

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ
АКАДЕМИЯСИ**

**НЕВРОЛОГИЯДА
ҲАМШИРАЛИК ИШИ**

Тошкент -2013

**Ўзбекистон Республикаси
Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги**

Рахимбаева Гульнора Саттаровна

**НЕВРОЛОГИЯДА
ҲАМШИРАЛИК ИШИ**

Олий ҳамширалик иши

Тошкент -2013

Такризчилар:

Г.К. Содиқова — Тошкент тиббиёт педиатрия институти асаб касалликлари кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори.

Х.М.Халимова — Тошкент тиббиёт академияси асаб касалликлари кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори.

Г.С. Рахимбева

Неврологияда ҳамширалик иши. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун дарслик.

Аннотация

Ушбу дарсликда умумий неврологиянинг асослари шунингдек асаб тизимининг клиник-анатомик тузилиши, текширув усуллари ва турли патологик жараёнлардаги семиотикаси ҳамда топик диагностикаси тўлиқ баён этилган. Дарсликни яратишда илмий, методик ва илмий-тиббий адабиётнинг замонавий маълумотлари, олий тиббий таълим тизимидаги амалдаги намунавий ва ишчи дастурлардан фойдаланилган.

Дарслик тиббиёт институтларини олий маълумотли ҳамширалик факультетлари талабалари учун мўлжалланган.

Кириш сўзи

Қўлингиздаги дарслик “Неврологияда ҳамширалик иши” фанини ўрганиш жараёнидаги мустақил фаолиятини ташкил этишни таъминлайди.

Дарсликни таркиби икки бўлимдан иборат:

“Умумий неврология” ҳамда “неврологияда ҳамширалик жараёни ва ташхиси”.

Ўқув фанининг мавзулари бир-бирига боғлиқ бўлганлиги учун мавзуларни ўрганишда мантикий кетма-кетлик мавжуд. Шунинг учун янги мавзуга дастлабки мавзу материалларини ўзлаштириш асосида ўтилади.

Ушбу дарслик асаб тизимининг клиник анатомияси, зарарланиш синдромлари ва уларнинг текшириш усуллари, асаб касалликларини этиологияси, патогенези, диагностикаси, қиёсий ташхиси ва даволаш принциплари, фан тарихи ва ривожининг тенденцияси, истиқболи масалаларини қамрайди ҳамда бўлғуси олий маълумотли ҳамшираларда клиник фикрлаш, касаллик ва унинг белгиларини асослаш учун замин яратиб беради.

МУНДАРИЖА.

Кириш. Неврология тарихи ва асослари.....	8
I - Бўлим. Нерв системаси анатомияси ва физиологияси.....	18
I.1. Бош мия ва орқа мия клиник нейроанатомияси.....	18
I.2. Рефлектор ва ҳаракат сфераси. Ҳаракат йўлининг тузилиши. Марказий ва периферик фалажлик. Ҳаракат бузилишларининг семиотикаси.....	37
I.3. Сизги сфераси. Сизги йўлининг тузилиши. Сизги бузилишларининг семиотикаси.....	43
I.4. Бош мия нервлари. Бош мия нервлари тузилиши, вазифалари. Шикастланиш синдромлари.....	47
I.5. Марказий ва периферик нерв системаси шикастланиш синдромлари.....	92
II - Бўлим. Неврологик беморларни текширишни ва даволашни асосий принциплари.	
II.1. Неврологик беморларни текширишни асосий принциплари.....	100
II.2. Неврологик статусни текшириш усуллари	100
II.3. Бош мия нервлари вазифаларини текшириш.....	100
II.4. Рефлектор - ҳаракат функциясини текшириш.....	102
II.5. Ихтиёрсиз ҳаракатлар.....	105
II.6. Ҳаракат координацияси.....	106
II.7. Сезувчанликни текшириш.....	107
II.8. Оқий нерв фаолиятини текшириш.....	108
II.9. Параклиник текшириш усуллари.	110
III - Бўлим. Неврологик касалликларни асосий клиник кўринишлари.	
III.1. Бош мия қон томирларининг инсультгача бўлган касалликлари. Ҳамшира ташхиси ва беморни парвариш қилиш режаси.....	115
III.2. Бош мия ўткир қон томир касалликлари. Ҳамшира ташхиси ва беморни парвариш қилиш режаси.....	119
III.3. Марказий нерв системаси яллиғланиш касалликлари. Менингит, энцефалит, арахноидит. Ҳамшира ташхиси ва беморни парвариш қилиш режаси.....	139
III.4. Орқа мия нерв системаси яллиғланиш касалликлари. Ҳамшира ташхиси ва	

беморни парвариш қилиш режаси.....	160
III.5. Эпилепсия ва тутқаноқ синдроми. Беморларга шошилиш ёрдам кўрсатиш.....	168
III.6. МНС нинг ирсий касалликлари. Беморларни парвариш қилиш режаси.....	172
III.7. МНСнинг посттравматик шикастланиши. Ҳамшира ташхиси ва беморни парвариш қилиш режаси.....	184
III.8. Периферик нерв системасининг касалликлари (неврит ва невралгиялар, туннел синдроми).....	187
III.9. Неврологияда шошилиш ҳолатлар.....	207
IV - Бўлим. Неврологик беморларни парвариш қилишнинг асосий принциплари. Неврологик бўлимда ҳамшира вазифалари.....	225
IV .1. Неврологияда ҳамширанинг вазифалари.....	227
IV.2. Неврологик беморларни парвариш қилишнинг асосий принциплари.	229
IV.3. Ҳаракат бузилиши бўлган беморларни парвариш қилиш.....	230
IV.4. Ётоқ яралар профилактикаси.....	231
IV.5. Зотилжам профилактикаси.....	231
IV.6. Контрактура профилактикаси.....	231
IV.7. Умумий гигиеник чора - тадбирлар.....	232
IV.8. Беморларни овқатлантириш.....	232
IV.9. Чаноқ органлари фаолиятини кузатиш.....	232
IV.10. Талаффузи бузилган беморларни парвариш қилиш.....	233
IV.11. Люмбал пункция ўтказиш учун беморларни тайёрлаш.....	234
V –Бўлим. Адабиётлар рўйхати.....	235

КИРИШ

Кириш. Қисқача неврология тарихи, замонавий неврология ютуқлари ва истиқболи, нерв системаси функцияси ва тузилиш принциплари.

Асаб касаллиги - тиббиётнинг бир қисми бўлиб, нерв системаси касалликларининг этиологияси, патогенези ва клиник кўринишларини ўрганади. Бундан ташқари касалликларни диагностик методлари, давоси ва профилактикасини ишлаб чиқади.

Невропатология - нерв система касалликлари ҳақидаги фан. У нерв системасининг ҳаракат, сезувчанлик, сезги органлар функцияси бузилиши, нутк бузилиши билан ифодаланувчи жароҳатларни ўрганади ва нерв касалликларининг диагностик методлари, давоси ва профилактикасини ишлаб чиқади.

Невропатология илми асосан тиббий хизматчиларга зарур ва айрим ҳолларда олий маълумотли тиббиёт ҳамширалари учун даволаш профилактика ишларини бажаришда нафақат самарали, балки беморларда турли касалликларда пайдо бўладиган асабий - рухий бузилишларни аниқлаш зарур. Менимча бунда тиббиёт ҳамширалари беморларни парвариш қилишни ташкил этишлари, ҳамширалик жараёни этапларини ҳужжатлаштириши ва зарур ҳолларда врачгача ёрдам кўрсатишлари керак.

Тиббиёт ҳамшираси таълими даражасига қўйилган замонавий талаб тиббиёт ҳамшираларида фикрлаш маданиятини ошишини, илмий билим тасаввури доирасининг кенгайишини, психология асосларини билишини, коммуникацион амалиётини маҳорат билан эгаллашни талаб этади.

Нерв системаси касалликлари ҳақидаги илк маълумотлар энг кадимги ёзма манбаларда учрайди. Бундан 3 минг йил аввал Миср папирусларида фалажлик, сезги бузилиши ҳақида битилган.

Гиппократ, Розий, Ибн Сино илмий асарларида турли-туман неврологик касалликлар клиник кўринишлари, уларнинг диагностик методлари ва давоси тасвирланган. Аллақачон ўша замонларда бош мия касаллиги (эпилепсия, мигрень) алоҳида ҳолат сифатида яхши ифодаланган.

Клавдий Гален (1129 атрофида - 1201) - атоқли ва ҳақиқатгўй врач - 400 илмий мақолалар ёзган. Олим тажрибаларини маймунларда ўтказган ва биринчи бўлиб марказий нерв системаси ҳақидаги муҳим маълумотларни тасвирлаган, айрим ҳолларда 4 йўналишда кўрув ва эшитувни бевосита муносабатини ўрганган. У шунингдек адашган ва бошқа бош миёна нервларини тасвирлаган.

Гален руҳий кечинмалар, сезги ва ҳаракат юракдан эмас балки марказий нерв системаси орқали бошқарилишини тажрибада исботлаган.

Аммо, неврология ривожланиши нерв системасининг текширув методлари мукамаллиги ва кўриниши билан боғлиқ. Ўрта асрларда *Д.М. Морганъи* ва *Г. Виллизий* миёнинг тегишли структураларидаги бузилишларни аниқлашга эришди. Невр системасининг морфологиясини ривожланишига *Андрей Визалий*, *Якоб Сильвий*, *Қонстанцио Варолий* муҳим ҳиссасини қўшган. XVIII - аср неврология ривожланиш даври ҳисобланади. Невр системаси касалликлари синдромлари ва симптомлари ҳақидаги янги маълумотлар пайдо бўлди. XIX-аср бошларида хужайра тузилиши назариясининг пайдо бўлиши буюк ихтиро бўлди. Бу вақтларда қатор олимлар (Бец, Броун - Секар, Даршкевич) бош ва орқа миёнинг турли тузилмаларини аниқлади ва текширди.

1865 йил Париж касалхонаси Сальпетриерда Жан Шарко ишлай бошлади. Охириги 10 йил ичида у қатор касалликларни тарқоқ склероз, ёнбош амиотрофик склероз, сириномиелия, истерия ва бошқаларни ўрганди. Унинг қўл остида Париж университетида биринчи неврология кафедраси очилди. Шарко клиник неврология асосчиси ҳисобланади. XX - асрда неврология ва психиатрия Павловнинг рефлекс назарияси, Канадалик олим Г.Сельенинг стресслар ҳақидаги қўлланмалари асосида бойиди. Неврология ривожланишининг асосий йўли Россияда ўтди.

1869 - йил Москва университетида атоқли врач, олим, педагог А.Я.Кожевников бошқарган 1-асаб касалликлари клиникаси, асаб ва руҳий касалликлар кафедраси очилди.

XIX асрда нерв система функцияси ва структурасини ўрганиш методлари

жадал ривожланди, нерв системаси физиологияси ўрганилди. Нерв системасининг физиология йўналишининг ривожланиши *И.М. Сеченов, И.П. Павлов, Н.Е. Введенский, А.А. Ухтомский* номлари билан боғлиқ.

И.М.Сеченов (1829-1905) рефлексор психик фаолият назарияси асосчиси ҳисобланади. У рефлекс - турли ташқи таъсуротларга миянинг универсал жавоб реакцияси эканлигини кўрсатади. Аммо буюк истеъдод эгаси *И.М. Сеченов* шундай деган: инсон психик фаолиятининг турли кўриниши - бу рефлексдир, бу бош мия рефлексор фаолиятининг тўлиқ формаси очилгунга қадар илмий назария эди. Бу масалани *И.П.Павлов* (1849-1936) ва унинг мактабдошлари ечди, олий нерв фаолияти ҳақидаги билимлари устида ишлади. Неврология соҳасида эришилган ютуқлар дастлаб нерв система касалликлари ҳақидаги билимлар тиббиётда мустақил соҳа сифатида ажралиб чиқишидир. Бу соҳа невропатология деб ном олди. Невропатология янги ютуқлари патологоанатомия соҳасидан электрофизиология шунингдек касалликларнинг клиник симптомлари маълумотлари асосида бойитилади.

Буюк намоянда Москва мактаби невропатологи ва психиатри *С.С.Корсаков* (1854-1900) ҳисобланади. У психиатрия йўналишидаги нозологиялар асосчиси *С.С. Корсаков* 12 йил психиатрик клиникада ишлаб рус психиатриясини дунё миқёсига кўтарди.

В.К.Рот (1848-1916) талантливый клиницист-невропатолог, мушак касалликларини самарали ўрганиш билан шуғулланди. Унинг «Мушаклар қуриши ҳақида» монографияси бу изланишларнинг умумлашмаси ҳисобланади. *В.К.Рот* ўша вақтларда мушак атрофияси формаларини аниқ системалаштирди.

Г.И.Россолимо (1860-1928) талантливый клиницист бўлиши билан бирга ўткир врач педагог. Унга болалар невропатологияси, психоневрология, мед психология каби қатор ишлар тегишли. *Г.И.Россолимо* совет дефектологиясига асос солди. У москвалик невропатологлар ва психиатр жамоасининг ўзгармас аъзосидан бири «*С.С.Корсаков* номи Невропатология ва психиатрия журналы» редактори.

В.М. Бехтеров XIX - аср буюк олимларидан бири, мия пўстлоғидаги алоҳида

сохаларни кўзгатиш ва тормозлаш методларини қўллаш билан катта тажриба ишларини олиб борди. У бош мия пўстлоғида жойлашган функцияларида мураккаб муоммоларни ечишда катта хисса қўшди. В.М. Бехтеров асабий-рухий касалликларни гипноз ва таъсир этиш билан даволашни ўша пайтларда Россияда кенг қўллаганлардан бири ҳисобланади. У алкоголизмни даволаш мақсадида коллектив гипноз методини қўллашни ишлаб чиқди.

Ўзбекистон неврологияси тараққиётида 1920 йилда Ўзбекистоннинг Тошкент шаҳрида Туркистон универститети ташкил қилинди. Шу йили жумҳурият невропатологларнинг илмий жамияти ташкил этилди. Бу жамиятга М.А.Захарченкодан бошлаб, Я.Я. Шаргородский (1939 – 1959), Ф.Ф.Детенгоф (1959 - 1963), Я.Я.Гордон (1963 - 1966) раислик қилади. Жамият аъзолари бир неча марта халқаро симпозиумлар, республика, вилоят анжуманларининг совриндорлари бўлишган.

Асаб касалликлари кафедрасига профессор М.Л.Захарченко асос солди ва 1939 йилгача унга мудирлик қилди. 1940 йилдан 1959 йилгача кафедрада профессор А.Я.Шаргородский, 1963 йилдан бери эса бу кафедрага Ўзбекистон фанлар академиясининг академиги, профессор Н.М. Мажидов раҳбарлик қилиб келди.

Тошкент Давлат тиббиёт олий билимгоҳи асаб касалликлари кафедрасида юзлаб машҳур олимлар ва педагоглар етишиб чиқди. Бу олимларнинг илмий тадқиқотлари кейинги йиллар давомида мукамаллаштирилди. Чунки бу кафедра ва клиника юқори малакали невропатологлар тайёрлашда Марказий Осиёда ягона мактаб эди. Проф М.Л.Захарченконинг хиссаси бу йўналишда ниҳоят катта. Унинг ўқувчилари ординатордан ассистент, доцент ва профессор даражасигача бўлган йўлни босиб ўтдилар. Профессор М.А. Захарченко ангионеврология бўйича илмий изланишлар олиб бориб, ўзининг Захарченко синдроми деб аталган бош мия қон томир касаллигининг бир турини яратди.

Л.Я.Шаргородский эса ўзининг илмий изланишларини асаб системасининг айрим юқумли касалликларига бағишлади. У миопатия, полиневрит, оптикомиелитлар клиникаси, диагностикасини чуқур ўрганди, бир неча илмий

қўлланмалар, булардан “Прогрессирующие мышечные дистрофии” монографияси олимлар ичида катта шухрат қозонди. У 17 та тиббиёт фанлари номзоди тайёрлади. Бу номзодлар ичида ўзбеклардан биринчи невропатолог Х.К.Салохидинов, Н.М.Мажидов, Ф.Т.Абдухакимов ва бошқалар бор эди.

Профессор Я.Я. Гордон Тошкент шифокорлар малакасини ошириш илмгоҳида, профессор С.С. Габрилян Самарқанд тиббиёт олий билимгоҳида, профессор М.Фаризов Олма Ота тиббиёт олий билимгоҳи асаб касалликлари кафедрасида, А.А.Богородинский Ленинград тиббиёт институтида раҳбарлик қилдилар. Профессор Н.М.Мажидов томонидан яратилган мактаб намоёндалари: 2-Тошкент Давлат тиббиёт олий билимгоҳи асаб касалликлари кафедраси мудири бўлган профессор М.М. Асадуллаев;

1963 йилдан бошлаб асаб касалликлари кафедрасига профессор Н.М.Мажидов раҳбарлик қилди. У ўзининг қарийб 30 йиллик илмий педагогик фаолияти давомида неврология соҳасида жуда кўп фан номзодлари ва докторларини тайёрлади. Бу шогирдлар ҳозирги вақтда кўпгина илмгоҳларда, тиббиёт олий билимгоҳларида раҳбарлик лавозимларида ишлаб келмоқдалар: Н.М.Махмудова, М.Х.Қориев, М.М.Асадуллаев, Б.Х.Орифжонов, О.И.Хужаев ва бошқалар шулар жумласидандир.

Н.М.Мажидов ўзининг кўп йиллик илмий изланишлари ва тадқиқотларини лептоменингит ва хориоэпендиматитлар муаммосига бағишлади.

Олимнинг кўп йиллик изланишлари унинг 24 та монографиясида, юзлаб илмий амалий методик қўлланмалар ва илмий мақолаларида ўз аксини топган. «Энса чуқурчасининг лептоменингити» (1973), «Бош мияга қон қуйилиши» (1973), «Периферик нерв жароҳатланиши» (1974), «Периферик асаб системаси касалликлари клиникаси ва даволаш усуллари» (1984), «Умurtқа поғонаси остеохондрозидаги неврологик синдромлар», «Инсультгача бўлган бош мия қон томир касалликлари» (1985), « Уч шохли нерв невропатияси» (1992), уч томдан иборат «Профилактик неврология» (1993) ва яна бир қанча илмий асарлар шулар жумласидандир. 1973 йили ўзбек тилида невропатологиядан амалий машғулотлар қўлланмаси ва умумий невропатология деб аталган дарслик

чикди.

Тошкент давлат тиббиёт Олийгоҳи иккига бўлингандан сўнг 1990 йил 1-Тиббиёт Олийгоҳида проф. Н.М.Мажидов, 2-Тиббиёт Олийгоҳида проф. М. М. Асадуллаев Асаб касалликлари кафедрасида мудир бўлиб ишладилар. Бу йиллар мобайнида кафедралар ҳамкорликда жуда кўп илмий ишлар устида фаоллик кўрсатдилар. 2005 йил 2 сентябрда Тошкент Тиббиёт Академияси ташкил топгани сабабли, I ва II Тиббиёт Олийгоҳлари бирлашиб, асаб касалликлари кафедраси ҳам бир бутун кафедрага айланди. Кафедра мудирини бўлиб профессор Асадуллаев М.М ишлай бошлади.

Проф. М.М. Асадуллаев томонидан 35 илмий кадр тайёрланган бўлиб, уларнинг 6 нафари тиббиёт фанлари доктори, 29 нафари тиббиёт фанлари номзодидир. Проф. М.М. Асадуллаев томонидан 7 монография, 28 рационализаторлик таклифи ва 395 илмий мақола чоп қилинган.

1990 йилдан 2005 йилгача 2-ТошДавТИ Асаб касалликлари кафедраси мудирини ва 2005-2008 йилгача Тошкент Тиббиёт Академиясининг асаб касалликлари кафедраси мудирини. Ҳозирги кунда Асадуллаев М.М. ушбу кафедра профессори лавозимида ишлаб келмоқда.

М.М. Асадуллаевни юқори профессионализм, кенг эрудиция, доимо ижод қилиш ва янгиликка интилиш ажратиб туради. Ҳозирги кунда проф. М.М. Асадуллаев - йирик олим, мураббий, жамоат арбоби – куч-қувватга, энтузиазмга тўла инсондир.

2007 йилда профессор Асадуллаев М.М соғлиғи туфайли ўз хохиши билан кафедра мудирини лавозимидан бўшаган ва вақтинча кафедра мудирини лавозимида профессор, т.ф.д. Асланова С.Н. ишлаб келди.

Проф. Асланова С.Н. юқори малакали невролог, ҳозирда асаб касалликлари кафедраси профессори. Илмий ишлар фаолиятида жами 148 та илмий ишлар чоп этилган, 2 та дарслик, 13 та ўқув-услубий қўлланма, 72 та журнал мақола, 61 та тезислар Ўзбекистон Республикасида, СНГ давлатларида ва хорижда чоп этилган. 2 та фан номзодини тайёрлаган, 12 та магистрлик диссертацияларига (проектларига) раҳбарлик қилган. Профессор С.Н. Асланова интизомли,

талабчан, ҳозирги кунда кафедрада профессор лавозимида ишлаб келмоқда, клиник ординаторларнинг тайёрланишига маъсул ходим.

1-ТошДавТЙининг Асаб касалликлари кафедрасида доцент ва профессор лавозимларида проф. Халимова Х.М. ишлаган ва 1999 йилдан 2005 йилгача ушбу кафедра мудири бўлиб ишлаган. 2005 йил-дан буён ТМА Асаб касалликлари кафедрасининг профессори лавозимида ишлаб келмоқда.

Шу кунга қадар, проф. Халимова Х.М. 300 тадан ортиқ илмий мақола ва 32 та методик қўлланма муаллифи. 8 та тиббиёт фанлари номзоди ва 1 та тиббиёт фанлари доктори тайёрлаган.

Х.М.Халимова Тошкент тиббиёт академияси жамоатчилик ишларида фаол катнашади, 2005 йилдан ТТА асаб касалликлари кафедранинг тиббий педагогика ва стоматология факултетлари учун ўқув базасига жавобгар.

2008 йил октябрь ойида илмий кенгаш томонидан профессор Раҳимбаева Г.С. кафедра мудири лавозимига бир овоздан сайланди.

Раҳимбаева Гульнора Саттаровна, олима, т.ф.д., профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси Асаб касалликлари кафедраси мудири. Ҳозирги кунда “Неврология” журнали редакцион коллегиясининг аъзоси, Ўзбекистон неврологлар Ассоциацияси раиси ўринбосари, Халқаро эпилепсияга қарши курашиш Лигасининг (ILAE) Ўзбекистон бўлим вице-президенти, EFNS Халқаро Европа Бирлашган Неврологлар Федерациясининг аъзоси, WSO “Халқаро Инсультларга қарши кураш” жамияти аъзоси.

Проф. Раҳимбаева Г.С. томонидан фаол мақсадга интилувчан илмий ходимлар ва юқори малакали неврологлар мактаби барпо этилди. Улар ва уларнинг шогирдлари томонидан замонавий неврология муаммолари, яъни катталар ва болалар эпилепсияси, бош мия қон томир ва яллиғланиш касалликлари муаммоларини ечувчи асосий йўналишлар ишлаб чиқарилмоқда.

Уларнинг раҳбарлиги остида бош мия инсультлари, метаболик энцефалопатиялар, менингоэнцефалитлар, катталар ва болаларда МНСнинг посттравматик зарарланишига бағишланган клиника-экспериментал текширувлар ўтказилган ва медикаментоз даво чоралар ишлаб чиқарилган.

Юқорида кўрсатилган илмий текширувлар натижалари бир неча маротаба халқаро конгресслар, симпозиумлар, съездлар ва конференцияларда баён этилган жумладан: Франция, США, Англия, Швеция, Финляндия, Австрия, Белгия, Швейцария, Греция, Турция, Германия, Италия ва бошқалар.

Проф. Г.С.Рахимбаева раҳбарлигида 15 та тиббиёт фанлари номзодлари ва 2 та фан доктори тайёрланган. Хозирги кунда 2 та докторлик диссертациялари нихоясига етказилмоқда. 300 дан ортиқ илмий мақолалар республика миқёсида ва чет элларда чоп этилган.

У юқори профессионализм, ўз ишига маъсулият билан ёндашувчи, ҳақгўй, янгиликка интилувчан шахс ҳисобланади.

Проф. Г.С.Рахимбаева 1999 йилдан хозирги кунгача ТВМОИ қошидаги “Асаб касалликлари ва психиатрия” мутахассислиги бўйича Иқтисослашган илмий кенгаш аъзоси ҳисобланади.

Хозирда кафедрада 5 та профессор, шу жумладан профессор Рахимбаева Г.С., Асланова С.Н., Асадуллаев М.М., Халимова Х.Ф., Ибодуллаев З.Р., 5 та доцент, шу жумладан, т.ф.д. Муратов Ф.Х., т.ф.д. Саидвалиев Ф.С., т.ф.д. Якубова М.М., т.ф.д. Прохорова А.В. т.ф.н. Зиякулов С.О., катта ўқитувчи, Шамсиева У.А. ва ассистентлар фаолият кўрсатмоқда. Бундан кўриниб турибдики, кафедранинг илмий салоҳияти жуда баланддир.

Ибадуллаев Зарипбай Ражапович 1988 йилдан бошлаб асаб касалликлари кафедрасида ишлаб келмоқда. 2006 йил февраль ойидан асаб касалликлари кафедраси профессори лавозимига ўтказилган ва шу кунгача ушбу лавозимда ишлаб келмоқда. Проф. Ибадуллаев З.Р. Тиббиёт психологияси йўналиши бўйича иш олиб бормоқда. Чоп қилинган илмий ишлар сони 60 дан ортиқ, шулардан 2 та дарслик, 1 та монография, 6 ўқув-услубий қўлланма муаллифи. Илмий ишлар йўналиши ангионеврология, нейропсихология, тиббий психология. Шахсий фазилатлари меҳнаткаш, интилувчан.

Т.ф.д., доцент Муратов Фахмиддин Хайритдинович 1996 йилда номзодлик ва 2006 докторлик диссертациясини ҳимоя қилган. Кафедрда ишлаган вақти мобайнида ўзини малакали, эрудицияли мутахассис сифатида

кўрсатди. Билим даражасини доимо ошириб туради, илмий ва ўқув - педагогик ишларни бирга муваффақиятли олиб боради. Кафедрада ўқув ишлари бўйича маъсул шахс. Академияда ходимлар касаба уюшма кўмитасини раиси. Шу қаторида, даволаш ишларида ҳам актив қатнашади, санавиация бўйича масъул шахс. Асосий функционал нейрофизиологик текширув услублари, замонавий даволаш ва даволаш - диагностик усуллари тўла эгаллаган.

Т.ф.д., доцент Саидвалиев Фаррух Саидакрамович 2000 йилда номзодлик ва 2008 докторлик диссертациясини ҳимоя қилган. Кафедрада даволаш ишларига масъул.

Илмий текшириш фаолиятининг йўналиши: ишемик инсульт, эпилепсия, миянинг сурункали ишемияси, томирли деменциялар патогенезининг нейроиммунологик ва биохимик аспекти.

Кафедрада ишлаган вақти мобайнида ўзини малакали, эрудицияли мутахассис сифатида кўрсатди.

Т.ф.д., доцент Якубова М.М. Тиббиёт олий юртидаги фаолияти давомида тажрибали, юқори малакали педагог ҳисобланади. У маърузаларни ва амалий машғулотларни юқори методик савияда олиб боради, ўқитишда замонавий техник анжомлар ва адабиётлардаги маълумотлардан унумли фойдаланади.

Т.ф.д., доцент Прохорова Анна Владимировна 2003 йилда номзодлик ва 2011 докторлик диссертациясини ҳимоя қилган. Ҳозирги вақтда ТТА Асаб касалликлари кафедраси доценти ва неврология бўйича магистрлар дастури директори ҳисобланади.

Прохорова А.В. юқори малакали клиницист, юқори ақлий салоҳиятли олима, қобилиятли педагог.

Бугунги кунда кафедра коллективи томонидан 32 ўқув фильми талабалар учун яратилган. Академия кутубхонасидаги рус ва ўзбек тилларида проф. Рахимбаева Г.С. тахририятида “Асаб касалликлари” электрон дарслиги, “Неврологияда хамширалик иши” дарслиги яратилган. Ушбу дарслик талабаларни бу мураккаб фанни ўзлаштиришида катта аҳамият касб этмоқда.

Қисқа вақт мобайнида замоннинг талаби ҳисобланган 20 та маърузанинг мультимедий электрон кўриниши икки тилда, проф. М.М. Асадуллаев, С.Н. Асланова раҳбарлигида янги “Асаб касалликлари пропедевтика”си дарслиги нашр этилди. Проф. Ибадуллаев З.Р. томонидан “Тиббиёт психологияси” ва “Асаб касалликлари” дарсликлари чоп этилган.

Олий таълим вазирлиги тасдиқлаган, республикадаги барча тиббий олийгоҳлардан талабнома берилган ўзбек ва рус тилидаги “Асаб касалликлари пропедевтикаси” дарслиги нашр қилишга тайёрланган.

Проф. Г.С. Раҳимбаева ТМА 1-клиникаси неврология бўлими ва неврологик СКАЛ нинг даволаш ишларига раҳбарлик қилиб, клиник муҳокама ва конференциялар, ҳамда радио ва телевидение орқали “неврология” ва “геронтология” соҳалари бўйича долзарб муаммоларига бағишланган маърузаларни мунтазам қилиб боради.

Кафедра олимлари шогирдлари билан биргаликда, ўз устозлари бошлаган ишларини давом эттирмоқдалар. Кейинги йилларда неврологияда анчагина ютуқларга эришилиб, кўпгина қизикарли, келажаги порлоқ ғоялар олдинга сурилмоқда.

I - Бўлим. Нерв системасининг функционал анатомияси ва физиологияси.

I.1. Бош мия ва орқа миянинг клиник нейроанатомияси.

Бош мия нервлари. Тузилиши, функциялари шикастланиш синдромлари принциплари.

Нерв системасининг асосий функцияси - доимий ташқи муҳит шароитлари ўзгариб турган шароитда кечади ва физиологик жараёнларни назорат қилиш билан характерланади. Нерв системаси оралиқ ташқи муҳитга мослашишини таъминлайди ва барча ички жараёнларни ва уларни доимийлигини (гомеостаз) ни назорат қилади - масалан тана ҳарорати, АҚБ, тўқималарнинг ва уларни кислород билан таъминлашини бошқаради.

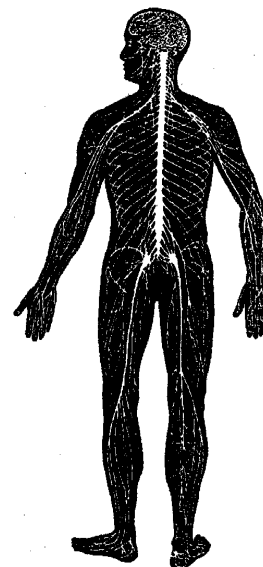
Нерв системаси марказий ва периферик тузилмалардан ташкил топган. Марказий нерв системага бош ва орқа мия киради. Уларнинг 2 ласи ҳам бир бири билан эволюцион физиологик ва функционал узвий боғлиқдир, кескин чегарасиз бирин- кетин келади. Периферик нерв системага бош мия, орқа мия нервлари ва нерв шохлари киради.

Нейрон - нерв системасининг асосий структура функционал бирлигидир, нейрон танаси ядро, ядроча ва уларнинг атрофида эса протоплазма мавжуд. Нейронда бир неча дендрит ва 1 та марказий аксон фарқланади.

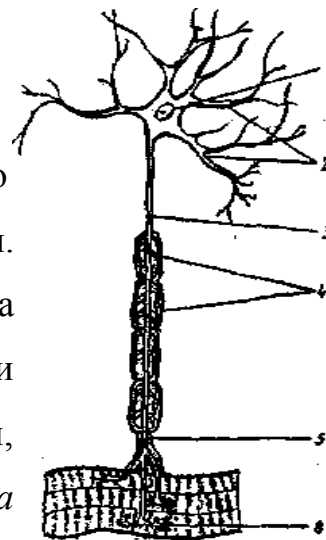
Расм 1. Нерв системанинг схематик тасвири.

Нерв ҳужайрасини асосий элементлари бўлиб:

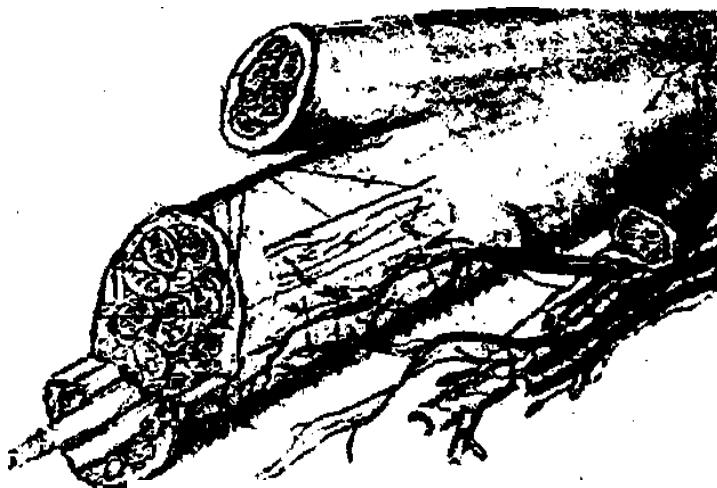
1. *митохондрия* - унинг энергетик алмашинувини таъминлайди
2. *ядро, ядроча* - цитоплазматик тўр, рибосомалар оқсил синтезлаш функциясини таъминлайди.
3. *лизосомалар ва фагосомалар* - ҳужайра ичи озиқланишининг асосий органеллалари.
4. *аксон, дендритлар* - ва синапслар алоҳида-алоҳида ҳужайраларнинг морфофункционал боғлиқлигини таъминлайди.



Расм 2. Нейрон тузилиши: 1 — нейрон танаси; 2 — дендрит; 3 — аксон; 4 — миелин қобиғи; 5 — ўқ цилиндр; 6 — нерв -мушак синапс.



Нерв хужайраларининг бир-бири билан ўзаро боғлилиги синапслар ёрдамида амалга ошади. Импульсларнинг ўтказилиши медиатор иштирокида бўлади. Хозирги пайтда нейромедиаторларнинг 30 хили маълум (ацетилхолин, серотонин, дофамин, норадреналин, гамма-аминомой кислота ва бошқалар). *Нерв системасида импульслар хужайраларнинг динамик поляризация қонунига мос ҳолда ўтказилади. Нерв импульслари нерв хужайрасининг дендритлари билан қабул қилинади ва уларнинг нерв хужайраси танасига узатилади ва аксон томон берилади.*



Расм 3. Нерв толасининг тузилиши

Дендритларнинг асосий функцияси бу импульсларни нерв хужайраси танасига ўтказишдир. Аксон эса хужайра танасидан олиб кетади. Шундай қилиб нейрон бир неча "кириш" ва 1 та "чиқиш" йўллариغا эга. Бундай информацияни қабул қилиш ва ўтказиш фақат нерв системасига

хос хусусиятдир. Бунда нерв системасидаги импульслар фақат 1 та йўналишда узатилади.

Фаолиятига кўра нейронлар сезувчи, ҳаракатлантирувчи ва аралаш бўлади. 1 та нейрон бир қанча нейронлар билан боғлиқ бўлади. Нейронларнинг бир-бири билан зич тегиб туриш қисмини синапс деб номланади. Бирон функцияни регуляция қилувчи нейронлар комплексини нерв системаси ташкил қилади. Бирон функция бажаришга мослашган нейронлар ҳар доим ҳам бир жойда жойлашмайди.

Кўпгина терапевтик, хирургик ва бошқа касалликларнинг диагностика қилишда пальпация, перкуссия, аускультациядан кенг қўлланилади, лекин бош ва орқа миyanинг текширишда бу усуллардан қўлланилиб бўлмайди. Неврологияда функционал диагностикадан қўлланилади. Нерв системасининг ҳар бир бўлими маълум бир фаолиятни бажаради. Бу бўлимларнинг ҳар бирининг шикастланиши маълум фаолиятларни издан чиқаради. Агар шифокор МНСнинг тузилишини ва фаолиятини яхши билса у шикастланиш ўчоғини осонгина аниқлайди.

Бош мия.

Бош мия мия қутисида жойлашган бўлиб, унинг оғирлиги 1300 дан 2600 гр оралиғи ҳисобланади. Ташқи тарафдан бош мия 3 та парда билан ўралган - қаттиқ парда (*dura mater*), қон томирли (*pia mater*) ва ўргимчаксимон (*arachnoidea*). Бош миянинг 3 та юзаси мавжуд: ташқи, асосий-базал ва медиал юзалардир.

Бош мия ярим шарлари бир бири билан қадоқсимон тана билан боғланиб туради. Бош мияда қуйидаги 4 та қисмлардан - пешона, энса, тепа, чаккадан ташкил топган. Бош миянинг юзасида эгатлар бўлиб, у мия юзасини катталаштиради. Ташқи, яъни қонвекситал юзадаги энг катта эгат марказий роланд эгати бўлиб, у пешона қисмини чакка қисмидан ажратиб туради. Сильвиев эгати тепа бўлагини пешона ва чакка бўлакдан ажратиб туради.

Энса чакка эгати (*g.occipitalo-temporalis*) чакка бўлагининг энса бўлагидан ажратиб туради.

Бош мия асосида парагиппокамп, камар ва тил эгриликлари мавжуд. Шу билан бирга бош мия асосида хидлов нерви, кўрув кесишмаси (хиазма оптикум) сўрғичсимон тана - *corpus mamillaria* кўриниб туради.

Бош мия пустлоқ қисми организмнинг ҳамма фаолиятини бошқариш соҳаси ҳисобланади. И.П.Павлов фикрига кўра - бош мия пўстлоғи анализаторлари комплекси ва уларнинг миядаги тугал қисмлари бўлиб қисобланади. Пўстлоқ юпқа кулранг моддадан ташкил топган бўлиб, унинг қалинлиги 1 дан 3-4 ммгача бўлади. У қуйидаги қаватлардан ташкил топган:

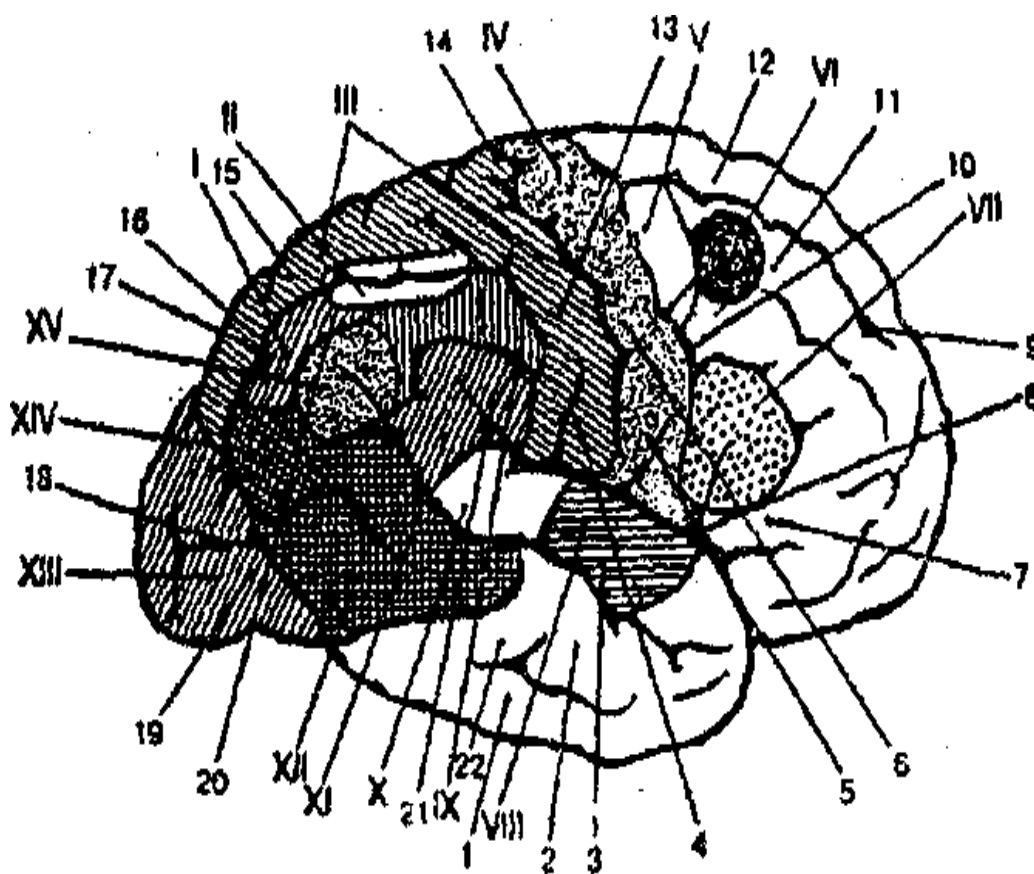
1. молекуляр

2. ташқи донатор қават
3. ташқи пирамидал қават
4. ички донатор қават
5. ички пирамидал қават
6. мультиформ пластинка

Бош мия пўстлоғидаги фаолиятлар локализацияси.

Пешона бўлаги пўстлоғида марказий эгатдан олдинда ихтиёрий ҳаракатлар зонаси жойлашган. Кўпгина пўстлоқ зоналари жуфт бўлиб, улар иккала ярим шарларда симметрик жойлашади, лекин бундан ташқари миёда жуфт бўлмаган марказлар ҳам мавжуд. Бўларга нутқ, ўқиш, ёзиш, санаш марказлари ҳисобланади. Бу марказлар доминант, яъни етарлича ривожланган ярим шарда жойлашади. Кўпчилик одамларда бу марказлар чап ярим шарда жойлашади. Ўнг ярим шарлари ривожланган шахслар кўпроқ куч сарфланувчи ишларни чап қўлда қиладилар, яъни чапақай ҳисобланади. Ўта мураккаб рухий функциялар пўстлоқнинг катта зоналари фаолияти ҳисобига амалга ошиб, пўстлоқдаги бу зоналарни ажратиш қийин. Бу фаолиятларнинг бутун бўлиб мия пўстлоғи амалга оширади. Бош мия пўстлоғининг майдонлари топографиясини ва уларнинг шикастланиш белгиларини тўлиқ кўриб чиқамиз. Маълумки, олдинги марказий эгриликдан орқада ҳар бир ярим шарларда 6 та проекцион зоналар

мавжуд.



Расм 4. Ўнг ярим шарнинг юқори латериал юзаси:

1— чакка пастки пуштаси; 2 — чакка ўрта пуштаси; 3 — чакка юқори пуштаси; 4 — постцентрал эгат; 5—6 — олдинги марказий пушта; 7- пешона пастки пуштаси; 8 — латериал эгат; 9 — пешона бўлаги; 10 — прецентрал эгат; 11 — пешона ўрта пуштаси; 12— пешона юқори пуштаси; 13 — орқа марказий пушта; 14 — марказий эгат; 15 — тепа бўлагининг юқори қисми; 16 — тепа ички эгати; 17— тепа бўлагининг пастки қисми; 18 — энса қўндаланг эгати; 19—энса бўлаги; 20 — тепа бўлаги; 21 — четки эгат; 22 — чакка бўлаги; I— санаиш маркази; II— тана тасвири маркази; III— сезги соҳаси; IV— ҳаракат соҳаси; V — график тузиш маркази; VI— қарама-қарши томонга бошни ва кўзни биргаликдаги буриш маркази; VII— мотор нутқ маркази; VIII - эшитиш маркази; IX— стереогнозия маркази; X— сенсор нутқ маркази; XI— праксис маркази; XII — мнестик нутқ маркази; XIII—кўрув гнозия маркази; XIV— семантик нутқ маркази; XV— ўқиш маркази.

Харакат анализаторларининг нўстлоқ маркази.

Бу марказий бурманинг Бродман бўйича 4,5 - майдонларига тўғри келади. Бу марказ жуфт бўлиб иккала ярим шарда ҳам учрайди. Марказий олдинги бурма периферия билан ўтказувчи йўллар билан боғланган. Ўтказув йўллари ўзаро кесишган бўлиб битта ярим шар тананинг қарама-қарши томонларини бошқаради. Марказий эгриликни патологик жараёнлар билан шикастланиши натижасида тананинг маълум қисмларида клоник судоргилар пайдо бўлади. Маълум қисмларнинг таъсирланиши натижасида марказий ёки гемипаралич ривожланади. Бунда асосан оёқ ва қўлда ўзгаришлар бўлади.

Сезги анализаторини нўстлоқ қисми - орқа марказий эгрилик.

Бродман бўйича 1,2,3 ва ундан ташқари тананинг 5,7 жуфтларига тўғри келади. Сезги анализатори қанчалик юқори жойлашса шунчалик тананинг пастки қисмларини бошқаради.

Кўпгина нервлар билан таъминланган аъзолар - тил, кафт, билакларни бошқарувчи марказлар кўп қисми эгаллайди.

Орқа марказий эгрилик периферик қисмлар билан оғрик, температура, тактил, мушак бўғим сезги йўллари орқали боғланади.

Сезги йўллари ўзаро кесими натижасида орқа эгрилик тананинг қарама-қарши томонларини бошқаради. Патологик жараёнлар натижасида парестезиялар, Джексон тутқаноқлари юзага келади.

Кўрув анализаторининг нўстлоқ маркази - Энсанинг медиал қисмини 17 - майдонига тўғри келади - шикастланишидан гомоним гемианопсия (ярим

кўриш) қарама қарши таърафида ривожланади.

Икки томонлама шикастланса тўлиқ кўрлик ривожланади. Ундан ташқари кўрув галлюцинациялари, фотопциялар кузатилади. Бундан ташқари 18,19 - майдонлар ҳам кўрув марказига киради. Бу марказларда агнозия ривожланади.

Эшитув анализаторлари нўстлоқ маркази - юқори чакка эгрилиги – Гешли эгрилиги 22,42 майдонлар - силвий эгатчасидан пастроқда. Марказларни таъсирланиши натижасида эшитув галлюцинациялари - хуштак, шовқин ва бошқалар кузатилади. Карлик, бир томонлама карлик ривожланади.

Хид ва таъм сезиш анализаторлари - бош мия лимбик қисмининг медиал соҳага яъни гиппокамп илмоғи ва аммон шохчага тўғри келади. Таъсирланишидан таъм ва ҳид сезиш бузилади. Проекцион зоналар орасида ассоциатив зона жойлашган бўлади. Бош мия асосида мия устунни кўринади. Мия устунига мия оёқчалари, варолиев кўприги, узунчоқ мия, мияча ва тўрт тепалик жойлашган. Мия асоси миянинг асосий қисми ҳисобланади, унда нафас, юрак - қон томир бошқарувчи марказлар жойлашган. Мия асосидан барча ўтказув йўллар ўтади. Мия асосидан 12 жуфт нерв бошланади.

Мия устунни калла суяги орқа чуқурчасида жойлашган.

Мия устунининг соҳалари:

- Узунчоқ мия
- Варолиев кўприги
- Мия оёқчаси, тўрт тепалик
- Диэнцефал соҳа

Мия оёқчалари - (pedunculi cerebri) Жуфт тузилма бўлиб, кўприкнинг олдида жойлашган. У мия устунини бош мия ярим шарлари билан бирлаштиради. Мия оёқчаларида III, IV нервларнинг ядролари жойлашган.

Кўприк - (Pons) Кўприк узунчоқ мия билан, мия оёқлари ўртасида жойлашган. Кўприкнинг олд юзасида базилляр эгат (sulcus basilaris) жойлашган. Кўприкда V, VI, VII, VIII краниал нервларнинг ядролари жойлашган

Узунчоқ мия- medulla oblongata- пастки томондан орқа мия, юқори томондан кўприк билан чегараланади. Узунчоқ миянинг олд юзасида sulcus med. ant., sulcus lat. ant., sulcus lat. post. эгатлар бор. Узунчоқ мия пирамидалар ва пастки оливалардан ташкил топган. Унда қуйидаги краниал нервларнинг ядролари жойлашади: IX, X, XI, XII. Мия оёқчаларининг ортки юзасида тўрт тепалик ва унинг тагидан ўтувчи Силвиев сув йўли жойлашган.

➤ **Диэнцефал соҳа – мия устунини мия ярим шарлари билан боғловчи структуралардан иборат:**

- гипоталамус
- таламус
- метаталамус
- эпиталамус

Мия қоринчалари.

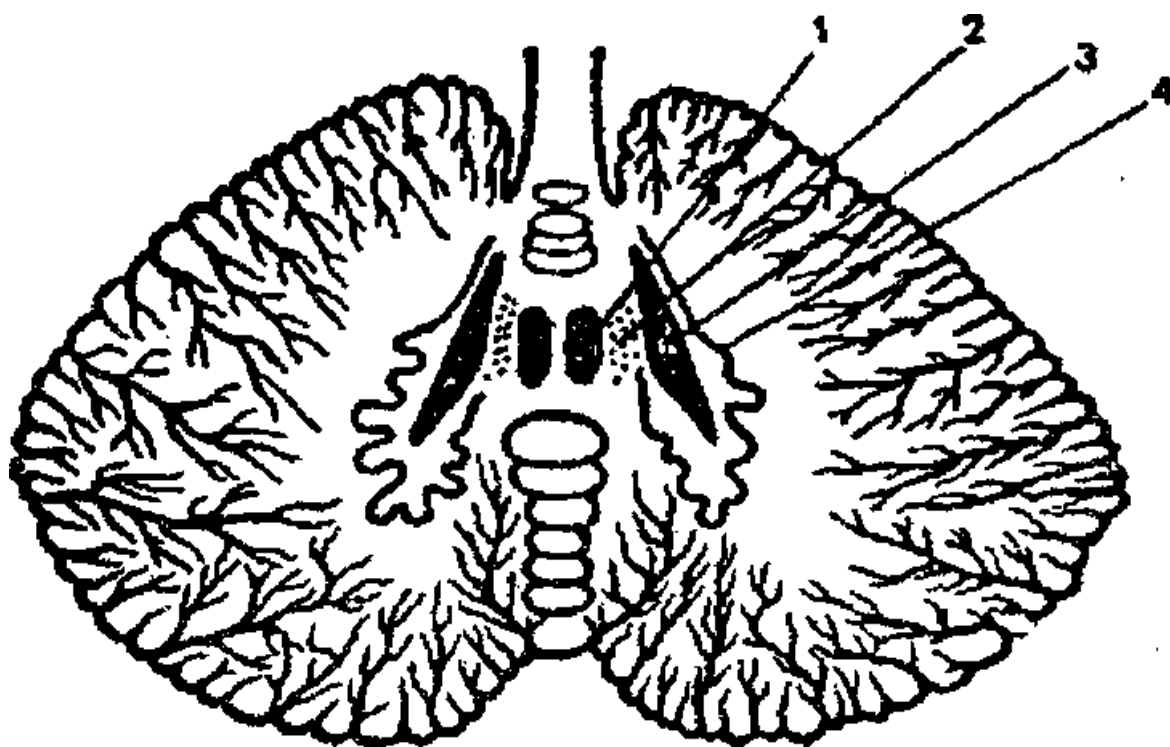
Мия қоринчалари - уларга ён ва III, IV қоринчалар киради. Четки қоринчалар ярим шарлар чуқурлигида жойлашган, уни тубида қон томирлар тутамлари жойлашган бўлиб уларда орқа ва бош мия суюқлиги ишлаб чиқарилади. Қоринчалараро тешик орқали четки қоринчалар III қоринча билан боғланади. III қоринча кўрув думбоқлари жойлашган. Водопровод орқали IV қоринча билан боғланади. Уни тубида ромбсимон чуқурча жойлашган, унда бош мия нервларининг ядроси жойлашган. Қоринчалар системасидаги патологияларда ликвор айланиши, бош оғриғи гидроцефал синдром ривожланади.

Мияча- Cerebellum. Мувозанат ва ҳаракатни координация қиладиган орган. Мияча мия қутисининг орқа чуқурчасида, бош мия энса бўлагининг остида ва кўприк билан узунчоқ мия орқа томонида жойлашган бўлиб, ромбсимон миянинг томини ҳосил қилади. Мияча тананинг тинчликда ва ҳаракатдаги муовзанатини бошқарувчи марказий орган. Мияча тана мускулларининг тонусини бошқаради. Мияча анатомик 2 та ярим шардан ва уларни бирлаштирувчи чувалчангдан тузилган. Чувалчанг ва мияча ярим шарлари чуқур кўндаланг ёриқлар билан фрагментацияланади. Мияча оқ ва

кулранг моддадан ташкил топган. Кулранг модда миячанинг пўстлоғини ҳосил қилади.

Миячанинг ташқи томони кулранг модда билан қопланган бўлиб, унинг миячанинг пўстлоғи дейилади. Пўстлоқ тагида оқ модда ётади. Мияча оқ модда оралиғида эса унинг марказий ядролари ётади:

1. Тишли ядро (n.dentatus)
2. Ёпилгич ядро (n. fastigii)
3. Пробкасимон ядро (n.embiliformis)
4. Шарсимон ядро (n.globozi)



Расм 5. Миячанинг тузилиши ва унинг ядролари:

1—шатра ядроси; 2 — шарсимон ядро; 3 — понасимон ядро; 4 — тишли ядро:

Мияча пўстлоғининг қалинлиги 1ммдан 2.5ммгача бўлиб, асосан 3 қаватдан иборат бўлади.

Мияча мия устуни билан уч жуфт оёқчалар билан боғланган.

- 1.Pedunculi cerebellaris superior.
- 2.Pedunculi cerebellaris media
- 3.Pedunculi cerebellaris inferior.

Бу оёқчалар нерв толаларидан иборат бўлиб, бу толалар миячага импульс олиб келади ва олиб кетади.

Пастки ва ўрта мияча оёқчалари асосан афферент толаларидан иборат бўлиб, марказга интилувчи системани ташкил қилса, мияча юқори оёқчалари эса эфферент толалардан ёки марказдан келувчи характерга эга.

Мияча пастки оёқчалари миячани узунчоқ мия билан боғлайди.

Миячанинг ўрта оёқлари - мия пўстлоғининг пешона бўлагидан бошланиб, кўприк орқали ўтиб мияча пўстлоғида тугайди. Ушбу йўл -мия пўстлоғининг энса, чакка бўлагидан бошланиб, кўприкдан ўтиб мияча пўстлоғида тугайди. Миячанинг юқори оёқчалари - миячани қизил ядро билан боғлайди.

Шундай қилиб, мияча ҳаракат давомида қўзғалувчи барча рецепторлардан афферент импульс олади. Ҳаракат системасининг ҳолатини ҳисобга олиб, мияча қизил ядро ва мия устунининг тўр формациясини таъсирлайди. Бу таъсирлаш умумлашиб орқа мия олдинги шохларига импульс беради ва буларнинг барчаси мускул тонусини ташкил қилади.

Булардан ташқари мияча қўз олмасини ҳаракатлантирувчи нерв ядролари билан ҳам боғланади.

Мияча аниқ соматотопик хусусиятга эга, яъни унинг чувалчанги тана мускулларини идора қилса, унинг ярим шарлари эса қўл-оёқнинг дистал қисмидаги мускулларни таъсирлайди. Шу сабабли мияча атаксияси икки турга бўлинади.

1. Статик - локомотор атаксия. Асосан тик туриш ва юриш бузилади. Бемор оёқларини кенг ташлаб туради, чайқалади. Юриш жараёнида тана ён томонга кетиб қолади ва маст кишининг юришини эслатади. Чайқалиш мияча жароҳатланган томонда бўлади. Бундай юришни атактик юриш дейилади.

1.Статик атаксия

1.Тик туриш, оёқларни кенг тутиш

2.Юриш- маст киши юриши

3.Ромберг белгиси

4.Дорбоз белгиси

II. Динамик атаксия. Асосан ҳаракат бажарилишида кузатилади.

1.Бармоқ-бурун белгиси

2.Товон-тизза белгиси

3.Адиадохокинез

4.Дисметрия

5.Нутқнинг бузилиши, ҳар бўғимда урғу беради, скандирлашган.

6.Интенцион титраш

7.Ёзувнинг бузилиши, нотекис

8.Горизонтал нистагм

9.Мускул тонусининг ўзгариши (гипотония) зарарланган томонда

Э К С Т Р А П И Р А М И Д А Т И З И М И

Бунга пўстлоқ ости тугунлари ва уларнинг йўллари киради.

1.Лентикуляр ядро - nucleus.lenticularis

2.Луис субталамик танаси

3.Қора модда- substantia. nigra

4.Қизил ядро – nucleus. ruber

5.Думли ядро - nucleus. caudatus

6.Вестибуляр ядро, пастки олива- узунчоқ мияда

7.Тўрсимон формация-f. Reticulari

Гистологик тузилиши, функциясининг ўхшашлиги учун пўстлоқ, putamen ва n. Caudatus стриар системасини ташкил қилади.

Иккинчи қисми паллидар система -оқ шар globus pallidum, қизил ядро- n..ruber,subs.Nigra. Иккаласи стриопаллидар система дейилади.Экстрапирамида система, мияча, кўрув дўнглиги, гипоталамик соха, мия пўстлоғи, тўрсимон формация, орқа мия олдинги шох хужайралари билан боғланган.

Шундай қилиб, экстрапирамида система миостатик - мускулларнинг ҳаракат қилишга тайёрлайди, ҳаракатнинг аниқ равонлигини, тананинг аниқ бир ҳолатини бошқаради ва кўрув дўнглиги ва гипоталамик соха билан жуда

яқин боғланган.

Паллидар системанинг патологияси.

Пўстлоқ ости тугунларида допамин синтез қилинади, патологик ҳолатда допамин миқдори камаяди ва синтези бузилади.

Паллидар системасининг зарарланиши гипертоник - гипокинетик ёки амиостатик синдромни, яъни Паркинсонизм касаллиги келиб чиқади. Бунда тана мускулларининг пластик тонусининг ошиши келиб чиқади. Бемор танаси ярим букчайган, оёқ-қўллари тирсак ва тизза бўғимларида букилган ҳолатда бўлади. Харакат камаяди ва секинлашади (брадикинезия, олигокинезия). Юриш ритмида қўл иштирок этмайди, майда қадамлар билан юришади. Бирдан юриб кетиш қийин бўлади - кейин чопиб кетиши мумкин. Мимика йўқолади, эмоция секинлик билан бошланиб секинлик билан тугайди.

1. Тонус пластик ҳолатда ошади “ тишли гилдирак “ белгиси.
2. Нутқ секин бир хил паст овозда, сўзлашиш охирида нутқ йўқолади.
3. Титраш - танга санаш.
4. Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия (олдинга, орқа, ён томонга).

Оғирлик маркази ўзгариши орқа мускул қисқаришини чақирмайди

Стриар системасини патологияси

I. Гипотоник гиперкинетик синдром

1. гипотония -мускул тонусининг пасайиши
2. гиперкинез - автоматик, ихтиёрсиз, мақсадсиз тўсатдан пайдо бўладиган ортикча ҳаракатларга айтилади (хорея,атетоз, торсион дистония)

А. Хореик гиперкинезлар - тез, ноаниқ, тананинг турли қисмларидаги мускулларни ўзига қамраб олувчи ҳаракатлар. Бунда қўл бармоқларини тўхтовсиз букилиб - ёзилиб туради. Бемор тўсатдан оёғини узатиб яна тезлик билан йиғиб олади. Ёки танаси тўсатдан бир томонга букилиб яна тезлик билан ёзилади .Мимик мускулларининг гиперкинези туфайли пешонасини ихтиёрсиз равишда тириштиради, оғзини қийшайтиради, қошини чимиради. Тўсатдан юриб кетади. Уларнинг ҳаракатлари ўйин тушаётган кишини эслатади. Уйқуда йўқолади. Бу ҳол ревматик хореяда учрайди.

Б.Атетоз - қўл панжаси ва бармоқлардан ёзувчи ва букувчи мускулларнинг тонуси ошиб кетади. Харакат импульслари ёзувчи ва букувчи мускулларга бирданига келиши натижасида бармоқларда чувалчангсимон ҳаракат пайдо бўлади.

В.Торсион дистония-стриар система зарарланишидан келиб чиқади. Бу касаллик тонуснинг мускулларга нотўғри тақсимланишидан келиб чиқади. Беморлар ҳаракат қила бошлаганларида тананинг табиий вазияти ўзгаради. Тананинг ёзилтирувчи мускулларининг тортиб кетиши натижасида беморнинг бўйни орқа ёки ён томонга қийшайиб, танаси орқа томонга эгилади.

Г.Миоклония- тез ва қисқа вақт ичида алоҳида ёки мускул группаларининг клоник қисқариши. Хаяжонланганда ҳаракат кўпайиб, ухлаганда йўқолади

Тегишириш учун саволлар:

- Мияча зарарланганда қандай белгилар кузатилади?
- Мияча атаксияси бошқа атаксиялардан (сенситив, вестибуляр ва пешона атаксияларидан) қандай фарқланади?
- Бош миянинг қайси қисмлари экстрапирамида системага киради?
- Стриар системанинг патологияси қандай белгилар билан намоён бўлади?
- Паллидар системанинг зарарланиши қандай белгилар билан намоён бўлади?

Бош ва орқа мия пардалар.

Бош ва орқа мия пардалар - бош ва орқа мияда 3 та қаттиқ, тўрсимон ва юмшоқ пардалар мавжуд. Пардалар мияни ҳар-хил таъсирлардан сақлайди. Қаттиқ мия пардаси ўсимталари ва цистерналари механик таъсирлардан сақлайди. Тўрсимон ва юмшоқ мия пардалари суюқлик айланишини мия тўқимасини озиқланишини таъминлайди.

Қаттиқ мия пардаси.

Қаттиқ мия пардаси - мияни ташқи пардаси ҳисобланади ва 2 қаватдан иборат. Ташқи қавати калла суягини ички пардасини, ички қавати фиброз

тўқималардан иборат бўлиб миани бевосита қоплайди. Калла суягини ичида бу 2 қават қўшилиб бош мия ўроғи (Falx cerebelli), мияча ўроғи (Falx cerebelli), мияча чодир (tentorium cerebelli), эгар диафрагмаси (duafagma sellae), уларни ўзаро ажралган жойлари синусларни ҳосил қилади. Энг катталари юқори ва пастки сагиттал, кўндаланг ва тўғри синуслардир. Булар орқали веноз қон ички бўйинтуруқ венасига қуйилади.

Тўрсимон парда.

Тўрсимон парда - қаттиқ мия пардаси остида жойлашган ва ундан субдурал бўшлиқ билан ажралган. Бу парда остида субарахноидал бўшлиқ жойлашган, унда орқа мия суюқлиги жойлашади. Шу бўшлиқ ҳар хил жойларида цистерналар ҳосил қилади. Ликвор субарахноидал бўшлиқ тўрсимон ва юмшоқ пардалар орасида циркуляцияланади.

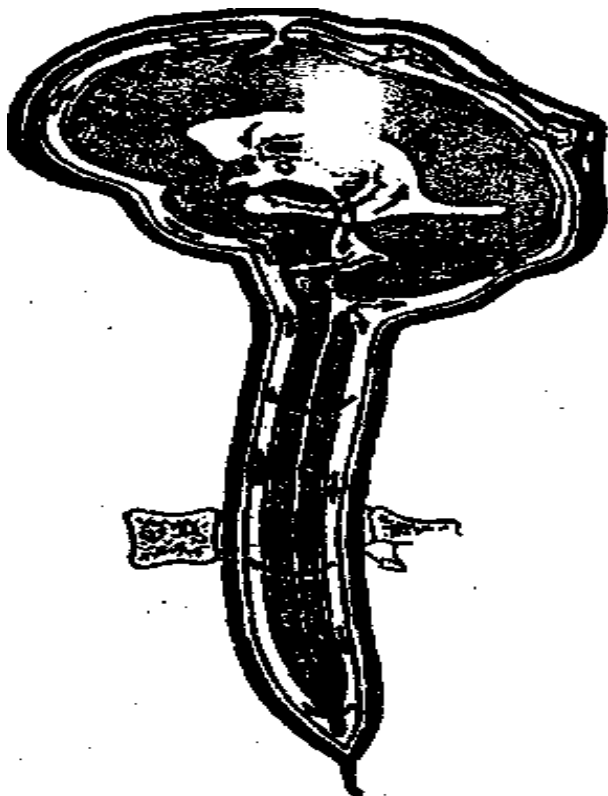
Қаттиқ парда умуртқа поғонасини эпидурал бўшлиқ билан ажралган. Ўрта ва тўрсимон пардалар қаттиқ пардадан субдурал бўшлиқ билан юмшоқ парда эса тўрсимон ости билан (от думи соҳасида) терминал қоринчани ва у орқа мия суюқлиги билан тўлган бўлади.

Орқа мия суюқлиги.

Орқа мия суюқлиги мия қоринчаларидаги томирлардан чиқади. Ён қоринчаларидан ликвор III қоринчага ундан сильвиев йўли бўйича IV қоринчага ва ундан мия ва орқа мия тўрсимон ости бўшлиғига ўтади. Суюқлик узлуксиз суткасига тахминан 600 мл ишлаб чиқарилади ва узлуксиз асосан веноз система орқали ажралади. Ликвор қисман лимфа системаси орқали сўрилади. Ликвор ҳаракати томирлар пульсацияси нафас, бош ва тана ҳаракати ёрдамида амалга оширилади. Орқа мия суюқлиги таркибига киради: сув, хужайралар, лимфоцитлар, оқсил, глюкоза, хлоридлар, электролитлар, микроэлементлар, витаминлар, гормонлар.

Нормада ликвор тиниқ, рангсиз миқдори катта одамда 120-150 мл, цитоз (лимфоцитлар) 7-12 та 1 мкл; глюкоза 0.5-0.8 г/л, оқсил миқдори 0.12-0.33 г/л, босими 200 мл сув.уст. (ёнбош ҳолатда).

Орқа мия суюқлигининг физиологик аҳамияти турли туман. Авваламбор у мияни гидравлик ёстиғи ҳисобланади ва мияни чайқалишидан механик ҳимоя қилади. Шунингдек у моддалар алмашинувида қатнашади, бош мия орқа мияга озиқлантирувчи маҳсулотларни етказди ва улардан алмашинув маҳсулотларини олиб чиқади; электролит балансни сақлайди ва мия ички муҳитини турғунлаштиради.



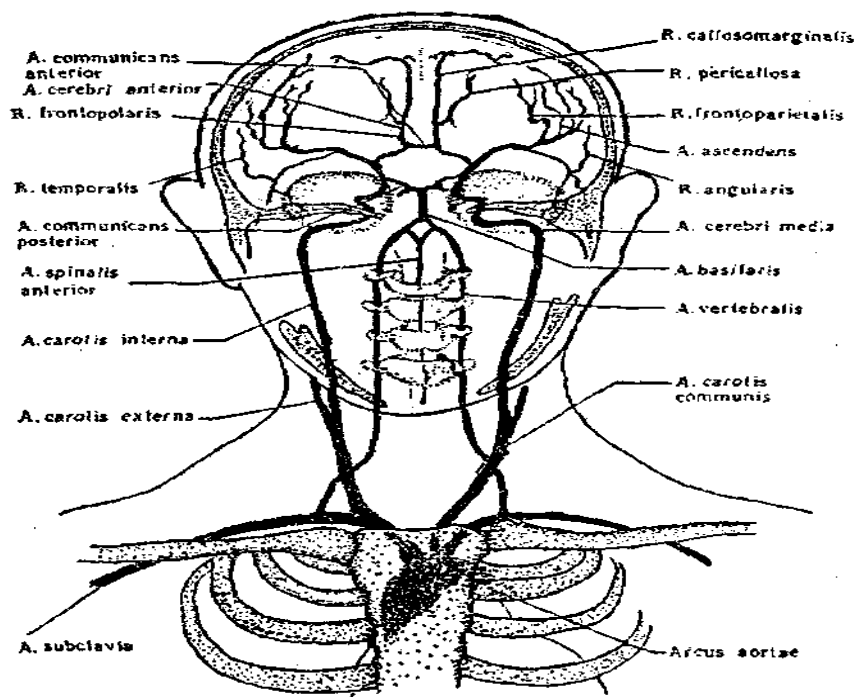
Расм 6. Цереброспинал суюқликнинг циркуляция қилиш схемаси

Гематоэнцефалик тўсиқ.

МНС қон-томирларининг ўзига хос хусусияти шундаки улар астроцитлар билан изолирланган бўлади ва уларни томирлари орқали йирик молекула ўта олмайди, фақатгина газлар ва майда молекулали озиқлантирувчи моддалар киради. Бу чегараланиш гематоэнцефалик тўсиқ номини олган. Шунингдек миядан қонга моддаларни ўтиши чегараланган. Гематоэнцефалик тўсиқни шикастланиши мия фаолиятининг оғир бузилишига олиб келади.

Нерв системасининг қон билан таъминланиши.

Бош мия қонни иккита жуфт магистрал томирлардан: умуртқа ва ички уйқу артериясидан олади. Умуртқа артерияси ўмров ости артериясини тармоғи ҳисобланади. У бош мия чаноғига умуртқаларнинг қўндаланг ўсиғи тешиги орқали йўналади ва катта энса тешиги орқали киради. Мия устунни: соҳасида умуртқа артериялари битта умумий устунга қуйилади. Улар 2 та орқа мия артериясига бўлинади ва ўрта мия, кўприк, миёча катта ярим шарлари энса бўлагини қон билан таъминлайди. Бундан ташқари ундан иккита орқа мия артерияси (олдинги ва орқа) ажралади. Санаб ўтилган артериялар вертебро-базилляр хавзани ҳосил қилади. Каротид бассейни ички уйқу артериясининг тармоқларидан ҳосил бўлади. Ички уйқу артерияси умумий уйқу артериясининг тармоғи ҳисобланади. У калла бўшлиғига ички уйқу тешиклари орқали киради ва бир нечта: кўз артерияси, орқали қўшувчи ва олдинги сўғичсимон артерияси тармоқларини беради.



Расм 7. Бош миёяни қон билан таъминланиш схемаси

Ички уйқу артерияси олдинги ва ўрта мия артерияларига бўлинади. Олдинги мия артерияси пешона бўлагининг олдинги бўлимини ва ярим шарлар ички юзасини, ўрта мия артерияси пешона пўстлоқ қисмининг кўп қисмини тепа ва энса бўлагини пўстлоқ ости бўлақларини ва ички капсулани катта қисмини қон

билан таъминлайди. Олдинги ўрта ва орқа мия артерияси мияга радиал кирувчи артериялар устунини бошлаб беради.

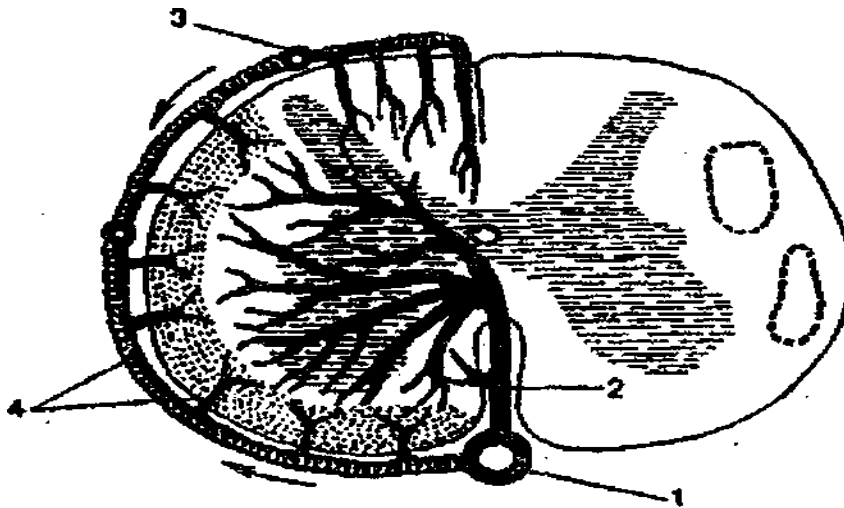
Иккала олдинги мия артериялари, олдинги қўшувчи артериялар ҳам бирикади. Орқа қўшувчи артериялар орқа ва ўрта мия артерияларини қўшади. Шундай қилиб мия ярим шарлари ички юзасида турли хил тизим томирлар ўзаро бирикиши натижасидан катта мия артериал халқаси ёки Виллизев халқаси ҳосил бўлади. У мия магистрал томирларининг бирида қон оқиши бузилишида коллатерал қон айланиш юзага келишида катта роль ўйнайди. Ички уйқу ёки умуртқа артерияларининг бир томонлама беркилиши карама-қарши томондаги Виллизев халқаси томоирлар тизими ёрдамида компенсацияланади. Пўстлоқнинг кулранг моддаси оқ моддага нисбатан кўпроқ қон билан таъминланади. Бош мия ортериялари охирги артериялар ҳисобланмайди чунки артериолалар ва венулалар ўзаро анастомоз ҳосил қилади. Мия қаттиқ пардаси ташқи уйқу артерияси тармоқлари орқали қон билан таъминланади.

Веноз қон оқими томирлар чигали ва миянинг чуқур қисмларидан катта мия венаси (Гален венаси) орқали амалга ошади ва тўғри веноз синусга қўшилади. Бошқа синусларга мия юзаки веналари қўйилади. Қаттиқ мия пардаси синусидан қон ички бўйинтуруқ венаси орқали ва кейинчалик юқори ковак венага қўйилади.

Орқа мияни қон билан таъминланиши.

Орқа мияни қон билан таъминланиши олдинги ва орқа орқа мия артериялари ҳисобига амалга ошади. Олдиниг орқа мия артериялари узунчоқ мия асосида умуртқа артериялари чиқиб орқа мия чегарасида битта тоқ орқа мия ортериясига қўшилади ва у орқа мия бўйлаб пастга йўналади. Орқа мия артериялари умуртқа артерияларининг олдингига нисбатан пастроқдан чиқади ва орқа миянинг орқа юзаси бўйлаб пастга йўналади.

Орқа мияни артериялари қон билан таъминланиши (кўндаланг кесим).



Расм 8. Орқа мияда артериал қон айланиш схемаси (кўндаланг кесими):

1 — орқа миянинг олдинги артерияси; 2 — эгатсимон артерия; 3 — орқа миянинг орқа артерияси; 4- циркумферент артерия.

Олдинги ва орқа мия артерияларига аортадан сегментар тармоқлар умуртқа артериялари тизимининг тугун артериялари қўшилади.

Орқа миянинг артериал қон билан таъминлашида 3 та бассейн фарқланади:

- 1) юқори (сигментлар $C_1 - T_3$), умуртқа артерияларидан қон олади
- 2) ўрта ($T_4 - T_8$ сигментлар), аортанинг илдиз артериялари қон билан таъминлайди
- 3) пастки ($T_9 - S_5$ сигментлар) 1 та илдиз ортерияси Адамкевич артерияси орқали қон билан таъминлайди. У пастки қовурғалари ёки бел аретрияси тармоғи ҳисобланади.

Веноз қон орқа миядан бир хил номланадиган артериялар билан паралелл кетувчи веналар орқали олади ва умуртқа канали веноз чигалига қуйилади.

Текшириш учун саволлар ва топшириқлар.

Нерв тизимини структура бирлиги нима?

Нерв тизимини қандай вазифаларини биласиз?

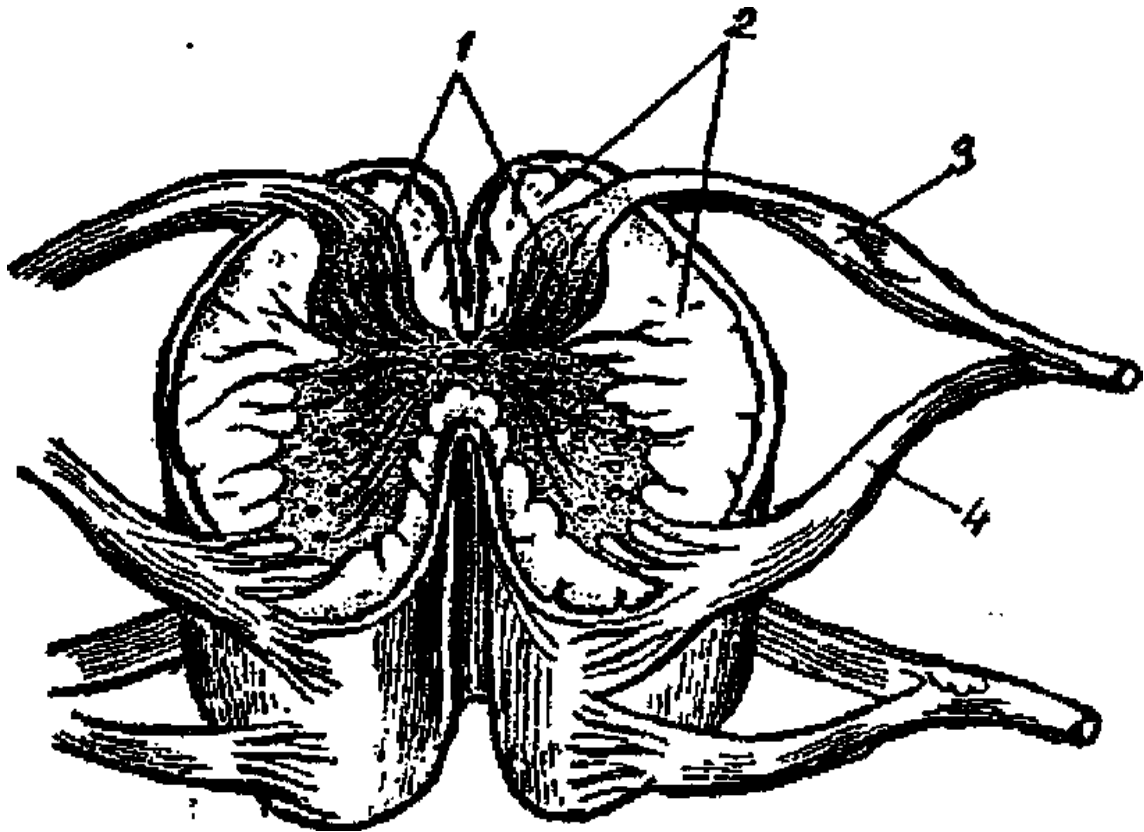
Орқа мия тузилиши?

Катта ярим шарлар бўлаклари ва бош мияни қон билан таъминловчи бассейнларни санаб ўтинг.

Гематоэнцефалик тўсиқнинг аҳамияти нимада?

Орқа мия

Орқа миянинг кулранг моддаси нерв хужайраларининг йиғиндисидан иборат ва горизонтал кесмада худди учиб кетаётган капалак ёки "Н" расми эслатади. Кулранг модда марказида тор марказий канал мавжуд. Бу канал кўндаланг кесмани 2 га, яъни олдинги кулранг битишма ва орқа кулранг битишмага ажратади.



Расм 9. Орқа мия кўндаланг кесими:

1 — кулранг модда; 2 — оқ модда; 3 — орқа илдизча; 4 — олдинги илдизча

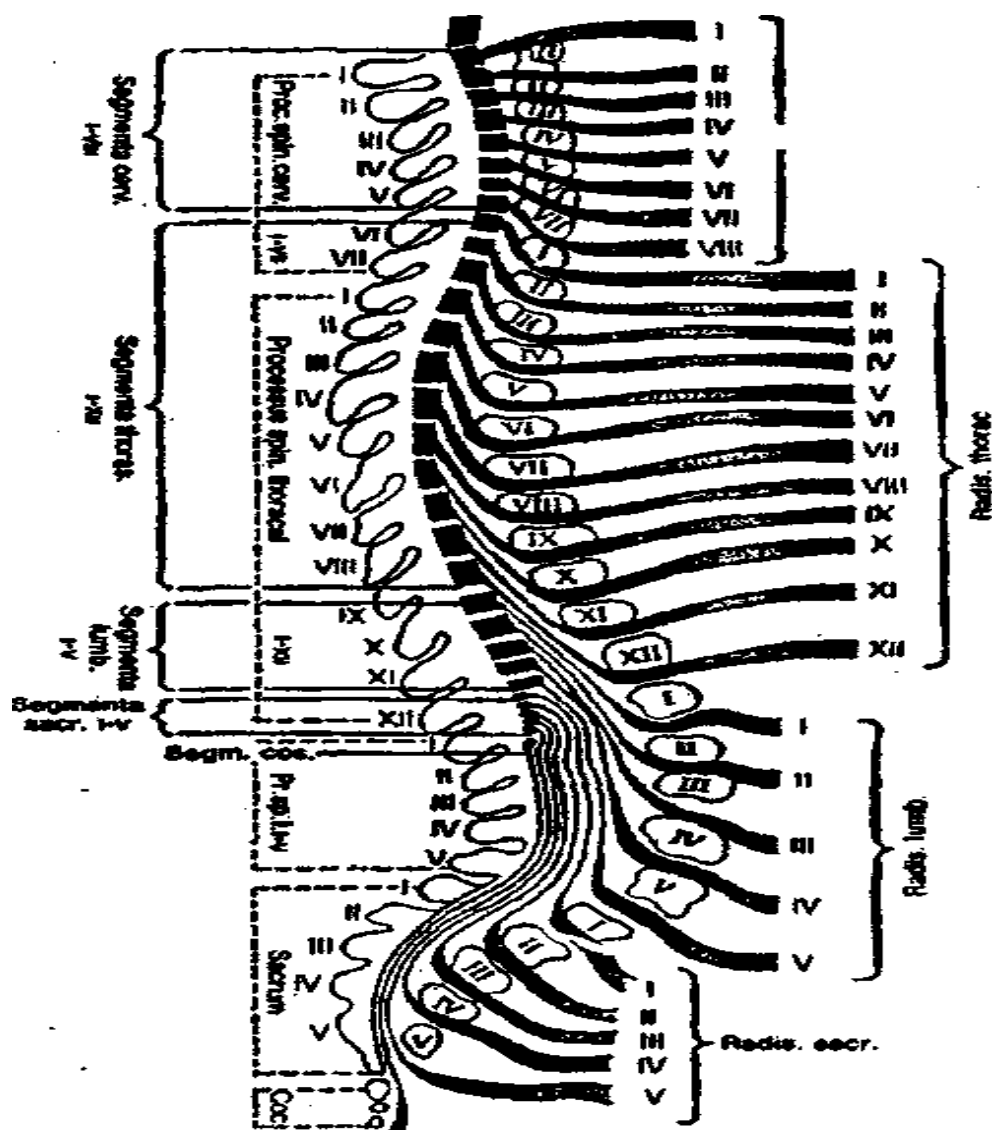
Орқа миянинг кулранг моддасидан тузилган олдинги шохлар, ён шохлар, орқа шохлар тафовут қилинади. Бу ерда ҳаракатлантирувчи пирамида йўлининг 2-нейрон хужайралари жойлашган. Орқа мия олдинги шохларининг шикастланиши периферик фалажлик ривожланишига олиб келади ва мушаклар атонияси, арефлексияси ва атрофиясига олиб келади. Ён шохларда вегетатив трофик функцияга жавоб берувчи хужайралар жойлашган. Ён шохлар асосан орқа миянинг кўкрак қисмида яхши ривожланган. Д₁-Д₂ оралиғида цилиоспинал

симпатик марказ жойлашган, шу соҳанинг шикастланиши Клод-Бернар-Горнер ярим птоз-миоз-энофтальм синдромини юзага келтиради. Шундай қилиб ён шохларнинг шикастланиши вегетатив трофик бузилишларга: оғриқсиз панариций, соч ва тирноқларнинг тўкилишига олиб келади. Орқа миyanинг орқа шохларида юқори оғриқ сезгисининг ўтказувчи йўллариининг 2 нейронлари жойлашган.

Уларнинг шикастланиши сезгининг сегментар бузилишларига олиб келади, чуқур сезги сақланиб қолган бўлади.

Орқа миyanинг оқ моддаси ўтказувчи йўллардан ташкил топган бўлиб, олдинги, ён, орқа устунларга бўлинади. Олдинги устундан кесишмаган пирамида йули, экстрапирамида йўллари ўтади. Ён устундан юқorigа кўтарилувчи ва пастга тушувчи йўллар ўтади. Орқа устундан юқorigа кўтарилувчи йўллар ўтади.

Орқа миyanинг алоҳида сегментлари орасида зич боғланишлар бўлиб, улар махсус ассоциатив хужайра ва толалар томонидан амалга оширилади. Бу аппаратга орқа миyanинг хусусий аппарати дейилади.



Расм 10. Орқа мия сегментлари билан умуртқа танаси ўртасидаги топографик нисбат.

Орқа миянинг ҳар бир сегменти ўз томонининг маълум бир қисмини иннервация қилади: тери-дерматома, мушак-миотома, ички орган - спланхлотома. Бундай кесма метомер деб айтилади.

1.2. Рефлектор сфера ва ҳаракат сфераси. Ҳаракат йўллари тузилиши.

Марказий, периферик фалажликлар.

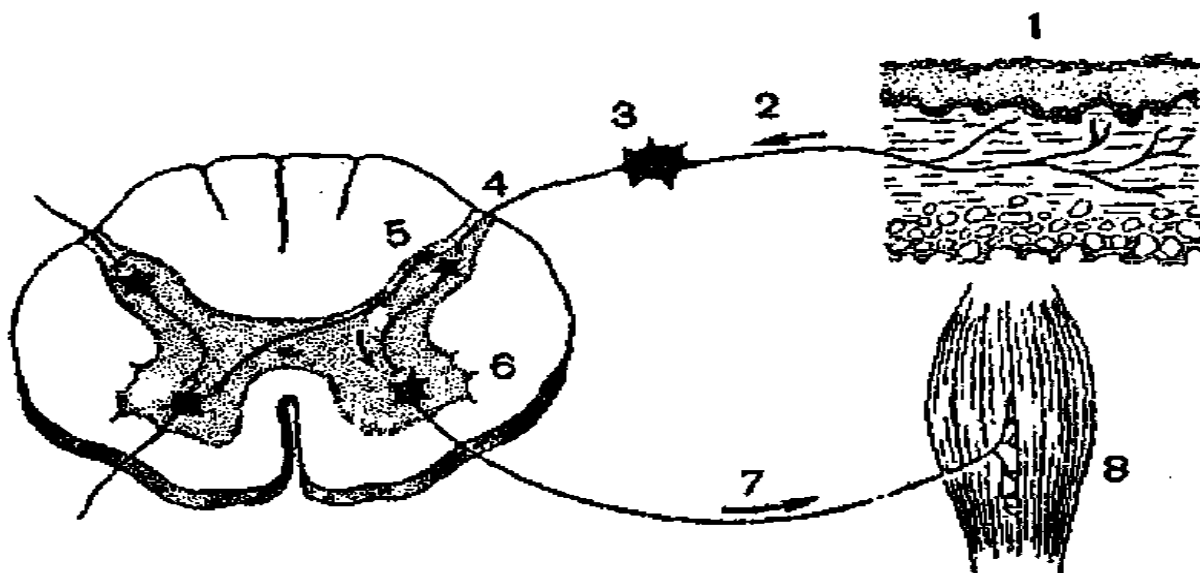
Ҳаракат сфераси шикастланиши синдромлари.

Топографик нуқтаи назардан нерв системаси марказий ва периферик бўлимларга бўлинади. Марказий бўлимга - бош ва орқа мия, периферик бўлимга-мия ўзаклари, ганглиялар, чигаллар, нерв ва уларнинг тугал қисмлари

киради.

Рефлекс - таъсиротга нисбатан жавоб реакцияси бўлиб, нерв системаси томонидан амалга оширилади. Рефлекслар оддий рефлекторман ёки томонидан амалга ошади. Рефлектор ёйида 3 та қисм фарқ қилинади:

1. рецептор, марказга интилувчи, афферент
2. марказий, эфферент
3. оралик нейрон



Расм 11. Рефлектор ёйининг тузилиши:

1 —рецептор тузилмаси; 2 — сезги нерв толаси;3 — умуртқалараро ганлиялардаги сезги нейрон танаси; 4 — орқа миядаги сезги нейрон; 5 — оралик нейрон; 6 — орқа мия ҳаракат нейрони; 7 — ҳаракат нерв толаси;8 — нерв- мушак синапси

Рефлекслар бўлинади:

1. Шартсиз - туғма доимий, наслий йўл билан ўтади, уларнинг ёйлари туғилиш моментига тўғри келиб бутун ҳаёт давомида сақланиб қолади. Лекин улар касаллик натижасида ўзгариши мумкин.

2. Шартли рефлекслар - индивидуал ривожланиш жараёнида янги кўникмалар сифатида юзага келади, шартсиз рефлекслар базасида ривожланади. Таъсирловчини таъсири жойига қараб қуйидаги рефлекслар фарқланади:

1. Пай рефлекслари
2. Периостал рефлекс
3. Тери рефлекслари:

- қорин реффлекси
 - оёқ-кафт реффлекси
 - кремастер реффлекси
4. шиллик парда реффлекслари:
- қонъюктивал
 - корнеал
 - ютқун.

Реффлексларни текшириш методикаси. Реффлекслар патологияси.

Реффлексларни кийимдан холи қўл ва оёқларда текширилади. Мушаклар бўшашган ҳолда бўлиши керак.

Пай реффлекси ошган, сустр ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Хатто битта реффлексларнинг ошиши патология борлигидан далолат беради.

Агар бир томондаги рефлекс иккинчи томондагига қараганда юқори бўлса - бунга анизорефлексия дейилади.

Тери реффлекслари пасайиши ёки йўқолиши шу реффлексларнинг сегментар аппарати шикастланиши, ёки пирамидал йўли бутунлигининг бузилиши натижасида юзага келади. Шиллик қават реффлекслари: корнеал реффлексларнинг пасайиши ёки йўқолиши уч шохлик юз нерви шикастланганда ёки мия устунисидаги патологик ўзгаришларда юзага келади.

Асосий физиологик реффлексларни чақирилиш усуллари ва уларнинг реффлектор ёйларини тузилиши.

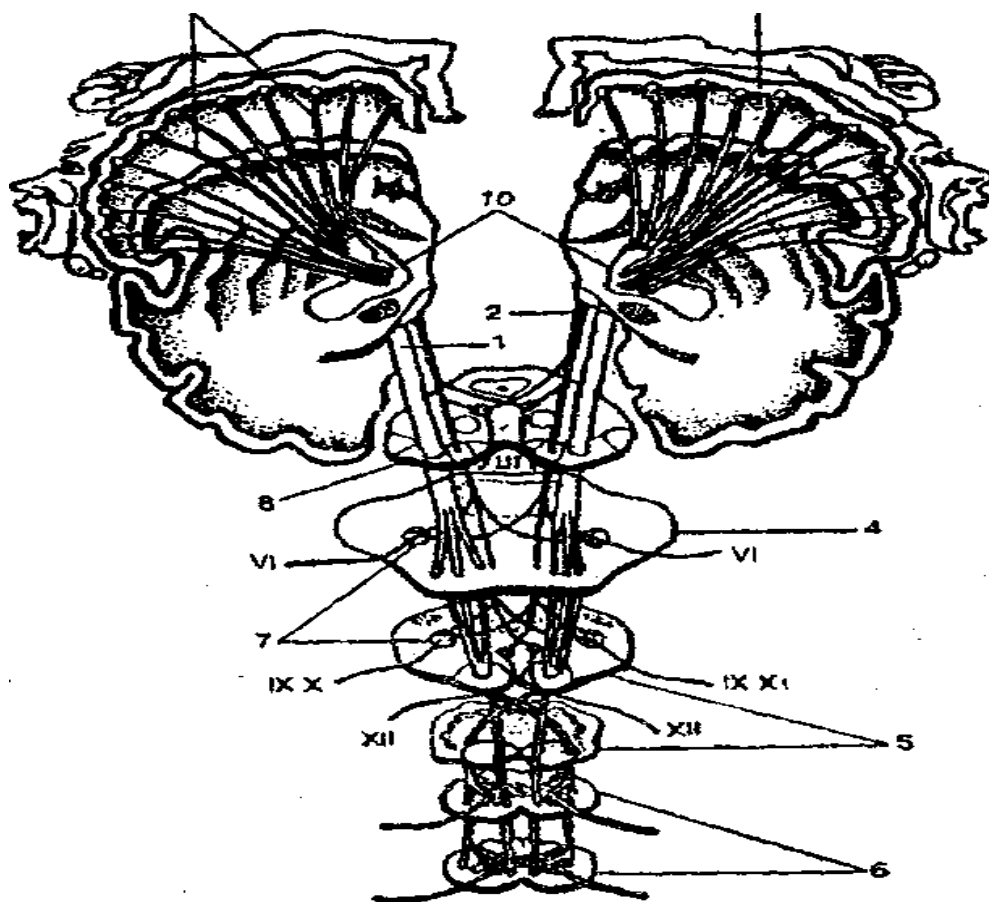
Патологик реффлекслар: патологик реффлекслар деб - соғлом одамларда физиологик шароитларда мавжуд бўлмаган, пирамида йўллариининг шикастланишида аниқланадиган реффлексларга айтилади. Патологик реффлекслар - букувчи ва ёзувчи типда бўлади. Ёзувчи типдаги реффлексларга - Бабинский, Оппенгейм, Шеффер, Гордон реффлекслари, букувчиларга - Россолимо, Бехтерев-Мендел, Жуковский реффлеклари киради.

Харакатлантирувчи сфера.

Таъсирловчига жавоб эфферент ҳаракатлантирувчи йўллар томонидан амалга оширилади. Агар бу жавоб шартсиз рефлекс характерида бўлса, унда уларни орқа миянинг, мия устунининг, миячанинг, пўстлоқ ости экстрапирамидал системанинг бошловчи йўллари амалга оширади. Бундай ҳаракатларга ихтиёрсиз ҳаракатлар дейилади.

Агар жавоб шартли рефлекс характерида бўлса ва пўстлоқ импульслари натижасида юзага келса, унда жавоб бош мия пўстлоғидан бошланувчи йўллар томонидан амалга оширилади. Бу ҳаракатлар ихтиёрий ҳаракатлар дейилади.

Ҳаракатлантирувчи пирамидал йўл ёки ихтиёрий ҳаракат йўли иккала ярим шарларнинг олдинги марказий эгрилигидан бошланади. Биринчи нейроннинг узун ўсимтаси - аксон, бош миянинг оқ моддасининг, ички капсуланинг орқа тиззачасининг мия устунидан ўтиб, кесишма ҳосил қилади. Кейин йўл орқа миянинг ён устуниларидан ўтиб, унинг олдинги шохида тугалланади. Бу ерда 2-чи периферик нейрон жойлашган. Унинг аксонлари оёқ ва қўллардаги мушакларга йўналади ва уларни иннервация қилади. Шундай қилиб, оёқ ва қўл мушаклари қарама-қарши ярим шардан илдизчалар, периферик нервлар орқали иннервацияланади.



Расм 12. Ихтиёрий ҳаракат ёки кортикоспинал (пирамида) ва кортиконуклеар йўллар: 1 — кортикоспинал йўл, 2— кортиконуклеар йўл; 3 — олдинги марказий пушта; 4 — кўприк; 5 — узунчоқ мия; 6 — орқа мия; 7 — мия устундаги ҳаракат ядролар; 8— мия оёқчаси; 9— нурли тож; 10— ички капсула. Рим рақамида ҳаракат краниал нервларнинг ядролари кўрсатилган.

Текшириш методлари.

1. Мускул атрофиясини аниқлаш учун мускуллар умумий кўриги, псевдогипертрофия, фибриляр ва фасцикуляр тортишувлар.
2. Актив ҳаракатлар ҳажми.
3. Пассив ҳаракатлар - ҳаракат ҳажми, аниқланган қонтрактура.
4. Мускуллар кучини аниқлаш.
5. Мускуллар тонусини аниқлаш.
6. Гиперкинезни аниқлаш - тремор, хорей, атетоз ва бошқалар.
7. Касални юриш ҳолатига эътибор бериш - спастик, гемипаретик ва паретик.

Ҳаракат бўзилишлари семиотикаси.

Пирамида йулининг жароҳатланиши импульс утмаслиги оқибатида

мускуллар ҳаракатда катнаша олмайди - бу фалажлик бўлади.

Плегия - мускулларда импульс келмаслиги оқибатида улар ҳаракатда катнаша олмайди. Ҳаракатни бутунлай йуқолмаслиги парез дейилади.

Фалажлик (парез) тарқалганлигига қараб турлари:

1. моноплегия (монопарез) - битта қўл ёки оёқ ҳаракатининг бузилиши.
2. Параплегия (парапарез) - иккита қўл ёки иккита оёқ ҳаракатининг бузилиши.
3. Триплегия (трипарез) - иккита қўл ва битта оёқнинг ҳаракати бузилиши.
4. Тетраплегия (тетрапарез) - иккита қўл ва оёқларнинг ҳаракати бузилиши.
5. Гемиплегия (гемипарез) - танани ярим қисмини ҳаракатининг бузилиши.

Марказий (спастик) фалажлик марказий ҳаракат нейронининг ҳоҳлаган соҳасининг жароҳати натижасида кузатилади. Фалажликка хос характерли белгилардан асосийлари бу- тонуснинг ошиши, пай ва периостал рефлексларнинг ошиши ва патологик рефлексларнинг пайдо бўлишидир. Тизза қопқоғи ва товонда патологик рефлекслар ривожланади, тери рефлекслари йўқолади ёки сусаяди, патологик рефлекслар пайдо бўлади (Бабинский, Оппенгейм, Россолимо).

Периферик фалажлик (атрофик фалажлик) периферик ҳаракат нейронларининг жароҳатланиши натижасида келиб чиқади. Бу фалажлик учун мускуллар тонуси сусайиши (гипотония) йўқолиши (атония) характерли, пай ва периостал рефлекслар сусайиши ёки йўқолиши (аррефлексия), сусайиши, мускулларда дегенератив ўзгаришлар - атрофия, фибриляр, ва фасцикуляр тортилишлар характерли. Бош мия пўстлоғи ҳаракат зонасининг чандикланиш жараёнлари, мия пардаларининг яллиғланишларида, ўсмаларда ва бошқа жароҳатланишларда тананинг қарама - қарши томонларида мускуллар тортишиш белгилари номоён бўлади. Жексон эпилепсияси кузатилади. Бош мия ҳаракатлари зонасининг ўсмалари натижасида ўнг томон зарарланса чап томон фалажланади, бунда мускуллар тонуси спастик типда ошади.

Орқа мия фалажлиги: Орқа мия зарарланишида марказий ва периферик фалажлик учраши кузатилиши мумкин.

Периферик фалажлик - орқа мия олдинги шохини жароҳатланишидан

келиб чиқади. Марказий фалажлик орқа мия пирамида йўлларининг жароҳатланиши натижасида келиб чиқади.

I.3. Сизги сфераси. Сизги йўлларининг тузилиши. Текшириш усуллари.

Сизги бузилиши семиотикаси

Ҳамма ички ва ташқи муҳитдан келадиган таъсиротлар сизги анализаторлари орқали қабул қилинади. Анализатор — ташқи таъсиротни қабул қилиб, анализ қилади.

Нерв системаси анализаторлар комплексидан ташкил топган:

1. рецепторлар
2. ўтказувчи йўллар
3. бош мия пўстлоқ қисми хужайралари.

Рецепторлар классификацияси.

1. Тери рецепторлари — экстрарецепторлар
2. Ички органлар — интрарецепторлар.
3. Мускул бўғимлардаги рецепторлар — проприорецепторлар

Тери анализаторлари — ташқи таъсиротларни қабул қилади.

1. оғриқ, тактил, ҳарорат — сезгиларни қабул қилади. Чуқур сезги турлари: 1

Мушак-бўғим сезгиси 2 турда бўлади:

- а) пассив ҳаракатлар сезгиси;
- б) тананинг фазодаги ҳолати;

2. Вибрация сезгиси.

3. Босим ва Оғирлик сезгиси.

Мураккаб сезгилар қуйидагилардан тузилган.

- а) терига чизилган шаклларни аниқлаш;
- б) дискриминация;
- в) стереогноз;
- г) кинестетик;

Сезувчи афферент йўлларнинг асосий хусусиятлари:

1. Уч нейронли йўл.

2.Кесишган йўл.

3.Биринчи нейроннинг хужайраси МНС дан ташқарида, умуртқалараро ганглияларда жойлашади, иккинчисиники орқа миянинг орқа шохларида (юзаки сезувчанлик). Учинчи нейроннинг хужайралари кўрув дўмбоғида жойлашган. Сезув анализаторининг пўстлоқ маркази иккала ярим шарларнинг орқа марказий пуштасида жойлашган.

Сезги бузилишлари семиотикаси.

Неврологиядаги "умумий сезувчанлик "тушунчаси ҳарорат, тактил ва мушак ва пайлардаги сезувчанликни ўз ичига олади. Уни оғриқ, ҳарорат, тактил сезгилари тегишли экстроцептив (юзаки) ва мушак-бўғим сезгилари, тебраниш хисси, шунингдек ички органларни сезиш кабиларни қамраб оладиган интероцептив (чуқур) турлари фарқланади. Умумий сезувчанликнинг бузилиш симптомлари микдорий (обектив) ва сифат (субъектив) турларга бўлинади.

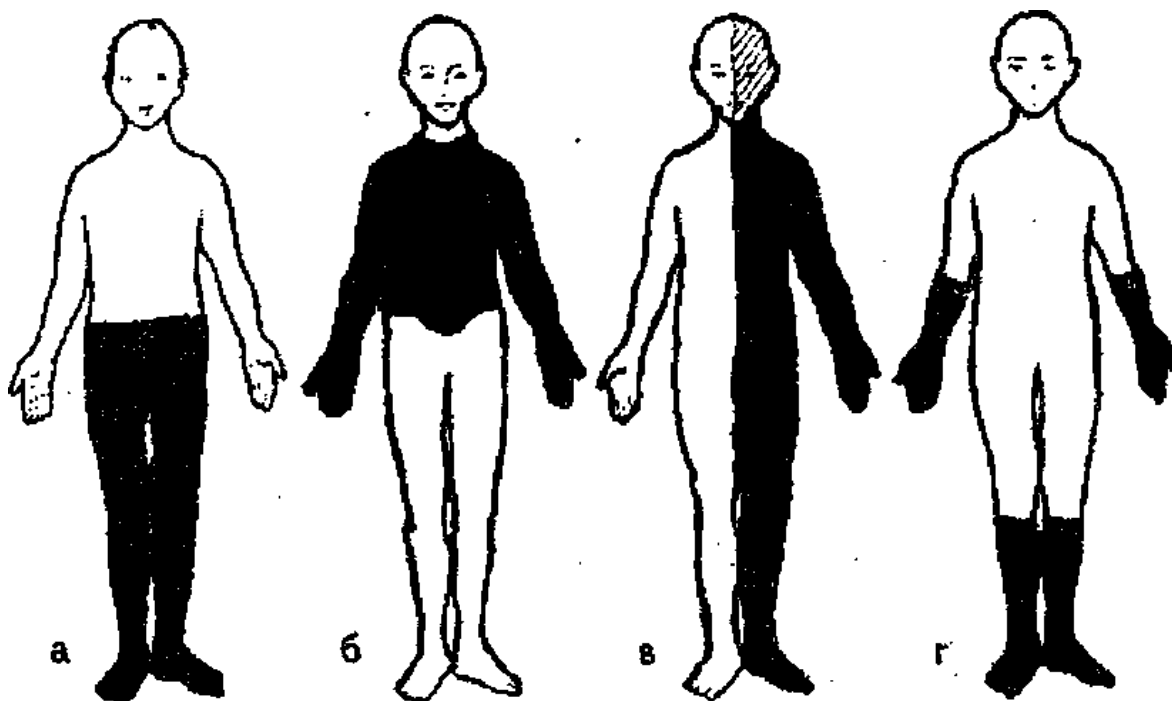
Сезги бузилишларига қуйидагилар киради:

- *Анестезия-бир ёки бир неча турдаги сезувчанликнинг бутунлай йўқлиги (аналгезия - оғриқ);*
- *Гипертензия-сезувчанликнинг ортиши;*
- *Гипестезия-сезувчанликни пасайиши;*
- *Сезувчанликнинг диссоциацияси-маълум майдонда фақат бир турдаги сезувчанликнинг бузилиши;*
- *Сезувчанликнинг сифат бузилишларига қуйидагилар киради:*
- *Парестезия-увишиш, қичишиш, совуқ қотиш, чумоли юриши, хиққичоқ тутиши кўринишидаги ёлғон хиссиётлар;*
- *Дизестезия-таъсуротларни тескари қабул қилиш (совуқни иссиқлик, сийпалашни оғриқ тарзида);*
- *Гиперпатия-таъсир қилинган сезувчанликнинг узоқ вақт яширин суратда пасайиши, сўнгра бирдан узоқ муддатли оғриқ хиссиёти;*

Оғриқ-кўп учровчи хилма хил кўринишдаги сезги симптоми. Оғриқ сезувчанлик системасининг ҳар қандай майдонини таъсирланганида юзага келади. Лекин периферик нервлар, орқа мия орқа шохлари, бош мия сезги

нервларининг пўстлоқлари орқа ва бош мия қобиғи ва кўрув дўмбоғи шикастланганда оғриқ кучли бўлади.

Оғриқ маҳаллий (шикастланиш жойига боғлиқ), проекцион (шикастланиш жойидан пастрокда, нервнинг перифериясида юзага келади), иррадиацион (шикастланган нерв иннервация қилувчи жойларга тарқалади), каузалгик (периферик нерв шикастлангандаги азобловчи, ғижимловчи оғриқ).



Расм 13. Сезги бузилишининг кўринишлари:

а — ўтказувчи тип; б — сегментар тип; в — гами кўриниши; г — периферик тип.

Сезувчи ўтказувчи йўлларнинг шикастланиш даражасига караб сезги бузилишларининг бир неча типи фарқланади.

- *Периферик тип* - сезувчанлик бузилган майдонларда мазкур периферик нервлар иннервация қилувчи майдонларга тўғри келади (полиневритда-қўлқоп, пайпоқ).
- *Сегментар тип* - сезги бузилишининг яхлит "куртка", "ярим куртка" кўринишида орқа миянинг орқа шоҳлари ва орқа пўстлоқ қисми шикастланиши билан боғлиқ бузилиши.

- *Ўтказувчан тип* - сезувчанликнинг бузилиши жароҳатланган жойдан пастда юзага келади (шим кўринишида).

Сезув йўллариининг шикастланиши бир қатор синдромларни юзага келтиради. Мононевритик синдром - периферик типга тегишли барча сезувчанликнинг бузилиши оғриқ, парестезиялар кўринишида ва бир вақтда суст фалажликлар (парезлар) ва вегетатив бузилишларнинг юзага келиши билан характерланади. Илдизча (радикуляр) синдроми- тана ва қўл оёқларни бўйламасига яхлит ўраб олувчи оғриқлар ва парестезияларнинг пайдо бўлиши, барча сезувчанликнинг сегментар типда бузилиши ва рефлексларнинг сусайиши билан характерланади.. Орқа мия тугунининг шикастланиш синдроми - орқа мия шикастланиш симптомлари ва ўраб олувчи лишай - сероз суюқликли пуфакчалар билан намоён бўлади. Орқа мия орқа шохлари шикастланиш симптоми- бунда сезувчанликнинг диссоциациялашган бузилиши- тактил ва чуқур сезгилар сақланган ҳолда оғриқ ва ҳарорат сезувчанлигини сегментар типда йўқолиши билан характерланади. Гемиянестезия бош миёда сезги йўллариининг бир томонлама шикастланиши. Умумий сезувчанликнинг барча кўринишларининг қарама-қарши томонда бузилиши билан характерланади. Пўстлоқнинг тепа қисми шикастланганда сезувчанликнинг мураккаб кўринишдаги бузилишлари - астереогнозия, локализация сезгисининг бузилиши ва тери -кинестетик сезгирликнинг бузилиши юзага келади.

Талаба билиши керак:

- 1.Юзаки ва чуқур сезгиларни текшириш
- 2.Патологик рефлексларни текшириш
- 3.Турли касалликлардаги симптомлар мажмуасини ўрганиш
- 4.Пирамидал йўл анатомияси ва физиологиясини
5. Экстрапирамида системаси анатомияси ва физиологияси
- 6.Экстрапирамида системасининг шикастланиш симптомларини аниқлаш
- 7.Мушак тонусини текшириш
- 8.Акинетик - ригидлик синдромини аниқлаш
- 9.Гипотоник- гиперкинетик синдромни аниқлаш

Талаба қила олиши керак;

1. Ҳаракатни текшириш усуллари.
2. Атаксияни текшириш усуллари.
3. Марказий ва периферик фалажликларни аниқлаш ва дифференциациялаш усуллари.

Назорат саволлари:

1. Рефлекс нима?
2. Ўнг қўлни бошқарувчи пирамида системаси хужайралари қаерда жойлашган?
3. Марказий нейроннинг шикастланиш белгилари?
4. Марказий гемиплигияда қорин рефлекслари чақириладими?
5. Жексон эпилепсияси қандай намоён бўлади?
6. Экстрапирамидал иннервацияда миyaning қайси қисмлари иштирок этади?
7. Қандай гиперкинезларни биласиз?
8. Экстрапирамида система шикастлангандаги мушаклар гипертонуси марказий фалажликдаги мушак тонусидан қандай фарқланади?

1.4. Бош мия нервлари. Бош мия нервлари тузилиши, вазифалари.

Шикастланиш синдромлари.

Бош миядан 12 жуфт нерв ажралади. Барча бош мия нервлари мия асосида жойлашган. Улар 12та жуфт ҳисобланади:

- I жуфт - n.olfactorius - ҳидлов нерв;
- II жуфт - n.opticus - кўрув нерв;
- III жуфт - n.oculomotorius - кўзни ҳаракатлантирувчи нерв;
- IV жуфт - n.trochlearis - ғалтак нерв;
- V жуфт - n.trigeminus - уч шохли нерв;
- VI жуфт - n.abducens - узоқлаштирувчи нерв;
- VII жуфт - n.facialis - юз нерв;
- VIII жуфт - n.vestibulocochlearis – эшитувчи-чиғаноқ ва вестибуляр нервлари;

IX жуфт - n.glossopharyngeus - тил-ҳалқум нерви;

X жуфт - n.vagus - сайёр нерв;

XI жуфт - n.accessorius - қўшимча нерв;

XII жуфт - n.hypoglossus - тил ости нерви.

Улардан I, II, VIII жуфтлари сезувчи; III, IV, VI, VII, XI, XII жуфтлари ҳаракатлантирувчи; V, IX, X жуфтлари аралаш ҳисобланади. Уларнинг кўпчилиги асосан III, VII, IX, X жуфтларида вегетатив толалар мавжуд. Сезувчи нервлар анализаторларнинг периферик қисмларини ташкил қилади: ҳидлов (I), кўрув (II), эшитув (VIII) ва таъм билиш (VII, IX).

I жуфт ҳидлов нерви - N. Olfactorius

Ҳидлов нерви.

I жуфт ҳидлов нервлари махсус сезувчанликка эга бўлган нервлар бўлиб, кимёвий таъсиротларни қабул қилади ва юқори дифференциациялашган эпителиал хужайралардан таркиб топган. Улар юқори бурун чиғоноғининг шиллиқ пардасида ва бурун тўсиғида жойлашади.

Ҳидлов нервлари бошқа сезувчан бош мия нервларидан фарқли ўлароқ, сезувчан ядролар ёки ганглиядан эмас, балки бурун шиллиқ қаватида жойлашган махсус хужайралардан бошланади.

Ҳидлов хужайраларининг аксонлари ҳидлов ипчаларини ҳосил қилади (filia olfactoria), бу ипчалар калла суяги бўшлиғига ғалвирсимон суякда жойлашган lamina cribroza орқали тушади ва ҳидлов пиёзчасида тугалланади. Ҳидлов пиёзчалари (bulbus olfactorii) олдинги калла суяги чуқурчасидаги мия асосида жойлашади.

Bulbus olfactorius-да иккинчи нейронларнинг хужайралари жойлашган бўлиб, уларнинг аксонлари ҳидлов йўли (тракти)ни (tractus olfactorius) ҳосил қилади. Ҳидлов тракти, ҳидлов учбурчаги (trigonum olfactorium)ни ҳосил қилади. Бу учбурчак олдинги тешилган модда substantia perforata anterior ёнида жойлашган.

Trigonum olfactorium ҳидлов йўлининг учинчи нейрони саналган нейронлардан иборат, бу нейронларнинг толалари учта тутам: медиал, оралиқ, ён тутамларга бўлинади. Trigonum olfactorii, substantia perforata anterior, septum pellucidum

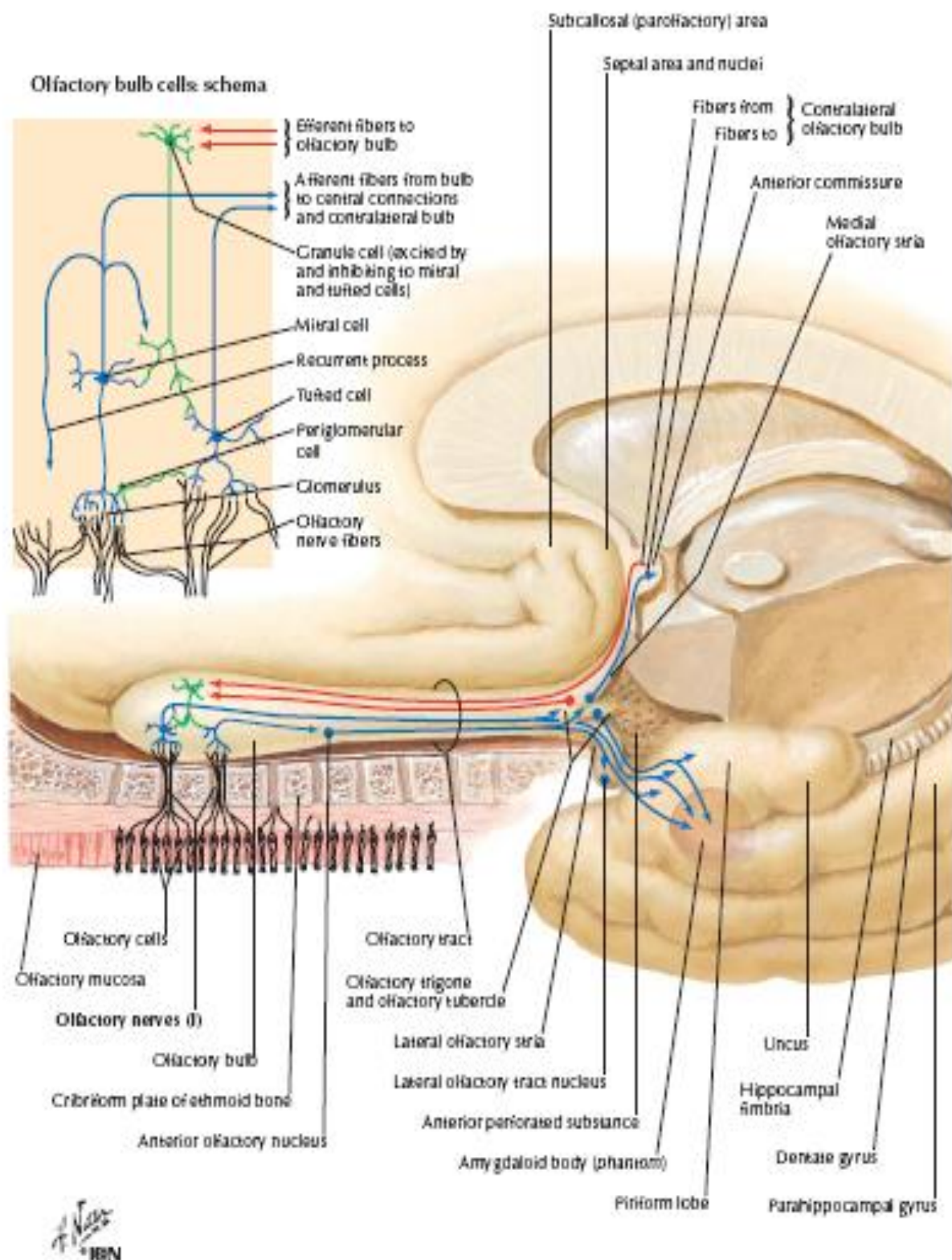


Рис. №14 Хидлов нервнинг анатомик тузилиш.

бирламчи ҳидлов марказлари ҳисобланади. Учинчи нейроннинг толалари чакка бўлагининг *gustus hyppocampi* (асосан унинг илмоғида) тугайди. Бу ерда ҳид билиш таҳлил қилинади.

Пўстлоғда жойлашган ҳидлов марказлари фақатгина ҳид билишни таҳлил қилишда эмас, балки лимбик система таркибига ҳам киради, бу тизим организмда мураккаб вегетатив функцияларни бошқаришда ҳам иштирок этади.

ҲИД БИЛИШНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА ЗАРАРЛАНИШ СИМПТОМЛАРИ

Беморда ҳид билишни текшириш учун ҳиди унча ўткир бўлмаган моддалар: ментол, валериана дамламаси, камфора мойи ишлатилади. Ўткир хушбўй моддалар қўлланилмайди, чунки улар нафақат ҳидлов нервини, балки уч шохли нерв рецепторларини ҳам қитиқлайди.

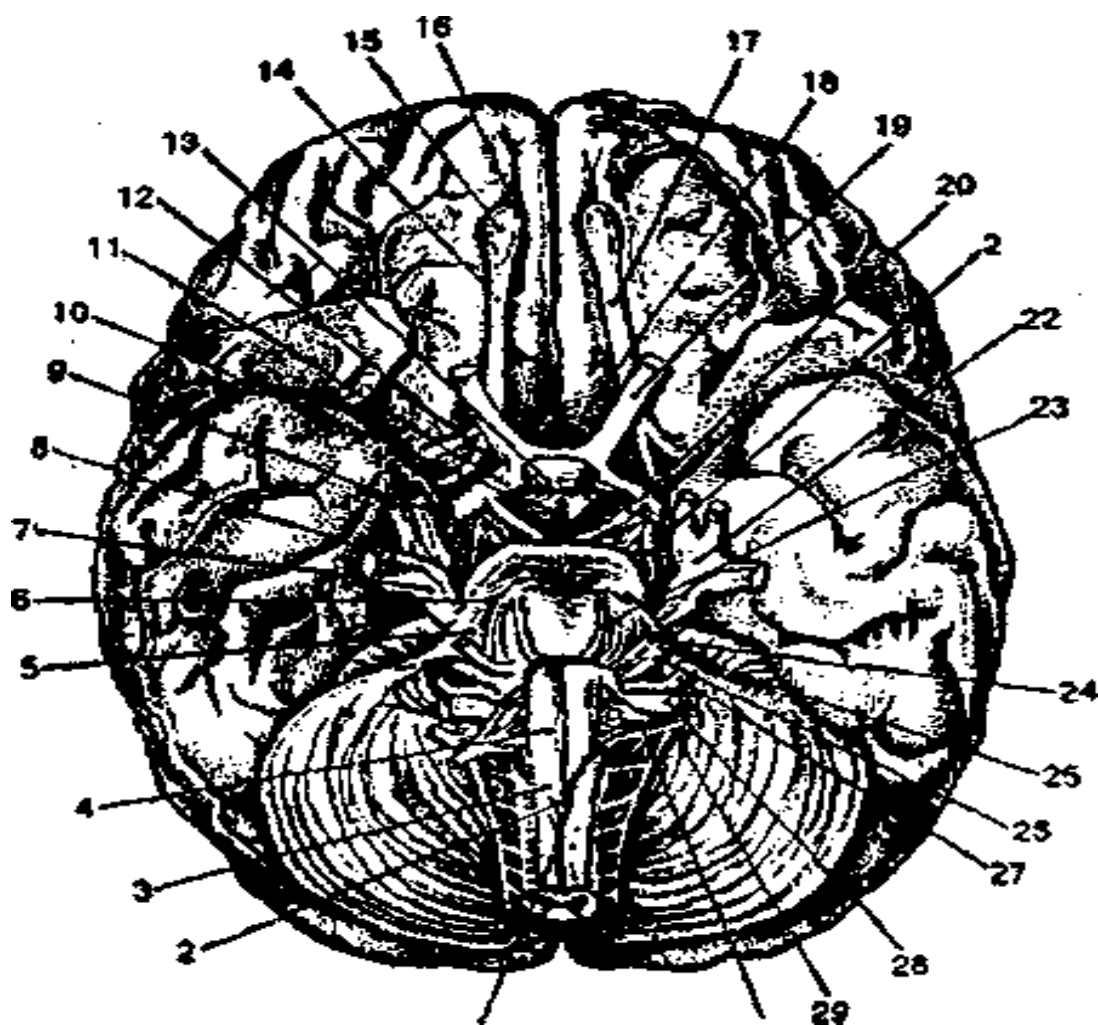
Қўлланилувчи хушбўй моддалар ҳид билишни тадқиқ этиш учун беморга олдиндан таниш бўлиши зарур, акс ҳолда бу моддаларни бир-биридан ажратиб бўлмайди.

Ҳид билишни буруннинг ҳар томонидан алоҳида – алоҳида текшириш лозим, яхшиси, турли хил хушбўй моддалар билан текширган маъқул.

Ҳидлов йўли зарарланганда қуйидаги симптомлар ривожланади: ҳид билишнинг пасайиши (*гипосмия*), ёки умуман бўлмаслиги (*аносмия*), ҳидга сезувчанлик ошиши (*гиперосмия*), ҳид билишни бузилиши (*дизосмия*) ва ҳид сезиш галлюцинациялари кузатилади.

Зарарланиш симптомлари - гипосмия ёки аносмия бурун шиллиқ қаватини маҳаллий зарарланиши билан кечади (ўткир ва сурункали ринит).

Гиперосмия - истерикада кузатилади, кам ҳолларда хомиладор аёлларда ҳам кузатилади. Ҳид сезиш галлюцинациялари - тезликдаги парестезия эпилепсия билан оғриган беморларда бошланғич фаза (аура) билан бўлиши мумкин.



Расм 15. Мия асоси, бош мия нервлари:

1 — орқа мия; 2 — пирамида кесиммаси; 3 — узинчоқ мия; 4 — пирамида; 5 — мияча ўрта оёқчаси; 6 — кўприк; 7 — сезги илдизчаси; 8 — уч шохли нервнинг ҳаракат илдизчаси; 9 — мия оёқчаси; 10 — сўргичсимон тана, 11 — кўрув тракти; 12 — ҳидлов учбурчаги; 13 — гипофиз; 14 — ҳидлов тракти; 15 — ҳидлов пиёзчаси; 16 — ҳидлов эгати; 17 — ҳидлов нерви; 18 — хиазма; 19 — кўрув нерви; 20 — кўзни ҳаракатлантирувчи нерв; 21 — галтаксимон нерв; 22 — уч шохли нерв; 23 — узоқлаштирувчи нерв; 24 — юз нерви; 25 — оралиқ нерв; 26 — даҳлиз-чиганоқ нерви; 27 — тил-ҳалқум нерви; 28 — адашган нерв; 29 — қўшимча нерв; 30 — тил ости нерв.

II шох кўрув нерв - n.Opticus

Функцияси - кўриш ва қорачиқ реакциясининг кўз тўрсимон пардасига ёруғлик нури тушишидан бошланади.

II жуфт, n.opticus сезувчан нерв бўлиб, унинг рецепторлари тўрсимон пардада жойлашади.

Тўр парда (retina) уч қаватдан тузилган таёқчалар ва колбачалар тўр парданинг биринчи қаватини ташкил қилади. Биполяр хужайралар иккинчи, ганглиоз хужайралар эса тўр парданинг учинчи қаватини ташкил этади.

Кўз тўр пардасининг тузилиши схемаси 1 - таёқчалар ва колбачалар ёруғликни қабул қилувчи хужайралар. 2 - биполяр хужайралар 3 - ганглиоз хужайралар. Ганглиоз хужайраларнинг аксонлари кўрув нервини ҳосил қилиб, унинг бошланғич қисми ана шу нерв сўрғичи ёки диски деб аталади.

Тўр парданинг ганглиоз хужайралари аксонларидан шаклланган кўрув нерви foramen opticum орқали калла суяги бўшлиғига тушиб, пешона бўлаклари асоси бўйлаб жойлашган ҳолда турк эгари томон йўналади. Турк эгарининг олд қисмида кўрув нервлари кесишади, айти пайтда фақат ички толалар кесишади, бу толалар кўрув нервининг медиал қисмини ташкил этади. Кўрув нервининг ташқи толалари кесишмасдан, ўз томонидан йўналади. Кўрув толаларининг кесишган жойгача chiasma opticum бўлган қисми кўрув нерви деб, кесишган жойдан кейинги қисми-кўрув йўли (tractus opticus) деб аталади .

Тўр парданинг ички ярми кўрув майдонинг ташқи қисмидан, ташқи ярми эса ички қисмидан кўрув импульсларини ташқи ярми эса ички қисмидан қабул қилади. Бунга сабаб қуйидагича: кўз гавхари орқали ўтиш нури синади ва кўрув майдонининг чап томонидаги буюмлар тасвири тўр парданинг ўнг ярмида ўз аксини топади ва, аксинча. Кўрув йўллари тизимининг ана шундай хусусияти катта клиник аҳамиятга молик, яъни кўрув майдони ўнг ярмининг ишламаслиги чап кўрув йўлининг зарарланганганидан далолат беради ва, аксинча.

Шундай қилиб, ҳар бир кўрув йўли тўр парданинг ўз томонидаги латерал бўлимларидан ва тўр парданинг қарама-қарши томондаги медиал бўлимларидаги толаларга эга.

Кўрув йўли мия оёқчларини ташқи томондан айланиб ўтиб, пўстлоқ ости кўрув марказларида тугайди. Уларга устки дўнгчалар (colliculus superior), латерал тиззасимон тана (corpus geniculatum laterale), кўрув дўнгининг

ёстикчаси (pulvinar thalami) киради. Пўстлоқ ости кўрув марказларида тўр парданинг ганглиоз хужайралар аксонлари тугалланиб, бу ердан кўрув нервининг тўртинчи нейрони бошланади (асосан латерал тиззасимон тана ва кўрув дўнглигидан).

Латерал тиззасимон таналар ва ёстикчаларнинг нейронлари ички капсуланинг орқа сони ортки қисми орқали ўта туриб, Грациоле тутамини ҳосил қилади. Бу йўллар энса бўлақларининг ички сатхи бўйлаб кўрувнинг пўстлоқ марказига йўналади, бу марказ эса sulcus calcarinus атрофида жойлашган бўлади. Бу ерда кўрув импульслари анализ ва синтез қилинади.

КЎРУВ АНАЛИЗАТОРЛАРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Кўрув функциясини текширишда кўриш ўткирлиги, кўриш майдони ва кўз туби ҳолатига эътибор берилади.

Кўриш ўткирлиги . (Visus) Сивцев жадвали ёрдамида текширилади, бу жадвалда қиймати камайиб борадиган харфлар ёзилган ва 12та қаторда жойлашган. Хар бир кўз алоҳида текширилади. Бемор жадвалдан 5 метр масафада туриши лозим. Ярқираган, бемор кўзига таъсир этадиган буюмларни текширадиган соҳадан олиб ташлаш зарур. Харфлар равшан кўриниши учун жадвалга ёруғлик тушиб туриши лозим.

Бордию, бемор 10 қатор харфларни айта олса, кўриш ўткирлиги (Visus) 1,0 га тенг бўлади. Бу меъёрга ҳолат ҳисобланади. Агар бемор 6 қатор харфларни айта олса, кўриш ўткирлиги 0,6 га, бордию, фақат 1 қатор харфларни кўрса, кўриш ўткирлиги 0,1 га тенг бўлади. Кўришнинг хиралашуви – амблиопия деб, кўрмаслик эса - амовроз деб аталади. Беморнинг касаллик тарихида ёки амбулатор харитасида кўриш ўткирлиги бўйича хулоса, қуйидагича ёзилади:

$$\text{VISUS} = \frac{\text{OD} \quad 1,0}{\text{OS} \quad 1,0} \quad (\text{бу норма демакдир}).$$

Кўриш майдони. Харакат қилмайдиган кўз кўрадиган масофа сохаси кўриш майдони дейилади. Кўриш майдони 4 квадратга ажратиб ўрганилади. Меъёрда (нормада) кўриш майдонинг оқ рангга бўлган ташқи чегаралари 85-90 даражага, ички ва юқори чегараларида эса 55-60, пасткилари 65-70 даражага тенгдир.

Кўриш майдони хар бир кўз учун алохида Периметр прибори билан текширилади. Айни пайтда иккинчи кўз кафт билан ёпиб турилади.

Периметр ярим ой шаклида бўлади, у 0 дан 180 градусгача даражаларга бўлинган. Периметр ўртасида бемор ўз нигоҳини тўхтатиш учун оқ ҳаракатсиз доғ бор.

Бемор стулга қулай қилиб ўтказилади, бошини эса текширилаётган кўз оқ доғ рўпарасида бўлиши учун махсус тағликка қўйиб қўйилади.

Шифокор кичкина кўрсаткич таёқча ёки учи оқ даста ёрдамида уни аста-секин марказдан периметр чеккасига сура бошлайди ва унинг йўқолган пайтини қайд қилади. Кейин шифокор ҳаракатчан нишонни чеккадан марказга қараб суриб, унинг пайдо бўлган пайтини ёзиб боради. Нишоннинг йўқолган ва пайдо бўлган жойи бир-бирига мос тушса, текшириш натижалари қоғозда қайд қилинади.

Кўриш майдонларини текширишнинг бошқа усуллари ҳам бор. Кўриш майдони чегаларини тахминий аниқлаш учун бемордан унинг кўз олдида тортиб қўйиладиган сочиқ ўртасини кўрсатиш илтимос қилинади. Бунда унинг иккала кўзи очик туради. Агар бемор сочиқ ўртасини кўрсатиб берса, демак, бу кўриш майдони бузилмаганини кўрсатади. Сочикнинг узун учи қайси томонда қолса, демак, ўша тарафда гемианопсия бор .

Кўриш майдони ярмисининг йўқолиши гемианопсия деб аталади. Гемианопсиянинг қуйидаги турлари ажратилади: иккала кўзнинг кўриш майдонининг бир хил томонининг йўқолишига гомоним гемианопсия дейилади. Кўрув майдонинг турли ярмининг йўқолишига гетероним гемианопсия дейилади. Битемпорал гемианопсияда кўрув майдонининг ташқи

ярми йўқолади, биназол гемианопсияда ички ярми йўқолади, шунингдек, квадрант гемианопсия ҳам фарқ қилинади, бунда кўриш майдонинг юқори ёки пастки квадрантлари йўқолади.

Кўриш майдони айрим соҳаларининг йўқолиши скотома деб, унинг барча томонлардан торайиши концентрик торайиш деб аталади.

Рангни хис этиш. У Рабкиннинг махсус жадваллари ёрдамида текширилади. Бу жадваллар хилма-хил рангли тасвирлар ва суратлардан иборат.

Соғлом текширилувчи рангларни ажрата билиши зарур. Агар бемор қизил ва яшил рангларни ажрата олмаса дальтонизм деб аталади. Рангларни тамомила ажрата билмаслик ахроматоопсия деб аталади. Одатда бу хасталик кўрув нерви батомом ишдан чиққанда кузатилади.

Кўз туби офтальмоскопия усули билан текширилади. Офтальмоскопия ёрдамида кўрув нервининг турғун (қотиб қолган) сўрғичлари ва атрофияси, кўз туби томирларининг органик зарарланиш даражаси аниқланади ва ҳ.к.

Меъёрма кўрув нерви диски одатда чегаралари аниқ бўлган юмолоқ шаклда бўлади. Диск оч пушти ранг бўлади.

Бош мия пардаларининг турли хил яллиғланиш касалликлари (менингитлар, лептоменингитлар), мия қоринчалари хориоидал чигалларининг хасталиклари (хориоэпендиматитлари) бош миянинг ҳажмли касалликларида (абцесслар, паразитар кисталар) кўрув нерви дискининг шишувига олиб келади бу эса кўрув дискининг димланиши деб аталади. Дисklarнинг димланиши одатда икки томонлама бўлади.

Зарарланиш синдромлари:

Кўрув нерви зарарланиши билан кўрув ўткирлиги пасайиши - амблиопия, кўрлик - амавроз кузатилади. Энга соҳаси зарарланиш ҳисобига кўрув галлюцинациялари кузатилади (шакллар, юз, кино кадрлари, айрим вақтларда микропсия, метаморфопсия).

КЎЗНИ ХАРАКАТЛАНТИРУВЧИ НЕРВЛАР ГУРУХИ

III шох кўз ҳаракатлантирувчи нерв - n.Oculomotorius.

IV шох ғалтаксимон нерв - n. Trochlearis

VI шох узоқлаштирувчи нерв - n.Abducens.

Кўз олмаларининг биргалашиб ҳаракат қилиши кўзни ҳаракатлантирувчи (III жуфт), ғалтак (IV жуфт) ва узоқлаштирувчи (VI жуфт) нервлар томонидан нервланадиган 6 та кўзни ҳаракатлантирувчи мушакларнинг синергик ишлаши туфайли амалга оширилади.

Энди уларнинг анатомио-физиологик тузилишининг ва функцияларини кўриб чиқайлик.

III жуфт - n.oculomotorius (кўзни ҳаракатлантирувчи нерв). Кўзни ҳаракатлантирувчи нерв ядролари юқори дўнгчалар соҳасида Сильвий йўли туби бўйлаб жойлашади.

N.oculomotorius ядролари бир нечта хужайра гуруҳларидан иборат **(расм):**

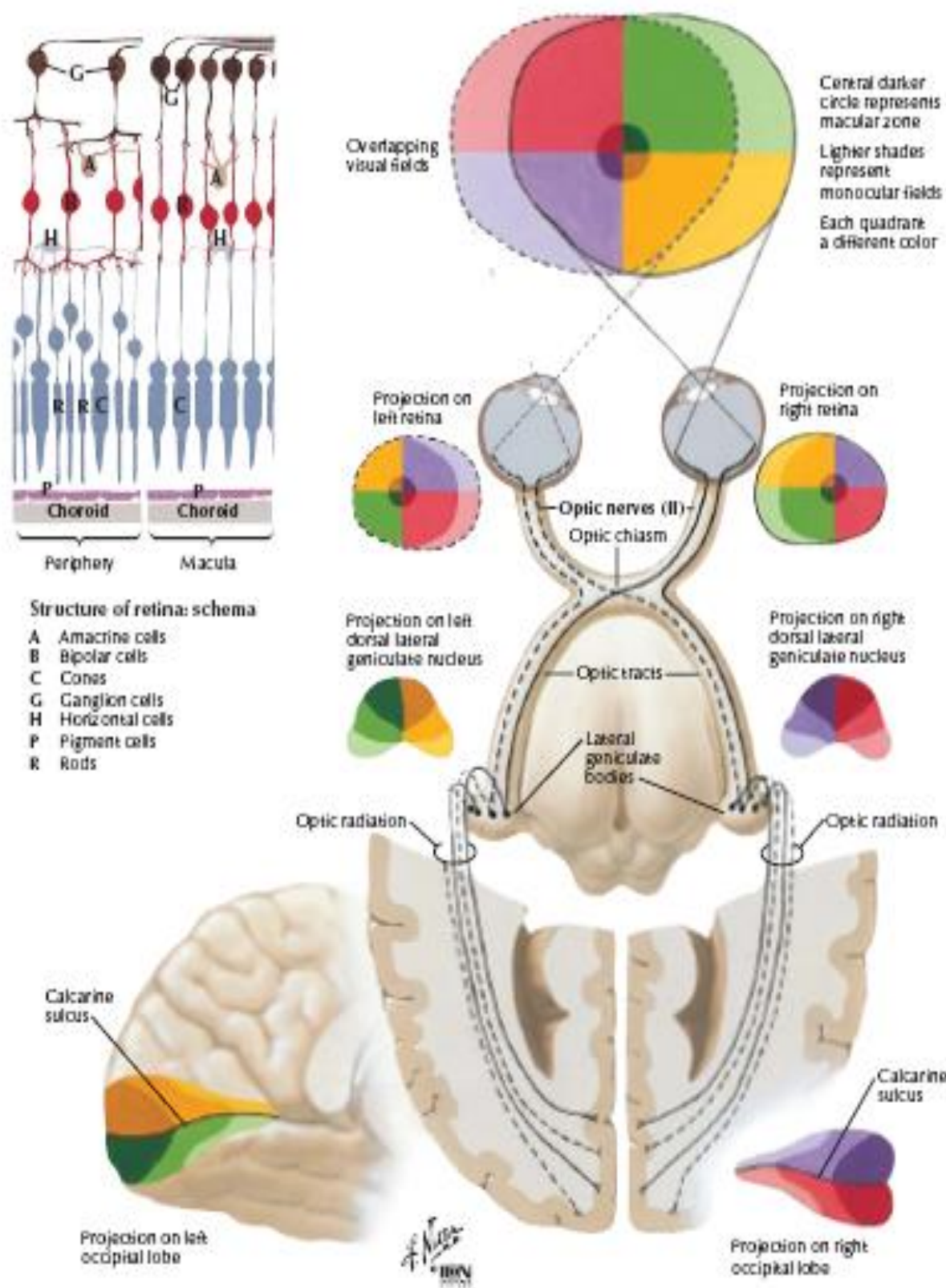
Иккала тарафда жойлашган латерал йирик хужайрали ядролар, Якубович-Эдингер-Вестфальнинг жуфт майда хужайрали парасимпатик ядролари ва жуфт бўлмаган парасимпатик Перлеа ядроси **(расм).**

Латерал (ташқи) йирик хужайрали ядролар 5 та хужайра гуруҳларидан иборат бўлиб қуйидаги мушакларни нервлайди:

1. N.levator palpebrae superior - юқори қовоқни кўтаради;
2. M.rectus superior - кўз олмасини тепага ва бир оз ичкарига буради;
3. M.rectus internus - кўз олмасини ичкарига буради;
4. M.rectus inferior - кўз олмасини пастга ва йўналтиради;
5. M.obliquus inferior - кўз олмасини тепага ва ташқарига буради (расм).

Расм. Кўзни ҳаракатлантирувчи мушакларининг иннервация ва ҳаракат қилиши схемаси.

Якубович-Эдингер-Вестфальнинг жуфт майда хужайралари (парасимпатик) ядроси кўз қорачиғини торайтирувчи мушак (m.sphincter pupillae)ни нервлайди.



Расм 16. Курув нервнинг анатомик тузилиши

Перлеа ядроси m.ciliare (киприк мушаги) ни иннервация қилиб, аккомодицияни таъминлаган ҳолда кўз гавхари шаклини ифода этади.

Латерал йирик хужайра ядролар билан иннервация қилинадиган мушаклар, кўзнинг ташки мушаклари, парасимпатик ядролар билан иннервация қилинадиган мушаклар ички мушаклар хисобланади.

III нерв ядроларининг аксонлари пастга йўналиб, *nucleus ruber* ни кесиб ўтади ва кўприк - *Fossa interpedicularis* билан чегарада мия оёқчасининг медиал томонидан чиқади. *N. Oculomotorius* юқори кўз тирқиши орқали чиқиб орбитага йўналади.

III нервнинг йирик хужайрали ядролари иккита томонлама пўстлоқли иннервацияни олади, шу сабабли кўзни ҳаракатлантирувчи мушакларнинг марказий фалажи фақат кортиконуклеар йўллارнинг икки томонлама зарарланишида кузатилади.

IV ЖУФТ ҒАЛТАК НЕРВ (*N.trochlearis*)

N.trochlearis ядроси Сильвиев сув йўли туби ёнидаги пастки дўнгчалар соҳасида жойлашган. Толалар ғалтак нерв ядросидан тепага йўналади, шунда Сильвиев сув йўлини айланиб ўтиб, олдинги мия елканида кесишади. У тўрт дўнглик орқасидан чиқиб, мия оёқчаларини айланиб ўтади ва калла суяги асоси бўйлаб *fissura orbitalis superior* га ўтиб, орбитага тушади ва фақат битта мушак *m.obliquus superior* ни нервлайди бу мушак кўз олмасини ташқарига ва пастга буради.

Ғалтак нерв ядроси кўзни ҳаракатлантирувчи нервнинг йирик хужайрали ядроларига яқин туради, шу сабаби IV нервнинг алоҳида ядровий зарарланишлари кам учрайди.

N.trochlearis зарарланганда пастга нигоҳ ташланганда, масалан зинадан ташаётганда диплопия кузатилади. Тўғрига ва тепага нигоҳ ташлаганда диплопия кузатилмайди, чунки юқори қия мушак фалажи *m.rectus inferior* ва *m.rectus externus* функциялари билан компенсация қилинади.

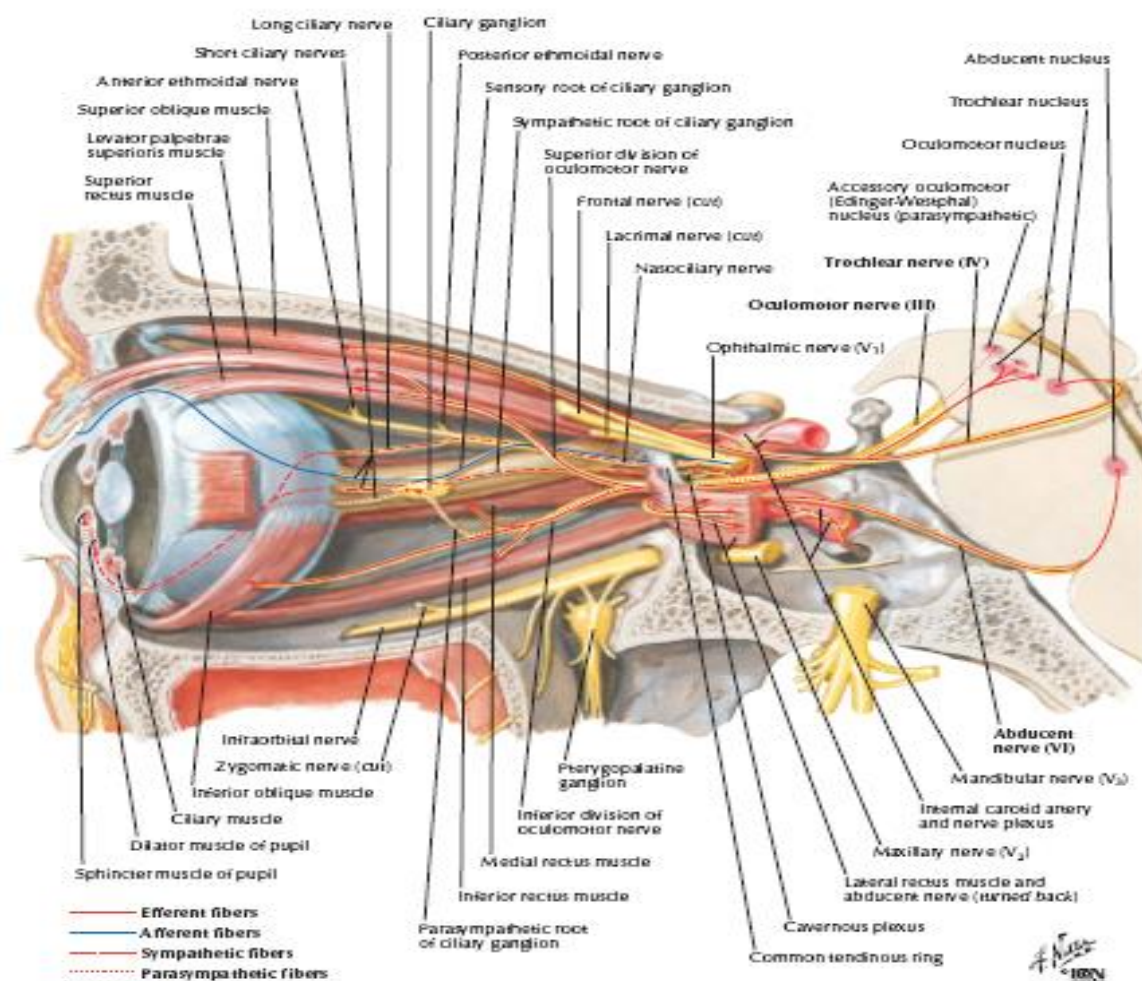
Шунингдек бирмунча кам яқинлатувчи кўз ғилайлиги (*strabismus convergens*) қайд қилинади, у кўз олмасини пастга бурганда кучаяди.

VI ЖУФТ - N.Abducens - УЗОҚЛАНТИРУВЧИ НЕРВ

Узоқлаштирувчи нерв ядроси IV қоринча тубида, Варолий кўпригининг дорсал қисмида ётади. IV нерв ядроларидан аксонлар миёна асоси бўйича йўналиб, кўприк ва узунчоқ миёна чегарасида кўприк миёна бурчаги соҳасида чиқади. **У стресс ига orbitalis superior орқали кўз косасига ўтади** ва биттагина ташқи кўз мушаги - m.rectus externus ни нервлайди. Бу мушак, кўз олмасини ташқарига тортади.

VI нерв зарарланганда кўз олмасининг ташқарига ҳаракат қилиши чегараланади, қўшилувчи ғилайлик (strobismus convergens) ва ташқарига қаралганда диплопия кузатилади.

КЎЗНИ ХАРАКАТЛАНТИРУВЧИ НЕРВЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ



Расм №17 Кўзни ҳаракатлантирувчи мушаклар иннервацияси

Кўзни ҳаракатлантирувчи барча нервлар бир вақтнинг ўзида текширилади, кўз ёриқларининг қанчалик кенг ва бир маромда бўлишига: кўз қорачиқларининг шаклига ва катталигига, уларнинг ёруғликка бўлган реакциясига, конвергенциясига эътибор берилади. Кўз қорачиқларининг бир хил бўлмаслиги анизокория деб номланади. Бундан ташқари, кўз олмаларининг кўз косасида қандай жойлашганига қаралади уларнинг пастга тушиб қолиши энофтальм деб, кўз косасидан чиқиб қолиши экзофтальм . деб аталади.

Кейин кўз қорачиқларининг ёруғликка бевосита ва ҳамкор реакцияси текширилади. Кўз қорачиғининг бевосита реакцияси бир кўзни қўл кафти билан ёпиб туриб текширилади, бу эса кўз қорачиқларининг кенгайишига олиб келади. Сўнгра қўлни дархол олиб қўйиб кўз қорачиғининг ёруғликка бевосита реакцияси кузатилади. Кўзга ёруғлик тушиши кўз қорачиғининг торайишига олиб келади. Кўз қорачиғи фотореакциясини чўнтакда олиб юриладиган ёритгич (фонар) билан текширса бўлади. Кўз қорачиқларининг ҳамкор реакциясини текшириш учун бир кўзни қўл билан ёпилади, бунда бошқа кўз қорачиғи ҳамкорона кенгаяди. Кейин қўл тезда олиб қўйилади. Бунда иккала кўзнинг ҳамкорона торайгани юзага келади. Кўз қорачиқлари, одатда, қоронғида кенгаяди ва узоққа нигоҳ ташлаганда тораяди, бу ҳолат кўзга ёруғлик тушганда ва яқин турган буюмларга нигоҳ ташлаганингизда юз беради.

Кўз қорачиқларининг бир хил бўлиши симпатик ва парасимпатик иннервациянинг бир зайлда ҳаракат қилиши билан таъминланади, бундай бўлмаганда кўз қорачиқлари тораяди ёки кенгаяди.

Кўз қорачиғининг парасимпатик иннервацияси кўз қорачиғи сфинктери учун Якубович-Эдингер-Вестфаль ядролари билан, киприк мушаги учун-Перлеа ядролари орқали амалга оширилади. Ана шу ядролардан бошланадиган толалар III нерв таркибида йўналиб, ganglion ciliare да узилади, ана шу ердан паст ганглионар толалар ва mm.sphincter pupillae et ciliaris бошланади, булар аккомодация вазифасини таъмин этади.

Кўзнинг симпатик иннервацияси орқа мия ён шохларининг ядролари билан C8-Th1 сегментлари орқали таъминланади. Ушбу ядроларнинг аксонлари

чегарадош устунда юқори бўйин тугуни йўналиб бўйиннинг симпатик чигалларини ҳосил қилган ҳолда *m.tarsalis superior*, *mm.orbitalis et dilatator pupillae* га йўналади.

Кўз қорачиғларининг конвергенцияга реакцияси, беморнинг бу рун қаншарига болғачани яқинлаштириб текширилади. Бунда иккала кўз олмаси ичкарига бурилади (конвергенция) ва кўз қорачиқлари бир вақтнинг узида тораяди (аккомодация0)

Кўз қорачиқларини аккомодацияга реакциясини текшириш учун беморнинг бир кўзи қўл билан ёпилади, бошқа кўзи билан узоққа қараши сўралади (кўз қорачиғи кенгаяди), болғача яқинлаштирилганда эса кўз қорачиғи тораяди. Кўз қорачиғининг торайиш ва кенгайиш қобилятига аккомодация деб аталади. Аккомодация фалажи Перлеа ядрози зарарланганда содир бўлади. Кўз қорачиқларининг ёруғликка бевосита ва ҳамкор реакциясининг бўлмаслиги конвергенция ва аккомодацияга реакцияси сақланган ҳолда Аргайл Робертсон синдроми деб аталади, бу синдром Якубович ядролари зарарланганда кузатилади. У *tobes darsalis* га хосдир.

Паркинсонизм ходисалари юз берган эпидемик энцефалитларда Аргайл Робертсоннинг тескари синдроми учраб туради, яъни, кўз қорачиқларининг конвергенция ва аккомодация реакцияси бузилган ҳолда уларнинг ёруғликка реакцияси сақланиб қолиши, кўз ёруғининг ҳолати юқори қовоқнинг ҳолатига боғлиқ бўлиб, буни хис этиш кўз ёруғининг торайишига олиб келади. Юқори қовоқнинг пастга тушиб қолиши птоз деб, унинг чала тушиши-чала птоз деб аталади. Кўзлар симпатик иннервациясининг бузилиши ҳам кўз ёриғи торайиши билан бирга давом этади, аммо юқори қовоқ функцияси сақланади. Кўз ёриғининг симпатик иннервация бузилиши оқибатида торайиши, одатда, энофтальм ва кўз қорачиғининг торайиши (птоз) билан бирга давом этади. Бу синдром одатда VIII бўйин ва I кўкрак сегментлари, бўйиннинг симпатик чигали, юқори бўйин тугунининг ён шохларидаги цилиоспинал марказ зарарланганда учрайди.

Бу синдром Клод-Горнер синдроми номини олган.

ЗАРАРЛАНИШ СИМПТОМЛАРИ

Кўз олма ҳаракатлари бир нечта нервлар ҳисобига амалга оширилади: кўзни ҳаракатлантирувчи (III), ғалтаксимон (IV) ва узоқлаштирувчи (VI). Охирги иккита нерв биттадан мушакни иннервациялайди, мушакни катта қисми кўз олмаси ҳаракатлантирувчи нерв (III) ҳисобига амалга оширилади. Клиникада барча нервлар бир вақтнинг ўзида текширилади, шунинг учун буларни биргаликда кўриб чиқишимиз мумкин.

Мия оёқчаси, мия асоси, юқори кўз тирқиши соҳасида юз берадиган паталогик жараёнларда аксари ҳолларда кўзни ҳаракатлантирувчи нервнинг периферик фалажлари кузатилади.

Ядро зарарланиши ва нерв зарарланиши тафовут қилинади. Ядро зарарланишда кўзнинг айрим ташқи мушаклари фалажи кузатилади, шунда йирик хужайрали ядронинг қайси қисми зарарланганлига қаралади. *M.levator palpebrae superior* ни иннервация қилувчи хужайралар ядронинг қолган хужайраларига қараганда чуқурроқ жойлашган бўлади.

Кўзни ҳаракатлантирувчи нерв толасининг зарарланишида юқори қовоқнинг пастга тушиши асосий симптомлардан бири саналади. Бу ҳол ядроли зарарланишининг неврал зарарланишдан фарқ қиладиган белгиларидан биридир. Мушакни юқори қовоқни кўтарувчи, иннервация қилувчи толалар кўзни ҳаракатлантирувчи нерв таркибида юзаки жойлашган. Шу сабабли бош мия пардаларининг яллиғланиш касалликларида (менингитлар, базал лептоменингитлар), субарахноидал қон қуйилишида дастлаб птоз пайдо бўлади.

Ўчоқ юқори икки тепалик соҳасида жойлашса мия оёқчасида альтернирлашган Вебер синдроми ривожланади: ўчоқ тарафида кўзни ҳаракатлантирувчи нервнинг периферик фалажи, қарама-қарши томонда-гемипарез кузатилади.

Фақат кўзнинг ташқи мушакларининг иннервация қилувчи йирик хужайрали ядроларнинг зарарланишида ташқи офтальмоплегия (*ophthalmoplegia externa*) ривожланади.

Майда хужайралари ядроларнинг яккаланган холда зарарланиши ички мушаклар функциясининг бузилишига олиб келиб, ички офтальмоплегия (ophthalmoplegia interna) ривожланади.

Кўзни ҳаракатлантирувчи нерви тамомила зарарланганда қуйидаги симптомлар кузатилади:

1. Юқори қовоқнинг пастга тушиши - птоз, агар чала бўлса ярим птоз;
2. Қочувчи ғилайлик (strabismus divergens). Бунда кўз олмаси ташқарига четланиб, пича пастга узоқлашади (m.rectus externus (VI нерв) ва m. obliquus superior (IV нерв) нинг сақланган функцияси ҳисобига).
3. Нарсаларнинг иккита бўлиб кўриниши (диплония).
4. Кўз қорачиғининг кенгайиши (мидриаз) - m.sphincter pupillae ни иннервация қилувчи Якубович-Эдингер-Вестфаль парасимпатик ядросининг зарарланиши ҳисобига ва m.dilatator pupillae функциясининг устун келиши оқибатида.
5. Кўз қорачиғининг ёруғликка бевосита ва ҳамкор реакциясининг сусайиши-кўз қорачиғи рефлекси ривожининг эфферент қисми зарарланиши оқибатида.
6. Кўз гавхари шаклини ўзгартирувчи m.ciliare нинг фалажи оқибатида аккомадация фалажи.
7. Кўзнинг тепага, ичкарига ва қисман пастга ҳаракатнинг чекланиши.
8. Конвергенциянинг юз бермаслиги, экзофтальм.
9. Анизокория-кўз қорачиқлари катталигининг бир хил бўлмаслиги.

ОРҚА ЁН ТУТАМ ТИЗИМИ

Соғлом кишида кўз олмаларининг ҳаракати барча йўналишларда биргаликда амалга оширилади, холбуки кўзни ҳаракатлантирувчи мушаклар турли хил нервлар билан иннервация қилинади. Ўнгга қаралганда бир йўла ўнг кўзнинг m.rectus externus (VI нерв) ва чап кўзнинг m.rectus internas (III нерв) қисқаради. Кўз олмасининг бундай ҳамкор ҳаракатлари орқа ён тутам

функцияси билан таъминланади (*fasciculus longitudinalis posterior*). Орқа ён тутам Даркшевич ядросидан бошланади, бу ядро ўрта мияда, *nn.oculomotorii* ядроларидан кўра юқорироқда жойлашади.

Иккала тутамнинг толалари мия устунни бўйича пастга тушади, шунда улар мия йўли ва IV қоринча тубида жойлашиб (ўрта чизикка яқин) III, IV ҳамда VI жуфт нерв ядроларига толалар беради. Орқа ён тутам таркибида вестибуляр ядролардан ҳам толалар мавжуд. Орқа ён тутам толалари калла ҳаракатлантирувчи нерв ядроларига коллатераллар бериб, пастга йўналади ва орқа миянинг олдинги тизимчаларига тушиб, орқа мия бўйин сегментларининг мотонейронларига яқинлашади.

Бош ён томонларга бурилганда кўзни ҳаракатлантирувчи мушаклар ва бўйин мушакларининг бир вақтнинг ўзида ҳаракат қилишини айнан орқа ён тутам тизими таъминлаб беради.

Иккинчи пешона пуштанинг орқа бўлимида бош ва кўзларни қарама-қарши тарафга буриш маркази жойлашган, яъни нигоҳни ихтиёрий иннервация қилиш маркази бор. Толалар пўстлоқдан кўприкка яқинлашиб, кесишади ва қарама-қарши тарафдаги узоқлаштирувчи нерв ядроси ёнида тугайди, бу ерда нигоҳнинг кўприк маркази бўлади. Шундай қилиб, чапдаги кўприк маркази нигоҳнинг ўнг пўстлоқ марказидан иннервация олади ва аксинча. Масалан, кўз олмаларини ихтиёрий чапга бурганда ўнг ярим шардаги нигоҳ марказидаги импульслар чапдаги узоқлаштирувчи нервга узатилади. Айни пайтда импульслар орқа ён тутамнинг толалари бўйлаб ўнг кўзнинг *m.rectus internus* га йўналади. Кўз олмаларининг ўнгга-чапга ихтиёрий ҳаракат қилиши ана шундай амалга оширилади.

Нигоҳнинг пўстлоқ ва кўприк маркази зарарланганда нигоҳ фалажи, кўз олмаларини ён-верига ҳамкор горизонтал буриш бузилиши пайдо бўлади.

Иккинчи пешона пуштасининг орқа қисми зарарланганда нигоҳнинг қарама-қарши тарафга фалажи кузатилади, яъни бемор кўз олмаларини қарама-қарши томонга бура олмайди, айни пайтда улар зарарланган ярим шар

томонига буралган бўлиб қолади. Мушак-антагонистлар тонусининг кучайиб кетганидан "бемор ўчоққа қараб туради".

Мия кўприги зарарланганда кўз олмалари ўчоққа қарама-қарши томонга буралади ("бемор ўчоқдан кўз қочиради"), чунки нигохнинг кўприк маркази кўз олмаларининг ўз томонига бурилишини таъминлайди. Нигох пўстлоқ марказининг қитикланиши ўчоққа қарши бўлган кўз олмаларининг тортишиб туришига сабаб бўлади.

Тўрт тепалик сохаси зарарланганда кўз олмаларининг тик қараши издан чиқади, яъни Парино синдроми нигохнинг тепага ва пастга қараш фалажи ривожланади.

Кўзларни тепага буриш *m.obliquis inferior* (III нерв) ва *m.rectus superior* (III нерв) ларнинг бир вақтда қисқариши, *m.obliquis superior* ва *m.rectus superior* ларнинг бўшашуви туфайли амалга оширилади.

Орқа ён тутам зарарланганда шунингдек нистагм ривожланади, яъни бу тизим вестибуляр аппарат ва мияча билан узвий боғланган бўлади, бу аъзолар кўз олмаларининг ҳамкор ҳаракатланишини назорат қилади.

Орқа ён тутамнинг қисман зарарланиши вертикал бўйича узоқлашувчи кўз ғилайлигига олиб келиши мумкин: ўчоқ тарафида кўз пастга ва бироз ичкарига четлашади, қарама-қарши тарафда эса тепага ва ташқарига йўналади. Кўз олмаларининг вертикал бўйича турли хил жойлашуви Гермвич-Мешанди синдроми деб аталади, бу синдром аксари ҳолларда вертебробазиляр инсультларда учраб туради.

Орқа ён тутам Даркшевич ядролари орқали экстропирамидал система билан ҳам боғланган, пастга йўналувчи толалар билан орқа мия билан боғланади.

Кўзни ҳаракатлантирувчи ядролар шунингдек кўришнинг пўстлоқ ости марказлари *colliculis superior* ва эшитиш марказлари (*colliculis interior*) билан боғланган бўлади. Шу сабабли кўрув ва эшитув йўллари орқали тушувчи ташқи сигналлар кўз олмалари ва бошни сигнал берилган тарафга рефлектор (беихтиёр) буради.

V - уч шохли нерв - n. Trigeminus

Уч шохли нерв - аралаш нерв бўлиб, ўз таркибида ҳаракатлантирувчи, сезувчан, симпатик ва парасимпатик толалар сақлайди. Уч шохли нервнинг сезги йўли уч нейронли тузилишга эга.

I нейрон Гассер тугунида жойлашган. Бу нейрон псевдоуниполяр хужайралардан иборат, унинг дендритлари уч шохли нервнинг уч тармоғини: кўз нерви (n.ophthalmicus), юқори жағни нерви (n.maxillaris), пастки жағни нерви (n.mandibularis) ташкил қилади.

N.ophthalmicus пешона териси ва бошнинг олдинги соч қисми, юқори қовоқ, кўз соққаси, кўзнинг ва бурун бўшлиғи устки қисмининг шиллик пардаси, пешона ва ғалвирсимон бўшлиқ, мия пардаси, кўз ёши беи терисидан сезувчан импульсларни қабул қилади..

Юқори жағ нерви (n.maxillaris) пастки қовоқ, кўзнинг ташқи бурчаги, юқори лаб, лунжнинг устки қисми, юқори жағ ва тишлар, бурун бўшлиғи шиллиғининг пастки қисми, гаймор бўшлиғи, юзнинг ўрта қисми, мия қаттиқ пардасини нервлайди.

Пастки жағ нерви . (n.mandibularis) пастки лаб, лунжнинг пастки қисми, пастки жағ ва тишларидан, ияк, оғиз бўшлиғи, тилнинг 2\3 пастки қисми, юз териси ён сатҳининг орқа қисмидан ва қулоқ чиғоноқларидан сезги импульсларини ўтказди.

Гассеров тугуннинг биполяр хужайралари аксонлари (I нейрон) яхлит тутамга қўшилиб, Варолий кўпригига киради. Гассер тугуни билан кўприк орасидаги нерв соҳаси уч шохли нерв илдизчаси деб номланади.

Чуқур сезгини ўтказувчи толалар кўприк ядросида (nucl. mesencephalis) юзаки сезгини ўтказувчи толалар эса, уч шохли нервнинг спинал ядросида (nucl.tractus spinalis) узилади.

V нервнинг кўприксимон ва спинал ядроларида сезги йўлларининг II нейронлари жойлашган бўлиб, уларнинг аксонлари бир-бири билан ёнма-ён жойлашиб қарама-қарши томонга ёндошиб таламус томон йўналади.

Шундай қилиб иккала сезги йўлларининг II нейрони аксонлари кўрув дўнгигача етиб боради. Кўрув дўнглигида (таламусда) III нейрон ётади, уларнинг аксонлари ички капсула орқа оёқчасининг орқа учдан бир қисмидан ўтиб, орқа марказий пуштага йўл олади.

Шундай қилиб, уч шохли нервнинг сезгиси йўллари қарама-қарши томондаги орқа марказий пуштанинг пастки қисмига бориб тугайди.

Уч шохли нервнинг ҳаракатлантирувчи қисми олдинги марказий пуштадан бошланиб Варолий кўприк томонига йўл олади. Варолий кўпригида нерв толалар қисман кесишма ҳосил қилади. Уч шохли нервнинг ҳаракатлантирувчи ядроси икки томонлама пўстлоқ иннервациясини олади шу сабабли чайнов мушакларининг марказий фалажи фақат кортиконуклеар йўллар ёки олдинги марказий пуштанинг икки томонлама зарарланишида учрайди.

Ҳаракатлантирувчи ядро - Nucleus motorius - кўприк қобиғининг дорсо-латерал бўлимида жойлашади. Иккинчи нейроннинг аксонлари кўприкдан чиқа туриб, чайнов мушаклари (mm.masseter et temporalis га йўл олади ва уч шохли нервнинг III шохига қўшилади).

Уч шохли нерв таркибида парасимпатик ва симпатик толалар бор, улар секретор (модда ажратиш), вазомотор ва трофик вазифаларни бажаради.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Уч шохли нерв одатда бемор шикоятларини сўраб-суриштириб текшириш бошланади. Беморлар одатда уч шохли нервнинг зарарланган шохлар соҳасида хуружсимон оғриқ тутишидан шикоят қиладилар. Уч шохли нерв тармоқларининг чиқиш нуқталарига босиб кўринади N.opthalmicus (I шох) зарарланганда оғриқ нуқтаси faramen supraorbitalis соҳасида, II шох зарарланганда оғриқ faramen intraorbitalis да аниқланади.

III шох невралгиясида оғриқлар foramen mentali нуқтасида сезилади. Кейин сезувчанлик юзда, учламчи нерв иннервацияси соҳаларида ва Зельдер зоналарида текширилади. ҳарорат сезувчанлигини илиқ ва салқин сув билан тўлдирилган иккита пробиркада, оғриқ сезувчанлигини игна, тактил оғриқни - бир бўлакча пахта ёрдамида текширилади.

Юз терисининг илдизчали ва сегментар иннервацияси фарқ қилинади. Учламчи нерв шохлари зарарланганда юзда илдизчали бузилишлар ва хуружсимон оғриқлар, nucl.spinalis, n.trigemini зарарланганда-Зельдер соҳаларида сезувчанликнинг сегментар бузилишлари кузатилади.

V нервнинг ҳаракатлантирувчи қисми функциясини текшириш учун кафтларни чакка ва чайнов мушаклари устига қўйилади, чайнаш жараёнида уларнинг таранглиги, шунингдек оғизни очганда пастки жағнинг сурилиши аниқланади.

Конъюнктивал, корнеал, қош усти ва пастки жағ рефлекслари текширилади. Корнеал ва конъюнктивал рефлексларни текшириш учун беморга тепага қараши сўралади пахта бўлаги ёки қоғоз тасмаси билан тўр пардага ёки конъюктивага охиста тегиши қовоқларнинг юмилишига олиб келади.

Қош усти рефлексини текшириш бурун қаншарига ёки қош усти ёйига болғача билан секин уриб амалга оширилади. Бунда қовоқлар ёпилиб қолади.

Пастки жағ мандибулар рефлекси қуйидагича текширилади: бемордан оғзини пича очиб туриш сўралади ва иякка болғача билан секин урилади. Бунда пастки жағ кўтарилади (чайнов мушакларининг қисқариши натижасида).

Уч шохли нерв, аникроғи, ramus ophthalmicus юза корнеал, конъюнктивал ҳамда қош усти чуқур рефлексларининг афферент қисмини ташкил қилади. Юз нервининг ҳаракатлантирувчи толалари реффлектор ёйнинг эфферент қисмини ташкил этади. қош усти рефлексини чақиринишда афферент импульслар nucl. terminalis га, корнеал ва конъюнктивал рефлексларни чақиринишда эса nucl.spinalis n.trigemini га боради.

Мандибуляр рефлекснинг афферент қисмини V нервнинг сезувчи толалари, эфферент қисмини эса n.mandibularis нинг ҳаракатлантирувчи толалари ташкил қилади.

УЧ ШОХЛИ НЕРВ ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ТОПИК ДИАГНОСТИКАСИ

Уч шохли нерв сезги толаларининг зарарланиши энг аввало оғриқ тутиши зарарланган нервлар соҳасида сезувчанликнинг бузилиши ва тегишли рефлексларнинг ўзгариши билан кечади.

Амалий тиббиётда кўпинча уч шохли нерв I шохининг зарарланиши кўп учрайди, оғриқнинг пешона-чакка соҳасига тарқалиши, сезувчанликнинг бузилиши, қош усти, корнеал ва конъюнктивал рефлексларнинг сусайиши ёки сўниши билан бирга давом этади. N.ophthalmicus чиқиш нуқтасига босиб кўрилганда оғриқ тутиши қайд қилинади.

Гассер тугуни зарарланганда юзнинг бир томонида барча сезги турларининг бузилиши ва кучли хуружсимон оғриқлар кузатилади. N.supraorbitalis, n.intraorbitalis ва n.mentalis нинг оғриқ нуқталарига босиб кўрилганда оғриқ қайтд қилинади. Учламчи тугуннинг зарарланиши кўпинча юзда вазомотор, атрофик бузилишлар билан бирга давом этади, herpes ва кератит ана шуларнинг аломати бўлиб ҳисобланади.

Учламчи нерв илдизчасининг зарарланишида (Гассер тугуни нерви соҳасидан то кўприккача) худди шундай аломатлар кузатилади, аммо герпетик тошмалар қайд қилинмайди.

III шохнинг зарарланиши, оғриқ хуружидан ва сезувчанликнинг бузилишидан ташқари, таъм билиш тегишли томонда тилнинг олдинги 2\3 қисми ва мандибуляр рефлекснинг пасайиши билан кечади.

Nucl. spinalis зарарланганда Зельдер зоналарида юзнинг бир ярмида сезувчанликнинг диссоциацияланган бузилишлари кузатилади. Оғриқ ва ҳарорат сезгиси бузилиб чуқур ва тактил сезги сақланиб қолади.

Ядронинг орал қисми зарарланса, оғиз ва бурун соҳасида сезувчанлик бузилишлари, каудал қисми шикастланганда Зельдернинг ташқи анестезиялар (ёки гипестезиялар) кузатилади.

Бордию, патологик жараён ўтказувчи йўллари қамраб олса, альтернирловчи гемианестезиялар, ўша тарафда юза сезгининг сегментар бузилиши қарама-қарши тарафда чуқур сезгининг ўтказувчи типда бузилиши кузатилади.

Кўпроқ ядронинг зарарланиши (nucl.terminalis) ўчоқ тарафидаги юз ярмида чуқур ва тактил сезувчанликнинг бузилиши билан таърифланади.

Ўчоқ таламусда ва ички капсула орқа сонининг учдан бирида жойлашганда қарама-қарши томондаги сезгининг барча турлари бузилиши кузатилади. (юзда, гавда ва қўл-оёқларда).

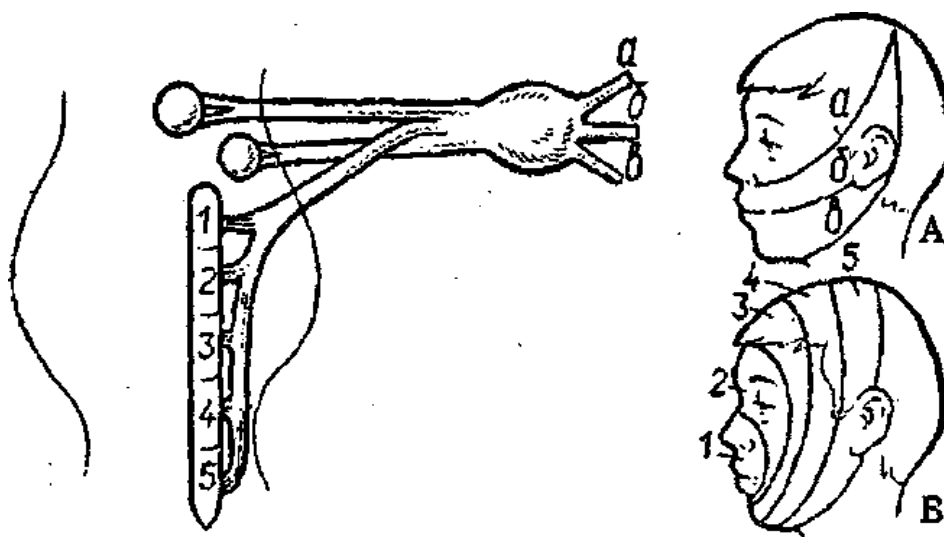
Орқа марказий пуштанинг пастки учдан бирининг зарарланиши ҳам қарама-қарши томондаги юзнинг ярмида сезувчанликнинг йўқолиши билан бирга кечади.

Уч шохли нерв III шохининг ҳаракатлантирувчи қисми ва ҳаракатлантирувчи ядроси зарарланганда ўчоқ тарафидаги чайнов мушакларининг периферик фалажи ривожланади. Пайпаслаб кўрилганда чайнов мушакларининг атрофияси аниқланади, чайнаш қийинлашади, оғиз очилганда пастки жағ касал бўлган томонга сурилади (соғлом тарафдаги mm.pterygoideis функциясининг устун келиши сабаби).

Чайнов мушакларининг марказий фалажи фақатгина nucl.motorius га боровчи кортиконуклеар йўллари икки томонлама зарарланишида ёки прецентрал пуштанинг икки томонидан шикастланишида кузатилади, бу эса амалиётда камдан-кам учрайди. Айни пайтда чайнов мушакларининг фалажи икки томонлама бўлиб, атрофия кузатилмайди, мандибуляр рефлекс ошади.

Уч шохли нерв қитиқ (таъсир) ланганда тризм – чайнов мушакларининг тоник қисқариши ривожланади. Бунда бемор маҳкам қисиб турган тишларни очиб олмайди Тризм шунингдек прецентрал пуштанинг пастки қисми, учламчи нервни тутган ҳаракатлантирувчи ядролари таъсирланганда талваса тутган

пайтда, қоқшол учламчи нерв таъсирланиши билан бирга давом этувчи бошқа қатор касалликларда кузатилади.



Расм 18. Юзни сезги зоналари:

- А). а — уч шохли нервнинг кўз тармоғи;
 б — уч шохли нервнинг юқори жағ тармоғи;
 в — уч шохли нервнинг пастки жағ тармоғи.
 Б). — юзни сегментар типда сезги иннервацияси.

Шикастланиш симптомлари.

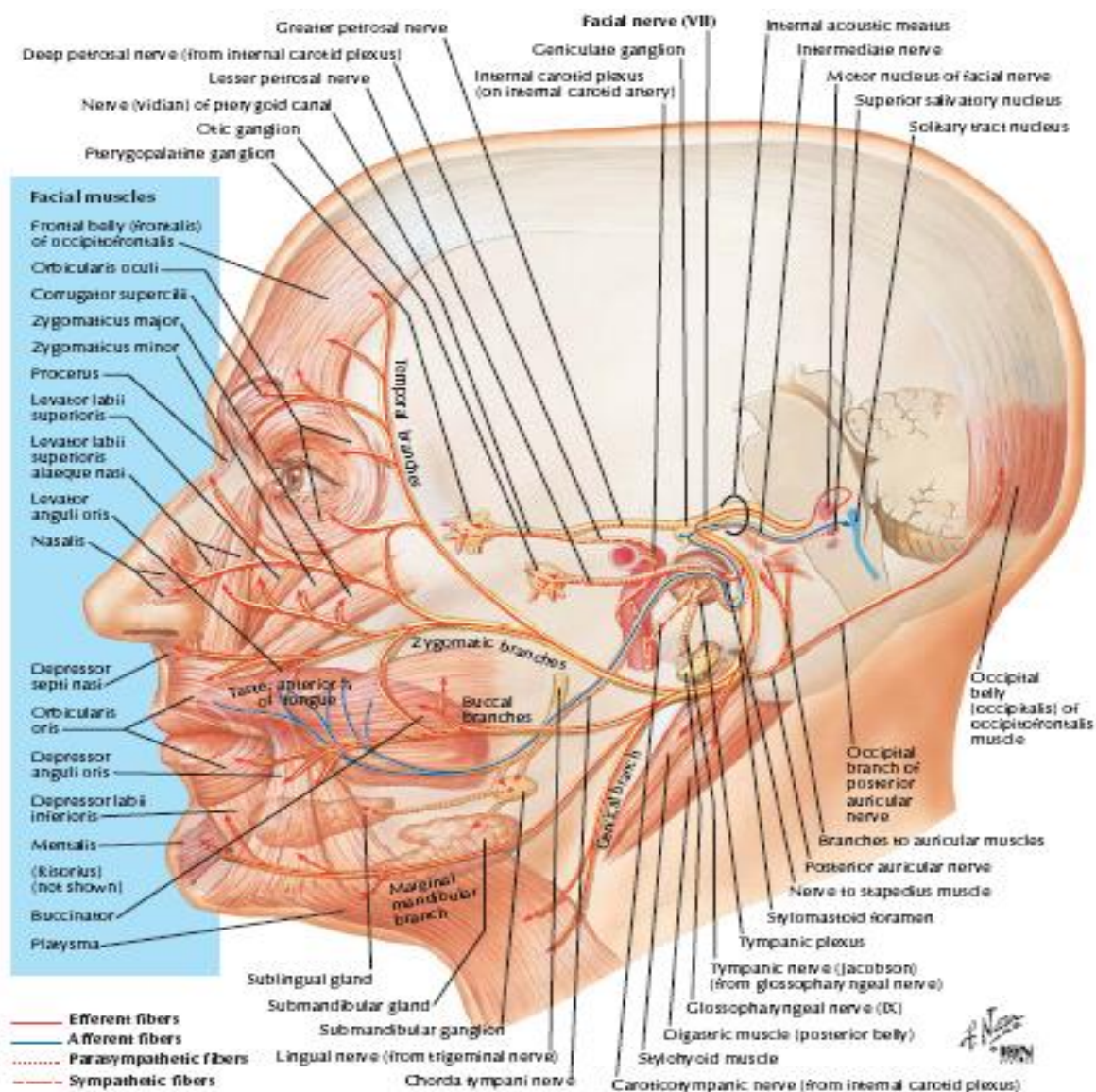
1. Юз соҳасида ўткир санчувчи оғриқлар.
2. Нерв шохларининг чиқиш жойида оғриқлар.
3. Оғриқ зоналари.
4. Шикастланган нерв шохлари иннервация қилувчи сохаларда ҳамма турдаги сезгилар йўқолиши. Оғиз бўшлиғидаги сезгилар йўқолиши (таъм ва бошқалар).
5. Чайнов мушакларининг парези ва фалажликлари (харакатлантирувчи ядро ёки уч шохли нервнинг майда толалари шикастланганда).

6. VII Юз нерви - n.facialis.

Юз нерви аралаш нерв бўлиб, ўз таркибида харакатлантирувчи, парасимпатик (секретор) ва сезувчан (таъм билиш) толаларини сақлайди.

Парасимпатик ва сезувчан толаларни яна XIII бош мия нерви деб аташади ва ҳамда оралик нерв (n.intermedius Wrisbergi) тариқасида ажратилади.

Юз нерви V ва IX нервлар билан кўп сонли боғланишларга эга. VII нерв ядроси турли хил хужайра гуруҳлари: а) nucl motorius nervi facialis юз нерви



Расм 19 Юз нервнинг анатомик тузилиши

харакатлантирувчи ядроси. У икки қисмдан иборат-икки томонлама пўстлоқ иннервациясини олувчи юқори ва қарама-қарши яримшардан бир томонлама пўстлоқ иннервацияси олувчи пастки қисмлардан иборат; б) nucl. solivatorius superior - юқори сўлак ажратувчи ядро, парасимпатик; в) nucl. tractus solitarii . - IX ва X жуфтлар билан умумий бўлган якка йўл ядроси, сезувчан (таъм билиш). Охирги икки ядро nervus intermedius га мансуб бўлади.

Юз нерви ядросининг юқори қисми мимик мушакларни: *m. frontalis*, *m. orbicularis oculi*, *m. corrigator supercilii* ни, пастки қисмида пастки мимик мушаклари: *m. orbicularis oris*, *m. zygomaticus major*, *m. risorius*, *m. buccinator* ларни иннервация қилади.

Юз нерви ядроси Варолий кўпригининг пастки бўлимида узунчоқ мия билан чегарада жойлашади. Ушбу ядро хужайраларининг аксонлари тепага кўтарилиб, узоклаштирувчи нерв ядросини айланиб ўтади ва VII нервнинг ички тиззасини ҳосил қилади. Кейин толалар пастга йўналиб кўприк ва узунчоқ мия орасидан, кўприк-мияча бурчаги соҳасидан чиқади. Юз нерви оралик ва дахлиз-чиғоноқ нервлари билан биргаликда чакка суягининг *foramen ovale* га киради, кейин *meatus acusticus internus* орқали Фаллопий каналига йўналади.

Каналда юз нерви дастлаб горизонтал ташқарига йўналган ҳолда, кейин вертикал жойлашади ва ташқи тиззани ҳосил қилиб, калла суягидан *foramen stylomastoideum* орқали чиқади. Бигизсимон-сўрғичсимон тешикдан чиқишда юз нерви кулоқ олди сўлак безини тешиб ўтиб, охириги шохларга бўлинади, шунда "ғоз панжаси" ни ҳосил қилади.

Фаллопий юз нерви каналда оралик Врисбергев нерви билан йўлдош бўлади, бу нерв парасимпатик (секретор) толалардан иборат бу толалар сўлак ажратувчи юқори ядро (*nucl. salivatorius superior*) хужайраларининг аксонлари ва сезувчан (таъм билиш) толалари ҳисобланади. Булар юз канали тиззачасида *genu canal* жойлашган *ganglion geniculi* хужайраларидан бошланади. Секретор толалар тил ости ва жағ ости сўлак безларини, таъм билиш толалари, тилнинг 2\3 қисмини ва юмшоқ танглайни нервлайди.

Фаллопий каналида юз нерви поясидан қуйидаги шохлар чиқади:

1. Катта тошсимон нерв (*n. petrosus major*) юз канали тиззачаси дамида чиқади, ўзида кўз ёши безлари учун секретор толалар тутаяди.
2. Узангисимон нерв (*n. stapedius*) юз нервнинг пастга тушувчи қисмидан бошланиб, узангисимон мушакни нервлайди.

3. Ноғора тори (chordae tympani) оралик нервнинг охирги шохи ҳисобланади ва сезувчан таъм билиш ва парасимпатик (секретор) толалардан таркиб топган. Бу тола юз нервдан Фаллопий найининг вертикал бўлимида (foramen stylomastoideum дан юқори) ажралиб чиқади, унинг орқа деворидан ноғора бўшлиғига киради. Таъм билиш толалари тилнинг олдинги 2\3 қисмидан импульсларни идрок этиб, секретор толалар жағ ости ва тил ости сўлак безларига йўналади.

ЮЗ НЕРВИНИ ТАШХИС ЭТИШ УСУЛЛАРИ

Юз нерви функциясини кўздан кечириш мимик мушаклар ҳолатини кўришдан бошланади. У зарарланганда ҳаттоки тинч ҳолатида ҳам юз асимметрияси қайд қилинади. Бунда кўз ёриқлари катталашган шакли ўзгарган бўлади пешона ва бурун-лаб бурмалари силлиқланган бўлиб гаплашганда оғиз бурчагининг қийшайиб кетиши кузатилади.

Мимик мушакларининг ҳолатини баҳолаш учун мимик синамалар текширилади, бу синамалар пешонани тириштиришдан, қошларни чимириш ва кўзларни чирт юмиш (устки мимик синовлар) лунжларни хавога тўлдириш, тишларни баралла очиб кўрсатиш (пастки мимик синовлар) дан иборат.

M. orbicularis oculi кучини текшириш учун бемордан кўзларини қаттиқ юмиши сўралади, айна пайтда шифокор беморнинг устки қовоғини кўтариб, айлана мушакнинг зарарланган томонда қаршилиқ кўрсатиши пасайганини аниқлайди.

Айна пайтда киприклар симптомини текшириб ҳам кўриш мумкин: айлана мушак кучсиз юмилгани сабабли киприклар соғлом тарафдагидан кўра кўриниб қолади.

VII нерв фалажи росмана ифодаланганда кўз юмилмайди, бунини лагофталъм - қуён кўзи деб аталади. Кўзларни юмишга уриниб кўрганда кўз олмаси тепага кетиб қолади (Белл симптоми). Лагофталъм одатда кўз ёши

оқиши билан кечади. Доим очик турган кўз шамол таъсирига учраб, рефлектор тарзда кўз ёши оқишига сабаб бўлади. Маълумки ковокнинг вақти вақти билан юмилиб туриши кўзларни кўриб қолишидан сақлаб туради.

Кейин беморга тишларни тиржайтириш тавсия этилади, бунда бемор оғзи соғлом томонга қийшаяди, қийшайган тарафдаги оғиз бурчаги ҳам ҳаракатчанлигича ёки ҳаракатсизлигича қолади. Бурун-лаб бурмасининг силлиқлангани ва оғиз бурчагининг пастга тушгани қайд қилинади.

Беморнинг оғиз тиркиши тишлар ярқираб очик турганда теннис ракеткасини эслатади (ракетка симптоми). Лунжларни шишириб турганда ҳаво зарарланган томондаги оғиз бурчагидан чиқади, бу тарафдаги лунж "елкан"га ўхшаб туради (елкан симптоми). Овқат ейиш ва нутқ қийинлашади. Суюқ сўлак зарарланган томонда оғиз бурчагидан оқиб чиқади.

Қош ости, корнеал ва конъюнктивал рефлекслар сусайган бўлади. Юз нервининг электр қўзғалувчанлиги пасаяди, механик қўзғалувчанлиги ошади (Хвостекнинг мусбат симптоми). У эшитиш йўлидан олдинда ёноқ ёйдан пастроқда болғача билан териға уриб чақиради. Бунда мимик мушакларининг қисқариши ёки реакция суст ифодаланганда оғиз бурчагининг сал титраши кузатилади.

Тилнинг олдинги 2\3 қисмида таъм билиш, ширин ёки кучсиз нордон эритма билан текширилади. Бунинг учун бемордан тилини чиқариши сўралиб, томизғич билан эҳтиёт бўлиб эритма томчиларини олдин тилнинг бир тарафига, кейин бошқа эритмани тилнинг бошқа томонига томизилади.

Олдиндан тайёрлаб қўйилган қоғозда эритмаларнинг номи ёки таъми ёзиб қўйилади. Бемор қўли билан эритмалар номини кўрсатади.

Хар бир синамадан кейин бемор оғзини сув билан чайиб ташлайди. Таъм билиш сезгисининг камайиши гипогевзия деб, унинг бўлмаслиги агеvзия деб, унинг айнаиши парагейзия деб аталади.

ЮЗ НЕРВИ ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ТОПИК ДИАГНОСТИКАСИ

Ўчоқнинг қаерда жойлашганига қараб, юз нервнинг интракраниал, интраканал ва экстраканал зарарланишлари фарқ қилинади.

Юз нервнинг интракраниал неврити унинг ядроси ва юз нервнинг Фаллопиев каналига киргунга қадар бўлган қисми зарарланганда ривожланади.

Юз нерви ядроси ва илдизчалари зарарланганда ўчоқ тарафида мимик мушакларининг периферик фалажи кузатилади, бурун – лаб ва пешона бурмалари силлиқлашади ёки бўлмайдди, юз асимметрик ҳолда бўлади. Шингдек лагофталъм, Белл симптоми, киприклар симптоми, кўз ёш оқиши ёки кўзларнинг куп-қуруқлиги елкан ва ракетка симптоми, қош ости, корнеал ва конъюнктивал рефлексларнинг сусайиши қайд қилинади.

Нерв дегенерацияси реакцияси кузатилади, мимик мушакларнинг механик қўзғалувчанлиги ошади. Юз мушаклари периферик фалажининг манзараси ана шундай бўлади.

Юз нерви ядросининг зарарланиши, одатда, жараёнга пирамида йўлининг жалб этишни сабабли альтернирловчи Мийер-Гублер синдроми ривожланиши билан кечади. Бунда ўчоқ тарафида мимик мушакларининг периферик фалажи, қарама-қарши томонда спастик гемиплегия кузатилади. Узоқлаштирувчи нерв ядроси ҳам шу жараёнга жалб қилинса, Фовил альтернирлашган синдроми ривожланади ўчоқ томонида қўшилувчи (ғилайлик VI нерв) ва мимик мушакларининг периферик фалажи (VII нерв), қарама-қарши тарафда марказий гемипарез ривожланади.

Кўприк-мияча бурчаги соҳасида (бу ерда VII нерв билан бирга V, VI ва VIII нервлар ҳам чиқади) юз нерви зарарланса мимик мушаклар фалажи ана шу нервларнинг зарарланиши симптомлари билан бирга давом этади: хуружсимон оғриқлар ва юзда сезувчанликнинг издан чиқиши, тилнинг 2\3 қисмида таъм сезишнинг камайиши, кўзларнинг ва оғизнинг куп-қуруқ бўлиши, қўшилувчи ғилайлик, эшитувнинг издан чиқиши ва вестибуляр бузилишлар юз беради.

Юз нервнинг центроканал неврити Фаллопий каналидаги ўчоқнинг қаерда жойлашганига алоқадор бўлади. Нервнинг чиқадиган жойдан

юқорироқда зарарланиши (n.petrosus major) мимик мушакларнинг фалажи билан бир пайтда кўз қуруқлиги (n.petrosus major), гиперакузия (n.stapedius), тилнинг олдинги 2\3 қисмида таъм сезишнинг бузилиши (chordae tympani) қайд қилинади.

Ўчоқнинг n.petrosus major дан чиқиши пастроқда зарарланишида имо-ишора мушакларининг периферик фалажи таъм билишнинг издан чиқиши, гиперакузия билан бирга давом этиб, кўз қуруқлиги ўрнига бот-бот кўз ёши оқиши пайдо бўлади.

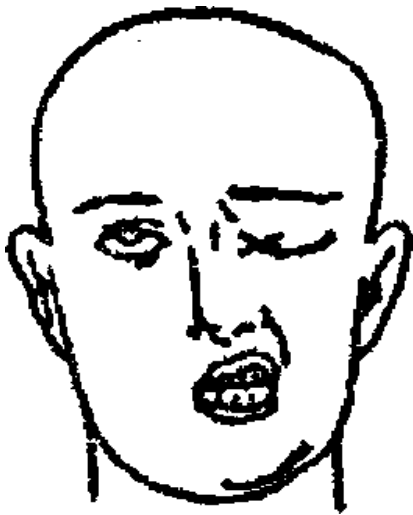
Юз нервнинг n.stapedius чиқишидан пастроқда ва chordae tympani дан юқорироқда зарарланишида мимик мушакларининг фалажи, кўз ёши оқиши, тилнинг олдинги 2\3 қисмида таъм сезишнинг бузилиши кузатилади.

Юз нервнинг Фаллопий каналидан чиқишидан сўнг зарарланишида юз нервнинг экстракраниал неврити хисобланиши мимик мушакларнинг фалажи ва кўз ёши оқиши ривожланади.

Баъзан юз нерви неврити ички эшитув йўлида ва юзда хуружсимон оғриқ тутиши билан бирга кечади, бу жараёнга бирийўла уч шохли нерв толаларининг жалб этиши билан изоҳланади.

Перецентрал пушта ва кортиконуклеар йўллар пастки қисмининг зарарланишида ўчоққа қарама-қарши тарафда бўлган фақат пастки мимик мушакларнинг марказий фалажи ривожланади, чунки юқори мимик мушаклари икки томонлама пўстлоқ иннервациясини олади.

Патологик жараёнлар VII нервнинг пўстлоқ проекцион сохаларини таъсирлантирса юз мушакларида Жексон хуружлари ривожланиши билан кечади.



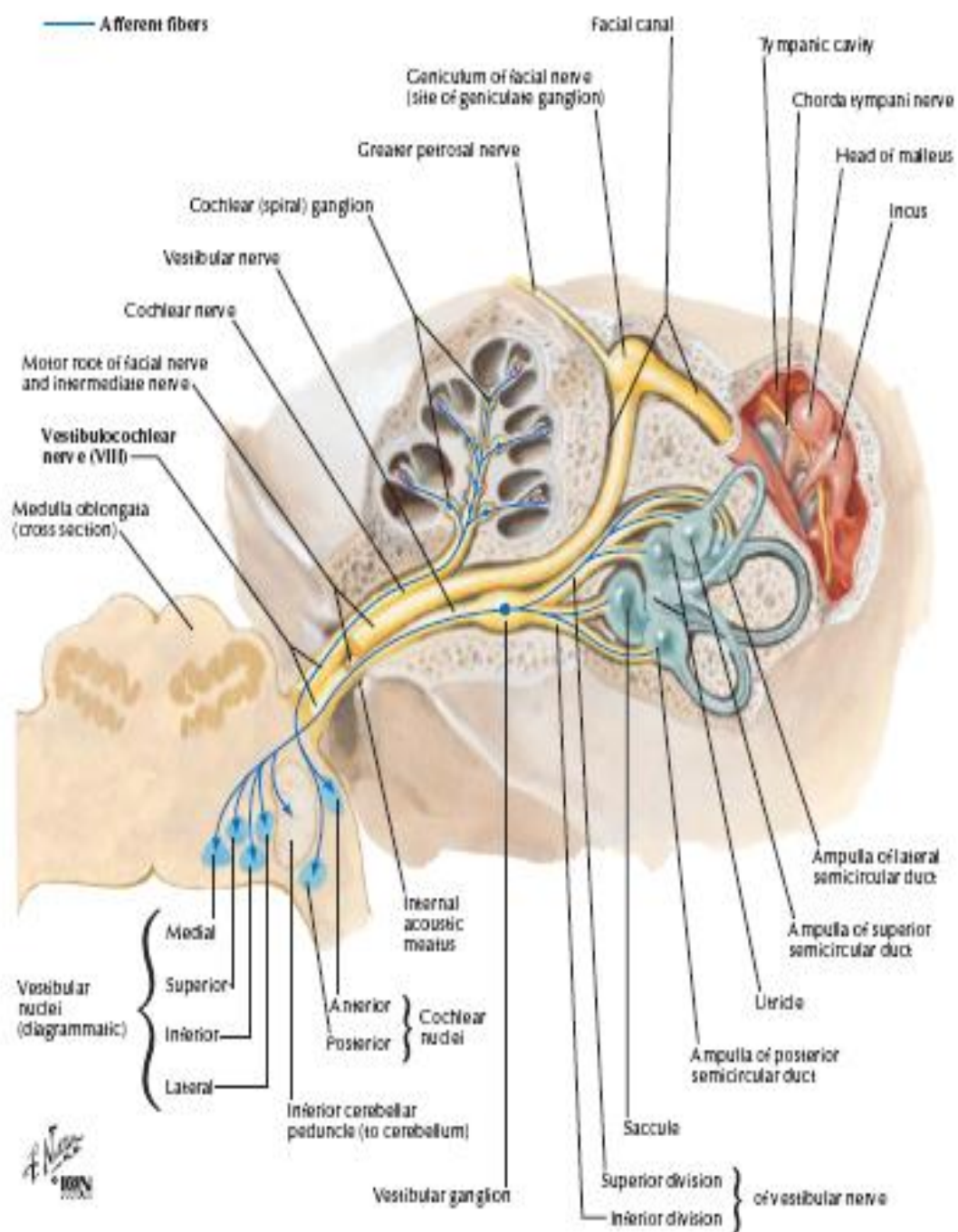
**Расм 20. Юз нервнинг ўнг
томонлама неврити**

VIII ЖУФТ - ЭШИТУВ ЧИҒАНОҚ НЕРВИ (N.vestibulocochlearis)

Бу жуфт иккита турли хил функционал тизим иннервациясини амалга оширади: эшитув аъзоси-чиғаноқ ва мувозанат аъзоси вестибуляр аппарат шулар жумласидандир. Шунга мувофиқ эшитиш-чиғаноқ нерви эшитув қисми-*pars cochlearis* дан ва вестибуляр қисм-*pars vestibularis* дан таркиб топган бўлади.

Эшитув йўллари спирал тугунининг нейронларида бошланади (I нейрон). *Gangl. spirale cochleae* лабиринт чиғаноғида жойлашади.

Ана шу нейронларнинг периферик ўсимталари Корти аъзосига йўналади. Бу ерда махсус рецепторлар жойлашган. Марказий ўсимталар *porus acusticus internus* орқали калла суяги бўшлиғига кириб, мия кўпригининг иккита ядроси олдинги (*nucl. cochlearis ventralis*) орқа чиғаноқ ядросида (*nucl. cochlearis dorsalis*) тугайди. II нейрон толалари ана шу ядролардан бошланиб, трапециясимон танани ҳосил қилади, бошқа томонга ўтиб, ён тутам (*lemniscus lateralis*) таркибида бирламчи эшитув пўстлоқ ости марказлари пастки икки тепалик ядроларида ва ички тиззасимон таналарда тугайди.



Расм № 21. Дахлиз чиганок нервнинг тузилиш

Шуни эсда тутиш жоизки, эшитув толаларининг кесушиви тўлиқ бўлмайди, уларнинг бир қисми кесишмасдан ўз томонидаги бирламчи эшитув марказларига боради.

III нейрон ички тиззасимон танадан бошланиб, ички капсула ва corona radiata орқали ўтади ва пўстлоқдаги эшитув маркази юқори чакка пуштасининг орқа бўлимида (Гемль пуштаси) тугайди.

Хар бир ярим шарнинг пўстлоқдаги эшитув марказларида толалар икки томонлама, тугайди.

Шу сабабли латерал тутам ёки эшитув марказлари бир томонлама зарарланганда карлик рўй бермайди.

Эшитув анализаторининг турли хил бўлимларининг функционал ахамияти хилма-хилдир. Ноғора парда, эшитув суякчалари, Корти аъзоси рецепторларининг тизими қабул этувчи аппаратни ҳосил қилади. Пастки икки тепаликда рефлектор ёйларнинг бирикиши (туташуви) амалга оширилади.

Бу ерда овозга (товушга) ҳаракат жавоб реакциялари пайдо бўлади. Масалан, одам, одатда, товуш манбаи томонга бошини буради. Бу рефлекс илк болаликда намоён бўлади. Кескин тўсатдан эшитилган товушдан одам чўчиб тушади. Бу "старт рефлeksi" бўлиб ўрта мияда ретикуляр формация иштирокида туташади. Эшитув анализаторининг пўстлоқ бўлимларида товуш сигналларига ишлов беришнинг мураккаб жараёнлари содир бўлади: товуш номуналари, уларни хотирада сақланадиган сигналлар билан солиштириш шулар сирасига киради.

Эшитув бузилишлари турлича бўлиб, улар нечоғлик зарарланишга боғлиқдир. Клиникада, одатда, эшитув ўткирлиги, суяк ва товушларнинг ҳаво орқали ўтказувчанлиги, уларнинг жойлашуви текширилади.

Эшитув ўткирлиги ҳар бир қулоқда алоҳида текширилади. Текширилувчидан кўзларини юмиши сўралади ва шивирлаб айрим сўзларни ёки ибораларни айтишади.

Аниқ бир масафа белгиланади ва сўзларни тўғри эшитиш текширилади. Эшитишни текшириш учун жарангли ва жарангсиз ундошлари кўпроқ

бўлчан сўзлар танланади шунда айрим тонларни идрок этиш тахминий бахоланади.

Кичкина болаларда эшитув товуш таъсиротчисига бўлган ҳаракат реакциясининг баҳолаш йўли билан текширишади. Боланинг товуш манбайни кўрмаслигига ҳаракат қилиш керак.

Эшитув ўткирлигининг сусайиши гипоакузия . (hipoacusis) деб, унинг йўқолиши карлик . (surditas) деб, эшитув зўрайиши гиперакузия деб аталади.

Гиперакузия юз нерви зарарланганда (бунда шохлар n.stapedius га юз нервдан юқорироқда ўтади), шунингдек неврастения, тутқанок ва истерияларда кузатилиши мумкин.

Эшитув ўткирлиги аудиография ёрдамида бирмунча батафсил текширилади, у график тасвирда частотаси ва амплитудаси бўйича айрим тонларни идрок этиш имконини беради. 2 ёшга тўлмаган болаларда эшитув ўткирлигини пухта текшириш анча мушкул бўлади.

Эшитув ўткирлиги аслида эшитув функциясининг жамул-жам ифодасидир. Эшитув ўткирлиги пасайгани аниқланганда бу нуқсон нимага алоқадорлигини: суяк, ҳаво ўтказувчанлиги ёки нерв йўллари бузилган-бузилмаганлигини аниқлаш зарур. Бу мақсадда камертонлар ёрдамида ҳаво ва суяк ўтказувчанлиги текширилади.

Ринне синамаси Эшителидиган камертон processus mastoideus га ўрнатилади. Текширилувчи товушни эшитмай қолганда камертон ташқи эшитув тешигига яқинлаштирилади.

Нормада текширилувчи товушни эшитаверади, чунки ҳаво ўтказувчанлиги суяк ўтказувчанлигидан яхшироқ бўлади (Ринненинг мусбат симптоми). Товуш ўтказувчи аппарат (ноғора пардаси, эшитув суякчалари) зарарланган тақдирда суяк ўтказувчанлиги ҳаво ўтказувчанлигидан дурустроқ бўлиб чиқади: Processus mostoideus да ўрнатилган камертон товуши ташқи эшитилгандан кўра кўпроқ идрок этилади (Ринненинг манфий симптоми). Шундай қилиб, Ринне синамаси товуш ўтказувчи аппарат зарарланганини аниқлаш имконини беради.

Вебер синамаси Бу синама қуйидагича текширилади: камертон бош суягининг тепа қисмига қўйилади. Нормада камертон товуши иккала кулоқда бир хил қабул қилинади. Товуш ўтказувчи аппарат зарарланганда суяк ўтказувчанлиги хаво ўтказувчанлигидан яхшироқ бўлади, шу сабабли текширилувчи зарарланган тарафдаги товушни дурустроқ эшитади.

Товушни қабул этувчи аппарат бир томонда зарарланганда (Корти аъзоси) текширилувчи соғлом томондаги товушни яхшироқ эшитади. Шундай қилиб, Вебер синамаси эшитув сусайган тақдирда товуш ўтказувчи ва товушни қабул қилувчи аппаратнинг нечоғли зарарланганини ажрата билиш имконини беради.

Товушнинг жойлашуви кўзлари юмилган текширилувчи товуш қаердан келаётганини аниқлаб бериши керак. Товуш жойлашувининг бузилиши алоҳида бир симптом тариқасида камдан-кам учрайди.

Эшитув бузилишларининг тўрт дўнгликдан пўстлоққа қадар масофасида топик аниқлаш анча мушкул бўлади, чунки бир томонлама зарарланишлар амалда симптомларсиз ўтади. "Эшитув пўстлоғи"нинг зарарланиши эшитув агнозияларига олиб келиши мумкин.

Корти аъзоси, эшитув нерви, эшитув анализаторларининг таъсирланиши оқибатида кулоқда шовқин, чийиллаш, ғичирлаш сезгиси пайдо бўлиши мумкин. Эшитув галлюцинациялари камдан-кам ҳолларда ўчоқ жараёни сабабли пайдо бўлади.

ВЕСТИБУЛЯР НЕРВ - n.vestibularis ички эшитув йўли тубида ётган Скарп тугуни (gangl.vestibularae Scarpaе) дан бошланади. Тугун хужайраларининг периферик ўсимталари (I нейрон) учта яримдоира каналлар ампулаларидан ва иккита дахлиз олди чиғаноқсимон халтачалар (utrículas ва sacculus)дан йўналади.

Ана шу хужайраларнинг марказий ўсимталари вестибуляр нервни ташкил этади, бу нерв калла суяги бўшлиғига porus acusticus internus орқали кириб, кўприк-мияча бурчагига йўл олади. Вестибуляр нерв толалари IV қоринча соҳасида жойлашган ядроларда, яъни Дейтерснинг ташқи ядросида,

Бехтеревнинг юкори ядросида ва вестибуляр нервнинг медиал ва пастки ядроларида тугайди.

Вестибуляр йўлнинг иккинчи нейронлари барча ядролардан, лекин асосан Дейтерес Бехтерев ядроларидан бошланади. Толалар Бехтерев ядросидан пастки мияча оёқчаси (*corpus restiformis*) орқали мияча чувалчангининг *nucleus fastigii* га асосан ўз томонидан йўналади. Марказий вестибуляр йўл вестибуляр ядролардан вестибуляр анализаторининг пўстлоқ бўлими бўлган кўрув дўнги орқали боғланган, у тепа - чекка соҳасида жойлашади.

Вестибуляр тизим нерв системасининг бошқа бўлимлари билан чамбарчас боғланган бўлди.

Дейтерс ядросининг хужайраларидан вестибуло-спинал йўл бошланади, бу йўл орқа мияча, олдинги шохлар хужайраларига бориб тугайди. Дейтерс ядролари орқа медиал тутам билан ҳам чамбарчас боғланган. Вестибуляр система ретикуляр формация ядролари билан алоқалар ўрнатган.

Вестибуляр аппарат бош, гавда ва оёқ-қўлларнинг фазодаги вазиятини ифода қилади. Бунда статик ҳолатни бошқаришда асосан *sacculus et utriculus* иштирок этади, уларнинг импульслари бош ва тананинг фазодаги ҳолати ҳақида ахборот беради, шунда проприоцепциянинг мураккаб тизимига қўшилиб кетади.

Вестибуляр аппарат фаолияти нерв системасининг бошқа иши билан шунчалик узвий боғланганки, яккаланган, "соф вестибуляр" симптомлар камдан-кам учрайди ва бундан ташқари, унчалик қатъий специфик бўлмайди.

Бош айланиши, нистагм, ҳаракатлар координациясининг бузилиши вестибуляр патологияда кўп кузатилади.

Бош айланиши. хуружсимон, баъзан эса бош ва гавданинг муайян ҳолатларида пайдо бўлиши мумкин. Гоҳо беморга гўё унинг атрофидаги барча буюмлар муайян йўналишида соат стрелкасига қарши ёки соат стрелкаси бўйича айланаётгандек, ер қимирлаётгандек туюлади. Бундай бош айланиши систем бош айланиши деб аталади. У вестибуляр зарарланишга анчагина хосдир. Айрим ҳолларда бош айланиши тепага қараганда ёки бошни кескин бурганда кучаяди. Ана шу симптом рўй берганда кўнгил айланиши, қайт қилиш,

эс-хуш (хиралашуви) пайдо бўлиши мумкин. Бош айланиши вестибуляр аппаратга бевосита таъсир эттирилганда, мияча зарарланганда, вегетатив дисфункцияларда вертебробазилар синдромларда артериал гипотонияда пайдо бўлади.

Нистагм - кўз олмаларининг бир маромда кимирлаб туришидир. Бу ҳаракатларнинг йўналиши бўйича горизонтал, вертикал, ротатор нистагм тафовут қилинади. Баъзи бир ҳолларда нистагм доим намоён бўлади, бошқа ҳолларда эса фақат бош ва гавда маълум бир ҳолатда бўлгандагина кузатилади.

Баъзан туғма, кўпинча горизонтал нистагм учрайди. Бу нистагмнинг қиёсий ташхиси қуйидагича ўтказилади: агар бемордан тепага қараши сўралса, туғма нистагм ўз табиатини сақлаб туради, айрим пайтда органик касалликларда горизонтал нистагм тепага қаралганда йўқолади ёки вертикал нистагмга айланади.

Соғлом одамларда нистагмоид қисқа муддатли ҳаракатлар гоҳо кўз олмаларини шарта узоқлаштирилганда пайдо бўлади. Уларни нерв системасининг зарарланиш симптоми сифатида кўриниши билан адаштирмаслик керак.

Вестибуляр патологияда ҳаракат координациясининг бузилишлари ҳам кузатилади: гандираклаб юриш, бормоқ-бурун синовида интенсия ва х.к. Вестибуляр ядроларнинг зарарланиши кўпинча жараёнга орқа ёнлама тутамнинг жалб қилиниши билан навбатлашади, бу эса топик диагноз (ташхис)ни белгилаш имконини беради.

Зарарланиш симптомлари.

Бу нерв икки хил сезувчи нервларнинг фаолиятини бирлаштиради. Pars cochlearis -чиғаноқ қисм, pars vestibularis даҳлиз қисм. Даҳлиз-чиғаноқ нерви шикастланганда эшитиш пасаяди (*гипоакузия*), қар бўлиб қолиш даражасигача (*акузия*), айрим пайтда эшитиш фаолияти ошиб кетади (*гиперакузия*). Эшитиш аппаратининг таъсирланиши шовқин ҳиссини, чайқалиш, хуштак, кулоқларда ва бошда шовқин, эшитув галлюцинациялар пайдо бўлиши мумкин. Вестибуляр

аппаратни бузилиши системали бош айланиши, нистагм, кўнгил айланиши, қусиш, ҳаракат вақтида бош оғриғи кучайиши билан кечиши мумкин. Бу симптом-комплекс вестибуляр синдром, ёки вестибуляр *атаксия* атамаси билан номланади.

Чиганок қисм:

1. Кулок соат юриши ва қарсақни эшитмайди.
2. Ринне пробаси, камертон пробасини ўтказганда суяк ўтказувчанлиги таркибида ҳаво 1:2 нисбатда, эшитилиши йўқолганига қарамай.
3. Вебер пробаси камертон ёрдамида текширилганда бир тарафга латерализацияланади, қарама-қарши тарафда зарарланади.

Вестибуляр қисм:

1. Горизонтал нистагм (секинлик компоненти асосан зарарланган соҳада).
2. Зарарланган соҳада бармоқ-бурун проба мусбат.
3. Калорик пробага реакциянинг пасайиши.

IX НЕРВ - N.GLOSSOPHARYNGEUS, ТИЛ – ҲАЛҚУМ НЕРВИ; X НЕРВ - N.VAGUS, САЙЁР (АДАШГАН НЕРВ) РАСМ

Бу иккала нерв одатда биргаликда кўриб чиқилади, чунки уларнинг мия устунда умумий ядроларга эга, биргаликда ютқин, ҳалқум, юмшоқ танглай сезувчанлигини ва ҳаракатланишини таъминлайди.

IX нервда тўртта ядро бор:

1. Таъм билиш ядроси-nucl.solitaria (XIII ва X нервлар билан умумий);
2. Сўлак ажратувчи ядро-nucl.salivatorius interior;
3. Сезувчан ядро-nucl.alae cinereae (X нерв билан умумий),
4. Ҳаракат ядроси-nucl.ambiguus-ютқин, ҳалқум, ҳалқум усти, юмшоқ танглай мушакларини нервлайди. Булардан ташқари X нерв хусусий ядрога ҳам эга.

Бу парасимпатик ядро-nucl.dorsalis n. vagi) бўлиб ички аъзоларни нервлайди.

IX ва X нервлар системасида иккита ганглия мавжуд: *gangl.superior*, *gangl.interior*. IX ва X нервлар тугунларида ютқин, ҳиқилдоқ, трахея ва тилдан келувчи сезги йўлларининг I нейрони жойлашади.

Текшириш усуллари. IX- X нервлар функциясини аниқлаш овоз чиқиши, унинг жарангдорлиги, суюқликки юта олиши, юмшоқ танглай билан тилчанинг ҳаракатлари ва таъм билишни текширишдан бошланади. Зарарланиш симптомлари "Бульбар фалажлик" қисмида берилган, юмшоқ танглайнинг фалажи, *uvulae* нинг соғлом томонга оғиши, ютинишида қалқиб кетиш, манқаланиб гапиришдан иборат.

Зарарланиш симптомлари.

1. Оғиз бўшлиғи ва ютқиннинг сезувчанлигини йўқолиши.
2. Тилнинг орқа 1/3 қисмида сезгининг йўқолиши.
3. Ютқин рефлексини йўқолиши.
4. Ютишни бузилиши (яққол эмас).

X шох - адашган нерв - *n.vagus*.

Адашган нерв кўплаб функцияни ўз ичига олади. У меъда-ичак тракти ва юрак кўндаланг тарғил мушакларни иннервация қилишдан ташқари, кўпгина ички органларнинг парасимпатик нерви бўлиб ҳам хизмат қилади. Неврологик диагностика қилишда юмшоқ танглай, хиқилдоқ ва ютқин иннервацияси бузилишлари катта аҳамиятга эга.

Зарарланиш симптомлари.

1. Зарарланган тарафда юмшоқ танглайни осилиб қолиши.
2. Ютқин рефлексини йўқолиб қолиши.
3. Овоз бойламларининг фалажлиги.
4. Ютишни қийинлашиши.
5. Димоқда гапириш, хуштаксимон овоз.
6. Пульс частотаси ва нафас олишни бузилиши.

БУЛЬБАР ВА ПСЕВДОБУЛЬБАР ФАЛАЖЛИК

Бульбар синдром - IX, X, XI, XII нервлар иннервация қиладиган нерв ядроларининг зарарланиши натижасида юзага келадиган фалажлик, ютиниш бузилади; дизартрия, тил мускулларининг атрофияси ва фибриляцияси, танглай ва ютиниш рефлексларининг сусайиши, юмшоқ танглай парези; нафас олиш ва қон-томир бузилишлар билан характерланади.

Псевдобульбар синдром - бу IX, XI ва XII жуфт нервларининг марказий нейронларининг шикастланиши натижасида ривожланадиган марказий фалажлик. Бульбар синдромида фалажлик ривожланади, факат атрофия ва фибрилляция кузатилмайди. Орал автоматизм симптомлари кузатилади. Психик активликни пасайиши, мажбурий йиғлаш, кулиш кузатилади. Нафас ва қон-томир системасида ўзгаришлар кузатилмайди.

Псевдобульбар фалажликда ҳам худди шундай симптомлар кузатилади, бу фалаж пўстлоқ-ядро йўллари икки томонлама зарарланганда ривожланади. Пўстлоқ-ядро йўллариининг бир томонлама зарарланиши фақат тил ости нерви ва қисман юз нерви функциясининг бузилишига олиб келади, чунки қолган бошқа калла суяги нервлари бош мия катта яримшарлари билан икки томонлама боғланган бўлади.

Псевдобульбар фалаж бульбар фалаждан фарқли ўлароқ, марказий хисобланади, атрофия ва фибрилляциялар кузатилади. Кортико-нуклеар йўлларнинг икки томонлама зарарланишини аниқлаш учун орал автоматизм рефлекслари текширилади.

Псевдобульбар фалажда ютиш рефлекси сақланади ёки ошган бўлади, ўз-ўзидан йиғлаш ёки кулиш кузатилади.

XI шох - қўшимча нерв - n. Accessorius.

Қўшимча нерв ядроси узунчоқ мианинг қуйи бўлимида ва орқа мианинг C1-C5 сегментларининг олдинги шохида жойлашган. Қўшимча нервнинг орқа миядан чиқадиган илдизчалари орқа мия бўйин бўлимининг ён сатхига чиқиб

foramen occipitale magnum орқали мия қутиси ичига киради. XI нервнинг краниал қисми билан қўшилади. Хосил бўлган қўшимча нерв foramen jugulare орқали ташқарига чиқади.

XI нерв n.sternocleidomastoideus ва m.trapezius ни нервлайди. N.sternocleidomastoideus бошни ён томонларга, орқа ва олдинга эгишда қатнашади, m.trapezius эса елкани тепага кўтаради.

N.accessorius вазифасини текшириш учун беморга бошни ён тарафларга буриш, елкалар кўтариш, кўлларини горизонтал чизикдан юқорироқ кўтариш сўралади.

Нерв ядроси ва илдизчаси зарарланганда тўш-ўмров-сўрғичсимон ва трапециясимон мушакнинг периферик фалажи ривожланади,, бошни соғлом тарафга буриш қийинлашади, зарарланган тарафда елка пастга осилиб қолади, кўлни горизонтал чизикдан юқорироқ кўтариш чекланган бўлади.

Қўшимча нервнинг краниал қисми ядросининг икки томонлама пўстлоқ иннервациясини олади, шу сабабли у нервлайдиган мушакларнинг марказий фалажи фақатгина кортиконуклеар йўлларнинг икки томонлама зарарланишда кузатилади.

Кўкрак-ўмров-сўрғичсимон мушак бошни қарама-қарши тарафга ва тепага буради. Трапециясимон мушак елка камарини кўтаради, елкани қисиш функциясини бажаради. Иккала мушак нафас кучайиши актида қатнашади. Қўшимча нерв кам ҳолларда зарарланади. Икки тарафлама зарарланишда елкани қисиш кузатилади, елкани кўтара олмаслик кузатилади.

Зарарланиш симптомлари.

1. Елкани кўтариш вақтидаги нимжонлик.
2. Бошни зарарланган тарафга қарама-қарши тарафга буришдаги нимжонлик.
- 3.Трапециясимон ва кўкрак-ўмров-сўрғичсимон мушакда (фақатгина периферик фалажлигида) атрофия ва фасцикуляциянинг кузатилиши
- 4.Сааламов тортишув симптоми.

XII жуфт - нерв - тил ости нерви- n.hypoglossus.

Тил ости нервнинг ядроси ромбсимон чуқурча тубида trigonum hypoglossi да ётади.

XII нервнинг илдизчалари узунчоқ миянинг пирамидалари ва оливалари орасидан чиқиб canalis hypoglossi орқали мия кутисидан ташқарига чиқади ва тил мушакларида тугайди.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ПАТОЛОГИЯСИ.

Бу нервнинг периферик фалажи унинг ядроси ва ундан чиқадиган толалар зарарланганда кузатилади.

Бунда тил мушаклари ярмида атрофия кузатилади. Тил оғиздан чиқарилганда фалаж бўлган тарафга эгилади, чунки соғлом тарафдаги m.genioglossus тилни олдинга ва қарама-қарши томонга йўналтиради.

Тил ости нервнинг ядроси зарарланганда тил мушакларида фибрилляр тортишишлар кузатилади.

Тил ости нервнинг икки томонлама зарарланиши нутқ бузилишига ҳам олиб келади. Буни дизартрия деб аталади.

Енгил дизартрияда бемор қийин талаффуз қилинадиган сўзларни айта олмайди. Кучли зарарланишларда нутқ артикуляцияси тўла бузилиб, анартрия ривожланади, шунингдек чайнаш ва ютиш ҳам бузилиши мумкин. Тил ости нервнинг ядроси зарарланганда ва жараёнга пирамид йўллар жалб этилганда тил мушакларнинг периферик фалажи ва қарама-қарши тарафда гемиплегия ривожланади. Бунга альтернирлашган Жексон синдроми дейилади.

Қуйидаги альтернирлашган синдромлар мавжуд. Авеллис синдроми nucl.ambiguus (IX ва X нервлар) симптомлари билан таърифланади. Шмидт синдромида патологик жараён томонида каудал гурух (n.ambiguus ва XI ядро) га мансуб ҳаракатлантирувчи ядроларнинг зарарланиш симптомлари, қарама-қарши тарафда-марказий гемиплегия қайд қилинади.

N.hypoglossus ядроси фақат карама-қарши яримшарлар билан боғланган бўлади, шу сабабли пўстлоқ-ядро йўли зарарланганда тил мушагининг марказий фалажи ривожланади, бунда тил атрофияси, фибрилляр тортишишлар кузатилмайди. Атрофия ва фибрилляр тортишишларнинг бор-йўқлигига қараб, периферик фалажни марказий фалаждан ажратса бўлади.

Уни шикастланиши тилнинг атрофияси ва тил учини қийшайиб қолишига олиб келади.

Шикастланиш симптомлари.

1. Шикастланган тарафга тил учининг девиацияси.
2. Тил атрофияси ва фасцикуляцияси (периферик фалажланишда).
3. Талаффузни бузилиши (тилни икки томонлама шикастланишида дизартрия). Икки томонлама тўлиқ шикастланишида талаффуз умуман йўқолади-анартрия. Бемор тилини оғзидан чиқара олмайди-глоссоплегия. Узунчоқ миядаги иккита ўчоқ пайдо бўлиши бульбар фалажликка, ядро усти жараёнлар-псевдобульбар ўзгаришларга олиб келади.

1.5. Марказий ва периферик нерв системаси шикастланиш синдромлари.

Бош мия функциясини бузилишлари.

Бош мия функциялари бош мия ярим шарлари хисобига бошқарилади. Шунинг учун патологик симптомлар жарохатланиш жойига ва тарқалганлигига боғлиқ.

Нутқ бузилишлари. *Афазия* - Нутқ бузилиши. Нутқ марказлари пешона, чакка ва тепа сохаларида жойлашган.

Мотор афазия - пешона сохаси шикастланишида кузатилади, бемор нима гапирилганлигини тушинади, лекин жавоб бера олмайди.

Сенсор афазия - бемор ўзига нисбатан гапириляётган фикрни тушинмайди, лекин кўп гапиради, гапининг маъноси бўлмайди. Чакка сохаси шикастланганда кузатилади.

Амнестик афазия - бемор буюмларни билиб туради, лекин уларни номини айтиб бера олмайди. Чакка-тепа-энса бурчаги шикастланганда юзага келади.

Тотал афазия - ҳамма Нутқ турлари бузилади. Бу кенг майдон бузилишида кузатилади. Худди шу ҳолатда санаш бузилади - акалькулия. Нутқни бузилиши билан биргаликда ёзиш (аграфия), ўқиш (алексия), санаш (акалькулия) каби бузилишлар ҳам кузатилиши мумкин.

Анартрия - артикуляцион аппарат парези ёки фалажланиши натижасида ривожланади. Бунда нутқ аниқ чиқмайди.

Мутизм (соқовлик)- ёшлигидан гапириш хусусиятини йўқотган беморларда кузатилади.

Скандирлашган нутқ - мияча шикастланиши натижасида кузатилади.

Апраксия - мақсадга йуналтирилган ҳаракатларни бажара олмаслик, яъни бир мақсад учун кетма-кет ишларни бажара олмайди. Бу чакка-энса-тепа сохалари шикастланишида кузатилади. Идеатор, қонструктив, мотор турлари фарқланади.

Идеатор апраксияда - ҳаракат режасини тузиш бузилади.

Қонструктив апраксия - бемор бўлаклардан бутун ясай олмайди (чўплардан квадрат ясай олмайди).

Мотор апраксия- план туза олмаслигидан ташқари бемор уларни амалга ҳам ошира олмайди.

Аграфия - апраксия турларидан бири ёза олмаслик.

Агнозия - таъсирлантирувчиларни фарқлай олмаслик. Тури қайси соха шикастланишига қараб фарқланади. Кўрув, эшитув, таъм билиш ва умумийси -астереогноз турлари мавжуд.

Алексия - ўқиш ва ёзилган нарсани тушиниш бузилади.

Психоэмоционал бузилишлар.

Бош миyanинг ҳар қандай соҳаси шикастланишида кузатилади. Кўпинча психикани бузилиши пешона соҳасини шикастланишида кузатилади. Бунда интеллектни кескин пасайиши, қизикишларнинг камайиши, эмоционал лабиллик, бефарқлик тартиб - қоидага, апатия, уришқоқлик, ҳазилларга мойиллик, гиперсексуализм кузатилади. Пешонани икки томонлама шикастланишида ва қадоксимон танани олдинги қисмини шикастланишида абулия (иродани йуқолиши) кузатилади. Беморлар бутунлай бефарқ бўлиб қолади. Пешона ҳамда пўстлоқ ости алоқа соҳалари шикастланганда орал автоматизм ва тутиб қолиш феномени ривожланади. Ярим шарлар медиал соҳасини шикастида эмоция, қўрқиш, ваҳима, умумий тормозланиш, ориентир бузилиши, хотирани айникса охирги ходисаларни унутиш кузатилади.

Мия моддаларини шикастланиши симптомлари.

Мия пардаларини шикастланиш симптомлари пардалар яллиғланганда ёки мия ичи босими кўтарилганда юзага келади. Улар **субъектив** ва **объектив** турларга бўлинади.

Субъектив белиларга: *кучли бош оғриғи, кўнгил айланиш, қусиш, таъсирчанлик, ақлий қобилиятни сусайиши.*

Объектив симптомлар: *менингеал ҳолат (поза) - бемор ён тарафдан ётган ҳолатда, боши орқага ташланган, умуртқа погонаси равоғи орқага чиққан, оёқлари букилган ҳолат.*

Энса соҳаси мускуллари ригидлигининг ошиши - бемор бошини умуман олдинга

ташай олмайди.

Керинг симптоми - сон - чанок ҳамда тизза бўғимларида букилган ҳолатда тизза бўғимини ёза олмаслик.

Мияча шикастланиши.

Мияча шикастланиши характерли белгиларига статикани бузилиши, координациянинг бузилиши ва мушаклар гипотонияси киради.

Мияча асоси шикастланган вақтда организм статикаси яъни таянч нуқтанинг стабиллиги бузилади. Мияча ярим шарлар шикастланган вақтда уни инертликка қарши таъсири бузилади, кинетик ҳамда локомотор атаксия юзага келади.

Текшириш усуллари.

1. Аудиодохокинез.
2. Бармоқ - бурун синамаси.
3. Товон - тизза синамаси.
4. Нистагм.
5. Нутқ бузилиши.
6. Хусни хатни ўзгариши.
7. Ромберг ҳолати.
8. Дарбозсимон ҳолати.
9. Юриш ўзгариши.
10. Дисметрия.

Вегетатив нерв системасини бузилиш симптомлари.

Симпатик ва парасимпатик нерв системаси ҳамда анимал нерв системаси ўзаро боғлиқ. Вегетатив ўзгаришлар қон - томир тонусини бузилиши терморегуляция нейроэндокрин, модда алмашинуви, сийдик айириш, дефекация ҳамда жинсий функцияларни бузилиши билан намоён бўлади. Симпатик қисм тонуси ошганда беморларда тахикардия, артериал босим ошиши, нафас олишни тезлашиши мидриаз, ваҳима, озиш, ич қотиши кузатилади. Ваготонияда пулс секинлашади, артериал босим пасаяди, миоз, беморларда семиришга мойиллик кузатилади, хушдан кетиш, кўп терлаш кузатилади. Вегетатив нерв системасини периферик қисмларини

шикастланишида тери рангида (оқариш, қизариш, кўқариш) ўзгаришлар, оёқларнинг совуши, тери ажралишнинг бузилиши, шиш, соч- тирноқлар ўсишининг бузилиши кузатилади. Ундан ташқари симпаталгия ва трофик ўзгаришлар кузатилади.

Орқа мия шикастланиш синдроми.

Орқа мия шикастланганда битта қисм эмас 2-3 сигмент бирданига шикастланади ва оғир клиник синдромлар ривожланади. Орқа мия патологиясида қайси қисми шикастланганлиги ҳаракат бузилишларига қараб аниқласа бўлади.

Орқа мия тўлиқ кўндаланг шикастланишини топик диагностикаси.

1. *Бўйин соҳасини тўлиқ кўндаланг шикастланиши* — марказий тетраплегия қўл оёқларга боровчи пирамида йўллариининг шикастланиши ҳисобига юзага келади. Тетраанестезия, тетраатаксия ва чаноқ аъзоларининг марказий шикстланиши -ахлат ва сийдикни ўткир ушланиши сифатида юзага келади.

2. *Орқа мия бўйин кенглигининг тўлиқ кўндаланг шикастланиши* — бунда аралаш тетраплегия, яъни қўлларнинг периферик фалажлиги ва оёқларнинг марказий фалажлиги билан ифодаланади. Тетраанестезия, тетраатаксия ва чаноқ аъзоларининг марказий шикастланиши- ўткир сийдик ва ахлат ушланиши сифатида юзага келади.

3. *Кўкрак қисмининг тўлиқ кўндаланг шикастланиши* — қўлларга таъсир қилмайди. Оёқларда спастик параплегия, параанестезия, параатаксия, сийдик ва ахлатнинг ўткир ушланиб қолиши.

4. *Бел кенглигининг тўлиқ шикастланиши* - оёқларда суст периферик параплегия, параанестезия, параатаксия ва ўткир ахлат ва сийдик ушланиши билан кузатилади.

5. *Бел конусининг тўлиқ кўндаланг шикастланиши* - чаноқ аъзоларининг периферик шикастланиши сифатида чин сийдик ва ахлат ушланмаслиги, анагенитал соҳани анестезияси намоён бўлади.

Орқа миянинг тўлиқ кўндаланг шикастланиши ўткир миелитда, кенг шикастланишларда ва бошқа касалликларда кузатилади.

Орқа миянинг ярим кўндалангига шикастланиши.

Орқа миянинг ярим кундаланг шикастланишида Броун-Секар синдроми кузатилади. Бунда шикастланган тарафда периферик фалажлик, чуқур сезгининг бузилиши, карама-карши тарафда юзаки сезгисини бузилиши кузатилади. Одатда Броун-Секар синдроми орқа миянинг ўсмаларида кузатилади.

Орқа миянинг қайси қисми шикастланишини аниқлаш аниқ топик диагноз кўйиш учун керак бўлади. Буни рефлексларни ва сезгини тўлиқ текшириш билан аниқласа бўлади. Сегментлар шикастланмагунча рефлекслар сақланади. Сегментларни шикастланиши шу қисм рефлексларини йўқолишига олиб келади. Рефлекс ҳосил қиладиган сегментдан юқорисидаги сегмент шикастланганда шу рефлексларни кучайишига олиб келади.

Топик диагноз учун сезгини йўқолиши ҳам катта аҳамиятга эга. Чунки маълум бир сегмент шикастланиши шу соҳа терисининг сезгисини йўқолишига олиб келади.

Чанок органлари бузилишининг клиник кўриниши.

Сийдик пуфаги ва тўғри ичакни иннервацияловчи вегетатив марказлар орқа миянинг бел-думғаза бўлимида чикади. Симпатик нерв системаси сфинктерлар ишини таъминлаб беради. Парасимпатик нерв системаси эса сийдик пуфаги ва тўғри ичак девори мускулларини иннервация қиладди. Орқа мия бел қисмидаги симпатик марказ шикастланса чин сийдик ва ахлат тута олмаслиги ривожланади. Сийдик пуфагига тушган сийдик тўхтатишсиз тўғридан - тўғри ташқарига чиқарилади. Спинал парасимпатик марказ шикастланганда беморларда сохта сийдик тута олмаслик ва ахлат тута олмаслик ривожланади, сийдик пуфагига тушган сийдик тўхталишсиз тўғридан-тўғри ташқарига чиқарилади. Спинал парасимпатик марказ шикастланган беморларда сохта сийдик тута олмаслик ривожланади. Бундай ҳолатларда сфинктерни механик кўзғалиши ҳисобига оз миқдорда сийдик ажралади, сийдик пуфагида доимий қолдиқ сийдик қолади. Ҳамда ахлат тутилиши ҳам юзага келади. Бундай беморларни тос органлари функциясини диққат билан текшириш керак ва

уросепсис ривожланиши мумкин бўлганлиги учун уз вақтида катетер қуйиш ва тозаловчи клизмалар қилиш керак.

Сийдик ва ахлатни тутилиб қолиши икки тарафлама бош мия ярим шарлари пўстлоқ қисми шикастланиши хисобига юзага келади. Бундай пайтда сийдик пуфаги бўшашмайди, у йиринглаши ҳам мумкин.Шунинг учун тезлик билан катетеризация қилиш керак.

Энурез (кечки сийдикни тутаолмаслик) ёш болаларда мустақил касаллик бўлиши мумкин.

Дефекацияни бузилиши механизми ҳам сийдик ажралишини бузилишига ўхшашдир.

Думғаза сегментидаги спинал марказни шикастланиши бўлганда ёки уни пўстлоқ билан богловчи йўлларда шикастланиш бўлганда жинсий заифлик-импотенция кўринишидаги жинсий бузилиш юзага келади. Чарчаганда, неврозларда,психик касалликларда жинсий мойиллик ошиши ёки камайиши мумкин.

Талаба билиши ва бажариши керак:

1. Чуқур ва юзаки рефлексларни чақира олиш.
2. Пирамида йўлининг физиологияси ва анатомияси.
3. Шартли ва шартсиз рефлексларни юзага келтирувчи система асосини билиш керак.
4. Экстрапирамида системанинг анатомияси ва функциясини билиш.
5. Мияча ва экстрапирамида системани шикастланиши симптомларини аниқлаш.
6. Мускул тонусини аниқлаш.
7. Акинетик- ригидлик синдромини аниқлаш
8. Гипотоник- гиперкинетик синдромни аниқлаш.

Талаба билиши керак.

1. Юзаки ва чуқур сезги йўлларининг анатомияси ва физиологияси.
2. Сезги анализаторининг шикастланиши даражасига боғлиқ бўлган сезги бузилиши турини аниқлаш.

3. Сизги анализаторлари шикастланиши оғирлигига боғлиқ бўлган сезги бузилиш шаклини аниқлаш.

4. Юзаки сезги текшириш усуллари.

- а) оғрик, температура, тактил
- б) нерв стволини тортилиш симптомини текшириш
- в) оғрик нукталарини аниқлаш.

2. Чуқур сезгини текшириш.

Текшириш учун саволлар.

1. Қандай анализаторларни биласиз?

2. Анализаторлар қандай қисмлардан иборат?

3. Қандай юзаки сезги турларини биласиз ва уларни текшириш усулларини биласиз?

4. Қандай чуқур сезги турларини биласиз ва уларни текшириш усулларини биласиз?

5. Юзаки сезги бузилиш турларини айтинг ва уларга характеристика беринг.

6. Чуқур сезги бузилиш турларини айтинг.

Студент қила олиши, билиши ва эслаб қолиши керак.

1. Бош мия нервларини тузилишини билиш керак

2. Бош мия нервларини зарарланиши симптомларини билиш керак.

3. Беморни шикоятини тўғри аниқлаш керак.

Текшириш учун саволлар.

1. Бош мия нервлари функциясига кура қандай турларга бўлинади?

2. Қачон хид сезиш галлюцинацияси юзага келади?

3. Вестибуляр нерви шикастланишига хос симптомларни айтинг

4. Кўзни ҳаракатлантирувчи, ғалтаксимон ва узоқлаштирувчи нервлар шикастланганда қандай симптомлар юзага келади?

5. Юз нерви шикастланганда кузатиладиган симптомларни айтинг.

6. Қўшимча ва тил ости нервларини шикастланиши симптомларини айтинг.

7. Уч шохлик нерв шикастланганда кузатиладиган беморларнинг шикояти.

8. Тил- ютқин нерви шикастланганда кузатиладиган шикоятлар.

9. Сайёр нерви шикастланганда кузатиладиган симптомларни айтинг.

II - Бўлим. Неврологик беморларни текширишни асосий принциплари.

II.1. Неврологик беморларни текширишни асосий принциплари.

Неврологик беморларни текшириш паспорт маълумотларини тўплаш, бемор шикоятлари ва анамнезини йиғишдан бошланади. Анамнез (хотирлаш) бу касалликнинг ривожланиши ва беморнинг олдинги ҳаёти ҳақидаги маълумотлар йиғиндиси.

Шикоятлари билан танишиб чиккандан кейин, касалликни биринчи белгиларидан бошлаб текширув ўтказилаётган вақтгача бўлган касаллик анамнези йиғилади. Бунда диққат-эътибор симптомларни динамикасига ва ўтказилган даво муолажаларни самарасига қаратиш керак. Анамнезни муҳим аҳамиятга эга иккита қисми - ҳаёт анамнези: ҳаёт анамнезида беморнинг туғилиши, болалик ва ўсмирликда ривожланиши, ўтказган касалликлари яшаш ва меҳнат шароитлари зарарли одатлари ва касаллик ҳақида маълумотлар тўпланади.

Анамнез йиғиб бўлгандан кейин беморни текширишга ўтилади. Умумий кўздан кечириш ва ички органларни текшириб бўлгандан кейин беморни нерв системасини текширишга ўтилади (неврологик статус).

II.2. Неврологик статусни текшириш усуллари.

Олий малакали ҳамширалар неврологик касалликларда асаб системасининг бузилишларни аниқлаш учун неврологик статуснинг ҳолатини текширишни билишлари керак. Бу билимларни талаба неврологик беморларда кўрсата олиши керак. Олинган натижалар ҳамширалик ташхисини қўйишга асос бўлиб, ҳамшира ҳаракатларига ва беморни парвариш қилишига ёрдам беради.

II.3. Бош мия нервлари вазифасини текшириш усуллари.

Хидлов нерви функциясини текширишда турли моддалар (ялпиз, камфора, керосин) солинган пробиркалардан фойдаланилади. Пациент буларни фарқлай

олиши керак.

Кўрув нерви функцияси: кўриш ўткирлиги, кўриш майдони, ёрукликни сезиш ва кўз тубини текшириш орқали аниқланади. Бу текширишни окулист ўтказди.

Кўзни ҳаракатлантирувчи, ғалтаксимон, узоқлаштирувчи нервни функциясини текшириш учун қуйидагилар: Кўз ёригини кенглиги, птоз йўқлиги, ғилайлик, кўз олмасининг ёнга, юқорига, пастга ҳаракати ҳажми, қонвергенцияси аниқланади. Қорачиқни текширишда: унинг шакли, ўлчами, ёруғликка реакцияси, аккомодацияси аниқланади.

Уч шохлик нерви: текширишда учлик нерв тармоклари чиқадиган нуқталарни босиб кўришдан ташқари юзнинг симметрик қисмларини сезувчанлиги ҳам аниқланади. Пастки жағ ҳаракати чайнов мускуллари атрофияси бор йўқлиги текширилади.

Юз нервини функциясини текшириш: юзни тинч ҳолатда текширишдан бошланади ва ассиметрияси аниқланади. Бунда юзнинг тортилиш, тери бурмаларининг текисланиши, кўз ёруғини кенгайиши, оғиз бурчагининг тушиши кузатилади. Мимика мускулларининг функционал қобилятини аниқлаш учун беморга қошини кўтариш, кўзни юмиш, лунжини шишириш, тишни кўрсатиш буюрилади. Периферик фалажликда юзнинг бутун ярмида мимика бузилади. Марказда фақат пастки қисмидаги мимика бузилади. Юз нерви шикастланиши даражасини аниқлаш учун ва шу билан бирга эшитиш, ёш ажратиш, сулак ажратиш, тилни ярмидаги таъмни сезиш хусусиятлари ҳам текширилади.

Дахлиз - чиғанок нервини текширишда эшитиш ва мувозанат аниқланади. Эшитиш функциясини текширишда камертонлар туплами, масофада шивирлаб гапириш ҳамда аудиометрия текширувларидан фойдаланилади. Вестибуляр функциясини текшириш махсус кресло (Барани), центрифуга, калорик синамалар ёрдамида аниқланади.

Тил - юткин нерви ва адашган нерв функциясини юмшоқ танглай ҳаракати,товуш жаранги, овоз тиниқлиги, тилнинг орқа учлигини таъм сезиш хусусиятига караб аниқланади.

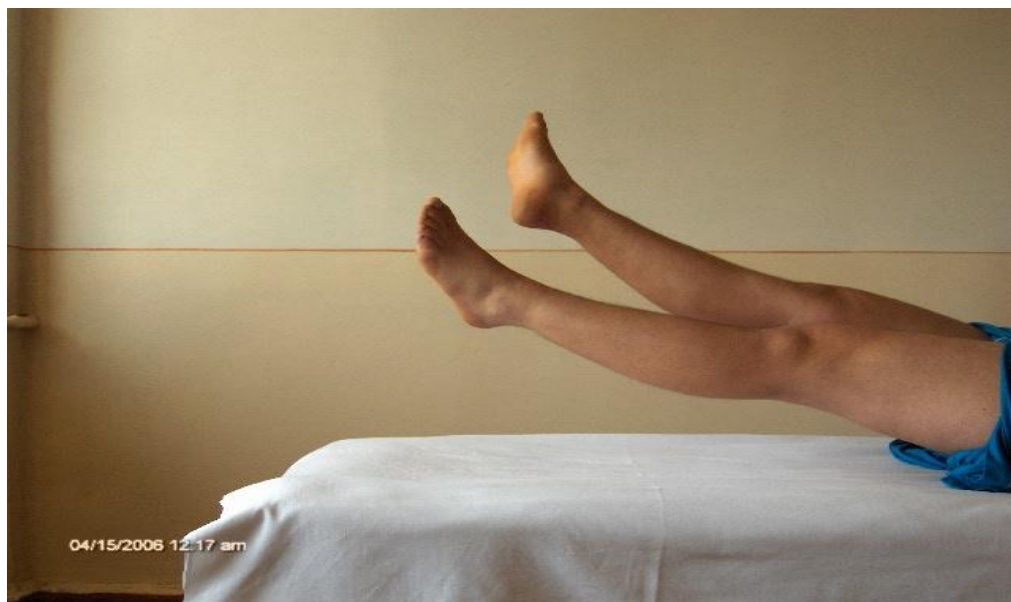
Қўшимча нерв функциясини текшириш елкани кўтариш ва узоклаштириш, куракларни умурткага якинлаштириш, бошни ёнга буриш билан текширилади. Шу билан бирга трапециясимон мускул ва тўш-ўмров-сўргичсимон мускул атрофиясини аниқлаш учун куздан кечирилади.

Тил ости нервини функциясини текшириш учун бемордан тилини чиқариш сўралади, тилнинг ҳаракат ҳажми, тил мушакларини атрофияси бор йўқлиги кўрилади.

II.4. Рефлектор- ҳаракат функциясини текшириш.

Ҳаракат бузилишларини аниқлаш ва баҳолаш учун ҳаракат ҳажми, мушаклар тонуси ва рефлекслар текширилади. Ҳаракат ҳажминини аниқлаш учун навбатма-навбат оёқ-қўлларни турли бўғимларига ҳаракатлар буюрилади ва мушаклар иши кузатилади. Мушаклар тонуси динамометр ёки қаршилик даражаси орқали баҳоланади.

Актив ҳаракатларни бажара олмаслик фалажлик деб ҳисобланади. Мушаклар кучини нисбатан камайиши чуқур парез, бир оз камайиши енгил парез деб аталади. Клиник амалиётда мушаклар кучини 5 балли шкала бўйича баҳоланади. 5балдан (норма) 0 гача (тўлиқ фалажлик, ҳар қандай ҳаракат ва мушак кучини йўқлиги). Яширин парезни аниқлаш учун Барре синамасидан фойдаланилади. Барре синамасини юқори турида беморга қўлларни юқорига кўтариш сўралади, зарарланган томонда қўл тез чарчайди ва тушириб олади. Барре синамасини пастки синамасида чалқанча ёки қоринда ётган бемор оёқларини тизза бўғимини букиш буюрилади, шикастланган томонда оёқ тез чарчайди ва тезроқ пастга тушади.



Расм 22. Енгил парезни аниқлаш учун пастки Барре синамаси.

Мушак тонусини аниқлаш учун оёқ ва қўл бўғимларидан пассив ҳаракатлар бажарилади. Нормда бушашган мушаклар бир оз қаршилиги аниқланади: марказий парез ва фалажликда мушакларнинг спастик таранглиги периферик парез ва фалажликда мушаклар гипотонияси кузатилади. Мушаклар трофикаси визуал текширилади. Мушаклар симметриклиги, атрофиялар бор йўқлигига этибор берилади. Атрофияни симметрик томонларини ўлчаш билан аниқланади.

Чуқур ва юза рефлекслар фарқланади. Уларнинг ёйлари нерв системасининг маълум қисмларида тугалланади.

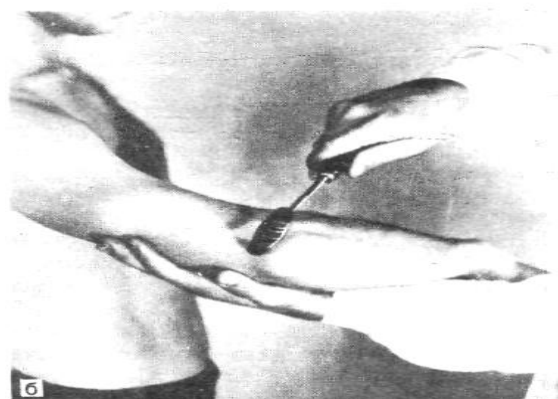
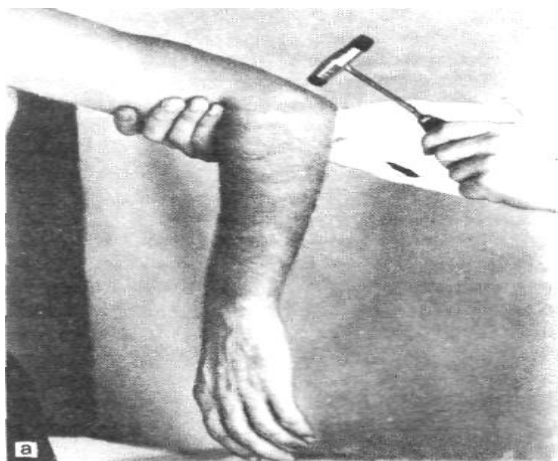
Чуқур рефлекслар куйидаги сохаларда кўп текширилади.

Билак-кафт (карпорадиал) бунда билак суягини бигизсимон усиғига болгача билан урганда кафт енгил буқилади.

Бицепс - икки бошли мушак пайига болгача билан урганда елкани буқилиши кузатилади.

Трицепс - тирсак бўғимини ярим букилган ҳолатда уч бошли мушак пайига болгача билан урилганда бўғим ёзилади.

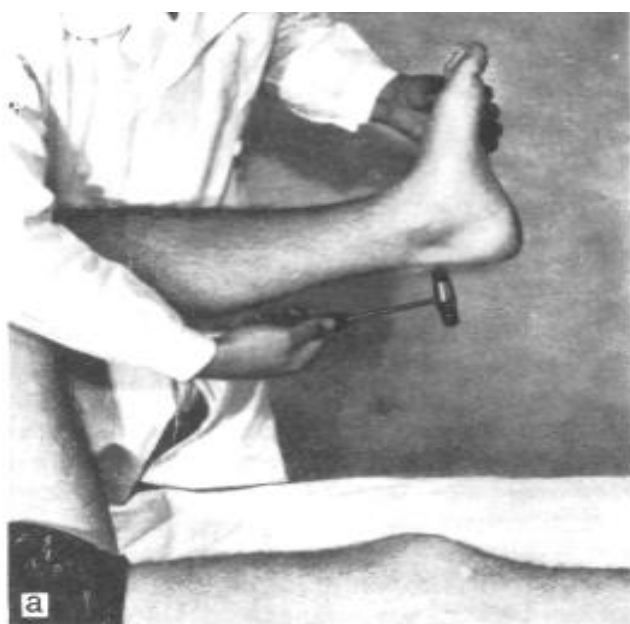
Тизза копкоғи пайига болгача билан урилганда букилган тизза ёзилади. Ахилл пайига болгача билан урилганда кафт товон томонга буқилади.



Расм 23. Трицепс рефлексини текшириш



Расм 24. Тизза рефлексини текшириш



Расм 25. Ахилл рефлексини текшириш

Чуқур рефлекслар ҳаракат йўлини периферик нейронлари зарарланганда пасаяди, марказий нейрони зарарланганда чуқур рефлекслар кучаяди.

Юза рефлексларга қуйидагилар киради:

Шох парда (корнеал) шох пардага таъсир эттирилганда қовоқнинг юмилиши. Юткин деворларига таъсир эттирилганда йутал, қусиш актини пайдо бўлиши кузатилади. Қорин (юқори, ўрта, пастки) деворига тўғноғич билан штрих таъсир эттирилганда мушакларни қисқариши кузатилади.

Оёқ-кафтнинг ташқи қирғоғига штрихли таъсир эттирилганда Бармоқлар букилиши кузатилади.

Бош мия пўстлоги жароҳатланганда кузатиладиган патологик рефлекслар. Буларга қуйидаги патологик рефлекслари киради:

Хартум рефлeksi: юқориғи ёки пастки лабларни болғача ёрдамида таъсирлаганда оғизнинг айлана мушаклари қисқариши ҳисобига лаблар дўппайиб чиқади.

Кафт-ияк рефлeksi: тенор соҳасини чизиксимон таъсирлаганда ияк мушаклари қисқаради.

Ушлаш рефлeksi: (Янишевский) кафт соҳасини таъсирлаганда проксимал фалангалар қисқариб бемор предметни ушлайди ва қўлини мушт қилади.

Пирамида йўллари жароҳатланганда қўл Бармоқлари ва оёқ панжаси учун характерли патологик рефлекслар.

Бабинский симптоми - оёқ тагининг ташқи қиррасини чизиксимон таъсирлаганда бош Бармоқнинг кучсиз қисқариши билан намоён бўлади.

Юқориғи Россолимо симптоми: II-V қўл Бармоқларини охириги фалангасига урилганда бошқа барча Бармоқларнинг ёзилиши кузатилади.

Пастки Россолимо симптоми: II-V оёқ Бармоқларини охириги фалангасига урилганда оёқ Бармоқларини ёзилиши.

II.5. Ихтиёрсиз ҳаракатлар.

Ихтиёрсиз ҳаракатларнинг намоён бўлиши мускуллар тонусининг ошиши, мимика ҳолати, юриш характери, ҳаракатни бажариш темпи, ҳаракатни тез

бошлаш ва бошқариш, синкинезия, тремор ва бошқа зураки ҳаракатлар билан юзага чиқади.

Амимия ҳаракатларининг секинлашиши (брадикинезия) ҳаракат сустлиги (олигокинезия), мускуллар тонусининг пластик ошиши, экстрапирамида системасининг (қора субстанция ва оқ модда) зарарланишида, гиперкинез ва гипотония думсимон ядро ва пўстлоқ(скорлупа) зарарланишидан далолат беради.

II.6. Ҳаракат координацияси.

Ҳаракат координациясини баҳолаш учун юриш характери ва бир қатор диагностик синамалардан фойдаланилади.

Ромберг синамаси: бемор оёқларини бирлаштириб, кўлни олдинга узатиб кузини юмади. Агар миёча зарарланган бўлса бемор ён томонга йиқилиб кетади.

Бармоқ-бурун синамаси: бемор кузларини юмиб кўлларини ён томонга узатади. Навбати билан кўлларини бош бармоғини бурун учига теккизади. Бармоқни бурун учига теккиза олмаслик миёча зарарланишидан далолат беради.

Тизза-товон синамаси: бемор чалқанча ётган ҳолатда, бир оёғи товонини иккинчи оёғи тиззаси устига қўйилади ва болдир суяги буйлаб пастга сурилади. Бемор тўғри бажара олмаслиги миёча зарарланишидан далолат беради.

Аудиодохокинез синамаси: бемор кўлларини узатган ҳолатда, кўлларини айланма ҳаракат қилдиради. Шу кўлнинг бирортаси орқада қолиши миёча зарарланишидан далолат беради.

Ҳаракат координациясининг бузилиши нистагм, скандирлашган Нутқ ва мушак тонуси ўзгариши билан намоён бўлади. Миёча атаксияси билан биргаликда *сенситив атаксия* ҳам учраб туради, бунда мускул бўғим сезгиси бузилиши билан кечади.

II.7. Сезувчанликни текшириш.

Беморда сезувчанликни текшириш хар хил таъсирловчи буюмлар оркали амалга оширилади. Таъсирлантириш тананинг турли кисмларига хар икала томондан ўтказилади. Бош ва юздан бошлаб буйин, кўллар, тананинг оёқлари текширилади. Тананинг симметрик кисмларининг сезувчанлиги солиштирилади. Оғрик сезгисини аниқлаш учун игнадан, харорат сезишини аниқлаш учун илик (+17 С) ва иссиқ (+40 С) сув солинган пробиркадан, тактил сезги учун пахта бўлагидан фойдаланилади.

Чуқур сезгини текшириш мускул-бўғим сезгиси, майда бўғимларда пассив характлар билан аниқланади.

Вибрация сезгисини аниқлаш учун харакатга келтирилган камертон оёқчасини тананинг турли симметрик кисмларига куйилиб сезиш вақти секундомерда аниқланади. Шу билан бирга сезувчанликни мураккаб тури аниқланади.

Стереогноз - бемор кўзларини юмиб ўтирган ҳолатда кўлига таниш буюм берилади ва нималиги сўралади.

Танага чизилган шаклларни сезувчанлигини аниқлаш - бемор терисига ўтмас буюм билан хар хил харф ёки шакллар чизилади ва унинг номи суралади.

Тери кинестетик сезгиси - Бармоқ билан терини устидан енгил айланма харакат қилинади ва харакатнинг йўналиши сўралади.

Дискриминацион сезувчанлик - бемор қандай масофада иккита нукта сезиш аниқланади.

Юкорида олинган маълумотлар топик ташхисга асос бўла олади.

Улардан ташқари периферик нервларнинг тортилиш симптомлари текширилади: Лассег, Вассрман, Нери, Мацкевич симптомлари. Ушбу клиник смптомлар кўпроқ ўткир ва сурункали бел-думғаза радикулитида учрайди.



Расм 26.Тортилиш симптомларини текшириш.

II.8. Олий нерв фаолиятини текшириш.

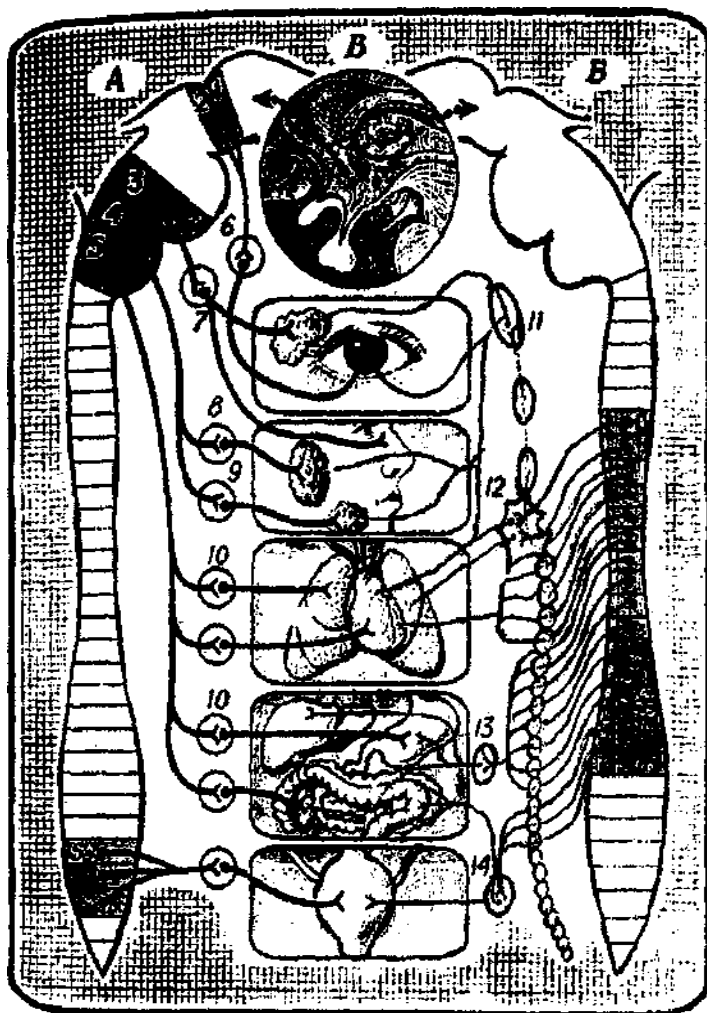
Нерв системаси касалликларга ташхис кўйиш учун ва Нутқ, ўқиш, ёзиш, ҳисоблаш, гнозис ва параксисни текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Нутқ текшириш. Беморга аввало оддий вазифалар айтилади кўзни юмиш, кўлни кўтариш ва кейин мураккаблаштириб борилади. Мотор афазияни суҳбат ва сузларни такрорлаш йули билан аниқланади.

Амнестик афазияни аниқлаш учун беморга таниш бўлган буюмларни курсатиб унинг номи суралади. Нутқнинг бузилишида бош мия пустлоғи зарарланганда дизартрия, скандирлашган Нутқ ва мутизмни ажрата олиш керак.

Вегетатив нерв системасини функциясини текшириш.

ВНС баҳолашда беморнинг тана тузилиши, тери ости ёғ қаватининг ривожланганлиги, тери ранги ва намлиги, тана харорати, пульс, нафас, АКБ, қорачиқнинг кенглиги ҳисобга олинади. Бунинг учун бир қатор синамалар ўтказиш керак.



Расм 27. Вегетатив иннервация тузилиши:

А — парасимпатик система; Б — симпатик система; В — дўмбоқ ости соҳа, 1,2- кўзни ҳаракатлантирувчи нервнинг вегетатив ядроси, 3 — кўз ёш ажратувчи ядро; 4 — сўлак ажратувчи ядро; 5 — адашган нервнинг вегетатив ядроси, 6 — кўз ёш ажратувчи парасимпатик нерв тугуни; 7, 8,9 — сўлак ажратувчи нервларнинг вегетатив тугунлари ; 10 — ички органларнинг вегетатив регуляциясини бошқарувчи нерв тугунлари ; 11 —бўйин юқори симпатик тугунлари ; 12 —юлдузсимон тугун; 13 — қуёш чигали; 14 — пастки ичак тутқичи нерв тугунлари.

Дермаграфизм синамаси -

кўкрак кафасининг юқориги

қисми чизиксимон таъсирлантирилади. Бунда ваготонияда қора дермаграфизм ва симпатикотония эса оқ дермографизм аниқланади.

Клиностатик синама - бемор вертикал ҳолатдан горизонтал ҳолатга ўтганда пульс 10-12 тага камаяди.

Ортостатик синама - бемор горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга утганда пульс 10-12 ур/мин га, қон босими 5-10мм.с.у.га ошади.

Кўз-юрак рефлекси - соглом одамда кўз олмаси босилганда пульс 6-12 ур/мин.га камаяди.

Соляр рефлекс - қуёш чигали босилганда пульс 4-12 ур/мин.га камаяди.

Аспирин синамаси - беморга 1гр таблеткада аспирин ичирилади. Бу соглом одамларда диффуз терлашни юзага келтиради.Гипоталамус ва унинг таркибий тузилмалари зарарланганда терлаш кузатилмайди.

Тери хароратини аниқлаш - бу электротермометр ёрдамида тананинг

симметрик жойларида ўтказилади.

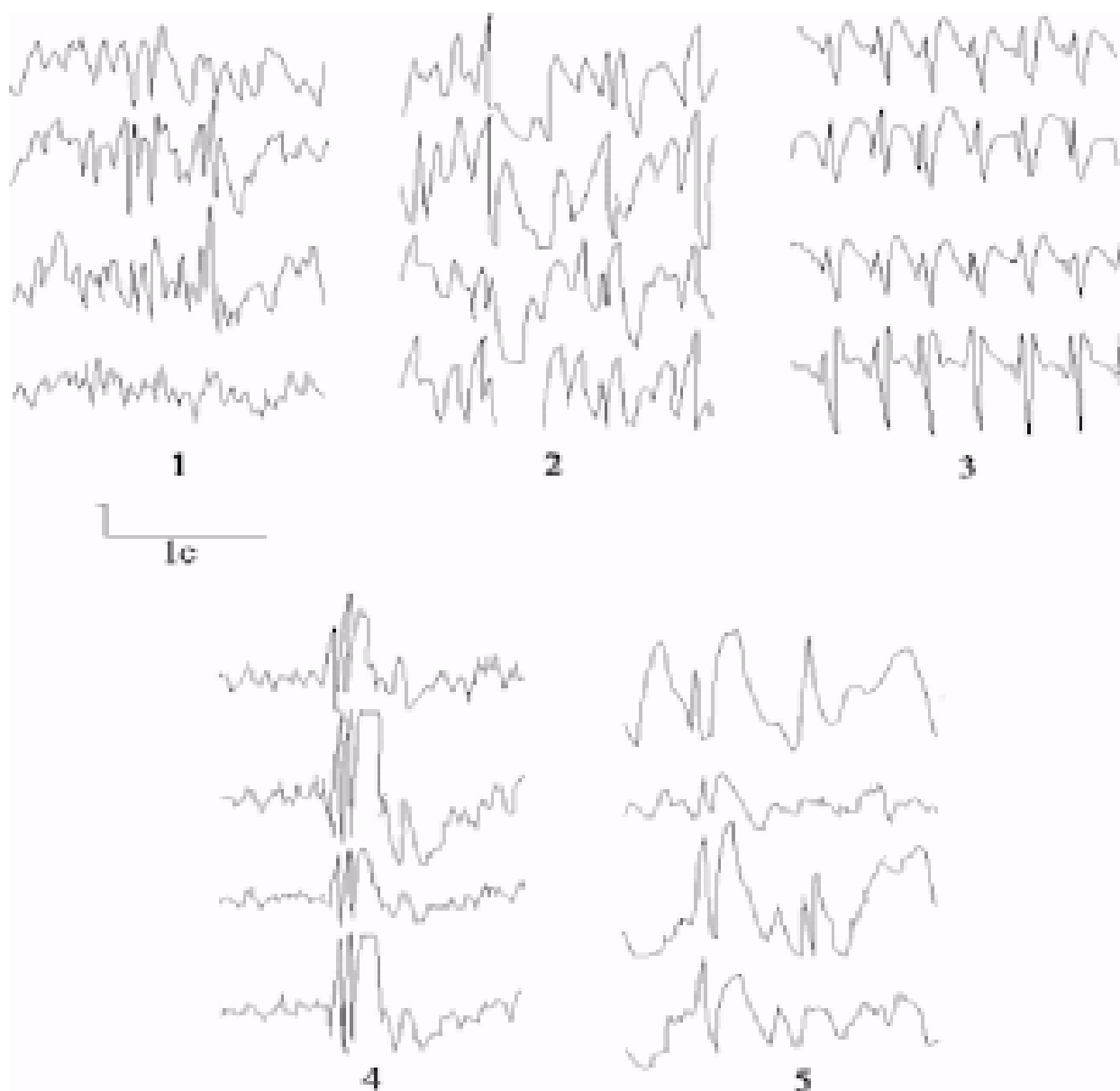
II.9. Параклиник текшириш усуллари.

Люмбал пункция - МНС яллиғланиш касаллиги, мия тўқимаси ва мия пардаси остига қон қуйилиш касаллигини аниқлаш учун қўлланилади.

Офтальмологик текширув - кўз туби қон томирлари ва кўрув нерви дискининг ҳолати, кўрув майдони, кўриш ўткирлиги ва ранг ажратиш хусусияти аниқланади.

Рентгенография - жароҳат ва жароҳатсиз кечадиган касалликларда қўлланилади. Бу тўғри ва ён проекцияларда олинади. Краниограммада бош суягининг ўлчами, бутунлиги, чоклари ва ёш болаларда лиқилдоқларга эътибор берилади. Рентгенография умуртқа поғонаси бўйича асосий диагностик усулардан бири. Спондилограммада умуртқа танаси шакли ва улчамига эътибор берилади. Шу билан бирга умурткалараро ёрикка, суяк туқима структурасига эътибор берилади.

Электроэнцефалография мия биопотенцияларини компьютерда ёзиб олиш. Нормада ЭЭГ тўлқинлари бир хил бўлмаган тўлқин ва амплитудалардан иборат. Альфа-ритм, бета-ритм, дельта-ритм, тета-ритм фарқланади. Ўткир тўлқинлар ва секин юқори ваттли тўлқинлар миянинг эпилепсия даврида хуружга тайёргарлигини билдиради: Бош мия ўсмаларида уларнинг тарқалиш х-ритмда кучсиз бўлиши ва 1-тўлқинлар пайдо бўлиши титрок разряди пайдо бўлиши мумкин. ЭЭГ наркоз чуқурлигини баҳолайди ва мия ўлими қонстантасида аҳамиятга эга.



Расм 28. *Эпилепсия билан касалланган беморнинг ЭЭГ тулқинлари: 1. Баланд амплитудали спайк-дельта тўлқинлар. 2. Баланд амплитудали альфа ва дельта тўлқинлар. 3. Спайк дельта тўлқин комплекслари; 4. Поли-Спайк дельта тўлқин комплекслари; 5. Баланд амплитудали Альфа тўлқин дельта тўлқин комплекслари*

Реоэнцефалография: - бош тўкималарини электр токига қаршилигини аниқлашги асосланган, миёда қон айланишини томирларни қон билан тулишини, миё томирлари тўлиш ва веноз оқими ҳолатини урганувчи усул. Электродларни жойлашишига қараб каротид ва вертебробазилар босимлар текширилади. **РЭГ** - асосан цереброваскуляр, гипертония касалликларида

кўпрок маълумот беради.

Эхоэнцефалография: - бош мия ичида жойлашган ултра- товуш тўлқинларини хар-хил хосилалардан номоён бўлишига асосланган. Текширувда структураларнинг ўрта чизикда жойлашишига аҳамият берилади. Улар нормада 1 мм дан узоклашмайди. Агар ўрта структуралар ўрта чизикдан 6мм га узоклашган бўлса, бу бош мияда патологик жараён (гематома, усма, абцесс) борлигини билдиради.

Допплерография: - томирлар қон ҳаракатини ва қон томир ўтказувчанлигини, оқим тезлигини аниқловчи усул. Бу усул билан нафақат магистрал томирлар,балки интракраниал томирларда қон оқимини аниқлаш мумкин. Бу усул қон-томир патологиясини,мия ўлимини аниқлашда кўлланилади.

Электромиография: - мускуллар биопотенциалларининг функционал ҳолатини,нерв импульсларининг нерв толаси орқа мия ўтказгич орқали ўтказилишини аниқлайди. Марказий ва периферик нейронлар зарарланганда ўзгаришлар юзага келади.

Пневмоэнцефалография: - орқа мияга люмбал пункция қилиниб 11-70 мл кислород юборилади. Хаво юқорига кўтарилади. Қоринчалар тур парда ости бўшлигини тўлдиради, сунг рентгенография қилинади.

Каротид ёки вертебрал ангиография уйку артерияси ёки умуртка артериясига 10-15 мл контраст модда юборилиб, бош мияни асосий қон томирлари краниограммада акс эттирилади. Ангиография оч қоринга ўтказилади. Бу методлар инвазив бўлиб оғир асорат бериши мумкин.

Неврологик беморларни даволашни асосий принциплари.

Неврологик касалликларни даволашда бир нечта усуллар: пархез, медикаментоз терапия, физиотерапия муолажаларидан фойдаланилади.

Даволаш 3 гуруҳга бўлинади:

1. Табиий воситалардан.
2. Медикаментоз даво.
3. Психотерапия.

Шу билан бирга этиологик, симптоматик, патогенетик даво ва реабилитация олиб борилади.

Этиологик даво: касалликка олиб келинган омил бартараф этилади.

Патогенетик даво: патогенезни хар-хил бўлимларига таъсир қилади.

Симптоматик даво: симптомлар йўқотилади.

Беморнинг меҳнат фаолияти қайта тикланади. Реабилитация кичик ёшдаги болаларга ҳаракат суҳбат сферасини коррекция қилиш. Неврологик касалликларни даволашда физиотерапия катта аҳамиятга эга. Периферик нерв системасини касалликларини ўтқир босқичида УВЧ, УФО, ДДТ, амплипульс кенг қўланилади.

Ремиссия даврида электрофорез, лазер, ултратовуш терапия ва парафин терапия ўтказилади. Ҳаракат бузилишларида массаж, ЛФК ўтказилади ва ИРТ кенг қўланилади.

Бундан ташқари беморларга санатория- курортда дам олиш буюрилади. Ўзбекистонда қуйидаги санатория – курорт даволаниш масканлари мавжуд.

1. “Зомин” санаторияси, Жиззах вилояти, Зомин туманида тоғли жойларда жойлашган бўлиб, асосан нерв система функционал касалликларини даволаш учун мўлжалланган.
2. “Турон” санаторияси, Ташкент шаҳар, Шўртепа даҳасида жойлашган бўлиб, асосан церебро-васкуляр ва юрак қон-томир касалликлари билан оғриган беморларни реабилитацион даволаниш учун мўлжалланган.
3. “Чинобод” санаторияси, Ташкент шаҳарда жойлашган бўлиб, асосан периферик нерв система ва диабетик полинейропатия касалликларини даволаниш учун мўлжалланган.
4. “Чорток” санаторияси, Наманган вилояти, Чорток туманида жойлашган бўлиб, асосан церебро-васкуляр касалликларини фитотерапия билан даволаниш учун мўлжалланган.
5. “Абу Али Ибн Сино” санаторияси, Самарқанд вилояти, Нуробод туманида жойлашган бўлиб, асосан вертеброген неврологик касалликларини даволаниш учун ва иглорефлексотерапия усуллари билан даволаш учун

мўлжалланган.

6. “Ботаника” санаторияси, Тошкент вилояти, Қибрай туманида жойлашган бўлиб, асосан соматоневрологик касалликларни даволаниш учун мўлжалланган.

Мустақил назорат учун саволлар ва топшириқлар.

- 1 .Харакат функцияси қандай текширилади?
- 2.Оғриқ сезгиси қандай текширилади?
- 3.Нерв системасини текширишни қандай методларини биласиз?
- 4.Инсултни даволаш принципларини айтинг.
- 5.Остеохондрозни даволашда қандай препаратлардан фойдаланилади?

III - Бўлим. Неврологик касалликларни асосий клиник кўринишлари.

III.1. Бош мия қон томирларининг инсультгача бўлган касалликлари.

Ҳамшира ташҳиси ва беморни парвариш қилиш режаси.

Мияда қон айланишининг бузилиши.

Асаб тизими касалликлари орасида кўп ўлимга сабаб бўлиши ёки меҳнат қобилиятини турғун бузилишларига олиб келиши билан томир патологияси олдинги ўринларни эгаллайди. Ривожланган мамлакатларда мия томирли касалликлардан ўлим курсаткичи юрак ва усма касалликларидан сўнг 3-ўринда туради. Инсульт ўтказган беморларнинг 25% биринчи суткада, 40% 2-3 ҳафтада, яшаб қолганларнинг 50% 4-5 йилда ҳаётдан кўз юмади.

Мияда қон айланиши етишмовчилигини асосий сабаблари церебрал атеросклероз ва гипертония касаллиги, кам ҳолларда томир аномалиялари (аневризмалар, патологик букилмалар, торайишлар), ревматизм, васкулитлар, юрак патологияси, қандли диабет, қон касалликлари бўлиб ҳисобланади.

Бош мияда қон айланиш бузилишининг кўйидаги клиник шакллари ажратилади:

А. Бош мида қон айланиш етишмовчилигини дастлабки белгилари (БМҚАЕДБ).

Б. Бош мияда қон айланишни ўткинчи бузилиши (БМҚАЎБ).

- Транзитор ишемик атаклар.
- Гипертоник ишемик кризлар.
- Ўткир гипертоник энцефалопатия.

В. Бош мияда қон айланишнинг ўткир бузилиши. Инсульт.

- Субарахноидал қон қуйилиши.
- Геморрагик инсульт.
- Ишемик инсульт.
- Кичик инсульт.
- Олдин ўтказилган инсульт қолдиги (1 йилдан кўпроқ).

Г. Бош мияда қон айланишни сурункали етишмовчилиги.

Бош мида қон айланиш етишмовчилигини дастлабки белгилари.

Бу таъхис бош мида қон айланиш етишмовчилигининг дастлабки клиник белгиларини кўрсатади ва миани томирли шикастланишини нисбатан эрта шаклига эътибор қаратиш, ҳамда касалликни ривожланишини олдини олиш ва ўз вақтида даволаш мақсадида ажратилади.

Атеросклероз, артериал гипертензия, вазомотор дистониялар этиологик омиллар ҳисобланади. Одатдаги ҳолатларда беморлар узларини яхши хис қилишади, лекин миани кислородга эҳтиёжини оширувчи (аклий зўриқиш, жисмоний чарчаш ва ҳок) ҳолатларда бир қатор шикоятлар пайдо бўлади.

Беморлар бош оғриғи, бош айланиши, бошда шовкин, хотирани бузилиши, иш қобилятини пасайишига шикоят қилишади. БМҚАЕДБ таъхиси беморда охириги 3 ой давомида 1 ҳафтада 1 неча марта касаллик белгиларини такрорланган ҳолатларда қуйилади. Бунда асаб тизимида органик шикастланиш белгилари бўлмайди.

Даволашда томир касаллиги, АБ ни тўғирлаш, мида қон айланишини яхшиловчи препаратларни буюриш (кавинтон, циннаризин), седатив воситалар (валериана тиндирмаси, пустирник), поливитаминлар, ноотроплар (аминалон, пикамилон, ноотропил). Беморни кун тартибини нормаллаштириш керак, уйқуни 8-9 соатгача узайтириш ва парҳез танлаш керак. Енгил ишларни бажариш, даврий равишда дам олиш уйлари ва санаторийларда дам олиш тавсия қилинади.

Бош мида қон айланишни ўткинчи бузилиши.

БМҚАЎБ - бир суткадан ошмайдиган ўткир бошланувчи ўчоқли ёки умумий мия симптомлари ёки уларни бирга келиши билан намоён бўлувчи мида қон айланиши бузилиши ҳисобланади. Уларга кичик томирларга тромб текилиши, тромбоэмболия, ангиоспазм, мида қон айланишини бузувчи гемодинамик бузилишлар ва бошқа механизмлар натижасида унча катта бўлмаган қон қуйилишлар, ёки инфарктлар бўлиши мумкин.

Бундай патологиянинг сабаби мия томирларининг склерози, гипертония касаллиги, артериал гипотония, қон ивиши ва қуюшқоқлигини ортиши, бўйин

остеохондрози бўлиши мумкин.

БМҚАЎБ пайдо бўлишига жисмоний ва рухан зўриқишлар, алкоголь истеъмол қилиш, кизиб кетиш ва бошқалар ёрдамлашади.

БМҚАЎБ Транзитор ишемик атака ва гипертоник кризларга бўлинади.

Транзитор ишемик атакалар ўчоқли симптоматика (оёқ ва қўлларни холсизлиги, Нутқни бузилиши, диплопия ва бошқа), умумий мия симптомлари, ёки уларсиз, ёки уларни кучсиз ривожланиш фонида юзага келиши билан характерланади. Симптоматика томир спазми локализациясига боғлиқ. Транзитор ишемик атака кўпинча вертебробазиляр, баъзан каротид бассейнида пайдо бўлади.

Вертебробазиляр бассейнда қон айланиши бузилса бош айланиши, кўнгил айнаши, қусиш, энса соҳасида оғрик, кўриш бузилиши (иккиланиш, кўрув майдонини тушиб қолиши), эшитишни пасайиши, юришдаги бузилишлар пайдо бўлади.

Каротид бассейнда қон айланишида бузилиш бўлса доимий бўлмаган гемитип бўйича парезлар, фалажликлар, сезишни бузилиши, Нутқни ва ёзишни бузилиши бўлиши мумкин.

Гипертоник церебрал криз бош оғриғи, кўнгил айнаш, қусиш, баъзан тормозланиш ёки артериал гипертензия фонида психомотор қўзғалишлар билан характерланади. Мия шиши хисобига менингеал симптомлар кузатилади. Гипертоник криз ўткир гипертоник энцефалопатиядан турғун органик белгилар йўқлиги билан фарқланади. Ўтиб кетувчи миёдаги қон айланиш бузилишлари билан боғлиқ симптомлар 24 соат ичида йўқолади.

Даволаш: тинчлик кўзда тутилади, неврологик симптоматика пайдо бўлганида ва йўқолгач 2-3 хафта давомида ётоқ режимига риоя қилинади. Дорилар билан даволаш этиопатогенезга кўра ва insultларни даволаш схемасига мувофиқ: миёда қон айланиши етишмовчилигида юрак гликозидлари ва тонусни оширувчи воситалар (коргликон, строфантин, сулфокамфокаин, кофеин) ангиоспазмларда томир кенгайтирувчи препаратлар (эуфиллин, клофеллин, кавинтон) қон ивиши ортганида антикоагулянтлар буюрилади.

Сурункали авжланувчи мия қон айланишини бузилиши.

Касаллик церебрал атероскелероз ёки гипертония касаллиги фонида кўзатилади ва "дисциркулятор" энцефалопатия синдроми кўринишида бўлади. Энцефалопатия тушунчаси бош мия туқимаси яллиғланишсиз шикастланиши ҳисобланади. *Дисциркулятор энцефалопатия* - бу аста-секин авж олиб боровчи бош мия қон айланишини етишмовчилиги ҳисобланади ва у мия туқимасида диффуз майда ўчоқли ўзгаришлар билан кечади ва бош мия фаолиятини бузилишини ўсишига олиб келади. *Церебрал атероскелероз* -томирлар деворининг липоид ўзгаришлар билан кечади. Бунда мия артерияси интимасига липоид моддалар чўкиб қолади ва қон томирлар атераматоз бляшкалар ҳосил бўлиб, уларнинг ёруғлиги тораяди. Оқибатда қон томирлар ўтказувчанлиги бузилади ва мия туқимасида майда қон қўйилишлар ва ишемик ўчоқлар юмшаши кўринишида пайдо бўлади. Церебрал гемодинамика, мия озиқланиши бузилади ва кечки босқичларда унинг атрофияси кузатилади. *Дисциркулятор энцефалопатия* -церебрал атеросклерознинг клиник кўринишларидан ҳисобланади. Унинг бошланғич босқичларида бошда оғирлик, қулоқда шовқин, бош айланиш, таъсирчанлик, кўз ёшланиб тўриши, эмоционал лабиллик,хотирани ва иш қобилиятини пасайиши, уйқу бузилиши хос.

Атероскелероз ривожланиши билан юқоридаги симптомлар ошиб боради ва нерв тизими органик шикастланиш белгилари пайдо бўлади: патологик рефлекслар, мувозанат, нутқ, ёзиш бузилади; қизиқиш доираси тораяди, эгайизм кучаяди, иш қобилияти пасаяди.

Кучли ифодаланган энцефалопатияда хотира бузилади, интеллект пасаяди, паркинсоник синдром, ақл заифлик, инсультлар ривожланади.

Диагностика хос симптомларга ва улар динамикасига, шу билан бирга кўз туби қон томирларини текширувлари, РЭГ ва қон биохимик кўрсаткичларига асосланади, (қонда b-липопротеидлар, холестерин миқдори ошади).

Даволаш; тадбирлари липид алмашинувини (мевакор, липостабил, цетамифин) артериал босимни меъёрга келтиришга (атенолол, капотен, клофелин) мия қон

айланишини яхшилашга (циннаризин, кавинтон, вазобрал) эритроцитлар агрегациясини пасайтиришга (курантил, тагрет, комполамин) миёда метабولىк жараёнларни яхшилашга (пирацетам, ноотропил, аминалон) қаратилган бўлади.

Профилактика: Бемор индивидуал хусусиятлари назарда тутган ҳолда рационал тартибда ўтқизилади (етарли уйқу ва меҳнат, овқатлар умумий калорияси чегараланиши, ҳайвон ёғларини ўсимлик ёғларига алмаштириш, ижобий эмоциялар).

III.2. Бош миё ўткир қон томир касалликлари. Ҳамшира ташҳиси ва беморни парвариш қилиш режаси.

Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши (БМКҚАЎБ) – шошилиш ҳолатининг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, у **инсульт** (лотинча “insulto” – зарба) деб ҳам юритилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш жамиятининг талқини бўйича **инсульт** – бу 24 соатдан узоқ давом этадиган, ўлимга олиб келиши мумкин бўлган ва миёда қон айланишининг бузилишидан бошқа сабаби бўлмаган, тез ривожланадиган миё фаолиятининг фокал ва глобал бузилишидир. Инсультнинг қуйидаги турлари мавжуд:

- Ишемик инсульт (80% ҳолатда);
- Миёга қон қуйилиши (12% ҳолатда);
- Субарахноидал қон қуйилиши (8% ҳолатда).

Бундан ташқари миёда қон айланишининг ўтувчи бузилиши (транзитор ишемик атака) ва ўткир гипертоник энцефалопатия ҳам фарқланади.

Ишемик инсульт – миёнинг маълум қисмида қон айланишининг пасайиши натижасида миё моддасининг инфаркти шаклланиши билан кечадиган ўткир касаллик.

Ишемик инсультни келтириб чиқарувчи сабабларга қуйидагилар киради: бош миё магистрал артерияларининг интимасидаги атероматоз пуфакчалар қон томирни окклюзия (тўсиб қўйиш) қилиши, атеросклеротик эмболларни қон томир ёриқларини тўсиб қўйиши, артериал гипертензия натижасида келиб чиқадиган артериоспазм (қон томири торайиши), бўйин умуртқа поғонасининг

деформацион спондилёзи натижасида умуртқа артериясининг компрессияси (сикилиши), артериитлар (Такаясу касаллиги, Мойя–Мойя касаллиги, туберкулёз, ОИТС, сифилис, малярия ва б.қ. касалликларда), юрак фаолиятининг бузилиши (ЮИК, аритмиялар), коагулопатиялар (ДВС–синдром), турли этиологияли анемиялар.

Қайта–қайта транзитор ишемик хуружларнинг бўлиши ишемик инсульт ривожланишининг жиддий аломатидир. Касаллик ривожланишидан олдин беморда парестезиялар, оёқ ва қўлларда ўтувчан ҳолсизлик, нутқнинг бузилиши, юрак уриб кетиши, нафас етишмаслиги каби аломатлар намоён бўлади. Ишемия кўп ҳолларда уйқуда ёки уйқудан турганда ривожланади. Касаллик клиникаси бир неча дақиқа ёки соат давомида аста–секин ривожланиб боради. Беморнинг ҳуши ўзида ёки қисқа муддатга сопороз бўлиши мумкин. Юзи рангпар ёки цианотик, пульси пасайган, қон босими ва ҳарорат тушган, брадипноэ кузатилади.

Ишемик инсультда мия зарарланишининг ўчоқли белгилари умумий мия белгиларидан устун туради. Ишемик инсультнинг клиникаси қайси қон томирда зарарланиш борлигига боғлиқ. Олдинги мия артериясида окклюзия ривожланганда беморнинг иккала оёғида спастик паралич, сийдик тута олмаслиги, аспонтанлик, абулия, абазия, апраксия, “ушлаб олиш” рефлекси кузатилади.

Ўрта мия артериясида қон айланиши пасайганда беморда қонтрлатерал (қарама–қарши тарафда) гемиплегия ва гемиянестезия, қонтрлатерал қарашнинг фалажлиги, афазия, анозогнозия кузатилади.

Орқа мия артериясида қон айланиши пасайганда қонтрлатерал гомоним гемиянопсия, амнезия, дислексия, ранг ажратиш амнестик афазияси, кўз ҳаракатлантирувчи нервнинг ипсилатерал (ўз тарафида) зарарланиши, атаксия, қонтрлатерал тарафда ихтиёрсиз ҳаракатлар кузатилади.

Базилляр артерияда окклюзия бўлганда икки тарафлама неврологик симптоматика (тетрапарез) ва кома кузатилади. Умуртқа артериясида қон айланиши пасайганда узунчоқ мия зарарланиш белгилари намоён бўлади:

нистагм, бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, дисфагия, дисфония; ипсилатерал тарафда Горнер синдроми, атаксия, юзда сезгининг бузилиши, контрлатерал тарафда оғриқ ва ҳарорат сезгисининг бузилиши.

Геморрагик инсульт – қон томирнинг ёрилиши ёки қоннинг мия паренхимасига сизиб ўтиши натижасида мия тўқимасига қон қуйилиши.

Геморрагик инсультни келтириб чиқарувчи сабабларга қуйидагилар киради: бош мия жароҳати, қон босимини тўсатдан жадал кўтарилиши, антикоагулянтлар миқдорини ошиб кетиши, мия устунда иккиламчи геморрагиялар, артериит ва коагулопатиялар, сурункали алкоголизм ва наркоманияда артериал тизимда ўзгаришлар пайдо бўлиши, аневризмалар, микроангиома, телеангиэктазия, каверномалар, гемофилия, ДВС–синдром ва б.қ. Геморрагик инсульт кўп ҳолларда 50–60 ёшларда кузатилади.

Геморрагик инсультдан олдин касаллик бошланишидан хабар берувчи аломатлар одатда кузатилмайди. Онда–сонда носпецифик намоёндалар – бош оғриши, хавотир, безовталиқ, бош айланиши кулоқда шанғиллаш кузатилиши мумкин. Геморрагик инсульт кундузи ҳиссий ёки жисмоний зўриқишдан кейин ривожланади. Мияга қон қуйилишига кўпинча хос бўлган белги – бу кучли бош оғриғи билан тўсатдан ўткир бошланишидир. Қон қуйилганда мия ичи босими ортиши ва мия шиши натижасида беморда (дақиқа ичида) беҳушлиқ, қусиш ва кома ҳолати кузатилади. Тезда ўчоқли белгилар (контрлатерал гомоним гемианопсия, контрлатерал гемиплегия ва гемианестезия, контрлатерал қарашнинг фалажлиги, афазия, анозогнозия, қарама–қарши тарафга қарашнинг фалажлиги, афазия ва б.қ.) ривожланади. Беморнинг юзи бўғриққан, қизил тусда бўлади, тана ҳарорати кўтарилади. Тезда менингеал белгилар ривожланади, лекин улар чуқур кома ҳолатида аниқланмаслиги ҳам мумкин.

Пўстлоқ ости тугунларига қон қуйилганда унинг клиникасини ўрта мия артериясида окклюзия бўлганда кузатиладиган белгилардан ажратиш мушкул, чунки иккаласида ҳам бир хил симптоматика (контрлатерал гемиплегия ва гемианестезия, контрлатерал қарашнинг фалажлиги, афазия, анозогнозия) кузатилади. Лекин қон қуйилганда онгнинг чуқур бузилиши кузатилади.

Таламусга қон қуйилганда контрлатерал гемиплегия ва гемианестезия, юқорига қарашнинг чегараланиши, ғилайлик кузатилади.

Кўприкка қон қуйилиши команинг эрта ривожланиши, қорачиқнинг кучли торайиши, икки тарафлама децеребрацион ригидлик билан характерланади.

Миячага қон қуйилиши тўсатдан пайдо бўлган бош айланиши, қусиш ва атаксия билан кечади.

Субарахноидал қон қуйилиши – субарахноидал бўшлиққа қон қуйилиши. 70–80% ҳолатда субарахноидал қон қуйилиши этиологиясида аневризма, 5–10% ҳолатда – артерио–веноз мальформациялар, 3–5% ҳолатда эса инфекцион–токсик, травматик, атеросклеротик, патогемик (геморрагик диатез, тромбоцитопения, гемофилия, лейкоз) паранеобластик сабаблар ётади.

Аневризмани ёрилиши тўсатдан пайдо бўладиган кучли оғриқдан бошланади. Аневризмани ёрилишига қон босимини баланд кўтарилиши, жисмоний зўриқиш, қаттиқ йўтал, кучли ҳиссий зўриқиш сабаб бўлиши мумкин. Бош оғриши билан бирга қусиш, кучли терлаш, тахикардия кузатилади. Сўнгра ҳушини йўқотиш, ҳаттоки кома ҳолати кузатилади. Субарахноидал қон қуйилишида қуйидаги асосий неврологик синдромлар кузатилади:

- сопороз–коматоз синдроми – сопор ва кома ҳолати, ўчоқли белгиларни йўқлиги, биринчи 2–6 соатда менингеал белгиларни аниқланмаслиги билан кечади.
- гипоталамик синдром – катаболик ва вазомотор реакциялар билан кечади.
- менингеал–психомотор синдром – асосан ёшларда, ўчоқли неврологик симптомлар йўқлиги фонида асаб тизимини қўзғалиш белгилари билан кечади.
- менингеал–радикуляр синдром – мия пардалари зарарланиш белгилари билан биргаликда бош мия–чанок жуфт нервларининг (кўзни ҳаракатлантирувчи, узоқлаштирувчи, уч шохли) зарарланиши кузатилади.

- менингеал–фокал синдром – менингеал белгилар билан биргаликда мия зарарланиш симптомлари (афазия, монопарез, анестезия) кузатилади.

Инсультларнинг кечишида бир неча давр фарқланади.

1. Энг ўткир давр – 3 – 5 кун давом этади, неврологик белгиларни пайдо бўлиши ва ривожланиши билан характерланади. Бу даврда интенсив терапия энг самаралидир.
2. Ўткир давр – 21 кун давом этади, неврологик белгиларни стабиллашиши ёки мия ва миядан ташқари ривожланган асоратлар (гипертензия, пневмония, вегетатив бузилишлар, қон томирлар спазми) туфайли беморнинг аҳволи оғирлашиши билан кечади.
3. Тикланиш даври – бемор ҳолатининг стабиллашиши ва секин–аста патологик белгиларнинг камайиши билан характерланади, бу ҳолат 2 йилгача давом этади.
4. Қолдиқ асоратлар даври – бу даврда турғун резидуал белгилар қолади ёки кечки асоратлар ривожланади (мия чандиқлари, арахноидит, дисциркулятор ўзгаришлар, ликвор ҳосил бўлиши ёки сўрилишининг бузилиши ва ҳ.к.лар натижасида эпилепсия, гидроцефалия, энцефалопатияларнинг ривожланиши).

Инсульт.

Мия инсульта деб, миёдаги қон айланишининг тўсатдан бузилишига айтилади. Оқибатда мия тўқималарида деструктив ўзгаришлар юзага келади ва унинг органик шикастланишининг турғун симптомлари пайдо бўлади. Инсультнинг 2 хил кўриниши фарқланади: геморрагик (миёга қон қуюлиши) ва ишемик (мия инфаркти).

Инсульт-мия қон айланишини ўткир бузилиши бўлиб, бу мия функциясининг 1 неча сутка давом этувчи патологиясига олиб келади. Инсульт-бу аҳолининг меҳнатга лаёқатини пасайтирувчи, узоқ муддат госпитализациясига олиб келувчи касалларнинг турғун ногиронланишига, уларнинг оилаларида ҳаёт сифатининг пасайишига ва давлатни сезиларли

иктисодий харажатларига сабаб бўлувчи патологиядир. Инсулт - ўлим сабабчиси сифатида юрак қон томир ва онкологик касалликлардан сўнг учинчи ўринда туради ва бундан 14 % ни ташкил қилади (Манковский Н.Б 2000 й). Ишемик инсулт ўрта хисобда геморрагик инсултга нисбатан 5-6 марта кўп учрайди (Г.И.Авакян 2000 й). "Ишемик инсулт, мия инфаркти ва ўткир церебрал ишемия" тушунчалари адабиётларда синоним сифатида ишлатилади. Ўзбекистонда мия инсулти билан хасталаниш 1000 аҳолига 0.9 дан 1.4 гача ўзгариб туради (Мажидов.Н.М ва бошқалар 1998 йил). Тошкентда 1000 аҳолига 1.5 та тўғри келади.

Ўткир ишемик инсулт юқори даражада леталлик билан характерланади. Бу фақат беморнинг қарилигига, патологик ўчоқнинг кўламига, такрорий инсултнинг эрта қўшилишига эмас, балки кардиал асоратлар, бўлмачалар хилпираши ўлим кўрсаткичларини оширади (Soksena.R. I ва бошқалар 2001 й). Бунда инсултнинг оқибатлари турли факторларга - беморнинг ёши, артериал гипертензиянинг борлигига, қандли диабет, юрак етишмовчилиги, ўтказилган инсултлар мавжудлиги, беморнинг ирқи кабиларга боғлиқ. Б.С. Валенскийнинг маълумотларига кўра, ишемик инсултдан ўлим сабаби 12-37 %, бесабаб 52-82%, мияга қон қуюлиши 32-64% арахноидал қон қуюлишлар бўлиб ҳисобланади.

Инсултлар 80% ҳолларда ўрта мия артерияларида, 20% ҳолларда бошқа артерияларда юзага келади. Инсултнинг клиникаси шикастланган томир ҳавзасига боғлиқ. Инсултнинг клиник симптоматикаси умумий мия ва ўчоқли симптомлар, характер, яққол ва нисбий кўрсаткичлар бир қатор омиллар омиллар жумладан томир ҳавзасини зарарловчи етакчи патогенетик занжирга асосланади (Трошин В.Д 2000).

Беморлар инсултга бир неча кун қолганда бош оғриғи, ҳолсизлик, бош айланиши, кўз олди қоронғилашуви, қўл оёқларда увишиш кабиларни ҳис этади. Белгилар кучайиб боради в бир кунда қўл оёқларнинг гемипарези пайдо бўлади. Бемор хушини йўқотмайди, лекин бошида туманни ҳис этишади. Баъзида касалликнинг кечиши беҳосдан бўлиши мумкин, бунда ўткир даврда

геморрагик инсультдан фарқлаб бўлмайди. Ишемик инсульт уч оғирлик даражасига эга (Трошин В.Р 2000).

Кичик инсульт - аҳамиятсиз ўртача неврологик симптоматика юзага келгач уч хафта ичида регрессияга учраши билан характерланади. Ўрта оғирликдаги ишемик инсульт клиникасида мия шиши, хуш йўқотиш белгиларисиз кечадиган ўчоқли симптоматика кузатилади. Оғир инсультга эса эс хуш йўқотилиши, мия шиши, вегетатив трофик ўзгаришлар, кўпол ўчоқ нуксони кўпинча дислокацион симптомлар билан бирга кечувчи умумий мия симптомлари хос. (Гусев Е.И 1992 й).

Мия инфарктининг ўчоғини аниқлаш томирларнинг окклюзияси, стенози ёки тромбоэмболияси оқибатида юзага келган симптомлар ва топик синдромлар анализига асосланади. Унг томонлама гемиплегиянинг ривожланиши оз ёки кўп миқдорда ифодаланган афазия кўринишидаги нутқ бузилиши билан кечиши мумкин. Мия пўстлоғининг тепа қисми ва мия ички капсуласининг зарарланишида беморда анозоогнозия, метоморфопсия, аутогнозия ёлғон кўринишлари билан, кўрув майдонида тана тузилишининг қийшайиб кўриниши ўз ҳолатини тушунмаслик кабилар ривожланади.

Ўрта мия артериясининг алохида тармоқларининг кўп учровчи окклюзиясида нотўлиқ синдромлар: пастки шохлари окклюзиясида қўлнинг ва мимика мускулларининг контролатерал парези билан кечувчи мотор афазия, фалажланган қўл ва оёқларда юзага келган вазомотор трофик ўзгаришлар: совуқ қотиш, цианоз, шиш, бўғимларда оғриқ билан кечувчи артропатиялар уларнинг бужмайишига -контрактура ва атрофияларнинг ривожланишига сабаб бўлади. (Авакян Г.Н 2000 й) Ўрта мия артериясининг бутун ҳавзасида қон айланиши бузилганида контрлатерал гемиплегия ва гемианестезия контрлатерал гомоним гемианопсия, афазия (доминант билан давом этади. Миянинг йўқотилган функциясининг тикланиши секинлик билан кечади, лекин буйрак усти безида хусусий ва потенциал резервларнинг дефицити борлигини ҳам эслатиб утиш керак. Касалликнинг клиникасида мия инсультининг церебрал дефекти белгилари билан бирга полиорган етишмовчилик билан

характерланувчи системали қон- томир жараёнининг белгилари ҳам намоён бўлади. Мия инфарктининг кечиши, миядаги морфофункционал ўзгаришлар, организмнинг гомокинетик кўрсаткичлари ва юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, касалликнинг ҳар бир босқичида маълум терапевтик ёндашиш лозим, лекин терапевтик тактика индивидуал бўлиши лозим. (А.Р.Рахимжанов 1999 йил).

Геморрагик инсульт.

Бу мия тўқимасига (паренхиматоз қон қуюлиш) тўр ости бўшлиққа (субарахноидал) ёки мия қоринчаларига (вентрикуляр қон қуюлиш) қон қуюлиши билан характерланувчи миядаги қон айланишини ўтқир бузилиши. Аралаш шакллари ҳам учраши мумкин.

Касалликнинг клиник кўринишлари қон қуюлиш ўлчами ва локализациясига боғлиқ. Касаллик кечишида учта давр фарқланади: ўтқир, тикланувчи ва резидуал.

Бош мияга қон қуюлиши.

Асосан миянинг ўрта артерияси хавзасида, ички капсула ва базал ядролар соҳасида кечади, мияга қон қуюлишининг асосий сабаби хафакон касаллигидир. Қон қуюлиши диапедез ёки қон томир ёрилиши сабабли юзага келиши мумкин. Қўйилган қон мия тўқимасини парчалайди, мия пардаларини таъсирлантиради, бу эса мия ва ўчоқли симптомларни юзага келишига олиб келади. Миядаги патологик ўчоқ пайдо бўлиши мия ички босимини ошиши, эс- хуш йўқолиши ва хаётий муҳим функциялар- нафас олиш, қон томир системаси, терморегуляциянинг бузилишига олиб келиши мумкин.

Касаллик физик ёки эмоционал зўриқишда даставвал пайдо бўладиган белгиларсиз ўтқир бошланади (апоплексиформ). Бемор кучли бош оғриғини сезади, хушидан кетиб йиқилади, коллапсга тушади. Бунда АҚБ нинг ошиши, пульс зўриқиши шовқинли нафас, қорачиқларнинг ёруғликка реакциясининг йўқолиши, қайт қилишга чақирувлар кузатилади, юзи тўқ қизил рангли, беморнинг боши ва кўзи фалаж бўлган соҳадан қарама қарши томонга қараган (бемор ўчоқ томонга қараган) бўлади, фалаж томонда бурун лаб-бурмаси



Расм 29 . Ўткир геморрагик инсулти беморнинг компьютер томографияси

силлиқлашган оғиз бурчаги тушган, ёноғи тусланган, оёғи ташқи тарафга бурилган. Беморни текширганда гемиплегия, мускуллар тонусини пасайганлиги фалажланган оёқ ва қўлларнинг тушиб кетиши, Бабинский патологик симптоми, шунингдек минимал симптомлар ҳам аниқланиши мумкин. 1-2 суткада тана ҳарорати 41 даражага кўтарилиши мумкин, 2-3 суткада пневмония ёки ўпка шиши ривожланади, ётоқ яралар пайдо

бўлади. Қўшимча текширувларда

кўзтубида геморрагиялар, қонда лейкоцитоз,

ЭЭГ да суст тўлқинлар (тета ва дельта ритм) пайдо бўлиши, баъзида ЭхоЭГда М-Эхо да силжишлар, ликворнинг босими ошган, 1-суткада қон аралашмаси аниқланади. 3-5 кун давомида ксантахромия аниқланади.

Беморларнинг аҳволи одатда ўта оғир, ўлим кўрсаткичи 60%. Яхши кечганда бемор коматоз ҳолатдан доимий чиқиб боради, эс-ҳуши ойдинлашади, ўчоқли симптоматика яққоллашади. Беморларда гемиплегия, гемианестезия баъзида гемианопсия аниқланади. Чап ярим шар шикастланганда нутқ, ўқиш, ёзиш бузилади. Ўнг яримшар шикастланганда психика бузилади, апраксия, агнозия ва паракинез(фалажланмаган соҳаларда автоматик ҳаракатлар кузатилади).

10-14 кундан сўнг тикланиш даври бошланади. Дастлаб оёқ сўнг қўл ҳаракатлари тикланади, сезувчанлик, нутқ, кўриш, эшитиш ,психик фаолият яхшиланади. Фалажлик спастик тус олади. Тикланиш интенсивлиги доимий сусаяди ва резидуал давр бошланади.

Вентрикуляр (қоринчалари) қон қуйилиши оғир кечади. Унга бош айланиш, ҳушини йўқотиш, кома, Чейн-Стокс типигаги шовқинли нафас кабилар хос, пульс тезлашган, қўзғалган, тана ҳарорати 40 даражага кўтарилган; қалтирашсимон тремор, кўп тер ажралиши, ликворда қон кузатилади.

Горметония-мушакнинг тоник қўзғалишлари гипотония билан алмашиб турадиган хос белги ҳисобланади. Кўпинча беморлар 2-3 кун ичида ўлади.

Субарахноидал қон қуйилишлар анча ёш кишиларда юзага келади. Асосий сабаб бош мия томирлар аневризмининг ёрилиши. Аневризмининг ёрилишига физик ва эмоционал зўриқиши, мия шикастлари сабаб бўлади. Касаллик ўткир бошланиб унга кучли бош оғриғи, психомотор қўзғалишлар (касал кичкиради бошини ушлаб олади), юзи қизарган, ҳарорати кўтарилган, энса мушаклари ригидлиги аниқланади. Керниг ва Брудзинский симптомлари аниқланишига хос. Ликворда янги қон аралашмаси ва босим ошиши аниқланади. Леталлик 30% ҳолларда. Рецидив қон қуйилишлар эҳтимоли бор.

Ишемик инсульт (мия инфаркти).

Ишемик инсульт миянинг тўлиқ ёки қисман қон билан таъминланишининг тўхташи оқибатида юзага келади. Бунга таъминловчи томирларнинг тромбози, эмболияси, магистрал томирлар патологияси ёки АҚБ нинг бирдан тушиши сабаб бўлади.

Ишемик инсультнинг асосий сабаби- мия томирларининг атеросклерозидир. Шу сабабдан у кекса ёшлиларда кўпинча юрак касалликлари ва қоннинг ивиши ортган кишиларда учрайди.

Бош мия томирлари тромбози типигаги ишемик инсульт доимий юзага келади. Унга касалларнинг бир неча соат, сутка ва ҳаттоки 1 ой олдин сезадиган инсульт бошланишининг белгилари-парастезиялар, қисқа муддатли парезлар, кўриш, эшитиш ва бошқа сезгиларнинг бузилиши каби даракчилар хос.

Баъзида инсульт уйқу вақтида ўтказилади. Беморлар уйғонгач ҳолсизлик, қўл-оёқларда қувватсизланиш, бош айланишини сезишади. Бунда эс- ҳуш сақланган, АҚБ нормада, тери қопламалари нормада ёки одатдаги рангда. Неврологик симптоматика шикастланган томир жойлашувига қараб бир неча дақиқа ёки соат ичида ўсиб боради. Каротид ҳавзадаги қон айланишининг бузилиши тананинг қарама-қарши томонидаги моно ва гемиплегия кўринишидаги сезувчанликнинг бузилиши билан намоён бўлади. Чап ярим шарнинг шикасти нутқ, ўқиш ва ёзишнинг бузилиши билан ўнг ярим шарнинг

бузилиши эса апракто- агнозик бузилишлар билан кузатилади. Умумий ёки ички уйқу артерияси тикилиб қолганда оптико-пирамида синдроми ривожланади, бунда тромбоз бўлган тарафда кўриш бузилади тескари тарафда кул ва оёқлар ҳаракати бузилади.

Вертебробазиляр бассейнда қон айланиш бузилганда кўриш майдони тушиб қолиши, иккита кўриш, координация бузилиши, бошқа миёча ва вестибўляр бузилиш белгилари кузатилади. Ютишни бузилиши, фонация ва алтернацияланувчи фалажлик билан биргаликда булбар симптомлар ҳам бўлиши мумкин.

Эмболик инсульт тўсатдан ривожланади. Бемор ҳушини йўқотади, лекин кома кўпинча чуқур ва давомли бўлмайди. Эмболия манбаи бўлиб бош магистрал томирлари бошланиш жойидаги емирилган атеросклеротик ёстиқча, юрак тромбози, эндокард ва юрак клапанлари касалликлари бўлиши мумкин. Ўчоқли симптомлар кўпинча аорта, чап умумий уйқу артерияси ва чап ички уйқу артериясини давоми ҳисобланган чап миёнинг ўрта артериясига тикилгани учун чап ярим шарни жароҳатланиши билан боғлиқ бўлади.

Ишемик инсультда қушимча текшириш усулларида қонда лейкоцитоз, протромбин индексини 110 - 115 % гача ортиши, ЭЭГ да патологик секин тулқинлар, РЭГ да ўчоқ томонда пулсацияни сусайиши аниқланади. Ангиограммада томирлар формаси ва кенглиги ўзгарганлиги, эгри-бугрилиги, аневризматик кенгайишлар кўрилади, ликвор кўпинча ўзгаришсиз бўлади.

Ишемик инсультда ўлим кўрсаткичи (20-30%) миёга қон қуйилишига нисбатан кам бўлганлигига қарамасдан, кўпинча оғир кечади. Ўчоқли симптомлар стабиллашгандан кейин тикланиш даврига ўтади, бу давр ойлаб ва йиллаб давом этади ҳамда қолдиқ ҳолатлар даврига ўтади (резидуал).

Даволаш: Инсультларни даволаш тезда бошланиши керак. Биринчи этапда ҳали инсульт характери аниқланмаган пайтда бемор ҳаётини сақлаб қолишга қаратилган даво муолажалари ўтказилади. Буни дифференциаллашмаган ёрдам деб аталади. Дастлаб беморни чалқанча бошини сал кўтарилган ҳолатда ётқизилади. Протез тишлари бўлса олиб ташланади, кийимларини тугмаси

ечилади, агар бемор қусса бошини ён томонга бурилади ва оғиз бўшлиғини тозаланади.

Агония ҳолатида кўчириш мумкин бўлмаган беморлардан бошқа ҳамма инсульт беморлар махсулаштирилган неврологик бўлимга ётқизилиши керак. Беморни кўчириш вақтида эҳтиёткор бўлиши керак, беморни силкитмасдан, зинадан чиқиб тушганда мувозанатни сақлаш керак.

Дифференциаллашмаган даво ўткир юрак қон томир бузилишларини бартараф қилишга йуналтирилган. Юрак фаолияти бузилганда допамин в/и га томчилаб, строфантин 0,05 % -0,5 мл в/и га ёки корглюкон 0,06 % - 0,5мл в/и га, кордиамин 1 мл т/о га, сулфокамфокаин 10%-2 мл т/о га буюрилади. Қон босими ошиб кетганда клофелин 0.1 % - 0,5 - 1мл м/о га ёки 10-20 мл стерил физиологик эритмада 3-5 мин давомида аста секин в/и га, атенолол, енгил ҳолатларда в/и га эуфиллин 2,4 % ли-5мл буюрилади. Агар юрак фаолияти бузилиши ўпка шиши билан бирга учраса спирт буғлари қўшилган кислород билан нафас олдирилади, бемор боши баланд қилиб ётқизилади, оёғига жгут қуйилади, 300 мл қон олиб ташланади. Нафас олиши меъёрлашиши учун электр сургич билан оғиз бўшлиғи, бурун ва халқум шиллиқлардан тозаланади. Тили орқага кетишини олдини олиш ва нафас олишни енгиллаштириш учун оғизга ҳаво найчасини қўйиш мумкин. Қусишни ва қусуқ массасини нафас йўлларига аспирациясини олдини олиш учун бурун орқали ошқозонга ингичка зонд қуйилади. Беморни ҳолати ҳар икки соатда ўзгартирилиб турилади. Агар бу чоралар нафас йўллари тикилишини бартараф эта олмаса трахеотомия амалга оширилади ҳамда трахея ва бронхлардаги шиллиқни сўриб олинади. Мия шишини бартараф этиш учун дегидратация ўтказилади (10%) глицериннинг физиологик эритмадаги эритмаси в/и га, дексаметазон, лазикс 2-8 мл бир суткада, маннит, мочевина, фуросемид).

Мияни гипоксияга чидамлигини оширувчи ва психомотор қўзғалишларни камайтирувчи дори воситалари буюрилади (натрий оксибутират, фаустан, реланиум, дроперидол).

Рингер эритмаси, натрий хлорид, калий хлорид юбориш орқали сув туз

алмашинуви коррекция қилинади. Миядаги метаболик жараёнларни яхшилаш учун в/и пирацетам 20%-5мл, церебролизин 1-5мл юборилади.

Инсульт билан касалланган беморларни дифференциалланган даволаш куйидагича амалга оширилади. Геморагик инсультда бемор ётқизилади, бошига баланд кўтарган ҳолат берилади ва музли халта қўйилади, оёқларига иссик грелка қўйилади. Қон тўхтатувчи препаратлар буюрилади: аминаокапрон кислота 100 мл в/и томчилаб суткасига 4-6 марта, памба в/и, контрикал в/и, викасол, дицинон. Мия томирларини спазмини олдини олиш учун в/и томчилаб нимотоп 5-10 мл ёки лидокаин 2% -2мл юборилади.

Ишемик инсультда бемор горизонтал ётқизилади, бош сал кўтарилади. Миядаги гемодинамикани яхшиловчи препаратлар буюрилади (кавинтон, трентал, ницерголин), қоннинг реологик хусусиятини яхшилаш учун в/и томчилаб реополиглюкин, реоглюман, гемодез юборилади. Қон ёпишқоклигини камайтириш учун антикоагулянтлар буюрилади: гепарин 20-40 минг ЕД дан суткасига 5 кун мобайнида ёки паст молекуляр гепаринлар – фраксипарин, клексан 0,4 - 0,6 мл юборилади. Уни бекор қилишдан 1-2 кун олдин билвосита антикоагулянтлар кушилади (синкумар, фенилин). Антикоагулянтларни кабул қилиш вақтида улардан захарланишни олдини олиш учун қон ивиш курсатгичларини, сийдик тахлилини катъий назорат қилиш керак (ПТИ 60%дан камаймаслиги керак). Бундай беморларга оксигенаторлар: цитохром, актовегин, солкосерил буюрилади.

Баъзи бир инсульт беморларда, хусусан мия томирлари аневризмида, қоринчаларга қон қўйилганда нейрохирургик амалиёт ўтказилади.

Парвариш: геморрагик инсультда ёток режими 21 кунни ташкил қилади. Ишемик инсультда беморнинг аҳволига боғлиқ ҳолда 10-20 кундан иборат. Биринчи кундан бошлаб беморда димланишли пневмония ва ёток яраларни олдини олиш керак. Бунинг учун беморни кун давомида ҳар 2-3 соатда ён томонларига буриш керак, Кўкрак қафасига банка, горчичник қўйиш, керак бўлса антибиотик буюриш, палатани регуляр шамоллатиб туриш керак. Ёток яраларини олдини олиш учун думғаза, думба, бел соҳасига камфора спирти

суртилади.Анатомик бурмаларни текислаш думгаза остига шиширилган резинали ҳалқа қўйиш, товон остига пахтали ҳалқа қўйиш ёки беморни сингдирувчи тагликларга, ётоқ яраларига қарши курпачаларга ётқизиш керак. Ҳосил бўлган ётоқ яраларга бепентен, лифузол, Вишневский малҳамлари билан ишлов берилади. Сутка давомида икки марта беморни ювинтирилади, тишлари ва оғиз бўшлиғи ювилади. Фалажланган қўл оёқларда мушак контрактурасини олдини олиш учун қўл -оёқларга физиологик ҳолат берилади. Агар беморни ҳуши ва ютиш сақланган бўлса, биринчи кундан бошлаб ширин чой, мева шарбатларидан бериш мумкин. Иккинчи кундан пархез кенгайтирилади, лекин овқат юмшоқ ва тез ҳазм бўладиган бўлиши керак. Агар ҳуши ва ютиши бузилган бўлса дастлабки икки-уч кун мобайнида парентрал озиқлантирилади (глюкоза, албумин ёки гидролизин). Кейин назогастрал зонд қўйилади ва овқат аралашмалари берилади.

Сийдик тутилганда сийдик пуфагига катетер қўйилади ва ўз вақтида бўшаши назорат қилинади. Ич келмай қолганда ичак моторикасини стимулловчи препаратлар (бесакодил, гудталакс, изфенин) берилади, керак бўлса икки уч кунда бир марта тозаловчи клизма қилинади.

Бемор ҳолати стабиллашганда ва аҳволи яхшиланиш белгилари пайдо бўлганда, массаж, ётган ҳолатда ШЖТ буюрилади.

Кейинчалик бемор қисқа вақтга ўтқизилади ва кун сайин ўтириш давомийлиги ошириб борилади. Тикланиш даврида фалажланган қўл- оёқларга иссиқ муолажалар, электростимуляция буюрилади. Нутқ бузилганда бемор билан логопед шуғулланади.

Бемор касалхонадан чиқарилгандан сўнг диспансер назоратига олинади, ҳамда невропатолог ва терапевт кузатуви остида кейинги даволаш амалга оширилади.

ГИПЕРТОНИК КРИЗДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдамини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> 1. Қаттиқ бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Кулоқда шовқин 4. Юрак соҳасида оғриқ 5. Кўнгил айланиши, қусиш	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Юрак соҳасида оғриқ 4. Кўнгил айланиши, қусиш 5. Ҳансираш 6. Безовталиқ	1. Шифокорни чақириш 2. Беморга жисмоний ва рухий осойишталик яратиб бериш 3. Таблетка бериш 4. Гипотензив дорилар юбориш орқали АГни бартараф қилиш 5. Томирни кенгайтирувчи дорилар ёрдамида юракдаги оғриқни бартараф қилиш 6. ҚБ, пульс мониторинги 7. ЭКГга тушириш 8. Беморнинг кўнгли айланиганда, қусганда ёрдам кўрсатиш 9. Асоратларни (юрак астмаси) олдини олиш ёки бартараф қилиш 10. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Бемор бошини баланд қилиб ётқизилади 2. Сиқиб турган кийимларни бўшатади 3. Тоза ҳаво билан таъминлайди 4. Тил остига капотен ёки қоринфар 1 табл. берилади 5. Оёқларига иссиқ ванна қилинади 6. Бошига муз халтачаси қўйилади 7. Шифокор кўрсатмасига биноан дориларни юбориш: дибазол 1%–5,0 м/о, магния сульфат 25%–5,0 т/о, лазикс 3,0 т/о 8. Тил остига нитроглицерин ёки валидол 1 табл. бериш 9. ҚБ, пульс ҳар 10–15 мин. текширилади 10. ЭКГ олинади 11. Бемор кўнгли айланиганда лимон кислотаси билан оғзи чайилади, қусганда ёрдам бериш	1. Беморнинг бош оғриғи камайди ёки тўхтади 2. Бош айланиши тўхтади 3. Юрак соҳасидаги оғриқ қолди 4. Кўнгил айланиш, қусиш тўхтади 5. Ҳансираш йўқолди 6. ҚБ, пульс нормага тушди 7. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди 8. Бемор руҳан тинчланди 9. Асоратлар олди олинди ёки бартараф қилинди 10. Шифокор тавсиялари бажарилди
<i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Бемор безовта 2. Териси оқарган ёки гиперемик 3. Ҳансираш 4. Пульси таранг, тахикардия 5. ҚБ 200/100 6. II тон акценти	<i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Бош оғришини зўрайиши 2. Нутқ бузилиши 3. Ҳансирашни зўрайиши 4. Асоратларни юзага келиши			

ГЕМОРРАГИК ИНСУЛЬТДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> 1. Қаттиқ бош оғриши 2. Кўнгил айланиши, қусиш 3. Бош айланиши 4. Кулоқда шовқин 5. Ҳарорат кўтарилиши 6. Тутканок хуружари <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Бемор тезда ҳушини йўқотади 2. Юз териси бўғрикқан, гиперемик 3. Кучли терлаш 4. Нафас олиши тезлашган 5. Ҳарорати юқори 6. Қўл ва оёқда ҳаракат чегараланган 7. Юзи қийшайган 8. Нутқи бузилган	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Қўл ва оёқда ҳаракат чегараланиши 4. Кўнгил айланиши, қусиш 5. Юзда қийшайиш 6. Нутқ бузилиши 7. Ҳарорат кўтарилиши 8. Карахтлик <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Онгини тўлиқ йўқо–лиши, кома ёки сопор ҳолатига тушиши 2. Юрак ритмини бузи–лиши 3. Мустақил нафас ола олмаслик 4. Мия шишини	1. Шифокорни чақириш 2. Беморга жисмоний ва руҳий осойишталик яратиб бериш 3. Юқори ҳароратни бартараф қилиш 4. Нормал нафас олишга имқон яратиш 5. Оғиз бўшлиғи ва халқумни тозалаш 6. Гипотензив дорилар юбориш орқали АГни бартараф қилиш 7. ҚБ, пульс монито–ринги 8. ЭКГ, КТ, МРТ текширувларини ўтказиш 9. Беморнинг кўнгли айланиганда, қусганда ёрдам кўрсатиш 10. Асоратларни олдини олиш ёки бартараф қилиш 11. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Бемор бошини баланд қилиб ётқизилади 2. Сиқиб турган кийим–лар бўшатилади 3. Тоза ҳаво билан таъминланади 4. Ҳароратни тушириш учун анальгин 50%–2,0, димедрол 1%–1,0, новокаин 0,5%–2,0 м/о юборилади 5. Шифокор кўрсатма–сига биноан дорилар юборилади: гипотен–зив, юрак гликозид–лари, диуретиклар, В–адреноблокаторлар ва б.қ. 6. ҚБ, пульс ҳар 10–15 мин. текширилади 7. ЭКГ, КТ, МРТга туширилади 8. Бемор кўнгли айлани–ганда лимон кислотаси билан оғзи чайилади, қусганда ёрдам берилади	1. Бемор руҳан тинчланди 2. Бош оғриши камайди 3. Кўнгил айланиш, қусиш камайди 4. Ҳарорат тушди 5. ҚБ туша бошлади 6. Беморнинг умумий аҳволи стабиллаша бошлади 7. Бемор руҳан тинчланди 8. Асоратлар олдини олиш

9. Пульси таранг, тахикардия 10.ҚБ 200/100 11.Юракда II тон акценти	ривож–ланиши 5. Тутқанок хуружлари 6. Пневмония ривожла–ниши 7. Ётоқ жараларни ривож–ланиши			чоралари кўрилади (ҳар 2 соатда ёнбошга ағдариш) 9. Шифокор тавсиялари бажарилди
--	--	--	--	---

ИШЕМИК ИНСУЛЬТДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдами режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Кўз олди қоронғи-лашиши 4. Қалтираш <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Беморнинг аҳволи аста-секин оғирлашиб боради 2. Бемор безовта 3. Териси оқарган 4. Нафас олиши секинлашган 5. Ҳарорати пасайган 6. Кўл ва оёқда ҳаракат чегараланган 7. Юзи қийшайган 8. Нутқи бузилган 9. Пульси ипсимон, брадикардия 10. ҚБ паст 11. Юрак тонлари бўғиқ	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Кўл ва оёқда ҳаракат чегараланиши 4. Юзда қийшайиш 5. Нутқ бузилиши 6. Ҳарорат пасайиши 7. Безовталик <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Онгини аста-секин бузилиши 2. Юрак ритмини бузи-лиши 3. Мустақил нафас ола олмаслик 4. Мия шишини ривож-ланиши 5. Пневмония ривожла-ниши 6. Ётоқ яраларни ривож-ланиши	1. Шифокорни чақириш 2. Беморга жисмоний ва руҳий осойишталик яратиб бериш 3. Нормал нафас олишга имқон яратиш 4. Оғиз бўшлиғи ва халқумни тозалаш 5. ҚБни нормаллашти-риш 6. ҚБ, пульс монито-ринги 7. ЭКГ, КТ, МРТ текширувларини ўтказиш 8. Асоратларни олдини олиш ёки бартараф қилиш 9. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Бемор бошини паст қилиб ётқизилади 2. Сиқиб турган кийим-лар бўшатилади 3. Тоза ҳаво билан таъминланади 4. Шифокор кўрсатма-сига биноан дорилар юборилади: юрак гликозидлари, В-адренобло-каторлар ва б.қ. 5. ҚБ, пульс ҳар 10-15 мин. текширилади 6. ЭКГ, КТ, МРТга туширилади	1. Бемор руҳан тинчланди 2. Бош оғриши камайди 3. ҚБ нормаллашди 4. Беморнинг умумий аҳволи стабиллаша бошлади 5. Бемор руҳан тинчланди 6. Асоратлар олдини олиш чоралари кўрилади (ҳар 2 соатда ёнбошга ағдариш) 7. Шифокор тавсиялари бажарилди

Инсульдан кейинги ҳолат.



**Расм 30. Вернике- Ман
ҳолати**

Геморрагик ва ишемик инсульданинг патогенези ва патоморфологик ўзгаришлар бўлишига қарамасдан бу касаллик резидуал даврида неврологик симптоматикаси бир хил кўп ҳолларда ўрта мия артерияси бассейнининг шикастланиши ҳисобига инсулт ўтказган. Беморларда гемипарез ва сезувчанликнинг бузилиши сақланиб қолади. Чап ярим шар шикастланишида нутқ ҳам бўзилади. Верник-Ман ҳолати ривожланади, бунда а қўл букилган ҳолатда (букувчи мускулларнинг

гипертонуси) оёқ тўғри сақланган (оёқ ёзувчи мускулларнинг гипертонуси), ҳаракатлар норавон бўлиб қолади.

Вернике—Манн ҳолати

Циркумфирланган ёки айланма ҳаракат фалажликка учраган оёқ тўғри ҳудди узайгандек қадам ташлаш ярим айлана ҳаракат билан кечади. Инсулт ўтказган беморларда мия қобилятини йўқотишини асосий сабаби ҳаракат ва нутқнинг бузилиши бўлгани сабабли реабилитация ишлари ушбу нуқсонларни бартараф этишга қаратилган бўлади. Поликлиника, диспансер реабилитация марказларида ва санаторияларда беморларга шифобахш машқлар, массаж, физиоумолажалар, балнеотерапия, логопед машғулотлари ўтазилади.

Беморларга қон босимини коррекцияловчи, микроциркуляцияни яхшиловчи (курантил, кавинтон қон ивишини пасайтирувчи аспирин 0,25г дан бир кеча кундузда) каби дори воситалари буюрилади, шу билан бирга витаминлар, биостимуляторлар, ноотроп дори воситалари курслари ўтказилади.

Ўткир мия қон айланиши етишмовчилигининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси фарқланади. Бирламчи профилактикаси инсултнинг олдини олиш ва пасайтиришга қаратилган бўлади. У рационал тартиб, тўғри овқатланиш, хатарли омилларни пасайтиришни ўз ичига олади (эмоционал

зўриқиш, кўп овқат ейиш, чекиш, алкоголь, гиподинамия) ўз вақтида мия қон айланишини бузилиши бошланғич белгиларини даволашни ўз ичига олди. Иккиламчи профилактика инсультларни иккиламчи рецидивланишини олдини олишга қаратилган бўлиб диспансер кузатуви даврида олиб борилади.

Спинал қон айланишининг бузилиши.

Спинал қон айланиши бузилиши церебрал каби ўткир ва сурункали ,ишемик ва геморрагик бўлади. Умуртқа поғонасидаги патологик жараёнлар билан бирга бир хил сабаблар олиб келади

Клиникада радикуломиелоишемия ёки дисциркулятор миелопатия манзараси кузатилади. Шикастланган соҳада оғриқ ва суст парезлар кузатилиши мумкин. Патологик учоқдан пастда спастик фалажлик ёки парез, сезувчанликнинг ўтказувчанлик турида бузилиши, чанок аъзолар фаолияти бузилади. Люмбосакрал жойлашишда "ўткинчи оқсоқланиш" симптоми кўзатилади.

Ташхис миелография,компьютер томографияда тасдиқланади.

Даволаш: мия бузилишлар давоси билан бир хил ўтказилади. Айниқса парвариш аҳамиятга эга, чунки тез ётоқ жаралар, сепсис ва уросепсис ривожланиши мумкин.

Савол:

- 1 .Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши сабабларини санаб ўтинг.
- 2.Геморрагик инсульт клиник ишемик инсультдан қандай фарқланади?
- 3.Инсультда курсатиладиган шошилиш ёрдам нималардан иборат бўлади?
- 4.Мия қон айланишининг ўткир бузилиши билан касалланган беморларни парваришланишнинг қандай хусусиятлари бор?
- 5.Дисциркулятор энцефалопатияда кулланидиган даволаш ва профилактик усуллари айтиш.

III.3. Марказий нерв система яллиғланиш касалликлари. Менингит, энцефалит, арахноидит. Ҳамшира ташҳиси ва беморни парвариш қилиш режаси.

Нерв тизимининг юқумли касалликлари нейроинфекция нерв тизимига вирус ёки бактериялар тушиш натижасида юзага келади. Шунга мувофиқ вирус ва бактериал нейроинфекцияларга бўлинади. Бундан ташқари, бирламчи ва иккиламчи нейроинфекциялар фарқланади. Бирламчи нейроинфекцияда организмга кузгатувчи тушиши биланок нерв тизimini зарарлайди (полиомиелит); иккиламчи нейроинфекцияда - нерв тизимининг шикастланиши организмдаги бирор бир яллиғланиш ўчоғи фонид асорат сифатида намоён бўлади (туберкулезли менингит).

Организмга кузгатувчининг тушиши касаллик албатта, ривожланиб кетади дегани эмас. Макроорганизмнинг ҳолати, унинг реактив химоя қилиш хусусияти ута муҳимдир. Гематоэнцефалик тўсиқ катта рол ўйнайди. Қўзғатувчи мия пардасида ёки унинг моддасида тарқалиши мумкин.

Асаб тизимининг яллиғланиш касалликларининг таснифи:

Менингит - бош миянинг пардаларининг яллиғланиши (юмшоқ); пахименингит - қаттиқ парданинг шамоллаши.

Энцефалит - бош мия моддасининг яллиғланиши.

Миелит - орқа мия яллиғланиши.

Радикулит - илдизчалар яллиғланиши.

Неврит - периферик анервнинг яллиғланиши.

Полиневрит - кўп нервларнинг яллиғланиши.

Яллиғланиш касалликлари турли хил омилларга боғлиқ:

Инфекцион омил - грипп, нейровирус. Инфекцион - аллергия жараён - уни келтириб чиқарувчи механизм инфекция омил бўлиб, шундан сунг парааллергик омил катта рол ўйнайди, масалан сурункали тонзиллитда, ревматизмда.

Травматик омил, бунда асептик яллиғланиш жараёни кечади (мия чайқалиши, лат ейиши).

Барча омилларнинг ичида инфекцион омиллар катта аҳамиятга эга:

- бактериал инфекциялар.
- вирусли инфекциялар.

Инфекциялар куйидаги йўллар билан киради:

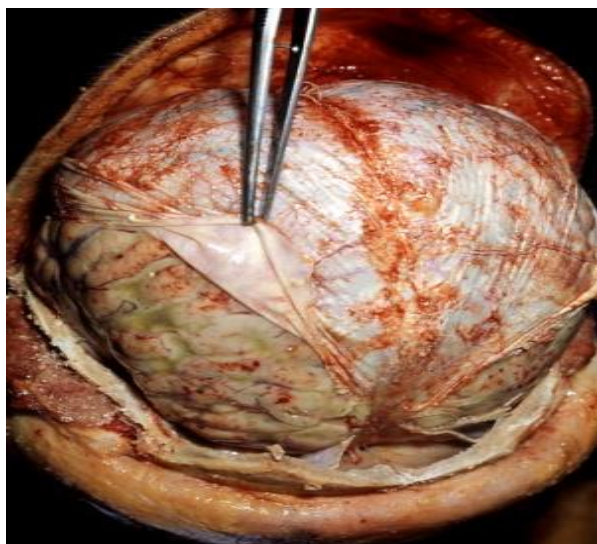
А) гематоген йўл билан;

Б) контакт йули билан- қулок, қўшимча қориннинг йиринглагаи, лат ейиш, қаттиқ мия пардаси зарарланганда;

В) периневрал йўл билан (ўқ цилиндр орқали), масалан қутуриш касаллигида, полиомиелитда.

Менингитлар - бош мия ва орқа мия пардаларининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, ушбу жараёни кўпроқ микроблар ва вируслар чақиради. Менингит бирламчи ва иккиламчи турларга бўлинади. Бирламчи менингитлар организмда умумий (юқумли касалликларсиз, масалан, менингококкли, лимфоцитар) тараққий қилади, иккиламчи менингит эса умумий ёки айрим жойдаги яллиғланиш, инфекцион касалликлардан (отит, гайморит, тонзиллит, сил, пневмония ва бошқалар) сўнг келиб чиқади.

Цереброспинал суюқликнинг таркибидаги морфологик ўзгаришларга қараб менингитлар йирингли ва серозли турларга бўлинади. Кўпчилик йирингли менингитларни микроблар, серозли менингитларни вируслар келтириб чиқаради. Касалликнинг кечишига кўра ўткир, ўткирости ва сурункали шакллари тафоввут қилинади.



Расм 31.

**Пневмококкли
менингитда бош
миянинг кўриниши .**

Инфекциянинг тарқалиш йўллари.

Менингит қўзғатувчи агент мия пардаларига турли йўллар орқали кириб боради: гематоген, лимфоген, контакт йўллари билан.

Менингитларнинг барча турларида умуминфекцион белгилар - тана хароратининг кўтарилиши, холсизлик, қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, безовталиқ ва менингиал белгиларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Менингиал белгиларга тана хароратининг кўтарилиши, бош оғриши, қусиш, мускулларнинг таранглашиши, ихтиёрий ҳаракат, сезги, вегетатив ва рухий бузилишлар, цереброспинал суюқлик таркибининг бузилиши киради.

Бош оғриғи - асосий ва доимий белги бўлиб, касалликнинг бошида пайдо бўлиб охиргача давом этади. Айниқса йирингли ва сил менингитларда қаттиқ бош оғриши кузатилади.

Қусиш – кўнгил айнимасдан, ҳеч сабабсиз, овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлмай, тана ҳолати ўзгартирилганда рўй беради.

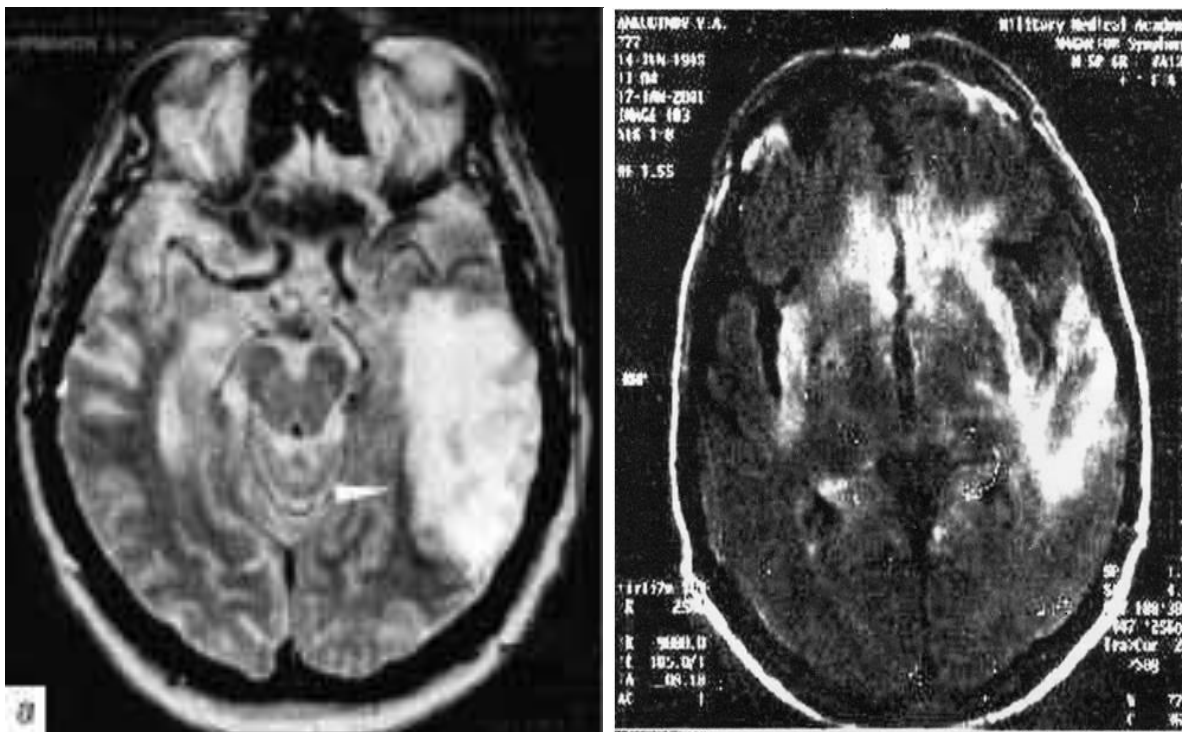
Мушакларнинг таранглашиши – энса мушакларининг таранглашиши, Кернинг симптоми, Брудзинский белгилари (юқори, ўрта ва пастки).

Ихтиёрий ҳаракатнинг зарарланиши мускулларнинг ўтиб кетувчи парезлари, бош мия нервларининг зарарланиши, Жексон эпилепсияси хуружи юз беради.

Сезги ўзгаришлари – умумий гиперестезия (кўриш, эшитиш) ташқи таъсиротларни қабул қилишнинг кучайиши. Шовқин ёруғлик, гапириш беморларга салбий таъсир этади, улар кўзларини юмган ҳолда ҳеч ким билан гаплашмай ётадилар.

Вегетатив ўзгаришлар – аритмия, тана харорати ва пульс диссоциацияси, нафас олишнинг қийинлашиши, кўз қорачиғининг торайиши ҳоллари юз беради. Болаларнинг кўкрак, қўл-оёқ қорин териларида тошмалар тошади.

Рухий ўзгаришлар – айниқса болаларда учраб, улар холсизлик, сустлик, ланжлик, қарахтлик ҳолатда бўлиб, айрим пайтда уларда иллюзия (объектив бор бўлган буюмларни нотўғри сезиш) ва галлюцинация (ташқи маълум объектларни йўқ бўлишига қарамай, сезиб қабул қилиш) кузатилади.



Расм 32. Герпетик энцефалитни КТ кўриниши.

Цереброспинал суюқлигининг патологияси. Орқа мия субарахноидал бўшлиғи пункцияси беморни ўнг ён бошига ётқизиб, боши олдинга эгилади, оёқлари эса чаноқ-сон ва тизза бўғимларидан букилиб, сонларини қоринга тегизиб қўйилади. Игнани умуртқа поғонасининг III ва IV бел умуртқалари оралиғида санчилади. Цереброспинал суюқликни 4 хил усулда: орқа мия субарахноидал бўшлиғини, катта цистерна, бош мия қоринчалари ва кичкина болаларда лиқилдоқни пункция қилиш йўли билан олинади.

Цереброспинал суюқлиги нормал ҳолатда рангсиз ва тиниқдир, босими 100-160 мм сув устунининг босимига тенгдир, игнадан бир минутда 50-60 томчи суюқлик оқади. Болаларда унинг босими катталарга нисбатан 30-50 мм кам бўлади. Нормал цереброспинал суюқлигида 1 мл хажмида 5-6 донагача лимфоцитлар учрайди, болаларда эса 14-15 донагача. Нормал ҳолатда оксил моддаси (альбумин, глобўлин) – 0,15-0,3 г/л ни ташкил қилади, қанд 0,45-0,65 г/л бўлиб, қондаги қанд миқдоридан икки марта кам бўлади.

Менингитлар, айниқса, йирингли турларида церебросиннал суюқлигининг босими ошиб кетади, суюқлик лойқаланган, сил менингитида эса

унча тиникмас, серозли менингитларда эса тиник бўлади. Мия пардаларининг яллиғланиши цереброспинал суюқлигидаги хужайраларининг сонини кўпайишига (плеоцитозга) олиб келади. Йирингли менингитнинг 1 мл цереброспинал суюқлигида бир неча минг нейтрофил хужайралар сони аниқланади. Сероз менингитида плеоцитоз бир неча ўн, ёки юз хужайра, сил менингитида эса бир неча юз ёки минг лимфоцитар хужайралардан иборат, ранги лойқаланган бўлади. Оксил моддаси миқдори йирингли менингитларда 1-16 г/л, серозли 2-3 г/л гача ошади. Менингитларда хужайралар сони кўпайиб, оксил моддаси миқдори озгина ошса, бунга хужайра-оксил диссоциацияси дейилади. Йирингли ва сил менингитларда эса цереброспинал суюқликда глобўлиннинг сифат таркиби (Панди, Нонне-Аппельт) реакциялари жуда кучли, сероз турида нормал миқдорда бўлади.

Йирингли менингитни менингококк, пневмококк, гемофил таёқчалар келтириб чиқаради. Жароҳат, ўтказилган хирургик амалиёт, иммуносупрессия каби жараёнлар касалликни ривожлантириш омилларидан ҳисобланади. Клиникада психомотор кўзгалиш, онг бузилишлари, гиперестезия, кучли бош оғриши, қусиш, эпихуружлар, тана хароратининг гектик типда кўтарилиши, менингиал белгиларнинг эрта ва кескин пайдо бўлиши билан характерланади. Қонда лейкоцитоз, лейкоформуланнинг чапга силжиши кузатилади. Ликвор хира, лойқаланган, баъзан оч яшил рангда бўлади. Нейтрофиллар ошиб кетган, оксил 1-2 дан 10г/л гача кўтарилади, глюкоза миқдори пасаяди. Касалликнинг сабабини аниқлаш учун отоларингологик текшируви, ўпкани рентгенологик текшируви, люмбал пункция, бош мия кт ва мрт текширувлари ўтказилиши шарт. Касаллик прогнози жиддий бўлиб, вақтида даво берилмаса ўлим билан яқунланиши мумкин. Касалликдан турли кўринишдаги асоратлар – энцефалит, вентрикулит, абцесс, гидроцефалия, эпихуружлар, эшитув заифлиги, интеллектуал-мнестик даражанинг пасайиши каби ҳолатлар келиб чиқиши мумкин.

Даволаш: Кўзгатувчининг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш ва беморни антибиотикларни қабул қила олиш синамаси ўтказилади.



Расм 33. Менингококкли менингитда геморрагик тошмаларнинг кўриниши:
а- катталарда; б- чакалоқларда.

Даволашда цефалоспоринларнинг (роцефин, цефтриаксон, сульпиразон ва х.к.) суткалик дозаси 2-4 гр. мушаклар орасига ёки томир ичига 7-10 сутка давомида юборилади, пенициллин эритмаси 1-2 марта эндолюмбал юборилади.

Дезинтоксикация мақсадида реоглюман, реополиглюкин, полиион эритмалар қўйилади. Мия шишини йўқотиш учун лазикс, маннитол, глицерол, буфенокс вена ичига 2 мл дан юборилади.

Талваса ва психомотор қўзғалишларни йўқотиш учун седуксен, клоназепам, натрий оксибутират қўлланилади. Мияда метаболик жараёнларни яхшилаш мақсадида ноотроплар ва В гуруҳидаги витаминлар қўлланилади.

Шунингдек, даволашда кортикостероидлар, гепарин, антиагрегантлар, антипиретиклар. антигистамин ва бошқа воситалар қўлланилади. Антибиотиклар ликворда қўзғатувчи йўқолгунча қўлланилади.

Оғир ҳолларда бактериологик шок типига кечганда, вена ичига гидрокортизон эритмаси 0,012 г/кг дозада тана массасига нисбатан қўйилади,

томчилаб физиологик эритма, 5% ли глюкоза эритмаси, қон плазмаси, реополиглюкин, строфантин, аскорбин кислотаси, преднизолон (0,005 г/кг), кокарбоксилаза юборилади.

Беморларга енгил ичимлик, кислород ингаляцияси берилади, нафас олиш тўхтаганда аппаратга ўтказиш ва бошқа реанимацион тадбирлар амалга оширилади.

Менингококкли менингит билан беморларни инфекцион бўлимга госпитализация қилинади. Бактериологик соғайишдан кейин (қўзгатувчининг йўқлиги) уларни тамоман даволаш учун неврология бўлимига ўтказиш мумкин. Инфекция ўчоғи дезинфекция қилинади, бацилл ташувчилар аниқланади ва изоляция қилинади. Беморлар билан алоқада бўлган болалар орқасидан қатъий тиббий назорат ва ота-оналар билан тиббий-профилактик ишлар олиб борилади.

Сероз менингит- бу мия юмшоқ пардаси ўткир сероз яллиғланишидир. Бирламчи (коксаки ва ЕСНО вируслари билан зарарланган лимфоцитар хориоменингит) ва иккиламчи юқумли касалликлар (пневмония, қизамиқ, грипп, паротит) асорати сифатида намоён бўлади. Асосан қўзгатувчи вируслар ва баъзан микроблар (туберкулез) ҳисобланади.

Сероз менингитлар ўткир бошланади, харорат кўтарилади, қаттиқ бош оғриғи, кўнгил айнаш, қусиш, кўзларда оғрик ва менингиал симптомлар пайдо бўлади. Оғир ҳолатларда хушдан кетиш содир бўлади, нафас ва юрак фаолияти бузилади, тутканок хуружлари учраб туради. Ликвор тиниқ, оқсил 0,66-1,2 г/л, 1 мкл.даги лимфоцитар плеоцитоз бир неча юз хужайрагача бўлади.

Диагностика қилишда эпидемиологик, клиник ва лаборатор хулосалар аҳамияти катта. Люмбал пункция, бош мия кт ва мрт текширувлари ўтказилиши шарт. Касаллик прогнози жиддий бўлиб, вақтида аниқланган ташхис ва берилган даво тузалиш билан яқунланади, баъзан абцесс, гидроцефалия, диэнцефал ва рухий бузилишлар кўринишида асоратлар кузатилиши мумкин.

Даволаш: люмбал пункциялар 5-6 кун давомида кунаро, вирусга қарши препаратлар- ацикловир вена ичига томчилаб хар 8 соатда 0,01 г/кг, дезоксирибонуклеаза, иммуноглобулин вена ичига томчилаб 3,0, ўрта терапевтик дозада антибиотиклар,

антигистаминлар (бронал, тавегил мушак ичига 0,1%-2мл), бош оғриғини камайтириш учун аналгетиклар (аналгин, баралгин), дегидратация мақсадида лазикс вена ичига ёки мушак ичига 1%-2мл, диакарб, вена ичига томчилаб 200мл 15% маннитол эритмаси, дезинтоксикация учун 200мл 5% глюкоза эритмаси, реополиглюкин юборилади. Эпихуружлар кузатилганда антиконвульсантлар – карбамазепин, депакин рерос, седуксен вена ичига юборилади. Лозим бўлса юрак воситалари -строфантин, коргликон, сульфокамфокаин қилинади. Ноотроплар, В гурух витаминлари, аскорбин кислотаси буюрилади. Оғир ҳолатларда суткасига 1-2мг/кг преднизолон тайинланади.

Туберкулез менингит- сероз менингитнинг бир тури бўлиб, ён қоринчаларни, кон-томир чигалларини, бош мия нервларини ва мия асоси пардаларини ўзига хос зарарлайди. Кўпинча бахорда бронх, лимфа тугунлари, ўпка сили билан касалланган болаларда асосан намоён бўлади ва ўткир ости шаклида намоён бўлади. 2-3 ҳафта давомида умумий холсизлик, апатия, таъсирчанлик, йиғлоқилик, иштаханнинг пасайиши, тананинг турли жойларида оғриққа шикоят, субфебрил хароратни сезади. Кейин бош оғрик бирданига кучаяди, қайт қилиш пайдо бўлади, энса мушакларининг ригидлиги ошади, Керниг, Брудзинский симптомлари юзага келади. Ёйлашлик, диплопия, анизокория, птоз юзага келади, вегетатив бузилишлар - терлаш, терида қизил доғлар пайдо бўлади, эс-хуши бузилади, тутқаноқ хуружлари кузатилади, баъзан децеребрацион ригидлик юзага келади. Даволаш ишлари олиб борилмаса ўлим юз бериши мумкин.

Диагностикада анамнез, соматик ва неврологик текширув хулосалари билан бирга люмбал пункция хулосалари аҳамияти катта. Ликвор босими 300-500мм.суб.уст.гача ошган, аралаш плеоцитоз, оқсил миқдори 5-10г/л, қанд миқдори 40мг% дан кам, хлоридлар камайган. 1 суткадан кейин пробиркадаги ликвор юзасида туберкулёз менингитга хос бўлган нозик фибринли қобикни кўриш мумкин. Ликвор экилганда туберкулёз чақирувчи Кох таёқчалари ўсганлигини кўриш мумкин. Туберкулин синамаси, кўкрак қафаси рентгенографияси, бош мия кт ва мрт текширувлари ўтказилиши шарт. Касаллик прогнози жиддий бўлиб, вақтида аниқланган ташхис ва берилган даво

фонида касаллик чузилиши мумкин, абцесс, гидроцефалия, диэнцефал ва рухий бузилишлар каби асоратлар эхтимоли юқори.

Даволаш: бемор махсус шифохонага ётқизилади. Даво жараёнида туберкулезга қарши препаратлар- изониазид 300мг суткада, рифампицин 600мг суткада, этамбутол 15мг/кг/суткада, стрептомицин 15мг/суткада буюрилади. Ушбу препаратлар билан биргаликда мия шишини бартараф қилиш учун преднизолон 60-80 мг , магнезия сульфат, лазикс, маннит вена ичига юборилади. Метаболиклар, витаминлар, иммуномодуляторлар берилади. Бемор 1 йил давомида даволанади, сўнг махсус санатор-курорт шароитида даво буюрилади.

Менингит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

Менингит билан оғриган беморни парваришlash катта аҳамиятга эга. Бундай беморлар мавжуд палаталарни шовқин бинолардан узоқроқда жойлаштириш жоиздир. Ҳамшира беморларнинг таъсирчанлик сезгирлиги ошганини эсида тутиши лозим. Менингитда ҳамшира вазифаси қуйидагилардан иборат:

- 1.Шифокор кўрсатмаларини бажариш (дори тарқатиш, инъекциялар, ётоқ яраларига ишлов бериш, сийдик пуфагини катетерлаш, горчичниклар қўйиш ва хок).
- 2.Гигиеник тадбирларни ўтказиш (беморларни ювинтириш, чойшабларни алмаштириш, териға ишлов бериш ва хок.)
- 3.Беморларни овкатлантириш.
- 4.Санитар- оқартув тадбирлари.

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб ва даврий зарарсизлантириш керак, бел соҳасига кленка ёки махсус кленка қопламали матрац жойлаштирилади. Тўшак чойшаблари айниқса, ётоқ ярага қарши матрацлар ишлатилганда пахта-коғозсимон бўлиши керак. Тўшак ва кўрпа чойшаблари эхтиёжга қараб, хафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш

қилишда ҳамшираларни мустақил фаолиятига ётоқ яра профилактикаси киради. Ётоқ яра профилактикасида ётоқ ярани кўп учрайдиган жойларда (думғаза ва думба, сон орқа соҳаси, товон) аҳамият берган холда, беморни хар чойшабини тўғрилаган пайтда бемор танасига қараб туриш лозим. Хар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар қўйиш лозим. Тери хар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти, одеколон, ароқ ёки ошхона сиркаси билан артилади, сўнг тери қуритилади.

Овқат енгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши лозим. Доимо тери қопламларини ва шиллик қаватларини обработка қилиб туриш керак, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

Менингитда ҳамширалик жараёни

Маълумот тўплаш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Жараённинг самарадорлигини баҳолаш
Бемор шикоятлари 1. Бош оғриғи, қусиш 2. Шовқин, ёруғликка ўта таъсирчанлик 3. Кўришнинг хира-лашиши 4. Эшитишнинг па-сайиши 5. Тутқанок хуружи 6. Буюмларни иккита бўлиб кўриниши Объектив текшириш натижалари: 1. Тана харорати кўтарилиши 2. Қалтираш 3. Терида тошмалар 4. Безовталиқ 5. Қўл-оёқларда қалтираш 6. Менингиал белгилар	Мавжуд муаммолар: 1. Кучли бош оғриғи 2. Кўнгил айнаши, қусиш 3. Харорат кўтарилиши 4. Рухий безовталиқ 5. Уйқунинг бузилиши Бўлиши мумкин бўлган муаммолар: 1. Онг бузилиши-сопор, делирий 2. Эпихуруж 3. Кўришни хиралашиши 4. Ўтиб кетувчи фалажликлар	1. Шифокорни чақириш 2. Беморга осойишталик яратиш 3. Ётоқ режими 4. Қон босими, пульс ва нафас мониторинги 5. Бош оғриғини бартараф этиш 6. Хароратни тушуриш 7. Қусишни бар-тараф этиш 8. Беморни люмбал пункцияга тайёрлаш 9. МРТ, КТ текшируви ўтказишга тайёрлаш 10. Бемор ахволини мунтазам кузатиб бориш	1. Шифокор чақирилди 2. Ётоқ режими буюрилди 3. Осойишталик яратилди 4. Қон босими, нафас, пульс мониторинги 5. Бош оғриғи ва қусиш бартараф этилди 6. Харорат туширилди 7. Люмбал пункция қилинди 8. КТ, МРТ қилинди 9. Врач кўрсатмалари бажарилди.	1. Бемор тинчланди 2. Бош оғриғи камайди 3. Қусиш тўхтади 4. Харорати пасайди 5. Бемор ахволи нисбатан яхшиланди

Энцефалит - бош миянинг инфекцион ёки инфекцион-аллергик характердаги яллиғланишидир. Бош мия тўқимасининг мия пардалари билан биргаликда яллиғланиши менингоэнцефалит, бош мия билан орқа миянинг биргаликда яллиғланиши энцефаломиелит, мия пардаларининг бош ва орқа мия билан биргаликда яллиғланиши менингоэнцефаломиелит дейилади. Касаллик қўзғатувчи фактор бактерия, вирус, рикетсиялар ҳисобланилади. Баъзан қўзғатувчи маълум эмас. Оқ модданинг зарарланиши лейкоэнцефалит, кулранг модданинг зарарланиши полиоэнцефалит, оқ ва кулранг моддаларнинг биргаликда зарарланиши панэнцефалит дейилади. Энцефалитлар бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи энцефалитни мавсумий арбовируслар-бахор-ёзги кана, япон чивини, Коксаки энтеровируси, кутуриш ва грипп вируслари чақиради. Иккиламчи энцефалитни қизамиқ, сувчечак, қизилча вируслари, ҳамда антирабик, қоқшол-бўғма-кўк йўталга қарши қилинадиган вакциналар чақиради. Экссудатнинг характериға кўра энцефалит йирингли ва йирингсиз бўлади. Касалликнинг клиникаси умуминфекцион, умумий мия симптомлари ва ўчоқли неврологик белгиларнинг пайдо бўлиши билан характерланади.

Баҳор-ёзги кана энцефалитини нейротроп арбовирус чақиради. Кана чаққанидан сўнг инкубацион давр 7-14 кунни ташкил қилиши мумкин. Касалликнинг ўткир даври қаттиқ бош оғриғи, қусиш, қалтираш, баланд харорат (39-40°C) билан бошланади. Мушакларда оғрик, холсизлик сезилади. Бу пайтда менингеал симптомлар пайдо бўлади, эс-хуш бузилади- сопор, кома кузатилади. Елка, қўл ва бўйин мушакларида периферик фалажлик ривожланади. Кўкракка калланинг осилиб қолиши (“бош осилиб қолиш” симптоми), елкаларнинг пастга тушиб қолиши, мушаклар атрофияси, танага нисбатан қўлларнинг осилиб қолиши, гемиплегия. тетраплегия характерлидир. Кана энцефалитининг прогрессив кечишида Кожевников эпилепсияси ривожланади: касаллик бошланганидан 6 соат ичида зарарланган мушакларда локал, миоклоник гиперкинезлар пайдо бўлиб, соғлом мушакларга ўтиб, иккиламчи генераллашган эпихуружлар кузатилади. Ликворда плеоцитоз ва гипералбуминоз намоён бўлади, серологик текширувда кана энцефалити вируси

аниқланади.



Расм 34. Кана энцефалитининг асорати, касалликнинг резидуал даври.

Даволаш: беморни касалхонага ётқизиш лозим, қатъий ёток режими белгиланади, ҳар куни ёки кун аро 3-5 кун давомида мушак ичига 5-6 мл специфик гамма-глобулин киритилади. Шунингдек, кана энцефалити билан касалланган одам зардоб, гипериммунли от зардоб, интерферон, дегидратацион препаратлар (лазикс, фуросемид, маннит) и симптоматик препаратлар (иситма туширувчи, тутқанокқа қарши) киритилади, оғир ҳолатларда кортикостероидлар буюрилади. Ремиссия босқичида биостимуляторлар, витаминлар, массаж, ЛФК, физиотерапевтик муолажалар, балчиқ билан даволаш, электр стимуляцияси қўлланилади. Касалликнинг прогнози энцефалитнинг кечиши ва шаклига кўра аниқланади, ўчоқли зарарланишларда кўпол неврологик деффектлар беморни ногирон бўлишига сабаб бўлади, Кожевников эпилепсияси кўринишида қолдиқ пайдо бўлишлар кузатилади.

Профилактика: Касалликни олдини олиш учун каналарни йўқ қилиш, ёпиқ кийимда юриш, тананинг очик жойларини каналарни хайдовчи ва кучли хид берадиган препаратларни суртиш лозим. Касал бўлиши эҳтимоли бўлган шароитларда январ - март ойи ичида вакцинация, бир йилдан сўнг қайта

вакцинация ўтказилади.

Чивин (япон) энцефалити. Бош миянинг ўткир йирингсиз яллиғланиши. Қўзғатувчи – нейротроп вирус бўлиб, чивин чақиши натижасида макроорганизмга ўтади. Инкубацион давр икки ҳафтагача чўзилади. Касаллик тана ҳароратининг 40°C гача кўтарилишидан бошланади, қолаверса қалтироқ, қаттиқ бош оғриғи, кўнгил айнаш, қайт қилиш, мушакларда оғрик билан бошланади. Менингеал симптом кескинлиги билан характерланади, психомотор кўзғалиш, онг бузилишлари-сопор, кейинчалик кома ҳолати кузатилади. Эпихуружлар, гемипарезлар, геморрагик тошмалар, булбар фалажлик пайдо бўлади. 50% гача ўлим содир бўлади. Ликвор босими ошган бўлади, 1 мкл. да 50-600 гача хужайралар- лимфоцитар плеоцитоз, оқсил 0,5-2 г/л кузатилади. Неврологик симптоматиканинг ҳослигига кўра касалликнинг менингиал, тутқаноқ, булбар, гемипаретик, гиперкинетик, летаргик шакллари фарқланади.

Даволаш: реконвалесцент зардобларини, гипериммун от зардобини, гексаметилтентрамин, преднизолон, иммуномодулятор, витаминлар, ноотроплар, дегидратацион ва симптоматик препаратлар қўлланилади.

Ўткир қайталанишлар пайдо бўлиши кам ҳолатларда кузатилади.

Иккиламчи энцефалитлар, менингоэнцефалитлар ҳар хил юқумли касалликлар (грипп, паротит, қизамиқ, сувчечак, қизилча, ревматизм, эмлаш) асорати билан содир бўлади. Кўпинча ёш болалар касалланадилар. Нерв тизимида патологик жараён тарқалиб кетиши билан характерланади. Патогенезида макроорганизмнинг иммун системаси ҳолати катта рол ўйнайди.

Қизамиқ вируси асаб тизимини бошқа инфекцияларга қараганда кўпроқ зарарлайди. Касаллик зарарланиш ўчоғига кўра энцефалит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит кўринишида кечади.

Қизамиқли **энцефалит** тана ҳароратнинг ошиши, қаттиқ бош оғриғи, бош айланиш ва қайт қилиш билан характерланади. Онг бузилишлари – онг хиралашишидан сопор, кома даражасигача бузилиши мумкин. Фалажликлар, бош мия нервларнинг зарарланиши, нистагм кузатилади. Баъзи ҳолатларда

вируснинг орқа миёга трансформацияси туфайли энцефалит **энцефаломиелигга** ўтади. Бунда пастки марказий парализация, сезгининг ўтказувчи типда бузилиши, чанок аъзолари функциясининг бузилиши кўринишида намоён бўлади. Баъзи ҳолатларда **менингоэнцефалит** кўринишида намоён бўлиши мумкин. Бунда онг бузилиши, тетра ёки гемиплегия, умумий миёа симптомлари, менингиал белгиларнинг кескин намоён бўлиши билан характерланади. Баъзан энцефалитнинг сурункали прогрессив шакли учраб туради. Касалликнинг ушбу тури **Ван-Богарт ўткирости лейкоэнцефалити** деб аталади. Қизамиқ ўтказгандан кейин 8 йил ичида ушбу касаллик ривожланиши мумкин. Касалликнинг бу кўриниши кучайиб боровчи деменция, ҳаракат бузилишлари билан характерланади. Касаллик кечишида 4 босқич фарқланади. 1 босқичда умумий миёа ва ҳуққ-атвор бузилиши белгилари кузатилади. 2 босқичда ҳаракат бузилишлари-пирамидал, экстрапирамидал бузилишлар кузатилади. 3 босқичда деменциянинг кучайиши ва тос органларининг функцияси бузилишлари кузатилади. 4 босқичда қахексия, чуқур деменция, кома ҳолати юзага келади. Касалликнинг давомийлиги 1-3 йилгача, ўлим билан тугайди. Иккиламчи энцефалитлардан кейинги асорат сифатида парезлар, тутқаноклар, ривожланмаган интеллект қолиши мумкин. Даволаш бирламчи энцефалитни даволаш принципи билан ўтказилади.

Гриппоз (токсикогеморрагик) энцефалит - бош миёа ва унинг пардаларининг ўткир яллиғланиш зарарланишидир (менингоэнцефалит). Миёада паталогоанатомик шиш, қон қуйилиш ва ликворда қон пайдо бўлиш билан бирга периваскуляр қон қуйилиш ривожланади.

Касаллик грипп фонида ўткир бошланади, кўпинча юқори нафас йўллариининг катарал ўзгаришлари пайдо бўлади. Қаттиқ бош оғриқ, кўнгил айланиш, бош айланиш, кўз корачиғларининг анизокорияси, диплопия, нистагм, птоз, тригеминал нуқталарда кескин оғриқ намоён бўлиши билан характерланади. Оғир ҳолатларда онг бузилади, кўпол ўчоқли симптомлар ривожланади (гемиплегия, афазия), тутқанок пайдо бўлади. Ликвор қонга

тўлади, оксил 1,5 г/л гача, плеоцитоз 1 мкл. да ЮОта хужайрагача ошади. Касаликнинг бундай шаклида ўлим эҳтимоли каттадир.

Даволаш: хар 8 соатда 0,01 г/кг хисобидан вена ичига томчилаб 0,2 ацикловир, циклоферон 2 мл мушак орасига схема бўйича, гемостатиклар-кальций глюконат томир ичига, дицинон, томир ичига, контрикал томир ичига, гексаметилентетрамин, иммуноглобулин, интерферон, антибиотиклар, антигистамин препаратлар (бронал, тавегил, димедрол); қоннинг реологик хусусиятларини яхшилайдиган препаратлар (кавинтон, реополиглюкин), аналгетиклар, витаминлар, оғир вазиятларда - кортикостероидлар, реанимацион тадбирларни ўз ичига олади.

Энцефалит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

Энцефалит билан касалланган беморларни даволаш мураккабдир, чунки уларда эс-хуш бузилади, ҳаракат бузилиши, шунингдек фалажликлар, гиперкинезлар, булбар синдромлар мавжуд бўлади. Бундай ҳолатда ҳамшира вазифаси қуйидагилардан иборат:

- 1.Шифокор кўрсатмаларини бажариш (дори тарқатиш, инъекциялар, ётоқ яраларига ишлов бериш, сийдик пуфагини катетерлаш, горчичниклар қўйиш ва хок).
- 2.Гигиеник тадбирларни ўтказиш (беморларни ювинтириш, чойшабларни алмаштириш, териға ишлов бериш ва хок.)
- 3.Беморларни овқатлантириш.
- 4.Санитар- оқартув тадбирлари.

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб ва даврий зарарсизлантириш керак, бел соҳасига кленка ёки махсус кленка қопламали матрац жойлаштирилади. Тўшак чойшаблари айниқса, ётоқ яраға қарши матрацлар ишлатилганда пахта-коғозсимон бўлиши керак. Тўшак ва кўрпа чойшаблари эҳтиёжға қараб аммо хафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш

қилишда ҳамшираларни мустақил фаолиятига ётоқ яра профилактикаси киради. Ётоқ яра профилактикасида ётоқ ярани кўп учрайдиган жойларда (думғаза ва думба, сон орқа соҳаси, товон) аҳамият берган холда, беморни хар чойшабини тўғрилаган пайтда бемор танасига қараб туриш лозим. Хар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар қўйиш лозим. Тери хар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти билан артилиб тери қуритилади. Овкат енгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши лозим. Беморга қошиқ ёки зонд орқали овкатланишни ташкил қилиши лозим. Нутқ, нафас олиш ва ютиш бузилишлари- булбар синдромли беморларга махсус ёндашиш лозим. Ҳамшира бемор билан мулоқот ўрнатибгина колмай, витал функциялар бузилиши рўй берганда, врачдан олдинги ёрдам бериши ва врачга тезкор хабар бериши лозим. Доимо тери қопламларини ва шиллик қаватларини обработка қилиб туриш керак, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

Энцефалитда ҳамширалик жараёни

Маълумот тўплаш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдами режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Жараённинг самарадорлигини баҳолаш
Бемор шикоятлари 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Буюмларнинг иккита бўлиб кўриниши 4. Уйқунинг бузилиши 5. Ёруғлик ва шовқинга юқори таъсирчанлик 6. Бош осилиб қолиши Объектив текшириш натижалари: 1. Харорат кўтарилиши 2. Қалтираш 3. Менингиал белгилар 4. Кўз қорачиғи асимметрияси 5. Қусиш	Мавжуд муаммолар: 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Гипертермия 4. Буюмларнинг иккита бўлиб кўриниши 5. Бош осилиб қолиши 6. Уйқунинг бузилиши Бўлиши мумкин бўлган муаммолар: 1. Онг бузилиши – сопор, кома 2. Эпихуружлар 3. Ютишнинг бузилиши	1. Шифокорни чақириш 2. Ётоқ режими 3. Осойишталик яратиш 4. Қон босими, нафас, пульс мониторинги 5. Бош оғриғини бартараф қилиш 6. Хароратни тушириш 7. Қусишни бартараф этиш 8. Беморни люмбал пункцияга тайёрлаш 9. МРТ, КТ текшируви ўтказишга тайёрлаш 10. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Шифокор чақирилди 2. Ётоқ режими буюрилди 3. Осойишталик яратилди 4. Қон босими, нафас, пульс текширилди 5. Бош оғриғи ва қусиш бартараф этилди 6. Харорат туширилди 7. Люмбал пункция қилинди 8. КТ, МРТ қилинди 9. Врач кўрсатмалари бажарилди	1. Бемор тинчланди 2. Бош оғриғи қайтмайди 3. Қусиш тўхтади 4. Харорати пасайди 5. Бемор аҳволи нисбатан яхшиланди

Арахноидит - мия юмшоқ ва ўргимчаксимон пардаларнинг чегараланган, сурункали, пролифератив яллиғланиш касаллиги. Арахноидитга сабаб яллиғланиш жараёнлари (менингит, энцефалит, грипп) ва мия шикастланиши, субарахноидал қон қуйилишлар бўлиши мумкин. Патологик жараён характериға кўра ёпишқоқ, кистоз ва аралаш арахноидит фарқланади. Ёпишқоқ арахноидитда парда ва мия орасида чандиқлар мавжуд бўлади, кистоз арахноидитда эса суюқликка тўлган кисталар мавжуд бўлади. Агар бундай ўзгаришлар бирга пайдо бўлса, унда арахноидитнинг аралаш шакли аниқланади. Жараённинг жойлашишиға кўра конвекситал, кўприкнинг ён цистернаси, оптикохиазмал арахноидитлар тафоввут қилинади.

Арахноидит клиникаси локализация ва морфологик хусусиятларға боғлиқ. Касаллик ўткир ёки ўткир ости шаклида бошланади, бош оғриғи, кўнгил айланиш, бош айланиш, субфебрил харорат пайдо бўлади, шунингдек менингеал белгилар ва мия зарарланишининг ўчоқли симптомлари - диплопия, ғилайлик, гемипарез ва бошқалар пайдо бўлади, мия ички босими ошади.

Ёпишқоқ арахноидит беморларда миянинг катта ярим шарлари шишиб чиққан юзасида илдизча ва мия пардалари таъсирланиш симптомлари мавжуд бўлади, бунда бош оғриқ, жексон эпилепсияси, парестезиялар кузатилади.

Кистоз арахноидитда мия функцияларининг зарарланиш симптомлари характерлидир, бунда парезлар, кўриш пасайиши, эпихуружлар кузатилади.

Оптикохиазмал арахноидитда кўриш бузилади, кўрув ўткирлиги пасаяди, кўрув майдони тораяди, кўрув нервлари атрофияси пайдо бўлади.

Мия кўприги бурчаги арахноидити учун юз, узоклаштирувчи ва эшитув нервлари зарарланиши хос, шунингдек мияча ярим шарлари зарарланиш симптомлари - нистагм, интенцион тремор характерлидир.

Қонвекситал арахноидитга хос симптомлар фокал ёки иккиламчи генераллашган типдаги эпихуружлардан иборат.

Спинал арахноидит симптомлари томирларнинг зарарланиши ва орқа миянинг эзилиш симптомлари бирлашиши билан экстрамедуляр ўсмани эслатади.

Ликвордаги энгил плеоцитоз, баъзан оксил-хужайра диссоциацияси кузатилади. МРТ, ЭЭГ текширувларида хос ўзгаришлар мавжуд бўлади.

Даволаш: биринчи навбатда касалланиш сабабларини йўқ қилишга йўналтирилади, Даволаш методи сероз менингитни даволаш каби схема билан амалга оширилади. Ремиссия босқичида репаратант хусусиятига эга бўлган препаратлар тайинланади (мушак ичига лидаза 64 ЕД, мушак ичига биосед 1 мл, фибс 2мл, шишасимон тана тери остига 2 мл дан юборилади).

Консерватив даволаш самарасиз бўлганда хирургик даво буюрилади.

Арахноидит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

Арахноидит билан оғриган беморни парваришlash катта аҳамиятга эга. Ҳамшира беморнинг таъсирчанлик сезгирлиги ошганини эсида тутиши лозим. Арахноидитда ҳамшира вазифаси қуйидагилардан иборат:

- 1.Шифокор кўрсатмаларини бажариш (дори тарқатиш, инъекциялар ва хок).
- 2.Гигиеник тадбирларни ўтказиш (беморларни ювинтириш, чойшабларни алмаштириш, терига ишлов бериш ва хок.)
- 3.Беморларни овқатлантириш.
- 4.Санитар- оқартув тадбирлари.

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб турилиши керак, тўшак ва кўрпа чойшаблари эхтиёжга қараб ҳафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Тери ҳар куни сув шимдирилган салфетка билан артиради, камфора спирти, одеколон, ароқ ёки ошхона сиркаси билан артиради, сўнг тери қурилади. Овкат энгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши лозим. Беморга қошиқ орқали овқатланишни ташкил қилиши лозим. Ҳамшира бемор билан мулоқот ўрнатибгина қолмай, шошилиш вазиятларда – эпихуруж кузатилганда врачдан олдинги ёрдам бериши ва врачга тезкор хабар бериши лозим. Доимо тери қопламларини ва шиллиқ қаватларини обработка қилиб туриш керак, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

Арахноидитда ҳамширалик жараёни

Маълумот тўплаш	Ҳамширалик таъхиси	Ҳамширалик ёрдами режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Жараённинг самарадорлигини баҳолаш
Бемор шикоятлари 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Кўришнинг пасайиши 4. Генераллашган эпихуружлар 5. V, VII, VIII жуфт нервларининг зарарланиши Объектив текшириш натижалари: 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Кўриш пасайган 4. Юзда тригеминал нуқталарда оғрик 5. Мимик мушакларда фалажлик	Мавжуд муаммолар: 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Кўриш пасайиши 4. Эпихуруж 5. Уч шохли нерв невралгияси 6. Юз нерви неврити Бўлиши мумкин бўлган муаммолар: 1. Эпихуружлар	1. Шифокорни чақириш 2. Ётоқ режими 3. Осойишталик яратиш 4. Қон босими, нафас, пульс мониторинги 5. Бош оғриғини бартараф қилиш 6. Бош айланишини бартараф қилиш 7. Эпихуружда нафас йўллари бўшатиш, бошни ёнга буриш, тишлар орасига дока ўралган шпател қўйиш 8. Шифокор тавсиясига кўра вена ичига лазикс, магнезия сульфат, седуксен юбориш 9. МРТ, КТ, ЭЭГ, офталмологик, отоларингологик текширувларни ўтказиш 10. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Шифокор чақирилди 2. Ётоқ режими буюрилди 3. Осойишталик яратилди 4. Қон босими, нафас, пульс текширилди 5. Бош оғриғи, қусиш бартараф этилди 6. Бош айланиши бартараф қилинди 7. Бош ёнга бурилиб нафас йўллари тозаланди, тиш орасига дока ўралган шпател қўйилди 8. Шифокор тавсияси бажарилди 9. МРТ, КТ, ЭЭГ, офталмологик, отоларингологик текширувлари ўтказилди	1. Бемор тинчланди 2. Бош оғриғи камайди 3. Бош айланиши тўхтади 4. Эпихуруж тўхтади 5. Бемор аҳволи нисбатан яхшиланди

III.4. Орқа миянинг яллиғланиш касалликлари. Ҳамшира ташҳиси ва беморни парвариш қилиш режаси.

Миелит - орқа мия яллиғланишидир. Касаллик полиэтиологик бўлиб, инфекцион-аллергик характерга эга. Яллиғланиш ўчоғи орқа мия кўндаланг қаватини камраб олади. Жараённинг жойлашувига кўра бўйин, кўкрак, бел, думғаза миелити фарқланади. Касаллик тана хароратининг ошиши, умумий холсизлик, калтираш билан бошланади, парестезиялар, бел, кўкрак, қорин, оёқда оғриқ пайдо бўлади. Пастки парапарез ёки параплегия кузатилади, чанок аъзолари функциялари бузилади- тутилиб бўшанади, дум ва думғаза соҳасида ётоқ жаралари пайдо бўлади. Яллиғланиш жараёнининг жойлашувига кўра тананинг турли қисмларида аралаш фалажликлар кузатилади. Орқа мия бўйин қисми сегментларининг зарарланиши натижасида қўл ва оёқларда спастик тетраплегиялар, тетраанестезиялар кузатилади. Кўкрак қисми сегментларининг зарарланишида оёқларда спастик параплегия, параанестезия кузатилади, чанок аъзолари функцияси марказий типда бузилади. Бел кенглиги зарарланса оёқларда периферик параплегиялар, параанестезиялар ривожланади.

Касаллик клиникаси бир неча соатдан бир неча кунгача тўлиқ намоён бўлади. Баъзан орқа миянинг ярим кўндаланги зарарланиши натижасида Броун-Секар синдроми кузатилиши мумкин, бунда зарарланган томонда чуқур сезги ва фалажлик, қарама-қарши томонда юзаки сезги бузилишлари кузатилади. Ликворда унча катта бўлмаган лимфоцитар плеоцитоз, оқсил 1 г/л гача мавжуд бўлади. Касаллик оғир кечганда пиелостит, уросепсис ривожланади. Иккиламчи инфекция кўшилиши натижасида ўлим юз бериши мумкин.

Даволаш: Даволаш режаси антибиотиклар, кортикостероидлар, дегидратацион препаратлар, витаминлар, симптоматик препаратларни ўз ичига олади. Эрта тикланиш даврида ЛФК, массаж, физик муолажалар, биостимуляторлар, спастик фалажликларда - баклофен, мидокалм, скутамил-ц буюрилади. Миелит билан касалланган беморлар учун махсулаштирилган курортларда балчик, минерал ванналар билан даволаш тавсия этилади. Функцияларнинг қайта тикланиши икки йилгача давом этади.

Миелит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

Миелит билан оғриган беморни парваришlash катта аҳамиятга эга. Бундай беморлар мавжуд палаталарни шовқин бинолардан узоқроқда жойлаштириш жоиздир. Ҳамшира беморларнинг таъсирчанлик сезгирлиги ошганини эсида тутиши лозим. Миелитда ҳамшира вазифаси қуйидагилардан иборат:

1.Шифокор кўрсатмаларини бажариш (дори тарқатиш, инъекциялар, ётоқ яраларига ишлов бериш, сийдик пуфагини катетерлаш, горчичниклар қўйиш ва хок).

2.Гигиеник тадбирларни ўтказиш (беморларни ювинтириш, чойшабларни алмаштириш, терига ишлов бериш ва хок.)

3.Беморларни овкатлантириш.

4.Санитар- оқартув тадбирлари.

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб ва даврий зарарсизлантириш керак, бел соҳасига кленка ёки махсус кленка қопламали матрац жойлаштирилади. Тўшак чойшаблари айниқса, ётоқ ярага қарши матрацлар ишлатилганда пахта-коғозсимон бўлиши керак. Тўшак ва кўрпа чойшаблари эҳтиёжга қараб, хафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш қилишда ҳамшираларни мустақил фаолиятига ётоқ яра профилактикаси киради. Ётоқ яра профилактикасида ётоқ ярани кўп учрайдиган жойларда (думғаза ва думба, сон орқа соҳаси, товон) аҳамият берган холда, беморни ҳар чойшабини тўғрилаган пайтда бемор танасига қараб туриш лозим. Ҳар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар қўйиш лозим. Тери ҳар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти, одеколон, ароқ ёки ошхона сиркаси билан артилади, сўнг тери қурилади. Ётоқ яраси пайдо бўлганида бриллиант яшил эритмаси, каланхоэ мази, Вишневский мази, олазол қўллаш жоиздир. Сийдик тутилишида дезинфекцион эритма билан сийдик пуфаги катетеризация қилинади. Овқат енгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши

Миелитда ҳамширалик жараёни

Маълумот тўплаш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдами режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Жараённинг самарадорлигини и баҳолаш
Бемор шикоятлари 1. Тана харорати кўтарилиши 2. Қўл-оёқларда оғриқ 3. Қўл- оёқларда ҳаракат бузилиши, камқувватлик 4. Сийдик ва нажас тутилиши 5. Умумий қувватсизлик Объектив текшириш натижалари: 1. Тана харорати кўтарилиши 2. Қўл-оёқларда оғриқ, сезги бузилишлари 3. Қўл-оёқларда фалажликлар 4. Хожатнинг норавонлиги 5. Холсизлик	Мавжуд муаммолар: 1. Тана харорати кўтарилиши 2. Қўл ёки оёқларда фалажлик 3. Қўл ёки оёқларда сезги бузилиши 4. Сийдик ва нажас тутилиши 5. Умумий холсизлик Бўлиши мумкин бўлган муаммолар: 1. Иккиламчи соматик касалликларнинг ривожланиши 2. Ётоқ яралари пайдо бўлиши	1. Шифокорни чақириш 2. Ётоқ режими 3. Осойишталик яратиш 4. Қон босими, на-фас, пульс мониторинги 5. Тана хароратини тушириш 6. Ётоқ яра профилактикаси 7. Сийдик қопини катетеризация қилиш, антисептик воситалар билан санация қилиш 8. Беморни люмбал пункцияга тайёрлаш 9. МРТ, КТ текширувлари ўтказишга тайёрлаш 10. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Шифокор чақирилди 2. Ётоқ режими буюрилди 3. Осойишталик яратилди 4. Қон босими, на-фас, пульс текширилди 5. Тана харорати туширилди 6. Ётоқ яра профилактикаси қилинди 7. Сийдик қопи катетеризация қилинди, антисептик воситалар ёрдамида урогенитал соҳа санация қилинди 8. Шифокор тавсияси бажарилди 9. МРТ, КТ текширувларни ўтказилди	1. Бемор тинчланди 2. Қўл-оёқларида оғриқлар камайди 3. Бемор бўшанди 4. Бемор аҳволи нисбатан яхшиланди

лозим, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

Полиомиелит – асаб тизимининг ўткир инфекцион касаллигидир. Касаллик қўзғатувчиси 3 типдаги нейротроп энтеровирус ҳисобланади – Лансинг, Леон, Брунгильд вируслари. Касаллик манбаи инсон бўлиб, тарқалишида соғлом вирус ташувчиларнинг роли катта. Касалланган инсон 2-4 кундан кейин оғиз-халқум орқали, 4-7 ҳафтадан кейин эса ахлати орқали вирус ажрала бошлайди. Инфекция хаво-томчи, фекал-оғиз орқали ўтади. Касаллик ёш болаларда кўпроқ учрайдиган юқумли касаллик бўлиб, орқа миё олдиди шохлари мотонейронларининг ва бош миё нервлари ядросининг зарарланишидир. Асосан 5 ёшдан кичикроқ болалар полиомиелитга қарши эмланмаган бўлса касалланишга мойил бўладилар. Касалликнинг кечишида даврлар фарқланади: инкубацион, продромал, фалажлик олдиди, фалажлик даврлари. Инкубацион давр 7-14 кун давом этади.

Продромал давр ҳолсизлик, тез чарчаш, тана ҳарорати кўтарилиши, қатар белгилар, диспепсия, қоринда оғриқ билан характерланади.

Фалажлик олдиди даври 1 кундан 6 кунгача давом этади. Бу даврда продромал симптомлар фонида невралгия, миалгия типиди оғриқлар пайдо бўлади. Нерв тутамларининг оғриши, фасцикуляр тортишувлар, нерв тортилиш синамаларининг мусбатлиги ҳос.

Фалажлик даврида суст фалажлик синдроми кузатилади, Ушбу даврнинг биринчи белгиси “тонгги фалажлик” ҳисобланади, бемор эрталаб ўрнидан туролмайди, суст, асимметрик типда қўпол ҳаракат бузилишлари пайдо бўлади. Ўткир эпидемик полиомиелит турли шаклда кечиши мумкин.

Инаппарант шакли ҳалқум- ичакда вирусни ташиш билан характерланади, бунда клиник белгилар бўлмайди, ташхис вирусологик текширув ёрдамида қўйилади.

Абортив шакли қисқа муддатли умуминфекцион синдром пайдо бўлиши билан характерланади, бунда тана ҳарорати 2-3 кун ичиди 38 градусгача кўтарилади, нафас йўлларида енгил қатар ўзгаришлар, диспепсия,

қоринда оғриқ, вегетатив бузилишлар, безовталиқ кузатилади. Неврологик белгилар бўлмайди. 3-7 кундан кейин тузалиш билан яқунланади.

Менингиал шакли ўткир сероз менингит типиде кечади. Умумий инфекцион, менингиал белгилар билан бир қаторда икки тулқинли иситма хос. Бош оғриғи, қусиш, тана ва оёқларда оғриқ менингоградикуляр синдромнинг ривожланганидан далолат беради. Бундай ҳолатда ётган бемор ўтирмоқчи бўлса, бемор ўтиришдан олдин оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимларида букади (Моркио симптоми). Ликворда лимфоцитар плеоцитоз (30-50 хужайра 1 куб мм да) , оқсил 0,6-0,9г/л.

Паралитик шакли тана ҳарорати кўтарилиши, бош оғриғи, қусиш билан бир қаторда тана, бўйин, бел, оёқларда оғриқ, нерв тортилиши билан характерланади. 1-3 кундан кейин орқа мианинг олдинги шохи мотонейронлари (спинал шакли) ва миё устунини ҳаракат ядроларининг (понтин шакли) зарарланиши натижасида периферик фалажликлар пайдо бўлади. Спинал шаклида фалажликларнинг ассиметрик, асосан проксимал моно-, пара-, три-, тетра- кўринишда бўлиши хос.

Полиомиелитнинг спинал, булбар, бўлбоспинал турларида нафас, юрак, ошқозон-ичак функциялари периферик ва марказий кўринишда бузилади. Цианоз, хансираш, кўкрак қафаси ҳаракати чекланиши, пародоксал нафас, овознинг пасайиши нафас мушаклари ва диафрагманинг зарарланишидан далолат беради. Касалликнинг ўткир даври 1-3 ҳафтагача, тикланиш даври 3 ойдан 1 йилгача, резидуал давр 1 йил ўтгандан кейин кузатилади.

Ташхис касаллик кўриниши, серологик, вирусологик, электромиография таҳлиллари асосида қўйилади.

Даволаш: бемор махсус шифохонага ётқизилиб изоляция қилинади. Специфик даволаш методи йўқ. Беморга ётоқ тартиби буюрилиб, симптоматик даво берилади. Нафас, юрак фаолияти бузилганда ўпкани сунъий вентилляция қилиш учун аппаратга ўтказилади, кардиотроф препаратлар буюрилади. Пневмония профилактикаси ўтказилади. Тикланиш ва резидуал даврларда массаж, гимнастика, витаминотерапия, анаболик стероидлар, актовегин,

физиотерапия, санатор-курорт даво буюрилади. Лозим бўлса ортопедик-хирургик ёрдам кўрсатилади. Профилактика нуктаи назаридан тирик вакцина билан иммунизация ўтказиш яхши натижа беради.

Полиомиелит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

Харакат бузилиши асаб тизими кўпчилик касалликларида аниқланади. Уларга марказий ва периферик шол, атаксия, паркинсонизм, гиперкинезлар, оғриқ туфайли ҳаракатни чекланиши киради. Бундай ҳолларда тиббиёт ҳамшираларининг вазифаларига киради:

Ушбу ҳолатларда тиббиёт ҳамшираларининг вазифаларига киради:

- 1.Шифокор кўрсатмаларини бажариш (дори тарқатиш, инъекциялар, ётоқ яраларига ишлов бериш, сийдик пуфагини катетерлаш, горчичниклар қўйиш ва хок).
- 2.Гигиеник тадбирларни ўтказиш (беморларни ювинтириш, чойшабларни алмаштириш, териға ишлов бериш ва хок.)
3. Беморларни овқатлантириш.
4. Санитар- оқартув тадбирлари.

Айниқса шол бўлган беморларни парвариш қилишда тери тозалиги, ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак.

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб ва даврий зарарсизлантириш керак, бел соҳасига кленка ёки махсус кленка қопламали матрац жойлаштирилади. Тўшак чойшаблари айниқса, ётоқ яраға қарши матрацлар ишлатилганда пахта-коғозсимон бўлиши керак. Тўшак ва кўрпа чойшаблари эҳтиёжға қараб ҳафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш қилишда ҳамшираларни мустақил фаолиятиға ётоқ яра профилактикаси киради. Ётоқ яра профилактикасида ётоқ ярани кўп учрайдиган жойларда (думғаза ва думба, сон орқа соҳаси, товон) аҳамият берган ҳолда, беморни ҳар

чойшабини тўғрилаган пайтда бемор танасига қараб туриш лозим. Хар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар қўйиш лозим. Тери хар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти, одеколон, ароқ ёки ошхона сиркаси билан артилади, сўнг тери қурилади. Овкат енгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши лозим. Беморга қошиқ ёки зонд орқали овкатланишни ташкил қилиши лозим. Нутқ, нафас олиш ва ютиш бузилишлари- булбар синдромли беморларга махсус ёндашиш лозим. Ҳамшира бемор билан мулоқот ўрнатибгина қолмай, витал функциялар бузилиши рўй берганда, врачдан олдинги ёрдам бериши ва врачга тезкор хабар бериши лозим. Доимо тери қопламларини ва шиллиқ қаватларини обработка қилиб туриш керак, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

Полиомиелитда ҳамширалик жараёни

Маълумот тўплаш	Ҳамширалик ташҳиси	Ҳамширалик ёрдами режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Жараённинг самарадорлиг ини баҳолаш
Бемор шикоятлари 1. Тана харорати кўтарилиши 2. Қўл-оёқларда ҳаракат бузилиши, камқувватлик 3. Умумий қувватсизлик Объектив текшириш натижалари: 1. Тана харорати кўтарилиши 2. Қўл-оёқларда фалажликлар 3. Холсизлик	Мавжуд муаммолар: 1. Тана харорати кўтарилиши 2. Қўл ёки оёқларда фалажлик 3. Умумий холсизлик Бўлиши мумкин бўлган муаммолар: 1. Иккиламчи соматик касалликларнинг ривожланиши 2. Ётоқ яралари пайдо бўлиши	1. Шифокорни чақириш 2. Ётоқ режими 3. Осойишталик яратиш 4. Қон босими, на-фас, пульс мониторинги 5. Тана хароратини тушириш 6. Ётоқ яра профилактикаси 7. Сийдик қопини катетеризация қилиш, антисептик воситалар билан санация қилиш 8. Беморни люмбал пункцияга тайёрлаш 9. МРТ, КТ текширувлари ўтказишга тайёрлаш 10. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Шифокор чақирилди 2. Ётоқ режими бу-юрилди 3. Осойишталик яратилди 4. Қон босими, на-фас, пульс текши-рилди 5. Тана харорати туширилди 6. Ётоқ яра профилактикаси қилинди 7. Сийдик қопи катетеризация қилинди, антисептик воситалар ёрдамида урогенитал соҳа санация қилинди 8. Шифокор тавсияси бажарилди 9. МРТ, КТ текширувларни ўтказилди	1. Бемор тинчланди 2. Бемор бўшанди 3. Бемор аҳволи нисбатан яхшиланди

III.5. Эпилепсия ва тутқаноқ синдроми. Беморларга шошилиш ёрдам кўрсатиш.

Эпилептик синдром

Эпилептик синдром – бу турли хил таъсиротларга нисбатан организмнинг универсал реакцияси. Эпилептик синдром ўз ичига эпилепсия касаллигини, турли хил касалликларда намоён бўладиган эпилептик синдром ва эпилептик статусни қамраб олади.

Эпилептик синдром турли хил касалликларда бир симптом сифатида намоён бўлиши мумкин: бўларга БМҚАЎБ, менингит, энцефалит, ўсимта, абсцесс, миянинг инфекцион–аллергик зарарланиши; алкоголь, дори моддалари ва б.қ.лар таъсирида экзоген интоксикациялар; диабет, порфирия, тиреотоксикоз, абстиненция ва б.қ.ларда кузатиладиган дисметаболик жараён, ўткир ривожланган гипоксия, интоксикация билан кечадиган соматик касалликлар, гипертермия, антиқонвульсантларни қабўл қилишни тўсатдан тўхтатиш мисол бўла олади.

Эпилептик синдром клиник намоён бўлиши уч категорияга бўлинади:

- биринчи – реанимацион ва тезкор ёрдам талаб қиладиган эпилептик статус.
- иккинчи – тезкор стационар психиатрик ёрдам талаб қиладиган эпилептик статуснинг талвасасиз кечадиган ҳушнинг қарахтлик ҳолати.
- учинчи – онда–сонда бўладиган талваса хуружлари, парциал талвасали ва талвасасиз хуружлар, кичик эпилептик хуруж (petit mal), миоклоник хуружлар статуси. Бўларда беморни кузатиш талаб қилинади. Даво чоралари фақат эпилептик синдром узок давом этганда ёки кучли ифодаланганда талаб қилинади.

Эпилептик статус – қисқа муддат ичида тез такрорланадиган ёки узок давом этадиган эпилептик ҳолат. Эпилептик статус талвасали ва талвасасиз бўлади.

Талвасали тури – эпилептик хуружлар қайта–қайта давом этадиган ёки доимий фокал ҳаракат билан кечадиган бемор ҳушига келмайдиган ҳолат. Бу

турда статуснинг уч тури кузатилади:

Б и р л а м ч и – г е н е р а л л а ш г а н с т а т у с – тўсатдан пайдо бўладиган тоник–клоник, тоник, миоклоник хуружлар. Эпилепсия касаллигига хос бўлган ҳолат, ўткир интоксикацияларда ҳам кузатилади.

И к к и л а м ч и – г е н е р а л л а ш г а н с т а т у с – парциал хуружлар статуси – хуруж айрим мушакларда парциал талвасадан бошланиб, кейин генераллашган ҳолатга ўтади. Турли патологиялар натижасида миянинг ўчоқли зарарланишида кузатиладиган симптоматик эпилепсияда кузатилади.

Ф о к а л э п и л е п т и к х у р у ж л а р с т а т у с и – алоҳида мушакларда узоқ давом этадиган хуружлар (джексон хуружлар статуси). Бу статус ўчоқли энцефалит, посттравматик киста, мия ичи гематомаси, мия ўсимталари, мия инфарктида намоён бўлади.

Талвасасиз тури – талвасасиз узоқ давом этадиган, кичик эпилептик хуружлар, содда ва мураккаб абсанслар, кучли ифодаланган дисфориялар билан кечадиган ҳолат. Бу турга узоқ (баъзида суткалаб) давом этадиган қўзғалувчанлик, агрессия, баджаҳллик, атрофни тўлиқ англай олмаслик билан кечадиган қарахтлик ҳолати ҳам киради. Бунда беморлар узоқларга кетиб қолиши, жамиятга зарар етказадиган ҳаракатлар қилишлари мумкин бўлганлиги сабабли уларни психиатрик бўлимга тезкор ётқизиш керак бўлади.

Генераллашган умумий талвасали хуруж – қўл ва оёқларда тоник–клоник тортишишлар, ҳушни йўқотиш, юз цианози, оғизда кўпик, тилни тишлаш, ихтиёрсиз сийиш билан кечади. Хуруж охирида аритмия ёки апноэ кузатилади. Хуруж 2–3 минут давом этади, кейин сопор ёки кома ҳолати кузатилиб, бемор чуқур уйқуга кетади. Хуруж тугагандан сўнг қорачиқлар максимал кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқ, тери цианотик ва нам бўлади. Бемор тўсатдан йиқилганлиги сабабли тана жароҳатлари олиши мумкин. Хуруж тугагандан сўнг ҳам беморларни бир неча муддат кузатиш лозим, чунки беморда қарахтлик кузатилади.

Ҳушни йўқотишсиз кечадиган парциал талвасали хуруж – алоҳида мушакларда қисқа муддат давом этадиган тоник ёки клоник тортишишлар

билан намоён бўлади. Беморни кузатиш талаб қилинади, чунки хуружни генераллашиши ва фокал epileptик статус кузатилиши мумкин.

Парциал талвасасиз хуруж (амбўлатор автоматизм) – бемор ўраб турган олам билан мулоқотни йўқотадиган, хулқ–атвори эпизодик ўзгариши билан кечадиган ҳолат. Хуруж бошланишидан олдин аура (ҳидлов, таъм, кўрув галлюцинациялари, макро– ва микропсия, “илгари кўрганлик” ҳисси) бўлиши мумкин. Хуруж пайтида ҳаракат фаоллиги чегараланиб, лабни чапиллатиш, ютиш, мақсадсиз юриш, кийимни тахлаш, психомотор қўзғалиш кузатилади. Хуруж тугагандан кейин амнезия кузатилади.

Кичик epileptик хуруж (petit mal) – онгни қисқа муддатга “ўчиши”, шифокор ёрдами талаб қилинмайди.

Миоклоник хуружлар статуси – турли мушакларда тинимсиз талвасали қисқаришлар, бемор ҳушини йўқотмайди.

Даволаниш:

Хуруж пайтида биринчи ёрдам.

Томир тортишишга қарши: седксен 2,0 м/и, гексонал ёки тиопентал натрий 1 кг оғирликка 10 мл ҳисобидан, сульфат магния, хлорид кальция, хлоралгидрат 5% 30-50 мл клизмада.

Юрак учун: корглиқон, эуфилин, панангин.

Люминал 0,05-0,1.

Дифенин, делантин 0,1.

Гексомедин 0,1-1,5 г, болаларга - суткасига 0,1 - 0,75 г.

Тегретол 200-400 мгдан (1-2 т) 2-3 марта.

Триметин 0,2-0,3, суксилеп, морфолеп (Petit mal).

ЭПИЛЕПТИК ХУРУЖЛАРДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдами режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> Бемор хушсиз бўлганлиги сабабли шикоятларини йиғиб бўлмайди <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Бемор тўсатдан хушини бир неча сонияга йўқотади ва йиқилади 2. Кўз соққалари тепага қарайди, кўз қорачиқлари кенгайган 3. Тилини тишлайди 4. Оғзидан кўпик ажралади 5. Қўл ва оёқда тортишиш ва тиришишлар куза-тилади 6. Нафас олиши ўзгаради 7. Пульси ипсимон, брадикардия	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Хушни йўқолиши 2. Қўл ва оёқларда тиришишлар 3. Оғзидан кўпик ажралиши 4. Нафас олишни қийин-лашиши 5. Тилини тишлаш <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Эпихуружни такрор-ланиши 2. Онгини тўлиқ йўқолиши 3. Хуруж пайтида жароҳатлар олиши 4. Эпилептик статус	1. Шифокорни чақириш 2. Бемор бошини ёнбошга ағдариш, бошини тагига юмшоқ ёстик қўйиш 3. Сиқиб турган кийимларини бўшатиш 4. Оғзини очиб, тиш протезлари бўлса, ечиб олиш 5. Юмшоқ докага ўралган қошиқ ёки шпатель билан тилини ушлаб туриш 6. Нафас олишга қулайлик яратиш 7. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Бемор қулай ҳолатга ётқизилади 2. Бемор боши ён тарафга қаратилиб, бошини тагига юмшоқ ёстик қўйилади 3. Сиқиб турган кийимлар ечилади 4. Тоза ҳаво билан таъминланади 5. Тили шпатель ёки қошиқ билан ушлаб турилади 6. Шифокор кўрсатма-сига биноан дорилар юборилади: бензодиа-зепинлар, антиқон-вульсантлар, дегидратация 7. Бемор мунтазам кузатилади	1. Бемор хушига келди 2. Ажралган сўлакни нафас йўлларига кетиб қолишини олди олинди 3. Тилини тишлаб олишини олди олинди 4. Ихтиёрсиз ҳожат ва дефекация бўлган ҳолатда гигиеник ёрдам кўрсатилди 5. Шифокор тавсиялари бажарилди 6. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди 7. Бемор тинчиб, ухлади 8. Хуружлар қайтарил-мади

III.6. Марказий невр системасининг ирсий касалликлари. Беморларни парвариш қилиш режаси.

Асаб системасининг кўпгина функционал ва органик касалликларининг келиб чиқишида ирсий фактор катта роль ўйнайди.

Хозиргача 1500 ирсий касалликлар мавжуд бўлиб, уларнинг 200 га яқини асаб системасининг касаллиги (генлар мутацияси туфайли келиб чиқади). Ундан камрок насл касаллиги хромосомалар абберацияси билан боғлиқ касалликлар учрайди (Даун касаллиги, Клайнфелтер ва Шарешевский –Тернер касаллиги).

Асаб ситемаси наслий касаликлари умумий хусусиятга эга:

1. Уларнинг ҳаммаси дегенератив касалликлар ҳисобланади.
2. Патоморфологик ўзгаришлар асосан нерв паренхимаси ва нейроглияда кечади.
3. Бириктирувчи тўқима ва қон томирларда экссудатив –пролефератив яллиғланиш жараёнлари кузатилмайди.
4. Менингеал белгилар ва ликворда ўзгаришлар кузатилмайди.

Нейродегенератив жараёнлар асосан танлаб зарарланиши билан кечади, бир тизма зарарланиб, бошқаси зарарланмаслиги ирсий касалликка хос.

Касалликлар турли типда наслдан-наслга ўтади. Асосан улар аутосом-доминант, аутосом-рецессив ва Х-жинсга боғлиқ рецессив тип (чирмашган тип) наслдан-наслга ўтади.

1. Аутосом доминант типдаги ирсийётда патологик ген аутосомлардан биттасида жойлашади, касаллк ота ёки онадан ўтади ва у кизларда ҳам ўғил болаларда ҳам бир хил ривожланади. Оиласида болаларнинг деярли 50% шу касаллик билан оғриши мумкин. Касаллик авлоддан-авлодга “вертикаль” бўйича ўтади.
2. Рецессив типдаги ирсиятда ота ҳам она ҳам фенотип жихатдан соғлом бўлади, аммо ўзида гетерозиготали патологик ген саклайди.

Шу генни ташувчи ҳисобланади, фенотип томондан соғлом бўлган сибсларнинг 2/3 қисми худди ўз ота-оналари каби гетарозигота номидаги патологик генга

эга бўлади. Беморларнинг ота-онаси якин кариндош бўлган такдирда рецессив касалликларнинг келиб чиқиши кўпаяди.

3. Жинсга боғлиқ Х- (чирмашган) рецессив тип натижасида вужудга келган ирсий касалликларнинг наслдан-наслга ўтишида патологик ген Х-жинсий хромасомада жойлашган бўлади. Бу касаллик эркакларда кўпроқ, хотин-кизларда эса камдан-кам учрайди.

1. Ирсий касалликлар классификацияси С.Н.Давиденков (у ёки бу система танлаб зарарланиши бўйича).

1. Пирамида ва миёча системасининг дегенератив касалликлари.
2. Штрюмпель касаллиги ёки оилавий спастик параплегия.
3. Фридрейх касаллиги ёки оилавий атаксия.
4. Пьер-Мари касаллиги ёки наслий миёча атаксияси.

2. Периферик мотонейрон зарарланиш (невраль амиотрофия) билан кечадиган дегенерациялар.

1. Шарко-Мари касаллиги, (перенеал, неврал) амиотрофия.
2. Вердниг-Гофман касаллиги – болалар спинал амиотрофияси.
3. Тугма миотония, зиёнсиз тугма гипотония. Оппенгейм касаллиги.
4. Болалар ва ўсмирлар спинал амиотрофияси (Кугелберг-Веландра) касаллиги.

3. Экстрапирамида системасининг дегенератив касалликлари.

1. Титраш (калтираш) фалажлиги, Паркинсон касаллиги.
2. Наслий хорей, Гентингтон касаллиги.
3. Гепато-летикуляр дегенерация (гепато-церебрал дистония, Вильсон-Қоновалов касаллиги).
4. Торсион дистония. Циен-Оппенгейм касаллиги.
5. Ривожланаётган (прогрессив) оилавий миокланус-эпилепсия.

4. Мушак касалликлари.

1. Прогрессив мушак дистрофиялари:
 - а) Дюшен псевдогипертрофик формаси:
 - б) Эрба ўсмалар формаси.
 - в) Ландузи-Дежерин елка-кўкрак-юз формаси.
 - г) Окуляр ва окуло-фарингиаль миопатия.

5. Миотония.

1. Тугма миотония ёки Томсон касаллиги.
2. Куршман-Баттен –Штейнерт дистрофик миотонияси.
3. Миоплегия, пароксизмал оилавий фалажлик.

Прогрессив мушак дистрофияси.

Нерв-мускул касалликлари ичида кенг тарқалган касалликлар бўлиб ҳисобланади.

Бу бирламчи мушак дистрофиясидир. Бўлар наслдан-наслга ўтиш типлари, касалликнинг бошланиши, кечиши, ўзига хос топографик мускуллар зарарланиши ва псевдогипертрофия, пай контрактуралари билан бир-биридан фарқ қилади.

Классификацияси клиник кўринишлари ва наслдан-наслга ўтиш типларига қараб тузилган.

Вальтон (1974) ирсий келиб чиқишига қараб миодистрофиянинг қуйидаги формаларни ажратади.

А. Х-уланган аутосом-рецессив мушак дистрофиялари.

а) Оғир Дюшен формаси:

б) Енгил Беккер формаси,

В Аутосом –рецессив (мушак дистрофияси).

а) Эрба ўсмирлар миодистрофияси:

б) Болалар мушак дистрофияси

в) Тугма мушак дистрофияси

Г. Елка-кўкрак-юз-Ландузи Дежерин

Д. Дистал мушак дистрофияси

Е. Окуляр мушак дистрофияси

Ё. Окулофарингиал мушак дистрофияси.

Охирги бир неча формаси аутосом-доминант тип бўйича наслдан-наслга ўтади. (Ландузи Дежерин миопатияси, Веландер миопатияси ва хоказо.)

Дюшен, Эрба ва Ландузи-Дежерин миодистрофиялари кўпрок учрайди.

Дюшен миопатияси. Дюшен мушак дистрофияси кўпрок ўғил болаларда учрайди. Аутосом-рецессивга боғлиқ Х чирмашган тип. Бошка мушак дистрофияларга караганда кўп учрайди 3,3:100000. У эрта бошланиб хавфли кечиши билан характерланади. 2-5 ёшдаги болаларда юришнинг ўзгариши билан бошланиб, 14-15 ёшга етганда одатда болалар умуман ҳаракатсиз бўлиб қолишади. Энг эрта бошланадиган белгилардан бири болдир мушаклари котиши ва псевдогипертрофиясидир. Сон, чанок соҳаси мушаклар атрофияси кузатилади. Жараён аста-секин кўтарила бориб, елка камар, орка ва кўлнинг пароксизмал мушакларига тарқалади. “Урдаксимон” юриш пайдо бўлиб, гиперлордоз ривожланади.

“Канотсимон”, “озод” елка белгилари ривожланади. Вактли пай рефлекслари сўнади. Мушак ва пай контрактураси ривожланади. Баъзан думба, дельтасимон мускулларда, қорин, тил мушакларида псевдогипертрофиялар кузатилади.

Бу касалликнинг характерли белгисидан бири интеллектнинг пасайиши. Мушак тўкимаси учун специфик бўлган қон зардобдаги креатинин-фосфокиназа нормадан ўнлаб, ҳатто юзлаб марта ошиши мумкин. Шунингдек, альдолаза, лактат дегидрогиназа ферментлари активлиги ҳам бир неча марта ошади. Креатинин алмашинуви ҳам бузилади. Креатинурия рўй беради. Дюшен миодистрофияси рецессив ва Х- бириккан (жинсга боғлиқ) хромосома типда кузатилади. 70% гетерозигот ташувчиларда субклиник белгилар танилади. Кардиопатия билан кечади.

Эрб–Ротт прогрессивлашувчи миодистрофияси.

Ахоли сонига 1, 5:100.000 нисбатан учрайди.

Аутосом-рецессив тип билан ўтади. Иккала жинс ҳам бир хилда зарарланади.

Касаллик асосан 14-16 ёшда, баъзан 10 ёшда, хаттоки 30 ёшдан кейин ҳам учраши мумкин, тўла ногиронлик 15-20 ёшда кузатилади. Кўп ҳолларда Эрба – Рота миодистрофияси чанок тос мушаклари ва сон мускуллари атрофияси билан бошланади. Сўнг жараён елка соҳаси мушакларига тарқалади. Қорин ва орқа мушаклари ҳам зарарланади. “Ўрдак” симон юриш гиперлордоз юз беради. Псевдогипертрофия ва контрактулар характерли эмас. Интеллект ўзгармайди. Юрак мушаклари зарарланмайди. Ферментлар озгина ошади.

Прогрессив мушак дистрофияларида патоморфологик ўзгаришлар.

Асаб системаси кам зарарланади. Олдинги шох хужайралари кичраяди (камаяди). Харакат нерв толалари (ўқ цилиндр ва миелин пардалари) ўзгаради. Асосий ўзгаришлар мушак тўкимасида кечади, мушак толалари кичраяди, ён ва бириктирувчи тўкима ўсади, мушак ядролари сони ошади. Қон томирлари девори калинлашади, стеноз микротромбозлар пайдо бўлади. Гистохимик текширувлар натижасида мушак биопататида мукополисахаридлар тўпланади.

Патогенезида куйидаги гипотезалар мавжуд: невроген, гипоксик, мембрана дефекти, хужайрадаги медиаторлар дисфункцияси. Невроген гипотеза асаб системаси (орқа мия, периферик нервлар мушак орасидаги кисми) бирламчи зарарланиб, кейин мушак тўкимасида иккиламчи метаболик бузилишлар таъкидланади.

Асаб системаси трофик вазифаси бузилиши роли ҳам кўрсатилади (асосан симпатик кисмда). Лекин нерв ўзгаришлари бирламчи эмаслиги тўла тасдиқланмаган. Тўкима гипоксияси гипотезаси тарафдорлари мушак толалари ўлишини сурункали кислород етишмаслигидан деб билишади.

Мушакларда ва томирларда кислотали полисахаридлар тўпланади, колган толалар ўсади, мушак толалари атрофида фиброз футляр, пайдо бўлиб томирларни босиб кўяди ва микроциркуляциянинг бузилишига олиб келади ва тўкима гипоксияси сабабчиси бўлади.

Миоглобин дефектни аниклаш тўкима гипоксияси гипотезияси яна тасдиқлайди, мембрана дефекти гипотезаси саркоманинг ўтказувчанлиги ошуви мушак дистрофияси патогенезида асосий роль ўйнашини ва хужайрадаги ферментлар, гликоген аминокислоталар, креатин йўқотиш такидлайди. Бўлар ҳаммаси оксиллар камайишига ва биохимик процессларнинг бузилишига олиб келади.

Даволаш усуллари: анаболик гормонлар ретоболил 1 марта 5-7 кунда N 7, вит.Е, В гурух, АТФ, ДФК, массаж, нафас гимнастикаси, никотин кислотаси, глюкоза инсулин билан, электрофорез прозерин билан, кокарбоксилаза, церебролизин, фосфаден, прозерин, галантамин, оксазил, нейромедин)

Штрюмпель касаллиги

Бу касаллик махаллий мотонейрон (пирамида йўли)нинг дегенератив ўзгаришлари билан характерланади. Касаллик Штрюмпель (1886-1904) томонидан батафсил ўрганилган. Аутосома-доминант ва аутосом-рецессив тип бўйича наслдан-наслга ўтади. Патогенези хозирча номаълум. Патоморфологик ўзгаришлар пирамида йўлларида, кўпроқ орқа мия бўйлаб, асосан бел ва думғаза сегментлари соҳасида жойлашади. Асосий ўзгаришлар ўқ цилиндрида кечади. Пирамида йўлининг мия оёқчаси, кўприк ва узунчоқ мия соҳасида глиоз кузатилади. Бец хужайралари сони камаяди. Голл ва спиноцеребелляр йўлларда, орқа мия олдинги шох хужайраларида, миячада ва қора моддада ҳам дегенератив процесслар кузатилади.

Касаллик 10-20 ёшда бошланади. Касаллик юришнинг ўзгаришидан бошланиб, аста-секин кучайиб боради. Беморлар оёқларининг тез чарчашига шикоят қилишади. Асосий касаллик белгиси спастик тонус бўлиб, рефлекслар ошиб, патологик рефлекслар пайдо бўлади (букувчи ва ёзувчи) , спинал

автоматизми, бўғимларда контрактуралар, кечки даврида мускуллар кучсизланади. Гавда олдинга букилади, лордоз кучаяди. Вибрация сезгиси камаёди. Чаноқ аъзолари функцияси бузилмайди. Нистагм, интеллект бузилиши, атаксия ва интенция ҳам бўлиши.

Оилавий атаксия, Фридрейх касаллиги

Фридрейх томонидан 1862 йилда ёзилган. Аутосом-рецессив тип бўйича наслдан-наслга ўтади. Патоморфологияси: орқа мия ингичкаланади, асосан ортки илдизчалар, Кларк устуни хужайралари, дорсал ва вентрал спино-церебелляр йўлларда ўзгаришлар кузатилади. Ўзгаришлар мия устунда, Пуркинье хужайраларида ва тишли ядрога кузатилади. Дегенератив ўзгаришлар орқа мия ва пўстлоқда, пирамида йўлларида кўпроқ учрайди.

Клиникаси: касаллик 10-20 ёшда бошланади. Кечиши ўткир ва аста-секин. Баъзан 5-6 йилдан кейин атаксия туфайли беморлар ўриндан туролмай қолишади. Дастлаб тез чарчаб қолиш, юриш бузилади, беморлар чопа олишмайди, кўп йиқилишади, атаксия кузатилади. Дизартрия ва скандирлашган нутқ кузатилади. Бошда тремор, оёқ панжалари ва болдир мушакларида гипотрофия, дистал парезлар, пай рефлекслари пасайиши ва йўқолиши, мускул-бўғим сезгиси ва вибрация сезгиси бузилади. Нистагм кузатилади. Фридрейх панжаси, скелет аномалияси, умуртқа деформацияси, кифосколиоз мускул тонуси бузилиши туфайли кузатилади.

Даволаш: умумий қувват берувчи дорилар, ортопедик муолажалар, даволаш физкультураси.

Пьер-Мари наслий мияча атаксияси.

Пьер –Мари томонидан 1893 йилда ёзилган. Аутосом-доминант тип бўйича ўтади. Касаллик 20-30 ёшда бошланади.

Патоморфологияси: мияча ядролари, Пуркинье пўстлоқ хужайраларида дегенерация ва атрофия кузатилади. Мия устуни, пастки оливалар, спино-церебелляр йўлларда ҳам дегенератив ўзгаришлар кузатилади.

Клиникаси: локомотор атаксия (ББС, ТТС) жуда кучли, скандирлашган

нутқ, жуда қўпол холда бошнинг интенцион тремори, гавданинг титраши, пай рефлекслари ошади, патологик рефлекслар, клонусоидлар, нистагм, қорачиғ рефлекслари бузилиши, кўрув нерви атрофияси, интеллект пасаяди.

Неврал амиотрофияси (Шарко-Мари). Периферик мотонейроннинг танаси ёки унинг аксони атрофияси натижасида келиб чиқади. Сурункали наслий полинейропатиялар орасида Шарко-Мари неврал амиотрофияси нисбатан кўп учрайди. 1886 йилда ёзилган. Аутосом-доминант типда ўтади. Касаллик 10-20 ёшда бошланади.

Дастлаб переневраль ва олдинги болдир катта мушаги кучсизланиб, оёқ панжаси осилиб қолади. Болдир, оёқ панжаси мускуллари гипотрофияси, дистал қисмида атрофия, оёқлар худди “тўнтарилган бутылка” шишага ўхшаб қолади. AR рефлекси тез сўнади.

Касаллик аста-секин ривожланиб, қўлларда дистал қисмда мушак атрофияси пайдо бўлади. Қўлларда ҳам рефлекслар сўнади. Дистал қисмларда сезги ўзгаришлари рўй беради. Оёқ панжаси деформацияси, Фридрейх панжаси келиб чиқади. Касаллик клиникаси ўзгарувчан, баъзан касаллик қўллардан бошланади. Диагноз нерв импульслари ўтказиш тезлигини ўлчаш билан тасдиқланади. Бунда оралиқ нерв (n.medianus) у 20-15 м/сек. гача камаяди (нормада-65м/с). Мушак биопсиясида деневрация “тутам атрофияси” кузатилади, сегментар демиелинизация. Касаллик патогенези миелин пайдо бўлишининг специфик генетик блоки деб тушинтирилади.

Даволаш: Вит.В, галантамин, АТФ, нивалин, ЛФК.

Экстрапирамида системаси зарарланиши билан кечадиган дегенерациялар

Гентингтон хорейси, сурункали кучайиб борувчи хорей. Доминант типда кузатилади, кам учрайдиган касаллик (1та: 500).

Америкалик психиатр Гентингтон 1872 йилда ёзган. Касаллик 30-50 ёшда билинади, эркакларда кўпроқ учрайди.

Патанатомияси: морфологик ўзгаришлар диффуз тарзда учрайди.

Миянинг хажми ва оғирлиги камаяди. Миядаги атрофиялар туфайли қоринчалар кенгаяди. Экстрапирамида ядролари (думли ядро, чечевидасимон майда ядролар), шунингдек кучли дегенератив ўзгаришлар мия пўстлоғида кузатилади.

Патогенези: мия моддаси, асосан, базал ганглияларда гамма-ёғ кислотасининг етишмовчилигида. Допамин гипер продукциясида.

Клиникаси: асосий белгиларидан хореик гиперкинезлар, авж олувчи деменция, беихтиёр ҳаракатлар аста-секин бошланади, кейинчалик рухий ўзгаришлар кузатилади ҳар хил ноихтиёрий ҳаракатлар, интенцион тремор, тентираб юриш ва бошқа хореик гиперкинезлар ривожланиб боради. Беморлар хоҳишига қараб гиперкинезларни камайтириш мумкин (хореик ревмат.). Ҳар қанақа қилинган ҳаракат гиперкинезларнинг қўпайишига олиб келади. Сўзлашиш пайтида гримасалар: лабни чўчайтириш, нафас олиш туфайли нутқ бузилади. Мушаклар гипотонияси. Парез, сезги ўзгаришлари, тоз функцияси бузилмайди. Рухий ўзгаришлар гиперкинезлар фонида борган сари кучайиб бориб деменцияга олиб келади. Беморлар интеркурент касаллигидан ҳалок бўладилар.

Даволаш: галоперидол, допегит. Бўлар допамин миқдорини камайтиради.

Гепатоцеребрал дистрофия, Вильсон-Кановалов касаллиги.

Аутосом-рецессив йўл билан узатилади, мия билан жигар зарарланиши кузатилади.

Патанатомия: диффуз ўзгаришлар, пўстлоғ ости ганглияларида кўпроқ ўзгаришлар кузатилади. Макроскопик мия моддаси атрофияси, унинг парчаланиши ва бўшлиқлар пайдо бўлади. Нерв тўқимада периваскуляр шиш, иккиламчи атрофия ва унинг нобуд бўлиши.

Шунингдек пўстлоғ, putamen, globus pallidum хужайралар сони камаяди ва кучли дегенератив ўзгаришлар. Шунингдек мияча пўстлоғи хужайралари камайиши, глиоз кузатилади жигарда- атрофия, цирроз, кичраяди қотади.

Патогенези: миснинг метаболизми, наслий дефекти касаллик патогенезида асосий ролни ўйнайди. Организм тўқималарида мия миқдори ошади. Унинг сийдик билан жуда кўп ажралиб чиқиши, қонда камайиши, мис тақсимланиши бузилиши, церулоплазмин миқдорининг камайиши генетик ҳолат бўлиб, бунда оксил мисни қон зардобиди боғлайди. Овқат орқали организмга тушган мис қон зардобиди ушланиб тураолмайди, натижада мис организмда кўпайиб, сийдик билан кўплаб чиқарилади, мия, шох парда (роговица) жигарнинг зарарланиши, уларда миснинг тўпланиб йиғилиб қолишидир.

Клиникаси: асосий белгиларидан бири зўрайиб боровчи мушак таранглиги, тремор ва прогрессив деменция. Ҳамма мушаклар қотиб қолади. Юз маска кўринишида, амимия, оғиз очик, дизартрия, бўғиқ овоз, дисфагия, гиперсаливация, брадикардия, интенцион тремор. Қўлларда гиперкинезлар, бармоқларда атетоз, тутқаноқ хуружлари, интеллектнинг жуда пасайиши, ақлсизлик, пай рефлекслари ошади, Бабинский рефлeksi пайдо бўлади.

Спецефик белгиси - шох пардада Кайзера-Флейшера халқачалари, 60-70% холларда қонда анемия, тромбоцитопения, геморрагик синдром, субфебрил t-ра, жигар катталашади, кейинчалик атрофия,асцит, қон қусиш.

Кечиши ва прогноз: секин прогрессивлашиб 4-10 йилдан сўнг бемор ўлади.

Даволаш: диета, мисни кам сақловчи овқатлар (шоколад, какао, ёнғоқ, замбуруғ жигар истеъмол қилинмайди), пенициллинамин 1,5-2г., B6.

Паркинсон касаллиги.

Инглиз олими Паркинсон 1877 йилда ёзган. Шарко клиник кўринишини тўлдирган, 60-140:100.000 учрайди. Катта ёшдагиларда кўпроқ учрайди. У ахолининг 1% 60 ёшгача ва 60 дан катта бўлганларда 5% қалтираш ҳолати кузатилади. Эркаклар аёлларга нисбатан кўпроқ касалланадилар.

Этиологияси: узи паркинсонизм ўткир энцефалитининг сурункали босқичида, кана энцефалитида ва бошқа вирусли энцефалитлардан сўнг келиб чиқади. Ундан ташқари церебрал атеросклероз, бош мия қон-томир

касаликлари, травмалар, ўсмалар, ҳамда фенотиазин (аминазин), резерпин, трифтизин, кўп қабўл қилганда CO₂ газдан сўнг, марганецдан сўнг келиб чиқади. Ундан ташқари катехоламин ва бошқа ферментларнинг камайиши туфайли, катехолин ҳамма модда алмашинувини бошқаради Паркинсон касалиги кўпинча аутосом-доминант типда ўтади. Ташқи ва ички муҳит, генуин дефектларнинг келиб чиқишида роль ўйнайди.

Асосий сабаби –катехоламинлар алмашинуви (дофамин, ацетилохолин, норадреналин) экстрапирамид ядроларида бузилиши. Дофамин ҳаракатни бошқарувчи медиатор ҳисобланади, нормада унинг концентрацияси базал ядролардан бошқа нерв структураларга нисбатан анча юқори.

Ацетилхолин –n.lenticularis, globus pallidum ва қора субстанция орасидан қўзғалишини бошқаради. Дофамин унинг антагонисти бўлиб, тормозловчи таъсир қилади. Қора субстанция ва globus pallidum зарарланганда дофамин ҳажми камаяди (думли ядро,пўстлоқда). Бунда экстрапирамида ядрога ўзгаришлар пайдо бўлади.

Патоморфологияси: қора субстанция, globus pallidum да дегенератив ўзгаришлар нерв клеткаларининг ўлиши (нобуд) бўлиши кузатилади. Хужайраларнинг ўрнида глиал элементларнинг ўсиши, ёки бўшлиқ пайдо бўлади.

Клиника: асосий синдром – акинетик – ригидлик ёки гипертоник – гипокинетик. Паркинсонизм учун қалтираш параличи ва гипо-акинезия характерли.

Букилган ҳолат: бош ва танаси олдинга, қўллари тирсак бўғимида билакда ярим букилган. Айрим ҳолларда танага ёпишган, оёқлар тизза бўғимида ярим букилган, мимика йўқ –амимия, ҳаракатлар кам, секин, аста-секин умуман йўқолади, юриш майда-майда қадамлар билан. Пропульсия-олдинга қараб юриш, ретропульсия-орқага, латеропульсия- ён тарафга.

Пластик гипертония, юздаги, чайнов, энса мушакларнинг қотиши. Юрганда қўллар қатнашмайди, гапириш монотон, секин, гапнинг охирида овоз ўчиб қолади. Тремор- бошда, қўлда, оёқларда, плетки жағда, танга санагандай.

Тремор – хаяжонланганда кўпаяди, уйқуда йўқ бўлади.

Психикаси: инициатива йўқ бўлади. Брадифрения-эмоция пасайиши. Бир ҳолатдан иккинчи ҳолатга ўтиш қийин, қайғу, хурсандчилик.

Вегетатив ўзгаришлар- юзнинг ёғлиги, себорея, гиперсаливация, гиперкинез.

III.7. Марказий нерв системани посттравматик шикастланиши. Ҳамшира ташҳиси ва беморни парвариш қилиш режаси.

Бош мия жароҳатлари

Бош чанок–мия жароҳати (БЧМЖ) – бу бош юмшоқ тўқималарининг, бош чаноғининг ва мия моддасининг жароҳат натижасида зарарланишидир. БЧМЖ олган беморларда касаллик клиникаси жароҳатнинг кучи, хажми, механизми, вақтига қараб турлича бўлади.

БЧМЖда учта давр аниқланади:

1. ўткир даври – бош мия чайқалишида 1–2 ҳафта, бош мия лат ейишида 2–3 ҳафта;
2. оралик даври – енгил БЧМЖда 2 ой, оғир БЧМЖда 6 ой;
3. кечиктирилган даври – 2 йилгача.

Жароҳатнинг кучига қараб БЧМЖ қуйидаги клиник формаларга бўлинади:

I. *Бош мия чайқалиши* – бу МНСнинг функционал зарарланиши бўлиб, ўчоқли симптомлар аниқланмагани ҳолда умумий мия белгилари борлиги билан характерланади. Ҳушни бир неча сония ва дақиқаларгача йўқолиши, кўнгил айланиши, қусиш, бош оғриши ва амнезия билан кечади. 1–5 кунда беморнинг аҳволи яхшиланиб, 2–4 ҳафтада тузалиб кетади.

II. *Бош мия лат ейиши* – жароҳат пайтида миянинг зарарланиши унга қон қуйилиш, ишемия, некроз ва регионар шиш билан кечадиган анатомик бузилишидир. Бош миянинг лат ейиши учта даражага бўлинади:

а) енгил даражаси – онгни бир неча дақиқадан бир соатгача ўчиши билан характерланади. Ўзига келганидан кейин бош оғриши, бош айланиши, ҳолсизлик, кўнгил айланиши, уйқучанлик, амнезия, брадикардия безовта қилади. Анизокория, нистагм, пирамида йўли зарарланиш белгилари, менингеал белгилар аниқланади. 2–3 ҳафтада беморнинг аҳволи яхшиланиб боради.

б) ўрта даражаси – онгнинг ўчиши бир неча ўн дақиқалардан 4–6 соатгача давом этади. Амнезия кучли ифодаланган, кучли бош оғриши, кўп марта қусиш, адинамия, рухий фаолиятнинг бузилиши кузатилади. Витал фаолиятнинг ўткинчи бузилиши кузатилади: бради– ёки тахикардия, артериал гипертензия,

тахипноэ, субфебрил ҳарорат. Ўчоқли белгилар: парезлар, кўзни ҳаракатлантирувчи нервларнинг зарарланиш белгилари, сезги бузилишлари, фокал тутқаноқ хуружлари билан намоён бўлади. 3–5 ҳафтада беморнинг аҳволи яхшилана бошлайди.

с) оғир даражаси – онгнинг ўчиши бир неча соатдан бир неча ҳафтагача давом этади. Витал фаолиятнинг бузилиши кузатилади. Мия устунини зарарланиш симптомлари асосий бўлиб қолади: Мажанди симптоми, кўз соққаларинини сузувчи ҳаракати, нистагм, миоз ёки мидриаз, бўльбар синдром, гиперрефлексия ёки арефлексия. Парез ва параличлар, тутқаноқ хуружлари кузатилади. Одатда, бош чаноғи синиши ва субарахноидал қон қуйилиши кузатилади.

III. *Бош мияни эзилиши* – жароҳатдан кейин маълум бир вақт ўтгач ҳаёт учун хавфли умумий мия, ўчоқли ва мия устунини зарарланиш белгиларининг кучайиши билан характерланади. Бош миянинг эзилиши кўп ҳолларда бош чаноқ ичи гематомалари, баъзида бош чаноғи асосининг тикилган синиши, мия шиши, пневмоцефалия ҳисобига юз беради. Жароҳатдан кейин маълум бир муддатга онг бузилиши кузатилади, кейин беморнинг аҳволи яхшиланиб, онг тикланади (“ёруғ оралик”). Бемор ўзини яхши ҳис қила бошлайди, ҳатто ишлашни бошлаши ҳам мумкин, лекин доимо бош оғриши, кўнгил айниши, паришонхотирлик безовта қилади. Маълум вақтдан кейин беморнинг онг тўсатдан кескин бузилади, беморда аввал сопор, кейин кома ҳолати ривожланади (гематоманинг биринчи белгиси). Беморнинг пульси дақиқасига 50–40гача тушиб кетади (иккинчи белгиси), гематома тарафида мидриаз ривожлангани ҳисобига анизокория кузатилади (учинчи белгиси), гематомага қарама–қарши тарафда гемипарез ривожланади (тўртинчи белгиси).

БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташҳиси	Ҳамширалик ёрдами режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> 1. Қаттиқ бош оғриши 2. Кўнгил айланиши, бир неча марта қусиш 3. Хотирани йўқолиши 4. Уйқучанлик 5. Бош айланиши <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Бемор ҳушини бир неча сониядан бир неча дақиқа ёки соатгача йўқотади 2. Бемор ҳолсиз 3. Менингеал белгиларни аниқланиши 4. Нафас олишни ўзгариши 5. Пульси таранг, тахикардия ёки брадикардия 6. Ҳарорати юқори 7. Қўл ва оёқда ҳаракат чегараланган 8. Тутқаноқ хуружлари	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Бош оғриши 2. Бош айланиши 3. Ҳарорати юқори 4. Кўнгил айланиши, қусиш 5. Бездовталик ёки карахтлик 6. Қўл ва оёқда ҳаракат чегараланиши 7. Тутқаноқ хуружлари <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Онгини тўлиқ йўқолиши, кома ҳолатига тушиши 2. Юрак ритмини бузилиши 3. Нафас олишни қийинлашиши 4. Асоратларни юзага келиши 5. Эпилептик статус	1. Шифокорни чақириш 2. Беморга жисмоний ва руҳий осойишталик яратиб бериш 3. Ҳароратни тушириш 4. Хуруж пайтида беморни ёнбошга ағдариб, ёқаларини бўшатиш 5. Бош мияни КТ ёки МРТга тушириш 6. ҚБ, пульс мониторинги 7. Беморнинг кўнгли айниганда, қусганда ёрдам кўрсатиш 8. Асоратларни олдини олиш ёки бартараф қилиш 9. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Бемор қулай ҳолатга ётқизилади 2. Хуруж пайтида бемор ёнбошга ағдарилиб, ёқалари бўшатилади, ушлаб турилади 3. Сиқиб турган кийимлар ечилади 4. Тоза ҳаво билан таъминланади 5. Шифокор кўрсатма-сига биноан дорилар юборилади: антибио-тиклар, литик аралаш-ма, антиқонвульсант-лар, дегидратация, антигипоксантилар, метаболиклар 6. КТ ёки МРТга туширилади 7. Бемор мунтазам кузатилади	1. Бемор ҳушига келди 2. Беморнинг бош оғриғи камайди ёки тўхтади 3. Бош айланиши тўхтади 4. Кўнгил айланиш, қусиш тўхтади 5. Хуружлар қайтарил-мади 6. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди 7. Бемор руҳан тинчланди 8. Асоратлар олди олинди ёки бартараф қилинди 9. Шифокор тавсиялари бажарилди

III.8. Периферик нерв системаси касалликлари (неврит ва невралгиялар, туннел синдроми).

Умуртка остеохондрозини неврологик кўриниши.

Хозирги вақтда умуртка патологияси периферик нерв системасида асосий сабаб ҳисобланади. дегенератив ўзгаришлар жойлашишига қараб, дискда (остеохондроз), умурткада (спондилез), умурткалар ора бўғимда (спондилоартроз). *Умуртка остеохондрозини* клиникаси - дегенератив-дистрофик касаллик, умурткалараро диск характерли ўзгариши, умуртка танасида остеофит узилиши, умурткалараро бўғимда артроз, тез-тез диск гурраси, орқа мия ва орқа мия шохларида босиб олиши бўлади. умуртка остеохондрозини сабаблари турли хил. Улар қуйидагилар: диск микротравмаси (оғир кучарганда, қаттиқ эзилиш, узок мажбурий ҳолат, вибрация), шамоллаш, яқин жойлашган ҳосил органлардан рефлекс таъсир, умуртка травмалари, ўзгаришларни олиши.

Патоген омиллар таъсир остида умурткалараро дискда қон айланиши ёмонлашади, диск ядросида склерозланиш таъсирга бошланади, унинг атрофидаги фиброз халқа, шакли тоғайи, сунгра умурткалар танасида ва умурткалараро бўғимда. Натижада фиброз халқа ва диск эластиклиги йўқолади, микроериклар пайдо бўлади, дискга кўпроқ юклама туширилиши оқибатида у туртиб чиқади. Диск чуқурчасида чурра шаклланади. Диск туртиши шохларда босиб олилини чақиради, орқа мия узининг озиқланиши бузилади. Статик ва динамик юккабиллар қабил жараенида кўпроқ учрайди, қўпинча у тез-тез умуртка таннасининг бел ва бўйин қисимларида остеохондроз ривожланишига олиб келади.

Клиник остеохондрозни рефлекс қўринишлари: мускул тонусида, шохларида, нейродистрофикасида, висцералида, вегетатив-томирида ва бел синдроми.клиник Остеохондроз шакллари жойлашиш жараенига қараб турли-хил қўринишлари .

Бўйин соҳасида.

Цервикалгия — ўткир, бўйинда чуқур хируржсимон оғриқ, энса иррадиация.

Кўкракда, ютал кучайиши, оғриқ. Бўйиндаги тўсатдан бўладиган ҳаракатлар, бошни мажбурий ҳолатга олиб келади. Сурункали бўйин оғриғи. Цервикокраниалгия— бўйин орқасининг симпатик синдроми, умуртка артериясининг синдроми. Асосий сабаби—унковертебрал артроз. Оғриқ экси соҳасида, чакка зонасида жойлашган, бош ҳаракатларини кучайиши, бўйиндаги оғриқ билан бирга келади, бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, қулоқда шовкин ва жиринглаши.

Елка-кўкрак периартроз синдроми — елка бўғимини контрактураси ва оғриғи. Бўйин ва кулда иррадиацияланган оғриқ, бемор қулини белига қуйиб қотиб туриши. Беморни пайпаслаш қилганда, пай бириккан жойлар, ҳамда суяк бойқомири, курак мускуллари ва дельтосимон мускулни гипотрофияси

Спинал қон айланишини бузилиш синдроми — белгилари: мускуллар парези, сезгини йўқолиши, мускул атрофиясини, фибрилляцияга учраши.

Кардиал синдром — кўкрак соҳаси ва юракда давомли оғриқ бўлиши ЭКГ нормада бўлади. Аввалига оғриқ кураклараро соҳада ва елка устуди бўлиши мумкин.

Шохли синдром (бўйин-кўкрак радикулити) — қўлни ички юзаси ёки ташқи юзасида, бўйин соҳасиларидан турлихил интенсив, иррадиацияланган оғриқлар бўлиши, шу ерда гиперестезия ёки гипоестезия аниқланади. Бош ҳаракати оғриқни кучайтиради, ютал икки ва уч бошли мускулларни рефлекслари пасайиши, вегетатив-томир дисфункция белгилари кузатилади. Бўйин мускулларини тарангланиши, бўйинда лордоз касаллик - с5 -с6 -с7-ларда белгиланади.

Кўкрак соҳада.

Торакалгия — орқа кўкрак соҳасида, кўкрак қафасида, умуртка поғонасининг кўкрак қисмида, ҳаракат ва физик юкламаларда кучли оғриқ бўлади. Умуртканинг кўкрак қисмида ҳаракат чеклашганлиги. Орқа мускуллари зигланиши, сколиоз, беморнинг кўкрак умурткаси ўткир усинларига перкуссия қилиш билан аниқланади.

Абдоминал синдром — эпигастрал соҳасида, қоринда, унг коверги остида,

ошкозон-ичак тракти функцияси бузилиши билан боғланмаган.

Бел соҳасида.

Люмбаго — думгаза соҳада қаттиқ оғриқ бўлиб, йутал, аксириш каби ҳаракатларда кучаяди. Характерлари антиалгик (оғриққа Карши еки мажбурий) ҳалат, сколиоз, орқа мускулларини бирдан қисқариши, мусбат сизилганлари бўлади.

Люмбалгия — ўрта даражадаги ўткир еки сурункали оғриқ бел-думгаза соҳада, тукин-симонлар кечади, совкатиш, ҳаракатлар, ортикча юкламаларга кучаяди. олдиан ҳаракатлар чекланганлиги билан белгиланади, кучсиз симптомлар ифодаланади. Қасаллик қастки умурткалараро дискда ва ўткир усихларда бўлади.

Люмбошиалгия — думгаза соҳасида оғриқлар ҳарактерланади, люмбада оекка тарқаланади. Оғриқлар диффуз, кечаси кучаяди, узгарувган об-ҳавода тарқалади. Бир қанча оғриқлар рефлексор ҳарактерга эга, сезгилар қамайади, ва рефлекслар бузилиши кузатилади.

Ривожлантирувчи омиллар—совкатиш ва физик юкламадир. Қасалликда бел-думгоза соҳасидаги оғриқ, ҳаракатларда кучаяди ва оекни орқа-ташқи юзаси буйлаб тарқалади. Умуртқанинг бел соҳасида ҳаракатлар қатъий чегараланган, қасалланиш, анталгик ҳолат билан ифодаланади.

Рефлексор миотоник реакциялар давомида умуртка сегменти зарарланади.

Таранглашиш, қастки куқрак соҳа ва белдаги мускуллар қонтрактурази, белдаги лордоз, сколиоз еки қифосколиоз, паравертебрал қасалликда диск зарарланиши ва қастда жойлашган шохларда бўлади.

Характерли симптомлар: Лассег, Нери, Дежерин. Ахиллов рефлексии сунади. Типик рефлексор вегетатив томир дисфункцияси (цианоз, гипергидроз), озикланиши бузилиши, оек мускулларини атрофияси ва кузсизланиш.

Остеохондроз белгиларини рентгенологик фарқлари—умурткалараро ёрик торайиши, пластикалар склерози билан бирлашади, остеофитлар, диск чурраси.

Диагностикани ҳарактерли симптомалар ва рентгенологик текширув маълумотлари белгиланади. Бел-думгаза радикулити қелиши.

Дифференциаланиши буйрак касали билан, орқа-мия ва умуртка, спондилоартрит, кичик чанок органлари касллиги, сурункали аппендицит билан кечади.

Даволаш:Огир холларда беморни тинчлантириш керак, оғриқ колдирувчи воситалар киритилади, еплигланишда зарарланган сегментларга (диклофенак, 2,5% -3 мл. мускул ичига 1 - 2 марта кунига, анальгин 50% - 2мл. мускул ичига, баралгин 5мл. мускул ичига, индометацин, пироксикам, реводин) махаллий оғриқларни, мускул тонус бузилишлари йўқотиш учун қўлланилади: тери ичига Дексаметазон, 0,5% мл новокаин эритмаси киритилади. Баъзан новокаин билан бирга гидрокортизон ва вит В 12 киритилади.

Ҳамшира блокада қилиш учун тайерлайди: 20 мл. стерил шприц, йод, спирт, 40-60 мл. -0.5% ли новокаин, стерил пахта, салфеткалар ва врачга ёрдам беради.

Касалланган сохага оғриқ колдирувчи мазъ суртилади: Долгит, Феналгон, Димексит, Индометацин, Кефентек пластири ишлатилади.

Туннел синдромлари.

Тунел синдромлари бу, шундай переферик нерв касаллиги гурухлари тушунилади ва бунда мушаклар билан ўралиб турувчи суяк элементлари, бойлам махсус каналлардан (тунеллардан) ўтувчи нерв тутамларининг механик шикастланишидир. Нервнинг механик шикастланиши анатомик тор каналнинг узок вақт компрессияси ёки сурункали микротравмалар натижасида ривожланиб боради. Қуйида кўрсатилган синдромлар кўп ҳолатларда учрайди.

Билак синдроми - билак каналидаги гипертрофияллашган кафт кундаланг бойлами ўрта нервини компрессияси натижасида қўл панжаси оғриқлик парестезияси, Бармоқларнинг кафт юзаси ва охирги фаланганинг остки юзаси гиперэстезияси, тенор гипотрофияси пайдо бўлади.

Тирсак нерви компрессиясининг билак синдроми - панжада оғриқ, гипестезия ва 4, 5 - қўл Бармоқларининг холсизлиги, «тирноқли чангал» типи бўйича қўл панжа майда мушаклари атрофияси, қўл панжа деформацияси.

Парестетик невралгия - парестезиялар, оғриқлар юрганда соннинг олд-ташқи юзаси тўқималарида юзага келувчи ва кучаювчи парестезиялар, оғриқлар

трофик бузилишлар. Сон ташқи нервнинг чиқиш жойидаги оғриқлилиқ (қаранг: Эрба-Рота каксаллиги).

Перонеал (думғаза нерви) синдром - товон ости ва тизза устидаги гипестезия ва оғриқлар. Товонни букувчи бўғим холсизлиги ва гипотрофияси. (Қаранг: сон ташқи тери нерви неврити).

Тарзал канали синдроми - кечки пайт ва юрганда кучаювчи. Товон ости (подошва), бармоқлар, тизза бўғимларида оғриқлар, парестезиялар. Бармоқларни букувчи бўғим парези.

Периферик нервлар тунел синдромларининг кечиши сурункали ва прогрессияланувчидир. Барча тунел синдромлари учун босганда бирдан оғриқлилиқ ва шикастланган канал атрофи пальпациясида бирдан оғриқлилиқ юзага келиши характерлидир.

РАДИКУЛОПАТИЯ

Ганглионит ва плекситлар. Радикулопатия—радикулит орқа мия илдизчаларининг яллиғланиши. Кўпинча оғир юк кўтариш, зўриқиш, совқотиш, нотўғри кутилмаган ҳаракат, жароҳатлар, касалликнинг келиб чиқишида асосий ролни ўйнайди. Касаллиқнинг жойланишига қараб белангилар бир неча турларга бўлинади:

а) Менингоррадикулит—орқа мия илдизлари ва пардасининг яллиғланиши. Бу касалликда асосан шу илдизчалар йўналишида оғриқ ва сезги ўзгаришлари билан бирга енгил меинингил белгилар, баъзи ҳолларда эса пирамидал белгилар кузатилади.

б) Бел—думғаза белангиси. Касалликнинг кечиши икки қисмдан ташкил топади, яъни илдизча зарарланмасдан аввалги рефлексор ирритатор босқичи. Булар қаторига люмбаго, люмбалгия ва люмбоишиальгиялар киради ва илдизча эзилиш босқичи яъни белангининг ўзидир.

Люмбаго—бирданига пайдо бўладиган бел оғриғи. Белда ҳаракат чекланган, мускуллар тортишган бўлади. Эзиб кўрганда кучли оғриқ сезилади, лекин тортишиш белгилари ёки функциянинг йўқолиши кузатилмайди. Тик туриш ва

юриш анча қийинлашади.

Люмбальгия—белда аста-секин пайдо бўладиган ва қайта-ланиб турадиган кучсизроқ оғриқ. Бунда белда ҳаракат, ҳамда юриш-туриш қийинлашади ва енгил тортишиш белгилари кузатилади.

Люмбоишиальгия—белда бошланиб, оёқнинг орқа томо-нига тарқайдиган ўткир оғриқдир. Бунда мускул тортишиши белгилари ва вегетатив ўзгаришлар кузатилади. Лекин ҳаракат ва сезги ўзгаришлари кузатилмайди. Агар шундай ўзгаришлар қўшилса илдизчалар эзилиши, яъни беланги бошланганлигидан далолат беради.

Белангининг асосий белгилари—бу оғриқ, сегментар сезги бузилишлари, рефлексларнинг пасайиши, вегетатив трофик бузилишларидир. Касалликнинг ўткир даврида ҳаракатсиз ўтирганида ҳам оғриқ бўлади, сал ҳаракат оғриқни кучайтиради. Бемор мажбурий ҳолатни (оёқларни букиб, қўлларига суяниб, қорнига ёстиқ қўйиб ётади, бир томонга оғиб ўтиради) эгаллайди. Ҳаракат қилганда соғ томонга суяниб юради. Пальпация—босиб кўрилганда умуртқа атрофида, ўтиргич нервининг илдизчалари чиқадиган нуқталар-да, соннинг ортки юзасида, тизза остида, болдирда, тўпикда ва товонда оғриқ сезади. Ташхис учун асаб илдизчалари ва толаларини тортишиш белгиларини аниқлаш катта аҳамиятга эгадир. Белангининг доимий белгиларидан бири, сезги бузилишдир. Бунда сон, болдир остки ва устки юзаси, ҳамда оёқ устки юзасида оғриқ сезгиси камаяди.

Ахилл рефлекси, баъзида тизза рефлекси (бел белангисида) сусаяди ёки йўқолиши кузатилади. Бел—думғаза белангисида вегетатив ўзгаришлар бўлиши мумкин.

Умуртқа диски чуррасининг топиқаси—III бел диски чуррасида соннинг олди юзаси ва болдирнинг ички юзасида оғриқ ва увишиш, мушак тонуси камайиши, тўрт бошли мушак атрофияси, тизза рефлексининг сусайиши ёки йўқолиши, бел умуртқаси оралиғида оғриқ пайдо бўладц.

Ахилл рефлекси сусаяди ёки йўқолади, оёқ кафти бўша-шади, умуртқанинг оралиғида оғриқ бўлади. Бўйин-кўкрак белангиси касалликнинг бошланғич дав-

рида мушак тонуслари кучайиб оғрийди, бемор умуртқа атрофи нуқталарида кучли оғриқ сезади ва бошини мажбурий эгиб юради. Кейинчалик илдизчаларнинг ($V-C_{6-7}$) эзилиши даврида кафт-панжа ҳаракати бузилади. Қўл бармоқларининг ёзувчи мушаклари кўпроқ, букувчи мушаклари камроқ бўшашади. Баъзи ҳолларда вегетатив томир ўзгаришлари кўшилиши мумкин. Умуртқа ҳолати ўзгариши оғрикни кучайтиради.

Ганглионит—касаллиги асосан камраб олувчи лишай вирусининг танага кириши билан боғлиқдир. Бу касаллик вирус таъсир қилган ганглия тугунчаларига тегишли сегментар йўналишда дерматомада оғриқ (куйганга ўхшаб) билан майда пуфакчали тошмалар камарсимон лишай пайдо бўлади. Кўпинча бу касаллик Дз—Д11 оралиғида, баъзан юз нервининг тизза туганчаси зарарланганда, камарсимон лишайнинг қулоқ формаси пайдо бўлади. Бунда қулоқ супраси ва ичида, юзда, тилнинг ярмида майда пуфаксимон тошмалар ва кучли оғриқ бўлади. Баъзан қулоқда шовқин пайдо бўлади, эшитиш сусаяди, бош айланиш, нистагм ва юз мушаклари бўшашиши мумкин.

Елка плексити асосан елка чигалининг юқори қисми $C5-8$ бўйин илдизчаларининг зарарланишидан содир бўлади. Бу касалликда елкада, ўмров ости ва кўкрак усти қисмида оғриқ бўлади. Қўлдан қувват кетиб, уни кўтариш, қимирлатиш қийинлашади ва оғриқ бўлади, қўлнинг ташқи юзасида сезги камаяди.

Қовурғалараро иевралгия касаллигида қовурғалараро нервлар йўналишида доимий ёки ҳуружли оғриқ пайдо бўлиб, сал ҳаракатга кучаяди. Пайпаслаб кўрганда нерв атрофи нуқталарида оғриқ кучаяди. Зарарланган нерв йўналишида баъзан, сезги ўзгаришлари содир бўлиши мумкин.

Билак нервининг невропатияси (неврити) касаллигида қўл бармоқларининг ёзувчи мушаклари бўшашиши оқибатида кафт маймунникига ўхшаб қолади. Билакнинг ташқи ва устки юзасида, I, II, ва III бармоқнинг ярмида сезги бузилади. Қўлни мушт қилиб сиққанда бўшлиқ сезилмасада уни тўлиқ ёзиб бўлмайди ва бармоқларни бир-биридан ажратиш қийин-лашади. Тирсак нервининг невропатияси (неврити) касаллигида қўл бармоқларини букувчи

мушаклар бўшашиши кузатилади. Кўпроқ IV ва V бармоқлар букилиши қийинлашади. Бунда қўлни мушт қилиб сиққанда шу икки бармоқ букилмайди. Бармоқларни бир-бирига сиқиш қийинлашади. Кафт ва бармоқлар мушук панжасини эслатади. Кафтнинг ички юзасида, бош бармоқнинг ярмида сезги бузилиши кузатилади.

N. medianus нервнинг невропатияси (неврити) касаллиги I, II, III бармоқларининг оғриши билан бошланади ва шу бармоқларнинг букилиши қийинлашади. Бемор бош ва кўрсаткич бармоқлари орасидаги қоғозни маҳкам ушлаб туролмайди. Кафт ўзгаришлари маймун панжаси шаклига ўхшаб кетади. Сезги ўзгаришлар I, II, III; IV бармоқларда панжасининг ички ярмида кузатилади, баъзи ҳолларда трофик ва вазомотор бузилишлари кузатилади.

Сон нервнинг невропатияси (неврити) касаллигида оёқнинг сон қисмини букиш ва болдир қисмини ёзиш (тиззадан) қийинлашади. Соннинг олди қисми мушакларининг озиши (атрофияси) кузатилади. Тизза рефлекс сусаяди ёки йўқолади ва болдирнинг олди юзасида сезги камайиб, оғриқ пайдо бўлади.

Қўймич нервнинг невропатияси касаллигида соннинг ортки юзасида ва болдирнинг ортки ташқи юзасида кучли оғриқ бўлиб, болдирнинг букувчи, оёқ кафтининг букувчи ва ёзувчи мушакларида гипотония ва трофик ўзгаришлар кузатилади. Думба мушакларининг дармоисизлиги оқибатида думба бурмаси пастга қараб силжийди. Катта болдир нерви зарарланганда оёқ кафтини букиш мумкин бўлмай қолади. Ахилл рефлекс йўқолади. Бемор оёқ учида босиб туролмайди. Болдирнинг ортки юзаси ва оёқ остида сезги камаяди. Болдирнинг кичик нерви зарарланган пайтида оёқ кафтини ёзиш мумкин бўлмай қолади, осилиб қолади. Шунинг учун бемор оёғини юқори кўтариб қадам ташлайди. Сезги бузилишлари болдирининг ташқи юзасида ва оёқ кафтининг устки юзасида кузатилади.

Полиневропатия (полиневрит) касаллиги жараёнида қўл ва оёқларнинг уч қисмида сезги йўқолишлари ва ҳаракатнинг сусайиши кузатилади. Бу касалликни келтириб чиқарувчи сабаблар: вирусли инфекция, интоксикация (заҳарланиш), аллергия, қон-томир касалликлари, витамин етишмовчилиги

киради. Инфекцион полиневрит ўткир бошланиб, тана ҳарорати кўтарилиши кузатилади ва аста-секин рефлекс сусайишлари, ҳаракат бузилишлари ҳам кузатилади. Мушак атрофияси, вазомотор ва трофик ўзгаришлар, қўл ва оёқ учларида жойлашади.

Полиневропатия касаллигининг ҳар хил турлари мавжуд,

1. Гийен-Барре полирадикулоневрити касаллигида асосан периферик нервларининг ҳаракатлантирувчи толалари зарарланиши билан бир қаторда цереброспинал суяқлигида оксил-хужайра диссоциацияси кузатилади. Баъзи ҳолларда бош мия нервларининг зарарланиши белгилари қўшилади.
2. Диабетик полиневропатия-касаллиги қандли диабет билан оғриган беморларда учрайди.
3. Хомиладорлар невропатияси-асосан оёқларда оғриқ билан бошланади, кейинчалик мушаклар бўшашиши ва фалажлиги қўшилади. Хомиладорларда умумий заҳарланиш белгилари кузатилади.

Умуртқа остеохондрози жуда кенг тарқалган касаллик бўлиб, камҳаракатлилик, зўриқиш, шамоллаш, жароҳатланиш, инсон танасидаги модда алмашуви ва аутоиммун жараёнининг бузилиши оқибатида суяк ва тоғай тўқималарида бўладиган дегенератив ўзгаришлар асосида келиб чиқади. Умуртқа остеохондрози касаллиги аста ривожланиб боровчи сурункали касаллик бўлиб, клиникаси асабий, ортопедик ва рентгенологик синдромлардан ташкил топади. Остеохондроз жараёни умуртқа поғонасининг қайси қисмида кўпроқ ривожланган бўлса, неврологик белгилари ўша ерда намоён бўлади ва шунга қараб умуртқа остеохондрози амалиётда: бўйин, бўйин-кўкрак, кўкрак, бел, бел-думғаза остеохондрози деб ҳам номланади.

1. Бўйин остеохондрозининг неврологик белгилари бошнинг энса қисмларида ва бўйин қисмида оғриқ, гардон қотиши, кулоқда шовқин, бош айланиши кузатилади. Бу ҳолат йўталганда, аксирганда ва бош чайқалганда бошнинг энса қисмида ва бўйинда оғриқнинг кучайиши кузатилади. Баъзан бўйин мушаклари тортишиб, бўйин қийшайиб қолади.
2. Бўйин-кўкрак остеохондрозида оғриқ кўпроқ бўйин энса қисмида ва елка-

кўкрак қисмида бўлади. Бўйин ва елка мушакларида атрофия ва илдизча йўналишида сегментар типдаги сезги ўзгаришлари кузатилади. Баъзан елка-кўкрак периартрити, олдинги нарвонсимон мушак синдроми, бўйин қийшайиши, қўл бармоқларининг увишиши, вертебро-базилляр дисциркулятор синдромлари бўлиши мумкин. Охирги ҳолатда бемор қаттиқ бош оғриғи, бош айланиши, кулоқда шовқин, баъзан эшитиш камайишига, юрганда гандираклаб кетишига шикоят қилади. Беморнинг уйқуси бузилиб, хотираси заифлашиб, асабийлашиб қолади. Бош оғриғи ва айланиши бўйин ва бошни ҳаракатлантирганда кучаяди, қаттиқ ҳаракат қилса йиқилиб кетиши мумкин.

3. Кўкрак остеохондрозида икки курак оралиғида оғриқ бўлиб, кўпинча чап курак тарафида ва юрак атрофида санчиш беради. Оғриқ ва сезги ўзгаришлари қамарсимон йўна-лишида қовурғалараро нервлар бўйича тарқалади. Кучаниш, зўриқиш, йўтал, чуқур нафас олиш, кучли ҳаракат ва нам-совуқ, об-ҳаво таъсирида оғриқ кучаяди. Аввалига қовурға-лараро нервлар бўйича гиперестезия бўлиши мумкин, кейин-чалик гипестезия анестезияга айланади. Умуртқа усти ва ён-атроф нуқталари, ҳамда курак ости нуқталарида оғриқ пайдо бўлади. Баъзи ҳолларда оғриқ юрак атрофида бўлиб стено-кардия касаллигига ўхшаш кетади.

4. Бел остеохондрозида оғриқ асосан белда бўлиб, букилганда ва айниқса белни ростланаётганда кучаяди. Бел қисми совуққа таъсирчати бўлиб қолади. Кўпинча оғриқ бир томон-лама бошланиб, кейинчалик иккала оёққа қараб тарқалади. Оғриқ нуқталари эса умуртқа усти, айниқса умуртқа ёни (па-равертебрал), думба ости ва сои-болдирнинг ён-орқа қисмла-рида жойлашади. Амалиётда бел остеохондрози клиникаси белдумғаза остеохондрози билан уйғунлашиб кетади. Бунда оғриқ бел ва оёқларнинг ён-орқа қисмидан ташқари—ички ва олди атрофлари бўйича ҳам татжалади. Қўймич ва сон нерв-лаои илдизчалари йўналиши бўйича тортилиш белгилари (Лассег, Нери, Вассерман) пайдо бўлади. Оёқларда ҳаракат чегараланиб, сезги камайиши мумкин.

БЕЛ-ДУМҒАЗА РАДИКУЛИТИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташҳиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> 1. Қаттиқ бел оғриши 2. Белда ҳаракатни чегараланиши 3. Оғрикни оёқларга бериши 4. Оёқларида увишиш 5. Оғрикни ҳаракатланганда кучайиши	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Бел оғриғи 2. Белда ҳаракатни чегараланиши 3. Оёқларида оғриқ 4. Оёқларини увишиши 5. Ҳаракатланганда оғрикни кучайиши	1. Шифокорни чақириш 2. Беморга жисмоний ва рухий осойишталик яратиб бериш 3. Оғриқ қолдирувчи таблетка бериш 4. Беморга оғрикни енгиллаштирадиган қулай ҳолат яратиб бериш 5. Бел соҳасини КТ/МРТ-га тушириш 6. Асоратларни (юра олмаслик) олдини олиш ёки бартараф қилиш 7. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Бемор қулай ҳолат қилиб ётқизилади 2. Белни сиқиб турган кийимлар бўшатилади 3. Тоза ҳаво билан таъминланади 4. Оғриқ қолдирувчи анальгетиклар берилади 5. Оёқларига иссиқ ванна қилинади 6. Шифокор кўрсатма-сига биноан дорилар юборилади: диклофенак 3,0 м/о, никотин кислотаси 2,0 м/о, лазикс 3,0 м/о 7. Бемор мунтазам кузатилади	a. Беморнинг бел оғриғи камайди ёки тўхтади b. Белда ҳаракат хажми кўпайди c. Оёқдаги оғриқлар камайди ёки тўхтади d. Ҳаракатланганда оғриқ сезилмайди e. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди f. Бемор руҳан тинчланди g. Асоратлар олди олинди ёки бартараф қилинди h. Шифокор тавсиялари бажарилди
<i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Бемор безовта 2. Беморнинг ҳолати мажбурий 3. Белни аяб ўнғайсиз ҳолатда ўтиради 4. Бел соҳасида оғриқ кучайгандан оёқларини ҳаракатлантиришдан қўркади	<i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Белда оғрикни зўрайиши 2. Оёқларида ҳаракатни чегараланиши 3. Юра олмаслик 4. Асоратларни юзага келиши			

Хулоса қилиб айтганда умуртка остеохондрозида бўлади-ган неврологик белгиларни кўп ёки камлиги нафақат остео-хондроз жараёнининг даражасига, балки кўпроқ кўшимча шамоллаш жараёни даражасига ҳам боғлиқдир.

ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ: Периферик асаб тизмаси касаллигининг да-волаш тадбирлар унинг сабабига, турига, жараёнига қараб тузилади. Бу тадбир комплекс ҳолда бажарилиб, дори-дар-мон, физиотерапевтик, мануал терапия, блокада, баъзи бир ҳолларда эса нейрохирурглик, жаррохлик усуллари киради. Белангини ўткир жараёнида тинчлик, анальгетиклар керак. Ётганда қаттиқ тўшакда, оёқни букйб, даханини кўкракка келтирган ҳолда ётиш лозим. Бел ва оёқни қалин кўрпа би-лан ўраб қўйиш керак. Оғриқни камайтириш учун анальге-тиклар (анальгин, реопирин, индометацин ва ҳоказо), комби-нацияланган дорилар (баралгин, седалгин, пенталгин) В12 , димедрол, анальгиндан иборат коктейль) қўлланилади, бло-кадалар қилинади (периневрал, паравертебрал, эпидурал). Блокада учун ишлатиладиган эритма, кўпинча бир неча до-риларнинг қўшилмаларидан иборат бўлади. Даволаш даво-мида ҳар 2—3 кунда блокадалар, кўпинча 3—4 марта қили-нади. Дорилар (анальгетик) таъсирини нейролептиклар, транквилизаторлар билан кучайтириш мумкин.

Инфекцион—аллергик сабабдан бошловчи касалликлар-да химиотерапевтик, антигистамин препаратлар, кортикосте-роид гармонлар ишлатилади. Кортикостероидларни бераёт-ганида бошланғич суткада. 30—60 мг бўлиб, 5 мг дан 2 ҳаф-та давомида камайтирилади. Касалликнинг бошида витамин В1 В6, В12 берилиб, 1—2 ҳафтадан сўнг сўрилтирувчи дори-лар—алоэ, стекловидное тело, румолонга ўтилади.

Беморда фалажлик бўлганда холинолитиклар (прозерин, галантамин, оксазил) берилади. Физиотерапевтик усуллар чекка асаб тизмаси касалликларида кенг қўлланилади. Ут-кир босқичда—УФН, синусоидал модуллашган тоқлар, ново-каин билан электрофорез, импульсли режимда ультратовуш ёки анальгин билан фонофорез, пульсациялашган магнит майдони қилинади. Унча ўткирмас босқичида эса парафин, озокерит, лой билан даволаш, интерференцион тоқ ишлати-лади.

Қон айланиши бузилишлари кузатилганда сульфид ванна-лар, эндокрин бузилишларда радон ванналари, асаб тизма-сининг тез таъсирланувчанлигида хвой ванналари берилади. Агар 3—4 физиотерапевтик даволанишдан кейин оғриқ ку-чайиб кетса, 1—2 кунча тўхтаб туриш лозимдир. Бу босқич-да (агар оғриқ камайган бўлса) массаж ва даволаш физ-культуранинг реабилитацион ва профилактик аҳамияти катта.

Уч тармоқли нерв невралгиясининг бошланғич босқичида (финлепсин, тегретол каби дорилар), витаминлар, физиотерапевтик усуллариининг бир неча турлари комплекс ҳолда бери-лади.

Ремиссия босқични узоқ вақт сақлаш учун уч тармоқли иервнинг яллиғланиши тармоғини гидрокортизон, новокаин билан блокада қилиш мумкин.

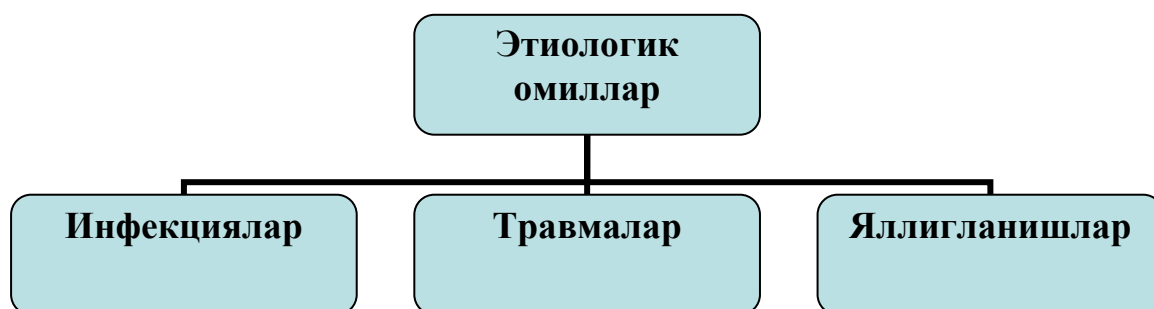
V ЖУФТ (N.trigeminus)



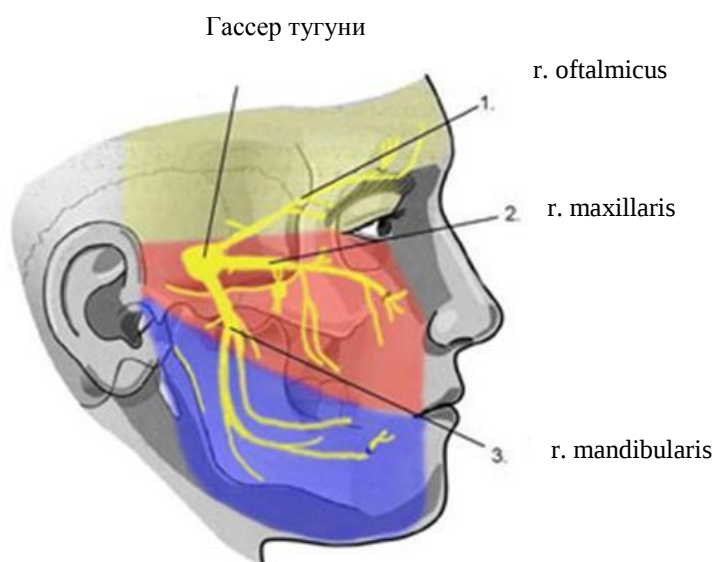
Невропатиялар ва невралгиялар периферик нервларнинг зарарланиши оқибатида, уларнинг фаолиятини бузилиши, невралгия—нерв толалариининг қитиқланиши бўлиб, кучли оғриқ хуружлари билан характерланади. Невритларни кел-тириб чиқарувчи асосий сабаблардан бири инфекция бўлса, невралгияда эса интоксикация, жароҳатлар ва совуқда қолиш ҳисобланади.

Расм 35. Уч шохли нервнинг тузилиши.

Уч тармоқли нерв невралгияси асосий сабабларидан бири гайморит, фронтит бўлса, юз нервнинг неврити сабаб-чиларидан бири ўрта кулоқ касалликлари ва суяк ичи канал-ларининг торлиги сабаб бўлади. Кўпинча нервлар ўзининг таркибида ҳаракат, сезги ва вегетатив толалар бўлгани учун неврит ва невропатияларда ҳаракат ўзгаришлари ва мушак-лар атрофияси билан бирга юзаки ва чуқур сезгилар ва ва-зомотор бузилишлар билан бирга кузатилади. Уч тармоқли нерв невралгияси касаллигида кучли оғриқ хуружлари бўлади. Оғриқ асосан юзда, лунжда, тишларда, юқори ва пастки жағларда -кузатилади. Кўпинча касаллик 40—50 ёшдан бошлапади. Кучли оғриқ пайтида касалнинг афт-ангори буришиб, кўзларидан ёш чиқиб, қимирламай ту-риб қолади, ранглари оқариб, гоҳида кизариб, бурнидан сув келиши мумкин.



Расм 36. Уч шохли нерв невралгиясининг асосий этиологик факторлари



Расм 37. Уч шохли нервнинг тармоқлари.

Уч шохли нерв. Зарарланганда невралгия кузатилади. Уч шохли нерв невралгияси хуружсимон кўринишда кечади, юзнинг ярмида санчувчи оғриқ, пешона соҳага, кўзга, юқори ва пастки жағларга иррадиацияланиши билан характерланади. Нерв шохларини зарарланиши натижасида иннервация соҳасидаги барча сезувчанликлар бузилади.

Уч шохли нерв тугуни зарарланиши оғриқ билан кечади. Зарарланган нерв ядроси оғриқ ва харорат сезгисини концентрик зоналарда бузилиши кўринишида кечади. Уч шохли нерв ёки унинг тармоклари зарарланиши хуружсимон оғриқ , айрим ҳолларда ёш оқиши, санчувчи тиклар билан кечади. Харакатлантирувчи ядро ва уч шохли нерв толалари зарарланганда чайнов мускули парези кузатилади.

УЧ ШОХЛИ НЕРВ НЕВРАЛГИЯСИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> 1. Юзнинг бир тарафида ёки милкда, тишларда оғриқ 2. Оғриқни чайнаганда, гапирганда, кулганда кучайиши 3. Оғриқни кучли чидамсиз бўлиши (ток ургандек, ачишиш билан) 4. Оғриқни қиска муддатли бўлиши <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Бемор безовта 2. Бемор гапиришга, овқат ейишга, кулишга кўркади 3. Бемор ювинишга, соқол олишга кўркади 4. Оғриқ кучайганда бемор юзида оғриқли тик кузатилади	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Юзнинг бир тарафида оғриқ 2. Гапирганда, чайнаганда, кулганда оғриқни кучайиши 3. Оғриқни кучли, чидамсиз бўлиши 4. Овқат ея олмаслик <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Юзда оғриқни зўрайиши 12. Умумий кувватсизлик, астения 13. Асоратларни юзага келиши	a. Шифокорни чақириш b. Беморга жисмоний ва рухий осойишталик яратиб бериш c. Оғриқ қолдирувчи таблетка бериш 14. Беморга оғриқни енгиллаштирадиган қулай ҳолат яратиб бериш 15. Оғриқни қўзғатадиган омилларни бартараф қилиш 16. Асоратларни олдини олиш ёки бартараф қилиш 17. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	a. Бемор қулай шароит қилиб ётқизилади b. Оғриқ қолдирувчи анальгетиклар ёки финлепсин берилади 5. Шифокор кўрсатма–сига биноан дорилар юборилади: антибиотиклар, дегидратация, гормонлар, ЯҚНВ (диклофенак 3,0 м/о), метаболитлар, сўрилтирувчи дорилар 5. Бемор мунтазам кузатилади	1. Беморнинг юзидаги оғриқ камайди ёки тўхтади 2. Бемор овқат ейишни бошлади 3. Бемор бемалол гапира ва кула олади 4. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди 5. Бемор руҳан тинчланди 6. Асоратлар олди олинди ёки бартараф қилинди 7. Шифокор тавсиялари бажарилди

ЮЗ НЕРВИНИНГ НЕВРИТИ

Юз нервининг невропатияси (неврити) касаллигида мимик мушаклари бўшашади ёки ҳаракати йўқолади, кўз юмилмайди, пешона, лаб бурун бурмалари ёзилади. Пуфлаш, хуштак чалиш мумкин бўлмай қолади. Овқат чайнаш қийин-лашиб қолади, суюқлик ичаётганда фалажланган томонга оқиб кетади. Юз нерви қайси қисми зарарланганга қараб қў-шимча белгилар учрайди:

1. Юз нервининг мяча—кўприк бурчаги зарарланганида мимик мушаклар фалажланиши билан бирга эшитишнинг сусайиши, кулоқда шовқин, мяча; фаолиятининг бузилиши, баъзида қарама-қарши тарафда пирамида йўлининг зарарланиш белгилари учрайди.
2. Юз нерви ўзагидан чакка суяги қаттиқ қисмининг кат-та нерви ажралгандан сўнги қисми зарарланганда эшитиш-нинг патологик кучайиши—гиперакузия қўшилади.
3. Агар касаллик юз нервининг чекка суягининг қаттиқ қисмининг катта нерви ажралмасдан олдинги қисми зарарланганида, кўз ёши ажралишининг бузилиши, камайиши, тўхтаб қолиши ксерофтальмия қўшилади.
4. Агар юз нервининг ноғора тори ажралмасдан олдинги қисми зарарланса, тилнинг олдинги $\frac{2}{3}$ қисмининг ярмида маза-таъм билиш сезгисининг йўқолиши ва сўлак ажрали-шининг сусайиши қўшилади.

Шикастланиш симптомлари.

1. Юз нервининг шикастланишининг марказий ва периферик турлари фарқаланади. Периферик шикастланишда, юзнинг ярмида ҳамма мимика мушакларининг фалажлиги кузатилади. Марказий фалажланишда бурун-лаб бурмаси текисланади, оғиз бурчакларининг тушиши (шикастланган томонга қарама-қарши томонда).
2. Кўз ёруғининг кенгайиши (периферик фалажликда).
3. Қошларни кўтариб бўлмайди (периферик фалажликда).
4. Лагофталм, Белл феномени (периферик шикастланганда).
5. Бурун лаб бурмаларини силлиқлашиши.

6. Хуштак чалиб бўлмайди.

7.Тилнинг олдинги 2/3 қисмида таъм сезишнинг йўқолиши.



Расм 38. Юз нерви невритининг босқичма-босқич тикланиши

ЮЗ НЕРВИ НЕВРИТИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шикоятлари:</i> 1. Юзнинг бир тарафини бир кунда қийшайиши 2. Суюқлик ичганда оғзидан оқиши 3. Бир тарафда кўзининг ёшланиши ёки куриши 4. Кўзини бир тарафда тўлиқ юма олмаслиги 5. Қошини кўтара олмаслиги <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 1. Бемор тушкун 2. Юзининг бир тарафи осилган 3. Бемор суюқлик ичаётганда зарарланган тарафдан оқади 4. Бемор қошини кўтара олмайди, кўзини тўлиқ юма олмайди, юзини шишира олмайди, қоғоғини сола олмайди, хуштак чала олмайди 5. Зарарланган тарафда кўз ёши оқади	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Юзнинг бир тарафини қийшайиши 2. Суюқлик ичганда оғзининг бир тарафидан оқади 3. Шу тарафда кўзи ёшланади ёки куриydi 4. Зарарланган тарафда қошини кўтара олмайди, кўзини тўлиқ юма олмайди, юзини шишира олмайди, қоғоғини сола олмайди <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Мимик мускулларда контрактура ривожланиши 2. Суюқлик ича олмаслик с. Асоратларни юзага келиши	1. Шифокорни чақириш 2. Беморга жисмоний ва руҳий осойишталик яратиб бериш 3. Елвизакларни бартараф қилиш 4. Асоратларни олдини олиш ёки бартараф қилиш 5. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Беморга қулай шароит яратилади 2. Шифокор кўрсатма–сига биноан дорилар юборилади: антибиотиклар, дегидратация, гормонлар, ЯҚНВ (диклофенак 3,0 м/о), метаболиклар, сўрилтирувчи дорилар 3. Бемор мунтазам кузатилади	1. Беморнинг юзи симметриклашди 2. Бемор суюқлик ича бошлади 3. Бемор кўзини тўлиқ юма олади, қошини кўтара олади, юзини шишира олади, хуштак чала олади 4. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди 5. Бемор руҳан тинчланди 6. Асоратлар олди олинди ёки бартараф қилинди 7. Шифокор тавсиялари бажарилди

Текшириш учун саволлар:

1. Люмбаго (беланги), радикулоневрит, ганглионит, неврит касаллик-ларининг умумийлиги ва фарқланиш белгиларини айтинг.
2. Неврит ва невралгия деганда нимани тушунасиз?
3. Сон ва куймич нервлари зарарланганда каидай торти-шиш белгиларини текшириш керак?
4. Елка плексити касаллигининг клиник белгиларини айтинг.
5. Юз нервининг зарарланиш ёки касаллигида экстракра-ниал ва интракраниал қисмининг зарарланишининг клиник фарқлари нималардан иборат.
6. Бўйин, кўкрак, бел-думғаза радикулитининг умумий ва фарқли белгиларини гапириб беринг.
7. Билак, тирсак ва ўрталик нервларнинг зарарланиши оқибатида келиб чиқадиган неврологик ўзгаришларни фарқ-лаб беринг.

Текшириш учун масалалар:

1. 54 ёшдаги бемор бел-думғаза қисмининг чап тарафи-да ва чап оёғида кучли оғриқ бўлгани учун юришнинг қийин-лашганини айтиб шикоят қилади. Беморни текшириш жара-ёнида унинг бел-думғаза умуртқа атрофининг чап томонида ва оёғининг орқа томонини пайпаслаганда кучли оғриқ бор-лиги аниқланади. Оёқнинг куч-қувати камайган эмас, лекин сон ва болдирнинг ортки ташқи қисмида ва тўпикда сезги камайганлиги аниқланади. Пай рефлекслари сусайган, ахилл рефлекси йўқолган. Бу беморга қандай ташхис қўйиш мум-кин?
 - а) бел-думғаза белангиси;
 - б) куймич нервининг невропатияси;
 - в) люмбаго.
2. 28 ёшли бемор юзининг бир томонга қийшайиб қолган-лигига шикоят қилиб келди. Текшириш натижасида чап кў-зининг юмилмаслиги, юзининг чап қисми осилиб туриши, чайнашнинг ва суюқлик ичишнинг қийинлашганлиги аниқланади. Елкан белгиси чап томонда кузатилади, пешона, лаб-бурун бурмалари чап томонда силлиқлашганлиги кузатилади, сезги ўзгаришлари йўқ. Беморга қандай ташхис қўйиш керак?

- а) юз нервнинг интракраниал неврити;
- б) юз нервнинг экстракраниал неврити;
- в) интракраниал неврити.

III.9. Неврологияда шошилиш ҳолатларида ҳамширалик жараёни

Шошилиш ҳолатларида ташқи ёки ички омиллар натижасида келиб чиққан ва тезлик билан ташхисланиши ва даволаниши лозим бўлган ўткир патологик жараёнлар киради. Шошилиш деб юритиладиган ҳолат – бу давомийлиги билан фарқланадиган, шу вақтда витал (ҳаётий муҳим) фаолиятнинг яққол бузилишларининг ва ҳаётга хавф соладиган неврологик бузилишларнинг кучайиши ёки муқим сақланиши билан намоён бўладиган ҳолатдир. Шошилиш ҳолатлари яна “критик ҳолат” ёки “терминал ҳолат” деб ҳам юритилади. Бош миёза зарарланиши натижасида келиб чиқадиган шошилиш ҳолатларининг бошқа аъзо ва тизимларнинг ўткир ривожланадиган касалликлари натижасида келиб чиқадиган шошилиш ҳолатлардан фарқи шундаки, бунда онг ва бошқа ҳаётий муҳим бўлган фаолиятларнинг (нафас олиш, юрак уриши, қон айланиши) кескин бузилиши, гомеостаз, ҳатти-ҳаракат, сезги, мувозанат бузилишлари дарҳол ривожланади.

Шундай қилиб, неврологик шошилиш ҳолатлари тез ва бир вақтда бир неча фаолиятнинг бузилиши билан кечади. Бош миёза зарарланиши билан кечмайдиган шошилиш ҳолатларида, одатда, локал характерга эга бўлган бузилишлар аниқланади. Масалан, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларида қоринда локал ўткир оғриқ, ошқозон–ичак тракти фаолиятининг бузилиши, қоринпарданинг таъсирланиш симптомларининг аниқланиши; ўткир қон–томир етишмовчилигида кескин артериал гипотензия; ўткир юрак етишмовчилигида аритмия, ҳаво етишмаслиги, ўпка шиши белгилари намоён бўлади, лекин онг бузилмайди ва бемор ҳушини йўқотмайди; миокард инфарктида юрак соҳасида кучли оғриқ безовта қилади.

Неврологияда шошилиш ҳолатлари клиник кўриниши кенг қамровли бўлиб, уни ташхислаш маълум бир қийинчиликларни туғдиради. Кўпинча шошилиш ҳолатларни келтириб чиқарувчи омилларни аниқлаш қийин масала

бўлиб қолади. Шошилинч ҳолатлар маълум бир вақт ёки муддат билан чегараланмайди. Шошилинч ҳолатларнинг кечиши, давомийлиги, оғирлик даражаси касалликни келтириб чиқарган омил ва унинг индивидуал хусусиятлари, беморнинг умумий ҳолатига боғлиқ бўлади.

Неврологик шошилинч ҳолатлар баъзи авторларнинг маълумотларига кўра кўп профилли клиникаларга ётқизиладиган беморларнинг 5–10%ини ташкил қилади. Бемор ҳолатининг оғирлиги, касалликни келтириб чиқарган омил ҳақида маълумотнинг йўқлиги, госпитализация давригача ташхислаш имқониятининг чекланганлиги кўп ҳолларда ҳолатни бир тарафлама таърифлаш ва ҳаётий муҳим аҳамиятга эга бўлган аъзолар фаолиятидаги бузилишларни тиклаш чораларини тезкорлик билан олиб боришга қаратилади.

Неврологияда шошилинч ҳолатларга қуйидагилар киради:

- Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши – ишемик инсульт, миёга қон қуйилиши, субарахноидал қон қуйилиши, ўткир гипертоник энцефалопатия;
- Миё ва унинг пардаларининг ўткир яллиғланиш касалликлари – менингитлар, менингоэнцефалитлар, субдурал эмпиема, эпидурал абсцесс;
- Бош миё жароҳатлари ва уни ўз вақтида аниқланмаганлиги натижасида келиб чиқадиган посттравматик гематомалар;
- Эпилептик синдром – эпилептик статус, синкопал ҳолатлар;
- Бош чанок гипертензияси ва шишининг ўткир клиник намоён бўлиши;
- Онг бузилишлари ва кома;
- Метаболик бузилишларда ўткир неврологик патология – қандли диабет декомпенсацияси, жигар, буйрак, буйрак усти бези, қалқонсимон без фаолиятининг ўткир бузилиши, ўткир панкреатит;
- Асаб тизимининг ўткир инфекцион–аллергик касалликлари – Гийен–Барре ўткир полирадикулоневрити, ўткир тарқоқ энцефаломиелит, поствакцинал энцефалит;
- Хавфли нейролептик синдром;

- Ботулизм;
- Қоқшол;
- Мигрень;
- Неврологик патология билан намоён бўладиган экзоген интоксикациялар — этил ва метил спирти, анальгетиклар, уйку воситалари, антигистамин моддалар, психотроп моддалар, атропин, цианидлар, антихолинэстераз моддалар, алкоголь билан заҳарланиш;
- Орқа мианинг ўткир зарарланиши — бирламчи ва дисциркулятор—компрессион.

Шошилиш ҳолатларида кўрсатиладиган ёрдам кескин кечмайдиган бошқа касалликларда кўрсатиладиган ёрдамдан тубдан фарқ қилади. Биринчи ёрдам имконият борида касаллик бошлангандан қисқа муддат ичида кўрсатилиши лозим. Объектив кўрик энг аввал ҳаётий зарур бўлган аъзолар —юрак ва нафас олиш фаолиятини текширишдан бошланади. Эпилептик статус ва ҳаётий зарур бўлган аъзолар фаолиятининг кескин бузилишида текширишдан аввал зарур бўлган даволаш тадбирлари ўтказилади, сўнгра тезда текширув ўтказилади.

Шошилиш ҳолатларида ҳамширалик жараёнини ташкиллаштириш

Замонавий соғлиқни сақлаш масканида ҳамшира шифокорнинг партнери бўлиб, барча даволаш жараёни босқичларида ёрдам бериши ва жавобгарликни ҳис қилиши керак. Бу масалалар ҳамширалик жараёни остида амалга оширилади.

Профессор Перфильева Г.М. фикрича, ҳамширалик жараёни бошқа барча йўналишлар каби неврологияда ҳам жуда зарур, чунки у беморни жисмоний ва руҳий мустақиллигини таъминлаб беради.

Ҳамшира бемор билан ишлаганда улар орасида бир-бирига ишонч муносабатлари кузатилади, ҳамшира беморга гигиена ҳақида тушунтириш ишлари олиб боради. Бемор билан эркин алоқани боғлаб олиш жуда муҳимдир, бунинг учун беморни эшита билиш ва унинг ҳолатини тушунишга ҳаракат қилиш керак. Ҳамширалик жараёни бажарилаётганда ҳамшира, беморнинг ўзи

ва унинг қариндошлари қатнашадилар.

Ҳамширалик жараёнининг *биринчи босқичига* тиббиёт ҳамширасининг беморлар ҳақида паспорт маълумотларини аниқлаши (фамилияси, исми, шарифи, туғилган йили, миллати ва ҳ.к.), ижтимоий маълумотлар тўплаши (оиласи, турар жойи, яшаш шароити ва ҳ.к.), шикоятларини йиғиши (ҳозир беморни безовта қилаётган ҳолат), беморнинг руҳий ҳолатини баҳолаши (бемор қўзғалувчан ёки тормозланган, жиззаки ёки тушкун кайфиятда, онг бузилиши ҳолатлари, касалликни симуляция қилиш ҳолатлари ва ҳ.к.) ва объектив кўрик ўтказиши киради. Бу босқични ўтказиш беморнинг эҳтиёж, муаммо ва талабларини аниқлаш имконини беради. Шу ўринда айтиб ўтиш керакки, эҳтиёж – бу бирор нарсани етишмовчилиги, муаммо – бу беморни ўз-ўзига ёрдам бера олмаслиги, талаб эса – шу ёрдамни кутишликдир.

Неврологик беморларда кўпинча қуйидаги эҳтиёж бузилишлари кузатилади: овқатланиш, ҳаракатланиш, гигиена, мулоқот.

Ҳамширалик жараёнининг *иккинчи босқичига* бемор муаммоларини аниқлаш ёки ҳамширалик даражасида ташхислаш, яъни бемор соғлиғи ҳолатини аниқлаш киради. Ҳамшира ташхиси беморнинг жисмоний, ҳиссий–руҳий, ижтимоий ҳолатини ўз ичига қамраб олади.

Неврологик беморларга қуйидаги намунавий ҳамшира ташхислари хос:

- умуртқанинг турли бўлимлари шикастланиши билан боғлиқ бўлган оғриқлар;
- тананинг қайсидир қисмида нохуш сезгилар;
- касаллик билан боғлиқ бўлган турли локализацияли ва характердаги бош оғриқлари;
- касаллик билан боғлиқ бўлган кўнгил айланиши ва қусишлар;
- шол ёки оғриқ туфайли жисмоний фаолликнинг сусайиши;
- ўз–ўзини парваришлаш имқониятининг йўқлиги;
- мустақил овқатланиш имқониятининг йўқлиги;
- ортиқча вазн;

- сийдик ушлай олмаслик ёки тутилиши;
- ихтиёрсиз дефекация (катта ҳожатни ушлай олмаслик);
- ётоқ яра пайдо бўлиш хавфи;
- контрактура ривожланиш хавфи;
- ўпкада димланиш белгилари ҳосил бўлиш хавфи;
- бўлимдаги шовқин ёки оғриқлар ҳисобига уйку бузилиши;
- нутқ бузилганлиги сабабли мулоқотни қийинлашуви;
- ҳиссий ҳолат билан боғлиқ жамоат томонидан парвариш;
- ёрдамчиларсиз қолишдан хавфсираш, ишончсизлик;
- ўз келажагидан қўрқиш.

Ҳамширалик ташхиси уч турда бўлади:

1. Бирламчи – тез ёрдам кўрсатишни талаб қиладиган, яъни беморнинг ҳозирги ҳолати бемор ҳаётига хавф солаётган ҳолда.
2. Оралик – тез ёрдам кўрсатишни талаб қилмайдиган, яъни беморда ўлим хавфи йўқ ҳолда.
3. Иккиламчи – касалликка алоқаси йўқ бўлган ташхис.

Ташхис қўйилгандан сўнг ҳамширалик жараёнининг *учинчи босқичи*, яъни ҳамшира ишини режалаштириш босқичига ўтилади. Бунда ҳақиқатга яқин мақсадлар аниқланади, қисқа муддатли, узоқ муддатли ва ҳамшира иш режаси тузилади. Ҳамширанинг парвариш бўйича режалаштирилган иши ҳамширалар касаллик тарихига ёки ҳамшира парвариш варақасига ёзиб борилади.

Тўртинчи босқич режалаштирилган ишни амалга ошириш билан якунланади (ҳамшира аралашуви). Иш режани амалга ошириш ҳамширалик парвариш қилиш стандартига мувофиқ амалга оширилади. Бунда парваришни бирламчи режаси тузилади, режани барча пунктлари бўйича белгилар қўйиб борилади.

Бешинчи босқич – ҳамширалик хизматини самарадорлигини баҳолашдан иборат. Бунинг учун қуйидаги амалларни бажариш керак:

1. эришилган натижани режалаштирилган иш билан таққослаш;
2. режалаштирилган хизматни самарадорлигини баҳолаш;
3. агар кутилган натижаларга эришилмаган бўлса, уни баҳолаш ва қайта режалаштириш;
4. жараённинг барча босқичларини танқидий таҳлил қилиш ва керакли тузатишлар киритиш.

Ҳамшира фаолиятининг учта даражаси фарқланади:

- қарамлик – шифокор кўрсатмаларини унинг назорати остида бажариш;
- мустақил – шифокор кўрсатмасисиз ҳамшира ўз ташаббусига кўра ҳаракат қилиши;
- ўзаро қарамлик – шифокор ва бошқа мутахассиснинг ҳамшира билан ўзаро ҳамкорликдаги фаолияти.

Эришилган натижа режалаштирилган ишга мувофиқ келганда ҳамширалик жараёни тўғри ва самарали бажарилганлиги таъкидланади. Бу ҳамширанинг билими ва амалиёти юқори даражада эканлигидан далолат беради.

Мисол:

64 ёшли беморда ноқулай ҳаракатдан сўнг белда оғриқ ўнг оёққа тарқалиши билан пайдо бўлди. Бемор бел остехондрози билан стационарда даволанмоқда.

Объектив: бемор эгилиб туради, қимирламасликка ҳаракат қилади, умуртқаси бел соҳасида қийшайган, шу ерда кучли оғриқ, ўнг тарафда бел мушаклари таранглашган.

Масала:

1. Ҳамширалик ташхисини қўйиш;
2. Ташхисга асосланиб ҳамширалик ёрдамини аниқлаш;
3. Ҳамширалик фаолияти режасини тузиш;
4. Ҳамширалик фаолияти самарадорлигини баҳолаш.

Жавоб:

1. Ҳамширалик ташхиси: белда оғриқ туфайли ҳаракатнинг чекланиши.
2. Мақсад (қисқа муддатли): 20 дақиқа ичида оғриқни йўқотиш.
3. Ҳамширалик фаолиятини режалаштириш:
 - ҳамшира шифокорни чақиради;
 - ҳамшира беморни ётишига ва тўшакда қулай ҳолат танлашига ёрдам беради;
 - ҳамшира таблетка беради;
 - ҳамшира шифокор кўрсатмасига биноан анальгин 50%ли 2мл ва димедрол 1%ли 1мл эритмани тайёрлайди ва мушак орасига юборади;
 - ҳамшира бемор аҳволини кузатади.

Эслатма: мақсадга етишиш учун беморни тинчлантириш лозим. Ҳамшира аралашувининг ҳар пунктида беморларга режани тушунтириш ва розилигини олиш керак.

20 дақиқадан сўнг ҳамшира фаолиятини бажарилганлигини баҳолаш: оғриқ камайди, бемор ҳаракатлана олади, беморга тахтали тўшак ҳозирлаш лозим.

Неврологияда шошилиш ҳолатлар клиникаси

Шошилиш ҳолатларни аниқлашда тиббиёт ходимидан унинг ҳаракатларида максимал аниқлик талаб қилинади. Қисқа муддат ичида бемор ҳақида имқоният борича тўлароқ маълумот йиғиш учун тиббиёт ходими ўзининг тажрибаси ва билим хазинасини ишга солиши керак. Маълумот йиғаётганда бирламчи ва иккиламчи бўлган маълумотларни ажрата билишлик, уларни тўғри талқин қилишлик даво чораларини тўғри олиб боришликнинг муҳим гаровидир. Шошилиш ҳолатларда бирламчи ташхис қўйишда албатта касалликнинг сабаблари, кечиши ҳақида қисқа бўлса ҳам маълумотга эга бўлиш лозим. Шу сабабли, неврологияда баъзи шошилиш ҳолатларни келтириб

чиқарувчи касалликлар сабаблари, уларнинг клиникаси ҳақида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Синкопал ҳолатлар

Синкопал ҳолатлар ёки ҳушдан кетиш – бу бош миёда гипоксия ва аноксия натижасида метаболик жараёнларнинг диффуз бузилиши оқибатида нозпилептик бўлган онгнинг қисқа муддатга пароксизмал бузилишидир.

30% инсонлар 15–30 ёшида бир мартаба бўлса ҳам синкопе ҳолатига тушган, стоматолог қабўлида 1% пациент, қон топшираётганда 4–5% донор синкопал ҳолатга тушади.

Синкопал ҳолат ҳиссий стресс, ортостатик гипотензия, дим хонада бўлиш, йўтал, гипогликемия, ўткир диспепсия ва бошқалардан кейин ривожланади.

Синкопал ҳолатнинг қуйидаги турлари фарқланади:

1. Невроген (психоген) тури:

- **ҳ и с с и й** – кескин оғриқ, хавотир, қонни кўрганда, кўрқув, тиббий муолажалар, уялиш, ранжиш каби салбий ҳиссиётлар билан боғлиқ;
- **а с с о ц и а т и в** – бўлиб ўтган ҳиссий воқеани эслаганда ҳосил бўлган патологик шартли рефлекслар ҳосил бўлиши билан боғлиқ;
- **и р р и т а т и в** – патологик шартсиз вегетатив–қон–томир рефлекслар ҳосил бўлиши билан боғлиқ, масалан: синокаротид зона ёки вестибўляр аппаратни таъсирланиши натижасида;
- **д е з а д а п т а ц и о н** – ҳаракат ва руҳий зўриқишнинг ошиши билан боғлиқ, масалан: ортостатик ва гипертермик ҳушни йўқотиш;
- **д и с ц и р к у л я т о р** – бош миёда регионар ишемия бўлиши билан боғлиқ, масалан: бошни кескин ҳаракат қилдирганда, кескин юқорига қараганда, гипертоник кризда.

СИНКОПАЛ ҲОЛАТЛАРДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташхиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор ишқоятлари:</i> Синкопедан олдинги аломатлар: 1. Умумий ҳолсизлик 2. Кўз олди қоронғила-шиши 3. Бош айланиши 4. Қулоқда шанғиллаш 5. Юрак ва қорин соҳа-сида нохуш сезгилар 6. Лаб қуриши ва увишиши 7. Ҳаво етишмаслик туйғуси <i>Объектив текишириш натижалари:</i> 1. Бемор тўсатдан ҳуши-ни 10 сония ёки кўпроқ вақтга йўқотиб, йиқи-лади 2. Мушаклар тонуси пасайиб кетади 3. Кўзи ярим очик ҳолат-да, назари юқорига қаратилган 4. Кўз қорачиқларини ёруғликка реакцияси сусайган 5. Пульси ипсимон, камайган ёки асистолия 6. Нафас олиши юзаки	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 1. Бемор ҳушини йўқотиши 2. Юрак ритмини бузилиши 3. Нафас олишини бузилиши <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 1. Юрак уришини бир неча сонияга тўхташи 2. Нафас олишни қийинлашиши	1. Шифокорни чақириш 2. Беморни горизонтал ҳолатда оёғини бир оз юқори кўтариб ётқи-зиш 3. Сиқиб турган кийим-ларини бўшатиш 4. Тоза ҳаво билан таъминлаш 5. Юзи ва бўйнига совуқ сув сепиш 6. Новшадил спиртини ҳидлатиш 7. Шифокор тавсиясига кўра юрак уриши секинлашганда атро-пинни мушак орасига юбориш 8. ҚБ тушиб кетганда кофеинни мушак орасига юбориш 9. Беморнинг кўнгли айниганда, қусганда ёрдам кўрсатиш 10. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	1. Бемор қулай ҳолатга ётқизилади 2. Сиқиб турган кийим-лар ечилади 3. Тоза ҳаво билан таъминланади 4. Беморнинг юзи ва бўйнига сув сепилиб, новшадил спирти ҳидлантирилади 5. Шифокор кўрсатма-сига биноан дорилар юборилади: атропин, кофеин, тинчланти-рувчи воситалар 6. Бемор мунтазам кузатилади	1. Бемор ҳушига келди 2. Кўнгли айниш, қусиш тўхтади 3. Юрак уриши ва қон босими нормаллашди 4. Нафас олиши нормал-лашди 5. Хуружлар қайтарил-мади 6. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди 7. Бемор руҳан тинчлан-ди 8. Асоратлар олди олинди ёки бартараф қилинди 9. Шифокор тавсиялари бажарилди

2. Соматоген тури:

- к а р д и о г е н – юрак касалликларида кузатиладиган қонни ҳайдашни пасайиши билан боғлиқ;
- в а з о д е п р е с с о р – периферик қон томирлар тонусининг кескин пасайиши билан боғлиқ;
- а н е м и к – гемик гипоксия билан боғлиқ;
- г и п о г л и к е м и к – қонда глюкоза миқдорини тушиб кетиши билан боғлиқ;
- р е с п и р а т о р – ўпка касалликларида нафас йўллари тўсилиб қолиши билан боғлиқ.

3. Экстремал ҳолатларда учрайдиган тури:

- г и п о к с и к – нафас олаётган ҳавода кислород етишмаслиги билан боғлиқ, масалан: баландликда;
- г и п о в о л е м и к – қонни нотўғри тақсимланиши билан боғлиқ, масалан: кўп қон йўқотганда, тез учганда;
- и н т о к с и к а ц и о н – заҳарловчи моддалар билан заҳарланганда;
- м е д и к а м е н т о з – дориларни ножўя таъсири натижасида;
- г и п е р б а р и к – ҳавонинг босими кескин ортганда.

Синкопе уч босқичдан иборат:

- аломатлар даври ёки липотимия, синкопалдан олдинги ҳолат;
- кульминация ёки ҳолатни авжига чиққан даври, синкопал ҳолат;
- тикланиш даври, синкопалдан кейинги ҳолат.

Аломатлар даври бир неча сониядан 2 дақиқаларгача давом этади. Бу даврда липотимия – “нохуш аҳвол” белгилари намоён бўлади: юзнинг оқариб кетиши, умумий ҳолсизлик, дискомфорт ва ҳаво етишмаслиги туйғуси, бош айланиши, кўз олди қоронғилашиши, қулоқда шанғиллаш, кўнгил айниши, терлаш, юрак уриб кетиши, лаб қуриши ва увишиши, қорин ва юрак соҳасида ёқимсиз сезгилар каби аломатлар безовта қилади. Беморга худди “ер оёғини тагидан кетиб қолаётгандек” бўлиб туюлади.

Шу белгилар фонида бемор хушини йўқотади – *синкопал ҳолат*

ривожланади. Мушак тонуси кескин пасайиб, бемор йиқилади, лекин бемор тикка йиқилмасдан, балки худди ўтириб олаётгандек оҳиста йиқилади. Шунинг учун синкопеда талваса хуружидан фарқли ўлароқ травматик жароҳатлар кам учрайди. Онгнинг бузилиши енгил қарахтликдан то чуқур йўқотишгача бўлиши мумкин, бу ҳолат 10 сония ёки ундан кўпроқ давом этади. Бу даврда беморнинг кўзи юмук, назари тепага қаратилган, қорачиқлари кенгайган, ёруғликка реакцияси пасайган бўлади. Пай рефлекслари сақланиб қолади. Пульси паст, баъзида 2–3 сонияга асистолия кузатилиши мумкин, қон босими пасайган. Нафас олиши юзаки, сийрак. Оғир ҳолларда синкопе 1 ёки 2 дақиқа давом этади. Бунда мушак тортишишлари, тилини тишлаб олиш, гиперсаливация ҳам кузатилади. ЭЭГ қилинганда бош миёда гипоксия белгилари намоён бўлади.

Тикланиш даврида бемор ҳушига келганидан сўнг умумий ҳолсизлик, бошида оғирлик ҳисси, юрак ва қорин соҳасида ноҳуш ҳислар безовта қилади. Горизонтал ҳолатга ётқизиш, тоза ҳаво, нашатир спиртини ҳидлатиш, кофеин қилиш беморни тезда ўзига келиши ёрдам беради. Ўзига келган бемор вақт ва мақонни яхши англайди, лекин кўрқув, безовталиқ намоён бўлади. Бемор ҳушдан кетишдан олдинги ҳолатни эслайди, тез туриб кетгиси ва фаол ҳаракатлар қилгиси келади. Горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтишлик яна синкопал ҳолатга олиб келиши мумкин, шунинг учун беморни бир оз ётишга кўндириш лозим бўлади.

Шундай қилиб, эпилептик хуруждан фарқли равишда синкопал ҳолатда ҳушдан кетишдан олдин кескин парасимпатик вегетатив бузилишлар намоён бўлади, ҳушдан кетиш ва мушак тонусининг пасайиши кескин эмас, балки оҳиста ривожланади ва бемор йиқилганда жароҳатлар олмайди. Эпилептик хуруж куннинг ҳарқандай вақтида ва беморнинг ҳарқандай ҳолатида вужудга келса, синкопе вегетатив бузилишларни ривожланиб боришидан кейин рўй беради ва ҳеч қачон горизонтал ҳолатда бўлмайди. Синкопеда жуда кам ҳолларда тутқаноқ хуружига хос бўлган мушак тортишишлари, тилини тишлаб олиш кузатилади. Тутқаноқ хуружидан кейин бемор одатда ухласа, синкопедан кейин бир оз ҳолсизлик қайд қилинади. Бемор вазиятни англайди ва

синкопегача қилаётган ишини давом эттира олади.

Бош мия ичи гипертензияси синдроми

Бош мия ичи босими мия моддаси, қон ва ликворнинг ўзаро динамик мувозанат натижасида турғун бир даражада ушлаб турилади. Бу уч birlikнинг бирининг ошиши, бошқасининг камайиши ҳисобига мия ичи босими бир маромда ушлаб турилади. Бу динамик мувозанат бузилганда мия ичида босим пасайиши (мия ичи гипотензияси) ёки кўтарилиши (мия ичи гипертензияси) мумкин.

Бош мия ичи гипотензияси люмбал пункцияда, бош мия жароҳатларида ёки жарроҳликда ликворнинг анча қисмини оқиб кетиши натижасида ривожланади. Бунда беморда энса соҳасида оғрик, менингеал синдромнинг энгил белгилари, ҳолсизлик, тез чарчаш, апатия, тахикардия кузатилади. Бемор горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтганда бош оғриғи кучаяди ва кўнгил айланиши, қусиш, кўз олди қоронғилашиши безовта қилади. Бош оғриғи бошни тез бурганда ва юрганда “мияга ургандай” бўлиб кучаяди. Бундай беморларда “бошни тушириш симптоми” мусбат бўлади: оёқни 10–15 дақиқага юқорига қилиб, ёстиқсиз ётганда бош оғриғи камаяди.

Бош мия ичи гипертензияси бош мия ичида жойлашган моддаларнинг суммар ҳажми ошганда кузатилади. Бўларга мия шиши, веналарда қоннинг турғунлиги, цереброспинал суюқликнинг ортиқча миқдорини йиғилиши, чанок ичида ҳажмли (ўсимта, абсцесс, гематома, инфекцион гранулема) патологик жараён, менингит, энцефалит, бош чанок–мия жароҳати, эклампсия, метаболик ва гипоксик энцефалопатия, гидроцефалия ва б.қ.лар, шунингдек, бош чаноғининг кичрайиши (краниостеноз, чанок асосидаги суякларнинг тикилиб синиши) сабаб бўлади.

Касалликнинг клиникаси кўпинча эрталаб, кучайиб борадиган диффуз бош оғриғидан бошланади. Таом қабул қилиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш, рухий фаолиятнинг тормозланиши кузатилади. Бош оғриғи йўталганда, кучанганда,

БОШ МИЯ ИЧИ ГИПЕРТЕНЗИЯСИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташҳиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шиқоятлари:</i> 6. Қаттиқ бош оғриши, айниқса, уйқудан турганда 7. Бош оғриғини аксирганда, йўталганда кучайиши 8. Кўнгил айнаши, бир неча марта қусиш 9. Кўз олдида туман пайдо бўлиши, кўришни пасайиши 10. Уйқучанлик 11. Ҳолсизлик <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 9. Бемор ҳолсиз, тормозланган 10. Бемор ҳиссий бефарқ 11. Юзи қизарган, бўғриққан 12. Боши перкуссия қилинганда оғриқли 13. Ваале нуқталарида оғриқ 14. Данциг–Кунаков симптоми мусбат	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 8. Бош оғриши 9. Кўнгил айнаши, қусиш 10. Уйқучанлик 11. Ҳиссий бефарқлик <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 6. Бош оғриғини кучайиши 7. Онг бузилишини кучайиб бориши, кома ҳолатига тушиши 8. Юрак ритмини бузилиши 9. Нафас олишни қийинлашиши	10. Шифокорни чақириш 11. Беморга жисмоний ва рухий осойишталик яратиб бериш 12. Беморнинг кўнгли айнаганда, қусганда ёрдам кўрсатиш 13. Бош миани КТ ёки МРТга тушириш 14. ҚБ, пульс мониторинги 15. Асоратларни олдини олиш ёки бартараф қилиш 16. Бемор аҳволини мунтазам кузатиб бориш	8. Бемор қулай ҳолатга ётқизилади 9. Тоза ҳаво билан таъминланади 10. Бемор қусганда гигиеник ёрдам кўрсатилади 11. Шифокор кўрсатмасига биноан дорилар юборилади: дегидратация, антигипоксантлар, метаболиклар 12. КТ ёки МРТга туширилади 13. Бемор мунтазам кузатилади	10. Беморнинг бош оғриғи камайди ёки тўхтади 11. Кўнгил айнаш, қусиш тўхтади 12. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди 13. Бемор руҳан тинчланди 14. Асоратлар олди олинди ёки бартараф қилинди 15. Шифокор тавсиялари бажарилди

аксирганда кучаяди. Бемор олдинга энгашиб ўтирганда ёки оёғини кўтариб, бошини пасайтириб ётганда чаноқ ичи гипертензияси ошади. Кўришнинг вақтинча ёмонлашуви, кўз олдида туман пайдо бўлиши кўрув нерви дискининг турғунлиги –бош мия ичи гипертензияси бошланишининг эрта клиник белгисидир. IV қоринчада ўсимта ўсганда, ретикуляр формациядаги “қусиш марказини” таъсирланиши натижасида касаллик дебютида кучли қусиш ва турғун хикичоқ кузатилади. Бу белгилар витал (ўлимга олиб келувчи) хавф белгилари бўлиб, бемор ҳаётини сақлашга қаратилган чораларни тез бошлаш кераклигини билдиради.

Бош мия ичи гипертензиясининг ошиб бориши бемор руҳиятида ҳам ўзгаришларга олиб келади: бемор одатда ҳолсиз, апатияда, ҳаётга қизиқиши торайган, тез чарчайдиган бўлиб қолади. Беморнинг юзи амимик, қарашлари маъносиз, саволларга бир хил, узоқ паузадан кейин кечикиб жавоб беради, сомноленция (уйқучанлик) ҳолати кузатилади. Бош мия ичи гипертензияси ошишининг давом этиши қарахтлик, сопор ва, ҳаттоки, кома ҳолатига олиб келиши мумкин.

Мия шиши

Бош мия шиши – бош мияда суюқликнинг йиғилиши, унинг оғирлиги ва ҳажмининг ошиши билан кечадиган патологик жараёндир. Мия шиши кўп ҳолларда аввал локал чегараланган бўлиб, кейин бутун бош мияга тарқалади.

Мия шишини келтириб чиқарувчи сабаблар турличадир: мия жароҳати, мияда қон айланишининг бузилиши, гипертоник криз, ўткир гипертоник энцефалопатия, геморрагик инсульт, инфаркт, мия ўсимталари, энцефалит ва менингоэнцефалитлар, гипоксик ва токсик энцефалопатиялар, мияни нурлантириш, эпилептик статус.

Бош мия шишининг қуйидаги турлари фарқланади:

- **в а з о г е н** – капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши ва гематоэнцефалик барьер фаолиятининг бузилиши натижасида

МИЯ ШИШИ ВА КОМАДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИ

Беморни текшириш	Ҳамширалик ташҳиси	Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш	Ҳамширалик ёрдами режасини амалга ошириш	Натижаларни баҳолаш
<i>Бемор шиқоятлари:</i> Бемор ҳушсиз бўлганлиги учун шиқоятини йиғиб бўлмайди <i>Объектив текшириш натижалари:</i> 18. Бемор ҳушсиз, кўзлари юмук 19. Юзи оқарган, цианоз 20. Кўз соққалари ҳаракатсиз, ёки сузувчи ҳаракатда, ғилайлик 21. Қорачиқлар кенгайган 22. Қорачиқни ёруғликка реакцияси суст ёки йўқ 23. Қўл ва оёқда ҳаракат чегараланган, мушаклар бўшашган 24. Ҳимоя рефлекслари йўқолган 25. Ташқи таъсиротга жавоб реакцияси йўқолган 26. Нафас олиш ритми кескин бузилган 27. Пульси ипсимон, кескин секинлашган 28. ҚБ тушиб кетган 29. Баъзида эпихуружлар кузатилади	<i>Мавжуд муаммолар:</i> 9. Бемор ҳушсиз 10. Қўл ва оёқда ҳаракат чегараланиши 11. Нафас олиш ритмини кескин бузилиши 12. ҚБни тушиб кетиши 13. Юрак ритмини кескин бузилиши 14. Эпихуружлар <i>Бўлиши мумкин бўлган муаммолар:</i> 8. Пневмония ривожланиши 9. Ётоқ яраларни ривожланиши 10. Комани чуқурлашиб бориши 11. Юракни уришдан тўхташи 12. Мустақил нафас олишни тўхташи 13. Эпилептик статус Клиник ёки биологик ўлим	12. Шифокорни чақириш 13. Беморни қулай ҳолатга ётқизиш 14. Сиқиб турган кийимларини ечиш 15. Оғиз бўшлиғи ва халқумни тозалаш 16. Мустақил нафас ола олмаганда ЎСВ (ИВЛ) га тайёрлаш 17. Юрак уришдан тўхтаганда беморни кадиостимуляторга тайёрлаш 18. Қон босимини нормаллаштириш 19. Эпихуружларда беморга ёрдам кўрсатиш 20. ҚБ, пульс, нафас олиш мониторинги 21. Асоратларни олдини олиш ёки бартараф қилиш 22. Бемор ахволини мунтазам кузатиб бориш	9. Бемор қулай ҳолатга ётқизилади 10. Сиқиб турган кийимлар бўшатилади 11. Тоза ҳаво билан таъминланади 12. Оғиз бўшлиғи ва халқум тозаланади 13. Бемор ЎСВ (ИВЛ) га тайёрланади 14. Шифокор кўрсатмасига биноан дорилар юборилади: антигипоксантилар, антиоксидантлар, гемодинамика ва микроциркуляцияни яхшиловчи дорилар, юрак гликозидлари, диуретиклар, В-адреноблокаторлар ва б.қ. 15. ҚБ, пульс ҳар 10–15 мин. текширилади 16. ЭКГ, КТ, МРТга туширилади	10. Беморнинг умумий ахволи стабиллаша бошлади 11. Бемор ҳушига келди 12. Юрак уриши нормаллашди 13. Нафас олиши мустақил 14. ҚБ нормаллашди 15. Асоратлар олдини олиш чоралари кўрилади (ҳар 2 соатда ёнбошга ағдариш) 16. Шифокор тавсиялари бажарилди

- хужайрадан ташқарида суюқликнинг кўпайиши. Мияда қон айланишининг ўткир бузилиши, энцефалит, глиал ўсимталарда кузатилади;
- и н т е р с т и ц и а л – окклюзион гидроцефалияда ликвор айланишининг бузилиши натижасида хужайра атрофида суюқликнинг йиғилиши;
- о с м о т и к – қон плазмаси ва хужайраларо мия тўқимаси орасида осмотик градиентнинг патологик ўзгариши натижасида хужайра атрофида суюқликнинг йиғилиши. Болаларда миянинг ўткир зарарланишида, гиперосмоляр суюқликлар қуйилганда, гемодиализда кузатилади;
- ц и т о т о к с и к (дисметаболик) – экзоген ва эндоген факторларни мияга шикастлантирувчи таъсири натижасида метаболик жараёнларни бузилиши оқибатида хужайра ичида суюқликни йиғилиши.

Бош мия шишининг ўткир даврида умумий мия синдроми (кома, талваса) ва мия устун зарарланиши симптомлари аниқланади. Мия шишининг бошланғич даврида сопор, кейинчалик кома ҳолати кузатилади. Мия устунининг юқори қисмларида шиш кузатилганда децеребрацион хуруж, узоқлаштирувчи ғилайлик, спонтан вертикал нистагм пайдо бўлади. Мия устунининг пастки бўлимлари шишига ҳос бўлган клиника – бу ротатор нистагм, ютишни бузилиши, нафас аритмияси, тахикардия, қон босимининг пасайишидир. Нафас олиш маркази зарарланганда нафас олиш бузилишининг Чейн–Стокс (нафас олиш кучайиб, кейин пасайиб, бир муддатга тўхтаб қолади) ва Куссмаул (онда–сонда чуқур нафас олиш) тури кузатилади.

Мия шишининг энг хавфли ҳолати – бу мияни энса соҳасида тикилишидир. Бунда витал фаолиятнинг тезда сўниши, атоник кома, мидриаз, қорачиқни ёруғликга реакциясини йўқолиши, нафас олиш ва юрак–қон–томир фаолиятининг бузилиши кузатилади.

Бош мия шишидан кейинги прогноз касаллик этиологияси, дислокация синдромини бор ёки йўқлиги, ўз вақтида бошланган даво чораларига боғлиқ. Мия шишининг биринчи уч кунда ўлим ҳолати 5–30%ни ташкил қилади.

Онг бузилишлари ва кома

Онг – бу объектив борлиқни ва вақтни англаш, ўзини англаш ва когнитив фаолиятни бажара олишга бўлган лаёқатдир. Онгли хулқ–атвор фақат бедорлиқни маълум даражасида бўлиши мумкин. Бош мия ярим шарларининг фаоллиги ва когнитив фаолиятини тартибга соладиган мия устуни ретикуляр формациянинг фаоллаштирувчи бўлимларининг фаолиятининг бузилиши, бош мия ярим шарларининг массив шикастланиши ва лимбик–ретикуляр комплекс билан алоқасининг узилиши онгни кучли ифодаланган бузилишларига сабаб бўлади.

Онг бузилишлари унумли (продуктив) ва унумсиз (нопродуктив) турларига бўлинади. Онгнинг унумли бузилишларида бедорлиқ ҳолатида борлиқни ва ўз шахсини англаш бузилади ва бу ҳолат онг ўзгаришлари деб юритилади. Уларга делирий, онейроид, аменция, психомотор қўзғалиш киради. Бу ҳолатлар руҳий касалликларда кузатилади ва неврологик ўчоқли симптомлар аниқланмайди.

Онгнинг унумсиз бузилишларида бедорлиқ, интеллектуал ва ҳаракат фаоллиги пасаяди, бу ҳолат онг пасайиши деб юритилади. Уларга қарахтлик, сопор ва кома киради.

Қарахтлик фикрлаш ва нутқнинг секинлашиши, идрок ва воқелиқни баҳолашни бузилиши, диққатни пасайиши, уйқучанлик билан намоён бўлади. Бу ҳолат эндоген ва экзоген интоксикацияларда, бош мия жароҳатларида кузатилади.

Сопор руҳий фаолиятни кескин пасайиши ва патологик уйқучанлик билан кечади. Бемор оғриқли таъсирлантирувчига жавобан ҳимоя ҳатти–ҳаракатларини бажаради, инграйди, юзида оғриқ ифодасини кўрсатади. Қорачиқ, корнеал, ютқум ва чуқур рефлекслар сақланган бўлади. Кичик тос органлари фаолиятининг назорати бузилади. Ҳаётий муҳим бўлган фаолият (нафас олиш, юрак уриши) сақланиб қолади ёки енгил бузилади.

Кома – борлиқни ва ўзликни англаш, руҳий фаолиятни йўқолиши билан кечадиган онгнинг тўлиқ ўчиши. Бемор ташқи таъсиротларга умуман жавоб бермайди, қовоғини кўтариб қаралганда кўз соққалари ҳаракатсиз, мидриаз

кузатилади, қорачиқни ёруғлиққа реакцияси, корнеал ва қонъюктивал рефлекслар йўқолган, мушак атонияси, арефлексия, ҳаётий муҳим бўлган фаолиятларнинг критик бузилиши, нафас олиш ритми ва тезлигини қўпол ўзгариши ёки апноэ, кескин тахикардия, қон босимининг кескин тушиб кетиши билан кечади.

Кома ҳолати қанча узоқ давом этса, шунча беморнинг комадан чиқишига умид камайиб боради. 2 ҳафтадан ортиқ давом этган комадан чиққанда беморда *сурункали вегетатив ҳолат* давом этади. Бу ҳолат уйқу ва бедорликнинг алмашиб туриши билан кечади. Бемор баъзан спонтан кўзини очади, лекин назарини предметга қаратмайди, рухий фаолият ва нутқ тикланмайди, бемор кўрсатмани бажармайди, бир сўз билан айтганда ташқи олам билан алоқа қилмайди, ўзини ва атрофни англамайди. Беморда содда рефлексор ҳаракатлар, ихтиёрсиз “ушлаб олиш” рефлекси, орал автоматизм симптомлари, оғрик таъсиротларига жавобан хаотик ҳаракатлар кузатилади. Вегетатив ҳолат бир неча кундан бир неча йилларгача давом этиши мумкин.

Бош миянинг ўлими – деструктив ва метаболик ўзгаришлари бўлган бош мия фаолиятининг қайтариб бўлмайдиган йўқолиши. Бу нафас олиш ва юрак–қон–томир, жигар, буйрак фаолиятининг қайтмас бузилишига олиб келади. Бу вегетатив реакцияларнинг қўзғалишига олиб келади. Бош мия ўлганда онг турғун йўқолади, нафас олиш мустақил бўлмайди (фақат сунъий нафас олиш аппарати ёрдамида), барча мушаклар атонияси, ташқи таъсиротга жавобнинг умуман йўқлиги, қорачиқни турғун кенгайиши, қон босими гипотензияси, спонтан гипотермия, ЭЭГда электрик фаолиятнинг турғун йўқлиги кузатилади. Бемор 72 соат давомида кузатилади ва шифокорлар комиссияси ёрдамида бош миянинг ўлганлиги таъкидланади.

IV - Бўлим. Неврологик беморларни парвариш қилишнинг асосий принциплари. Неврологик бўлимда ҳамшира вазифалари.

Неврологик беморларни даволаш самарадорлиги тўғри парвариш қилишга кўп жиҳатдан боғлиқдир.

Неврологик бўлимлар кўнгилга ёқадиган жиҳозлар билан таъминланган, осойишта бўлиши керак. Бош оғриғи безовта қиладиган беморларга тинчлик ва сокинлик жуда муҳим ҳисобланади. Масалан: менингит билан оғриган беморлар ётган хонада шовқинни йўқотиш ва ёруғликни камайтириш лозим.

Ўрин–тўшак беморнинг ҳолатига мос келиши керак. Масалан: бел соҳасида диск чурраси бўлган беморларга текис ва қаттиқ бўлиши учун матрас остига ёғоч доскалар қўйиш лозим.

Тиббиёт ҳамшираси беморларни парвариш қилишни ташкиллаштириш ва таъминлашни билиши лозим. Айниқса, ўз–ўзига хизмат кўрсата олмайдиган, шол туфайли ёрдамга муҳтож, ҳуш ва чаноқ органлари фаолияти бузилишлари бўлган, нутқ бузилишлари бўлгани сабабли мулоқотга кириша олмайдиган Беморларга бу парвариш жуда муҳимдир.

Неврологик бўлимида ҳамширалар иши жудаям зарур ва кийин ҳисобланиб, бу ерда кийин, ердамга муҳтож ва психологик огир беморлар даволанади ва шу бўлим узининг махсуслиги билан ажралиб туради.

Даволовчи врачнинг курсатмаларини уз вақтида ва сифатли бажарилишига, санитар ҳолат ва беморларни белгиланган режимга риоя қилишга ҳамшира бевосита мажбуриятни хис қилади. Ҳамшира хавфли фавкулотдаги ҳолатларда биринчи тиббий ердамни курсатиш мажбур ва врачни чакириши лозим. Шунингдек эрта реабилитацияда ва огир беморларда профилактик усулларни куллай олишда ҳамширанинг урни катта.

Ҳамширанинг иш куни навбатчиликларни кабўл қилиб олишдан бошланади. Навбатчиликни топширувчи ҳамшира билан бирга беморларни бирга куриб, уларни ҳолати билан танишиб чикиб ва постидаги барча хужжатларни ва

нарсаларни кабўл қилиб олади.

Шунингдек ҳамшира эрталабки конференцияда катнашиб, врач билан биргаликда беморларни куриб ва врачнинг даволаш, парваришлаш тугрисидаги курсатмаларини кабўл қилиб олади. Курсатмаларни бажаришда ҳамшира беморга берган дориларни кабўл қилишини кузатиб туриши керак.

Бўлимда ҳамшира кичик тиббиет персонали ишини бошқариб туради, кичик тиббиет персонали санитар-гигиеник ишларни олиб бориб ва беморларни парвариш қилишга қарашади.

Ҳамшира палатадаги тозаликни ва шинамликни, уларни уз вақтида хавосини шамоллатиб туришини ва кварцланишини назорат қилиб туради.

Ҳамшира даволаш режими принципини билиши ва бўлимда уни тадбик қилиши шарт. Уз постининг бекаси ҳисобланиб, у ҳамма нарсани уз вақтида бажариб ва кайфияти яхши бўлиб, яхши психологик фонни келтириб яратади, баланд овозда гапириш, бакир-чакир ва номуносиб хулк-атворларга йўл қуймайди. Бўлимда психологик атмосферада персоналлар деонтология қоидаларига риоя қилиши ва профессионал этика жуда зарурдир. Маданиятли ва ҳурматли муносабатлар билан иш олиб бориши керак.

Бемор бўлимга кабўл қилиниши билан ҳамшира керакли маълумотларни беморга тушунтиради, бўлимнинг режими билан таништириб, палатага жойланишига ердам беради. Беморга эътиборли ва ширин сузли муносабати, тиббиет қийимида врачнинг курсатмаларини аниқ бажарилиши, кескин ҳамширанинг обрули ишчилигини билдириб бундай ҳамшираларга беморлар уз ишлари ва муаммолари билан мурожат қилишлари мумкин.

Неврологик бўлимида энг қийинчилиги бор беморлар қуйидагилардир: сурункали юқори қўзғалувчанликка эга, салбий ҳолатларга эга беморлардир. Шунинг учун ҳамшира нафакат юқори билимга эга бўлиши керак ва профессионал чидамликка эга бўлиши керак.

Беморларнинг қариндошлари билан суҳбатлашганда муомалали бўлиши керак, беморлар билан эса вазмин - босиклик, эътиборли гаплашиши керак. Беморга "сиз" билан мурожат қилиши керак, ёки исми, шарифи бўйича.

Беморга овоз тонини кўтаришга йўл куймаслик керак.

Касбий сирни жиддий саклаб, бемор тугрисидаги маълумотларни тарқалишига йўл куймаслик ва "суз асептикасига" риоя қилиши, билиб-билмасдан гапириб юборишга еки даволашни тугрилигини муҳокама қилишга йўл куймаслик, текширувлар натижалари ва даволаниш тугрисида врачга мурожат қилишларни тавсия қилиш керак. Курсатмаларни бажараетганда врачни, медперсоналларни хурмат қилиш мақсадга мувофиқлигини тушунтириши лозим. Ҳамширанинг вазифаларидан яна биттаси беморларга маданий хордик чиқариш учун (газеталар, адабиётлар) санбюллетенларни тарқатиш, "саломатлик деразаси" уюштириши лозим.

Ҳамширанинг кўп вақти беморга кетади, шунинг учун у тузалмас-огир беморлар учун ягона суҳбатдош ва "дунё деразаси" ҳисобланади. Демак унинг фикрлари, маслаҳатлари, тавсиялари беморларга жудаям керакдир. Беморларни тиббиётдан кизиктираётган саволлари бўлганда у тушунтириб бериши мумкин ёки қайси адабиётлардан уқишини тавсия қилади. Ҳамшира беморларни ва қариндошларини гигиенага ургатади. Асаб системаси касалликлари профилактикаси ва парваришига ургатади.

IV.1 . Неврологияда ҳамшира вазифалари.

Замонавий соғлиқни сақлаш масканида ҳамшира врачнинг партнери бўлиб, барча даволаш жараенининг босқичларида ва унинг яхши утишига жавобгарликни ҳис қилиш керак. Бу масалалар ҳамшира жараени остида амалга оширилади. Профессор Г.М.Перфильева фикри бўйича, ҳамшира жараени неврологияда жуда зарур, чунки у беморни жисмоний мустақиллигини таъминлаб беради. Бемор билан ишлаганда, ҳамшира билан бемор орасида бири-бирига ишонч муносабатлари кузатилади, парваришлаш ҳақида тушунтириш ишларини олиб боради. Бемор билан алоқани боғлаб олиш жудаям муҳим, беморни эшитиш, уни уз сузларини охиригача гапиришни кўтиб ва уни нима безовта қилаётганини аниқлашдир.

Биринчи босқич ҳамшира жараенига қиради, тиббиёт ҳамширасининг текширув ўтказиши, паспорт қисми, шикоятлари, объектив текширув, ижтимоий

маълумотлар туплаш ва беморнинг рухий ҳолатини баҳолаш. Бу боскични ўтказиш беморнинг муаммо ва талабларини бузилиши ва уларни аниқлаш имконини беради. Бундан келиб чиқадики, эҳтиёж - бу бирор бир нарсани етишмовчилиги, муаммо эса -беморни уз-ўзига ёрдам бера олмайдиган вазият ҳисобланади.

Неврологик касалларда кўпинча куйидаги эҳтиёж бузилишлари кузатилади (Мас-лоу таснифбўйича): емок, ажратмок, ҳаракатланмок, тозаланмок, мулокот.

Иккинчи боскич бемор муаммоларини аниқлаш ёки ҳамшира даражасида ташхислаш, яъни бемор соғлиги ҳолатини ёзиш.

Ҳамшира ташхиси уз ичига беморни жисмоний, эмоционал-психологик, социал ва рухий ҳолатини уз ичига олади. Неврологик беморларга куйидаги типик ҳамшира ташхислари хос:

- умурткани турли бўлимларини шикастланиши билан боғлиқ оғриқлар. Ҳамшира фаолиятининг учта категорияси фарқланади: Карамлик (шифокор курсатмаларини унинг назорати остида бажариш) Мустакил (шифокор курсатмасисиз ҳамшира уз ташаббусига кура ҳаракат қилиши) Узаро карамлик (шифокор билан ҳамширанинг ва бошқа мутахассиснинг ўзаро ҳамкорликдаги фаолият) Бешинчи бокич - **ҳамширалик хизматини самарадорлигини баҳолаш.**

1. Режалаштирилган натижани эришилган натижа билан таккослаш.
2. Режалаштирилган хизматни самарадорлигини баҳолаш.
- 3.Агар кутилган натижаларга эришилмаган бўлса, келажакда баҳолаш ва режалаштириш.
4. Жараённинг барча боскичларини танкидий таҳлил қилиш ва керакли тузатишлар киритиш.

Ҳамширалик жараёнида ҳамшира, беморнинг узи ёки унинг кариндошлари катнашадилар.

Мисол: 43 ёшли беморда ноқулай ҳаракатдан сунг белда оғриқ унг оёққа тарқалиши билан пайдо бўлди. Бемор буйин-кукрак остеохондрози билан

стационарда даволанмоқда.

Объектив: бемор эгилиб туради, кимирламасликка ҳаракат қилади, умуртка кийшайган, бел умурткаси соҳасида кучли оғриқ, унғ орқа мушаклари таранглашган. Пульс 92 та /мин, ритмик, АҚБ 145/80, НОЧ 19 та/мин.

Масала:

1. Ҳамширалик ташҳисини куйинг.
2. Ташҳисга асосланиб ҳамширалик ёрдам мақсадини аниқланг
3. Ҳамширалик фаолияти режасини тузиш.
4. Ҳамширалик фаолияти самарадорлигини баҳоланг.

Жавоб:

1. Ҳамширалик ташҳиси: белда оғриқ туфайли ҳаракат чекланиши.
2. Мақсад (қиска муддатли) 20 минут ичида оғриқни йукотиш.
3. Ҳамширалик фаолиятини режалаштириш:
 - ҳамшира шифокорни чакиради
 - ҳамшира беморни ётишига ва тушакда қулай ҳолат танлашига ёрдамлашади
 - ҳамшира таблетка беради
 - ҳамшира шифокор курсатмасига биноан анальгинни 50%-2мл ва димедролни 1%-1 мл ли эритмасини тайёрлайди ва мушак орасига киритади
 - ҳамшира бемор аҳволини кузатиб боради.

Эслатма: мақсадга етишиш учун беморни тинчлантириш лозим. Аралашув ҳар пунктида беморларга муомалани тушунтириш ва розилигини олиш керак. 4. 20 минутдан сунг ҳамшира фаолиятини бажарганлигини баҳолаш: оғриқ камайди, бемор ҳаракатлана олади, беморга тахтали тушак ҳозирлаш керак.

IV.2. Неврологик беморларни парвариш қилишни асосий принциплари.

Неврологик беморларни даволаш самарадорлиги неврологик беморларни тугри парвариш қилишга кўп боғлиқдир.

Неврологик бўлимлар тинч, кўнгилга ёкадиган жихозлар билан таъминланган бўлиши керак. Бош оғриғи билан кечувчи касалликларда,

беморларга тинчлик ва сокинлик жуда муҳим ҳисобланади. Масалан: менингитларда шовкинни йукотиш ва ёругликни камайтириш лозим.

Бошқа касалликларда ҳам, масалан умуртка погонасида остеохондрозида беморга қандай ҳолатни қабул қилиш лозимлигини айтиб ҳам бемор аҳволини энгиллаштириш, оғриқларни камайтириш мумкин. Бел-думгаза радикулитида агар бемор соғ томонга ётиб, оёғини корнига яқинлаштириб ётса оғриқ камаяди. Тушак текис ва қаттиқ бўлиши учун ёғоч доскалардан матрац остига қуйиш жуда фойдалидир.

Тиббиёт ҳамшираси беморларни парвариш қилишни ташкиллаштириш ва таъминлашни билиши лозим. Айниқса уз- ўзига хизмат курсата олмайдиганлар, шол туфайли ёрдамга муҳтож, Нутқ, хуш бузилишлари, чанок бузилишлари бўлган беморларга муҳимдир.

Неврологик беморларни тула-туқис парвариш қилиш учун юқори даражадаги ҳамшира ва кичик ҳамшира (санитарка) керак. Беморни бир кунда бир неча марта остини ювиш лозим, чунки сийдик ва ахлатни бурмаларда ҳосил қилиб тупланиши мумкин.

IV.3. Ҳаракат бузилиши бўлган беморларни парвариш қилиш.

Ҳаракат бузилиши асаб тизими кўпчилик касалликларида аниқланади. Уларга марказий ва периферик шол, атаксия, паркинсонизм, гиперкинезлар, оғриқ туфайли ҳаракатни чекланиши киради. Бундай ҳолларда тиббиёт ҳамшираларининг вазифаларига киради:

1. Шифокор курсатмаларини бажариш (дори таркатиш, инъекциялар, ёток яраларига ишлов бериш, сийдик пуфагини катетерлаш, горчичниклар қуйиш ва ҳок).
2. Гигиеник тадбирларни ўтказиш (беморларни ювинтириш, чойшабларни алмаштириш, териға ишлов бериш ва ҳок.)
3. Беморларни овкатлантириш.
4. Санитар- оқартув тадбирлари.

Айниқса шол бўлган беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак.

Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, кокиб ва даврий зарарсизлантириш

керак, бел сохасига кленка ёки махсус кленка копламали матрац жойлаштирилади. Тушак чойшаблари айникса, ёток ярага карши матрацлар ишлатилганда пахта-коғозсимон бўлиши керак. Тушак ва курпа чойшаблари эҳтиёжга караб аммо ҳафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сунг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш қилишда ҳамшираларни мустакил фаолиятига ёток яра профилактикаси киради.

IV.4. Ёток яралар профилактикаси.

Ёток яра профилактикасида ёток ярани кўп учрайдиган жойларда (думгаза ва думба, сон орқа сохаси, товон) аҳамият берган ҳолда, беморни ҳар чойшабини тугрилаган пайтда бемор танасига караб туриш лозим.

Хаар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар куйиш лозим. Тери ҳар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади ва камфора спирти, одеколон, арок ёки ошхона уксуси билан артилади. Терига ишлов бергандан сунг куритилади.

IV.5. Зотилжам профилактикаси.

Ёток беморларни ёнбошга ағдариб туриш зотилжам профилактикасида ҳам муҳим урин тўтади. Карама - карши курсатма бўлмаган ҳолатда беморларга ётоқда ярим -ўтиришни маслаҳат берилади. Тананинг юқори қисмини кўтарилиши нафас олишнинг яхшиланишига ҳамда нафас олиш ва чиқаришнинг чуқурлашувига олиб келади. Шу мақсадда орқани укалаш, горчичник, банка куйиш ҳам муҳим урин тўтади. Шунингдек хонанинг ҳароратини текшириб туриш, беморни совкатишини олдини олиш ҳамда режали равишда хонани кварцлаш ва шамоллатиш лозим.

IV.6. Қонтрактура профилактикаси.

Фалажликнинг 4,5-кунлардан бошлаб мушакларда атрофик жараёнлар, ҳамда бўғимларда қонтрактуралар ривожланади. Фалаж бўлган сохадаги қонтрактурани олдини олиш мақсадида шу соханинг ҳар бир сигментини укалаш ва шу сохада пассив ҳаракатни юзага келтирмोक лозим. Бу даволовчи машғулоти 5-10 дақиқа мобайнида бир неча бор кунига , 1-2 соат оралаб ўтказиш зарур. Даволовчи машғулоти ва укалашни беморнинг яқинларига

ургатиш мумкин. Карама - карши томондаги контрактуралар учун даволовчи машгулотдан сунги танаффусларда фалаж сохага махсус ҳолат берилади. Куллар узоклаштирилган, супинация ҳолатида фиксацияланади. Оёқлар тугриланади, оёқнинг тагига таянч куйилади, тизза бўғими тагига болиш куйилади. Тизза ва товон тугри бурчак асосида бўлиши керак.

IV.7. Умумий гигиеник чора-тадбирлар.

Бемор шахсий гигиенага риоя қилиши учун кунига камида икки марта ювиниб, чумилиб туриши лозим, кулларини тез-тез ювиши керак. Оғиз бушлигини тоза тутиши лозим. Беморларни тишини тозалашга ёрдам бериш керак, оғир беморларда милкини артиш, тишларини докали тампон (бор кислотаси ёки сода) билан обработка қилиш зарур. Куздан ажралган, киприкларга ёпишиб қолган ажралмаларни илик антисептик эритма ёрдамида намланган тампон билан артилади.

Ундан ташқари бурун, кулоқ, соч., сокол ва тирноқларни ҳам шундай парваришlash лозим.

IV.8. Беморларни овқатлантириш.

Беморларни парвариш қилишда озиклантириш муҳим уринни эгаллайди. Нерв касалликларида ютиш актининг бузилиши ҳам кузатилади. Агар ютиш акти кийинлашган бўлса, у ҳолда индивидуал қонсистенцияга эга бўлган овқат танланади. Масалан аксарият беморлар қаттиқ ёки суюқ овқатларни истеъмол қила олмайдилар, аммо буткасимон овқатларни истеъмол қиладилар. Беморларни илик, ширин овқат билан эҳтиёткорлик ҳамда шошилмасдан овқатлантириш лозим. Агар ютиш тўлиқ бузилганида ёки бемор хушсиз бўлса унда озиклантириш назогастрал зонд орқали амалга оширилади. Шифокор стерил глицерин суртилган зондни тахминан 50см белгисигача юборади. Иутал тутиши, нафаснинг кийинлашуви, цианоз бор-йуклигини шифокор кузатиб турди. Овқатлантиришдан олдин 100мл суюқлик юборилади, ўтказувчанликни аниқлаш мақсадида, сунгра асосий озика юборилади.

IV.9. Чақон органлар фаолиятини кузатиш.

Бош ва орқа мия шикастланишларида тос аъзоларининг фаолияти бузилиши

кузатилиши мумкин. Хавфли томони шундаки, бу ҳолатда пешоб ва нажаснинг туриб қолиши кузатилади, бу қўшимча организмнинг захарланишига олиб келади. Пешобнинг туриб қолишида кунига икки маҳал (эрталаб ва кечкурун) сийдик копини стерил, глицерин ёки вазелин суртилган катетер билан катетерлаш ўтказилади.

Сийдик копи пешобдан бушаганидан сунг, сийдик копини антисептик эритма билан ювилади. Агар чин сийдик ушолмаслик ҳолати кузатилса ҳамда сийдик копида яллиғланиш жараёни юзага келса, бу ҳолатда ҳам сийдик копи антисептик эритма билан ювилади ва хар катетер куйганда сийдик каналини шикастламаслик учун 5-6 кунга катетер куйилади.

Шунингдек тос аъзолари фаолияти бузилишида дефекация бўлмаслиги кузатилади. Бундай беморларга кун оралаб 1 -2л сув ёки гипертоник эритма билан тозаловчи хукна қилинади. Беморнинг холсизлик даражасига караб усимлик махсулотлари ва зигир ёки вазелин мойи 2ст. л берилади.

Пешоб ушолмаслик ҳолатларида аёлларга памперс, эркакларга ташқи сийдик кабўл килгич маслахат берилади. Пешоб ва нажас ушлай олмаслик ҳолатида катталар учун антифекал барьерли, шимиб олувчи таглик тутиш маслахат берилади. Памперсни алмаштиришда албатта гигиена коидасига риоя килган ҳолатда, ифлос бўлган сохалар суюк совун ва сув билан ювилади.

IV.10. Талаффузи бузилган беморларни парвариш қилиш.

Сузлашув мулокоти бузилган беморларни парвариш қилиш катта сабр ва аниқликни талаб қилади. Бу ҳолатда сузлашувни йукотган бўлишига карамай беморларда маълум даражада хуши ва кизикиши сақланган бўлади. Бу ҳолатда ҳамширанинг вазифаси бемор билан мимика, имо-ишора, ёзма (агар ёза олса) равишда мулокотга киришишдир. Мотор афазия ҳолатида ҳамшира беморга (ха ёки йук) деб жавоб берувчи саволлар беради.

Агар бемор ҳамширанинг гапига тушунмаса у холда ҳамшира тушунтириш. максадида имо-ишорадан фойдаланади; *Масалан:* беморнинг кулини кўтариб шу билан бирга «кулингизни кўтаринг» дейди.

Сузлашув мулокоти бузилган беморларни парвариш қилишда беморларга

тугри талаффуз қилишини назорат қилиш лозим.

IV.11. Люмбал пункция ўтказиш учун беморларни тайёрлаш.

Орқа мия субарахноидал бўшлиғи пункцияси беморни ўнг ён бошига ётқизиб, боши олдинга эгилади, оёқлари эса чаноқ-сон ва тизза бўғимларидан букилиб, сонларини қоринга тегизиб қўйилади. Игнани умуртқа поғонасининг III ва IV бел умуртқалари оралиғида санчилади. Цереброспинал суюқликни 4 хил усулда: орқа мия субарахноидал бўшлиғини, катта цистерна, бош мия қоринчалари ва кичкина болаларда лиқилдоқни пункция қилиш йўли билан олинади.

Цереброспинал суюқлиги нормал ҳолатда рангсиз ва тиниқдир, босими 100-160 мм сув устунининг босимига тенгдир, игнадан бир минутда 50-60 томчи суюқлик оқади. Болаларда унинг босими катталарга нисбатан 30-50 мм кам бўлади. Нормал цереброспинал суюқлигида 1 мл хажмида 5-6 донагача лимфоцитлар учрайди, болаларда эса 14-15 донагача. Нормал ҳолатда оксил моддаси (альбумин, глобўлин) – 0,15-0,3 г/л ни ташкил қилади, қанд 0.45-0.65 г/л бўлиб, қондаги қанд миқдоридан икки марта кам бўлади.

V –Бўлим. Адабиётлар рўйхати :

1. Аверьянов Ю.Н., Зенков Л.Р., Торопина Г.Г. Синдром беспокойных ног и движущихся пальцев стопы. Клинико-нейрофизиологический анализ // Ж. невропатол. и психиатр. - 1993. - Т. 93. - С. 57-59.
2. Александрова Н.Ш. Детские афазии и синдром Ландау-Клеффнера в свете пластичности мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2004. - Т. 104. - №6. - С. 54-58.
3. Асадуллаев М.М., Сысуев О.М., Муратов Ф.Х. Изменение регионарного мозгового кровотока при церебральных лептоменингитах с судорожным синдромом и применение препарата кавинтон в комплексном их лечении// Значение кавинтона в лечении психических и неврологических расстройств при нарушении мозгового кровообращения: Материалы науч. конкурса. - М., 1998.-№ 32.-С.14.
4. Асадуллаев М.М., Сысуев О.М., Рахимбаева Г.С. Некоторые клинико-биохимические особенности развития судорожного синдрома у больных церебральным лептоменингитом//Истъедод.-1998.-№8.-С.31-34.
5. Асадуллаев М.М., Сысуев О.М., Рахимбаева Г.С. Новые особенности фармакологического действия противосудорожного препарата депакина //Бюл.ассоц. врачей Узбекистана.-1999.-№ 2.-С.65-67.
6. Бадалян Л.О., Темин П.А., Никанорова М.Ю. Медикаментозное лечение эпилепсии// Клин. мед.- 1990. - №11.-С.10-15.
7. Берснев В.П., Хачатрян В.А., Земская А.Г., Яцук С.Л.и др. Расширенная лобэктомия и гемисферэктомия в лечении фармакорезистентных форм эпилепсии у детей и подростков //I Всероссийская конференция по детской нейрохирургии: Тезисы докладов.-М.,18-20 июня 2003.-С.171-172

8. Бехтерева Н.П., Можаяв С.В., Аничков А.Д. и др. Диагностика и хирургическое лечение височной эпилепсии //II Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда.-Н.Новгород,1998.-С.200.
9. Болдырев А.И., Сигидиненко Л.В. Лечение больных с психомоторными приступами, резистентными к обычной противосудорожной терапии //Журн. невропатол. и психиатр.-1990.-Т.90, вып.6.-С.60-61.
10. Бурцев В.М., Трошин В.Д., Трошин О.В. Основы неврологии: Рук-во в 3 т.- Нижний Новгород: Издательство НГУ, 1998.-560 с.
11. Вейн А.М., Мосолов С.Н. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике. - СПб., 1994.- 336 с.
12. Верещагин Н.В. Мозговое кровообращение. Современные методы исследования в клинической неврологии.- М.: Медицина, 1993.-345 с.
- 13.Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Инсульт: оценка проблемы. // Неврологический журнал.- 1999.-№5.-С.4-7.
- 14.Виберс Д.О., Фейгин В., Браун Р.Д. Инсульт. Клиническое руководство / Пер. с англ. Фейгин В.-М.: «Издательство БИНОМ»; СПб.: «Издательство «Диалект», 2005.-608с.
- 15.Виленский Б.С. 6-я Международная конференция по проблеме инсульта и 3-я Конференция Средиземноморской ассоциации по изучению инсульта (Монако, 12-15 марта 2003г.) // Неврологический журнал.- 2003.-№5, Т.8.-С.61-63.
- 16.Виленский Б.С. Антикоагулянты в лечении и профилактике церебральных ишемий.- Л.:1976.
- 17.Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение.- СПб.,1999.-336с.
- 18.Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии. –СПб.; ФОЛИАНТ. 2004. 510 с.

- 19.Воробьева О.В., Кудрявцева Е.П. Роль париетального тета-ритма при терапии карбамазепином эпилепсии у детей // Журнал неврологии и психиатрии. - 2001. - Т. 101. - С. 61-65.
- 20.Воронкова К.В., Пылаева О.В., Левадная А.В. и др. Эволюция эпилепсии: причины и следствия // Вестник эпилептологии. - 2004. - №2. - С. 11-14.
- 21.Виничук С.М., Черенько Т.М. Ишемический инсульт: эволюция взглядов на стратегию лечения.- К.,2003.-120с.
- 22.Гафуров Б.Г. Современные принципы лечения острого мозгового инсульта // Журн. Неврология.- №3-4.- 2008.- С.50-52.
- 23.Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А., Ходжаева Н. Клинико-физиологическая оценка эффективности церебролизина при ишемическом мозговом инсульте. // Журн. Неврология.- №3-4.- 2008.- С.52-54.
- 24.Гафуров Б.Г., Захидов А.Я., Арифджанов Ш.Х., Мубораков Ш.Р. Эффективность Цераксона в остром периоде ишемического инсульта. // Журн. Неврология.- №3-4.- 2008.- С.54-56.
- 25.Гольдина О.А., Горбачевский Ю.В. Гемодилюционная терапия с использованием плазмозаменяющих растворов гидроксипропанкарбоксилатного крохмала при нарушении микроциркуляции // Вестн. интенсив. тер.- 1998.-№3.-С.25-32.
- 26.Гомазков О.А. Апоптоз нейрональных структур и роль нейротрофических ростовых факторов. Биохимические механизмы эффективности пептидных препаратов мозга // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2002.- Вып.7.-С.17-21. (Инсульт: приложение к журн.)
- 27.Горн М., Хейтц У., Сверинген П. Вводно-электролитный и кислотно-основной баланс.- СПб.: Невский диалект, 2000.-С.48-49.
- 28.Гринберг Д.А., Аминофф М., Саймон Р.П. Клиническая неврология / Пер. с англ.. О.С. Левина.-М.: МЕДпресс-информ, 2004.-520с.
- 29.Грицай Н.Н., Мищенко В.П. Проблемы гемостаза в неврологии. – К.: Здоров'я – 2000. – 155 с.

30. Гариб Ф.Ю., Шамсиев А.М., Елисеева М.Р. Иммунозависимые болезни.- Ташкент, 1995.- 72 с.
31. Герасимова М.М. Нервные болезни. - Тверь, 2000.- 507 с.
32. Громов С.А., Смирнов Д.П., Хоршев С.К. Совершенствование фармакотерапии эпилепсии с различной степенью резистентности к лекарственному лечению//Журн. невропатол. и психиатр.-1998.-Т.3, №2.-С.25-30.
33. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия. М.: Медицина, 2000.- 656 с.
34. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно и Д.Р. Штульман.- М.,2001.-Т.1.-С.231-303.
35. Дарий В.И. Изменение нейроспецифичных белков у больных с интрацеребрально осложненным мозговым ишемическим инсультом // Запорожский медицинский журнал. – 2001.- № 5-6.- С.33-35.
36. Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей. Под редакцией В.П. Зыкова. –М.; “Триада-Х”. 2006. 255 с.
37. Деев А.С., Захарушкина И.В. Причинные факторы, течение и исходы геморрагического инсульта в молодом возрасте // Неврологический журнал.-2001.-№5.-С.14-18.
38. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 2. / Пер. с англ. С.Е. Бащинский.- М.: Медиа Сфера, 2003.-Ч.1.- С.190-208.
39. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. / Пер. с англ. С.Е. Бащинский.- М.: Медиа Сфера, 2004.-С.33-40.
40. Дополнение к клиническим рекомендациям по лечению преходящих нарушений мозгового кровообращения, разработанным советом по проблеме инсульта американской кардиологической ассоциации // Медунар. журн. мед. практики.-2000.-№8.-С.45-57.

- 41.Дзяк Л.А., Голик В.А., Рожкова И.В.. Опыт использования танакана в лечении церебральных ишемий, обусловленных патологией магистральных артерий головы в послеоперационном периоде//Танакан: Материалы науч.-практ. симп.–Киев, 1997. –С. 5–6.
42. Жирмунская Е.А. Клиническая электроэнцефалография. - М., 1991.-77 с.
- 43.Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Системы описания и классификации энцефалограмм человека. - М.: Наука, 1984.-19 с.
- 44.Жулев Н.М., Пустозеров В.Г., Жулев С.Н. Цереброваскулярные заболевания. Профилактика и лечение инсультов.- СПб.: Невский Диалект, 2002.- 384 с.
- 45.Завгородний В.Л., Наливайко Ю.Т., Мамчур С.Ю. Алгоритмы интенсивной терапии при заболеваниях и травмах головного мозга / Под ред. Шлапака И.П.-Луганск.: 2002,-143с.
- 46.Захаров В.В. 7-я Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал.-1998.-№6.-С.62-63.
- 47.Изучение механизмов нейропротективного действия семакса в остром периоде ишемического инсульта / Мясоедов Н.В., Скворцова В.И., Насонов Е.Л. и др. // Журн неврол и психиат 1999.-№ 5.-С:15-19.
48. Инсульт: Практ. руководство для ведения больных / Ч.П.Ворлоу, М.С.Деннис, Ж. ван Гейн и др.; Пер. с англ. А.В. Борисова и др.; Под ред. А.А.Скормца, А.В. Сорокоумова.-СПб.: Политехника, 1998,-629с.
49. Использование метода RR-кардиоинтервалометрии для прогнозирования течения и исхода заболевания у пациентов в остром периоде ишемического инсульта / Музавская Н.И., Балунов О.А., Прокофьева А.А., Прохорова А.В. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2002.- Вып.7.-С.54-58. (Инсульт: приложение к журн.)
- 50.Карпуничев О.Б., Поляков Л.Ю., Попов В.В. Опыт применения 6% инфузионного коллоидного раствора на основе гидроксиэтилированного

- крахмала Инфлукол ГЭК (UES200/0,5) в комплексной терапии больных ишемическим церебральным инсультом в остром периоде// Вестн. интенсив. тер.-1999.-№1.-С.53-54.
- 51.Касте М. Как улучшить качество медицинской помощи больным с инсультом в общенациональном масштабе? Опыт Финляндии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2003.- Вып.9.-С.65-71. (Инсульт: приложение к журн.)
- 52.Кюбшина О.В., Талибов О.Б., Верткин А.Л. Алгоритм диагностики и лечения инсульта на догоспитальном этапе // Журн. Consillium medicum.- 2004.-№8, Т6.-С.10-12-30.
53. Карлов В.А. Терапия нервных болезней.- М.,1996.-276 с.
54. Карлов В.А. Неврология: Руководство для врачей.- М.1999,- 634 с.
55. Квитницкий-Рыжов Ю.Н., Матвиенко А.В. Современные представления о нейроглии головного мозга и ее реакциях на воздействие химических факторов (обзор)//Журн. невропатол. и психиатр.-1991.- Т.91, вып.3.- С.107-114.
- 56.Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп.// гл. ред. Т.Б.Дмитриева - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. - ISBN 5-88816-010-5.Pocket Handbook of Clinical Psychiatry//Harold 1. Kaplan, Benjamin J. Sadock//Baltimore, Williams & Wilkins. - ISBN 0-683-04583-0
57. Левицкий Д.О. Кальций и биологические мембраны. - М.: Медицина, 1990.-105 с.
- 58.Малахов В.А., Кочуева Е.В. Сравнительная эффективность винпоцетина и танакана при монотерапии больных с начальными формами сосудистых заболеваний головного мозга //Фармакологічний вісник (Киев). – 1997. грудень –С.50–52.
- 59.Мельничук П.В., Зенков Л.Р., Морозов А.А., Коган Э.И., Аверьянов Ю.Н. Нейрофизиологические механизмы афазии при эпилепсии // Журнал невр. и психиатрии им. С.С. Корсакова - 1990. - Т. 90. - С. 34-40.

60. Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы и мозга в практике врача военного госпиталя: Учебное пособие.- СПб., 1994.- 75 с.
61. Мухин К.Ю., Петрухин АС, Глухова Л.Ю. Эпилепсия. Атлас электроэнцефалографической диагностики. - М. Альварес Паблишинг. - 2004.
62. Мухин К.Ю., Холин А.А., Петрухин А.С. и др. Электrokлиническая характеристика синдрома Ландау-Клеффнера // Журнал неврол. психиатр. - 2004. - Т. 104. - В. 10 - С. 48-56
63. Нурмухаметов Р. Неотложная помощь при инсульте // Рус. мед. журн.- 1999.-Т.7, №9.-С.441-443.
64. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Общая неврология. –М.; “Геотар–Медиа”. 2007. 718 с.
65. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Частная неврология. –М.; “Геотар–Медиа”. 2007. 767 с.
66. Парфенов В.А. Лечение и профилактика ишемического инсульта. // Consillium medicum.-2002.-Т.4, №2.-С.11-15.
67. Парфенов В.А., Вахнина Н.В. Артериальная гипотензивная терапия при ишемическом инсульте. // Неврол. журн. 2001.- №4.- С.19-22.
68. Патогенетические аспекты кардиогенных ишемических инсультов / Суслина З.А., Танащян М.М., Фонякин А.В. и соавт. // Клиническая медицина.-2001, №5, с.15-19
69. Пирлик Г.П., Гнездицкий В.В., Коптелов Ю.М. и др. Неоднородность локальных изменений ЭЭГ у больных с инсультом полушарной локализации // Журн. невропатолог. и психиатр. - 2001.- Т.101, №2.- С.27-34.
70. Полищук Н., Трещинский А. Интенсивная терапия при остром ишемическом инсульте. //Doctor.-2003.-№3, С 20-23.
71. Практическая неврология: неотложные состояния / Под ред. И.С.Зозули.- К.: Здоров’я,1997.-214 с.

72. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). //Метод. рекомендации под ред. Н.В. Верещагина.-М.,2000.-28 с.
73. Профилактика инсульта с позиций доказательной медицины: ABC / Яворская В.А., Фломин Ю.В., Диолог Н.В., Гребенюк А.В. // Український медичний часопис.-2004.-№4 (42).-С.49-59.
74. Обухова А.В. Синдром беспокойных ног // Русский медицинский журнал. «Болезнь Паркинсона». - 2001. - С. 16-19.
75. Применение танакана в неврологической практике / А.В. Астапенко, И.П. Антонов, В.Б. Шалькевич, Г.И. Овсянкина//Мед. новости (Минск). -1999. -№ 1-2. -С.32-33.
76. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология. -М.; “МЕДпресс-информ”. 2004. 803 с.
77. Танакан в лечении начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга: эффективность, переносимость и отдаленные результаты/С.Л. Тимербаева, З.А. Суслина, Э.А. Бодарева, П.А. Федин //Журн. невропатол. и психиатр.- 1999. -№ 3.- С.54-61.
78. Терапевтический справочник Вашингтонского университета: Пер. с англ.; Под ред. М. Вудли, А.Уэлан.- М.: Практика, 1995.-832 с.
79. Ходос Х.Г. Нервные болезни.- М., МИА, 1999.-510 с.
80. Чухрова В.А. Клиническая электроэнцефалография: пособие для врачей.- М., 1990.-70 с.
81. Шмидт Е.В. Арахноидит: Справочник по невропатологии. - М., 1981.- С.81-86.
82. Якименко В.П., Шевченко П.П. Современные методы ведения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Современ. Пробл. Неврол., нейрохирургии и погран. Психиатрии: Сб.науч. тр.- Ставрополь, 1998.-Т.1.-С.68-73.

- 83.Якубова М.М. Церебральные осложнения при инсульте // Журн. Неврология, 2008.-№3-4.- С.90.
- 84.Яхно Н.Н., Валеркова В.А. О состоянии медицинской помощи больным с нарушением мозгового кровообращения //Неврологический журнал.- 1999.-№4.-С.44-45.
- 85.Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В. Болезни нервной системы: Рук-во для врачей. - М., 1995.-Т.2.-С.280-314.