғи, кўз, буринини ювади. Сочини тарайди, ўринини тузатади, ўринида туғри вазият беради. Сийдик ахлатини лабораторияга жўнатилади.                |
| 8.00—8.30      | Дорилар таркатиш              | Беморларга дорилар таркатади ва уларнинг ичишини кузатади.                                                                                                                                             |
| 8.30—9.00      | Эрталабки нонушта             | Буфетчига овқат таркатишда ёрдам беради, оғир беморларни овқатлантиради.                                                                                                                               |
| 9.00—10.00     | Врачлар кўриги (обход)        | Кўрикда қатнашади ва курсатмаларни ёзиб боради.                                                                                                                                                        |
| 10.00—13.00    | Врач курсатмаларини бажариш   | Беморларни рентген кабинетида, консультантларга олиб боради, меъда ширасини олиш учун зондлаш ўтказиши, горчичниклар, иситувчи компресслар қўяди, инъекциялар қилади, оғир беморларни нарвариш қилади. |
| 13.00—13.30    | Дорилар таркатиш              | Дорилар таркатади ва уларнинг ичишини кузатади.                                                                                                                                                        |
| 13.30—14.30    | Тушки овқат                   | Овқат таркатишга ёрдамлашади, оғир беморларни овқатлантиради.                                                                                                                                          |
| 14.30—16.30    | Тушки овқатдан кейин дам олиш | Палатани шамолластади, уйда ва бўлимда тиёнлик бўлиши, оғир беморларнинг ахволи устидан кузатади.                                                                                                      |
| 16.30—17.00    | Кундузги хароратни ўлчаш      | Термометрлар таркатади, ўлчаш натижаларини харорат варақаларига ва касаллик тарихига ёзиб боради.                                                                                                      |

|             |                               |                                                                                                                                                                         |
|-------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17.00—17.30 | Тушликдан кейинги чой         | Бўлимдаги беморларни кузатади, беморга қариндачлари келтирилган маҳсулотларни текширади, хужжатларни тулдиради (кўрсатмалар варакаси, рецепттура-варакаси ва бошқалар). |
| 17.30—19.00 | Беморнинг қариндошлари келиши | Бўш вақт                                                                                                                                                                |
| 19.00—19.30 | Дорилар тарқатиш              | Кечки овқат олгандан дорилар таркатади                                                                                                                                  |
| 19.30—20.00 | Кечки овқат                   | Кечки овқат тарқатишга ёрдам беради, оғир ётган беморларни овқатлантиради                                                                                               |
| 20.00—21.30 | Кечки кўрсатмаларни бажариш   | Беморларни эртага бўладиган рентгенологик текширишга тайёрлайди, клизма, банка, иситувчи компресслар қўяди.                                                             |
| 21.30—22.00 | Кечки ювиниш                  | Беморларнинг тагини ювиб қўяди, ўринини қайта ёзди, беморни қудай ҳолатда ётқизади, оғиз бўшлигини тозалайди, палатани шамоллатади ва бошқалар.                         |
| 22.00       | Ухлаш                         | Палаталарда чирокни ўчиради, беморларнинг устини ёпади, палата ва бўлимдаги осойишталик устидан кузатади.                                                               |

## КИЧИК МЕДИЦИНА ХАМШИРАСИНING ВАЗИФАЛАРИ

Беморлар уйкудан турадиган вақтда, яъни соат 7 да кичик медицина ҳамшираси беморларнинг эрталабки ювиниб-таранишига кўмаклашиш ва хоналарни йиғиштириш учун тахт килиб қўйилган аёшлари билан ҳозир бўлиб туриши керак. У палатада чирокни ёқади ва палата медицина ҳамшираси беморларнинг ҳароратини ўлчаётган пайтда кичик медицина ҳамшираси хонани шамоллатади — мавсумга қараб фрамугалар ёки деразаларни очади. Сўнгра қувватсиз беморларга ювиниш учун тоғора ва сув қелтириб беради, оғир ётган беморларни эса ўзи ювинтириб қўяди, туфдон ва судно (тувак)ларни олиб чиқади, ўрин-кўрпаларни тузатади. Уриндан турмай ётадиган беморларга нонуштагача туваклар тутатади. Лаборатория текшируви учун сийдик ёки ахлатни ҳам нонуштага қадар йиғиш керак. Кичик медицина ҳамшираси сийдик ёки ахлатини тута олмайдиган беморлар, шунингдек, кинидан ажралма ажраладиган аёллар ва ўриндан тура олмайдиган беморларнинг тагини ювиб қўяди.

Нонуштадан сўнг кичик медицина ҳамшираси палаталарни йиғиштиришга киришиб, соат 9 гача, яъни вран

Беморларни кўрадиган вақтгача палатани озода ва шини қилиб қўяди.

Хонани кунига 3 марта нам усулда дезинфекция қиладиган эритмалардан фойдаланиб (1-жадвал) артиш лозим. Нам усулда артиб тозалаш учун тинитилган хлорли оҳак эритмаси ишлатилади. Бу эритмани куйдагича тайёрланади: «10 л совуқ сувга 1 кг хлорли оҳак солинади ва тўқ рангли шиша идишга солиб қўйилади. Хар куни эритма тайёрлаб ўтирмаслик учун бўлимдаги палатадар сони ва иш ҳажмига кўра бўлимда 16—20 л ли катта шиша бўлгани яхши. Бу эритма 12 соат мобайнида тинитиб қўйилиши лозим, сўнгра уни куйиб олинади ва туалет хоналарда ёки махсус ажратилган хоналарда қоронғу жойда сақланади, чунки хлорли оҳак ёруғда парчланади ва ўзининг дезинфекция қиладиган хоссаларини йўқотади. Бир челақ сувга 200 г тинитилган эритма қўйиш лозим. Тозалаш дезинфекция қиладиган эритмаларга ҳўлланган чўтка, швабра, латта билан бажарилади. Нам усулда тозалашда кичик медицина ҳамшираси қўлига резина қўлқоп кияди.

1-жадвал

Парвариш буюмларн, хоналар, ванналар ва йиғиштириш инвентарини дезинфекция қилишда қўлланиладиган дезинфекциялайдиган воситалар

| Номн                                                                            | Дезинфекция қиладиган модда                                                                 | Концентрацияси                                                                 | Экспозиция                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Тошқок, бурун, кўлқонн кўздан кечириш учун металл инструментлар                 | Сувда қайнатиш<br>Уч таркибли эритма                                                        | 2 % ли форма-<br>лин, 0,3 % ли<br>фенол, 1,5 %<br>ли натрий гид-<br>рокарбонат | 15 мин<br>45 мин. га<br>солиб қўйила-<br>ди, сўнгра ча-<br>йилади                                       |
| Металл шпателлар                                                                | Сувда қайнатиш                                                                              | 0,5 %                                                                          | 15 мин                                                                                                  |
| Пластмасса ва ре-<br>зинн инструмент-<br>лар. Медицина тер-<br>мометрлари       | Хлорамин<br>Водород<br>пероксид<br>Дезоксин                                                 | 3 %<br>0,1 %                                                                   | 30 мин<br>80"<br>20"                                                                                    |
| Қол, мочалкани<br>ювиш учун чўткалар                                            | Сувда қайнатиш<br>Автоклавлаш                                                               | 0,5 а т м                                                                      | 15 мин<br>20 мин                                                                                        |
| Беморни кўздан ке-<br>чириш учун кушет-<br>ка клеёнкаси, клеён-<br>ка фартуклар | Хлорамин<br>Хлорли оҳакнинг<br>тинитилган эрит-<br>маси<br>Сульфохлоран-<br>тин<br>Дихлор-1 | 1 %<br>0,5 %<br>0,2 %<br>2 %                                                   | Латта билан<br>икки марта<br>артилади                                                                   |
| Қизмалар учун<br>шиша, пластмасса-<br>дан ясалган учлик-<br>лар                 | Сувда қайнатиш                                                                              |                                                                                | 15 мин. Ишла-<br>тишдан сўнг<br>ювилади ва<br>1 % ли хлора-<br>мин эритмаси-<br>га солиб қўйи-<br>лади. |

| 1                                                                 | 2                                                   | 3                                                            | 4                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Тирноқларни олиш учун кайчилар, соч-соқол кирадиган асбоблар      | Уч тартибли эритма                                  | 2 % ли формалин, 3 % ли фенол, 1,5 % ли натрий гидрокарбонат | 45 минутга солиб қўйилади                                                                                        |
| Соч олдириш учун машинка                                          | С п и р т                                           | 7 0 %                                                        | Қисмларга ажратиш ва 15 минга солиб қўйиш                                                                        |
| Хоналар ва ундаги жиҳоз-буюмлар (жумладан каравот ва тумбочкалар) | Х л о р а м и н хлорли оҳакнинг тинитилган эритмаси | 1 %<br>0,5 %                                                 | Латта билан икки марта артилади.                                                                                 |
|                                                                   | Сульфохлорантин                                     | 0,2 %                                                        |                                                                                                                  |
|                                                                   | Дихлор — 1                                          | 2 %                                                          |                                                                                                                  |
|                                                                   | Водород пероксид + ювиш воситалари                  | 3 %                                                          |                                                                                                                  |
| И д и ш л а р                                                     | Сувда қайнатиш                                      |                                                              |                                                                                                                  |
|                                                                   | Хлорамин                                            | 1,5 %                                                        | 30 мин                                                                                                           |
|                                                                   | Дихлор-1                                            | 1 %                                                          |                                                                                                                  |
|                                                                   | Дезоксан-1                                          | 0,05 % ли перацетат кислота бўйича                           | 30 мин. га солиб қўйилади                                                                                        |
| Резина грелкалар ва муз солинадиган халтачалар                    | Х л о р а м и н                                     | 1 %                                                          | Иссиқ сувда ювилади, сунгра дезинфекция қилинадиган эритма билан икки марта артилади. 60 мин. га солиб қўйилади. |
| Тагга қўйиладиган суднолар ва сийдикдонлар                        | Хлорли оҳакнинг тинитилган эритмаси                 | 0,5 %                                                        |                                                                                                                  |
| Ваиналар                                                          | Хлорамин                                            | 1 %                                                          |                                                                                                                  |
|                                                                   | Кальций гипохлоритнинг асос тузи                    | 0,5 %                                                        |                                                                                                                  |
|                                                                   | Дихлор-1                                            | 100 см сатҳга 0,5 г                                          | Шундай қилинади                                                                                                  |
|                                                                   | Белка-2                                             |                                                              |                                                                                                                  |
|                                                                   | ПЧД, «Дезус», «Санита»                              |                                                              | Нам салфетка билан артиш 5 мин                                                                                   |

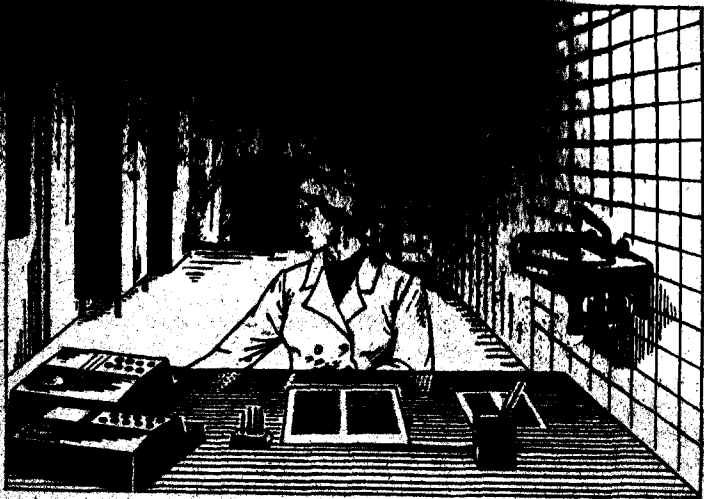
| 1                 | 2                                                                                       | 3                     | 4                      |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Пиритириш ашёлари | Хлорли оҳакнинг тинитилган эритмаси<br>Хлорамин<br>Кальций гипохлоритнинг 2/3 асос тузи | 0,5 %<br>1 %<br>0,5 % | Артилади ва куритилади |

Кечки овкатдан сўнг кичик медицина ҳамшираси палатамизда латта билан артиб чиқади, палатани шамоллатади, медицина ҳамширасига кечки муолажаларни (клизма қилиш, беморларнинг тагини ювиш ва ҳоказо) бажаришда кўмаклашади, оғир ётган беморларнинг кўрпасини ёпиб қўяди ва палаталарда чирокни ўчиради. Беморлар уйкуга кетгач медицина ходими беморларнинг оғир ётган ва нотинч беморларнинг уйкусини кузатиб туриши лозим. Кичик медицина ҳамшираси бўлимнинг ҳаммаша озода ва шинам бўлишига, касалхонага хос ёкимсиз хидлар бўлмаслигига аҳамият бериши лозим. Ҳамма ходимлар секин гапириши, телефондан факат зарур ҳоллардагина фойдаланиш, телефонларни палатадан узоқроққа ўрнатиш, товуш сигнализациясини ёруғлик сигнализацияси билан алиштириш керак. Мебель оёқларига резина қалпоқчалар кийгизиш, эшик ошиқ-мошиқларига мой суртиш, бир-бирига тегиб турадиган юзаларга резина қоплаш зарур.

### МЕДИЦИНА ҲАМШИРАСИ ПОСТИНИНГ ТУЗИЛИШИ

Медицина ҳамширасининг иш жойини у хизмат қиладиган палата яқинига жойлаштириш лозим. Одатда у палаталар ўртасида коридорда жойлашган бўлади. Медицина ҳамшираси пости беморга тегишлича хизмат кўрсатиш учун зарур бўлган ҳамма нарсалар билан жиҳозланиши лозим (2-расм). У ерда дорилар ва медицина асбоблари учун шкаф, касалдик тарихини сақлаш учун қулфланадиган ғаладонлари бўлган стол, телефон ва столга қўйиладиган лампа бўлади. Агар бўлимда муолажа кабинети бўлмаса, медицина ҳамширасининг столи яқинига шприцлар ва игналарни қайнатиш учун стерилизатор, стерил материал солинган бир неча қопчалар қилиш учун керакли нарсалар қўйиладиган столча, шунингдек, кучли таъсир қиладиган ва залари





2- расм. Медицина ҳамширасининг иш жойи.

воситаларни сақлаш учун темир қути жойлаштирилади. Агар у бўлмаса, медицина ҳамшираси столи устида кулфланадиган иккита шкафча (А ва Б) туради. Унинг қалити катта медицина ҳамширасида ёки энг тажрибали пост медицина ҳамширасида бўлади. Қўл ювиш учун умивальник ҳам шу ерда бўлиши керак. Медицина ҳамширасининг иш жойи доимо озода ва шинам бўлиши керак. Ишлатилган боғлов материали ёки бошқа чиқиндиларни ҳар гал муолажа ўтказиб бўлгандан сўнг йўқотиш лозим. Медицина ҳамшираси постида дори-дармонлар қўйиладиган ойнаванд шкафлар бўлади. Унинг ҳар бир жавонида «Ичириладиган дорилар», «Ташқи қўлланиладиган дорилар» ва «Инъекциялар учун» деган ёзув бўлиши керак. Ҳамма медицина асбобларини вазифасига ва кўп ёки кам ишлатилишига кўра жойлаштирилади.

### ДАВОЛАШ-МУҲОҒАЗА РЕЖИМИ

Ҳар бир даволаш муассасасининг ўз ички касалхона режими бор.

Даволаш-муҳофаза режимида энг муҳим вазифалардан бири бемор касалхонада вақтнинг оқибатларга таъриқ жисмоний ва руҳий ҳолатини яхшилатиш ва уларга мулақ шифо қилиш ва уларнинг ҳаётини яхшилатиш ва рус



10. Бўлим медицина ҳамшираси ишида меҳнатни илмий ташкил

қилишнинг вазифаси нимадан иборат?

11. Кичик медицина ҳамширасининг вазифалари нимадан иборат?

12. Миокард инфаркти бўлган беморга тез ёрдам машинаси чақирилди. Бу машина қандай жиҳозланган ва бемор машинада олиб кетилаётган вақтда медицина ходимининг вазифалари нимадан иборат?

13. Силга қарши диспансернинг медицина ҳамшираси беморга патронаж учун юборилган. У беморнинг яқин кишилари билан қандай масалаларни муҳокама қилиши керак?

#### IV боб

### МЕДИЦИНА ХУЖЖАТАРИ.

#### НАВБАТЧИЛИКНИ КАБУЛ ҚИЛИШ ВА ТОПШИРИШ

Даволаш муассасаларининг турли-туман ишлари статистик маълумотлар учун катта аҳамияти бўлган медицина хужжатларида ўз ифодасини топади. Соғлиқни сақлашнинг раҳбар органлари шу маълумотлар асосида даволаш ва профилактика тармоғининг ривожланиш режасини тузади. У врачлар, даволаш ва профилактика муассасалари ўртасидаги изчилликни ва боғланишни ҳам таъминлайди. Медицина хужжатлари мазмунан аниқ, шаклан раво ва батартиб бўлиши керак.

Даволаш-профилактика муассасаларида ҳаракатда бўладиган медицинага оид ҳисобга олиш оператив хужжатлари даволаш-диагностика жараёни билан бевосита боғлиқ бўлган хужжатлар формаларини ўз ичига олади.

Соғлиқни сақлаш министрлиги системасидаги даволаш муассасаларида медицинага оид ҳисобга олиш оператив хужжатларининг учта тури учун ягона формалари белгиланган. Биринчи тури — медицина ёрдамига мурожаат қилган ҳар бир шахсга тузиладиган индивидуал ҳисобга олиш хужжатлари; стационар бемор картаси (3-ҳисоб формаси), амбулатор беморнинг медицина картаси (25-ҳисоб формаси), якунловчи диагноزلарни қайд қилиш учун статистик патта 25 в ҳисоб формаси ва 6. Ҳисоб-оператив хужжатларининг иккинчи тури муайян давр мобайнида қилинган иш натижаларини қайд қилиш мақсадида олиб борилади: стационар беморлар ва уринлар фондини ҳар куни ҳисоб қилиш варақаси (7-ҳисоб формаси), врач ишини ҳар куни ҳисоб қилиш

варақаси (39-хисоб формаси) ва ҳоказо. Медицина хисоби оператив ҳужжатларининг учинчи тури қандай бўлмасин, медицина тадбирларини қайд этиш учун хизмат қилади (беморларни қабул қилиш ва госпитализация қилишдан бош тортиш журнали — 1-хисоб формаси, операциялар журнали — 8-хисоб формаси ва ҳоказо).

Кўп сонли тадқиқотлар даволаш-профилактика муассасаларидаги ходимларнинг медицина ҳужжатларининг турли-туман формалари билан ишлаши, ниҳоятда қийинлигини рўй-рост кўрсатиб берди. Ҳозирги вақтда медицина ҳужжатларини бир хил қилиш нуқтаи назардан такомиллаштириш бўйича катта ишлар қилинди. Саволлари бўлган тайёр бланкалар жорий қилиниб, уларга врачлар қисқа жавоблар ёзадилар. Типовой рецептлар, клише-штамплар тайёрлаш типовой текстлар қаторига киради. Диктофон-машинкада ёзиш методи кенг ривож топган бўлиб, бунда медицина ҳужжатларини тўлдирishга сарфланадиган вақт тежаб қолинади, меҳнатнинг сифати ва маданияти ошади. Медицина ҳамшираси мустақил ишининг биринчи кунлариданок ўзи расмийлаштириши лозим бўлган жуда кўп сонли ҳужжатларга дуч келади, шунинг учун унинг ҳужжатларни қандай расмийлаштириши ҳамширанинг умумий ва медицина билимларини нечоғли яхши эгаллаганига боғлиқ.

## МЕДИЦИНА ҲУЖЖАТЛАРИНИНГ ТУРЛАРИ

Стационарда медицина ҳужжатларининг энг муҳим формаларидан бири касаллик тарихи ҳисобланади. У беморни даволаш-профилактика муассасаларида даволашнинг бошидан охиригача унинг ҳолати устида кузатиш натижаларини ёзиб бориш учун хизмат қилади. Касаллик тарихи — стационарда келадиган ҳар бир бемор учун унинг келиш мақсадидан, диагнозидан ва стационарда бўлиш муддатидан қатъи назар тузиладиган бирламчи ҳужжатдир.

Касаллик тарихини биринчи варағи (медицина кўшимчалардан иборат бир хил қилинганда) стационарда Соғлиқни сақлаш вазирлиги белгиланган тартибда расмийлаштирилади. Касаллик тарихи касаллик тарихида ёзиб борилади: аввало биринчи қабул қилиш тўлдирилади, унда бемор тўғрисидаги маълумотлари, уни юборган муассаса диагнози, келиш куни ёзилади. Қабулхона бўлимининг вақтинча беморга диагноз қўяди, касаллик тарихида ва сўраб-суриштириш натижалари тўлдирилади.

лар сўлиб, даволаш даволаш ва даволаш суршти-  
ришдан ва бемор аниқлашдан сўнг хар кун  
кундалик тўлдириб, унга текшириш натижаларини, даво-  
лаш усулларини ва текшириш маълумотларини ёзиб  
боради. Касаллик тарихи эпикриз ва биринчи вараққа  
узил-кесил диагноз, оператив даволаш, унинг асоратлари,  
дориларнинг қўшимча таъсири ва даволашнинг натижаси  
тўғрисидаги маълумотларни ёзиш билан тугалланади.  
Беморни касалхонадан чиқаришда тўлдирилган ҳамма  
варақлар, жумладан, ҳарорат варағи, врач кўрсатмалари  
ва лаборатория текшириш натижаларини касаллик  
тарихи муқовасининг чўнтагига ёпиштириб қўйилади,  
шундан сўнг унга даволовчи врач ва бўлим мудирини  
қўяди. Сўнгра касаллик тарихини архивга топширилади.

Касаллик тарихидаги маълумотларни статистик жи-  
ҳатдан соддалаштириш учун беморни касалхонадан  
чиқаришда стационардан чиққан одамнинг статистик  
картасини тўлдирилади.

Касаллик тарихи касалхона фаолиятининг кўрсаткич-  
ларини аниқлашда асосий ҳужжатлардан бири ҳисобла-  
нади, шунингдек, юридик ҳужжат бўлиб хизмат қилади.  
Касаллик тарихида бирор нарсани устидан чизиш,  
қўшимча маълумот ёзиш, ёпиштириш, ўчириш мумкин  
эмас. Агар беморни бошқа бўлимга консултацияга олиб  
борилса, касаллик тарихи шахсан у билан ҳамроҳ бўлиб  
борадиган медицина ҳамширасида бўлади. Уни хо-  
димлардан бирортасига, айниқса беморнинг ўзига бериш  
мумкин эмас.

Медицина ҳамшираси хар кунни касаллик тарихига  
лаборатория текширувларидан олинган ҳамма маълу-  
мотларни келаётган тартиби бўйича ёпиштириб боради  
ва уларнинг яхши сақланиши учун жавоб беради.

Касаллик тарихи медицина ҳамшираси пастидаги  
қулфланадиган ва беморлар оча олмайдиган кутида  
сақланади. Беморга унинг касаллик тарихини бериш, унга  
касалиги ёки лаборатория текшириш натижалари тўғри-  
сидаги маълумотларни билдириш ман қилинади.

Бўлимдан касаллик тарихининг йўқолиши жиноий иш  
ҳисобланади ва қонун бўйича жазоланади. Шунинг учун  
медицина ҳамшираси касаллик тарихининг тўғри сақ-  
ланиши устидан кузатиб бориши ва уни эҳтиёткорлик  
билан сақлаши керак.

**Амбулатория картаси** — поликлиникага қатнайидиган  
беморларнинг асосий ҳужжати бўлиб, унда беморнинг  
биринчи марта бординдан бошлаб аҳволи ва беморнинг  
умр бўйи унга врач чақирганлиги тўғрисидаги барча



маълумотлар қайд қилинади. Агар бемор бошқа туман ёки шаҳарга кўчиб кетса, амбулатория картаси ўша жойга жўнатилади. Амбулатория картасидаги ёзувлар касаллик тарихидаги ёзувларга нисбатан қисқа, кузатув даврлари эса давомли бўлади. Медицина ҳамшираси амбулатория картасига ҳамма лаборатория текшириш натижаларини тартиб билан ёзиб бориши, шунингдек диспансер ҳисобида турган беморларнинг ўз вақтида чақирилиши устидан кузатиб туриши керак.

Бирлашган касалхона иш шароитларида бемор стационарга тушганида амбулатория картасини даволовчи врачга берилади, у бемор стационардан чиққандан сўнг амбулатория картасига энг муҳим текширишлар билан бирга эпикриз ёзади ва уни поликлиникага қайтаради. Стационарда бўлган ҳар бир беморнинг қўлига касаллик диагнози кўрсатилган справка (маълумотнома) берилади, касаллик тарихидан батафсил кўчирмани даволаш муассасасининг талабномаси бўйича тузилади ва уни шу муассасага почта орқали жўнатилади.

**Беморларни қабул қилиш ва госпитализация қилишдан бош тортиш журнали** қабулхона бўлимида туради ва уни медицина ҳамшираси жуда синчиклаб тўлдиради: унда беморни ким ва қачон стационарга жўнатгани ва бемор учун очилган касаллик тарихининг рақами қайд қилинади. Журнал бемор тўғрисида бериладиган турли хил справкалар учун асосий маълумот манбаи ҳисобланади.

**Юқумли касаллик, овқатдан ўткир заҳарланиш, касбга алоқадор заҳарланиш тўғрисидаги шошилиш хабарномани** уни ҳар қандай шароитларда аниқлаган ёки унга шубҳа қилган медицина ходими тузади. Мазкур хабарномани бемор аниқланган жойдаги санитария-эпидемиология станциясига уни аниқлаш вақтидан 12 соатдан кечиктирмай юборилади.

**Беморларни ва стационардаги ўринлар фондини ҳисобга олиш варақаси.** Беморларни ва стационардаги ўринлар фондини ҳисобга олиш варақасини касалхонада ажратилган ҳар бир бўлимда соғлиқни сақлаш юқори органининг сметаси ва буйруқларига биноан тўлдирилади.

Ўз таркибида касалхона бўйича буйруқ билан ажратилган тор ихтисосликдаги ўринлари (масалан, хирургик ёки гинекологик бўлимларда онкологик ўринлар, неврологик бўлим составида болалар учун ўринлар ва бошқалар) бор бўлимлар бўйича варақанинг биринчи сатрига умумий бўлим бўйича ўринлар сони ва беморларнинг келиши

кетиши (харакати) тўғрисидаги маълумотлар (тор ихтисосликдаги ўринлар бўйича маълумотларни ҳам қўшиб) ёзилади, кейинги сатрларга тор ихтисосликдаги беморларнинг ўринлари ва келиб-кетиши тўғрисидаги маълумотлар киритилади.

Бирорта бўлимда ажратилган тор ихтисосликдаги ўринларга тааллуқли сатрларни тўлдиришда беморларнинг шу бўлимнинг қайси ўринларида ётганидан қатъи назар, бу бўлимда ажратилган ўринлар ихтисослигига мос келадиган касалликлари бор беморларнинг ҳаракати ёзилади. Масалан, хирургик бўлимда касалхона бўйича чиқарилган буйруқ билан урологик беморлар учун 3 ўрин ажратилган; амалда бўлимда айрим кунлари 3 эмас, 5 ва бундан ортиқ урологик беморлар бўлган, бу беморларнинг ҳаракати урологик ўринлар бўйича кўрсатилади. Айни вақтда урологик касалликлари бор беморлар таркибида урологик ўринлар ажратилмаган бошқа бўлимларга жойлаштирилган бўлиши мумкин. Бу беморлар тўғрисидаги маълумотлар улар жойлаштирилган бўлим ўринлари бўйича кўрсатилади ва урологик ўринлари бор бўлимда бўлган урологик беморлар тўғрисида маълумотлар билан жамланмайди.

Касалхона бўйича жамланган маълумотлар олиш учун бўлимлардан олинган, статистика кабинетида текшириб чиқилган варакалардаги маълумотларни умуман касалхона бўйича бўлган беморлар ва ўринлар фондини ҳисобга олиш кундалигига киритилади.

**Э с л а т м а .** Аар касалхонада ва унинг бўлимларида ҳисобни қатта медицина ҳамшираси олиб борса, алоҳида варакалар тўлдириш мақсадга мувофиқ эмас. Бундай касалхоналарда умуман стационар бўйича беморлар ва ўринлар фондини ҳисобга олиб бориш кундалигига киритилади.

Варақа графасида смета бўйича амалда ташкил этилган ўринлар ва ремонт, карантин ҳамда бошқа сабаблар туфайли вақтинча ташкил қилинган ўринлар ҳам ёзилади. Бу ҳисобга бўлимнинг беморлар билан тўлиб кетиши туфайли палаталар, коридорлар ва шу кабиларда ташкил этилган қўшимча ўринлар киритилмайди.

**Алмашинув картаси.** Беморни стационарга жўнатишда тўлдирилади. У уч қисмдан иборат: қўшимча нусхаси (корешок) поликлиникада қолади, иккинчи қисмига диагноз тўғрисидаги маълумот, лаборатория текшириш натижалари, даволаш тадбирлари ёзилади, учинчи қисмини эса стационар врач беморни касалхонадан чиқаришда тўлдиради.

Касалхонага тушган беморнинг регистрация (қайд этиш) картасини медицина ҳамшираси касаллик тарихидаги маълумотлар асосида тўлдиради ва уни бемор касалхонадан чиқарилгандан сўнг статистика бўлимига жўнатади.

Врач кўрсатмалари дафтари стационарнинг ҳар бир бўлимида бўлади. Медицина ҳамшираси унга ҳар бир бемор учун тайинланган врач кўрсатмаларининг ҳаммасини ёзиб боради. Маълумотларни у касаллик тарихидан ёки бевосита даволовчи врачнинг ўзидан олади.

Врач кўрсатмалари дафтарини расмийлаштириш нусхасини келтирамыз.

| Тартиб № | Кун | Беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми | Врач кўрсатмалари |
|----------|-----|---------------------------------------------|-------------------|
|          |     |                                             |                   |

Навбатчиликни топшириш дафтарига навбатчи медицина ҳамшираси бажариши зарур бўлган ҳамма кўрсатмалар, яъни кечки кўрсатмалар (клизма, банка, горчичник ва бошқалар), беморларни рентгенологик текширишга тайёрлаш, тунги дори бериш, лаборатория текшируви учун сийдик, ахлат олиш ва шу кабилар ёзилади.

Беморларнинг касалхонага тушиш ва чиқарилиш дафтарини бўлимнинг катта медицина ҳамшираси ёзиб боради. Унда беморнинг касалхонага келган ва чиқарилган куни, бўлимда ўтказган ўрин-кунлари сони ёзилади, бу ҳолда беморнинг келган куни ва касалхонадан чиққан куни бир кун деб ҳисоб қилинади. Унга касалхонага келган ва чиқарилган вақтидаги диагноз ҳам ёзилади. Бундай дафтарни расмийлаштириш нусхасини келтирамыз.

| Тартиб № | Келган куни | Беморнинг фамилияси, исми, отасининг исми | Чиқарилган куни | Ўринкунлар сони | Диагнози         |                      |
|----------|-------------|-------------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------------|
|          |             |                                           |                 |                 | келган вақтидаги | чиқарилган вақтидаги |
|          |             |                                           |                 |                 |                  |                      |

Муолажа варақаси ҳар куни бажариладиган муолажаларни қайд қилиш учун хизмат қилади. Варақалардан ўтказилган муолажалар ҳажми ва турини аниқлаш учун оператив мақсадларда фойдаланилади.

## ХУЖЖАТЛАРНИ САҚЛАШ ВА ИЗЛАБ ТОПИШ

Қасаллик тарихлари стационарларнинг архивида 25 йил, поликлиникаларда эса беморлар даволанадиган муддатнинг бошидан охиригача сақланиши керак. Хужжатларни курук хоналарда махсус жавонларда йилини аник кўрсатилган ҳолда сақлаш лозим, бу керакли қасаллик тарихини тезда топиш имконини беради. Картотека-папкалар энг кўп ишлатилади, уларга бир неча ўнлаб қасаллик тарихлари жойланади, қулайлик учун уларни чеклагич ёрдамида ажратиш мумкин. Поликлиниканинг регистратураларида карточкаларни вертикал (тик) сақлаш учун жавонлардан фойдаланилади. Уларнинг яхши кўриниб туриши учун чеклагичлар ва рангли белги воситаларидан кенгрок фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Чунончи, турли ҳудудий участкаларнинг амбулатория карточкалари қорешокларини ҳар хил рангли индикаторлар ёки участкаларнинг рақамлари бўйича белгилаш тавсия этилади. Бемор карточкасининг «бегона» участкага тушиб қолиши бир қарашдаёқ маълум бўлади. Ҳозирги вақтда қатор медицина муассасаларининг регистратураларида ва архивларида механизациялашган турли хил картотека жиҳозларидан фойдаланилади, улар қасаллик тарихларини ва карточкаларини жойлаштириш учун юқорига ва пастга осонликча суриладиган ҳаракатчан яруслари бўлган металл контейнерлардан иборат.

## НАВБАТЧИЛИКНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШ ВА ТОПШИРИШ

Беморларни даволашда энг муҳим тартиб-қоидалардан бири навбатчиликни топшириш ҳисобланади. Медицина ҳамширасининг навбатчи келмай қолганида постини ташлаб кетишга ҳаққи йўқ. Ўз навбатчилиги вақтида у врачнинг ҳамма кўрсатмаларини бажариши ва беморларни тегишлича парвариш қилиши лозим. Навбатга келган медицина ҳамшираси ишини тамомлаган медицина ҳамшираси билан бирга палаталарни айланиб чиқади. Оғир беморларни кўздан кечиради ва махсус дафтарда бажарилмаган ишларини қайд қилади, бунда беморнинг фамилияси ва палата рақамини ёзади, шунингдек, палатанинг санитария ҳолатини ва беморларнинг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишларини текширади. Медицина ҳамшираси термометр, шприц, дори-дармонлар, А ва Б шкафларнинг қалитларини қабул қилади, наркотиклар мавжудлигини текширади ва журналга имзо қўяди. Навбатчиликни қабул қилаётган медицина ҳамши-

раси кичик медицина ҳамширасининг хўжалик ҳамширасидан тунга керакли микдордаги запас (заҳира) ич кийимлар ва чойпаблар олишини кузатиб боради, олдиндан тузилган кўрсатмалар рўйхати билан танишади. Навбатчиликнинг охирида медицина ҳамшираси беморларнинг ҳаракати ҳақида маълумот тузади, сутка бошланишидаги беморлар сонини, неча киши келганлигини ва неча киши чиқарилганлигини ва келгуси сутка бошланишида нечталигини ёзади.

#### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Медицина хужжатларининг асосий турларини санаб чикинг.
2. Шошилиш хабарнома картаси нимани таъминлайди?
3. Врачлик кўрсатмалари дафтари қаерда туриши керак?
4. Медицина ҳамшираси касаллик тарихининг қайси қисмини тулдириши мумкин?
5. Касаллик тарихларини қандай сақланади ва излаб топилади?
6. Навбатчиликни топшириш тартиби қандай?
7. Типовой матнларга нималар қиради?
8. Медицина ҳамшираси врачлик кўрсатмалари дафтарига етарлича аниқ қилиб ёзмаган. Шу сабабли қандай оқибатлар юз бериши мумкин?
9. Касаллик тарихи йўқолганда медицина ходими қандай жавобгарликка тортилади?
10. Ишини тамомлаган медицина ҳамшираси навбатчиликка келган ҳамширага навбатчиликни топширмаган. Бу беморлар аҳолига қандай таъсир қилиши мумкин?

### **V боб**

## **КАСАЛХОНАНИНГ ҚАБУЛХОНА БЎЛИМИ**

### **КАБУЛХОНА БЎЛИМИ ХОНАЛАРИНИ ЖИҲОЗЛАШ**

**Қабулхона бўлими** стационарнинг бир қисми, беморларни қабул қилиш, регистрация (қайд этиш) қилиш, кўздан кечириш ва санитария жиҳатидан юиб-тараши учун хизмат қилади. Қабулхона бўлимида бирламчи диагностика амалга оширилади, биринчи медицина ёрдами кўрсатилади.

Қабулхона бўлими касалхонанинг планировкаси ва қурилишига кўра жойлаштирилади. Марказлаштирилган ва марказлаштирилмаган қабулхона бўлиmlари бўлади. **Марказлаштирилган** қабулхона бўлими касалхонанинг бошқа бўлиmlари билан битта бинода жойлашади. **Марказлаштирилмаган** қабулхона бўлими алоҳида жойлашади, ҳар бир бўлимнинг мустақил қабулхона бўлими бўлади. Қабулхона бўлими касалхона ҳудудига ол...



барадиган йўл яқинида ва беморларни транспортировка қилишга қулай жойда бўлиши керак. Бунинг учун қулай, тош терилган ёки асфальт қилинган йўл, кенг зинапоялари, замбилларни кўтариб ўтиш учун катта эшиклари бўлиши керак.

Қабулхона бўлими беморлар кўздан кечириладиган кўриш кабинетлари, санитария пропускниги ва регистратурадан иборат. Қабулхона бўлимида юқумли касаллиги бор деб шубҳа қилинган беморларни жойлаштириш учун изолятор, диагнозини аниқлаш учун ётқизиладиган диагностик палаталар бўлади. Бу палаталар бирмунча четроқда жойлаштирилади ва уларнинг алоҳида санитария шохобчаси бўлади. Йирик касалхоналарнинг қабулхона бўлимида операция хоналари, травматология кабинети, манипуляцион ва рентген кабинетлари мавжуд.

Кўриш кабинетлари ҳар бир беморни қабул қилишдан кейин алиштириладиган чойшаблар билан таъминланади. Тез медицина ёрдами кўрсатиш учун зарур асбоблар бўлиши керак.

Қабулхона бўлимининг ҳамма кабинетларига бевосита табиий ёруғлик тушиб турадиган бўлиши керак. Бемор ечиниш-кийиниш вақтида совқотиб қолмаслиги учун хонада ҳаво ҳарорати кам деганда  $25^{\circ}\text{C}$  бўлиши керак. Кўриш кабинетларидаги ҳар бир кушетка ёнида тахта тағлик бўлиши керак. Беморларнинг кийим-кечакларини сақлайдиган хоналар қабулхона бўлимига бевосита яқин жойда бўлиши лозим.

Беморларга хизмат кўрсатиш сифати медицина ходимлари меҳнатининг тўғри ташкил қилинишига ва уларнинг хатти-ҳаракатига боғлиқ. Сўнгги йилларда қабулхона бўлимидаги медицина ходимларининг фаолият характери бирмунча ўзгарди. Хизмат кўрсатиш сифати-га талаб ўсди, медицина ёрдами кўлами ошди, аппаратлар билан жихозлаш яхшиланади. Шу туфайли урта медицина ходими-га, унинг умумий ва махсус тайёргарлигига қўйиладиган талаблар ошди. Қабулхона бўлимининг тўғри ва аниқ ишлаши кўп жиҳатдан касалхонанинг ишини белгилайди.

Қабулхона бўлими беморларни бўлимларга олиб бориш учун етарли миқдорда қулай, созланган аравача ва замбиллар, шунингдек юрадиган беморлар учун йил фаслига мос келадиган уст-баш билан таъминланиши лозим. Замбил ва аравачалар етарли миқдорда ўрин-кўрпа жилдлари (чойшаб ва аёллар) билан таъминланади, буларни ҳар бир бемордан кейин алиштириш зарур.

Кабулхона бўлимининг иши қатъий тартиб билан олиб борилади: беморларни регистрация қилиш, врачнинг кўздан кечириши, санитария жихатидан ювиб-тараши ва б. Кабулхона бўлимининг хоналари ҳам шундай тартибда жойлаштирилиши лозим.

Регистрация қилингандан сўнг беморни ўтқир юкумли касалликларнинг ташқи белгиларини аниқлаш учун кўздан кечирилади, шундан сўнг врач дастлабки диагнозни қўяди, санитария жихатидан покизалаш турини белгилайди ва медицина ҳамшираси беморни санпропускникка олиб боради.

### МЕДИЦИНА ҲАМШИРАСИНING КАБУЛХОНА БЎЛИМИДАГИ ИШИ

Медицина ҳамширасининг вазифаларига қуйидагилар қиради: 1) касалхонага ётқизиладиган бемор ҳужжатларини тўлдириш; 2) беморни битлиқлик ва эҳтимол тутилган юкумли касалликларга қарши дастлабки текшириб чиқиш; 3) беморни врач кабинетига олиб бориш; 4) санитария-гигиеник ювиб-таранишни ўтказиш; 5) беморни бўлимга транспортировка қилиш ва олиб бориш.

Янги келган беморнинг ҳужжатларини расмийлаштириш касаллик тарихининг паспорт қисмини тўлдиришдан иборат, бунда беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми, манзили, ёши, касб-кори ва касалхонага келган вақти қайд қилинади. Агар бемор оғир ёки беҳуш ҳолатда келтирилган бўлса, бу маълумотларни уни олиб келган кишилардан олинади. Кабулхона бўлимига оғир аҳволда келтирилган беморни тезликда ихтисослашган даволаш бўлимига юборилиб, у ерда малакали ёрдам кўрсатилади. Бироқ кўпинча беморнинг аҳволи унга медицина ҳужжатларини тўлдириш, уни дастлабки кўздан кечириш ва санитария жихатидан покизалаш имконини беради. Беморларнинг ҳужжатлари ва қимматбаҳо буюмлари қабул қилиб олинади ва кабулхона бўлимининг омборчиси ёки катта медицина ҳамшираси жавобгарлиги остида ёнмайдиган қутига вақтинча қўйиб қўйилади.

Касаллик тарихининг паспорт қисми тўлдирилгандан сўнг медицина ҳамшираси бит бор-йўқлигини аниқлаш учун беморнинг сочли қисмларини кўздан кечирилади, юкумли касалликларни аниқлаш мақсадида бадан терисини қараб чиқади. Беморнинг аҳволи яхшироқ бўлса, медицина ҳамшираси антропометрия ўтказади, уни таразида тортади ва шундан кейингина уни кўздан кечириш дастлабки диагноз қўйиш ва санитария жихатидан

покизалаш ҳамда транспортировка турини белгилаш учун кўриш кабинетига врачга олиб боради.

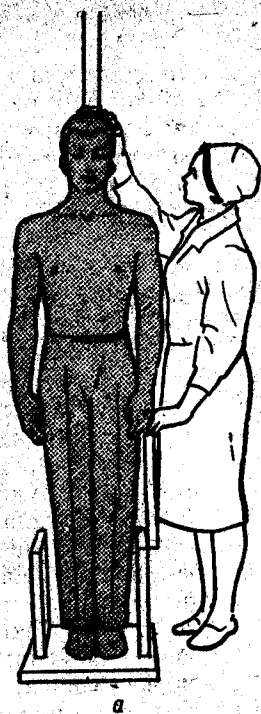
**Антропометрия** — одамнинг жисмоний ривожланганлигини танасини ва унинг қисмларини ўлчаш йўли билан аниқлашдан иборат. Медицина ҳамшираси бўйин ва кўкрак айланасини ўлчайди. Энг оддий антропометрик текширишларни ҳам медицина ҳамширалари стационарларда, поликлиникаларда, санаторийларда, дам олиш уйларида ўтказадилар.

Бўйни ростомер (бўй ўлчагич) билан ўлчанади. Асбобнинг вертикал тирговучи майдончада ўрнатилган ва сантиметр бўлинмалари бўлади, тирговуч бўйлаб горизонтал жойлашган планшетка сурилади. Бўйни ўлчашда бемор тиргакка товони, думбалари, кураклари ва энсасини теккизиб орқаси билан туради. Боши шундай ҳолатда бўлиши керакки, ташқи эшитув йўлининг юқори чеккаси ва кўз бурчаклари битта горизонтал чизикда турсин: планшеткини бошгача туширилади ва шкаладаги бўлинмалар планшеткининг пастки чеккаси бўйича саналади (3-расм, а). Айрим ҳолларда беморларнинг бўйини ўтирган ҳолатида ўлчанади; бу ҳолда беморнинг бўйига курсичадан полгача бўлган масофа кўшилади.

Гавда оғирлиги тўғри ўрнатилган ва яхши мувозанатга келтирилган медицина тарозиларда ўлчанади. Тарозида наҳорга, ич кийимда, қовуқ ва яхшиси, ич бўшатилгандан кейин ўлчанади. Оғир ётган беморларни аввалига курсини тарозида тортиб, ўтирган ҳолатида оғирлигини ўлчаш мумкин. Бемор майдончанинг ўртасига затворнинг кўтариб кўйилган ҳолатида эҳтиётлик билан чиқиши фоят муҳим. Бунда қаттиқ силкинишдан сақланиш лозим. Мувозанат ҳолат юзага келгандан сўнг затвор пастга туширилади. Гавда оғирлигини пастки ва юқориги планкаларда юқлар тўхтаган бўлинмаларнинг иккита сони йиғиндисини бўйича аниқланади (3-расм, б).

Кўкрак кафаси айланасини сантиметрли тасма билан, уни олдинги томондан IV қовурға бўйича, орқадан эса куракларнинг бурчаклари остидан ўлчанади. Беморнинг кўллари пастга туширилган бўлиши, у тинч нафас олиши лозим. Ўлчаиш нафас чиқариш вақтида, шунингдек максимал нафас олиш чўққисида бажарилади (3-расм, в).

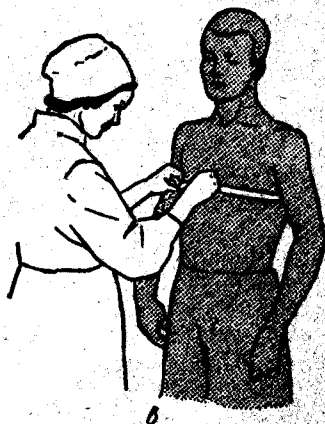
Антропометрик ўлчашлардан кейин медицина ҳамшираси врач беморни кўздан кечираётган пайтда иштирок этади, консултант чақиради, ЭКГ қилиш ва диагнозн аниқлаш учун бошқа шошилиш текширишлар ўтказишда ёрдамлашади, сўнгра санитария жиҳатдан покизалаш



а



б



в

3- расм. Антропометрия.  
а — бўйни ўлчаш; б — тарозида тор-  
тиш; в — кўкрак айланасини ўлчаш.

учун беморни санитария пропускниги хонасига олиб боради.

## БЕМОРНИ САНИТАРИЯ ЖИХАТДАН ПОКИЗАЛАШ

Кабулхона бўлимида беморларни санитария-гигиена нуқтаи назаридан ювиб-тараши касалликнинг оғир-енгиллигига ва мазкур бўлимдаги тартибга — унинг бир ёки икки пототкли бўлишига кўра ўтказилади. Ўринлар сони кўп бўлмаган касалхоналарда санитария ювиб тараши-нинг бир пототкли системаси мавжуд, бунда аёлларни, сўнгра эркекларни навбат билан чўмилтирилади. Икки пототкли системада эркек беморлар ҳам, аёл беморлар ҳам параллел ва бир вақтнинг ўзида санитария жихатидан покизалашдан ўтказилади, бу уларнинг кабулхонада бўладиган муддатини қисқартиради.

Кабулхона бўлимининг санитария пропускнигида кўриш хонаси бўлиб, бу ерда бемор ечинтирилади ва гигиеник ванна қабул қилишга тайёрланади. Бу жойда кушетка, тоза оқ чойшаблар учун шкафча ва кирлари учун бачок, соч-соқол олдириш учун зарур бўладиган буюмлар, совун, мочалкалар турадиган стол бўлади. Столга «тоза мочалкалар» ва «ишлатилган мочалкалар» деган ёзувлари бўлган иккита кастрюль қўйиб қўйилади. Хар бир беморни ювинтиргандан сўнг мочалкаларни кастрюлькага солинади ва қайнатилади. Ваннани санитария ишловидан ўтказиш учун махсус мочалка ва чўткалар бўлиб, хар бир бемордан кейин ваннани улар билан ювилади. Хозирги вақтда ванна хоналари тоза оқликлари ва мочалкаси бўлган стерил пакетлар билан таъминланади. Деворда ҳаво ҳароратини кўрсатадиган термометр осиглиқ туради.

Кўриш хонасида бемор ечинтирилади ва унинг нарсалари учун икки нусха қилиб рўйхат тузилади: рўйхатнинг бир нусхасини касаллик тарихига тиркаб, иккинчисини нарсаларига қўшиб қўйилади ҳамда бемор касалхонадан чиққунига қадар сақлаш хонасига топширилади.

Медицина ҳамшираси бошнинг сочили қисмларини кўздан кечиради, борди-ю сирка ёки бит топса, беморни ечинтирмасдан кушеткага ўтказилади, мавжуд қуйидаги эритмаларнинг бирини суртади: 1) 0,15 % ли сув-эмульсияли карбофос эритмаси; 2) 5 % ли метилацетофос малҳами; 3) 0,5 % ли метилацетофос эритмаси + шунча микдордаги сирка кислота; 4) 5 % ли метилацетофос шампуни; 5) 0,25 % ли сув-эмульсияли дикрезил эритмаси; 6) 10 % ли сув-совун-керосинли эмульсия (керосиндан 40 улуш, К совуни ёки хўжалик совунидан 35 улуш, иссиқ сувдан 25 улуш олинади).

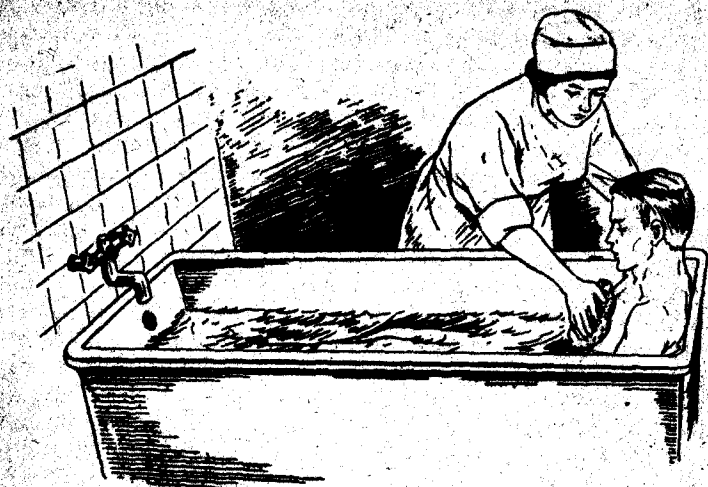


Сочларни шу эритмаларнинг бири билан ҳўлланади ва 15—20 минутга рўмол ўратиб қўйилади. Сўнгра бошни илиқ сув билан яхшилаб ювилади ва 6 % ли сирка эритмаси билан чайилади. Сочлар қиртишлаб тоза олинганда уларни клеёнка ёки қоғозга йиғиб, қўйдирилади. Агар сочлар олдирилмаса, уларни майда тишли тарок билан таралади. Сиркаларни йўқотиш учун сочларни 27—30°C гача илитилган ошхона сиркаси билан пахта тампон ёрдамида ҳўлланади, бошга 15—20 минутга рўмол боғлаб қўйилади, сўнгра сочларни майда тишли тарок билан яхшилаб таралади ва яна ювилади.

Ич кийимларда битлар бўлганда уларни дезинфекция қиладиган эритма (4 % ли ДДТ эмульсияси, гексахлоран, 0,5 % ли карбофос эритмаси, 1 % ли ацетофос ёки метафоснинг сувли эритмаси) га ҳўлланган клеёнка копчага солинади ва касалхона жойлашган ҳудуддаги дезинфекцион бўлимда камера дезинфекциясини ўтказиш учун дезинсекцион камерага жўнатилади. Педикулёзли беморнинг касаллик тарихи биринчи варағига «Р» ҳарфи ёзиб қўйилади. Бундай бемор махсус кузатув остида бўлади, педикулёз узил-кесил йўқолгунча уни такрор-такрор юиб-таралади. Ҳар бир шундай бемор тўғрисида унинг турар жойи бўйича СЭС га хабар берилади.

Медицина ҳамшираси беморни кўздан кечириш хонасидан ванна хонасига олиб келади, бу хона кенг, ёруғ, озода ва илиқ (25°C) бўлиши керак. Ванна хонасида махсус вентиляция бўлиши лозим. Гигиеник ванна қабул қилиш пайтида форточкаларни очиш ва елвизак бўлиши қатъиян ман қилинади. Поли сув ўтказмайдиган, кафел копланган бўлиши керак. Ҳар бир ванна олдида тахта таглиқар қўйилган бўлиб, уларнинг устига полослар ёзиб қўйилади. Ҳар бир бемордан кейин уларни алиштириб туриш лозим. Ванна хонасида беморлар артиниб бўлганидан кейин сочиқлар ёки чойшабларини қуритиш учун электр мосламалар бўлгани маъқул.

Беморни юиб-тарашдан олдин ваннани совун ёки бирорта дезинфекциялайдиган эритма ишлатиб мочалка ёки чўткалар билан тозалаб ювилади. Жўмрак тагида қорамтир доғлар бўлганда уларни 3 % ли водород хлорид кислота эритмаси билан артиш керак. Сўнгра ваннани иссиқ сув билан чайилади ва тешигини тикин билан бекитиб қўйилади. Суви совиб қолмаслиги учун ваннани унга тушиш олдидан тўлдирилади. Сув буғлари ҳосил бўлмаслиги учун аввалига совук, сўнгра иссиқ сув қўйилади. Сув ҳароратини тахта филофга жойлашган махсус термометр билан уни сувдан олмай туриб ўлчанади.



4- расм. Беморни ваннада санитария жихатидан покиззалаш.

Бемор орқаси ва энсаси билан ваннанинг бош томонидаги деворга суяниб туриши ва сув кўкракнинг учдан бир юқори қисмигача етиши лозим. Гавда сирпаниб кетмаслиги учун ваннанинг оёқ томонига курсича ёки тиргак қўйилиб, бемор оёқлари билан шунга тиралиб туради. Беморнинг аввал бошини, сўнггра танасини ва оёқларини мочалка билан ювиш лозим (4- расм). Танасининг кўп терлайдиган жойларига аҳамият бериш керак, чунки бу жойлар (чов соҳаси, оралик, аёлларда — кўкрак безлари ости, кўлтик) кўп терлаш сабабли бичилиб кетиши мумкин.

Ванна қабул қилиш муддати сув ҳароратига ва беморнинг умумий ахволига боғлиқ. Сув ҳарорати  $35-36^{\circ}\text{C}$  бўлган чучук сувли гигиеник илик ваннанинг ўртача давомлилиги 20—30 мин. Ваннани тайёрлаш ва ванна хонасининг тоза бўлишини кузатиб бориш кичик медицина ҳамширасининг ишидир. Медицина ҳамшираси беморни чўмилтириш вақтида иштирок этиши, тери копламлари ва пульсини кузатиб туриши керак. Агар беморнинг ранги оқариб, боши оғриётганидан ва ўзини ёмон ҳис қилаётганидан шикоят қилса, медицина ҳамшираси врачни чақиради. Беморнинг ваннадан чиқишига ёрдам берилади, баданини артилади, кушеткага ётқизиблиб, нашатир спирти хидлатилади ёки бошига совуқ нарса қўйилади.

Агар беморнинг соғлиқ ҳолатига кўра гигиеник ванна ман қилинган бўлса, душ тайинланади. Бунинг учун бемор

ваннага қўйилган курсичага ўтиради. Уни ваннада чўмилтиргандаги сингари чўмилтирилади. Ҳар бир бемордан сўнг ваннани мочалка ва совун билан обдон ювилади, сўнгра дезинфекция қиладиган эритмаларнинг бири билан (0,5 % ли тинитилган хлорли оҳак ёки 2 % ли хлорамин эритмаси) чайилади.

Медицина ҳамшираси ахволи ўртача оғирликдаги беморларнинг баданини дезинфекциялайдиган эритмаларнинг (камфора спирти, атир, арок) бирига ботириб олинган ҳўл сочик билан артади, бунда чов, қўлтик ва аёлларда кўкрак безлари остидаги тери бурмадарига алоҳида эътибор берилади.

Ваннахона ва кўриш хоналари ниҳоятда озода ва саранжом бўлиши шарт. Кушеткадаги клеёнка ёстик ва клеёнкаларни ҳар бир бемордан кейин 2 % хлорамин эритмаси ёки 5 % хлорли оҳак эритмасига ҳўлланган латта билан артиш, навбатчилик тугагандан кейин эса уларни иссиқ сув ва совун билан ювиш зарур. Кушеткалардаги чойшабларни ҳар бир бемордан кейин алиштирилади. Ванна хонасини кунига бир неча марта нам усулда артиб йиғиштирилади. Хоналарни йиғиштиришда ишлатиладиган ашёларга (челақлар, тоғоралар, латталар) тамға бошилган бўлиши, уни махсус хонада сақлаш лозим. Йиғиштириш учун ишлатилган махсус ашёлар ҳар гал фойдаланишдан сўнг яхшилаб ювилади ва қуритилади. Унитазларни ювиш учун 0,5 % тинитилган хлорли оҳак эритмаси ишлатилади.

Касалхоналарнинг қабулхона бўлимларида ихтисослигидан қатъи назар, беморларни санитария жиҳатидан покизалаш учун ашё ва дезинфекция қиладиган воситаларнинг қўйидаги тўплами бўлиши, бу воситаларни шу мақсад учун махсус ажратилган шкаф ёки қутида сақлаш керак:

1. Дезинфекция қиладиган воситалар: лизол, совун, сирка, совун-керосинли эмульсия, пиретрум, 5 % ли гексахлоран эритмаси, карбофос, хлорамин.

2. Соч олдириш учун машинка, сочини йиғиш учун копқоғи зич ёпиладиган челақ, дезинфекция қиладиган эритмаларни тайёрлаш учун челақ, тоза ва ишлатилган мочалкалар учун иккита кастрюл, кийимларни солиш учун коплар, бемор сочини олдираётганда тутиладиган юнка клеёнка, даражаланган мензурка, спиртовка, пактирўмоллар, тароқлар ва мочалкалар.

Беморнинг қабулхона бўлимида ўтказадиган вақтни иложи борича қисқартириш лозим.

Юқумли касалликка шубҳа қилинган беморларни

диагнози жуда тез аниқлаш ва эпидемияга қарши ҳамда даво чораларини кўриш учун бактериологик синамалар олиш зарур. Санитария жиҳатидан покизалашдан сўнг беморни қандай касаллиги борлигига кўра касалхона бўлимига жўнатилади. Беморни қабулхона бўлимидан палатагача олиб борадиган йўл тўғри ва қисқа бўлиши керак. Бунда бемор бошқа бўлимлардаги беморлар билан учрашишдан сакланиши керак. Беморнинг ахволи жуда оғир бўлганда (шок, миокард инфаркти ва бошқалар) уни санитария жиҳатидан ювиб-тарамасдан шошилишч медицина ёрдами кўрсатиш мақсадида жадал кузатув бўлимига юборилади.

Инфекцион бўлимларда беморларни бошқалардан ажратиш учун мельцер бокслари ва ярим бокслари бўлиб, улар беморни тўлиқ индивидуал ажратишни таъминлайди ва унинг бошқа беморлар билан мулоқотда бўлиш эҳтимолидан ҳоли қилади. Мельцер бокси халатлар, дезинфекция қиладиган эритма, умивальник, совун ва сочиги бўлган бокс олди хонасидан иборат. Бокс олди хонасида иккита: бири коридордан чиқиладиган ва иккинчиси (ички) палатага кириладиган эшик бўлади. Бемор ажратиш муддати ичиди шу жойда бўлади. Палатада каравот, ўрин-кўрпа анжомлари, тумбочка ва стулдан ташқари, санузел бўлади. Ҳар бир боксда аниқ қилиб тамға босилган ўз йиғиштириш ашёлари ва 0,5 % ли тинитилган хлорли оҳак эритмаси бўлиши керак. Эшиклар зич ёпилиши шарт. Ходим бокс олди хонасига киради, кўлини совунлаб ювади, иккинчи халат, қалпоқ кияди ёки рўмол боғлайди, зарурат бўлганда дока никоб такади ва шундан кейингина боксга кириб, ички эшикни зич бекитади. Беморни кўздан кечиргандан ва зарур муолажаларни бажаргандан сўнг медицина ҳамшираси бокс олди хонасига чиқади, кўлини оқиб турган сув тагида совунлаб ювади, уни 0,5 % ли хлорамин эритмаси билан дезинфекция қиладди, халат ва қалпоғини ечади, коридорга чиқади ва ташқи эшикни зич бекитади. Боксларда ишлайдиган медицина ҳамшираси боксда фойдаланилган буюмларнинг албатта дезинфекция қилиниши, хоналарнинг уч мартадан нам усулда тозаланиши ва касалхона ичи инфекцияларининг олдини олиш учун беморларни тўғри ажратиш устидан қатъий кузатув олиб бориши керак. Бемор боксдан чиқарилгандан кейин буюмларни, бокс хоналарини, оқликларни кунт билан нам усулда дезинфекция қилинади, медицина ходимлари халатларини эса айлантирилади.

## БЕМОРНИ БЎЛИМГА ТРАНСПОРТДА ТАШИШ

Беморни бўлимга транспортировка қилишнинг бир неча йўллари бор (5-расм). Транспортировка қилиш тури ҳақидаги масалани врач ҳал қилади. Аҳволи қоникарли ҳолатда бўлган беморларни палатага медицина ходими билан қўшиб юборилади. Қатор ҳолларда беморни бўлимга кресло-аравада олиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади. Оғир ҳолатдаги беморларни бўлимга махсус аравада ўрнатилган замбилда транспортировка қилинади. Ҳар бир аравада мавсумга яраша тоза чойшаб ва адёл ёзиб қўйилиши лозим. Чойшабларни ҳар бир бемордан кейин алиштирилади. Адёл шамоллатиб турилади, инфекция беморлардан кейин эса дезинфекция қилинади. Ҳозирги вақтда тормозли замбил-аравачалар ишлаб чиқарилаёпти. Лифт бўлмаганда оғир аҳволдаги беморларни замбилда 2 ёки 4 киши оёқларини барабар ташламасдан кўтаради, беморни бош томонини олдинга ва замбилнинг орқа томонини баландроқ қилиб кўтарилади. Беморни пастга олиб тушишда оёқларини олдинга ва замбилнинг оёқ томонини баландроқ қилиб кўтарилади. Ҳозирги вақтда кўп қасалхоналар беморларни қабулхона бўлимидан узоқда жойлашган бинога олиб борадиган махсус транспорт билан таъминланган.

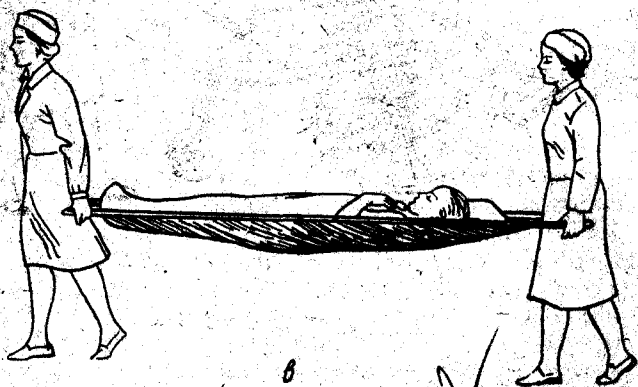
Юра олмайдиган аҳволи оғир беморларни замбилдан ўрнига эҳтиётлик билан маълум қоидаларга риоя қилиб ётқизиш: замбилнинг оёқ томонини каравотнинг бош томонига қўйиш лозим. Агар палата майдони кичиклик қилса, замбилни каравотга параллел қилиб қўйилади, медицина ходимлари эса замбил билан каравот ўртасида беморга юзма-юз турадилар. Ноқулай ва ортикча ҳаракатларни қилмаслик учун замбилни каравот яқинига қандай вазиятда қўйишни олдиндан ўйлаб олиш керак.

Қабулхона бўлимининг ходими беморни қасалхонанинг қундалик режими ва ички тартиб қоидалари билан таништириши, кўргани келадиганлар учун ажратилган қўнлар ва соатларни маълум қилиши, уни қасалхона режимининг бузилиши учун жавобгарлик борлиги тўғрисида одоб билан огоҳлантириб қўйиши шарт.

### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

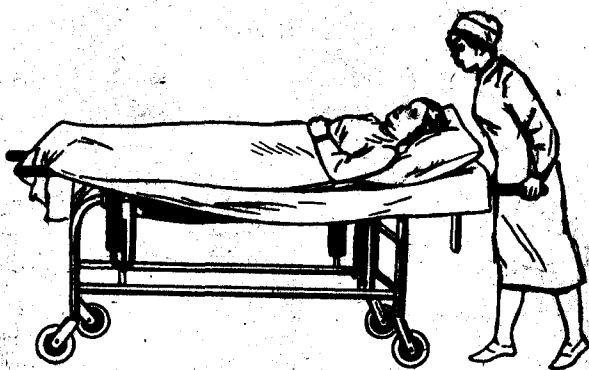
1. Қабулхона бўлими қандай тузилган?
2. Қабулхона бўлимидаги медицина ҳамширасининг иши нималардан иборат?
3. Антропометрия қандай ўтказилади?
4. Санитария препаратининг жиҳозланиши қандай?
5. Беморни санитария жиҳатидан қандай юб-таралади?



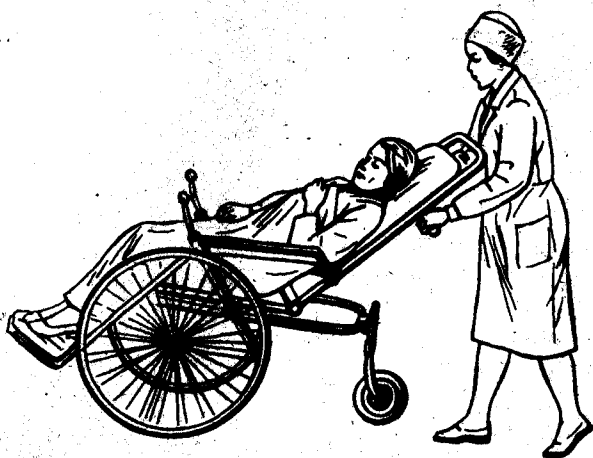


5- расм. Беморни бўлимга транспортировка қилиш.

А — битта санитар билан; б — иккита санитар билан; в — замбилда; г — каталкада; д — кресло-каталкада.



2



3

5- расм. (давоми).

6. Беморларни бўлимга транспортировка қилиш усуллари қандай?

7. Ваннада ётган беморнинг ранги тўсатдан оқариб кетди, пульси тезлашди, бош айланиши пайдо бўлди. Медицина ҳамшираси қандай чоралар кўриши керак?

8. Бемор бошининг сочли қисмини кўздан кечиришда сирка борлиги аниқланди. Уларни йўқотиш учун қандай тадбирлар кўриш зарур?

9. Бемор шок ҳолатида қабулхонага келтирилди. Уни қанча жўнатиш лозим?

10. Беморни қабулхона бўлимида кўздан кечиришда инфекция касаллиқ борлигига шубҳа пайдо бўлди. Хизматчи ходимлар қандай чора кўрадилар?

## БЕМОРНИНГ ШАХСИЙ ГИГИЕНАСИ ЎРИН-БОШНИ ТАЙЁРЛАШ

Беморнинг кўп вақтгача ўринда ётиши туфайли ўрин-бошини қулай қилиб бериш ва уни озода саклашнинг катта аҳамияти бор. Осонликча ювиш ва дезинфекция қилиш учун каравот никелланган ёки мойли бўёқ билан бўялган ва унга бемор ўзини бемалол ҳис қилиши учун ўлчам ётарлича бўлиши керак. Каравотни беморга ҳамма томондан осонликча яқинлаша оладиган қилиб ва уни бошқа каравотдан камида 1,5 м масофада қўйиш лозим. Каравотнинг бош томони девор олдида туриши керак. Каравотни бошқа жойга осонликча суриш учун ғилдиракчалари, шунингдек каравотни полдан бирмунча қўтариш ва осон суриш имконини берадиган каравотнинг бош ва оёқ томонлари остига келтирилиб маҳкамланидиган махсус тиргаклари бор. Каравотни суришнинг бу усули беморларни безовта қилмайди.

Каравотда сим тўр (сетка) ва тўшак бўлади. Унга чойшаб ёзиб, чойшаб четларини тўшак тагига қайириб қўйилади, шунда у пастга сурилиб кетмайди ва бурмалар ҳосил қилмайди. Ёстиқни қуйидагича қўйилади: тагига қўйиладигани (патли ёстик) тўғри қўйилади ва усткисни тагидан оз-моз чиқиб туради, усткисини юмшоқ (пар ёстик) каравот деворига такаб қўйилади. Ёстикларга оқ жилд кийгизилади. Адёлнинг паҳмокдан бўлгани яхши, чунки уни шамоллатиш ва дезинфекция қилиш осондир. Ёзда беморлар ипдан тўқилган адёллардан фойдаланишлари мумкин. Адёлга ғилоф кийгизилади.

### ЎРИН-БОШ АШЁЛАРИ ВА ИЧ КИЙИМЛАРНИ АЛМАШТИРИШ

Ўрин-бош ашёларини ва ич кийимларни мунтазам, гигиеник ваннадан сўнг, ҳафтасига бир марта алмаштирилади. Айрим ҳолларда керак бўлганда уларни бундан ҳам қисқа муддатларда алиштирилади. Бўлимда уларнинг бир суткалик заҳираси бўлиши шарт. Чойшаб ва кийимларни марказий иситиш радиаторларида қуриштириш ва яна беморга бериш мутлақо ярамайди. Ифлос матоларни клеёнка қоңларга солинади ва тезда палатадан олиб чиқилади. Қирхонага юборишга қадар уларни махсус ажратилган хонада (хир кийимлар хонасида) бакларда ёки қутиларда саклаш керак. Ўрин-бош жилдларини, айниқса оғир ётган беморларда медицина ҳамшираси кичик медицина ҳамши-

лозим. Шундан сўнг беморнинг кўлидан ечиб олинади. Беморни бунинг аксича тартибда кийинтирилади: аввал кўйлакнинг енгларини кийгазилади, сўнгра уни бошдан ўтказилиб, нихоят беморнинг этаги текислаб кўйилади.

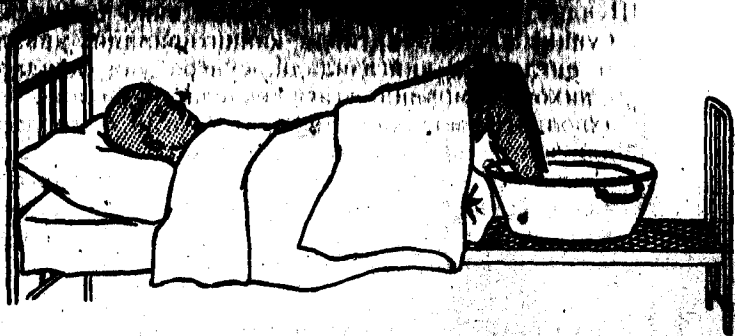
Оғир ахволдаги, масалан, инфаркт бўлган беморлар учун кийиш ва ечиш осон бўлган махсус кўйлаklar (распашонкалар) бор. Агар беморнинг кўли шикастланган бўлса, кўйлакни аввалига соғлом кўлидан, сўнгра касал кўлидан ечилади. Кўйлакни олдин касал кўлга, сўнгра эса соғлом кўлга кийгизилади.

### БАДАН ТЕРИСИНИ ПАРВАРИШЛАШ ВА ЁТОҚ ЯРАЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

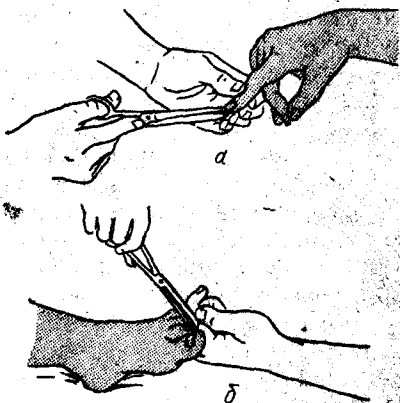
Беморларга айниқса оғир ётган беморларга қарашда терини парвариш қилишнинг аҳамияти фоят муҳим. Тери нормал фаолиятининг энг муҳим шарти унинг тоза ва бус-бутун бўлишидир. Терининг таранг, майин ва нозиклигини сақлашда ёғ ва тер безларининг функцияси қатта аҳамиятга эга. Бироқ ёғ ва тер безларининг функцияси қатта аҳамиятга эга. Бироқ ёғ ва тер тери юзасида ортиқча йиғилиб, унинг қирланишига сабаб бўлади. Терида ёғ ва тер билан чанг, микроорганизмлар йиғилади. Унинг қирланиши кичишишга сабаб бўлади. Қичишиш терининг тирнадишига, лат ейишга, яъни терининг шикастланишига олиб келади, бу ўз навбатида унинг сиртидан терининг ичкарасига турли-туман микробларнинг киришига имкон беради. Шу туфайли медицина ҳамшираси аввало беморларнинг шахсий гигиенага риоя қилишлари устидан кузатиб бориши ва терини тоза сақлаш бўйича зарур тадбирларни бажаришда уларга кўмаклашиши лозим.

Медицина ҳамшираси юрадиган беморларнинг гигиеник ванна қабул қилиши учун график тузиб чиқиши лозим; айни вақтда уларнинг ўрин-бош анжомлари ва ич кийимлари ҳам алиштирилади.

Уринда ётиш режимидаги беморнинг бадан терисини ҳар кун таркибида камфора спирти бўлган дезинфекция қиладиган эритма билан артиш зарур. Уни ишлатишдан олдин илтиш лозим. Эритма солинган шишачани илик сув оқими остига ёки марказий иситиш системасига кўйилади. Агар бўлимда бундай эритма бўлмаса, дезинфекция қиладиган эритмани мустақил тайёрлаш мумкин. 0,5 л илик сувга 1—2 ош қошиқ сирка, атир ёки спирт қўйилади. Бўлимда дезинфекция қиладиган эритманинг ҳеч қандай хили бўлмаса, терини илик сув билан артиш мумкин.



8- расм. Уринда оёқларни ювиш.



9- расм. Қўл (а) ва оёқдаги (б) тирноқларни олдириш.

Беморнинг терисини артиш учун сочиқнинг бир учи дезинфекция қиладиган эритмага ҳўлланади, оз-моз сиқилади ва бўйнини, кулоқлари орқасини кўкрак кафасининг олдинги юзасини, орқасини ва кўлтиқларини артиб чиқилади. Айниқса сут безлари остидаги бурмаларга аҳамият бериледи, чунки семиз аёлларда ва жуда кўп терлайдиган беморларда бичилиш вужудга келиши мумкин. Сўнгра терини худди шу тар-

тибда қуригунча артилади. Бемор оёқларини тўшаги устига тоғорачани кўйиб ҳафтасига 1—2 марта ювилади, шундан сўнг керак бўлса тирноқларини дамба қилиб олдирилади (8 ва 9- расмлар).

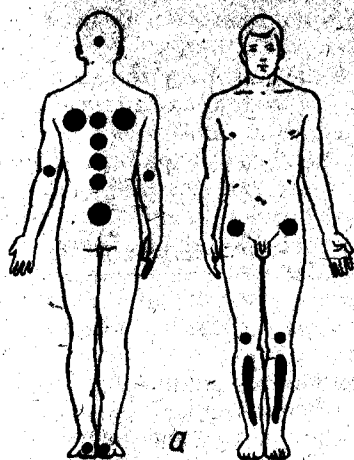
Терини яхши парвариш қилинмаганда ва организм заифлашиб қолганда терининг босилиб турадиган жойларида ётоқ яралар пайдо бўлади.

Ётоқ яралар қопловчи тўқималар (тери, тери ости клетчаткаси, шиллик пардалар) нинг юза, аксарият ҳолларда эса ичкарига тарқалишга мойил чуқур жонсизланишидан иборат. Терида ётоқ яралар одатда думгаза, курак, катта кўст, тирсаклар соҳасида пайдо бўлади (10- расм). Ётоқ яралар ривожланишига бемор аҳволи



19-расм. Бадаи терисини парвариш  
лаш ва ётоқ яралар профилакти-  
каси.

а — ётоқ яралар асосан шу соҳаларда joyла-  
шади; б — терини дезинфекция қиладиган эрит-  
ма билан эртиш; в — осморнинг таъсига чам-  
бар қўйиш.



б



в

нинг ёмонлигидан терида қон тошиб кетиши ва бузилиши сабаб бўлади.

Еток яраларнинг дастлабки беморларнинг рангпардиги билан бирга кизариши, оз-оздан қизилиги ва эпидермиснинг кўчиши ҳисобланади; кейинчалик каварчиклар пайдо бўлади ва тери некрозга учради. Оғир ҳолларда юмшоқ тўқималаргина эмас, балки тоғай ва суяк ҳам некрозга учраши мумкин. Инфекциянинг кўшилиб кетиши баъзан сепсисга олиб келади ва беморнинг ўлимига сабаб бўлади.

Еток яраларнинг олдини олиш учун уларнинг профилактикасини тўғри амалга ошириш лозим. Уларнинг асосий шартлари қуйидагилардан иборат:

1) беморнинг аҳволи имкон берса, унинг ўриндаги ҳолатини кунига бир неча марта ўзгартириш;

2) ўрин-бошда ушоклар бўлмаслиги учун чойшабни кунига бир неча марта қоқиш лозим;

3) чойшаблар ва ич кийимларда бурмадар бўлмаслиги керак;

4) ўринда узок вақтгача чалқанча ётадиган оғир аҳволдаги беморларга ёстиқ жилди кийгизилган пуфланган резина чамбарни беморнинг думғазаси чамбар тешиги устида турадиган қилиб қўйиш керак;

5) терига ҳар куни дезинфекция қиладиган эритмалардан бирини: камфора аралашмаси, камфора спирти, 40 % ли этил спирти эритмаси, атир, сирка эритмасини (300 мл сувга 1 ош қошиқда) суртиш, булар бўлмаганда эса терини илик сувга ҳўлланган сочик билан ишқалаб курук қилиб артиш лозим;

6) тери гиперемиyasi (қизариш) пайдо бўлганда маҳаллий қон айланишини яхшилаш учун терини курук сочик билан обдон ишқалаш ёки уни кварц билан нурлантириш керак;

7) терининг бичилиб кетадиган жойларини совуқ сув билан совунлаб ювиш, спирт билан артиш, сўнгра упу суртиб қўйиш керак.

**Даволаш.** Пуфакчалар пайдо бўлганда уларга бриллиант яшилининг спиртдаги эритмасини суртиш, сўнгра курук боғлам қўйиш лозим. Некроз чегаралангандан сўнг некрозланган тўқималар олиб ташланади ва жароҳатни 1 % ли калий перманганат эритмасига ботирилган стерил салфетка билан беқўтилади, боғламни кунига 2—3 марта янгиланади. Жароҳат тузада бошлаганда Вишневский малҳами, перуан ва пихта мойининг аралашмаси, синтомицин эмульсияси ва бошқа малҳамли боғламларни ишлатишга ўтилади.

Ётоқ яралар ҳосил бўлиши беморларни яхши парвариш қилмаслик ва шу муассасада санитария маданиятининг етарли эмаслигидан далолат беради. Мана шунинг учун ҳам медицина ҳамшираси ҳар гал ўринни янгидан ёзиш пайтида бемор баданини кўздан кечириши ва унинг ётоқ яралар кўпроқ пайдо бўладиган жойларига аҳамият бериши зарур. Ватанимиз саноати ётоқ яраларнинг профилактикаси учун мослама ишлаб чиқараяпти. У юзаси қат-қат қилинган, пуфланадиган резина аралашган тўшак ва электр иситгичдан иборат.

### БЕМОРЛАРНИНГ ТАГИНИ ЮВИШ

Узоқ муддатгача ўринда ётган ва ҳар ҳафтада гигиеник ванна қабул қилмайдиган, шунингдек сийдиги ва ахлатини тутолмайдиган беморларнинг тагини кунига бир неча марта ювиш зарур, чунки чов бурмалари соҳасида сийдик ва ахлатнинг йиғилиши тери бутунлигининг бузилишига ва ётоқ яралар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Беморнинг тагини калий перманганатнинг кучсиз эритмаси ёки бошқа дезинфекция қиладиган модда билан ювилади. Эритма илиқ ( $30-35^{\circ}\text{C}$ ) бўлиши керак. Бунинг учун кўза, корнцанг ва стерил пахта бўлакчалари керак бўлади. Аксари аёлларнинг тагини ювилади. Думбалар остини ювишда судно (тувак) қўйилади. Аёл оёқларини тиззасида букиб ва сонларини бир оз кериб чалқанча ётиши керак (11- расм). Илик дезинфекция қиладиган эритмали кўзани чап қўлда ушланади ва сувни ташқи жинсий органларга қуйиб турилади, корнцангга қисиб олинган пахта тампони эса жинсий органлардан орқа чиқарув йўлига (юқоридан пастга) йўналтирилади, шун-



11- расм. Бемор аёлнинг тагини ювиш.

дан сўнг орқа чиқарув йўли соҳасига, қовуққа ва ташки жинсий органларга инфекция тушмаслиги учун терини қуруқ пахта тампон билан худди шу йўналишда артилади. Бемор тагини резина найча, қискич ва қин учлиги билан таъминланган. Эсмарх кружкасидан фойдаланиб ювиш ҳам мумкин, бунда чот оралиғига сув оқими ёки калий перманганатнинг кучсиз эритмаси йўналтирилади.

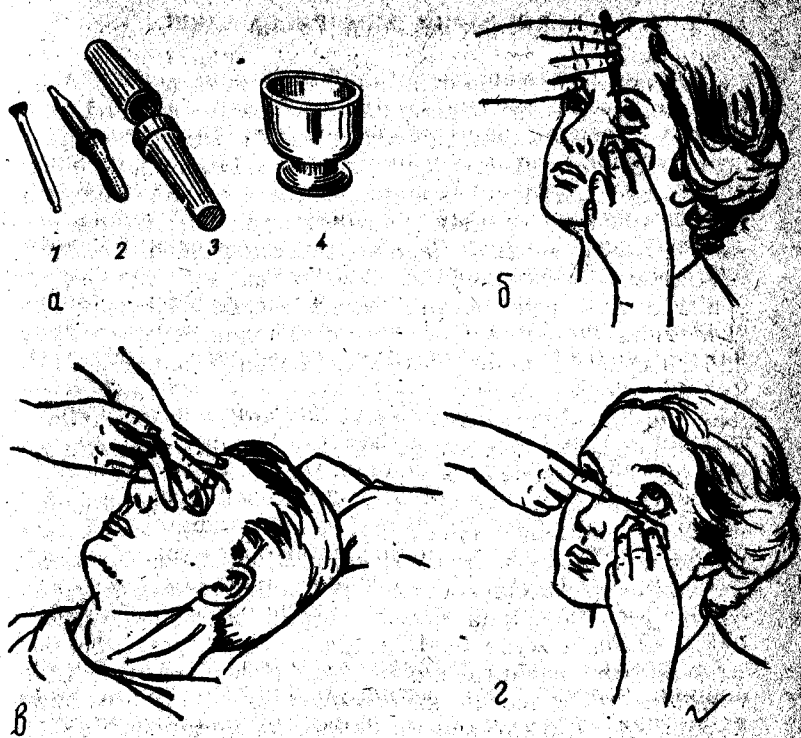
Эркакларнинг тагини ювиш бирмунча осон. Бемор чалқанча вазиятда ётади, оёқлари тиззасида букилган, думбалари тагига судно қўйилади, сув оқимини ораликка ва чов бурмаларига йўналтирилади. Корнцанг билан олинган пахта билан оралик ва чов бурмалари артилади, шундан сўнг бичилишнинг олдини олиш учун бу жойларга вазелин мойи суртилади.

### **БЕМОРЛАРНИ ЧАЙИШ (СПРИНЦОВКА ҚИЛИШ)**

Гинекологик беморларда, ташки жинсий органларни ювишдан ташқари, кўпинча чайилади. Бунинг учун Эсмарх кружкаси, қин учлиги ва ҳар хил эритмалар: калий перманганатнинг кучсиз эритмаси (5—6 доначасини 1 л сувга), изотоник эритма, натрий гидрокарбонат эритмаси (1 л сувга 2 чой қошиқда), борат кислота (0,5 л сувга 3—4 қошиқ) бўлиши керак.

Қин учликлари шиша ва пластмассадан бўлади. Улар узунлиги 15 см ва йўғонлиги 1 см, учида битта ёки учига яқин ён томонларида бир неча тешиклари бўлган оз-моз эгилган найчадан иборат. Шиша учликларни ишлатишдан олдин қайнатиб стерилланади, пластмассадан ясалганини антисептик эритмалар билан ювилади. Эсмарх кружкасини каравот сатҳидан 70—100 см баландга тиргакка осиб қўйилади ва унга кўпи билан 1 л антисептик эритма қўйилади. Спринцовка пайтида бемор аёл ўринда оёқларини тиззасида букиб ва сонларини кериб тагга қўйиладиган суднода ётади. Ташки жинсий органларни тоза илик сув билан совунлаб ювиб, чап қўлнинг икки бармоғи билан жинсий лаблар керилади, учликни жинсий ёриққа эҳтиётлик билан киритади ва уни юқорига ва орқага 6—7 см ичкарига йўналтиради. Сўнгга киритилган учликни бир қўлда тутиб туриб, иккинчи қўлда жўмрак ёки қискични очиб, суюқликни кичик ёки катта тезликда очиб қўйилади. Муолажа тугагандан сўнг учликни сийдик чиқариш канали соҳасини шикастлантирмаслик учун олдинги ва пастга томон йўналишда эҳтиётлик билан чиқариш лозим.

Муолажадан сўнг бичилиш ҳосил бўлишининг олдини олиш учун ташки жинсий органлар ва оралик соҳасини



12-расм. Кўзни парвариш қилиш.

а — кўзни парвариш қилишда ишлатиладиган буюмлар; 1 — шиша куракча; 2 — пипетка; 3 — пипетка учун ғилоф; 4 — кўзни ювиш учун стаканча; 5 — кўзга бемор ўтирган ҳолатида томчи томизиш; 6 — кўзга ётган ҳолатида томчи томизиш; 7 — ковокка дори суртиш.

дорилар томизиш техникаси қуйидагича: чап қўл билан пастки ковокни хиёл пастга тортилади ва беморга қарама-қарши томонга қарашни буюриб, биринчи томчини бурунга яқин томонга туширилади, сўнгра оз-моз кутиб иккинчи томчини томизилади ва бемордан кўзни юмиб туриш сўралади. Ишлатилгандан сўнг кўз пипеткасини илик сув билан ювилади ёки махсус кўз томчидонига қўйилади. Кўз малҳамларини ковокларга махсус шиша куракча билан қўйилади. Малҳам ва куракчалар стерил бўлиши лозим. Бемор ковокни пастга тортилади, малҳам қўйилади ва бармоқларни назик ҳаракатлантириб уни шилдиқ парда бўйлаб суртилади.

## КУЛОҚЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Юрадиган беморлар эрталабки ювиниш вақтида ҳар куни кулоқларини мустақил ювадилар. Уринда узок муддат ётадиган беморларда, эса медицина ҳамшираси сера (кулоқ кири) йиғилиб қолмаслиги учун вақти-вақтида кулоқларини тозалайди, чунки акс ҳолда эшитув қобилиятини пасайтириб қўйиши мумкин. Сера тикини ҳосил бўлса, уни қўйидагича чиқариш мумкин: кулоққа бир томчи 3 % ли водород пероксид эритмаси томизилади, сўнгра тикин пахта пилик билан айланма ҳаракат ёрдамида чиқарилади. Сера тикинлари кўп микдорда йиғилиб қолган тақдирда катта шприц (сиғими 150 мл гача бўлган Жане шприци) ёки резина баллон ёрдамида кулоқни чайилади. Ерўғлик манбаи кулоқни яхши ёритиб туриши учун беморни рўпарага бошини ён томонга қийшайтириб ўтказиб қўйилади. Беморнинг қўлига идишча берилиб, у идишчани бўйнига кулоқ супраси остига босиб туради. Сўнгра медицина ҳамшираси чап қўли билан кулоқ супрасини орқага ва юқорига тортиб туради, ўнг қўли билан эса шприц учини таъқиқ эшитув йўлига киритиб, эритма оқимида унинг юқори-орқа девори бўйлаб катта босим билан йўналтиради.

Кулоққа томчи дорилар томизиш учун беморнинг бошини соғлом томонга энгаштирилади. Беморнинг кулоқ юмшоғини чап қўл билан оз-моз чўзилади, ўнг қўлда пипеткани тутиб турилади ва эшитув йўлига тушаётган томчиларни санаб турилади. Шундан сўнг кулоққа бир неча минутга пахта бўлакчасини тикиб қўйилади (13-расм).



13-расм. Кулоққа томчилар томизиш.



## БУРУНИИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Агар бемор заифлашиб қолганлиги сабабли бурун йўллариини ўзича тозалай олмаса, медицина ҳамшираси ҳар куни йиғилган катқалокни тозалаб қўйиши лозим. Бунинг учун беморнинг бошини орқага ташлаттириб бурун йўлларига вазелин мойи, глицерин ёки исталган мойли эритмага ҳўлланган пахта пиллик киритилади ва 2—3 минутдан сўнг айланма ҳаракатлар билан катқалокларин чиқарилади. Бу муолажа ниҳоятда оддий, бироқ малака ва сабр-тоқатли бўлишни талаб этади.

## СОЧЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Бош ювилгандан сўнг бир ҳафта ўтгач, сочларда кўп миқдорда ёғ, чанг ва кир йиғилади, шунинг учун ҳамма беморлар 7—10 кунда бир марта бошини совунлаб ёки шампунь билан ювиши зарур. Ўринда узок ётадиган ва гигиеник режимга риоя қилмайдиган беморларнинг сочи ифлос бўлишидан ташқари, унда сирка ва ҳашаротлар (битлар) пайдо бўлиши мумкин, шунинг учун медицина ҳамшираси бунн ёдида саклаши ва беморларнинг сочини қараб туриши шарт. Узок муддат касалхонада ётадиган эркак кишилар сочларини бот-бот калта қилиб олдириб туришлари ва 7—10 кунда бош ювишлари керак. Сочи узун аёлларнинг сочини майда тишли тарокда ҳар куни тараши, ҳар бир бемор ўзининг шахсий тароғидан фойдаланиши лозим. Бировларнинг тароғидан фойдаланиш катъиян ман қилнади. Калта сочларни илдизидан учига томон тараши лозим, узун сочларни эса узунасига бўлиб-бўлиб таралади ва аста-секин учидан илдизи томон, юлиб олмасликка ҳаракат қилиб таралади. Уксус эритмасига ботириб олинган майда тишли тарок қазғок ва кирни яхши тозалайди. Бошни тоза ювиш учун ҳар хил шампунлар, болалар совуни ёки ҳина аралаштирилган сув ишлатиш лозим. Агар беморнинг ахvoli йўл қўядиган бўлса, унинг бошини гигиеник ванна пайтида ювилади. Бемор узок вақтгача ўрнидан турмай ётган бўлса, бошини ўринда ювиб қўйилади. Бунда тоғорачани қаравотнинг бош томониға қўйилади, беморнинг бошини бўйни сатҳида орқага ташлаттирилади ва таглик қўйилади. Совун суртиш вақтида сочлар тагидаги терини яхшилаб ишқалаш лозим. Сўнгга сочларини яхшилаб чайилади ва қўригунча артилади, шундан сўнг қўнт билан тараб қўйилади. Бош ювилгандан сўнг айниқса сочи узун аёлларда медицина ҳамшираси беморнинг шамоллаб



14- расм. Беморнинг бошини ўринда ювиш.

қолмаслиги учун бошига сочиқ ёки дуррачани ўраб қўяди (14- расм).

#### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Беморнинг шахсий гигиенасига нималар қиради?
2. Оғир аҳволдаги беморларнинг ўрни қандай солинади?
3. Ўринда беморнинг қаддини баланд қилиб ётқизиш учун қандай услублар ишлатилади?
4. Қаравотий товушсиз суриш учун нималар қилиш керак?
5. Ўрин-бош ва ич-кийимларни қандай алиштириш мумкин?
6. Миокард инфаркти бўлган беморнинг кийимини алмаштириш.
7. Беморнинг эрталабки ювиниб-тараниши қандай амалга оширилади?
8. Беморнинг бадан терисини кундалик парваришlash қандай бўлади?
9. Ётоқ яралар профилактикасини мунтазам қандай олиб борилади?
10. Терини артиш учун ишлатиладиган дезинфекция қиладиган воситаларни санаб беринг.
11. Ўринда беморнинг бошини қандай ювилади?
12. Соқларнинг кундалик парвариши қандай бўлади?
13. Педикулёз профилактикаси қандай ўтказилади?
14. Тагга қўйиладиган резина чамбар қандай қўйилади?
15. Беморнинг тагини ювиш учун қандай ашёлар керак ва уни қандай бажарилади?
16. Беморни қандай чайилади (спринцевание)?
17. Гигиеник ванна вақтида бемор исснқлаб кетди, у қизарди, нафас қисиши пайдо бўлди, пульси тезлашди. Медицина ҳамшираси қандай чора қўриши керак?
18. Узок вақтдан буён ўринда қимирламай оғир ётган беморнинг думғазасида оғрийдиган қизил доғ пайдо бўлди. Бу қандай доғ ва унга қарши қандай чоралар қўриш зарур?
19. Бемор қабулхона бўлимидан касаллик тарихида «педикулёз» деган ташхис билан келтирилди. Қандай чоралар қўриш керак?

## БЕМОРЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШИ

Одам организмида барча ҳаётий жараёнларнинг асоси организи билан ташқи муҳит ўртасидаги доимий моддалар алмашинуви ҳисобланади.

**Овқатланиш** тирик организмнинг асосий физиологик эҳтиёжларидан бири ҳисобланади. Одам овқат билан нормал ҳаёт фаолияти учун зарур моддаларни олади. Озиқ-овқат маҳсулотлари билан бирга одам оксиллар, ёғлар, углеводлар, минерал тузлар, сув, витаминлар ва тўқималарни тиклаш, энергетик сарфларнинг ўрнини тўлдириш учун ва организмнинг бошқа эҳтиёжларини қоплайдиган моддаларни олади. Бу моддаларнинг ҳаммаси мураккаб алмашинув жараёнларида катнашади, парчаланишга учрайди ва организмдан чиқарилади. Оксиллар, ёғлар ва углеводлар оксидланиб, калориялар билан ўлчанадиган иссиқлик ажратади. 1 г оксил 4,1 ккал, 1 г ёғ — 9,3 ккал, 1 г углеводлар — 4,1 ккал ажратади. Маҳсулотларнинг калориялиги ни махсус жадваллар бўйича ҳисоблаб чиқарилади. Соғлом одам овқатланиш рақсонидаги турли-туман овқатлардан 3000 дан 3100 ккал гача олади.

Тана массасини ошириш учун калориялар миқдори кўп бўлган овқатлар зарур, уни камайтириш учун эса калориялар миқдори кам маҳсулотлар буюрилади.

**Парҳез овқатланиш** — беморнинг касаллик вақтларида унинг озиқ моддаларга бўлган физиологик эҳтиёжларини таъминлайдиган ва касаллиқнинг патологик механизмига таъсир кўрсатадиган овқатланишдир. Парҳез овқатланишнинг вазифаси бузилган модда алмашинувини тиклаш ва овқатнинг терапевтик таъсир қилишига эришишдан иборат. Парҳезнинг сифат таркибини, маҳсулотларни кулинария жиҳатидан тайёрлаш ҳарактерини ўзгартириш йўли билан органлар ва системаларнинг функционал ҳолатини ўзгартириш мумкин. Даво овқатларни тайинлаш тури касалликларнинг комплекс терапиясида, айниқса ички касалликлар клиникасида мажбурий бўлиб қолди. Даво овқатларини тайинлашда Россия МФАнинг Овқатланиш институти томонидан ишлаб чиқилган соғлом одамнинг овқат моддаларга физиологик эҳтиёжи нормаларига асосланиш зарур.

Соғлом одам учун тавсия этилган нормаларга биноан, ҳайвонот оксиллари миқдори 100—120 г, ўсимлик оксиллари — 40 г, ҳайвонот ёғлари 85—90 г, ўсимлик ёғлари

10—15 г. углеводлар 400—450 г ни ташкил этади. Бу рацион 1—2 мг А витамин, 2—3 мг дан В<sub>1</sub> ва В<sub>2</sub> витаминлари, 50 мг С витамини, 15 г натрий хлорид, 0,8 г кальций, 0,5 г магний, 1,4—1,6 г фосфор ва 15 г темир моддаси киришини таъминлайди, рационнинг калориялиги таъминан 3000—3100, тўрт марта овқатланишда овқатнинг умумий оғирлиги 3 кг гача бўлади.

Стационардаги беморлар учун овқатнинг калориялиги жисмоний меҳнат билан шуғулланмайдиган шахслар учун белгиланган нормалардан ошмаслиги лозим.

**Пархез** — беморга даволаш методи сифатида ёки асоратларнинг олдини олиш мақсадида тузиладиган рацион ва овқатланиш режимидир.

Овқатнинг маҳаллий таъсири унинг сезги органларига таъсири билан белгиланади (кўрув таассуротлари, хид билиш, мазаси), бу ҳазм органларини ишга соладиган ва уларни ҳазм жараёнига тайёрлайдиган кўп сонли рефлексларнинг кўзғатувчиси ҳисобланади. Овқат моддаларининг шифобахш таъсири махсулотларни махсус танлаш ва уларни кулинария жиҳатидан тайёрлаш характери ни ўзгартириш ҳисобига юзага келадиган сифат ўзгаришлари билан белгиланади. Ҳар қандай пархез овқатни тузишда биринчи галда овқатланишининг физиологик нормалари ҳисобга олинади. Ҳозирги вақтда Соғлиқни сақлаш министрлиги томонидан овқатланишнинг физиологик нормалари ишлаб чиқилган ва тасдиқланган. Бу нормалар одам организми ҳаёт фаолиятининг асосий кўрсаткичларини: жинси, ёши, вазни, бўйи, жисмоний ишчи ҳисобга олади. Кишининг саломатлиги ва иш қobiliяти, шунингдек узок умр кўриши кўп жиҳатдан овқатланишга боғлиқ. Овқатнинг тўла қимматлиги, турли-туманлиги ва меъёрида бўлиши рационал овқатланишнинг асосий шартлари ҳисобланади.

Овқатни қатъий равишда белгилаб қўйилган вақтда ейиш лозим. Бир марталик максимал порция унча катта бўлмаслиги керак. Иссиқ таомларнинг иссиқлиги 60°C дан, совуқ таомларники 10°C дан ошмаслиги керак. Овқатни яхши чайнаб ютиш унинг яхши ҳазм бўлишида катта аҳамиятга эга.

## ОВҚАТНИНГ ТАРКИБИ

Овқатнинг зарурий таркибий қисмларига оксиллар, ёғлар, углеводлар, минерал тузлар ва витаминлар киради (2-жадвал).

**Овқат маҳсулотларининг таркиби (граммларда) ва 100 г маҳсулотга калориялар миқдори**

| Маҳсулот                   | Оқсиллар | Еглар | Углеводлар | Калориялар |
|----------------------------|----------|-------|------------|------------|
| Сули ёрмаси                | 9,10     | 5,98  | 61,01      | 341,1      |
| Манная ёрмаси              | 9,52     | 0,74  | 70,37      | 344,4      |
| Оқланган тарик дони        | 8,40     | 2,30  | 65,42      | 324,1      |
| Гуруч                      | 6,46     | 0,93  | 72,77      | 333,5      |
| Нухат                      | 15,68    | 2,21  | 50,85      | 283,3      |
| Нон:                       |          |       |            |            |
| бугдой нони (1-нави)       | 6,89     | 0,65  | 47,71      | 229,9      |
| жавдар нони                | 4,83     | 0,84  | 40,23      | 192,6      |
| Кўй гўшти                  | 16,15    | 15,30 | —          | 208,5      |
| Мол гўшти                  | 19,00    | 9,45  | —          | 165,8      |
| Қуён гўшти                 | 20,43    | 7,20  | —          | 150,7      |
| Товуқ гўшти                | 19,0     | 4,50  | —          | 119,8      |
| Мол жигари                 | 18,05    | 4,05  | 2,94       | 123,7      |
| Зоғорабалиқ (ховузниқ)     | 15,20    | 3,24  | —          | 92,5       |
| Бошсиз треска              | 16,72    | 0,36  | —          | 71,9       |
| Сигир сүти                 | 3,26     | 3,52  | 4,41       | 64,2       |
| Қуюлтирилган сүт (шакарли) | 7,13     | 8,55  | 54,88      | 333,8      |
| Сир (пишлоқ)               | 22,56    | 19,95 | 3,43       | 292,1      |
| Эритилган сир              | 20,16    | 22,33 | 2,94       | 302,4      |

**СТАЦИОНАРДА БЕМОРЛАРГА ДАВО ОВҚАТЛАР БЕРИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ**

Парҳез овқатлар билан таъминлаш — комплекс даволашнинг асосий таркибий қисми, бир қатор касалликларда эса даволашнинг асосий методи ҳисобланади. Беморни даволашга ажратиладиган бюджет воситадарнинг қарийб 30 фоизи овқатланишга тўғри келади. Даволаш-профилактика муассасаларида овқат тайёрлаш ва касалхона ичида уни палата бўлимларида тарқатишни уюштиришнинг иккита системаси — марказлашган ва марказлашмаган тизими мавжуд. Марказлашган системасида ҳам ашёни қайта ишлаш ва овқат тайёрлашнинг ҳамма жараёнлари зарур бўлинмаларни ўзида бирлаштирган марказий озиқ-овқат блокида жамланган. Марказлашмаган системада бу жараёнлар алоҳида-алоҳида амалга оширилади, шунга кўра ярим фабрикатлар ишлаб чиқариш учун битта умумий тайёрлов гуруҳи кузда тутилади, ярим фабрикатлар меъёрига етказиладиган кўхнядан олдинги хоналар эса касалхонанинг ҳар бир биносида жойлашади. Беморларни овқат билан таъминлашнинг аралаш системаси ҳам мавжуд.

Ҳозирги вақтда ҳамма касалхоналар озик-овқат блокнини ташкил қилишнинг марказлашган системасига ўтишга ҳаракат қилмоқда, чунки бу система бирмунча тежамли бўлиб, ишлаб чиқариш майдонларидан оқилона фойдаланиш, юксак унумдор технологик ускуналарни қўлланиш, хизматчи ходимлар сонини камайтириш ва уларнинг меҳнат шароитларини яхшилашга имкон беради. Бироқ бунда тайёр овқатни бўлимларга транспортировка қилиш йўллари узаяди ва уни олиб бориш вақти чўзилади, бу баъзан овқатни иккинчи марта иситишга зарурат туғдиради. Бўлимларни овқат билан таъминлашни такомиллаштириш уни олиб келиш, ишлатилган товоқ-қошиқлар ва озик-овқат чиқиндиларини ташиб кетиш жараёнларини марказлаштириш йўли билан олиб борилади.

Бўлимларни овқат билан таъминлаш махсус ходимлар томонидан айланма маршрут бўйича ишлайдиган ва махсус иссиқликни сақлайдиган идиш билан жиҳозланган касалхона ичи транспорти ёрдамида амалга оширилади. Овқатни ташиш учун бачоклар, шунингдек махсус аравачалардан фойдаланилади.

Овқатланиш устидан назорат олиб бориш учун йирик касалхоналарда пархез врачлар, бўлимларда эса пархез бўйича ҳамширалар бўлади: бу функцияларни бўлимнинг катта медицина ҳамширасига юклатиш ҳам мумкин.

Медицина ҳамшираси ҳар куни беморларга порционник тузади (15- расм), уни бўлимнинг катта медицина ҳамширасига топширади, у эса ўз навбатида пархезлар миқдорини жамлаб чиқади ва порционникни касалхона озик-овқат блокига юборади. Тунда янги келган беморга порционникни қабулхона бўлимининг навбатчи медицина ҳамшираси эрталаб топширади.

Буфетчилар овқатга боришмайди: овқатни махсус идишда автотранспортда марказлашган ҳолда келтирилади. Бу транспортдан бошқа жойда фойдаланилмайди. Овқат солинадиган челақ ёки кастрюлкалар ҳамиша тоза ва қопқокли бўлиши керак. Идишлар тамғаланади, иситиш асбоби бўлган махсус кўчма столчаларга қўйилади ва иссиқ ҳолда палатага олиб келинади. Юришига рухсат этилган беморлар ошхонага ўзлари қатнайдилар.

Ошхона ёруғ хоналарда жойлаштирилиши лозим. Унга 4 кишига мўлжалланган катта бўлмаган столлар қўйилган бўлади. Бу беморларни пархез овқатлар бўйича гуруҳлашга ва уларга яхшироқ хизмат кўрсатишга имкон беради. Стуллар артишга қудай бўлиши учун юмшоқ-стуллар ишлатилмайди. Буфетда ошхона идишлари сақла-







16- расм. Оғир ётган беморларни овқатлантириш.  
а — чойнақдан; б — қошиқда.

рационал тақсимлаш, бир марталик овқат миқдорини, овқатнинг оптимал иссиқлигини белгилаш ва бошқалар ҳам тушунилади. Бундан ташқари, овқат ейиш билан боғлиқ бўлган ташқи шароитларнинг ҳаммаси ҳисобга олиниши керак. Столنى безатиш, таомларнинг ташқи кўриниши, уларнинг хиди ва таъми, буфетчининг озода кийиниши мана шулар каторига киради. Бу омилларнинг ҳаммаси овқатни яхши ҳазм қилишга ва сингишига имкон беради. Беморларнинг кўпчилигида иштаҳа бўлмаслигини ҳисобга олиб, таомларни кўриниши чиройли, иштаҳа очадиган қилиб қўйиш лозим. Ошхона шинам ва осойишта бўлиши керак.

Медицина ҳамшираси беморга саломатлигини тиклаш учун овқатланишнинг нечоғлиқ муҳимлигини ишонтира билиши керак. Овқат ейишдан олдин ҳамма даво муолажалари ва физиологик эҳтиёжларни тугатиш, палатани йиғиштириш ва шамоллатиш, аҳволи оғир беморларнинг қўл ювишига ёрдам бериш зарур. Агар бемор каравотда ўзи ўтира олмаса, унинг боши тагига кўтаргич ёки бир неча ёстиклар қўйиб қаддини кўтариб қўйиш лозим. Бўйни ва кўкрагига клеёнка ёки фартук тугилади. Ўринда ётадиган беморларни овқатлантириш учун овқат қўйиладиган каравот олди столчалари ишлатилади. Оғир ётган, дармони қуриган ва ҳолдан кетган беморларга улар учун энг қулай вазият танлаб овқат берилади, шу мақсадда турли хил мосламалардан фойдаланилади. Медицина ҳамшираси чап қўли билан беморнинг бошини ёстиғи билан бирга кўтаради, ўнг қўли билан унинг оғзига қошиқда овқат тутади ёки овқатли

махсус чойнакни якийлаштиради (16- расм). Бемор овкатни ютмаса, унинг оғзига зўрлаб куйиш мумкин эмас, чунки овкат нафас йўллариغا тушиб, оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин.

**Диетотерапия** — даво мақсадида овкатлантиришдан иборат. У биринчи галда касал органга химиявий ва механик озор етказмаслик, бузилган функцияларни тиклаш учун бир турдаги маҳсулотлар ўрнига бошқаларини ишлатиш ёки бемор организмга етишмаётган зарур озиқли моддаларни киритишни кўзда тутлади.

### ПАРХЕЗ ОВКАТЛАР ТАЪРИФИ

Бизда Россия МФА Овкатланиш институти даво овкатланиш клиникасида ишлаб чиқилган пархез овкатлар тайинланади. Пархезлар асосий нозологик формалар бўйича ажратилган.

Хар бир пархезга таъриф берилиб, унда куйидаги кўрсаткичлар акс эттирилган: 1) тайинлашга кўрсатмалар, 2) тайинлашдан мақсад, 3) умумий таърифи, 4) химиявий таркиби ва унинг калориялилиги, 5) овкатланиш режими, 6) рухсат этиладиган ва ман қилинган маҳсулотлар ва таомлар рўйхати, бу куйидаги тартибда тузилади: оксил, ёғ, углеводлар, зираворлар тутган маҳсулотлар ва ичимликлар.

Тасдиқланган номенклатура бўйича № 1 дан № 15 га-ча белгиланган пархезлар қўлланилади. Касалхонада пархезлар микдори муассасанинг профили, яъни беморларнинг асосий контингенти (катлами) бўйича белгиланади.

Хар бир касалхонада асосий пархезлар ва контраст кунлар белгилаб қўйилган. Умумий типдаги кўп профилли касалхонада Овкатланиш институтида ишлаб чиқилган 15 та пархез доимий равишда амалда қўлланилади.

#### № 1-а-сонли пархез

**Тайинлашга кўрсатмалар:** даволашнинг дастлабки 8—10 кунни мобайнида яра касаллигининг авж олишида ва қон кетганда, секретияси ошган гастритнинг авж олиши; қизилўнғач куйиши.

**Тайинлашдан мақсад:** химиявий, механик ва термик таъсиротларни истисно қилиб, меъдага имкон борича озор етказмаслик.

**Умумий таърифи.** Меъда шираси секретиясини кўзгатадиган моддаларни истисно қилади. Овкатни асосан суюқ ва ярим суюқ ҳолда берилади. Калорияликни асосан углеводлар ҳисобига чегараланади. Ош тузи ҳам чегараланади.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 80 г, улардан камиди 50 г ҳайвонот оксими, ёғлар 80—90 г, углеводлар 200 г, калорияси 2000.

**Овқатланиш режими:** овқатни кичик-кичик порцияларда тез-тез (хар 2—3 соатда) қабул қилиш, тунга сут ёки сливка.

### 1 6-сонли парҳез

Парҳезни тайинлашга кўрсатмалар ва тайинлашдан мақсад: 1 а-сонли парҳездаги каби.

1 6-сонли парҳезнинг умумий таърифи 1 а-сонли парҳез кабидир, бироқ 1 а-парҳез таърифида кўрсатилган маҳсулотларга оқ нондан тайёрланган сухари, курук бисквит, сут кухнясининг эзилган твороги қўшилади, гўшт ва баликдан бугда тайёрланган таомлар микдори оширилади.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 100 г, ёғлар 100 г, углеводлар 300 г, калорияси 2600.

**Овқатланиш режими:** овқатни хар 2—3 соатда ейш.

### 1-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: Авж олишнинг сўниш босқичидаги яра касаллиги, яра чандик ҳосил қилаётган вақтда, шунингдек, 2—3 ойлик ремиссия даврида. Секрецияси ошган гастрит авж олиш даврида.

Тайинлашдан мақсад: химиявий таъсирловчиларни истисно қилиб ва механик 100 таъсирловчиларни чегаралаб, меъда ва ўн икки бармоқ ичакни эҳтиётлаш; яранинг чандик ҳосил қилиш жараёнига ёрдам бериш.

Умумий таърифи: меъда секрециясини қўзғатадиган моддалар чиқарилади. Овқатни асосан эзилган, қайнатилган ёки бугда пиширилган ҳолда берилади. Калориялар микдори нормал ва оксиллар, ёғлар ҳамда углеводлар нисбати нормал, А ва С витаминлари микдори оширилган парҳез.

Калориялилиги ва таркиби: оксиллар 100 г, ёғлар 100 г, углеводлар 400, калорияси 3000.

**Овқатланиш режими:** овқатни тез-тез, кунига 6 марта қабул қилиш, ухлашдан олдин сут ёки сливка ёхуд янги кефир.

### 2-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: секреция етарлича бўлмаган хроник гастрит, хроник энтероколит авж олиш давридан ташқари, чайнов аппарати функциясининг бузилиши, операциядан ва ўткир инфекциядан кейинги соғайиш даврида, шунингдек меъда-ичак йўллариини ўрта даражада авайлаш керак бўлган бошқа ҳолларда.

Тайинлашдан мақсад: меъда ва ичакнинг секретор ва мотор функциясининг нормаллашувига таъсир кўрсатиш, меъда-ичак йўллариини ўрта даражада механик эҳтиётлаш.

Умумий таърифи: экстрактив моддалари ва меъда шираси ажралишини бошқарадиган, бироқ меъда шиллик пардасини таъсирлантирмайдиган, моддалари сақланиб қолган физиологик тула қимматли парҳез. Дағал бириктирувчи тўқимали гўшт ва ўсимлик клетчаткасини тутган маҳсулотлар асосан майдаланган ҳолда берилади.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 80—100 г, ёғлар 80—100 г, углеводлар 400, калорияси 3000. С витамини 100 мг, бошқа витаминлар оширилган микдорда.

**Овқатланиш режими:** овқат ейиш частотаси кунига 4—6 марта.

### 3-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар — кабзиятлар.

Тайинлашдан мақсад: перистальтикани кучайтириш, ичак бўшалишини тартибга солиш.

Умумий таърифи: парҳеда ўсимлик клетчаткасига бой маҳсулотлар ва ичак функциясини кучайтирадиган маҳсулотларни кўпайтириш. Минерал сувларни кўп ичиш.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 100 г, ёғлар 100 г, углеводлар 450 г, калорияси 3500; ош тузи микдорини ошириш 25 г.

Овқатланиш режими: 4—5 марта, тунга 1 стакан кефир, олхўри, лавлаг.

### 4-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: гастроэнтероколитлар, ўткир энтероколит. Ичакдаги операциялардан сўнг.

Тайинлашдан мақсад: ичакларни кўпроқ механик ва химиявий эҳтиётлаш, ичак перистальтикасини ва ичакдаги ачиш жараёнларини кучайтирадиган маҳсулотларни чиқариш.

Умумий таърифи: углеводлар ва ёғлар ҳисобига калорияси чегараланган парҳез, оксиллар физиологик норманинг қуйи чегараси атрофида. Ўсимлик клетчаткасини сақлайдиган сут ва сут маҳсулотлари чиқарилади. Парҳезни 5—7 кундан ошмаган муддатга тайинланади.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 80 г, ёғлар 70 г, углеводлар 50 г, калорияси 2000, С витамини 100 мг. Озиқ-овқат маҳсулотларида етишмай турган В гуруҳидаги ва бошқа витаминлар микдорини витамин-препаратлари билан тўлдирилади.

Овқатланиш режими: овқат 5—6 марта чегараланган микдорда қабул қилинади. Иссиқ чой, кора кофе, бульон, наъматак дамламаси ҳолидаги эркин суюқлик 1,5 л.

### 4 а-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: ўртача зўрайиш давридаги хроник энтероколитлар меъда зарарланиши билан ичак касаллигига қўшилиб келганда; ўткир ҳодисалар босилган даврдаги дизентерия.

Тайинлашдан мақсад: хроник энтероколит ўртача зўрайган даврда яллиғланиш ҳолатини қамайтиришга ва меъда-ичак йўллариининг бузилган функцияларини нормага солишга имкон берадиган тўла қимматли овқат билан таъминлаш.

Умумий таърифи: физиологик тўла қимматли парҳеда углеводлар ва ош тузи ўртача чегараланган. Ичак шиллик пардасини механик ва химиявий таъсирлантирувчи ва ундаги ачиш ва чириш жараёнларини кучайтирувчи маҳсулотлар чиқариб ташланади. Парҳезга дағал бўлмаган ўсимлик клетчаткаси тутган (эзилган ҳолдаги сабаз-вотлар, олхўри, олма, элакда эланган ундан ёпилган нон) маҳсулотлар ўртача микдорда киритилади.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 100—120 г, ёғлар 100 г, углеводлар 300—350 г, калорияси 1600—2900.

Овқатланиш режими: овқатни кунига 5—6 марта берилади.

### 5 а-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: ўткир холецистит ёки хроник холециститнинг зўрайиши. Ўткир панкреатит ёки жараён сўнганда хроник панкреатитнинг зўрайиши. Хроник холецистит яра касаллиги бўлганда. Ўт йўлларидаги операциядан кейин 5—6 кун.

**Тайинлашдан мақсад:** жигарнинг бузилган функциясини тиклаш, жигарда гликоген йиғилишига ёрдам бериш: ўт ажралишини яхшилаш; меъда ва ичакнинг механик таъсирланишини чегаралаш.

**Умумий таърифи:** ёғлар чегараланган пархез: оксил ва углеводлар — норма атрофиди, липотроп омиллар миқдори ошган. Экстрактив моддалар ва ковуриш вақтида ҳосил бўладиган ёғларнинг парчаланиш маҳсулотлари чиқарилади. Ҳамма таомларни қайнатилган ёки бугда пиширилган эзилган маҳсулотлардан тайёрланади.

#### **5-сонли пархез.**

**Тайинлашга кўрсатмалар:** жигар ва ўт ажратувчи йулларнинг хроник касалликлари — холецистит, гепатит, жигар циррози жараён зўраймаган даврда ва меъда-ичаклар касалликлари бўлмаганда. Боткин касаллигининг соғайиш босқичида.

**Тайинлашдан мақсад:** жигарнинг бузилган функциялари тикланишига кўмаклашиш: а) жигарда гликоген йиғилишига ёрдам бериш; б) овқатда ёғларни чегаралаш (асосан қийин эрувчан) йўли билан жигарда ёғ алмашинувини нормага солиш ва липотроп таъсири бор моддаларни киритиш; в) ичак функциясини тартибга солиб жигар интоксикациясини камайтириш; г) ўт ажралиб чиқишига ёрдам бериш; д) жигарни таъсирлантирадиган ва касалликни зўрайтирадиган овқат моддаларини бартараф этиш.

**Умумий таърифи:** оксиллари физиологик нормада, углеводлари бир оз қўпайтирилган, ёғлари ўртача чегараланган ва холестеринга бой маҳсулотлар чиқарилган пархез. Азотли экстрактив моддалар, пуринлар ва ёғни ковуришда ҳосил бўладиган парчаланиш маҳсулотлари (акроленлар) чиқарилган кулинария ишлови, Липотроп омиллар ва витаминлар миқдори оширилган пархез. Ош тузи 10—12 г гача.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 80—100 г, ёғлар 60—70 г, углеводлар 450—500, калорияси 2800—3000. Ёғ алмашинуви бузилган беморларда углеводлар чегараланади.

**Овқатланиш режими:** тез-тез (ҳар 2—2½ соатда) овқат ёйиш ва 2 л гача илик ҳолдаги суюқлик ичиш.

#### **6-сонли пархез.**

**Тайинлашга кўрсатмалар:** подагра ва уратли диатез. Гўшт ва балиқ маҳсулотларини чиқариш керак бўлган эритромиа ва бошқа ҳоллар.

**Тайинлашдан мақсад:** пурин алмашинувини нормага солишга ва урат кислотанинг эндоген ҳосил бўлишини камайтиришга имкон бериш.

**Умумий таърифи:** пурин бирикмаларига бой маҳсулотлар чиқарилади. Ишқорий моддалар (сабзавот, мева, данакли мева ва сут) тутган маҳсулотлар киритилади, ош тузини ўртача чегараланади.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 80—100 г, ёғлар 80 г, углеводлар 400 г, калорияси 2700. Тана вазни ортикча семиз беморларда углеводлар чегараланади.

**Овқатланиш режими:** кўнига 5 марта овқатланиш; чой, мева сувлари, ишқорий сувлар кўринишида суюқликни қўп — 2—2,5 л гача ичиш.

#### **7-сонли пархез.**

**Тайинлашга кўрсатмалар:** ўткир гломерулонефрит. Пархезни олма, гуруч, картошка ёки канд кунларидан кейин тайинланади. Хроник нефрит буйрак етишмовчилиги босқичида.



Тайинлашдан мақсад: буйрақларни имкон борича эҳтиёт қиладиган шароитлар яратиб. Ош тузини чегаралаб гипертония ва шишларга таъсир этиш.

Умумий таърифи: оксил, ёғ ва углеводлар физиологик норма атрофида кескин чегараланган пархез. Тузсиз, гипонатрийли пархез (овқатни тузсиз тайёрланади, махсус тузсиз нон ёпилади). Озиқ маҳсулотларидаги натрий миқдори 400 мг ни ташкил этади, бу 1000 мг (1 г) ош тузига мувофиқ келади. Буйрак функцияси етишмайдиган беморларда азотемия бўлганда даволовчи врач кўрсатмаси бўйича 1—3 г ош тузи қўшилади. Бундай беморларга бир кун аввалги суткада канча сийдик ажралган бўлса, шунча суюқлик беришга руҳсат этилади. Овқатларнинг кулинария ишлови — механик жиҳатдан эҳтиёт қилмасликдан иборат. Сабзавотлар, мевалар, данакли мевалар етарли миқдорда, қисман хомлигича.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 25—30 г, ёғлар 80—100 г, углеводлар 400—450 г, калорияси 2500—2600. С витамин ва В гуруҳидаги витаминлар оширилган миқдорда берилади.

Овқатланиш режими: овқатни кунига 5 марта бериш.

### 7 6-сонли пархез.

Тайинлашга кўрсатмалар: ўткир нефрит. Пархез 7 а-пархезидан кейин тайинланади. Хроник нефритнинг шиш, ошган артериал босим билан зўрайиши, бироқ буйрак функцияси сақланиб қолган.

Тайинлашдан мақсад: 7 а-сонли пархезни тайинлашдаги сингари.

Умумий таърифи: ёғлар ва углеводлар миқдори физиологик норма атрофида, бироқ оксиллар миқдори бир порция қайнатилган гўшт ёки қайнатилган балик ва 200 г сўт ёки кефир қўшиб 45—50 г гача кўпайтирилади. Қолган жиҳатларидан бу пархез маҳсулотлари йиғиндисини ва кулинария ишлови характери бўйича 7 а пархези қабиدير. Маҳсулотлардаги ош тузи миқдори 1,5 г гача кўпайтирилади.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 45—50 г, ёғлар 100 г, углеводлар 450—500 г, калорияси 3000.

Овқатланиш режими: кунига 5—6 марта овқат ейилади.

### 7-сонли пархез.

Тайинлашга кўрсатмалар: соғайиш давридаги ўткир нефрит. Сийдик чўкмасида ўзгаришлари кам ифодаланган хроник нефрит. Гипертония касаллиги ва тузсиз пархез зарур бўлган бошқа ҳоллар. Хомилдорлар нефропатияси.

Тайинлашдан мақсад: буйрақлар функциясини ўртача эҳтиётлаш. Ошган артериал босим ва шишларга таъсир этиш.

Умумий таърифи: маҳсулотлар йиғиндисини бўйича тузсиз ва кулинария жиҳатидан тайёрланиши 7а ва 7б-сонли пархезлар қаби, бироқ оксиллар миқдори қайнатилган гўшт ёки балик ҳамда творот қўшиб 80 г гача кўпайтирилади.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 80 г, ёғлар 100 г, углеводлар 400—500 г, калорияси 2800—3200. Маҳсулотлардаги ош тузи миқдори қарийб 3 г. С, Р витаминлари ва В гуруҳидаги витаминлар оширилган миқдорда берилади. Буйрак функцияси сақланиб қолган буйрак амилондозига учраган беморлар ва нефрозли беморлар учун оксиллар миқдори 140 г гача оширилган, липотроп омиллари, поли-тўйинмаган ёғ кислоталари ва витаминлари бўлган 7-сонли пархез тайинланади.

Овқатланиш режими: кунига 4—5 марта овқат ейилади.

### 8-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: махсус овқатланиш режимини талаб қиладиган ҳазм органлари, жигар ва юрак-томирлар системаси касалликлари бўлмагани ҳолда ёғ босиши.

Тайинлашдан мақсад: ортикча ёғ босишининг олдини олиш ва йуқотиш учун моддалар алмашинувига таъсир этиш.

Умумий таърифи: асосан углеводлар ва қисман ёғлар ҳисобида овқатнинг калориялигини чегаралаш, оксиллар микдори физиологик нормадан юқори. Сабзавотлар ва мевалар етарли микдорда киритилади. Ош тузи чегараланади, иштаҳа кўзгайдиган зирavorлар ва азотли экстрактив моддалар чиқарилади. Эркин суюқлик киритиш ўртача чегараланади (1000 мл).

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 100—120 г, ёғлар 60—70 г, углеводлар 180—200 г, калорияси 1800—1850. С витамин оширилган микдорда, бошқа витаминлар — физиологик норма атрофида.

Овқатланиш режими: очлик ҳиссини йуқотадиган, ҳажми етарлича бўлган кам калорияли овқатларни тез-тез қабул қилиш.

### 9-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: ацидоз ва ички органларнинг қўшилиб келадиган касалликлари бўлмаган қандли диабет.

Тайинлашдан мақсад: мусбат углевод балансини сақлаб турадиган шаронлар яратиш, ёғ алмашинуви бузилишининг олдини олиш.

Умумий таърифи: оксиллар микдори физиологик нормадан юқори, ёғлар ва углеводлар ўртача чегараланган парҳез. Осон ҳазм бўладиган углеводлар чиқарилади. Парҳезга липотроп таъсири бор моддалар киритилади. Овқатда сабзавотлар кўп бўлади. Туз ва холестерин тутадиган маҳсулотлар чегараланади.

Кулинария ишлови одатдагича.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 100—120 г, ёғлар 70 г, углеводлар 300 г, калорияси 2400.

Овқатланиш режими: кунига 6 марта овқат ейилади, углеводлар эрталабдан кечгача тақсимланади. Инсулин инъекцияси вақтида ва инъекциядан ярим соат ўтгач бемор таркибиде углеводлар бор овқат ейиши лозим.

Қандли диабет ва ички органларнинг қўшилиб келган касалликлари бўлган беморларга 9-сонли парҳез ва қўшилиб келган касалликка мувофиқ келадиган бошқа парҳез ҳам киритилган комбинация қилинган парҳез тайинланади. Чунончи, масалан, жигар касалликларида 9/5-сонли парҳез ёзиб берилди, унда ёғлар 60 г гача чегараланган, экстрактив моддалар ва зирavorлар чиқарилган. 9/5-сонли парҳезни атеросклероз ва гипертония касаллиги бор беморларга ҳам тайинлаш мумкин.

### 10-сонли парҳез.

Тайинлашга кўрсатмалар: юрак-томирлар системаси касаллиги: а) ревматик юрак пороклари компенсация босқичида ёки қон айланиши етишмовчилигининг I босқичида; б) гипертония касаллигининг I ва II босқичлари; в) нерв системаси касалликлари; г) хроник нефрит ва пиелонефрит факат сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар билан, ўткир ва хроник пиелит.

Тайинлашдан мақсад: қон айланиши учун энг қулай шаронлар яратиш: нерв системасини кўзгатувчи моддаларни чиқариш; азотли моддалар ажратилишини яхшилаш ва сийдик чиқарув йўллари таъсирлантирадиган маҳсулотларни киритмаслик.

**Умумий таърифи:** ош тузк чегараланган (5—6 г), азотли экстрактив моддалар ва зирavorлар чиқариб ташланган пархез. Иччилар ишини тартибга соладиган махсулотлар — дағал бўлмаган ўсимлик клетчаткасини сақлаган сабзавотлар, мевалар ва данакли мевалар, шунингдек кепакли буғдой нон ва жавдари ундан ёпилган нон киритилади. Ўртача механик эҳтиёткорлик билан кулинария ишлови берилади.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 80 г (улардан хайвонот оксили 50 г), ёғлар 65—70 г, углеводлар 350—400 г, калорияси 2500—2800.

**Овқатланиш режими:** — овқат кунига 5—6 марта ўртача миқдорда, кечки овқат ухлашдан 3 соат олдин. Юрак-томирлар касалликлари бор беморларга эркин суюқлик киритиш 1000—1200 мл гача чегараланади.

### 10 а-сонли пархез.

**Тайинлашга кўрсатмалар:** кон айланиши етишмовчилигининг II ва III боскичларидаги юрак касалликлари. Гипертония касаллиги, кон айланишининг етишмовчилиги ёки мия кон айланишининг бузилиши билан бирга келганда.

**Миокард инфаркти ўткир ва ўртача ўткир даврда.**

**Тайинлашдан мақсад:** ош тузини кескин чегаралаш (овқат махсулотларида 1,5—1,8 г) ва пархезни калий билан бойитиш йўли билан юракнинг бузилган функциясига ва шишларга таъсир кўрсатиш. Хазм органларига оғирликни қамайтириш.

**Умумий таърифи:** оксиллар миқдори физиологик норманинг пастки чегараси атрофида, ёғ ва углеводларни ўртача чегаралаш. Овқатнинг ҳаммаси тузсиз тайёрланади, махсус тузсиз нон ёпилади. Эркин суюқлик киритиш чегараланади. Кулинария ишлови: ҳамма махсулотлар майдаланади ва қайнатилади ёки буғда пиширилади.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 70—80 г (улардан 50 г хайвонот оксили), ёғлар 60 г, углеводлар 80 г, калорияси 2000—2100. Овқат махсулотларидаги ош тузи 1,5—1,8 дан ошмаган; калий — 3,3—3,8 г.

**Овқатланиш режими:** овқатни тез-тез кунига 6 марта оз-оздан ейиш.

### 10 б-сонли пархез.

**Тайинлашга кўрсатмалар:** асосан юрак, мия ёки бошқа органлар томирлари зарарланган артериялар атеросклерози. Миокард инфаркти чандик ҳосил қилиш боскичида. Гипертония касаллигида.

**Тайинлашдан мақсад:** атеросклерознинг бундан кейинги авж олишининг олдини олиш. Ёғ босганда тана вазнининг қамайишига ҳаракат қилиш.

**Умумий таърифи:** асосан осон сингийдиган углеводлар (кандлар, оқ ундан тайёрланган махсулотлар) ва хайвонот ёғлари ҳисобиға калорияликни чегаралаш. Холестерин ва D витаминига бой махсулотлар чиқарилади. Овқат рационига: а) липотроп таъсири бор махсулотлар; б) политўйинмаган ёғ кислоталар миқдори юқори бўлган ўсимлик мойи; в) C витаминининг табиий манбаи бўлган сабзавотлар, мевалар ва данакли мевалар, улар яна ўсимлик клетчаткасини ҳам тутadi. Йодга бой денгиз махсулотлари. Кулинария ишловидан азотли экстрактив моддалар ва дағал ўсимлик клетчаткаси чиқариб ташланади.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 80—100 г, ёғлар 60—70 г, жумладан ўсимлик ёғлари 35 %, углеводлар 250—300 г, калорияси 2000—2200. Ош тузи ва эркин суюқлик 1000—1200 мл гача чегараланади.

**Овқатланиш режими:** овқат кунига 5—6 марта ўртача миқдорда ейилади, кечки овқат ухлашдан 3 соат олдин.

### 11-сонли парҳез.

**Тайинлашга кўрсатмалар:** ўпка силининг пасайиши, зурайиш боскичи ёки хроник боскичида ички органларнинг бошқа касалликлари бўлмаганда.

**Тайинлашдан мақсад:** организмнинг сил инфекциясига чидамини оширишга имкон бериш. Беморнинг умумий қувватини ошириш ва витамин балансини тиклашга ёрдам бериш.

**Умумий таърифи:** оксил ва витаминлари оширилмаган, ёғлари ва углеводлари ўртача кўпайтирилган калорияли парҳез. Овқат рационига кальцийга бой сут маҳсулотлари етарли миқдорда киритилади. Ош тузи ва суюқлик норма атрофида. Кулинария ишлови одатдагича, азотли экстрактив моддалар сақланиб қолган: зираворларга рухсат этилади.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 120—140 г, ёғлар 100—120 г, углеводлар 500—550 г, калорияси 3800—4000. Витаминлар оширилган миқдорда.

**Овқатланиш режими:** овқат кунига 4—5 марта.

### 13-сонли парҳез.

**Тайинлашга кўрсатмалар:** ўткир иситма давридаги юқумли касалликлар. Ангиналар. Операциядан кейинги ҳолат (аппендэктомиядан кейин 2—3-кун, меъда резекциясидан сўнг 8—9-кун кўрсатмалар бўйича).

**Тайинлашдан мақсад:** ўткир иситма ҳолати даврида ёки операциядан кейинги даврда бемор организмнинг умумий куч-қувватини сақлаб туришга имкон бериш; меъда-ичак йўлларини эҳтиётлаш.

**Умумий таърифи:** оксиллар миқдори физиологик норманинг қуйи чегарасида, ёғлар, углеводлар ва калорияларни ўртача чегаралаш. Иситмалаётган беморларга суюқликни кўпроқ миқдорда витаминланган ичимликлар кўринишида берилади. Кулинария ишлови: овқатни химиявий таъсирловчилари ўртача, эзилтирилган ҳолда берилади.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 70—80 г (жумладан хайвонот оксили 50 г), ёғлар 70 г, углеводлар 300 г, калорияси 2200. С витамини ва бошқа витаминлар оширилган миқдорда.

**Овқатланиш режими:** овқат кунига 6 марта, чегараланган миқдорда.

### 14-сонли парҳез.

**Тайинлашдан мақсад:** сийдикнинг кислотали реакцияси ишқорий ва кальций фосфат тузлари чўкмага тушган.

**Тайинлашга кўрсатмалар:** фосфатурия, сийдик функцияси тикланишига имкон бериш ва шу тарика чўкма чўкишига қаршилик кўрсатиш.

**Умумий таърифи:** парҳез сийдик реакциясининг кислотали томонга ўзгаришига имкон берадиган маҳсулотлар киритилади. Ишқорсизлантирувчи таъсир кўрсатадиган ва кальцийга бой (сут, творог, сир) маҳсулотлар чиқарилади. Эркин суюқликнинг умумий миқдори 1,5—2 л. Кулинария ишлови одатдагича.

**Калориялиги ва таркиби:** оксиллар 80—100 г, ёғлар 100 г, углеводлар 400 г, калорияси 2800.

**Овқатланиш режими:** овқат кунига 4—5 марта.

## 15-сонли пархез.

Тайинлашга кўрсатмалар: махсус даво пархезини тайинлашга кўрсатмалар бўлмаган ва ҳазм органлари нормал ҳолатда бўлган турли касалликлар.

Тайинлашдан мақсад: даволаш муассасаси шаронтиларида беморни физиологик нормалар бўйича овқатлантиришни таъминлаш.

Умумий таърифи: оксиллар, ёғлар, углеводлар микдори ва калориялик жисмоний меҳнат билан банд бўлмаган соғлом одамнинг овқатланиш нормаларига мос келади, витаминлар эса оширидан микдорда. Овқат турли-туман маҳсулотлардан ташкил топган. Гўшт, парранда, балиқни ҳар қандай кулинария ишловида, колбаса, сосискалар, консервалар чегараланган микдорда тавсия қилинади: турли хил сут маҳсулотлари: ҳар кун соат 21 да сут ёки кефир ичиш: ёғлар — сариёғ ва ҳар кун салатга, винегретга ва бошқа таомларга натурал ҳолда солинган ўсимлик мойи, сабзавотлар ва картошка турли хил таомлар ва гарнирлар кўринишида: сабзавотларнинг бир қисми хомлигича ва таомларга кўкатлар кўшиб берилади: мева ва данакли мевалар, қисман хомлигича, буғдой ёки жавдар нон. Қийин ҳазм бўладиган ёғлиқ таомлар чиқарилади: ёғлиқ гўшт, ёғлиқ кўй гўшти ва чўчка гўшти, мол ёғи, кўй ёғи ва чўчка ёғи, ёғлиқ хамир таомлар, зирворлар — ўртача микдорда. Кулинария ишлови одатдагича, витаминлари сақлаб қолинади.

Калориялиги ва таркиби: оксиллар 80—100 г, жумладан, ҳайвонот оксили 50 г, ёғлар 80—100 г, шу жумладан ўсимлик ёғлари 20—25 г, углеводлар 400—500 г, кандлар 50—100 г, калорияси 3000.

Овқатланиш режими: овқат кунига 4—5 марта.

## 16-сонли пархез.

Пархезни меъда ва ичаклардаги операциялардан сўнг дастлабки кунлари, шунингдек эс-ҳуш қирарли-чиқарли бўлган ҳолатда (мия қон айланишининг бузилиши, қалла суяги-мия шикастлари, ҳисима) кўпи билан 3 кунга тайинланади. Овқат суюқ ва желесимон таомлардан иборат. Соф ҳолдаги сут чиқарилади.

Рухсат этилади: қандли чой, мева ва данакли мева киселлари, желе, наъматак дамламаси қанд билан, ширин сув билан суюлтирилган янги мева сувлари, бульон, гуруч суви. Овқатни оз-оздан, кундузи ва тунда тез-тез бериб турилади. Пархезни, одатда, кўпи билан 3 кунга тайинланади.

## 17-сонли (хирургик) пархез.

Пархезни меъда ва ичаклардаги операциядан сўнг 4—5-кун, аппендэктомиядан кейин 2-кун тайинланади.

Рухсат этилади: қайнатилган қирилган гўшт ёки товукдан буғда тайёрланган таомлар, чала пиширилган тухум ва буғда пишган омлет, кўп қайнатилмаган ёғсиз гўшт ёки товук, бульони, геркулес солинган шилликли бульон: 10 % манний ёрмаси ёки болалар овқатининг гуруч ва қора буғдой унidan тайёрланган суюқ бўтқа, уни қайнатганда озрок микдорда сут ёки сливка кўшиш мумкин, мева ва данакли мева киселлари, желеси, ширин сув кўшиб суюлтирилган янги мевалар сўни, наъматак дамламаси, лимонли чой, оқ нон сухариси, сариёғ, кефир.

Соғлиқни сақлаш вазирилик касалхона муассасалари учун ҳам деганда 4 марталик овқатланиш режимини, беморларнинг айрим гуруҳлари учун (юрак касалликлари, яра касаллиги) 5—6 марталик овқатланиш режимини белгиллаган. Кундузги рационни баб-баравар

таксимлаш ва ҳажми кўп бўлган юқори қалорияли овқатларни кечки овқатланишга қолдирмаслик лозим; одатда кечкурунга суткалик рацион калориясининг 25—30 % дан ортиқ қисми тўғри келмаслиги керак. Беморларнинг овқатланиш вақти овқат миқдори ва даволаш муассасасидаги кундалик режим билан белгиланади. Овқатланишлар ўртасидаги танаффус кундузги 4 соатдан ошмаслиги, кечкй охириги овқат билан ерталабки нонушта ўртасидаги танаффус 10—11 соатдан ошмаслиги керак. Овқатни мунтазам равишда маълум вақтда ейиш беморларда овқат вақтига шартли рефлекс вужудга келтиради ва иштаҳанинг яхшилланишига имкон беради.

**Овқат, ейиш соатлари.** 9.00—10.00 — нонушта, 13.00—14.00 — тушки овқат, 18.00—19.00 — кечки овқат, 21.30 — кефир.

5. марта овқатланишда иккинчи нонушта, 6 марталик овқатланишда эса тушликдан кейинги овқатланиш киритилади.

Беморга узоқ вақтгача бир хил овқатлар тайинлаш мумкин эмас, чунки қатъий равишда белгиланган даво овқатланиш маълум даражада чегараланган бўлади ва демак тўла қимматли бўлмайди. Овқатнинг хилини қўпайтириш учун овқат режимини вақти-вақтида ўзгартириш, баъзан эса режимдан бир оз чекиниш ҳам мумкин.

### Енгиллаштирувчи қўнлар (контраст пархезлар)

| Рацион номи ва унинг таркиби                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Кўрсатмалар                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1-сонли</p> <p><b>Сут бериладиган қўн</b></p> <p>Ҳар 2 соатда қўнига 6 марта 100 мл дан сут ёки кефир, простокваша, ацидофилин; кечкурун 20 г глюкоза ёки қанд билан 200 мл мева суви; қўнига 2 марта 25 г дан суви қочган нон қўшиш мумкин.</p> <p>2-сонли</p> <p><b>Сут бериладиган қўн</b></p> <p>1,5 л сут ёки простокваша ҳар 2—3 соатда 250 мл дан 6 марта ичишга.</p> <p><b>Творог бериладиган қўн</b></p> <p>400—600 г ёғсизлантирилган творог, 60 г сметана ва 100 мл сут 4 марта натурал ҳолда ёки сирник, пудинглар шифатида. 2 марта сутли кофе ва 1—2 стакан наъматак дамламаси қўшилади.</p> <p><b>Бодринг бериладиган қўн</b></p> <p>2 кг янги бодринг 5—6 марта ейишга.</p> <p><b>Салат бериладиган қўн</b></p> <p>1,2—1,5 кг янги сабзавотлар ва мевалар қўнига 200—250 г дан тузсиз салатлар қўринишида 4—5 марта берилади. Сабзавотларга озрок сметана ва ўсимлик мойи, меваларга қанд шарбати қўшилади.</p> | <p>Юрак-томирлар системаси касалликлари қон айланиш етишмовчилиги ҳодисалари билан</p> <p>Подагра, ёғ босиш</p> <p>Ёғ босиш, юрак касалликлари, атеросклероз.</p> <p>Ёғ босиш, атеросклероз, подагра, артрозлар.</p> <p>Гипертония касаллиги, атеросклероз, буйрак касалликлари, оксалурия, артрозлар.</p> |



| Рацион номи ва унинг таркиби                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Қўрсатмалар                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Картошка бериладиган кун</b><br/> 1,5 кг печда пиришилган картош-<br/> ка озроқ ўсимлик мойи ёки сметана<br/> (тузсиз) билан 300 г дан 5 марта<br/> <b>Тарвуз бериладиган кун</b><br/> 300 г дан 5 марта 1,5 кг пўчоксиз<br/> пишган тарвуз.</p>                                                                                                                                                                         | <p><b>Юрак етишмовчилиги, буй-<br/> рак касалликлари.</b></p> <p><b>Жигар касалликлари, гипер-<br/> тония, нефритлар, атероскле-<br/> роз.</b></p> |
| <p><b>1-сонли</b><br/> <b>Олма бериладиган кун</b><br/> 1,2—1,5 кг пишган, янги тозалан-<br/> ган ва қирилган олмаларни 300 г дан<br/> 5 марта</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>Ўткир ва хроник колит ич ке-<br/> тиш билан бирга кечганда</b></p>                                                                           |
| <p><b>2-сонли</b><br/> <b>Олма бериладиган кун</b><br/> 2 кг хом олмалар 5—6 марта. Буй-<br/> рак касалликларида 150—200 г канд<br/> ёки шарбат қўшилади.<br/> <b>Ҳар бири 25 г гуручдан тайёрлан-<br/> ган 2 порция гуруч бўтқасини қўшиш<br/> мумкин</b></p>                                                                                                                                                                 | <p><b>Еғ босиш, нефритлар, гипер-<br/> тония касаллиги, қандли диа-<br/> бет.</b></p>                                                              |
| <p><b>Баргак бериладиган</b><br/> <b>енгиллаштирувчи кун</b><br/> 500 г баргакни қайноқ сувда<br/> ювилади ёки оз-моз буғда тутиб<br/> турилади ва 5 га бўлиб ейилади.<br/> <b>Компот бериладиган кун</b><br/> 1500 г олма, 150 г шакар ва 800 мл<br/> сув қайнатилади ва кун мобайнида<br/> 5 га бўлиб ичилади.</p>                                                                                                           | <p><b>Гипертония касаллиги, юрак<br/> етишмовчилиги, шишлар</b></p>                                                                                |
| <p><b>Гуруч-компот бериладиган</b><br/> <b>кун</b><br/> 1,2 кг янги ёки 250 г қуритилган<br/> мева ва данакли мевадан 1,5 л компот<br/> тайёрланади; 50 г гуруч ва 100 г ша-<br/> кардан сувда бўтқа тайёрланади; ку-<br/> нига 6 марта бир стакандан компот,<br/> 2 марта ширгуруч бўтқаси берилади.<br/> <b>Қанд бериладиган кун</b><br/> <b>Ҳар бир стаканда 30—40 г кандда</b><br/> <b>бўлган иссиқ чойдан 5 марта</b></p> | <p><b>Буйрак ва жигар касаллик-<br/> лари</b></p> <p><b>Жигар касалликлари, подаг-<br/> ра, оксалурия.</b></p>                                     |
| <p><b>Гўшт бериладиган кун</b><br/> а) 270 г қайнатилган гўшт, 100 мл<br/> сут, 120 г қўқ нўхат, 280 г янги қарам<br/> бир кунга.<br/> б) 360 г қайнатилган гўшт бир<br/> кунга.</p>                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>Жигар касалликлари, нефрит,<br/> хроник колит ич кетиш билан<br/> кечганда.</b></p> <p><b>Еғ босиш.</b></p>                                  |

## СУНЪИЙ ОВКАТЛАНТИРИШ

Сунъий овкатлантириш — организмга меъда зонди клизмадар оркали ёки парентерал (вена ичига ёки тери остига) овкат моддаларини юборишдир. Сунъий овкатлантириш баъзан нормал овкатланишга қўшимча ҳисобланади.

**Сунъий овкатлантириш турлари:** 1) меъда зонди оркали; 2) меъда ёки ингичка ичакнинг операцион тешиги оркали; 3) клизма оркали; 4) парентерал.

Меъда зонди оркали сунъий овкатлантириш. Вазелин суртилган стерил ингичка зонд олиниб, беморнинг меъдасига киритилади. Зонд учига воронка қийгизилади, воронкага дағал бўлакчалари бўлмаган суюқ овкат (сут, сливка, хом тухум, куюк бульон, глюкоза эритмаси, сливка қўшилган какао ва кофе, мева сувлари) қуйилади. Овкатни кичик босимда кунига бир неча марта аста-секин қуйилади. Айрим ҳолларда зондни 2—3 ҳафтага қолдирилади. Зондни бурун йўллари оркали киритишнинг иложи бўлмаганда уни оғизга киритилади, учини ёпишқоқ пластр билан юз терисига маҳкам ёпиштириб қўйилади. Бзовта бўлаётган ёки ҳушсиз ётган беморларга зонднинг бўш турган учини лабга ёки юзга ипак ип билан маҳкамлаб қўйилади. Овкат моддалари юборилгандан сўнг зондга тоза сув қуйилиб уни овкат колдикларидан тозаланади.

Беморни операцион тешик (гастростома) оркали овкатлантириш. Меъда фистулasi қўйишга ва у оркали овкатлантиришга қизилўнғачнинг тутилиб қолганлиги, пилорус стенози кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Бунда овкатни кичик порцияларда (150—200 мл) кунига 5—6 марта илитилган ҳолда киритилади. Сўнгра киритиладиган овкат миқдори 250—500 мл гача кўпайтирилади, бироқ овкатни юбориш сони 3—4 мартагача камайтирилади. Воронка оркали суюлтирилган овкат маҳсулотлари: майда қилиб қиймаланган гўшт, балик, нон, сухарини киритиш мумкин. Баъзи беморлар овкатни чайнаб уни суюклик билан суюлтирадилар ва воронкага қуядилар. Воронкага овкатни кўп миқдорда қуйишдан сақланиш лозим, чунки меъда ёки ичак мускулатурасида спазм рўй бериши ва овкат операцион тешикдан ташқарига отилиб чиқиши мумкин.

Ректал сунъий овкатлантириш — организмни суюкликка ва ош тузига эҳтиёжини таъминлаш учун туғри ичак оркали озик моддаларни юборишдир. Кескин сувсизланиб қолганда, қизилўнғач батамом тутилиб



а

б

17- расм. Сунъий овқатлантириш.

а — меъдага бурун оркали киритилган зонд ёрдамида; б — гастростоме оркали.

қолганда, қизилўнгачда ва меъданинг кардиал қисмидаги операциялардан кейин қўлланилади. Бундан ташқари, овқатли клизмалар диурезни ҳужайтиради ва организмдан токсинларнинг чиқарилишига имкон беради. Овқатли клизма қуйишдан бир соат олдин ичакларни тўлиқ бўшатиш учун тозалаш клизмаси қилинади. Тўғри ичакда 5 % глюкоза эритмаси ва 0,85 % ли натрий хлорид эритмаси яхши сўрилиши туфайли бу эритмалардан сунъий овқатлантириш учун фойдаланилади. 200—500 мл микдордаги кичикроқ овқатли клизмаларни резина нокчадан юборилади. Суюқлик ҳарорати 37—38°C. Ичак перистальтикасини тўхтатиш учун 5—10 томчи опий настойкаси қўшиб қилинади. Бу муолажа суткасига 3—4 марта такрорланади. Кўпроқ микдордаги суюқликни (1 л гача) томчи усули билан бир марта юборилади.

Овқатли клизмаларни тез-тез қилиш тавсия қилинмайди, чунки тўғри ичак сфинктерини таъсирлантириши ва орқа чиқарув йўлида ёриқлар пайдо бўлиши мумкин. Бу асоратларнинг олдини олиш учун орқа чиқарув йўлини кунт билан ювиш керак.

Парентерал овқатланиш. Венага ёки тери остига оксил препаратлари, глюкоза эритмалари, витаминлар ва минерал тузлар юборилади.

### Текшириш учун саволлар

1. Овкатнинг таркиби қандай?
2. Қайси маҳсулотларда ёғлар, оксидлар, углеводлар, минерал элементлар кўпроқ миқдорда бўлади?
3. Бўлимнинг озик-овкат блоки қандай тузилган ва унинг санитария ҳолатига қандай талаблар қўйилади?
4. Беморларга овкат тарқатиш қандай таъкил этилади?
5. Оғир ётган беморлар қандай овқатлантирилади?
6. Диеотерапия нима?
7. 1, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15-сонли парҳезларнинг таърифи қандай?
8. Сунъий овқатлантиришнинг қандай турлари мавжуд?
9. Зонд орқали сунъий овқатлантириш қандай ўтказилади?
10. Ректал сунъий овқатлантириш қандай ўтказилади?
11. Зонд орқали тўғри ичакка қандай маҳсулотларни киритиш мумкин?
12. Сунъий овқатлантиришдан сўнг беморларни қандай парварिश қилиш зарур?
13. Бемор қайт қилди ва кўп миқдорда суюқлик йўқотди. Медицина ҳамшираси қандай чора кўриши керак?
14. Бемор кўп вақтдан буён кўрпа-тўшак қилиб ётибди. Унга қандай овқат раиони тайинланади?
15. Юрак етишмовчилиги бор беморда катта шишлар мавжуд. Беморга қандай парҳез тайинланади ва овқат раиониди нимани чегараланади?
16. Бўлимда қизилўнгач касаллиги бор бемор ётибди. Сунъий овқатлантиришнинг қайси турини қўлланиш керак?
17. Бемор баданини аъчагина ёғ босган. Унга қандай парҳез тайинланади ва раионда нимани чегаралаш лозим?

### VIII боб

#### ТАНА ҲАРОРАТИ ВА УНИ ЎЛЧАШ

Соғлом одамда тана ҳарорати нормада доимий бўлиб, эрталабки ва кечки соатларда оз-моз ўзгариб туради ва  $37^{\circ}\text{C}$  дан ошмайди. Ҳароратнинг бундай доимийлиги организмда иссиқлик ишланиши ва иссиқлик ажратиш жараёнларига боғлиқ бўлади. Болаларда ҳарорат бирмунча юқори, ёши улғайган кишиларда бир оз паст бўлади. Ҳароратнинг суткалик ўзгаришлари организмда сутка мобайнида рўй берадиган оксидланиш жараёнларига боғлиқ, шунинг учун эрталаб ҳарорат градуснинг бир неча ўнлик улушларига паст, кечкурун эса юқори бўлади. Тўғри ичак ва қинда ҳарорат кўлтик ва чов соҳасининг терисидаги ҳароратга қараганда  $1^{\circ}\text{C}$  га юқори бўлади.

#### ТАНА ҲАРОРАТИНИ ЎЛЧАШ ВА УНИ КУЗАТИБ БОРИШ

Тана ҳароратини ўлчаш ва уни кузатиб бориш медицина ҳамширасининг кундалик ва муҳим вазифаси ҳисобланади. Тана ҳароратини медицина термометри билан ўлчанади.

18- расм. Хароратни  
ўлчашда термометр  
шундай қўйилади.



Биринчи марта медицина термометри 1723 йилда Фаренгейт томонидан таклиф этилган эди. Бизнинг мамлакатимизда Цельсий термометридан фойдаланилади, у капилляри бўлган шйша найчадан иборат, найча учига симоб тўлдирилган резервуари бор. Бу найча шкалага маҳкамланган бўлиб, шкаланинг 34 дан 42°C гача бўлинмалари (даражалари) бор.

Хароратни ўлчашда қўтарилган симоб устуни хатто совуқ сувда ҳам пастга тушмайди. Симобни пастга тушириш учун термометрни бир неча марта силкитиш зарур. Буни эҳтиётлик билан қилиш лозим, акс ҳолда термометр қўлдан тушиб кетади ва яқин турган нарсаларга тегиб синади. Медицина термометрларини банкада ёки стаканда сақлаш лозим, унинг тубига бир қават пахта қўйилади ва дезинфекция қилинадиган эритма, масалан, 0,5 % ли хлорамин эритмаси солиб қўйилади.

Хароратни ўлчашдан олдин термометрни қуруқ қилиб артиш ва симобни 35°C дан пастки белгигача силкитиб, беморга узатиш лозим. Бемор қўлтиғини қуруқ сочик билар артиш лозим, чунки намлик симобни совутади ва термометр бирмунча паст хароратни кўрсатади. Термометрни унинг симобли резервуари қўлтиқнинг ичкарасида ҳамма томондан баданга тегиб турадиган, бутун ўлчаш мобайнида сурилиб кетмайдиган қилиб қўйиш керак. Термометр билан бадан ўртасида ич кийими тегиб турмайдиган бўлиши керак (18- расм). Дармонсиз беморларнинг қўлини, медицина ҳамшираси тутиб туриши керак. Ўлчаш давомлилиги камида 10 минут.

Ниҳоятда ҳолдан кетган ва оғир аҳволдаги беморларда хароратни тўғри ичакда ўлчаш мумкин. Ичининг

тўхтаб қолиши, ич кетиши тўғри ичак касалдиклари ҳароратни бу усулда ўлчашга монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади. Тўғри ичакка киритишдан олдин термометрга вазелин ёки бошқа бирор мой суртиш, сўнгра бемор ёнбоши билан ётганда уни ярмигача киритиши лозим. Думбалари бири иккинчисига зич тегиб туриши керак. Тўғри ичакда ҳароратни ҳар гал ўлчашдан кейин термометрни илик сув билан ювиш ва спиртда ёки дезинфекция қиладиган эритмаларнинг бирида дезинфекция қилиш лозим.

Болаларнинг ҳарорати чов бурмасида ўлчанади. Бунинг учун боланинг оёғини чанок-сон бўғимида ҳосил бўлган тери бурмасида термометр турадиган қилиб бир оз букилади.

✓Стационарларда тана ҳароратини суткасига 2 марта: эрталаб соат 6 билан 8 нинг орасида ва кундузги соат 16—18 да ўлчанади. Бу соатларда максимал ва минимал ҳарорат тўғрисида ҳулоса чиқариш мумкин. Суткалик ҳарорат тўғрисида бирмунча аниқ тушунча ҳосил қилишга зарурат бўлганда уни ҳар 2—3 соатда ўлчаш ва алоҳида варақка ёзиб бориш керак.

Ҳароратни ёзиб бориш учун умумий ҳарорат варақасидан фойдаланилади, унда беморларнинг фамилияси, ўлчаш куни ва вақти (эрталаб ва кечқурун) кўрсатилган. Бундан ташқари, ҳар бир беморга ҳарорат варақаси тутилиб, уни касаллик тарихига қўшиб қўйилади. Ҳароратни ўлчаш вақтида медицина ҳамширасининг қўлида шу палатадаги беморларнинг умумий ҳарорат варақаси бўлади. Ҳар бир ўлчаш рақамларини тезликда шу варақага ёзиш, сўнгра касаллик тарихига кўчириш керак (19-расм). Ҳарорат эгри чизикларини нуқталарни тўғри чизиклар билан туташтириш йўли билан ҳосил қилинади, улар бемор стационарда ётган даврининг бошидан охиригача ҳароратнинг қандай бўлганлигини ва ўзгаришларини акс эттиради.

Ҳароратнинг кўтарилиши иситма дейилади. У патоген таъсирловчиларга жавобан пайдо бўлади ва терморегуляциянинг ўзгаришидан иборат бўлади. Ҳароратнинг иситмали кўтарилишлари баландлиги, давомлилиги ва ўзгаришлари характерига кўра турли-туман бўлади.

Баландлиги бўйича (М. В. Черноруцкийдан): 1) 0,5—1°C атрофида ўзгариб турадиган субфебрил ҳарорат (38°C); 2) ўртача иситмали ҳарорат (38—39°C); 3) юқори иситмали (38—41°C); 4) гиперпиретик ҳарорат (41°C дан юқори) фарқ қилинади.

Давомлилиги бўйича иситмаларнинг қуйидаги



Беторнинг фамилияси, исми, о.и:

**KEN**

## КАСАЛАҢҖУК КҮНИ

### Стационардағы күйі

|   |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| П | АБ | Т° | Э | К | Э | К | Э | К | Э | К | Э | К | Э | К |
|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

|     |     |    |
|-----|-----|----|
| 140 | 200 | 41 |
|-----|-----|----|

|     |     |    |
|-----|-----|----|
| 120 | 175 | 40 |
|-----|-----|----|

150 39

|    |     |    |
|----|-----|----|
| 90 | 125 | 38 |
|----|-----|----|

|    |     |    |
|----|-----|----|
| 80 | 100 | 37 |
|----|-----|----|

|    |    |    |
|----|----|----|
| 70 | 75 | 36 |
|----|----|----|

|    |    |    |
|----|----|----|
| 60 | 50 | 35 |
|----|----|----|

**На обрѣ**

**TANG MACEACU**

## НҶУЛҶОН СУҶУКЛИК

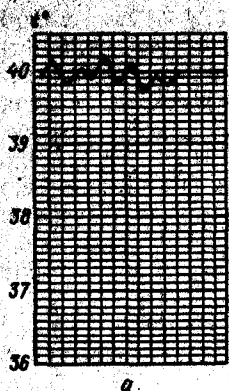
**СҮТКАЛЫК СМҮДҮК ТҮК-**

**DOPL**

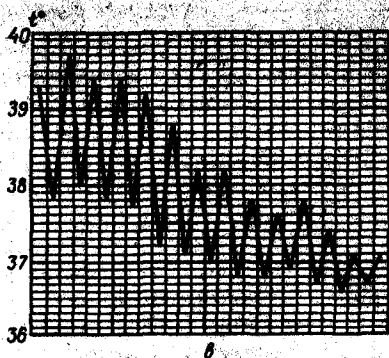
# АХЛОТ

# ВОННА

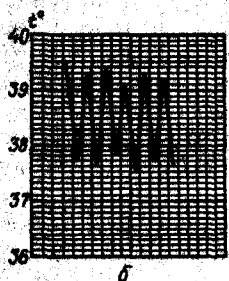
19-расм. Хароратни ўлчаш варақаси.



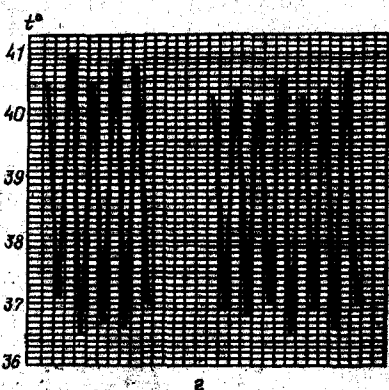
a



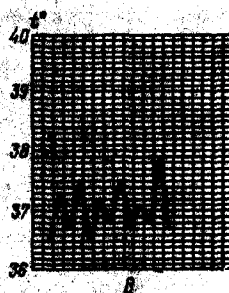
б



в



г



д

20- расм. Иситма типлари.

а — доимий; б — ремиттирловчи; в — тўлқинсимон; г — гектик; д — субфебрил.

турлари фарқ қилинади: 1) қисқа муддатли ҳароратнинг бир неча соатга кўтарилиши; 2) ўткир — 15 кунгача; 3) ўртача ўткир — 45 кунгача; 4) хроник иситма — 45 кундан ортиқ.

Ўзгариб туриш характериға кўра иситманинг қуйидаги турлари бўлади (20- расм): 1) доимий иситма, тана ҳароратининг суткасиға  $1^{\circ}\text{C}$  га ўзгариб туриб,  $39^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши билан характерланади; 2) ремиттирловчи иситма — тана ҳароратининг норма даражасигача

пасаймай, 1—1,5° атрофида тебранишлари; 3) алмашилиб турадиган иситма — нормал ва юқори ҳароратнинг 1—2 кун мобайнида тўғри алмашилиб туриши; 4) тўлқинсимон иситма — доимий кўтарилиш давлари субфебрилгача ёки нормагача пасайиш билан алмашилиб туради; 5) тинкани қуритадиган ёки тектик иситма, суткасига 4—5°С ўзгариб туриши ва ҳароратнинг нормал ёки субнормал (36°С дан паст) рақамларгача тушиб кетиши билан характерланади. Кўп терлаш ва кескин ҳолсизланиш билан ўтади; 6) айниган иситма — эрталабки ҳарорат кечкурунгидан юқори бўлади.

### ИСИТМАЛАЁТГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Иситма жараёнида уч асосий давр бўлиб, медицина ҳамшираси буларни яхши билиши зарур, чунки бу даврларнинг ўзига хос хусусиятлари бўлади.

**Биринчи давр** — ҳароратнинг титраб-қакшаш, лаб ва оёқ-қўллар, учининг кўкариб кетиши (цианоз), бош оғриғи ва умумий аҳволининг ёмонлиги билан ўтадиган, аста-секин кўтарилиш билан характерланадиган иситма давридир. Бу босқичда медицина ҳамшираси беморнинг оёқларига илиқ грелкалар қўйиши, аччиқ қилиб дамланган ширин чой ичириши, яхшилаб ўраб-чирмаб қўйиши, елвизакка йўл қўймаслиги ва унинг барча физиологик эҳтиёжларини қузатиб бориши керак.

**Иккинчи давр** — ҳароратнинг максимал кўтарилиш даври — токсик ҳолатнинг кучайиши, бош оғриғининг кучайиши, кизиб кетиш, оғизнинг қуриб қолиши, кескин ҳолсизланиш, аъзои баданнинг қакшаб оғриши билан характерланади. Баъзан иситма чўккисида марказий нерв системасининг кўзғалиши: алахлаш, галлюцинациялар қузатилиши мумкин. Бу босқичда беморни ёлғиз қолдириш хавфли. У ўрнидан туриб кетиши, деразадан ўзини ташлаши мумкин ва ҳоказо. Бундай ҳолларда индивидуал медицина ҳамшираси постини уюштириш мақсадга мувофиқ. Бунинг иложи бўлмаса, постдаги медицина ҳамшираси бемордан тинмай хабар олиб туриши шарт. Агар беморнинг аҳволи ёмонлашиб борадиган бўлса, шу заҳоти врачни чақириш зарур. Бу даврда беморга суюқ ёки суюқрок, юқори қалорияли ва осон ҳазм бўладиган овқатлар бериш зарур. Беморнинг иштаҳаси пасайиб кетиши туфайли уни оз-оздан суткасига 5—6 марта овқатлантириш, кўп суюқлик (мева ва данакли меваларнинг сувлари, морс, минерал сув) бериш керак. Бу даврда беморларнинг оғзи қуриydi, лаблари ёрилади,

шунинг учун медицина ҳамшираси оғиз бўшлигини вақти-вақти билан кучсиз натрий гидрокарбонат эритмаси билан артади ва лабларга исталган ёғдан суртиб қўяди. Боши каттик оғриб турган беморнинг пешанасига музли халтача қўйилиб, муз эриган сайин уни янгилаб турилади. Бошга тўрт қават қилиб букланган ва сирка эритмасида (0,5 л сувга 2 ош қошиқда) ҳўлланган салфетка ёки сочиқдан совуқ компресс қилиб қўйиш мумкин. Медицина ҳамшираси беморнинг кўрпаси тушиб кетмаслиги, палатанинг иссик ва осойишта бўлиши устидан қараб бориши, шунингдек унинг пульси ва артериал босими кўрсаткичларини кузатиб туриши лозим.

**Учинчи давр** — ҳароратнинг пасайиш даври турлича ўтади. Ҳарорат юкоридан пастки даражагача (40 дан 36°С гача) критик — тез пасайиб кетиши мумкин, бу кўпинча томирлар тонусининг бирдан пасайиб кетиши билан ўтади ва артериал босимнинг кескин пасайишига ҳамда нисимон пульс (кризис) пайдо бўлишига олиб келади. Ҳароратнинг бундай кескин пасайиши ҳолсизланиш ва кўп терлаш билан ўтади. Оёқ-қўллар ўшлаб кўрилганда муздек бўлади, лаблар кўкимтир тусга киради. Бу кризис ҳолати дейилади ва зудлик билан тадбирлар ўтказишни талаб қилади. Биринчи галда медицина ҳамшираси врачни чакиради ва у тайинлаган тадбирларини бажаради. Беморга грелқалар қўйиб, яхшилаб иситилади. Аччиқ дамланган чой ёки кофе берилади. Бемор ғарақ-ғарақ терлаши туфайли уни куруқ қилиб артилади, ич кийими, зарур бўлса, кўрпа-ёстик жилдлари ҳам алиштирилади. Ҳароратнинг бундай критик тушиб кетиши ўпканинг крупоз яллиғланишида, шунингдек айрим юқумли касалликларда учрайди.

Кўпчилик ҳолларда ҳарорат литик — аста-секин тушади ва терида майда маржонсимон тер ва беҳоллик пайдо бўлади. Одатда, ҳарорат пасайгандан сўнг бемор ухлаб қолади. Уни уйғотиш мумкин эмас, чунки каттик уйку куч-қувватни тиклайдиган энг муҳим воситадир.

Иситма даврида медицина ҳамшираси бемор териси ҳолати устидан айниқса пухталиқ билан кузатиши ва ётоқ яраларни профилактика қилиш бўйича ҳамма тадбирларни ўтказиши лозим. Бундай беморларга тувак ва тагга қўйиладиган суднолар тутиш керак. Бемор хузурига қатновчиларни қўймаслик керак, чунки унинг чарчаб қолиши мумкин эмас. Беморнинг ич кийимларини тез-тез алаштириб туриш ва умумий аҳволини кузатиб бориш лозим.

### Тегириш учун саволлар ва вазифалар

1. Тана ҳароратини ўлчайдиган термометр қандай тузилган?
2. Термометрларни қандай сақлаш лозим?
3. Қандай иситма турлари бўлади?
4. Иситма боскичига кўра иситмалаётган беморларни парвариш қилиш қандай ўзгаради?
5. Ҳарорат тушиб кетишининг қандай турлари бўлади?
6. Кризис симптомлари қандай ва унда қандай шошилиш ёрдам кўрсатилади?
7. Иситмалаётган беморларни қандай умумий парвариш қилинади?
8. Пневмония бўлган беморларда ҳарорат  $39,2$  дан бирданига  $36^{\circ}\text{C}$  гача тушган, унинг ранги оқарган, бадани совук, ёпишқоқ тер билан қопланган, артериал босими пасайиб кетган, пульси ипсимон. Беморда қандай ҳолат юзага келган ва бунда медицина ҳамшираси қандай чора кўриши лозим?
9. Беморда ҳарорат  $40^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилган, иссиқлаб кетган, гиперемия пайдо бўлган, пульси тезлашган. Бу иситманинг қандай боскичи ва медицина ҳамшираси қандай тадбирлар кўриши лозим?
10. Беморнинг эти жунжикади, лаб ва оёқ-қўллари цианоз бўлган, қаттиқ боши оғрийд. Медицина ҳамшираси нима илож қилиши керак?
11. Беморда ҳароратнинг суткалик ўзгаришлари  $4-5^{\circ}\text{C}$  атрофида, кўп терлайди ва бўшашади. Бундай беморни қандай парвариш қилиш зарур?

### IX боб

## ҚОН АЙЛАНИШИГА ТАЪСИР ҚИЛАДИГАН ҲОРАЛАР

Бадан териси ташки муҳитнинг турли-туман таъси-ротларини қабул қиладиган кўп сонли нерв учлари билан таъминланганлиги туфайли теридан ички органларга рефлектор реакциялар принципи бўйича қон айланишига таъсир кўрсатиш мумкин. Нерв рецепторларининг иссиқ ёки совук билан таъсирланиши натижасида томирлар теридагина эмас, балки ички органларда ҳам кенгайди ёки тараяди. Чалғитувчи воситалар (банкалар, горчичниклар, зулуклар, компресслар, ванналар ва бошқалар) қўлланиш шۇ принципга асосланган. Бирок бу муолажалар беморда оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин, шунинг учун медицина ҳамшираси уларни бажариш техникасини, таъсир механизмини, уларни қўлланишга кўрсатмалар ва мөнелик қиладиган ҳолларни яхши билиши керак.

## ГОРЧИЧНИКЛАР

Горчичниклар (ханталли коғозлар) терини таъсирлантиради ва теридаги кон томирларнинг эфирли хантал мойидан кенгайиши йўли билан бемор терисига таъсир кўрсатади.

**Қўрсатмалар:** Горчичниклар оғриқда, ўпка ёки бронхлар яллиғланганда, кон томирлар спазмида ва бошқа катор касалликларда қўлланилади.

Фабрикада тайёрланган горчичник (хантал) ўлчами  $12 \times 18$  см коғоз бўлагидан иборат бўлиб, унга махсус усулда қуруқ хантал ёпиштирилган бўлади. Горчичникларни ҳар ким ўзи тайёрлаши мумкин. 1 ош қошиқда хантал олинади, унга 1 ош қошиқда буғдой уни қўшилади ва аста-секин аралаштириб турган ҳолда бир хил бўтқасимон масса ҳосил бўлгунча иссиқ сув ( $45-50^{\circ}\text{C}$  ҳароратдаги) қўшиб эфир мойлари ҳосил бўлиши учун уни 30 минут қўйиб қўйилади. Сўнгра бўтқасимон массани икки букланган докага ёки зарур ўлчамдаги латтага юқарок қилиб (0,5 см) суртилади, устига яна бир қават дока ёки оқ коғоз ёпилади ва терининг керакли соҳасига қўйилиб, боғлам билан маҳкамланади. Бу горчичниклар фабрикада тайёрланадиган горчичникдан бирмунча кучли, шунинг учун қўйиб қолишдан сакланиш учун уларни ўз вақтида олиш зарур. Горчичникларни қуруқ ва қоронғу жойда саклаш керак, саклаш муддати 8 дан 11 ойгача. Сифатли горчичник яроқсизидан ўткир хантал мойининг хиди келиб туриши ва уқаланиб кетмаслиги билан фарк қилади. Ишлатишдан олдин бу сифатларини текшириб қўриш керак. Горчичникларни тананинг ҳамма соҳаларига қўйиш мумкин.

Ишлатишдан олдин горчичникни илик сувда ( $35^{\circ}\text{C}$  дан юқори бўлмаган) намлаш, силкитиш ва терининг керакли қисмига ханталли томони билан 10—15 минутга қўйиш дозим. Беморда тери сезувчанлиги юқори ва у ачишишни тез сезадиган бўлса, устидан салфетка ёки сочик қўйиш зарур. Горчичникни газета устидан қўйиш асло мумкин эмас, чунки хантал мойининг терига бевосита таъсири йўқолади. Горчичник тўғри қўйилган бўлса, тери кизаради ва ачишиш сезгиси пайдо бўлади. Горчичник узок қўлланилганда ва тери сезувчан бўлганда у қўйиши мумкин. Горчичник олинганда сўнг терини илик сув билан ювилади, қуруқ қилиб артилади, бемор кийинтирилади ва яхшилаб ўраб-чирмаб қўйилади (21-расм).

Монелик қиладиган ҳоллар. Тери касалликларида ва кон оқибиди горчичник қўйиш мумкин эмас.





21- расм. Горчичник қўйиш.

а — горчичникни намлаш; б — орқага горчичник қўйиш; в — горчичник қўйилган беморга караш.

Тери пигментацияси юз бермаслиги учун горчичникни ҳар тал битта жойга қўявермаслик тавсия этилади.

Юкори нафас йўллари касалликларида, шунингдек артериал босимни пасайтириш учун оёкка ҳанталан ванналар қилинади (сув ҳарорати  $50^{\circ}\text{C}$ , ҳантал концентрацияси бир челақ сувга 50 г, ванна муддати 20—30 минут). Ванна қилингандан сўйғ оёкни илик сув билан чайилади, яхшилаб артилади, беморни ўринга ётқизилади.

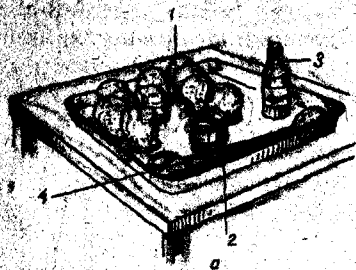
## БАНКАЛАР

Банкалар врач тайинлайдиган даво муолажалари қаторига киради ва медицина ҳамширасининг касалхонада ҳар кун бачча қўйишига тўғри келади. Улар яллиғланиш ҳодисаларининг сўрилишини яхшилаш ва оғриқни камайтириш мақсадида органлар ва тўқималарнинг қон билан таъминланишига рефлектор таъсир кўрсатиш учун бадан терисига физикавий таъсир қилиш усули ҳисобланади. Аксари оддий курук банкалар ишлатилади. Булар четлари яхши силлиқланган ва туби юмалоқ, кенг, қолбасимон қалин шиша стаканчалардир.

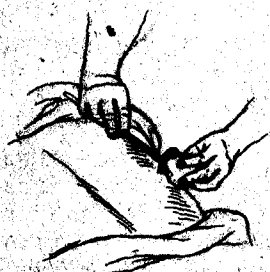
Қўрсатмалар: кўкрак қафаси органларидаги яллиғланиш жараёнлари, ковурағалараро невралгиялар, радикулитлар, ўткир ва хроник миозитлар.

Монелик қиладиган ҳоллар: ўпкадан қон оқиши, ўпка сили ва кўкрак қафаси ўсмалари, тери касалликлари ва унинг ўта сезувчанлиги, беморнинг ҳолсиэзланиб қолганлиги, талваса тутиши билан ўтадиган қучли умумий кўзғалиш ҳолати.

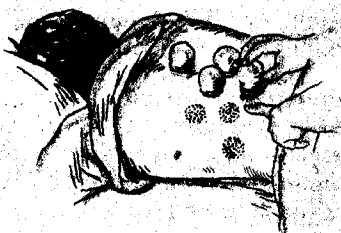
Банка қўйиш техникаси. Одатда банкаларни беморнинг ётган ҳолатида 10 тадан 20 тагача қўйилади. Ишлатишдан олдин уларни иссиқ сув билан яхшилаб ювилади, курук қилиб артилади, четлари учмаганлиги текшириб қўрилади ва беморнинг ўрни ёнига қўйилади. Сўнгра узунлиги 10—15 см ли металл симга гигроскопик пахта ўралади ва уни тез адангаланадиган суюқликка (спиртга) бир оз ҳўллаб олинади. Беморни қуйдириб қўймаслик учун суюқликнинг ортиқчасини пахта бўлақчасидан силкитиб туширилади ва шундан кейингина уни ёкилади. Банкалар кўпинча кўкрак қафасига, орқага, белга, яъни тананинг мускул ва ёғ қатлами қалинроқ сатҳига қўйилади. Банкани умуртка поғонасига ва аёлнинг сут безларига қўйиш мумкин эмас. Териин жун босган бўлса, уни кириб ташланади, илик сув билан ювилади ва вазелин ёки бошқа мой суртилади. Шундагина банкалар тана сатҳига зич ёпишиб туради ва бадан қуйиб қолмайди. Банкани бемор танаси яқинида чап қўлда ушлаб турилади, ўнг қўлда эса ёниб турган пахтани банкага қисқа вақтга (2—3 с) тикиб олинади, сўнгра тезлик билан уни баданга энлик бўғзи билан қўйилади. Банка ичидаги ҳаво сийраклашади, шу туфайли тери унга 1—3 см баландликкача тортилади ва тиниқ-кизиқ ёки кўнғир тусга киради. Бу тадбир маълум малакани талаб қиладди, чунки пахта етарлича ёнмаганда банкалар терига ёпишмайди ва тушиб кетади. Банкани ортиқча қиздириш



б



в



г

## 22- расм. Банка қўйиш.

а — зарур ашёлар; 1 — банклар; 2 — вазелин; 3 — спирт; 4 — корнцанг билан пахта; б — те-  
рига вазелин суртиш; в — банкани қиздириш; г — банкани олиш.

қўйиш хавфини туғдиради. Банклар терида 15—20 минут туриши керак. Банклар яхши қўйилган бўлса, уларнинг ўрнида тўқ рангли қора доғ қолади.

Банкани оғритмай олиш учун бир қўлда уни эҳтиётлик билан бир оз четга буриш, иккинчи қўл бармоқлари билан эса қарама-қарши томондаги банка четидаги терини босиш керак. Банка олингандан сўнг терини артилади. Беморни иссиқ кийинтирилади ва устига адёл ёпиб қўйилади (22- расм).

Асоратлари. Энг кўп учрайдиган асоратлари — терининг пўрсилдоқлар пайдо бўлишигача қўйиши, артериал босимнинг кескин тушиб кетиши, периферик қонда лейкоцитлар сонининг вақтинча камайиши ва қон ивиш хоссасининг ошиши. Тери қуйганда яхшиси Коньков

малҳами, 1:1000 риванол суртилган стерил салфеткалар босиш ёки терига балиқ мойи суртиш керак. Медицина ҳамшираси пайқалган асоратлар ҳақида врачга хабар қилиши ва унинг кўрсатмаларини пухта бажариши керак.

Банкаларни ишлатилгандан сўнг яхшилаб артилади ва яшикка териб қўйилади. Спирт, вазелин ва гугурт ҳам шу ерда сақланади. Медицина ҳамшираси банка қўйиш вақтида палатада форточкалар очилмаслиги, елвизак бўлмаслиги устидан кузатиб бориши шарт.

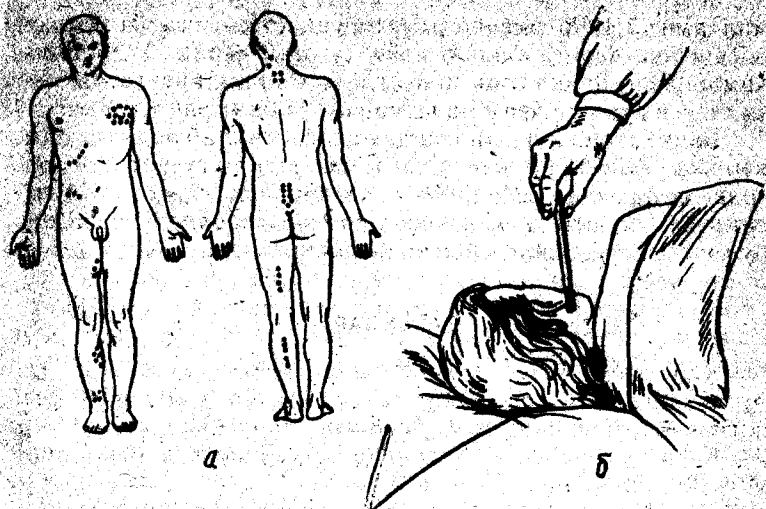
### ЗУЛУКЛАР

Зулуклар чучук сувда яшайдиган икки жинсли чувалчанглардир. Уларнинг сўлак безларида қон ивувчанлигини пасайтирадиган гирудин моддаси бўлади.

Кўрсатмалар: зулуклар маҳаллий қон чиқариш учун қўлланилади.

Монелик қиладиган ҳоллар: қон ивиш системасининг бузилиши, тери касалликлари, камқонлик ва айни вақтда антикоагулянтлар билан даволашдир.

Зулукнинг бош томонидаги энсиз танаси учидан сўргичи бўлиб, унинг ичида тишчалар билан таъминланган жағли оғзи жойлашган. Зулук шу тишчалари билан тишлаб терига ёпишади ва қон сўра бошлайди. Зулуклар қон сўрибгина қолмай, балки унга маҳсус модда — гирудин ажратади, бу модда қоннинг ивиш хусусиятини пасайтиради ҳамда шифобахш таъсирини кучайтиради. Зулук солингандан сўнг артериал босим пасаяди. Зулук солишнинг қон чиқаришнинг бошқа методларидан афзаллиги шундаки, зулукларни бошқа усуллардан фойдаланиб бўлмайдиган жойларда қўлланиш мумкин (23-расм). Битта зулук 2 мл дан 10 мл гача қон сўриши мумкин. Уларни дарё ёки водопровод сувида ичига ҳаво кириб туришини таъминлаш учун усти доқа билан бекитилган банкаларда сақланади. Сувни ҳар куни янгилаб туриш лозим. Банка дераза олдида, имкон борича 10—15°C ҳароратда сақланади. Сувда тез ҳаракат қилиб юрадиган, соғлом оч зулукларгина ишлатишга яроқлидир. Суст ҳаракат қилиши, тугунчалари, зичлашмалари борлиги, юзасининг ёпишқоқ бўлиб қолганлиги зулукнинг касаллигидан далолат беради ва у ишлатишга ярамайди. Одатда 6 тадан 12 тагача зулук солинади. Зулукларни веналари ва артериялари нақ тери остида жойлашган соҳаларга қўйиб бўлмайди, чунки зулуклар териси няхоятда юпқа ва сезувчан ёки тери ости клетчаткаси нозик (ковоклар ёрғок) жойларни чақиб олиши мумкин.



23- расм. Зулук солиш.

а — зулук қўйиладиган жойлар; б — зулук солиш.

Зулукларни фақат врач кўрсатмаси бўйича қўлланилади. Зулук солиш пайтида бемор ётади. Зулук солиш учун стерил идиш ва пинцет, водород пероксидли шишача, намакоп, сув, мензурка, глюкоза эритмаси, стерил тампонлар, салфеткалар, боғлов материални тайёрлаб қўйиш лозим. Зулук сўрадиган жойдаги мўйларни кириш, сувда яхшилаб ювиш ва куруқ қилиб артиш лозим. Зулукнинг яхши ёпишиши учун терини ширин сув билан ҳўлланади. Хушбўй совун, эфир қўллаш ва териға йод суртиш мумкин эмас, чунки бунда зулук ёпишмайди. Медицина ҳамшираси бемор аҳволини тинимсиз кузатиб бориши ва зулукларнинг бошқа жойға ўрмалаб кетмаслигини ҳам кузатиб туриши лозим. Беморға зулукларни кўрсатмаслик керак, чунки уларни кўришнинг ўзиёқ ёкимсиз сезгилар пайдо қилиши ва ҳатто ҳушдан кетишға сабаб бўлиши мумкин.

Зулукни пинцетға қисиб олинади ва пробирка ёки мензуркаға дум томонини пастға қилиб, бош томонини эса керакли жойға қўйилади ва зулук ёпишгунча кутиб турилади. Шундан сўнг пробиркани олиб қўйилади ва зулукнинг кўчиб тушмаётганини кузатиб турилади. Одатда зулук 30 дан 60 минутгача ёпишиб туради ва ўзи тушиб кетади. Зулукни эртароқ олиш керак бўлса, терини намакопли сув билан ҳўлланади. Агар зулук қон сўришдан тўхтаса, унга қўлни теккизиб қўйилади, шундан сўнг у яна сўра бошлайди. Зулукни кўчириб олиш мумкин эмас, чунки

бунда беморнинг териси жароҳатланиб қолиши ва кўп қон оқиши мумкин. Жароҳатланган жойнинг ҳар биридан 10 мл дан 40 мл гача қон оқиши мумкин. Зулук наққан жойлар бир суткагача ва бундан ҳам кўпроқ вақт қонаб туриши эҳтимол. Қонаб турган жойларга асептик боғлам, баъзан босиб турадиган боғлам қўйиш зарур. Жароҳатланган жой одатда 2—3 кунда тузалади. Зулуклар туширилгандан кейин жароҳатга инфекция тушмаслиги учун стерил салфетка босиш ннҳоятда муҳим. Зулук фақат бир марта ишлатилади, сўнгра эса намакопли сув, формалин ёки нашатир спирти эритмасига солинади ва канализацияга оқизилади. Беморга зулукни бир неча кун ўтгандан кейингина такрорий солиш мумкин.

**Асоратлари.** Асептика қоидалари бузилганда маҳаллий асоратлар рўй бериши: жароҳат атрофидаги терининг кичишиши ёки чипқон чиқиши мумкин. Кичишишни йўқотиш учун жароҳат атрофидаги териға нашатир спирти билан вазелин мойи аралашмасини барабар миқдорда суртиш мумкин.

Зулук солинадиган беморларни синчиклаб парвариш қилиш зарур. Беморнинг пульси ва артериал босимини кузатиб бориш зарур, чунки зулук солишдан сўнг у пасаяди. Зулук солингандан 2—3 кун ўтгандан кейин ҳам жароҳат қонаб турса ва босиб турадиган боғлам фойда бермаса, жароҳатни калий перманганат зарралари билан куйдириш мумкин.

Мия қон айланиши бузилганда зулукларни қулоқ супрасидан 1 см қолдириб вертикал чизик бўйлаб сўргичсимон ўсиқларга солинади. Стенокардия ва миокард инфарктининг чўзилиб кетган хуружларида зулуклар оғриқ қолдирувчи таъсир ҳам кўрсатади, уларни юрак соҳасига учинчи, тўртинчи ва бешинчи коворғалар орасига, туш суягидан чапга 1 см қолдириб 8—10 дона солинади. Жигарда қон димланган ва у оғрийдиган бўлганда зулукларни жигарга коворғалар қирраси бўйича 10—12 дона миқдорда қўйилади.

### КОМПРЕССЛАР

Компресс — чалғитадиган ва сўрадиган восита сифатида таъсир қиладиган кўп қаватли даво боғламидир.

**Иситувчи компресс** теридаги ва чуқур жойлашган қон томирларнинг узок вақтгача кенгайишини юзага келтиради, шунинг натижасида шу жойга қон оқиб келади, яллиғланиш жараёни сўрилади ва оғриқ камаёди. Иситувчи компресси тананинг исталган жойига қўйиш мумкин.





24- расм. Иситувчи компресс.

а — зарур ашёлар; б — бинт шундай ўралади; в — иситувчи компресснинг умумий кўриниши.

Қўлланишга монелик қиладиган ҳоллар. Тери касалликлари: дерматитлар, пиодермия, фурункулёз.

Иситувчи компресс уч қаватдан иборат: 1) тоза, зич, бироқ юмшоқ ва гигроскопик газмол (зиғирдан тўкилган газмол, салфетка қилинадиган газмол, бумазей ва бошқалар) парчаси; уни хона ҳароратидаги сувда ҳўлланади ва яхшилаб сиқилади, 2) клеёнка ёки мум қоғоз; 3) пахта. Намлик тез буғланиб кетмаслиги учун ҳар бир кейинги қават олдингисидан 2 см энлик бўлиши лозим. Шундай тайёрланган компрессни тана соҳасига нам қавати терига зич ёпишиб турадиган, қолганлари эса уни ортиғи билан ёпиб турадиган қилиб тартиб билан қўйилади. Боғлам устидан иссиқ жун рўмол ёки шарф боғлаган яхши (24- расм). Компрессни қўлланиш давомлилиги ўрта ҳисобда 6—8 соат, бироқ у 12 соатдан ошмаслиги керак. Компресслар эрталаб ва кечкурун алиштирилади. Терининг таъсирланишига йўл қўймаслик учун компресс қўйилган жой илиқ сув билан обдон ювилади, илиқ ё юмшоқ сочиқ билан артилади ва 2 соатга танаффус қилинади. Янги компресс қўйиш учун тоза

материал олиш лозим. Компресслар учун илик сув, кучсиз сирка эритмаси (0,5 л сувга 1 ош кошик), арок, одеколон ёки сув қушиб суюлтирилган спирт ишлатиш мумкин. Тошмалар тошса, териға талък, упа сепиш лозим. Компресс қўйилгандан сўнг беморнинг эти жунжикса, демак, компресс нотўғри қўйилган бўлади, уни шу заҳоти ечиш ва қайта қўйиш лозим. Клеёнка ёки пахта докани тўлиқ бекитиб турмаса ёки компресс яхши бинтланмаган бўлса, демак, у билан тери орасига ташки ҳаво киради ва сув жадал буғланиб терини иситиш у ёқда турсин, балки совитади. Шунинг учун компрессни юқорида айтилган қоидаларга амал қилиб, пухталиқ билан қўйиш лозим. Исиладиган компрессни тўғри қўйилганлигини текшириш учун бармоқни боғлам тагига киритилади ва ички қатламнинг намлиги аниқланади. Агар 2 соатдан кейин ички қатлам нам бўлса, компресс тўғри қўйилган деб ҳисобланади.

Иситувчи компресс катта сатҳга қўйилган бўлса, беморлар ўринда ётишлари керак. Арокли ва айниқса спиртли компресслар тезрок буғланади ва қурийди, шунинг учун уларни тез-тез алиштиришга тўғри келади. Бундай компрессларни узок вақт қўлланиш мумкин эмас, чуқир улар терини қаттиқ таъсирлантиради.

**Совуқ компресслар** (примочкалар) лат еганда, жароҳатланганда, қон оқканда қўйилади. Улар маҳаллий совитади ва қон томирларни торайтиради, қон тўлиқлигини ва оғрикни камайтиради. Совуқ компресс учун бир неча қават қилиб буқланган дока ёки газмол парчаси олинади, уни совуқ сувда ҳўлланади, сикилган ва керакли жойга 2—3 минутга, компресс исигунча қўйилади, сўнггра янгиси билан алмаштирилади.

**Буғлаш** (припарка) маҳаллий яллиғланиш жараёналарида уларни тезрок йўқотиш учун қўлланилади. Бунинг учун энгир уруғи, кепак ёки қумдан фойдаланилади. Қумни яхшилаб қиздирилади (кепак ва уруғлар қайнатилади), газмол ҳалтачаларга солинади, сўнггра териға қўйилади ва устидан компресс клеёнка, жун рўмол ёки адёл ёпилади. Унинг совишини секинлаштириш учун устидан грелка қўйилади.

## ГРЕЛКАЛАР

Грелка яллиғланиш жараёнларини сўриш, танани иситиш ва оғрик қолдириш учун қўлланилади.

Грелка тайиндашга монелиқ қиладиган ҳоллар бўлиб, қорин бўшлиғидаги ўткир яллиғланиш жараёни



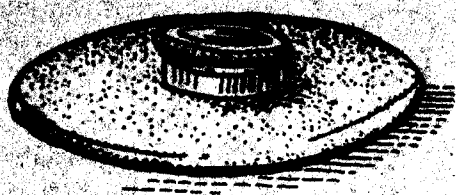
25- расм. Грелка қўлланиш.

а — сув тўлдириш; б — хавосини чиқариш; в — герметиклигини текшириб кўриш.

(аппендицит, холецистит, панкреатит), ўсмалар, кон оқиши, лат ейиш (дастлабки соатларда) хизмат қилади. Резина ва электр грелкалар бўлади.

Резина грелка (25- расм) сифими 1—1,5 л, тикини яхши бураб бекитиладиган резина резервуардан иборат. Грелка оғир бўлиб кетмаслиги учун ҳажмининг  $\frac{3}{4}$  қисмигача тўлдириш қисмигача тўлдириш, сўнгра сиқиб хавосини чиқариш, тикинини яхши маҳкамлаш, герметиклигини текшириш учун грелка тикинини пастга қилиб тўнкариб кўриш, уни куруқ қилиб артиш, сочикка ўраш ва беморга қўйиш лозим. Грелка остидаги терини текшириб туриш ва унинг исиганлик даражасини аниқлаб бориш лозим. Терида пигментация ҳосил бўлишининг олдини олиш учун грелка остидаги терига вазелин ёки ёғ суртиш мумкин. Жуда қайноқ грелкани сочикка ўраб қўйилади. Грелка совигунча ушлаб турилади. Заифлашган ва оғир ётган беморлар иссиқлик таъсирини ҳамма вақт ҳам сезавермайдилар, шунинг учун грелкадан қуйиб қолиши мумкин. Хушсиз ҳолатдаги, тери сезувчанлиги йўқолган беморлар хусусида алоҳида эҳтиёткорлик лозим бўлади.

Сувли грелка ўрнига электр грелка ишлатиш мумкин, унинг иссиқлик даражаси реостат билан бошқарилади. Регулятори шнурнинг ёстикча билан туташган жойида бўлади. Ундан танаффуслар билан фойдаланиш лозим.



26-расм. Муз солинадиган халтача.

### МУЗЛИ ХАЛТАЧА

Муз солинган халтача кон кетганда, ўткир яллиғланиш жараёнининг бошланғич боскичларида, лат еганда оғриқни камайтириш учун хашаротлар чакканда қўлланилади. Музли халтачада паст ҳарорат узоқ вақт сақланади.

Муз солинадиган халтача оғзи анчагина катта ва тикини бураб бекитиладиган резина копчикдан иборат (26-расм). Музни латтада майда бўлақларга майдаланади ва халтачани ярмигача муз билан тўлдирилади. Халтачадан ҳавони сиқиб чиқарилади ва тикини бураб бекитилади. Терини ортиқча совитиб юбормаслик учун музли халтачани тўрт қават қилиб букланган сочиққа ўралади. Халтача ҳўл бўлиб қолса, уни артиш керак. Халтачанинг босиб туришидан каттиқ оғриқ пайдо бўлганда уни касал соҳа устига осиб қўйилади. Муз эриган сайин суви тўкилади ва янги муз парчалари солинади.

### СУВ БИЛАН ДАВОЛАШ

Сув билан даволаш (гидротерапия) — суви даволаш ва профилактика мақсадларида қўлланишдир. Сув билан даволашнинг асосий вазифаларидан бири организмда қулай реакция ҳосил қилиш ҳисобланади, буни муолажалар сифати ва микдорини тўғри дозалаш билан таъминланади.

Ҳарорат омилининг таъсири одам танаси билан сув ўртасида иссиқлик энергиясининг алмашинуви содир бўлишига асосланган.

Механик омил (ҳаракат, сув босими) ҳарорат омилига қўшилиб, муолажанинг умумий таъсирини кучайтиради. Сув билан даволаш муолажалари қилинадиган асосий жой тери ҳисобланади. Ундаги терморецепторлар сув таъсирига реакция бериб марказий нерв системасига, юрак-томирлар системасига, кон, нафас системасига, модда алмашинувига, мускулларга, сийдик ажралишига таъсир кўрсатади.

Сув билан даволаш муолажаларининг миқдори фақат муолажа характеринигина эмас, балки бемор организмининг реактив ҳолатини ҳам ҳисобга олган ҳолда индивидуал бўлиши керак. Реакция суст ва тез ўтадиган бўлганда муолажаларни ҳар кун, кучли бўлганда — кунора тайинлаш мумкин. Сув билан даволаш одатда курс кўринишида 12—15 дан 20—30 муолажагача тайинланади. Сув билан даволаш муолажалари бошдан сув кўйиш, чўмилиш, артиниш ва ванналардан иборат.

Даво ванналарини врач тайинлайди. Улар умумий — сув бутун танани қоплаб турадиган, маҳаллий — тананинг бир қисми сувда турадиган (кўл ва оёқ ванналари) ванналардан иборат бўлиши мумкин. Ҳарорат бўйича ванналар совуқ ( $20^{\circ}\text{C}$  дан паст), салқин ( $30^{\circ}\text{C}$  гача), иссиқ ( $40^{\circ}\text{C}$  дан юқори), индифферент ( $34\text{—}36^{\circ}$ ) ванналарга бўлинади. Ваннанинг давомлилиги одатда 15 дан 20 минутгача ўзгариб туради. Таркибига кўра ванналар чучук сувли, хушбўй, дориворли, минерал ва газли бўлиши мумкин.

Ваннанинг таъсир механизми терига ҳарорат, механик ва химиявий таъсирловчиларнинг таъсиридан иборат бўлиб, тери эса қон томирлар, нерв охирилари билан мул таъминланган ҳамда иссиқлик алмашинуви жараёнида иштирок этади.

Бемор ҳар қандай ванна қабул қилишидан олдин медицина ҳамшираси ванна хонасининг ва ваннанинг муолажа бажарилишига тахтлигини текшириши лозим. Ванна қабул қилиш вақтида беморнинг пульси, нафаси ва умумий ҳолати устидан кузатиб бориш зарур.

Ҳарорати доимий ошириб бориладиган умумий ванналар ( $37^{\circ}$  дан  $42^{\circ}\text{C}$  гача). Муолажа давомлилиги 20 минут. Ваннадан кейин беморни қушеткага ётқизиш, ўстига чойшаб ва жун адёл ёпиш лозим. Бундай ванналар кучли таъсир қиладиган термик таъсирловчи ҳисобланади ва организмнинг кескин реакциясини вужудга келтиради: пульс минутига 100 мартагача тезлашади, нафас минутига 24 мартадан ортиқ тезлашади. Медицина ҳамшираси бунда беморнинг умумий аҳволини кузатиб бориши лозим.

#### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Қон айланишига қандай усул билан таъсир қилиш мумкин?
2. Горчичниклар қандай қўйилади?
3. Банкалар, иситувчи компресслар ва зулуклар қўйиш учун қандай зарур ашёлар керак?
4. Зулукларни тананинг қайси соҳаларига қўйиш мумкин?
5. Банка ва зулук қўйиш техникаси қандай?
6. Зулук солинган беморлар қандай парвариш қилинади?

7. Грелкалар қачон қўлланилади, уларнинг тузилиши қандай?
8. Беморга грелка қандай узатилади?
9. Музли халтача қандай қўйилади ва уни қачон қўлланилади?
10. Қон айлаишига таъсир қиладиган сув билан даволаш усули нима билан характерланади?
11. Ванналар қилишда қандай қондаларга риоя қилиш керак?
12. Миокард инфарктига учраган беморга зулуклар солинди. Улар олингандан сўнг жароҳатлардан узоқ вақтгача қон окди. Бунинг сабаби нима ва медицина ҳамшираси нима илож қилиши керак?
13. Банка қўйилгандан кейин беморнинг оркасида пуфакчалар пайдо бўлди. Медицина ҳамшираси уларни йўқотиш учун нима қилиши керак?
14. Беморнинг оркасига горчичниклар қўйилди. Шундан кейин уни қандай парвариш қилинади?
15. Инфилтратга иситадиган компресс қўйилганда у тезда қуриб қолди ва қутилган натижани бермади. Нимага шундай бўлди?
16. Юрак соҳасига қўйиладиган зулуклар узоқ вақтгача ёпишмади. Уларнинг ёпишиши учун қандай чора кўриш керак?
17. Зулук солингандан сўнг жароҳатдан қон оқаяпти. Қон оқишини тўхтатиш ва жароҳатга инфекция тушмаслиги учун медицина ҳамшираси нима қилиши керак?

## X боб

### ДОРИЛАРНИ ЁЗИБ БЕРИШ ВА САҚЛАШ. ДОРИ МОДДАЛАРНИ КИРИТИШ УСУЛЛАРИ

Энг муҳим терапевтик тадбирлардан бири дори-дармонлар билан даволаш ҳисобланади. Медицина ҳамшираси шу бўлимда ишлаш учун зарур дори-дармонларни тўғри ёзиб бериши, сақлай олиши, беморларга ўз вақтида дориларни тарқатишни таъминлаши ва уларни юбориш методларини билиши керак. Дориларни фақат медицина ҳамшираси улашади ва беморлар дориларни ҳамшира ҳузурида қабул қилишлари лозим. Медицина ҳамширасининг бу ишини кичик медицина ҳамширасига ёки беморнинг ўзига топшириб қўйиши қатъиян ман қилинади.

#### ДОРИЛАРНИ ЁЗИБ БЕРИШ

Дорихонадан дориларни ёзиб бериш, уларни бўлимда сақлаш ниҳоятда муҳим ва масъулиятли ишдир. Репетлар, айниқса кучли таъсир қиладиган ва заҳарли моддаларни пала-партиш ёзиш, бепарволик қилиш, хатolikларга йўл қўйиш беморга тузатиб бўлмайдиган зарар етказиши мумкин. Медицина ҳамшираси дори моддалари билан ишлаш қоидаларини яхши ўзлаштириб олиши керак.

Дориларни ҳар куни ёзиб бериш лозим. Бу иш билан



Медицина ҳамшираси шуғулланади, у врач билан бирга беморларни кўриб чиқишда қатнашади ва унинг кўрсатмаларини синчиклаб ёзиб олади. Беморлар кўриб чиқилгандан сўнг медицина ҳамшираси касаллик тарихларидан ҳамма тайинланган дориларни махсус кўрсатмалар варакасига ва рецептура дафтарларига ёзиб олади, бу дафтарлар икки бўлимдан иборат: бирини дорихонага дорилар тайёрлаш учун юборилади, иккинчисини эса бўлимда назорат учун қолдирилади. Қучли таъсир қиладиган ва заҳарли моддалар алоҳида дафтарларга ёзилади, уларга беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми, касаллик тарихи рақами, кун, ампулалар миқдорини қайд қилади ва медицина ҳамшираси ўз имзосини қўяди. Бутун бўлимнинг рецептураси бўлимнинг катта медицина ҳамширасига келиб тушади, у ўз навбатида рецептларнинг тўғри ёзлганлигини текширади ва текшириш ҳамда уларга имзо қўйиш учун бўлим мудирига олиб боради, шундан сўнг дорихона дорилар тайёрлашга киришади. Йирик касалхоналарда дори-дармонларни бўлимларга етказиш учун махсус транспорт ажратилган.

Медицина ҳамшираси дорихонадан дориларни қабул қилиб олишда дори устидаги дорихона ёзувларини рецептура дафтарларидаги ёзувлар билан солиштиради, дозасини, дориларнинг ташки кўринишини текширади, шундан сўнг ҳамма дориларни махсус шкафага солиб қулфлаб қўйилади. Дозаларида бирор хатолик ёки дорилар тайёрлашдаги нуқсонлар аниқланганда, медицина ҳамшираси шу ондаёқ бўлим мудирига хабар қилади ва препаратни яна дорихонага қайтаради.

Дори моддалари дорихонадан ишлатиш учун тайёр ҳолда келади. Медицина ҳамширасининг упаковкани ўзгартиришга, суюқликни бир шишадан иккинчисига қўйишга, порошоклар ёки таблеткаларни бир пакетга солиб қўшиб қўйишга, порошоклардан эритма тайёрлашга ҳақ-хуқуқи йўқ. Дориларни ёрликсиз сақлаш қатъиян ман қилинади. Медицина ҳамшираси дори-дармонлар билан ҳаммаша синчковлик ва эҳтиёткорлик билан ишлаши лозим. Беморга дори беришдан олдин унинг упаковкасидаги ёзувини синчиклаб ўқиб чиқиши лозим.

### ДОРИЛАРНИ САҚЛАШ

Дориларни сақлаш учун махсус шкафлар бўлиб, улар медицина ҳамширасининг постида туради. Улар яхши қувирилган ва постдаги медицина ҳамширалари томонидан назорат қилиниши лозим. Дориларни шкафда гуруҳ-

лари бўйича (стерил, ички, ташки дорилар) алоҳида жавонларда жойлаштирилади. Ҳар бир жавонда тегишли ёзув бўлиши керак. Жавонларда дориларни уларнинг турига биноан жойлаштириш мақсадга мувофиқ. Орка томонига йирикрок идишлар, олд томонига майдароклари қўйилади. Бу ҳар бир этикеткани ўқиш ва керакли дорини топишга имкон беради.

Ўткир хидли дорилар (йодоформ, лизол ва бошқалар) ва осон алангаланадиган моддалар (спирт, эфир) алоҳида сақланиши керак. Боғлов материали, шприцлар ва беморларга қараш учун ишлатиладиган бошқа нарсалар дорилардан алоҳида сақланиши керак.

Дориларнинг сақланиши кўп сабабларга: шаклига (порошоклар, таблеткалар, микстуралар), хонанинг ҳарорати ва намлигига, ёруғлик тушишига, оғзининг қандай маҳкамланганлигига боғлиқ. Настойкалар ва дамламалар тезрок бузилади, шунинг учун уларни салкин жойда, яхшиси совутгичда сақлаш лозим. Вакциналар, зардоблар, антибиотиклар ҳам шу ерда сақланади. Спиртли ва эфирли эритмалар буғланиб кетади, шунинг натижасида дори моддаси бирмунча қуюқлашиб қолади ва дозаси ўшиб, организмни заҳарлаши мумкинлигини унутмаслиқ керак. Малҳамлар ва турли хил ёғларда тайёрланган дорилар бирмунча тез айнийди. Улар салкин жойда сақланиши керак. Ёруғликда парчаланадиган моддалар (қумуш нитрат, йод, бром) тўқ рангли шишаларда берилади ва қоронғу жойда сақланади. Бўлимда дорилар 3—4 кун сақланиши мумкин.

Ампулада бўлмаган стерил эритмаларни бўлимда кўпи билан 3 кун сақланади ва шишаси ҳатто очилмаган бўлсада, улар тўкиб ташланади. Дори моддаларида гард-чанг, ипир-ипирлар пайдо бўлиши, ранги, ҳидининг ўзгариши уларнинг айниганлигидан дарак беради.

Заҳарли ва кучли таъсир қиладиган дори моддалар алоҳида шароитларда сақланиши лозим. Улар учун унчалик катта бўлмаган сейфлар мавжуд, уларнинг ички деворида сақланиши лозим бўлган дорилар рўйхати осиб қўйилади. А шкафида заҳарли моддалар (наркотиклар, стрихнин, мишьяк), Б шкафида эса кучли таъсир этадиган (кодеин, адреналин, ухлатадиган) моддалар туради. Заҳарли ва кучли таъсир этадиган дорилар сарфини ҳисоб қилиш учун иккита дафтар бўлади, бу дафтарлар рақамланган, ип ўтказилган ва шу даволаш муассасасининг сурғуч печати билан муҳрланган бўлиши керак. Заҳарли ва кучли таъсир қиладиган дорилар, шунингдек уларни ҳисоб қилиш дафтари уларнинг тўлиқ сақланиши



27- расм. Дорилар тарқатиш учун столча.

га кафил бўла оладиган шароитларда сақланиши керак. Захарли ва кучли таъсир қиладиган дориларни нотўғри сақлаш ва талон-тарож қилганлик учун медицина ходимлари жиноий жавобгарликка тортилади.

Дорилар ҳар бир бўлимда турлича тарқатилади. Уячаларга бўлинган қутичалардан фойдаланиш ҳам мумкин, уларнинг тубида беморнинг фамилияси ёзилган ва дорилар олдиндан қўйиб қўйилган бўлади. Медицина ҳамшираси дориларни палаталарга шу тартибда тарқатади. Баъзан кўчма столчалардан фойдаланилади, уларга ҳамма дорилар, сув солинган графин, пилюла ва таблеткаларни тарқатиш учун пинцет, томчи дорилар учун тоза шприцкалар ва суюқ дорилар учун тоза мензуркалар қўйилган бўлади (27- расм). Медицина ҳамшираси бу столчани палатага юргизиб келади ва бемор ҳузурда керакли дориларни олади, ҳамда бемор уларни шу жойнинг ўзида ичади. Дори беришдан олдин медицина

хамшираси уни синчиклаб кўздан кечирази, дозасини кўрсатмаларга мувофиқлигини текширази ва хоказо. Дори-дармонлар сакланадиган барча шкафлар кўлф-калитли бўлиши, калити постдаги медицина хамширасида туриши лозим. Вакциналар, зардоблар, антибиотиклар, сувли настойкалар ва дамламаларни махсус ажратилган совутгичда маълум хароратда саклаш тавсия этилади.

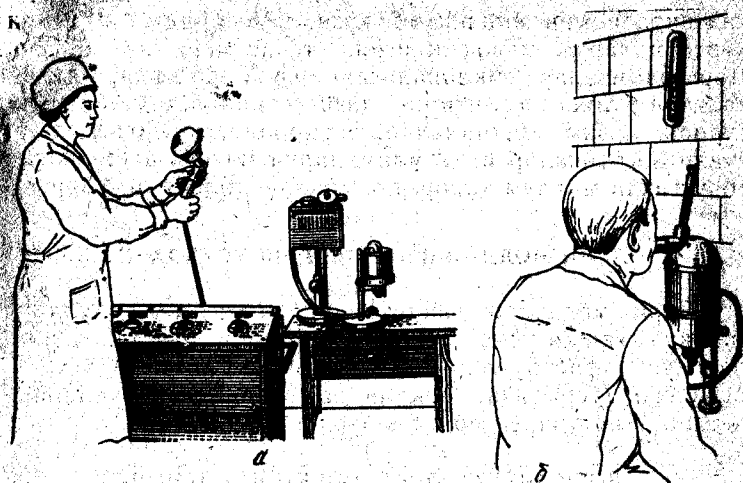
### ДОРИ МОДДАЛАРНИ ЮБОРИШ УСУЛЛАРИ

Дори моддалар юборишнинг турли хил усуллари мавжуд: ташқи усул — тери қопламлари, шиллик пардалар ёки нафас йўллари орқали, ички (энтерал) усул — оғиз ёки тўғри ичак орқали ва меъда-ичак йўллари четидаб ўтиб (парентерал) юбориш усули.

### ДОРИ МОДДАЛАРНИ ТАШҚИ ҚўЛЛАНИШ

Дори моддаларни ташқи усулда қўллаш асосан уларнинг маҳаллий таъсирига асосланган. Шикастланган терининг сўриш хусусияти жуда кам, факат ёгда эрувчан моддалар ёғ безлари ва соч фоликулаларининг чиқарув йўллари орқали сўрилади. Д о р и л а р н и хамиша тоза териға, тоза инструментлар билан ва қўлларни яхшилаб ювиб с у р т и ш лозим. Малҳамлар асосан турли хил тери касалликларида қўлланилади. Малҳамни стерил шпатель билан олиб, икки қават қилиб букланган стерил салфеткага суртилади ва шикастланган жойға эич қилиб босилади. Салфеткаларнинг ўлчами шикастланган қисм ўлчамиға мувофиқ келиши керак. Салфетка устидан юпқарок пахта қавати қўйилади. Агар малҳамли компресс керак бўлса, пахта қавати остига компресс қоғоз қўйилади ва бинтланади. Баъзан малҳамнинг чуқур жойлашган тўқималарига сўрилиши учун териға ийлаб суртишға тўғри келади. Бунинг учун тери соҳаси совунлаб ювилади, сўнгра кафтға керакли микдордаги малҳамни олиб ишкаб суртишға киришилади. Малҳам чегараланган соҳада 30—40 минут мобайнида кунт билан ийлаб суртилади. Сочли қисмларға ийлаб суртиш тавсия этилмайди: шундай зарурат пайдо бўлса, сочлар кириб ташланади.

Териға ишкаб суртиш учун озрок микдордаги илик дори моддаси олинади, уни кафтға қўйиб, кафт кунт қолгунча, тери эса кизариб кетгунча териға ишкаб суртилади. Баъзан чалғитувчи восита сифатида териға ёд настойкаси суртилади. Бунинг учун чўп ёки симға шпатель



28- расм. Стационар ингалятор (а, б).

тампон килинади, сўнгра 5% ли йод настойкасида ҳўлланади ва терига бир неча марта суртилади. Суртишдан олдин озроқ йод банкачага қуйиб олинади, шишадаги ҳамма йодни исроф қилмаслик учун тампон шу банкачада ҳўллаб олинади. Муолажадан сўнг қолган йод тўкиб ташланади ва тампон ташлаб юборилади ёки қуйдирилади.

**Ингаляция** — дори моддаларни нафас йўллари орқали нафасга олдириш йўли билан киритиш методи. Газлар (кислород, карбонат ангидрид), осон буғланадиган моддалар (эфир, хлороформ), шунингдек чанг ҳолидаги майда моддалар (аэрозоллар) ни нафасга олиш мумкин. Уларни ҳосил қилиш учун пульверизатор принципи бўйича ишланган махсус аппаратлар ёки буғ ингаляторлари (28- расм) ишлатилади: қисилган ҳаво ёки кислород эритмаларни чангсимон ҳолатга келтиради, уларни беморлар нафасга олади. Ингаляцияларни шунингдек дори солинадиган дастаки ингаляторлар ёрдамида ўтказиш мумкин.

Ингаляциядан олдин кийимларни ифлосланишдан сақлаш учун бемор кўкрак қафасини клеёнка билан бекитилади. Бемор аппарат рўпарасига буғ қуйдириб қўймайдиган масофада ўтказилади. Буғни оғиз орқали нафасга олиш, оғиз орқали чиқариш керак. Бронхиал астмали беморлар учун уйда ишлатиладиган ингаляторлар маъмул. Дори модда пластмасса, найчада бўлиб, унга резина баллон кийгизилган. Бемор уни босади ва ҳавонинг кучи билан дорини нафас йўллариға киритади.

## ДОРИ МОДДАЛАРНИ (ЭНТЕРАЛ) ЮБОРИШ

Дори моддалар киритишнинг энг тарқалган, оддий кулай усули уларни ичиш ҳисобланади. Порошоклар, таблеткалар, пилюлалар, томчи дорилар ва микстуралар ичиш учун қўлланилади. Уларнинг деярли ҳаммаси организмга умумий таъсир кўрсатади, кўпроқ — меъда-ичак йўлларига маҳаллий таъсир қилади. Беморга дорини аксари овқатдан олдин берилади, меъда-ичак йўллари таъсирлантирадиган (темир, мишьяк, йод) дорилар бундан мустасно, булар овқатдан кейин берилади. Ухлатадиган дорилар ухлашдан ярим соат олдин, иштаха очадиган дорилар бевосита овқатдан олдин берилади.

Бу усулнинг афзаллиги шундаки, бунда дори моддалар турли хил шаклларда ва стерил бўлмаган ҳолда ҳам қўлланилади. Камчилиги — меъда-ичак йўлларида дорилар секин ва нотўлиқ сўрилади. Шу сабабли дозасини аниқ белгилаш мумкин эмас. Медицина ҳамшираси беморга ичадиган дорилар бериш ва уларни тўғри ичак орқали киритиш усуллари яхши билиши керак.

Порошок ичишда қоғозини очилади, унга тарновсимон шакл берилади ва дори беморнинг тили устига серилади, сўнгра сув билан ичиб юборилади. Дори қобикда ёки капсулада бўлса, уни тил илдизига қўйилади ва бемор уни битта катта култум сув билан ютади. Бемор қобикли катта дорини юта олмаса, уни оғзида сув билан ҳўллайди, у бўқади ва кейинги култум сув билан тезда кизилўнгачга тушади. Таблетка юта олмайдиган беморларга медицина ҳамшираси уни кукун килиб майдалаб бериши керак.

Сувли дори эритмалари (микстуралар ва дамламалар) 5; 10; 15 ва 20 мл деган белгиси бўлган даражаланган стаканчаларда, уй шаронтида эса қошиқларда берилади; ош қошиқнинг ўртача сўғими 15 мл, десерт қошиқники — 10мл, чой қошиқники — 5 мл. Спиртли ва эфирли настойкалар, шунингдек суюқ экстрактлар томчилаб ўлчанади. Флаконларда томизгичлар бўлмаса, томчиларни тоза пипеткалар ёрдамида саналади. Дори стаканчага томизилади ва сув қўшилади, чунки спиртли ва эфирли настойка ва экстрактларни соф ҳолда ичиш мумкин эмас. Ҳар бир дори моддаси учун алоҳида пипетка керак.

Тил остига қўйилганда дори тез сўрилади, ҳазм ферментлари таъсирида парчаланмайди ва жигарни четлаб ўтиб, умумий қон ўзагига тушади. Нитроглицерин, валидол ва бошқалар шундай қабул қилинади.



Ютиниши бузилган, тинмай қусадиган, алахлаш ва беҳуш ҳолатдаги беморларга дори моддаларни тўғри ичакка шамчалар кўринишида юборган яхши, чунки геморроидал веналар айрим дори моддаларни яхши ўради. Шамчалар цилиндр шаклига эга бўлиб, учи конуссимон. Улар какао мойида тайёрланиб, уни турли дори препаратлари билан аралаштирилади. Шамчаларни совутгичда ёки салкин жойда сақлаш лозим. Шамчалар тўғри ичакка киритилади, улар шу ерда эрийди ва шиллик пардани ўраб олади. Шамчалардаги дори моддалар шиллик пардага маҳаллий таъсир қилади ёки қонга сўрилади ва организмга умумий таъсир кўрсатади. Шамча киритишдан олдин тозалаш клизмаси қилиш лозим. Шамчани орқа чиқарув тешигига киритиш учун бемор оёқларини қорнига тортиб, ёнбоши билан ётади. Медицина ҳамшираси шамчани очади, чап қўли билан беморнинг думбаларини керади, ўнг қўли билан эса шамчани ингичка учи билан тўғри ичак ташқи сфинктерининг ичкарисига киритади, акс ҳолда сфинктер мускулларининг қисқариши натижасида шамча ташқарига чиқариб ташланади. Шамчани қўлда узок тутиб туриш мумкин эмас, чунки у тезда эриб кетади. Шамчани киритилгандан сўнг бемор бир неча минут ўринда ётиши керак, сўнгра медицина ҳамшираси думбалар орасига пахта бўлакчасини қўяди.

### ДОРИ МОДДАЛАРНИ ПАРЕНТЕРАЛ ЮБОРИШ

Бу усулнинг асосий афзалликлари юборишнинг тезлиги ва дозасининг аниқлигидир.

**Инъекция** деб дори моддаларини шприц ёрдамида тери орасига, тери остига, мускул орасига, суяк орасига, орқа мия каналига юборишга айтилади. Бу метод асептика қоидаларига пухта риоя қилишни талаб этади. Чунки улар бузилганда организмга касаллик кўзғатувчи микроблар тушиб, инфекция асоратлари ривожланиши, улар эса, баъзан ўлим билан тугаши мумкин. Шунинг учун медицина ҳамшираси инструментларни стерилизациядан олдин тайёрлаш, ўз қўлларини ва бемор терисини покиза қилиш қоидаларини, дори моддаларини парентерал юбориш техникаси, энг муҳими асептика қоидаларини — жароҳатларни инфекция кўзғатиш эҳтимоли бўлган микроорганизмлардан эҳтиёт қилишни яхши билиши керак.

Шу туфайли дори моддаларни парентерал юборишда фойдаланиладиган асбоблар ҳамиша стерил бўлиши, медицина ҳамширасининг қўли эса инъекция олдида тоза ювқанган бўлиши керак.

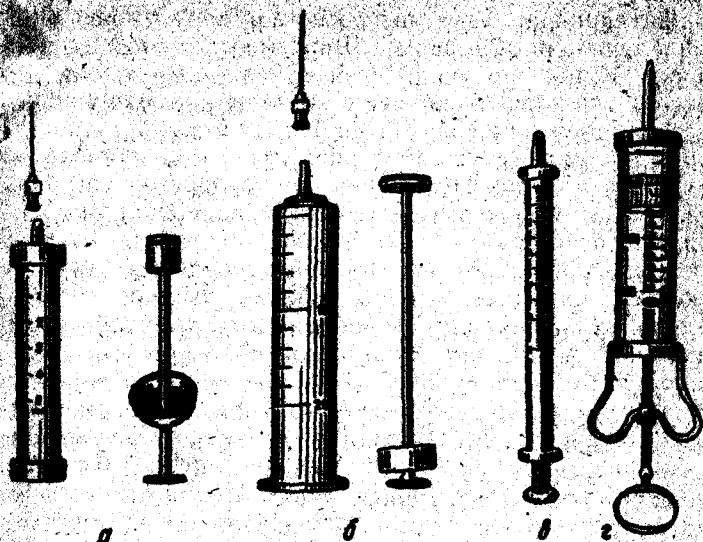
Инъекциялар учун шприцлар ва игналардан фойдаланилади (29-расм). Шприц ичи бўш цилиндрдан иборат бўлиб, бир учида игна кўйиладиган конуси бор. Иккинчи учи поршень киритиш учун очик қолади, поршень дастали стерженга ўрнатилган бўлади. Баъзан цилиндрда поршеньни маҳкам ушлаб туриш учун олиб кўйиладиган копқокча бўлади. Цилиндрда поршеньни тортиш билан манфий босим вужудга келтирилади, натижада учлик ёки ичи бўш игна орқали ҳаво ёки шприцга тўлдириладиган суюқлик сўриб олинади. Поршень босилганда ҳаво ёки суюқлик шприцдан отилиб чиқади. Шприц герметик бўлиши, яъни цилиндр билан поршень орасидан ҳавони ҳам, суюқликни ҳам ўтказмаслиги лозим, акс ҳолда у яроқсиз бўлади. Поршень цилиндрда бемалол сурилиши, унинг деворларига зич ёпишиб туриши керак. Герметиклигини текшириш учун цилиндр конусини чап кўннинг II бармоғи билан зич қилиб бехитиш, ўнг кўл билан эса поршеньни цилиндрдан тортиш лозим. Агар шприц герметик бўлса, бу ҳолда поршень дастлабки ҳолатни эгаллайди.

«Рекорд» шприци бир учига зангламайдиган металлдан ясалган воронка зич маҳкамланган шиша цилиндрдан иборат. Цилиндрнинг иккинчи учида худди шундай металл гардиши бор. Қалта металл цилиндр кўринишидаги поршень шиша цилиндрга мос қилиб ишланган, бу герметикликни яхши таъминлайди. Поршенга металл стержень бураб кўйилиб, унинг ясси дастаси буралади.

Махсус вазифаси бўлган шприцлар кичик сифимли бўлгани ҳолда торайтирилган ва узунлаштирилган цилиндрга эга, шу туфайли унда 0,02 ва 0,03 мг га мос келадиган бир-биридан катта масофада ва аниқ қилиб чизилган бўлинмалари бўлади. Бу инсулин, вакциналар ва зардоблар, кучли таъсир қиладиган воситаларни бирмунча аниқ дозаларда юбориш имконини беради.

Медицина амалиётида пластик массаларнинг жорий қилиниши туфайли саноат синмайдиган шприцлар ишлаб чиқармоқда. Уларнинг афзаллиги чидамлилиги ва енгиллигидадир. Улар осонликча ювилади ва яхши стерилланади. Бу шприцларнинг камчилиги уларнинг тиник эмаслигидир.

Сўнгги вақтларда бир марта қўлланишга мўлжалланган шприц-түбиклар тобора кенг тарқалмоқда. Улар пластмассадан қилинади ва фабрика шартларида стерилланади. Бундай шприц биринчи ёрдам кўрсатишда айниқса қулай. Шприц-түбик қўлланиш



29- расм. Шприц ва игналарнинг турлари.

а — «Резерва», б — комбинация қилинган; в — инсулин учун; г — Жанс шприци; д — игналарнинг турлари.

игнани бекитиб турган калпокчани бураб уни шприц корпусига охиригача сурилади, бунда игна мандрени билан унинг каналини бекитиб турган мембранаси тешилади. Карама-карши йўналишда бураш билан калпокчани мандрен билан олинади ва игнани юкорига кўтариб, корпус девори игнадан ҳаво чиқиб кетгунча босилади. Игна санчиш вақтида корпусни каттикрок босиб дори юборилади. Бунда игнага қўл теккизиш мутлақо мумкин эмас.

Люэр шприцлари камроқ ишлатилади. Бу шприцнинг поршень ва цилиндри шишадан тайёрланган. Люэр шприцларининг сифими 1—20 мл. Шприц қайнатилганда яхши стерилланади, бироқ унинг герметиклиги тезда бузилади.

Инъекциялар учун игналар ингичка ичи бўш металл найча бўлиб, бир учи қийшиқ кесилган ва ўткир қилинган, иккинчи учига муфта маҳкамланган бўлиб, бу шприц учлигига зич ёпишиб туриши керак, шундагина унга ҳаво кирмайди. Игнани оддий ёки зангламайдиган пўлатдан тайёрланади.

Турли хил инъекциялар учун турли хил игналар мавжуд: 1) венага дори куйиш учун узунлиги 5—6 см, бўшлиғи 0,3 дан 0,5 мм гача игналардан фойдаланилади; 2) тери ости инъекциялари учун — узунлиги 3—4 см, бўшлиғи 0,5 дан 1 мм гача игналар; 3) мускул орасига инъекция қилиш учун узунлиги 8—10 см, бўшлиғи 0,8 дан 1,5 мм гача бўлган игналар ишлатилади.

Шприцлар ва игналар кунт билан сақлашни ва эҳтиёткорликни талаб этади. Уларни қуруқ ва бўлақларга ажратилган ҳолда металл филофларда сақлаш лозим.

Инструментларни инъекцияларга тайёрлашнинг асосий шартларидан бири стерилизация (физикавий ва химиявий омиллар ёрдамида турли микроорганизмлар ва спораларни йўқотиш) ҳисобланади. Кўп вақтларгача шприцлар ва игналарни стерилизация қилишнинг асосий усули қайнатиш бўлиб келган. Бироқ тез автоклавлаш методларининг ишлаб чиқилиши туфайли ва стерил материалларни марказлашган ҳолда тайёрлашга интилиш муносабати билан қайнатиш иккинчи ўринга тушиб қолди. Шунга қарамай, унчалик катта бўлмаган даволаш муассасаларида ва шприцлар, инструментлар ва бошқа нарсаларни ҳамширанинг ўзи стерилизация қилишига тўғри келадиган жойларда қайнатиш ҳамон етакчи аҳамиятга эга бўлиб қолаяпти. Шунинг унутмаслик керакки, медицина инструментларини бевосита медицина ҳамширасининг иш жойида тозалаш ва стерилизация қилиш иш хоналарининг

санитария-гигиеник шароитларини ёмонлаштирди (харорат ва намлик ошади, ёкимсиз хид пайдо бўлади, ҳаво ифлосланади ва ҳаказо). Кўп сонли янги дори препаратларини, айниқса биологик актив препаратларни (антибиотиклар, кортикостероидлар, В гуруҳидаги витаминлар) ишлаб чиқариш ва жорий қилиш палата ва муолажа медицина ҳамширалари иш жойини жихозлашга оширилган талаблар кўяди. Тўртма вентилияциянинг таъсирчан системалари бўлмаганда медицина ҳамшираларида ва кичик медицина ходимларида аллергик реакцияларнинг пайдо бўлиш хавфи ортади.

Мамлакатимизнинг даволаш-профилактика муассасаларида марказлашган стерилизация бўлимлари ташкил қилишнинг тажрибаси мавжуд бўлиб, уларнинг асосий вазифаси инструментлар ва боғлов материалларини, қон қуйиш учун системаларни тозалаш ва стерилизация қилишдан, ҳамма бўлимлар ва кабинетлар учун дистилланган сув тайёрлашдан иборат. Бу бўлимларнинг иши шундай ташкил этилганки, унда бирмунча ифлос операциялардан бирмунча тоза операцияларга ўтилиб, олдин иш олиб борилган ҳоналар бўйлаб қайта ҳаракат қилинмайди. Келиб тушадиган материаллар уч асосий йўналиш бўйича тақсимланади: 1) окликлар ва боғлов материали; 2) хирургик кўлқоплар ва резина буюмлар, медицина инструментлари.

Марказлашган стерилизацион бўлимда иккита: стерил ностерил бўлимлар бўлади. Ностерил бўлимда хирургик инструментлар, шприцлар ва игналар қабул қилинади, исмларга ажратилади, ювилади, қурилади ва упаковка қилинади, боғлов материали ва операцион окликлар тайёрланади, упаковка материаллари сакланади, инструментлар таъмирланади ва чархланади. Шу жойнинг ўзида буг ва ҳаво билан ишлайдиган стерилизаторларга жойланади. Стерил бўлимда стерилизаторлардан стерил материаллар олинади. Марказлашган стерилизацион бўлимда инструментлар ва материалларнинг етарлича захираси (суткалик миқдорига нисбатан уч барабар кўп) бўлиши керак.

Стерилизаторларнинг турли-туман хиллари ихчам туридан то шкафли автоклавлар ва кўп камерали ярик стерилизация мосламаларигача бўлади: медицина инструментларини механизация воситасида ювадиган мосламалар яратилган. Стерил материалларни ишончли сақлаш учун конструкцияси жиҳатида турли-туман филм стерилизацион қутилар қўлланилади.

Медицина инструментлари, окликлар ва боғлов

юмларни стерилизация қилиш жараёниларини марказлаштириш меҳнатни ташкил этишнинг илғор формаси ҳисобланади. Бундай бўлимларнинг барпо этилиши ўрта медицина ходимини кўшимча ишларни бажаришдан озод қилади ва медицина ҳамшираларига беморлар учун кўпроқ вақт ажратиш имконини беради. Бундан ташқари, вирусли гепатит, постинъекцион флегмоналар ва абсцесслар билан касалланиш бирмунча камаяди.

Сўнгги вақтларда кўп марта ишлатиладиган анъанавий буюмларни аста-секин бир марта фойдаланиладиган буюмлар билан алмаштиришга мойиллик сезилмоқда. Бунга ўрта медицина ходимларининг етишмаслиги, шунингдек касалхона ичи инфекцияларига қарши курашда бирмунча таъсирчан чораларни излаб топиш зарурлиги сабаб бўлаяпти.

Медицина ҳамширалари стерилизация методларини яхши билишлари керак. Қайнатиш учун асбоблар дезинфекция қиладиган қайнатгичлар деб аталади. Улар оддий (олов ёкиладиган) ва ҳар қандай иссиқлик манбандан қизийдиган, шунингдек электрда ишлайдиган бўлиб, қайнатгич остига ўрнатилган ўз иситгич асбобиغا эга бўлади. Қайнатгичлар тўртбурчак шаклидаги қопқокли бачокдан ва қайнатгич қопқоғига ҳамда корпусига ўрнатилган икки жуфт дастадан иборат. Корпус ичида қайнатилгандан кейин инструментларни чиқариш учун мўлжалланган махсус тўр бўлади. Электр қайнатгичлар кўчма ва стационар турларга бўлинади.

Қўйишдан олдин шприц ва игналар, шунингдек инъекция учун зарур ҳамма инструментлар стерилизациядан олдинги тайёрловдан ўтади (З-жадвал). Бундай тайёрловдан мақсад буюмларни ҳар қандай тўрдан чанглардан тозалаш ва ҳатто жуда кичик микродоғи кон ва бошқа биологик суюқликларни юкумсиалантириш, шунингдек пироген моддаларни йўқотиш учун шароитларни яхшилашдан иборат. Аввалига шприцнинг герметиклигини, игналарнинг эса ўтказувчанлигини текшириб кўрилади.

Шприцни тозалаш оқиб турган сувда 1 мин мобайнида чайишдан бошланади, сўнгра уни 50°C гача иситилган ювадиган эритмаларнинг бирига ташлаб, 15 минутга тўлиқ чўктириб қўйилади. Инструментлар ва бошқа буюмларни ювиш учун водород пероксиднинг (1—6% 0,5% ли синтетик ювадиган воситаларнинг («Прогресс») /«Триас-А», «Астра», «Биолот»/ эритмалари билан ара-

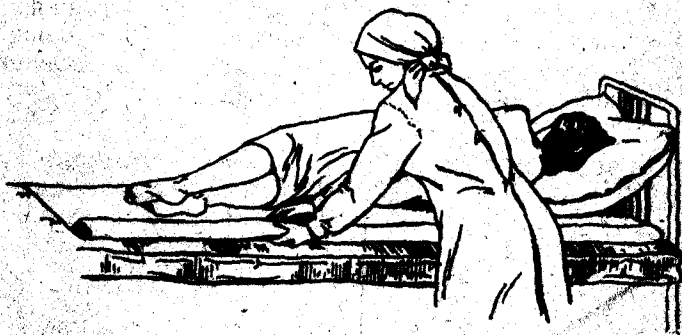




✓



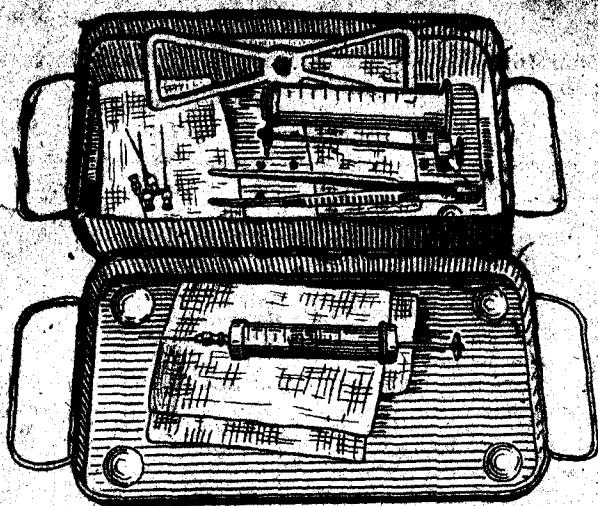
✓



✓

6-расм. Урин-бош окликларини алиштиришнинг турли хил усуллари.

раси ёрдамида алиштиради. Медицина ҳамшираси ҳар куни эрталаб кичик медицина ҳамширасининг кир бўлган оқ чойшабларни санаб топшириши ва тозасини олиши устидан кузатиб бориши лозим.



30- расм. Стерилизаторда шприц ва игналар шундай жойлаштирилади.

ёки игнада қон қолдиклари бўлса, реактив ўша захоти тиник-яшил рангга бўялади. 2 мин ва бундан кейин пайдо бўлган бўялиш ҳисобга олинмайди.

Ортотодонли синама: 96% спиртдаги 4% ли ортолизин эритмаси совутгичда сақланади. Яширин қонни аниқлаш учун 5—10 мл эритма олинади, унга 50% ли сирка кислота эритмасини тенг миқдорда ва шунча дистилланган сув қўшилади. Шприцга шу аралашмадан 1 томчи ва 2% ли водород пероксид эритмасидан 2 томчи олинади. Қон бўлганда тиник-яшил бўялиш ҳосил бўлади.

Ювадиган воситаларнинг қолдиклари борлиги ҳақида фенолфталеинли синама тасаввур беради. Ювадиган деталларга 1% ли фенолфталеин эритмаси туширилади. Ювадиган воситалар бўлганда пушти ранг бўялиш ҳосил бўлади. Қон ёки ювадиган воситалар қолдиклари аниқланганда ишловни яна такрорланади.

Синчиклаб текширилгандан сўнг шприц ва игналар қайнатиб стерилизация қилишга тайёр саналади. Шприц қисмларга ажратилади, цилиндр дока салфеткага ўралади ва стерилизатор тўрига қўйилади, тўрнинг тубида ҳам дока қатлами бўлади. Шприцни қайнатгич тубига қўйишга мутлақо рухсат этилмайди — у ёрилиб кетиши мумкин. Қайнатгичда дистилланган совуқ сув, у бўлмаганда эса икки марта қайнатилган ва филтрланган сув қўйилади.

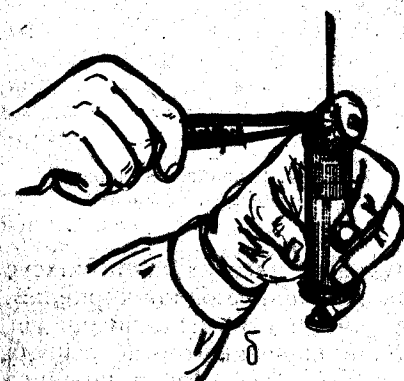
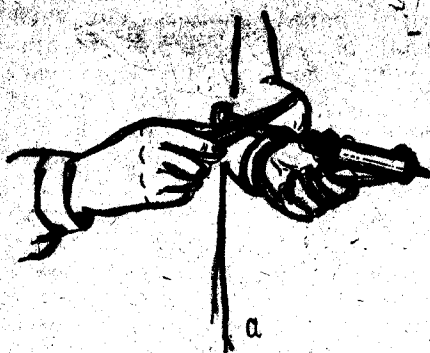
уни чўкинди йиғилишидан ва занглашдан сақлаш учун, шунингдек инструментлардаги ёғлар ва оксил қолдиқларини эритиш мақсадида натрий гидрокарбонат (100 мл сувга 2 г) қўшилади. Копкоғини зич ёпилади ва яқши қайнаб чиққунча кутиб турилади, шундан кейин вақтни ҳисобга олишга киришилади. Шу мақсадда қўнғирокли маҳсус соатлардан ёки деворга осиб қўйиладиган қум соатлардан фойдаланган маъқул. Доимий қайнатгичлар сув қайнаши интенсивлигини тартибга солишга имкон берадиган маҳсус узгичлар билан жиҳозланган. Қайнатиш 45 минут давом қилади, агар бирор инструмент қўйиладиган бўлса, қайнатиш яна 30 минут давом эттирилади. Вирусли гепатит билан касалланган бемор ётган бўлимларда шприцларни бир ярим соат қайнатиш зарур. Сўнгра қайнатгични узиб қўйилади, копкоғини очилади ва уни ағдариб қўйилади, тўрни инструментлар билан бирга олинади, қайнатгич устига сувини бутунлай силкитиш учун кўндалангига қўйилади, сўнгра шприцни йиғишга ва инъекция ўтказишга киришилади. Эбонит гардишли шприцларни қайнатиш мумкин эмас. Уларни дистилланган сув билан тенг ярим микдорда аралаштирилган 3% ли карбол кислота эритмасида стерилизация қилинади.

Шприцни йиғишдан олдин медицина ҳамшираси қўлини оқиб тушаётган илик сувда совунлаб, чўтка билан яхшилаб ювиши, сўнгра стериллик бузилмаслиги учун қўлини сочикка артмай туриб унга спирт суртиши лозим. Медицина ҳамшираси тоза қўллари билан бошқа нарсаларни ушламаслиги керак. Инъекциядан олдин бемор терисини ҳам яхшилаб тайёрлаш зарур. Бунинг учун спиртга хўдланган пахта билан терининг инъекция қилиниши зарур бўлган қисмини кунт билан артиб чиқилади. Шприц, игна, медицина ходимининг қўлини ва беморнинг бадан терисини тўғри тайёрлашнинг ихтиёжда катта аҳамияти бор. Бунда энг муҳими — асептика қоидаларининг ҳаммасига амал қилишдан иборат.

Қайнатилган шприцни совиб бўлгандан сўнг йиғилади (31-расм). Стерилланган буюмларни стерил пинцетлар билан олиш керак. Ҳатто тоза ювилган қўллар билан ҳам унинг бемор баданига тегмайдиган қисмларинигина ушлаш мумкин. Игнага қўл теккизиш қатъиян ман қилинади. Шприцни қуйидагича йиғилади: чап қўл билан пинцетни ушлаб, цилиндр олинади, ўнг қўлдаги пинцет билан поршень бошчасидан ушланади, айланма ҳаракатлар билан цилиндр тешигига киритилади ва охиригача сурилади. Поршень чиқиб кетмаслиги учун уни V бармак билан тутиб турилади. Ўнг қўлдаги пинцет билан игна

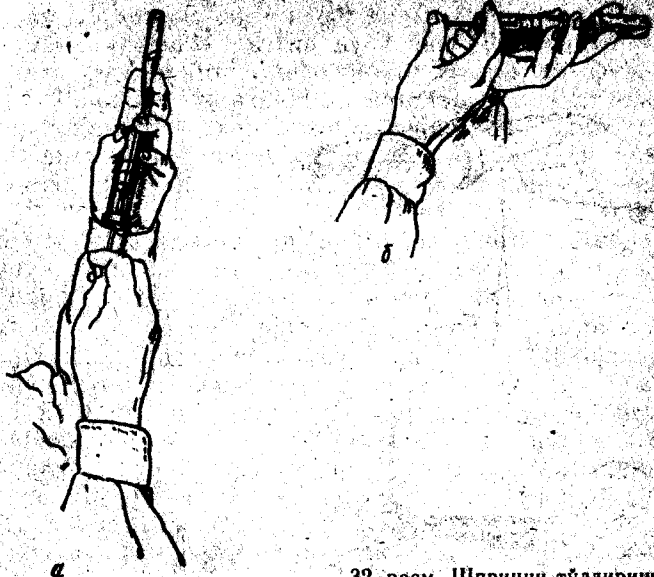
### 31-расм. Шприцни инъекцияга тайёрлаш

а — шприцни иккита пинцет билан йиғиш; б — шприцга игна ўрнатиш; в — йиғилган шприц қўлда шундай ҳолатда тутиб турылади.



муфтасидан ушланади, уни цилиндр учига ўрнатилади ва яхшилаб маҳкамланади. Муфтани II бармоқ билан ушлаб туриб игна орқали ҳаво ёки стерил эритма ўтказиш учун унинг ўтказувчанлиги текширилади. Шундан кейин шприц ишлатишга тайёр ҳисобланади.

Шприцга игна ўрнатиб, инъекция учун эритма олинади. Инъекциялар учун дори моддалари ўзида стерил эритмалар сақлаган стерил ампулаларда ва флаконларда чиқарилади. Шприцга дори олишдан аввал унинг кўрсатмага мослигига ишонч ҳосил қилиш учун номини бир неча марта ўқиб чиқиш зарур. Ҳар инъекция учун иккита игна керак. Улардан бири эритмани шприцга олиш учун, иккинчиси бевосита инъекция учун хизмат қилади. Биринчи игнанинг йўғонроқ бўлгани маъқул. Игналарни адиштириш стерилликка риоя қилишни таъминлайди. Дори солинган ампула бўйинини ёки флаконнинг резина тикинини олдиндан спирт ёки йод билан артиш ҳам шу



32- расм. Шприцни тўлдириш.

а — ампуладан; б — флакондан.

талабга жавоб беради. Ампуланинг ингичка қисми махсус эговча ва спиртда ҳўлланган дока шарча билан киркилиб, уни синдирилади. Шприцга кийгазилган игна тигини ўнг қўл билан ампулага киритилади: поршени тортиб, ампула ёки флакондаги дорининг керакли миқдорини шприцга олинади. Игна ампулага аста-секин эритма тортилган сайин ботирилади, ичидаги дорини батамом олиш учун уни кийшайтирилади. Ампулани чап қўлда II ва III бармоқлар орасида тутиб турилади, I ва IV бармоқлар билан шприц цилиндри ушланади. Шприцдаги ҳаво пуфакчаларини чиқариб юбориш керак. Бунинг учун V бармоқ билан поршени тутиб туриб, шприц вертикал ҳолатда, игна эса IV бармоқ билан ушланади. Сўнгра игна юқорига бурилади ва поршеннинг айланма ҳаракатлари билан игна бўшлигидан томчилар кўрингунча ундаги ҳаво аста-секин чиқариб юборилади (32- расм). Агар мойсिमон суюқлик юбориладиган бўлса, ампулани илиқ сувда илтиб олиш керак. Игна билан шприцга ҳўлланган пахтани олиш қатъиян ман қилинади, чунки пахта толалари тери асти инъекцияларига ва йиринг ҳосил бўлишига олиб келиши эҳтимол. Шприцни бемор ётган жойга идишда олиб келиш керак.

Қўпгина касалхоналарда шприц ва игналарни қуруқ

иссиқлик берадиган шкафларда марказлашган ҳолда стерилланаяпти. Бунинг учун биттадан шприц ва игна жуфт-жуфт қилиб икки томони елимланган махсус силикат қоғоздан тайёрланган қороз халтачага жойланади. Ишлатишдан олдин ўрами очилади, шприцни олмай туриб поршень чиқарилади ва стериллигига зарар етказмай цилиндрга киритилади. Игналар билан ҳам шундай қилинади.

Фойдаланилгандан сўнг шприцга умумий қабул қилинган метод билан ишлов берилади, қурилади ва қурук ҳолда стерилизация хонасига берилади. Бу ерда шприцда кон қолмаганлиги 1 томчи бензидин томизиш йўли билан яна текшириб кўрилади. Қурук шприцлар пакетларга солинади ва шундан кейингина стериллаш учун қурук иссиқлик берадиган шкафга қўйилади. Шу тарика к ў п м а р т а стерилизация қилишнинг катта афзаллиги бор. Биринчидан, шошилиш бўлиб қолган зарур ҳолларда ҳамиша стерил шприц бўлади, чунки ёпиштирилган пакетларда стериллик бир ой мобайнида сакланади. Иккинчидан, бундай стерилизация инфилтратлар, абсцесслар пайдо бўлишининг олдини олади, чунки ҳар бир инъекцияда алоҳида шприц ва игналар ишлатилади.

Айрим касалхоналарда сўнгги 3 йил мобайнида шприцларни марказлашган стерилизация қилишнинг энг оддий усули — кўпчилик даволаш муассасаларида мавжуд бўлган автоклавлар ёрдамида стериллаш муваффақиятли қўлланилаяпти. Автоклажда стерилизация қилиш қулай, тежамли ва кўп жиҳатдан ишончли, чунки даволаш муассасаларида ҳамма тоифадаги ходимлар ундан фойдаланишни биладилар.

Шприцларни стерилизацияга тайёрлаш умумий қабул қилинган методикага биноан ўтказилади. Қурилган шприцлар эски чойшаб, сочиклардан тикилган махсус жилдларга жойланади. Бу жилдни рўмолчага ўрагандан сўнг букланади ва боғланади. Фойдаланиш қулай бўлиши учун жилдга 5-тадан шприц жойланади.

Игналарни Петри косачасига ёнма-ён ёки салфеткага бир неча дока шарчалар ва пинцет билан бирга жойланади. Жилдни шу ҳолича стерилизация хонасига берилиб, бу ерда синов текшируви ўтказилади: тўғри елимланганлиги, яроксиз шприцлар йўқлиги текшириб кўрилади. Дастлабки стериллаш сифати бензидин синамаси ёрдамида текширилади. Шундан сўнг шприцни жилдларни автоклавага солинади ва 0,5 атм ( $106^{\circ}\text{C}$  га мос келади) босимда 45 минут мобайнида стерилланади. Бундай жилдда стериллик амалда 35 кунгача сакланиб қолади.



Шприцлар етишмаганда улар ишлатилгандан сўнг юкорида тасвирланганидек яна стерилланади. Муолажа кабинетларида жилдни кичикрок, суриладиган хирургик столчада асептика кондаларига амал қилиб сакланади. Керак бўлганда шприцларни жилд чўнтакларидан оли-  
нади.

Буг босимининг белгиланган рақамларига мос келиши-  
ни назорат қилиш учун (ватанимизда ишлаб чиқирилади-  
ган шприцлар 106°С дан юкори ҳароратга чидамайди) аморф амидопирин порошогидан фойдаланилади, бу порошок шундай ҳароратда кристалланади. Босимни манометр бўйича автоматик тарзда саклаб турилади.

Шприцларни стериллашнинг бу методикаси бошка ҳамма усуллардан афзалдир. Бўлимларга ҳар бир бемор учун ҳамма вақт стерил шприцлар ва игналар тайёр туради, бу инъекциялардан кейин юз берадиган асо-  
ратларнинг олдини олади.

**Дори моддаларини тери орасига юбориш.** Тери орасига инъекциялар диагностика мақсадларида, шунингдек, ма-  
ҳаллий оғриксизлантириш учун қилинади. Бу усул чаққонлик ва маълум малакани талаб қилади. Кичкина, узунлиги 2—3 см дан ошмайдиган ва бўшлиғи кичик игна танланади. Дори моддаларини тери орасига юбориш учун одатда биллакнинг ички юзасини танланади. Инъекция қилинадиган жойдаги терини спирт сўнггра эфир билан яхшилаб артиш лозим. Тери қуригач, игнани тери бағрига унчалик ичкарига эмас, игнанинг учи мугуз қавати остигагина кирадиган қилиб киритилади. Игна клетчатка-  
нинг тери ости қаватига тушмаслигига аҳамият бериш лозим, чунки бу ҳолда кутилган натижа чикмайди. Игнани тери юзасига параллел йўналтириб, уни 0,5 см ичкарига киритилади ва эҳтиётлик билан 1—2 томчи суюқлик қуйилади, натижада терида лимон пўстига ўхшаш оқимтир дўмбоқча ҳосил бўлади. Игнани тобора суриб ва шприцдан бир неча томчидан суюқликни чиқариб тери остига зарур микдордаги суюқликнинг ҳаммасини юборилади.

**Диагностик аллергик синамалар** шу усул билан ўтказилади, шунингдек дори-дармонларга сезувчанлик аниқланади. 24—48 соатдан сўнг тегишли аллерген (стрептококк, уй чанги ва бошқалар) юборилган жойда қизариш ва оз-моз шиш пайдо бўлади. Аллергик реакция бўлмаганда тери ўзгармаган ҳолда қолади.

**Тери ости инъекциялари ва дори қуйиш.** Тери ости қавати томирлар билан мўл таъминланганлиги туфайли дори моддасининг бирмунча тез таъсир қилиши учун тери ости инъекциялари қўлланилади. Одатда ғовак тери ости

клетчаткасида тез сўриладиган ва унга зарарли таъсир килмайдиган дори эритмалари юборилади. Тери остига оз микдордан бошлаб 2 л гача суюқлик юбориш мумкин.

Тери ости инъекцияларини ҳамиша йирик томирлар ва нерв ўзакларининг яқинида ўтказишдан эҳтиёт бўлиш керак. Елканинг ташқи юзаси ёки бидак суяғи чети, курак ости бўшлиғи, соннинг олдинги ташқи юзаси, қорин деворининг ёнбош юзаси ва қўлтиқ соҳасининг пастки қисми терининг энг қулай соҳалари ҳисобланади. Бу соҳаларда тери осонликча бурмалар ҳосил қилиб йиғилади ва қон томирлар, нервлар ва суяк усти пардасининг шикастланиш ҳавфи бўлмайди. Тери ости ёғ клетчаткасида шиш бўлган жойларга ёки олдинги инъекциялардан кейин қолган қалинлашмаларга инъекция қилиш ва дори қуйиш тавсия этилмайди.

Инъекциядан олдин терини спирт билан яхшилаб артилади, чап қўл билан уни асоси пастга қараган учбурчак шаклдаги бурма қилиб йиғилади, ўнг қўлнинг II бармоғи билан игна, V бармоғи билан поршень, қолган бармоқлари билан цилиндр тутиб турилади. Игна чакқон ҳаракат билан учбурчак асосига  $45^\circ$  бурчак остида чап қўлнинг I ва II бармоқлари орасида 1—2 см ичкарига киритилади. Игнанинг учи тери орқали ўтганига ва тери ости клетчаткасига тушганига ишонч ҳосил қилинганча, эритма аста-секин юборилади (33- расм). Борди-ю, шприцда майда ҳаво пуфакчаси бўлса, дорини аста-секин юбориш ва эритманинг ҳаммасини тери остига қуймай, озроқ микдорини шприцда қолдириш керак. Эритманинг ҳаммаси тери ости клетчаткасига киритилганда игна тез ҳаракат билан чиқарилади ва шу йўл билан дорининг укол қилинган жойдан қайтиб чиқишининг олди олинади. Укол қилинган жой спирт билан яна артилади ва спиртга ҳўлланган стерил пахта тампон озроқ вақт босиб турилади. Агар дори моддасини шприц сифими имкон бермайдиган даражада кўпроқ юбориш лозим бўлса, у бўшагандан сўнг игнани чиқармай, эҳтиётлик билан ундан шприцни ажратилади, унга қўшимча микдори киритилади ва инъекцияни тамомланади.

Тери ости инъекцияларида игнанинг томирларга тушиши ва уларга тери ости клетчаткасига киритиладиган дори моддалари юбориб қўйилнши мумкин. Томирларга мойли эритмалар (камфора мойи) ва аралашмаларнинг тушиши айниқса хавфли. Дори моддаларнинг тери ости



33- расм. Дорини тери остига юбориш.  
а — биринчи босқич; б — иккинчи босқич.

клетчаткасига эмас, тери бағрига юборилиши ҳам ярамайди, бу игнани етарли даражада чуқур киритилмаганда рўй бериши мумкин. Игнанинг тўмтоклашиб қолганлиги томирларнинг шикастланишига олиб келади, бу инъекция қилинган жойда яллиғланиш жараёни авж олишига имкон беради. Инъекциядан сўнг тери остида инфильтрат ҳосил бўлиши мумкин, бу қўпинча илитилмаган мойли эритмалар юборилгандан кейин, шунингдек барча асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинмаган ҳар қандай инъекцияда содир бўлади. Бу асоратларнинг олдини олиш учун узунлиги ва бўшлиғи мос келадиган игна билан инъекция қилиш, шунингдек инъекциялар жойини ўзгартириб туриш лозим.

Медицина ҳамшираси укол қилинган соҳада қалинлашган жой ёки қизаришни аниқлаши билан 40 % спирт эритмасидан иситувчи компресс қўйиши, грелка қўйиши ва бу асорат ҳақида врачга хабар қилиши зарур. Абсцесс ҳосил бўлганда у кесилади.

Тери ости ёғ қаватига катта микдорда суюқлик киритиш мақсадида томчилаб қўйиш учун ишлатиладиган асбобдан фойдаланилади. Тери остига эритмалар юбориш вақтида медицина ҳамшираси беморнинг ёнидан кетмасдан, унга қунт билан қараб туриши, унинг умумий ҳаволини кузатиши, игнанинг ҳолати, суюқлик ҳароратини текшириб туриши лозим. Тери остига дорилар организмга

суюклик етарли тушмаганда (тўхтовсиз қусиш, ич кетиш, қон кетиши, қуйиш), шунингдек операциядан кейин дастлабки кунларда беморнинг суюклик ичиши мумкин бўлмаганда, захарланишларда ва бошқа ҳолларда қуйилади.

Тери остига суюкликлар юбориш учун қон қуйишда кенг қўлланиладиган махсус ампулалар ёки флаконлар билан найчалар системасидан фойдаланиш мумкин. Система қуйидагича тўлдирилади: ампула илитилган стерил эритма билан тўлдирилгандан сўнг игна ва унга уланган найчани юқорига кўтариб, найчадаги ҳавони суюклик билан сиқиб чиқарилади ва аста-секин игнани пастга, найча суюкликка батамом тўлмагунча ва игнадан илгичка оқим бўлиб чиқмагунча туширилади. Шундан сўнг системани винт қискич ёки қон тўхтатувчи қискич билан бекитилади. Терини спирт билан яхшилаб артилади. Терини учбурчак қилиб асосини пастга қаратиб ушланади, уни тешилади, игнани тери ости клетчаткасига киритилади ва қискичи олиб қўйилган резина найча билан туташтирилади. Игна лейкопластлар билан маҳкамланади ёки оёкка бинтлаб қўйилади.

Қуйиладиган суюклик сақланадиган идиш махсус тиргакка маҳкамланади. Игна тери ости клетчаткасига юборилгандан кейин суюклик узунлиги 60—100 см бўлган найчадаги суюклик устунни босими туфайли туша бошлайди, идиш эса 1,5 м баландликка кўтарилади. Суюкликни юбориш тезлигини назорат қилишга имкон берадиган томизгич томчилаб дори қуйиш системаларининг энг муҳим қисми ҳисобланади. Томизгич ичида капилляри бўлган икки тармоқли қичкина шиша баллондан иборат. Суюкликнинг томизгич капилляри орқали тушиш тезлиги винт ёки Мор қискичи билан бошқарилади. У томизгичнинг пастига қўйилиши керак. Резина найчанинг бўш турган учи эритмали идишга боради, иккинчи учини капиллярнинг юқорида туриши учун томизгичдан чиққан тармоқка уланади. Томизгичнинг карама-қарши учига иккинчи узун резина найча кийгизилади. Резина найча учига игнага мос келадиган қанюла бўлади. Томизгичли системани қуйидагича тўлдирилади: системани қискич билан бекитиб, олдин идиш тўлдирилади. Идишни тиргакка маҳкамлаб, томизгичга игна кийгизилади ва томизгични ҳамда бутун системани суюклик билан тўлдирилади.

Қуйишдан олдин этикеткасидаги ёзуви бўйича эритманинг стериллигига, упаковкасининг герметиклигига ва суюкликнинг тиниклигига ишонч ҳосил қилиш зарур. Медицина ҳамшираси беморнинг ёнидан кетмай, беморга

диққат билан қараб туриши, унинг умумий ҳолати, игнанинг вазияти, суюқликнинг ҳароратини кузатиб бориши лозим.

Дори моддаларини томчилаб юбориш усули нисбатан катта ҳажмдаги суюқликни юбориш ёки узок вақт мобайнида дори моддаси киритиш керак бўлган ҳолларда қўлланилади. Амалда бу диаметри 7 мм, узунлиги 10,15 ва 50 см ли резина найчалар, шиша томизгич, узунлиги 5 см иккита контрол шиша найчалар, Мор ва Кохер ёки Пеан қискичлари ва игна учун канюлдан иборат махсус система ёрдамида бажарилади. Система томчилаб қуйиш учун стерил эритма тўлдирилган стерил идиш билан туташтирилади.

Медицина ҳамшираси системанинг ҳамма таркибий қисмларини муолажа ўтказишга тайёрлайди. Янги резина найчаларни керакли узунликда бўлақларга бўлинади ва устидан илиқ водопровод суви билан ювилади. Найчалар бўшлиғи совунли сув оқими билан ювилади. Вақт-вақтида найча юмшатиб турилади. Сўнгра найча 1 л 1 % водород пероксид эритмасига 30 г «Лотос» порошogi ҳисобида тайёрланган эритмада 2 соат мобайнида бўктириб қўйилади (эритма температураси 50°C). Шундан кейин найчалар яна ювилади ва 20 минутгача дистилланган сувда қайнатилади. Илгари ишлатилган резина найчаларни тозалашга киришишдан аввал уларнинг бутунлигини текшириш зарур. Тешилган найчалар ишлатишга рухсат этилмайди. Янги найчаларни ҳам, эскиларини ҳам тозалаш жараёни уларни автоклавда 30 минутгача босимни оширмай тозалаш, сўнгра қуритиш билан тугалланади.

Янги игналар, канюлалар вазелиндан тозаланади, уларнинг канали спиртга ҳўлланган пахта билан мандрен ёрдамида артилади. Игналар чархланади. Канюла ва чархланган игналар 30 минут мобайнида қайнатилади, сўнгра қуруқ иссиқлик берадиган шкафда 160°C ҳароратда 1 соат мобайнида ёки автоклавда 1,5 атм босим остида 30 минут тозаланади.

Системанинг шиша қисмлари кунт билан ювилгандан сўнг (янгилари ҳам, эскилари ҳам) резина эритмага 2 соатга солиб қўйилади, сўнгра 20 минут дистилланган сувда қайнатилади, қуруқ қилиб артилади ва тоза ип халталарда сакланади.

Системаларни монтаж қилиш жуда масъулиятли иш ва бунини медицина ҳамшираси бажаради. У тоза столда қўлларни яхшилаб ювиб ўтказилади. Монтаж вақтида медицина ҳамшираси ниҳоятда хушёрлик қилиши ва айрим қисмларнинг уланишини синчиклаб кузатиши шарт.

Монтаж қилинган системаларни пергамент қоғозга ёки сочикка ўралади, бинт ўраб боғланади, тамға босилади ва автоклавда 1,2 атм босими остида 1 соат мобайнида стерилланади. Шошилиш холларда дистилланган сувда 45 минут мобайнида қайнатиш йўли билан стериллашга рухсат этилади. Сочикка ўраб қўйилган системаларни саклаш муддати 1 сутка, пергаментга ўралганиники эса 5 суткагача.

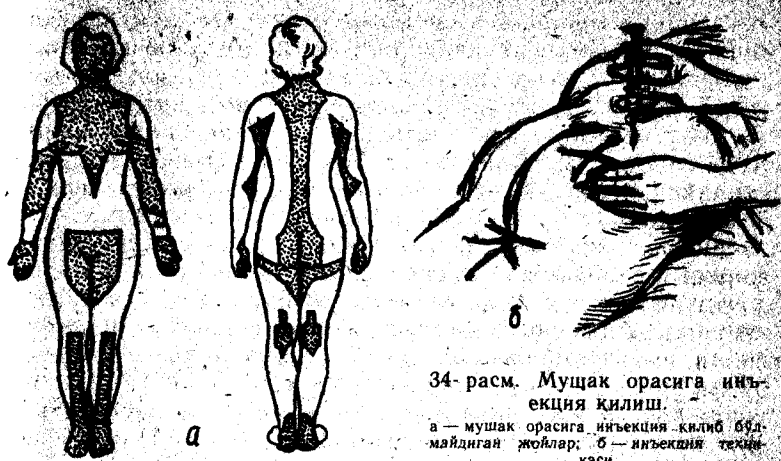
Стерил томизгични қуйидагича тўлдирилади: унга эритма тўлдиришдан олдин идишдан чиққан найчага томизгич устида Мор қискичи, игна олдида эса қон тўхтатувчи қискич қўйилади, контрол найча томизгич билан игна ўртасида туради. Томизгични тўлдиришдан олдин иккала қискич зич бекитилиши лозим. Сўнгра қон тўхтатувчи қискич олиб қўйилади. Мор қискичи бўшаштирилади ва томизгични тўнтариш ҳолатда тўлдирилади. Ярмигача тўлдириб, уни аста-секин одатдаги ҳолатга туширилади ва контрол найчалар орқали ҳаво пуфакчаларининг ўтиши кузатиб туриб системани тўлдирилади. Озрок суюқликни чиқариб ва ҳаво пуфакчалари чиқиб кетганига ишонч ҳосил қилиб, қон тўхтатувчи қискични қанюладан 3—4 см масофада қўйилади. Мор қискичи билан эса минутага тушадиган томчиларнинг керакли тезлиги белгиланади. Томчилар сони врач кўрсатмасига биноан 20 дан 80 гача бўлиши мумкин ва дори таркибига, беморнинг аҳволи ва ёшига боғлиқ. Ҳар гал ишлатишдан сўнг системани қисмларга ажратиш ва ҳамма найчалар, игналар ва қанюлани алоҳида-алоҳида ювиш лозим.

Ҳозирги вақтда бир марта ишлатиладиган системадан фойдаланилади, унинг упаковкисида қўлланиш бўйича инструкцияси бўлади. Суюқлик қуйишдан аввал этикеткасидаги ёзуви бўйича эритманинг стериллигига, упаковкисининг герметиклигига ва суюқликнинг тиниклигига ишонч ҳосил қилиш зарур.

Тери остига дори қуйиш техникаси тўғри ўтказилганда одатда асоратлар рўй бермайди. Бутун системани қунт билан тозалашнинг катта аҳамияти бор, чунки қўлланишдан сўнг уни етарлича ювмаслик такрор ишлатишда стерилликни таъминлай олмайди.

Тери ости инъекцияларини ўтказишда қуйидаги нуксонлар ва хатоликлар кўпроқ учраб туради: 1) инъекция қилинадиган жойни нотўғри танлаш (елканинг олдинги юзаси), бу ёмон сўриладиган инфилтратлар ҳосил бўлишига олиб келади; 2) асептиканинг бузилиши, бу маҳаллий ва умумий инфекция асоратларини келтириб чиқаради.





34- расм. Мушак орасига инъекция қилиш.

а — мушак орасига инъекция қилиб бўлмайдиган жойлар; б — инъекция техникаси.

**Дори моддаларини мускул орасига юбориш.** Мушкулларда қон томирлар ва лимфатик томирлар тармоғи бирмунча кўп, шунинг учун уларда дориларнинг тез ва тўлиқ сўрилиши учун шароитлар яратилади. Дори воситалари тери остига юборилганда оғритса ва яхши сўрилмаса, шунингдек дори моддалари юборишдан тез орада терапевтик самара олиш зарур бўлганда тери остига юборишни мускул орасига юбориш билан алиштирилади. Мускул орасига инъекцияларни тананинг маълум жойларида мускул тўқимаси қавати анчагина калин соҳада, йирик қон томирлар ва нерв ўзаклари ўтадиган жойдан узоқда (34- расмда), масалан думба, қорин ва сонларнинг мускулларига қилинади.

Мускул орасига инъекциялар қилиш учун Льюэ шприци, игналарининг қалинлиги 0,8—1,5 мм ва узунлиги 8—10 см бўлган «Рекорд» шприцидан фойдаланилади. Игнанинг қалта-узунлиги тери ости клетчаткасининг қалинлигига боғлиқ, чунки игна киритилганда тери ости ёғ қаватидан ўтиши ва мускул бағрига бориши керак.

Думбалар соҳаси мускул орасига инъекциялар учун энг қулай жой ҳисобланади, чунки бу ердан қуймич нерв ва йирик қон томирлар ўтади, инъекциялар учун унинг юқори-ташқи қисмидангина фойдаланилади. Думба хаёлан 4 қисмга бўлинади, бу ҳолда ташқи квадрант энг қулай жой ҳисобланади.

Ақсари мускул орасига антибиотиклар, магний сульфат, зардоблар юборилади. Антибиотиклар махсус флаконларда кристаллик порошок кўринишида чиқарилади. Ишлатишдан олдин уни натрий хлориднинг стерил

изотоник эритмасида, икки марта дистилланган сувда ёки 0,5 % новокаин эритмасида эритилади (2 % ли новокаин эритмасида пенициллин эримайди, балки чўкмага тушади). Стерил шприцга антибиотик миқдорига кўра эритувчи олинади. У таъсир бирликларида (ТБ) дозаланади. 100 000 ТБ га 1 мл эритувчи, 500 000 ТБ га 5 мл ва ҳ. к. эритувчи олиш лозим. Флакондан қопқоғи олинади, резина тикинини спирт билан артилади ва эритувчиси бор шприц игнаси билан тешилади. Эритма аста-секин киритилади, эритма таъсири остида антибиотик эрийди, сўнгра флакон тўнтарилади ва суюқлик шприцга сўриб олинади. Антибиотик эритмасини иситиш мумкин эмас, чунки юкори ҳарорат таъсирида у парчаланади. Антибиотикни эритилган ҳолда бир суткадан кўп сақлаб бўлмайди. Йод ҳам антибиотикларни парчалайди, шунинг учун флаконларнинг резина тикинини ва укол қилинадиган жойдаги терини йод билан артилмайди.

Шприц, медицина ҳамшираси кўли ва бемор териси асептиканинг умумий қоидалари бўйича тайёрланади ва покизаланади. Медицина ҳамшираси кўлини совунлаб, чўтка билан оқиб тушаётган иссиқ сувда бевосита шприцни йиғиш олдидан ювади. Тоза кўллари билан у бошқа нарсаларга тегиши мумкин эмас. Спиртга хўлланган пахта бўлакчаси билан тирноқ бўғимларини ювади ва бу пахтани ташлаб юборади, сўнгра спиртга хўлланган тоза пахта бўлакчасини олиб, бемор терисини артади.

Мускул орасига инъекциялар қилиш техникаси. Дори думба соҳасига юборилганда бемор қорнини босиб ёки ёнбошида, соннинг олдинги юзасига юборилганда чалқанча ётади. Шприц қуйидагича ушланади: II бармоқ поршенни, V бармоқ игна муфтасини, қолган бармоқлар цилиндрни тутиб туради. Шприц бемор танаси юзасига нисбатан тик ҳолатда туради. Игнани дадил ҳаракат билан тери бурмасининг ўртасига 7—8 см ичкарига киритилиб, муфта устидан 1 см қолдирилади, чунки кўпинча игна шу жойда синади. Шундан кейин ҳамшира поршенни ўзига тортади ва игнанинг қон томирига тушмаганлигига ишонч ҳосил қилади (шприцда қон пайдо бўлмайди), шундан кейингина поршенни босиб, эритмани аста-секин охиригача сиқиб чиқаради. Игна санчилган жойдаги тери атрофини чап кўл билан тортилади. Игнани чакқон ҳаракат билан чиқариш, терида спиртга хўлланган пахта тампон босиш лозим.

Сонга мускул орасига дори юборишда шприцни ёзув периси қаби бурчак остида тутиб туриш керак, шунда суяк усти пардасига шикаст етмайди.

Ностерил шприц ва игналар ишлатилганда, инъекция жойи ноаниқ танланганда, игна етарлича чуқур киритилмаганда ва инъекция қилаётганда қон, томирга тушилганда турли асоратлар: постинъекцион йиринглашиш, нерв шикастланиши, доридан эмболия пайдо бўлиши, игна синиши ва бошқалар пайдо бўлиши мумкин.

Айрим дори-дармойлар, айниқса антибиотиклар киритилганда анафилактик шок ва бошқа аллергик реакциялар ривожланиши мумкин. Шу туфайли олдин беморда антибиотиклар киритишга реакцияни аниқлаш зарур. Аллергик асоратларни профилактика қилиш мақсадида Безредка методи бўйича антибиотиклар юборилади. Бунинг учун шприцга 0,1 мл антибиотиклар эритмаси олинади ва тери остига юборилади, 20 минут ўтгач уларга реакция текшириб кўрилади. Беморда нохуш сезгилар: баданида эшакем доғлари бўлмаса ва артериал босими пасайиб кетмаса, бу ҳолда 0,5 мл эритма ва 20 минут ўтгач флаконда қолган эритманинг ҳаммаси юборилади. Бемор кизариб кетса, унинг юрагида, тўш остида ва бошқа жойида нохуш сезгилар пайдо бўлса, антибиотиклар эритмасининг иккинчи порцияси юборилмай, врач чакирилади ва унинг кўрсатмаларини бажарилади.

**Дори моддаларини венага юбориш.** Дори моддаларини юборишнинг бу усулида дори моддаси бевосита қонга тушади ва тезда таъсир кўрсатади. Венага дори қуйиш венепункция ва венесекция йўли билан амалга оширилади.

Венепункция. Камрок микдордаги дориларни венага врач ёки яхши ўргатилган муолажа медицина ҳамшираси юборади. Бунинг учун сизими 10—20 мл ди, игнаси яхши танланган шприц, резина жгут, спирт ва стерил материал бўлиши зарур. Шприц ва игналарни қунт билан стерилланади. Медицина ҳамшираси қўлини совунлаб илиқ сувда ювади, спирт билан артади, тирнок бўғимларига йод настойкасини суртади. Қонга касаллик қўзғатувчи микробларни туширмаслик учун ҳамма асептика қоидаларига қаттиқ амал қилиш зарур.

Венага дорилар юбориш учун стерил тиник эритмалар қўлланилади. Бу усулда юборилган дориларни дозаларга тақсимлаш тери ости инъекцияси дозасидан фарқ қилади, кучли таъсир этадиган дорилар эса ҳамisha секин юборилади.

Медицина ҳамшираси юбориладиган эритмани шприцга олишдан аввал янглишмаслик мақсадида керакли эритма олинганлигини, тайёрланиш кунини ва дозасини текшириб кўриши шарт. Бундай текширув албатта ўтказилиши зарур, чунки медицина ходимларининг бе-

парволиги оқибатида венага захарли моддалар, ностерил ёки концентрланган эритмалар юбориб қўйилган, натижада ўлим содир бўлган ҳоллар маълум.

Эритмани шприцга бевосита ампуладан катта диаметрдаги игна орқали олинади. Шприцдаги ҳаво пуфакчаларининг ҳаммасини йўқотиш зарур. Шприц вертикал игнасини юқорига қилиб, поршенни тортиш йўли билан майда пуфакчаларни бирмунча йирикларига айлантирилади ва уларни игна орқали чиқариб юборилади. Венага дори қўйишда қонга ҳатто оз миқдорда бўлса-да, ҳаво тушишидан эҳтиёт бўлиш керак, чунки бу ҳаво эмболияси хавфини вужудга келтиради.

Венага дори қўйиш одатда тирсак буқими венасида қилинади, шунинг учун укол қилинадиган жойга яхшилаб спирт суртиш керак, шу мақсадда тирсак буқимидан юқорида елканинг учдан бир ўрта қисмига жгут ёки исталган резина найчани веналар бўртиб чиқадиган қилиб боғланади: бунда артерияларнинг босилмаслиги муҳимдир, буни билан артериясида пульс борлиги бўйича аниқланади. Жгутни осон ечиладиган қилиб боғланади.

Веноз димланишни кучайтириш учун беморга муштни бир неча марта сиқиб-очиш ёки жгут қўйишдан олдин қўлни пастга тушириш таклиф этилади.

Муолажа вақтида бемор ўтиради ёки ётади. Унинг қўли столда ёки қаработда тирсак бўғимида максимал ёзилган ҳолатда бўлади; бунинг учун қўл тагига ясси ёстик қўйилади.

Венадан текширишга қон олиш учун уни оддий игна ёки катта диаметрдаги Дюфо игнаси билан тешилади.

Венага катта миқдордаги суюқликларни томчилаб киритиш. Томчилаб киритиш усули организмнинг қаршилигини тезда ошириш ёки унда йиғилиб қолган захарларни чиқариш зарур бўлганда катта миқдордаги суюқликларни (суткасига бир неча литр гача) киритиш имконини беради. Қиритиладиган суюқликнинг таркиби қон осмотик босимини ўзгартирмайдиган бўлиши, ўзида қучли таъсир қиладиган воситаларни сақламаслиги, қунт билан стерилизация қилинган ва 40°С гача иситилган бўлиши керак.

Венага дорилар қўйиш учун зарур асбоблар: шиша идиш ва томчилаб дори қўйиш учун система, қон тўхтатувчи 1—2 та қискич, винтли қискич, веналарни пункция қилиш учун турли йўғонликдаги 3—4 та игналар. Томизгичдан пастга, системага ҳаво киришини ўз вақтида найқаш ва ҳаво эмболиясига йўл қўймаслик имконини берадиган контрол шиша найча киритилиши шарт. Резина найчаларни шиша қисмларга зич қилиб кийгизиш лозим.

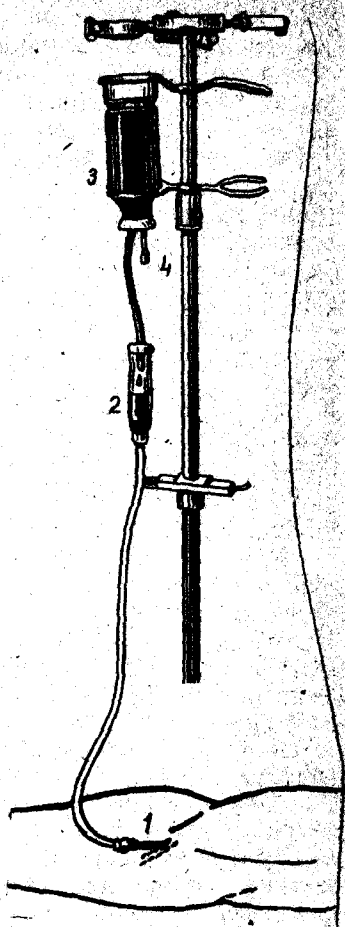
Система (ампула ёки флакон, томизгич, резина найчалар) ҳеч қаеридан суюқлик чиқармаслиги ёки ҳаво тортмаслиги, яъни герметик бўлиши керак (35-расм).

Дори куйиш системаларини одатда олдиндан тахт қилиб қўйилади ва монтаж қилинган ҳолда, ҳар бир системани алоҳида чойшабга ўраб автоклавда стерилланади. Система стериллангандан сўнг 1—2 сутка ичида ярокли бўлади.

Бир марта фойдаланиладиган системалар, қон, қон ўрнини босадиган суюқликлар, туз ва дори эритмаларини куйиш учун тобора кенг қўлланилмоқда. Системалар апироген, токсинсиз пластмассадан тайёрланади, тайёрлаб чиқарган завод томонидан стерилланади ва серияси ҳамда стерилланган куни кўрсатилган стерил ўрамда чиқарилади. Бу системалар резина тикин билан бекитилган флаконлардан бир марта дори куйиш учун мўлжалланган. Система ҳавони флаконга тушириш учун игнаси бўлган қалта найчадан ва томизгичли узун найчадан иборат. Қалта найчанинг бир учида игна, иккинчи учида чангни тутиб қолиш учун фильтр бор. Узун найча конусида флаконнинг резина тикинини тешиш учун игна, иккинчисида — венага киритиладиган игнага қорадиган канюла бўлади.

Игналар махсус қалпоқчаларда сақланади.

Системани қўлланишдан олдин ўрам пакетининг герметиклиги ва қалпоқчадаги игналарнинг бус-бутунлиги текширилади. Система ўрам пакетини йиртиб очилади ва



35-расм. Венага томчилаб дори куйиш.

1 — игна вена бўшлиғида; 2 — томизгич; 3 — флакон суюқлиги билан; 4 — флаконга ҳавони тушириш учун фильтри игна.

уни қалпоқчалари ва игналарини бўшатмай туриб чиқарилади. Флакон ичидаги модда аралаштирилгандан сўнг тикинини спирт ёки йод билан артилади ва игнани химоя қалпоқчасидан озод қилиб, уни флакон тикинига имкон борица ичкарига киритилади. Игнанинг тармоқ найчасини флакон деворига параллел ҳолда маҳкамланади. Томизгичга яқин игна озод қилингандан сўнг уни ҳам тикин орқали флаконга киритилади, бунда системани томизгичдан юқорида пакетдаги пластинкасимон қисқич билан бекитилади. Флаконни туби юқорига кўтарилади, штативга ўрнатилади ва одатдагича системани тўлдирилади. Томизгични капрон фильтри юқорида, томизгич найчаси эса пастда турадиган қилиб юқорига кўтариб филтрдан ва томизгичдан ҳавони сиқиб чиқарилади. Юбориладиган эритма билан томизгич ярмигача тўлдирилади, сўнгра у пастга туширилади ва эритма игнадан оқим бўлиб тушгунга қадар қалпоқчани олиб, найчанинг қуйи бўлиmidан ҳаво сиқиб чиқарилади. Найчага игна олдидан қисқич қўйилади.

Пункция қилишда терига спирт суртилади ёки уни эфир билан ёғсизлантирилади, венани пункция қилиш тўғри бажарилганлигига қаттиқ ишонч ҳосил бўлса (қоннинг игна орқали ўтиши), система игна билан туташтирилади ва венага эритма юборишга киришилади. Суюқликнинг тери остига тушмаётганлиги бир неча минут мобайнида кузатиб борилади (бу ҳолда оз-моз шиш пайдо бўлиши мумкин), сўнгра игнани вена йўли бўйлаб ёпишқоқ пластр билан маҳкамланади, пункция соҳасига эса стерил салфетка ёпиб қўйилади. Эритма юбориш вақтида бутун системанинг ишини кузатиб бориш лозим.

Эритмани оқим билан ва томчилаб юбориш мумкин. Оқим билан юборишдан (кўпи билан 500 мл суюқлик) айланиб юрадиган суюқлик ҳажмини тез тўлдириш зарур бўлиб қолганда (операция вақтида кўп қон йўқотиш, шок ёки коллапс) фойдаланилади.

Томчилаб дори юбориш усулида юбориладиган эритма қон ўзанига аста-секин томчилаб тушади; томчилар сони томизгич билан тартибга солинади. Томизгичдан қон оқимида ҳаво тушишининг олдини олиш учун томизгич пастки канюладан юқорида туриши керак. Қуйишдан олдин эритмани бутун система орқали ўтказилади, сўнгра олиб келадиган найчани қисқич билан бекитилади, бунинг натижасида томизгичда бир оз микдорда суюқлик йиғилиб қолади.

Суюқлик ҳароратини  $40^{\circ}\text{C}$  атрофида тутиб туриш учун суюқликни олиб келадиган резина найчага иссиқ сувли



гревка қўйилади ва унинг совиб қолмаслиги кузатиб борилади.

Венага томчилаб дори юбориш узок муддат ўтказиладди, шунинг учун беморни кулай вазиятда чалқанча ётқизиш, укол қилинадиган жойни юмшок бинт билан боғлаш ва тирсак венасидан диаметри кичикрок венани (оёқ панжаси веналари ёки қўл кафтининг орка юзаси веналари) танлаш керак. Қўйиладиган эритмалй идишнй тўшак сатҳидан 1 м юқорида ўрнатилади ва томизгичнинг винтли қисқичини томчили асбобдан оқим тезлиги минутига 50—60 томчи томадиган қилиб ўрнатилади.

Томчилаб дори қуйишни бошлашдан олдин резина найчалар чўзилиб кетмаслиги ва уларда ҳаво пуфакчалари пайдо бўлмаслиги учун асбобни синчиклаб текшириб кўриш, бунинг учун резина найча йўли бўйлаб контрол шиша найча киритилади. Пункция қилинадиган жой терисига спирт ёки эфир суртилади ва муфтаси лейкопластир билан яхшилаб ёпиштириладиган, устидан стерил салфетка ёпиладиган игна киритилади.

Эритма юборилгандан сўнг игнани венадан чиқарилади ва укол қилинган жойга йод настойкаси суртилади. Аппарат қисмларга ажратилади, илиқ сув билан обдан ювилади ва стерилланади, игна қайнатилади ва унга мандрен кийгазилади. Бу нарсалардан исталган вақтда фойдаланишга имкон бўлиши учун улар махсус стерилизаторда сақланиши керак.

Зарур малака етишмаслиги, игнани томир бўшлиғига шошиб киритиш, жгутни тўғри боғлаш, учи ўтмас тўмток игна ишлатиш асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Медицина ҳамшираси ҳар қандай инъекцияни ўтказишда этикеткага аҳамият бериши ва уни ўқиб чиқиши лозим. Дори солинган қутида этикетка бўлмаса, ампулада эса ёзув бўлмаса ёки уни ўқиб бўлмаса, бундай ампула ишлатишга яроксиздир.

Эритма юбориш вақтида бутун системанинг тўғри ишлашини кузатиш лозим: боғлам эритмадан ҳўл бўлмادими, суюқликнинг венадан ташқарига ёки атроф клетчаткага тушиши туфайли дори юборилган жойда инфилтрат ёки шиш пайдо бўлмادими, система найчалари буралиб қолишидан ёки вена тикилиб қолишидан суюқлик оқими тўхтамадими — ана шуларни текшириб кўриш зарур. Вена тромбози туфайли суюқлик оқими тўхтаб қолганда системада босимни ошириш ва канюлани тозалашга уриниш мумкин эмас, балки бошқа венада янги вена-пункция ёки венесекция қилиб суюқлик юбориладиган жойни ўзгартириш зарур. Суюқлик томизгичга тушишдан

тўхтаганда венага ҳаво кирмаслиги учун томчилаб юбориш тўхтатилади.

Венага бирор дори моддасини юбориш зарур бўлганда унга йод настойкаси суртилгандан сўнг найча игнаси билан тешилади. Агар аста-секин юбориш лозим бўлса, уни томчилаб юбориш учун эритмали идишга киритилади.

Медицина ҳамшираси дори моддасини қуйиш вақтида, шунингдек у тугаллангандан кейин бемор ўзини қандай хис қилаётганлиги (унинг ташқи кўриниши, пульси, нафас тезлиги) билан қизиқиши лозим. Дори юборишни бошлашдан олдин бемордан шу препаратни кўтара олиши ҳақида суриштириш лозим, чунки уни қўлланиш аллергия реакция кўзғатиши мумкин. Беморнинг аҳволи бир оз ўзгаргундек бўлса, медицина ҳамшираси тезликда врачни чақиритиши ва унинг ҳамма кўрсатмаларини адо этиши керак.

#### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Медицина ҳамшираси дори воситаларини ёзиб беришда нималарни ёдида сақлаши керак?
2. Дори воситаларини қандай қилиб тўғри сақланади?
3. Спиртда эритилган дориларни сақлашнинг хусусиятлари нимадан иборат?
4. Дори воситаларини сақлашнинг қандай усуллари бор?
5. Бўлимда дорилар тарқатишнинг хусусиятлари қандай?
6. Дори воситалари қандай усуллар билан киритилади?
7. Дориларни ички (энтерал) киритиш қандай ўтказилади?
8. Ректал шамчаларни киритиш техникаси қандай?
9. Дори воситаларини парентерал юборишнинг қандай методлари қўлланилади?
10. Шприцлар ва игналарни стерилизация қилишнинг қандай турлари бўлади?
11. Шприцни бемор ётган жойга қай тартибда олиб келиш керак?
12. Дори моддаларни томчилаб киритиш хусусиятлари нимадан иборат?
13. Тери остига ва венага дорилар қуйиш учун ишлатиладиган системага томизгич қандай ўрнатилади?
14. Тери остига ва венага дори қуйишдан олдин медицина ҳамшираси қўлини покизалаш нимадан иборат?
15. Антибиотиклар қандай суялтирилади?
16. Бир марта қўлланиладиган системани қандай йиғилади?
17. Венепункция учун қандай инструментлар керак?
18. Бемор елкасининг олдинги сатҳи териси остига дори моддалари юборилади. Қандай асорат пайдо бўлади ва беморга қандай ёрдам бериш мумкин?
19. Мушак орасига пенициллин юборилгандан кейин беморнинг ранги оқарди, уни совук ёпишқоқ тер босди, пульси ипсимон бўлиб қолди. Бу ҳолатнинг номи нима ва медицина ҳамшираси қандай чора кўриши керак?
20. Шприц ва игна стерилизация қилингандан кейин медицина ҳамширасининг қўли игнанинг учига тегиб кетди. Асоратнинг олдини олиш учун нима қилиш керак?

21. Стерил шприци бемор ётган жойга олиб келишда ҳамшира игна устига пахта тампон ёпиб қўйди. Қандай оқибатлар юз бериши мумкин?

22. Пенициллинни суюлтиришда ҳамшира 2 %ли новокаин эритмасини ишлатди. Бунда қандай ҳодиса юз беради?

## **XI боб**

### **НАФАС СИСТЕМАСИ ФУНКЦИЯЛАРИ БУЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ ВА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ**

Нафас органлари организмни кислород билан таъминлаш ва карбонат ангидрид газини чиқариш учун хизмат қилади.

Соғлом одамда нафас ҳаракатлари сони минутига 16 дан 20 гача ўзгариб туради, бу ёшга, жинсга, тана вазиятига боғлиқ. Тана ҳароратининг кўтарилиши, нерв қўзғолиши, жисмоний ҳаракат кабилар нафас тезлигининг ошишига олиб келади.

Нафас олишни беморга сездирмай санаш лозим. Шу мақсадда гўё беморнинг пульсини аниқламоқчи бўлиб, қўлини ушланади, иккинчи қўлни эса беморнинг кўкрак қафасига қўйилади, унинг 1 минутдаги ҳаракатлари сони саналади. Нафас бир-маромда (ритмик) ва муайян даражада чуқур бўлиши керак.

Нафас маркази функцияси пасайганда нафас олиш секинлашади. Оғир ҳолларда Чейн-Стокс, Биот ва Куссмаул типдаги патологик нафас олиш пайдо бўлади. Чейн-Стокс нафаси нафас ҳаракатларининг даврий пайдо бўлиши билан характерланади, улар орасидаги паузаларда нафас ҳаракатлари тобора ошиб бориб, кейинчалик улар нафас олишнинг батамом тўхтатишига қадар пасайиб кетади. Биот нафаси 1 минутгача давом қилиш мумкин бўлган катта паузалари бор узук-узук нафас олиш билан характерланади. Куссмаулнинг нафаси бир текис сийрак нафас цикллари, оғирлиги нафас ва кучли нафас чиқариш билан характерланади.

### **НАФАС ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УМУМИЙ СИМПТОМЛАРИ**

23. Кисиши — нафас олишнинг қийинлашувидан иборат бўлиб, нафас ҳаракатлари ритми (мароми) ва кучи билан характерланади. У ҳароратнинг ҳис қилиш билан ўтади, шу сабабдан кисиш тезроқ нафас олади. Нафас кисиши

химоя-физиологик мосланиш ҳисобланиб, унинг ёрдамида етишмаётган кислород ўрни қопланади ва ортиқча углекислота ажралиб чиқади. Нафас қисганда нафаснинг бошқарилиши бузилади, бу нафас частотаси ва чуқурлигининг ўзгаришида намоён бўлади. Тезлашган ва секинлашган нафас, чуқурлиги жиҳатидан юзаки ва чуқур нафас фарқ қилинади.

✓ Нафас қисишининг икки тури — инспиратор ва экспиратор турлари фарқ қилинади. Инспиратор нафас қисиши нафас олишнинг чўзиқлиги билан характерланади ва товуш ёриғининг рефлектор спазмида пайдо бўлади. Бунда нафас олиш шовкинли бўлади. Экспиратор нафас қисиши (нафас чиқаришнинг қийинлашуви) бронхиал мускулларнинг спазми тўғрисида майда бронхлар ва бронхиолалар бўшлиғи торайганда пайдо бўлади, у одатда бронхиал астмада кўрилади.

Беморда нафас қисиши пайдо бўлганда медицина ҳамшираси шу ондаёқ врачга хабар қилиши ва нафас олишни енгиллаштириш учун шошилиш чоралар кўриши: боши тағига болиш ёки елкаси тағига бир нечта ёстик қўйиб ёки функционал каравотнинг юқори қисмини бир оз кўтариб беморнинг кабини баланд қилиши, унинг оғир кўрпасини олиш ва сиқиб турган кийим-бошини ечиш, соф ҳавонинг кўпроқ киришини таъминлаш, форточка ёки деразани очиш, шунингдек беморга кислородли ёстик бериш, врачнинг ҳамма кўрсатмаларини бажариш керак.

**Йўтал** бронхлар ва юқори нафас йўлларида ёт жисмларни, юқори нафас йўллари, бронхлар ва ўпканинг турли қасалликларида шилимшиқ, балғамнинг чиқарилишига қаратилган химоя-рефлектор акт ҳисобланади. Йўтал рефлекс балғам ажратишга имкон беради. Йўтал ёпиқ товуш ёриғидан нафаснинг тўсатдан ва кескин чиқишидан иборат. Йўтал механизми шундан иборатки, одам чуқур нафас олади, сўнгра товуш ёриғи бекилади, ҳамма нафас мускуллари, диафрагма ва қорин мускуллари таранглашади ва ўпкадаги ҳаво босими кўтарилади. Товуш ёриғи тўсатдан очилганда ҳаво балғам ва нафас йўлларидаги йиғилиб қолган бошқа ёт жисмлар билан бирга оғиздан қуч билан отилиб чиқади. Нафас йўлларида чиқадиغان нарсалар бурун орқали тушмайди, чунки йўтал вақтида юмшоқ танглай бурун бўшлиғини бекитиб туради.

Тури бўйича балғам ажралмайдиган қуруқ йўтал ва балғам ажраладиган ҳўл йўтал бўлиши мумкин. Йўтал асосий қасалликни бирмунча оғирлаштиради. Қуруқ йўталнинг тембри юқори, у томоқни қичитади ва

ажадлаб ажрабмайди. Хўл йўталда балғам ажралади, балғам қанчалик суюк бўлса, у шунчалик тез кўчади.

**Балғам** — йўталда ва туфлашда нафас йўлларида ажралиб чиқадиган патологик ажралма. Балғам пайдо бўлиши ҳамиша ўпка ёки бронхларда патологик жараён борлигидан далолат беради. Балғамга нафас органлари касаллиги белгиси сифатида баҳо бериш учун биринчи галда балғам микдори, унинг консистенцияси, ранги, ҳиди ва аралашмаларини ҳисобга олиш зарур. Балғам характери бўйича шилликли, сероз, йиринг аралаш ва қон аралаш бўлиши мумкин. Балғамда қон ёки ипир-ипир қон борлиги медицина ҳамшираси диққатини тортиши ва у бу ҳақда дарҳол врачга хабар бериши лозим. Бемор ўпкасида бўшлиқ (каверна) бўлганда балғам кўп микдорда ажралади.

Балғамнинг яхшироқ кўчиши учун беморга энг қулай вазият танлаш зарур — бу вазият ёрдамида дренаж қилиш дейилади. Жараён бир томонлама бўлганда бемор соғлом ёнбошида ётади. Вазият ёрдамида дренаж қилиш кунига 2—3 марта 20—30 минутдан ўтказилади. Медицина ҳамшираси бемор бу муолажани мунтазам ўтказишини кузатиб бориши зарур. Бемор балғамни туфдонга — қопқоғи бураб бекитиладиган тўқ рангли шиша идишга туфлаши лозим. Суткалик микдорини ўлчаш учун балғамни чўнтак туфдонидан қопқокли ва даражаларга бўлинган тиник рангли шиша идишга қуйилади ва қоронғи, салқин жойда сакланади.

Лабораторияга текшириш учун ё ухлаб тургач олинган эрталабки балғамни, ёки суткалик балғамнинг ҳамма микдори олинади. Яхшиси, балғамни эрталаб, овқат ейишга қадар йиғиш керак. Бемор яхшилаб тишини ювади, оғзини чаяди. Чуқур нафас олиш ва йўталиш балғам ажралишига имкон беради. Материални тоза, қуруқ шиша банкачага ёки қопқоқ билан зич бекитиладиган махсус стерил туфдонга йиғилади. Одатдаги анализ учун олинadиган балғам микдори 3—5 мл дан ошмаслиги керак. Керак бўлганда махсус текширувга юборилади.

Балғамни ўсма хужайраларига (атипик) олиш. Янги ажратилган балғам туфдонга йиғилади ва шу заҳоти лабораторияга жўнатилади, чунки атипик хужайралар тез парчаланади.

Балғамни сил микобактерияларига олиш. Беморларга ўпка силига шубҳа бўлганда тайинланади. Флотация методи билан текширилади — балғамни сутка мобайнида стерил туфдонга йиғилади. Балғам етар

В

лица бўлмаса, уни салкин жойда (полда) 3 суткагача сақлаб йиғиш мумкин.

Антибиотикларга сезувчанликка балғам олиш. Бемор эрталаб стерил Петри косачасига бир неча марта туфлаши лозим.

Балғамли идишда беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми ҳамда текшириш мақсади ёзилган этикетка бўлиши керак.

Медицина ҳамшираси чўнтакда олиб юриладиган туфдонлар ёки балғам учун банкаларнинг ҳамма вақт тоза бўлишини кузатиб бориши лозим. Бунинг учун ҳар куни уларни илиқ сув билан ювиш ва 30 минут мобайнида 2 % натрий гидрокарбонат эритмасида қайнатиш лозим. Туфдон тубига 5 % карбол кислота эритмаси, 2 % калий перманганат эритмаси ёки 3 % хлорамин эритмаси қуйилади. Умумий туфдонларни юкумсизлантиришда балғам устига дезинфекция қиладиган хлорамин эритмаси, тинитилган хлорли оҳак эритмаси қуйилади, сўнгра канализацияга тўкилади.

Силга қарши медицина муассасаларида туфдондаги балғамни қиринди ёки торф билан аралаштирилади ва махсус печларда қуйдирилади.

Балғамда ипир-ипир ёки кўп миқдорда кип-қизил қон пайдо бўлиши ўпкадан қон оқаётганидан далолат беради.

**Қон туфлаш** ҳатто оз бўлганида ҳам хавфлидир, чунки у шошилишча тадбирлар кўришни талаб этадиган, беморнинг ҳаётига хатар соладиган ўпкадан қон оқишига айланиб кетиши мумкин.

Баъзан беморда қоннинг ўпкадан ёки меъдадан оқаётганини аниқлаш қийин бўлади, беморга биринчи ёрдам кўрсатиш учун эса зудлик билан бу масалани ҳал қилиш талаб этилади.

Ўпкадан қон оқишида қон йўтал пайтида пайдо бўлади, ранги кип-қизил, кўпикли, ишқорий реакцияли, айни вақтда ўпкадан қон оқишидан фарқли равишда, меъдадан қон оқиши қусиш ҳаракатлари, кўнгил айниши билан ўтади: қон овқат билан аралашган, тўқ рангли, кислотали реакцияли, баъзан ивиб қолган. Милклар ва ҳалқумдан қон оқаётганини истисно қилиш учун оғиз бўшлиғи ва ҳалқумни синчиклаб кўздан кечириш лозим. Милклар, бодомча безлари ва бурун-ҳалқумдан оқаётган қонсимон суюқлик, пушти-жигар ранг, шилликли бўлади.

Ҳар қандай органидан қон оқаётган беморни тинчитиш, унга тўлиқ осойишталик яратиш, гаплашиш ва чекишни тақиклаш зарур. Уринда бемор қадини баланд



килиб ётқизилади, ўтқазилади ёки унга ҳамма томонига ёстиқ қўйиб ярим ўтириш ҳолати берилади. Суюкрок, осон ҳазм бўладиган, витаминли овқатлар совуқ ҳолда берилади. Фақат совуқ ичимлик ичишга рухсат берилади. Қайси ўпкадан оқаётгани маълум бўлса, кўкрак қафасининг шу томонига музли халтача қўйилади. Қон оқиш вақтида йўтал пайдо бўлганда уни ҳамма чораларни қўллаб тўхтатиш зарур, чунки йўталиш қон оқшини кучайтиради ва беморнинг аҳволини ёмондаштиради. Қон туфлашда ва ўпкадан қон оқаётганда кўкрак қафасига банка, горчичник қўйиш мумкин эмаслигини унутмаслик керак. Бемор оғзини ўзи мустақил чая олмаса, медицина ҳамшираси стерил салфетка олади, уни шпателга ўрайди ва қон аралаш балғам қолдиқларини тозалаб оғиз бўшлиғини эҳтиётлик билан артади.

Медицина ҳамшираси қон оқиши батамом тўхтагунча бемор тўшаги олдидан узоқлашмаслиги керак. Юрак-томирлар системаси ҳолатини кузатади: пульсини санайди, артериал босимини ўлчайди ва зарур дориларни юбориш учун стерил шприц билан игналарни тахт қилиб қўяди.

Кўкрак қафасидаги оғриқлар аксари нафас органлари касалликларининг симптомларидан бири бўлади. Улар одатда яллиғланиш жараёнига плевранинг тортилиши билан боғлиқ ва ўпка яллиғланганда ва плевритларда пайдо бўлади.

Плеврал оғриқлар учун уларнинг чуқур нафас олиш вақтида пайдо бўлиши хос. Кўкрак қафасидаги оғриқни камайтириш учун бемор юзаки нафас олишга ҳаракат қилади ва йўтал ҳаракатларини тутиб туради. У мажбурий вазият эгаллаб касал ёнбошини босиб ётади, натижада плевра ҳаракатлари чегараланади ва оғриқ камаяди.

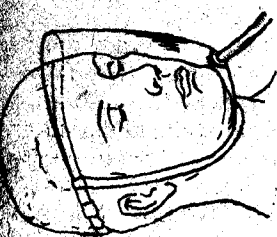
Кўкрак қафасида оғриқ пайдо бўлганда медицина ҳамшираси беморга айниқса диққат-этибор бериши ва аҳволини енгиллаштиришга ҳаракат қилиши керак. Шу мақсадда бемор учун қулай вазият танлайди, уни яхши ўраб-чирмайди, врач кўрсатмаси бўйича горчичник, банкалар қўяди ёки кўкрак қафасига йод настойкаси суртади. Чалғитувчи терапия таъсирида оғриқ камаймаса, беморларга врач кўрсатмаси билан оғриқ қолдирувчи препаратлар берилади.

## ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ

Оксигенотерапия — кислородни даво мақсадида қўллашдир. Организмда кислород ётишмаганда бу метод жуда яхши таъсир кўрсатади.

# 36-расм. Оксигенотерапия.

а — юзга кўйиладиган кислород шикоб; б — кислородни марказлашган ҳолда бериш.



а



б

40—50 % кислород тутган газ аралашмаси билан нафас олиш артериал қонни тез вақт ичида нормагача тўйинтиради. Кислород терапиясидан сўнг беморнинг қайфияти яхшиланади, юзидаги кўкимтирлик камаяди, нафаси бирмунча сийрак ва чуқур бўлади, нафас қисиқи тўхтади, юрак фаолияти ва уйқуси яхшиланади. Кислород нам ҳолда ва атмосфера ҳавоси билан муайян нисбатларда берилиши лозим. Кислород терапияси давомли ва узлуксиз бўлиши керак. Кислородни рационал ва тежаб сарфлаш лозим. Кислородга ортиқча тўйинтиришдан сақланиш лозим, чунки юқори концентрацияларда (70 % дан юқори) юрак-томирлар системасига ва нафас олишга салбий таъсир кўрсатади. Уни кислород ёстиғидан, бурун катетерлари орқали, кислород палаткалари ердамида, бевосита баллондан ёки марказий кислород станциясидан бериш мумкин (36-расм).

**Кислород юборишнинг ингальяцион методлари.** Кислородни қўллашдан олдин нафас йўлларининг яхши ўтказувчанлигига, уларда балғам ёки қусук массалари йиғилиб қолмаганлигига ишонч ҳосил қилиш лозим. Беморга ингальяцион йўл билан кислород бериш учун қўйиладиган

аппаратлардан фойдаланилади: редуктор билан таъминланган кислородли баллон, кислородли ёстик, жўмрак ва мундштукли резина найча. Кислородни қуйидагича тўлдириш мумкин: мундштукни олиб, резина найчани кислород баллон редуктори билан туташтирилади, аста-секин вентил очилади ва газ ёстикни тўлдиради. Ёстик тўлгач, редуктор вентили ва ёстик жўмраги бекитилади, мушдштук кийгизилади, бунда кислородни намлаш ва оғиз қуришининг олдини олиш учун мундштукқа нам доқа ўралади. Мундштукни оғизга такаб қўйиш керак эмас, уни бемор оғзи олдида 4—5 см масофада тутиб турилади ва резина найчадаги клапан аста-секин очилади. Кислород ошган босим натижасида ёстикдан чиқади ва нафас олишда нафас йўлларига тушади. Кислороднинг тушиш тезлиги найчадан жўмрак билан бошқарилади ва ёстикнинг бурчагини босиш йўли билан кислороднинг ҳаммасини чиқарилади. Одатда беморлар минутага 4—5 л кислород берилишини яхши кўтарадилар. Ёстик 4—7 минутга етади, сўнгра уни захира ёстик билан алиштирилади ёки яна кислород тўлдирилади.

Бу усулда юборишда кислородни намлаш кифоя қилмайди ва у оғиз ва бурун бўшлиғи шиллик пардаларини қуритади, шунинг учун бу усулни кислородни бурун катетерлари орқали киритиш билан алиштириш мумкин.

Кислородни бурун катетерлари орқали бериш. Бу мақсадда 10-рақамли катетерлар ва тегишли узунлик ва диаметрдаги пластмасса найчалар ишлатилади, уларни V-симон учликнинг иккита бўлинмасига кийгизилади, учинчи учини эса исталган кислород манбаига уланади (кислород ёстиғи, кислородни марказлашган система орқали узатиш жўмраги). Катетерлар олдиндан қайнатилади, вазелин мойи суртилади ва пастки бурун йўли бўйлаб ютқуннинг орқа деворигача, бироқ қусиш рефлексини кўзғатмай киритилади. Кислородни намлагич (Бобров аппарати) орқали минутага 2—3 л тезликда берилади.

Кислород бериш тезлигини кислород пуфакчаларининг намлагич орқали ўтиш тезлиғи бўйича назорат қилиш мумкин. Кислородни жуда тез бериш ёқимсиз сезгилар вужудга келтиради ва газнинг ортиқча сарфланишига сабаб бўлади.

Кислородни маска орқали бериш. Металл ва пластмассадан ясалган никоблар бўлади. Уларнинг капсуласи юзга қўйилганда оғиз бўшлиғи ва бурунни ёпиб турадиган шаклда ишланиши керак. Никобнинг нафас олиш ва чиқариш клапанлари бор. Нафас олиш клапани

нинг тубуси юпка резинада, қопчиғига уланади, у кислород берилишини таъминлаб туради. Нафас чиқариш вақтида у нафас олишдан тўхтатади, нафас олишда ўпка томонидан актив суралади. Нафас қопчиғи клапан билан таъминланган бўлиб, у қопчикдаги кислород ҳажми бемор олган нафас ҳажмидан кам бўлганда эркин нафас олиш имконини беради.

Никоб ёрдамида кислород киритиш очик, ярим ёпик ёки ёпик система бўйича амалга оширилиши мумкин. Очик системада никоб бемор юзига зич ёпишиб турмайди ва нафасга олинадиган газли аралашма кислород билан бойитилган атмосфера ҳавосидан (тахминан 30 % кислород) иборат, холос. Нафас ташқи муҳитга эркин чиқарилади. Бу усулда кислород дозаси аниқ бўлмайди ва таъсирчанлиги кам бўлади.

Ярим ёпик усулдаги кислород ингаляциясида нафас билан чиқариладиган газли аралашманинг фақат бир қисмигина ташқи муҳитга тушади. Системага аралаштиргичли камера — нафас қопчиғи уланганда кислородни бирмунча тежаб ишлатишга муваффақ бўлинади. Қопчикнинг тўлиб кетишидан сакланиш учун уни чиқариш клапани билан таъминланиб, ортикча нафас газлари ҳажми шу орқали ҳайдалади. Газ чиқмаслиги учун никоб бемор юзига зич қилиб тақилади ва резина тасмалар билан маҳкамланади. Соф кислород билан нафас олиниб, камерага нафас билан чиқариладиган ҳавонинг қарийб  $1/3$  қисми қайтади. Бу системада кислород намланмаса ҳам бўлади. Нафас олиш камерасини вақти-вақтида конденсат сув буғларидан бўшатиб туриш зарур. Нафасга олинадиган аралашмада углекислота концентрациясининг ошиб кетиши, клапан ва нафас қопчиғи таъсирида нафасга қўшимча қаршилиқ вужудга келиши бу методнинг камчиликларидан ҳисобланади, ўпка ва юрак касалликларида бу ёқимсиз ходисаларнинг бўлмагани маъқул. Кислород оқими минутига 8 л дан кам бўлмаганда углекислотанинг ортикча йиғилиб кетишидан қутулиш мумкин. Бу системага ўлчагич (дебитометр) улаш кислород тушишини етарли даражада аниқ назорат қилиш, кислород билан даволашни бирмунча осонлаштириш имконини беради.

Кислородни баллондан бериш. Кислородни бевосита баллондан қўллаш муолажани анча осонлаштиради ва кислород терапиясини узоқ муддатгача узлуксиз ўтказиш имконини беради. Медицина кислороди солинган баллонларнинг сифими 40 л бўлади ва 150 атм босим остидаги газсимон кислород саклайди. Кислородни 2—

3 атм дан ошмаган босим остида қўлланиш мумкинлигини назарда тутиб, баллонга махсус прибор — босимни пасайтирадиган редуктор уланади. Редукторнинг иккита камераси ва иккита манометри бўлиб, улардан баллонга энг яқин тургани ундаги босимни кўрсатади. Шу манометр бўйича баллондаги кислород миқдори тўғрисида ҳулоса чиқарилади. Паст босимли камера билан туташтирилган иккинчи манометр беморга бериладиган кислород босимини кўрсатади. У 1—2 атм атрофида тартибга солиб турадиган винт билан белгилаб қўйилади. Кислородни палаталарга марказлашган система бўйича бериш энг қулай.

Кислородли баллондан фойдаланишда сиқилган газсимон кислороднинг мойлар, ёғлар, нефть билан дуч келганда улар билан актив бирикмаларга киришиб, алангаланиш ва портлашга сабаб бўлишини унутмаслик зарур. Баллонлар сақланадиган хонада чекиш қатъиян ман қилинади! Мой артилган латтани кислородли баллонлар билан бир хонада сақлашга рухсат этилмайди. Мосламаларга қараб турадиган шахсларнинг қўли, кийим-боши, асбоблари ёғ ва бўёқлар билан ифлосланмаган бўлиши керак. Баллонни силкиниш ва ўрилишлардан эҳтиёт қилиш лозим. Уни вертикал ҳолатда, салкин жойда деворга маҳкамлаб қўйиб сақланади. Баллоннинг юқори учига ундаги босимни кўрсатиб турадиган манометр ўрнатилади. Баллон вентилини очишда унга рўбарў туриш тавсия этилмайди, чунки кўз шиллик пардасига кислород сачраб кетиши ва кўзни шикастлаб қўйиши мумкин. Бахтсиз ҳодисаларнинг олдини олиш учун кислород баллонлари турадиган ҳар бир хонада ёнғинга қарши мақсадда ўт ўчиргич бўлиши керак.

Ҳозирги вақтда касалхоналарнинг типовой лойиҳала-рида кислород ва азот (I) - оксидни марказлашган ҳолда узатиш кўзда тутилган. Кислород бевосита бемор ётган жойга етказиб берилади, медицина ходими эса баллонларнинг сақланиши, ташилиши ва алиштирилишини кузатиб боришдан холи бўлади. Газ сарфи камаяди.

Ватанимиз саноати газни марказлашган усулда бериш учун икки типдаги станцияларни ишлаб чиқаришти: автоматик бошқариладиган станциялар ва қўлда бошқариладиган (станциялар (КСС-2)

Қатор касалхоналарда газ берадиган замонавий система бўлади. Стационар мосламалар кўк рангли бўялган ва «М» белгиси бўлган катта кислород баллонлардан ташкил топган. «М» медицина кислороди деган маънони англатади, чунки фақат медицина кислородидан

фойдаланиш мумкин. Бу баллонлар алоҳида бинода ёки касалхона биносининг ташки томониغا ўрнатилган металл шкафда сақланади. У тик тушадиган қуёш нурларидан ҳимоя қилинган жойда туради ва деворга темир тутқич билан яхши маҳкамланади.

Кислородни марказлашган усулда берадиган система-си бўлмаган касалхоналарда баллонлар коридор, ертўла, палаталарда ўрнатилади. Бунда ёнғинга қарши қондаларга ва техника хавфсизлигига риоя қилишда қийинчиликлар вужудга келади.

### **НАФАС ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ УМУМИЙ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ**

Нафас органлари касаллиқлари бор беморлар ёруғ, кенг, яхши шамоллатиладиган палаталарда бўлишлари керак. Медицина ҳамшираси кичик медицина ходимининг хонани ҳар куни ҳўллаб артиб тозалашини кузатиб бориши керак. Қаравот қулай, бош томони бир оз баланд қилиб кўтарилган бўлиши керак.

Палатага кислородни марказлашган ҳолда берадиган мослама келтирилгани маъқул, у бўлмаганда медицина ҳамшираси постни етарли миқдорда кислород ёстиклари билан таъминлаши керак. Медицина ҳамшираси беморларнинг бадан териси ҳолатини кузатиб боради ва ётоқ-яраларни профилактика қилиш учун чоралар кўради. Беморда яхши иштаҳа кўзғатиш гоёат муҳим, бунга столни чиройли безатиш, бемор хуш кўрадиган таомларни оз-оздан илик ҳолда бериш билан эришилади. Сульфаниламид препаратлар (этазол, сульфадиметоксин ва бошқ.) тайинланган беморлар уларни мунтазам, маълум вақт ичида қабул қилишлари керак. Медицина ҳамшираси врач кўрсатмаси бўйича беморни тунда ҳам уйғотади.

Ўпкасидан қон оқадиган беморлар айниқса, қўнгил билан парвариш қилишни талаб этади. Медицина ҳамшираси уларнинг умумий аҳволи, пульс частотаси, артериал босими даражасини диққат билан кузатиши, врачнинг ҳамма кўрсатмаларини ўз вақтида ва аниқ бажариши шарт. Бронхлар спазми бўғилишга олиб келиши эҳтимол тутилган бронхиал астмали беморларга катта аҳамият бериш зарур. Беморларнинг нафаси юришмай қолади, улар кўкариб кетадилар, безовта бўлидилар, ўз аҳволларини енгиллаштиришга уринадилар. Медицина ҳамшираси врачгача биринчи ёрдам кўрсатиб, беморни ўринда қулай вазиятда, бош томонини баланд қилиб ўтказиши, беморнинг совқотишига йўл қўймай,



хонага соф ҳаво киришини таъминлаши, кислород билан нафас олдириши керак. Банкалар, кўкрак кафасига горчичниклар қўйиш, шунингдек оёкка горчицали ванналар қилиш яхши фойда беради. Бемор йўталаётган бўлса, медицина ҳамшираси врач кўрсатмаларини пухталики билан бажаради, бир чимдим натрий гидрокарбонат қўшилган иссиқ сут ичиради, балғам кўчирадиган микстура беради, беморни совкотишдан эҳтиётлаб ўраб-чирмайди. Қўп балғам ажратадиган беморларга тикини яхши бураб бекитиладиган чўнтак туфдони берилади. Унга балғамни рўмолчага, айниқса полга туфлашга рухсат этилмайди. Бу кўидага амал қилинмаса, инфекция бошқа беморларга ҳам юқиши мумкин. Туфдон ҳар кунни бўшатилади, тозалаб ювилади, айрим ҳолларда қайнатилади ҳам. Балғамни дезинфекция қилиш учун туфдон тубига озроқ микдорда 0,5 % хлорамин эритмаси қўйилади.

Нафас органлари касалликлари кўпинча иситма ва эт жунжиқиши билан ўтади. Бу ҳолда беморни иситиш, ён-атрофига грелкалар қўйиб чиқиш, яхшилаб ўраб-чирмаш, қайноқ, аччиқ, ширин чой ичириш керак. Тана ҳарорати анча кўтарилганда бошга музли халтача қўйиш мумкин. Ҳароратнинг пасайиши аксари кўп тер ажралиши билан ўтади. Бундай ҳолларда бемор баданини курук сочиқ билан артиш, ич кийимини алиштириш ва бир дақиқа ҳам ҳўл ич кийимда бўлмаслигини кузатиб бориш лозим. Медицина ҳамшираси мунтазам равишда бемор пульсини санаши, артериал босимини ўлчаши, нафас олишини кузатиши ва беморнинг аҳволи андек ёмонлашиб қолса, зудлик билан врачни чақириши керак.

#### **ПУЛЬМОНОЛОГИЯ БЎЛИМИДА ИШЛАЙДИГАН МЕДИЦИНА ҲАМШИРАСИ ИШИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ**

Пульмонология клиник тиббиётнинг мустақил соҳасига ажралиб чиқиши муносабати билан кўп профилли касалхоналарда пульмонология (ўпка касалликлари) бўлимлари ташкил этилган. Уларда медицина ҳамширасининг иши ўзига хос айрим томонлари билан ажралиб туради. Бу бўлимларда ўпканинг хроник касалликлари билан, шунингдек ўпканинг ўткир, яъни йўтал ва балғам орқали касаллик кўзгатувчилар ажралиб чиқадиған касалликлари билан оғриган беморлар бўлади. Қасалхона ичи инфекцияси авж олишини профилактика қилиш учун медицина ҳамшираси қўидаги қатор санитария-гигиеник тадбирларни ўтказиши керак:

1) ҳар бир беморнинг қопқоғи бўраб беқитиладиган ўз туфдонни бўлиши зарурлиғи устидан кузатиб бориши; туфдонни тез-тез дезинфекция қилиб туриш ва озода сақлаш керак;

2) палаталар ва беморлар кўп тўпланадиган даволаш хоналарини тез-тез шамоллатиб туриш;

3) хоналарни кунига 3 марта дезинфекция қиладиган эритмаларнинг бири билан нам усулда йиғиштириб тозалаш устидан кузатиш;

4) врач кўрсатмаларини аниқ бажариш, дорини вақтида, белгиланган соатларда бериш, беморларни ҳатто тунда даво ўтказиш учун уйқудан уйғотиш;

5) даволаш физкультураси, нафас гимнастикаси ва ўриндаги махсус вазият ёрдамида бронхлар дренажини ўз вақтида ўтказиш устидан кузатиш;

6) беморни эндоскопик текширишга тўғри тайёрлашни билиш;

7) беморларни даволаш хоналари (ингаляторий, аэрозол ва аэроионозол, ЛФК, астматик ҳолатни жадал даволаш хонаси)га ўз вақтида қатнашиш устидан кузатиш;

8) қатор мураккаб касалликларни даволашга индивидуал ёндашишни амалга ошириш лозим.

#### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Нафас органлари касалликларининг умумий симптомлари қандай?

2. Қон туфлашда шошилинч ёрдам нимадан иборат?

3. Йўталадиган, кўкрак қафасида оғрик бўлган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари қандай?

4. Медицина қислороди солинган баллонларни қандай сақлаш лозим?

5. Қислород ёстиғини баллондан қандай қилиб тўғри тўлдириш ва уни беморга узатиш мумкин?

6. Қислородни марказлашган усулда бериш қандай амалга оширилади?

7. Нафас органлари касалликларида беморларни умумий парвариш қилиш нимадан иборат?

8. Лаборатория текшируви учун балғам олиш техникаси қандай?

9. Нафас қисиши, бўғилиш ва бронхиал астма ҳуружи вақтида беморга қандай ёрдам кўрсатилади?

10. Оксигенотерапия қўлланишга кўрсатмалар қандай?

11. Нафас ҳаракатлари сонини қандай санаш мумкин?

12. Бемор йўталганида қирмизи рангли балғам пайдо бўлди. Бу нимадан далолат беради ва медицина ҳамшираси нима чора кўриши керак?

13. Бемор узук-узук, катта паузалар (1 мин гача) билан нафас олади. Бундай нафаснинг номи қандай?

14. Беморнинг нафаси қисиб, нафас чиқариши қийинлашган, лаблари кўкитир тусга кирган, нафас олаётганида хирилдаган товуш эшитилади. Бу қандай ҳолат ва унда қандай шошилинч ёрдам кўрсатиш зарур?

## ЮРАК-ТОМИРЛАР СИСТЕМАСИ ФУНКЦИЯЛАРИ БУЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ ВА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Юрак ва кон томирларнинг касалликлари аксари тўсатдан ўлимга гирифтор қилади, шунга кўра бундай беморларни парвариш қилишда медицина ҳамширасининг роли бағоят катта ва масъулиятлидир.

### ПУЛЬСНИ АНИҚЛАШ

Пульс деб, томирлар деворининг юрак ҳайдайдиган кон ҳаракати натижасида келиб чиқадиган турткисимон тебранишларига айтилади. Чап коринча томонидан аортага ритм билан ҳайдаладиган кон артериал оқим ичида тебранишлар ҳосил қилади ва артериялар деворларининг эластик чўзилишига ва пучайишига олиб келади. Пульс хоссалари унинг частотаси, ритми, таранглиги ва тўлиқлиги билан белгиланади. Пульс частотаси нормада минутига 60 дан 80 гача ўзгариб туради. Пульс кенг чегараларда ўзгариб туриши ва унинг частотаси ёшга, жинсга, тана ва ташки муҳит ҳароратига; шунингдек жисмоний ҳаракатга боғлиқ. Энг тез пульс ҳомиланинг она қорнидаги даврида ва бола ҳаётининг дастлабки йилларида қайд қилинади. 25 дан 60 ёшгача пульс барқарор бўлиб қолади. Аёлларнинг пульси эркакларга нисбатан тез. Мускул иши нечоғли кучли бўлса, пульс шунчалик тез бўлади.

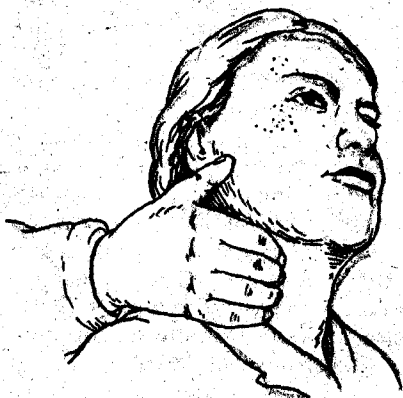
Пульсни артериялар юза жойлашган ва бевосита пальпация қилиш қулай жойларда текширилади. Пульсни пайпаслашнинг ҳамма қабул қилган жойи — билак артериясидир. Пульсни чакка артерияларида, уйку ва сон артерияларида пайпаслаб кўриш мумкин. Пульсни аниқлашнинг асосий усули пайпаслаш ҳисобланади, у одатда билакнинг қафт юзасида, I бармоқ асосида, билак артериясида ўтказилади. Мускуллар ва пайлар таранглиги пальпацияга ҳалақит бермаслиги учун беморнинг кўли бўш қўйиб қўйилиши керак. Билак артериясида пульсни текширишни албатта иккала қўлда ўтказиш лозим ва пульс хоссаларида фарқ бўлмагандагина кейинчалик уни бир қўлда текшириш билан қифояланиш мумкин. Бемор панжасини ўнг қўл билан билак-панжа бўғими соҳасида бўшгина ушланади ва ўнг қўл билан текширилувчининг юраги сатҳига қўйилади. Бунда I бармоқни тирсак



а



б



в

37- расм. Пульсни аниқлаш.

а — билак артериясида; б — чакка артериясида; в — уйку артериясида.

томонига, II, III ва IV бармоқларни эса билак томонига, бевосита билак артериясига қўйилади. Нормада бармоқ остида юмшоқ ва қайишқоқ пульсация сезилади. Текширувчи кишининг IV бармоғи беморнинг V бармоғи рўбарўсида туриши керак. Пульсация қилаётган артерияни учала бармоқ билан пайпаслаб уни билак суягининг ички томонига босилади. Артерияни қаттиқ босмаслик керак, чунки босим таъсирида пульс тўлқини йўқолиши мумкин. Агар бирор сабабга кўра билак артериясида пульсни аниқлаб бўлмаса, пульсни чакка ёки уйку артериясида текширилади (37- расм).

Пульснинг тезлашуви тахикардия, камайиши брадикардия дейилади. Тахикардияда ҳам, брадикардияда ҳам

турли-туман асоратларнинг олдини олиш учун беморларни диққат билан кузатиш зарур.

Томир уришини кам деганда 30 с ичида санаш лозим. Бунда олинган рақамни 2 га кўпайтирилади. Аритмик пульсда санаш 1 минут ичида ўтказилади. Чап коринчанинг айрим қисқаришлари жуда суст бўлиб, пульс тўлқини перифериягача етмайдиган ҳолларда пульс дефицити (танкислиги) пайдо бўлади (периферик пульс частотаси билан юрак қисқаришлари ўртасидаги, фарқ). Бунда пульсни икки киши санаши лозим: билак артериясидаги пульс ва юрак қисқаришлари саналади. Пульс турткилари бир хил вақт ичида бирин-кетин келса, тўғри ритм ёки ритмик пульс дейилади. Акс ҳолда нотўғри аритмик пульс кузатилади. Соғлом одамларда пульснинг кўпинча нафас олишда тезлашуви ва унинг нафас чиқаришда секинлашуви — нафас аритмияси қайд қилинади, бу адашган нерв тонусининг ўзгаришига боғлиқ бўлиб, кўпинча болалик ва ўсмирлик ёшида пайдо бўлади. Электрокардиография усули бўйича аритмияларнинг ҳамма турлари бирмунча яхши аниқланади.

Пульс тезлиги пульс тўлқинининг ошиш ва пасайиш характери билан белгиланади.

Пульс таранглиги пульс тўлқини таркалишининг тўдиқ тўхташи учун зарур куч билан белгиланади. Пульс таранглигининг даражаси бўйича максимал артериал босимнинг катта-кичиклиги тўғрисида тахминий ҳулоса чиқариш мумкин, у нечоғли юқори бўлса, пульс шу қадар таранг бўлади.

Пульс тўлиқлиги пульс тўлқинини ҳосил қиладиган кон микдори билан белгиланади ва юракнинг систолик ҳажмига боғлиқ бўлади. Тўлиқлиги яхши бўлганда бармоқ остида юқори пульс тўлқини сезилади, ёмон бўлганда — пульс кучсиз, пульс тўлқинлари кичик, аранг билинадиган бўлади. Бу юрак мускули иши заифлашганидан дарак бериши мумкин. Ипсимон дейиладиган аранг билинадиган пульс айниқса ёмон аломат ҳисобланади. Медицина ҳамшираси беморда ипсимон пульсни аниқлаши билан, тезда врачга хабар бериши керак.

Пульсни пайпаслаш усулида диққат билан малакали текшириш қимматли натижалар беради, бироқ кўп жиҳатдан субъектив бўлади. Сўнгги йилларда пульсни узоқ вақт ва узлуксиз текшириш учун махсус аппаратлар — пульсотахометрлар, мониторлар қўлланиб келиняпти, улар пульсни ҳисоблаб ва ёзиб боради, бу эса узоқ муддатга чўзиладиган операцияларда ниҳоятда муҳимдир.

Пульс тўғрисидаги маълумотлар ҳарорат варақасида

кайд қилинади. Хароратнинг ўзгариши пульснинг ҳам ўзгаришига олиб келади, шунинг учун пульс тўғрисидаги маълумотларнинг график тасвири муайян аҳамиятга эга.

### АРТЕРИАЛ БОСИМНИ АНИКЛАШ

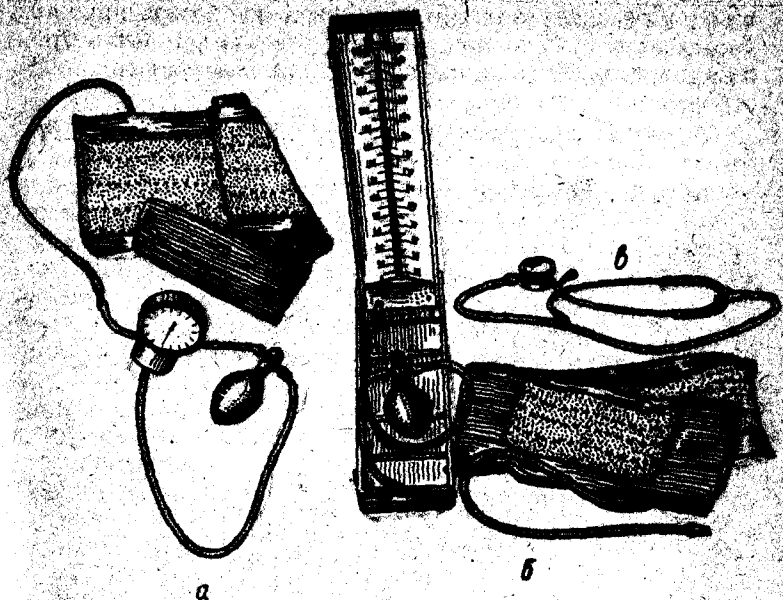
**Артериал босим** — систола ва диастола вақтида томирлар деворига тушадиган қон босимидир. Уни соғлом одамларда ҳам, беморларда ҳам юрак-томирлар системасига баҳо бериш максасида ўлчанади. Артериал босим юракдан отилиб чиқадиган қон микдорига, қон оқимиға, умумий периферик томирларнинг нечоғлик қаршилик кўрсатишиға, томирлар деворининг эластиклиғига боғлиқ. Систолик (максимал), диастолик (минимал) артериал босим ва пульс артериал босими фарқ қилинади.

Систолик босим — артериал системада чап қоринча систоласидан кейин пайдо бўладиган пульс тўлқини максимал кўтариладиган вақтидаги босимдир. Диастолик босим юрак диастоласи охирида, пульс тўлқини тушган вақтда пайдо бўладиган босимдир. Систолик ва диастолик босим ўртасидаги фарқ пульс босими дейилади.

Артериал босимни ўлчаш юрак-томирлар ва нафас системалари касалликларида қўлланиладиган муҳим диагностика усул ҳисобланади. Катта ёшли соғлом одамларда артериал босимнинг нормал рақамлари қатор сабабларға, айниқса ёшға, нерв системаси ҳолатига, сутка соатларига ва шунга ўхшашларға кўра ўзгариб туради. Систолик босим 120 дан 140 мм гача симоб устун, диастолик босим 70 дан 90 мм гача симоб устун атрофида ўзгариб туради. Эрталаб артериал босим 5—10 мм симоб устунига паст бўлади.

Артериал босимни ўлчаш учун турли хил приборлар қўлланилади (38-расм). Симобли сфигмоманометр (Рива-Роччи) манометр, манжетка, нокча-баллон ва асбоб қисмларини ўзаро туташтирадиган резина найчалар системасидан иборат. Асбоб қопқоғига монтаж қилинган манометр шиша найчадан иборат бўлиб, унинг пастки учи симоб солинадиган, сифими 15—20 мл ли шиша резервуарға қавшарланган. Манометрға миллиметрли бўлинмалари (0 дан 250 мм гача) бўлган шкала уланган. Шиша найчадаги симоб даражаси 0 га қўйилади. Манжетка — эни 12—14 см ва узунлиги 30—50 см ли ичи буш резина қопчикдир. Қопчикқа қалин дағал матодан тилоф кийгизилган, бу резина қопчикқа ҳаво киритишда





38- расм. Артериал босимни ўлчаш.

а — тонометр; б — Рива-Роччи аппарати (сфигмоманометр); в — фонендоскоп; г — манжет-  
кани тўғри кўйиш.

унинг чўзилиб кетмаслиги, фақат текширилаётган одам-  
нинг кўлини босиб туриш учун хизмат қилади. Хаво уни  
ташқаридан киришига йўл қўядиган ва ташқарига  
чиқишига тўскинлик қиладиган клапани бўлган қалин  
деворли резина баллон ёрдамида ҳайдалади. Симоб  
селинган резервуардан нокча-баллонга ва манжеткага  
бириктирувчи резина найчалар ўтган.

Пружинали манометри бўлган аппаратлар тонометр

метрлар дейлади. Бунда артериал босим пружина қаршилиги кучи билан ўлчаниб, бу куч миллиметрли бўлинмалари бўлган циферблат бўйлаб ҳаракатланадиган стрелкаларга ўтади.

Артериал босим билвосита метод (Коротков методи) билан ўлчанади, бу усул манжеткадаги ҳаво босимини аста-секин пасайтиришга ва бу босим даражасини Коротков тонлари пайдо бўлган ва йўқолган пайтларда қайд қилишга асосланган. Артериал босим маълум соатларда яхшиси эрталаб, тушқи овқатгача, муайян тана вазиятида, имкон борича бир хил ўртача ҳаво ҳароратида ва нормал атмосфера босимида ўлчанади. Агар бемор чарчаган ёки кўзғолган ҳолатда бўлса, босимни ўлча-маслик лозим.

Артериал босимни елка артериясида ўлчаш техникаси. Артериал босимни ўлчаш вақтида текширилаётган одам тинч ўтириши ёки ётиши, гаплаш-маслиги ва ўлчашни кузатиб турмаслиги керак. Беморнинг яланғочланган қўлига тирсак букимидан 2—3 см юқорига манжеткани сиқмасдан у билан тери орасида фақат битта бармоқ сиғадиган қилиб ўралади ва маҳкамланади. Текширилаётган кишининг қўлини қулай вазиятда, қафти-ни юқори томонга қаратиб қўйилади. Тирсак букимида елка артерияси топилади ва пульсни аниқлаш учун уни тақаб, бироқ босмасдан фонендоскоп қўйилади. Сўнгра баллон билан аста-секин ҳаво берилиб, у айна вақтда манжеткага ҳам, манометрга ҳам тушади. Ҳаво босими остида манометрдаги симоб шиша найчага кўтарилади. Шкаладаги рақамлар манжеткадаги ҳаво босимини, яъни елка артериясининг юмшоқ тўқималар орқали қандай куч билан босилганини кўрсатади.

Ҳаво беришда эҳтиёт чораларига амал қилиш керак, чунки симоб кучли босим остида найчадан чиқиб кетиши мумкин. Манжеткага аста-секин ҳаво ҳайдаб, товуш йўқоладиган вақт белгиланади. Сўнгра баллон олдидаги вентилни бир оз очиб, манжеткадаги босимни аста-секин туширилади. Манжеткадаги босимга қарши босим систолик босим микдорига етганда бирмунча қаттиқ қисқа товуш — тон эшитилади. Симоб устунчасидаги рақамлар систолик босимни кўрсатади. Манжеткадаги босимнинг бундан кейинги пасайишида эшитилганда тонлар пасаяди ва аста-секин йўқолади. Тон йўқолган вақтда манжеткадаги босим минимал бўлиб, бу диасто-лик босимга мос келади. Манометрдаги рақамлар минимал босимни ифодалайди.

Беморнинг босими паст бўлганда, томирларни шика-

стлантирмаслик ва артериал босим кўрсаткичлари тўғрисида бирмунча аниқ маълумотлар олиш учун манжеткага ҳаво аста-секин киритилади. Тонларнинг биринчи марта пайдо бўлиши диастолик босимни кўрсатади. Манжеткадаги босим кўтарилганда тонларнинг йўқолиш вақтида рақамлар систолик босимни кўрсатади.

Шундай қилиб, ўлчашнинг тўғрилигини икки марта текшириш мумкин.

Пружинали манометрларни ишлатиш қулай, бироқ пружиналар тезда бўшашиб кетади ва артериал босимни ўлчаш аниқлиги пасаяди.

Артериал босимни осциллятор усул билан ўлчаш мумкин, бу пружинали манометр стрелкасининг тебранишлари устидан кузатишдан иборат. Манжеткага елка артерияси тўлиқ босилгунча ҳаво ҳайдалади. Сўнгра вентилни очиб, ҳавони аста-секин чиқара бошланади ва қоннинг дастлабки порциялари артерияга тушиб, осцилляциялар, яъни систолик артериал босимни кўрсатадиган стрелканинг тебранишларини беради. Манометр стрелкасининг тебранишлари аввалига кучаяди, сўнгра эса аста-секин камаёди, бу минимал босимга мувофиқ келади.

#### **ҚОН АЙЛАНИШИ ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕМОРЛАРНИ УМУМИЙ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ**

Юрак-томирларнинг бузилишлари билан касалланган беморларни парвариш қилишнинг асосий вазифаси — юрак ишини енгиллаштиришдир. Бунда жисмоний осойишталикнинг аҳамияти катта. Юрак етишмовчилигининг енгил даражасида юрак фаолиятини тиклаш учун ўринда ётиш режимига пухта риоя қилишнинг ўзи кифоя. Шунга кўра медицина ҳамшираси беморларнинг ўриндан туриб кетмасликлари устидан кузатиб бориши шарт. Ҳамма физиологик бўшанишлар палатада бажарилиши керак, тагга қўйиладиган суднолар ва «уткалар» ўринда тутилади. Беморларни ювинтирилади, сочини таралади ва шахсий гигиена бўйича ҳамма тадбирлар бажарилади.

Оғир юрак етишмовчилигида ўринда беморга қулай вазият вужудга келтириш зарур, орқасига ва бош тагига бир неча ёстиқ қўйилади ёки бош томонини баланд қилиб кўтарилади. Беморни юмшоқ, қулай ўриндик ёки қаравотга кўндалангига ўтказиш, орқасига керагича ёстиқлар қўйиш, оёқлари тагига эса мўъжазгина курсичани қўйиб қўйиш лозим. Узок вақтгача ўринда ётиш режимини бузмаслик ётоқ яралар ҳосил қилиши мумкинлигини унутмаслик керак, шунинг учун бемор думғазаси остига

чойшабга ўралган резина чамбар кўйилади. Ўрин-боши кулай, юмшок бўлиши керак. Бадан терисини кунт билан парвариш қилиш лозим, чунки шишлар келиши натижасида у юпкалашади, куруқ бўлиб қолади, осонликча ёриклар пайдо бўлиб, улар орқали шиш суюқлиги оқиб чиқади ва терига инфекция тушиши учун кулай шароитлар вужудга келади. Агар бемор мустақил ювина олмаса, ҳар куни эрталаб ва кечқурун терисини сувга ёки бирор дезинфекция қиладиган эритмага (камфора спирти, арок, атир ва бошқ.) ҳўлланган пахта ёки сочик билан ишқалаб артиш зарур. Беморни ваннада чўмилтириш врач рухсати бўлгандагина амалга оширилади.

Медицина ҳамшираси беморда ичнинг мунтазам бўшалиб туриши устидан кузатиши лозим ва врач кўрсатмаси бўйича тозалаш клизмасини кўйиши керак. Ич келгандан сўнг беморнинг тагини ювиш лозим.

Палатада ва унга туташган коридорда мутлако тинч шароитни вужудга келтириш керак. Беморни ҳаяжон ва ташвишдан, кўнгилсиз хабардан, толиқтирадиган гаплардан ҳоли қилиш зарур. Палатани тез-тез шамоллатиб туриш керак. Бемор организмни кислород билан етарлича таъминлашнинг аҳамияти катта, чунки юрак касалликларида кислородга ёлчимаслик кузатилади. Кислород киритиш усулини врач тайинлайди.

Комплекс даволашда шифо овқатлар катта рол ўйнайди. Овқат рациона суюқлик, ош тузи чегараланган ва оксиллар ҳамда ёғлар бир қадар чегараланган енгил ҳазм бўладиган пархез овқатлар тайинлаш йўли билан диурезни ошириш асосида тузилади (10 ва 10 а пархез). Енгиллаштирадиган кунлар (олма, творог, сут ва бошқалар бериладиган) ҳам тайинланади. Калорияси 100 ва оксил таркиби бўйича тўла қимматли бўлмаган пархез овқатлар қисқа муддатгагина тайинланади. Беморни оз-оздан, кунига 5—6 марта бериш керак. Овқат овқатни ухлашдан камида 3 соат олдин тановул қилиш лозим. Овқат рационига ёғсиз гўшт ва суюқлик коридорда углеводлар (қанд, мураббо, киселлар ва бошқалар). В ва С гуруҳидаги витаминлар киритилади.

Беморнинг яхши ухлашини таъминлаш учун уни ўринда кулай вазиятда ётқизиш, табиғий ҳаво киритиш устидан кузатиб бориш, оёқларини қўқоқлашга аҳамият бериш керак. Бемор кўп ювина олмаса, врач кўрсатмаси бўйича ухлатади ва қўқоқлашга қўйилади.

## КАРДИОЛОГИЯ БЎЛИМИДА МЕДИЦИНА ҲАМШИРАСИ ИШИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Ихтисослашган кардиология бўлимининг ажралмас функционал қисми **интенсив терапия** бўлими ҳисобланади. Бу ерга аҳволи ниҳоятда оғир беморларни қабулхона бўлимига киритмай жўнатилади. Бундай беморларнинг имкон борича тезроқ қабул қилиниши зарурлигини унутмаслик ҳоят муҳим.

Интенсив терапия бўлимида қўшимча диагностика хизмат бўлимлари ва лабораториялар билан тез ва қулай алоқа ўрнатилиши лозим. Бу бўлимда шошилинч ёрдам кўрсатиш учун кўп сонли аппаратлар (қаравот олдида қўйиладиган мониторлар системаси, дефибриллятор ва б.) борлиги туфайли медицина ҳамшираси жиҳозларнинг тўғри жойлаштирилишига, иш жойини энг қулай ташкил қилишга асосий диққат-этиборини қаратиши керак. Бемор тўшагига ҳамма томондан яқинлашишга имконият бўлиши ва жами аппаратура ишга тахт қилиб қўйилган ҳолатда туриши керак. Шунинг учун медицина ҳамшираси навбатчилиқни қабул қилаётганида ҳамма аппаратларнинг ишлашини, зарур дори-дармонлар, стерил материал, марказлашган системада ва баллонларда кислород борлигини текшириб чиқиши шарт.

Интенсив терапия палаталарида медицина ҳамшираси кўпи билан 3 нафар беморга хизмат кўрсатиши керак, шунга кўра бўлимда бир вақтнинг ўзида 2—3 нафар ҳамшира ишлайди. Уларнинг ҳар бири ўз вазифаларини аниқ билиши шарт. Бирн монитор кўрсаткичлари устидан кузатиб туради (юрак ритми устидан назорат қилиш), бемор аҳволидаги ўзгаришларни махсус бланкаларга ёзиб боради, бошқаси инъекциялар ва турли-туман манипуляцияларни бажаради. Бемор ҳолати устидан назорат олиб бориш ихтисослашган бўлим медицина ҳамширасининг энг муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади.

Сўнгги йилларда миокард инфаркти билан касалланиш сони кўпайиб бораётганлиги муносабати билан кўп профилли касалхоналарда миокард инфаркти билан хасталанган беморлар учун жадал даволаш блоки бўлган кардиологик бўлимлар очилган. Бу бўлимларда ишлашнинг ўзига хос томонлари бўлиб, булар медицина ходимлари олдида бир қатор махсус талаблар қўяди. Биринчидан, ходимлар малакали, талайгина манипуляциялар техникасини эгаллаган бўлишлари, электрокардиография диагностика асосларини билишлари керак. Инфаркт бўлган беморлар учун палаталар функционал қаравотлар,

кислород берадиган мосламалар, наркоз аппарати, электрокардиограф, мониторлар, зарур дори-дармонлар ва инструментлар қўйиладиган шкафча, хуллас, палатадан чикмасдан шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш учун керак бўладиган ҳамма нарсалар билан жиҳозланган. Бемор врач билан ҳамширанинг меҳр билан муттасил кузатиб ва парвариш қилиб туришига мухтож бўлади.

Медицина ҳамшираси беморнинг умумий ахволи, томир уриши тезлиги, артериал босим даражаси, нафас тезлиги устидан кузатиб боради. Бемор ўринда кимирламай ётқизиб қўйилади ва ҳамшира бунга каттик риоя қилинишини кузатиб бориши керак.

Бундай беморларнинг мажбуран кимирламай ётиши туфайли уларга ўринда имкон бориша қулай вазият яратиш, чойшабнинг бурмаларсиз, ушқоқларсиз, тўшакнинг текис бўлишига аҳамият бериш зарур. Ётоқ яралар профилактикаси доимо олиб борилиши керак. Ичагининг мунтазам бўшалишига аҳамият бериш зарур. Беморга врач кўрсатмаси бўйича сурги дори берилади ёки озроқ гипертоник ёки мойли клизма қилинади. Дефекация ва ковокни бўшатиш ўриндаги тувакда бажарилади, ҳар гал дефекациядан сўнг беморнинг тагини ювиш лозим. Медицина ҳамшираси беморни ўзи овқатлантириши ва суюқлик ичириши керак. Чойшаб ва ич кийимларни жуда эҳтиётлик билан алиштириш керак, қўйлак распашонкага (яктакка) ўхшаш бўлиши ва палата медицина ҳамшираси кичик медицина ҳамшираси билан бирга беморга уринтирмай кийгизиши керак.

Бу палаталарда дистанцион кузатув системаси ўрнатилиб, унга ҳаётний функциялар ҳолати устидан узлуксиз контрол қиладиган етти та физиологик кўрсаткичлар: ЭКГ, юрак ритми, нафас системаси, тана ҳарорати, артериал босим, юрак қисқаришлари частотаси, пульсний ўлчаш ва қайд қилиш воситасида тўртта бемор ҳолати устидан контрол қилишни таъминлайдиган аппаратура қиради. Бу аппаратура компьютерлар билан таъминланган, улар самарали контролни таъминлайдиган кўрсаткичларни тандаб, бу ахборотни мантиқан анализ қиладди, тахдид солаётган ва энди бошланиб келаётган нохуш ўзгаришлар ҳақида ходимларга ўз вақтида хабар беради.

Ихтисослашган кардиологик бўлимлар телевизион ускуналар билан таъминланган бўлиб, уларда бир томонлама телевизион алоқа учун турли хил мосламалардан фойдаланилган. Бўлимлар медицина ходимини шошилишч суратда чақириш учун бемор — медицина ҳамшираси, медицина ҳамшираси — врач системаси бўйича, сигнализацияга эга.



Бундай бўлимларда ишлайдиган медицина ҳамширалари бемор ҳолатининг оғирлашиб қолаётганини вақтида пайкаб олиш учун юқори малакали ва жуда хушёр бўлишлари керак.

### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Қон айланиши органлари касалликларида беморларда қандай симптомлар пайдо бўлади?
2. Пульс қандай аниқланади?
3. Артериал босим қандай аниқланади?
4. Нафас қисиш, бўғилиш, стенокардия, миокард инфарктида кечиктириб бўлмайдиган қандай чоралар қўрилади?
5. Хушдан кетиш, шок ва коллапс симптомлари қандай ва буларда кечиктириб бўлмайдиган қандай ёрдам берилади?
6. Қон айланиши органлари касалликларида беморларни умумий парвариш қилиш нимадан иборат бўлади?
7. Бемор стационарга келгандан сўнг бир ҳафта ўтгач тортиб қўрилганда тана оғирлигининг ошганлиги қайд қилинган. Бу нимадан далолат беради?
8. Бемор юрак соҳасидаги қаттиқ оғриқдан шикоят қилади, тўсатдан ранги ўчи, пульси ипсимон, артериал босими кескин пасайган. Беморда қандай ҳодиса юз берди ва ҳамшира врач етиб келгунча қандай тадбирларни амалга ошириши керак?
9. Бемор қонни қўриши билан ранги оқариб кетди ва хушини йўқотди. Медицина ҳамшираси қандай чора қўриши керак?
10. Бўлимга нафаси қисаётган ва нафас чиқариши кийинлашган, лаблари қуқарган, оёқ-қўлларида шишлари бор бемор аёл жойлаштирилди. Медицина ҳамшираси бемор учун ўринда қандай вазиятни танлаши керак?

## **XIII боб**

### **ҲАЗМ ОРГАНЛАРИ ФУНКЦИЯСИ БУЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ ВА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ**

Ҳазм органлари организмга тушадиган мураккаб овқат моддаларини майдалаш ва уларни ассимиляцияланишга лаёқатли оддий химиявий бирикмаларга майдалаш, овқат лутқмасини ҳазм йўллари бўйлаб суриш, ҳазм бўлган овқатнинг сўрилиши ва организмдан шлаklarнинг чиқарилиши учун хизмат қилади.

**Қусиш** — мураккаб рефлектор ҳолат бўлиб, қусиш марказининг кўзғолишидан юзага келади ва меъдадаги овқатнинг қизилўнғач, ҳалқум, оғиз, баъзан бурун йўллари орқали беихтиёр отилиб чиқиши билан ўтади.

Қусиш меъда-ичак йўли қасалликлари, тил илдизи ва юмшоқ танглайни таъсирлантириш оқибати бўлиши мумкин. Бу периферик қусиш дейилади. Қусиш, шунингдек, қалла суяги ичидаги босим ошганда (мия

ўсмалари, гипертония касаллиги ва б.) пайдо бўлиши мумкин, бу марказий қусиш дейилади. Марказий ва периферик қусиш ўртасидаги ўзига хос фарк шундаки, периферик ёки меъдадан қусиш кўнгил айланиши, сўлак оқишидан кейин бошланади, кусук массасида ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари топилади, у нордон хидли бўлади. Меъда бўшалгандан сўнг беморнинг аҳволи анча яхшиланади. Марказий қусиш даракчиларсиз, тўсатдан бошланади ва бемор аҳволини енгиллаштирмайди.

Баъзан қусиш бирданига ҳолсизлик сезиш, бош айланиши, юзнинг оқариб кетишидан бошланади, сўнгра қусиш акти рўй беради. Чуқур нафас олиш, қорин мускулларининг каттик қисқариши ва пилорус эпиклигида диафрагманинг кескин пастга тушиши овқатнинг меъдадан, қизилўнгач орқали оғиз бўшлиғига ва ташқарига отилиб чиқишига сабаб бўлади. Бунда ҳикилдок қопқоғи пастга тушади, ҳикилдок кўтарилади ва товуш ёриғи бекилади, бу кусук массасининг нафас йўлларига тушишининг олдини олади. Каттик қусишда овқат массасига ўт пуфағи ва ўт йўллари босилиши натижасида ўн икки бармоқ ичакка жадал тушадиган ўт суюклиғи қўшилиб келади.

Айрим ҳолларда атайин кустириш зарур бўлиб қолади, бунинг учун тил илдизини шпатель билан таъсирлантириб рефлекс таъсиридан фойдаланилади.

Кусук массасида ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари бўлади ва у нордон хидлидир. Наҳорда кусук массасига ўт суюклиғи қўшилади ва унга сарғимтир ёки оч сарик-кўкимтир тус беради. Оғиз бўшлиғидан, қизилўнгачнинг юқори бўлимларидан янги қон аралашиб чилиши кусук массасини пушти рангга бўяйди. Меъдадан қон оқаётганда у меъда ширасининг хлорид қислота таъсири остида рангини ўзгартиради ва кусук массаси кўнгир, деярли қора тусга (кофе куйқаси ранги) киради.

Медицина ҳамшираси кусук массасини врач келгунча қолдиради, сўнгра уни бўғзи кенг ва қопқоғи даражаланган тоза банкада лабораторияга жўнатилади. Этикеткасида бемор ва текширишнинг максатлари ҳақида зарур маълумотлар кўрсатилади. Кусук массасини лабораторияга тез жўнатиш имкони бўлмаса, уни ҳатто жойда саклаш керак. Агар бемор бир сутка ичишдан деча марта қусадиган бўлса, кусук массасини ҳар суткада идишга йиғиш лозим, чунки уларнинг сифати ва рангидаги фарк диагностик аҳамиятга эга.

Беморларга қараш (39-сурат). Медицина ҳамширасининг вазифаси қусаётган беморнинг ҳолатини имкон



39- расм. Қусишда беморга қараш.

а — бемор ётган ҳолатда; б — бемор ўтирган ҳолатда.

борича енгиллаштиришдан иборат: уни қулай ҳолатда ўтказиш, кўкрагига сочиқ ёки клеёнка тутиш, оғзига тоза қайикча, тоғарачани яқин қилиб тутиш, ёки челақ қўйиш керак. Тиш протезлари олиб қўйилади. Агар бемор дармонсиз ёки, унга ўтиришга рухсат этилмаган бўлса, қусиш осон бўлган ҳолат яратилади, бoshi гавдасидан бир оз пастга энгаштирилади ва бемор ётган томонга оғзининг бурчагига қайиксимон идишни яқин қилиб тутиб турилади, ёстик ва ич кийимларни ифлосланишдан сақлаш учун бир неча қават қилиб букланган сочиқ ёки чойшабни ёзиш мумкин. Қусиш пайтида медицина ҳамшираси беморнинг олдидан узоққа кетмаслиги керак. Бемор қусаётгани ҳақида дарҳол врачга хабар қилиш зарур.

Қусгандан сўнг бемор оғзини илик сув билан чайдириш ва лабларини, оғиз бурчакларини артиб қўйиш лозим. Дармонсиз беморларда ҳар гал қусишдан сўнг оғиз бўшлиғини сув ёки дезинфекция қиладиган бирорта эритмага (борат қислота эритмаси, кучсиз калий перманганат эритмаси, 2 % натрий гидрокарбонат эритмаси ва

б.) шимдирилган пахта билан артиб кўйиш лозим. Кусишни тўхтатиш учун беморга бир неча томчи ялпиз суви, бир култур совитилган сув, муз бўлакчаси, 5 мл 0,5 % ли новокаин эритмаси бериш мумкин.

Кофе куйкаси ёки соф кон рангидаги кусук меъдадан кон оқаётганидан дарак беради. Кон аралаш кусиш юзининг оқариб кетиши, ёпишқоқ совук тер чиқиши, артериал босимнинг пасайиши ва пульснинг ипсимон бўлиши билан ўтади. У хатарли белги ҳисобланади ва медицина ходимларидан тез ва кечиктириб бўлмайдиган чоралар кўришни талаб этади. Медицина ҳамшираси зудлик билан врачни чакиради ва беморга врачгача бўлган ёрдамни кўрсатади.

Меъдасидан кон оқаётган бемор тезлик билан ўринга горизонтал ҳолатда ётқизирилиши лозим, меъдаси соҳасига музли халтача кўйилади. Муз эриган сайин алиштириб турилади. Медицина ҳамшираси беморни тинчлантириши, унга тўлиқ жисмоний ва психик осойишталик яратиши, врач келгунча уни ёлғиз қолдирмаслиги, врачнинг ҳамма кўрсатмаларини шошмасдан, пухталиқ билан адо қилиши лозим. Дастлабки суткаларда беморга овқат бериш ва суюқлик ичириш мумкин эмас, кейинроқ совук ёки илитилган суюқ овқатлар берилади.

### ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИ КЎЗДАН КЕЧИРИШ

Оғиз бўшлиғини кўздан кечиришнинг катта амалий ва диагностик аҳамияти бор. Кўздан кечириш лаблар ва лунжлардан бошланади. Лаб ва лунжларни кўздан кечириш учун уларни бармоқ, шпатель ёки махсус илмок билан пастга тортиш керак. Милқ ва тишларни узун дастага маҳкамланган оғиз рефлекторини кўйлаб, ташқи ва ички томондан кўздан кечирилади. Тилни кўздан кечириш учун беморга оғизни катта очиш ва тилни чиқариш буюрилади. Аввалига тил юзасини то илдизгача: сўнгра тилни шпатель билан тутиб туриб, паст ва ён томонларини кўздан кечирилади. Тилни дарчасимон шпатель билан кўздан кечириш қулай, чунки у тил юзасида камроқ сирпанади.

Томоқ ва юткинни кўздан кечириш учун тилни тишлар орқасига чиқармасдан уни пастга ва орқага босиш, бунда шпатель учини тилнинг учдан бир ўрта қисмидан ичкарига киритмаслик керак. Беморнинг боши ва бўйни ўрта чизик бўйлаб тўғри туради. Чуқур нафас олиш ва бемор диққатини четга тортиш ҳалқумни кўзга кўздан кечиришга имкон беради. Агар тил илдиздан юткинни

бекитиб турган бўлса, қусиш рефлексини кўзгатмаслик учун тилни эҳтиётлик билан пастга, ўрта қисмга сурилади. Бодомча безларини кўздан кечириш учун томоқнинг олдинги ёйчасини тортиш ва тил илдизини босиш керак.

Баъзан бодомча безларида, оғиз бўшлиғи ва ютқун деворларида караш пайдо бўлади, уларни кириб олиш ва текшириш учун лабораторияга жўнатиш лозим. Текширишнинг муваффақияти экиш учун материал олиш техникасига боғлиқ. Оғиз бўшлиғи ва бодомча безлари флорасини текшириш учун, айниқса дифтерияга шубҳа қилинганда, томоқ ва бурундан суртма олиш зарур.

**Томоқ ва бурундан суртма олиш.** Оғиз ва бурун бўшлиғидаги микроб флорасини текшириш учун, шунингдек, дифтерияга шубҳа бўлганда томоқ ва бурундан суртма олиш зарур. Бунинг учун бактериологик лабораторияда махсус тайёрланадиган стерил пробиркалар олинади. Пробиркада тикиндан ўтказилган, учига пахта пилик ўралган ингичка сим бўлади. Суртма олиш учун беморни ёруғлик манбаига қаратиб ўтказилади ёки оғиз бўшлиғини пешана рефлектори билан ёритилади. Сўнгра беморга оғизни катта очиш буюрилади ва медицина ҳамшираси чап қўлида шпател билан тил илдизини пастга босади. Сўнгра пахта пилик билан бодомча безлардан, ютқуннинг орқа деворидан ва ёйчалардан шиллик олинади. Пахта пиликни лунж шиллик пардасига, тилга ва пробирканинг ташки деворига теккизмаслик лозим. Пробирка четларини алабга устидан ўтказиш ва пахта пиликни эҳтиётлик билан пробиркага тушириш керак. Бу пробиркани тезда лабораторияга жўнатиш лозим. Унинг ташки томонига этикетка ёпиштирилиб, унга беморнинг фамилияси, исми, отасининг исми ва текшириш мақсади ёзиб қўйилади.

Бурундан суртма олиш учун тампонни бурун йўлига киритилади, бурун терисига тегиб кетмаслиги учун уни аста-секин чиқарилади ва тампонни пробиркага унинг ташки деворига теккизмасдан солинади.

### МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Меъдани ювиш, меъда ширасини текшириш ва сунъий овқатлантириш учун зондланади. Меъдани йўғон ёки ингичка зонд билан зондланади. Йўғон зонд киритилгандан кейин меъда суюқлиги унинг ташки учидан оқиб чиқади. Ингичка зонд киритилганда меъда суюқлигини тортиб чиқарилади. Зондлашнинг бу тури кўпинча меъданинг секретор функцияси ва меъда суюқлигини узок вақт тортиб чиқариш устидан динамик кузатиш, баъзан

эса, беморни овқатлантириш мақсадида қўлланилади. Ингичка зондни фақат оғиз орқали эмас, бурун йўллари-дан киритиш ҳам мумкин, зондлашнинг бу усулида юмшоқ танглай кам таъсирланади ва беморнинг қусгиси кел-майди.

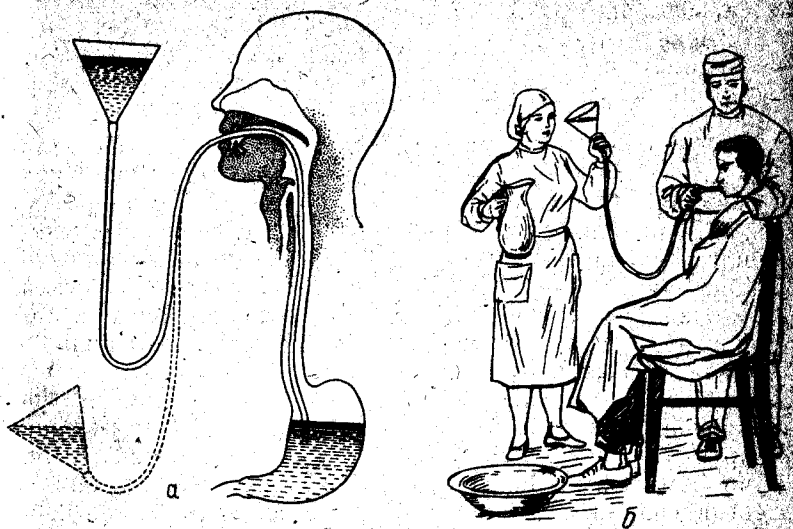
**Меъдани** даво ва диагностика мақсадида меъдадан сифатсиз овқатлар, захарлар, шилликни чиқариш учун ювилади. Бунда сифон принциpidан фойдаланилади, иккита идишни туташтириб турадиган суюқликка тўлдирилган найча бўйлаб суюқликнинг пастрокда жойлашган идиш ичига ҳаракати рўй беради. Идишнинг бири — сувли воронка, иккинчиси — меъда. Воронка юқорига кўтаририлганда суюқлик меъдага, пастга туширилганда — меъдадан воронкага тушади.

**Меъдани** ювиш учун узунлиги 1—1,5 м, юқори учи воронкасимон кенгайтирилган йўғон меъда зонди бўлиши зарур, унга сифими тахминан 1 л ва тешиги камида 8 мм, учи юмалоқланган ва ён деворларида ёпик учининг ёнгинасида иккита тешиги бўлган шиша воронка кийгизилади. Зонд ва воронкани 15—20 минут қайнатиб стерилланади, сўнгра бўлақларга ажратилган тоза приборни қайнаган сувга совитиш учун солинади. Бундан ташқари, сув ёки дори моддаси (2 % натрий гидрокарбонат эритмаси, хона ҳароратидаги бачокда тайёрлаб қўйилган калий перманганатнинг нимтатир рангдаги эритмаси қўйилган кўзача), бемор учун клеёнка фартук ва ювинди сувлар учун челақ бўлиши зарур (40-расм).

Бемор стулга, унинг суянчигига маҳкам суяниб ўтиради, бошини олдинга бир оз энгаштириб, оёқлари остига тоғора ёки челақ қўйиш учун тиззаларини кериб ўтиради. Беморда олиб қўйиладиган тишлар бўлса, уларни олиб қўйиш зарур. Бемор кўкрагини клеёнка фартук ёки чойшаб билан бекитилади ва зонд киритиш унинг кўнглини айнитиши ва ҳатто қусиш истаги пайдо қилиши мумкинлигини, бироқ бу муолажанинг хавфсизлиги ва оғриқсизлиги огоҳлантириб қўйилади. Беморга ютиш ҳаракатлари килиб, бурун орқали чуқур нафас олинганда, қусиш ҳаракатларини босиш мумкинлигини тушунтириш зарур.

Беморнинг индивидуал хусусиятларини (бўйи, таъна тузилиши, конституцияси) ҳисобга олиш ва зонддаги белгиларга асосланмасдан, балки зонд юборишга қадар ҳар бир беморда қиндикдан то курак тишларгача бўлган масофани ўлчаб, сўнгра бир кафтча масофани қўйиш керак. Шундагина зонд кўзланган жойга аниқ тушади. Медицина ҳамшираси ўнг томонда туради. Бемор оғзини катта очади, «а» деб товуш чиқаради ва бурун орқали





40- расм. Меъдани ювиш.  
а — меъдани ювиш схемаси; б — ювиш техникаси.

Чукур нафас олади. Медицина ҳамшираси зондни чак-қонлик билан тил илдизи орқасига киритади, бемор оғзини юмади ва бир неча ютиш ҳаракатлари қилади, шундан сўнг медицина ҳамшираси зондни кизилўнғач бўйлаб суради. Агар зонд чикиб кетса ёки буралиб қолса, уни чиқарилади ва беморни тинчлантириб, яна киритилади. Зонд ҳикилдоққа тушиб қолиши мумкин, бунда бемор йўталлади, нафаси бўғилади, кўкариб кетади ва товуши чикмай қолади. Бундай ҳолларда зондни чиқариш ва уни қайта киритиш лозим.

Меъдани ювиш икки босқичдан иборат. Биринчи босқич: воронкани беморнинг тиззаси сатҳида, меъдага ҳаво киритмаслик учун бир оз қиялатиб тутиб турилади ва уни аста-секин оғиз сатҳидан баландга кўтариб, унга эритма қуйилади, суюқлик меъдага тез ўтади. Сувнинг ҳаммаси воронкадан меъдага қуйилишини кутиб турмаслик лозим, чунки суюқликдан сўнг ҳаво сўрилиб, бу меъда суюқлигини чиқаришни қийинлаштиради.

Иккинчи босқич сув воронка бўғзигача етганда бошланади, суюқлик воронкадан тушиб улгурмасдан воронкани беморнинг тиззаси сатҳигача туширилади ва у меъда суюқлиги билан тўлгунча кутиб турилади. Суюқлик туташган идишларнинг физиологик қонунига биноан меъда суюқлиги билан бирга меъдадан воронкага

кайта тушади. Бунда уни тоғора ёки челақ устидан олиб ташланади ва суюқликнинг воронкадан окиб чиқиши тўхтагач унга яна эритма тўлдирилади ҳамда муолажа сув тиник бўлиб тушмагунча такрорланади. Бунинг учун 8—10 л сув ёки ювадиган суюқлик керак.

Меъдани ювиш вақтида беморнинг ҳолатига ва ювинди сувга аҳамият бериш лозим. Агар меъдани ювиш кислоталардан заҳарланишга боғлиқ бўлмаса, ипир-ипир қон пайдо бўлиши муолажани тўхтатиш кераклигини кўрсатади. Кислоталардан заҳарланишда эса меъдани ювиш шарт. Бундай ҳолларда эҳтиётлик билан, кичик-кичик порцияларда, қусиш ҳаракатларини қўзғатмай ювиш керак.

Дармонсиз беморларнинг меъдаси ўринда ювилади. Бунда беморни ёнбоши билан ётқизилади, ювинди суюқлик ҳикилдоққа окиб тушмаслиги учун бошини пастроқ қўйиш ва уни ҳам ён томонга буриш лозим.

Бемор зонд юта олмаса, меъдани қуйидагича ювилади, беморга 1—2 л илиқ натрий гидрокарбонат эритмаси ичирилади ва қусиш рўй бермаса, тил илдизи ва ютқунни бармоқ ёки тампон билан таъсирлантириб қусиш қўзғатилади. Муолажани бир неча марта такрорланади: Бу усулда меъдадаги нарсаларни тўлиқ чиқаришга эришиб бўлмайди, шунинг учун уни меъдани оддий усулда зонд ёрдамида ювиш имкони бўлмаган ҳоллардагина қўлланиш мумкин.

Овқатдан заҳарланиш сабабли меъдани ювиш заҳарланишдан бир неча соат ўтгач бажарилган ва овқатнинг бир қисми ичакка тушиб улгурган бўлса, меъдани ювишни тугаллашда зонд орқали туз сурғи эритмаси (60 мл 25 % ли мағний сульфат эритмаси) юбориш лозим.

Муолажа тугагач воронкани бўшатилади ва зондни ичакқон ҳаракат билан чиқарилади. Воронка ва зондни илқ сув оқими остида тозалаб ювилади, сувни найчадан ўтказилади ва бир неча марта юқоридан пастга сиқиб, сўнгра қайнатилади.

Меъдани меъда шираси олиш учун зондлаш муҳим диагностик муолажа ҳисобланади.

Меъда шираси — меъда безлари ва меъда шиллик пардасининг эпителий хужайралари ишлаб чиқарадиган суюқлик бўлиб, таркибида ферментлар (пепсин ва бошқалар), хлорид кислота, гастромукопротеин, шиллик, минерал моддалар бўлади.

Меъда ширасининг кислоталилиги ундаги кислота миқдори билан белгиланади. Соғлом одамда умумий кислоталилик 60 дан 40 гача, эркин хлорид кислота 40 дан

20 гача ва оксиллар билан боғлангани 20 дан 10 гача ўзгариб туради. Кислоталилик титраш йўли билан аниқланади. Меъда ширасида кислотани нейтраллашга кетадиган ўювчи ишқор миқдори кислоталиликни кўрсатади. Меъда касаллиги билан касалланган шахсларда кислоталилик ошиши ёки пасайиши мумкин. Меъда суюқлигини текшириш унинг секретор ва мотор функцияларига баҳо бериш ва уларнинг бузилиши бўйича касаллик характерини аниқлаш имконини беради.

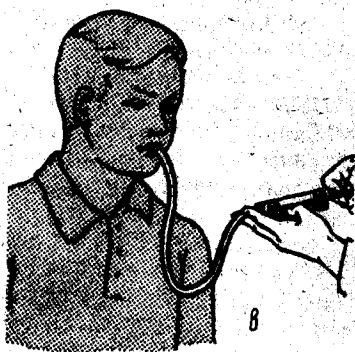
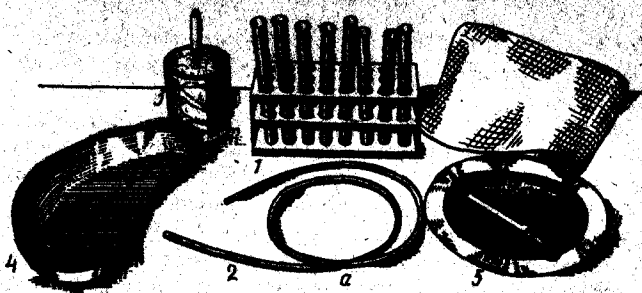
Меъда шиллик пардаси касалликларида, меъда ширасининг ажралиши ва таркиби ўзгаради, бу секрециянинг ўзгаришига олиб келади.

Меъда ширасини унинг кислоталигини аниқлаш учун бир вақтда олиш мумкин, бу усул ҳозирги вақтда мақсадга мувофиқ эмас. Чунки бундаги текшириш маълумотлари етарлича аниқ чиқмайди.

Меъда ширасини текширишнинг синама нонушталардан фойдаланиб олиб бориладиган фракцион методи бирмунча аниқ (41- расм).

Меъда шираси, ингичка зонд билан олинади, у диаметри 3—5 мм ва узунлиги 1—1,5 м ли резина найчадан иборат. Иккинчи учига 20 граммли шприц уланиб, у билан меъда ширасини сўрилади. Меъда ширасини тўлдириш учун 8—10 та пробирка ҳам бўлиши зарур.

Меъда ширасини олиш махсус муолажа кабинетида утказилади. Муолажа бошланишидан олдин медицина ҳамшираси зондни қайнатиш йўли билан стерилизация қилади. Беморга муолажанинг мақсадини, унинг ҳавфсизлигини ва бурун орқали чуқур нафас олишни ўрганиш зарурлигини тушунтириш керак. Агар бурун йўллари шилликка тўлган бўлса, уларни тозалаш зарур. Ингичка зонд меъдага йўғон зонд киритиладиган усулда юборилади. Сувга ҳўлланган зондни ёзадиган перо каби ушланади ва олдинга ва пастга биров босиб туриб тил илдири орқасига киритилади, натижада ҳалқум эгрилиги тўғриланади ва ҳиқилдоқ усти тоғайи зонд йўлидан четлашади. Беморга бир неча ютиш ҳаракатларини қилиш таклиф қилинади ва шу вақтда зондни қизилўнгачга сурилади. Бемор бурни билан чуқур нафас олиши ва қусиш ҳаракатларини тутиб туриши, сўлагини эса сочиққа туфлаши керак. Қусиш ностаги пайдо бўлганда зондни лаблар билан қисиб ва бурун орқали чуқур нафас олиш лозим. Бемор стол ёнидаги стулга, унинг суяячиғига такалиб, бошини бир оёқ олдинга энгаштириб ўтиради. Медицина ҳамшираси чап қўли билан беморнинг бошини ушлаб туради, ўнг қўли



41- расм. Меъда ширасини олиш.

а — зарур ашёлар; 1 — пробиркалар; 2 — ингичка зонд; 3 — синов нонуштаси; 4 — квийк-симон идиши; 5 — шприц; 6 — керакли узунликдаги зондни ўлчанг; в — меъда ширасини тортиш.

билан эса зондни киритади. Зонднинг бўш турган учига меъда суюқлигини сўриш учун 20 граммли шприц кийгизилади.

Меъда секрециясини кучайтириш учун синама нонушта лар қўлланилади:

1) гўшт бульони (Зимницкий бўйича). 1 кг ёғсиз гўшт олинади ва 2 л сувда қайнатилади. Наҳорга меъда суюқлигининг ҳаммаси сўриб олинади ва беморга 200 мл илик бульон ичишга берилади. Меъда суюқлигини 1 соат мобайнида 15 минутлик интервал билан 4 та пробиркага сўрилади, сўнгра суюқликнинг ҳаммаси сўриб олинади ва

зонд орқали яна 200 мл илик бульон киритилади. Сўнгра меъда суюқлигини ҳар 15 минутда 4 та пробиркага бир соат ичида такроран сўрилади.

2) 7 % ли қарам қайнатмаси (Петрова ва Риссу бўйича). 300 мл микдорда қайнатма тайёрланади. Наҳорга меъда суюқлиги сўриб олинади ва илик қайнатма киритилади. Меъда суюқлиги бир соат ичида 4 та пробиркага 15 минутлик интервал билан сўриб олинади. Муолажани икки марта такрорланади;

3) гистамин билан қилинадиган - синама. Меъда секрециясининг энг кучли ва физиологик кўзғатувчиси ҳисобланади. Гипертония касаллигининг оғир формаси, коронаросклероз ва бронхиал астмада уни қўлланиб бўлмаслигини унутмаслик керак. Наҳорга меъда суюқлиги сўриб олинади, сўнгра тери остига 0,5 % ли гистамин эритмаси юборилади ва меъда суюқлигини бир соат ичида 15 минутлик интервал билан сўриб олинади;

4) кофеинли нонушта, 200 мл сувга 0,2 г соф кофеин ва 2 томчи метилен кўки олинади. Наҳорга меъда суюқлигининг ҳаммаси сўриб олинади, кейин зонд орқали 200 мл эритма киритилади ва 15 мин ўтгач, меъда ширасини 2 соат мобайнида, жами 8 та пробиркага сўриб олиш бошланади.

Меъда шираси олинган пробиркалар штативга синама олинган тартибда жойлаштирилади. Ҳар бир пробиркага номери ёзилган этикетка ёпиштирилади ва лабораторияга жўнатилади.

Ҳозирги вақтда меъда ширасини сурьма-каломелли электродлар монтаж қилинган бошлик (олива) билан тугайдиган зонд ёрдамида электрометрик (рН-метрик) олиш усули кенг тарқалган. Бу меъданинг турли бўлимларидаги меъда шираси рН ини аниқлаш имконини беради. Нормада рН 1,7—1,9 га тенг. Меъда шираси секрециясини меъданинг бевосита айрим қисмларида мамлакатимиз ишлаб чиқарадиган мўъжазгина «Капсула» электрон проборини унинг ҳар хил чуқурлигига киритиб радиометрик текшириш, шунингдек, меъда ширасини махсус аппарат билан узлуксиз аспирация қилиш методи ҳам қўлланилади.

#### **БЕМОРИН МЕЪДАНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШ УЧУН ТАЙЁРЛАШ**

Меъдани рентгенологик текшириш катта диагностика аҳамиятга эга. Медицина ҳамшираси беморларни бу текшириш методига тайёрлаш техникасини билиши шарт. Унинг мақсади — меъда ва ичакларни улардаги моддалар

ва газлардан ҳоли қилишдир. Текширувдан бир кун аввал бемор дағал овқатлар (қора нон, картошка) емаслиги керак, акс ҳолда булар текширишга халакит берадиган газлар ҳосил қилади. Кечки овқатни кечи билан соат 20 да тановул қилиш лозим. Бир кун аввал кечкурун ва эрталаб текширувдан 2 соат олдин ичаклар 1 л илик сув билан клизма ёрдамида тозаланади.

Текширишдан бир кун олдин, айниқса, рентгенологик текширув куни сурғи дорилар тайинлаш мумкин эмас, чунки улар қоринни дам қилади (метеоризм). Агар меъдада суюқлик кўп миқдорда бўлса, уни бир неча кунгача ювиш тайинланади. Баъзан меъда суюқлигини бевосита рентгенологик текширув олдидан тортиб чиқариш мумкин. Бемор текширувга эрталаб наҳорга тозалаш клизмасидан сўнг жўнатилади. Газлар миқдори кўп бўлганда клизма қайтадан қилинади.

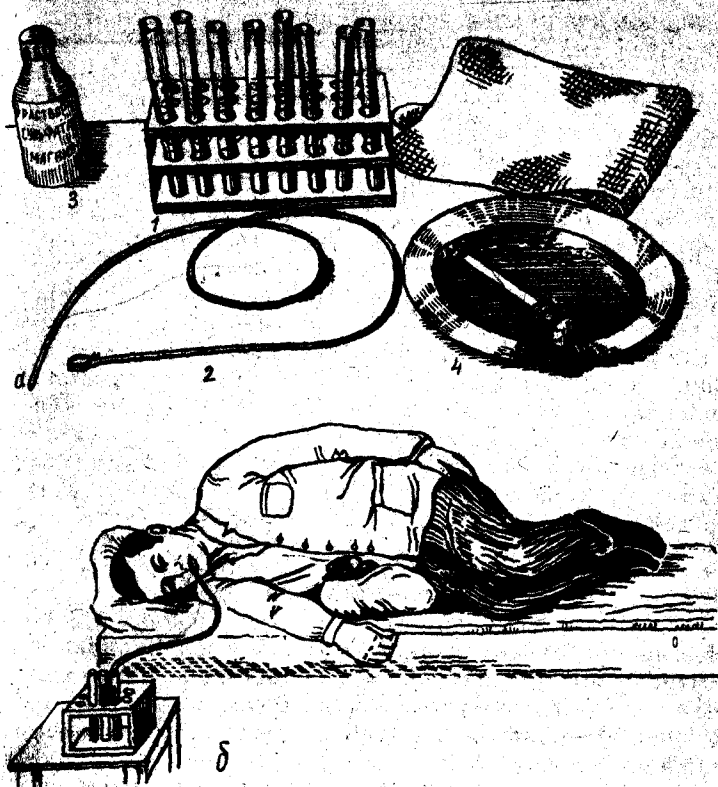
Рентгенологик метод диагностика учун қимматли маълумотлар беради. Бунинг бирдан-бир шарти шуки, бемор текширувга яхши тайёрланиши керак.

### ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ

Жигар, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликларида ўт суюқлигини текшириш, яъни дуоденал зондлаш ўтказиш зарурати вужудга келади. Тўғри маълумотлар олиш учун беморни яхши тайёрлаш керак. Беморнинг муолажадан қўчимаслиги ниҳоятда муҳим. Медицина ҳамшираси беморга дуоденал текширишнинг боришини содда қилиб тушунтириши ва зондлашдан олдинги тайёргарлик ва зондлаш вақтида ўзини қандай тутиши нечоғлик муҳимлигини уқтириши лозим. Бир кун аввал кечкурун беморга 8 томчи 0,1 % ли атропин эритмаси берилади ва ўтнинг яхши ажралиб чиқиши учун бир неча бўлакча сорбит ёки оз миқдордаги илик сувда эритилган 30 мл ксилит берилади. Кечки овқат енгил бўлиши лозим: газ ҳосил қиладиган маҳсулотлар (қора нон, сут, картошка) берилмайди.

Дуоденал зондлаш (42-расм) учун узунлиги 1,5 м, диаметри 3,5 мм ингичка эластик зонд бўлиши зарур, унинг ичида бир неча тешиқлари бўлган металл бошлиқ (олива) бўлади, яна пробиркалар учун штатив, ўт суюқлигини экиш учун пробиркалар, 20 граммли шприц бўлиши керак. Текширишга қадар зонд қайнатилади. Бу зонд меъдада ёқимсиз сезгилар пайдо қилмай, узок вақтгача туриши мумкин.

Дуоденал зондлаш одатда наҳорга муолажа кабинетида



42- расм. Дуоденал зондлаш.

а — зарур ашёлар; 1 — пробиркалар тўплами; 2 — дуоденал зонд; 3 — магний сульфат эритмаси; 4 — шйри; 5 — бемор шундай ҳолатда ётади.

каттик ўринда ўтказилади. Зондлашни муолажа кабинетида каттик ёғоч каравотда ўтказиш лозим. Муолажанинг яхши чиқиши учун дуоденал зондни қандай қилиб ва қандай масофадан киритишнинг аҳамияти катта. Беморнинг бўйини ва конституциясини ҳисобга олиш лозим. Шунга биноан у тик ҳолатда турганида зондда киндикдан козиқ тишларгача масофа ўлчанади, кейин ўтказилади; металл олива ўнг панжанинг III бармоғи остига олинади ва беморга бир неча ютиш ҳаракати қилиш ҳамда бурун орқали чуқур нафас олишни буюриб, тил илдизи орқасига киритилади. Беморнинг қусғиси қелганда у зондни лаблари билан қисиши ва бурни орқали чуқур нафас олиши керак. Шундан сўнг у зондни керакли белгигача ютишга ҳаракат қилиши лозим. Олива ва зонд томоқдан ўтиб, кизидўнгач



нинг перистальтик ҳаракатлари туфайли мустақил равишда сурилади. Зонд буралиб қолмаслиги учун уни аста-секин ютиш керак. Зонд меъдага тушгандан сўнг бемор ўнг ёнбошига чаногини бошидан юқори қилиб ётқизилади, бунинг учун ўнг ёнбоши тагига тик қилиб қўйилган ёстик ёки ўралган адёл қўйилади. Юмалоқланган ёстик устига беморни қуйдириб қўймаслик учун сочиққа ўралган иссиқ грелка қўйиш зарур. Оёқлари тиззасидан букилган.

Зонднинг қаерда турганлиги ҳақида олинадиган суюқлик бўйича ҳулоса чиқарилади. Зонд меъдада турганда тиник ёки нордон, бир оз лойқа меъда шираси ажралиб чиқади (ҳўлланган кўк ликмус қоғози қизаради). 50—60 минутдан сўнг ўт пайдо бўлиши керак. Зонддан сарғимтир рангли суюқлик ажралганда олива ўн икки бармоқ ичакка сурилган деб ҳисобланади. Зонднинг шу ичакда эканлиги суюқликнинг ишқорий реакцияси билан тасдиқланади (ҳўлланган қизил лакмус қоғози кўкаради). Зонд буралган бўлса ва ўт суюқлиги ажралмаса, зонд охишта тортиб чиқарилади; шундан сўнг бемор уни яна ютади. Зонднинг ўн икки бармоқ ичакда турганлигини текшириш учун шприц ёрдамида ҳаво юборилади, зонд меъдада бўлганда бемор ҳавони сезади, ўн икки бармоқ ичакда бўлганда сезмайди. Оливанинг қаерда эканлигини аниқдаш учун ҳам рентгеноскопия қилинади. Агар узок вақтгача ўт пайдо бўлмаса, тери остига 1 мл 0,1 % ли атропин эритмаси юбориш мумкин. Зондлашда уч порция ўт суюқлиги олиш зарур.

Ўтнинг биринчи порцияси (А порцияси) ўн икки бармоқ ичак суюқлиги ҳисобланади. У оч сарик рангли, тиник, ишқорий реакцияли. Умуман ўт йўли очилиши ва ўт қопчаси ўти ажралиб чиқиши учун бирорта таъсирловчи юборилади. Бунинг учун 60°C гача иситилган 33% магний сульфат эритмасидан 40—60 мл ни ишлатиш мумкин, уни беморлар яхши кўтара олмаса, сорбит, ксилит (30 мл) ёки 40 % глюкоза эритмасини шунча миқдорда киритиш мумкин. Бундан ташқари, 15—20 мл 10 % пептон эритмаси ёки илитилган прован ёки зайтон мойи юбориш мумкин. Шу тариқа ўт қопчаси рефлекс ҳосил қилинади, яъни Одди сфинктери очилганда ўт қопчаси қисқаради. Сўнгра зондни 5—7 минутга бекитилади, шундан сўнг унинг бўш учини пробиркага туширилади. Тиник тўқ рангли ўт суюқлиги чиқа бошлайди — бу В порцияси бўлиб, ўт пуфаги суюқлиги ҳисобланади. Ўт пуфаги батамом бўшагандан сўнг очик рангли ўт суюқлиги С порцияси ҳосил бўлади, у ўт йўлларидаги тушади. У оч лимон рангли, аралашмаларсиз, тиник бўлиши керак.

Соғлом одамда В ва С порцияларида лейкоцитлар ва шиллик бўлмаслиги, экма килинганда эса ўт стерил бўлиши керак.

Бактериологик текшириш учун ҳар бир порциядан қўшимча равишда озроқ миқдордаги ўтни стерил олиш қондаларига риоя қилган ҳолда стерил пробиркаларга олиш керак. Пробиркаларни ўт билан тўлдиришдан олдин ва кейин уларнинг четини спиртовка алангаси устидан ўтказиш ва стерил тикин билан бекитиш лозим.

Дуоденал зондлашда ўт суюқлигини олиш ўт йўллари-нинг ўтказувчанлигини кўрсатади. Улар тўлиқ тикилиб қолганда ўт суюқлигисиз фақат ичак шираси ажралади.

Дуоденал суюқликдаги а р а л а ш м а л а р г а эътибор бериш зарур. Қон пайдо бўлганда зондлашни тўхтатиш лозим. Баъзан зонд узок вақтгача ўн икки бармоқ ичакка тушмайди. Бу зонд буралиб қолганда юз бериши мумкин, бу ҳолда уни чиқариш, ювиш ва яна киритиш лозим ёки пилорус спазми бўлганида ҳам зонд тушмайди, спазмни йўқотиш учун 100 мл 2 % ли натрий гидрокарбонат эритмаси киритиш ва зондни 10—15 минутга боғлаб қўйиш, шундан сўнг зондлашни давом эттириш лозим. Оливанинг пилорус орқасига сурилишини тезлаштириш қуйдагича боради: беморга чуқур нафас олиш буюрилади, бу перистальтикани кучайтиради, тўш ости соҳаси массаж қилинади, тери остига 1 мл 0,1 % ли атропин сульфат эритмаси юборилади.

Дуоденал зондлаш муолажаси беморни чарчатади ва уни узок вақтга чўзиш ярамайди. Агар 1—1½ соат ўтгач ўт пайдо бўлмаса (А порцияси), зондлашни тўхтатиш лозим. Учала порцияни олингандан сўнг зонд эҳтиётлик билан чиқарилади.

Меъда ости беэи функционал ҳолатини дуоденал зондлаш йўли билан текшириш бирмунча бошқача бажарилади. Зонднинг ўн икки бармоқ ичакда эканлигига ишонч ҳосил қилингач, зонд орқали 30 мл 0,1—0,5 % ли хлорид кислота, секретин ёки зайтун мойи киритилади. Шундан сўнг ўн икки бармоқ ичак суюқлигини ҳар 15 минутда бир соат мобайнида йиғилади ва унда панкреатик ферментлар борлигини аниқлаш мақсадида текширишга жўнатилади.

#### **БЕМОРНИ ЎТ ПУФАГИ ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШГА ТАЙЁРЛАШ**

**Холецистография** организмга контраст модда юбориш ва кейин рентген суратлар олиш ёрдамида ўт пуфаги ва ўт йўллари-нинг шакли, ҳолати, функциясини ўрганиш

ҳамда ўт пуфагидаги тошларни контраст модда ичириб аниқлаш имконини беради. Ўт пуфагини контраст моддасиз рентгенологик текшириш баъзан таркибида оҳан моддаси бўлган тошларнигина аниқлаш имконини беради, шунинг учун организмнинг жигар орқали унга киритилган моддаларни ажратиш хоссасидан фойдаланиб, ўт пуфагини рентгенологик текшириш учун йод сакловчи моддалар (холевид, йодогқост, билитраст, билигност) кўп вақтлардан буён қўлланилиб келмоқда.

Текширишдан бир кун аввал соат 17 да кечки овқат: 100 г нон, 25 г мой ва илитилган тухум берилади. Соат 19 да тозалаш клизмаси қилинади, сўнгра бемор 3—3,5 г билитраст (ҳар 20 минутда 1—1,5 г дан бир стакан ширин чой билан) қабул қилади. Соат 20 да 100 мл 10 % глюкоза эритмаси ичирилади. Эртасига эрталаб соат 9—10 ларда бир неча суратлар олинади. Сўнгра ўт пуфагини кискартириш учун 2 та тухум берилади ва 40 минут ўтгач яна суратлар олинади.

Беморга холевид тайинланганда беморни олдиндан тайёрлаш билигност қабул қилишдаги каби ўтказилади, лекин бемор холевидни 1 таблеткадан ҳар 10 минутда бир соат ичида (жами 6 таблетка) ичади. Агар бемор ўртacha семизликдан ортик бўлса, у 12 таблетка: ҳар 10 минутда 2 таблеткадан ичиши керак.

✓ **Холеграфия** — вена ичига контраст модда юбориш йўли билан ўт пуфаги ва ўт йўллари рентгенографик текширишдир. Ўт пуфаги олиб ташланган ёки билитраст қабул қилиш қутилган натижаларни бермаган ёки уни қўлланишга монелик қиладиган ҳоллар бўлганда контраст модда (билигност) венага юборилади.

Беморни 2 кун мобайнида текширишга тайёрланади. Ичакларда газларнинг кам йиғилишини таъминлайдиган нархез тайинланади. Сут, қора нон, олма, қарам берилмайди. Тозалаш клизмалари қилинади. Текширишдан бир кун аввал беморнинг контраст моддага сезувчанлигини текшириб кўрилади — венага 1—2 мл 20 % билигност эритмаси юборилади. Қичима, тошмалар, эт жундикиши, ҳарорат кўтарилиши ёки йодни кўтара олмасликнинг бошқа аломатлари бўлганда венага билигност юборишдан воз кечишга тўғри келади. Шошилиш ҳолларда бевосита текшириш олдида венага 1—2 мл билигност юборилади ва реакция бўлмаганда 3 минут ўтгач, венадан игнани олмай туриб, препаратнинг зарур миқдори аста-секин киритилади. Катта ёшдаги одамга олдиндан тана ҳароратига илитилган 30—40 мл 30 % билигност эритмасини аста-секин 3—5 минут ичида юборилади. Билигност

## ГАЗ ХАЙДАЙДИГАН НАЙЧАНИ КИРИТИШ ТЕХНИКАСИ

Газ (ел) хайдайдиган найча — узунлиги 30—50 см, диаметри 3—5 мм ли йўғон деворли юмшоқ резина найча. Ичакка киритилладиган учи марказий тешиги атрофида юмалоқланган, иккинчи учи қийшиқ кесилган. Найчани қайнатиш, вазелин ёки бошқа ёғ суртиш ва орқа чиқарув йўли тешигига 20—30 см масофада, бироқ унинг ташқи учи орқа чиқарув йўлидан 5—6 см чиқиб турадиган қилиб киритилади. Найчанинг ташқи учини резина суднога ёки ўринни ифлос қилмаслик учун бемор тагига тўрт қават қилиб буқланган чойшабгача қўйилади, чунки найчадан ичак суяклиги оқиб чиқиши мумкин.

Беморда оғриқ пайдо қилмаслик учун найчани шошилма, айланма ҳаракатлар билан киритиш керак. Ел хайдайдиган найча газлар чиқиб кетгунча ва қориннинг дам бўлиши камайгунча ичакда туради. Баъзан бунга бир неча соат талаб этилади. Бу ҳолда найчани кўпи билан 2 соат саклаб турилади, сўнгра чиқарилади ва яна киритилади. Найчани сутка мобайнида орадан маълум вақт ўтказиб, бир неча марта қўйиш мумкин. Ичакларда қаттиқ ахлат массалари йиғилганда газ хайдайдиган найчани киритиш қийинлашади. Бундай ҳолларда газ хайдайдиган найча киритишдан олдин глицерин ёки мойчечак дамламаси билан микроклизма қилинади.

Газ хайдайдиган найча чиқарилгандан сўнг ташқи чиқарув йўли атрофи пахта билан артилади, у таъсирланиб қолган тақдирда малҳам суртилади. Газ хайдайдиган найчани иссиқ сувда совунлаб тоза ювиш, шундан сўнг яхшилаб артиш ва қайнатиш йўли билан стериллаш лозим. Ифлосланган газ хайдайдиган найчалардан сира фойдаланиб бўлмайди. Медицина ҳамшираси постида шошилиш ҳоллар учун қайнатилган газ хайдайдиган найча доимо тахт қилиб қўйилиши шарт.

Ел хайдайдиган найчани метеоризмда — ичакларда газ ҳосил бўлиши ошганда ёки газларнинг ёмон ҳайдалиши билан боғлиқ қорин дам бўлишида қўлланилади.

Метеоризм (қорин дам бўлиши) дан азоб чекаётган беморлар қориннинг қаттиқ дам бўлиши ва қоринда оғирлик сезишдан, баъзан унинг аниқ чегараларсиз қимиллаб ва тортишиб оғришидан шикоят қиладилар. Қаттиқ метеоризмда газ ҳайдалгандан сўнг бошланадиган тўтиб-тўтиб оғриш пайдо бўлиши мумкин. Диспептик бузилишлар (кекириш, кўнгил айланиши) юз берилиш аҳтимоли. Баъзан оғиздан ёқимсиз ҳид келади. Сут, қоранон, думнақчилар, хамир овқатлар, картошка, тузланган

кам, корин дам бўлидини кучайтиради, шунинг учун  
ер овқат рационидан чиқарилиши керак. Активланган  
мир, мойчечак дамламаси, укроп, ялпиз тайинланади.

### ТАГГА ҚЎЙИЛАДИГАН СУДНОЛАРНИ ИШЛАТИШ

Узоқ муддат ўрин-кўрпа қилиб ётадиган беморларга  
вукни ва ичакларни бўшатиш учун ўринда тувак тутиш  
рақ. Эмал билан қопланган, резина ва фаянс суднолар  
лади; уларнинг шакли чўзинчок ва юмалок, копқоклари  
р. Тоза, дезинфекция қилинган судноларни туалет  
наларда махсус катакларда сақланади.

Суднони беморга тутишдан олдин иссиқ сув билан  
йилади. Кичик медицина ҳамшираси бир қўли билан  
морнинг думғазасидан кўтаради, иккинчи қўли билан  
а, суднони эҳтиётлик билан думбасининг тагига қўяди.  
езинфекциядан сўнг суднони чайқатиб юбормаслик учун  
этиётлик билан беморнинг тагидан олинади, устига  
клеёнка ёки қоғоз ёпади ва туалет хонасига олиб чиқади.  
Беморнинг таги ювилади ва орқа чиқарув йўли соҳасини  
пахта билан қуруқ қилиб артилади. Суднони унитазга  
қўйилади. Суднони «Гигиена» ёки «Новость» порошogi  
билан иссиқ сувда ювилади. Шундан сўнг суднони 2 %  
хлорамин эритмаси ёки 0,5 % тинитилган хлорли оҳак  
эритмаси билан дезинфекция қилинади.

Тери ости ёғ қавати кам, ётоқ яралар ҳосил бўлишига  
мобил дармонсиз беморларга, шунингдек ахлат тутолмай-  
диган беморларга шиширилган резина суднолар тутиш  
керак, уларнинг эластиклиги туфайли думғазага кам босим  
тушади ва айни вақтда нажас тегишидан сақлайди, бу эса  
ётоқ яраларнинг профилактикаси ҳисобланади. Резина  
суднони бевосита чойшабга қўймасдан, тагига клеёнка  
солиш керак. Уни каттик шиширмаслик керак. Думба,  
думғаза ва шиширилган чамбар орасига тўшама солиш  
керак. Суднони вақтида бўшатиш, тоза чайиш ва яна  
беморга тутиш лозим. Ҳозирги пайтда судноларни ювади-  
ган ва қурнтадиган махсус машиналар бор. Судно тутиш  
кичик медицина ҳамширасининг вазифаси бўлса-да,  
медицина ҳамшираси судноларнинг тозаллиги ва тўғри  
сақланишини ҳамиша кузатиб боради.

### ЛАБОРАТОРИЯДА ТЕКШИРИШГА АХЛАТ ОЛИШ

Ахлат йўғон ичакда шаклланади ва овқат қолдиқлари-  
дан асосан ўсимлик клетчаткасидан иборат бўлади. Ахлат  
массасининг бир қисми тирик ва ўлган микроблардан

обрат. Ахлат массасининг таркиби овқатнинг тури ва казим йўлларининг функциясига боғлиқ.

Ахлат дарҳол дефекация актидан сўнг микроорганизмлар ва ферментлар таъсири остида унда ўзгаришлар юз бериб улгурмасдан, имкон борича иликлигида йиғилади. Текширувга олинадиган ахлат тоза, курук ва имкон борича шиша идишга йиғилиши лозим. Лабораторияга ахлатни қоғозда, картон ва гугурт кутичаларида юбориш тавсия этилмайди. Банкада беморнинг фамилияси, исми, отасининг исми, жойи (бўлим, палата), текширув мақсади, куни ва юборган кишининг имзоси ёзилган этикетка бўлиши керак.

Куриб қолиши, оксидланиши ва пашшалар оркали инфекция тарқалишининг олдини олиш учун ахлатни қопқокли идишда сақлаш лозим. Одатда, текшириш учун ахлатни эрталаб, уйқудан кейин олинади. Бемор тувакка ўтиради, медицина ҳамшираси ахлатни умумий кўздан кечиради, қон бўлса, шу заҳоти врачга хабар қилади. Озроқ микдордаги ахлатни ёғоч куракча ёки шпател билан банкачага солинади. Ахлатни шундай кўринишда умумий текширишга жўнатилади. Гижжа тухумларига текшириш учун ахлатнинг у жойидан олинади ва иликлигида лабораторияга жўнатилади. Ахлатни яшири қон оқилишга текшириш учун рациондан гўшт ва балиқ маҳсулотлари, шунингдек, йод, бром ва темир сақлаган дорилар чиқарилиб, бемор уч кун мобайнида тайёрланади. 4-кун ахлат лабораторияга жўнатилади.

Ахлатни дизентерияга текшириш учун инглиз аралашмаси деб аталадиган модда солинган махсус пробиркаларда лабораторияга жўнатилади. Исталган пайтда ахлатни текширишга жўнатиш учун ҳар бир бўлишда шундай аралашмали пробирка бўлиши керак.

#### **БЕМОРНИ ЙЎҒОН ИЧАКНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШГА ТАЙЁРЛАШ**

Йўғон ичакни икки усулда текшириш: 1) йўғон ичакка клизма ёрдамида барий аралашмасини тўлдириш йўли билан (ирригоскопия), 2) бир кун аввал контраст модда қабул қилишдан сўнг йўғон ичакни кўздан кечириш мумкин. Одатда йўғон ичакни меъдани рентгенологик текширишдан 24 соат ўтгач кўздан кечирилади. Барий аралашмасининг бир қисми айрим ҳолларда чиқарилади. Аксари барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг ичак бир сутка мобайнида бўшатилмайди. Эрталаб беморга аралашманинг рефлектор сурилиши учун нонушта берила-

ди ва 2 соат ўтгач рентгеноскопия қилинади. Кўричақда яллиғланиш ўзгаришларини аниқлаш учун беморга тўнги соат 3 да барий аралашмаси (1 стакан сувга 200 г) ичиш тайинланиб, 7—8 соатдан сўнг рентгенологик текширилади.

Медицина ҳамшираси беморни ирригоскопияга 3 кун мобайнида тайёрлайди. Бемор рационидан ел ҳосил қиладиган моддаларни (қора нон, сут, картошка, узум ва б.) чиқариши ва енгил ҳазм бўладиган овқатлар: бўтқа, кисел, омлет, шўрва, гўшт ва балиқни қайнатилган ҳолда ейишини кузатади. Метеоризмда унга кунига уч марта мойчечак дамламаси берилади ва кечки овқатдан сўнг газ ҳайдайдиган найчани 2 соатга 3 кун мобайнида қўйилади. Туз сурғилар тайинлаш тавсия қилинмайди, чунки улар газ ҳосил бўлишига имкон беради. Текширишдан бир кун олдин беморга тушки овқат олдидан 30 г канакунжут мойи берилади ва йўғон ичакни яхшилаб ювиш учун клизмалар ўтказилади. Кечқурун ухлашдан олдин, шунингдек, эрталаб нонуштадан олдин тозалаш клизмаси қилинади. Сўнгра овқат лукмасининг ичак бўйлаб сурилиши учун беморга енгил нонушта берилади ва қайтадан тозалаш клизмаси қилинади. Ичакни текширишдан бир соат илгари газ ҳайдайдиган найча қўйилади. Бунинг учун беморни рентген кабинетига жўнатилади ва йўғон ичакка клизма ёрдамида барий аралашмаси юборилади (1 л сув + 200 г барий сульфат + 10 г танин).

Ичакни рентгенологик текшириш катта диагностик аҳамиятга эга. Зарур маълумотлар олиш учун беморни тегишлича тайёрлаш зарур. Тайёрлашдан мақсад ичакларни суюқлик ва газлардан ҳоли қилишдир. Муолажагача уч кун мобайнида беморга газ ҳосил бўлишини истисно қиладиган парҳез тайинланади (қора нон, сут, картошка тақиқланади). Беморларга енгил ҳазм бўладиган овқатлар: бўтқа, кисел, бульон, омлет, қайнатилган гўшт ва балиқ ейишга рухсат этилади. Беморда қорин дам бўлса, унга уч кунгача мойчечак дамламаси (1 стакан қайнаган сувга 1 ош қошиқдан) ёки мойли сурғи дори ичирилади, чунки туз сурғи (магний сульфат ва б.) ел ҳосил бўлишини кучайтиради. Бир кун аввал бемор кечи билан соат 20 да кечки овқат ейиши керак, соат 22 да эса тозалаш клизмаси қилинади. Беморга эрталаб чекмаслик, суюқлик ичмаслик ва овқат емаслик тайинланади, текширишдан 3—4 соат олдин эса яна тозалаш клизмаси қилинади ва экран остида беморнинг ичагида кўп газ йиғилмаганилиги текшириб кўрилади. Газ йиғилган бўлса, текшириш олдидан яна клизма қилинади.



Ичак шиллик пердаси ҳолатини контраст моддани оғиз орқали юбориб, текшириш мумкин. Текшириш учун рентген нурларини сингдирадиган ва рентген аппарати экранда куюк кўланка берадиган контраст модда — барий сульфат қўлланилади (100 г барий сульфат 150 г илик қайнаган сувда суюлтирилади ва куюк аралашма ҳосил қилинади). Ингичка ичакни текшириш учун барий сульфат аралашмасини текширишдан 6—8 соат олдин ичган яхши.

### МЕЪДА-ИЧАК ЙУЛЛАРИНИ ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРИШЛАР

Текширишнинг эндоскопик методлари катта аҳамият касб этиб бораёпти. Улар фақат диагностик характерга эга бўлмай, балки даво усули сифатида ҳам қўлланилади ва унинг ёрдамида қизилўнгач, меъда ва ўн икки бармоқ ичак касалликларига даво қилинади. Шиша-толали оптика ва световодли эндоскоп кашф этилиши туфайли эндоскопик текширувлар ҳазм органлари касалликларини диагностика қилишнинг асосий методларидан бири бўлиб қолди.

Эндоскопик хоналардаги ҳамма текширувлар махсус тайёргарлиги бўлган малакали врачлар томонидан ўтказилади. Аппаратураларга махсус ўрнатилган медицина ҳамширалари қараб турадилар. Медицина ҳамшираси врачнинг ёрдамчиси ҳисобланади ва у беморни текширувга тайёрлашни билишдан ташқари, бирмунча мураккаб аппаратурани ишлата олиш ва муолажа вақтида уни тез созлашни уддалаши керак.

Қизилўнгач, меъда ва ўн икки бармоқ ичак шиллик пердасини кўздан кечириш бир аппарат — эзофагогастродуоденофиброскоп билан ягона методика бўйича олиб борилади. Эзофагогастродуоденофиброскоп куйидаги қисмлардан: 1) окуляр, бошқариш ричаглари ва кнопкалари бўлган бошчаси, меъдага турли инструментлар (биопсия омбурлари, катетерлар, игналар ва б.) киритиш учун клапани бўлган каналларга кириш қисмлари; 2) ишчи қисм — диаметри 8—12 мм, узунлиги 860—1200 мм ди қайишқок найча ва туташтирувчи световоддан иборат. Эндоскопнинг дистал учи иккита перпендикуляр текисликларда: олдиндан орқага 200° бурчак остида ва чапдан ўнгга 120° бурчак остида эгилиши мумкин. Кузатув дарчаси яқинида биопсия учун киритиладиган инструментларнинг шаклини ва йўналишини ўзгартириш имконини берадиган манипулятор ўрнатилган канал очилади. Ҳаво киритиш ва меъдадан суюқликни сўриб олиш автоматик тарзда амалга оширилади.

Медицина ҳамшираси ҳамма ички қисмларни дезинфекция қилиш усуллари яхши билиши керак. Текширувдан олдин найчани 33 % ли спиртга ҳўлланган салфетка билан артилади. Текширишдан кейин эндоскоп канали қон, шилимшиқ ва бошқаларни йўқотиш учун совунли илиқ сув билан ювилади. Сўнгра қуриштиш учун ҳаво юборилади ва аппаратни ёритгичдан ажратилади. Найчани совунли эритмада яхшилаб ювилади ва оқиб турган илиқ сув остида чайилади, сўнгра қуруқ латта билан кунт қилиб артилади ва 33 % ли спирт эритмаси билан дезинфекция қилинади; суюлтирилмаган спирт ва юқори ҳарорат эндоскоп қопламасини емиришини унутмаслик керак. Деформацияга учрашига йўл қўймаслик учун фиброскопларни осиб қўйилган ҳолда вертикал сақлаш керак. Биопсия омбурлари, инъекцион игналар, катетерлар, полипларни чиқариш учун ковузлоклар 1 % ли диоксид эритмасида 10 минут қолдирилади, сўнгра чиқарилади, обдон қуруқ латта билан артилади ва стерилизаторда сақланади. Ишлатишдан олдин уларни бирор стерил эритма билан ювиш лозим. Приборни эҳтиёт қилиш, тоза тутиш ва сақлаш қоидаларига риоя қилиш приборнинг узок муддат хизмат қилишини таъминлайди.

Муолажани эрталаб-наҳорга беморнинг умумий кайфияти яхши бўлганда тиш протезларини олиб қўйиб ўтказилади. Текширувдан 30 минут олдин тери остига 1 мл 1 % ли атропин сульфат эритмаси юборилади. Маҳалла оғрикеизлантириш эндоскопиядан 20 минут олдин оғза бўшлиғи, ҳалқум ва қизилўнғачнинг юқори қисмида пульверизатордан 1—3 % ли дикаин эритмасини соғиниб йўли билан амалга оширилади. Бемор универсал операция столда чап ёнбошини босиб ётади, гавдаси тўғриланган, елкалари ёзилган, эндоскоп киритишга қаршилик кўтарадиган вужудга келтирмаслик учун мускуллари имкон қадар бўшаштирилган. Оғзига стерил загубник қўйилади. Қизилўнғач, меъда ва ўн икки бармоқ ичакни текширишдан ҳисобда қарийб 10 минут давом қилади. Текширишдан ўтказиладиган куни иссиқ овқат емаслик керак, муолажадан кейин эса кекирдакка овқатёки сув тушмаслигини олдини олиш учун ютиш қийинлашуви батамом йўқолишига (анестетиклар таъсири билан боғлиқ) 1—2 кун мобайнида суюқлик ичиш ва овқат еишига ҳадикеламас этилмайди. Амбулатор беморларни текширишдан олдин ўтгандан кейин умумий кайфияти яхши бўлиши кутилганлиги жўнатилади.

**Эзофагоскопия** — қизилўнғачнинг яқин атрофидаги босқичидаги ўсмаларини ўз вақтида аниқлаш.

жисмларни диагностика қилиш ва чиқариш учун қизил гач шиллик пардасини кўздан кечириш. Эзофагоскопия шунингдек даволаш мақсадида қўлланилади.

**Гастроскопия** — меъда шиллик пардасини хавфсиз ва хавфли ўсмалар, меъда яраларини аниқлаш, биопсия қилиш ва полипларни чиқариш учун кўздан кечириш.

**Дуоденоскопия** — ўн икки бармоқ ичак шиллик пардасини кўздан кечириш, шу ичакдаги яраларни бирмунча аниқ диагностика қилиш ва уларни даволаш методидир (облепиха мойи билан аппликация қилиш, ярага антибиотикларни санчиб киритиш ва б.).

**Колоноскопия** — йўғон ичак шиллик пардасини колоноскоп ёрдамида кўздан кечириш, бу шиллик пардани бошидан охиригача кўздан кечиришга имкон беради. Колоноскопия ёрдамида йўғон ичакнинг турли хил касалликлари (яллиғланиш жараёнлари, хавфсиз ва хавфли ўсмалари қон оқиш ва б.) аниқланади.

Беморларни тайёрлашнинг айрим хусусиятлари бор. Беморни текширишдан 2—4 кун олдин тайёрланади. Шлаксиз пархез овқатлар (гўшт бульони, қайнатилган гўшт ва балиқ, оқсилли омлет, творог, оқ сухари) тайинланади, кора нон, сут, картошка мутлақо чиқарилади. Текширишдан бир кун олдин иккинчи нонуштадан кейин 30—40 мл канакунжут мойи берилади, кечқурун ухлашдан олдин 1,5 л гача ҳажмдаги сув билан тозалаш клизмаси қилинади. Кечки овқат бекор қилинади. Қандай диабет бор беморлар, болалар ва кекса ёшдаги одамлар учун истисно қилинади. Эрталаб текширишдан 2 соат олдин ичак тўлиқ бўшалгунча тозалаш клизмаси қилинади ва газ ҳайдайдиган найча киритилади. Колоноскоп киритишдан олдин орқа чиқарув йўли тешигига оғриксийлантиниш мақсадида ксилостезин малҳами суртилади.

**Ректороманоскопия** — тўғри ичак шиллик пардасини кўздан кечириш. Бу метод анча содда ва уни поликлиника шароитида бажарса бўлади. У тўғри ичак шиллик пардасини кўздан кечириш ва айрим манипуляцияларни ёриқларга дори суртиш, уларга упа сепиш, полипларни олиб ташлаш каби тадбирларни бажариш имконини беради.

Бу текширишга медицина ҳамширасининг роли беморни тайёрлаш, инструментларни текшириш ва ректоскоп киритилгандан сўнг врачга ёрдам беришдан иборат. Ичакдаги ювинди сувлар ёки суюқ ахлат оқиб тушиши мумкин, шунинг учун медицина ҳамшираси ректоскоп найчасининг ташки учига қўйиладиган тоғорани тахт қилиб қўйиши керак.

Ректоскоп тўғри ичакка киритиладиган узунлиги ҳар хил найчалар тўпламидан, оптик система ва тўғри ичакка ҳаво ҳайдаш учун ишлатиладиган баллондан ташкил топган. Ректоскопияга тайёргарлик кўришда факат найчалар, бошчаси ва пахта тутгичлар стерилизация қилинади. Ректоскопнинг бошқа қисмлари спирт билан артилади.

Ич келмаганда беморни тайёрлаш текширишдан бир неча кун олдин бошланади: туз сурғи, 15 % ли мағний сульфат эритмаси (1 ош қошиқдан кунига 3 марта) берилади, ҳар кuni клизма қилинади. Ректоскопияга тайёрлашнинг бошқа методикаси ҳам қўлланилади: кечкурун иккита клизма қилиб, газ ҳайдайдиган найча киритилади, оғил кечки овқат (чой билан печенье), эрталаб ҳам 30 минутлик танаффус билан иккита клизма ва ел ҳайдайдиган найча киритилади. Аксарият иккита клизма кифоя қилади: биттаси текширишдан бир кун аввал, иккинчиси — ундан тўрт соат олдин.

Ректоскоп киритиш учун беморнинг тизза-тирсак ва тизза-елка вазияти энг қулайдир. Бемор яра боғлаш столига тиззаси билан чўккалаганида оёқ қафтлари унинг четидан осилиб туриши керак. Тирсаклари ёки елкасини эса столга тираб туради. Беморнинг иккинчи вазияти — ўнг ёнбоши билан ётиб, чаноғини бироз кўтариб туришдан иборат. Бемор етарлича тайёрланмаган такдирда текширишни қолдириш ва тайёргардикни қайта ўтказиш лозим.

Текшириш тугаллангандан сўнг ректоскопиянинг стерилизация қилинадиган қисмларигина ажратилади, кунт билан ювилади, қолган қисмларини хлорамин ва спирт билан артилади.

**Лапароскопия** — корин бўшлиғи ва кичик чанокдаги органларни турли патологик жараёнларни аниқлаш максадида кўздан кечириш — бевосита оптикали махсус лапароскоп билан бажарилади. Тайёрлаш бир кун аввал кечкурун ва текширишдан олдин тозалаш клизмаси қилишдан иборат. Тери остига 0,5 мл 1 % ли морфин эритмаси ва 1 мл 0,1 % ли атропин сульфат эритмаси юборилади. Медицина ҳамшираси беморни аравачада олиб келади ва унинг назорати остида беморни текширишдан кейин яна палатага олиб кетилади.

Хамма эндоскопик текширувлар асоратлар бериши мумкинлигини унутмаслик керак. Анестетиклар киритишга аллергик реакция, қон кетиши, ҳушдан кетиш шулар қаторига киради, шунинг учун медицина ҳамшираси беморнинг аҳволи устидан кунт билан кузатув олиб бориши ва бирор нохуш симптомлар пайдо бўлганда врачга хабар қилиши керак.

## КЛИЗМА

Соғлом одамнинг ичи мунтазам равишда суткасига бир марта, бир хил пайтда бўшалади. Айрим касалликларда беморларда ич келиши тўхтайди (кабзият). Бундай ҳолларда ични юмшатадиган парҳез, сурғи дорилар, шунингдек, клизмалар тайинланади.

Клизма деб, йўғон ичакнинг пастки бўлагига турли суюкликларни даволаш ва диагностика мақсадида киритишга айтилади. Тозалайдиган, сифонли, озикли, дорили ва томчили клизмалар бўлади.

Клизма қилиш учун Эсмарх кружкасидан фойдаланилади, у сифими 1—2 л ли резервуардан (шиша, эмал қопланган, резина) иборат. Кружка тубида узунлиги 1,5 м ва диаметри 1 см ли йўғон деворли резина найча кийгизиладиган сўргичли тешик бўлади. Найча учида суюкликнинг ичакка тушишини бошқариб турадиган жўмраги бўлади. Найчанинг эркин учига узунлиги 8—10 см ли шиша, эбонит ёки пластмассадан ясалган учлик кийгизилади. Учлик бус-бутун, четлари силлиқ бўлиши керак. Ишлатишдан сўнг учликни совун билан илик сув остида яхшилаб ювилади ва қайнатилади. Учликларни дезинфекциялайдиган эритмали банкада сақланади.

Тозалаш клизмаси. Ичакни ахлат массалари ва елдан ҳоли қилиш учун қўлланилади. Клизмалар врач кўрсатмаси бўйича қилинади.

Кўрсатмалар: 1) ич келмай қолиши, 2) операцияларга, йўғон ичакни эндоскопия қилишга ва рентгенологик текширишларга тайёрлаш, 3) заҳарланиш ва интоксикациялар, 4) даво клизмаси ва томчили клизма қилиш олдида.

Монелик қиладиган ҳоллар: 1) тўғри ичак ва йўғон ичакдаги яллиғланиш ходисалари; 2) қонаб турадиган бавосил; 3) тўғри ичакнинг тушиши; 4) меъда ва ичаклардан қон оқиши.

Тозалаш клизмаси юмшоқ таъсир кўрсатади, бунда ичакнинг фақат пастки бўлими бўшалади. Киритиладиган суюклик ичакка механик, термик ва химиявий таъсир кўрсатади, бу перистальтикани анча кучайтиради, ахлат массасини юмшатади ва унинг чиқарилишини осонлаштиради. Беморга каттиқ кучанишга тўғри келмайди ва клизма бир неча минутдан сўнг таъсир қилади.

Тозалаш клизмаси қилиш учун Эсмарх кружкасидан ташқари, уни осиб қўйиш учун штатив, суюклик ҳароратини ўлчаш учун термометр (уй ҳароратидаги сув, мойчечак эритмаси ва б.), клеёнка, тоғора, судно бўлиши зарур (43-расм).



43- расм. Тозалаш клизмаси.

а — системага сув тўлдириш; б — клизма қўйиш техникаси.

Клизмани врач кўрсатмаси бўйича медицина ҳамширалари, яхши ўргатилган кичик медицина ҳамширалари ўтказadi. Беморни ёғоч каравот ёки каравотнинг четига, оёқлари букилган ва қорнига тортилган ҳолатда чап ёнбошига ётқизилади. Беморга ҳаракат қилиш мумкин бўлмаса, уни чалканча ётқизилади. Думбалари остига судно қўйилади ва клеёнка ёзилади, унинг бўш турган ўрнини челақка туширилади. Челақ бемор сувни тутиб туролмаган такдирда керак бўлади. Эсмарх кружкасига уй ҳароратидаги 1—1,5 л сув қўйилади, кружка юқорига кўтарилади ва озроқ микдордаги сувни, сув билан эса, ундаги ҳавони чиқариш учун учликни пастга туширилади. Резина найчадаги жўмрак бекитилади. Учликнинг синмаганлиги текширилади, унга обдан вазелин суртилади ва чап қўл билан беморнинг думбаларини кериб, орқа чиқарув йўли тешигига киритила бошланади. Учликни аввал юқорига ва олдинга 8—10 см киритилади, сўнгра айланма енгил ҳаракатлар билан ташқи сфинктер қарши-қаршига енгиб бирмунча орқага бурилади. Шиллик парда-

нинг туртиб чикиб турган бурмалари ёки геморроидал тугунлар бўлганда, учликни уларга теккизмай, орасидан ўтказиш лозим. Агар тўсик учраса — найча ичак/деворига ёки каттиқ ахлатга тақалиб қолса, уни 1—2 см га чиқариш ва жўмакни очиш керак. Эсмарх кружкасини 1 м баландликкача кўтарилади ва сув босим остида йўғон ичакка тушади. Учлик ахлат массаси билан тикилиб қолганда уни чиқарилади, тозаланади ва яна киритилади. Тўғри ичак ахлат билан тўла бўлса, уни сув оқими билан ювишга уриниб кўрилади. Баъзан ахлат массаси шунчалик каттиқ бўладики, клизма қилишга имкон бўлмайди. Бундай ҳолларда ахлатни тўғри ичакдан вазелин суртилган резина кўлқоп тикиб бармоқ билан чиқаришга тўғри келади.

Метеоризмда ичакларга суюқликнинг бутун ҳажмини киритиб, ичакка ҳаво тушмаслиги учун кружка тубида озроқ сув қолдирилади, суюқлик тушишини тартибга соладиган жўмак бекитилади ва аста-секин айланма ҳаракатлар билан учлик чиқарилади. Бемор сувни 10 минут мобайнида тутиб тургани маъқул. Бунинг учун у чалқанча ётиши ва чуқур нафас олиши керак.

Муолажа тугагач, кружка ювилади, қуригунча артилади ва устига дока ёки сочиқ ёпиб қўйилади.

Сувдан клизма қилиш ҳамма вақт ҳам ичак бўшалишига олиб келавермайди. Унинг таъсирини кучайтириш учун сувга кукун ҳолига келтирилган болалар совунидан ярим чой қошиқ, 2—3 ош қошиқда глицерин, 1—2 ош қошиқда ош тузи, 1 стакан мойчечак дамламаси ва шу қабилар қўйилади. Клизма таъсир қилмаса, бир неча соат ўтказиб, уни такрорлаш мумкин.

Тозалаш клизмаси қилишда бир вақтнинг ўзида кўп микдорда суюқлик юборилмаслигига аҳамият бериш зарур.

**Сифонли клизма.** Одатдаги тозалаш клизмалари таъсир қилмаган ҳолларда сифонли клизмалар қўлланилади.

**Кўрсатмалар:** 1) ичакнинг тутилиб қолиши; 2) заҳардан заҳарланиш; 3) даволаш мақсадида елни ҳайдаш ва йўғон ичакнинг пастки қисмини ювиш.

Ичакнинг тез бўшалиши учун сифон методи (ичакни кўп марта ювиш) энг яхши усул ҳисобланади, бу усулда туташидиган идишлар принциpidан фойдаланилади. Бундай идишнинг бири — ичак, иккинчиси — тўғри ичакни киритилган резина найчанинг ташқи учидаги воронкадир.

Сифонли клизма учун узунлиги 1,5 м ва диаметри 1,5 см ли стерилланган резина найча тайёрлаб қўйилади, унинг

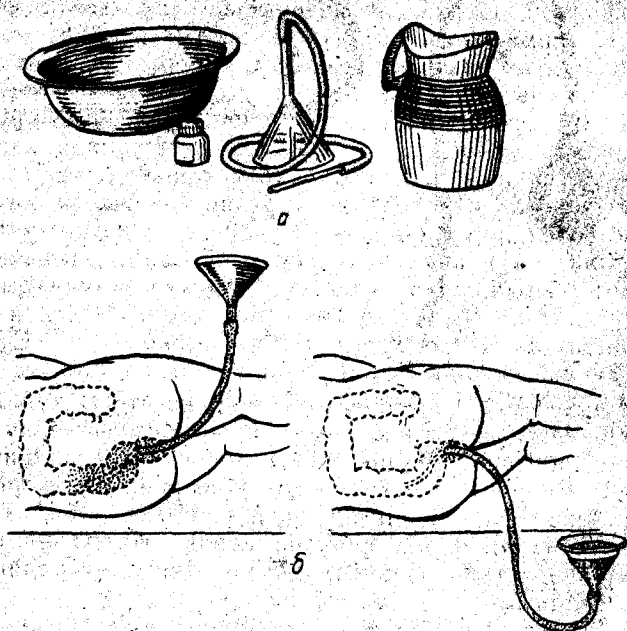


ишки учига тахминан 0,5 л суюклик сиғадиган воронка қўйгизилади, шунингдек дезинфекцияладиган суюклик (калий перманганатнинг кучсиз эритмаси, 22 % натрий гидрокарбонат эритмаси) ёки 38°C ҳароратгача иситилган найнаган сув учун 5—8 л ли кўзача ва суви тўкиш учун челак бўлади. Беморни чап ёнбошига ёки чалканча қўйгизилади, думбалари тағига клеёнка тўшалади, қараваги ёнига эса челак ва суюклик солинган кўзача қўйилади. Тўғри ичакка киритиладиган резина найча учига мўл қилиб вазелин суртилади ва 20—30 см олдинга сурилади. Зонднинг тўғри ичак ампуласида буралиб қолмаслигига аҳамият бериб, унинг ҳолатини зарур бўлганда бармоқ билан назорат қилиб турилади. Воронкани бемор танасидан пича пастда қия ҳолатда тутиб туриш лозим. Сўнгра эста-секин суюклик билан тўлдирилади ва тана устидан 0,5 м масофага кўтарилади. Камайиб бораётган сув сатҳи воронканинг торайган қисмига етгач, уни тоғора тепасидан туширилади ва сув воронкани тўлдирмагунча воронка тўнтарилмади. Воронканинг бу ҳолатида ҳаво пуфакчалари, ахлат бўлакчалари яхши кўриниб туради. Воронка ичидаги нарсаларни тоғорага тўкилади, уни яна сув билан тўлдирилади ва бу бир неча марта такрорланади (44-расм).

Ичакдан киритилганига қараганда кам суюклик ажралиб чиқмаслигини кузатиб бориш муҳим. Воронкани гоҳ кўтариб, гоҳ пасайтириб, ел чиқиши тўхтагунча ва воронкага тоза сув тушмагунча ичак ювилади. Баъзан сифонли клизмага 10 л сув сарфланади. Суюклик билан тўлдиришда воронканинг қия ҳолатда бўлишига ва ичакка ҳаво кирмаслигига эътибор бериш керак, чунки бу ичакни ювишни қийинлаштириши мумкин.

Муолажа тугагандан сўнг воронка олинади, ювилади ва қайнатилади, резина найчани эса 10—12 минутга тўғри ичакда қолдириб, унинг ташки учини қолган суюклик ва газларнинг оқиб тушиши учун тоғорага тушириб қўйилади.

**Дори клизмалар.** Дори моддаларни оғиз орқали киритиб бўлмаса ёки бунга монелик қиладиган ҳол бўлса, уларни тўғри ичак орқали киритиш мумкин, бунда улар сўрилади ва жигарни четлаб ўтиб, тезда қонга ўтади. Дори клизмалари маҳаллий ва умумий таъсир қиладиган бўлади. Биринчиси, йўғон ичакда яллиғланиш жараёнини камайтириш мақсадида, иккинчиси — организмга баъзан узоқ вақтгача дори ёки озиқ моддаларни киритиш учун қўлланилади. Дори клизмалари асосан микроклизмалар ҳисобланади, чунки уларнинг



44- расм. Сифонли клизма.

а — зарур ашёлар; б — сифонли клизма қўйиш босқичлари (схема).

миқдори 50—100 мл дан ошмаслиги керак. Дори моддаларни оддий 20 граммли шприц, Жане шприцига ёки сифонли 50 дан 100 мл гача бўлган резина баллончага олинади (45- расм). Дори моддасининг ҳарорати  $40^{\circ}\text{C}$  дан паст бўлмаслиги керак, чунки бундан паст ҳарорат дефекцияга эҳтиёж пайдо қилади ва дори сўрилмайди. Дори клизмасидан 30—40 минут олдин тозалаш клизмаси қилинади ва ичак батамом бўшагандан сўнг дори кирита бошланади. Бемор чап ёнбошида оёқларини тиззасидан букиб, қорнига тортиб ётади. Резина катетер ва шприц яхши стерилизация қилинган бўлиши керак. Медицина ҳамшираси чап қўл билан бемор думбаларини кериб, ун қўл билан айланма ҳаракатлар қилиб стерил вазелин мойидан яхшилаб суртилган катетерни тўғри ичкарига 10—12 см га киритилади. Сўнгра катетерни дори моддаси олинган шприцга уланади ва бу эритмани катетерни унча катта бўлмаган босим остида кичик порциялар билан аста-секин юборилади. Кейин, катетердан суюқликнинг қайтиб чиқмаслиги учун ун ичакдан чиқармай, ташқи учидан тутиб ва босиб туриб, шприц катетердан эҳтиётлик билан



45- расм. Дорили клизма.

1 — мойли клизма учун баллон; б — микроклизма учун резина-найчаги шприц.

олинади, унга хаво тортилади, яъни катетерга куйилади ва унда қолган суюқликни чиқариш учун пуфланади. Ичакнинг механик, термик ва химиявий таъсирланишининг олдини олиш учун иллик изотоник натрий хлорид эритмасида ёки ўраб оладиган модда (50 г гача крахмал қайнатмаси) билан юбориш керак. Микроклизмаларда кўпинча оксигенизлангандиган, тинчлангандиган ва ухлатадиган моддалар юборилади.

**Томчили клизма.** Кўп микдордаги йўқотилган қон ёки суюқлик ўрнини тўлдириш учун узок вақт таъсир қиладиган дори клизмалар қўлланилади (томчилаб юбориш методи), 5 % глюкоза эритмаси изотоник натрий хлорид эритмаси билан кўп микдорда юборилади. Томчили клизма учун тозалаш клизмасида ишлатиладиган асбоблардан фойдаланилади, фақат учликни Эсмарх кружкаси билан туташтирадиган резина найчага томизгични қисқич билан қўйилади. Уни шундай бураладики, резина найчадан суюқлик тўғри ичакка оқим билан эмас, балки томчилаб тушади. Томчи тушиш тезлигини ҳам қисқич билан тартибга солинади (аксари минутига 60—80 томчи, яъни соатига 240 мл). Томчи усули билан суткасига 3 л гача суюқлик юбориш мумкин. Эритмали кружкани қаравот сатҳи-устидан 1 м баландликка осиб қўйилади. Бу муолажа жуда давомли бўлганлиги туфайли медицина ҳамшираси беморни яхши ўраб-чирмаши ва унинг қулай вазиятда ётишини диққат билан кузатиши лозим. Юбориладиган эритма доимо маълум ҳароратда (40—42°C) бўлиши керак: бунинг учун Эсмарх кружкасининг орқа деворига грелка маҳкамлаб қўйилади ва унинг ҳамшиша иллик бўлишига аҳамият берилади.

**Озикли клизмалар.** Озикли моддаларни оғиз орқали

киритиб бўлмаган ҳолларда уларни тўғри ичак орқали юбориш мумкин, бу сунъий овқатлантириш турларидан бири ҳисобланади. Озиқли клизмаларни қўлланиш жуда чегараланган, чунки клизма ёрдамида суюқлик тушадиган йўғон ичак пастки бўлимида фақат сув, изотоник натрий хлорид эритмаси, глюкоза эритмаси, спирт, гўшт бульони, қаймоқ ва қисман оксиллар ва аминокислоталар сўрилади.

Озиқли клизмалар озиқли моддалар киритишнинг қўшимча усули бўлиши мумкин, холос. Озиқли клизма ҳажми 1 стакандан ошмаслиги керак. Одатда озиқли клизма тозалаш клизмасидан бир соат кейин ва ичак батамом бўшалгандан сўнг қилинади. Суюқлик ҳарорати 38—40°C бўлиши керак.

Клизманинг яхшироқ тутиб турилиши учун унга 5—10 томчи опий настойкаси қўшилади. Озиқли клизма кўнига 1—2 мартадан кўп қилинмайди, чунки тўғри ичакни таъсирлантириб қўйиши мумкин. Агар тўғри ичак таъсирланса, бир неча кун танаффус қилиш лозим.

Озиқли клизмани кичик босим остида аста-секин резина баллоннинг чуқур киритилган юмшоқ учлиги орқали юборилади. Бемор чап ёнбошида оёқларини тиззасидан букиб ёки чаноғини кўтариб чалқанча ётади. Клизмадан кейин бемор тахминан бир соатгача тинч ётиши керак.

Озиқли клизмаларни томчи усулида юборган яхши. Бу методнинг айрим афзалликлари бор: 1) тўғри ичакка томчилаб тушаётган суюқлик бетиним сўрилади, 2) у ичакни чўзмайди ва корин ичи босимини оширмайди, 3) ичак перистальтикасини кўзғатмайди, 4) ел чиқишига тўсқинлик қилмайди, 5) оғрик келтириб чиқармайди. Томчили клизма учун штатив тайёрланади, унга Эсмарх кружкаси осилади, овқат моддалар сув ёки глюкоза билан суюлтирилади, илитилади, учликка вазелин суртилади ва тўғри ичакка киритилади. Озиқли моддаларни юборишнинг бошидан охиригача медицина ҳамшираси беморларни кузатиб бориши керак.

Клизма қилиш сифати ва уларнинг яхши натижа бериши кўп жиҳатдан медицина ҳамширасининг билимига ва масъулиятига боғлиқ. Асбобларни, беморни яхши тайёрлаш ва бу муолажани техник жиҳатдан мохирлик билан адо этиш лозим. Беморга юриш рухсат этилган ҳолда, уни махсус ажратилган клизма хонасига тақлиф қилинади, ёғоч каравотга ётқизилади ва ичаги тўлиқ бўлишигача, ёлғиз қолдирилмайди. Агар беморга клизма қилишда қўйиш лозим бўлса, бемор руҳиятига ҳисоб қилинган ҳолда, унинг қўлига ёғоч дарпарда

қўйган яхши. Судно олингандан сўнг орка чиқарув йўли соҳаси артилади, дарпарда олиб қўйилади, палатани йилнинг қандай фасли бўлишидан қатъи назар шамоллатилади.

**Мойли клизмалар.** Қаттик қабзиятларда қўлланилади. Битта клизма учун 37—38°C ҳароратгача илитилган 50—100 мл кунгабоқар, зайтун, зиғир ёки вазелин мойидан фойдаланилади. Одатда уни резина баллон ёрдамида, шприц ёки катетер орқали, тўғри ичакка 10 см га киритилади. Мой ичак девори бўйлаб тарқалади, ахлатни ўраб олади, ичак мускулатурасини бўшаштиради ва ахлатнинг чиқарилишига имкон беради. Мой оқиб тушмаслиги учун бемор 10—15 минутгача қимирламай ётиши керак.

**Эмульсион клизмалар.** Ўрнидан турмай ётадиган оғир беморларда қўлланилади. 2 стакан мойчечак эритмасини олдиндан тайёрлаб қўйилади (1 ош қошиқ мойчечакни бир стакан кайнок сувга солинади), сўнггра битта тухум сариғини 1 чой қошиқ натрий гидрокарбонат билан кўпиртирилади, устидан мойчечак настойкаси қўйилади ва 2 ош қошиқ вазелин мойи ёки глицерин қўйилади. 15—20 минут ўтгач, ичакларнинг батамом бўшалиши юз беради.

#### **МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕМОРЛАРНИНГ УМУМИЙ ПАРВАРИШИ**

Меъда-ичак йўллари касалликлари билан касалланган беморларга даво қилишнинг муҳим шартларига тўғри парҳез режимини тайинлаш, беморнинг иштаҳаси яхши бўлиши тўғрисида ғамхўрлик қилиш ва оғиз бўшлиғини кунт билан парвариш қилиш керак.

Медицина ҳамшираси бемор ҳар гал овқатдан сўнг оғзини чайишини кузатиб бориши лозим. Буни у мустақил бажара олмаса, медицина ҳамшираси оғиз бўшлиғини бирорта дезинфекция қиладиган эритма билан артиб қўяди. Оғиз бўшлиғини баллонча билан ювса ҳам бўлади. Юқори жағ тишларни артишда кулок олди безининг чиқарув йўлига инфекция туширмаслик учун лунжни шпатель билан тортиб туриш керак.

Ўрнидан турмай ётадиган беморларни уларнинг бошини ёки каравотининг бош томонини бир оз кўтариб қошиқда, кичик-кичик порциялар билан овқатлантирилади. Бўйин ва кўкрагига салфетка тутилади. Суюқ овқатни қўйнақчадан бериш мумкин.

Ҳазм органлари касалликларининг белгиларини бил-

ган ҳолда медицина ҳамшираси бирорта асорат рўй бериш эҳтимоли бўлган беморларни кузатади. Меъда яра касаллиги бор бемор тўсатдан кофе куйқаси кўринишида қайт килса, ёки ахлати катронсимон бўлса, кўп учрайдиган асорат — меъдадан қон кетиши юз берганлигидан далолат беради, медицина ҳамшираси бу ҳақда дарҳол врачга хабар қилади, врач келгунча беморни қулай вазиятда ётқизади, бош томонида баландроқ кўтаради, ҳаракат қилиш ва гаплашишга рухсат этмайди, тўш ёқаси остига музли халтача қўяди ва бемор ахволи кониқарли бўлмагунча унинг ҳузуридан кетмайди. Врачнинг қон кетишини тўхтатишга доир ҳамма кўрсатмаларини тез бажариш лозим. Медицина ҳамшираси диагнозни билмаса ёки қориндаги ўткир ҳолатга шубҳа бўлганда бемор қорнига грелка қўйиш мумкин эмас.

Ахлатини тутолмайдиган оғир ётган беморларнинг таги тез-тез ювиб турилади, ўрин-кўрпа ва ич кийимларнинг тозаллиги текшириб чиқилади.

Қусаётган бемор қулай ҳолатда ётқизилади, қусук массаларини битта идишга йиғилади ва врач келгунча салқин жойда сақланади. Агар қусук массаларини лабораторияга текширишга юбориш зарур бўлса, улар тоза банкачага қуйилади, унга беморнинг фамилияси, палата номери ва текшириш мақсади ёзилган этикетка ёпиштирилади.

Медицина ҳамшираси врач келгунча кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатиш учун асбоблар, инвентар, стерил материаллар тўпламини доимо тахт қилиб қўйиш шарт.

#### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Меъда-ичак йўллари касалликларининг асосий симптомлари қандай?
2. Қусишда беморни парвариш қилиш нимадан иборат?
3. Оғиз бўшлиғини кўздан кечириш ва томоқ, бурундан суртма олиш техникаси қандай?
4. Меъдани ювишга кўрсатмалар қандай ва у қандай бажарилади?
5. Меъда ширасини ингичка зонд билан ва рН-метрик усулда олиш техникаси нимадан иборат?
6. Синов нонушталар нима ва уларнинг қандай турлари бор?
7. Беморларни меъда-ичак йўллари рентгенологик текширишга тайёрлаш нимадан иборат?
8. Дуоденал зондлаш қандай ўтказилади?
9. Лабораторияда ахлатни умумий, яширин қонга, дизентерияга текшириш учун қандай олинади?
10. Меъда-ичакдан қон оқшининг асосий симптомлари қандай ва уларда қандай тез ёрдам берилади?
11. Ёл ҳайдайдиган найчани қандай қилиб тўғри киритилади?

12. Тагга кўйиладиган суднони ишлатиш, саклаш ва дезинфекция қилиш қондалари қандай?

13. Тозаловчи, сифонли, дорили, овкатли клизмалар қачон қўйилади? Бунинг учун қандай асбоблар керак?

14. Меъда-ичак касалликлари билан касалланган беморларни умумий парвариш қилиш нимадан иборат?

15. Гастроэнтерология бўлимида эндоскопик текширишнинг қандай турлари бажарилади?

16. Меъданинг яра касаллиги билан касалланган беморда кофе куйкаси рангидаги қусиш пайдо бўлди, унинг ранги ўчди, артериал босими пасайди, пульси ипсимон. Медицина хамшираси қандай чора кўриши керак?

17. Меъданинг яра касаллиги бўлган беморга ахлатни яширин қонга текшириш тайинланган. Бу текшириш нима учун ўтказилади? Беморни қандай тайёрлаш керак?

18. Беморда кўнгил айниш, сўлак оқиши, овкатни қусиб ташлаш пайдо бўлди. Медицина хамшираси қандай чора кўриши керак?

19. Тозалаш клизмаси вақтида беморни метеоризм безовта қилади. Медицина хамшираси нима қилиши керак?

20. Беморга дорили клизма тайинланган. Олдиндан қандай тайёргарлик кўриш лозим?

21. Меъданинг яра касаллиги бўлган беморда кучли жигалдон қайнаши пайдо бўлди. Унга нима бериш керак?

22. Беморни тез-тез ва суяк ичи кетган. Медицина хамшираси нима қилиши керак?

23. Меъда шираси ийгичка зонд билан олиганда пробиркаларнинг бирида ипир-ипир қон пайдо бўлди. Нима қилиш керак?

#### **XIV боб**

### **БУЙРАК ВА СИЙДИК ЧИҚАРУВ ЙЎЛЛАРИ ФУНКЦИЯЛАРИ БУЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ ВА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ**

#### **БУЙРАК ВА СИЙДИК ЧИҚАРУВ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМЛАРИ**

Буйрак касалликлари ички органларнинг энг оғир касалликлари қаторига киради ва кўпинча оғир асоратларга олиб келади, шунинг учун медицина хамшираси касалликларнинг асосий белгиларини, уларнинг асоратларини билиши ва врачгача бўлган биринчи ёрдамни кўрсата олиши керак. Буйрак касалликларининг асосий симптомлари шишлар, артериал босимнинг ошиши ва бел соҳасидаги оғриқ хисобланади.

Сийдик ажралишининг бузилиши кўп микдорда ва тез-тез сийдик ажралиши, қориннинг пастиди ачишадиган ва симилтаган оғриқлар, шунингдек, ажраладиган сийдик микдорининг қамайиши билан ўтади. Сийдик ажралмаса ва сийишга истак бўлганда қовуқни бўшатиш



зарур. Бунинг учун марказий нерв системасига таъсир кўрсатиб, рефлектор йўл билан сийдик ажралишига уриниш лозим. Шу мақсадда иссиқдан фойдаланилади. Бунинг учун кориннинг пастига грелка қўйиш, аёлларда ташқи жинсий органларга Эсмарх кружкасидан сув қўйиш ёки уларни илиқ сув билан чайиш, эркакларда жинсий олатни илиқ сувга солиш ёки илиқ сув билан клизма қилиш лозим. Монелик қиладиган ҳоллар бўлмаса, беморни илиқ ваннага тушириш керак. Баъзан жўмракни очиб қўйиб ёки кўзачадан тоғорага сув қўйиб, оқиб тушаётган сув товуши ёрдамида сийдик ажралиб чиқишига муваффақ бўлинади. Бу чоралар фойда бермаганда қовуқни сунъий усулда бўшатишга — катетеризация қилишга киришиш зарур.

Диурез — сийдик ҳосил бўлиш ва ажралиш жараёнидир. Одамнинг бир суткада ажратадиган умумий сийдик миқдори 1900 дан 2800 мл гача (1 минутда 0,7—1,2 мл) ўзгариб туради, бу миқдор организмга суюқлик тушиши чегараланганда камайди ва кўп миқдорда суюқлик ичилганда кўпаяди. Диурезнинг энг кам миқдори қон плазмасида нормал осмотик босимни саклаб туриш учун зарур сув ва тузлар миқдори билан белгиланади. Соғлом одамда бир суткада ажратиладиган сийдик миқдори суткалик диурез дейилади. Суткалик диурез овқатланиш шароитлари, жисмоний ҳаракат, атроф-муҳит ҳарорати ва намлиги ҳамда бошқа омилларга боғлиқ. Мўътадил иқлимда одатдаги овқатланиш шароитларида ва ўртача жисмоний ҳаракатда соғлом одам тери орқали ўрта ҳисобда 500 мл, ўпка орқали 400 мл, ахлат билан 100 мл ва сийдик билан 1500 мл сув ажратади, бунда суткалик диурезнинг  $\frac{3}{4}$  қисми кундузги соатларга тўғри келади.

Ёши қайтган кишиларда, айниқса эркакларда проста-та безининг катталашуви натижасида н и к т у р и я кузатилиши мумкин (суткалик сийдик миқдорининг кўп қисми кундузи эмас, балки тунда ажралади). Бунда сийги тез-тез кистайди, сийдик бир йўла эмас, оз-оздан, кичик-кичик порцияларда, қучланишдан кейин, секин ва ингичка оқим билан ажралади. Даволаш касаллик этиологиясига қўра олиб борилади.

Сийдик тута олмасликда қовуқ сфинктерининг ва қот мушакларининг ёшга оид сустлашиши ёки марказий нерв системаси функциясининг бузилиши натижасида сийдик кистамасдан беихтиёр ажралади. Медицина ҳамшираси бундай беморларни парвариш қилишда тушагидаги чойшаби устидан клеёнка ёзилишига аҳамият бериши керак. Беморнинг тагига резина чамбар қўйиш, унинг тагини тез-тез ювиб туриш ва бичилиш ҳамда ётоқ яралар

пайдо бўлмаслигига қараб туриш керак. Кеч соат 18 дан кейин суюқлик ичиш чегараланади. Дори-дармонлар билан даволаш кам фойда беради. Баъзан бурун бўшлиғига гипофиз орқа бўлагининг препарати — адиу-рекринини нафасга енгилгина олдириш фойда беради.

Медицина ҳамшираси бемор ичган суюқлик (жумладан, шўрва кисел ва бошқалар) микдори хисоблаб чиқиши, шунингдек сутка мобайнида сийдикни битта идишга йиғиши ва унинг микдори ўлчов қолбада ўлчаши керак. Бу маълумотларни у касаллик тарихига киритади. Кўрсатмалар бўлганда қовуқни катетеризация қилинади.

### **ЛАБОРАТОРИЯДА ТЕКШИРИШ УЧУН СИЙДИК ОЛИШ**

Терапевтик бўлимдаги ҳамма беморлардан лабораторияда текшириш учун албатта сийдик олинади. Текшириш натижасининг тўғрилиги ва диагноз қўйишнинг аниқлиги сийдик олиш техникасининг тўғрилигига, идиш ва беморни тўғри тайёрлашга боғлиқ, шунинг учун медицина ҳамшираси текшириш учун сийдикни тўғри йиғишни билиши керак.

Сийдик буйракларда ҳосил бўлади. У сомон-сарик рангли, тиник, аралашмалардан ҳоли суюқликдир. У иссиқ жойда турганда мочевина ҳиди чиқади. Сутканинг турли даврида овқатни тановул қилиш ва тури, ичилган суюқлик микдори, жисмоний иш, ҳаво ҳароратига боғлиқ ҳолда таркиби турлича бўлади. Сийдик реакцияси ҳаммаша кислотали бўлиб, ундаги фосфатлар микдорига боғлиқ. Сийдикнинг микдорий реакцияси бактериялар таъсири остида мочевинанинг парчаланиб углекислота ва аммиак ҳосил бўлишига боғлиқ, бу сийдик ажратиш системаси касалликларида, шунингдек, сийдикни нотўғри ва узок вақт сақлаганда ва уни ифлос идишга йиғилганда учрайди. Сийдик микдори организмга киритиладиган суюқликка ва овқат турига боғлиқ. Ичилган суюқлик микдори билан ажратилган суюқлик микдори ўртасидаги нисбат сув баланси дейилади. Медицина ҳамшираси беморларнинг сув баланси устидан кузатиши ва унинг кўрсаткичларини касаллик тарихига аниқ қилиб ёзиб бориши керак.

Сийдикни текшириш беморни умумий текширишда муҳим таркибий қисм ҳисобланади. Бу текшириш буйрак функциясидаги у ёки бу ҳолатни аниқлабгина қолмай, балки қатор орган ва системалардаги бузилишлар ҳақида ҳам ҳулоса чиқариш имконини беради.

**Умумий текшириш учун сийдикни йиғиш. Умумий**

анализга сийдик рангини, тиниклигини, нисбий зичлигини (солиштирма оғирлиги), унинг реакциясини ва патологик элементлар борлигини аниқлаш киради. Умумий текшириш учун сийдикни тунги уйкудан сўнг, эрталаб 100—200 мл микдорда олинади ва 30—60 мин ичида лабораторияга жўнатилади. Сийдикни бемор стационарга келган куннинг эртасига эрталаб олинади ва текширишни ўн кунда бир марта такрорланади. Эркак беморга бир кун аввал фамилияси, исми ва отасининг исми, куми ва текшириш мақсади ёзилган этикеткали тоза шиша берилади. Сийдик олишдан олдин аёл тагини ювиши керак. Унга сийиши учун тоза банқача берилади, сўнгга сийдикни тоза шишага қўйилади. Текшириш натижаси нотўғри чикмаслиги учун идишни тозалаб ювиш лозим, аксинча нотўғри диагноз қўйилишига сабаб бўлиши мумкин. Хайз кўриш даврида сийдикни текширишга олиш тавсия қилинмайди, борди-ю, бунга зарурат бўлса, сийдикни катетер ёрдамида, аёлнинг ташки жинсий органларини дезинфекция қиладиган эритма (фурудонин, калий перманганатининг кучсиз эритмаси ва б.) билан артгандан сўнг олинади.

Сийдикни узок вақт сақлаш физик хоссалари ўзгаришига, бактериялар кўпайишига ва сийдик чўкмасидаги элементларнинг парчаланишига олиб келади. Сийдикни лабораторияга тез етказиш имкони бўлмаса, уни салқин жойга, ақсари туалетдаги кафел полга қўйилади.

**Суткалик сийдикни йиғиш.** Сийдикнинг эрталабки биринчи порциясини тўкилади. Вақтни белгилаб қўйилади. Сутка мобайнида кейинги порциялар битта идишга йиғилади. Сийдик охириги марта эртаси кун эрталаб белгиланган вақтда йиғилади. Текшириш сифати сийдикни тўғри йиғиш ва лабораторияга етказишга боғлиқ.

**Сийдикни Каковский — Аддис усули бўйича текшириш.** Сийдик олишдан аввал аёл ташки жинсий органларини яхшилаб ювиши лозим. Олдин шишага консервант — бир неча тимол кристалчаси ёки 2 кристаллча формальдегид ёки 0,5 мл хлороформ солинади. Сийдикли шишани совукда сақлаган яхши. Каковский — Аддис методи бўйича ҳисоблаш камерасида сийдик элементлари саналади ва сийдикнинг суткалик умумий микдоридagi сони ҳисоблаб чиқарилади. Лейкоцитлар нормаси суткасига  $2 \cdot 10^6$  гача, эритроцитлар суткасига  $1 \cdot 10^6$  гача, цилиндрлар сони суткасига  $3 \cdot 10^3$  гача. Бу метод бўйича сийдикни ўн соат ичида йиғиш лозим. Соат 22 да бемордан қовуқни бўшатиш ва тунда сиймасликка ҳаракат қилиш сўралади. Эрталаб соат 8 да эрталабки сийдикнинг ҳаммасини лабораториядан олинган махсус идишга йиғилади.

**Диастазга сийдик олиш.** Бунинг учун 50 мл янги сийдик консервантсиз олинади ва лабораторияга жўнатилади.

**Сийдикни Амбюрже методи бўйича текшириш.** Сийдик 3 соат олдин олинади. Эрталаб тунги сийдик порцияси тўкилади, вақт белгиланади ва сийдик 3 соат ўтгач кунт билан тозаланиб, сўнгра катетерда йиғилади. Сийдикни консервантсиз лабораторияга олиб келинади, бу ерда сийдик элементлари камерада саналади. Лейкоцитлар, эритроцитлар, цилиндрлар микдори бир минутда ажратилган сийдик ҳажмида аникланади. Норма: лейкоцитлар суткасига  $2,5 \cdot 10^3$ , эритроцитлар сони суткасига  $1 \cdot 10^3$  гача, цилиндрлар сони 15 гача.

**Сийдикни Нечипоренко бўйича текшириш.** Сийдикни кунт билан гигиеник тозалашдан сўнг исталган вақтда йиғиш мумкин, бироқ лабораторияга эрталабни сийдик порциясини етказган маъкул. Сийдик элементлари ҳисоблаш камерасида саналади, уларнинг микдорини 1 мл га таксимланади. Лейкоцитлар нормаси 1 мл да 400 гача, эритроцитлар 1 мл да 1000 гача.

**Буйраклар функциясини аниклаш.** Буйракнинг кон-  
сервантсиз ва мочевиначи чиқариш хусусиятини аниқ-  
лашнинг яхшироқ дати диатностик аҳамияти бор. Бунинг учун  
буйракларни бўйича синама қўлланилади, у одатдаги сув ва  
овқат режимида ўтказилади. Текшириш принципи  
буйракларнинг физиологик шароитлардаги сув режими-  
га мослашувини аниклашга асосланган. Синама ўтказишга  
монелик қиладиган ҳоллар йўқ. Режим одатдагича. Бемор  
эрталаб соат 6 да қовуғини бўшатади ва сийдикнинг бу  
порцияси тўкиб ташланади, сўнгра у сутка мобайнида  
3 соатлик танаффус билан ҳар гал алоҳида идишга сияди.  
Медицина ҳамшираси бир кун аввал кечкурун 8 та тоза  
шишани тайёрлаб қўяди, уларга беморнинг фамилияси,  
исми ва отасининг исми, шунингдек, шишанинг тартиб  
рақами ёзилган этикетка ёпиштириб чиқилади. Шундай  
қилиб, бемор сутка мобайнида (тунда беморлар уйғотила-  
ди) эрталаб соат 9 дан бошлаб эртасига соат 6 гача  
8 марта қовуғини бўшатиш керак. Сийдикнинг ҳамма  
8 порцияси лабораторияга жўнатилади, бу ерда ҳар бир  
сийдик порциясининг микдори, нисбий зичлиги ўлчанади.

Гигиеник жихатдан туалет (озодагарчилик) шарт  
эмас. Агар бирор порцияда сийдик микдори шишага  
сигмай қолса, қолдигини иккинчи шишага қуйилади ва  
этикеткага... «рақамли порцияга қўшимча сийдик микдори»  
деб ёзиб қўйилади. Агар бемор белгиланган вақтда  
сиймаса, бўш шишани барибир лабораторияга жўна-  
тилади.

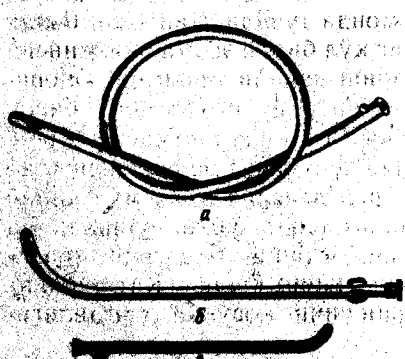
Суткалик сийдик микдори уни ўлчаб, тунги ва кундузги диурез алоҳида-алоҳида аниқланади. Кундузги диурез (эрталаб соат 9 дан соат 18 гача) тунгидан кўп бўлиши керак. Нормادا у умумий диурезнинг тахминан  $\frac{2}{3}$  қисмини ташкил қилади. Соат 21 дан эрталаб 6 гача бўлган сийдик микдори тунги диурез ҳисобланади. Соғлом кишиларда у умумий диурезнинг  $\frac{1}{3}$  қисмини ташкил қилади. Умумий суткалик сийдик микдори одатда бир суткада ичилган суюқликнинг 65—75% ини ташкил қилади. Кундузги диурез тунгидан ортиқ бўлса ва сийдикнинг нисбий зичлиги 1,008 дан 1,025 гача ўзгариб турса, буйракларнинг функционал қобилияти яхши ҳисобланади. Сийдик нисбий намлигининг пасайиши буйраклар функцияси етишмовчилигидан дарак беради.

Физиологик шароитларда сийдик нисбий зичлигининг пасайиши суюқлик кўп ичилганда, нисбий зичлигининг ошиши эса кўп терлашда ва суюқлик кам ичилганда (қуруқ овкатлар ейишда) кузатилиши мумкин.

### КОВУҚНИ КАТЕТЕРЛАШ

Катетерлаш — ковуқдан сийдик чиқариш, ковуқни ювиш, унга дори моддасини юбориш ёки текшириш учун сийдик олиш мақсадида ковуқка катетер киритишдир. Қовуқка микроблар тушишининг олдини олиш учун катетерлашни ҳолат эҳтиёткорлик билан қилиш керак, чунки унинг шиллиқ пардаси инфекцияга бардош беролмайди. Шу сабабли катетерлаш зарур бўлгандагина ўтказилиши лозим. Катетерлашни юмшоқ ва қаттиқ катетерлар ёрдамида ўтказилади (46-расм).

Юмшоқ катетер узунлиги 25—30 см ва диаметри 10 мм гача бўлган (№ 1—30) эластик резина найчадан



46-расм. Катетерларнинг турлари.

а — юмшоқ; б — металдан ясалган эркак катетери; в — металдан ясалган аёл катетери.

иборат. Катетернинг юкори учи юмалокланган, берк. Унинг якинида ён томонидан овал тешиги бор. Катетернинг ташки учи дори эритмаларини юбориш учун шприц учлигини киритиш ва ковуқни ювиш учун кийшик кесилган ёки воронкасимон кенгайтирилган.

Ишлатишдан олдин катетерлар 10—15 минут мобайнида қайнатилади. Унутмаслик керакки, қайнатиш натижасида улар аста-секин эластиклигини йўқотади ва яроқсиз бўлиб қолади. Ишлатилгандан сўнг уларни илик сув ва совун билан яхшилаб ювилади ва юмшок латта билан артилади. Резина катетерлар қопқокли ва эмалланган ҳамда узун шиша кутичаларда 2 % борат ёки карбол кислота эритмасида сақланади. Ўшар ҳолда қурийди, эластиклигини йўқотади ва мўрт қолади.

**Каттик катетерлар** (металл катетер): 1) катетер, 2) ўқ (стержен) ва 3) тумшукдан иборат (иккита овал тешикли уретрал учи). Катетер юмалокланган ва тешигинининг пастида қаваги йўқ. Эркаклар катетери узунлиги 30 см гача, аёлларники 12—15 см.

**Аёлга катетер киритиш** (47- расм). Муолажадан олдин медицина ҳамшираси кўлини илик сув билан совунлаб ювади, тирноқ бўғимларини спирт ва йод эритмаси билан артади. Қиндан ажраладиган ажратмалар бўлганда аёлларни олдин таги ювилади ва қини чайилади. Медицина ҳамшираси ёки врач ўнг томонда туради. Чап кўли билан жинсий лаблар керилади, ўнг кўл билан эса ташки жинсий органларни ва сийдик чиқариш канали тешигини юкоридан пастга томон (орқа чиқарув йўлига томон) бирор дезинфекциялайдиган эритма (сулема эритмаси 1:1000, фурацилин, симоб оксиданид эритмаси) билан синчиклаб артиб чиқилади. Сўнгга стерил вазелин мойи мўл қилиб қўйилган аёллар катетерини пинцет билан олинади ва сийдик чиқариш каналининг ташки тешигини топиб, катетерни эҳтиётлик билан киритилади. Катетернинг ташки учиди сийдик қурилиши унинг ковуққа тушганлигидан далолат беради.



47- расм. Аёлга катетер киритиш.



48-расм. Эркакка  
шок катетер кириши

Сийдик узича ажралмай қолганда қолган сийдикни чиқариш учун қорин девори орқали қовуқ соҳасини бир-бирига босиш мумкин, сўнгра катетерни аста-секин чиқариб бўлади, шундагина қолдиқ сийдикнинг озроқ миқдорини катетер чиқарилгандан кейин сийдик чиқариш канали ювиб чиқади. Аёлларда у айтарли узун (4—6 см) бўлмайди, шунга кўра катетерлаш қийинчилик туғдирмайди.

Сийдикни экиш учун олиш керак бўлса, стерил пробирка четларини аланга устидан ўтказилади ва у тўлгандан сўнг стерил пахта тикин билан бекитилади. Катетерлаш ностерил катетер ёки ювилмаган кўл билан ўтказилса, қовуққа инфекция юқорига кўтариладиган йул билан тушади ва яллиғлантиради, бу кўпинча бемор аҳволини оғирлаштиради, шунинг учун медицина ҳамшираси асептика ва антисептика қоидаларига пухта амал қилиши керак.

**Эркакка катетер киритиш (48-расм).** Эркакларга катетер киритиш бирмунча қийин, чунки уларда сийдик чиқариш каналининг узунлиги 22—25 см бўлади ва иккита физиологик торайиш ҳосил қилиб, улар катетернинг ўтиши учун тўсик бўлиб хизмат қилади. Бемор катетерлаш вақтида оёқларини тиззасидан оз-моз букиб, чалқанча ётади, оёқ панжалари орасига «утка», қайиқча ёки кружка қўйилиб, сийдик катетердан шу идишга оқиб тушади. Медицина ҳамшираси ёки врач чап кўлига жинсий олатни олади ва унинг бошчасини борат кислотага ҳўлланган пахта бўлакчаси билан қунт билан артади. Ўнг кўли билан стерил вазелин мойи суртилган катетерни аста-секин, кўп қўч сарфламай сийдик чиқариш каналига киритади. Катетер пинцет ёки стерил доқа салфетка билан олинали. Катетерлашни резина катетердан бошлаш лозим, у юмшоқ ва айни вақтда қайишқоқ бўлганлигидан осонгина турли шаклни эгаллайди, бу маъжуд тўсикларни четлаб ўтишга имкон беради. Катетер қовуққа тушиши билан сийдик пайдо бўлади.



Эркакларга металл катетерни фақат врач киритади.

**Ковукни ювиш.** Ундан йиринг туқималарнинг парчаланиш маҳсулотларини механик чиқариш учун шунингдек, цистоскоп киритиш олдидан ювилади. Одатда ковуқни резина катетер ёрдамида ювилади. Олдин ковуқнинг сизими аниқлаб олинади, бунинг учун бир марта сийдик ажратишда чиққан сийдик миктори ўлчанади. Бемор тиззаларини букиб, сонларини кериб ва чаноғини кўтарган ҳолда чалқанча вазиятда ётади. Бу муолажани урологик ўриндикда бажариш мумкин. Ковукни резина найчасига катетер кийгизилган Эсмарх кружкасидан ювилади. Борат кислота (2 %) калий перманганат (1:10 000), симоб окисицианид (1:10000) эритмасидан фойдаланилади. Инструментлар стерил бўлиши керак. Катетерни киритилади ва сийдикни чиқариб, уни Эсмарх кружкасининг резина найчаси билан уланади. Ковукни тиник суюқлик пайдо бўлгунча ювилади ва шундан кейин цистоскоп киритилмайдиган бўлса, ковуқни ярмигача эритма билан тўлдирилади ва катетер чиқарилади. Ювишдан кейин бемор 30—60 минутгача ётиши лозим.

Агар ковуқ дори моддалар билан ювиладиган бўлса, бу ишнинг ҳар кунги ёки кун ора бажарилади. Одатда жами 12—14 марта ювилади.

## УРОЛОГИК ЭНДОСКОПИЯ

**Эндоскопия** — махсус оптик-механик ёритгич приборлар ёрдамида бажариладиган визуал текшириш методи-дир. Патологик туқималарни визуал кўздан кечириш, касаллик жараёнининг кечиши устидан динамик кузатув имконияти эндоскопияни муҳим диагностик усулга айлантиради, у кўпинча урологик касалликларни аниқлаш, клиник манзарасига баҳо бериш ва прогноз учун асосий аҳамиятга эга бўлади. Урологияда эндоскопик текширишлар ва улар ёрдамида даволаш-диагностика манипуляцияларини бажаришни асептика нуктаи назаридан хирургик аралашув сифатида баҳолаш керак.

Урологияда асосий эндоскопик асбоб **эндоскоп** ҳисобланади, у уч асосий элемент: ташқи найча — тубус, ёритгич ва оптик системадан ташкил топган. Замонавий эндоскопларда ёритиш учун тодалли световодлардан фойдаланилади. Ҳар бир орган учун махсус эндоскоп мавжуд: уретроскоп сийдик чиқариш каналини диагностика қилиш, катор даво манипуляцияларини ва асосий операция аралашувларини бажариш мақсадида ёритиш кўздан кечириш учун мўлжалланган. Цистоскоп

ва манипуляцион асбоб функцияларини бажаради: унинг ёрдамида қовуқ шиллик пардаси кўздан кечирилади, касаллик диагностика қилинади ва айрим хирургик аралашувлар бажарилади.

Барча эндоскопик текширувлар асептика қоидаларига пухта риоя қилинган шароитда олиб борилиши муносабати билан улар худди операция хонасига қўйиладиган талабларга жавоб берадиган махсус хоналарда амалга оширилади. Эндоскопик хона яқинида факат текшириладиган кишилар учун мўлжалланган санитария тармоғи жойлаштирилади. Эндоскопик хона билан урологик ва хирургик беморлар учун мўлжалланган яра боғлаш хонасини бирлаштириш асло мумкин эмас.

Эндоскопик хонада ишни бошлашдан олдин хонани нам усулда тозаланади, ўриндик, стерил инструментлар ва материаллар қўйиладиган металлдан ясалган тиргак ва столларни яриб чиқилади. Беморлар кўздан кечириладиган медицина кушеткасига тоза оклик ёзилиб, уни ҳар бир бемордан сўнг алиштирилади.

Янги эндоскопик асбоблар, ғилоф-жилддан чиқарилади, таркибий қисмларга ажратилади, оқиб турган илик сув остида совунлаб ва юмшоқ чўтка билан яхшилаб ювилади, сўнг уларни тоза сочик билан қуригунча артилади, асбоблар йиғилади ва ишчи ҳолатга келтирилади. Ишлатишдан олдин тубус, обтуратор ва пахта тутғичлар 30 мин мобайнида қайнатилади. Цистоскоплар ё формалин бугида 24 соат мобайнида ёки симоб оксиданидининг 1:1000 эритмасида 30 мин мобайнида стерилизация қилинади. Текширув махсус урологик ўриндикда ўтказилади, унинг ёнида бемордан 1 м баландликда шиша резервуарли (сигими 3 л гача бўлган Эсмарх кружкаси типидати) металл тиргак туради. Резервуар 100 мл дан даража-ланган.

Эндоскопик текшириш олдидан оғриксизлантириш лозим. Текширувдан бир соат олдин тўғри ичакка омнионли шам киритилади ёки 100 мл илик сувдан микроклизма қилинади. Анальгезияловчи ва иситмага қарши таъсирни вужудга келтириш мақсадида бу сувда 0,5—1 г антипирин ва 0,025 г промедол эритилган бўлади. Бевосита цистоскопиядан олдин уретра бўшлиғига 20 мл 20 % ли новокаин ёки 15 мл дикаин (3:1000) эритмаси киритилади ва 10 минут ўтгач эндоскопияни бошланади.

Текширишдан олдин медицина ҳамшираси ва врач қўлини оқиб турган сувда совунлаб, сўнгра спиртга хўлланган доқа салфетка билан ювади. Ҳамма эндоскопик текширишлар стерил қўлқопларда бажарилиши керак.

Врач беморни кўздан кечиради, сўнгра бемор сийдик ажратади, ечиниб, носки ва ич кўйлакда қолади, оёғига бахила (ип-газламадан тўқилган махсус узун пайпоқ) кияди ва урологик ўриндикка ётиб, оёқларини периб оёқ тутгичча кўяди. Бемор тагига клеёнка ёзилиб, уни ҳар гал текширишдан кейин алиштирилади. Қорни, чанок ва оёқларини чойшаб билан бекитилиб, чойшабнинг қирқилган жойидан эркакларда жинсий олатни ёки аёлларда ташқи жинсий органларни чиқариб кўйилади. Текширишдан олдин аёлларда ташқи жинсий органлари соҳасини антисептик эритма оқимида ювилади, сўнгра врач чап кўли билан стерил салфеткалар ёрдамида жинсий ёракни очади, ўнг кўли билан эса уретра ташқи тешигини сулала эритмасига ҳўлланган пахта шарча билан артади. Шундан сўнг эндоскопик текшириш ўтказилади.

**Цистоскопия** — қовук бўшлиғини унга киритилган махсус асбоб — цистоскоп ёрдамида кўздан кечиришдан иборат. Цистоскоп махсус ёритгич система ва оптикага эга бўлиб, қовукка киритилган тиник суюқлик орқали кичик катталаштиришда унинг бўшлиғи ва шиалик пардасини кўздан кечириш имконини беради. Цистоскопия оптикаси чиқарилиб, икки окимли ювиш системаси билан алиштириладиган кўриш учун мўлжалланган ирригацион цистоскоп ёрдамида бажарилиши мумкин.

Ишлатишдан олдин формалиннинг ачиштирадиган таъсирининг олдини олиш учун цистоскоп дистилланган сув билан ювилади, этил спирти билан артилади ва стерил глицерин суртилади. Такрор кўлланиш олдидан цистоскоп 15—20 мин мобайнида симоб окисицианиднинг 1:1000 эритмасида дезинфекция қилинади. Цистоскопнинг оптик системасини этил спиртига ҳўлланган дока билан артилади. Беморга муолажадан олдин тозалаш клизмаси қилинади.

**Бўйраклар функцияси аниқланадиган хромоцистоскопия** ёрдамида венага 5 мл 0,5—1 % ли индигокармин эритмаси киритилади, сўнгра цистоскоп орқали сийдик йўллари оғзидан бўялган сийдик пайдо бўлиши устидан кузатилади. Соғлом одамда у бўёқ киритилгандан кейин 3—5 мин ўтгач сийдик йўлларида ажралиб чиқа бошлайди. Бўйраклардан бири зарарланганда тегишли сийдик йўлидан бўялган сийдик ажралиши кечикади.

Одатда цистоскопияни оғриксизлантирмасдан қилинади ва жуда сезувчан беморлардагина текширувдан 5—10 минут олдин уретрага 2—3 % ли новокаин ёки 1:1000 дикаин эритмаси киритилади.

Муолажа тугаллангандан сўнг беморлар бир неча соат

ўринда ётишлари керак. Ковук шиллик пардаси яллиғла-  
нишини профилактика қилиш мақсадида антибиотиклар  
тайинланади. Медицина ҳамшираси беморни текширишга  
инструментлар ва дезинфекция қиладиган эритмаларни  
тахт қилиб қўйишни билиши лозим.

### **БЕМОРНИ БУЙРАҚЛАРНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШГА ТАЙЁРЛАШ**

Буйрақларнинг вазияти, ўлчами, тошлар ва ўсмалар  
борлигини аниқлаш учун рентгенологик текширилади.  
Буйрақлар ва сийдик чиқариш системасини рентгенологик  
текшириш учун контраст йод сақлайдиган моддалар —  
сергозин, урографин, трийотраст, верогност ва бошқалар  
қўлланилади.

Медицина ҳамшираси беморни яхши тайёрламасдан  
туриб яхши натижа олиб бўлмаслигини яхши билиши  
керак, чунки ичакларда газ йиғилиши текширишга  
тўсқинлик қилади. Метеоризмни камайтириш учун бемор  
текширишдан икки кун олдин жавдар нон, картошка,  
карам истеъмол қилишни чегаралаш лозим. Текши-  
ришдан бир кун олдин ва унга икки соат қолганда тозалаш  
клизмаси қилинади.

### **БУЙРАҚ ВА СИЙДИК ЧИҚАРУВ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ УМУМИЙ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ**

Буйрақ ва сийдик чиқарув йўллари касалликларида  
тўғри парҳезга риоя қилиш муҳим ҳисобланади. Медицина  
ҳамшираси беморларнинг овқат ва суюқлик ичиш режими,  
айниқса овқатдан тузни қатъий чегаралаш, турли ҳис-  
дудланган, тузланган маҳсулотлар ва маринадларни  
бутунлай чиқариш устидан қаттиқ кузатиб боради.  
Беморларга С витамини миқдори юқори бўлган 7 а-стол  
тайинланиши керак.

Суткалик диурезни кузатиб туриш зарур. Сийдикни  
сутка мобайнида битта идишга йиғиш, эрталаб эса ичилган  
суюқлик миқдорини ёзиб бориш лозим. Медицина ҳамши-  
раси бу маълумотларни касаллик тарихига ҳар кун ёзиб  
боради.

Буйрақ касалликлари бўлган шахсларнинг териси  
қуриб туради, инфекция тушади, унда яралар ва  
бўғимлар осоқликча ҳосил бўлади. Медицина ҳамши-  
раси беморларни профилактика қилиш учун ҳар кун  
терисини ёзиб бориши; ўзини бир неча марта йиғиб, қайта

солиши, терини дезинфекция қиладиган эритмалар билан артиши, беморни ёнбоши билан ёткизиб туриши ва думғазаси тагига резина чамбар қўйиши лозим. Ичи ва қовуғининг ўз вақтида бўшалиб туришига ҳам эътибор қилиш зарур. Медицина ҳамшираси врачга ўз вақтида хабар қилиш учун буйрак касалликлари асоратларининг белгиларини яхши билиши керак.

Врачнинг ҳамма қўрсатмаларини пухта бажариш, диагностик синамаларни тўғри ўтказиш ва беморни қандай бўлмасин муолажага ўз вақтида тайёрлашни билиш керак. Қовуққа инфекция тушишининг олдини олиш учун медицина ҳамшираси катетерларнинг стериллигини диққат билан кузатиб бориши керак. Ватанимиз сановати эластик катетерларни сақлаш ва стериллаш учун махсус стерилизаторлар ишлаб чиқармокда. Унинг шакли узунчоқ ва силлик бўлиб, герметик беркитадиган кулфи бор. Ичидаги катакчаларга катетерлар узунасига жойлаб қўйилади. Пастки катагига формалин таблеткалари қўйилиб, уларнинг буғи катетерларни яхши сақлаб ва стериллаб туради.

Дармонсиз ва оғир ётган беморларда қовуқ сфинктери бўшашганда сийдик тутиб туrolмаслик юз беради; у оздан ёки томчилаб чиқиб туради. Бемор сийдик чиқариш актини идора қила олмайди, шу туфайли чойшаб ва ич кийимлар хўл бўлади, шиптир хид пайдо бўлади. Агар бемор ўринда ётса, тагига резина судно қўйилади ёки қўпична сийдикдон (шиша ёки эмал қопланган) берилади. Сийдик тутолмайдиган, ўриндан турмай ётадиган беморларнинг тагини тез-тез ювиб туриш, чойшаб ва ич кийимларни алиштириб туриш зарур. Сийдик тутолмайдиган юрадиган беморлар учун юмшоқ сийдикдонлар бўлади, улар тагига тасмалар ёрдамида маҳкамлаб қўйиладиган резина резервуардан иборат. Сийдикдонларни ҳар кун иссик сув билан совунлаб ювиш ва сийдик ҳидини йўқотиш учун хлорид кислота ёки калий перманганатнинг кучсиз эритмаси билан чайиш зарур.

#### *Текшириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Буйрак ва сийдик чиқариш йўллари касалликларининг асосий белгилари қандай?
2. Диурез нима ва у қандай ўлчайди?
3. Умумий текшириш учун сийдик қандай олинади?
4. Аёлларни катетер билан сийдик олишга қандай тайёрланади?
5. Қанд, диастаза ва кетостероидларга сийдик олиш хусусиятлари нимадан иборат? Каковский — Алдис, Нечипоренко, Амбюрже методи бўйича текшириш учун сийдик қандай йиғилади?

6. Зимнийкий бўйича синама қўйишнинг маънаси ва унинг техникаси қандай?
7. Экиш учун сийдик қандай йиғилади?
8. Сийдик ажратишнинг бузилиш симптомлари қандай?
9. Делларда катетеризация қандай ўтказилади?
10. Эркакларда катетеризация қандай ўтказилади?
11. Ковуки ювишга инструментлар қандай тайёрланади?
12. Буйрак касалликлари бўлган беморларни умумий парварош қилиш нимадан иборат?
13. Беморни буйракларини рентгенологик текширишга қандай тайёрланади?
14. Медицина ҳамширасининг эндоскопия бўлимидаги ишининг хусусиятлари нимадан иборат?
15. Урологик эндоскопияга нима қиради?
16. Кесайган беморда никтурия қайд қилинган. Медицина ҳамшираси нима қилиши керак?
17. Нефрология бўлимига юзи ва баданида шишлари бўлган бемор ётқизилди. Ҳамшира ҳар куни нималар қилиши ва овқат рационидан нималарни чиқариши ва чегаралаши лозим?
18. Буйрак етишмовчилиги бўлган оғир ётган беморда думсаза соҳаси терисининг қизаргани ва қуруқ бўлиб қолгани қайд қилинган. Бу нима ва қандай тадбирлар ўтказиш керак?

## XV боб

### ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ БЎЛИМИ

Ўлимга яқин ҳолатлар стационар шароитида ҳам, турмушда ҳам тез-тез учраб турадиган ҳодисадир. Медицина ҳамширасининг баъзан клиник ўлим ҳолати беморнинг предагонал ва агонал ҳолатига дуч келишига тўғри келади ва унинг ҳаёт-мамоти аксари ҳамширанинг билимларига ва аниқ ишлашига боғлиқ бўлади.

Агония организмнинг терминал ҳолатига қиради ва ўлимнинг қайтар босқичи ҳисобланади. Бош мия ярим-шарлари пўстлоғи функцияларининг чуқур бузилиши билан бирга чўзинчок мия Марказларининг кўзгочлиши билан характерланади. Агониядан олдин предагонал ҳолат содир бўлиб, бу даврда гемодинамика ва нафаснинг бузилиши қайд қилинади. Артериал босими кескин пасайиб кетади, ҳушнинг йўқолиши авж олади, миyaning электр активлиги пасаяди, ҳамма орган ва тўқималарда кислород танқислиги ошиб боради, ўлим ва агония яқинлашган сайин бу ҳодисалар кучаяди.

Предагонал даврда агонияга ўтиш босқичи терминал пауза ҳисобланади. У нафаснинг тўсатдан тўхташи ва мугуз парда рефлексларининг сўйиши билан характерланади. Бу пауза бир неча секунддан уч минутгача давом қилади, шундан сўнг агония пай боради. Аввалига оғир



сезувчанлик йўколади, ҳамма рефлекслар кўпайди, эс-хуш йўколади. Агониянинг асосий белгиси нафаснинг бузилиши ҳисобланиб, у суст, билинар-билинмас ёки, аксинча, нафас амплитудаси катта, қисқа максимал нафас олиш ва тез тўлиқ нафас чиқариш билан ўтадиган бўлиши мумкин. Хар бир нафас олишда бемор бошини орқага ташлайди, оғзи катта очилади. Юрак қисқаришлари ритми аста-секин сустлашади, пульси ипсимон бўлиб қолади, аранг билинади, унинг сони минутига 40—20. Артериал босим 20—10 мм симоб устунигача пасаяди. Баъзан энса мускуллари ригидлиги ва умумий тоник талвасалар ривожланиши мумкин. Бемор беихтиёр сийиб кўяди ва ичи келади. Тана ҳарорати кескин пасаяди. Агониянинг қанча вақтгача чўзилиши уни келтириб чиқарган сабабларга боғлиқ.

Нафас ва юрак уриши тўхтагандан кейинги давр клиник ўлим дейилади. Бу қайтар ҳолат, унда бош миё хужайраларида қайтмас ўзгаришлар рўй бермаган бўлса, организмнинг ҳамма функциялари тўлиқ тикланиши эҳтимол. Бемор организми 4—6 минут мобайнида ҳали яшашга лаёқатли бўлиб қолади. Бунда эс-хуши йўқолган, бадан териси оқарган ва кўқарган, қорачиклар ўта қенгайган бўлади. Ўз вақтида кўрилган реанимацион чоралар беморни бу ҳолатдан халос қилиши ёки унинг олдини олиши мумкин. Барча даво тадбирлари организмнинг сўнаётган функцияларини сақлаб туриш ва тиклашга қаратилиши лозим.

#### **ОҒИР ВА АГОНИЯ ҲОЛАТИДАГИ БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Стационарда ва уйда беморларда турли-туман асоратлар пайдо бўлиб, улар беморнинг аҳволини оғирлаштириши ва ўлимга олиб келиши мумкин. Қасалликнинг натижаси кўпинча беморларни кунт билан парвариш қилиш ва кузатишга боғлиқ.

Оғир ётган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари уларнинг ташки кўриниши, пульс сони ва артериал босим даражаси устидан доимий кузатиш ҳисобланади. Оғир ётган беморларни узок вақт қаровсиз қолдириш қатъиян ман қилинади. Оғир беморлар доимо ўрин-кўрпа қилиб ётадилар, шунинг учун уларга ҳамма мосламалари бўлган қулай ўрин-бошнинг аҳамияти катта. Оғир аҳволдаги беморларни бир ўринли ёки икки ўринли палатага ётқизган маъқул, бу ҳолда кундузи ҳам, тунда ҳам осойишталикни сақлаш осон.

Оғир ётган беморларни парвариш қилиш хусусиятла-



рига шунингдек тана ҳолатини ўзгартириб туриш, чойшаб ва ич кийимларини ўз вақтида алмаштириш, думғазаси тагига резина чамбар қўйиш, бадан терисини дезинфекция қиладиган бирор эритма (камфора спирти, арок, терига суртиладиган эритма ва б.) билан артиш, оғиз бўшлиғини тозалаш ва бошқалар киради. Оғир аҳволдаги беморни тез-тез, лекин оз-оздан овқатлантириш, унинг истакларини тайинланган парҳез доирасида кониктиришга ҳаракат қилиш лозим.

Беморнинг ҳуши жойида бўлмаса, озиқ моддаларни томчи усулида: венадан ёки тўғри ичак орқали юборилади. Оғизга чойнакдан қўйиладиган овқат илик, суюқ бўлиши шарт. Беморнинг бошини кўтариб бўлмаса, чойнак учига диаметри кичик резина найча кийгизилади. Уни бемор оғзига киритилади, чойнакни кўтарилади ва аста пастга туширилади, бунда бир қултум ҳажмидаги овқат бир маромда оғизга тушади.

Медицина ҳамширалари беморларнинг физиологик ҳожатлари устидан кузатиб боришлари керак, чунки уларда кўпинча тўғри ичак ва ковуқ сфинктери фалажланади ва беихтиёр сийиб қўйиш ҳамда дефекация рўй беради.

Бундай беморларни тагига резина судно қўйиш, чойшаби тагига эса клеёнка ёзиш керак. Ич кийим ва чойшабларига ифлос текканда медицина ҳамшираси ётоқ яраларни профилактика қилиш, бемордан шиптир хид келмаслиги учун уларни тезлик билан алиштириш зарур.

Кўзғалган ҳолатдаги беморлар айниқса диққат билан парвариш қилишга муҳтож бўладилар, улар кичкиришади, ўриндан туриб палатадан қочишга, деразадан ташлашга урилиб кўришади. Бундай беморларнинг ўрин-бошига махсус тўр қилинади ва индивидуал ҳамширалар пости ўрнатилади. Бемор ҳузурида унинг аҳволидан гапириш, дардининг оғирлигини муҳокама қилиш катъиян ман қилинади.

Агония ҳолатидаги беморларни интенсив терапия бўлимига ўтказилади. Агония даврида олдин юз берган барча белгилар кучаяди. Беморни кўздан кечиришда пастки жағининг осилиб, бурнининг ўткирлашиб қолганлигини қайд қилиш мумкин, кўз мугуз пардаси хира тортади, юз заъфарон-кулранг тусга киради. Сфинктерлар фалажланиши мумкин, натижада беихтиёр сийиб қўйиш ва дефекация юз бериши мумкин.

Ҳамма даво тадбирлари сўнаётган функцияларни тиклашга қаратилади. Бунда индивидуал ҳамширалар пости ўрнатиш, унга тажрибали ва юқори малакали

медицина ҳамшираларини тайинлаш зарур. Медицина ҳамшираси, беморнинг ёнидан кетмай, унинг ахводини кузатади, унга парвона бўлади ва врачнинг ҳамма топшириқларини адо этади.

Индивидуал пост медицина ҳамшираси эрталаб бемор туалетини бекам-куст бажариши, тишлари ва тилини артиши, оғиз бўшлиғини чайиши, юзини ювиб куйиши, бемор баданини артиши керак. Сўнгра ўрин-бошини кайтадан солиши, чойшабларини тузатиши ва ёстикларини шишириши лозим. Уйда беморнинг ўрнини тузатиш ва уни ётариб ётқизиш учун ҳамшира беморнинг қариндошларини ердамга чакириши керак.

### **ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ БЎЛИМИНИНГ ИШИ ВА ЖИХОЗЛАНИШИ**

Реанимация бўлимларининг ишини ташкил қилиш беморларга хизмат килишда ахволининг оғир-енгиллигига кўра босқичма-босқич ёндошишнинг ифодаси ҳисобланади. Бу бўлимларнинг уч асосий типи мавжуд: 1) операциядан кейинги беморларни интенсив даволаш бўлимлари ёки гуруҳлари; 2) ихтисослашган реанимация бўлимлари; 3) умумий профилдаги анестезиология ва реанимация бўлимлари.

Терминал ҳолатдаги беморларга реанимацион тадбирлар ўтказишга мўлжалланган умумий профилдаги анестезиология ва реанимация бўлимлари энг тарқалган типи ҳисобланади. Анестезиология ва реанимация бўлимларида ишлайдиган ходимлар ишини ташкил қилиш хизмат кўрсатиладиган беморлар ахволининг ниҳоятда оғирлиги, бўлимда турли медицина ва техника жиҳозларининг кўпчилиги билан боғлиқ катор хусусиятлари билан фарк қилади. Жиҳозлар ва аппаратларни ўйлаб жойлаштириш системаси, ходимларнинг вазифасини НОТ талабларига бўйсунганлик тақсимлаш алоҳида аҳамият касб этади, chunki беморнинг ҳаёти баъзан уларга пухта риоя қилишга боғлиқ. Оғир аҳволдаги беморларни махсус бўлимларга жойлаштириш диагностика ва даволашни ҳозирги замон даражасида таъминлашга имкон беради.

Бу бўлимларда бемор устидан дистанцион кузатувнинг куйидагиларни ўз ичига оладиган тизими белгиланади:

1) ҳаётий муҳим функциялар ҳолати устидан узлуқсиз назорат қилиб борадиган аппаратура — турли хил кардио-мониторлар. Сўнгги йилларда турт нафар беморнинг ҳолати устидан бир вақтнинг ўзида назорат қилиш ва енгиллаштириш физиологик кўрсаткичлари (ЭКГ, юрак ҳолати,

нафас частотаси, тана ҳарорати, артериал босим, юрак қисқаришлари частотаси, пульс) қайд қилишни таъминлайдиган аппарат комплекси ишлаб чиқарилган. Замонавий видеомонитор системалар асосий физиология функциялар ҳолати тўғрисида ахборот берибгина қолмай, балки микрокомпьютерлар ёрдамида бу ахборотнинг мантиқан таҳлилини ҳам қилади, бемор ҳолатидаги таҳдид солаётган ёки бошланаётган нохуш ўзгаришлар тўғрисида ходимларга ўз вақтида хабар беради;

2) беморлар ҳолати устидан телевизион кузату воситалари;

3) медицина ходимини шошилинч чақириш учун сигнализация воситалари (бемор — медицина ҳамшираси, медицина ҳамшираси — врач системаси). Сигнализация тизими саноат оммавий ишлаб чиқарадиган релесиз схема бўйича ишлайдиган янги касалхона сигнализацияси мосламасидан фойдаланиб қурилиши мумкин.

Жадал терапия бўлими кечаю кундуз ишлайдиган операция хонаси ва қабулхона бўлимининг яқинида жойлаштириши ва беморларнинг қабулхона бўлимини четлаб ўтиши учун алоҳида эшиги бўлиши керак.

Электрон мосламаларнинг маълумотлари мутахассисларнинг кузатуви ўрнини тўла-тўқис боса олмайди, чунки қайд қилинган маълумотлар ўзида зарур маълумотларни қисман тутади, ҳолос. Бундан ташқари, кўзғолган ҳолатдаги беморларда ёки аппарат узоқ вақт ишлаганида кўпгина кўрсаткичлар барқарор бўлмайди ва беморнинг ҳақиқий аҳволига мувофиқ келмайди. Шунинг учун интенсив терапия ҳолатларида медицина ҳамширалари, лаборантлар ва врачлар кечаю кундуз навбатчилик қиладилар. Беморлар реанимация бўлимида модда алмашинуви жараёнлари тўлиқ ва барқарор нормага келгунга қадар бўладилар.

### **ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ БЎЛИМИДА МЕДИЦИНА ҲАМШИРАСИ ИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ**

Интенсив (жадал) терапия — бу аввало врач тайинланган, пайсалга солинмайдиган манипуляциялар, даво тadbирларини кечиктирмай бажариш ва ходимлар маҳоратининг юксак сатҳда бўлишидир. Медицина ҳамшираси фақатгина яхши ташкил қилиши ва юксак малакада бўлиши шарт. Махсус медицина билимларидан ташқари, у тешик ва лаборатория кўникмаларини эгаллаган бўлиши, наркоз аппаратлари ва кислород мосламаларидан фойдаланиш билан ҳам керак. Даволашнинг яхши натижа

беморнинг интенсив кузатув палатасида ишлайдиган медицина ҳамширасига боғлиқ. Медицина ҳамшираси қисқа вақт ичида тез бажариладиган турли-туман манипуляциялар, даво тадбирлари, муолажаларни бажариши, асбобларни тайёрлаши ва оғир ахволдаги беморларни парварishi қилишга бевосита алоқадор тадбирларни бажариши керак.

Интенсив терапия бўлими реанимация зали ва 8 та палатадан иборат, унда бемор ётқизилган вақтдан то ахvoli яхшилангунча зарур реанимация терапияси ўтказилади. 7 та палатада (ҳар бирида иккитадан ўрин бўлади) доимий кузатувга, сунъий нафас олдириш ўтказишга, қўн қон қуйишга, сунъий буйрак ишлатишга ва шу қабиларга мухтож беморлар ётади. Айрим касалхоналарда бир ўринли палаталар бўлиб, уларда ётиш бемор рўйхатида ижобий таъсир қилади, у қулай шароитларда бўлади, касалхона ичи инфекциясининг юқиш хавфи камаяди. Ҳар бир палатада, функционал қаработ ва зарур аппаратуралардан ташқари, стерил асбоблари бўлган индивидуал ҳамширалар столчаси ва шу бемор учун сутка мобайнида керак бўладиган зарур дорилар қўйилган шкаф бўлади.

6 ўринли бир палата хатарли ҳолатдан чиқарилган беморнинг ётиши учун мўлжалланади.

Реанимация бўлими кислородни марказлашган тартибда берадиган, товуш сигнализацияси, турли хил респираторлар, қўчма рентген мосламаси, асбоблар тўплами, қон қуйиш системалари, қон, плазма ва плазма ўрнини босадиган суюқликлар қўйилган совуттичлар билан жиҳозланган.

Интенсив кузатув палаталаридаги иш принципи палата медицина ҳамширалари ишидан шу билан фарқ қиладики, бу ерда медицина ҳамшираси беморларнинг умумий ҳолати, бадан териси, пульс топи, артериал босимини тинмай кузатиб бориши керак. У бемор ҳолати оз-моз ёмонлашганда зудлик билан врачга хабар қилиши, нафас, қон айланиши тўсатдан бузилганда ёки ҳуш йўқотилганда зудлик билан врачга булган ёрдамни қўрсата олиши керак. Гемодинамиканинг асосий кўрсаткичларини (пульс, артериал босим даражаси) ва ҳужжатлаштириб бориш жуда муҳим. Медицина ҳамширалари маълум вақт ичида бемор ахvoliда ўзгаришларни махсус карточкаларга ёзиб бориши керак.

Оғир беморларнинг интенсив терапия палатасида ҳаёти аксари ахvoli оғирлашганда вақтдан вақтга ёрдам берилишига боғлиқ бўлади. Бундан ташқари

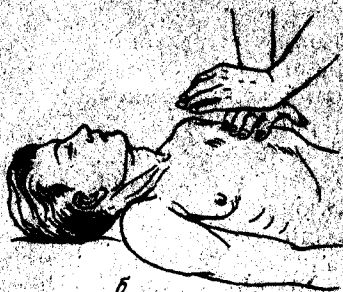
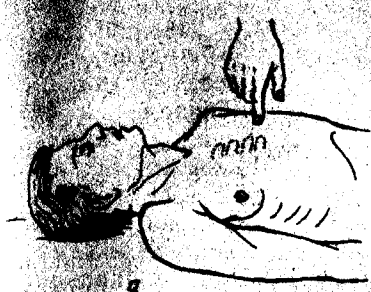
бир неча дақиқалар ҳал қилади. Вактининг шунингдек таъхислиги медицина ҳамширасига керакли дорини кийириш, бошқа бўлимдан керакли асбоб ёки аппаратура олиб келиш имконини бермайди, шунинг учун интенсив терапия палаталари венефекция, венефуния, кон ва унинг ўрнини босадиган суюқликларни артерияга қуйиш учун тайёр тўпламлари, кон ва унинг ўрнини босадиган суюқликларни қуйиш учун тайёр системалар билан олдиндан таъминланган бўлиши керак. Бу тўпламлар шу мақсад учунгина ажратилган жойларда сақланиши медицина ҳамшираси зарурат бўлганда бир дақиқа ҳам фурсатни қўлдан бой бермай, уларни врачга узатадиган бўлиши керак. Медицина ҳамширасида кортизон, гидрокортизон, норадреналин, морфин, маннитол, мочевина, гемодез, фуросемид, строфантин, коргликен, камфор сингари зарур фармакологини моддалар бўлиши шарт. Бундан ташқари, интенсив терапия палатасидаги шкафада инсулин, калий хлорид эритмаси, ампулаларда 5 % стерил ва 40 % глюкоза эритмалари, изотоник натрий хлорид эритмаси, АТФ, коркарбоксилаза, реополиглюкин, қуйиш учун консервланган кон ва бошқалар ҳамиша бўлиши керак.

Вената дори қуйиш столчасида: сиғими 50 мл ли стерил идишда изотоник эритма ёки дориларни суюлтириш учун дистилланган сув, спиртда ҳўлланган стерил шарчалар солинган банкачалар, стерил салфеткалар, спиртли металл кутичада сақланидиган стерил инъекцион игналар, сиғими 20, 10, 5, 2 ва 1 г ли стерил шприцлар: стерил ва ишлатишга тайёр томчи дорилар қуйиладиган система бўлиши керак.

Жадал даволаш бўлимларида кўпинча кечиктириб бўлмайдиган диагностик ва даво тадбирлари ўтказишни талаб этадиган шароитлар вужудга келади, шунинг учун медицина ҳамшираси постида беморларни парвариш қилиш учун зарур буюмлар: бош тагига қуйиладиган болиш, судно, чойнак, музли халтача, грелка, клизма ашёлари, газ ҳайдайдиган найчалар, кислородли ёстиклар бўлиши керак. Барча аппаратлар ва жиҳозлар ҳамиша тахт қилинган ҳолатда туриши шарт, навбатчиликни қабул қилаётган медицина ҳамшираси буни текшириб чиқади. Аппаратларни кўчма дравачаларга қўйган маъжуд. Юракни ёшиқ массаж қилиш зарурати бўлганда ишлатиладиган кардиостимулятор ва беморнинг орқасига қуйиладиган электр бўлиши зарур.

Релаксация (тирилтириш) бўлимида ишлайдиган персонал ходимлари доимо тушар ва вазмин бўлишлари, бемор ҳолати ёмонлашганда саросимага тушмасликлари,





49- расм. Юракни билвосита (ёпик) массаж қилиш техникаси.

а — қўлни тушнинг шу соҳаларига қўйлади; б, в — массаж вақтида қўл шундай ҳолатда бўлиши керак.

врачнинг ҳамма кўрсатмаларини пухта бажаришлари, шаронгга қараб иш тутишлари, бемор ахволига тўғри баҳо бера олишлари лозим. Бинобарин, интенсив терапия палатасида ишга тушаётган медицина ҳамширасидан одатдаги иш мароми ва кўникмаларини ўзгартириш билан боғлиқ бўлган психологик бурилишгина эмас, балки касбқори фаолиятининг ташкилий шакллари ҳам қайта кўриб чиқиш талаб этилади.

Реанимация бўлимининг медицина ҳамширалари сунъий нафас олдириш ва юракни ёпик массаж қилиш каби реанимациянинг мураккаб усулларини мукаммал билишлари, шу тарика пост муолажа ва анестезиология ҳамширасининг кўникмаларини ҳам эгаллаган бўлишлари керак.

**Юракни билвосита (ёпик) массаж қилиш (49- расм).** Юракни билвосита массаж қилишнинг асосий вазифаси — организмда қон айланишини тиклаш, яъни юрак фаолияти туриши тўхтаган пайтда ҳаётини муҳим органларда қон айланишини қувватлаб туришдан иборат. Юрак массажи тежовгли эрта бошланса, таъсири шунча яхши бўлади. Юрак уриши тўхтаган пайтдан бош мияда қайтмас ўзгаришлар ривожлангунча қўли билан 4—6 минут вақт ўтишини унутмаслик керак. Шу вақт ичида қон айланиши сунъий йўл билан таъминланган реанимация тадбирлари бошланиши керак.

Билвосита массажи муваффақиятли ўтказиш учун беморни қаттиқ юзага ётқизиш зарур. Агар бемор пружина тўшақли ўринда тўсатдан ўлиб қолган бўлса, умуртканинг кўкрак бўлими остига қаттиқ нарса қўйилади ва беморнинг боши пастга осилиб туради. Бунда умуртканинг кўкрак бўлими қаравотнинг қаттиқ чеккасига тиралиб туради. Беморнинг қўлағи ечилиб, юрак соҳаси очилади. Медицина ҳамшираси ён томонида туради ва қафтини бемор тўшагининг пастки учдан бир қисмига, иккинчи қафтини эса, биринчисининг устига қўяди. Ҳамширанинг қўллари узатилган бўлиши керак, елка камари эса беморнинг кўкрак қафаси устида туриши керак. Массаж ўз танаси оғирлигидан фойдаланиб, беморнинг тушини кескин босиш йўли билан амалга оширилади, бунда унинг туши умуртқа томонга минутига 50—60 марта 3—4 см га силжиши лозим. Бу ҳолда юрак тўш билан умуртқа поғонаси ўртасида босилади ва қон қоринчалардан аортага ва ўпка артериясига ҳайдалади, яъни сунъий қон айланишини амалга оширади. Тўшга босим тушиши тўхтаганда тўш кўтарилади ва юрак қовак веналардан қолган қон билан тўлади. Қовурғалар синиши қайта қилинса, бу ҳол юракни билвосита массаж қилишни давом эттиришга монелик қила олмайди. Массаж ритмида йиритилган томирларда пульсация пайдо бўлса, цианоз йўқолса, нафас ҳаракатлари бошланса, шу вақтгача кенгайиб турган қорачиклар торайса, массаж яхши натижа берди деб ҳисобланади (50- расм).

Билвосита массажнинг самарадорлиги бўлмаганда юракнинг бевосита (тўғридан-тўғри) массажига ўтилади. Бунини врач ўтказади.

Билвосита массаж ҳам, бевосита массаж ҳам ўпканинг сунъий вентилияцияси билан ўтади, уни табиий вентилияцияда ёки у етарлича бўлмаганда ўпкадаги ҳавони алиштириб туриш мақсадида ўтказилади.

**Ўпканинг сунъий вентилияцияси (сунъий нафас олдириш).** У фақат мустақил нафас тўхтаганда эмас, балки унинг оғир бузилишларида, айниқса предагонал ва агонал ҳолатларда ҳам қўлланилади.

Сунъий нафас олдиришнинг икки хил усули бор. Оғиздан-оғизга ва оғиздан-бурунга. Бошни имкон борича орқата ташлаш сунъий нафас олдиришда самарадорликка эришишнинг асосий шартидир. Тил илдизи ва ҳикилдоқ қовқоғи олдинга силжиди ва ҳикилдоққа ҳаво кириши учун йўл очади. Оғиздан-оғизга сунъий нафас олдиришда медицина ҳамшираси беморнинг чап ёнбошида туради. Бир қўли билан бурун қанотларини, иккинчи қўли



Биринчи Юракнинг ташқи  
масажлари ва ушқаниш сунъий  
нафас олишнинг бир нақтда  
ўтказилиши.



билан ниягидан ушлаб, оғзини бир оз очади, беморнинг оғиз  
буғлиғига тил ва хикилдок қопқоғини қисадиган S-симон  
воздуховод киритади. Медицина ҳамшираси чуқур  
нифас олади ва воздуховодга ўз лабларини каттиқ босиб  
кўк билан нафас чиқаради, сўнгра бошини четга буради.  
Бунда беморнинг кўкрак қафаси билинарли даражада  
кенгайди. Беморда мустақил нафас олиш пайдо бўлма-  
гунча шундай нафас давом эттирилади. Оғиздан бурунга  
сунъий нафас олдиришда хавони беморнинг бурун  
йўллариغا пуфланади. Бунинг учун ҳамшира беморнинг  
оғзини қапти билан бекитади ёки пастки лабни юкори  
лабга босади.

Сунъий нафас олдиришни юракнинг билвосита масса-  
жи билан кўшиб олиб борилади ва минутига 12—15 марта  
ўтказилади — кўкрак қафасини 4—5 марта босиб, бир  
марта каттиқ хаво пуфланади. Хаво пуфлаш вақтида  
массаж кўпи билан уч секундга тўхтатилади. Юрак  
қўзғалтириш сакланиб қолганда хаво пуфлаш сони кўпроқ —  
минутига 20—25 бўлиши керак. Беморнинг боши орқага  
қўйланмаганда, хаво нафас йўллариغا эмас, балки  
кўкдан ўнгач ва меъдага тушганда, бурун канотлари яхши  
қисилмаганда, нафас ритми юрак массажи билан бир  
вақтда олиб борилмаганда сунъий нафас олдиришнинг  
файрсиранлиги кам бўлади.

Махсус клапанли ўзича тўғриланадиган резина  
шлангдан иборат Рубен қопқоғи (у Амбу РДА) ва  
РДА-1 қўлданилганда сунъий нафас олдириш  
осонлашади. Бундан ёки қўчракки босқичда хаво  
на беморнинг ушқаниш тушгани, нафас ўқ

чикарилади. Рубен қончилиги бўлгандагида нафас йуллари ўтказувчан бўлиши ва нафас эса беморнинг лабларига қаттиқ босилиши зарур.

Жадал терапия бўлимининг медицина ҳамшираси врач билан бирга ҳар бир беморни кўздан кечиради ва махсус кўрсатмалар варақасини тутиб, унга бажарилган манипуляцияларни ёзиб боради. Агар врач кўрсатмасини бирор сабабга кўра бажариб бўлмаса, медицина ҳамшираси унинг сабабини шу варақада ёзма равишда тушунтириши керак. Медицина ҳамширасининг навбатчилик пайтида постини ташлаб кетишга ҳаққи йўқ, шунинг учун бир сутка учун ҳамма зарур нарсаларни катта медицина ҳамширасидан олиши керак.

Медицина ҳамшираси навбатчилик охирида ичилган юборилган ва ҳар бир бемордан ажралиб чиққан суюқлик микдорини ҳисоблаб чиқади, бу маълумотларни касаллик тарихига ёзади ва уларни бошқа маълумотлар билан бирга ундан навбатчиликни қабул қилиб олаётган медицина ҳамширасига топширади. Эрталабки йиғилишда тунда навбатчилик қилган медицина ҳамширалари врачларга ҳар бир беморнинг аҳволи ҳақида хабар қиладилар. Тана ҳарорати, диурези, уйку ҳолати, беморнинг ҳатти-ҳаракати, аҳволидаги ўзгаришлар, диагностика ва даво апаратларининг иши ҳақида маълумот берадилар.

Бўлимнинг гигиеник режими гоят муҳим. У операция хонасидаги каби бўлиши керак. Ҳамма ходимлар ишга келгач, бошқа кийим кийиб олишлари, беморга парварिश қилганда ниқоб тақишлари зарур. Бошқа бўлимларнинг ходимлари интенсив терапия бўлимига киришда шиппак ва баҳила кийишлари керак. Ҳар бир хонада иссиқ ва совуқ сувли раковина, совун, сочик ва қўлни дезинфекция қилган учун 0,5 % ли хлорамин эритмаси ёки 1:5000 диоксид бўлиши керак. Уни Эсмарх кружкасига қўйиб раковина ёнига осиб қўйилади. Бўлимнинг ҳамма хоналарида ҳавони стериллаш учун бактерицид лампалар ўрнатилишининг аҳамияти катта. Инфекцион беморлар бўлган реанимацион бўлимларда алоҳида эшиклари бўлган боксларга ажратилган палаталар бўлиши лозим. Бу беморлар ёнига қирадиган ходимлар боксга кираверишда турадиган махсус ҳалатларни кийишлари ва ундан чиқарилганда ечишлари лозим. Йиғиштириш ашёлари бўлим ашёлардан алоҳида сақланиши ва ўзининг ёнига бўлиши лозим.

Медицина ҳамширасининг реанимация бўлимидаги иш ҳамма масъулията. У ҳаммаша босик, сабр-тоқатли, ҳаракатлари эса шахдам ва ҳадиш, юксак савияли бўлиши

Узини тути билмайдиган ва бепарво кишиларнинг бу ҳолатларида ишларингизга руҳант этмаслик керак.

Агар реанимацион тадбирлар қон айланиши, нафас олиш функциясининг тикланишига олиб келмаса, биологик ўлим юз беради. Биологик ўлим белгилари: нафас олиш батамол тўхтабди, пульс ва юрак уриши бўлмайдди, тери қопламлари мурдага хос оқаради, мускуллар бўшашади, жумлядаги пастки жағ осилиб тушади, кўзнинг йилтироклиги йўқолади, сезувчанлик бўлмайдди, тана аста-секин совийди, қорачиқлар кенгайдди ва улар ёруғликни сезмайди. Қўнғирок мускуллар қотаяди, қотиш пастки жағ ва ансадан боқилашиб, 6—8 соат ичида бутун тавдани эгалдайди ва бир неча кунгача давом қилади: мурда доғлари аввалига жасаднинг орқасида, елканнинг ташики юзаларида пайдо бўлади.

**Мурдани саранжомлаш қондалари.** Беморнинг ўлимининг вақти қайд қилиб, касаллик тарихига ўлим юз берган аниқ вақтни ёзиб қўяди. Жасаднинг кийимларини эчилади, оёқларини ёзиб чаққанча ётқизилади, энгаги боғданади, қўрғинани юмиб қўйилади, устига чойшаб ёпилади ва 2—3 соатга қолдирилади. Медицина ҳамшираси ўлик донорни пайдо бўлгандан кейингина ўлганининг сонига қўшиб қўяди, исми ва отасининг исми, касаллик тарихи рақамини ёзади, худди шу маълумотларни ўликхона (морс) га юбориладиган махсус қоғозга ҳам ёзиб, унда қўшимча равишда диагнозни ва ўлим юз берган кунни ҳам қўрсатади. Мурдани патолого-анатомик бўлимга олиб бериб ёрилади.

Ута хавфли инфекциялар (вабо, тоун ва бошқалар) билан ўлган шахсларнинг жасадларини сулема ёки карбол қўйишга қўйланган чойшабга ўралади, сўнгра қириндан, тўрт ёки жасад ажратмаларини ўзига сийгдира оладиган модаллар қатлами қалин қилиб солинган эич бекитиладиган тобутларга солинади ва қўйдирилади.

Ўлимнинг нарсалари ва қимматбаҳо буюмларининг қариндошларига тилхат билан топшириш лозим. Буни қатъий тартибга солишга ҳамшираси қилади, у нарсалар ва қимматбаҳо буюмларнинг ўлган кишидан ечиб олинишини ва маълум қабарга ёзилишини кузатиб туради. Уларни ечиб олиш қўйиш қўйони бўлмаса, бу ҳолда касаллик тарихига ва вақтига кўра хавфли инфекциялардан ўлган беморларнинг қариндошлари ўлимидан сўнг жасади билан бирга қўйишга ҳақлиқ.

1. Жадал терапия бўлимининг спецификаси қандай?
2. Медицина ҳамшираси жадал терапия бўлимида қандай ишларни бажаради?
3. Жадал терапия палаталари қандай жиҳозланган? Керак?
4. Реанимацион бўлимининг қандай типини энг кўп тарқалган?
5. Реанимацион тадбирларга нималар қиради?
6. Юракни билвосита массаж қилиш қандай бажарилади? Бунинг учун қандай ашёлар керак ва бемор қандай вазиятни эгаллаши лозим?
7. Сунғий нафас олдириш қандай ўтказилади? Бунда беморнинг вазияти қандай бўлиши керак?
8. Реанимацион бўлимда беморларни парвариш қилиш нимадан иборат?
9. Беҳуш ҳолатда ётган ва агония ҳолатидаги беморни парвариш қилиш хусусиятлари қандай?
10. Клиник ўлим белгилари қандай? Ҳамширанинг бемор тушаги олдидаги ҳатти-ҳаракатлари қандай бўлади?
11. Биологик ўлим белгилари қандай?
12. Жасадни қандай саранжомлаш керак?
13. Беморнинг пульсини аниқлаб бўлмади, нафас олиш тўхтади, қорачиклари кенгайди. Медицина ҳамшираси нима қилиши керак?
14. Бемор умумий палатада беҳуш ҳолатда ётибди, унда алаҳлаш галлюцинациялар бўлаяпти. Ҳамшира бемор тушаги олдида қандай чоралар кўради?
15. Беморда клиник ўлим қайд қилинди. Организмнинг сўнаётган функцияларини тиклаш учун қандай тадбирлар кўриш зарур?
16. Беморда клиник ўлим юз берди. Медицина ҳамшираси нималар қилиши керак?

## XVI боб

### ЕШИ УЛҒАЙГАН ВА КЕКСА ЕШДАГИ БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Сўнгги ўн йил ичида барча тирик организмлар, жумладан одамнинг қариш ходисаларини ўрганадиган фан самарали ривожланмокда. Бу фан геронтология дейилади ва қариш қонуниятларини, механизмларини ва белгиларини ўрганади.

Кексалик — умрнинг қонуният билан юз берадиган якунловчи давридир. С. П. Боткин ва И. И. Мечников биологик ва барвақт қариш мавжудлиги ҳақидаги фикрларини ёклаб чиқаришлар. Барвақт қариш организмнинг мослашув қонуниятларини пасайтирадиган ва бузадиган ва шактдан катгори қариб қолишга сабаб бўладиган бошдан келтирилган касалликлар ёки табиий қаришнинг ёқимсиз даврига таъсирида юз берадиган ҳолатлардир. Ушбу қаришнинг бирмунча эрта ривожла-

ни билан характерланади. Физиологик кариш — бу ҳисмоний соғломликни, маълум даражадаги иш қилишнинг адолатчилиги ва теварак-атрофдаги ҳодисаларни қизиқишни сақлаб қолиш билан характерланади. Физиологик кариш — турли-туман системалар ва органлар ҳаёт фаолиятини қувватлаб турадиган мосланиш механизмларининг янги босқичидир. Ёш улғайган сайин одам организмида, унинг ҳамма физиологик системаларида аста-секин ўзгаришлар ривожланади ва уларнинг пасайган имкониятларга мослашуви юз беради. Чунинчи, ёш улғайган сайин кўриш ўткирлиги, эшитиш қобилияти, туғималар эластиклиги, модда алмашинуви кўрсаткичлари, қон томир деворларининг эластиклиги қонуний тарзда ўзгаради.

Ўзоқ умр кўрадиган кишилар учун соғликни сақлашнинг муҳим омили бирор касб билан шуғулланиш қилинади. Фаол умр кўришнинг асосий омиллари меҳнат, тўғри ташкил қилинган ва қониқиш ҳиссини ҳосил қилувчи дам олиш, тўғри овқатланиш, фаол ҳаракат режими, кишилар ўртасидаги ҳайрихоҳлик муносабатлари қилинади.

Касалликлар учун патологик жараёнларнинг аста-секин ўзгариши боргани ҳоҳ, шунга кўра касалликлар бошқача ҳисилланади. Бу реактив жараёнлар даражасининг умумий пасайиб кетишидан далолат беради. Ёши улғайган ва кекса ёшдаги шахсларда асосий патологияни хроник касалликлар: мия ва юрак томирлари атеросклерози қандли диабет ва бошқа кўпгина хасталиклар ташкил қилади. Хроник касалликларнинг «тўғиланиши» жараёни 45—50 ёшдан бошланади, шунинг учун уларнинг профилактикаси эрта бошлаш керак.

Ёши улғайган гуруҳга мансуб беморларга зарур ёрдам кўрсатиш учун медицина ҳамшираси турли органлар ва системаларнинг ёшга доир ўзгаришларини билибгина қолмай, балки профилактика ва даволаш учун ёшга мослашадор силжишларни ҳам яхши фарқ қила олиши керак. Ёши улғайган ва кекса ёшдаги беморларни парварош қилиш бирмунча мураккаб ва медицина ҳодимида кўпроқ эҳтиёт-эътибор ва вақт талаб қилади.

Парваришнинг асосий мақсади — беморнинг ҳаётини сурмат қилиш, унинг жисмоний ва психик қамқалиқларини енжишлик, сергаплик, баъзан ақл пастлик ва бошқалар билан сабр-тоҳатли бўлишдан иборат.

Медицина ҳамшираси муайян беморлар касаллигини кўриши бўлиб хизмат қилишига, даволашнинг қилинишига ва даволаш бемор оқибатини кўришига қарайди.



рининг бўлиши керак. Даволаш соғломлаштириш тўғрисида  
ларнинг бўлиши йиғиндиси беморнинг шунга қўйилган  
тишларга бўлиши иложи бўлмаганда эса уни қарама-қарши  
ва ўзини ўзи улдалай олиш қобилиятини тиклашга  
қаратилиши лозим. Парварининг муваффақияти кўп  
ҳикматдан кекса беморларнинг медицина ходими билан  
психологик тўғри алоқа ўрнатишига боғлиқ. Ходимнинг  
диққат эътибор билан қараши ва неқбинлиги энг қулай  
омиллардан ҳисобланади.

Ёши улгайган ва кекса ёшдаги кишиларни парварини  
қилишининг ўз хусусиятлари бор. Қўпинча уларда уйку  
бузилади, шу туфайли улар кундузи ухлаб, тунда бедор  
буладилар. Медицина ҳамшираси уйку соатларини ўзгар-  
тиришга уриниб кўриши, уйкусизлиқнинг сабабини аниқ-  
лаши ва уни имкон борича бартараф қилиши керак.  
Ухлатадиган дориларни врачнинг катъий кўрсатмасига  
биноан беришга рухсат этилади. Палатадаги соф ҳаво  
(18—22°C), иссиқ ва енгил аёёл, тинч шароит, енгил  
массаж қилиш, баъзан эса илиқ ичимлик ичиш тунда яхши  
ухлашни таъминлайдиган муҳим омиллардан ҳисоблана-  
ди. Суяк-бўғимлар системасидаги ёшга алоқадор ўзга-  
ришлар натижасида беморларни қўпинча тунги оғриқ  
базовта қилади. Умurtка поғонасидаги оғриқларни енгил-  
лаштириш учун ўринни бирмунча қулай қилиш, қаработ  
гайда оғирлиги остида босилиб кетмаслиги учун тушак  
тагига тахта қўйиш керак. Бўғимларда оғриқ бўлганда  
оёқ-қўлларнинг ўринида тўғри вазият эгаллаши устидан  
кузатиб бориш ва керак бўлганда уларни ёттиқ устига  
қўйиш лозим. Беморнинг ўринида ётиш режимиға амал  
қилишини кузатиш, врач кўрсатмасига биноан дори-  
дармонларни ўз вақтида қабул қилиш, массаж қилири-  
ши, даволаш физкультураси машқларини бажаришини  
кузатиш муҳим.

Агар беморға ванна рухсат этилса, медицина ҳамшира-  
си ванна хонасини олдиндан тайёрлаб қўйишга ва бу  
муолажада қатнашиши лозим. Ҳаво ҳарорати 25°C дан  
паст бўлмаслиги керак, елвизак бўлишиға йўл қўйиш  
мумкин эмас. Бемор сирпаниб ёки йиқилиб кетмасли-  
ги учун ваннанинг ёнидаги полға тахта тушама ёки резина  
қўлдан ташлаб қўйиш лозим, акс ҳолда беморнинг оёқ-  
қўли силиб қолуши ақтарилар. Медицина ҳамшираси  
ваннага керакли ҳароратдаги суви олдиндан қўйиб қўяди  
ва беморнинг вақтинча сувиниға қўмаклашади. Одатда  
ёши улгайган ва кекса беморларға душ тайинла-  
ниш улар дунёга тик қайтишлариға ва ёки махсус қушетқада  
қолганда қабул қилинганда ёки беморларнинг соғун

[illegible]

Еш улғайганда ва кексалик ёшида кўпинча ичак функциясى бузилган, бу перистальтиканинг сустлашыши натижасида (шлаксиз овқат ейиш, камҳаракатлик ва ташвишлар) юзага келадиган сурункали кабзиятларда кол куринади. Бундай ҳолларда ҳар кuni тозалаш амаллари қилишга рухсат этилмайди, чунки кишиларнинг урганиб қоладилар ва клизма ичкалар, шиллик қабуллари таъсирлантиради. Кабзиятга қарши курашнишнинг диндорига клетчаткаси кўп маҳсулотлар: олма, анжур, қорамат киритиш (16 донасини кечкувун қайноқ сувда ивитиш ва уни хонда ичиш, тунга 1 ши қопиққа сунтабокар мойи қўнигани билан ичиш, кора мон), бундан дамлама тайёрлаш, шунинг учун пўстлогн, жастеа, сонна барги, мой чечак билан ичиш 1—2 соатгача ичиш



қўйиб, доимий равишда кўнрақ кўнига қўйиб, дастурдан  
сакатдан олган кўнрақ даражасида салқин сувда сийлаш  
керак. Ҳароратни нисбатан бироз юқори совуқ қўйиб  
этиш керак.

Ҳароратни ҳолатга бориш оғирлиги бўлганда унга  
қўйиб бўлмай қолади. Шунинг учун Ҳ.И.Исмаиловдан олдин  
қўйиб, ичакка белладонна ёки глицеринли шамча қўйиб,  
ундан кейин эса орқа чиқарув йўли соҳасини илбис суви  
билан совунлаб ювиш, обдон ёғ суртиш ва имкони бўлса,  
бавосил туғунларини орқа чиқарув йўлига киритиб қўйиб  
керак.

Батъан ахлат тошлари ҳосил бўлиб, улар тўғри ички  
деворини босиб қўяди ва унда яра қакалар вужудга  
келишига сабаб бўлади. Бунда котиб қолган ахлат  
массаларини олиб ташлаш талаб қилинади. Бунинг учун  
беморнинг тагига судно қўйилади, медицина ҳамшираси  
резина кўлқоп кияди, вазелин суртади. II бармоқни тўғри  
ичакка киритади ва котиб қолган ахлат массаларини  
қисملарга ажратиб чиқаради. Сўнгра совуқли тозалаш  
клизмаси қилинади (1 л илик сувга 10 г болалар совуни).

Қариш жараёнида одамнинг нерв системасида ми  
томирларининг атеросклеротик ўзгаришлари билан узв  
боғлиқ бўлган жиддий силжишлар юз беради. Олий нерв  
фаолияти томонидан бузилишлар вужудга келади, улар  
иш Кобилиятининг пасайиши, диққат, хотиранинг ёмонла  
шуви, уйку бузилиши, эмоционал бекарорлик каби  
билан характерланади. Нерв системасининг ёшига алоқа  
дор ўзгаришлари, унинг мослашув реакцияларининг  
пасайиши нерв системаси функцияларининг сустлаши  
қолишига, таъсирланишга жавоб реакцияларининг пасай  
ишига, ударнинг тез толиқиб қолишига ва жуда аста-секин  
тикланишига олиб келади. Ёши улғайган ва кекса ёшда  
кишиларда кўпинча неврологик касалликлар, шунингдек,  
психиканинг бузилиши: психозлар, депрессия ҳолатлар  
(хавотирлик, кўркув, хаёлдан кетмайдиган фикрлар ва  
бошқалар) кузатилади. Бундай беморларни парварид  
қилишда медицина ҳамширасининг роли айниқса катта.  
Унинг хатти-ҳаракатлари ва реакциялари бемор психика  
га нисбатан эъроз таъсир кўрсатади. Психотерапевт  
ва тиббиёт ходимлари ўтказишлари керак. Унинг  
мақсади — беморда ўз касаллигига тўғри муносабат  
қилишни, шакллантириш, соғайиб кетишга ишонч  
қилиштириш, ўз касаллиги ҳақидаги хаёлдан кетма  
йдиган фикрлардан чалғитишдан иборат. Агар беморнинг  
психикаси таъсирга пасайиб кетган, у тормозланиб қолган  
ҳолатда бўлса, салмоқлаб гапирса, бу ҳақда врачга хабар

Еши улғайган ва кекса ёшдаги беморларга даво-  
ланишнинг асосий омилларидан бири туғри ва сифатли  
овқатланиш ҳисобланади. Овқатланиш тула қиммати ва  
таъсирида бўлиши керак. ВОЗ<sup>1</sup> тавсияномаларига кўра  
20—30 ёшдаги шахслар учун суткалик рациондаги  
калориялар миқдори 20—30 ёшдаги одам суткалик  
рациондаги калориялар миқдорининг (2800—3200 ккал)  
70 фоизини, 70 ёшдан ошган шахслар учун эса 69 фоизини  
ташкил қилиши керак. Калориялик асосан углеводлар  
(хлеб, қанд, қандолатчилик маҳсулотлари, қартушка) ва  
ҳайвонот ёғлари (мол, қўй гўшти, ёғи ва бошмалар)  
миқдорини камайтириш ҳисобига пасайтирилиши керак.  
Еши улғайган кишилар тўйинмаган ёғ кислоталари  
сакланидиган ўсимлик ёғларини (қунгабоқар, макка жўхо-  
ри, зайтуни майлари) кўпроқ истеъмол қилишлари лозим.  
Чунки улар қонда холестериннинг пасайишига ва шу  
тўғрисида атерогенезни секинлаштиришга имкон беради.  
Қариётган организмнинг оксилларга эҳтиёжи навқирон  
ёшдагига қараганда кўп ўзгармайди, ва бемор гавад  
қариётининг 1 кг га 1,2 г атрофида қолади (суткасига  
100 г). Минерал тузлар ва микроэлементлар миқдори ёш  
ўзгариш билан ўзгармайди, бироқ ош тузи суткасига  
5—6 г гача чегараланиши лозим. Медицина ҳамшираси  
билан бўлиши шарт. Суюқлик шишлар бўлгандagina  
чегараланади. Еши улғайган ва кекса ёшдаги шахсларга  
аппетитлар зарур. Рационда витамин С (аскорбин  
кислота) миқдорини кўпайтириш айниқса муҳим, у қон  
қисқирларни зичлаштиради ва овқат моддаларининг  
сингил жараёнида фаол қатнашади. Витамин С қора  
қандоқина, наъматак ва кўк пиязда кўп миқдорда бўлади,  
шунинг учун беморларнинг шу тоифасига наъматак  
қандоқиси ва шакар билан аралаштирилган янги қора  
қандоқина бериш керак.

Кекса ёшдаги шахсларда тишлар бўлмайди, бу  
қисмни яхши чайнай олмасликка, унинг меъда ва  
ички оғизларда ёмон сингишига, бунинг натижасида кекса  
ушун йўллари функциясининг бузилишига олиб келади.  
Бундай беморларга суюқрок, эзилтириб олинган  
овқатларни кунига 4 марта оз-оздан бериш зарур.  
Оғиз кўйиладиган протезлар бўлса, улардан овқат  
сингил уларни ювиш, кечкурун эса уларни тозалаш  
керак.

Еши улғайган ва кекса беморларнинг витамин  
дармонлар узок вақт қўлланганида, витамин

<sup>1</sup> ВОЗ — Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилати.

ҳолисалар ва дорилардан вужудга келадиган ағъдани  
ривожланади. Меъда-ичак йулларида структурани ва  
функционал ўзгаришлар юз бериши сабабли хамшига  
тайинланадиган дори-дармонларнинг сўрилиши ёл  
улғайган сайин камайтиради. Шунинг учун организмга  
тушадиган қатор препаратлар камроқ миқдорда ва секин  
сўрилади. Буйраклар, жигар, тери функцияси пасайганда,  
моддалар алмашинуви сустлашганда уларнинг ажратиши  
айниқса ўзгаради: дори-дармонлар секин ажратилади ва  
қон ўзанида узоқроқ муддат айланиб юради. Жигарнинг  
зарарсизлантирувчи функциясининг пасайиши организмда  
киритилган препаратларнинг ва уларнинг парчаланиш  
маҳсулотларининг йиғилишига сабаб бўлади. Буларнинг  
жами дорилардан интоксикация пайдо бўлишига олиб  
келади. Шунинг учун бундай беморларда дорилар миқдо  
рини чегаралаш ва сув ҳамда овқат рационини, шунингдек  
диурезни ҳисобга олган ҳолда тайинлаш зарур. Гериатрия  
амалиётида дори-дармонлар бериб даволаш катта эҳти  
ётқорликни талаб этади. Медицина ҳамшираси касалхона  
шароитларида беморга дорини шахсан ўзи бериши ва  
унинг ичилиши устидан кузатиб бориши керак.

#### *Текишириш учун саволлар ва вазифалар*

1. Геронтология нима?
2. Қаришнинг қандай турларини биласиз?
3. Катта ёш гуруҳларига мансуб шахсларда қандай физиологик  
хусусиятлар бўлади?
4. Ёши улғайган ва кекса ёшдаги беморларни парвариш қилишнинг  
хусусиятлари қандай?
5. Беморда ич келмай қолиб, аҳлат тошлари ҳосил бўлган. Меди  
цина ҳамшираси қандай чора кўриши керак?
6. Қон айланиши бузилишининг III босқичидаги ёши улғайган бе  
мор оёғига грелка қўйилишини сўрайди. Бундай шароитда  
медицина ҳамшираси нимани ёдида тутиши керак?

## 2-машгулот

- 1) Биринчилик тузиш ва ёриб бериш.
- 2) Танга ҳароратини ўлчаш ва ҳарорат эгри чизиқни тўғри қилиш.
- 3) Қон айланишига таъсир кўрсатган қоралари.
- 4) Бу машғулотда ўқувчилар мустақил равишда парентералликни тушунадилар, градусларларни тўғри ишлатишни ўрганадилар, ҳарорат эгри чизиқларини чиқариш, ҳароратни ўлчаш маълумотларини ҳарорат шарафасига ўтказишлар. Биринчи марта горчиликлар, бағиллар, иситадиган компресслар қўйишни, грелка ва музли халтачага тузилишини ўрганадилар.

Материални яхшироқ ўйлаштириш учун айрим манипуляцияларга алгоритмлар қўллаш шарт.

### Маълумот. Беморга грелкани қўллаб берилади:

- 1) грелкага иссиқ сувни  $\frac{1}{4}$  қисмигача бўлдириш;
- 2) грелкани суви кўрингунча босиш ёули билан хавосини чиқариш;
- 3) тикини маҳкамлаб бураш;
- 4) герметиклигини текшириб кўриш;
- 5) сочикка ўраш;
- 6) беморга бериш.

## 3-машгулот

Дори моддаларни қўллаш усуллари: 1) сиртидан — томчилар, маҳкамлар, сепиа дорилар; 2) парентерал.

Бу мавзу бўйича амалий машғулот ўтказишнинг асосий мақсади аҳамияти бор: ўқувчилар биринчи марта қўлга шприц олади, уни қисмларга ажратиш ва йиғишни эгаллайдилар, стерилизация қилиш қондаларини ўрганадилар.

Ўқувчилар инъекцияларни фантомларда бажаришларига қарамай, ударишни стерил асбоблар (пинцетлар, шприцлар, игналар) билан ишлашни ўрганишлари зарур. Ўқувчилар қўл, шприцлар ва игналарни асептика ва антисептиканинг ҳамма қондалари бўйича тайёрлайдилар.

### Шприцни йиғиш тартиби:

- 1) стерилизатор қопқоғини очиш;
- 2) шприц ва игналари бўлган түрни олиш;
- 3) чап қўлдаги стерил пинцет билан цилиндрни ушлаш;
- 4) поршен бошлигини ўнг қўлдаги стерил пинцет билан ушлаш;
- 5) поршенни цилиндрга айланма ҳаракатлар билан қайтариш;
- 6) поршенни цилиндр охиригача суриш;
- 7) цилиндрни чап қўл билан сиртидан ушлаш;
- 8) ўнг қўлдаги пинцет билан игна-қийғизитиш;
- 9) игнани яхши маҳкамлаш;
- 10) V бармоқ билан поршен бошлигини, II бармоқ билан поршен муфтасини ушлаб туриш.

## 4-машгулот

### Игнани аниқлаш

### Атернал босимни аниқлаш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

### Асос ҳаракатларини санаиш

БЕЛОРУСЬСЬКА НАУКОВА АКАДЕМІЯ НАВЧАННЯ  
НАСОНІЙ ТА НАСОНІВ НАВЧАННЯ НАВЧАННЯ НАВЧАННЯ  
НАВЧАННЯ НАВЧАННЯ НАВЧАННЯ НАВЧАННЯ НАВЧАННЯ

[illegible]

муҳофизатчи ва ҳамоҳаздорлар, кучлилар, стационарлар, ҳақлиқийчилар, соғлиқни сақлаш пунктларининг ҳамма бўлимларида қўлланиладиган медицина жараёнига алоқадор бўлаётган маъмуриятчи ва тиббий муассиса бажаришлари қарор.

КУНИКАГАНА АМАЛИЙТ ЖОНАСИДА ВА СТАЦИОНАРДА  
БЕМОРЛАРНИНГ УМУМИЙ НАРВАРИШИГА ДОИР АМАЛИЙ  
КУНИКМАЛАР РУЙХАТИ

1. Палаталарни нам усулда тозалаш. Ховли олакнинг 10 % 0,5 % ва 1 % ли эритмаларини тайёрлаш.
2. Ўрин-курпа окликлари ва ич кийимларни алаштириш.
3. Беморларни санитария жихатидан поймадаш, бошини, тирноқларини олдириш, гигиеник ванна қилиш.
4. Тумбочкаларнинг санитария ҳолатини текшириш.
5. Соч, кулоқ, кузларни парвариш қилиш.
6. Терини парвариш қилиш. Хар жуни ювиб-тараш.
7. Оғир ётган беморларни оғиз бўшлиғини таза тутати.
8. Судно, сийдикдон тутати, уларни дезинфекция қилиш.
9. Беморларнинг тагини ювиш.
10. Ётоқ яраларни профилактика қилиш, даволаш, реанимация қилиш.
11. Сийдис ва ахлатини тутолмайдиган беморларни парвариш қилиш.
12. Беморнинг ташқи кўриниши ва ҳолати устидан кузатиш.
13. Пульсни аниқлаш, унинг таърифи, график тарзда ёзиш.
14. Нафас ҳаракатларини санаш, график тарзда ёзиш.
15. Беморларга даво парҳезини ҳисобга олган ҳолда овқат тарқатиш.
16. Оғир ётган беморларни овқатлантириш.
17. Овқатни клизма қилиш.
18. Беморларга катнайдиган кишиларни ва олиб-кетилгандаги маҳсулотларини текшириш.
19. Беморларни транспортда ташиш.
20. Беморнинг ўрин-бошини тайёрлаш.
21. Беморга қулай вазият яратиш учун функционал ҳаракат ва бошқа мосламалардан фойдаланиш.
22. Дориларни ёзиб бериш ва уларни дорихонадан олиш.
23. Сахарли ва кучли таъсир қиладиган моддаларни ҳисобга олиш, сақлаш.
24. Венага ишлатиладиган дориларни тайёрлаш, тарқатиш.
25. Беморларни индивидуал схема бўйича тарқатиш.
26. Ўсимликларни суғатириш.
27. Ўсимликка, орастига, кесига, экишқиялар қилиш.
28. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
29. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
30. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
31. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
32. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
33. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
34. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
35. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
36. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
37. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
38. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
39. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
40. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
41. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
42. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
43. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
44. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
45. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
46. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
47. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
48. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
49. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
50. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
51. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
52. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
53. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
54. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
55. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
56. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
57. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
58. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
59. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
60. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
61. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
62. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
63. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
64. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
65. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
66. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
67. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
68. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
69. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
70. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
71. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
72. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
73. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
74. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
75. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
76. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
77. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
78. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
79. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
80. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
81. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
82. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
83. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
84. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
85. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
86. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
87. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
88. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
89. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
90. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
91. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
92. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
93. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
94. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
95. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
96. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
97. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
98. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
99. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).
100. Ўсимликни тоғичи усулда босириш (кинйикагача амал).



31. Кўйиш, бурунга томчи дори томизиш.
32. Вейдалар, торчичниклар, компресслар кўйиш.
33. Грелкани тайёрлаш ва кўйиш.
34. Муз солинган ҳалтача қўлланиш.
35. Зулуқлар олиш. Зулуқлар кўйилгандан сўнг терини парвариш қилиш.
36. Намланган кислород бериш.
37. Ковуқни катетеризация қилиш.
38. Тоталовчи, сифонли клизмалар, микроклизмалар, гипертоник клизмалар.
39. Газ ҳайдовчи найча киритиш.
40. Меъдани ювиш.
41. Шприцларни йиғиш ва ампулалардан дори олиш.
42. Сувоқлиқни парентериял юбориш учун системани тўлдириш (клиникагача амалиёт хонасида).
43. Имуртка погонаси, меъда, ичакларни рентгенография қилиш учун беморни тайёрлаш.
44. Бемор венасидан қон олиш (клиникагача амалиёт хонасида).
45. Оғиз бўшлагини кўздан кечириш. Томоқ, бурун-ҳалқумдан сўртма олиш.
46. Сийдик, ахлат, балғамни текширишга йиғиш. Уларни лабораторияга жўнатиш.
47. Закички буйича синама ўтказиш.
48. Кановаский — Алдис, Нечипоренко, Амбюрже буйича синама учун сийдик йиғиш.
49. Шармалар, салфеткалар, тампонлар тайёрлаш.
50. Тақчаалар тайёрлаш.
51. Илғичлар, илғичларни қайнатиш усули билан стерилизация қилиш.
52. Аппарат босимини ўлчаш.
53. Сўлатма диурезини ўлчаш.
54. Ўрта қўлларни ўлчаш ва ўлчаш натижаларини қайд қилиш.
55. Ўрта қўл қўкрак қафаси ҳажминини ўлчаш, тарозида тортиш.
56. Беморларни стационарга қабул қилиш, дафтарига қайд қилиш.
57. Беморларни касалхонадан чиқариш дафтарига қайд қилиш.
58. Ўмир етдиган беморлар дафтарига қайд қилиш.
59. Ўзгариш тарихининг паспорт ҳиссини тўлдириш.
60. Ўзгариш тарихидан кўрсатмаларни кўчириб ёзиш.
61. Ўзгариш тарихини қабул қилиш ва тўлдириш.
62. Дориларга талабномалар ёзиб бериш.
63. Қўллашларни (лабораторияга, консультацияга, муолажага) расмийлаштириш.
64. Ўзгариш қайд қилиш ва мурдани саранжомлаш.
65. Ўзгаришга ёрдам бериш.
66. Ўзгаришга жўт кўйиш.
67. Ўзгаришда, ичак, ўпка ва бурундан қон оқканда ёрдам кўрсатиш.
68. Ўзгаришда оғрик пайдо бўлганда ёрдам бериш.
69. Ўзгаришларда ёрдам кўрсатиш.



## МУНДАРИЖА

Сўз боши

|          |                                                            |    |
|----------|------------------------------------------------------------|----|
| I боб.   | Медицина хамшираси ишда беморларни парваршиш қилиши        | 3  |
|          | Урин                                                       | 5  |
|          | Медицина хамширасининг беморлар парваршиш бўлиқи           | 6  |
|          | Вазифалари                                                 | 8  |
|          | Медицина хамшираси ишда меҳнатини илмий таъкид қилиш (НОТ) | 10 |
| II боб.  | Медицина хамширасининг маънавий ҳаёти                      | 13 |
| III боб. | Медицина этикаси ва деонтологияси                          | 17 |
|          | Даволаш муассасаларининг асосий типлари                    | 18 |
|          | Амбулаториялар                                             | 18 |
|          | Поликлиникалар                                             | 20 |
|          | Шағлиқни сақлаш пунктлари                                  | 21 |
|          | Диспансерлар                                               | 21 |
|          | Айтаар консултациялари                                     | 21 |
|          | Медицина-санитария қисмлари                                | 21 |
|          | Тов. медицина ерлиги станциялари                           | 22 |
|          | Касапхоналар                                               | 24 |
|          | Касапхоналарнинг санитария режими                          | 25 |
|          | Кичик медицина хамширасининг вазифалари                    | 30 |
|          | Медицина хамшираси постининг тузилиши                      | 33 |
|          | Даволаш муҳофиза режими                                    | 34 |
| IV боб.  | Медицина ҳужжатлари. Навбатчиликни қабул қилиш ва топшириш | 36 |
|          | Медицина ҳужжатларининг турлари                            | 37 |
|          | Ҳужжатларни сақлаш ва излаб топиш                          | 42 |
|          | Навбатчиликни қабул қилиш ва топшириш                      | 42 |
| V боб.   | Касапхонанинг қабулхона бўлими                             | 43 |
|          | Қабулхона бўлими ҳоналарини жиҳозлаш                       | 44 |
|          | Медицина хамширасининг қабулхона бўлимидаги иши            | 45 |
|          | Беморни санитария жиҳатидаи покизалаш                      | 48 |
|          | Беморни бўлимга транспортда ташиш                          | 50 |
| VI боб.  | Беморнинг шахсий гигиенаси                                 | 50 |
|          | Урин-бошини тайёрлаш                                       | 55 |
|          | Урин-бош ашелари ва ич кийимларни айлантириш               | 56 |
|          | Бадан терисини парваршилаш ва оғок ярадар профилактикаси   | 59 |
|          | Беморларнинг тагини ювиш                                   | 63 |
|          | Беморларни чайиш (спиритсозла қилиш)                       | 64 |
|          | Оғиз бўлигини парваршиш қилиш                              | 65 |
|          | Кулоқларни парваршиш қилиш                                 | 66 |
|          | Бурунни парваршиш қилиш                                    | 67 |
|          | Сонларни парваршиш қилиш                                   | 68 |

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Морфология ва анатомия                                                               | 72  |
| Катетеризация                                                                        | 77  |
| Стационар ва беморларнинг даво вақтлар беришни ташкил қилиш                          | 77  |
| Архивизация ва таърифи                                                               | 88  |
| Умумий ахборот бериш                                                                 | 90  |
| Тана ҳарорати ва уни қувириш                                                         | 90  |
| Тана ҳароратини ўлчаш ва уни қувириш йўриқлари                                       | 95  |
| Иситмадастеги беморларни парвартиш қилиш                                             | 97  |
| Кон айланишига таъсир қиладиган чоралар                                              | 98  |
| Горчиқчилар                                                                          | 100 |
| Банкалар                                                                             | 102 |
| Зулуклар                                                                             | 104 |
| Компресслар                                                                          | 106 |
| Грелкалар                                                                            | 108 |
| Музли халтача                                                                        | 108 |
| Сув билан даволаш                                                                    | 110 |
| Дориларни ёзиб бериш ва сақлаш. Дори моддаларини қўриқлаш усуллари                   | 110 |
| Дориларни ёзиб бериш                                                                 | 111 |
| Дориларни сақлаш                                                                     | 114 |
| Дори моддаларини юбориш усуллари                                                     | 114 |
| Дори моддаларини ташқи қўллаш                                                        | 116 |
| Дори моддаларини ички (энтерал) юбориш                                               | 117 |
| Дори моддаларини парентерал юбориш                                                   | 143 |
| 5. Нафас системаси функциялари бузилаган беморларни кузатиш ва парвартиш қилиш       | 143 |
| Нафас органлари касалликларининг умумий симптомлари                                  | 147 |
| Оксигенотерапия                                                                      | 152 |
| Нафас органлари касалликлари бўлган беморларни умумий парвартиш қилиш                | 153 |
| Пульмонология бўлимида ишлайдиган медицина ҳамшираси ишини ташкил қилиш              | 155 |
| 6. Юрак-томирлар системаси функцияси бузилаган беморларни кузатиш ва парвартиш қилиш | 155 |
| Пульсини аниқлаш                                                                     | 156 |
| Артериал босимни аниқлаш                                                             | 161 |
| Кон айланиш органлари касалликларида беморларни умумий парвартиш қилиш               | 161 |
| Кардиология бўлимида медицина ҳамшираси ишини ташкил қилиш                           | 165 |
| 7. Ҳазм органлари функцияси бузилаган беморларни кузатиш ва парвартиш қилиш          | 165 |
| Оғиз бўшлиғини кўздан кечириш                                                        | 169 |
| Мидани зондаш                                                                        | 175 |

Таржимон А. Камолжон  
Мухаррият мудир Б. Мансуров  
Мухаррир Б. Мансуров  
Бадий муҳаррир Э. Валиев  
Техмуҳаррир Т. Сидримова  
Мусахҳик Х. Исмаилов

ИБ № 2091.

Илова 23.01.94 да берилди. Босмига 22.11.94 да рухсат этилди. Бичими 64 × 108<sup>1</sup>/<sub>32</sub>. Тиражи 1000 экз. Оғзат босма. Адабий тартибда. Шарҳи босма тобох 12.6. Шарҳи бўлиқ-сўзлари 12.6. Босма тобох 11.8. 100-100 речаник шартнома. Жами 30 000 нуска. 1994-йилда. Марри шартнома асосида.

Давлат матбуот қўмитаси Тошкент матбуот жамиятининг кўмаги билан. Тошкент, Навоий кўчаси, 30.

