

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР, ФТИЗИАТРИЯ ВА ТЕРИ –ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ
КАФЕДРАСИ**

УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА

МЕНИНГИТ ВА МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ БИЛАН КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАШХИСОТИ

Билим соҳаси: 500000-Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси 510000-Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналишлари : 5510100 –Даволаш иши

5111000-Касбий таълим (Даволаш иши)

Бухоро 2014 йил

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР, ФТИЗИАТРИЯ ВА ТЕРИ –ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ
КАФЕДРАСИ**

“ Т А С Д И Қ Л А Й М А Н “

Бухоро давлат тиббиёт институт

ректори _____Т.А.Аскаров

“ _____ ” _____ 2014 йил

**МЕНИНГИТ ВА МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ БИЛАН
КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ
ТАШХИСОТИ**

Билим соҳаси: 500000-Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси 510000-Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналишлари : 5510100 –Даволаш иши

5111000-Касбий таълим (Даволаш иши)

Тузувчилар : Худойдодова С.Г.- Юкумли касалликлари,фтизиатрия ва
тери-таносил касалликлари катта ўқитувчиси,т.ф.н

Такризчилар: Наврўзова Ш.И-Болалар касалликлари ва неонатология
кафедраси мудири,т.ф.д
Ходжаева Д.Т- нерв касалликлари,психиатрия ва наркология
кафедраси мудири,т.ф.н.

Услубий қўлланма Институт Марказий услубий комиссиясининг “ ” сон мажлиси йиғилишида
қўриб чиқилди, баённома №

МУК раиси : С.Ш. Олимов

Институт илмий кенгашининг “ ” сон йиғилишида қўриб чиқилди баённома №

Илмий кенгаш котиби : Муаззамов Б.Б

Кириш

Ўзбекистон Республикасида юқумли касалликларини камайитириш бўйича эришилган муваффақиятларга қарамасдан, юқумли патология билан боғлиқ билимлар бирламчи даражали аҳамиятга эга. Ҳаво-томчи йўли орқали юқадиган касалликлар юқумли касалликлар орасида кўпроқ учрайди. Ҳаво-томчи йўли орқали юқувчи инфекциялар ҳам шифокорнинг ўзининг ҳаёти, ҳам касаллик эпидемиясини пайдо бўлиши ва тарқалиши учун юқори хавфга эга, уларнинг қаторига ЎХИ, менингококк инфекцияси, грипп ва бошқа юқумли касалликлар киради. Республикамиз ҳудудида учрайдиган ва ташкаридан кириб келадиган юқумли касалликларни соғлиқни сақлаш муассаларининг қуйи босқичларида сифатли клиник ва лаборатория ташхисот ўтказиш зарур. Самарали даволашларини ўргатиш, шошилиш ҳолатларда касалхонагача бўлган ёрдам чораларини кўрсатиш, касалликни олдини олиш кўникмаларига эга бўлиши керак. Юқумли касалликлар реконвалесцентларини диспансер назоратига олиш ва реабилитация қилиш.

Талабалар билиши керак :

- беморнинг шикоят, эпидемиологик анамнези ва касаллик анамнезини тўплаш, беморни аъзолари ва системалари бўйича клиник текшириш, бирламчи ташхисни асослаш учун зарур бўлган анамнестик ва клиник белгиларни аниқлаш ва уларнинг етакчиларини ажратиш, лаборатор ва инструментал текширувлар режасини тузиш, синдромал қиёсий ташхисот ўтказиш, лаборатор текширувлар натижаларини таҳлил қилиш, клиник ташхисни асослаш ва шакллантириш, даволашнинг режа ва тартибини аниқлаш, реконвалесцентларни диспансер кузатиш ва уларни ишга чиқариш муддатини аниқлаш учун шифокор экспертизасини ўтказиш, ўчоқда бирламчи профилактик чора-тадбирларни ташкиллаштириш (специфик ва носпецифик) усулларини *билиши керак*.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги

юқумли касалликлар фани клиник фан ҳисобланиб, тиббий-биологик фанлар (биология, генетика, одам анатомияси, физиология, микробиология, биохимия, фармакология) ва клиник фанлар (ички касалликлар пропедевтикаси, онкология, жарроҳлик, ички касалликлар) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг юқумли касалликлар фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфорацион-педагогик технологияларни тадбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, таркатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда видео тизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишда илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Мазкур услубий қўлланма умумий амалиёт шифокори иш фаолтиятида учрайдиган менингит ва менингоэнцефалит синдромини эрта ва қиёсий ташхисот ўтказиш муаммосига бағишланган. Услубий қўлланма менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечадиган касалликларни эрта ва қиёсий ташхисот ўтказиб, юқумли касалликлар аниқланганда сифатли клиник ва лаборатория ташхисот ўтказиш зарур, шошилиш ҳолатларда касалхонагача бўлган ёрдам чораларини кўрсатиш, профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни белгилаш. Юқумли касалликлар реконвалесцентларини диспансер назоратига олиш ва реабилитация қилиш.

Менингит ва менингоэнцефалит синдром билан кечган беморларда амалий кўникмалар қадамба-қадам босқичлари тўлиқ ёритилган.

Ушбу услубий қўлланмада мавзунинг технологик модел ва карталари асосида режалаштириб, мавзунинг мақсади ва вазифалари, мавзуда фойдаланилган замонавий педагогик усуллар ва талабаларга берилган кенг миқёсида матнлар слайдлар билан ва талабаларнинг шу мавзуга тегишли мустақил ишлари ва уларнинг билимини рейтингини мезонлари билан ёритилган.

-Мавзу номи “Менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхисоти.”

-Машиғулот ўтказиш жойи: (кафедра, аудитория, лаборатория, касалхона, ДСЭН муасасалари, АРМ ва ҳ.к.).

- Машиғулотнинг жиҳозланиши: (кўргазмали куроллар, беморлар, тарқатма материаллар, амалий кўникмалар жиҳозлари, лаборатория жиҳозлари, техник воситалар, мавзуга оид мультимедиялар, касаллик тарихлари. Клиник ва биокимёвий лаборатория материаллари – беморлардан олинган материаллар ва ҳ.к.)

- Машиғулотнинг давомийлиги: 3 академик соат (Мустақил иши учун)

- Машиғулотнинг мақсади:- мия ва унинг пардалари яллиғланиши ва зарарланиши асосида касалликларни тушунтириш, қиёслаш.

- менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи касалликлар хусусияти билан таништириш

- касалликларнинг клиник ва лаборатория ўзгаришлар хусусияти асосида тушунтириш.
- менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи касалликларни қиёсий ташхисот ўтказиб, беморларни мутахассисларга тўғри йўналтиришни ўргатиш,
- беморларни текшириш босқичларини ва усулларини ўргатиш.
- беморларни кўриқдан ўтказаётганда деонтология қоидаларига амал қилишни ўргатиш.

-Вазифалар: Менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан беморнинг касаллик тарихи йиғиш жараёнида ташхис учун керакли маълумотларни ажратиш. Бемор шикоятларига эътибор бериш, касаллик тарихи йиғилганда олинган маълумотлар, эпидемиологик анамнез маълумотларини аниқлаш.

Беморни кўриқдан ўтказаётганда касалликка хос белгиларни аниқлаб билиш.

Лаборатория текширув маълумотларини таҳлили қилишини ўргатиш. Клиник кечими бўйича ўхшаш касалликлар билан таққослаш. Клиник ташхисни асослаб, мутахассисга йўллантира олиш, профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни ўргатиш.

-Талаба билиши лозим: Менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан беморнинг кўриқдан ўтказаётганда касалликка хос белгиларни аниқлаб билиш. Лаборатория текширув маълумотларини таҳлили қилиш, клиник кечими бўйича ўхшаш касалликлар билан таққослаш. Беморларни куриқдан утказиш, касаллик кечим огирлигини тугри баҳолаш.

Клиник ташхисни асослаб, мутахассисга йўллантира олиш, профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни ўтказишни билиши лозим.

Талаба бажара олиш лозим: Менингиал белгилар, патологик рефлекслар аниқлаш, шошилиш ҳолатларода бирламчи шифокор ёрдамида кўрсата олиш. Ҳалқумдан ва бурундандан суртма олиш ва уни таҳлил қилиш. Орқа мия пункцияси ўтказиш тартиби. Клиник, серологик азмойишларни таҳлил қила билиш. Менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи касалликлар ташхисот алгоритмини тузиш.

-Мотивация: Менингит ва менингоэнцефалит билан кечувчи касалликлар амалиёт врачлари фаолиятида муҳим урин тутди, чунки менингит ва менингоэнцефалит мустақил касаллик сифатида ҳам, ёки бирор бир касалликнинг белгиси бўлиб ҳам кўп учрайди. Амалиёт шуни

курсатадики, менингит ва менингоэнцефалит айниқса болалар уртасида касаллик кўпроқ учрайди ва тез тарқалишга мойил, оғир асоратларга ва ногиронликларга олиб келиши мумкин. Шунинг сабабли менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхисот ўтказиб, клиник асосланган ҳолда эрта ташхисни қўйиш зарур. Ўз вақтида керакли тадбирларни ўтказиб, даво чораларини белгилаш мақсадга мувофиқдир.

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: Менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи касалликларни ўрганиш учун қуйидагиларни билишлари шарт:

Физиология ва патофизиология фанидан: бош мия, орқа мия, мия пардалари функциялари, уларнинг яллиғланиш белгиловчи асосий патологик синдромлар моҳиятини тушунтира билиш.

Ички касалликлар пропедевтикасидан беморни амалий текшириб қўриш усулларини: менингиал белгилар, физиологик ва патологик рефлексларни текшириш, лаборатория кўрсаткичларига асосланиб, нерв тизимини фаолиятининг бузилиш даражасини аниқлаш.

ЛОР касалликлар фанидан ҳаво-томчи йўли орқали юқадиган юқумли касалликларда ҳалқум-бурун яллиғланиш белгилари ва уларни бошқа касалликлардан қиёслашни билиш.

Онкология фанидан бош мия ва орқа мия ўсма касалликлари натижасида келиб чиқадиган менингиал синдромларнинг патогномоник белгиларини билиш.

Эпидемиология фанидан менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи юқумли касалликлар (менингококкли инфекция ва бошқа нейроинфекциялар) да эпидемиологик жараён кўринишини аниқлай билиш.

Болалар касалликлари фанидан асосан ҳаво-томчи ва нейроинфекциялар болаларда учрайдиганлиги сабабли менингит ва менингоэнцефалит синдроми болаларда кечиш хусусиятларини билиш.

Назарий қисм

Менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи касалликларни эрта ва қиёсий ташхисоти.

Синдромал ёки этиологик ташхисотланмаган менингит диагнози қуйидаги клинικο-патогенетик синдромлар асосида қўйилади: менингиал, инфекцион касаллик синдромлари, орқа мия суюқлигини ўзгариши. Менингиал синдром ўз ичига умумий мия ва хусусий менингиал симптомларни олади. Умумий мия симптомлари қуйидагилар: интенсив қаттиқ бош оғриғи, қусиш кўпинча кўнгил айнишисиз, беморга енгиллик келтирмайдиган. Оғир кечишида – психомотор қўзғалиш, алаҳсираш, галлюцинация, тутқаноқ, ҳолсизлик, эс-хушнинг бузилиши (сопор, кома) билан даврий алмашилиб туради. Хусусий менингиал симптомлар 4 та гуруҳга бўлинади.

1- гуруҳ сезги аъзоларини таъсирлаганда умумий гиперестезия кузатилади. Бунда ёруғлик таъсир этганда қўрқиш, товуш билан таъсир этганда эса гиперкузия, тактил сезгисининг юқори бўлиши.

2- гуруҳдаги менингиал симптомларда мускулларни тоник зўриқиши кузатилади. Бунда қуйидагилар кузатилади: энса мускулларининг ригидлиги, Кернинг симптоми, Брудзинский юқори, ўрта ва пастки симптомлар. Орқа узун мускулларининг ригидлиги – беморнинг орқага қараб букилиши ва олдинга эга олмасликка олиб келади. Менингитнинг оғир кечишида беморнинг ҳолати қуйидагича бўлади: боши орқага ташланган, тананинг максимал орқага букилиши, оёқлари қоринга қараб тортилиши, қориннинг ичкарига тортилиши янги туғилган ва эмизикли болаларда Лесаж симптомининг мусбат бўлиши. Бунда болани қўлтиқ остидан кўтарганда оёқларини букиб, қорнига тортилиши ва узок давом этувчи фиксация билан. Бундан ташқари катта лиқилдоқнинг таранглашуви ва бўртиб чиқиши, мия ичи гипертензиясидан далолат беради.

Менингиал симптомлар юзага келганда мушакларнинг тоник таранглашувини, ёлғондакам энса мушаклари ригидлигидан фарқлаш керак. Бундай ҳолатлардаги симптомларни асослаш учун, бошни аста-секинлик билан олдинга эгиш врач томонидан куч ишлатилмасдан, энса мушаклари ригидлиги кузатилмайди. Улар асосан бошини тез ва интенсив эгганда оғриқ реакциясининг кузатилиши.

3- гуруҳ менингиал симптомларни реактив оғриқли феноменлари: кўз олмасини босганда оғриқ бўлиши, 3 шохли нерв ва катта энса нервларининг чиқиш жойида (Керер нуқтаси) оғриқ, ташқи эшитув йўлининг олдинги деворида босганда оғриқ. Ёноқ равоқларини (Бехтерев симптоми) ва кала суягини (Пўлатов симптоми) перкуссия қилганда бош оғриғининг кучайиши кузатилади.

4- гуруҳ менингиал симптомларига қорин, периостал, пай рефлексларидаги ўзгаришларни кўриш мумкин. Бошида уларнинг кучайиши кузатилади, кейинчалик пасаяди.

Менингитда кўпинча энцефалит, миелит белгиларини ташхисоти ва уларни баҳолаш невропатолог ёрдами билан амалга оширилади.

Менингитда кўпинча клиник патогенетик синдром ва симптомлар инфекцион касалликлар учун характерли: умумий интоксикация, иситма, экзантема, энантема, лимфаденопатия, жигар ва талоқнинг катталашуви ва бошқа орган ва системалардаги функционал ўзгаришлар. Касалхонагача бўлган даврда ноинфекцион касалликларда менингиал синдромларни қиёсий ташхисот ўташиш зарур. (схема1)



Схема1

Менингиал синдром диагностик алгоритми.

Менингитнинг диагностикасини тасдиқлаш учун орқа мия суюқлигини текшириш керак. Орқа мия пункцияси учун кўрсатма бўлиб, менингиал симптомлар ҳаттоки кучсиз ифодаланган бўлса ҳам нормада орқа мия суюқлиги рангсиз, тиниқ, босим- 100-200 мм. сув уст.га тенг, $2-10 \times 10^6$ /л лимфоцит, 0,23-0,33 г/л оқсил.

Беморда менингизм белгилари кузатилганда диагностик алгоритм тузиш.



Схема 2

Менингит ва менингизмни бир-биридан клиник ва лаборатор усуллар ёрдамида фарқланади. Менингит ҳам менингизм каби ҳолатлар кўпинча болаларда учрайди. Ўткир бошланади ва 1-3 кун сакланади, орқа мия пункциясидан кейин ва орқа мия суюқлигини нормал босимгача олинса бемор аҳволи яхшиланиб, менингиал белгилар тезда йўқолади. Лекин менингизм белгилари бирданига бошланиши ҳам мумкин. Белги мия пардаларининг яхшиланишидан дарак беради, қайсики улар менингизмдан бир неча соатлардан кейин ривожланади. (схема 2)

Агар менингиал белгилар йўқолмасдан аксинча кучайса, қайта диагностик пункция қилинади.

Сероз менингитда орқа мия суюқлиги тиниқ, бир оз плеоцитоз (100 гача ҳужайра 1 мм³ да, лимфоцитлар ошиши билан) бўлади.

Йирингли менингитда орқа мия суюқлиги лойқа, плеоцитоз нейтрофиллар ошиши билан, оксил миқдори ошган бўлади.

Сероз менингит вирусли ёки бактериал характерда ва бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

Бирламчи сероз менингитда вирус табиатли касаллик, клиникасиз кечувчи ва ички орган зарарланиши билан характерланади.

Иккиламчи сероз менингит ва менингоэнцефалитда нафақат нерв системаси зарарланиши балки бошқа орган ва системанинг зарарланиши билан кечадиган касаллик киради.

Гриппоз менингит (менингоэнцефалит).

Умумий касаллар орасида грипп эпидемияси пайтида ўртача 0,3-6,5% ни ташкил қилади. Эпидемия вақтида гриппнинг типик кечишида диагноз қўйиш қийинчилик туғдирмайди.

Юқори нафас йўллариининг зарарланиши, трахеит, бунда ринит белгилари кузатилмаслиги мумкин. Бу диагностик аҳамият касб этади.

Гриппнинг ўрта оғир ва оғир кечишида умумий интоксикация яққол кўринган бўлади: иситма, ҳолсизлик, бош оғриғи, миалгия, кўз ҳаракатлангизилганда кўз олмасининг оғриши.

Касалликнинг бир-иккинчи куни мия пардаларининг шиши натижасида менингизм белгилари намоён бўлади. Бунинг натижасида беморда кўнгил айниши, қусиш, уйқунинг бузилиши (уйқучанлик ёки уйқусизлик), менингиал симптом, ортостатик беҳушлик, орал автоматизм рефлекси, психомотор қўзғалиш, клониктоник тиришиш, эс-ҳушнинг бузилиши кузатилади. Юқоридаги белгилар яққол кўринишига қарамай люмбал пункция, дегидратацион терапиядан кейин белгилар камаяди. Қонни текширганда лейкопения, нейтропения, эозинопения, моноцитоз, СОЭ нормал бўлади.

Гриппоз менингоэнцефалит ва менингит симптоми кеч яъни касалликнинг 4-6 кунида пайдо бўлади ва даво олиб борилишига қарамай белгилар кучайиб боради. Бу бош мия маълум соҳа мия пардаларига қон қуйилишига боғлиқ бўлади. Орқа мия суюқлигида босим юқори, юқори бўлмаган цитоз (11-200)х10⁶/л, оксил ошиши 0,99-3,3 г/л гача.

Цитоз мия пардаларининг яллиғланишига боғлиқ бўлмасдан, балки, орқа мия суюқлигига эритроцитларнинг чиқишига жавоб реакцияси бўлиб ҳисобланади.

Оғир геморрагик менингоэнцефалитда ликвор қонли ёки ксантохром бўлади. Диффуз церебрал ўзгаришлар кам ривожланган. Менингиал симптом характерли белги бўлиб ҳисобланади. Миянинг қайси соҳасида қон қуйилиш бўлса, ўша соҳани оғир ўчоқли ўзгаришларга олиб келади.

Эпидемия вақтида гриппнинг типик кечишида диагноз қўйиш қийинчилик туғдирмайди, лекин диагноз вирусологик, тасдиқланади. Айрим ҳолларда иммунофлюоресцент метод ҳам қўлланилади. Серологик методдан: РСК, ДТГА ва қўш зардоб усулидан ҳам фойдаланилади.

Бруцеллёзли менингит ва менингоэнцефалит. Септико-метостатик ва бруцеллёз сурункали формасидан кейин (бруцеллёз билан оғриганларнинг 1-5%) келиб чиқади. Мия пардасива мия зарарланиши симптомларининг суст намоён бўлиши билан характерланади. Доимий менингит симптомлари- бош оғриғи, кучсиз кўнгил айланиши, кам ҳолларда қусиш, тана ҳароратининг ошиши кейинчалик бош оғриғи кучайиб, қусиш кўпаяди. Энга мушакларининг регидлиги, Брудзинский симптоми, Кернинг симптоми кучсиз намоён бўлиши, рефлекслар пасайган бўлади. Эс-хуши бузилмаган, кайфиятнинг йўқлиги, апатия, уйқучанлик кузатилади.

Орқа мия суюқлиги тиниқ, цитоз $(40-100) \times 10^6/\text{л}$ лимфоцитлар ҳисобидан, оксил миқдори нормал ёки бир оз ошган бўлади.

Бош мия II-VII жуфт нервларининг зарарланиши натижасида кўриш ва эшитиш пасаяди. Пўстлок ости зарарланиши натижасида диэнцефал синдром кузатилади. Касалликнинг оғир кечишида менингомиелит, паралич ривожланиши билан характерланади. Оғир кечишида яна бруцеллёз арахноидит ҳам бўлиши мумкин. Касалликнинг узок сурункали давом этиши периферик нерв системасининг зарарланишига (моно ва полиневрит, радикулит) олиб келади. Қиёсий ташхисотда эпидемиологик анамнез (ҳайвонлар билан контакт), бруцеллёз клиник белгиларига (микрополиаденит, гепатолиенал синдром, ҳаракат-таянч аппаратининг зарарланиши, жинсий без зарарланиши) асосланиб қилинади.

Специфик метод: серологик реакция, (Райт, ДСК, РТГА) ва Бюрне тери аллергик реакцияси диагнозни тасдиқлайди.

Сифилитик менингит жуда кам учрайди, одатда касаллик 2-даврида, айрим ҳолларда биринчи ёки 3-чи даврида кузатилади.

Эрта сифилитик менингит аста-секин субфебрилл температура фонида, розеолёз ёки папулёз экзантема, касаллик бошланишидан 2-40 ойида бошланади. Бирданига бош оғриғи, бош айланиши, кўзгалувчанлик, ҳолсизлик, уйқусизлик билан намоён бўлиб, орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар: босимнинг бир оз ошганлиги, тиниқ, рангсиз юқори тахмин қилинса, қаттиқ ва тошмаларнинг узок давомли тошишига аҳамият берилади.

Учинчи даврда (касалангандан 3-4 йил кейин) нерв системасининг сифилитик зарарланиши мумкин. Касаллик нормал ёки субфебрилл температура, кучли бош оғриғи, кечаси кучаядиган, III, IV, VI жуфт нервининг зарарланиши билан кечади. Аргайли Робертсон синдроми патогномоник белги бўлиб ҳисобланади.

Тана ҳарорати нормал, касаллик сурункали кечиши, кам ривожланган менингиал синдром.

Орқа мия суюқлигида лимфоцитар цитоз $(150-1500) \times 10^6/\text{л}$, оксил миқдорининг 1-2 г/л гача ошиши кузатилади.

Специфик текшириш усуллари РИФ, ок трепонема иммобилизация реакцияси асосида диагноз тасдиқланади.

Схема 3. Беморда иккиламчи серроз менингит белгилари кузатилганда диагностик алгоритм тузиш.



Схема 3

Бирламчи йирингли менингитлар.

Йирингли менингитлар келиб чиқиши бўйича иккига бўлиниб, бирламчи ва иккиламчи фарқланади.

Бирламчи йирингли менингит ва менингоэнцефалитлар мустақил равишда ривожланувчи касалликлар шаклида намоён бўлади. Иккиламчи йирингли менингит ва менингоэнцефалитлар бошқа орган ва системалардаги инфекцион йирингли жараёнларнинг асорати сифатида юзага келади. Йирингли менингитларнинг асорати сифатида юзага келади. Бирламчи йирингли менингитларни менингококк, пневмококк ва Пфайфер таёкчалари чақиради.

Менингококкли менингит- ҳамма йирингли менингитларнинг 80-90% ни ташкил қилади. Кўпрок болалар ва ёшлар касалланади. Мавсумийлик хос – асосан киш ва баҳор ойларида кузатилади. Инфекциянинг кириш дарвозаси бурун-ҳалқум ҳисобланади. Қўзғатувчи организмга гематоген йўллар билан тарқалади. Тахминан беморларнинг ярмида менингит 1-5 кундан кейин назофарингит белгилари субфебрил ёки нормал тана ҳарорати билан юзага келади. Менингит ўткир, тана ҳарорати 38-40°C, қалтираш билан бошланади. Умумий ҳолсизлик, кўз олмаларида оғриқ асосан кўзларни ҳаракатлантирганда, бош оғриғи пешана-чакка соҳаларида, кам ҳолларда энса соҳасида оғриқ кузатилади. Бош оғриғи кузатиб бориб эзувчи, босувчи характерга эга. Беморларни иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниш, такрор беморга енгиллик келтирмайдиган қусиш, чанқаш безовта қилади. Шу билан биргаликда ташқи таъсирларга ёруғлик ва товушга нисбатан юқори сезувчанлик кузатилади. Бундан ташқари ланжлик, уйқунинг бузилиши яъни кечкурун уйқусизлик, кундузи уйқучанлик кузатилади.

Касалликнинг биринчи соатларида пермостал ва пай рефлексларининг кучайиши кейинчалик пасайиши кузатилади. 10-12 соатдан кейин энса мушакларининг яққол ригидлиги, Керниг ва Бруздинский симптомлари юзага келади. Биринчи сутканинг охирида беморларда характерли менингиал ҳолат юзага келади, яъни бемор боши орқага ташланган ва оёқлари тизза, чаноқ сон бўғимидан букилган бўлади. Бош мия нервлари (кўпроқ VII, III, IV ва VI жуфт нервларкамроқ IX-X-VIII жуфт нервлар) жароҳатланиши мумкин. Биринчи сутканинг охири иккинчи, суткада ўрта ёшли беморларда бош мия шиши белгилари: психимотор қўзғалишлар, сопор кейин кана ҳолати юзага келади. Энцефалит белгилари 1-1,5% беморларда кузатилади. Бундан ташқари ўчоқли церебрал симптоматика: мимика мускуллари парези, пай ва периостал рефлекслар анизорефлексияси, спастик геми ва парепарезлар, кам ҳолларда гипер ва гипоестезияли фалажлар, координаторли бузилишлар аниқланади. Бош мия ўчоқли бузилишлари шунингдек бош мия нервларининг жароҳатланиши билан юзага келади. Бундан ташқари пўстлоқ бузилишлар: психиканинг бузилиши қисман ёки тўлиқ амнезия, кўриш ва эшитиш галлюцинациялари, эйфория ёки депрессив ҳолатлар юзага келиши мумкин. Кеч ташхисот ёки самарасиз даволанганда эпендиматит ёки вентрикулит синдромнинг юзага келиши кузатилади.

Ўрта ёшли кишиларда учрайдиган менингококкли менингоэнцефалитнинг кўп учрайдиган асоратларидан бош мия шиши ҳисобланади, кам ҳолларда инфекцион токсик шок. Қари кишиларда бош мия шиши касалликнинг 4-5 кунларидан бошланиб бош мия гипертензияси ва инфекцион токсик энцефалопатиянинг юзага келиши билан характерланади. Болаларда катта лиқилдоқ таранглашуви ва ортиб чиқиш симптоми билан Лессаж симптоми муҳим диагностик аҳамиятга эга. Касаллик бошланишидан 10-20 соат олдин тромбогеморрагик синдром ва инфекцион-токсик шок ривожланиши мумкин. Кам ҳолларда буйрак усти безига қон куйилиши (Уотерхаус-Фридриксен синдроми) кузатилади. Диагнозда люмбал пункция ва орқа мия суюқлигини текшириш ҳамма вақт ҳам аниқлик киритилмайди. Касалликнинг биринчи соатларида 25% беморларда босим ошиши ва 75% беморларда серроз менингит белгилари кузатилиши мумкин. Шунинг учун бемор аҳволи ёмонлашганда пункцияни 6-8 соатдан кейин қайта такрорлаш зарур. Орқа мия суюқлигида йирингли ўзгаришлар касаллик бошидан 10-12 соат олдин юзага келади. Босим эса 500-600 мм сув устунига тенг. Орқа мия суюқлиги хиралашган

цитоз ошган (1000 дан 15000 гача) $\times 10^6/\text{л}$, нейтрофиллар 90-100 %, оксил 1-3 г/л, бир ҳолларда эса $10 \times 15 \text{ г/л}$. Периферик конда нейтрофилли лейкоцитоз формуланинг чапга силжиши билан, иккинчи шундан бошлаб СОЭ ошиши кузатилади. Менингококкли менингитнинг клиник диагностикасида касаллик бошланғич соатларида инфекция генерализацияси ривожланиши муҳим. Бактериоскопик текширганда орқа мия суюқлиги чўкмасидан суртма тайёрланганда ва грамм усулида бўялганда 70-80% беморларда хужайра ичида ва ташқарисида грамм манфий диплококklar кўринади. Менингококklarни ажратиб олиш учун орқа мия суюқлигини ва ҳалқум орқа деворидан шиллиқ олиб озиқ муҳитларга экилади ва 37 °Сда 12 соатга термостатга қўйилади. Ретроспектив диагностикада серологик методлар ҳам қўлланилади.

Пневмококкли менингит ва менингоэнцефалит.

Барча йирингли менингитларнинг 20-30% ни ташкил қилиб спорадик ҳолатда учрайди. Касаллик билан болалар ва 40-50 ёшдан катталар кўпроқ касалланади. Пневмококкли менингит кўпроқ бирламчи шаклда учрайди. Касаллик ривожланишида калла суягидаги эски травмалар бўлиши мумкин. Бундай ҳолда респиратор касалликлар травмадан кейин маълум муддатда пневмококкли менингитни ривожлантиради. Фақат айрим ҳолларда пневмония трахеобронхит, йирингли отит менингитга олиб келади ёки у билан бирга ривожланиши мумкин. Пневмококкли менингит клиник кўриниши менингококкли менингитга ўхшайди. Фарқитомони 80% ҳолларда мия тўқимасининг зарарланиши (менингоэнцефалит) ва бактеримия белгиларининг бўлмаслигидадир. Касаллик ўткир ва эрта бошланади. Беморларнинг 70-60% да хотиранинг йўқолиши, клоник- тоник талвасалар бош мия нервларининг жароҳатланиши, моно ва гемипарезлар кузатилади. Менингококкли менингитдан фарқи равишда нерв системасининг ўчоқли жароҳатланиши касалликнинг 1-2 кунидан юзага келади. Типик ўткир формасидан ташқари, кўрак ёшидаги болаларда яшин тезлигидаги формаси учрайди. Кечдан бошлаганда ёки ноадекваттерапияда касалликнинг чўзилган ва қайталанган тури учрайди. Орқа мия суюқлиги хира, яшилсимон рангда, нейтрофил плеоцитоз ($500-1500 \times 10^6/\text{л}$), оксил кўпайган ($1-10 \text{ г/л}$) қанд миқдори камайган. Ликворни бактериологик текширганда пневмококklar грамм манфий ланцетсимон шаклдаги дипиококklarни хужайрадан ташқари жойлашганлигини кўриш мумкин.

Бирламчи амёбани менингоэнцефалит кам учрайди. Касаллик бирдан бошланиб, бошланишида фарингит белгилари, ундан кейин қаттиқ бош оғриғи, тана ҳароратининг юқори даражагача кўтарилиши, қусиш, эс ҳушининг чуқур бузилишлари, сопор-кома юзага келади. Текширганда ўткир йирингли менингит белгилари аниқланади. Орқа мия суюқлигида босим ошмаган, цитоз ($500-1000 \times 10^6/\text{л}$), оксил ($6-12 \text{ г/л}$). Ликворни микроскопик текширганда амёбаларни кўриш мумкин. Қонни текширганда юқори нейтрофилли лейкоцитоз, СОЭ олган. Диагностикада эпидемиологик анамнез мавсумийлик июль-август ойлари, серологик методларга (РСК,РФА) асосланиб диагноз қўйилади. Касаллик оғир кечиши ва 90% ҳолларда касалликнинг 2-7 кунлари летал оқибат билан тугайди.

Пфейферли менингит (инфлюэнц-менингит). Касаллик билан 2-3 ёшдаги болалар касалланади. Касаллик 8-30% ҳолларда йирингли менингит билан оғриган болаларда учрайди. Қўзғатувчиси Пфейфер таёкчаси (*Haetophilus influenzae*). Соғлом одамларнинг юқори нафас йўллари шиллиқ қаватида яшайди ва организм қаршилик кучи пасайганида турли касалликлар-пневмония, менингит ва бошқа касалликларни юзага келтиради. Болаларда касаллик ўткир ости типиди бошланиб тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриқ, кўнгил айниш, қусиш, ўчоқли неврологик симптомлар, тутқаноқлар кузатилади. Касаллик чўзилган характерда бўлиб тўлқинсимон кечади, яъни бемор аҳволи бир оғирлашиб бир яхшиланади. Буни туберкулёзли менингит билан диф. Диагностика қилиш керак. Кам ҳолларда болаларда инфкюэнц менингитнинг ўткир септик формалари юзага келиб касалликнинг 2-3 куниди летал оқибатлар билан тугайди. Ёшларда ўткир йирингли менингит юзага келиб септицимия клиникаси асосида ривожланади. Бундай беморларда юқори температура, конъюктивит, бронхит, пневмония, гепатоминал синдром юзага келади. Йирингли менингит касалликнинг 1-2 кунидан ривожланади. Пенициллин билан даволаш

теропевтик эффект бермайди. Ампициллин ёки левомецитин сукцинат ишлатилганда биринчидан мия қобикларида яллиғланиш жараёнари, 3-5 кундан кейин септицемия белгилари йўқолади. Қонни текширганда юкори лейкоцитоз ($10...30 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ ошган. Орқа мия суюқлиги хиралашган, яшилсимон рангда, цтоз ($1000...2000 \times 10^6/\text{л}$, оксил 1,5-3 г/л, қўзғатувчиларнинг культурасини ажратиш учун уларни конли анерга экилади ва диагноз бактериологик тасдиқланади.

Иккиламчи йирингли менингитлар (менингоэнцефалитлар).

ЛОР- аъзолари касалликларида бактериал асоратлар. Йирингли менингитлар отит, синуситлар натижасида ривожланиши мумкин. Бунда бактериал инфекция контакт ва сегменто-васкуляр йўллар билан мия қаватларига боради. Кўп ҳолларда отоген менингитлар ўрта кулоқнинг сурункали кам ҳолларда ўткир яллиғланишларида юзага келади. Лабиринтоген ва тимпаноген менингитлар фарқланади. Лабиринтоген менингитда яллиғланиш жараёни ўрта кулоқдан ичкарига тарқалади, тимпаноген менингитда эса яллиғланиш жараёни ички эшитув йўли орқали суб арохноидал бўшлиққа тарқалади. Жараёнга лабиринтнинг қўшилиши клиникасида эшитишнинг йўқолиши кузатилади, бу эса асосий аҳамиятга эгачунки бу менингит ривожланишида даракчи ҳисобланади. Менингитларнинг клиник кечиши турли хил бўлиши мумкин. Айрим ҳолатларда асосан болаларда ўткир отит ва синуситда менингизм юзага келиши мумкин бу эса ўрта кулоқдан, бурун пазухаларидан йиринг олиб ташлангандан кейин тез ўтиб кетади. Ўткир йирингли ўрта отитда менингит бирдан ривожланиб, қаттиқ бош оғриғи, тана ҳароратининг $39-40^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиши қусиш билан кечади. Беморларда айрим ҳолларда хушдан кетиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Орқа мия суюқлиги текширганда цитоз ($2000-7000 \times 10^6/\text{л}$, оксил (0,3-5 г/л); конда нейтрофилли лейкоцитоз, СОЭ ошган. Касаллик оғир кечганда ва терапевтик, хирургик ёрдам кўрсатилмаганда 24-48 соатдан кейин летал оқибатлар билан тугайди. Сурункали отит ва синусит вақтида менингит ривожланган булса беморларда бош оғриғи, субфербил температура, қусиш кузатилади. Менингиал симптомлар ҳар доим ҳам бир хил юзага келмайди. Отоген йирингли менингитда эса биринчи навбатда мия қаватларининг зарарланиши туради. Энаса мушаклари ригидлиги, Кернинг ва Брузденский симптомларига нисбатан эртарок кузатилади. Бошқа йирингли менингитлар каби орқа мия суюқлигида ва конда узғаришлар кузатилади. Баъзи ҳолларда менингитлар бошқа мия ички асоратлари билан қўшилиб келади. Сурункали отитда шиш, сўрғичсимон ўсиқни босганда оғрик, тана ҳароратининг кутарилиши ва бошнинг соғлом томонга ҳаракати чегараланиши кундаланг синус тромбозидан гумон килишга мажбур этади. Бундай ҳолатда бемор мажбурий ҳолатни эгаллаб боши зарарланган томонга эгилган, бош оғриғи, қусиш, менингиал синдром кузатилади.

Баъзи ҳолларда кундаланг синус тромбози натижасида буйинтурук венаси префлебита натижасида IX, X, XI, бош мия нервлари жарохатланади. Буйинтурук венасини пальпация келганда оғрик сезилади, буйин лимфа тугунлари катталашган ва оғрикли булади. Катта латерал вена равоклари тромбози натижасида карама- карши томонда гемипленея булади. Мия абцесси юзага келади. Купинча миёча ёки мия юкори булагига зарарланади.

Отоген ва синуситоген йирингли менингитларнинг қўзғатувчиси стрептококклар, пневмококклар, стафилококклар ва этерихиялар. Диагностикада антибактериал терапиядан олдин орқа мия суюқлигини бактериологик текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Иккиламчи йирингли менингитлар ва менингоэнцефалитлар турли этиологияли сепсисда баъзан йирингли менингит ва кам ҳолларда менингоэнцефалит юзага келиши мумкин. Купрок булар сепсис бошлангандан 5-10 кун олдин юзага келади. Клиникада умумий интоксикация септик типдаги ёки нотугри типдаги иситма, калтираш, терлаш, гепатомиянал синдром кузатилади. Геморрагик тошмалар ҳам кузатилиши мумкин. Бирламчи ва иккиламчи йирингли учоклардан бири менингит ҳисобланади. Стафилакоккли ва стрептококкли сепсисда бирламчи учок булиб тери ва тери ости клетчатканинг йирингли жарохатланиши (фрункул, карбункул, панарицит ва б.к.), сийдик ажратиш системаси аъзоларидаги яллиғланиш жараёнари булиши мумкин. Сепсис уткир, уткир ости

ва сурункали куринишда кечиши мумкин. Менингиал синдром юзага келганда бемор ахволи огирлашади, тана харорати 39-40°C кутарилади, кусиш юзага келади. Кернинг, Бруздинский ва энса мушаклари ригидлик симптомлари кузатилади. Купгина беморларда яллигланиш жараёнига нафакат мия каватлари балки мия моддаси ҳам кушиладива мия абцесслари, мия томирлари тромбоз ривожланиши мумкин. Орка мия суюклиги текширилганда йирингли, юкоринейтрофилли цитоз ($1500...3000$) $\times 10^6/\text{л}$, оксил ($2...12$ г/л) қанд микдори камайган. Бундай ҳолларда орка мия суюклиги секинлик билан ва паст босим билан оқади. Бактериоскопик текширишда хужайра ичида ва ташкарисида кўзғатувчилар топилади.

-Аналитик қисм

Клиник ҳолат (Менингококкоккли инфекция, менингит билан оғриган пациент вазиятли масаласи)

Сиз бемор Қосимова Дилноза, 7 ёш, ўқувчи, кўриқдан ўтказиш топшириғини олдингиз. Бемор параметрлари: бўйи 1м 10 см, вазни 26 кг, қон босими 100/70 мм.сим.уст. Пульс ритмик минутига 96 марта, тана ҳарорати 38,3°C, шикояти: иситма, бош оғриши, кусиш. Бемор менингиал ҳолатда ётибди.

Марҳамат беморга ўзингизни таништириб, уни сўраб-суриштириб, кўриқдан ўтқазинг, текширув ва даволаш тадбирларини белгиланг.

I.Субъектив маълумотлар:

- 1.Шикоятлари_____
- 2.Касаллик тарихи_____
- 3.Эпидемиологик анамнез_____
- 4.Ҳаётий тарихи:
 - 4.1.Бошидан кечирган касалликлар_____
 - 4.2.Аллергик анамнез_____
 - 4.3.Ирсий анамнез_____
 - 4.4.Ёмон хислатлари_____

II. Объектив кўрик:

5. Тери ва шиллиқ қаватлар ҳолати_____
- 6.Нафас олиш тизими._____
- 7.Юрак-қон тизими_____
- 8.Овқат-ҳазм қилиш тизими_____
- 9.Қорин ҳолати_____
- 10.Ич кетиши ва нажас тавсифи _____
- 11.Сийдик ажратиш тизими_____

12. Асаб тизими _____

III. Текширув усуллари:

13. Умумклиник таҳлиллар _____

14. Хусусий таҳлиллар _____

15. Нажасни капрокультурага олиш тартиби (варақа орқасида) _____

IV. Даволаш тадбирлари:

16. Режим ва парҳез _____

17. Этиотроп даво _____

18. Патогенетик даво _____

19. Симптоматик даво _____

V. Комуникатив ёрдам:

20. Агар врач маслаҳатига амал қилмаса, юзага келиши мумкин

бўлган асоратлар ва оқибатлар ҳақида тўхталди _____

Клиник ҳолат (Менингококкоккли инфекция, менингит билан оғриган пациент вазиятли масаласи)

Сиз бемор Қосимова Дилноза, 7 ёш, ўқувчи, кўриқдан ўтказиш топшириғини олдингиз. Бемор параметрлари: бўйи 1м 10 см, вазни 26 кг, қон босими 100/70 мм.сим.уст. Пульс ритмик минутага 96 марта, тана ҳарорати 38,3°C, шикояти: иситма, бош оғриши, қусиш. Бемор менингиал ҳолатда ётибди.

Марҳамат беморга ўзингизни таништириб, уни сўраб-суриштириб, кўриқдан ўтказинг, текширув ва даволаш тадбирларини белгиланг.

I. Субъектив маълумотлар:

1. Шикоятлари иситма, кучли бош оғриши, қусиш, дармонсизлик

2. Касаллик тарихи *касаллик утқир бошлани, иситма, безовталиқ, қусиш, бош оғриши.*

3. Эпидемиологик анамнез *касаллигини шу касалликка чалинган бемор билан мулоқотида боғлайди*

4. Ҳаётий тарихи:

4.1. Бошидан кечирган касалликлар *УРВИ*

4.2. Аллергик анамнез *дори-дармонлар ва озиқ-овқат маҳсулотларига аллергияси йук*

4.3. Ирсий анамнез *ирсий касалликларни инкор этади*

4.4. Ёмон хислатлари *зарарли одатлари йук*

II. Объектив кўрик:

5. Тери ва шиллиқ қаватлар ҳолати *териси ва шиллиқ қаватлари қуруқ, иссиқ*

6.Нафас олиш тизими. *тахипное*

7.Юрак-қон тизими *кон босими меъёрида, томир уриши тезлашган*

8.Овқат-ҳазм қилиш тизими *тили нам, оғиз куриган, иштаҳаси паст*

9.Қорин ҳолати *қорин юмиш*

10.Ич кетиши ва нажас тавсифи ич ўтиши меъёрида.

11.Сийдик ажратиш тизими *олигоурия*

12.Асаб тизими *бош оғриши, бош айланиши, менингиал ҳолат, умумий ҳолсизлик*

III. Текширув усуллари:

13.Умумклиник таҳлиллар *Қон, сийдик, нажас умумий таҳлиллар*

14.Хусусий таҳлиллар *Орқа мия пункцияси, бурундан суртма олиш.*

15.Серологик таҳлиллар *қон ИФА, ПЗР*

IV. Даволаш тадбирлари:

16.Режим ва парҳез *ётоқ режим, изоляция*

17.Этиотроп даво *пенициллин, левомитцетин, эритромицин*

18.Патогенетик даво *кристолоид ва коллоид эритмалар, витаминлар, ишига қарши терапия.*

19.Симптоматик даво *антипиретик, анальгетик воситалар*

V. Комуникатив ёрдам:

20.Агар врач маслаҳатига амал қилмаса, юзага келиши мумкин

бўлган асоратлар ва оқибатлар ҳақида тўхталди Мия шиши, ТИҚИ, гидроцефалия, кўрлик, карлик, преез ва параличлар.

Клиник ҳолат (Қизамиқ оғир кечиши асорати иккиламчи серозли менингит билан оғриган пациент вазиятли масаласи)

Сиз бемор Парпиева Гулнора, 14 ёш, кўрикдан ўтказиш топшириғини олдингиз. Бемор параметрлари: бўйи 1м 48 см, вазни 32 кг, қон босими 100/70 мм.сим.уст. Пульс ритмик минутига 96 марта, тана ҳарорати 38,3°С. Шикояти қусиш, бош оғриши, терисида тошма.

Марҳамат беморга ўзингизни таништириб, уни сўраб-суриштириб, кўрикдан ўтқазинг, текширув ва даволаш тадбирларини белгиланг.

I. Субъектив маълумотлар:

1.Шикоятлари_____

2.Касаллик тарихи_____

3.Эпидемиологик анамнез_____

4.Ҳаётий тарихи:

4.1.Бошидан кечирган касалликлар_____

4.2.Аллергик анамнез_____

4.3.Ирсий анамнез_____

4.4.Ёмон хислатлари_____

II. Объектив кўрик:

5. Тери ва шиллиқ қаватлар ҳолати_____

6.Нафас олиш тизими._____

7.Юрак-қон тизими_____

8.Овқат-ҳазм қилиш тизими_____

9.Қорин ҳолати_____

10.Ич кетиши ва нажас тавсифи _____

11.Сийдик ажратиш тизими_____

12.Асаб тизими_____

III. Текширув усуллари:

13.Умумклиник таҳлиллар_____

14.Хусусий таҳлиллар_____

15.Нажасни капрокультурага олиш тартиби (варақа орқасида)_____

IV. Даволаш тадбирлари:

16.Режим ва парҳез_____

17.Этиотроп даво_____

18.Патогенетик даво_____

19.Симптоматик даво_____

V.Комуникатив ёрдам:

20.Агар врач маслаҳатига амал қилмаса, юзага келиши мумкин

бўлган асоратлар ва оқибатлар ҳақида тўхталди_____

**Клиник ҳолат (Қизамиқ оғир кечиши асорати иккиламчи серозли менингит билан
оғриган пациент вазиятли масаласи)**

Сиз бемор Парпиева Гулнора, 14 ёш, кўриқдан ўтказиш топшириғини олдингиз. Бемор параметрлари: бўйи 1м 48 см, вазни 32 кг, қон босими 100/70 мм.сим.уст. Пульс ритмик минутига 96 марта, тана ҳарорати 38,3°C. Шикояти қусиш, бош оғриши, терисида тошма.

Марҳамат беморга ўзингизни таништириб, уни сўраб-суриштириб, кўриқдан ўтказинг, текширув ва даволаш тадбирларини белгиланг.

I.Субъектив маълумотлар:

- 1.Шикоятлари иситма, кучли бош оғриши, қусиш, дармонсизлик
- 2.Касаллик тарихи *касаллик утқир бошлани, тумов,иситма, безовталиқ, қусиш, бош оғриши, терида доғли-папулез тошмалар тошиши.*
- 3.Эпидемиологик анамнез *касаллигини шу касалликка чалинган бемор билан мулоқотида боғлайди*
- 4.Ҳаётий тарихи:
 - 4.1.Бошидан кечирган касалликлар *УРВИ*
 - 4.2.Аллергик анамнез *дори-дармонлар ва озик-овқат маҳсулотларига аллергияси йук*
 - 4.3.Ирсий анамнез *ирсий касалликларни инкор этади*
 - 4.4.Ёмон хислатлари *зарарли одатлари йук*

II. Объектив кўриқ:

5. Тери ва шиллиқ қаватлар ҳолати *териси ва шиллиқ қаватлари қуруқ, иссиқ, доғли-папулез тошмалар*
- 6.Нафас олиш тизими. *тахипное*
- 7.Юрак-қон тизими *қон босими меъёрида, томир уриши тезлашган*
- 8.Овқат-ҳазм қилиш тизими *тили нам, иштаҳаси паст, Коплик белгиси*
- 9.Қорин ҳолати *қорин юмшоқ*
- 10.Ич кетиши ва нажас тавсифи *ич ўтиши меъёрида.*
- 11.Сийдик ажратиш тизими *меъёрида*
- 12.Асаб тизими *бош оғриши, бош айланиши, менингиал ҳолат, умумий ҳолсизлик*

III. Текширув усуллари:

- 13.Умумклиник таҳлиллар *Қон, сийдик, нажас умумий таҳлиллар*
- 14.Хусусий таҳлиллар *Орқа миёя пункцияси, ҳалқумдан суртма олиш.*
- 15.Серологик таҳлиллар *қон ИФА, ПЗР*

IV. Даволаш тадбирлари:

- 16.Режим ва парҳез *ётоқ режим, изоляция, ёшига мос парҳез.*
- 17.Этиотроп даво
- 18.Патогенетик даво *кристолоид ва коллоид эритмалар, витаминлар, ишига қарши терапия.*

19.Симптоматик даво *антипиретик, анальгетик воситалар*

V.Комуникатив ёрдам:

20.Агар врач маслаҳатига амал қилмаса, юзага келиши мумкин

бўлган асоратлар ва оқибатлар ҳақида тўхталди Мия шиши, ТИҚИ, гидроцефалия, кўрлик, карлик, преез ва параличлар.

Қуйидаги лаборатор кўрсаткичларни изоҳланг:

Орқа мия суюқлиги таҳлили

Микдори	5.0 мл
Ранги	ксантохром
Тиниклиги	тиник
Оқсил	40 г/л ,
Цитоз	264
Лимфоцит	60%
Нейтрофил	40%
Чўкмаси	йўқ
Эритроцит	1-2 (кўриш зонасида)

Жавоб эталони: Ўрганилаётган орқа мия суюқлигининг таҳлили натижалари кўрсатишича: ликворнинг ранги ксантохром, оқсил микдорининг ошганлиги, цитоз микдори лимфоцитлар ҳисобида кўпайганлиги серозли (туберкулез) менингитдан дарак беради

Қуйидаги лаборатор кўрсаткичларни изоҳланг:

Қон зардобини ИФА усулида текшириш

ТОРЧ инфекция таҳлили
IgM анти – ЦМВИ– 2.310 (нормада -0,254)
IgG анти – ВГП.1,2G 0.084 (нормада -0,288)
IgG анти – ТОКСО.G 0,980 (нормада -0,254)
IgG анти Уреоплазма 0,680 (нормада -0,214)

Жавоб эталони: Ўрганилаётган қоннинг серологик таҳлили натижалари кўрсатишича:

IgM анти – ЦМВИ– 2.310 , IgG анти – ТОКСО.G 0,980 , IgG анти – ВГП -0,084, IgG анти Уреоплазма 0,680 . Юқоридагилар беморда ЦМВИ касаллигидан далолат беради. **IgG касалликни бошидан ўтказганлигидан далолат бергани учун токсоплазмоз, уреоплазмоз ва герпетик инфекциядан кейинги иммунитетдан дарак беради.**

Қуйидаги лаборатор кўрсаткичларни изоҳланг:

Орқа мия суюқлиги таҳлили

Микдори	5.0 мл
Ранги	ксантохром
Тиниклиги	тиник
Оқсил	40 г/л ,
Цитоз	264
Лимфоцит	60%
Нейтрофил	40%
Чўкмаси	йўқ
Эритроцит	1-2 (кўриш зонасида)

Жавоб эталони: Ўрганилаётган орқа мия суюқлигининг таҳлили натижалари кўрсатишича: ликворнинг ранги ксантохром, оқсил микдорининг ошганлиги, цитоз микдори лимфоцитлар ҳисобида кўпайганлиги серозли (туберкулез) менингитдан дарак беради.

Қуйидаги лаборатор кўрсаткичларни изоҳланг:

Қон зардобини ИФА усулида текшириш

ТОРЧ инфекция таҳлили

IgG анти – ЦМВИ– 0.310 (нормада -0,254)

IgG анти – ВГП -1,20 (нормада -0,288)

IgM анти – ТОКСО 0,980 (нормада -0,254)

Жавоб эталони: Ўрганилаётган қоннинг серологик таҳлили натижалари кўрсатишича:

IgM анти – ТОКСО 0,980 , IgG анти – ЦМВИ– 0.310, IgG анти – ВГП -1,20.

Юқоридагилар беморда Токсоплазмоз касаллигидан далолат беради. IgG касалликни бошидан ўтказганлигидан далолат бергани учун ЦМВИ ва герпетик инфекциядан кейинги иммунитетдан дарак беради.

Қуйидаги лаборатор кўрсаткичларни изоҳланг:

Орқа мия суюқлиги таҳлили

Микдори 5.0 мл

Ранги кўкимтир

Тиниклиги лойқа

Оқсил 0,40 г/л

Цитоз 1264

Лимфоцит 35%

Нейтрофил 65%

Чукмаси йўқ

Эритроцит 1-2 (кўриш зонасида)

Жавоб эталони: Ўрганилаётган орқа мия суюқлигининг таҳлили натижалари кўрсатишича:

ликворнинг ранги кўкимтир, оқсил микдорининг ошганлиги, цитоз микдори нейтрофиллар ҳисобида кўпайганлиги йирингли (менингококк) менингитдан дарак беради.

Қуйидаги лаборатор кўрсаткичларни изоҳланг:

Орқа мия суюқлиги таҳлили

Микдори 5.0 мл

Ранги рангсиз

Тиниклиги тиник

Оқсил 0,45 г/л

Цитоз 120

Лимфоцит 90%

Нейтрофил 10%

Чўкмаси йўқ

Эритроцит йўқ

Жавоб эталони: Ўрганилаётган орқа мия суюқлигининг таҳлили натижалари кўрсатишича:

ликворнинг ранги рангсизлиги, оқсил микдорининг ошганлиги, цитоз микдори лимфоцитлар ҳисобида кўпайганлиги серозли (вирусли) менингитдан дарак беради.

-Амалий қисм:

Талабалар эгаллаши зарур бўлган амалий кўникмалар:

Беморда менингеал симптомларни ва патологик рефлексларни аниқлаш.

Мақсад: Менингит ва менингоэнцефалит белгилари билан кечувчи касалликларга тўғри ташхис қўйиш.

Кўрсатма: Менингит ва менингоэнцефалит касаллигига тахмин қилиш.

Керакли анжомлар: Кушетка, ниқоб.

Бажариладиган босқичлар (қадамлар):

№	Тадбирлар	Бажара билмади (0 балл)	Қисман бажарди (5 балл)	Тўлиқ ва аниқ бажарди (10 балл)
1.	Шифокор ниқобда бўлиши керак. Кучли бош оғриғи аниқланади	0	5	10
2.	Бемор кушеткага ётқизилади	0	5	10
3.	Энса мушаклар таранглигини аниқланади	0	5	10
4.	Керниг белгиси икки томондан аниқланади	0	5	10
5.	Брудзинский юқори симптоми аниқланади	0	5	10
6.	Брудзинский ўрта симптоми аниқланади	0	5	10
7.	Брудзинский қуйи симптоми аниқланади	0	5	10
8.	Лессаж симптоми аниқланади	0	5	10
9.	Қорин рефлекслари аниқланади	0	5	10
10.	Патологик рефлекслар аниқланади (Бабинский, Россолимо, Оппенгейм)	0	5	10
	Жами	0	50	100

Беморнинг бурун шиллик пардаларидан суртма олиш.

Мақсад: Касаллик қўзғатувчисини аниқлаш.

Кўрсатма: Юқори нафас йўллари касалликлари ва бактерия ташувчиликка текшириш.

Керакли анжомлар: Стерилланган резина қўлқоп, ниқоб, зангламайдиган темир ёки ёғоч таёкчага пахта ёки марли ўралган тампон, озиқ муҳити солинган стерилланган пробирка, лабораторияга йўлланма varaқаси.

Бажариладиган босқичлар (қадамлар):

№	Тадбирлар	Бажара билмади (0 балл)	Қисман бажарди (5 балл)	Тўлиқ ва аниқ бажарди (10 балл)
1.	Беморни қулай ўтқизилади	0	5	10
2.	Стерилланган резина қўлқоп кийилади, ниқоб тақилади	0	5	10
3.	Бурун шиллиқ қаватидан суртма олиш учун тампондан фойдаланилади	0	5	10
4.	Зангламайдиган темир ёки ёғоч таёқчага пахта ёки марли ўраб аста пробиркага солиб қўйилади	0	5	10
5.	Шиллиқ олиш учун тайёрланган тампон олдиндан стерилизация қилинади	0	5	10
6.	Бурундан суртма олишдан олдин бемордан бурунни яхшилаб қоқиш сўралади ёки қуруқ тампон ёрдамида ичидаги ажралмалар тозаланади	0	5	10
7.	Тампон буруннинг ҳар икки бўшлиғи деворларига ботириб суртиб олинади	0	5	10
8.	Олинган модда зудлик билан олдиндан тайёрланган озуқа муҳитга экилади	0	5	10
9.	Лабораторияга йўлланма варақасига беморнинг маълумотлари ва тахминий ташхиси ёзилади	0	5	10
10.	Олинган суртма (намуна) лабораторияга юборилади	0	5	10
	Жами	0	50	100

Орқа мия суюқлигини олиш қоидалари.

Мақсад: Ташхис қўйиш учун орқа мия суюқлигини олиш.

Кўрсатма: Менингит, менингоэнцефалит, менингизм.

Керакли анжомлар: Махсус операцион блокда стерилланган стол, стерилланган резина қўлқоп, ниқоб, 5% йод эритмаси, спирт (70°), стерилланган бир марта ишлатиладиган шприц, 0,5% новокаин эритмаси, стерилланган дока тампонлар, мандренли игна, стерил пробирка, лейкопластырь, бикс, грелка ёки термос, лабораторияга йўлланма варақаси.

Бажариладиган босқичлар (қадамлар):

№	Тадбирлар	Бажара билмади (0 балл)	Қисман бажарди (5 балл)	Тўлиқ ва аниқ бажарди (10 балл)
1.	Шифокор ниқоб таққан бўлади. Қўлларни совун билан тозалаб ювилади ва спирт билан артилади	0	5	10
2.	Стерилланган резина қўлқоп кийилади	0	5	10
3.	Бемор стерилланган столга ёнбошлаб ётқизилади, оёқлари қоринга йиғилади, боши кўкракка яқинлаштирилади	0	5	10
4.	Пункция жойи аниқланади: йод билан 2 та мўлжалли чизик ўтказилади – биринчиси умуртқа поғонасининг орқа ўсимтаси бўйлаб, иккинчиси – биринчисига нисбатан перпендикуляр ҳолда тос суяклари ёйи бўйлаб	0	5	10
5.	Пункция жойи 5% йод эритмаси билан, сўнгра спирт (70-96°) билан тозаланади	0	5	10
6.	Стерил бир марта ишлатиладиган шприц билан 0,5% новокаин эритмаси ёрдамида маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказилади	0	5	10
7.	Чап қўл кўрсаткич бармоғи билан тери босиб турилади, ўнг қўл билан мандренли игна санчилади	0	5	10
8.	Мандрен олиб ташланади ва стерилланган пробиркага 3-5 мл орқа мия суюқлиги олинади	0	5	10
9.	Игна олиб ташланади, ўрни спирт билан артилади ва стерил пахта қўйиб лейкопластыр билан ёпиштирилади, беморни орқаси билан ёстиксиз 2-3 соат давомида ётқизиб қўйилади	0	5	10

10.	Лабораторияга йўлланма varaқасига беморнинг маълумотлари ва тахминий ташхиси ёзилиб, ОМС грелкали ёки термосда лабораторияга юборилади	0	5	10
	Жами	0	50	100

Қуйидаги дори­ларга ре­цептлар ёзишни ўрганинг:

1.Rp.: Metypredi 0.04 N.3
(савдо номи)

Methylprednisolone

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. Порошокни эритиб томчилаб вена ичига юборилсин.

2.Rp.: Benzylpenicillini natrii 500.000 ТБ N. 20
(савдо номи)

Benzylpenicillin

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. Флакondaги кукунни 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритиб, кунига 4 махал 5 кун давомида м/о га(синамадан сўнг) юборилсин.

3.Rp.: Sol. Klioni 5%-100,0 N.2

(савдо номи)

Metronidazole

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 100млдан вена ичига кунига 1махал юборилсин.

4.Rp.: Sol. Hydrocortisoni 25% 2.0ml
(савдо номи)

Hydrocortisoni acetati

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 2млдан мушак орасига юборилсин.

5.Sol. Metrolini 100,0 N.2

(савдо номи)

Metronidazole

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. Вена ичига 1 маҳал томчилатиб юборилсин.

6.Rp.: Sol. Prednisoloni 25% 1.0 ml
(савдо номи)

Prednisolon acetati

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1 млдан кунига 1 маҳал мушак орасига юборилсин.

7.Rp.: Tabl. Tamufli 0.075 N.10

(савдо номи)

Oseltamivir

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1 таблеткадан 2 маҳал 5 кун давомида ичилсин.

8Rp.: Sol. Depo-medroli 4% 1.0ml
(савдо номи)

Methylprednisolone

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1 млдан мушак орасига юборилсин.

9.Rp.: Tabl. Hegpeviri 0.2 N.10
(савдо номи)

Aciclovir

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1 таблеткадан ҳар 4 соатда ичилсин.

10..Rp.: Amoxconi 1,0 N.30
(савдо номи)

Amoxicillin

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. флакондаги кукунни 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритилиб м/о 3 маҳал юборилсин.

11.Rp.: Sol. Cycloferoni 12,5% 2.0 N.5
(савдо номи)

Cycloferon

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 2млдан 1маҳал мушак орасига 5кун мобайнида юборилсин.

12.Rp.: Amocsilani 0.75 N.20

(савдо номи)

Amoxicillin+clavulonat

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. Кунига 1таблеткадан 3 маҳал овкатдан кейин ичилсин.

13.Rp.: Cefzoli 1,0 N.10

(савдо номи)

Cefazolin

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритилиб, кунига 2 маҳал м/о га (синамадан сўнг) юборилсин.

14.Rp.: Cefuroxini 1,0 N.10

(савдо номи)

Cefuroxim

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритилиб кунига 3 маҳал 5кун м/о га (синамадан сўнг) юборилсин.

15.Rp.: “Lendacin” 1,0 N.10

(савдо номи)

Ceftriaxon

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритилиб кунига 2 маҳал м/о га (синамадан сўнг) юборилсин.

16.Rp.: Tabl. Amixini 0.125 N.6

(савдо номи)

Tilorone

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1таблеткадан 3маҳал 3кун давомида ичилсин.

2.Rp.: Gepacefi 1.0 N.10

(савдо номи)

Cefoperazon

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритилиб кунига 2 маҳал м/о га (синамадан сўнг) юборилсин.

17. Rp.: Cefotak 1,0 N.10

(савдо номи)

Cefotoxim

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритилиб, кунига 2 маҳал м/о га (синамадан сўнг)
юборилсин.

18.Rp.: Bactosephi 2.0 N.10

(савдо номи)

Sulperazon+sulbactam

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 0,9 % ли 5 мл натрий хлорда эритилиб, кунига 2 маҳал м/о га (синамадан сўнг)
юборилсин.

3.Rp.: Sol. Dexamethasoni 0.4% 1.0 ml.

(савдо номи)

Dexamethasone

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1млдан кунига 1маҳал мушак орасига юборилсин.

19.Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2,0 N.10

(савдо номи)

Gentamycin

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 2 мл ни (синамадан сўнг) м/о га 2 маҳал юборилсин.

2.Rp.: Tabl. Oflovedi 0,2 N.20

(савдо номи)

Ofloxacin

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. Кунига 1 таблеткадан 2 маҳал овқатдан кейин ичилсин

20.Rp.: Tabl. Symamedi 0,25N.10

(савдо номи)

Azithromycin

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. Кунига 1таблеткадан овқатдан 2 соат кейин ичилсин

22.Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,01 % 1,0 ml. N.10 in amp.

(савдо номи)

Cyanocobalamin

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1 мл дан ҳар куни мускуллар орасига инъекция қилинсин (10-30кун)

23.Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3 % 1,0 ml.N.10 in amp.

(савдо номи)

Thiamine

(халқаро патентланмаган номи)

D.S. 1 мл дан ҳар куни мускуллар орасига инъекция қилинсин (10-30кун)

24.Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5 % 1,0 ml. N.10 in amp.

(савдо номи)

Pyridoxine

(халқаро патентланмаган номи)
D.S.1 мл дан ҳар куни мускулар орасига инъекция қилинсин (10-30кун)

25.Rp.: Tabl. "Leflox" 0,5 N.20
(савдо номи)
Levofloxacin
(халқаро патентланмаган номи)

D.S. Кунига 1 таблеткадан 2 маҳал овқатдан кейин ичилсин

26.Rp.: Sol. No-spani 20 % 2,0 ml. N.10 in amp.
(савдо номи)
Drotaverine

(халқаро патентланмаган номи)
D.S.2 мл дан ҳар куни мушаклар орасига инъекция қилинсин.

-Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

КЕЙС-МЕТОД. Вилоят Соғлиқни сақлаш бошқармасига Г. исмли 12 ёшли бемор касалхонада "Менингококкли инфекция, менингит оғир кечиши" ташхиси билан даволаниб чиқишида тиббий ходимларни сифатсиз даво муолажаларини ўтаганликлари тўғрисида бемор онаси шикоят қилди. Қуйидаги касаллик тарихини таҳлил қилиб, эксперт сифатида врачнинг ташхисот ва даволаш тактикасига баҳо беринг.

Бемор Г, 12 ёшда касаллик тарихи № 1945/376. Бемор касалликнинг 5 куни умумий ҳолсизлик, дармонсизлик, иштаҳа пастлиги, кўнгил айниш, қусиш кучли бош оғриши ва тана ҳароратининг 39.5°C каби шикоятлар билан касалхонага мурожаат қилди.

Эпидемиологик анамнездан у мактабда томоғи оғриган болалар билан мулоқотда бўлган.

Касаллик ўткир, дармонсизланиш, тана ҳарорати ошиши, кучли бош оғриши, қайт қилиш билан бошланган. Кўрик пайтида беморнинг умумий аҳволи оғир. Беморнинг ҳолати пассив. Териси рангпар, қуруқ, шиллик қаватлари оқимтир, тошмалар йўқ. Маҳаллий лимфа тугунлари (бўйин, қўлтиқ ости) катталашмаган. Менингеал белгилар энса мушаклар таранглиги, Кернинг ва Брудзинский юқори белгилари мусбат. Нафас олиши эркин, бурун орқали. Аускултатив ўпка устида қаттиқ везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Томир уриши минутига 86 марта, қоникарли тўлиқликда, А/Б 90/60 мм. сим.уст. Юрак тонлари бўҳик, шовқинлар эшитилмайди. Лаблари қуруқ, тили оқ қараш билан қопланган, бодомча безлари бир оз кизарган. қорин қапчиган, чуқур пайпаслаганда ўнг қовура соҳасида оғрик аниқланади. Жигар ўлчамлари катталашмаган. Талок катталашмаган. Сийиши эркин, оғриқсиз. Ичи кунига 2 маҳал, рангсиз.

Қоннинг умумий талили: Эритроцитлар – 4.0×10^{12} г/л, гемоглобин – 122,0 г/л, рангли кўрсаткич – 1,0, лейкоцитлар – 24×10^9 /л. Лейкоцитар формула: таёқча ядроли – 12%, сегмент ядроли – 64%, лимфоцитлар – 23%, моноцитлар – 3%, эозонофиллар – 2%, базофилар – 1%, тромбоцитлар – 200×10^9 /л, ЭЧТ – 2 мм/соат. Сийдик ранги: Сомон сариқ солиштира оғирлиги-1012, лейкоцитлар – 1 к/м. Нажаснинг умумий таҳлили: мушак тўқимаси – йўқ, бириктирувчи тўқима – йўқ, нейтрал ёғлар – йўқ, шиллик, эпителий – йўқ.

Орқа мия суюқлиги таҳлили: Миқдори 5.0 мл, Ранги сарғимтир, Тиниқлиги лойқа, оксил 0,40 г/л, цитоз 1264, лимфоцитлар 35%, нейтрофиллар 65%, чўкмаси йўқ, эритроцитлар 1-2 (кўриш майдонида). Бактериологик текширувда диплококклар аниқланди. Клиник ташхис: Менингококкли инфекция, менингит оғир кечиши. Беморга қуйидаги даво воситалари: тўшакли режим, кўпроқ суюқликлар истеъмоли, пенициллин тана вазнига оғирлигига 300 000 ТБ/кг мушак орасига ва вена ичига буюрилган, вена ичига 10% ли глюкоза.

Қайта таҳлил олинганда.

Қоннинг умумий таҳлили: Эритроцитлар – 4.2×10^{12} г/л, гемоглобин – 128,0 г/л, рангли кўрсаткич – 1,0, лейкоцитлар – 8×10^9 /л. Лейкоцитар формула: таёқча ядроли – 12%, сегмент ядроли – 54%, лимфоцитлар – 33%, моноцитлар – 3%, эозинофиллар – 2%, базофиллар – 1%, тромбоцитлар – 220×10^9 /л, ЭЧТ – 6 мм/соат. Сийдик ранги – сомон ранг, солиштирма оғирлиги – 1012, лейкоцитлар – 1-2 к/м. Нажаснинг умумий таҳлили: мушак тўқимаси – йўқ, бириктирувчи тўқима – йўқ, нейтрал ёғлар – йўқ, шиллик, эпителий – йўқ.

Орка мия суюқлиги таҳлили: Миқдори 5.0 мл, Ранги рангсиз, Тиниқлиги тиниқ, оксил 0,12 г/л, цитоз 64, лимфоцитлар 65%, нейтрофиллар 35%, чўкмаси йўқ, эритроцитлар 1-2 (кўриш майдонида). Бактериологик текширувда кокклар аниқланмади.

Касалликнинг 25 куни беморнинг аҳволи яхшиланди, иштаҳа пайдо бўлди, менингеал белгилар йўқолди.

Тақдим этилган касаллик тарихини ташхисот ва даволаш стандартлари асосида таҳлил қилиб, қуйидаги саволларга жавоб беринг. 1. Врач касалликнинг ташхисот стандарти доирасида текширувларни ўтказдими? 2. Врач касалликнинг даволаш стандарти асосида даволадими? 3. Сизнинг тактикангиз қандай бўлади.

Тест

Менингококкли инфекция учун ноҳос касаллик манбаи:

*хайвонлар
соғлом бактерия ташувчи
утқир назофарингит билан оғриган бемор
тарқалган шаклининг бошланғич даври

Менингококкли инфекция учун хос мавсумийлик:

*киш, баҳор
ез, куз
куз, киш
баҳор, ез

Менингококкли инфекция учун хос юкиш механизми:

*хаво томчи
нажас-оғиз
трансмиссив
мулоқот

Менинголококкли инфекция билан купрок оғрийдиган шахслар:

*14 ешгача
катта ешдагилар
14-30 еш
чакалоқлар

Менингококкли инфекция учун ноҳос лабораториявий усул:

*риномитоскопия
гемокультура
ликвор узғаришлари
халқумдаги суртма

Менингококкли менингит ун хос потогенез даври:

*мия юмшоқ пардаси яллиғланиши
бактериемия
аллергик ҳолат
бактеримия, токсинемия

Менингококкли менингококцемиянинг асосий патогенетик даври:

*бактериемия, токсиниемия

аллергик узгаришлар

иммуногенетик узгаришлар

мия юмшоқ пардасининг яллигланиши

Менингококкли инфекцияда мия шиши ва кенгайиши сабаби:

*нейротоксикоз

гемодинамик бузилиш

метоболик бузилиш

МНСнинг учокли патологияси

Менингококкцемиянинг асосий белгиси:

*нотугри шаклли геморрагик белги

юкори харорат, бош огриги

терининг окимтир рангга кириши

склера ва конъюктивада кон куйилиши

Менингококкли инфекцияда мия шишиши кенгайишига нохос клиник белги

*учокли белги

эс-хушининг огиши

тиришиш

нафас олиш ва юрак фаолиятининг бузилиши

ликворда босимнинг ошиши

Менингококкли назафарингит асосий белгиси:

*бурун битиши, тана хароратини ошиши, халкум кизариши

курук йутал

товуш хириллаш

хансираш, бурун битиши, тана хароратини ошиши

Менингококкли менингоэнцефалит учун нохос белги:

*геморрагик тошма

иситма, калтираш

парез ва фалажлик

менингиал синдром

Менингококкли менингит учун нохос белгилар:

*парез ва фалажланиш

патологик рефлекслар пайдо булиши

тери рефлекслари сунити

менингеал белгилар пайдо булиши

Менингококкли менингит учун периферик конда хос булган узгариш:

*лейкоцитоз, нейрофиллез

лейкопения, лимфоцитоз

анэозинофилия, лейкопения

эозинофилия, лейкопения, моноцитоз

Эпиндиматит синдроми билан кечувчи менингит учун нохос белги:

*уйкучанлик

каттик бош огриги

менингиал белгилар

рухий узгаришлар

Менингококкли инфекция клиник таснифига нохос шакллар:

*меъда ичак

уткир назофарингит

менингит

менингококкцемия

менингоэнцефалит

Церебрал гипотензив синдроми кечувчи менингит учун нохос белги:

*менингеал белги

сувсизланиш белгилари
менингеал белгилар булмаслиги
ликвдор босимининг пасайиши
ликвор босимининг пасайиши

Умумий менингиал белгилар жумласига киради

*Тери гиперстезияси, ёругликдан куркиш, гиперакузия

Энса мушакларининг таранглашиши белгиси

Керниг белгиси

Флато белгиси

Мушакларнинг тоник таранглашиш белгилари жумласига киради:

*Брудзинский белгилари

Флато белгиси

Тери гиперстезияси, ёругликдан куркиш, гиперакузия

Бабинский патологик рефлекси

Огрикли феномен белгилар:

*Кулмов рефлекси

Амосса белгиси

Эдельман белгиси

Тери гиперстезияси, ёругликдан куркиш, гиперакузия

Энса мушакларининг таранглашиши белгиси тавсифи

*врач чап кулини бемор кукрагига куйиб, унг кули билан бемор иягини кукрагига тегизмокчи булса каршилик ва огрик кузатилади.

тизза ва чанок-сон бугимларида букилган оёкни ёзганда бугимларда огрик ва каршилик сезади

беморнинг иягини кукракка тегизмокчи булганда, оёклари тизза ва чанок-сон бугимларида букилади.

беморнинг бир оёги тизза ва чанок-сон бугимларида букилса, иккинчи оёги уз холича тизза ва чанок –сон бугимида букилади.

Керниг белгиси тавсифи

*тизза ва чанок-сон бугимларида букилган оёкни ёзганда бугимларда огрик ва каршилик сезади

врач чап кулини бемор кукрагига куйиб, унг кули билан бемор иягини кукрагига тегизмокчи булса каршилик ва огрик кузатилади.

беморнинг иягини кукракка тегизмокчи булганда, оёклари тизза ва чанок-сон бугимларида букилади.

беморнинг бир оёги тизза ва чанок-сон бугимларида букилса, иккинчи оёги уз холича тизза ва чанок –сон бугимида букилади.

Брудзинский юкори белгиси тавсифи

* беморнинг иягини кукракка тегизмокчи булганда, оёклари тизза ва чанок-сон бугимларида букилади.

тизза ва чанок-сон бугимларида букилган оёкни ёзганда бугимларда огрик ва каршилик сезади

врач чап кулини бемор кукрагига куйиб, унг кули билан бемор иягини кукрагига тегизмокчи булса каршилик ва огрик кузатилади.

беморнинг бир оёги тизза ва чанок-сон бугимларида букилса, иккинчи оёги уз холича тизза ва чанок –сон бугимида букилади.

Брудзинскийнинг урта белгиси тавсифи

*бемор ков сохаси босилганда, оёклари тизза ва чанок –сон бугимида букилади.

тизза ва чанок-сон бугимларида букилган оёкни ёзганда бугимларда огрик ва каршилик сезади

беморнинг иягини кукракка тегизмокчи булганда, оёклари тизза ва чанок-сон бугимларида букилади.

беморнинг бир оёги тизза ва чанок-сон бугимларида букилса, иккинчи оёги уз холича тизза ва чанок –сон бугимида букилади.

Брудзинскийнинг пастки белгиси тавсифи

*беморнинг бир оёғи тизза ва чанок-сон бўғимларида букилса, иккинчи оёғи уз ҳолича тизза ва чанок –сон бўғимида букилади.

врач чап кулини бемор кукрагига куйиб, унг кули билан бемор иягини кўкрагига тегизмоқчи булса каршилиқ ва огрик кузатилади.

беморнинг иягини кукракка тегизмоқчи булганда, оёқлари тизза ва чанок-сон бугимларида букилади.

беморнинг чанок сон ва тизза бугимларида букилган оёгини ёзишга ҳаракат килинганида шу оёқнинг бош бармоғи ёзилади.

Эдельман белгиси тавсифи

*беморнинг чанок сон ва тизза бугимларида букилган оёгини ёзишга ҳаракат килинганида шу оёқнинг бош бармоғи ёзилади. .

тизза ва чанок-сон бўғимларида букилган оёқни ёзганда бугимларда огрик ва каршилиқ сезади

беморнинг иягини кукракка тегизмоқчи бўлганда, оёқлари тизза ва чанок-сон бугимларида букилади.

беморнинг бир оёғи тизза ва чанок-сон бугимларида букилса, иккинчи оёғи уз ҳолича тизза ва чанок –сон бугимида букилади.

Менингококкцемия тошмасига ҳос ҳарактер:

*тери сатҳидан бироз баланд, ушлаганда безчалари аниқланади

тери сатҳидан юкори эмас, босганда йуқолади

тери сатҳидан юкори эмас, безчалари аниқланмайдиган геморрагик тошмалар

тери сатҳидан юкори эмас, безчалари аниқланмайдиган розеолали тошмалар

Менингококкли инфекция учун ноҳос клиник белгилар:

*корин огриги

тана ҳароратининг кутарилиши

кучли бош огриги

кусиш

Менингококкли инфекция учун ноҳос менингиал белги:

*Лассега белгиси

энса мушаклари таранглашуви

Керниг белгиси

Брудзинский белгиси

Бехтеров белгиси

Менингококкцемия яшинсимон кечиши учун ноҳос белгиси:

*ликворда узгариши

менинеал белгилар, эс ҳуши йуқолиши

геморрагик тошмалар, кон куйилишлар

кон босими пасайиши, ипсимон пульс

Болаларда менингококкли менингит учун ноҳос менингиал белги:

*энса мушаклари таранглашиши

Лессаж белгиси

ликилдокнинг учта белгиси

тувак белгиси

Менингококкцемиянинг яшинсимон кечиши учун ноҳос белги:

*кусиш

эт увишиб, калтираш

геморрагик тошмалар, кон куйилишлар

тахикардия

нафас аритмияси

Менингококкли инфекция ташхисотида кулланилмайдиган услуб:

*кон суртмаларини бактериоскопик текшириш

кон экмаси

ликворни бактериологик текшириш

геморрагик тошма кирриндисидан бактериологик текшириш

Менингококкли менингит учун ликвордаги узгаришлар:

*нейтрофилли цитоз

лимфоцитли цитоз

Панди-Нонне-Апельт синамасы манфий

ликвор тиник, рангсиз

Менингококкли менингит ташхисотида кулланиладиган энг мухим услуб:

*иммунологик текширув

ликвор бактериологик текширув

халкумдан суртма олиш

касаллик тарихи

Менингококкли менингитда нохос булган ликвордаги узгаришлар:

*лимфоцитли цитоз

оксил микдорининг ошиши

нейтрофилли цитоз

Панди синамасы мусбати

бактериологик диплококк топилиши

Менингококкли менингит киеслаш ташхисоти утказишда нохос касаллик

*грипп

менингизм

серозли менингит

туберкулезли менингит

иккиламчи менингит

Менингококкли менингококкцемияни киеслаш ташхисоти утказишда нохос касаллик:

*кизамик, кизилча

геморагик иситма

ич терлама, паратиф

тошмали тиф

Менингококкли менингит давосида кулланилмайдиган даво воситаси:

*серотерапия

дезинтоксикация

дегидратация

этиотроп

десенсибилизация

Менингококкли менингитда мия шиши билан курашишда кулланилмайдиган даво воситаси:

*5 % ли глюкоза

маннитол

лазикс

тузли эритма

протеаз ингибиторлари

Менингококкли менингитни даволашда этиотроп восита билан даволаш ни тухтатиш критерийси:

*ликворда кузгатувчи топилмаслиги, цитоз 100 дан кам лимфоцитлар хи

клиник согайиш, тана хароратининг нормаллашиши

менингиал белгилар йуколиши

бош огриги йуколиши, кусишнинг тухташи

Менингококкцемиянинг асосий белгиси:

*нотугри шаклли геморагик белги

юкори харорат, бош огриги

терининг окимтир рангга кириши

склера ва конъюктивада кон куйилиши

Мия шиши давоси учун хос воситалар:

*гидрокортизон, эуфилин, 40% ли глюкоза, маннитол, реополиглюкин
 строфантин, преднизалон, дроперидол, фурациллин,
 антибиотиклар, реополиглюкин, преднизолон, АТФ, лазикс
 антибиотиклар, 5% глюкоза, гепатопротекторлар

-Жорий назоратни баҳолаш мезони:

№	Ўзлаштириш(фоиз(%))ва баллда	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1			
2			

-Машғулотнинг хронологик харитаси:

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин)
1	Назарий қисм	мустақил	45 минут
2	Аналитик қисм	Оғзаки, ёзма	45 минут
3	Амалий қисм	Кўрик, бажариш	45 минут

-Назорат саволлари:

1. Менингит ва менингоэнцефалит тўғрисида тушунча, келиб чиқиш сабаблари.
2. Менингит ва менингоэнцефалит билан кечувчи касалликлар таснифи.
2. Менингит ва менингоэнцефалит билан кечувчи касалликларни қиёслаш босқичлари ва услублари .
3. Менингит ва менингоэнцефалит ташхисот мезонлари.
4. Бирламчи серозли менингит ташхисот мезонлари.
5. Иккиламчи серозли менингит ташхисот мезонлари.
6. Бирламчи йирингли менингит ташхисот мезонлари.
7. Иккиламчи йирингли менингит ташхисот мезонлари.
8. Менингит ва менингоэнцефалит синдромида юзага келадиган оғир ҳолатлар, асоратлар.
9. Менингит ва менингоэнцефалит синдромида юзага келадиган шошилиш ҳолатларида Умумий амалиёт шифокори тактикаси.
10. Менингит ва менингоэнцефалит синдромида болаларда кечиш хусусиятлари.

-Тавсия этилган адабиётлар:

асосий:

1. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни». Учебная литература для студентов медицинских институтов Москва – 1999 – 560 с.

2. Мажидов В.М. «Юқумли касалликлар». Тиббиёт олий ўқув юртлари учун ўқув қўлланма– Тошкент – 1995 – 471 б.

3. Нисеевич Н.И, Учайкин В.Ф. «Инфекционные болезни у детей». Учебная литература для студентов медицинских институтов, Учайкин В.Ф. Москва – 1985 – 230 с.

4. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. «Инфекционные болезни в деятельности ВОП» – Ташкент. -2007 г.

Қўшимча адабиётлар

1. Infectious Diseases/ Paul D. Hoerprich, 1998, New York, USA
2. Покровский В.И. и др. «Инфекционные болезни и эпидемиология». Учебная литература для студентов мед., институтов. Москва-2003. – 650 с
3. Постовит В.А. «Детские инфекционные болезни у взрослых». Монография. – Л. – 1982. 90 с.
4. «Руководство по воздушно-капельным инфекциям». Монография. И.К.Мусабаев. – Т. – 1985. 320 с.
5. «Менингококковая инфекция». Монография. Ходжаев Ш.Х., Соколова И.А. – Т. – 1986. 150 с.
- 6 . «Эпидемический паротит». Монография. Казанцев А.П. – М. – 1988. 176 с.
7. «Острые вирусные энцефалиты у детей». М.Лещинская Е.В., Мартыненко И.Н. - 1990.
8. . «Неотложные состояния у инфекционных больных». Монография. Соринсон С.Н. – Л. – 1990. 251 с.
9. «Справочник ВОП по инфекционным болезням у детей». Иванова В.В. - С-Птб. - 1997.
- 10 «Инфекционные болезни». Атлас. Р.Эмонд. – М. - 1998.
- 11 . «Ошибки в диагностике инфекционных болезней». Шувалова Е.П. - Л. - 1998.
12. «Детские инфекционные болезни» Учайкин В.Ф. – М. - 1999.
13. «Руководство по инфекционным болезням». Монография. Лобзин Ю.В.- С-Птб. 2000. 14.
- «Основы активной иммунизации детей». И.Р.Аширова, Д.А.Аскарова. Т. - 2001.
15. «Корь». Т.А.Даминов, Н.У. Таджиева. - 2005.
16. Маърузалар матни.
- 17.Интернет маълумотлари қуйидаги сайтлардан олинади: www.infectology.ru/.иммунология, www.rmj.ru, www.rmj/infectology/2005/ru; www.medlinks.ru; www.apteka.uz; www.med-site.narod.ru/htm; www.speclit.med-lib.ru/inf/index; www.infectiousdisease.com; www.medicina.org.ua/dek; www.speclit.spb.ru; idbuxmi.narod.ru