

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIIY
VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI**

**X. Q. SHODMONOV, X. SH. ESHMURODOV,
O. T. TURSUNOVA**

ASAB VA RUHIY KASALLIKLAR

Tibbiyot kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma

3-nashri

«O‘QITUVCHI» NASHRIYOT-MATBAA IJODIY UYI
TOSHKENT – 2010

Taqri zchilar:

- M.R. Tilavov** – Qarshi Tibbiyot kolleji direktori, oliy toifali pediatriya o'qituvchisi,
I.M. Tursunova – Jizzax tibbiyot kolleji direktori, t.f.n.,
N.L. Niyozov – Qashqadaryo viloyati Bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi direktori, oliy toifali nevrolog,
I.G'. Jalilov – Qarshi tibbiyot kolleji metodisti.

O'quv qo'llanma tibbiyot kollejlarining talabalari uchun mo'ljallangan bo'lib, ikki bo'limdan iborat.

Kitobning birinchi bo'limida O'zbekistonda nevrologiya fanining rivojlanish tarixi, asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi hamda bemorlarni tekshirish usullari, ikkinchi bo'limda esa asab kasalliklarining kelib chiqish sabablari, oqibati, klinik belgilari, diagnostikasi, davosi, oldini olish chora-tadbirlari va bemorlarni parvarish qilish yo'llari yoritildi.

Kitobda psixiatriya fanida uchraydigan simptomlar va sindromlar hamda ruhiy kasalliklar haqida, ruhiy kasalliklarni parvarish qilish va davolash haqidagi ma'limotlar yoritildi.

O'quv qo'llanmadan soha mutaxassislari hamda tibbiyot institutlari talabalari ham foydalanishlari mumkin.

Sh $\frac{4109020000 - 121}{353(04)-2010}$ Qat. buyurt. – 2010

ISBN 978-9943-02-262-1

© «Talqin», 2004-y.

© «O'qituvchi» NMIU, qayta
ishlangan va to'ldirilgan, 2010-y.

*Bilinga chanqoq, iste'dodli yoshlarni
topib, ularni vatanga fidoyi insonlar qilib
tarbiyalash muqaddas vazifamizdir.*

I.A. Karimov

SO'ZBOSHI

Bugungi kunda mamlakatimizda barcha sohalar qatorida ta'lim tizimida ham qator ijobiy o'zgarishlar amalga oshirilmoqda. O'zbekiston Respublikasining «Ta'lim to'g'risidagi» va «Kadrlar tayyorlash Milliy dasturi»ning asosiy vazifalaridan biri qonun talablariga amal qilgan holda kasb-hunar kollejlari uchun o'quv qo'llanma va darsliklarni yangidan yozishdan iborat.

Kadrlarni har tomonlama malakali, yetuk mutaxassislar qilib tayyorlash uchun zamon talablariga javob beradigan darslik va o'quv qo'llanmalar zarur.

Inson ulug'. Insonning ulug'vorligi esa uning bosh miyasining mahsuli bo'lmish ongidadir. Inson harakat qilish, ko'rish, eshitish, sezish, fikrlash, hisoblash, mulohaza qilish, musiqani tushunish kabi qobiliyatlarga ega. Bunga oliy nerv faoliyati deyiladi. Ilm-fanning hozirgi taraqqiyoti va yutuqlariga qaramasdan bosh miya oliy faoliyati to'g'risida kishilar ongida inkor etib bo'lmaydigan quyidagi tushunchalar o'rnashib qolgan: quloq – eshitadi, ko'z – ko'radi, og'iz – ta'mni sezadi, burun – hidni biladi kabi tushunchalar bir qarashda inkor etib bo'lmaydigan haqiqatga o'xshaydi. Vaholanki ko'z o'zi ko'rmaydi, quloq eshitmaydi, og'iz ta'm bilmaydi, burun hidni ajrata olmaydi. Bu sezgilar faqatgina bosh miya orqali ro'y beradi. Chunonchi, ko'zimiz, qulog'imiz qanchalik sog'lom bo'lmasin, agar bosh miyadagi ko'rish, eshitish markazlari jarohatlangan bo'lsa, insonning ko'zi ojiz, qulog'i esa kar bo'lur edi. Hech qanday jarrohlik usullari bunday ko'zni ham, quloqni ham ocha olmaydi.

Nevrologiya ikkita – umumiy va xususiy bo'limlardan iborat. Umumiy nevrologiya markaziy va periferik nerv sistemasining zararlanishi natijasida kelib chiqadigan sindromlarni, ularni tekshirish usullarini, tipik tashxisini (jarayon qayerda joylashganligini aniqlash) o'rganadi. Xususiy nevrologiya esa o'ziga xos nozologik usullarni, ya'ni alohida asab kasalliklarini o'rganadi.

Asab va ruhiy kasalliklar fani kundalik turmushimizda uchrab turadigan va turli yoʻllar bilan davolanadigan kasalliklar, ularning kelib chiqish sabablari, kechishi, davolash, oldini olish, bemorlarni bevosita va asbob-uskunlar yordamida tekshirish usullari va hokazolarni oʻrganadi.

Keyingi paytlarda asab va ruhiy kasalliklar koʻpayganligi oqibatida shunday darslik va oʻquv qoʻllanmalarga talab kuchaydi. Shularni eʼtiborga olgan holda ushbu oʻquv qoʻllanma toʻldirilib, qayta ishlangan holda qayta chop etilmoqda. Kitobdagi mavzularni yoritishda Internet yangiliklari, shu sohaga oid chop etilgan adabiyotlardan foydalanildi.

UMUMIY BO‘LIM

NEVROPATOLOGIYA VA PSIXIATRIYANING RIVOJLANISH TARIXI

Nevrologiya faniga bundan ming yil ilgari Abu Ali ibn Sino asos solgan bo‘lib, faqat XIX asr oxiri, XX asr boshlariga kelib Yevropa tibbiyotida nevrologiya fan sifatida ajralib chiqdi. Abu Ali ibn Sino birinchi bo‘lib umumiy nevrologiya bilan xususiy nevrologiyani ajratgan, inson a‘zolarining faoliyatini ularning tuzilishi bilan chambarchas bog‘liq ravishda bayon qilib bergan. Shu bilan birga a‘zolari bosh miya va itoatkor a‘zolarga bo‘lib chiqqan, bosh (markaziy) a‘zolarga bosh va orqa miyani kiritdi. Bosh miyani his-tuyg‘ular va harakatning boshlang‘ich a‘zosi deb ta’riflab, uning anatomiyasini bayon qilib bergan. Ibn Sino bosh miyani «ong markazi» deb ta’riflaydi. Bu a‘zo orqali biz dunyoni ko‘ramiz, eshitamiz, mushohada qilamiz va hidni sezamiz.

Ichki a‘zolarining faoliyati, ishlash tarzi ham bosh miyaga bog‘liq. Ibn Sino orqa miya anatomiyasi va fiziologiyasini chuqur o‘rganib, shunday yozgan edi: «Yaratuvchi... bosh miyaning bir qismini pastga (tananing pastki qismiga) tushirib, insonga muruvvat ko‘rsatdiki, undan ajralgan asablar mayda tarmoqlarga bo‘linib, o‘z vazifalarini bemalol, uzluksiz bajo keltiradilar». Ibn Sino nafas markazining bosh miya bilan orqa miya o‘rtasida joylashganligini, jinsiy va siydik chiqarish a‘zolari faoliyatini orqa miya idora qiladi, deb aytgan. U «Tib qonunlari» kitobida periferik asab tizimining anatomiyasi va fiziologiyasini tasvirlab bergan. Periferik asablarni Ibn Sino quyidagicha ta’riflaydi: «Asablar bosh miyadan yoki orqa miyadan boshlanib, mayda, yumshoq o‘tkazgichlardan iborat. Ular harakatlantirish va sezish vazifalarini bajarish uchun yaratilgan». Bundan tashqari, bosh miya va orqa miya asablarining harakatlantiruvchi va sezuvchi vazifalarini e’tiborga olib, alohida-alohida bayon qilib bergan. Ibn Sino asab va ruhiy kasalliklarga tasnif bergan. Hozirgi zamon asab tizimi tasnifi Ibn Sino yaratgan tasnifdan uncha farq qilmaydi. Ibn Sino kasalliklarni o‘tkir va surunkali, yengil yoki og‘ir, davolanadigan va

davolanmaydiganlarga bo‘ladi. Kasallikni 4 ta: boshlang‘ich, zo‘rayish, o‘ta zo‘rayish va susayish davrilarga ajratadi. Ichki a‘zolar kasalliklari tufayli asab tizimining buzilishini bayon qilgan. Ibn Sino bemorlarni davolashda psixoterapiyaga katta e‘tibor bergan. Uning fikricha, yaxshi so‘z, mehribon do‘st va sevimli odamlarning yaqinligi, sayrusayohatlar, ov qilish, musiqa tinglash kabilar kayfiyatni yaxshilovchi omillar inson ruhini ko‘tarib salomatligini mustahkamlaydi. Bundan tashqari, kasallik turlarini o‘rganishda *Al-Xorazmiy*, *Al-Forobiy*, *Abu Bakr ar-Roziy* va boshqa olimlar olib borgan ishlar ham maqtovg'a sazovordir. Insonning asabi nozik, lekin qudrati zo‘r. Kishi asabi qancha zo‘riqsa, kasallikka shuncha tez chalinadi va dard ancha og‘ir o‘tadi.

O‘rta Osiyo Davlat dorilfununining ochilishi O‘zbekistonda nevrologiya fanining rivojlanishiga sabab bo‘ldi. 1920-yil yanvar oyida dorilfununning tabobat fakulteti qoshida «Asab kasalliklari» kafedrası tashkil etildi. Bu kafedraga birinchi bo‘lib professor M.L. Zaxarchenko asos soldi. Keyinchalik bir necha o‘zbek olimlari: *A.R. Rahimjonov*, *X.K. Salohiddinov*, *M.X. Samiboyev*, *F.T. Abduhakimov*, *Sh. Sh. Shomansurov*, *B. G‘ofurov*, *M. Otajonov*, *E. Shamsiyev*, *S.S. Busakov*, *Sh. Asqarov*, *F.K. Xannanova*, *G.Q. Sodiqova*, *A.M. Aslanovlar* asab kasalliklari bo‘yicha fanga bir qancha yangiliklar kiritdilar.

O‘zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishgandan so‘ng tibbiyot fanining rivojlanishiga katta e‘tibor berildi. 1991-yilda Buxoro, Nukus va Urganchda tibbiyot institutlari ochildi. U yerda malakali shikorlar yetishib chiqmoqda.

Nevropatologiya (*grekcha* «nevron» – nerv yoki asab, «pat-hos» – kasallik, «logos» – fan) – asab kasalliklari va nervning harakatlantiruvchi, sezuvchi, vegetativ qismlaridagi buzilishlarni hamda ularni davolash, oldini olish choralarini o‘rganuvchi fandir.

Psixiatriya (*grekcha* «psyche» – ruhi, jonni, «iatreo» – davolash) – odamning bilish faoliyatidagi sezgilar va xulq-atvorida paydo bo‘ladigan buzilishlarni o‘rganadi. Odamning ruhiy faoliyatida ro‘y beradigan o‘zgarishlar va ularni davolash hamda oldini olish bilan shug‘ullanadi.

Nevrologiya ikki qismdan iborat.

Umumiy nevrologiya – asab tizimining anatomiyasi, gistologiyasi hamda fiziologiyasi, shuningdek to‘liq tashxis qo‘yishni, ya‘ni zararlanish qayerda yuz bergan va uning natijasida nima ro‘y berishini o‘rganadi.

Xususiy nevropatologiya – asab kasalliklarining kelib chiqish sabablari, rivojlanishi, klinik manzarasi, oqibatlari, davolash va oldini olish choralarini o‘rganadi.

Psixiatriya ham ikki qismdan iborat.

Umumiy psixopatologiya – ruhiy kasalliklarning umumiy alomatlari, kechishining qonuniyatlari, aniqlash usullari va tasnifi, davolash va oldini olish choralarini o‘rganadigan.

Xususiy psixiatriya – ruhiy kasalliklarning turlari, qiyosiy tashxisi va davolash usullarini o‘rganadi.

1-BOB. BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Rentgenologik tekshirish usullari

Tashxis qo‘yishda miya qutisi yoki umurtqa pog‘onasini **rentgenologik** tekshiruvlar (kraniografiya, spondilografiya) **katta yordam beradi**.

Spondilografiya bemorning umurtqasidagi, uni o‘zaro bog‘lovchi qismlaridagi, orqa miya va vertebrobazillar tizimidagi qon aylanishining buzilishi va turli xil og‘riqlarga sabab bo‘luvchi kasallik belgilari aniqlanadi.

Kraniografiya kalla suyagining rentgen tasviridir. Har bir kasallik uchun o‘ziga xos kraniogramma belgilari mavjud. Masalan, miya qutisi ichining gipertenziyasida panja barmoqlar botirilganligi, turk egarining silliqalanishi yoki kengayishi, bolalarda miya qutisi choklarining bir-biridan ajralishi, miya qutisi hajmining kattalashishi xosdir.

Gipofiz o‘smasida turk egari kattalashadi, orqa, old devori tekislanib qoladi.

Kompyuter tomografiyasi juda noyob va zamonaviy tashxis qo‘yish usulidir. Bunda kristall va gazli detektorli skanner qurilmasi yordamida miyadagi kasallangan joy o‘rganiladi. 20, 40, 60 soniya davomida skanner bemor boshini bir marta aylanib o‘tib, ma’lum masofada miya qatlamlarining rentgen nurlarini yutish xususiyatini 160, 256, 512 marta o‘lchaydi. Bu axborot EHM qurilmaga uzatiladi va miyaning har bir qatlamlaridagi tasvir ekranda paydo bo‘ladi. Tasvirni juda qisqa vaqt (40–50 soniya) davomida olish mumkin. Bu usulning yana bir afzalligi shundaki, tasviriga tushirish ham mumkin. Kompyuter tomografiya usuli ko‘pgina tug‘ma qiyshayishlar, o‘smali jarayonlar, qon quyilish

o'choqlari, yiringli jarayonlar, miya qorinchalarining kengayishi, gidrotsefaliya haqidagi juda noyob ma'lumotlarni beradi.

Yadro-magnit rezonans usuli. Bu yangi usullardan biri bo'lib, keyingi vaqtlardan qo'llanila boshlandi. Bunda ba'zi kimyoviy elementlar atomlari (vodorod, fosfor va boshq.) kuchli magnit maydonida rezonans hodisaga uchraydi. Paydo bo'lgan elektromagnit impulslar har bir to'qimaning o'ziga xos tovushni beradi, bu tovush kompyuterda qayd etiladi, qayta ishlanib, ekranga tasviri tushiriladi.

Yadro-magnit rezonans usuli ichki a'zolaridagi va asab tizimidagi organik jarohatlar, o'smali jarayonlar, parazitlar, qon tomirlardagi aterosklerotik o'zgarishlarni aniqlashda, ularga tashxis qo'yishda katta yordam beradi. Bu usul orqali insultni boshdan kechirgan bemorlarda bosh miya to'qimasining tiklanish xususiyati ham aniqlanadi.

Elektromiografiya (EMG) – mushaklar biopotensiallarini tekshirish orqali harakat apparati holatini aniqlash usulidir.

EMG mushakning harakat sohasidagi o'zgarishni, aniqrog'i, uning markaziy yoki periferik asab qismida yoki mushakning o'z holatini aniqlashda yordam beradi. EMG orqali bu o'zgarishlarni dastlabki bosqichda, ya'ni hali klinik belgilar yuzaga chiqmasdanoq aniqlash mumkin. Bu usul kasallikning kechishida, harakat buzilishining periferik falajlik xilida boshqa o'xshash kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazishda aniq ma'lumotlar beradi.

Bemordagi mushaklar faoliyatini tekshirish uchun elektromiografiya qo'llaniladi. Elektromiografiya elektron kuchaytirgich va qayd qiluvchi tuzilmadan iborat asbobdir.

Elektroensefalografiya (EEG) – miya biopotensiallarini qayd qilishga asoslangan zamonaviy tekshirish usuli. Elektroensefalografiya orqali bosh miya potentsiallari qayd etiladi va ularning tasvirlari qog'ozga tushiriladi. Hozirgi vaqtda bir vaqtning o'zida miyaning turli sohalaridan biotoklar qayd etuvchi 4, 8, 16 kanalli elektroensefalografiya keng qo'llaniladi. Miya biotoklarini qayd qilish usuli *elektroensefa-logramma* deyiladi. Bu usul orqali epilepsiya, o'sma kasalliklari aniqlanadi. (1-rasm)*.

Reoensefalografiya (REG) – miya qutisi ichiga yuqori chastotali o'zgaruvchan tok yuborish natijasida qon aylanish holatini aniqlash.

* Rasmlar rangli vkleykada berilgan.

Tirik to'qimaning elektr qarshiligi miyaning qon aylanishiga ko'p jihatdan bog'liqdir. REG tekshirilayotgan sohadagi tomirlarning holatini, ularning tonusini aniqlaydi.

Exoensefalografiya (Exo-EG) – bosh miyani ultratovush nurlari yordamida tekshirish. Ultratovush nurlari bemorning boshiga tik holatda yuboriladi. Boshdan o'tayotgan tovush nurlari o'z yo'nalishida har xil qarama-qarshiliklarga uchraydi va aks sadolar hosil bo'ladi. Shu jumladan bosh suyagi bilan miya chegarasida hosil bo'luvchi qarshilik aks sadosi ham. Aks sado tovushlari tik holatda otilib chiqqan chiziqni hosil qiladi. Bu aks sado tovushlari ichida o'rta chiziqdagi (III qorincha, epifiz, gipofizdan akslangan) tovushlar katta ahamiyatga ega. Bunday o'rta chiziq aks sadosi M-exo deyiladi. Me'yoriy holatda M-exo o'rta qismda joylashgan bo'ladi. M-exoni o'lchash tashxis qo'yish uchun muhim ahamiyatga ega. Bosh miya o'smasi, absessi, parazitlar kasalliklari, gematomasi, tuberkulomasi va boshqalarda miya o'rtasida joylashgan III qorincha va epifiz joyidan qo'zg'algan, o'ng yoki chap tomonga surilgan holatda bo'ladi. Bu hol M-exoning ham surilishiga olib keladi. Exoensefalografiya bosh miyadagi kasallik jarayonini topishda katta ahamiyatga ega.

Asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi va gistologiyasi.

Asab kasalliklarining umumiy simptomatologiyasi.

Asab to'qimasi

Nerv tizimining struktura – funksional birligi *neyron* deb ataladi. Nerv hujayralari, asosan, asab tizimining markaziy qismida (bosh va orqa miyalarda) joylashgan bo'lib, uning tolalari periferik nervlarni hosil qiladi. Nerv hujayrasi yoki neyroni bir qancha o'simtalar va tanadan iborat (*2-rasm*). Neyronni tana, akson va dendrit tashkil etadi. Nerv hujayrasining o'simtalar kalta va uzun bo'ladi. Hujayraning asosidan ketgan uzun o'simtasi *akson*, kalta daraxt shoxlariga o'xshash o'simtalar esa *dendrit* deb ataladi. Dendritlar nerv impulslarini qabul qilib, nerv hujayrasi tanasiga o'tkazadi, so'ng akson bo'ylab hujayradan periferiyaga (sirtga) o'tadi. Nerv impulslari har doim bir tomonga yo'naladi, ya'ni dendritdan hujayra tanasiga, keyin aksonga o'tadi, bu *dinamik polyarizatsiya qonuni* deb ataladi. Akson tugagandan so'ng dendritlarga yaqinlashadi yoki keyingi hujayra tanasiga boradi, bunda neyronlar zanjiri hosil bo'ladi. Nerv hujayralarining bir-biri bilan

tutashgan joyiga *sinaps* deb ataladi. Nerv hujayrasining dendritlari retseptorlar vazifasini bajaradi. Retseptorlar tashqaridan va ichkaridan kelayotgan ta'sirlarni qabul qilib, nerv impulslariga aylantiradi va hosil bo'lgan impulsni hujayra tomon yo'naltiradi. Sinapslar yordamida axborot birinchi neyronning aksoni orqali ikkinchi neyron dendritiga o'tishida mediatorlar yordam beradi. Har bir asab hujayrasi yadro, protoplazma, neyrofibril apparat, xromatin modda va boshqalardan tashkil topgan.

Nerv hujayralarida ikki xil pigment uchraydi:

Lipofutsin – sariq rangda bo'lib, oqsil va lipoiddan tuzilgan, hujayra yadrosi yonida joylashgan. Yoshlarning nerv hujayralarida lipofutsin miqdori kamroq bo'lib, keksaygan sari ko'payib boradi.

Melanin – markaziy asab tizimining ma'lum bir qismidagi hujayralarda uchraydigan qora rangli pigment (masalan, bosh miya po'stloqosti sohasida joylashgan – qora modda).

Nerv tolasi neyrofibrillardan tuzilgan o'q silindrdan iborat bo'lib, asab impulsini o'tkazishda ishtirok etadi. O'q silindr ikki parda bilan qoplangan, bu pardalar *miyelin pardalar* deyiladi. Miyelin pardalar o'q silindrini butunlay o'ray olmaydi, ba'zi joylari ingichkalashib qoladi, bu holat *Ranve qisishmalari* deyiladi. Ikki qisishma orasida joylashgan nerv tolasi bo'lagiga *nerv tolasining segmenti* deyiladi. Miyelin pardaning ustidan o'rab turuvchi pardaga *Shvann pardasi* deyiladi. Shvann pardasining farqi, u qisishma hosil qilmaydi va uning hujayralari bo'ladi.

Periferik asab tizimida ikki xil nerv tolalari uchraydi:

Miyelinli nerv tolalar – miyelin va Shvann pardalari bilan o'ralgan nerv tolalari.

Miyelinsiz asab tolalar – faqat Shvann pardasi bilan o'ralgan nerv tolalari. Bunday nerv tolalarda miyelin parda bo'lmaydi.

Asab sohasi ikkita katta tizimdan iborat.

Markaziy asab tizimiga bosh miya va orqa miya kiradi. Chunki, bu ikkala miya ichkarida (kalla suyagi va umurtqa pog'onasining ichida) – markazda joylashgan.

Periferik asab tizimiga tashqarida joylashgan tuzilmalar kiradi. Bu tizim o'z navbatida quyidagilarga bo'linadi:

- ildizlar (oldingi – harakat ildizi, orqadagi – sezgi ildizi);
- umurtqalararo gangliya (tugunchalar);
- chigallar (yelka, bo'yin, bel va dumg'aza chigallari);

- alohida periferik nervlar (qoʻllarda – bilak, tirsak nervlari, oyoqlarda – son, quymich nervlari va boshq.).

Markaziy asab tizimi

Orqa miya. Orqa miya umurtqa pogʻonasining uzunasiga ketgan kanalida joylashgan. U kattalarda 41–45 sm, yoʻgʻonligi 1–1,5 sm, ogʻirligi 34–38 g ni tashkil qiladi. Orqa miya birinchi boʻyin umurtqasining yuqori qismidan boshlanib, pastki qismi ikkinchi bel umurtqasining yuqori qismida tugallanadi. Yangi tugʻilgan bolalarda ikkinchi va uchinchi bel umurtqa segmentlarining oʻrtasida tugallanadi. Orqa miyada boʻyin va bel kengligi boʻlib, bu qoʻl va oyoqda asab tolalarining koʻpligi natijasida paydo boʻladi. Orqa miya segmentlarga boʻlingan. *Segment* deb – orqa miyaning ikki juft ildizlariga aytiladi. Orqa miya 31–32 juft segmentdan tuzilgan. Bular: 8 ta boʻyin, 12 ta koʻkrak, 5 ta bel, 5 ta dumgʻaza, 1–2 ta dum segmentlaridir. Orqa miyaning har bir segmentida 2 juftdan ildizlar boʻlib, ularning oldingi jufti harakat ildizlari, orqadagi juftlari esa sezuvchi ildizlardir.

Orqa miyaning ichki tuzilishini uning koʻndalang kesimida koʻrish mumkin (*3-rasm*). Bunda koʻndalang kesim markazida kapalaksimon shakldagi kulrang modda joylashgan, uning atrofi oq moddalardan iborat. Kulrang modda nerv hujayralari va uning aksonlaridan iborat. Orqa miyaning oldingi shoxida harakat hujayralari, orqa shoxida esa sezuvchi hujayralar, yon shoxlarida vegetativ nerv hujayralari joylashgan. Orqa miyaning oq moddasi kulrang moddaning atrofida joylashgan, ular *ustunlar* deyiladi:

- y o n u s t u n d a n – pastga tushuvchi harakat yoʻllari, yuqoriga ketuvchi yuzaki sezgi yoʻllar va ekstrapiramid yoʻllar oʻtadi;
- o r q a u s t u n d a n – chuqur sezgi yoʻllari – Burdax va Goll tutamlari oʻtadi;
- o l d i n g i u s t u n d a n – kesishmay qolgan harakat yoʻllari pastga qarab oʻtadi. Oq modda oʻtkazuvchi yoʻllardir.

Orqa miya quyidagi qismlarga boʻlinadi:

- yuqori boʻyin qismi $C_1 - C_4$ segmentlardan iborat: *C (cervicalis)*;
- boʻyin kengligi $C_5 - C_8 - D_1$ segmentlardan iborat: *D (dorsalis) D₁*;
- koʻkrak qismi $D_2 - D_{10}$ segmentlardan iborat;
- bel kengligi $D_n - D_{12} - L_{1-5} - S_{1-2}$ segmentlardan iborat: *L (lumbalis)*;

– orqa miya konusi $S_{3-5} - CO_{1-2}$ segmentlardan iborat; *S(sacralis) Co (coccygea) Co₁₋₂*./

Bosh miya. Bosh miya kalla suyagining ichida joylashgan bo‘lib, katta yoshli kishilarda – 1375 g, ayollarda – 1275 g, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda 330–340 g ni tashkil qiladi. Bosh miya ikkita yarimshar, ya’ni o‘ng va chap yarimsharlardan iborat. Bu yarimsharlarni ustki vertikal chuqur egat ikkiga ajratib turadi. Egatning ostki tomonida oq moddadan paydo bo‘lgan qadoqsimon tana joylashgan. Miya ustuni uzunchoq miya, Vorolev ko‘prigi, miyacha, miya oyoqchalaridan tashkil topgan. Bosh miyaning 3 ta yuzasi bor:

- tepa qismi – konveksital qism;
- ichki qismi;
- bazal qismi yoki miya asosi.

Bosh miya yarimsharlari peshana, tepa, chakka va ensa qismlardan iborat. Bu joylarda markazlar joylashgan bo‘lib, har bir qismning o‘z vazifasi bor. Peshona qismi – harakat uchun, tepa qismi – sezgi uchun, chakka qismi – eshitish, ta‘m, hid bilish uchun, ensa qismi – ko‘rish uchun xizmat qiladi (*4-rasm*). Yon qorinchalar bosh miya yarimsharlarining bo‘shlig‘i bo‘lib, hisoblanadi. Ikkita yarimsharlar bir-biri bilan qadoqsimon tana orqali bog‘langan. Gistologik jihatdan bosh miya 2 qismdan iborat. Oq modda o‘tkazuvchi yo‘llardan, kulrang modda nerv hujayralaridan tuzilgan. Bosh miyaning oq moddasi bu – o‘tkazuvchi yo‘llardir. Bu joylardan ham sezgi, harakat yo‘llari o‘tadi. Bular, o‘z navbatida, quyidagilarga bo‘linadi:

- assotsiativ tolalar – bu tolalar bitta yarimshardagi markazlarni bir-biri bilan bog‘laydi;
- komussural tolalar – ikkita yarimshardagi markazlarni bir-biri bilan bog‘laydi;
- proyeksion yo‘llar – bosh miya po‘stlog‘idagi markazlarni orqa miya bilan bog‘laydi.

Oq moddada yana ichki kapsula joylashgan bo‘lib, undan pastga va tepaga ko‘tariluvchi o‘tkazuvchi yo‘llar o‘tadi. Ichki kapsulaning oldingi sonidan – bosh miya peshana-ko‘prik yo‘llari; orqa sonidan – bosh miya po‘stlog‘i orqa miya yo‘llari (harakat, sezgi, ko‘rish, eshitish yo‘llari); tizza qismidan esa kalla bosh miya nervlarining harakat yo‘llari o‘tadi (*5-rasm*).

Bosh miyaning kulrang moddasi bu faqat nerv hujayralardan iborat. Bu kulrang modda *bosh miya po‘stlog‘i* deb ataladi, uning qalinligi

5 mm ga teng. Bosh miya qobig'ı 6 qavat nerv hujayralaridan tuzilgan. Bosh miya po'stlog'ida 14 mlrd ga yaqin neyronlar bor. Odam shuncha hujayralar bilan tug'iladi, lekin dastlab bu hujayralar yetilmagan bo'ladi, keyinchalik asta-sekinlik bilan yetilib boradi.

Bosh miya po'stloq qismining fiziologiyasi, zararlanishi, uni tekshirish usullari

Bosh miya po'stlog'ı asab tizimining eng oliy joyi hisoblanadi, bu yerda tahlil (analiz – sintez) qilinadi. Bosh miya po'stlog'ining har bir qismi ma'lum vazifalarni bajaradi.

Birinchi tovush tizimi – bu bilish, ko'rib bilish va kundalik amaliy ishlarni bajarish (masalan, kiyinish, yuvinish, ovqatlanish).

Ikkinchi tovush tizimi – bu fikrlash va gapirishdir. Atrofdagi muhitni to'g'ri anglay bilish, unga to'g'ri javob berish, gapirilgan gapni to'g'ri tushunish shu tizimga bog'liq.

Peshana qismida quyidagilar joylashgan: oldingi markaziy egatda ixtiyoriy harakatlarning markazi alohida-alohida, teskari joylashgan; nigoh (qarash) markazi; yozish markazi – grafiya; muvozanat markazi; o'ng qo'l bilan yozadiganlarda chap tomonda gapirish markazi – Brokka markazi; ruhiyat bilan aloqasi bor markaz.

Zararlanganda quyidagilar kuzatiladi: 1. Monoplegiya – bitta qo'l yoki bitta oyoqning falajlanishi. 2. Jekson tutqanog'ı – bitta qo'l yoki bitta oyoqda qaltirash bo'ladi. Bu bosh miya po'stlog'ı ta'sirlanganda kuzatiladi, bemor ma'lum muddat hushini yo'qotmaydi. 3. Nigoh falaji – ikkala ko'z bir tomonga qarab qolgan bo'ladi. 4. Muvozanatning buzilishi – bemor tura olmaydi, zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonga yiqiladi. 5. Agrofiya – yoza olmaslik. 6. Motor afaziyasi – bemor gaplarni tushunadi, lekin o'zi gapira olmaydi. 7. Ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi.

Tepa qismida bosh miyaning orqa markaziy egatida butun sezgi markazlari; sterognoz – jismlarni paypaslab bilish markazi joylashgan; tana o'rinlari joylashgan markaz; praksiya markazi; sanash markazi joylashgan.

Zararlanganda quyidagilar kuzatiladi: 1. Monoanesteziya – bitta qo'l yoki bitta oyoqda qarama-qarshi tomonda sezgining buzilishi. 2. Asteriognoz – jismlarni paypaslab bila olmaslik. 3. Autotopagnoziya – tananing joylashgan o'rinlarini bila olmaslik. 4. Akulkuliya – sanashni bilmaydi.

Chakka qismida eshitish markazi; hid bilish markazi; ta'm bilish markazi; musiqaga qobiliyat markazi; gapirishning sensor markazi joylashgan.

Zararlanganda eshitish, hid bilish, ta'm bilish gallutsinatsiyasi – yo'q narsalarni sezish; amuziya – musiqaga qobiliyatning yo'qolishi; vestibular ataksiya – bosh aylanish kuzatiladi; chakka tutqanog'i – chakka qismi kasal bo'lganda tutqanoq xuruji paydo bo'ladi; sensor afaziya – bemor gapga tushunmaydi, gapira olmaydi.

Ensa qismida: 1. Ko'rish markazi. 2. Ko'rib bilish markazi.

Zararlanganda: ko'rish gallutsinatsiyasi – yo'q narsalarni ko'rish; metamorfofsiya – narsalarning qiyshiq bo'lib ko'rinishi; mikrobsiya – narsalarning kichik bo'lib ko'rinishi; makrobsiya – narsalarning katta bo'lib ko'rinishi kuzatiladi; ko'rish agnoziyasi – ko'radi, lekin shu narsalarni nima uchun kerakligini bilmaydi.

Bosh miya po'stloqosti tuzilmalari

Bosh miya po'stloqosti tuzilmalari boshqacha *ekstrapiramid* (pirami-da yo'ldan tashqari) yoki *striopolidar tuzilmalar* deb ataladi. Odamdagi harakatning yaxshi tartibli bo'lishi piramida tizimdan tashqari po'stloqosti tuzilmalariga ham bog'liq bo'ladi. Ekstrapiramid deyilishiga sabab, bu tizim piramida tizimlaridan tashqarida yotadi. Ekstrapiramid baliqlar, qushlarda oliy harakat vazifasini bajaradi, chunki ularda bosh miya po'stlog'i yo'q. Ekstrapiramid tizim, o'z navbatida, bosh miya po'stlog'i, miyacha, miya ustuni va orqa miya bilan bog'langan. Bu tizim ba'zi murakkab ixtiyorsiz va ixtiyoriy harakatlarni bajarishda, mushaklar tonusini boshqarishda, ruhiy va emotsional jarayonlar, shartli va shartsiz reflekslarni sodir qilishda qatnashadi. Ekstrapiramid tizimi 2 xil bo'ladi.

Striar tizim – bu yadrolar tuzilmasidan iborat: bunga dumli yadro va qobiq (skorlupa) kiradi.

Polidar tizim – bunga oq sharlar, qora modda, qizil yadro, Lyusevo tanasi kiradi.

Ekstrapiramid tizim, asosan, mimikalar uchun, mushaklar harakatining bir xil tartibli bo'lishi uchun, kundagi o'rganilgan harakatlarni tartibli bo'lishi, ma'lum vaqt, ma'lum joyda bajarilishida va mushaklar tonusi uchun katta ahamiyatga ega. Bu – tizimning harakat tezligiga, uning to'g'ri bajarilishiga, yurishga ham aloqasi bor. Odamning ruhiy, ruhiy-iroda vazifalariga ham ta'sir qiladi.

Striar tizimi zararlansa, bemorda ixtiyorsiz harakatlar paydo bo'ladi, tanada turli xil ixtiyorsiz harakatlar, mushak tonusi pasaygan bo'ladi. Bemorda harakatlar ko'p (giperkinez), bu harakatlarni bemor to'xtata olmaydi, bu *giperkinetik-gipotonik belgilar* deb ataladi.

Ixtiyorsiz harakatlar quyidagi turlarga bo'linadi. 1. Atetoz – qo'l va oyoqlarda asta-sekinlik bilan bo'ladigan ixtiyorsiz harakat. 2. Torsion spazm – bo'yinda, belda bo'ladigan qiyshayishlar. 3. Xoreosimon giperkinez – yuz mushaklarida, qo'l hamda tilda kuzatiladi. Bunda bemorda ko'zlarini tez-tez yumish, qisish, labni burish, tilni va qo'l panjalarini qimirlatish belgilari kuzatiladi. 4. Gemiballizm – beixtiyor qo'lda, oyoqda juda rivojlangan katta qimirlash. 5. Miokloniya – ayrim mushaklarning beixtiyor qisqarishi. 6. Tremor – bosh, til, pastki jag' va qo'l barmoqlarning titrashi. 7. Yozuv spazmi – faqat yozgan vaqtida qo'l barmoqlarida tortilish kuzatiladi.

Polidar tizim zararlansa bradikinez – kam harakat yoki akinez – bemorning bir joyda qotib qolishi kuzatiladi. Polidar tizim zararlanishi natijasida gipertonik – gipokinetik alomat paydo bo'ladi. Bunda bemorning tanasi yarim bukchaygan, qo'llar tirsakdan, oyoqlar tizza bo'g'imidan yarim bukilgan bo'ladi. Yuz mimikasi pasaygan – gipomimiya, qo'l, oyoq, tanada harakatlar sekinlashgan, yurishda qo'l ishtirok etmaydi. Bemorning qo'l, oyoqlari va pastki jag'i titrab turadi, yuzi qotib qoladi – amimiya. Bunday bemorlarda kulish tuyg'usi sekinlik bilan boshlanadi va kulgini keltirib chiqaruvchi sabab o'tib ketgandan keyin ham iljayib turaveradi. Bunday holat parkinsonizm kasalligida uchraydi. Bemorlarning yurishi mayda qadamchalar bilan, qo'l barmoqlarida tortishish, «tanga sanash» belgisi kuzatiladi. Bemorlar biroz turtib yuborilsa o'zini to'xtata olmaydi, yonga ketib qolsa – letropulsiya, oldinga ketsa – propulsiya, orqaga ketsa – retropulsiya belgilari kuzatiladi (*6-rasm*).

Polidar tizim kasallansa, mushaklar tonusi oshadi – ekstrapiramid xilida, ya'ni mushak tonusi bukuvchi mushaklarda ham, yozuvchi mushaklarda ham bir xilda oshadi. Markaziy falajlikning piramid xilida mushaklar tonusi oshadi, bunda qo'llarda bukuvchi mushaklar, oyoqlarda yozuvchi mushaklar tonusi oshadi. Bunda Vernike-Mann vaziyati kuzatiladi.

Miyacha. Ixtiyoriy harakatlarning yaxshi, tartibli, muvozanatli bo'lishi yana bir a'zo – miyachaga bog'liq. Miyacha kalla suyagining ichida – orqa chuqurchada joylashgan bo'lib, og'irligi 120–150 g

bo'lgan ikkita yarimsharlardan tashkil topgan. Sharlarni biriktirib turuvchi o'rta qismida miyacha chuvalchangi joylashgan. Miyacha ham butunlay bosh miya tuzilishini qaytaradi, lekin hajmi kichkina bo'lganligi uchun *miyacha* deb ataladi.

Miyacha 2 xil – kulrang va oq moddadan tuzilgan: 1. Kulrang modda bilan qoplangan, tashqi tomoni *miyacha qopqog'i* deyiladi. Kulrang modda yadrolardan tuzilgan bo'lib, ular tishsimon yadro, tiqinsimon yadro, sharsimon yadro, yelpig'ichsimon yadrodan iborat. 2. Oq modda – bu o'tkazuvchi yo'llar bo'lib, 3 juft oyoqchalar, ya'ni tepa, o'rta va pastki oyoqchalar bo'lib, shu oyoqchalar bilan miyacha markaziy asab tizimining boshqa qismlari bilan bog'lanib turadi.

Miyachada po'stloq qatlam ham bor. 1. Yuzaki va molekular qatlam. 2. Chuqur Purkine hujayralari. Miyacha yarimsharlari o'z tomonidan orqa miya bilan, qarama-qarshi tomondan esa miya yarimsharlari bilan bog'langan. Miyacha organizmdagi muvozanat vazifasini bajaradi. Muvozanatni saqlash, harakatning ma'lum bir tartibda bo'lishi, yozish, ovqat yeyish miyachaga bog'liq. Qaysi yarimshar kasal bo'lsa, bemor o'sha tomonga yiqiladi. Agar o'rtadagi chuvalchangsimon tuzilma kasallansa bemor orqaga yiqiladi. Demak, miyacha muvozanatni saqlovchi, ixtiyoriy harakatlarni muvofiqlashtiruvchi va mushaklar tonusini boshqarib turuvchi a'zodir.

Miyachaning zararlanishiga *ataksiya* deyiladi, bu 2 xil ko'rinishda bo'ladi.

1. Dinamik ataksiya bemor harakat qilganda, biror ish qilayotganda kuzatiladi, masalan, yozganda yoza olmaydi, ovqat yeganda qoshiqni og'ziga olib bora olmasdan undagi ovqatni to'kib yuboradi.

2. Statik ataksiya bunda bemor tura olmaydi, yiqiladi, o'ng tomon zararlanganda, o'ng tomonga yiqiladi, yurganda mastga o'xshab yuradi. Ataksiya faqat qo'lda, oyoqda, tanada bo'lmasdan, balki ko'zda hamda tilda bo'ladi. Ko'zdagi ataksiya – nistagm, ya'ni ko'z olmasi qimirlab turadi, gaplarni bo'g'in-bo'g'in qilib gapiradi. Miyacha zararlanganda mushaklar tonusi pasayayish kuzatiladi (*7-rasm*).

Miyachani tekshirish usullari.

Vartenberg usuli – qo'l panjalarini uzatib, bir-biriga urish.

Piramid tayoqchalariga piramidani kiygizish.

Ozereskiyning I usuli – oyoqlar uchida turish.

Ozereskiyning II usuli – bitta oyoqda turish.

Bu to'rtta usul ham bolalarda qo'llaniladi.

Barmoq – burun sinovi: bemor koʻzini yumgan holda koʻrsatkich bar-mogʻi bilan burun uchini koʻrsatadi.

Tizza-tovon sinovi: bemor yotgan holda koʻzini yumib, bir oyogʻining tovonini ikkinchi oyogʻining tizzasiga qoʻyib, oyogʻi panjasi tomon yurgiziladi. Agar miyacha zararlansa, intension titrash boʻladi.

Romberg holati – bemorning oyogʻi panjalarini birlashtirib, qoʻllarini oldinga uzatib, koʻzlar yumiladi. Agar miyacha zararlansa, bemor muvozanat saqlay olmaydi, gandaraklab yiqiladi.

**Bosh miya pardalari, bosh miya qorinchalari, orqa miya
suyuqligining hosil boʻlishi va uning aylanib yurishi.
Meningial belgilar, meningizm, bosh miya ichki bosimining
kuchayishi va kamayishi**

Bosh miya uch xil parda bilan oʻralgan:

1. Qattiq parda (*dura mater*) – ikkita plastinkadan iborat boʻlib, qattiq qoʻshimcha toʻqimadan tashkil topgan. Tashqi plastinka kalla suyagiga yopishgan, ichki plastinka esa bosh miya tomonida boʻladi. Bu qavat asab va qon tomirlar bilan taʼminlangan. Qattiq miya pardalari oʻz yoʻnalishi boʻyicha bir qancha boʻshliqlarni tashkil etadi. Bu boʻshliqlarda vena qoni toʻplanadi.

2. Oʻrgimchak toʻrisimon parda (*arachnoidea*) – ingichka qoʻshimcha toʻqimalardan tuzilgan boʻlib, qattiq miya pardasi bilan yumshoq miya pardasi orasida boʻladi. Tashqi qavatni endoteliydan iborat boʻlib, subdural boʻshliq devorini hosil qiladi. Ichki qavatni esa yumshoq pardaga qaragan va uning bilan bogʻlangan. Baʼzi joylarida araxnoidal qavat yumshoq qavat bilan qoʻshilib ketadi. Baʼzi joylarda ikki qavat orasida suyuqlik hovuzchasi hosil boʻladi. Hamma suyuqlik hovuzchalari bir-biri bilan hamda subaraxnoidal boʻshliq bilan bogʻlangan.

3. Yumshoq miya pardasi (*piamater*) – bu parda bosh miyani yopib turadi, egatlar orasiga kiradi. Bu qavatda qon tomirlar, asab tolalari koʻp joylashgan. Oʻrgimchak toʻrisimon parda bilan yumshoq parda ikkalasi birgalashib, umumiy nom «Leptomeninx» ni tashkil qiladi. Yumshoq parda qorinchalar orasiga kirib, u yerda qon tomir (xoriodal) chigallarini hosil qiladi. Oʻrgimchak toʻrisimon parda bilan yumshoq parda orasidagi boʻshliq subaraxnoidal boʻshliq

deb ataladi. Orqa miya suyuqligining ko'p qismi shu bo'shliqda bo'ladi va doimo aylanib turadi. Subaraxnoidal bo'shliq orqa miyani boshdan oxirigacha o'rab turadi. Orqa miya tugallanadigan joyda (II bel umurtqasi) subaraxnoidal bo'shliq kengayib, oxirgi suyuqlik hovuzchasini hosil qiladi. Hovuzchada «ot dumi»ga o'xshash nerv tolalari turadi.

Orqa miya suyuqligining ko'proq qismi bosh miyaning markaziy bo'shliqlarida, miya qorinchalarida joylashadi. Bular o'ng va chap yon qorinchalar, III va IV qorinchalardir. Orqa miya suyuqligi miya qorinchalarida joylashgan xoriodal chigallardan ishlab chiqariladi. Orqa miya suyuqligi yon qorinchalardan va Monroy teshiklari orqali III qorinchaga o'tadi. Bu yerdan Silviy suv yo'li orqali IV qorinchaga tushadi. IV qorinchadan orqa miya suyuqligi orqa miyaning markaziy kanaliga Majandiy va Lushk teshiklari orqali katta suyuqlik havzasi bilan subaraxnoidal bo'shliqqa o'tadi. Katta kishilarda 150–200 ml orqa miya suyuqligi bo'ladi. Bosh miya va miya ustuni atrofida joylashgan suyuqlik bosh miyani turli xil jarohatlardan, qattiq silkinishlardan, zararlanishdan saqlab turadi. Bulardan tashqari, suyuqlik miya hujayrasida moddalar almashinuvini ta'minlaydi, bulardan chiqqan chiqindilarni tozalab turadi va miyaning ichki bosimini bir me'yorda saqlab turadi (8-rasm).

Orqa miya suyuqligini olish tartibi. Orqa miya suyuqligi lumbal punksiya qilish natijasida olinadi. Bunday punksiya shifoxonada qilinadi, u tashxis qo'yish va davolash maqsadida o'tkaziladi. Punksiya qilishdan oldin qo'lni yaxshilab sovunlab cho'tka bilan yuvib, spirt va yod eritmasi bilan tozalanadi.

Bemorni ko'pincha o'ng tomonga yonbosh qilib yotqizib, oyoqlarini tizza bo'g'imidan bukkani holda qoringa yaqinlashtirib, boshni biroz oldinga egib yotqiziladi. Bemorning chanoq suyagini yuqorigi qirrasidan umurtqa pog'onasi bo'ylab yod bilan chizib olinadi. Bu chiziq L_3-L_4 umurtqalar o'simtasi orasiga to'g'ri keladi. Punksiyada, asosan, L_2-L_3 , L_3-L_4 , L_4-L_5 umurtqa o'simtalari orasi spirt va yod bilan tozalanib, keyin 0,5%–2,0 ml novokain shu joy terisi ostiga yuboriladi, shu joyga maxsus igna mandreni bilan II–III bel umurtqasi orasiga punksiya qilinadi. Punksiya qilayotganda igna bemorning bosh tomoniga salgina qaratib turib, o'rta chiziqqa gorizontal holatda sanchiladi. Ignaga uchi miya qattiq pardasiga borib yetgach, biroz qarshilik sezadi. Miya qattiq pardasi teshilgach, qarshilik yo'qoladi. Keyin mandren olingan vaqtda

suyuqlik tomchilab chiqadi. Suyuqlikning rangi tiniq, bosimi maxsus suvli manometr yordamida o'lchanadi. Yotgan holatda 150–180 ml suv ustuni, o'tirgan holda 200–250 ml suv ustuniga teng. Agar manometr bo'lmasa, suyuqlik chiqishini sanaymiz, bunda bir daqiqada 60–80 tomchi suyuqlik oqib chiqadi. Bosh miyada suyuqlik bosimi oshib ketgan bo'lsa, u tomchi bo'lib emas, balki to'xtovsiz bosim bilan otilib chiqadi. Tashxis qo'yish maqsadida 3–4–5 ml suyuqlik olib tahlil qilinadi. Bunda rangi – tiniq, rangsiz, hujayralar soni 0–5 ta limfatsit hisobiga, bolalarda 20 tagacha, oqsillar soni 0,1– 0,3 g/l, shakar miqdori 0,5–0,75 g/l, xloridlar 7,0–7,5 g/l. Bular sog'lom kishilarda bo'ladi (9-rasm).

Bosh va orqa miya o'smalarida oqsillar soni ko'payadi, meningitlarda esa hujayralar soni limfatsitlar hisobiga ko'payadi, bosim oshib, rang o'zgaradi, loyqa bo'ladi. Punksiyadan keyin bemor 2 soat to'shakda qorin bilan yostiqsiz yotishi lozim. Shundan so'ng 2 kungacha orqasi bilan yostiqsiz yotishi kerak. Bemorga 1–2 kun davomida 0,5 mg dan 2–3 mahal urotropin berib turish tavsiya etiladi.

Orqa miya suyuqligidagi oqsil moddasi (albumin, globulin) 0,2–0,3%ni tashkil etadi. Buni tekshirish uchun quyidagi usullardan foydalaniladi.

1. Nonne - Appelt reaksiyasi – bunda shisha idishda teng miqdorda 0,5–1,0 ml orqa miya suyuqligi olinib, unga to'yingan ammoniy sulfat eritmasi solinib aralashtiriladi. Agar orqa miya suyuqligida globulin miqdori me'yorda bo'lsa, aralashma loyqalanmaydi. Lekin globulin miqdori ko'proq bo'lsa, aralashma loyqalanib ketadi. Loyqalanish darajasiga qarab: sust bo'lsa +, o'rtacha bo'lsa ++, juda kuchli bo'lsa +++ yoki ++++ belgisi ko'rsatiladi.

2. Pandi reaksiyasida soat oynasiga karbol kislotaning 12–15%li eritmasidan quyilib, uning ustiga bir tomchi orqa miya suyuqligidan tomiziladi. Suyuqlikda globulin miqdori me'yordan ko'proq bo'lsa, aralashma loyqalanadi. Bu reaksiyaning loyqalanish darajasi ham yuqorida ko'rsatilgan belgilar bilan aniqlanadi.

Agar orqa miya suyuqligi tarkibida hujayralar soni me'yorda, lekin oqsillar soni ko'proq bo'lsa, bu oqsil-hujayra *dissotsiatsiyasi* deb ataladi. Bu holat asab tizimida o'smalar borligidan darak beradi. Lekin hujayralar miqdori oshib, oqsil miqdori o'zgarmasa, bu hujayra-oqsil *dissotsiatsiyasi* deb ataladi. Bu holat barcha markaziy asab tizimining yallig'lanish kasalliklarida uchraydi.

Punksiya qilish kerak: meningitlarning barcha turlarida, orqa miya yalligʻlanishida, leptomeningitlar, ensefalitlar, gipertenzion belgilar, miyelitlar va bosh miya qon aylanishining oʻtkir buzilishlarida.

Punksiya mumkin emas: bosh va orqa miya oʻsmalarida, komatoz holatlarda.

Orqa miyada roʻy beradigan kompression jarayonlarda (oʻsma, leptomeningit va boshq.) subaraxnoidal oraliqning maʼlum bir yerida toʻsiq paydo boʻlishi mumkin. Natijada, orqa miyada suyuqlik aylanishi buziladi. Subaraxnoidal oraliqda toʻsiq bor yoki yoʻqligini aniqlash, orqa miya kasalliklariga tashxis qoʻyishda quyidagi usullardan foydalaniladi.

Kvekenshtedt usuli. Orqa miya suyuqligi olinayotgan vaqtida bemor boʻynining ikkala yon tomonidan ikkala *v. jugularisning* usti qoʻl bilan bosiladi. Agar subaraxnoidal oraliqning punksiya qilinayotgan joyidan yuqoriroq qismida toʻsiq boʻlmasa, orqa miya suyuqligining oqimi tezlashadi yoki toʻsiq mavjud boʻlsa, orqa miya suyuqligi oqimi oʻzgarmasligi, susayishi yoki toʻxtab qolishi mumkin.

Stukkey usuli. Punksiya qilinayotgan ignadan orqa miya suyuqligi oqib turgan vaqtda bemor qornining pastki qismiga bosiladi. Agar toʻsiq boʻlmasa, suyuqlikning oqimi tezlashadi. Agar toʻsiq mavjud boʻlsa, oqim oʻzgarmaydi, toʻxtab qoladi.

Agar punksiya qilingandan keyin bemorda meningizm belgilari paydo boʻlsa, shu belgilar yoʻqolguncha bemor oʻrnidan turgʻizilmaydi. Bir necha kun davomida bemorga 40%li 20,0 ml glukoza eritmasidan tomir ichiga yuboriladi va bosh ogʻrigʻiga qarshi dorilar beriladi (*10-rasm*).

Meningial belgilar. Miya pardalarining yalligʻlanish kasalliklarida, shu pardalar tagiga qon quyilib qolgan vaqtlarda, bosh miya jarohatlanganda, bosh miya oʻsmalarida, abscesslarda va bosh miya taʼsirlanishiga aloqador belgilar kuzatiladi. Bularda meningial belgilar ijobiy boʻladi. Bu belgilar bosh ogʻrishi, qayt qilish, yorugʻlikka qaray olmaslik, tovushlar yoqmasligi, tomir urishining sekinlashuvi, ensa mushagining tarangligi, Kernig va Brudzinskiy belgilari hamda talvasa xurujlaridir.

Kernig belgisida sonni toʻgʻri burchak ostida bukib, oyoqni tizza boʻgʻimidan yozish kerak. Kasallangan vaqtda oyoq tizza boʻgʻimidan yozilmaydi. Brudzinskiy yuqori belgisida ensa mushaklari tarangligi tekshirib koʻrilayotganda oyoqlar tizza boʻgʻimidan bukiladi. Pastki

belgisida birinchi oyoqni chanoq-son bo'g'imidan bukib, tizza bo'g'imidan yozganda ikkinchi oyoq tizza bo'g'imidan bukiladi.

Meningizm. Yallig'lanish belgilari bo'lmaganda miya pardalarining ta'sirlanishidan kelib chiqadigan belgi hisoblanadi. Bunda bemorning boshi og'riydi, qayt qiladi, tomir urishi sekinlashadi. Ensa mushagi tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari kuzatiladi. Lekin orqa miya suyuqligi tarkibida o'zgarish me'yoriy holda bo'ladi. Bosimi ko'tarilgan bo'ladi. Bu holat har xil kasalliklardan va turli xil zaharlanishlardan keyin kelib chiqadi.

Bosh ichki bosimining oshishi (gipertenziya) belgilari. Bosh ichida biror narsa (o'sma, gematoma, exinokokkoz, absess) paydo bo'lganda orqa miya suyuqligi ishlab chiqishi ko'payadi, so'rilishi kamayadi yoki bekilib qoladi. Bosh ichki bosimi kuchayib ketadi. Bunda gipertenzion belgilar kuzatiladi. Buning klinik manzarasida bosh og'rishi, qayt qilish, ko'z nervining tubida dimlanish paydo bo'ladi. Bosh og'riq ko'pincha ertalab kuchayadi, bu ovqat yeyishga bog'liq bo'lmaydi. Bemorda ko'ngil aynimasdan o'zi bilmagan holda ko'pincha ertalablari qusib yuboradi. Bundan tashqari, bemorning ruhiyati buziladi, karaxt bo'lib yuradi.

Nazorat savollari

- ?
1. Asab hujayrasining asosiy vazifalari nimalardan iborat?
 2. Bosh miya yarimsharlarining qismlari va ularning vazifalarini ayting.
 3. Orqa miya tuzilishini aytib bering.
 4. Bosh miya po'stloqosti tuzilmalariga nimalar kiradi va ularni tekshirish yo'llari qanday?
 5. Miyachaning vazifasi va uni tekshirish usullari qanday?

2-BOB. PERIFERIK ASAB TIZIMI ANATOMIYASI, FIZIOLOGIYASI, ZARARLANISH BELGILARI VA UNI TEKSHIRISH USULLARI

Periferik (sirtqi, chekka, uchki) asab tizimi deb, bosh va orqa miyadan boshlangan nerv hujayralari, nerv tolalari va ularning yo'llarida hosil bo'lgan nerv tugunlari, ya'ni gangliyalarga aytiladi.

Markaziy asab tizimini teri, mushak, pay bilan bog'lovchi qismiga *somatik asab tizimi* deyiladi. Markaziy asab tizimini ichki a'zolari, qon tomirlar va ichki sekretiya bezlari bilan bog'lovchi qismi

vegetativ asab tizimi deb ataladi. Orqa miyadan chiqadigan periferik asab tizimida sezuvchi nervning boshlanish qismida mayda nerv tolalari bo'lib, u tashqi muhitdan kelgan har xil ta'sirlarni qabul qilib, impulsga aylantirib beradi. Bunday retseptorlar teri, mushak, pay, ichki a'zolarida joylashgan bo'lib, ulardan kelgan axborotlarni sezuvchi tolalar orqali markaziy asab tizimiga yetkazib beradi. Harakat nerv tolalari esa markaziy asab tizimidan kelgan axborotlarni teri, mushak, qon tomirlar, ichki a'zolariga yetkazib beradi. Markaziy asab tizimi tashqi va ichki muhitdan kelgan axborotlarga organizmni moslashtirib beradi.

Periferik asab tizimi zararlanganda, kasallik shu nervga taalluqli mushaklarda falajlik va terida sezgining yo'qolishi hamda sezgi buzilishlari bilan kechadi. Periferik asab tizimi zararlanganda og'riq (nevralgiya) va tana qismlarida uvishish (paresteziya) kuzatiladi. Ayrim nervning zararlanishi natijasida juda qattiq chidab bo'lmaydigan, achishtiruvchi, kuydiruvchi og'riqlar bo'ladi – bu og'riq *kauzalgiya* deyiladi.

Orqa miya ildizlarining zararlanishi – *radikulit*; orqa miya tugunlarining zararlanishi – *ganglionit*, nerv chigallarining zararlanishi – *pleksit*, alohida nervlarning zararlanishi – *nevritlar* deb ataladi.

Orqa miyaning oldingi ildizi zararlanganda periferik asab tizimiga xos falajlanish kuzatiladi. Bunda mushaklarda gipotrofiya yoki atrofiya, pay reflekslari susaygan yoki yo'qolgan bo'ladi. Orqa miyaning orqa ildizi zararlanganda esa ildizcha turidagi sezgi o'zgarishlari yuz beradi.

Orqa miya orqa shoxidagi tugunlar zararlanganda, shu zararlangan sohada kuchli og'riq bilan birga uchuq toshishi kuzatiladi.

Yelka chigali uchta tutamdan iborat bo'ladi. Bu tutamlar orqa miyaning $C_{5-8}-D_1$ segmentlaridan chiquvchi orqa miya nervlarida hosil bo'ladi. Bu nervlar o'mrov suyagining orqa tomonidan bir-biri bilan qo'shilib, uchta tutamni hosil qiladi. Yuqori tutam C_{5-6} segmentlardan chiquvchi orqa miya nervlarida hosil bo'ladi. O'rta tutam C_7 segmentlardan chiqadigan va pastki tutami esa C_8-D_1 segmentlaridan chiquvchi orqa miya nervlarida hosil bo'ladi. Yuqori tutamlar zararlanganda shu nerv tolalari bilan ta'minlangan mushaklar falajlanishi va atrofiyalanishi, terida esa sezgi yo'qolishi kuzatiladi. O'rta tutam zararlanganda, shu mushaklarda falajlanish va atrofiyalanish bilan birga tirsak va oraliq nervlarga taalluqli teri

sohasida sezgi o'zgarishlari bo'ladi. Pastki tutam zararlanganda oraliq va tirsak nervlari bilan ta'minlangan mushaklar falajlanadi, qo'ltiq va bilak nervlari bilan ta'minlanadigan teri yuzidagi sezgi yo'qoladi.

Bel chigali $D_{12} \sim L_{1-4}$ segmentlardan chiquvchi orqa miya nerv tolalaridan hosil bo'ladi. Son va sonning tashqi teri nervi bel chigallari zararlanganda boldirni yozuvchi mushaklarning falajlanishi kuzatiladi, tizza refleksi yo'qoladi. Bunda bemor bukilgan boldirni yoza olmaydi. Sonning tashqi teri nervi zararlanganda mushaklarda falajlanish bo'lmaydi, lekin teri sezgisi yo'qoladi.

Dumg'aza chigali L_{4-5} va Co_{1-3} segmentlardan chiqqan orqa miya asab tolalaridan iborat. Dumg'aza chigalidan chiquvchi quymich nervi ko'proq zararlanadi. Bunda sonni tashqi tomonga aylantirish, boldirni bukish va oyoq panjasining harakatlari yo'qoladi. Oyoq kafti mushaklarining falajlanishi, atrofiyalanishi va Axill hamda pay reflekslari yo'qoladi. Oyoqning orqa tomonida og'riq va boldir hamda oyoq panjasining terisida sezgi yo'qoladi. Kichik boldir nervining zararlanishida oyoq panjasi va barmoqlar yuqoriga bukilmaydi, oyoq panjasi osilib qoladi. Bemor oyoq uchi yerga tegmasligi uchun tizzasini yuqoriga ko'tarib tashlab yuradi. Boldir va oyoq panjasining tashqi yuzasida sezgi o'zgarishlari bo'ladi. Katta boldir nervi oyoq panjasini va barmoqlarni yuqoriga bukuvchi mushaklarni ta'minlaydi. Bu nerv falajlanganda bemor oyoq panjasi va barmoqlarini pastga buka olmaydi, oyoq panjasi tashqi tomonga va yuqoriga tortilib qoladi. Axill refleksi yo'qoladi, teri sezgisi boldir orqasida, oyoq panjasi va barmoqlarning ostida hamda ularning ichki tomoni yuzasida yo'qoladi.

Bilak nervi, asosan, qo'l panjasini orqaga bukadi, tirsakni yozadi. Sezgi qismi esa I–II–III barmoqlarning ustki qismini sezgi bilan ta'minlaydi. Agar bilak nervi zararlansa, qo'l panjasi osilib qoladi, tirsak sal bukiladi.

Tirsak nervi, bu nerv IV–V barmoqlarni bukadi, birinchi katta barmoqni jimjiloqqa olib keladi. Sezgi qismi esa IV–V barmoq qo'l panjasining tashqi va ichki qismini sezgi bilan ta'minlaydi. Agar bu nerv zararlansa, IV–V barmoqlar bukilmaydi, periferik nerv tabiatidagi falajlanish kuzatiladi. Bunda atrofiya gipotenor sohasida bo'ladi. Bemor royal, pianino chalolmaydi, panjasi «qushsimon» panja ko'rinishida bo'ladi. IV–V barmoqlarning ichki qismida sezgi yo'qoladi.

O'rta yoki oraliq nerv ham aralash nervlardan iborat bo'lib, harakat qismi qo'ldagi I–II–III barmoqlarni bukadi. Sezgi qism esa I–II,

qisman III barmoqlarning ichki qismini sezgi bilan ta'minlaydi. Agar shu nerv zararlangan, qo'ldagi I–II–III barmoqlar bukilmaydi, tenor sohasida atrofiya bo'ladi.

Quymich nervining harakat qismi uni tizza sohasidan bukadi va oyoqni tashqariga qaratadi. Quymich nervi tizzaosti chuqurchasiga borib ikkita nervga bo'linadi.

I. Kichik boldir nervi – boldirning tashqi tomonidan ketadi. Bu nerv oyoq panjalarini orqaga burishni va tashqariga qaratishni amalga oshiradi. Sezgi qismi esa boldir va oyoq panjasining tashqi qismini sezgi bilan ta'minlaydi.

II. Katta boldir nervi – harakat sohasidagi oyoq panjasining barmoqlarini bukadi va bir-biriga yaqinlashtiradi hamda oyoq panjasini ichkariga buradi. Sezgi sohasi esa boldirning orqa ichki tomoni va oyoq panjasining tovon qismini sezgi bilan ta'minlaydi.

Periferik asab tizimini tekshirish usullari. Agar periferik asab tizimi zararlanmagan bo'lsa, paypaslab ko'rilganda og'rimaydi. Zararlanganda esa ularning sirtga chiqish joylari va ustunlari paypaslaganda og'riydi. Tekshirilganda qo'l, oyoq va tanada joylashgan hamma nerv ustunlarini paypaslab chiqish kerak. Quyidagi tortilish usullarini ko'rib chiqamiz:

1. *Lasseg belgisi*, bunda quymich nervini tortish natijasida sonning orqa tomonida qattiq og'riq paydo bo'ladi. Bunda bemor yotgan holda bitta oyog'ini, tizzani bukmasdan, yuqoriga ko'tarishi tavsiya etiladi. Agar quymich nervi zararlanmagan bo'lsa, 90° yuqoriga ko'tarilganda ham og'rimaydi. Agar zararlangan bo'lsa, oyoqni 30° yuqoriga ko'tarilganda ham og'riq paydo bo'ladi.

2. *Neri belgisi* – bu orqa miyaning bel va dumg'aza ildizlarini tortib ko'rish belgisi bo'lib, bunda bemor yotgan holda boshi oldinga bukiladi. Agar zararlanmagan bo'lsa bel sohasida og'riq bo'lmaydi. Agar bel va dumg'aza ildizlari zararlangan bo'lsa, bunda belda qattiq og'riq bo'ladi.

3. *Vasserman belgisi* – bu son nervini tortib ko'rish belgisi bo'lib, bunda bemorni chalqancha yotqizib qo'yiladi. Agar son nervi zararlangan bo'lsa tekshirilayotgan oyoqni tizza bo'g'imidan bukib, yuqoriga ko'tarilsa, sonning oldingi qismida og'riq paydo bo'ladi (*II-rasm*).

Nazorat savollari

- ?
1. Orqa miya oldingi shoxi zararlanganda qanday belgilar paydo bo'ladi?
 2. Yelka chigali nimalardan tuzilgan?
 3. Periferik asab tizimini tekshirish yo'llarini ko'rsating.
 4. Tortilish belgilarining turlari va kelib chiqish sabablarini tushuntiring.

3-BOB. HARAKAT TIZIMI, ANATOMIYASI, FIZIOLOGIYASI, ZARARLANISH BELGILARI VA UNI TEKSHIRISH USULLARI

Harakat 2 xil bo'ladi: 1. Ixtiyoriy harakatlar—bu odamning xohishiga bog'liq harakatlar. 2. Ixtiyorsiz harakatlar—odamning xohishiga bog'liq bo'lmagan harakatlar. Bu harakatlarga chaqaloqlardagi harakat kiradi.

Ixtiyoriy harakat markazlari bosh miya po'stlog'ining peshana qismining oldingi markaziy egatida, alohida va teskari joylashgan. Markazdan pastga qarab harakat neyronlari boshlanadi. Ular ichki kapsulagacha gulbog'ni tashkil qiladi. Pastga tushadigan harakat yo'llari birlashib, ichki kapsula orqa sonining oldingi 2/3 qismidan o'tadi. Ichki kapsuladan o'tgandan keyin miya oyoqchalari orqali miya ustuniga tushadi. Uzunchoq miya orqa miya chegarasida harakat yo'llari, 85–90% asab tolalari kesishadi. Kesishgandan keyin orqa miyaning, yon ustuniga tushadi, keyin har bir segment sohasida oldingi shoxga kirib, harakat hujayralarida tugaydi. Bu harakat neyroni—birinchi markaziy neyron yoki piramida yo'li (kortiko-spinal yo'l) deyiladi. Kesishmay qolgan harakat tolalari orqa miyaning oldingi ustuniga tushadi. Orqa miya tamom bo'lgan joyda—ikkinchi bel umurtqasi sohasida birinchi markaziy neyron tugaydi. Orqa miyaning oldingi harakat hujayralaridan kelgusi neyron boshlanib, tashqariga chiqadi va mushaklarda tugaydi (1-jadval). Bu ikkinchi periferik neyron—*orqa miya mushak yo'li* (spino-muskular yo'l) deyiladi (*12-rasm*).

Ikkinchi periferik nerv qismlari: 1. Ildizlar (oldingi shoxda harakat ildizi, orqa shoxda sezgi ildizi). 2. Umurtqalararo tugunlar (bu faqat sezgiga tegishli). 3. Chigallar (aralash tolalardan iborat sezgi). 4. Periferik nervlar (qo'l, oyoq va tanadagi alohida nervlar). Har bir targ'il ko'ndalang mushak nerv bilan ta'minlangan.

Periferik nerv quyidagi vazifalarni bajaradi: 1. Harakat. 2. Sezgi. 3. Trofik yoki oziqlantirish.

Zararlanganda. Agar ikkala neyron butunlay biror joyda zararlangan, unda harakat bo'lmaydi. Bunda plegiya – umuman harakat yo'q, parez – harakat butunlay yo'qolmagan, ammo chegaralangan. Parezlar yengil, o'rta va chuqur parezlarga bo'linadi. Parezlar joylashishiga qarab quyidagilarga bo'linadi, monoparez – bitta qo'l yoki bitta oyoqda harakat chegaralangan, paraparez – ikkala qo'l yoki ikkala oyoqda harakat chegaralangan, gemiparez – bir tomonda, o'ng yoki chap tomonda harakat chegaralangan, tetraparez – ikki qo'l va ikki oyoqda harakat chegaralangan. Parezlar xarakteriga qarab ikki xil bo'ladi:

Markaziy parezlar – markaziy asab tizimi kasallanganda kuzatiladi (1-jadval).

Periferik parezlar – periferik asab tizimi kasallanganda kuzatiladi.

Agar bosh miya peshana qismi, oldingi markaziy egat yoki gulbog' zararlangan, bitta qo'lda yoki bitta oyoqda faqat qarama-qarshi tomonda monoplegiya bo'ladi. Agar ichki kapsula zararlangan, bir tomondan va undan pastdagi tuzilmalar miya ustunidan, orqa miyagacha zararlanganda esa, gemiplegiya faqat markaziy xilida hamma vaqt qarama-qarshi tomonda bo'ladi.

Markaziy va periferik asab tizimi kasalliklarining bir-biridan farqi

Belgilari	Markaziy yoki spastik falajlik (markaziy neyron zararlanganda kuzatiladi)	Periferik yoki bo'shashgan falajlik (Periferik neyron zararlanganda kuzatiladi)
Periostal va pay reflekslari	Oshgan (giperrefleksiya)	Susaygan yoki yo'qolgan (giporefleksiya)
Patologik reflekslari (Babinskiy, Rossolimo, Gordon va hokazolar)	Uchraydi	Uchramaydi
Klonus (oyoq panjasi, tizza qop-qog'i, qo'l panjasi)	Uchraydi	Uchramaydi
Himoya reflekslari	Uchraydi	Uchramaydi
Hamkor harakatlar	Kasallikka xos hamkor harakatlar uchraydi	Uchramaydi

Mushaklar tonusi	Oshgan (gipertoniya)	Susaygan yoki yo'qolgan (gipotoniya yoki atoniya)
Mushaklar trofikasi (oziqlanishi)	Buzilmagan yoki biroz yengil buzilgan	Buzilgan va chuqur atrofiya belgilari
Elektr o'tkazuvchanlik	Buzilmagan	Buzilgan
Vegetativ o'zgarishlar: paresteziya, teri quruq, ko'p terlash, tirnoqlar sinuvchan, turli xil dog'lar, qo'l va oyoqdagi tomirlar urushining pasayishi, qo'l va oyoqlarning sovuq qotishi.	Uchraydi	Uchraydi

Orqa miyaning zararlanishi. 1. Yuqori bo'yin qismida orqa miyaning butun ko'ndalang qismi zararlangan, tetraplegiya markaziy xarakterda bo'ladi. 2. Orqa miyaning bo'yin qalinligi zararlangan, bunda ham tetraplegiya bo'ladi. Bunda faqat qo'llarda parez periferik xarakterda, oyoqlarda markaziy xarakterga ega bo'ladi. Chunki qo'llar uchun orqa miyaning oldingi shoxidagi harakat hujayralari zararlangan, oyoqlar uchun esa markaziy neyron zararlangan bo'ladi. 3. Orqa miyaning ko'krak qismi zararlanganda pastki paraplegiya oyoqchalarda markaziy xarakterda bo'ladi, chunki oyoqlar markaziy neyroni zararlangan bo'ladi. 4. Orqa miyaning bel qismi butunlay zararlangan, bunda pastki paraplegiya oyoqlarda bo'ladi, falajlanish periferik xarakterga ega. Chunki orqa miyaning oldingi shoxidagi harakat hujayralari zararlangan bo'ladi.

Harakat sohasini tekshirish. 1. Faol harakatlarni tekshirishda bemor shifokor buyrug'ini bajarishi kerak, barcha bo'g'imlardagi harakatlar to'liq ko'riladi. Bemor yurganda harakatlari kuzatiladi. Qo'l yoki oyoqlarning yuqoriga, pastga va yon tomonga harakatlari tekshirib ko'riladi. Bunda bemorda parez yoki paralichlar bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

2. Sust harakatni tekshirishda shifokor bemorning o'ng tomonida turib, bemorning boshini, qo'l va oyoqlardagi bo'g'imlar harakatini kuzatadi. Bo'g'imlardagi harakat to'liq chegaralangan yoki chegaralanmaganligi aniqlanadi. Shu bilan birga mushak tonusi ham bir vaqtning o'zida tekshirib boriladi. Mushaklar tonusi ko'rilyotgan vaqtda bemor mushaklarini bo'sh qo'yishi kerak.

Mushaklar tonusi piramid yoki ekstrapiramid xilda ekanligi, qaysi qo'l yoki oyoqlarda bo'lsa, shu mushaklar tonusi aniqlanadi. Bundan tashqari, gipotrofiya yoki atrofiya borligini aniqlash uchun sm li tasma yordamida o'ng va chap tomon o'lchanadi. O'ng tomon chap tomonga nisbatan 1,0 – 1,5 sm farq qiladi. Son, boldir, yelka va bilakning o'rta qismi o'lchanadi.

Mushaklar kuchi bukuvchi va yozuvchi mushaklarda 5 balli tizim bilan aniqlanadi: 5 ball – qo'l-oyoqlarda faol harakatlar chegaralanmagan, mushaklar kuchi pasaymagan; 4 ball – faol harakat chegaralangan, Barre holatida qo'l-oyoqlarni bir necha daqiqa ushlab turiladi. So'ngra parez bo'lgan qo'l yoki oyoq sekin pastga tushib ketadi, bu *yengil parez* deyiladi; 3 ball – mushaklar kuchi pasaygan, Barre holatida qisqa vaqt tura oladi, bemor qo'l yoki oyoqni biroz ko'tarishi mumkin. Bu *o'rta og'irlikdagi parez* deyiladi; 2 ball – mushaklar kuchi birdan pasaygan bemor qo'l yoki oyoqlarini ko'tara olmaydi. Bemor oyoqlarini tizza bo'g'imidan buka olmaydi – bu *chuqur parezlar* deyiladi; 1 ball – ayrim mushaklarda qisqarish yoki uchish bo'ladi, harakat butunlay yo'qolgan, bu *plegiya* deb ataladi.

Yashirin parezlarni aniqlashda Barre usulidan foydalaniladi.

Markaziy parezlarda tizza qopqog'i va oyoq panjasi o'ynab qoladi, bu *klonus* deb ataladi. Klonus mushaklarning bir maromda qisqarishi natijasida paydo bo'ladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Piramida yo'li nima?
 2. O'ng oyoqda tizza va Axill reflekslari yo'qolganda tashxis qo'yish uchun qanday tekshirish o'tkazasiz?
 3. Bemorning qo'llarida periferik nerv falaji, oyoqlarida esa markaziy spastik falajlik bo'lsa, siz qanday xulosaga kelasiz?
 4. Bemorning tizza refleksi oshgan, ikki tomonda oyoq panjasida klonus bor. Patologik reflekslardan Babinskiy refleksi chaqiriladi. Bunda bemorda qanday shikoyatlar bo'ladi va zararlangan joy qanday aniqlanadi?
 5. Markaziy va periferik asab tizimi zararlanganda belgilar bir-biridan qanday farqlanadi?
 6. Orqa miyaning bo'yin qismi to'liq zararlanganda qaysi belgilar paydo bo'ladi?

Reflekslar anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanishi va tekshirish usullari

Refleks degan soʻz fanga birinchi boʻlib XVII asrda fizik olim Dekart tomonidan kiritilgan. Refleks soʻzi akslanish yoki qaytarish degan maʼnoni anglatadi. Goll refleks yoyining tuzilishini aytib oʻtgan.

Odamda refleks hosil boʻlishi refleks yoyiga bogʻliq. Refleks ikki xil boʻladi: shartli va shartsiz. Shartli reflekslar tugʻilgandan keyin paydo boʻladi. Shartsiz reflekslar tugʻma reflekslar deb ataladi yoki shu reflekslar bilan odam tugʻiladi. Shartsiz reflekslar deb organizmning tashqi va ichki taʼsirlarga asab tizimi orqali javob qaytarishiga aytiladi. Oddiy va murakkab shartsiz reflekslar farqlanadi. Oddiy shartsiz reflekslar orqa miya faoliyati natijasida paydo boʻladi. Murakkab shartsiz reflekslar esa miya ustuni va bosh miya yarimsharlarining poʻstloqosti tugunlarida paydo boʻladi. Har bir refleksning oʻz reflektor yoyi boʻladi (*13-rasm*).

Tugʻma shartsiz reflekslar ikkita katta guruhga boʻlinadi:

I. **Yuzaki reflekslar**, yuzadan chaqiriladi. Bu reflekslar oʻz navbatida quyidagilarga boʻlinadi: a) shilliq pardalardan chaqiriladigan reflekslar, yaʼni koʻz shox pardasi refleksi va konyuktival reflekslardir; b) yutish refleksi – bu refleksni chaqirishda tomogʻning tanglay qismiga shpatel tekkiziladi. Javob reaksiyasida qusish paydo boʻladi; d) teri reflekslari – bu reflekslar teriga taʼsir qilish natijasida chaqiriladi; e) tuxum (kremaster) refleksi – bu refleks sonning ichki qismidan tepaga qarab ikki tomondan taʼsirlanadi. Natijada, oʻng yoki chap tomonga taʼsir koʻrsatilganda shu tomondagi tuxum yuqoriga koʻtariladi.

II. **Chuqur reflekslarga** suyak va paylardan chaqiriladigan reflekslar kiradi. A. Karpodial refleks (KR) – qoʻldagi suyakning boshchasidan chaqiriladi, reflektor yoyi C_{5-6} . B. Pay reflekslari: qoʻllarda bukilish refleksi (BR) – bilakdagi ikki boshli mushakning payidan chaqiriladi. Reflektor yoyi C_{5-6} ; qoʻllarda yozuvchi refleks (TR) – bu refleks bilakdagi uch boshli mushak payidan chaqiriladi. Reflektor yoyi C_{7-8} ; tizza refleksi (PR) – bu refleks sonning 4 boshli mushagining payidan chaqiriladi. Reflektor yoyi L_{3-4} ; Axill refleksi (AR) – Axill payidan chaqiriladi, reflektor yoyi $L_5 - S_1$ (*14-rasm*).

Sogʻlom odamlarda reflekslar ikki: oʻng va chap tomondan chaqiriladi.

Patologik reflekslar ikki xil bo'ladi: 1. Periferik asab tizimi kasallanganda reflekslar past bo'ladi (*giporefleksiya*) yoki yo'qoladi (*arefleksiya*). 2. Markaziy asab tizimi kasallanganda esa reflekslar yuqori bo'ladi (*giperrefleksiya*). Agar reflekslar chaqirilganda o'ng yoki chap tomonda yuqori yoki past bo'lsa ($D > S$; $D < S$), bu *anizorefleksiya* deb ataladi.

Markaziy paralichlarda patologik reflekslar uchraydi. Ular ikki guruhga bo'linadi: 1. Yozuvchi patologik reflekslarga Babinskiy, Oppengeym, Gordon, Sheffer reflekslari kiradi. 2. Bukuvchi patologik reflekslarga Mendel – Bexterev, Jukovskiy, Rossolimo, Churayev kiradi.

Bu reflekslar, asosan, oyoqlardan chaqiriladi (*15-rasm*).

Babinskiy refleksi – oyoq kaftiga o'tmas igna bilan chizilganda bosh barmoq yuqoriga qarab bukiladi.

Gordon refleksi – ikki qo'l orasida boldir mushaklari qisiladi, bunda oyoqning bosh barmog'i yuqoriga qarab bukiladi.

Oppengeym refleksi – katta va ko'rsatkich barmoq bukilgan holda boldir suyagi ustidan pastga qarab yurgiziladi. Shunda oyoq panjasining bosh barmog'i yuqoriga qarab bukiladi.

Rossolimo refleksi – shifokor qo'l bilan bemorning oyoq panjalariga urganda oyoq barmoqlarining hammasi pastga bukiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Reflekslarning inson uchun qanday ahamiyati bor?
 2. Reflektor yoyini tushuntirib bering.
 3. Babinskiy refleksi qachon paydo bo'ladi?
 4. Markaziy va periferik asab kasalliklarida chaqirilishiga qarab qanday reflekslar bo'ladi?

4-BOB. BOSH MIYA NERVLARINING ANATOMIYASI, FIZIOLOGIYASI, ZARARLANISH BELGILARI VA TEKSHIRISH USULLARI

Bosh miya (KBM) nervlarining yadrolari kalla suyagining ichida joylashgan bo'lib, 12 juft KBM nervlaridan iborat. Bu nervlar xarakteriga qarab sezuvchi, harakatlantiruvchi va aralash nervlarga bo'linadi. Sezuvchi nervlarga quyidagilar kiradi: I juft hidlov nervi,

II juft ko'ruv nervi, VIII juft eshituv nervi; harakatlantiruvchi KBM nervlariga III juft ko'z olmasining harakatlantiruvchi nervi, IV juft g'altaksimon nerv, VI juft uzoqlashtiruvchi nerv, VII juft yuz nervi, XI juft qo'shimcha nerv, XII juft tilosti nervi yoki tilni harakatlantiruvchi nervlar. Aralash bosh nervlari 2 xil vazifani bajaradi, bular harakatlantiruvchi va sezgi vazifasidir. Bularga V juft uchlamchi nerv yoki uch shoxli nerv, IX juft til-halqum nervi, X juft sayyor yoki adashgan bosh miya nervlaridir.

I juft hidlov nervi. Bu faqat sezgi nervi bo'lib, burun ichidan tepa qismidagi shilliq pardalardan, bu yerdagi neyroepitelial hujayralardan boshlanadi. Bu hujayralar *hidlov hujayralari* deyiladi. Retseptor sifatida hid qabul qilinib, aksonlari suyak orqali miya asosiga kiradi va bulbusni hosil qiladi. Keyin qadoqsimon tanani aylanib o'tib, bosh miya po'stlog'idagi chakka qismining gipokamp degan joyida tugaydi.

Z a r a r l a n g a n d a. Agar bemor burunning ikkita teshigi bilan hidni sezmasa, unda mahalliy kasalliklar – gripp, URVI, burun polipi va qiyshiqligini inkor etishimiz kerak. Agar burunning bir tomoni hidni sezmasa, unda kasallikni miya asosining zararlangan tomonidan izlash zarur. Bular bosh miya leptomeningiti, o'smalar, meningit va boshqa kasalliklarda kuzatiladi. Agar bosh miya po'stlog'i zararlangan, unda hidlov gallutsinatsiyasi bo'ladi, ya'ni yo'q hidlarni sezish.

II juft ko'rish nervi. Ko'z tubidagi to'rsimon pardadan ta'sirlarni qabul qiluvchi retseptorlar bor. Tayoqchasimon retseptorlar oq-qora narsani qabul qiladi, kolbachalar esa rangli narsalarni qabul qiladi. Ganglioz hujayralar birlashib ko'z nervi bo'ladi va ular o'z tomonidan miya asosiga kiradi. Bu turk egari sohasigacha *ko'ruv nervi* deyiladi. Shu joyda faqat ichki tolalar kesishadi, tashqi tolalar esa kesishmaydi. Kesishmagandan keyingi yo'l *ko'z yo'li* deyiladi. Keyin bu tashqi tizzali tanacha va talamus yostiqlikchada tugaydi. *Tizzali* yostiqlikchadan tolalar boshlanib, Groshale tutamini hosil qiladi va bosh miya po'stlog'i ensa qismida tugaydi. II juft ko'rish va ranglarni ajratish uchun kerak.

Z a r a r l a n g a n d a. Agar ko'z nervi zararlangan, shu tomonda ko'z ko'rmay qoladi, bu *amovroz* deb, ko'zning kam ko'rish *ambliopiya* deyiladi. Agar kesishgan joy va ko'rish yo'li zararlangan, unda gemianopsiya bo'ladi. Agar markaz kasal bo'lsa, ensa qismida ko'rish gallutsinatsiyasi, ya'ni yo'q narsalarni ko'rish paydo bo'ladi.

III juft ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv. Bu nerv yadrolari bir necha xil bo'ladi. 1. Yuqori qovoqni ko'taradigan

nerv ko'taradigan mushakni nerv bilan ta'minlaydi. 2. Tepa to'g'ri mushak – ko'z olmasini tepaga va biroz ichkariga harakat qildiradi. 3. Medial to'g'ri mushak – ko'z olmasini ichkariga buradi. 4. Pastki qiyshiq mushak – ko'z olmasini tepaga va biroz tashqariga buradi. 5. Pastki to'g'ri mushak – ko'z olmasini pastga va ichkariga buradi. Bu yadrolar katta hujayrali yadrolarga kiradi. Yana mayda hujayrali parasimpatik yadrolar bo'lib, bu yadrolardan nervlar chiqib, qorachiqni toraytiradigan mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Juftsiz yadrosi bor parasimpatik qism esa, siliar mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Bu mushak akkomodatsiya vazifasini bajaradi. Ill juft KBM nerv yadrolari o'rta miyada joylashgan, yadrogacha markaziy neyron bo'lib, u peshana qismining oldingi markaziy egatidan boshlanadi. Keyinchalik pastga tushib, ichki kapsulaning tizzasidan o'tadi va yadroga kelib, o'z tomonidan hamda qarama-qarshi tomonda tugaydi yoki yadrolar bosh miya po'stlog'i bilan ikki tomonlama bog'langan bo'ladi. Periferik nerv neyronlari esa yadrodan boshlanib, tashqariga – mushaklarga chiqadi va yuqorida qayd etilgan mushaklarni nerv bilan ta'minlaydi.

Zararlanishi. Ptoz – ko'z yuqori qovog'ining tushib qolishi, g'ilyalik (*ctrabizm*) – ko'z olmasining tashqariga qarab qolishi, ekzoftalm – ko'z olmasining kasallangan tomonga chiqib qolishi, midriaz – ko'z qorachig'ining kengayishi, mioz – ko'z qorachig'ining torayishi, diplopiya – ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi.

IV juft g'altaksimon KBM nervi. Bu nerv yadrosi o'rta miyada – Silveyev suv yo'lining tagida joylashgan. Miya asosi va kalla suyagining tepa ko'z oralig'idan chiqib, bitta mushakni – tepa qiyshiq mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Bu mushak ko'z olmasini pastga va tashqariga buradi. Markaziy neyron bosh miya po'stlog'ining peshana qismi oldingi markaziy egatidan boshlanadi. Pastga tushib, yana ichki kapsulaning tizzasidan o'tadi va yadroga kelib, o'z tomonidan va qarama-qarshi tomondan kelib tugaydi. Shuning uchun markaziy falajlanish bo'lmaydi.

Zararlanishi. Diplopiya faqat pastga qaraganda paydo bo'ladi, bu ko'zning ichkariga qarab qolgan g'ilyaligi, u faqat pastga qaraganda, ayniqsa, bu narsa zinadan pastga tushayotganda ma'lum bo'ladi.

V juft uch shoxli KBM nervi aralash nervlardan tuzilgan bo'lib, harakat va sezishni bajaradi. Harakat qismi markaziy neyroni bosh miya po'stlog'ining oldingi markaziy egatidan boshlanib, ichki

kapsulaning tizzasidan o'tadi va Vorolev ko'prigidagi yadrosiga kelib, o'z tomonidan va qarama-qarshi tomondan kelib tugaydi, ya'ni yadrosi bosh miya po'stlog'i bilan ikki tomonlama bog'langan. Yadrodan ikkinchi periferik neyron boshlanadi. Kalla suyagidan tashqariga chiqib, chaynov mushaklarini nerv bilan ta'minlaydi.

Zararlanishi. Agar markaziy neyron bir tomonlama zararlangan, markaziy falajlanish bo'lmaydi, chunki yadrosi bosh miya po'stlog'i bilan ikki tomonlama bog'langan. Agar periferik neyron bir tomonlama zararlangan, shu tomonda chaynash buziladi, ikki tomonlama zararlangan, pastki jag' osilib qoladi.

Uch shoxli nervning sezgi qismi gangliya Gasserada birinchi neyron tanasi yotadi. Uchta katta dendritlari bor: *ramus oftalmikus*, *ramus maksillaris*, *ramus mandibularis*. Bular yuzni sezgi bilan ta'minlaydi. Aksioni esa ichkariga kirib, yadroga tugaydi. Bu yadro Vorolev ko'prigida joylashgan. Yadrodan ikkinchi neyron boshlanib, qarama-qarshi tomonga o'tadi va ko'z do'mbog'ida tugaydi. III neyron esa ko'z do'mbog'idan boshlanib, ichki kapsuladan o'tadi va miya po'stlog'i tepa qismining orqa markaziy egatida tugaydi.

Zararlanishi. Birinchi shoxchasi zararlanganda shu joyda sezgi yo'qoladi. Qaysi shoxlarda zararlanish bo'lsa, shu joyda nevritik tipda sezgi yo'qoladi. Agar yadrosi zararlangan, unda segment xilida sezgi yo'qoladi. Yuzda halqasimon sezgi yo'qolishi kuzatiladi.

VI juft uzoqlashtiruvchi KBM nervi. Yadrosi Vorolev ko'prigi rombovid chuqurchaning tagida joylashgan. Yadrodan ikkinchi periferik neyron boshlanib, Vorolev ko'prigi va uzunchoq miya chegarasida, miyadan va kalla suyagidan esa tepa ko'z oralig'idan chiqadi. Bu yerdan chiqib, tashqi lateral mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Bu mushak ko'z olmasini tashqariga tortib turadi.

Zararlanishi. Periferik neyron zararlangan, ichkariga qarab qolgan g'ayilik hamda diplopiya kuzatiladi.

VI juft nervning ham markaziy neyroni bo'lib, u bosh miya po'stlog' qismining peshanadagi oldingi markaziy egatidan boshlanadi. Pastga tushib ichki kapsulani tizzasidan o'tadi va yadroga kelib tugaydi. Demak, bu nervning ham markaziy falajlanishi kuzatilmaydi (*16-rasm*).

VII juft yuz KBM nervi. Yadrosi uzunchoq miya bilan Vorolev ko'prigi chegarasida joylashgan. Yadrosi ikki: tepa va pastki qismdan iborat. Markaziy neyroni bosh miya po'stlog'i peshana qismining

oldingi markaziy egatidan boshlanib, ichki kapsulaning tizzasidan o'tadi va yadroning tepa qismiga ikki tomonlama kelib tugaydi. Pastki qismi esa qarama-qarshi tomondan kelib tugaydi. Shunday qilib, pastki yadrosi bir tomondan qarama-qarshi tomon bilan bog'langan. Yadrodan ikkinchi periferik neyron boshlanib, miyada ko'prik – miyacha burchakdan tashqariga chiqadi. Keyin yuz nervi eshitish nervi bilan birgalikda chakka suyagi piramidasi ichiga kiradi, piramida suyagining ichki qismida eshitish nervi ajralib, yuz nervining kanaliga o'tadi. Bu yerda yuz nervining tashqi tizzasini hosil qilib, foramen stilomastoideum orqali tashqariga chiqadi. So'ng quloq supراسi tagidan o'tib yuz mimik mushaklarini nerv bilan ta'minlaydi.

Sog'lom odamlarda yuz tinch holatda turganda peshana ajinlari ikki tomondan bir xil, qosh ikki tomondan bir xil kenglikda, ko'z oraliqlari bir xil, burun-lab qatlami ikki tomondan bir xil, og'iz burchagi bir xil tekislikda joylashgan bo'ladi. Yuz nervining qaysi neyroni zararlanishiga qarab ikki xil falajlik bo'ladi?

Tinch holatda: peshana ajinlari bir xil, qoshlar bir tekislikda, ko'z oralig'i bir xil, qarama-qarshi tomonda zararlanishdan burun-lab qatlami silliqlashgan va shu tomonda og'iz burchagi pastga tushgan bo'ladi.

Markaziy falajlik mimik sinovlarida esa bemor ikki tomondan qoshlarini yaxshi ko'taradi, ko'zlarni yaxshi yumadi, tishlarni tirjaytirganda zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonda burun-lab qatlami tashqariga ketmaydi. Shu tomondan bemor labini oldinga chiqara olmaydi, lunjini shishira olmaydi, natijada, og'zidan havo chiqib ketadi. Yadrodan tepada zararlanish ro'y bersa, markaziy falajlanish kuzatiladi. Yuz nervining periferik falajlanishida qaysi tomon zararlansa, shu tomonda o'zgarish bo'ladi. Masalan, chap tomonda yuz nervining periferik nervi zararlansa, shu tomonda yuz nervining periferik falaji kuzatiladi. Bunda tinch holatda chap tomonda yuz asimetriyasi, ya'ni yuz bir xil emas, chap tomonda peshana ajinlari silliqlashgan, qosh biroz pastda, ko'z oralig'i kengaygan, burun-lab qatlami silliqlashgan va og'iz burchagi pastga tushgan bo'ladi. Bemor mimik sinovlarda kuzatilganda chap tomondagi qoshini ko'tara olmaydi, achchiqlana olmaydi, ko'zini yuma olmaydi (*lagoftalm* yoki quyon ko'zi, Bella belgisi), tishlarini ochib tirjaytirganda burun-lab qatlami tashqariga ketmaydi, lunjini shishira olmaydi (*17-rasm*).

Yuz nervining topik zararlanishi. Agar Vorolev ko'prigi va uzunchoq miya chegarasidagi yadro zararlangan, shu tomonda yuz nervining periferik falajligi, qarama-qarshi tomonda esa gemiplegiya markaziy xarakterda va gemianesteziya o'tkazuvchanlik xilida bo'ladi. Bu falajlik *alternashgan falajlik* deb ham ataladi. Agar miyacha ko'prik burchagi zararlangan, shu tomonda yuz nervining periferik falaji, giperakuziya – quloqning o'ta eshitishi, ko'z va og'izning qurishi kuzatiladi, tilning oldingi qismi ta'm bilmaydi (ageziya). Agar *parus akustikus internus* ichi zararlangan, miyacha ko'prik burchagidagi belgilar kuzatiladi. Agar *kanalis facialis* ichi zararlangan, unda shu tomondagi yuz nervining periferik falajligi kuzatiladi, og'iz va ko'z quriydi, tilning oldingi qismi ta'm bilmaydi. Agar *faramen stillomostadeum* dan keyin zararlangan, yuz nervining periferik falaji shu tomonda bo'ladi.

VIII juft eshitish KBM nervi ikki nerv tizimidan iborat:

Koxlear nerv eshitishga aloqasi bor.

Koxlear nervning gangliyasi bo'lib, dendritlari ta'sirlarni tashqaridan qabul qiladi, aksonlari esa kalla suyagi orqali miya ustuniga uzunchoq miya va Vorolev ko'prigi chegarasidagi yadrolarda tugaydi. Bu *birinchi neyron* deb ataladi. *Ikkinchi neyron* chegaradagi yadrolardan boshlanib, o'z tomonidan va qarama-qarshi tomonga o'tib, yuqoriga ko'tariladi va birlamchi eshitish markazida o'rta miya to'rt tepalikning oxirgi do'mboqchasida to'xtaydi. Uchinchi neyron shu joydan boshlanib, ichki kapsuladan o'tadi va bosh miya po'stlog'ining chakka qismidagi Geshlya egatida tugaydi.

Zararlanishi. Agar gangliyadan yadrogacha birinchi neyron zararlangan, shu tomonda quloq eshitmaydi, bu *anakuziya* deb ataladi, quloqning kam eshitishi *gipakuziya* deyiladi. Agar ikkinchi neyron bir tomondan zararlangan, eshitishga aloqasi bo'lmaydi, chunki yadrosi po'stloq bilan ikki tomonlama bog'langan. Agar po'stloq zararlangan unda eshitish gallutsinatsiyasi bo'ladi.

Vestibular nerv – vestibular apparatiga aloqasi bor nerv quloq ichida gangliyalardan bo'lib, dendritlari tashqaridan ta'sirlarni qabul qiladi. Aksonlar esa kalla suyagi orqali ichkariga uzunchoq miya va Vorolev ko'prigi chegarasidagi yadrolarda tugaydi. Shu joydagi yadrolar pastdan orqa miya bilan, tepadan ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv va miyacha hamda bosh miya po'stlog'i bilan bog'langan. Agar vestibular nerv zararlangan, bemorda vestibular ataksiya kuzatiladi. Bunda

bemorda ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, nistagm va muvozanatning buzilishi kuzatiladi.

IX juft til-halqum KBM nervi aralash nervlardan iborat bo'lib, harakat, sezuvchi va ta'm biluvchi tolalardan tuzilgan. Yadrosi uzunchoq miyada markaziy neyron o'z tomonidan yadrogacha va qarama-qarshi tomondan bog'langan. Yadrodan ikkinchi neyron boshlanib, miyadan oliva miyachaning pastki oyoqchasi orasidan chiqadi. Kalla suyagidan chiqib, bitta mushakni nerv bilan ta'minlaydi, bu mushak tomoqni ko'taradigan mushakdir. Bu nerv tilning orqa tomonidagi ta'mni sezadi. Tildan neyronlar boshlanib, uzunchoq miyadagi yadroda tugaydi. Tilning orqa tomoni achchiq va sho'rni sezadi.

X juft adashgan yoki sayyor nerv. Harakat neyroni yadrodan boshlanib miyadan oliva miyacha oyoqchalari orasidan chiqadi, kalla suyagidan chiqib yumshoq tanglay mushaklarini, qizilo'ngach mushaklarini, ovoz bog'lamlarini nerv bilan ta'minlaydi. Bu nerv ichki a'zolaridagi silliq mushaklar, bronxlar, qizilo'ngach, oshqozon-ichak, qon tomirlar, yurak-o'pka mushaklari, limfa bezlari, sezgi neyronlaridan boshlanib, uzunchoq miyadagi yadroda tugaydi.

Zararlanishi. Disfagiya – yutinishning buzilishi, bemor yuta olmaydi. Afoniya – ovozning yo'qolishi, bemorda bundan tashqari, ovoz reflekslari hamda tilning orqasida ta'm bilishning yo'qolishi kuzatiladi. Bular *bulbar falajligi* deyiladi. Chunki kalla bosh miya nervlarining yadrosi zararlanganda, asosiy belgisi – yutinish refleksi yo'qoladi, til og'izdan chiqmaydi. Patologik reflekslar bo'lmaydi. Psevdobulbar falajlik yadrodan tepadagi markaziy neyron ikki tomonlama zararlanganda kuzatiladi. Bunda bemor yuta olmaydi, gapira olmaydi, lekin yutish reflekslari bo'ladi. Bulbar falajlik periferik asab tizimi zararlanganda, psevdobulbar falajlik esa markaziy neyronlar zararlanganda kuzatiladi.

XI juft qo'shimcha nervlar harakat vazifasini bajarib, yadrosi uzunchoq miyaning pastida, orqa miyaning teparog'ida – oldingi shoxlarda joylashgan. Markaziy neyron ikki tomon: yadrodan, miya po'stlog'idan keladi. Periferik asab neyroni esa yadrodan boshlanib tashqariga chiqadi va *m. sternocleidomastoideus* (boshni o'ng va chap tomonga burish hamda oldinga va orqaga egishda ishtirok etadi) hamda *m. trapezius* (yelkani ko'tarishda qatnashadi) mushaklarini nerv bilan ta'minlaydi. Zararlanganda faqat periferik falajlik kuzatiladi. Bunda shu tomonda bo'yin-yelka mushaklarining oriqlanishi, bo'yinning shu

tomonga qiyshayishi kuzatiladi. Agar periferik nerv ikki tomonlama zararlangan, bunda bemorning bo'yin va yelka mushaklari oriqlanishi bilan birga bosh oldinga osilib qoladi.

XII juft tilosti nervi harakat nervlari bo'lib, tilni harakatga keltiradi. Yadrosi uzunchoq miyada joylashgan. Yadrogacha markazdan bosh miya po'stlog'idan markaziy neyron keladi va qarama-qarshi tomonga o'tadi. Shunday qilib, yadrosi bosh miya po'stlog'i bilan faqat bir tomonlama qarama-qarshi tomon bilan bog'langan. Periferik neyron esa uzunchoq miya olivasi piramidalari orasidan hamda kalla suyagidan chiqib, tildagi mushaklarni nerv bilan ta'minlaydi. Me'yorda til og'izdan to'g'ri chiqadi, hamma tomonga harakat qiladi, atrofiya bo'lmaydi, fibrillyar qaltirash kuzatilmaydi.

Zararlanishi. Agar markaziy neyron zararlangan, bemor tilini chiqarganda tilning uchi zararlangan tomonga qarama-qarshi tomonga buraladi, oriqlash, fibrillyar qaltirash bo'lmaydi. Gapirish o'zgargadi – dizartriya, noaniq gapiradi. Agar periferik nerv zararlangan, tilni chiqarganda til zararlangan tomonga buraladi, shu tomondan tilning yarmida oriqlanish hamda gapirish noaniq bo'ladi. Agar XII juft nervning uzunchoq miyadagi yadrosi zararlangan, u vaqtda til qiyshayishi, oriqlanish, bemorning noaniq gapirishi hamda tilda fibrillyar qaltirash kuzatiladi. Agar bu nerv ikki tomonlama zararlangan, bemor tilni og'iz ichidan chiqara olmaydi.

Nazorat savollari

- ?
1. Hid bilish va ko'ruv nervlari haqida nimalarni bilasiz?
 2. Bemor tilini to'g'riga chiqara olmaydi, tili chap tomonga buralgan va shu tomonda tilning yarmida atrofiya kuzatiladi, gaplari noaniq. Bunda qaysi KBM nervlari zararlangan?
 3. Mimik sinamalarni bajarib ko'rsating.
 4. Bulbar va psevdobulbar falajda zararlangan joy qayerda? Ularning bir-biridan farqi nimada?

5-BOB. SEZGI TIZIMI ANATOMIYASI, FIZIOLOGIYASI, ZARARLANISH BELGILARI VA TEKSHIRISH USULLARI

Odamzod paydo bo'libdiki, u tashqi muhit bilan muloqotda bo'ladi. Tashqi ta'sirlarni qabul qiladi, uni bosh miya po'stlog'igacha yetkazib, u yerda tahlil qiladi. Ko'rish, hid bilish, eshitish, issiq-sovuqni sezish – hammasi sezgi sohasiga bog'liq. Sezish analizatori – bunda

qabul qilish joyi – retseptor, oʻtkazish qismi va markaziy oxirgi qismi bor. Markaziy qism bosh miya poʻstlogʻida tugaydi, bu *analizator* deb ataladi. Sezgi hamma vaqt tashqaridan – sirtidan boshlanadi. Sezgida albatta qabul qilib oluvchi – retseptorlar boʻlishi kerak. Ular quyidagilar:

1. Ekstroretseptorlar – bu retseptorlar tashqarida teri ektodermasida va shilliq qavat pardalarida uchraydi. Ular ikki xil boʻladi: kontakt retseptorlar – taʼsir etish natijasi yuzaga keladi (ogʻriq, issiq-sovuqni sezish); distan retseptorlar – masofadan sezish (koʻrish, eshitish, hid bilish).

2. Proprioretseptorlar – chuqur toʻqimalardagi retseptorlarga (pay, mushak, suyak, boʻgʻim). Masalan, bemor koʻzini yumib, koʻrsatkich barmogʻini yuqoriga yoki pastga qaratilganda bemor shu holatni bilishi kerak.

3. Introretseptorlar – ichki aʼzolardagi sezgilarni biladi: masalan, oshqozon yoki buyrakdagi ogʻriqlar.

Sezgi ikki xil boʻladi: 1. Yuzaki sezgi: bunga ogʻriqni sezish, issiq-sovuqni sezish, qisman taktil (paypaslab silash) sezish kiradi. Yuzaki sezgi yoʻllari: birinchi neyron umurtqalararo gangliyada joylashgan. Dendritlar tashqaridan taʼsirlarni qabul qiladi, akson esa ichkariga kirib, orqa miyaning orqa shoxidagi sezgi hujayralarida tugaydi. Ikkinchi neyron – orqa miyaning orqa shoxidagi sezgi hujayralaridan boshlanib, har segment sohasida qarama-qarshi tomonga oʻtadi. Orqa miyaning yon ustiga borib, tepaga koʻtariladi va koʻruv doʻmbogʻida tugaydi. Uchinchi neyron – koʻruv doʻmbogʻidan boshlanib, ichki kapsula orqa sonining orqa qismidan oʻtadi va bosh miya poʻstlogʻi tepa qismining orqa markaziy egatida tugaydi.

2. Chuqur sezgi – bunga quyidagilar kiradi: a) mushak-boʻgʻim sezgisi; b) bosim va ogʻirlik sezgisi; d) jismlarni paypaslab bilish sezgisi – steriognoz; e) vibratsion sezgi – retseptorlari mushakda, boʻgʻimda, suyakda, payda yotadi. Chuqur sezgi yoʻllari: birinchi neyron boshlanadi, retseptorlardan dendritlar umurtqalararo neyronga qarab yoʻnaladi, akson ichkariga kiradi, yaʼni orqa miyaning orqa ustuniga boradi. Soʻngra oʻz tomonidan yuqoriga koʻtariladi va uzunchoq miyaning pastki qismidagi yadrosiga borib tugaydi. Ikkinchi neyron – uzunchoq miyadagi yadrodan boshlanib qarama-qarshi tomonga oʻtib, koʻtarilib koʻruv doʻmbogʻida tugaydi. Uchinchi neyron boshlanadi, koʻruv doʻmbogʻidan ichki kapsula orqa sonining

orqa tomonidan o'tib, bosh miya po'stlog'ining tepa qismidagi orqa markaziy egatda tugaydi (*18-rasm*).

Sezgining zararlanishi. 1. Nevritik xilida sezgi yo'qolishi, bunda alohida-alohida nerv sohasidagi sezgi yo'qoladi. Masalan, quymich nervi zararlanganda sonning orqa qismida sezgi yo'qoladi yoki son nervi zararlanganda sonning oldingi qismida sezgi yo'qoladi. 2. Polinevritik xilida sezgi yo'qolishi, polinevrit kasalligida, ya'ni ko'p nervlarning yallig'lanishi natijasida paydo bo'ladi. Bu sezgi yo'qolishi qo'l va oyoqlarning pastki qismida, qo'llarda «qo'lqopsimon», oyoqlarda «paypoqsimon» sezgi yo'qoladi. 3. Segmentar xilida sezgi yo'qolishi; orqa ildiz, umurtqalararo tugunlar va orqa shoxlar zararlanganda sezgi yo'qoladi. 4. O'tkazuvchanlik xilida sezgi buzilishi. Bunda o'tkazuvchi yo'llar zararlanganda, sezgi buzilishi shu zararlangan joydan pastda bo'ladi. Orqa miyaning bel qismi zararlanganda pastda ikkala oyoqda sezgi yo'qoladi, bunga *paraanesteziya* deyiladi. Orqa miyaning ko'krak qismi zararlanganda qorin va bel sohalarida sezgining yo'qolishi va paraanesteziya bo'ladi. Orqa miyaning bo'yin qismi zararlanganda *tetraanesteziya* (ikki qo'l va ikki oyoqda sezgining yo'qolishi) va tanada ham sezgi yo'qoladi. Miya ustuni va ichki kapsula bir tomondan zararlanganda – *gemianesteziya* (tananing o'ng yoki chap tomonida sezgining yo'qolishi), qarama-qarshi tomonda o'tkazuvchanlik xilida sezgi yo'qoladi. 5. Bosh miya tepa qismi orqa markaziy egati va gulbog'i zararlanganda, *monoanesteziya* (bitta qo'l yoki bitta oyoqda sezgining yo'qolishi) qarama-qarshi tomonda o'tkazuvchanlik xilida kuzatiladi.

Anesteziya – sezgining butunlay yo'qolishi, *analgeziya* – og'riq sezgisining yo'qolishi, *termanesteziya* – harorat sezgisining yo'qolishi, *gipesteziya* – sezgining pasayishi, *giperesteziya* – sezgining kuchayib ketishi, *dizesteziya* – sezgining buzilishi, masalan, taktil (ip va qil) taassurotni og'riq deb, sovuqni issiq deb his qilish, *giperpatiya* – kuchsiz ta'sirlarni sezmaydi, lekin bemor kuchli ta'sirlarga chidab bo'lmaydigan og'riq borligini aytadi, og'riqni qayerda ekanligini ko'rsatib bera olmaydi. *Paresteziya* – bunda bemorlar badanida har xil uvishish, jimirlash, chumoli yurgandek holat paydo bo'ladi.

Yuzaki sezgini tekshirish. Og'riq va haroratni sezuvchanlik yuzaki sezgiga kiradi. Tekshirish uchun shifokor bemorning o'ng tomonida turib, igna yordamida avval sog'lom tomonidan, keyin kasal tomonidan igna sanchib ko'radi. Bunda sezgining bir xilligi,

o'tkir va o'tmasligi chap va o'ng tomondan tekshirib boriladi. Avval yuqori yuz qismdan boshlab, keyin qo'l, tana va oyoqlar hamda old va orqa tomondan tekshiriladi. Bunda og'riq bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Harorat sezuvchanligini tekshirishda ikkita shisha idish olinib, birinchisiga 40–50°C issiq suv, ikkinchisiga 20– 25°C li iliq suv solinadi. Bemorlarni tekshirishda avval issiq shisha idishni, keyin esa iliq shisha idishni tananing ikki tomoniga ko'zlar yumilgan holda, birin-ketin teriga tekkizilib, bemordan sovuq-issiqligi so'rab boriladi.

Chuqur sezgini tekshirish. 1. Taktil sezgini tekshirish uchun qog'oz yoki paxta yordamida bemorning badaniga tekkiziladi. Bunda bemor shu tekkizilgan narsani sezishi kerak. 2. Mushakbo'g'im sezgisini tekshirish uchun bemorning ikkala ko'zi yumilgan holda qo'l va oyoq bo'g'imlari istalgan tomonga bukiladi. Me'yorda bemor qaysi bo'g'imni, qaysi tomonga bukilganligini aytadi. Agar chuqur sezgi zararlangan bo'lsa, bemor sezmaydi. 3. Vibratsiya (tebranish) sezgisi, bunda kamerton suyaklar ustiga qo'yiladi, bemor kamerton tebranishini bir-ikki soniyada sezishi kerak. Agar suyak o'tkazuvchanligi zararlansa, bemor sezgini sezmaydi. 4. Stereognoz – ko'zni yumgan holda bemorga tanish buyumlar – kalit, soat, tanga beriladi. Agar bemor bu narsalarni bilsa, *stereognoz* deb ataladi. Bu miya po'stlog'ining sintez qilish faoliyatining zararlanishi yoki teri va harakat sezgilarining yo'qolishida kuzatiladi. 5. Teriga chizilgan shakllarni sezish – bemor tanasiga o'tmas buyumlar bilan har xil shakllar, raqamlar va harflar chiziladi. Me'yorda bemor chizilgan narsalarni aytadi, zararlenganda esa aytib bera olmaydi.

Nazorat savollari

- ?
1. Orqa miyaning tugunlari zararlansa, qanday belgilar paydo bo'ladi?
 2. Bemorda chap oyoqning spastik falaji bilan birga chuqur sezgi sohasi buzilgan, o'ng tomonda esa og'riq va harorat sezuvchanligi buzilgan. Qayer zararlangan?
 3. Dizesteziya va giperpatiyaning bir-biridan farqi nimada?
 4. Polinevritik sezgi buzilishlarini tushuntiri bering.

6-BOB. VEGETATIV ASAB TIZIMI ANATOMIYASI, FIZIOLOGIYASI, ZARARLANISH BELGILARI VA TEKSHIRISH USULLARI

Asab sohasi ikkita katta tizimdan iborat:

1. Somatik asab tizimi—bu tizim ko'ndalang targ'il mushaklarni, ya'ni yuz mushaklarining harakati, qo'l va oyoqdagi hamda tanadagi mushaklarni nerv bilan ta'minlaydi.

2. Vegetativ asab tizimi—bu tizim avtonom bo'lgani bilan bosh miya po'stlog'ining nazoratida bo'lib turadi. Bu degani, somatik asab tizimi va vegetativ asab tizimi bir-biri bilan uzviy bog'langan.

Vegetativ asab tizimining asosiy vazifasi odam tanasidagi silliq mushaklarni va butun ichki a'zolarning faoliyatini idora etadi. Vegetativ asab tizimi qon aylanish, nafas olish, ovqat hazm qilish, tana haroratini bir me'yorda saqlash, qon tomirlarni turli muhitga moslashtirish, shuningdek, organizm ichki muhiti turg'unligi (gomeostaz) ni, moddalar almashinuvini me'yorida boshqarib turadi. Bundan tashqari, ichki a'zolar, limfa va qon tomirlar, ichki bezlar, silliq va ko'ndalang targ'il mushaklar hamda sezgi a'zolari ta'minlaydi. Bu a'zolar ishini ma'lum tartibda borishini boshqarib turadi.

Vegetativ asab tizimi ikkiga bo'linadi: simpatik va parasimpatik asab tizimlari. Ikkala tizim bir-biri bilan kelishilgan holda ishlaydi.

Simpatik asab tizimi. Umurtqa pog'onasining ko'krak va bel qismlari-da asab tizimining hujayralarida orqa miyaning C_8-L_2 segmentlari orqa miyaning yon shoxlarida joylashgan. Bulardan preganglionar tolalar boshlanadi. Umurtqa pog'onasidan chiqqandan keyin nerv tolalari zanjir ko'rinishida umurtqa pog'onasi bo'ylab joylashadi va bir-biri bilan qo'shiladigan tugunlarda tugallanadi. Bu *chegara ustuni* deb ataladi. O'ng va chap tomondagi chegara ustunlari 3 ta bo'yin, 12 ta ko'krak, 5 ta bel, 4 ta dumg'aza va 1 ta dum simpatik tugunlardan tashkil topgan. Mana shu tugunlardan postganglionar tolalar chiqib ichki a'zolar, tomirlar, silliq mushaklar va bezlarga borib tugaydi. Bu bo'linish shuning uchun kerakki, har biri ma'lum qismlarni idora etadi. 1. Bo'yin simpatik tugunlari boshning soch qismlarini, vertebrobazillar qon tomirlarini idora etadi. 2. Ko'krak tugunlari ko'krak qafasi ichidagi a'zolar (o'pka, bronx, traxeya, yurak) ni idora etadi. 3. Qorin tugunlari qorin ichidagi a'zolar (jigar, oshqozon, taloq, ichaklar) ni idora etadi. 4. Chanoq tugunlari kichik

chanoqdagi a'zolar (qovuq, bachadon, jinsiy a'zolar, to'g'ri ichak)ni nerv bilan ta'minlaydi.

Simpatik asab tizimining vazifasi: ko'z qorachig'i va bronxlarni kengaytiradi, so'lak ajralishini kamaytiradi, tomirlarni toraytiradi, qon bosimini ko'taradi, yurak urishini tezlashtiradi, terlashni kamaytiradi, qondagi qand miqdorini ko'taradi, ichak harakatini kamaytiradi.

Parasimpatik asab tizimlari quyidagi qismlardan iborat: 1. O'rta miya qismi – ko'z olmasini aylantiruvchi nerv yadrolari. Bularning qorachiqning torayishiga va akkomodatsiyaga aloqasi bor. 2. Miya ustuni uzunchoq miya qismi 9–10 juft nerv yadrolariga aloqasi bor. So'lak chiqishi, ko'zyosh oqishi, ta'm bilish a'zolarini nervlar bilan ta'minlaydi. Bu yadrolardan tolalar ko'krak va qorin bo'shlig'idagi barcha a'zolarga boradi. 3. Dumg'aza qismi S_{2-3} segmentlardan boshlanib, kichik chanoqda joylashgan a'zolari parasimpatik nervlar bilan ta'minlaydi.

Parasimpatik asab tizimining vazifasi: qon tomirlarni kengaytiradi, qorachiqni toraytiradi, yurak faoliyatini sekinlashtiradi, oshqozon-ichak harakatini, jigar, oshqozon-ichak bezlarining vazifasini kuchaytiradi, bronxlarni toraytiradi, siydik pufagi va yo'g'on ichakni bo'shatishda ishtirok etadi.

Simpatik va parasimpatik asab tizimlarining faoliyati o'zaro ma'lum bir muvozanatda saqlanib, ichki a'zolar ishi va ichki jarayonlarning me'yorda kechishini ta'minlaydi.

Tekshirish usullari. Vegetativ asab tizimining simpatik va parasimpatik qismlar faoliyatini tekshirish uchun avval bemorning shikoyatini o'rganish va uni kasallikning kechishi bilan taqqoslash kerak. Bemorning tashqi ko'rinishi, terisining ahvoli, terlashi, allergik holati so'raladi. Yurak-tomir faoliyatini aniqlash uchun chap va o'ng qo'l-oyoqlarda qon bosimi o'lchanadi, yurak tovushi eshitib ko'riladi.

Qon tomir reflekslarini tekshirish yoki dermatografizm. Dermatografizmning ikki turi mavjud – mahalliy va reflektor. Mahalliy dermatografizmda terining ma'lum joyiga o'tmas buyum bilan chizib ko'riladi. Shunda mayda qon tomirlardagi qo'zg'alish xususiyati qay ahvolda ekanligi aniqlanadi. Teri chizilgan joy qizaradi yoki oqrang hosil bo'ladi. Qizilrang bir necha daqiqadan so'ng yo'qolishi kerak. Mabodo, chizilgan joyda oqrang hosil bo'lsa, bu qon tomirlar tonusi oshib ketganligidan dalolat beradi. Agar qizil rang uzoq vaqtgacha yo'qolmay tursa, aksincha, qon tomirlar tonusi susayib ketganligini

bildiradi. Agar kishida allergiya holati bo'lsa, chiziqli o'tkazilgan joyda shish paydo bo'ladi.

Reflektor dermografizm teriga to'g'ri uchi bilan chizish orqali paydo qilinadi. Bunda terining chizilgan joyida ma'lum kenglikda aylanasi jimjimador qizarish paydo bo'ladi va bir necha daqiqadan so'ng yo'qolib ketadi.

Periferik nervlar, orqa miya shoxlari, ba'zan orqa miyaning turli qismlari zararlangan, tananing shu zararlangan joyida reflektor dermografizm bo'lmaydi.

Ko'z-yurak refleksi (Danini-Ashner refleksi). Ikkala yumuq ko'zga barmoqlar bilan bosilganda, yurak urishi bir daqiqada 6–12 taga sekinlashadi. Agar yurak urishi bir daqiqaga 12–16 tagacha kamaysa, bu hol parasimpatik asab tizimi tonusining oshganligini bildiradi. Agar yurak urishi sekinlashmasa yoki bir daqiqaga 2–4 taga tezlashsa, u simpatik asab tizimi tonusi oshganligidan dalolat beradi.

Klino-ortostatik reflekslar. Bemor yotgan holatda tomir urishi va qon bosimi o'lchanadi, keyin tezda o'rnidan turg'iziladi (ortostatik refleks). Tikka turganida tomir urishi bir daqiqada 6–30 tagacha ko'payadi, qon bosimi simob ustuni bo'yicha 20 taga oshadi. Tik holatdan yotish holatiga o'tganda esa qon bosimi va yurak urishining tezligi 3 daqiqadan so'ng oldingi holatga qaytadi (klinostatik refleks). Agar ortostatik refleksda 1 daqiqada tomir urishi 12 tadan oshib ketsa, simpatik asab tizimi qo'zg'aluvchanligi oshadi. Agar klinostatik holatda tomir urishi sekinlashsa, parasimpatik asab tizimi qo'zg'aluvchanligi oshgan bo'ladi.

Adrenalin bilan sinov o'tkazish. Bemor terisi ostiga 0,1 ml adrenalin yuboriladi, terining dori yuborilgan joyida 5–10 daqiqadan so'ng oq dog' paydo bo'ladi. Bu oq dog' atrofini qizil tasma o'raydi. Qizil tasma bilan o'ralgan bu dog' 15–20 daqiqa davomida saqlanib turishi kerak. Bu sinamada yurak urishi ortadi va qon bosimi ko'tariladi. Agar bunday holat uzoq muddat davomida saqlanib tursa, simpatik asab tizimi tonusi oshganligidan dalolat beradi.

Gidrofillik (teridan suv so'rilishi) xususiyatini tekshirish. Tirsakning pastki uchdan bir qismiga 0,2 ml fiziologik eritma yuboriladi. Yuborilgan joyda papula (shish) hosil bo'ladi. Papulaning yo'qolgan vaqti me'yorda 40–60 daqiqaga to'g'ri keladi. Mabodo, papula tez so'rilib ketsa, to'qimalarning gidrofilligi me'yoridan oshgan bo'ladi.

Ter ajralishini Minor usulida tekshirish. Bemor tanasiga minor eritmasi bir tekis surkab chiqiladi. (Minor suyuqligi tarkibida 90 g 96° li toza spirt, 10 g kanakunjut moyi, 1,5 g kristallangan yod bor.) Bu eritma qurigandan so'ng ustidan bir xil qalinlikda kraxmal kukuni sepiladi, so'ngra bemorga 1,0 g aspirin va bir stakan issiq shirin choy ichirib, u elektr vanna ostiga yotqiziladi. Bemor terlashi natijasida eritma tarkibidagi yod kraxmal bilan birikib, tananing terlagan qismlarida qoramtir rang hosil qiladi. Ter ajralmagan joylarda tana rangi o'zgarmaydi.

Pilomotor refleksi tekshirish. Bemor bo'yin terisining orqa tomoniga sovuq ta'sir ettirilsa (efir yoki sovuq suv), bemor tanasining shu tomonida terisi g'oz terisiga o'xshab, tuklari tik bo'lib qoladi. Orqa miya kasalliklarida orqa miyaning shikastlangan segmentlari sohasida pilomotor refleks bo'lmaydi.

Chanoq a'zolarining faoliyati va ularning zararlanishi

Siydik pufagining devorida ikki xil silliq mushaklar bo'lib, birinchisi *m.sphincter* – siydik pufagini qisqartiradi, ikkinchisi *m.detrusor* – siydik pufagini bo'shatadi. Siydik pufagi ikkita asab tizimi bilan ta'minlangan: 1) simpatik nerv tolalar orqa miyaning yon shoxida joylashgan bo'lib, siydik pufagidagi mushakni qisqartirgan holda saqlaydi va detruzorni bo'shashtiradi. Agar simpatik asab tonusi oshsa, siydik ajralmaydi. 2) parasimpatik nerv tolalari orqa miyaning $S_1 - S_3$ segmentlarida joylashgan bo'lib, harakat tolalari detruzorni qisqartiradi va sfinkterni bo'shashtiradi. Parasimpatik markaz qo'zg'alsa, siydik pufagi bo'shaydi. Siydik pufagi uchun orqa miyaning shu segmentlarida vezikospinal markaz bo'lib, bu markaz hamma vaqt bosh miya po'stlog'i, po'stloqosti tuzilmalarining nazoratida turadi. Sog'lom kishilarda siydik pufagi siydik bilan to'lgandan keyin pufakdagi shilliq pardalarni ta'sirlaydi va sezgi tolalari orqa miyaning orqa shoxiga S_4 segmentiga boradi, qisman bosh miya po'stlog'iga ko'tariladi va siyish holati yuzaga keladi, qisman orqa miyaning siydik pufagi markaziga boradi. Shuning uchun siydikni ma'lum vaqtgacha siydik pufagida ushlab tura oladi.

Siydik chiqishining buzilishi: Agar siydik pufagini bosh miya po'stlog'i bilan bog'laydigan markaziy yo'llar ikki tomonlama zararlansa, siydik pufagi to'lib, sfinkter qisman ochiladi va siydik tomchilab chiqa boshlaydi. Bu *ischuria paradoxa* deb ataladi.

Siydikni chiqara olmaslik markaziy neyron zararlanganda (masalan, orqa miya o'smasi, miyelit) kuzatiladi.

To'g'ri ichakni ikkita sfinkteri bo'lib, birinchisi ichki *m. sphinter ani internus* – silliq mushaklardan iborat. Ikkinchisi tashqi *m. sphinter ani externus* – ko'ndalang targ'il mushaklardan iborat. To'g'ri ichak simpatik asab tizimi tomonidan ta'minlanib, ichki sfinkterni qisadi. Parasimpatik nerv tolalari esa sfinkterni bo'shashtiradi. Agar ichakda axlat to'plansa, sezgi tolalari dastlab orqa miyaga, keyin bosh miya po'stlog'iga ta'sirni olib boradi va ma'lum vaqtgacha axlatni ushlab tura oladi. Axlat chiqarish markazi orqa miyaning $S_2 \sim S_4$ segmentlarida va bosh miya po'stlog'ining oldingi markaziy egatida joylashgan. Bosh miya – po'stloqi – orqa miya yo'llari bir butunligining buzilishi dastlab yozilishning to'xtashiga, keyinchalik esa siydikni ushlab tura olmaslikka olib keladi. Axlat chiqara olmaslik orqa miya o'smalari, miyelit kasalliklarida, axlatni ushlay olmaslik orqa miyaning dumg'aza segmentlari zararlanganda kuzatiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Vegetativ asab tizimining asosiy vazifalari nimalardan iborat?
 2. Simpatik va parasimpatik asab tizimining asosiy farqlarini aytib bering.
 3. Dermografizm turlari va tekshirish yo'llari qanday?
 4. Ko'z-yurak refleksini o'zingizda tekshirib ko'ring.

MAXSUS BO‘LIM

7-BOB. ASAB KASALLIKLARINI TEKSHIRISH, DAVOLASH VA PARVARISH QILISH USULLARI

Asab kasalligida bemorlarning kasallik tarixini yozish

Bemorning kasallik tarixini to‘ldirishda dastlab uning familiyasi, ismi, otasining ismi, tug‘ilgan yili, jinsi, millati, manzili, ishlash joyi, kasbi, shifoxonaga kelgan vaqti va soati, shifoxonadan chiqqan vaqti, qaysi transportda kelgani, yo‘llanmasidagi tashxisi, qabulxonada qo‘yilgan tashxisi va yakuniy tashxisi yoziladi. Bemorning asosiy shikoyatlari so‘raladi. Bemordan bosh og‘rishi, boshning qanday og‘rishi, doimiyliigi, kunning qaysi vaqtida og‘rishi, og‘riq boshning qaysi joylarida ko‘proq bo‘lishi va og‘riqni keltirib chiqaruvchi sabablar so‘raladi.

Kasallikning rivojlanish anamnezida kasallikning boshlanishi, dastlabki belgilar, kechishi, qilingan davoni natijasi so‘raladi. Kasallik qanday paydo bo‘lganligi, birdan yoki asta-sekinlik bilan, o‘z-o‘zidan paydo bo‘lganmi yoki boshqa kasalliklar bilan kasallik kuchayganmi, qayerda davolangan, qanday dorilar olganligi so‘raladi.

Ayol bemorning hayot anamnezida homiladorlikning birinchi va ikkinchi yarmidagi toksikozi, onaning kechirgan kasalliklari, olgan dorilari, homilaning harakati, bola tushish alomati, shuningdek, bola nechanchi homiladan o‘z vaqtida tug‘ilganligi, oson yoki qiyin tug‘ilganligi, tug‘ilgan vaqtida yig‘laganligi, ko‘karib qolishi, sarg‘ayishi, yaxshi emganligi so‘raladi. Ona nechta bola tuqqan, sog‘ligi, abort bo‘lganligi, o‘lik tuqqanligi, ota-onaning yoshi, qonning rezus jarayoni aniqlanadi.

Bola qanday rivojlana boshlagan, bir yoshgacha og‘rigan kasalliklari, emlanganligi, vazni oshishi, tishi chiqishi, boshini tutishi, o‘tirishi, yurishi, gapirishi, tungi siydik tuta olmasligi va shaytonlash bor-yo‘qligi aniqlanadi. Bola necha yoshdan o‘qiy boshlagan, o‘qishni o‘zlashtirishi, ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo‘lishi, hayz ko‘rishi aniqlanadi. Nasl kasalliklari, ota-onaning qarindoshligi, ota-onaning qarindoshlarida tug‘ma yoki irsiy kasalliklar yoki surunkali kasalliklar borligi so‘raladi. Uy sharoiti, oilaviy ahvol, zararli odatlar aniqlanadi.

Bemorning umumiy ahvoli, tana tuzilishi, teri va shilliq qavatlar, teri osti yog‘ qatlami, limfa bezlari, suyak-bo‘g‘im tizimi, nafas a‘zolari, yurak qon tomir tizimi, ovqat hazm qilish a‘zolari, siydik ajratish tizimi va endokrin a‘zolar tizimi tekshiriladi.

Asab sohasini tekshirish

Ruhiy holati va gapirishi. Bemorning hushi o‘zida yoki hushdan ketgan, hamma gapni tushunadi, savollarga to‘g‘ri javob beradi, joyni, vaqtni aniq ayta oladi, yoshi olgan ma‘lumotiga to‘g‘ri keladi.

Kalla suyagining shakli odatdagidek, aylanasimon, paypaslab ko‘rilganda chandiq, kemtik izlari ko‘rinmaydi. Barmoq bilan urib ko‘rilganda kalla sohasida og‘riq sezilmaydi.

Umurtqa pog‘onasi shakli odatdagidek, ko‘krak kifozi, bel lordozi me‘yorida, skaliyoz yo‘q, umurtqa pog‘onasining hamma tomonga harakatlari to‘liq, og‘riq sezmaydi. Umurtqa pog‘onasi bo‘ylab suyaklarni paypaslaganda va urib ko‘rilganda og‘riq sezmaydi.

Meningial belgilar – ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy (yuqori, o‘rta, pastki) belgilari, ko‘tarilish va kalla suyagining katta havzacha belgisi tarangligi shuningdek, bosh og‘riq, bosh aylanish, yorug‘lik va shovqinni yoqtirmaslik, qusish belgilari aniqlanadi.

Bosh miya nervlari. Hidlov nervida bemor burunning ikkala teshigi bilan hidning bir xilligini sezishi, ya‘ni hid bilishning susayishi yoki yo‘qolishi (anosmiya), ko‘payishi, hidlarni ajrata bilish, yo‘q hidlarni aytish aniqlanadi. Tekshirganda o‘tkir, achchiq hidlar hidlatilmaydi. Kamfora moyi, kerosin va boshqa moddalarning hidlari o‘ng va chap burun teshiklariga keltirilib, alohida-alohida sezish qobiliyati tekshiriladi. Ko‘ruv nervida ko‘ruv o‘tkirligi visus-od=0s=1,0 ga, ko‘rish maydoni (tashqariga 90°, ichkariga 55°, yuqoridan 55°, pastdan 70° ga) teng, ranglarni ajrata bilish har bir ko‘zda alohida tekshiriladi, ko‘z tubi tekshiriladi. Ko‘z olmasini harakatlantiruvchi nerv, g‘altaksimon nerv, uzoqlashtiruvchi nervlar birgalikda tekshiriladi. Ko‘z olmasining hamma tomonga harakatlari bir xil to‘liqligi, og‘riq sezmasligi, jismlarning ikkita bo‘lib ko‘rinishi (diplopiya), yuqori qovoqning pastga tushib qolishi (ptoz), ko‘z qorachig‘ining tebranib turishi (nistagm), ichkariga va tashqariga qarab qolgan g‘ilayliklar, ko‘z qorachig‘ining kattaligi va yorug‘likka to‘g‘ri hamda moslashgan

javobi tekshiriladi. Ko'z qorachig'ining akkomodatsiya va konvergen-siyasi aniqlanadi. Uch tarmoqli nervning chiqish joylarini bosib ko'rib, og'riq tekshiriladi. Yuzdagi og'riqni sezish har ikki tomondan bir xilligi, tilning oldingi 2/3 qismi o'ng va chap tomoni ta'm bilishi aniqlanadi. Chaynov mushaklarining ikki tomondan kuchi, atrofiyasi tekshiriladi. Yuz nervi ko'rilganda yuzdagi ajinlarning bir xilligi, tinch holatda yuz ikkala tomondan bir xil, peshana qatlamlari bir xil rivojlangan, qoshlar bir xil kenglikda, burun-lab qatlami bir xil, og'iz burchaklari bir xilda bo'lishi lozim. Mimik sinovlarda yuzdagi harakatlar: ikki tomondandagi qoshlarini bir xil ko'taradi, ko'zlarini yaxshi yuma oladi, tirjayganda burun-lab qatlami ikki tomonga bir xil ketadi, lunjlarni shishira oladi. Eshituv nervi: koxleyar qismi – eshitish o'tkirligi, quloqda shovqin, shang'illash va eshitish gallutsinatsiyalari tekshiriladi. Vestibular qismi – bosh aylanish, nistagm, muvozanat buzilishi aniqlanadi. Til-halqum nervi va sayyor nervlar birgalikda ko'riladi. Ovoz chiqishi tiniq yoki dimoq bilan gapiradi, yutishi yaxshi yoki yutganda qiynaladi, yutganda ovqat burundan qaytib tushmaydi. Yumshoq tanglay simmetrik, sezuvchanligi, tanglay va halqum reflekslari, tilning orqa 1/3 qismida ta'm bilish o'ng va chap tomondan alohida tekshiriladi. Qo'shimcha nerv: boshni harakatlantirish – orqaga, o'ng va chap tomonga, o'ng va chap yelkani ko'tarish, kuraklarni bir-biriga yaqinlashtirish aniqlanadi. Tilosti nervi – til og'iz ichidan to'g'ri chiqariladi, til harakatlari hamma tomonga to'liq, atrofiya va til mushak tolalarining tortilishi ko'riladi.

Harakat sohasi. Faol harakatlar har bir bo'g'imlarda alohida tekshiriladi. Sust harakatlar bilan birgalikda mushaklar tonusi, mushaklar trofikasi aniqlanadi. Mushaklarning kuchi har bir mushaklarda alohida-alohida tekshirib ko'riladi. Ixtiyorsiz harakatlar (giperkinez, tuklar), fibrillyar va fassikular qaltirashlar, mushaklarning tortishi (spazm), harakatsizlik (akineziya, amimiya), tutqanoq xurujlari, ularning turi aniqlanadi.

Harakat muvozanati. Romberg holatida turish, burun-barmoq sinovi va tizza-tovon sinovi, ko'zni ochgan va yumgan holatlarda yurish, xat yozish tekshiriladi.

Reflekslar. Suyak usti (KR), pay (PR, BR va TR), Axill (AR), teri va shilliq qavatlardagi reflekslar, qorinning (yuqori, o'rta, pastki) reflekslari hamda kremaster reflekslari ikki tomondan tekshiriladi. Oyoq panjasini patologik reflekslari (Babinskiy, Oppengeym, Rossolimo, Jukovski va boshq.), tizza kosasi, qo'l va oyoq panjasining titrashi (*klonus*) tekshirib ko'riladi.

Sezuvchanlik. Og'riqdan shikoyatlari so'raladi, qo'l va oyoqda uvishish yoki chumoli yurgandek, og'riq joylarni aniqla. Tortishish belgilari (Neri, Lasseg, Vasserman) o'ng va chap tomonda ko'riladi. Yuzaki sezish (og'riqni sezish, issiq-sovuqni ajrata bilish, tanaga tekkan narsani bilish), chuqur sezgi (mushak-bo'g'imdagi sezgi, bosim, og'irlik, tana qismlarining joylashish sxemasi, tebranish, jismlarni paypaslab bilish va boshq.) tekshiriladi.

Vegetativ asab tizimi. Terining rangi (oqargan yoki qizarganligi, ko'p terlash, harorati, junlar chiqishi) ikki tomondan bir xilligi tekshirib ko'riladi. Dermografizm (qizil, oq, aralash yoki bo'rtib chiqqan), barmoqlar qaltirashi, siydik va axlatning tutilib qolishi yoki tuta olmaslik, jinsiy faoliyat, qon tomir urishi (*a.radialis* va *a.femoralis posterior*) bir xilligi va tirnoqlar holati aniqlanadi.

Oliy asab faoliyati. Vaqtini, joyni aniqlab olish, xotirada saqlash, diqqatni jamlash, nutq, yozish, o'qish, hisoblash, narsalarni taniy olish (*gnosiz*) va apraksiya kiradi. Uyqu holati, kayfiyat, shifokor tekshirganda bemor o'zini tutishi, savollarga javob berishi, psixomotor qo'zg'alishlar kuzatiladi.

Qo'shimcha tekshirishlar. Umumiy qon, siydik, axlat va balg'amni hamda oshqozon shirasini tekshirish; qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari. Orqa miya suyuqligi tarkibini, EXO, EEG, REG, EKG, KT, kalla suyagi va umurtqa pog'onasining rentgen tekshiruvlari.

Xulosa va davolash. Qo'yilgan tashxis o'ziga o'xshash bo'lgan kasalliklar bilan qiyoslangandan so'ng yakuniy tashxis qo'yiladi. Davolash: dorilar, fizioterapevtik muolajalar, parhez va to'shakda yotish rejimi, uqalash, parafin va refleksoterapiya.

Kundaliklar yozish. Bemorning ahvoli har kuni yozib boriladi. Muolaja olgandan keyingi holatida o'zgarishlar ko'rsatib o'tiladi.

Epikriz. Kasallik yakunida qisqacha, tushunarli qilib yoziladi va shifoxonadan chiqqandan keyin kerakli tavsiyalar beriladi.

Asab kasalliklarini davolash va parvarish qilish

Asab kasalliklarini davolashda, odatda, bir yo'la bir necha usullardan foydalaniladi. Bemorga ma'lum bir rejim, parhez, dori moddalari, zarur bo'lganda jarrohlik usullari tavsiya etiladi. Bemorni davolashda hamshiralarning xizmati alohida ahamiyatga ega. Chunki ular shifokor buyurgan har qanday muolajalarni bajaribgina qolmay, o'zlarining

shirin soʻzlari bilan ham bemorlarning tezroq sogʻayib ketishlariga xizmat qilishlari kerak. Tibbiyot hamshirasi ishda, bemorlarni davolashda sabr-toqatli, shirinsoʻz, mehribon, ayni paytda, talabchan boʻlishlari lozim. Bemorlar xushchaqchaq, kamtarin, hushyor, eʼtiborli xodimlarni yoqtiradilar.

Tibbiyot hamshirasi oʻz kasbini chuqur egallagan, bilimli boʻlishi, kasallikning kechishini, dori-darmonlarning organizmga taʼsirini yaxshi bilishi kerak. Hamshiralar bemorning tana haroratini oʻlchashni, murakkab muolajalarni bajarishni yaxshi oʻzlashtirgan boʻlishlari shart. Hamshiralar bemorlar bilan koʻproq muloqotda boʻlib, kasallikdan tezroq qutulish yoʻllarini tushuntirishlari lozim. Reabilitatsiya, asab va ruhiy kasallikka chalingan bemorlarni davolashda psixoterapiyaning ahamiyati katta. Reabilitatsiyaning maqsadi ruhiy bemor sogʻligini tiklash boʻlib, asosan, uning 4 ta yoʻli bor: 1) shifokor bilan bemorning yaqindan suhbatlashishi; 2) bemor hayot faoliyatining hamma tomonlariga (oilada tutgan oʻrni, jamiyatdagi faoliyatiga, uning oʻziga hamda kasaliga) eʼtibor berish va ularga taʼsir qilish turlicha boʻlishini hisobga olish; 3) taʼsir koʻrsatishning biologik (dori-darmonlar, fizioterapiya usullarining taʼsiri) va ruhiy ijtimoiy psixoterapiya, mehnat bilan davolash; 4) reabilitatsiyaning yuqoridagi uchala turini birgalikda oʻtkazish yoki biridan ikkinchisiga oʻtish. Bu tadbirlar bemorning sogʻayishiga yoʻnaltirilgan boʻlib, bunda tibbiyot hamshiralari faol ishtirok etishlari lozim.

Bosh miyada qon aylanishining buzilishlarida (miya ichiga qon quyilganda) tez koʻrsatilgan toʻgʻri yordam ogʻir asoratlarning (oʻpka shamollashi, yaralar paydo boʻlishi va tanada trofik oʻzgarishlar hamda siydik yoʻllarining zararlanishi) oldini olgan hamda bemorni oʻlimdan olib qolgan boʻladi. Bemor uzoq vaqt qimirlamay yotishi natijasida nafas yoʻllari shamollashi (oʻpka zotiljami, ogʻiz, burun, tomoqda shilliq yigʻilishi natijasida nafas yoʻllarini bекitib qoʻyadi) mumkin. Chuqur trofik yaralar paydo boʻlmasligi uchun bemorning kurak va dumba sohalarini tez-tez kamforali spirt bilan artib turish, terlab hoʻl boʻlib qolgan joylarni toza hoʻl latta bilan artib, talk upasini sepib qoʻyish zarur.

Hushidan ketgan bemorlarni ovqatlantirishda juda ehtiyot boʻlish kerak. Agar yutish refleksi boʻlsa, shirin choyni qoshiqda ichirish kerak. Agar bemor icha olmasa, yutishga qiynalsa, 0,9% li natriy xlorid yoki 5–10% li glukoza eritmasini tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi.

Bemor ancha vaqtdan beri yutinalmay yotgan bo'lsa, zond orqali ovqatlanirish kerak. Bemorning falaj bo'lib qolgan qo'l-oyoqlarini to'g'rilab qo'yish kerak. Chunki mushaklar uzoq vaqt mobaynida tortilib qolishi natijasida harakat chegaralanib, falajlangan qo'l va oyoq qiyshayadi. Shuning uchun qo'l falaj bo'lsa, qo'ltiq orasiga kichkina yumaloq yostiqcha qo'yib, yelka ozgina ko'tarib qo'yiladi. Qo'lni to'g'ri uzatib, barmoqlarni to'g'rilab qo'yish lozim. Qo'l tirsak bo'g'imidan bukilib ketmasligi uchun ozgina qum solingan xaltacha qo'lning ustiga qo'yiladi. Oyoq panjasini to'g'rilab fiziologik holatga keltirish uchun esa taxtakachdan foydalaniladi. Buning uchun panjaga loyiq yumshoq matoni o'rab, panjani qimirlamaydigan qilib tirab qo'yiladi. Shunday qilinganda bemor keyinchalik yurishda qiynalmaydi. Kasallikning ikkinchi haftasidan boshlab shifobaxsh badantarbiya mashqlarini boshlash kerak. 3–4-haftalarga borib, bemorni asta-sekin oyoqqa turg'izib, harakatga keltirish kerak.

Ayrim vaqtlarda bemor gapirishga qiynaladi, nutqi buziladi, bunga *afaziya* deyiladi. Agar bemor o'ziga aytilgan gapning ma'nosini tushunsa, lekin o'zi gapira olmasa, bu *motor afaziyasi* deb ataladi. *Sensor afaziyada* bemor gapira olmaydi va atrofdagilarning so'zini ham tushunmaydi. *Amnestik afaziya* – bunda bemor atrofdagi narsalarni taniydi, ulardan qanday foydalanish kerakligini biladi, lekin ularning nomlarini eslay olmaydi. Bunday hollarda hamshiralar bemorni yuvintirish, kiyintirish, yechintirish ishlariga alohida e'tibor berishlari kerak.

Bosh miya jarohatlarida (bosh miya chayqalishi, subaraxnoidal bo'shliqqa qon quyilganda) bemorning tinch yotishini ta'minlash, og'iz bo'shlig'ini tozalab turish lozim. Chunki og'izda bir talay so'lak va shilimshiq to'planib qoladi. Bemor bezovta bo'lganda tinchlantiradigan dorilar qilish tavsiya etiladi. Siydik tutilib qolganda kateter solish yoki siydik tuta olmaslikda siydikdon qo'yish talab qilinadi.

Meningit bilan og'rgan bemorlarga o'rnidan turmasdan, tinchgina yotish, yengil hazm bo'ladigan ovqatlar berib turish kerak. Meningitlarda bosh ichki bosimi ko'pincha ko'tariladi, bunda bemorlarda tovush va yorug'lik ta'sirlariga sezuvchanlik oshib ketadi (giperakuziya va fotofobiya). Bunda hamshiralar bemorni yorug'lik tushmaydigan tinch xonalarga yotqizishlari shart. Yetarlicha toza havo bo'lishi zarur. O'rin yaxshi solingan, to'shagi tekis bo'lishi, yostiqlari yumshoq bo'lishi kerak. Miyelit, orqa miya jarohatlarida

oyoqlarda paraparez yoki paraplegiya, chanoq a'zolari vazifasining buzilishi, trofik o'zgarishlarda kasallikning birinchi kunidan boshlab teriga yaxshi qarab turish zarur. O'rindagi choyshabning burmalari bo'lmasligi, choyshab tagiga rezina doira solib qo'yish kerak. Bemorning vaziyatini kuniga bir necha marta o'zgartirib turish, badan terisini kamfora spirti bilan artib turish lozim. Kontrakturalarning oldini olish uchun oyoqlarning holatiga qarab borish, oyoq panjalari osilib qolmasligi kerak. Oyoq panjalari tayanch yordamida boldirga nisbatan to'g'ri burchak ostida turadigan qilib qo'yiladi. Chanoq a'zolarining vazifalari buzilganda qat'iy aseptik sharoitlarda kateter solinib, siydirib olinadi. Ich qotib qolsa, tozalovchi huqna qilinadi.

Bulbar falaj boshlanganda bemorlarni ovqatlantirishga alohida ahamiyat berish lozim. Nafas yo'llariga ovqat va suyuqlik tushib qolishining oldini olish lozim. Ovqat yarim suyuq bo'lishi, bemorni dam oldirib, kam-kamdan tez-tez ovqatlantirib turish tavsiya etiladi.

Bemorni bel va oyoqdagi qattiq og'riq (bel-dumg'aza radikuliti yoki umurtqalararo diskning orqa churrasi), harakat qilganda, yurganda og'riq zo'rayadi. Bunday bemorlarga o'rindan turmay yotish (o'rin qattiq bo'lishi kerak), o'rinda og'riq kamayadigan holatni tanlash buyuriladi. Bunda kasal oyoqni tizza va chanoq-son bo'g'imidan bukib, sog' yonbosh bilan yotilganda og'riq kamayadigan holat bo'ladi. Bemorda qattiq bosh og'rig'i tutib turishi bosh ichki bosimi oshib ketishiga bog'liq bo'ladi. Bu holat bosh miya leptomeningiti, bosh miya o'smalari, bosh miya jarohatlari, migren va boshqa kasalliklarda kuzatiladi. Bunday hollarda tinch sharoit bo'lishini ta'minlab, yorug'likni kamaytirish, kalla ichidagi bosimni pasaytirish uchun shifokor buyurgan dorilarni qilish: tomir ichiga glukoza va magniy sulfat eritmalarini yuborish, mushak orasiga magniy sulfat, laziks, ichishga glitserin berish tavsiya etiladi. Tutqanoq xuruji vaqtida bemorning boshi tagiga yostiq qo'yib, tishlarining orasiga bint o'ralgan shpatel yoki sochiqning chetini kiritib qo'yish, ko'ylagining yoqasini yechib, kamarini bo'shatib qo'yish zarur.

Asab kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish usullaridan biri lumbal punksiya qilib, orqa miya suyuqligining bosimi va tarkibini tekshirish, zarur bo'lsa kontrast moddalar yuborishdan iborat. Orqa miya suyuqligini olishdan oldin bemorning ovqatlanishi mumkin emas. Suyuqlik olingandan so'ng igna sanchilgan joyga sterillangan tampon ustidan 3 qavat bint qo'yiladi va bemor aravachada yotgan

holda xonaga olib kelinadi. Lumbal punksiya qilishda bemorni maxsus stolda yonboshi bilan yotqizib, oyoqlarini qorniga tortib, boshini oldinga engashtirib qo'yiladi. Punksiya, odatda, mahalliy anesteziya ostida qilinadi. Punksiyadan keyin bemor yostiq qo'ymasdan 2 soat davomida qorni bilan chalqancha yotishi kerak. Bemorning oyoq tomoni esa 5 sm gacha ko'tarib qo'yiladi. Bemorni punksiya qilingandan so'ng, 2 soatdan keyin ovqatlantirsa bo'ladi va 2 kungacha o'rnidan turg'izmaslik kerak. Punksiyadan keyin 2–3 kun davomida 0,5 g dan kuniga 3 mahal urotropin ichiriladi. Shunda asoratning oldi olinadi. Ba'zan punksiyadan keyin siydik tutilib qolishi kuzatiladi. Bunday hollarda qovuq sohasiga issiq isitgich qo'yiladi, bu naf bermasa kateter solinadi.

8-BOB. PERIFERIK ASAB TIZIMI KASALLIKLARI

Asab tizimi kasalliklari ichida bu periferik asab tizimi kasalliklari ko'p tarqalgani. Zararlanish periferik asab tizimining hamma qismlarida sodir bo'ladi: orqa miya nerv ildizlarining zararlanishi – *radikulit*, orqa miya orqa tugunlarining zararlanishi – *ganglionit*, nerv chigallarining zararlanishi – *pleksit*, bir necha periferik nervlarning zararlanishi – *polinevrit*, bitta periferik nervning zararlanishi – *mononevrit* yoki nevrit deb ataladi.

Periferik asab tizimi kasalliklari orasida nevritlar (alohida nervlarning yallig'lanishi) va radikulitlar juda ko'p uchraydi. Bularni keltirib chiqaradigan sabablar turli xil. 1. Yuqumli va boshqa kasalliklardan keyin (gripp, sil, difteriya, brutsellyoz, revmatizm, diabet va bosh.). 2. Toksik sabablar (moddalar). Alkogol va boshqa turli xil zaharli kimyoviy moddalar. 3. Turli xil jarohatlardan, nerv tolalarining qisilishidan keyin ham paydo bo'ladigan kasalliklar. Har bitta nerv ma'lum joyda yotadi va suyak hamda tog'ay oraliq'idan o'tadi. Bu suyak va tog'aylarda o'zgarishlar bo'lib, ular o'sadi va periferik nervlarni bosib, qisilishga olib keladi. Radikulitlarni keltirib chiqaradigan jarayonlar umurtqa pog'onasidagi birlamchi o'zgarishlardir. Bu o'zgarishlar umurtqa pog'onasida kuzatiladigan moddalar almashinuvining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Osteoxondroz umurtqalar orasidagi tog'ay to'qimalarining o'zgarishi natijasida namoyon bo'ladi. *Spina bifida* – umurtqalar orasidagi oraliqning bitmay qolishi. Ko'p noto'g'ri, qaltis harakatlar vaqtida,

og'ir yuk ko'targanda umurtqalararo disk joyidan siljiydi. Natijada asab tolalarini qisib qo'yadi.

Nevritning asosiy belgilari: nerv yo'li bo'ylab og'riq paydo bo'lishi, asab tizimini harakatlantiruvchi va sezuvchi vazifalarining yo'qolishi – periferik nerv falaji boshlanib mushaklar atoniyasi va atrofiyasi paydo bo'lishi, arefleksiya, og'riq sezgisining pasayishi yoki yo'qolishi; terida trofik o'zgarishlar: terining yupqa tortib, quruq bo'lib qolishi, sochlarning to'kilib ketishi, teri rangining o'zgarishi, tirnoqlarning mo'rt bo'lib qolishi.

Bel-dumg'aza radikuliti

Bel-dumg'aza radikuliti juda ko'p uchraydi, bunga bel-dumg'aza sohasiga og'irlikning ko'p tushishi sabab bo'ladi. Odamzod kecha-yu kunduz harakatda bo'ladi, o'tiradi, turadi, yuradi. Hamma vaqt og'irlik belga tushadi. Bu kasallikning kelib chiqishi, asosan, umurtqa pog'onasidagi o'zgarishlarga bog'liq. Umurtqalar orasidagi suyak-tog'ay sohasida moddalar almashinuvi natijasida, ya'ni tog'ay o'zining mayinligini, elastikligini yo'qotib qotib qoladi. Umurtqalararo disklarning o'zgarishi, o'z navbatida, ildizlarga ta'sir etib, radikulit kasalligiga olib keladi. Orqa miya nerv ildizlarining jarohatlanishiga, ko'pincha umurtqa pog'onasining osteoxondrozi, turli shikastlar, umumiy yuqumli kasalliklar oqibatida umurtqa pog'onasining yallig'lanishi va uning o'smalari sabab bo'lishi mumkin.

Kasallikning rivojlanishiga yoki qaytalanishiga yuk ko'tarish yoki keskin harakat qilish oqibatida umurtqa pog'onasiga og'irlik tushishi sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemorlar, odatda, qattiq bel og'rig'idan, oyoqlarda, sonning old va orqa tomonidagi og'riqdan shikoyat qiladilar. Og'riq harakat qilganda, ish qilganda, yo'talganda, aksa urganda kuchayadi. Ko'pincha bemorlar oyoqlari sovuq qotishi, uvishishidan shikoyat qiladilar. Bemorlar og'riqni kamaytirish maqsadida og'rib turgan oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imidan bukib, sog'lom tomoni bilan yotadilar. Tekshirganda bemorlarda umurtqa pog'onasining shakli o'zgarib, bel lordozi yo'qolib, o'rniga skolioz (umurtqaning yon tomonga qiyshayishi) paydo bo'lgani aniqlanadi. Bu reflektor yo'li bilan yuzaga keladigan himoyalani holatidir. Mana shunday holatda og'riq sezilarli darajada kamayadi. Lasseg belgisini aniqlab ko'rilayotganda

bel va oyoq ogʻriqlarining kuchayishi doimiy belgi hisoblanadi. Oʻtirish belgisi, Neri, Dejerin va Bexterov belgilarini tekshirganimizda belda qattiq ogʻriq paydo boʻladi.

Bel-dumgʻaza radikulitida dumba, son, boldir sohasidagi mushaklar gipotrofiyaga uchrab, boʻshashib qolishi mumkin, ogʻir hollarda oyoq panjasi mushaklari parezga uchraydi. Reflekslar kasallangan tomonda, agar son nervi yalligʻlangan boʻlsa – tizza refleksi, agar quymich nervi yoki uning shoxlari kasallansa – tovon yoki Axill reflekslari yoʻqoladi. Vegetativ oʻzgarishlar kasallangan tomonda boldir, oyoq panjalarida sovuq qotish, shu tomonda oyoqning arteriya tomirlarida tomir urishi susaygan, terisi quruq boʻladi. Agar yoʻqolish belgilari (atrofiya, gipotrofiya, arefleksiya va sezgi buzilishlari) boʻlsa, radikulit deb tashxis qoʻyiladi. Agar bemorda taʼsirlanish belgilari (ogʻriq, bel-oyoqlarda tortishish belgilari) boʻlsa, lekin yoʻqolish belgilari boʻlmasa, unda bel-dumgʻaza radikulalgiyasi deb tashxis qoʻyiladi. Bemorning, albatta, umurtqa pogʻonasini rentgenografiya qilish kerak. Kasallik odatda qaytalanib turadi.

Osteoxondroz kasalligi

Umurtqalar osteoxondrozi kasalligi umurtqa pogʻonasining ogʻir kasalligi boʻlib, u asosan umurtqalar orasidagi disklar oziqlanishining buzilishi oqibatida rivojlangan toʻqimalarning yemirilishidan kelib chiqadi. Disklardagi bu oʻzgarishlar asta-sekin rivojlanib umurtqalar tanasiga, umurtqalararo boʻgʻinlarga, orqa miyaning qattiq hamda araxnodial pardalariga tarqaydi. Umurtqalar osteoxondroz kasalligining kelib chiqish sabablari ovqatlanish tarzining toʻgʻri tashkil qilinmasligi oqibatida umurtqalar arteriyasida rivojlangan ateroskleroz jarayonidir. Umurtqalar osteoxondrozi kasalligining alomatlari, asosan, kasallikni umurtqa pogʻonasini qaysi boʻlimida koʻproq rivojlanganiga bogʻliq. Osteoxondroz kasalligi eng koʻp ogʻirlik tushadigan bel umurtqalari sohasida koʻp uchraydi.

Kasallik quyidagi sindromlarga boʻlinadi:

Servikal sindromi. Bunda boʻyin sohasida ogʻriq paydo boʻlib, harakat chegaralangan, majburiy holatda boʻladi, agar bemor boʻynini yonboshga bursa ogʻriq kuchayadi. Boshlarini burolmaydi, butun tanasi bilan buradi. Bemorning boʻyni sogʻ tomonga qiyshayadi.

Shoxcha sindromi. Kasallikni bu bosqichida umurtqalararo teshik sohasida asab shoxchalarining yalligʻlanishi tufayli rivojlangan

chandiqlar, teshik atrofiga choʻkkan tuzlar (ostiofitlar) bosishi natijasida shu nerv shoxchasi inasabatsiya qiladigan sohada ogʻriq paydo boʻladi. Ildizchali ogʻriqning rivojlanishiga asosiy sabab, boʻkkan va qalinlashgan sariq bogʻlamaning orqa nerv shoxchasining bosishidir. Boʻyin umurtqalari osteoxondrozida rivojlangan shoxchali ogʻriq, asosan, boʻyin sohasidagi va nerv shoxchasi chiqadigan tomondagi qoʻl ogʻrishi yoki uvishishi bilan xarakterlanadi. Boʻyin va qoʻldagi ogʻriqning yoki uvishishning kuchi nerv shoxchasining bosilish darajasiga bogʻliqdir. Ogʻriq, odatda, maʼlum nerv tomirlari innervatsiya qiladigan sohada boʻladi. Kasallikning boshlanishida esa, qoʻlda uvishish yoki jimirlash, yoki chumoli oʻrmlashga oʻxshash sezgi kuzatiladi. Keyinchalik bemorning qoʻlidagi ogʻriq kuchayib, yelka boʻgʻimi harakati cheklanadi. Bunda bemor ogʻrigan qoʻllarini yuqori koʻtara olmaydi, orqaga harakati chegaralanadi. Har qanday ogʻriq rivojlanishida vegetativ nerv sistemasining ishtiroki mavjud boʻlganligi uchun bemorda ogʻriq kechqurun yoki kechasi kuchayadi.

Spinal sindromi. Bunda bemorning qoʻl yoki oyoqlarida kuchsizlik (parez) rivojlanib, chanoq aʼzolarining faoliyati buziladi. Qoʻl va oyoqdagi harakatning chegaralanishi sekin-asta harakatsizlikning rivojlanishiga olib keladi.

Viseral sindromi. Osteoxondroz kasalligi paytida orqa miyaning ichki aʼzolarini inasabatsiya qiluvchi va boʻyindagi vegetativ nerv tugunlarining hosil boʻlishida ishtirok etuvchi shoxchalarning bosilishi natijasida bemorlarda yurak kasalliklarining alomatlari rivojlanadi.

Umurtqa arteriyasi sindromi. Bunda boʻyin umurtqalarining koʻndalang oʻsimtasidagi teshiklar orqali miyani orqa kalla chuqurchasi sohasidagi aʼzolarini qon bilan taʼminlovchi umurtqa arteriyasining bosilishi natijasida rivojlanadi. Bunda bemorlar bosh aylanishi, koʻngil aynishi, mastga oʻxshab yurishdan shikoyat qiladilar.

Mushak tonik sindromida qattiq toʻshak rejimi massaj №10, yiliga 3–4 kurs, ninarefleksoterapiya, elektroforez, novokain bilan yelka sohasiga, UVCH, solluks, infraruj, vitamin B₁₂, 500γ, milgamm, 1 tab 2 mahal, aktovegin 2 ml buyuriladi.

Ogʻriq sindromida qattiq toʻshak rejimi, valtaren 3 ml, m/o, diakarb 0,25 g, ketonal 2 ml, m/o, ksefakam 2 ml, m/o, etodin forte 1 tab 2 mahal; kuchli ogʻriq boʻlganda paravertebral blokada: novokain 2% li 20–30 ml, vitamin B₁₂ 1000γ, gidrokortizon 50 mg, platifillin 0,2% li 1 ml buyuriladi.

Parezlarda trental 1 tab 3 mahal, prozerin 0,05% li 1 ml, m/o, aktovegin 2 ml m/o buyuriladi.

Disk churrada operativ davo qilinadi

Parvarish qilish. Bel-dumg'aza radikulitida bemorlarga qattiq to'shakda yotishni ta'minlash. Og'riq xurujlarida sog'lom tomoni bilan yotish, og'riq bor oyoqni tizza va son bo'g'imlaridan bukib yotish kerak. Bu holat og'riqni pasayishiga yordam beradi. Hamshiralardan og'riq xurujlariga qarshi analgin, baralgin, ortofen yoki diklofenak inyeksiya qilish talab etiladi.

Bo'yin radikuliti

Sabablari. Eng asosiy sabablaridan biri shu joyda kuzatiladigan osteoxondroz, ya'ni birlamchi umurtqa pog'onasidagi o'zgarishlar. Yelka kamari va qo'llardagi og'riq alomatlari (braxialgiya bilan pleksitlar)ning ko'pchiligi umurtqalar orasidagi disklarda yuzaga kelgan o'zgarishlarga bog'liqdir. Bo'yin bo'limidagi umurtqalararo disklarning zararlanishi natijasida shu bo'g'implarda suyak o'simtali paydo bo'ladi. Bu o'simtalar umurtqalar orasidan orqa miya nervlarining ildizlari o'tadigan teshiklarni toraytirib qo'yadi.

Bo'yin bo'limidagi orqa miya nerv ildizlarining zararlanishi asosan 40 yoshdan oshgan odamlarda, ko'proq erkaklarda uchraydi. Bo'yin radikuliti bilan og'rigan bemorlar ish vaqtida bo'yin mushaklarini taranglashtiruvchi, boshni engashtirib va burib, qo'llari bilan bir xilda harakat qiladigan odamlarda ko'proq uchraydi (suvoqchilar, bo'yoqchilar, to'quvchilar va boshq.).

Klinik manzarasi. Bemorlar bo'yin va qo'l sohasi og'rib turishidan shikoyat qiladilar. Ko'pincha boshini majburan bir tomonga yoki oldinga engashtirib turadilar. Bemorni tekshirganda og'riq bo'yin qismida bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda og'riq paravertebral nuqtalarda kuzatiladi. Agar og'riq qo'lga o'tsa, u vaqtda yana og'riq o'mrovusti hamda ostida, qo'ltiq tagida bo'ladi. Bo'yin radikulitida qo'lda, bilak va yelka mushaklarida gipotoniya, atrofiya kuzatiladi. Qo'ldagi bilakni yozuvchi va bukuvchi suyakusti reflekslari pasayadi yoki yo'qoladi. Sezgi bo'yin segmentlari sohasida va qo'lda yo'qoladi (gipesteziya). Umurtqa pog'onasi rentgenogrammasida umurtqa tanalarining chetlarida suyak o'simtali borligi ma'lum bo'ladi.

Ko'krak radikuliti

Umurtqa pog'onasining ko'krak bo'limida orqa miya nerv ildizlari zararlanganda og'riq ko'krak sohasidagi umurtqalarda hamda ko'krak qafasida bo'ladi. Agar og'riq ko'krak qafasining chap tomonida bo'lsa, unda klinik jihatdan biroz qiyin bo'ladi. Ko'krakdagi og'riq va uning chap qo'lga berilishi ko'pincha radikulitga o'xshaydi. Bu holat stenokardiya va infarkt miokardda ham kuzatilishi mumkin. Shuning uchun bunday bemorlarni dastlab, albatta, yuragini tekshirish zarur. Ko'krakning yuqori qismi mushaklarining ko'p qismini bo'yindagi nerv ildizlari ta'minlaydi, shuning uchun qattiq og'riq bo'lmaydi. Juda ko'p kasalliklarda – sil spondiliti, aortalar anevrizmi, Bexterev kasalligi, orqa miya o'smalari va stenokardiya umurtqa pog'onasining ko'krak bo'limida og'riq paydo bo'lishi mumkin. Agar yurak sohasida o'zgarishlar bo'lmasa, unda ko'krak radikuliti deb davolashimiz mumkin.

Klinik manzarasi. Bemorni tekshirganda ko'krak umurtqa sohasining o'ng va chap tomonida – paravertebral nuqtalarda og'riq hamda shu segment sohasida sezgining pasayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi. Ko'krak radikuliti boshqa radikulitlarga nisbatan kam uchraydi, chunki ko'krakning o'zi kam harakat qiladi.

Davosi. Bo'yin va ko'krak radikuliti bilan og'rigan bemorlarga analgetiklar (analgin, sedalgin, aspirin, baralgin, diklofenak), B₁, B₁₂ vitaminlar, diodinamik tok, umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limiga novokain bilan qilinadigan elektroforez, uqalash, vodorod sulfidli yoki rodonli vannalar tavsiya etiladi.

Tirsak nervining nevriti

Bemor to'rtinchi va beshinchi barmoqlar sohasida uvishish va jimirlashishdan shikoyat qiladi. Tekshirganda bemor IV–V barmoqlarni buka olmaydi, qo'l barmoqlarini bir-biriga yaqinlashtira olmaydi va bir-biridan uzoqlashtira olmaydi. Paralich yoki parez periferik asab falaji xilida bo'ladi. Gipotenor sohasida atrofiya, IV–V barmoqlarning ichki va tashqi qismida sezgi pasayadi. Bemorning qo'l panjasi «qush panjasi»ga o'xshab qoladi. Bemor royal, pianino chala olmaydi, to'pni ushlay olmaydi.

Bilak nervining nevriti

Sabablari. Odam qattiq uxlaganda, qo'lini boshi ostiga qo'yib yotganda yoki qo'li tana tagida qolib ketishi natijasida, qattiq charchab uxlab qolgandan, spirtli ichimliklar ichgandan keyin paydo bo'ladi. Bu falajlikka «uyqudagi falajlik» deb ataladi. Ba'zi hollarda turli xil zaharlanishlar (qo'rg'oshin, alkogol, ayrim kasalliklar: gripp, zotiljam) ham sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemor qo'l panjasi osilib qolganligidan, uyushishidan, o'griqdan shikoyat qiladi. Tekshirilganda harakat sohasida o'zgarishlar bo'lib, qo'l panjasi osilib qolgan. Shu mushaklar atrofiya va gipotoniya bo'ladi. Tirsakni yozuvchi reflekslar yo'qoladi. Sezgi sohasida I–II, qisman III barmoqlarning ustki tomonida sezgi yo'qoladi.

Oraliq nerv nevriti

Sabablari. Qo'l-yelka qismining ochiq va yopiq jarohatlarida, vena qon tomiridan inyeksiya qilinganda, ba'zi yuqumli kasalliklarning asorati natijasida paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemor yelkasini ichkariga burish, bosh barmog'ini boshqa barmoqlarga qarshi qo'yish harakatlarini bajara olmaydi. Bosh barmoqni jimjiloqqa tekkiza olmaydi. Qo'l panjasini musht qila olmaydi. Qo'l barmoqlarida qattiq kauzalgik og'riq bo'lib, bu og'riq bilakning ichki yuzasiga tarqaladi. Qo'l kaftining tashqi yuzasida va bilakning tashqi yarmida teri sezgisi yo'qoladi.

Quymich nervining nevriti

Sabablari. Turli xil umumiy yuqumli kasalliklar, jarohatlar va zaharlanishlardan keyin paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning dastlabki belgilari son bilan boldirning orqa-tashqi yuzasida nerv yo'li bo'ylab og'riq bo'ladi. Kasallik kuchayganda bemor tizza va boldir-panja bo'g'imlarini, oyoq panjasini bukishi qiyinlashadi. Sezgi butun boldir va oyoq panjasi terisida yo'qoladi. Kasal tomonda Axill refleksi yo'qoladi.

Quymich nervining tarmog'i – kichik boldir nervi (*n. peroneus*) jarohatlanganda oyoq panjasi pastga osilib qoladi. Bemor oyoq panjasini va barmoqlarini yuqoriga buka olmaydi. Bemor oyoq panjasining qolgan

qismini yerga taqamasdan turib, tovonini bosib tura olmaydi. Bunday kasallikka uchragan bemorlar yurish vaqtida oyog'ining uchi yerga tegib qolmasligi uchun tizzasini baland ko'tarib, oyoq panjasini oldinga tashlagandek qilib yuradilar. Ikkala nerv zararlanganda bemorning yurishi o'zgaradi. Bunday yurish «xo'roz yurish» deb ataladi. Quymich nervi tarkibida vegetativ asab tolalari ko'p bo'lgani uchun bemorlar achishtiruvchi, kuydiruvchi qattiq og'riqdan shikoyat qiladilar. Bunda bemorlar og'riq azobidan yaxshi uxlay olmaydilar, besaranjom, tajang bo'lib qoladilar. Bunday og'riqlarga *kauzalgiya og'riqlari* deyiladi. Sovuqdan og'riq kamayadi, shuning uchun bemor oyog'ini ho'l sochiqqa o'rab qo'yadi yoki oyog'ini sovuq suvga solib o'tiradi.

Yuz nervining nevriti

Sabablari. Yuz nervining zararlanishi ko'pincha yuqumli kasalliklar natijasida, quloqning yiringli kasalliklaridan keyin, sovuq qotish, shamollash, bosh miya jarohatlari, yuz nervining qisilib qolishi, har xil allergik holatlardan keyin paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Yuz nervining nevritida yuzning qaysi tomonidagi nerv zararlangan bo'lsa, shu yuzning yarim tomonidagi mimik mushaklarning falajlanishi kuzatiladi. Bunda bemorning yuzi asimmetrik bo'ladi. Masalan, o'ng tomondagi yuz nervining periferik nervi zararlansa, shu tomondagi yuz nervining periferik falaji sodir bo'ladi. Bunda tinch holatda kuzatganimizda o'ng tomonda yuz asimmetriyasi, ya'ni yuz bir xil emas, o'ng tomonda peshana ajinlari silliqlashgan, qosh biroz pastda, ko'z oralig'i kengaygan, burun-lab qatlami silliqlashgan va og'iz burchagi pastga tushgan bo'ladi. Mimik sinovlarda bemor o'ng tomondagi qoshini ko'tara olmaydi, achchiqlana olmaydi, ko'zini yuma olmaydi, qovoqlari to'liq yumilmaydi (Bella belgisi), tirjaytirganda burun-lab qatlami tashqariga ketmaydi, og'iz burchagi sog' tomonga tortib ketadi, lunjini shishira olmaydi, hushtak chala olmaydi. Bulardan tashqari, vegetativ o'zgarishlar (ko'z yoshining oqishi), korneal va konyuktival reflekslar zararlangan tomonda pasaygan bo'ladi.

Davosi. Yuz nervining nevriti kelib chiqish sabablariga qarab antibiotiklar (penitsillin, ampitsillin, eritromitsin), shishlarni kamaytirish uchun diakarb, laziks buyuriladi. Mimik mushak faoliyati tiklanishining birinchi belgilari paydo bo'lishi bilan uqalash,

parafin, shifobaxsh badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi. Asab o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun prozerin, galantamin, oksazil, kalimin, dibazol 0,02 g dan kuniga 3 mahal, kasallik boshlanganidan bir hafta keyin, beriladi. B guruh vitaminlar, nikotin kislota, askorbin kislota; kasallikning o'tkir davrida UVCH, UFO, solluks va ultratovush buyuriladi. Qovoqlar to'liq yumilmay qolganda, ko'z shox pardasi kasallikka chalinmasligi uchun ko'zga albusid tomizib turish kerak. Refleksoterapiya ham yaxshi samara beradi. Agar yuz mushaklarida kantraktura boshlansa, finlepsin yoki tegritol tavsiya etiladi. Kasallik vaqtida davolansa 3–4 haftada to'liq tuzalib ketadi.

Inyeksiya dan keyingi quymich nervi nevriti

Ko'pchilik dori moddalar mushak orasiga inyeksiya qilinadi. Hamshiralarning noto'g'ri inyeksiya qilishi natijasida quymich nervi zararlanadi. Bunda oyoqlarning harakat qilish faoliyati buziladi, bemor nogiron bolib qoladi. Buning uchun hamshiralar quymich nervining anatomiyasi, topografiyasini yaxshi bilishlari lozim. Quymich nervi dumg'aza chigali ildizlaridan boshlanib, chanoq suyagidan tashqariga chiqadi. Mushak orasiga inyeksiya qilishda dumba sohasini teng to'rt qismga bo'lish kerak. Quymich nervi pastki ichki va pastki tashqi to'g'ri to'rtburchakdan o'tadi (*19-rasm*).

Hamshira dori moddalarini, asosan, yuqori tashqi to'rtburchakka inyeksiya qilishi kerak. Bilmasdan boshqa to'rtburchakka inyeksiya qilinsa quymich nervi falajlanishi mumkin. Chaqaloqlar, chala tug'ilgan bolalar, gipotrofiya bo'lgan bolalarda inyeksiya dan keyingi quymich nervi zararlanishi ko'p uchraydi. Bunga bolalarning teri yog' qatlamining juda kam rivojlanishi, yig'loqligi asabi tarangligi va hamshiraning inyeksiya qilishda noto'g'ri igna tanlashi, ya'ni juda katta igna bilan inyeksiya qilishi natijasida sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning o'tkir kechishi vaqtida inyeksiya qilingan joyda og'riq, uvishish, jimjirlash va o'sha tomonda oyoq harakatining butunlay pasayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi. Keyinchalik esa falajlangan oyoq panjasi tashqariga qarab qolishi mumkin, katta yoshdagi bolalar oqsoqlanib yurishi, oyoq mushaklarida atrofiya va gipotoniya boshlanishi mumkin. Pay reflekslaridan tizza va Axill reflekslarining yo'qolishi, sezuvchanligining pasayishi, vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi.

Davosi. Tashxis aniq qo'yilsa, og'riq qoldiruvchi dorilar, vitaminlarning B guruhi, galantamin, prozerin, lidaza, ATF, pirogenal, nikotin kislotasi, fizioterapiya muolajalari, elektroforez, 4%li mo'miyo, galantamin bilan parafin, uqalash, refleksoterapiya, shifobaxsh badantarbiya tavsiya etiladi.

Nevralgiyalar

Nevralgiyalar biror nerv yo'li bo'ylab og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Qaysi nerv zararlanishiga qarab nevrалgiyalar har xil nomlar bilan ataladi.

Uch tarmoqli nerv nevrалgiyasi.

Sabablari. Nevralgiyaning kelib chiqishiga uch shoxli nerv tarmoqlari-ning suyak kanallarida va kalla bo'shlig'idan yuz skeletiga chiqish joylaridagi teshiklarda siqilib qolishi sabob bo'ladi. Uch tarmoqli nervning nevrалgiyasi har xil infeksiyalar (*bezgak, sil, brutsellyoz*), moddalar almashinuvining buzilishi (*padagra, diabet*), tish kasalliklari, burunning qo'shimcha bo'shliqlari sohasidagi yallig'lanishlar, bosh miya qon tomir kasalliklari, ko'zosti va pastki jag'osti kanallarining torayishi sabab bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi. Uch tarmoqli nervning nevrалgiyasi bemorning yuzida vaqti-vaqti bilan qattiq sanchadigan, achishtiradigan, xurujsimon og'riq bo'lib turishi bilan xarakterlanadi. Og'riq xurujlari to'satdan boshlanib, bir necha soniya yoki daqiqagacha davom etib, keyin yana to'satdan to'xtab qoladi. Xurujlar orasida og'riq bo'lmaydi. Uch shoxli nervning qaysi tarmog'i zararlanishiga qarab, og'riq shu sohalarda bo'ladi. Xuruj vaqtida og'riq nerv tarmoqlari bo'ylab yuzning bir tomoniga tarqaladi. Ba'zan og'riq nervning bir tarmog'idan boshqasiga o'tishi mumkin. Og'riq xurujlari, asosan, vegetativ o'zgarishlar (yuzning qizarib ketishi, ko'zyosh va so'lakning oqishi, ter chiqishi, burundan shilimshiq oqishi) va yuz mimik mushaklarining reflektor qisqarishi bilan kechadi. Og'riqlar quloq, ko'z, bo'yin va ensaga berilishi mumkin. Og'riq paytida bemor xuddi qotib qolgandek qimirlashga qo'rqib qoladi. Og'riq xurujlari to'satdan, sababsiz yoki biron bir ta'sirlardan keyin, biron narsa chaynaganda, soqol-mo'ylovni olganda paydo bo'ladi. Asosan, og'riq II–III nerv tarmoqlarida paydo bo'ladi. Xurujlar oraliq'ida kasallik-ning belgilarini topib bo'lmaydi. Xuruj vaqtida yoki keyin uch tarmoqli nervning chiqish joylari bosib

ko‘rilganda bezillab turadi va shu joylardagi teri sohalarida sezgi ko‘payadi (giperesteziya).

Davosi. Uch tarmoqli nervning nevralgiyasini keltirib chiqaruvchi sababni aniqlash va tegishli davo qilish zarur. Og‘riqni qoldiruvchi va xurujga qarshi finlepsin (tegretol, karbamazepin) 0,1 g dan kuniga 2 mahal berishdan boshlanadi. Keyin har kuni 0,1 g dan oshirib, zarur bo‘lsa 0,6–0,8 g gacha yetkaziladi, bunda kuniga 3–4 mahal ichiriladi. Davolash boshlangandan 1–3 kun o‘tgach, bemorning ahvoli yaxshilanadi. Og‘riq yo‘qolib ketgandan keyin dorini asta-sekin kuniga 0,2 g dan 0,1 g gacha tushiriladi. Bu dori uzoq muddat – 2–3 haftadan 2–3 yilgacha qo‘llaniladi. Nojo‘ya ta’siri (ishtaha yo‘qolishi, ko‘ngil aynish, bosh og‘riq, mudroq bosish, ataksiya) bo‘lsa, dori dozasi kamaytiriladi yoki vaqtincha ichishga ruxsat berilmaydi. Bulardan tashqari FiBS, aloe, gilyohvand bo‘lmagan analgetiklar – butadion, aspirin, fenatsetin berish, B guruhli vitaminlar, nikotin va askorbin kislotasi beriladi. Og‘riq qoldirish uchun 5–10% li anestezinli surtma surtish, xuruj paytida og‘riydigan joyga issiq bo‘g‘lam qo‘yish, UFO, UVCH, ultratovush yaxshi natija beradi. Og‘riq biroz pasaygandan so‘ng og‘riq nuqtalariga kalsiy xlor yoki novokain bilan elektroforez tavsiya etiladi. Kasallikning tiklanish davrida balchiq, parafin, mahalliy ozokerit qo‘llaniladi. Refleksoterapiya yaxshi natija beradi.

Ensa nervining nevralgiyasi.

Sabablari. Turli xil o‘tkir va surunkali kasalliklar, sovuq qotish.

Klinik manzarasi. Bemor boshining orqa qismidagi og‘riqdan shikoyat qiladi. Kasallikning xarakterli belgilari – ensada vaqti-vaqti bilan og‘riq tutib qolishi, uning bo‘yin bilan orqaga o‘tib turishidir. Og‘riqni kamaytirish uchun bemor boshini majburan ma’lum bir holatda tutishga harakat qiladi. Paypaslab ko‘rilganda so‘rg‘ichsimon o‘simta bilan yuqori bo‘yin umurtqasining orasi bezillab turadi. Ba‘zan boshning sochli qismi sohasida giperesteziya (ensa sohasidagi terida og‘riq va yoqimsiz hidlar borligi) seziladi.

Davosi. Ichish uchun analgetiklar, B guruh vitaminlar, ensa sohasiga kaliy yodid bilan elektroforez, refleksoterapiya, uqalash yaxshi natija beradi.

Qovurg‘alararo nervlarning nevralgiyasi.

Sabablari. Bu xildagi nevralgiyani uzoq vaqt o‘tkazilgan infeksiyalar (gripp, bezgak, brutsellyoz), umurtqa pog‘onasi kasalliklari

(qovurg'alar singanda), ko'krak bo'shlig'i kasalliklari (plevra, o'pka kasalliklarida) keltirib chiqaradi.

Klinik manzarasi. Qovurg'alararo nervlar yo'li bo'ylab doimiy yoki xurujsimon og'riqlar paydo bo'ladi. Bu og'riqlar bemor chuqur nafas olganda, yo'talganda, aksirganda, harakat qilganda zo'rayadi. Tegishli qovurg'a orasi paypaslab ko'rilganda og'riq kuchayadi, giperesteziya shu teri sohasida kuzatiladi.

Davosi. Og'riq xurujlarida analgetiklar va asosiy kasalliklarga davo o'tkazish tavsiya etiladi.

Polinevritlar

Polinevrit – bu qo'l va oyoqlardagi ko'p nerv tolalarining simmetrik holda zararlanishi. Polinevrit alomatlari bemor qo'l va oyoqlarining distal qismida kuchsizlik, periferik asab xilidagi falajlik bilan og'riq, qo'llarda «qo'lqopsimon», oyoqlarda esa «paypoqsimon» sezgining kamayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi. Nerv ustunlari va shu joydagi mushaklar bosib ko'rilganda og'riq bo'ladi. Zararlangan sohada ko'p terlash, qo'l va oyoq panjasida teri va tirnoqlarning trofik buzilishlari kuzatiladi. Qo'l va oyoq mushaklari zaiflashib, ularning barmoqlarida harakat yo'qoladi, harakat yo'qolgan mushaklarda esa atrofiya boshlanadi. Bu mushaklarda elektr o'tkazuvchanlik buziladi. Pay va periostal reflekslar susayadi yoki yo'qoladi. Polinevritlarda mushaklar falajlanadi, harakat va sezuvchanlik buzilishlari simmetrik holda bo'ladi.

Periferik nerv oxirlari bilan birga orqa asab ildizlari ham zararlansa, unda *poliradikulonevrit* deb ataladi.

Sabablari. Polinevritlar, asosan, alkohol, simob, qo'rg'oshin, mishyak, ba'zi antibiotiklar, sulfanilamidlar, meproamat, izoniazid bilan uzoq vaqt davolanishdan keyin ham kelib chiqadi. Turli virusli va bakteriyali kasalliklar, ichki kasalliklar (jigar, buyrak, oshqozonosti bezi), ichki sekretiya bezlari kasalliklari (diabet, gipotireoz)dan hamda ba'zi zardob va vaksinalar yubo-rilgandan keyin ham paydo bo'ladi.

Difteriya polinevriti.

Bunda 2–3 haftadan keyin asab tizimida zararlanish belgilari namoyon bo'ladi. Difteriyadagi polinevritda periferik nerv tolalarining zararlanishi chegaralangan mononevrit yoki tarqalgan polinevritlar kabi kechadi. Difteriya polinevritida periferik nerv tolalarining zararlanishi

bilan birga bosh miya nervlari (III–IV–VII–X juftlar) ham zararlanadi. Bemor dimog‘i bilan manqalanib gapiradi, yutinishi buziladi, suyuq ovqat burundan qaytib tushadi. Bemor yaqindan yomon ko‘radi, ko‘rishi xiralashadi, pay va Axill reflekslari susayadi, ataksiya, qo‘l va oyoq panjalarida paresteziya, kuchsiz og‘riq, sezgining kamayishi (og‘riq, harorat, taktil hamda bo‘g‘im-mushak sezgisining gipesteziyasi) distal qismlarda bo‘ladi. Sayyor nerv ikki tomonlama zararlangan, afoniya, nafas olish o‘zgaradi, yurakda o‘zgarishlar, taxikardiya yuzaga keladi. Natijada, yutinish buzilib, og‘ir aspiratsiyali zotiljamga olib keladi.

Davosi. Birinchi belgilari boshlangandan difteriyaga qarshi antitoksin zardobidan 15000 TB dan 25000 TB gacha Bezredko usuli bo‘yicha mushak orasiga yuboriladi. Zardob yuborishdan oldin 0,1 ml zardob teri orasiga yuboriladi. 30 daqiqadan keyin yana 0,2 ml, qolgan doza 1 soatdan keyin yuboriladi. Kasallik qaytish davrida esa organizmning umumiy quvvatini oshirish maqsadida B guruh vitaminlar, ATF, kokarboksilaza beriladi. Asab-mushak o‘tkazuvchanligini yaxshilash maqsadida galantamin, prozerin, oksazil beriladi. Bulardan tashqari fizioterapiya muolajalari, uqalash, falajlangan mushaklarga parafin va balchiq hamda shifobaxsh badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi.

Parvarish qilish. Difteriya polinevritida yutinish buzilganligi sababli bemor o‘z vaqtida ovqatlana olmaydi. Buning uchun bemorni ovqatlantirayotganda suyuq ovqatlar uning nafas yo‘llariga o‘tib ketmasligini ta‘minlash, agar yutinishning iloji bo‘lmasa, bemorni zond orqali ovqatlantirish talab etiladi.

Alkohol polinevriti.

Sabablari. Surunkali ichimlik ichish oqibatida organizm zaharlanib, kasallik avj ola boshlaydi. Alkohol polinevriti rivojlanishida vitamin B₁ almashinuvining buzilishi ham katta rol o‘ynaydi.

Klinik manzarasi. Bemorlar kecha-yu kunduz qattiq chidamsiz og‘riqdan shikoyat qiladilar. Kasallik asta-sekin avj olib, avval bemorning oyoqlari tez charchab qoladi. Boldir suyaklari og‘rib, oyoq barmoqlari tortishib turadi. Bu og‘riq asab ustunlari bosib ko‘rilganda zo‘rayadi. Qo‘l-oyoqlarning distal qismlarida – parezlar boshlanadi. Pay va periostal reflekslar oshgan, mushaklar tonusi pasaygan, mushak-bo‘g‘im sezgisi pasaygan yoki yo‘qolgan bo‘ladi. Sezgi sohasida qo‘l va oyoqning distal qismlarida qo‘llarda «qo‘lqopsimon», oyoqlarda esa «paypoqsimon» sezgi kamayadi. Shu joylarda vegetativ o‘zgarishlar (qo‘l va oyoq terisi rangi va haroratining me‘yori buzilgan, ko‘p terlash, shish) bo‘ladi.

Davosi. Alkogol ichimlik ichishni to'xtatish lozim. Bemorni tinch joyga yotqizib, organizmni zaharli moddalardan tozalash kerak. Buning uchun gemodez, reopoliglukin, 0,9%li natriy xlor, 5%li glukoza, Ringer eritmasi va boshqa suyuqliklardan tomir ichiga quyish; dimedrol, tavegil, suprastin, pipolfen, diazolin; B guruh vitaminlar, og'riqqa qarshi dorilar, nikotin va askorbin kislotasi, kasallikning tuzalish davrida fizioterapiya muolajalari tavsiya etiladi.

Diabet polinevriti.

Diabet polinevropatijasida nerv tolalari yallig'lanmaydi, balki zaharlanish hollari yuz beradi. Shuning uchun *polinevropatiya* deb ataladi.

Sabablari. Polinevritning bu turi qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda uchraydi. Polinevrit qand kasalligi boshlangandan so'ng bir necha yil o'tgach yuzaga chiqishi mumkin. Polinevrit alomati qand kasalligi bilan og'rigan bemorlarning deyarli yarmida kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Ba'zi bemorlar oyoqlarining uvishishidan, jimjirlashidan shikoyat qiladilar, lekin parez-paralichlar bo'lmaydi, sezgi buzilgan bo'ladi, reflekslar chaqirilmaydi. Bemorlarda hamma vaqt ko'z nervining zararlanish belgilari kuzatiladi. Polinevritning klinik kechishiga qarab, ularning bir necha turlari tafovut qilinadi. Kasallikning birinchi turida vibratsiya sezgisi va Axill refleksi yo'qoladi. Bu hol ko'p yillar davom etishi mumkin. Ko'pincha son, quymich, tirsak, oraliq nervlar, bosh miya nervlaridan III–V juft KBM nervlari yallig'lanadi. Shu nervlar ta'minlaydigan mushaklarda qattiq og'riq paydo bo'ladi va shu sohalarda sezuvchanlik yo'qolib, falajlik yuz beradi. Boshqa turida esa oyoq-qo'llardagi juda ko'p nervlar yallig'lanishi tufayli falajlik paydo bo'lib, shu sohalarda sezgi yo'qoladi. Og'riqlar issiq va sovuq ta'sirida avj oladi.

Davosi. Polinevritning bu turida diabetni davolash bilan birga organizmning umumiy quvvatini oshiradigan dorilar buyuriladi. Bu dorilardan berlition – 300 kuniga 600 mg dan 4 oy davomida ichiriladi, instenon, eufillin, etamivin, geksobendin tavsiya etiladi.

Poliradikulonevropatiya (Giyen-Barre kasalligi)

Bu kasallik fransuz nevropatologlari Giyen va Barre tomonidan 1916-yili bayon etilgan. Kasallikni keltirib chiqaradigan viruslar shu davrga qadar hali to'liq aniqlanmagan. Kasallik juda ko'p

hollarda o'tkir yuqumli jarayondan so'ng rivojlanadi. Shuning uchun kasalliklarni filtrlanuvchi viruslar paydo qiladi, degan taxminlar bor, ammo shu kunga qadar bu virus ajratib olinmagani tufayli juda ko'p tadqiqotchilar kasallikning rivojlanishida allergiyaning o'rnini bor degan fikrni o'rtaga tashlamoqdalar.

Klinik manzarasi. Kasallik o'tkir boshlanadi, lekin harorat ko'pincha ko'tarilmaydi. Kasallik darmon qurishi kabi umumiy holsizlanish bilan boshlanib, tana harorati subfebril ko'tariladi, qo'l va oyoqlarda og'riq paydo bo'ladi. Qisqa vaqt sezgi sohasida o'zgarishlar: paresteziya, giperesteziya, qo'l va oyoqlarning distal (pastki) qismida og'riq, uvishish bilan birga toliqishi, holsizlik bo'lib, parezlarga o'tadi. Ko'pincha parezlar tananing bir tomonidan boshlanib, ikkinchi tomoniga ham tarqaladi. Keyinchalik qo'l-oyoqlardagi periostal va pay reflekslari susayadi yoki yo'qoladi, mushaklarda esa atrofiya boshlanadi. Parez va paralichlar asta-sekinlik bilan kuchayib boradi. Nerv yo'li ustunlarida, ildizlarda og'riq kechasi kuchayadi, palpatsiya qilib ko'rilganda og'riq nerv ustunlarida bo'lib turadi. Sezgi buzilishlari (paresteziya, giperesteziya, anesteziya) qo'l va oyoqlarning pastki qismida – qo'llarda «qo'lqopsimon», oyoqlarda «paypoqsimon» sezgi buzilishlari bo'ladi. Og'ir holatlarda chuqur sezgi buzilishlari ham kuzatiladi. Ba'zan uvishish og'iz atroflari va tilni ham qamrab olishi mumkin. Yuz mushaklarining bo'shashishi va boshqa miya nervlari faoliyatining buzilishi kabi holatlarda paydo bo'ladi. Bulbar nervlar faoliyatining buzilishi bemorni o'limga olib kelishi mumkin. Harakat buzilishlari avval oyoq mushaklarida paydo bo'ladi, keyinchalik qo'l mushaklariga ham tarqaladi. Ba'zan faqat proksimal bo'lim mushaklari falajlanishi tufayli kasallikning klinik manzarasi miopatiyani eslatadi.

Vegetativ buzilishlar paydo bo'ladi: bular oyoq va qo'llarning distal bo'limlarida sovuq qotish, qaltirash, ko'karish, haddan tashqari terlash, tirnoqlar mo'rt bo'lib qolishidir. Qonda leykotsitoz, ECHT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) oshgan bo'ladi. Orqa miya suyuqligida oqsil-hujayra dissotsiatsiyasi (bunda oqsillar soni sitozlar soniga nisbatan bir necha marta oshgan) bo'ladi.

Kasallik ikki-to'rt hafta mobaynida rivojlanadi va sog'ayish davrida buzilgan faoliyatlar asli holiga qayta boshlaydi. Kasallikning o'tkir turidan tashqari yarim o'tkir va surunkali turi ham farqlanadi. Kasallikka o'z vaqtida davo qilinsa, bemor butunlay sog'ayib ketadi.

Ko'tarilib boruvchi Landri falaji. Kasallik o'ta o'tkir, tana haroratining yuqori ko'tarilishi bilan boshlanib, qo'l-oyoqlarda og'riq paydo bo'ladi. Avval oyoqlarda falajlik boshlanib, keyin birdan qo'llarga o'tadi. Falajlik qo'l va oyoqlarda periferik nerv xilida bo'ladi va soat sayin pastdan yuqoriga ko'tarilib boradi. Tetraplegiya, nutq buzilishlari bilan birga yutinish, nafas va yurak faoliyatida buzilishlar kuzatiladi. Natijada, bulbar falaji boshlanib, kasallik 2–3 kun ichida kuchayib boradi va bemorni o'limga olib keladi.

Davosi. Bemorlarni albatta shifoxonalarda, o'rinda yotish tartibiga rioya qilgan holda davolash lozim. Kasallikning o'tkir davrida **seftriakson, sefamed** 1 g 2 mahal 5–10 kun, penitsillin 1 mln TB dan har 6 soatda mushak orasiga yoki seporin 500 ming TB dan kuniga 4–6 marta qilish lozim. Kasallikning birinchi kunidan boshlab immunoglobulin (pentaglobin, intraglobin) 0,4 gr/kg/sut t/i tomshilab 5 kun, plazmaferez 30–40 ml/kg/seans, kun ora 4–5 seans, taxikardiya bo'lsa, anaprilin 40–80 mg, bradikardiya atropin 1 ml m/o, og'riq xurujlarida indometatsin, metilprednizolon 10–20 ml m/o, prednizolon bir kunda 60 yoki 100 mg gacha ichiladi yoki tomir orasiga yuboriladi, keyinchalik dozani klinik belgilar o'zgarishiga qarab 1–1,5 oygacha davom ettirish kerak. Gidrokortizon 1,0 ml dan kuniga 2–3 martadan, 4–5 kun berilib, keyin dozani pasaytirish lozim. Gormonlarni kunning birinchi yarmida berish kerak. 40% li urotropin 5–7 ml 40% li glukoza bilan tomir ichiga yuboriladi, glitseram 0,005 g kuniga 2–4 mahal, ovqatdan 30 daqiqa oldin 1 oygacha ichiriladi. Antigistamin dorilar (dimedrol, suprastin, diazolin, tavegil), analgin 2,0 ml dan kechasi beriladi; diakarb, furotsemid 1 ta tab. dan ertalab, gipotiazid 100 mg 2–3 kun yoki laziks 2,0 ml dan mushak orasiga; ruhiy bezovtalikda 2,5% li aminazin 1,0 ml, seduksen 2,0 ml, tizersin yoki pipolfen mushak orasiga qilinadi; immunomodulin 1,5 mkg/kg har kuni 7–10 kungacha, gammaglobulin 1,5 ml m/o 2–3 kun, askorutin, kalsiy dorilari, B guruh vitaminlar, askorbin kislotasi, kokarboksilaza buyuriladi. Vegetativ-trofik o'zgarishlarda ATF, glutamin kislotasi 0,5 g 3 mahal, retabolil 1,0 ml haftada bir marta, og'riq bo'lgan hollarda 50% li analgin 2,0 ml, 1% li dimedrol 1,0 ml, reopirin 5,0 ml, ortofen, diklofenak 3,0 ml m/o qilinadi. Kasallikda, asosan, asab-mushak o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun 0,005% li prozerin 1,0 ml yoki 0,5% li galantamin 1,0 ml dan m/o buyuriladi. Tiklanish davrida dibazol 0,005 g, oksazil, sernion, trental, nikotin

kislotsi, aloe, vitaminlar, pantokrin, jenshen, elektroforez, 4% li mumio, parafin, ozokerit, uqalash, ignaterapiya, badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Orqa miya ko'krak qismining ko'ndalang kesimi yarmida klinik belgilar o'tkir boshlansa, bu nimani bildiradi?
 2. Polinevritlarning nevrogiyalardan farqini ayting.
 3. Bilak va tirsak nevritlari bir-biridan qanday farqlanadi?
 4. Bemorning yuz nervi nevritining klinik belgilari va uni davolash choralarini ayting.

9-BOB. MARKAZIY ASAB TIZIMINING YUQUMLI KASALLIKLARI

Meningitlar

Meningit – bosh va orqa miya yumshoq pardalarining o'tkir yallig'lanishi. Meningitlar, asosan, yuqumli kasalliklar qatoriga kiradi. Chaqirilishiga qarab birlamchi va ikkilamchi meningitlarga bo'linadi. Birlamchi meningit kasalligi to'g'ridan-to'g'ri pnevmokokklar, meningokokklar, stafilokokk va viruslardan keyin kelib chiqadi. Ikkilamchi meningitlar esa ba'zi kasalliklardan keyin quloq, burun-halqumning yiringli kasalliklari, tif, zaxm, sil kasalliklarining asorati sifatida paydo bo'ladi. Yallig'lanish jarayoniga va orqa miya suyuqligining tarkibiga qarab yiringli va seroz meningitlarga bo'linadi.

Hamma meningitlarda quyidagi meningial belgilar kuzatiladi:

1. Bosh og'riq, miya pardalaridagi sezuvchi retseptorlarning ta'sirlanishidan kelib chiqadi. Bosh og'riq hamma vaqt boshning barcha tomonida, ko'proq ensa va peshana qismida bo'ladi. Bosh og'riq V–X juft KBM nervlarining toksik yoki mexanik ta'sirlanishi (bosh miya bosimining oshishi) dan keyin paydo bo'ladi.
2. Qusish – markaziy xarakterga ega bo'lib, ovqat yeyishga bog'liq bo'lmaydi.
3. Giperesteziya – bemorlar yorug'likni, tovushni, shovqinni juda yomon his qiladi.
4. Ensa mushagining tarangligi – bo'yin mushaklari tarang tortilib qoladi. Orqa miya ildizlarining ta'sirlanishi natijasida kelib chiqadi.
5. Kernig va Brudzinskiy (yuqori, o'rta, pastki) belgilari.
6. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda katta liqildoq tarangligi.
7. Lessaj (osiltirish) belgisi – bolani qo'ltig'idan ko'targanda oyoqlarini bukib

tizzasini qorniga tekkizadi. 8. Uch oyoq belgisi – bemor qo‘lini orqasiga qilib o‘tirgan vaqtda oyoqlarini tizzasidan bukib oladi (20-rasm).

Yiringli meningit

Uning qo‘zg‘atuvchilari meningakokk, pnevmakokk, stafilokokk, streptokokk, salmonellalar, ichak tayoqchalaridir. Bolalarda ko‘proq uchraydi, sababi gematoensefal baryer to‘liq yetilmagan bo‘ladi. Bu meningitlarning qo‘zg‘atuvchilari yuqori nafas yo‘llari orqali organizmga kirib, u yerda ko‘payadi va yuqori nafas yo‘llarining yallig‘lanish belgilarini namoyon qiladi. Keyinchalik limfa tugunlarida ko‘payib, qon orqali bosh miya pardalariga boradi. Meningit boshqa surunkali kasalliklar (otit, zotiljam, abscess, sepsis) dan keyin ham paydo bo‘ladi. Kasallikning yashirin davri 3–5 kun davom etadi.

Klinik manzarasi. Kasallik to‘satdan, o‘tkir boshlanib tana haroratining 39 – 40°C gacha ko‘tarilishi, qusish, titrash, yosh bolalarda sababsiz baqirib yig‘lash bilan kuzatiladi, katta yoshdagilar kuchli bosh og‘riqdan shikoyat qiladilar. Bemorning hushi karaxt, ruhiy bezovtalik, alahsirash va og‘ir hollarda hushning yo‘qolish holatlari bo‘ladi. Agar yallig‘lanish miyaning tepa qismida (konveksital) bo‘lsa, qaltirash belgilari meningial belgilar bilan kechadi. Qaltirash belgilari ko‘proq yosh bolalarda uchraydi. Kasallikning 2–3-kunidan boshlab meningial belgilar paydo bo‘ladi (ensa mushagi tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari). Bemor boshni orqaga tashlab, oyoqlarini qorin bo‘shlig‘iga yaqinlashtirib yotadi. Yosh bolalarda katta liqildoq taranglashgan bo‘ladi. Giperesteziya, pay refleksleri oshgan, III– IV–VII–VIII–XII juft bosh miya nervlarining zararlanishi kuzatiladi.

Agar yallig‘lanish miyaning asosida bo‘lsa, unda bemorlarda g‘ilaylik, ko‘zga narsalarning ikkita bo‘lib ko‘rinishi, yuqori qovoqning osilib qolishi, yuz mushaklarida asimmetriya kuzatiladi. Bu mahalliy belgilar faqat miya shishgan vaqtlarda paydo bo‘ladi. Bemorning rangi oqargan, og‘iz atrofi ko‘kargan, nafas olishi va tomir urishi tezlashgan, qon bosimi biroz ko‘tarilgan, ishtahasi yo‘qolgan bo‘ladi. Ba’zi bemorlarning oshqozon-ichak yo‘llarida buzilish bo‘lib, jigar va taloq kattalashadi.

Yosh bolalarda sababsiz bezovtalik, qichqirib yig‘lash, tana haroratining ko‘tarilishi, ich qotish meningitning asosiy belgilari

hisoblanadi. Qon tarkibida leykotsitoz neytrofillar hisobiga ko'paygan, ECHT tezlashgan bo'ladi. Orqa miya suyuqligida bosim oshgan, rangi loyqa, sariq-ko'k rangda, oqsil 0,66 dan 6 g/l gacha va undan ham yuqori bo'ladi. Pandi, Nonne-Apelt reaksiyasi musbat, sitozi 1000–10000 gacha 1 mm³, shundan neytrofillar 80–100% ni tashkil etadi.

Davosi. Bemorni tezda shifoxonaga yotqizib davolash zarur. Yiringli meningitlarda asosan antibiotiklarni maksimal dozada birinchi kundan boshlab berish kerak. Statsionar sharoitda qon va orqa miya suyuqligi olib antibiotikka sezgirligi tekshiriladi hamda etiotrop davo o'tkazish zarur. Og'ir kechishlarda antibiotiklarni parenteral yuborish kerak. Agar bemorda tana harorati uzoq saqlansa, orqa miya suyuqligida o'zgarish bo'lmasa, qonda yallig'lanish jarayoni saqlansa hamda meningial belgilar uzoq saqlansa antibiotiklarni almashtirish zarur.

Parvarish qilish. Qat'iy ravishda to'shakda yo'tib davolanish tartibi, tez-tez yengil ovqatlantirib turish. Meningitlarda bosh miyada gipertenziya belgilari bo'ladi. Bunda bemor shovqin, yorug'likni yoqtirmaydi. Shuning uchun bemorlarni alohida tinch, unchalik yorug' bo'lmagan xonaga yotqizish, xonani toza havo bilan ta'minlash, yostiqlik yumshoq bo'lishi, ko'rpa-to'shaklari ozoda bo'lishi kerak.

Sil meningiti

Sil meningiti barcha yoshda, ko'proq bolalar va o'smirlarda uchraydi. Kasallik paydo bo'lishidan oldin boshqa a'zolarida sil jarayoni (o'pka sili, bronxial bezlar yoki boshqa a'zolar sili) bilan og'rib o'tgan bo'ladi.

Klinik manzarasi. Sil meningiti ko'pincha asta-sekin avj olib boradi. Kasallik dastlabki belgilari o'tkinchi bosh og'riq, umumiy holsizlik, lanjlik, darmonsizlik, tajanglik, ishtaha yo'qolishi, o'qish saviyasining yomonlashishi, doimiy bo'lmagan tana haroratining 37,2–37,8°C gacha ko'tarilishi. Keyinchalik bosh og'riq kuchayib boradi. Uyqu buzilishi, nafas tutilishi, yorug'likdan qo'rqish, kichik yoshdagi bolalarda ich ketishi va behushlik, yuqori tana harorati, teri rangining oqarib, ko'ngil aynishi, qayt qilib turishidir, katta yoshdagilarda toliqish, ish qobiliyatining keskin kamayishi yoki yo'qolishi, asabiylashish, tajanglik kuzatiladi. Mana shu alomatlarining hammasi 1–2 hafta davom etib, keyin meningial belgilar kuchayib boradi.

Bunda bemorlarda umumiy lohaslik belgilari kuchayadi, ozish, doimiy yuqori tana harorati, parishonlik yoki hushsizlik, anglash va soʻzlash qobiliyatining buzilishi, uyquchanlik, savollarga xohishsiz javob qaytarish, kuchaygan davomli bosh ogʻriq, sababsiz koʻngil aynish yoki qusish, alahsirash, tirishish, umumiy ogʻriqni sezish va turli xildagi gallutsinatsiyalar kuzatiladi. Bemorni tekshirganda meningial belgilar: ensa mushagining tarangligi, Kernig va Brudzinskiy belgilari, pay reflekslarining kuchayishi yoki yoʻqolishi, Babinskiy, Oppengeym, Gordon, Rossolimo patologik reflekslarining borligi, miya asosidan chiquvchi 12 juft KBM nervlarida oʻzgarishlar kuzatiladi. II juft koʻruv KBM nervi zararlanganda koʻrish pasayishi, koʻz tubida oʻzgarishlar kuzatiladi; III juft koʻzni harakatlantiruvchi KBM nervi zararlanganda yuqori qovoqning osilib qolishi, tashqariga qarab qolgan gʻilaylik, koʻz qorachigʻining kengayishi, koʻz olmasining oʻynoqiligi va narsalarning ikkita boʻlib koʻrinishi; VI juft koʻzni tashqariga harakatlantiruvchi KBM nervi zararlanganda ichkariga qaragan gʻilaylik, doimiy diplopiya; VII juft yuz KBM nervi zararlanganda yuz mushaklari falajlanadi, ogʻiz burchagi pastga tushgan, burun-lab burmasi silliqlashgan boʻladi, peshana burmalari silliqlanishi natijasida koʻz tirqishi bekilmaydi (logoftalm); XII juft til osti KBM nervi zararlanganda til ogʻiz boʻshligʻidan chiqarilganda zararlangan tomonga qiyshaygan boʻladi. Vegetativ oʻzgarishlar ham kuzatiladi: yurak urishining sekinlashishi, yuz rangining vaqti-vaqti bilan qizarishi yoki oqarishi, kech paydo boʻladigan turgʻun qizil, yoyilgan dermografizm.

Sil meningiti 3 ta klinik shakldan iborat: 1. Sil meningitining bazillar shaklida meningial belgilar bilan barcha 12 juft KBM nervlarining zararlanish alomatlari kuzatiladi. 2. Meningoensefalit shaklida meningial belgilar bilan bir qatorda bosh miya toʻqimasining oʻchoqli jarohatlanishi (*afaziya* – nutq buzilishi, *afoniya* – ovozning boʻgʻilishi, *afagiya* – ovqatni yuta olmaslik yoki qalqib ketish), qoʻl-oyoqlarda gemiparez alomatlari kuzatiladi. 3. Serebro-spinal shaklida, miya toʻqimasining, pardalarining zararlanish belgilari bilan birga orqa miya ildizlarida periferik asab falajligi belgilari va chanoq aʼzolari faoliyatida ham oʻzgarishlar kuzatiladi.

Sil meningitida orqa miya suyuqligini olish uchun maxsus xonada aseptik va antiseptik qoidalarga rioya qilgan holda punksiyani bajarish zarur. Punksiyani bajaruvchi shifokor qoʻllarini zararsizlantirilgan choʻtka va sovun bilan yuvib tozalaydi, soʻngra zararsizlantirilgan

salfetka bilan artib quritadi va spirt-yod-spirt bilan tozalaydi, ayniqsa barmoqlarni. Boshini ko'krak qafasiga va oyoqlarini qorin tarafga eggan, gorizontol holatda yotgan bemorning bel umurtqa sohasini spirt-yod-spirt bilan artiladi. III–IV–V umurtqa pog'onasi oralig'i (asosan, III–IV) maxsus mandrenli igna bilan punksiya qilinadi (bolalarda oddiy qon tomirga dori yuboradigan ignani ishlatish mumkin).

Orqa miya suyuqligi 3 ta shisha idishga kamida 3 ml olinadi. 1-va 2-shisha idishlar umumiy tahlil – oqsil, hujayralar, qand, xloridlar miqdorini aniqlash uchun va bakterioskopik tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi, 3-shisha idish esa o'rgimchak inisimon pardaning hosil bo'lishini kuzatish uchun (12 soat) xonada qoldiriladi. Agarda parda hosil bo'lsa, uni darhol chayqatmasdan bakterioskopik usul bilan tekshirishga yuboriladi. Bemor punksiyadan keyin 2 soat davomida tepaga qarab yotishi kerak va hech qanday ovqat hamda dori vositalari buyurilmaydi. Orqa miya suyuqligi tiniq, sarg'ish, sal tovlanib turadigan bo'ladi. Suyuqlik tarkibida oqsil va limfatsitlar ko'p miqdorda uchraydi. Orqa miya suyuqligida 24–28 soatdan keyin yupqa parda paydo bo'lib, shu pardadan sil tayoqchalari topilishi mumkin. Mana shu davrda bemorning tana harorati 38–39°C ga ko'tariladi. Es-hushi vaqti-vaqti bilan karaxt bo'lib turadi.

Davosi. Sil meningiti bo'lgan bemorlar darhol shifoxonaga yotqizilishi kerak. Shifoxonada kasallik shakliga qarab 6 oydan 1 yilgacha davolanadilar. Shifoxonada davolanish vaqti tugagandan so'ng, bemorlar sil sihatgohida to'liq davolanishni davom ettiradilar. Bu joydan davolanib chiqqandan keyin bemorlar yashash joyidagi silga qarshi kurashish dispanseri nazoratida kuzatiladi va keyingi o'tkaziladigan davolash, oldini olish choralari olib boriladi. Hamma sog'aytirilib uyga chiqarilgan bemorlar dispanser shifokori tomonidan, kasallikning qaytalanmasligi maqsadida, 5 yildan kam bo'lmagan nazorat kuzatuvida bo'ladilar.

Bemorlarga tarkibida oqsillar, yog'lar va vitaminlarga boy bo'lgan yuqori kaloriyali oziq-ovqatlar berish kerak. Antibakterial dorilar: rifampitsin (tibinil R) (0,15 g) 3–4 dona kapsulasi kattalarga och qoringa 1 mahaldan 3–4 oygacha, streptomitsin 0,5–1,0 g 3–4 oygacha, tubazid (izoniazid) 10% lisi 5,0 ml dan tomir ichiga, bundan 15 daqiqa oldin vitamin B₆ 5% li 2,0 ml qilish tavsiya etiladi yoki izoniazid 0,6–0,9 g kuniga 1 mahal ichishga beriladi; pirazinamid 0,5

g dan 3 mahal kuniga, ftivazid 1,5–2,0 g, etam – butal 0,4 g dan 2 mahal ichishga beriladi; siydik haydovchi dorilardan magniy sulfat 25 % li 7– 10ml, 2,0ml 0,5 % li novokain bilan mushak orasiga 10–15 kun yuboriladi, furotsemid yoki laziks, mannit 15 % li 200,0 ml tomir ichiga 4–6 kun; tutqanoqqa qarshi dorilar benzonal, fenobarbital buyuriladi. Falaj bo'lgan holatlarda dibazol kuniga 0,05 g dan 3–4 hafta, galantamin 0,5 % li 1,0 ml dan 30 kun, prozerin 0,05 % li 1,0 ml dan kuniga 2 marta 20 kun (dibazol va prozerinni bir vaqtning o'zida ishlatish mumkin emas). Og'ir holatlarda antibakterial davoni 3–4 kundan boshlab, yallig'lanishga qarshi prednizolon kattalarga 7,5 mg (1,5 tabl) dan 2 mahal 7 kun beriladi. Agar og'riq bo'lsa, og'riq qoldiruvchi dorilar–analgin, baralgin, agar falajlik kuzatilsa, qo'l-oyoqlarni fiziologik vaziyatga keltirib, kontrakturalarning oldini olish uchun bo'g'imlarga yumshoq shakldagi yostiqchalar qo'yilishi kerak. Og'riq kamaygandan so'ng yengil uqalash, bu to'qimalarda qon aylanishni yaxshilash, shishlarni kamaytirish va yotoq yaralarning oldini olish uchun tavsiya etiladi.

Epidemik (letargik) ensefalit

Bu kasallikning **epidemik ensefalit** deb atalishiga sabab, 1917–1928 yillarda u jahonning butun mamlakatlariga epidemiya holida tarqalgan. Bu ensefalitning letargik yoki uxlatadigan ensefalit deb atalishiga esa kasallikda bemor ko'p uxlaydigan bo'lib qoladi (*21-rasm*).

Sabablari. Epidemik ensefalitni filtrlanuvchi viruslar qo'zg'atadi. Ensefalit o'tkir va surunkali turda kechadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning yashirin davri 2–14 kungacha, ba'zan bir necha oygacha davom etishi mumkin. Kasallikning o'tkir davrida bemorning tana harorati 38°C gacha ko'tarilib, 15–20 kungacha davom etadi. Bemorning darmoni quriydi, boshi og'riydi, ko'ngli buziladi. Bemor uyquchi bo'lib, kecha-yu kunduz ko'zini ochmasdan uxlaydi. Ularni ovqat yoki dori berish uchun zo'rg'a uyg'otish mumkin. Bunday hol 2–3 hafta davom etishi mumkin. Keyinchalik esa uyqu kelmaydi, natijada, bemor kechasi uxlolmasdan, kunduz kunlari uyquga ketadi. Bemorlarni ko'p esnash bezovta qiladi. Ensefalitda aksariyat bemorlarning ko'z olmasini harakatlantiruvchi va uzoqlashtiruvchi nervlari zararlanadi. Bunda ko'zning yuqori, qovoqlarning pastga tushib qolishi, narsalarning ko'zga ikkita bo'lib

ko'rinishi, ko'z qorachiqqlarining katta-kichik bo'lishi (anizokoriya) kuzatiladi. Ba'zi hollarda vestibular belgilar (bosh aylanishi, ko'z oldining qorong'ilashishi, ko'ngil aynishi) hamda vegetativ o'zgarishlar (so'lak oqishi – gipersalivatsiya, bosh, qo'l-oyoq panjalarining me'yorida ortiq terlashi, yog' bezlari faoliyatining kuchayishi) paydo bo'ladi.

Epidemik ensefalitning o'tkir davri 2–4 kundan 4 oygacha davom etadi. Kasallikning ikkinchi davri bir necha oy, hatto yildan keyin avj olib boradi. Kasallikning bu davri surunkali kechadi va parkinsonizm alomatlari paydo bo'ladi. Bunda bemorlar sustkash, kam harakat bo'lib qoladi. Bemorning mimikasi kam ifodali bo'lib qoladi, yuzi qotib qolgandek bo'lib turadi. Bemorning nutqi tushunarsiz, ovozi past chiqadi. Mushaklar tonusi kuchayib, harakatlar esa kamayib boradi. Bemor boshi bilan tanasini oldinga bukkan holda, qo'llarini gavgaga yaqinlashtirib va tirsakdan bukib, mayda qadam tashlab yuradi. Bemorning qo'l barmoqlari, panjasi, boshi o'z-o'zidan qimirlab turadi. Ko'pincha og'izdan so'lak oqib turadi. Parkinsonizm miya qon tomirlari aterosklerozidan keyin ham kelib chiqadi. Kasallikning bu davrida xotiraning pasayib qolishi va ruhiy o'zgarishlar yuzaga keladi.

Davosi. Kasallikning o'tkir kechishi davrida bemor o'rnidan turmay yotishi kerak. 40% li 5,0 ml urotropinni 40% li 15,0 ml glukozaga eritmasiga qo'shib, har kuni tomir ichiga yuboriladi. Miya shishlariga qarshi mannitol, furotsemid; antigistamin dorilar (tavegil, suprastin, diazolin, dimedrol) tavsiya etiladi. Antibiotiklar (penitsillin, ampitsillin, oksam, sefamezin, gentamitsin), kasallikning o'tkir davrida prednizolon 1–2 mg/kg dan kuniga bir mahal tomir ichiga yuboriladi. Organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi dorilar vitamin B guruhi, ATF, kokarboksilaza, solkoseril, aktovegin, sernion, kavinton, askorbin kislotasi va suyuqlikni ko'proq ichish tavsiya etiladi. Kasallikning ikkinchi davrida mushaklar tonusi va umumiy taranglikni kamaytiruvchi dorilardan L – DOFA, artan, nakom, romparkin (0,005 g dan kuniga 3 mahal), siklodol (0,002 g yoki 0,005 g dan kuniga 3 mahal), midokalin (0,05 g 2 tabletkadan kuniga 3–4 mahal) tavsiya etiladi.

Gripp va uning asab tizimini zararlashi

Gripp – o'tkir virusli infeksiya bo'lib, yuqori nafas yo'llarining zararlanishi bilan o'tadi. Gripp viruslari, asosan, havo-tomchi yo'llari

orqali yuqadi. Gripp bilan ogʻrigan bemorlar yoʻtalganda, aksa urganda kasallik sogʻlom odamlarga oʻtadi.

Klinik manzarasi. Yashirin davri 1–3 kungacha, baʼzan qisqa vaqt bir necha soat boʻlishi mumkin. Kasallik oʻtkir, birdan tananing sovuq qotishi, qoʻl va oyoqlarning uvishishi hamda bosh ogʻriq bilan boshlanadi. Keyinchalik tana harorati toʻsatdan 39–40°C gacha koʻtariladi. Bunda bosh ogʻriq, asosan, peshana va peshana-chekka qismlarda koʻproq boʻladi. Butun mushaklar, boʻgʻimlar va suyaklarning qaqshab ogʻrishi, qovoq va koʻz kosasi atrofida ogʻriq, bosh aylanish, yorugʻlikka qaray olmaslik, umumiy giperesteziya, anoreksiya, qusish va qisqa vaqt hushdan ketish holatlari kuzatiladi. Bundan tashqari, nistagm, bosh va quloqlarda shovqin, mushaklar va nerv ustunlari paypaslab koʻrilganda ogʻriq, yengil meningial belgilar kuzatiladi. Kasallikning birinchi kunidan boshlab tomoq qurishi, burundan issiq shilimshiq oqishi, quruq yoʻtal, teri rangining oqarishi, labning koʻkarishi, tomoq yoʻllarining qizarishi, bradikardiya belgilari kuzatiladi. Qon tekshirilganda leykopeniya, neytropeniya, ECHT meʼyorda boʻladi.

Grippdan keyingi meningit. Bunda qisqa vaqt meningizm belgilari paydo boʻladi. Bosh miya yumshoq pardalarida shish, qon tomirlar toʻlaqlonligi va mahalliy mayda-mayda qon ketishlar kuzatiladi, bular miya toʻqimalarini ham egallaydi. Bunda kasallik ogʻir oʻtadi, bosh ogʻriq, koʻngil aynish, qusish, bosh aylanish, yorugʻlikni yoqtirmaslik, umumiy giperesteziya belgilari namoyon boʻladi. Bemorni tekshirganda meningial belgilar (ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy yuqori va pastki) va bosh miya nervlari chiqish joylarida ogʻriq, koʻz tubi vena qon tomirlarida dimlanish, giperemiya yoki soʻrgʻichida dimlanish boʻladi. Koʻz olmasining oʻtib ketuvchi parezi, nistagm, yuz asimmetriyasi (VII juft KBM nervining markaziy falaji), muvozanatning yengil buzilishlari, pay reflekslarining anizorefleksiyasi, tizza va tovon reflekslarining pasayishi, oyoq panjasining noaniq patologik reflekslari uchraydi. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda bosimi yuqori, yaʼni 250–300 mm suv ustuni, hujayralar, oqsillar, qand, xloridlar soni meʼyorda boʻladi. Uning yengil va oʻrtacha ogʻir shakllarida astenik alomatlar bir necha oygacha davom etishi mumkin.

Grippdan keyingi ensefalit. Ensefalitning bu turi gripp epide-miyasi vaqtida koʻp uchraydi, asosan, yosh bolalar oʻrtasida kuzatiladi. Ensefalit bilan ogʻrigan bola aqliy va jismoniy rivojlanishda oʻz

tengqurlaridan orqada qoladi. Grippdan keyingi ensefalit asab tizimi-ning toksik-infeksion zararlanishi tufayli sodir bo'ladi, gripp avjiga chiqqanda rivojlanadi. Bunda bemor harorati 39–40°C ga ko'tariladi.

Klinik manzarasi. Grippga xos belgilar bilan bir qatorda miya faoliyatiga aloqador boshqa alomatlar ham yuzaga keladi, bosh og'riydi, bosh aylanadi, ko'ngil ayniydi, es-hush turli darajada buziladi. Ensefalitning bu turida miyaning qaysi bo'limi ko'proq zararlanishiga qarab tegishli belgilar paydo bo'ladi. Miya ustuni zararlanganda bosh miya nervlariga tegishli belgilar, vestibular apparat yallig'langanida bosh miya aylanishi, qusish kabi belgilar kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda esa meningial belgilar, parezlar, falajliklar, har xil turdagi afaziyalar paydo bo'lishi mumkin.

Yengil ensefalit turida bosh og'riq, bosh aylanish, ko'ngil aynish, ba'zan qusish, mushak va bo'g'imlarda hamda nerv yo'llari bo'ylab og'riq, qo'l-oyoqlarning distal qismlarida uvishish, qisqa vaqt hushdan ketish holatlari yuz beradi. Tekshirganda anizokoriya, nistagm, yuz nervining markaziy falaji, gemigipesteziya yoki giperesteziya, pay reflekslarining anizorefleksiya, teri refleksining asimmetriyasi yoki yo'qolishi, doimiy bir yoki ikki tomondan oyoq panjasining patologik reflekslari, orol avtomatizm refleksi va yengil meningial belgilar kuzatiladi.

O'rtacha og'ir ensefalit shaklida o'qtin-o'qtin bosh og'riq, ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanish, qo'l-oyoqlarning uvishishi va sovuq qotishi, ba'zan bosh va quloqlarda shovqin paydo bo'lishi kuzatiladi. Bunda bemorlar ko'proq uyquchan yoki qo'zg'aluvchan bo'lishadi. Yengil gemiparez, pay reflekslar oshgan, patologik reflekslari va giperkinezlar paydo bo'ladi.

Og'ir ensefalitda kuchli, ba'zan chidab bo'lmaydigan bosh og'riq, qayta-qayta qusish natijasida, bemor tezda hushdan ketadi va sopor, keyinchalik koma holatiga tushadi. Bunda ruhiy qo'zg'alishlar, tutqanoq xurujlari, gemiparez, gemiplegiya, qorin reflekslari yo'qolgan, mushaklar tonusi pasaygan, patologik reflekslari hamda meningial belgilar, og'ir koma holatlarida deserebratsion o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Grippdan keyingi meningomiyelopoliradikulitda ko'proq orqa miyaning ko'krak qismi zararlanadi. Bunda miya to'qimalari, qon tomir devorlari shishadi, mayda qon tomir devorlarida spazm, mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi.

Grippdan keyin periferik asab tizimining zararlanishi. Bunda ko'proq ko'ruv nervi zararlangan bo'ladi: ko'zoldi qorong'ilashadi, xira ko'radi va narsalar ko'zga ikkita bo'lib ko'rinadi. Yuz nervi zararlanganda: quloqning orqa tomonida kuchli og'riq, tilning oldingi 2/3 qismida ta'm buzilishi, yuzning bir tomonida mimik mushaklarning zararlanishi kuzatiladi. Uch shoxli nerv nevrалgiyasida uning chiqish joylarida og'riq, bu joylardagi nuqtalar bosib ko'rilganda yuzdagi og'riq kuchayadi. Kasallik ko'proq 25–45 yoshdagi odamlarda uchraydi. Bunda beldagi og'riq chidamsiz bo'lib, sonning orqa yuzasiga, tizza va oyoq panjasigacha boradi. Harakat og'riq tufayli kamaygan, giperesteziya yoki giperpatiya, tizza va Axill refleklari susaygan. Tananing orqa mushaklarida mushaklarning reflektor ravishda tonusi oshgan, oyoqlarda nerv ustuni bo'ylab og'riq seziladi va vegetativ o'zgarishlar: sovuq qotish, oyoq terisining oqarishi, gipergidroz yoki terining qurishi. Polinevropatiyada paresteziya, qo'l va oyoqlarning distal qismlarida og'riq, keyinchalik parez va mushaklarda atrofiya paydo bo'ladi.

Grippdan keyingi leptomeningit. Gripp viruslari bosh miyaning qaysi qismlari zararlanishiga qarab: orqa miya chuqurchasi, bazal qismi (optikoxiazmal va miya oyoqchalari) va konveksital qismlarni zararlaydi. Optikoxiazmal leptomeningitda bosh og'riq ko'proq ko'z kosasi va peshana qismlarda, ko'zda ko'rishning kamayishi, gemianopsiya, ko'z oldining qorong'ilashuvi, ko'ruv maydonining kamayishi bo'ladi. Tekshirganda ko'z tubida shish, so'rg'ichda giperemiya va dimlanish, mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi. Orqa miya chuqurchasi leptomeningiti surunkali kechadi. Umumiy miya belgilari – bosh og'riq ko'proq ensa sohasida va ko'z kosasi tomon beriluvchan bo'ladi. Bosh og'riq bezovta qilganda bemorda qusish va ko'ngil aynish kuzatiladi.

Davosi. Kasallikning o'tkir davrida asosiy kasallikka davo qilinadi. Grippni davolash, asosan, uyda o'tkaziladi. Og'ir va asoratli hollarda esa shifoxonaga yotqiziladi. Kasallikning birinchi kunidan boshlab, bemorni alohida xonaga yotqizish shart. Idishlari, sochig'i va boshqa narsalari alohida bo'lishi kerak. Bemorga sut va ko'proq suyuqliklar ichiriladi. Grippga qarshi remantadin katta kishilarga 1-kuni 300 mg, 2–3-chi kunlari esa 50–100 mg dan 4–5-kun beriladi va antigrippin ichiriladi. Burun bo'shlig'iga 0,25% li oksalin mazi surtish yoki interferon tomizish kerak. Og'ir hollarda gripp yoki qizamiqqa qarshi gammaglobulin 3–5 ml dan qilinadi. Yo'talga qarshi soda

bilan tomoq yo'llariga ingalatsiya, pektussin, bromgeksin dorilaridan berish tavsiya etiladi. Agar zotiljam boshlansa, antibiotiklar – oksam, seporin, sefamezin, gentamitsin, dezintoksikatsion terapiya-plazma, reopoliglukin, gemodez, 5% li glukoza eritmalaridan tomir ichiga quyiladi. Og'ir hollarda gormonlar buyuriladi.

Grippdan keyin asab tizimida asoratlar bo'lsa, unda penitsillinni 12 mln ED dan kuniga, 40% li 8–10 ml urotropin, birinchi kundan boshlab askorbin kislota, rutin, kalsiy dorilaridan beriladi. Agar grippdan keyin meningoensefalitlarda qon ketish bo'lsa, 1% li vikasol 1,0–2,0 ml, 5% li 100,0 aminokapron kislota, miya shishlarida laziks, mannitol, diakarb buyuriladi. Qaltirashga qarshi dorilardan 2,5% li seduksen 1,0–2,0 ml dan, fenobarbital, benzanol, finlepsin; kuchli bosh og'riqqa baralgin, analgin, pentalgin; qusishga qarshi platifillin, aminazin; bosh miyada metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun amination, serebrolizin, ensefabol, piratsetam, aktovegin, agapurin, oksibral, glutamin kislota, nimotop 1 ta tabletkadan 2–3 mahal ichishga, B guruh vitaminlar, nikotin kislota beriladi. Astenik holatlarda 5% li retabolil 1,0 ml haftada 1 mahal 3–4 marta, ksanaks 0,25 mg, glitsin, fitin, umumiy quvvat va mushaklar tonusini oshiruvchi dorilar qo'llaniladi. Uyqusizlikda valium, elenium, rudotel, trioksazin bilan birga novopassit, glitsin 1 ta tabletkadan 2 mahal beriladi. Serebral leptomeningitda boshlang'ich davrida qisqa muddatga gormon berish bilan birga antibiotiklar, desensibilizatsiyalovchi dorilar: dimedrol, tavegil, askorbin kislota, kalsiy, yallig'lanishga qarshi bioxinol, B guruh vitaminlar, nikotin kislota, aloe, FiBS, shishasimon tana, gumizol 1,0 ml, lidaza 64 ED kunaro m/o; gipertenzion-gidrotsefal shaklida magneziiy sulfat, 40% li 20,0 ml glukoza askorbin kislota bilan t/i; galantamin 0,5% li 1,0 ml, kokarboksilaza, ATF, elektroforez kalsiy xlor bilan ensa sohasiga, uqalash, shifobaxsh badantarbiya tavsiya etiladi.

Oldini olish choralari. Grippga qarshi barcha aholini emlashdan o'tkazish, epidemiya bo'lgan vaqtda burun ichiga 0,25% li oksalin mazidan surtish yoki interferon tomizish, remantadin ichirish kerak. Ish joylarida va ko'chada niqoblar taqib yurish tavsiya etiladi. Barcha aholiga gripp kasalligi xatarli ekanligi to'g'risida tushuntirish ishlarini olib borish lozim.

Qizamiqdan keyingi ensefalit. Bu kasallik o'tkir boshlanib, infeksiyon-allergik ensefalitlar guruhiga kiradi.

Qizamiqdan keyingi ensefalit o'tkir boshlanadi, ko'proq toshma paydo bo'ladi, keyin 3–5 kun o'tgach rivojlanadi. Ensefalit boshlanishida tana harorati me'yorida bo'lishi, ba'zan bexosdan yuqori darajaga ko'tarilib ketishi mumkin. Es-hushi kirarli-chiqarli bo'lib qoladi. Bemorda meningial belgilar, har xil parezlar, falajliklar, harakat mutanosibligining buzilishi, ixtiyorsiz harakatlar, II–III–VII–juft bosh miya nervlarining zararlanishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Ayrim hollarda esa bemorda sezuvchanlik buziladi, chanoq a'zolarining faoliyati buziladi.

Davosi. Miya shishining oldini oladigan, tana haroratini pasaytiradigan, organizmni desensibilizatsiya qiladigan, tutqanoqqa qarshi dori-darmonlar buyuriladi.

Revmatik ensefalit

Revmatizm bu infeksiya-allergik kasallik bo'lib, uning ta'sirida bir qancha ichki a'zolar va asab tizimining zararlanishi kuzatiladi.

Sabablari. Asosan, betta-gemolitik A-guruhidagi streptokokklar hisoblanadi. Angina va tonzillit bilan kasallanib yurgan bemorlarda kelib chiqadi. Bunda bemorlarning asab va ruhiy tizimida o'zgarishlar bo'ladi. Bosh va orqa miya to'qimalari, po'stloqosti tuzulmalari, pardalari, qon tomirlari hamda periferik asab tizimida ham degenerativ yallig'lanishlar kuzatiladi. Asab tizimi yallig'lanishiga qarab: po'stloqosti tugunlari zararlanishi *kichik xoreya* yoki *revmatik ensefalit* deb ataladi. Bulardan tashqari meningit, meningoensefalit, miyelit, neyrit, polineyrit, diensefalit, leptomeningit, tik va tutqanoq xurujlari ko'rinishida bo'ladi. Shulardan eng ko'p tarqalgani kichik xoreyadir. Xoreya fanga birinchi bo'lib Parasels tomonidan kiritilgan. 1686-yili angliyalik shifokor Sidengam xoreyaning klinik belgilarini aytib o'tgan.

Klinik manzarasi. Kichik xoreya 6–15 yoshdagi bolalarda, asosan qiz bolalarda ko'proq uchraydi. Kasallik, asosan, bosh og'riq, darmonsizlik, tez charchab qolish, bezovtalik, xotiraning pasayishi va o'zi bilmagan holda har xil ixtiyorsiz harakatlar qilishi bilan boshlanadi. Bunda xoreyasimon giperkinezlar – qo'llarda majburiy harakatlar, yurishning o'zgarishi, bemor bola bir daqiqa ham tinch tura olmaydi, ixtiyorsiz harakatlar kuchayadi. Bu harakatlar ko'proq qo'llarda, yuzda va tilda kuzatiladi. Bemorlar o'zi mustaqil ovqat yeya

olmaydilar, nutqi tushunarsiz, uyquasi va yozishi buzilgan bo'ladi. Uyqu vaqtida giperkinezlar to'xtaydi. Bemorlar tekshirilganda mushaklar tonusi pasaygan, pay reflekslari chaqirilmaydi, muvozanatda tura olmaydi. Filatov (ko'z-til) belgisi – bemor ko'zini yumgan holatda uzoq vaqt tilini chiqarib tura olmaydi. Revmaensefalitning boshqa xillari quyidagilar: paralitik shakli – ko'proq maktabgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Bunda harakatning buzilishlari, ya'ni mushaklar tonusining birdan pasayishi natijasida bemorlar ixtiyoriy harakat qila olmaydilar, bu *pseudoparalich* deb ataladi. Bemorning qo'l va oyoqlari falajlangan holda bo'ladi, harakatlar chegaralangan, pay reflekslari pasaygan bo'ladi. 10–15 kundan keyin esa giperkinezlar paydo bo'ladi, 2–3 haftadan keyin esa yo'qoladi. Bilinmaydigan yoki yengil shakli – emotsional buzilishlar bilan birga yuzaki uyqu, yengil nutq buzilishlar, xoreasimon giperkinezlar – qovoqning uchishi, yuz mushaklarida fibrilyar qaltirashlar va III–VII–XII juft KBM nervlarining harakat faolligida o'zgarishlar bo'ladi. Pseudoisterik shakli – bu juda kam uchraydi, lekin darmonsizlik, tez charchab qolish, yig'loqlilik, ruhiy o'zgaruvchanlik, qo'rqish, apatiya, duduqlanish, tez jahl chiqishi, giperkinezlar, klonik qaltirashlar, atetoid harakatlar va isterik xuruj ko'rinishi bilan birga davom etadi. Psixotik shakli – bu o'tkir psixozlar ko'rinishi bilan boshlanadi. Bunda ruhiy qo'zg'aluvchanlik, gallutsinatsiya, hushning buzilishi, alahsirash va fikr buzilishlari bilan kechadi. Kichik xoreyada gipertenzion belgilar ham kuzatiladi. Bular bosh og'riq, ko'ngil aynish bilan va qusish, yorug'lik va shovqinni yoqtirmaslik, ko'z tubida yengil o'zgarishlar (ko'ruv nervi so'rg'ichida shish) kuzatiladi.

Davosi. To'shakda yotish, parhez tutish, ovqatlar vitaminlar va oqsilga boy bo'lishi kerak. Hamma shakllarida antibiotiklar: penitsillin 600–800 TB dan kuniga 3–4 mahal 12–14 kun davomida, keyin bitsillin – 3 haftada 1 mahal 6–7 marta qilinadi; askorbin kislotasini uzoq vaqt berish; prednizolon 1 mg/kg, kokarboksilaza, ATF, B guruh vitaminlar, glitsin 1–2 tabl. dan til ostiga 1 oygacha, rutin, nikotin kislota, kalsiy dorilaridan tavsiya etiladi. Antigistamin dorilari dimedrol, tavegil, diazolin, suprastin; revmatizmga qarshi dorilar: indometatsin, butadion, aspirin; giperkinezlarga natriy brom, valerian, fenobarbital 0,02–0,05 g kunduzi va kechasi, aminazin 0,01–0,025 g kuniga 1–2 mahal qisqa vaqt davomida berish tavsiya etiladi. Giperkinezlar 3–4 haftadan keyin yo'qolishi mumkin. Umumiy davo kursi 2–2,5 oyga cho'ziladi.

O'tkir poliomiyeLit

Markaziy asab tizimining yuqumli kasalligi bo'lib, bosh miyaning turli bo'limlari va orqa miya kulrang moddasining oldingi shoxlarini zararlaydi. Bu kasallik ko'proq yosh bolalar (4–5 yoshgacha)da uchraydi. PoliomiyeLitni filtrllovchi viruslar keltirib chiqaradi. Kasallik bemor bola yoki shu kasallik virusini tashib yuruvchilardan o'tadi. Viruslar oshqozon, ichak, nafas yo'llari orqali organizmga kiradi. Bu joydan limfa to'qimalariga borib joylashib ko'payadi. Keyin qon orqali orqa miya kulrang moddasining oldingi shoxiga boradi va shu joyni zararlaydi. Kasallikning yashirin davri 10–14 kun. O'zbekiston Respublikasida 1–1,5:100000 har bolaga bir yilda to'g'ri keladi.

Kasallikning falajlikdan oldingi birinchi davri. Abortiv shaklida kasallik o'tkir boshlanib, haroratning ko'tarilishi, bosh og'riq, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish belgilari bilan kechadi. Bunda yo'tal, tumov, tomoq og'rishi bo'lsa, boshqa bemorlarda qorinda og'riq, ko'ngil aynish, qusish, ishtaha yo'qolishi, ich ketish belgilari namoyon bo'ladi. Bu shaklida bola 3–7 kunda sog'lom bo'lib ketadi. Meningial shaklida poliomiyeLit viruslari serozli meningit kasallik belgilarini namoyon qiladi. Kasallik birdan o'tkir boshlanib, harorat yuqori ko'tariladi, bemor 2–3 marta qayt qiladi, bosh og'riq xuruji paydo bo'ladi. Meningial belgilar ensa mushagi tarangligi, Kernig va Brudzinskiy belgilari kasallikning 2–3-kunlari paydo bo'ladi. Orqa miya suyuqligi bosimi me'yorida yoki biroz ko'tarilgan, rangi tiniq bo'ladi. Bemor bo'yin va tanasining orqa tomonida hamda qo'l-oyoqlardagi mushaklarda og'riq, ko'p yig'lash, bezovtalik, tez charchashdan shikoyat qiladi. Tekshirganda nistagm yoki nistagmoid topiladi. Pontin shakli to'satdan boshlanib, yuz nervining periferik asab falajlanishi kuzatiladi. Bulbar va orqa miya (spinal) shaklida orqa miya bilan birga bir necha bosh miya nervlarining (IX–X–XII juft nervlari) zararlanishi oqibatida nafas va yurak faoliyati buzilib, og'ir asoratlar qoldiradi.

Bemorning harorati 38–39°C ga ko'tarilib, ko'pincha haroratning egri chizig'i ikki o'rkachli bo'ladi. Birinchi ko'tarilish 1–4 kun bo'lsa, so'ngra pasayib 2–3 kun me'yorida bo'ladi. Keyin yana harorat ko'tarilib ketadi.

Kasallikning ikkinchi falajlik davri 6–7-kunlari qo'l yoki oyoqda, ba'zan bir tomonda hamda bo'yin, yuz mushaklarida bo'ladi.

Falajlanish ko‘proq ertalab – bola uyg‘ongan paytlari kuzatiladi. Bunda falajlanish periferik asab xilida bo‘ladi. Mushaklar tonusi pasaygan, pay reflekslari yo‘qoladi. Bir necha haftadan keyin qo‘l va oyoqlarning proksimal qismlarida mushaklar atrofiyasi kuzatiladi. Sezuqchanlik va chanoq a‘zolarining faoliyati buzilmaydi.

Kasallikning uchinchi harakat tiklanish davri. Bunda falajlik boshlangandan bir necha kun o‘tgach, ba‘zi mushaklarda harakatlar tiklana boshlaydi va 3–4 oygacha tiklanish juda tez boradi. Bunga sabab orqa miyaning kulrang moddasidagi zararlangan joyda shishning qaytib ketishidir (*22-rasm*).

Kasallikning to‘rtinchi davri kasallik asoratlari bo‘lib, bir yildan keyin boshlanadi. Bunda zararlangan qo‘l yoki oyoq o‘sishtan orqada qoladi. Turg‘un falajlik, mushaklar atrofiyasi, ba‘zan esa qo‘l yoki oyoqda, oyoq panjalarida mushak kontrakturasi boshlanib, qo‘l yoki oyoq shakli o‘zgarib qoladi (deformatsiya).

Davosi. Bemor tinch, o‘rnidan turmasdan yotishi kerak. Yuqumli kasalliklar shifoxonasida alohida xonada yotishi lozim.

Oldini olish. Mamlakatimizda profilaktik emlashlar taqvimini 2002-yil 11-avgustdagi 0132–02-sonli buyruqqa asosan quyidagi emlashlar o‘tkaziladi: poliomiyelitga qarshi chaqaloq bolaning 2–5-kunidan boshlab OPV–0; 2 oyligida OPV–1; 3 oyligida OPV–2; 4 oyligida OPV–3; 16 oyligida OPV–4; 7 yosh (1-sinf)da OPV–5.

Miyelit

O‘tkir miyelit – orqa miya oq va kulrang moddasining zararlanishi. Sabablari: b i r l a m c h i m i y e l i t n i neyrotrop viruslar (poliomiyelit, gripp, quturish) keltirib chiqarsa, i k k i l a m c h i – miyelit yuqumli kasalliklardan keyin (qizamiq, ko‘k yo‘tal, tif) paydo bo‘ladi. Ba‘zi zaharli moddalar (mishyak, alkogol) ta’siridan keyin ham yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Birlamchi miyelit haroratning ko‘tarilishi, bosh og‘riq, toliqish, butun mushaklarda og‘riq bilan boshlanadi. Qo‘l-oyoqlarda uvishish, qo‘l-oyoq va belda og‘riq bo‘lib, keyinchalik bu og‘riq kamayib boradi va orqa miyaning zararlanish belgilari paydo bo‘la boshlaydi. Eng ko‘p zararlanadigan joy ko‘krak qafasining o‘rta qismi, keyin pastki qismidir. Orqa miyaning bel-dumg‘aza, bo‘yin bo‘limlarida zararlanish kamroq uchraydi.

Agar orqa miya bo'yin kengligining yuqori qismi zararlangan bo'lsa, unda bemorda tetraplegiya ikkala qo'l va oyoqda spastik falajlik xilida, ya'ni markaziy neyron zararlangan bo'ladi. Bo'yin kengligi zararlanganda ham tetraplegiya bo'ladi. Faqat qo'llarda falajlik periferik asab xilida, oyoqlarda esa markaziy asab tizimi falajligi kuzatiladi. Agar orqa miyaning ko'krak qismi zararlansa oyoqlarda spastik falaj bo'lib, markaziy asab tizimi falajlanish belgilari paydo bo'ladi. Bemor siydik va axlatni tuta olmaydi. Agar orqa miyaning bel kengligi zararlansa faqat oyoqlarda periferik asab tizimi xilida falajlik bo'ladi. Bemorda siydik va axlat ushlanib qolishi yoki tutolmaslik belgilari paydo bo'ladi.

Davosi. Bemorni o'rnidan turg'izmay, to'g'rilab taxta ustiga yotqizib qo'yish shart. Kasallikning o'tkir davrida antibiotiklar, vitaminlar B_1 – B_6 – B_{12} , askorbin kislotasi beriladi. Kasallikning birinchi kunidan boshlab prednizolon, gidrokortizonni yuqori dozadan bera boshlash zarur. Kasallik belgilari to'xtagandan keyin gormonlarni berichni ham aytirish tavsiya etiladi. Zararlangan joyga birinchi kundan boshlab UVCH, yengil badantarbiya, iliq margansovkali yoki sovunli suvga 5 daqiqaga oyoqlarni solib turish tavsiya etiladi. Erta tiklanish davridan boshlab navbat bilan B_{12} va B_{12} vitaminlarni qilib turish kerak. Mushaklar tonusi pasayganda 2–3 haftadan keyin prozerin, galantamin, dibazol buyuriladi. Mushaklarda spastika kuchayganda midokalm, melliktin, kichik dozada trankvilizatorlar beriladi. Faol tiklanish davrida pirogenal, lidaza, elektroforez kaliy yod, kalsiy xlor, prozerin bilan bel sohasiga qo'yiladi. Spastik falajda parafin, ozokerit, iliq vannalar hamda faol badantarbiya, kech tiklanish davrida 4–6 oydan keyin vodorod sulfidli vanna, balchiq bilan davolash (bo'shashgan falajlarda uglekisli, spastik falajda vodorod sulfidli) tavsiya etiladi.

Leptomeningit

Leptomeningit bosh miya qattiq va yumshoq pardasining yallig'lani-shidir.

Sabablari. Leptomeningitning kelib chiqishiga turli xil infeksiyalar (gripp, zotiljam, sil), zaharlanishlar, jarohatlar va boshqa kasalliklar (gaymorit, frontit, otit) sabab bo'lishi mumkin.

Kasallikning o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali turlari farqlanadi.

Klinik manzarasi. Leptomeningit bosh miyaning tepa qismida bo'lsa, mahalliy miya belgilari – Jekson ko'rinishidagi tutqanoq xurujlari kuzatiladi (bunda alohida mushaklar guruhida klonik qaltirashlar bo'ladi). Bu xurujlar keyin katta tutqanoq xuruji va hushdan ketish bilan davom etadi. Leptomeningit bosh miya ensa chuqurchasida bo'lsa, mahalliy miya belgilaridan miyacha ataksiyasi, mushaklar tonusining pasayishi, adidoxokinez, dizmetriya, bosh aylanish, nistagm paydo bo'ladi. Umumiy miya belgilari ham uchraydi. Ko'rish nervining so'rg'ichida dimlanish, bosh og'riq, qusish bilan davom etadi. Leptomeningit miyacha-ko'prik burchagida bo'lsa, unda V–VII–VIII KBM nervlarining zararlanish belgilari kuzatiladi. Optikoxiazmal leptomeningitda qattiq bosh og'riq bilan birga ko'rishning pasayishi, ko'ruv nervining so'rg'ichida dimlanish kuzatiladi. Ko'rish maydoni toraygan bo'lib, oq va boshqa ranglarni sezish kamaygan bo'ladi. Ba'zi bemorlarda ko'zni harakatlantiruvchi nervning zararlanishi, ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, g'aylik, yuqori qovoqning pastga tushib qolishi belgilari namoyon bo'ladi. Bemorda haroratning biroz ko'tarilishi, bosh og'riq, ko'z olmasida og'riq, titrash, butun tananing qaqshab og'rishi, oyoqlarda holsizlik, yurakning tez urishi, leykotsitoz, ECHT baland bo'ladi. Orqa miya suyuqligi tarkibi o'zgarmagan bo'ladi.

Davosi. Antibiotiklar, 3–5–10 ml 40% li urotropin tomir ichiga glukoza bilan yuboriladi. C, B guruh vitaminlar, nikotin kislota, magneziy sulfat, glitserin, laziks, diakarb, lidaza, shishasimon tanacha, bioxinol buyuriladi. Og'riq va qaltirashga qarshi dorilar qo'llaniladi. Konservativ davo yordam bermasa, jarrohlik yo'li bilan (kista, chandiq) davolanadi. Kasallikning tiklanish davrida radonli vannalar, ozokerit, balchiq bilan davolash, shifobaxsh badantarbiya, uqalash tavsiya etiladi.

OITS

OITS (ruscha SPID, inglizcha AIDS, fransuzcha SIDA) – orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. Bu kasallik virusi birinchi bo'lib, 1983-yilda fransuz olimi Montane va AQSH olimi Gallo tomonidan topilgan. Virusni jinsiy aloqada shu bemor bilan bo'lgan kishilardan topdilar. Virus elektron mikroskop orqali ko'rilganda tashqi muhitga chidamsiz, ya'ni uni 57°C issiq, spirt, aseton, efir tez o'ldiradi. Viruslar

asosan hujayralar, limfotsitlar, spermatozoidlar ichiga kiradi, genetik apparatga ta'sir qilib, uni buzadi. Bu kasallik butun dunyoda juda keng tarqalgan.

Yuqish yo'llari. Kasallikka OITS bilan kasallangan bemorlar bilan jinsiy aloqada bo'lganlar, fohishalar, gomoseksualistlar (bir xil jinsdagi kishilarning jinsiy aloqa qilishi), giyohvandlar, donorlar chalinadilar; agar teri zararlangan bo'lsa, teri orqali ham yuqadi.

Klinik manzarasi. Yashirin davri 1 oydan 1 yilga, hatto 10–15 yilgacha. Kasallik o'tkir boshlanadi, haroratning ko'tarilishi, darmonsizlik, ishtaha yo'qolishi, ozib ketish, 10–20% bemorlarda limfa bezlari kattalashgan bo'ladi. Asosan bo'yin, o'mrovusti va qo'ltiq tagidagi limfa bezlari kattalashadi. Bemorlarda bosh og'riq, uyqu buzilishi, ich ketish kabi holatlar kuzatiladi. Tanasiga har xil toshmalar chiqadi. Ahvoli kundan-kunga og'irlashib, zotiljam boshlanadi. Bemor kun sayin ozib ketadi. Ko'pchilik bemorlarning boshida, tanasida, og'iz bo'shlig'ida, ichki va tashqi jinsiy a'zolarida o'smalar hosil bo'ladi. Bu o'sma *Kaposha o'smasi* ham deyiladi. Buning rangi och qizil yoki qizilroq, teridan biroz ko'tarilgan holatda bo'ladi. Asosan virus odam organizmidagi immun xususiyatni pasaytiradi, shuning uchun ham organizmda kuzatiladigan og'ir o'zgarishlar qaytmaydi.

OITSning asab tizimini zararlashi. OITS organizmning hamma joyiga ta'sir qiladi, shu jumladan, asab tizimini ham zararlaydi. Bu zararlash dastlab miya pardalarida bo'lib, meningitlarni keltirib chiqaradi. Bunda bemorning ahvoli og'ir bo'lib, hushi karaxt, qattiq bosh og'riq, qusish, barcha meningial belgilar ijobiy bo'ladi. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda bosimi baland, rangsiz tiniq, hujayralar soni limfatsitlar hisobiga ko'paygan, chunki yallig'lanish seroz xarakterga egadir. Ko'p hollarda yallig'lanish bosh miya to'qimasiga ham o'tadi, bunda meningoensefalit belgilari kuzatiladi. Bu vaqtda meningial belgilar bilan birga bosh miya asablarining yallig'lanishi, gemiparez yoki gemiplegiya va ataksiya kuzatilishi mumkin. Bunda ham orqa miya suyuqligi seroz xarakterga ega bo'ladi. Ba'zan bosh miya pardalari, to'qimasi bilan birgalikda orqa miya ham zararlanadi, unda meningoensefalomiyelit belgilari kuzatiladi, shuningdek orqa miya zararlana boshlaydi. Qo'l va oyoqlarda para yoki tetraplegiya, chanoq a'zolarining buzilish holatlari kuzatiladi. Ko'pincha bir vaqtda bosh miya, orqa miya bilan birgalikda periferik nervlar ham, ildizlar

ham yalligʻlanadi. Bunda pardalar, bosh miya, orqa miya zararlanish belgilariga periferik asab tizimi yalligʻlanish belgilari qoʻshiladi. Qoʻl va oyoqlarda ogʻriq bilan birga tortilish belgilari (Lasseq, Vasserman, Neri) ham ijobiy boʻladi. Bunda meningoensefalomiyelopoliradikul onevrit deb tashxis qoʻyiladi. Kasallik juda ogʻir kechib, asta-sekin bemorning ahvoli yomonlashib boradi va oʻlimga olib keladi.

Davosi. Hozirgacha bu kasallikning davosi topilmagan, lekin butun dunyo olimlari izlanish olib bormoqdalar.

Oldini olish yoʻllari. Giyohvandlik va giyohvandlikka qarshi tushuntirish ishlarini olib borish, chet eldan keladigan emmigrantlarni, donorlar qonini OITS ga tekshirish. Har bir bemorga bir martalik shpitslardan foydalanish tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Epidemik ensefalit nima uchun letargik deb ataladi?
 2. Sil meningitining boshqa meningitlardan farqi nimada?
 3. Oʻtkir sholning klinik belgilari va oldini olish choralarini ayting.
 4. Bemorning hushi boʻlmasa, lekin Kernig belgisi boʻlsa, siz qanday fikr qilasiz?

10-BOB. BOSH VA ORQA MIYADA QON AYLANISHINING BUZILISHI

Bosh va orqa miyaning qon bilan taʼminlanishi. Bosh miya, asosan, ikki juft qon tomir bilan taʼminlangan: ichki uyqu arteriyasi va umurtqa arteriyasi.

Ichki uyqu arteriyasini boshqa nom bilan *karotit tizim* ham deyiladi. Bu tizim orqali 70% qon bosh miyaga keladi. Qolgan 30% qon esa umurtqa arteriyasiga keladi (*23-rasm*).

Karotit tizim, oʻz navbatida, quyidagi shoxchalarga boʻlinadi:

I. Umumiy uyqu arteriyasi – chap tomondan aorta yoyi, oʻng tomondan esa oʻmrovosti arteriyasida boshlanadi. Uyqu arteriyasining shoxchalari: 1) koʻz arteriyasi – koʻz toʻrsimon pardasini, koʻz nervining soʻrgʻichini qon bilan taʼminlaydi; 2) orqa qoʻshuvchi arteriya – xiazmani, koʻrish yoʻli doʻmboqchasini, gipofizni, gipotalamusni qon bilan taʼminlaydi; 3) oldingi arteriya – Mindalyev tanani, gipokamp egati, dumli yadro, oq sharlar, ichki kapsulaning orqa tomoni, tashqi tizzali tana, koʻruv doʻmbogʻini qon bilan taʼminlaydi.

Bundan tashqari, karotit tizim 2 ta katta shoxdan iborat: 1. Oldingi miya arteriyasi – bosh miya peshana qismining ichki tomonini, peshananing yuqori asosi hamda chakka qismlarini, qadoqsimon tanani qon bilan ta'minlaydi. 2. O'rta miya arteriyasi – asosan, po'stloqosti tuzilmalarini, qobiq, dumli yadro, ko'ruv do'mbog'i, oq sharlar va asosan, ichki kapsulani qon bilan ta'minlaydi. Bu arteriyaning boshqacha nomi «*qon ketuvchi arteriya*» deb ataladi.

II. Umurtqa arteriyasi o'mrovosti arteriyasidan boshlanib *vertebrobazillar* tizim deb ataladi va quyidagi shoxchalarga bo'linadi. 1. Orqa miya arteriyasi – orqa miyani qon bilan ta'minlaydi. 2. Oldingi orqa miya arteriyasi – bu ham orqa miyani qon bilan ta'minlaydi. 3. Pastki orqa miyacha arteriyasi – uzunchoq miya, miyachani qon bilan ta'minlaydi. 4. Asosiy arteriya – «bazillar arteriya» 2 ta umurtqa arteriyasi – Vorolyev ko'prigi ustida birlashadi. A. Oldingi pastki miyacha arteriyasi – bu, o'z navbatida, VIII juft nervlarning yadrosini, ichki quloqni qon bilan ta'minlaydi. B. Miyacha tepa arteriyasi – Vorolyev ko'prigini, miya oyoqchalarini, 4 tepalikning orqa tepachasini, o'rta miyachaning oyoqlarini, 3- va 4-qorinchalarni qon bilan ta'minlaydi. D. Orqa miya arteriyasi esa o'rta miyani, 4 tepalikning oldingi tepachalarini qon bilan ta'minlaydi. Chuqur shoxchalari talamusni, qadoqsimon tanani, Lyusova tanani, gipofizni, tizza tanani, yon qorincha chigalini qon bilan ta'minlaydi. Karotit va vertebrobazillar qon tomirlar tutashgan joy *Villizov aylanmasi* deb ataladi.

Bosh miyada qon aylanishining buzilishini keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar quyidagilar: 1. Xafaqon (gipertoniya) kasalligi. 2. Bosh miya qon tomirlarining aterosklerozi. 3. Ularning birgalikdagi uchrashuvi.

Bosh miyada qon aylanishi buzilishiga asosiy moyilliklari quyidagilar: 1. Yoshi. 50 yoshdan keyin 3–7 marta ko'p uchraydi. 2. Nasl moyilligi. 3. Moddalar almashinuvi (xolesterin) ning buzilishlari. 4. Qon bosimining ko'tarilishi. 5. Qon kasalliklari. 6. Qand kasalligi. 7. Gipokineziya – kam harakatlilik. 8. Spirtli ichimliklar ichish va chekish. 9. Ish joyida, uyda, shaxsiy hayotda bo'ladigan ruhiy holatlar.

Bosh miyada qon aylanishining buzilishlari *insultlar* deb ataladi.

Vertebro-bazillar yetishmovchilik. Vertebro-bazillar yetishmovchilik umurtqa va bazillar arteriyada qon aylanishining o'tkir va surunkali buzilishlaridan keyin kelib chiqadi.

Sabablari. Bo'yin osteoxondrozi, deformatsiyali spodilez (umurtqalararo disklarda degenerativ o'zgarishlar, osteofitlarning o'sishi, umurtqa arteriyasining bosilib qolishi natijasida paydo bo'ladi).

Klinik manzarasi. Bosh aylanish, mastga o'xshab yurish, quloqda shovqin, ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, boshning ensa sohasi hamda bo'yinning orqa qismida og'riq bo'lishi kuzatiladi. Tekshirganda nistagm, yengil ataksiya, eshitishning kamayishi, dizartriya, o'tib ketuvchi tetraparez, pay reflekslari jonlangan bo'ladi.

Davosi. O'tkir buzilishlarda bemorni to'shakka yotqizish, yorug'lik va shovqindan saqlash kerak. Kuniga 1–2 tabletka sitramon va 1 tabletka aeron, 40% li 20,0 ml t/i glukoza, 2,5% li 1,0 ml pipolfen yoki 2,5% li 1,0 ml aminazin, 0,1% li 1,0 ml t/o atropin, platifilin, kofein qilinadi. Bo'yinning orqa sohasi, ensaga hamda oyoqlarga xantal, isitgich qo'yish tavsiya etiladi. Bundan tashqari kuniga 3–4 mahal 250,0 ml reopoligukin bilan 2,0 ml t/i kavinton, 1 ta tabletka belloid beriladi.

Dissirkulator ensefalopatiya. Bosh miyada qon aylanishining surunkali buzilishi dissirkulator ensefalopatiya deb ataladi.

Sabablari. Ateroskleroz, arterial gipertoniya va ularning birgalikda uchrashi, diabet, revmatizm, qon kasalligidan keyin kelib chiqadi. Bu kasallik aqliy mehnat bilan shug'ullanuvchilarda ko'proq uchraydi. Dissirkulator ensefalopatiya bosh miyaning surunkali gipoksiyasi natijasida bosh miyada venadan qon oqishining qiyinlashuvi, angiospazmi, mikrotromb va mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Kasallik, dastlab nevrastenik alomatlar bilan boshlanadi. Bular xotiraning pasayishi, simillaydigan bosh og'riq, bezovtalik, tez jahl chiqish belgilari namoyon bo'ladi.

Yengil shaklida dastlab xotiraning buzilishi bo'ladi. Bunda bemorlar bo'lib o'tgan voqea va hodisalarni, o'tgan kunlarni eslay olmaydilar. Xotira susaygani tufayli voqealarni ko'pincha yozib yuradilar, ularning ish qobiliyati pasayadi. Bemorlarda ko'proq simillovchi bosh og'riq, bosh va quloqda shovqin, bosh aylanish, mudrab yurishdan shikoyat qiladilar. Uyqusi buzilgan, ishtaha va kayfiyati yo'qolgan, jinsiy moyillik susaygan bo'ladi. Dissirkulator ensefalopatiyada 3 ta asosiy belgi kuzatiladi: xotiraning buzilishi, bosh og'riq, bosh aylanishdir. Asab sohasini tekshirganda, asosan, mioz, qorachiqslarning yorug'likka reaksiyasi sustlashgan, bosh miya nervlarining asimmetriyasi, pay reflekslarining jonlanishi va

anizorefleksiyasi, barmoqlarning titrashi, paresteziya va vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi.

O'rtacha og'ir shaklida esa bemorlarda hali faollik bo'ladi, lekin tez charchab qoladilar. Ish qobiliyati pasayib, ko'p gapiradi, xotira, diqqat- e'tibor susayadi, kunduz kunlari ko'p uxlaydi. Xulq-atvor buziladi, o'z-o'ziga tanqidiy munosabat pasayadi. Asab sohasida bosh og'riq, bosh aylanish, boshda shovqin, oral avtomatizm refleksi rivojlanganligi, kalla-bosh miya nervlarida o'zgarishlar, pay refleksleri oshganligi, patologik reflekslarining paydo bo'lishi kuzatiladi. Bundan tashqari, muvozanat buzilib, ko'rish pasayadi. Harakatning sekinlashuvi, mayda qadamchalar bilan yurish, nutq buzilishlari hamda bosh va qo'llarda titrash belgilari namoyon bo'ladi.

Og'ir shaklida miyacha faoliyatining buzilishlari, parezlar, nutq buzilishlari, xotiraning chuqur buzilishlari, doimiy bosh og'riq, bosh aylanish, boshda shovqinlar, aqlipastlik, xulq-atvor yomonlashadi va tutqanoq xurujlari paydo bo'ladi. Bunda og'ir ruhiy o'zgarishlar va psevdobulbar falajlar, oral avtomatizm refleksleri juda rivojlangan bo'ladi, beixtiyor kulish va yig'lash holari kuzatiladi.

Tashxis qo'yishda, asosan, subyektiv shikoyatlar: bosh og'riq, bosh aylanish, boshda va quloqda shovqin, xotiraning pasayishi, ko'zyosh kelishi kuzatiladi. Obyektiv belgilar: tarqoq serebral belgilarning asta-sekin kuchayib borishi namoyon bo'ladi.

Ishemik insultlar

Ishemik insult – *miya infarkti* asosan, 45–50 yoshdan keyin ko'proq qariyalarda uchraydi. Bu kasallik kelib chiqishining asosiy sabablari, bosh miya qon tomirlari aterosklerozi, xafaqon kasalligi, bosh miya qon tomirlarining yallig'lanishi, qon bosimining pasayishi, bosh miya qon tomirlarning anevrizmlaridir. Ishemik insultning kelib chiqishi asosan bosh miya qon tomirlarining qisilishi, ya'ni angiospazmiga bo'g'liq. Turli xil gemodinamik o'zgarishlar, har xil ruhiy holatlar bosh miya qon tomirlarining qisilishiga olib keladi va u yerdan qonning o'tishi sekinlashadi. Bunda bosh miya to'qimasida yumshashish holati yuzaga keladi.

Qon tomirlari ichida tromb hosil bo'lishi, bunda bosh miya qon tomirlarida qonning sekin aylanishi tufayli qon tomirlar devorida qonning shaklli elementlari cho'ka boshlaydi. Natijada, qonning o'zidan

tromb hosil bo'лади. Tromb hosil bo'lishiga yana qonning biokimyoviy o'zgarishi, ya'ni uni ivishining buzilishi sababdir. Bundan tashqari, kalla suyagi tashqarisidagi ekstrakranial qon tomirlarining qisilishi ham ishemik insultga olib keladi.

Klinik manzarasi. Ishemik insult bo'lishidan oldin bir necha hafta yoki oylar oldin belgi beradi. Bu belgilar: bosh aylanishi, qisqa vaqt hushning yo'qolishi, ko'z oldining qorong'ilashishi, umumiy darmonsizlik, o'tib ketuvchi paresteziyalar yoki qo'l-oyoqdagi parezlar. Kasallik ko'pincha asta-sekin boshlanib kechasi yoki ertalabga yaqin kuzatiladi. Buning asosiy sababi kechasi tinch yotganda bosh miyadagi qon aylanishi sekinlashadi va tromb hosil bo'lishiga moyillik ko'payadi. Ertalab uyqudan turgandan keyin bemor, asosan, hushini yo'qotmaydi, bemor o'ng yoki chap tomonida qo'l-oyog'ining harakati kamligi yoki yo'qolganligidan shikoyat qiladi. Ishemik insult bo'lganda bemorning hushi joyida bo'lib, bosh og'riq bo'lmaydi yoki juda kam rivojlangan bo'лади. Yuz terisi oqargan, tomir urishi, qon bosimi pasaygan, tana harorati bir me'yorda saqlangan yoki subfebril bo'лади. Asab sohasida juda rivojlanmagan meningial belgilar, bosh miya nervlari VII–XII juftida markaziy falajlanish faqat qarama-qarshi tomonda kuzatiladi. O'ng yoki chap tomonda gemiparez yoki gemiplegiya markaziy xarakterda, tonusi baland, trofikasi buzilmagan bo'лади. Pay reflekslarining anizorefleksiyasi kuzatiladi, 1–3–4-kunlari pay reflekslari pasaygan yoki umuman chaqirilmasligi mumkin. Keyincha patologik reflekslar paydo bo'лади (Babinskiy, Rossolimo).

Sezgi sohasining chap yoki o'ng tomonida gemigipesteziya kuzatiladi. Gipergidroz, ba'zan bemorning hushi karaxt, tezda muloqotga kirisha olmaydi, savollarga javob berishi qiyin kechadi. Motor afaziyasi – bemor gapga tushunadi, lekin gapira olmaydi; sensor afaziyasi – bemor gapga tushunmaydi hamda gapira olmaydi. Bosh miyaning oldingi arteriyasi zararlanganda bemorning yuzida gemispazm – yuzning bir tomonga tortilib turishi, gemiparez ko'proq oyoqlarda, gemianesteziya, ataksiya – muvozanatning buzilishi, giperkinez – ixtiyorsiz harakatlar, ruhiyatning buzilishi (eyforiya, o'z-o'ziga tanqidchilikning pasayishi) kuzatiladi. Bosh miyaning orqa arteriyasi zararlanganda esa ataksiya, gemianopsiya, alternashgan belgilar (ptoz, gemiplegiya tashqariga qarab qolgan g'illaylik chap tomonda, gemianesteziya esa o'ng tomonda) kuzatiladi.

Ishemik insultning vertebrobasillar qon tomirlar sohasida (umurtqa, bazillar arteriyalar va orqa miya arteriyasi) zararlanish bo'lsa, bemor bosh aylanishi, ko'ngil aynish, qusish va muvozanatning buzilishi (mastga o'xshab yurish), quloqda shovqin bo'lishidan, ensa va bo'yinning orqa sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladi. Asab sohasini tekshirganimizda nistagm, diplopiya, ataksiya (statik va dinamik), nutq o'zgarishlari, ko'rish va eshitishning pasayishi, dizartriya, o'tkinchi tetraparezlar hamda hushning o'tkinchi buzilishlari kuzatiladi. Ishemik insultlar ko'proq katta yoshdagi odamlarda uchraydi. Bosh miya qon tomirlar aterosklerozi, arterial gipotenziya, stenokardiya, infarkt miokard va boshqa kasalliklar natijasida kelib chiqadi.

Gemorragik insult

Gemorragik insult, boshqacha aytganda, bosh miyaga qon quyilishidir. Asosiy keltirib chiqaruvchi sabablar: xafaqon kasalligi, bosh miya aterosklerozi, ularning birgalikdagi uyg'unlashishi, bosh miya qon tomirlarining anevrizmlari, bosh miya jarohatlari, vaskulitlar, leykoz, qand kasalligi va boshqalar. Bosh miyaga qon quyilishiga ikkita asosiy sabab bo'ladi. Birinchidan, qon tomirlarining yorilib ketishi bo'lsa, ikkinchidan, qon tomirlar o'tkazuvchanligining buzilishi, bunda qon tomirlar yorilmaydi.

Klinik manzarasi. Gemorragik insult ko'proq kunduz kunlari, bemor ruhiy holatidan keyin qattiq xafachilik, noxush xabarlar, juda kuchli hayajonlanishdan keyin boshlanadi. Kasallik ko'pincha to'satdan boshlanib, bemorning hushi yo'qoladi va bemor yiqiladi. Bemorda kuchli bosh og'riq, yuzning qizarishi, qusish kuzatiladi, tana harorati ko'tarilgan bo'lib, sopor yoki koma holatiga tushadi. Umumiy ahvoli juda og'ir bo'lib, burun-lab atrofi ko'kargan, nafas olishi tez, yuzaki tovush bilan xirillab chiqadi. Qon bosimi baland – 220/140 simob ustuniga teng yoki undan ham oshgan, tomir urishi tezlashgan bo'ladi. Asab sohasini tekshirganimizda meningial belgilar (ensa mushagi tarangligi, Kernig, Brudzinskiy) juda rivojlangan, chunki bosh miyada shish borligi uchun, yuzi asimmetriya, burun-lab qatlami silliqlashgan, og'iz burchagi pastga tushgan, ko'z qorachig'i anizokoriyasi, qorachiqning yorug'likka javob reaksiyasi susaygan yoki yo'qolgan; yutinish va gapirish yo'qolgan, o'ng yoki chap tomonda qo'l-oyoqning falajlanishi, oyoq panjasi tashqariga buralib qolgan, qo'llarni ko'tarib

tashlaganda falajlangan qo'l «qamchisimondek» tezda tushib ketadi, oyoqda ham shunday bo'ladi. Qo'l-oyoqlarda mushaklar tonusi pasaygan – gipotoniya, pay reflekslari pasaygan yoki chaqirilmaydi, patologik reflekslar uchraydi; sezgi kamayadi yoki yo'qoladi. Falajlanish hamma vaqt markaziy xarakterda bo'lgani uchun asta-sekinlik bilan mushaklar tonusi oshib boradi, pay reflekslari baland, gapirishi noaniq – dizartriya, motor va sensor afaziyalar kuzatiladi. Agar qon miya qorinchalariga quyilsa, bunda kasalning ahvoli juda ham og'ir – koma holatida, nigoh qarash, qusish, yurakning tez-tez urishi, nafas olishning qiyinlashishi va tutqanoq xuruji, klonik va tonik qaltirashlar kuzatiladi. Bir yilgacha tiklanish davri, bir yildan keyin esa qoldiq davri deyiladi.

Pardalar orasiga qon quyilishi

Pardalar orasiga qon quyilishi – *subaraxnoidal qon quyilishda* qon miya pardalarining orasiga qon tomirlarining yorilishi natijasida quyiladi. Miyaning asosi va ustki qismlarida qon quyiladi. Bemor qattiq bosh og'rishidan, ko'ngil aynishidan va qusishdan shikoyat qiladi. Asab sohasida meningial belgilar kuzatiladi. Bemor yorug'likka, tashqi ta'sirotlarga juda ham ta'sirchan bo'ladi. Bosh miyaning ustki (konveksital) qismida qon quyilganda tutqanoq belgilari – klonik-tonik qaltirashlar kuzatiladi. Agar miyaning asosi (bazillar)da qon quyilish bo'lsa, unda II– III–IV–VI kalla bosh miya nervlari zararlanadi. Qo'l va oyoqlarda falajlanish bo'lmaydi, gipotonus, giperrefleksiya, giperesteziya, bemorda ruhiy qo'zg'alishlar kuzatiladi.

Qorinchalar ichiga qon ketganda nafas olish va yurakning ish faoliyati buziladi, yuz terisi ko'kargan, hushi yo'qolgan, tana harorati 39°C va undan ham yuqori bo'ladi. Miyacha yarimsharlariga qon quyilganda bosh aylanish, qusish, ensa va bo'yinning orqa tomonida og'riq, nistagm, ataksiya holatlari kuzatiladi. Miya ustunida qon quyilsa, kalla bosh miya nervlarining yadrolari va ularning yo'llarini zararlaydi. Bunda alternashgan alomatlar (yuzning bir tomonida kalla bosh miya nervlarining falajlanishi bo'lsa, qarama-qarshi tomonda gemiparez) kuzatiladi. Bosh miya to'qimalariga qon quyilsa, ko'proq ichki kapsula, o'rta miya arteriyasida bo'lsa, umumiy miya belgilari, mahalliy miya belgilari bilan birgalikda keladi. Bosh miya po'stlog'iga yaqin joyda qon quyilsa, nutq buzilishlari, motor yoki sensor afaziya

kuzatiladi. Meningial belgilar bunda kamroq uchraydi, orqa miya suyuqligida qon bo'lmaydi. Agar orqa miya suyuqligida qon bo'lsa, unda aralash qon ketish kuzatiladi. Subaraxnoidal qon ketish 50 yoshgacha bo'lgan bemorlarda uchraydi. Bunga sabab bosh miya qon tomirlar anevrizmlari 50%ni tashkil etadi. Kamroq holatlarda arterial gipertenziya va bosh miya qon tomirlari aterosklerozi sababchi bo'ladi.

Klinik manzarasi. Unda meningial va umumiy miya belgilari juda rivojlangan bo'ladi. Mahalliy miya belgilari bo'lmaydi yoki kam rivojlangan bo'ladi. Qon ketish to'satdan boshlanadi. Bemorda birdan bosh og'riq, ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari rivojlanadi. Bosh og'riq kuchli bo'lib, uning ta'siridan bemorlar qichqirib yuboradi, qo'llari bilan boshini ushlaydi, bosadi. Yuzi qizargan, ruhiy qo'zg'alishlar, qochishga harakat qiladi, to'shakda yotolmaydi, tana harorati baland bo'ladi. Orqa miya suyuqligida qon bo'ladi. Og'ir hollarda bemorning hushi bo'lmaydi, sopor yoki koma holatida bo'ladi. Mahalliy miya belgilaridan – g'illaylik, diplopiya va yengil gemiparezlar bo'ladi. Qorinchalar ichiga qon ketganda kasallik birdan boshlanib, hushning yo'qolishi, nafas olish shovqinli bo'lib, bemor xirillab nafas oladi. Sopor va koma holatiga tezda tushib qoladi. Bemorning tana harorati 39–40°C, sovuq qotganday titrash, tomir urishi tezlashgan, sovuq ter bosish, orqa miyani punksiya qilganda orqa miya suyuqligida qon bo'ladi. Mahalliy miya belgilari kam rivojlangan bo'ladi. Mushaklarda tonik tirishish, gipotoniya bilan almashinib turadi.

Davosi. Tibbiyot hamshiralari insult bilan og'rgan bemorlarga juda ehtiyotlik bilan qarashlari talab etiladi. Bemor boshini tana qismidan biroz baland ko'tarib qo'yish, harakat qilishlariga yo'l qo'ymaslik lozim. Kasallikning o'tkir davrida bemorni tinch qo'yish, og'zida tish protezlari bo'lsa, olib qo'yish lozim. Og'iz atrofi va ichini so'lak va qusuq qoldiqlaridan tozalab, toza havo kirishini ta'minlash, pastki jag'ni ushlab turish, tilning orqaga tortib ketmasligi va nafas olishini yaxshilash uchun havo o'tkazgich qo'yish, yuqori nafas yo'llarini elektronasos yordamida tozalash, oshqozonga zond qo'yish talab etiladi. Miyada qon aylanishini yaxshilovchi dorilar – 2,4% li eufillin 5–10 ml tomir ichiga, 25% li magneziy sulfat 5–10 ml mushak orasiga novokain bilan, 2% li papaverin 2 ml, 1% li dibazol 2–4 ml mushak orasiga qilinadi. Bemorga birinchi kuni shirinchoy, meva sharbati, keyinchalik yutinish bo'lmasa, zond orqali kuniga 5 marta ovqatlantirish talab etiladi (jadvalga q.).

Insultni davolash

Umumiy davolash (nodifferensial davo)	Qiyosiy davolash (differensial davo)	
	gemorragik insult	ishemik insult
Nafas olish faoliyatini yaxshilash: yuqori nafas yo'llarini tozalash, erkin nafas olishga yo'l qo'yish; boshni biroz yuqoriga ko'tarish; og'iz ichini so'lak va qusuq massalaridan tozalash; pastki jag'ni ushlab turish; havo o'tkazgich qo'yish; tilning orqaga ketib qolishiga yo'l qo'ymaslik; burun orqali kateter qo'yish. Yurak-qon tomir faoliyati buzilishlarida: qon bosim pasayganda: kofein 20% li 2,0 ml t/o, mezaton 1% li 2,0 ml m/o, gidrokortizon 50mg, prednizolon 60mg, kokarboksilaza 100mg t/i. Qon bosimi ko'tarilganda: dibazol 2,0 m/o; magneziiy sulfat 25% li 5–10,0 ml m/o; raunatin 1 ta tab.dan 2 mahal, sinopril 10 mg 1 marta, enalapril-N.S (ednit) kuniga 10–20mg, Enap–N kuniga 1–2 ta tabl, kapoten 25mg 2 marta, enam 2,5mg, indap 2,5mg ichishga. Yurak yetishmovchiligida: kordiamin 25% li 1–3ml m/o; kofein 2,0; strofantin 1,0ml+4% li 20ml glukoza bilan; bular natija bermasa, KKB 100 mg, ATF 1ml. Miya shishlari boshlanganda Bobrov apparatida 30% li spirtli eritma bilan 20–30 daqiqa kislorod terapiya o'tkazish, 15–20 daqiqa tanaffus qilinadi. Furotsemid yoki laziks, kaliy xlor, panangin, eufillin, gliserol 1 g/kg meva sharbati bilan, mannitol 200,0ml t/i. Ruhiy qo'zg'alishda: seduksen, sibazon yoki relanium, glitsin, aminazin, GOMK qilinadi. Gipoksiyaga qarshi piratsetam (nootropil), serebrolizin, aminalon, gamma-lon.	Kislorod terapiya; askorbin kislota 5% li 5,0 ml t/i; kalsiy xlor yoki kalsiy glukonat 10% li 5–10,0ml t/i; aminokapron kislota 5% li –100,0ml tomchilab t/i, har 4–6 soatda qaytarish kerak. Qon, plazma, ditsinon 2,0 ml yoki vikasol 1,0ml m/o. Kontrikal 10000 TB NaCl 0,9% li 200 ml 10 kun, nimodipin 10 mg (50ml) tomchilab, har kuni 1 mahal; 5–6 kundan keyin serebrolizin 5 ml t.i. 10 kun; albumin 10% li 100 ml t/i; MgSO₄ 25% li 5–10 ml t/i.	No-shpa 2,0ml, papaverin 2,0ml m/o, kavinton 20 mg yoki trental 15,0 ml NaCl bilan, nikotin kislota 1% li 1,0ml, stugeron 1 ta tab. 3 mahal, reopoliglukin 400,0 ml, tromb yoki trombemboliya bo'lsa, dastlabki 1–6 soat ichida fibrinolizin 20–30 mg, 10000 TBdan 250,0ml NaCl bilan har 1 daqiqada 25 tomchidan t/i yoki kuniga 4–6 marta 3–5 kun m/o yoki t/i, keyinchalik qon ivishi tekshirilib geparin 5 ming TBdan t/i yoki m/o har 6 soatda qilinadi. Aktovegin 1000–2000 mg t.i. har kuni 1 mahal 2–3 hafta, fenotropil 100 mg 1–2 mahal 2–8 hafta.

Parvarish qilish. Bemorni qimirlatmasdan, nafas olishini yaxshilab, boshini biroz baland ko'tarib, kiyimlarini yechib yotqizish kerak. Agar bemor qusgan bo'lsa, og'zini tozalab qo'yish lozim. Zotiljam bo'lmasligi uchun bemorni o'ng va chapga yonbosh qilib yotqizib turish, orqasiga, ko'krak qafasiga xantal va kunaro banka qo'yish kerak. Antibiotiklar

buyuriladi. Dumba, kurak sohalariga oblepixa yoki baliq moyidan surtib turish lozim. Bemorning siydigi tutilib qolsa, kateter qo'yish bilan siydirib olish kerak. Kasallikning birinchi kunidan boshlab gemiparez yoki gemiplegiya bo'lsa, kontrakturalarning oldini olish uchun falaj bo'lgan qo'l-oyoqlarni fiziologik holatga keltirish, ulatning tagiga yostiq qo'yib, yelka bo'g'imi bilan bir xil balandlikda bo'lishini ta'minlash zarur. Falajlangan qo'lning bir necha marta tanasidan uzoqlashtirib qo'yish, qo'lni ichini yuqori (spinatsiya) holatga qo'yish, barmoqlarni to'g'rilab ochib qo'yish lozim. Bularga qum xaltachalardan foydalansa bo'ladi. Qo'ltiq ostiga valik yoki yostiqchani 30 daqiqagacha qo'yish kerak. Oyoqni to'g'rilashda tizza bo'g'imiga va oyoq panjasiga qum xaltachalar qo'yish kerak bo'ladi. Bemor hushiga kelgan kundan boshlab, yengil uqalash, nafas mashqlari hamda sust harakatlar qilish tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Ishemik insultning klinik belgilarini ayting.
 2. Bosh miyada qon aylanishining o'tkinchi buzilishlari deyilishiga sabab nima?
 3. Gemorragik insultning klinik belgilari qanday?
 4. To'satdan kelib chiqadigan pastki paraplegiya haqida nima deya olasiz?

II-BOB. MARKAZIY ASAB TIZIMINING O'SMALARI

Bosh miya o'smalari juda keng tarqalgan kasallik. Bosh miya o'smasi odam yoshiga bog'liq bo'lmagan holda paydo bo'ladi. Ular erkaklar va ayollarda bir xilda uchraydi. Hamma o'limlar ichida 1 % i bosh miya o'smasiga to'g'ri keladi.

O'smalardagi klinik manzara 3 xil ko'rinishda bo'ladi: I. Umumiy miya belgilari. II. Dislokatsiya, ya'ni bosh miyadagi o'smaning boshqa to'qimalarga qisilishi. III. Mahalliy miya belgilari, bunda o'sma bosh miyaning qayeri zararlanishiga bog'liq bo'ladi.

I. Umumiy miya belgilari. 1. Bosh og'riq – ba'zan juda qattiq, boshning hamma joyida, bosuvchi, og'irlik beruvchi tarzda bo'ladi. Bosh og'riq boshni qimirlatganda, egilganda kuchayadi. Miyada qon va likvor aylanishi buzilishi natijasida paydo bo'lgan bosh og'rig'i miya o'smasining dastlabki belgisi hisoblanadi. Bosh og'riq, asosan, kechasi yoki ertalab zo'rayib ketadi. Og'riq ertalab bir necha daqiqadan bir

necha soatgacha davom etadi. Bemor ertasiga ham davom etadigan bosh og'riq bilan uyg'onadi. Avval bosh og'riq chegaralangan sohada bo'ladi, keyinchalik og'riq doimiy bo'lib qoladi. Bosh og'riq, asosan, jismoniy zo'riqishda, hayajonlanganda, yo'talganda, aksa urganda, qayt qilganda yoki boshni oldinga egganda zo'rayadi.

2. Qusish – bosh og'riq kuchayganda bemor qusadi, qusish ovqat iste'mol qilishiga hamda tana holatining o'zgarishiga bog'liq bo'lmaydi. Miyaning ichki bosimi oshganda bemor qayt qila boshlaydi. Bosh miya o'smalarida qayt qilish ko'proq nahorda kuzatiladi.

3. Bosh aylanish – o'smalar ko'proq bosh miyaning qaysi qismida o'sishiga bog'liq bo'ladi. Bosh aylanish dastlab kamroq, qisqa vaqt davom etsa, keyinchalik o'sma kattalashgan sayin ko'proq kuzatiladi.

4. Ruhiy o'zgarish – bosh miya o'smalarida boshda suyuqlik bosimining oshishi ruhiy o'zgarishlarga olib keladi, bemorda o'z-o'ziga tanqid pasaydi, karaxtlik, kayfiyatning buzilishi, depressiya holatiga olib keladi. Tutqanoq xurujlari ham kuzatiladi.

5. Ko'rish nervining so'rg'ichida qon tutilib qolishi hamda bosh miya bosimining oshishi o'smaning toksik ta'sirida paydo bo'ladi. Bu belgilarning paydo bo'lishi, asosan, o'smaning qayerda joylashganiga bog'liq. Bu belgi miyacha, IV qorincha, chakka bo'limlarida kuzatiladi. Bunda ko'z oldining qorong'ilashishi, ko'rish o'tkirligining pasayib ketishi, ko'rish nervida qon to'planganligidan darak beradi. Kasallik kuchaygan sari ko'ruv nervi atrofiyalanib boradi, keyinchalik bemor, umuman, ko'rmay qolishi mumkin. Ko'z tubida ko'ruv nervining dimlanishi, qon tomirdagi qonning turib qolishi, tomirlarning kengayishi natijasida yuzaga keladi.

6. Bosh miya xavfsiz o'smalar ta'sirida bemorda uzoq yil davomida tutqanoq xurujlari klonik-tonik ko'rinishda bo'ladi. Xavfli o'smalarning boshlanishida tutqanoq xurujlari bilan birga, hushdan ketish va ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi.

7. Orqa miya suyuqligi tarkibining o'zgarishi – suyuqlik bosimi baland, rangi o'zgarmagan tiniq, tekshirganda, asosan, oqsillar ko'p bo'ladi.

8. Bosh miyaning kalla suyagini rentgenografiya qilganda giper-tenzion belgilar: qon tomirlar ko'rinishining bo'rtganligi, barmoqlar izi va turk egarining silliqlashishi yoki yemirilishi kuzatiladi.

Bosh og'riq, qayt qilish va ko'rish nervi so'rg'ichining dimlanishi – shu uchta belgi 60% bosh miya o'smalarida uchraydi. O'smalar

paydo bo'lgan vaqtda mahalliy miya belgilari ular qayerda joylashishiga va qanday o'sishiga bog'liq. O'smalar o'sishiga, joylashishiga qarab, ekstroserebral – bosh miyadan tashqaridagi o'smalar, introserebral – bosh miya ichida o'sadigan o'smalarga bo'linadi.

Agar meningioma miyaning ustki qismi (konveksital)da bo'lsa, unda bemorda bosh og'riq, bosh aylanish hamda tutqanoq xurujlari, Jekson xilida, ya'ni yuz, qo'l-oyoqda klonik qaltirash kuzatiladi. Ayrim hollarda qaltirash qisqa vaqt ichida bo'ladi va 2–3 daqiqa davom etadi. Ba'zan esa tonik-klonik qaltirash bo'lib, bemor hushini yo'qotadi, tilini tishlab oladi, tagiga siyib yuborish holatlari kuzatiladi. Ba'zi hollarda qo'l yoki oyoqda monoparez markaziy xarakterda, har doim qarama-qarshi tomonda bo'ladi.

Agar o'smalar miya asosida bo'lsa, unda mahalliy miya belgilari ko'zning ko'rishi pasayishi yoki yo'qolishi, hidni bilmaslik, ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, ichkari va tashqariga qarab qolgan g'ayliklar, nistagm kuzatiladi. Agar o'sma bosh miyaning peshana qismida o'ssa, unda parezlardan tashqari ruhiy o'zgarishlar – karaxtlik, hech narsaga qiziqmaslik yoki xursandchilik, ko'p qilgan ishlariga javob bermaslik, o'z-o'ziga tanqid hissi pasaygan bo'ladi. Agar o'sma ichki kapsula sohasida bo'lsa, unda VII– XII juft kalla bosh miya nervlarining markaziy falajlanishi, gemiparez markaziy xarakterda, gemianesteziya o'tkazuvchanlik xilida bo'ladi. Agar o'smalar qorinchalar ichida o'ssa, unda qattiq bosh og'riq, qusish, boshni ma'lum xilda ushlab turish kuzatiladi, chunki o'sma suyuqliklar yo'lini to'sib qo'yadi.

II. Dislokatsiya, ya'ni bosh miya o'zagining siljishi yoki bosh miyadagi o'smaning boshqa to'qimalarga qisilishi.

O'smalarning asosiy belgilari: 1. Tana harorati ko'tarilmaydi. 2. O'tkir boshlanmaydi. 3. Umumiy va mahalliy miya belgilari asta-sekinlik bilan rivojlanadi. 4. Orqa miya suyuqligida oqsil miqdori ko'p bo'ladi. 5. Ko'z tubida dimlanish bo'ladi.

Agar bosh miyada o'smalarga xos belgilar kuzatilsa, unda bosh miya quyidagi tekshirishlardan o'tkaziladi: EEG, EXO, kalla suyagini rentgenografiya qilish, kompyuter tomografiya, angiografiya, ko'z tubini, orqa miya suyuqligini tekshirish zarur.

Davosi. O'smalarning palliativ va radikal davo usullari mavjud. Palliativ davolashda dori-darmonlar bilan birga gormonlar hamda rentgenoterapiya usullari qo'llaniladi. Rentgenoterapiya usullarida radioaktiv izotoplar (palladiy, ittriy, oltin) bilan davolash yaxshi

natija beradi. Hamma o'smalarga siydik haydovchi dorilar – mannitol, gipotiazid, furosemid, diakarb 0,025 mg 1 ta tabletkadan kuniga 2 marta berish lozim. Laziks 2,0 ml dan, magneziy sulfat 25 % li 10,0 ml mushak orasiga qilinadi. Siydik haydovchi dorilarni uzoq vaqt qo'llash natijasida organizmda tuz va suv muvozanati buziladi va organizm suvsizlanadi. Shuning uchun fiziologik eritma 0,9 % li , glukoza 5 % li , elektrolitlar, kaliy xlor, vitaminlar, tana harorati ko'tarilgan bo'lsa, litik aralashmalar tavsiya etiladi. Bundan tashqari, tutqanoq xurujiga qarshi finlepsin, fenobarbital, benzonol 0,1 g 1 ta tabletkadan 3 mahal ichishga beriladi.

Radikal usulda jarrohlik yo'li bilan o'sma olib tashlanadi. O'smalar qancha erta aniqlansa, bemorning ahvolidan shuncha tez umumiy va mahalliy miya belgilarining kuchayishiga yo'l qo'yilmaydi. Jarrohlik usulining iloji bo'lmasa, bemorga rentgen nurlari bilan davolash tavsiya etiladi.

Parvarish qilish. O'sma jarrohlik usuli bilan olib tashlangandan keyin bemorni parvarish qilish katta ahamiyatga ega. Chunki bunda bemor bezovtalanib, har xil harakatlar qilishi, ruhiy tushkunlikka tushishi mumkin. Ayrim bemorlarda talvasa xuruji bo'lib turadi. Kalla operatsiya qilingandan so'ng bemorni operatsiya qilingan tomonga qarama-qarshi tomon bilan chalgancha yoki yonbosh qilib yotqizilishi kerak. Bunda yutish faoliyati buzilgan bemorlarning og'iz bo'shlig'iga so'lak yig'ilib qoladi. Natijada, so'lak yuqori nafas yo'llariga yig'ilib qoladi. Bunday bemorlar og'iz bo'shlig'ini kuniga 4–5 marta tozalab turishi tavsiya etiladi. Bemor kallasiga bog'langan bog'lamni olib tashlamasligi uchun uni mahkam bog'lash kerak. Jarrohlik aralashuvidan bir kun oldin bemorni tayyorlash va yengil ovqatlantirish tavsiya etiladi. Agar bemorlarni og'riq bezovta qilsa, og'riq qoldiruvchi dorilar buyuriladi. Operatsiyadan keyin bemorni oz-ozdan, tez-tez ovqatlantirish talab etiladi.

Miyaning parazitlar kasalliklari

Bosh miyaning eng ko'p uchraydigan parazitlar kasalliklari sistitserkoz, exinokokkoz va toksoplazmozdir.

Sistitserkoz. Sistitserk cho'chqa solitori rivojlanishining ilk bosqichi – finna. Bu kasallik ifloslanib qolgan ovqat bilan birga hazm yo'lga gijja tuxumlari tushib qolganida kelib chiqadi. Gijja tuxumlari

qon o'zanidan miyaga borib, shu yerda o'tirib qolishi mumkin. Odatda, bosh miya bir talay sistitserlar bilan zararlangan bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallik ko'pincha bosh miya o'smalariga o'xshab ketadi. Kasallikning alomatlari juda xilma-xil bu, asosan, kasallik o'chog'ining miyada qanchalik ko'pligi va qaysi joyda o'rin olganiga bog'liq bo'ladi. Gipertenzion belgilar (bosh og'riq, qusish, ko'ruv nervining so'rg'ichida dimlanish) kuchayib boradi. Tutqanoq xurujlari ko'pincha Jekson xuruji ko'rinishida bo'ladi. Xuruj boshlanishi o'zgarib, goh o'ng yoki chap tomondan, goh qo'l yoki oyoqda qaltirash belgilari namoyon bo'ladi. Ruhiy buzilishlar: qo'zg'alish, depressiya, gallutsinatsiyalar, Korsakov alomati belgilari ko'rinishida bo'ladi. Brunsa belgisi – bunda sistitserk IV qorinchada bo'lsa, bemor boshini birdan yon tomonga burganda kuchli bosh aylanish tufayli bemor yiqiladi, umumiy miya belgilari: bosh og'riq, qusish, ko'z oldining qorong'ilashishi, tomir urishning sekinlashishi, birdan teri rangining oqarib ketishi, ko'p terlash holatlari kuzatiladi. Sistitserkozga tashxis qo'yish maqsadida bir necha serologik reaksiyalar qo'llaniladi. Orqa miya suyuqligida Vozn reaksiyasining musbat bo'lishi, ko'z tubi, kalla suyagi rentgenografiyasi, kompyuter tomografiya xulosalariga asoslanadi. Orqa miya suyuqligida hujayralar sitoz – limfotsitlar hisobiga ko'paygan, ba'zan eozinofiliyalar uchraydi. Oqsillar soni me'yorida yoki 0,5 g dan 2 g/1 gacha ko'payishi mumkin.

Davosi. Simptomatik davolar va ba'zan jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Oldini olish choralari. Gigiyena qoidalariga amal qilish, meva va sabzavotlarni yaxshilab yuvish, ovqatdan oldin qo'llarni sovunlab yuvish talab etiladi.

Exinokokkoz. Bosh va orqa miya exinokokkozi kam uchraydigan kasallik bo'lib, kichkina tasmasimon gijja – *Taenia echinococcus* embrioni miyaga o'tib qolganida vujudga keladi, bu gijjaning shu embrioni miyada finna davrini o'taydi. Exinokokkning tasmasimon shakli it va bo'rilarining ichagida yashaydi. Odam kasal itga yaqin yurganida, tabiiy suv havzalaridan xom suv olib ichganida, yuvilmagan mevalarni yeganida o'ziga shu gijja tuxumini yuqtirib oladi. Odam me'dasiga tushgan tuxumlar pardasi yemiriladi; ajralib chiqqan embrion me'da-ichak yo'lining qon va limfa tomirlariga o'tadi. Qon oqimi bilan ular turli a'zolariga, ko'pincha, jigar va o'pkaga borib qoladi. Turli a'zolarining to'qimalarida embrion pufakcha shakliga (finnaga) aylanadi, uning so'rg'ich va ilmoqchalari bilan ta'minlangan

boshchasi bo'ladi. Pufak bo'shlig'i sarg'ish tiniq suyuqlik bilan to'lib turadi. Bosh miyada ko'pincha bir kamerali exinokokk uchraydi. U qatqat parda bilan o'ralgan kattakon pufakdir. Bu pufakda rivojlanayotgan qiz pufaklari va uchinchi tartib pufaklari bo'lishi mumkin. Shunday qilib, suyuqlik bilan ko'p bo'shliqli kista hosil bo'ladi.

Boshqa a'zolarida (jigar, o'pka va boshq.) exinokokkoz borligi, qonda lateks – agglutinatsiya reaksiyasining musbat bo'lib chiqishi to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi. Tashxisni aniqlash uchun teri ichiga allergik reaksiya qo'yib ko'rilganida (Kassoni sinamasi) ko'pincha organizmning umumiy allergik reaksiyasi ko'riladi.

Davosi. Jarrohlik: exinokokk pufagi olib tashlanadi.

Toksoplazmoz. Odam kasal hayvonlarning go'shti va sutini iste'mol qilganda yoki kasal hayvonlarga yaqin yurganda (so'lagi orqali) organizmga *Toxoplasma gondi* parazitining tushib qolishi turli a'zolarining: yurak mushagiga, o'pka, jigar, limfa tugunlarining zararlanishiga sabab bo'ladi. Parazitning platsenta orqali o'tishi natijasida ona qornidagi homila ham kasallanishi mumkin. Toksoplazmoz ko'pincha asab tizimini zararlaysin. Bemorlarda toksoplazmoz serebral leptomeningit, ensefalit, ensefalomiyelit ko'rinishida kuzatiladi. Toksoplazmoz serebral leptomeningitida ko'p uchraydigan belgilar gipertenzion alomat va talvasa tutqanoqlaridir. Toksoplazmoz ensefalitining alomatlaridan biri gipotalamik alomatdir. Kasallikka tashxis qo'yishda o'tkaziladigan immunologik tekshirishlar: komplementni biriktirish, immunofluoressensiya, bilvosita gemagglutinatsiya reaksiyalari, toksoplazmin bilan teri ichiga qo'yiladigan allergik sinama hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Davosi. Xloridin (0,025 g dan kuniga 2 mahal), sulfadimezin (1 g dan kuniga 2 mahal) buyuriladi, bular 2 hafta oralab 5 kundan davom etadigan 3 kurs davomida ishlatiladi. 1–1/2 oy oralab 3–4 davo kursi o'tkaziladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Bosh miya absessida qanday klinik belgilar kuzatiladi?
 2. Bemorda bosh og'riq, ko'z tubining dimlanishi, tutqanoq xurujlari bilan birga sensor afaziyasi bo'lsa, bu qanday kasallik alomatlari hisoblanadi?
 3. O'smalarga xos klinik belgilarni aytib bering.
 4. Agar miyachada o'sma bo'lsa, qanday klinik belgilar kuzatiladi?

12-BOB. BOSH VA ORQA MIYA SHIKASTLARI

Bosh miya shikastlarida bosh miyaning yumshoq to'qimalari, kalla suyagi va bosh miya jarohatlanadi. Bosh va orqa miya shikastlari hozirgi vaqtda ham ko'p uchraydi. Bu kasalliklarning kelib chiqish sabablari turli-tuman bo'lib, bular yo'l-transport hodisalari, avtomobil, temiryo'llardagi avariylar, yiqilib tushish, ishdagi va oilada bo'ladigan jarohatlardir. Turli xildagi bosh va orqa miyaga taassurotlar natijasida ham kelib chiqadi, masalan, sportdagi shikastlar.

Bosh miya shikastlari keyinchalik og'ir oqibatlariga va nogironlikka olib kelishi mumkin. Bosh miya shikastlari ikki xil bo'ladi. 1. Ochiq kalla bosh miya shikastlari, bunda bosh miya kalla suyagi bir butunligi buziladi, ya'ni kalla suyagi yoriladi va bosh miya to'qimalarida zararlanish alomatlari kuzatiladi. 2. Yopiq bosh miya shikastlarida suyak bir butunligi buzilmagan, ya'ni sinmagan, yumshoq to'qimalar esa kesilgan, yorilgan, ko'kargan, ezilgan bo'lishi mumkin.

Bosh miya shikastlari quyidagilarga bo'linadi:

- bosh miyaning chayqalishi – *Commocio cerebri*;
- bosh miyaning lat yeyishi yoki ta'sirlanishi – *Contuzio cerebri*;
- bosh miyaning ezilishi yoki bosilishi – *Compressio cerebri*.

Bosh miya shikastlari orasida eng ko'p uchraydigani bosh miya chayqalishi bo'lib, 75–80% ni tashkil etadi.

Bosh miya chayqalishi. Bosh miya chayqalishi eng yengil bosh miya jarohati hisoblanib, bosh miya to'qimalarida qon tomirlarning kengayishi, mayda-mayda qon ketish va qon tomirlarining o'tkazuvchanligi oshib ketishi natijasida bosh miya to'qimalarida shish bo'lishi, bosh miya ichida bosimning oshib ketishi bilan xarakterlanadi. Bosh miya chayqalishida miya pardalarining to'laqlonligi, venalardagi to'laqlonlilik, miya to'qimasining shishi va mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Hushdan ketish 90% bemorlarda uchraydi, 10% bemorlarda hushi karaxt bo'lib qoladi. Hushdan ketish bir necha daqiqagacha davom etadi. Qusish bir yoki bir necha marta ko'ngil aynish bilan takrorlanadi. Retrograd amneziya – jarohatdan oldin bo'lib o'tgan voqealarni bemorlar eslay olmaydi. Bemor bir necha kun o'z ismi, familiyasini, manzilini, oila a'zolarini hamda birga ishlaydiganlarini eslay olmaydi.

Mana shu uchta belgi yosh bolalarda bir vaqtda uchramaydi. Ko'proq ko'ngil aynishi, bosh og'irishi, quloqda shovqin bo'lishi, bosh aylanishi,

ko'p terlash va teri rangining oqarish belgilari bilan davom etadi. Bemor o'ziga kelgandan so'ng ko'proq bosh og'rishi, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, ko'p terlash hamda uyqu buzilishlaridan shikoyat qiladi. Asab sohasi ko'rilganda pay reflekslarining asimmetriyasi, nistagm, yengil Kernig va ensa mushagi tarangligi belgilari kuzatiladi. Kasallik 3 kundan 7 kungacha davom etadi. Bundan tashqari vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bularga qon bosimining o'zgarib turishi, dastlab bradikardiya, keyin taxikardiya bilan almashib turadi, tana haroratining $37,2 - 37,8^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi, kaftning ko'p terlashi va titrashi hamda sovuq qotishi kuzatiladi. Ruhiy tomondan esa kasal karaxt, ruhiyati past, tezda muloqotda bo'la olmaydi, ba'zan bemorlarda ko'rish va eshitish gallutsinatsiyasi bo'lishi mumkin. Eng asosiy o'zgarishlardan muvozanatning buzilishi kuzatiladi. Bunda bemorlarda ataksiya, burun-barmoq sinovini bajarish qiyinlashuvi kuzatiladi va Romberg holatda chayqaladi.

Bosh miyaning lat yeyishi. Bu holat bosh miya chayqalishiga nisbatan og'irroq o'tadi va bosh miya to'qimasi, miya pardalari ko'proq zararlanadi, qon tomirlari uziladi, qon pardalar orasiga chiqishi natijasida meningial belgilar paydo bo'ladi. Bosh miyada qon va bosh miya suyuqligi aylanishi buziladi, miya to'qimalarida nekroz paydo bo'ladi.

Bosh miya jarohatlaridan keyin hushdan ketish bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Bunda asab tizimiga taalluqli belgilar 2 guruhga bo'linadi:

1. Umumiy miya belgilari – bosh og'riq, ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanish, bular miya ichidagi bosimning oshib ketishi natijasida sodir bo'ladi.

2. Mahalliy miya belgilari – yengil anizokoriya, nistagm, parezlar, nutq buzilishlari va qaltirashlar bilan kechadi.

Yengil shaklida umumiy miya belgilari ko'p rivojlanmagan, mahalliy miya belgilari esa miya chayqalishidagidan ko'ra ko'proq saqlangan bo'ladi. Yuzda asimmetriya, nistagm yoki nistagmoid, gapirishning buzilishi, mushaklar tonusining oshishi, meningial belgilar paydo bo'ladi, kasallik 2–3 haftagacha, hushdan ketish bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi.

O'rtacha og'ir shaklida hushdan ketish bir necha daqiqadan 4–6 soatgacha davom etadi. Bunda bosh og'riq juda kuchli bo'lib, qusish ko'p marta takrorlanib turadi. Ruhiyatning buzilishi bir necha

kungacha davom etadi, retrograd ameneziya kuzatiladi. Umumiy miya belgilari rivojlangan bo'ladi (bosh og'riq, qusish), mahalliy miya belgilari esa miya ustunining zararlanishidan kelib chiqadigan belgilardir. Bularga ko'z qorachig'i reflekslarning buzilishi, mioz yoki midrioz, korneal reflekslarning pasayishi, nistagm, qo'l-oyoqlardagi reflekslarning anizorefleksiyasi kuzatiladi. Vegetativ o'zgarishlarda qon bosimining ko'tarilishi, bradikardiya yoki taxikardiya, teri rangining oqarishi, nafas olishning tezlashishi hamda tana haroratining biroz ko'tarilishi kuzatiladi.

Og'ir shaklida hushning yo'qolishi bir necha soatdan bir necha haftagacha davom etadi. Bunda bradikardiya 1 daqiqada 40 marta, qon bosimining ko'tarilishi, nafas olishning tezlashishi 1 daqiqada 40–50 martagacha yoki kamayishi 1 daqiqada 8–10 marta, tana haroratining yuqori bo'lishi – gipertermiya kuzatiladi. Mahalliy miya belgilarida ko'z olmasining o'ynab turishi, nigohning bir tomonga qarab qolishi, ikki tomonlama mioz yoki midriaz, yutinishning buzilishi, mushaklar tonusining ko'payishi yoki kamayish belgilari kuzatiladi. Bulardan tashqari pay reflekslarining yo'qolishi, parez, paralichlar, tonik qaltirash belgilari bo'ladi hamda bosh miyada suyuqlik oshib ketadi. Diensefal xilida hushning yo'qolishi bilan birga isitmaning baland bo'lishi 40–41°C gacha, bunda isitma markaziy xarakterda, nafas olish tez, yuzaki, yurak urishi tezlashgan, ipsimon bo'ladi. Kasalning umumiy ahvoli juda og'ir bo'lib, koma holatida bo'ladi.

Bosh miyaning ezilishi. Bunda bosh miyaning to'qimalari qisilib, ularda organik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Miyaga qon quyiladi. Bu qon qattiq miya pardasi va suyak orasida bo'ladi. Miya pardalarida qon quyilishi *epidural gematoma* deyiladi. Dastlab, klinik manzara bo'lmasligi mumkin. 12– 36 soatdan so'ng, gematoma kattalashgandan keyin, 4–5 sm bo'lgach klinik manzara kuzatiladi. Bunda bosh og'riq, qusish, hush karaxt bo'lib, bemorni sovuq ter bosadi. Gematomalar joylashishiga qarab oldingi peshana – chakka qismda, o'rtangi peshana – tepa qismda va orqa peshana – chakka-ensa qismda hamda miya asosida bo'lishi mumkin. Umumiy miya belgilaridan tashqari mahalliy miya belgilarining barchasi kasallangan tomonda qorachiqning kengayishi (midriaz) kuzatiladi. Keyinchalik gematoma kattalashgan sayin miya to'qimalari ezilib, juda qo'pol mahalliy miya belgilari kuzatiladi. Bular gemiparez yoki gemiplegiya, shu joylarda sezgining buzilishi, anizorefleksiya,

bir tomonlama midriaz (midriaz gematoma tomonda bo'ladi) kuzatiladi. Qarama-qarshi tomonda gemiparezning kuchayishiga Knapp belgisi deyiladi. Bundan tashqari, bradikardiya 1 daqiqa 40–50 marta, epipripadka, nistagm, rivojlangan gipotoniya, qon bosimining ko'tarilishi, nafas olishning buzilishi, hushning yo'qolishi, qayta qusish va ruhiyatning o'zgarishi, anizokoriya, ko'z tubida dimlanish, isitmaning baland bo'lishi (39–40°C gacha) kuzatiladi.

Subdural gematoma – bunda subdural bo'shliqqa qon venalardan va qon tomirlardan quyiladi. Bu gematoma ba'zan kechroq, 4–14 kundan keyin yuzaga keladi. Gematomalar bosh miyausti qismida joylashadi. Bunda umumiy miya belgilari – qusish, bosh og'riq bilan birga mahalliy miya belgilari – bemorda tutqanoq va keyinchalik gemiparez yoki gemiplegiya (bular hamma vaqt qarama-qarshi tomonda) kuzatiladi.

Subaraxnoidal – pardalar orasiga qon quyilishi. Bemorlar qattiq bosh og'riq, qusish, bezovtalik, umumiy qo'zg'alish, gallutsinatsiya, yorug'likdan va shovqindan bezovta bo'ladilar. Bunda hamma meningial belgilar paydo bo'ladi. Orqa miya punksiya qilinganda suyuqlikning katta bosim bilan chiqishi, rangi qizil bo'lishi kuzatilib, shunga qarab tashxis qo'yiladi. Tashxis qo'yishda: EEG, EXO, kompyuter tomografiya va kalla suyagini ikki tomondan rentgenografiya qilish tavsiya etiladi. Rentgenografiyada gipertenziya belgilari, turk egarining silliqqlanishi, barmoq izlarini ko'rishimiz mumkin. Bosh miyada qon quyilish bo'lsa, lumbal punksiya tavsiya etiladi. Ko'z tubida bir haftada qon tomirlarning kengayishi, keyinchalik dimlanishi kuzatiladi. Yopiq bosh miya shikastlari hamma vaqt o'zidan asorat qoldiradi. Bular turli xil bo'ladi: shikastdan keyingi ensefalopatiya, shikastdan keyingi leptomeningit. Astenonevrotik ko'rinishdagi bemorlarda bosh og'riq, bosh aylanish, sababsiz yig'lash, tez charchash, uyqusizlik kuzatiladi. Asab sohasini tekshirganimizda qo'llarda titrash, qo'rqish, vahima, talvasa, bezovtalik bilan birga nistagm, anizorefleksiya, ataksiya asoratlari qolishi yoki shikastdan keyin bosh miyada talvasa xurujlari, gipertenziya alomatlar bo'lishi mumkin.

Davosi. Bemor hamma vaqt to'shakda yotishi kerak.

Bosh miya jarohatlarining asoratlari natriy brom, gumizol, kofein, amitriptilin, sonapaks, frenalon, bioxinol, serebrolizin, nootropil, aminalon, glutamin kislota va fizioterapevtik muolajalar, elektroforez 3 % li

kaliy yodid, 4% li mumiyo eritmasi ensa sohasiga buyuriladi. Uqalash, davo mashqlari hamda igloreleksoterapiya muolajalari tavsiya etiladi.

Orqa miya shikastlari

Orqa miya shikastlari ham ochiq va yopiq shikastlarga bo'linadi. Yopiq orqa miya shikastlarida yot jism orqa miyani jarohatlash bilan birga orqa miya kanaliga kirmaydi. Ochiq orqa miya shikastlarida esa orqa miyani hamda orqa miya kanali ichini bir vaqtning o'zida jarohatlaydi. Orqa miya shikastlari 3 turga bo'linadi.

Orqa miyaning chayqalishi. Bunda orqa miya moddasi bilan orqa miya pardalarida shish bo'lib, asosan, kulrang moddasining ayrim joylarida mayda-mayda qon quyilish bo'ladi. Jarohatlangandan so'ng bemorning oyoqlari darmonsizlanib, harakat kamayadi, kuchsizlanadi. Orqa miya chayqalishining og'ir hollarida, qaysi joy jarohatlanishiga qarab, tetraplegiya yoki paraplegiya paydo bo'ladi. Qisqa muddatda siydik tutilib, tizza va Axill reflekslari yo'qoladi, sezuvchanlik unchalik buzilmaydi.

Orqa miyaning lat yeyishi. Bunda orqa miyaning ayrim qismlari nekrozga uchrashi, yumshab qolishi va qon quyilishi kuzatiladi. Oqibatda orqa miya o'z vazifasini bajarmaydi, natijada, falajlik paydo bo'ladi. Sezuvchanlik va chanoq a'zolarining ishi buziladi. Kasallik asta-sekinlik bilan tuzala boshlaganida orqa miyada organik zararlanishga xos belgilar paydo bo'ladi. Bunda mushaklar tonusi, pay reflekslarining baland bo'lishi bilan birga patologik reflekslar ham paydo bo'ladi. Orqa miyaning o'z tomirlaridan qon quyilishi – *gematomiyeliya*, pardalar tomirlaridan qon quyilishi – *gematoraxis* deb ataladi.

Gematomiyeliya orqa miyaning markaziy kanal va shox sohasining kulrang moddasida bo'ladi. Bunda orqa miyaning zararlanganligiga xos belgilar birdan paydo bo'lib, keyinchalik yo'qolib ketishi mumkin. Orqa miyaning oldingi shoxiga o'tish natijasida parez va plegiyaga olib keladi. Dissotsiyalashgan tipdagi sezuvchanlik buzilgan bo'ladi, ya'ni chuqur sezuvchanlik bilan taktil sezuvchanlik saqlanib, og'riq va harorat sezuvchanligi buzilgan bo'ladi. Gematoraxisda qon qattiq miya pardasidan ichkariga (subdural va subaraxnoidal) va tashqariga (epidural) qon quyilishlar kuzatiladi. Gematoraxis jarohatlangan vaqtdan boshlab, klinik manzaralar paydo bo'lguncha oradan sezilmaydigan muddat (kasallikning yashirin davri) o'tishi xarakterlidir. Bu vaqt

bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Subaraxnoidal qon quyilishida miya pardasining ta'sirlanishiga xos belgilar (ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari) kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi singanida umurtqa chiqib ketadi, natijada, orqa miya uzilib ketadi. Bunda jarohatlangan joydan pastda falajlik, to'la anesteziya, terida dag'al trofik o'zgarishlar (yotoq yaralar, oyoq-qo'llarda shishlar) paydo bo'ladi, siydikning tutilib qolishi xarakterlidir. Natijasida bemorda piyelonefrit, urosepsis belgilari kuzatiladi. Orqa miya bir tomondan bosilib qolganda Broun-Sekar alomati paydo bo'ladi. Bu orqa miya ko'ndalang kesimining yarmi zararlanganda kuzatiladi. Natijada, zararlangan tomonda parez yoki paralich bilan birga chuqur sezgining buzilishi, qarama-qarshi tomonda esa og'riq va harorat sezgisining buzilishi kuzatiladi. Orqa miya jarohatlanganda bemorning umurtqa pog'onasini rentgenografiya qilish zarur. Bundan tashqari, orqa miyani lumbal punktsiya qilib, orqa miya suyuqligini tekshirib turish kerak.

Davosi. Umurtqa pog'onasini qimirlatmaydigan qilib qo'yish (immobilizatsiya) zarur. Bemorni taxta yoki usti qattiq zambilda qorni bilan yoki chalqancha yotgan holatda shifoxonaga olib kelish kerak. Jarrohlik usuli bilan davolash bilan birgalikda og'riq qoldiruvchi analgin, promedol dorilar qo'llaniladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Bosh miya chayqalishi va lat yeyish jarohatlari bir-biridan qanday farq qiladi?
 2. Retrograd amneziya nima?
 3. Bosh miya jarohatlarining asoratlarini aytib bering.
 4. Bemorda jarohatdan keyin tetraplegiya, siydik tutilib qolish belgilari bo'lgan. Zararlangan joy qayerda?

13-BOB. ASAB TIZIMINING IRSIY-DEGENERATIV VA ZO'RAYIB BORADIGAN KASALLIKLARI

Zo'rayib boradigan mushaklar distrofiyasi. Dushen turi. Pseudogipertrofiya. Bu kasallik birinchi bo'lib, 1868-yil fransuz nevropatologi Dushen tomonidan ko'rsatib o'tilgan. Kasallik irsiy-degenerativ bo'lib, miopatiyalar guruhiga kiradi. U fermentlar faoliyatining (asosan, uglevodlar almashinuvi) buzilishi natijasida paydo bo'lib, tanadagi mushaklarning zararlanishiga olib keladi. Bu qo'l va oyoqlarning

proksimal qismlarida mushaklarning simmetrik atrofiyalanishi bilan kechadi. Kasallikning birinchi belgilari 2–5 yoshdan boshlanib, unda chanoq va oyoqlarning yuqori mushaklarida toliqish, tez charchab qolish belgilari paydo boʻladi. Mushaklar atrofiyalanib, mushak tolalari oʻrniga yogʻ toʻqimasi rivojlanadi, natijada, soxta gipertrofiya paydo boʻladi. Bemorning yurishi oʻzgarib, yurish vaqtida gavgani ikki yon tomonga tashlab – «oʻrdak yurish»ga oʻxshab yuradi. Kasallik asta-sekin rivojlanib boradi, yelka va chanoq mushaklari atrofiyalanadi, boldir mushaklari kattalashib, qattiqlashib qoladi. Natijada, boldir mushaklarida psevdogipertrofiya paydo boʻlib, bemorlarning zinadan chiqishi qiyinlashib qoladi. Pay va Axill reflekslari asta-sekin yoʻqola boshlaydi. Sezgi sohasida oʻzgarishlar boʻlmaydi. Bemor oʻtirgan holda bironing yordami bilan yoki yonidagi biror narsaga osilib, qoʻllarini tizzasiga qoʻyib tik tura oladi. Ogʻir hollarda yotgan bemorning joyidan turishi qiyin boʻlib qoladi. Bunda, asosan, oʻrnidan turish uchun bemor agʻdarilib, qoʻllariga tayanib, tizzalarini qoʻllari bilan ushlab, oyogʻini yerga bosib toʻgʻirlab tik holatga keladi. Bunga «*narvon belgisi*» deyiladi. Bu kasallik nasldan naslga X-xromosomalar tipida retsessiv yoʻl bilan oʻtadi. Koʻproq oʻgʻil bolalar kasallanadi. Kasallik rivojlangan sari bemorning aqli zaifligi ham kuchayib boradi. Bulardan tashqari suyak-boʻgʻim, qon tomir va neyroendokrin tizimida ham oʻzgarishlar boʻladi. Umurtqa pogʻonasining bel qismida giperlordoz kuzatiladi. Bemor 14–15 yoshga borib, umuman harakat qilmay qoʻyadi (24-rasm).

Zoʻrayib boradigan mushaklar distrofiyasining yuvenil Erba-Rot turi. Bu kasallik birinchi boʻlib, 1882-yilda nemis olimi Erba va 1890-yilda rus olimi Rot tomonidan bayon etilgan. Kasallik oʻsmirlik yoshida (14–15 yosh) boshlanib, autosom-retsessiv turda, ota-onadan bittadan gen boʻlganda oʻtadi. Kasallik asta-sekin rivojlanib, chanoq va oyoqlarning proksimal qismlaridagi mushaklarning atrofiyalanishi yuz beradi. Bemor tez charchab qoladi va quvvatsizlik paydo boʻladi, «oʻrdak yurishi»ga oʻxshab yuradi. Bel va qorin mushaklarida atrofiya boshlanib, natijada, umurtqa pogʻonasida qiyshayish, qanotsimon kuraklar hosil boʻladi. Pay reflekslari yoʻqoladi.

Yelka-koʻkrak-yuz turi. 1884-yilda fransuz olimlari Landuzi va Dejerin kasallik belgilarini bayon etgan. Kasallikning autosom-dominant turida nasldan naslga oʻtadi. 20–25 yoshdan boshlab kasallik belgilari paydo boʻladi. Bunda mushaklar quvvatsizlanib, atrofiya avval yuz mushaklarida, keyinchalik yelka, koʻkrak mushaklarida boshlanadi.

Bemorning yuzida harakatlar kamayib, peshana silliqlashadi va ko'z to'liq yumilmaydi, lablar qalinlashib ketadi. Yelka mushaklarida psevdogipertrofiya paydo bo'ladi, pay refleksiya susayadi, aqli saqlangan bo'ladi.

Davosi. Mushaklardagi uglevod almashuvini, oziqlanishini yaxshilash uchun retabolil, neyrobolil, piratsetam, ATF, vitamin E, kokarboksilaza, glutamin kislota, metionin, askorbin kislota, B₁, B₆, B₁₂ vitaminlar buyuriladi. Asab-mushak o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun prozerin, galantamin, oksazil, dibazol, to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash va kapillarda qon aylanishini yaxshilash uchun trental, teonikal, nikotin kislota tavsiya etiladi. Fizioterapiya va uqalash muolajalari buyuriladi. Organizm quvvatini oshiruvchi dorilardan pantokrin, eleuterokokk, elektroforez, 4% li mumiy bilan birga uqalash va shifobaxsh badantarbiya mashqlarini bajarish tavsiya etiladi. Parhez ovqatlar va vitaminlarga boy bo'lgan ovqatlarni kuchaytirish, tarkibida yog' va uglevodlar bo'lgan ovqatlarni chegaralash lozim.

Neyrogen mushaklar distrofiyasi

Verning-Goffman spinal amiotrofiyasi. Bu kasallikni nemis olimlari (1891-yil) Verning va Goffman (1893-yil) ta'riflab bergan. Kasallikda orqa miyaning oldingi shoxlaridagi hujayralarda degenerativ o'zgarishlar bo'ladi. Bu juda og'ir asab-mushak kasalligi bo'lib, bola homila davrida yoki bir yoshidan boshlab kasallik belgilari boshlanadi. Kasallik autosom-retsessiv yo'l bilan nasldan naslga o'tadi. Ona qornida homila harakatlarining susayishi yoki bola tug'ilgandan keyin mushaklar tonusining pasayishi, mushaklar kuchi kamayishi, toliqish belgilari paydo bo'ladi. Bu toliqish ko'proq qo'l va oyoq mushaklarining proksimal qismlarida bo'ladi. Pay reflekslari pasaygan, chaqaloq past ovozda yig'laydi, emish va yutinish reflekslari susaygan, yuz mushaklarida harakat kam bo'ladi. Bemorning tilida fibrillar qaltirash, yurakning tez urushi, boshni kech tutishi, umurtqa pog'onasi qiyshayishi, ko'krak qafasining shakli o'zgarishi mumkin. Bular kasallikning tug'ma turida uchraydi. Erta boshlangan turida esa dastlabki belgilar bolaning olti oylik yoki bir yarim yoshidan keyin paydo bo'ladi. Bola vaqtida boshini tutadi, o'tirib-turadi. Lekin ba'zi kasalliklardan so'ng bolada parezlar avval oyoqlardan boshlanib, keyin tana va qo'l mushaklariga tez tarqaladi. Mushaklar tonusi

va pay reflekslari susayib boradi va yoʻqoladi. Natijada, mushaklar atrofiyalanib, fibrillar qaltirash kuzatiladi. Kasallikning kech davri uch yoshdan keyin boshlanadi. Shu vaqtgacha bola sogʻlom boʻlib oʻsadi, harakatlari yaxshi saqlangan boʻladi. Kasallik asta-sekin boshlanib, yurishi oʻzgaradi, tez-tez yiqilib turadi, oyoqlarini tizzadan koʻtarib bosadi. Falaj oyoqning proksimal qismlarida boshlanadi, sekinlik bilan qoʻl va tana mushaklariga oʻtadi. Bunda mushaklarda fassikular va fibrillar qaltirashlar boʻladi. Pay reflekslari yoʻqoladi. Bemor 12 yoshga borib umuman yurmay qoʻyadi.

Davosi. Asab toʻqimalarini oziqlantiruvchi dorilar – serebrolizin, aminalon, ensefabol, retabolil, ATF, vitaminlar, fizioterapevtik muolajalar, uqalash va badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi.

Tomson miotoniya. Bu kasallik dastlab ingliz shifokori Tomson tomonidan 1876-yilda taʼriflangan boʻlib, sezilarli oilaviy va irsiy xarakterga egadir. Asosiy belgilari: harakatlarning izdan chiqishi. Mushaklar zoʻr berib qisqarganidan keyin boʻshashuv qiyinlashib qoladi. Odamning musht qilib tugilgan barmoqlari yozilmaydi. Takroriy harakatlar erkinroq bajariladi.

Mushaklar tizimi yaxshi rivojlangan, ammo ularning kuchi birmuncha pasaygan boʻladi. Bemor asab tizimi tekshirilganda qanday boʻlmasin biror kasallik oʻchogʻi topilmaydi. Mushaklarda qoʻzgʻaluvchanlikning kuchayib ketishi xarakterli belgidir; bolgʻacha bilan urib koʻrilganda oʻrnida ancha vaqtgacha chuqurcha yoki koʻtarilib turgan mushaklar qoladi, tizza refleksi yuzaga keltirib koʻrilganida refleks yoʻqolib ketganidan keyin ham boldir yozilgancha qolaveradi. Miotoniya taraqqiyotida ionlar bilan mediatorlar almashinuvining izdan chiqishi ahamiyatga ega, mushaklarda asetilxolin bilan kaliy ionlarining miqdori koʻpayib, xolinesteraza faolligi susayib ketadi. Bu kasallik autosom – dominant tipda nasldan naslga oʻtadi.

Davosi. Tomson miotoniya sinigining yengil va oʻrtacha ogʻir shakllarida davonigining hojati yoʻq. Odam sovuq qotishi va jismonan zoʻriqishdan oʻzini ehtiyot qilishi kerak. Kasallikning ogʻir shakllarida kalta kurs (5–10 kungacha, kuniga 2–4 mahal) xinin ichib yurish buyuriladi (har bir kursdan keyin oradan 5 kundan tanaffus qilib boriladi). Kalsiy xlorid yoki 10% li kalsiy glukonat 10,0 ml tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. 5% li retabolil 1,0 ml. m/o har 5 kunda, jami 5 marta yuboriladi.

Miasteniya. Kasallik, asosan, 20–30 yoshda uchraydi, mushaklarda tez-tez charchash boʻlib turadi. Kasallikni zararlaydigan joy koʻndalang targʻil mushaklardir. Miasteniya asab-mushaklar kasalligi boʻlib, asosiy

belgi mushaklar zaifligi va ularning kasallik natijasida charchaydigan bo'lib qolishidir. Takroriy harakatlarda mushaklar zaifligi keskin kuchayib, ba'zan falaj darajasigacha borib yetadi. Odam dam olganidan keyin yana harakat qila oladi. Miasteniya bilan og'rigan kasallarda nervdan mushakka impuls o'tkazib berish uchun zarur bo'lgan asetilxolinni tez parchalab yuboradigan xolinesteraza fermenti ko'payib ketadi.

Miasteniyaning har xil shakllari kuzatiladi, chaynash, yutish, nutq izdan chiqishi bilan o'tadigan bulbar shakli: narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, g'ilyalik, qovoqlarning yumilib qolishi (ptozi) singari ko'zga aloqador kamchiliklar bilan o'tadigan ko'z shakli; ko'krak qafasi va qorin mushaklarining zaifligi bilan o'tadigan spinal shakli shular jumlasidandir. Bu kasallikning kelib chiqishi yetarlicha o'rganilgan emas. Ko'pchilik hollarda (60% ga yaqin kasalliklarda) ayrisimon bezda o'sma yoki giperplaziya ko'rinishidagi o'zgarishlar topiladi. Gripp, boshqa yuqumli kasalliklardan hamda turli zaharlanishlardan keyin bemorlarning ahvoli og'irlashib qoladi. Miasteniya uchun prozerin bilan o'tkaziladigan sinamaning musbat bo'lib chiqishi xarakterlidir: 1,5–2 ml 0,05% li prozerin eritmasi teri ostiga yuborilib, so'ngra (20–40 daqiqa o'tkazib turib) 0,5 ml 0,1% li atropin eritmasi inyeksiya qilinganidan keyin kasallikning barcha belgilari sezilarli darajada kamayib qoladi, ba'zida esa butunlay yo'qolib ketadi; 2–3 soat o'tganidan keyin kasallik belgilari yana qaytalanadi.

Davosi. Kasallik kelib chiqishiga qarab xolinesterazani parchalaydigan dorilar beriladi; ovqatdan 30 daqiqa oldin 0,015 g dan kuniga 3 mahal prozerin ichiriladi yoki 0,05% li eritmasi 1,0 ml teri ostiga inyeksiya qilinadi (prozerin ayniqsa, inyeksiya qilib yuboriladigan bo'lsa, ancha tez – 15–20 daqiqadan keyin foyda beradi, lekin ta'siri uzoq cho'zilmaydi, ko'pi bilan 2–3 soat davom etadi), 0,06 g dan kuniga 3–4 mahal mestinon (kalimin) tabletkalari, ovqatdan bir soat oldin 0,01 g dan kuniga 3–4 mahal oksazil berib turiladi (oksazil ichilganida 1–2 soatdan keyin ta'sir qiladi, ta'siri uzoq davom etadi). Antixolinesteraz vositalar bilan qilinadigan davo kaliyli dorilar va 0,025–0,5 g dan kuniga 2–3 mahal veroshperon berib turish bilan birga davom ettirib boriladi. Katta dozadagi gormonal dorilar bilan ham davolanadi (40–80 ml dan kunora prednizolon berib turiladi). Ayrisimon bezda giperplaziya yoki o'sma bo'lsa, jarrohlik usuli qo'llaniladi, ayrisimon bez olib tashlanadi yoki ayrisimon bez sohasiga rentgenoterapiya buyuriladi.

Siringomiyeliya. Bu kasallik orqa miya kulrang moddasining o'rtasida bo'shliqlar hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Neyroglia o'sib ketib, keyin uning yemirilishi natijasida shunday bo'shliqlar yuzaga keladi. Bunday bo'shliqlar ko'pincha orqa miyaning bo'yin va ko'krak bo'limlarida joylashgan bo'ladi. Bo'shliq orqa miyaning kulrang moddasini yemirib, orqa miya markaziy kanalining oldidan o'tib boradigan (oldingi bitishma sohasida) og'riq va harorat sezgilarini o'tkazuvchi yo'llarni zararlantiradi. Shu segmentlar davomiga to'g'ri keladigan mushaklarda atrofiya boshlangan hollarda bo'g'imlar o'zgarib qolishi – artropatiyalar ro'y berishi mumkin.

Klinik manzarasi. Taktil sezuvchanlik saqlanib qolgani holda ko'pincha og'riq va harorat sezuvchanligi buziladi, bunga *sezuvchanlikning dissotsiyalashgan buzilishi* deb aytiladi. Qo'llar, oyoqlar va gavda terisi sezuvchanligining buzilishi orqa miyaning qaysi bo'limi zararlanganiga bog'liq va segmentar xarakterga ega bo'ladi. Bemorlar og'riqni ham, yuqori haroratni ham sezishmaydi. Bu ko'pincha badanning qattiq kuyib qolishiga olib keladi. Bemorlar tekshirib ko'rilganda badanning oldin kuyib qolgan izlarini ko'rish mumkin. Bo'shliq orqa miya oldingi shoxlarini yemirib yuborgan bo'lsa, qo'l mushaklari zaiflashib, atrofiyaga uchrab qoladi. Bundan tashqari, siringomiyeliyada ko'pincha vegetativ-trofik o'zgarishlar kuzatiladi: sezuvchanligi o'zgargan joylarning terisi dag'al bo'lib, ko'karib qoladi, quruq bo'lib turadi. Bunday joylarda abscesslar paydo bo'lishi mumkin. Terida uncha katta bo'lmagan dog'lar bo'lsa-da, tez bitavermaydigan yaralar paydo bo'ladi.

Umurtqa pog'onasi ko'zdan kechirilib ko'rilganida orqa miya yon shoxlarining zararlanishi munosabati bilan umurtqa pog'onasi shaklining o'zgarib qolganligi (kifoz, skolioz singari deformatsiyasi) topiladi. Kasallikning o'tishi surunkali bo'lib, uzoq cho'ziladi. Kasallik asta-sekin uzunchoq miyaga tarqalganida (siringobulbiya) bosh miya nervlarining yadrolari zararlanadi.

14-BOB. CHAQALOQLARDA ASAB TIZIMI KASALLIKLARI

Ona qornida rivojlanish davrida, tug'ilish jarayonida bosh miyasida o'zgarishlar bo'lgan chaqaloqlarda asab tizimi kasalliklari uchraydi. Bu bosh miya falajligi, oligofreniya, mikrosefaliya, epilepsiya kasalliklaridir. Chaqaloqni tekshirganda uning umumiy ahvoriga e'tibor berish kerak. Hushida bo'lmasa, bola ko'zini yumib, ingrab yotadi. Ahvoli og'ir bo'lsa

ko'ruv, eshituv, taktil ta'sirlarga javob bermaydi. Bunda tana mushaklari tonusi pasaygan, reflekslar susaygan yoki yo'qolgan bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda mushaklar tonusi baland bo'ladi. Bola qo'llari bilan oyoqlarini tanasiga tortib, boshini orqaga egib yotadi. Bolaning katta liqildog'i odatda kattalashgan, biroz tarang bo'ladi. Boshda gipertenziya belgilari bo'lsa, choklar ochilgan bo'ladi, bola chinqirab, boshini orqaga qaratib tirishadi. Emgan sutini qaytarib tashlaydi, klonik-tonik talvasa xurujlari bo'ladi. Grefe belgisi – bosh harakatlari vaqtida ustki qovoq, ko'z qorachiqclarini bekitib turmaydi (25-rasm.).

Chaqaloqlarning birinchi yilida bo'ladigan tug'ma reflekslar quyidagilar:

1. Oral reflekslar so'rish, qidirish, og'iz-bosh reflekslaridan iborat: a) so'rish refleksi yo'qligi yoki zaifligi bosh miyaning qattiq jarohatlanishini ko'rsatadi; b) qidirish refleksini tekshirish uchun bola pastki labining tashqi burchagiga qo'l tekkizilganda uning lablari ta'sir berilayotgan tomonga qarab cho'ziladi. Bemor bolada bu reflekslar zaiflashadi; d) qo'l kaftlarining terisi ta'sirlanganda chaqaloqning lablari bilan boshi ta'sirlanayotgan kaft tomonga qarab cho'ziladi (boshi biroz oldinga egiladi). Oral reflekslarining zaiflashuvi miya ustuni zararlanganidan darak beradi. Shu bilan birga, oral reflekslar bola ikki yoshida faol bo'ladi, sog'lom bolada bu refleks yo'qolib ketadigan davrda yorqin namoyon bo'ladi. Bu bosh miya yarimsharlarining jarohatlanganligini bildiradi.

2. Himoya refleksi (Robinson refleksi): bola qorni bilan yotqizib qo'yilganda, nafas olish uchun boshini buradi. Bosh miya jarohatlangan bo'lsa, bu refleks susaygan yoki yo'qolgan bo'ladi.

3. Emaklash refleksi: qorni bilan yotqizib qo'yilgan bolani oyoq kaftlariga bosib ko'rilsa, u emaklashga harakat qiladi. Agar miya kasallangan bo'lsa, bu refleks zaif bo'ladi yoki bo'lmaydi.

4. Chaqaloqning tayanish refleksi: bolani qo'ltiqlari tagidan ushlab turilsa, tayanib oladi. Dastlabki 3 oyda sog'lom bola oyog'ining kaftiga; 3–4 oylik davrida qisqa muddat oyoq uchlariga tayanib turadi. Agar asab tizimi zararlangan bo'lsa, bola oyoqlarini bukib, tutib turilgan qo'llarga osilib oladi yoki 4–5 oylik davrida oyoqlar uchiga tayanadi; oyoq mushaklari, sonning yozuvchi mushaklarida tonus oshgan bo'lib, oyoqlarini chalishtirib oladi.

5. Chaqaloqlarning qadam qo'yish harakatlari: bolani qo'ltiqlaridan ushlab oldinga harakatlantirilsa, u qadam tashlash harakatlarini qila boshlaydi. Bu harakatlarni orqa miya nazorat qiladi.

6. Kaft-og'iz refleksi (Babkin refleksi): chaqaloq kaftini barmoq bilan bosganda chaqaloq og'zini ochadi va boshini biroz oldinga egadi. Bu refleks 2 oydan keyin yo'qoladi.

7. Ushlash refleksi: bolaning kaftiga barmoqni yoki biron narsani bosganda darrov mahkam ushlay oladi va uni qo'yib yubormaydi. Qo'l panjasining mushaklari kuchsiz bo'lsa (parez), u narsani ushlab olmaydi yoki butunlay ushlaymaydi. Bu refleks 3–4 oygacha davom etadi.

8. Perez refleksi: chaqaloq yuzi pastga qilib yotqiziladi va ko'rsatkich barmoq bilan dumg'aza umurtqa pog'onasidan bo'yin umurtqa pog'onasigacha silansa, chaqaloq chinqirab, boshini ko'tarib harakat qiladi, tanasi va qo'l-oyoqlarini bukadi. Agar bu refleks bo'lmasa yoki sust bo'lsa, bosh miyada qon quyilish alomatlari borligidan darak beradi. Bu refleks 3–4 oygacha davom etadi.

9. Moro refleksi: chaqaloq yotgan holatda uning bosh qismidan 15 sm uzoqda qattiq urilganda u qo'l va oyoqlarini yozadi – birinchi faza, bir necha daqiqadan so'ng oldingi holatga qaytadi – bu ikkinchi faza. Agar chaqaloq qo'l-oyoqlarini yozib, o'z holiga kelishi sekin bo'lsa yoki butunlay bo'lmasa, chaqaloqning bosh miyasiga qon quyilish alomatlaridan biri – gemiparez bo'ladi. Bu refleks 4–5 oygacha davom etadi (jadvalga q.).

10. Galant refleksi: chaqaloqning umurtqa pog'onasi yuzasi bo'yicha silansa, u ta'sir qilgan tomonga egiladi, qo'l va oyoqlar bo'g'imlardan yozila boshlaydi. Bu refleks 3–4 oygacha davom etadi.

11. Bauer refleksi: chaqaloq qorni bilan yotqizilib, oyoq panjasiga sekin qo'l bosilganda, u oldinga harakat qila boshlaydi. Bu refleks 4 oygacha davom etadi.

12. Xartum refleksi: bolaning labiga barmoq tekkizilganda labdagi mushaklar qisqara boshlaydi. Bu refleks 2–3 oygacha davom etadi.

I. Agar chaqaloqning bosh miyasida zararlanish alomatlari bo'lsa, spastik tetra yoki gemiparez, kalla bosh miya nervlarining zararlanishi, qaltirash belgilaridan tashqari qidirish refleksining asimmetriyasi, so'rish, xartum reflekslarining yo'qolishi kuzatiladi.

II. Agar chaqaloqning orqa miya bo'yin qismida zararlanish bo'lsa, unda qo'llarda bo'shashgan para- yoki monoparez bilan birga kaft-og'iz, ushlash, Robinson, Moro va himoya reflekslari, birinchi navbatda, kamayadi yoki yo'qoladi.

III. Agar chaqaloqning orqa miya bel yo'g'onligida zararlanish bo'lsa, pastki bo'shashgan para- yoki monoparez bilan birga tayanch, avtomatik yurish, Perez, Bauer reflekslari yo'qoladi.

Ko'krak yoshidagi bolalarning psixomotor va somatik rivojlanishi

Yoshi, bosh aylanasi, og'irligi	Ixtiyorsiz reflekslar	Simmetrik reflekslarning dinamikasi	Harakatdagi o'zgarishlar	Ruhiy o'zgarishlar
1 oy 30–37 sm 3–4 kg	Moro- Robinson	Boshni to'g'rilash refleksi, himoya, tayanch, boshni orqaga tashlash	Nigohni to'g'rilaydi	Tovushga reaksiyasi, bor, narsalarga qaraydi
3 oy 40–41 sm 5 kg		Bosni tutish, yelkani ushlab turish, qo'l harakatlari erkin	Ikkala ko'z harakatlari bir xil	Kulimsiraydi, qichqiradi, notayin tovushlar chiqaradi, narsalarga qarab harakat qiladi.
6 oy 43–44 sm 7,5 kg		Boshi bilan tana harakatlarini to'g'rilaydi	Boshini ko'taradi, o'tiradi 5–7 oy	Narsalarni ushlab og'iziga soladi, ovoz chiqqan tomonga qaraydi, yaqin kishilarni biladi
9 oy 45–46 sm 8–9 kg			Tanani orqaga qayiradi, tik turadi	Qo'l bilan ushlaydi, alohida so'zlar chiqaradi
12 oy 46–48 sm 10–10,5 kg		Tana refleksi	O'zi yuradi, narsalarni otadi	8–10 ta so'zlar aytadi va qaytaradi, aytilgan so'zlarni tushunmaydi

Chaqaloqlarda bo'yin va yelka chigalining jarohatlanishi

Bo'yin va yelka chigali tug'ulish jarayonida jarohatlanadi, bu *akusherlik falajlari* deb ataladi. Bunga bolaning ona qornida noto'g'ri joylashishi, homilaning rivojlanish davrida suyak-bo'g'im sohasiga turli xil ta'sirlar: homilaning sekin kechishi, og'ir toksikoz, onaning yoshi 30 dan oshgan, onaning chanoq suyagi tor, chaqaloq vazni 4000 g dan oshiq, chaqaloqning yelkalari kengligi sabab bo'ladi.

Dushen-Erba turi yoki yuqori pleksitda $C_5 - C_6$ segment ildizlarining jarohatlanishi natijasida deltasimon, yelka, qo'lning ikki boshli va supinatsiya mushaklari zararlangan bo'ladi. Qo'lning proksimal qismida harakat buzilgan. Bunda yelkani tashqariga va tana tomonga harakatlantirish, bilakni bukish va supinatsiya qilish, kaftni yozish mumkin bo'lmay qoladi. Bolaning qo'li tanasiga yopishganday bo'lib, yelkasi oldinga keltirilgan, kafti bukilgan holda bo'ladi. Qo'lning

proksimal qismlarida mushaklar gipotoniyasi, gipotonus, pay reflekslari yo'qoladi. Kaft-og'iz, ushlar va Moro reflekslari yo'qoladi.

Dejerin-Klumke turi yoki pastki pleksitda $C_7 - D_1$ segment ildizlarining jarohatlanishi natijasida bilak va qo'l panja mushaklarida zararlanish bo'ladi. Barmoqlar harakati qiyinlashadi, bilak-kaft bo'g'imida qo'lni bukib bo'lmaydi, bilakni yozish qiyinlashadi, lekin yelka bo'g'imi zararlanmaydi. Bolaning qo'li osilib qolganday bo'ladi, kaft yozilgan holda turadi. Distal bo'limlarda gipotonus kuzatiladi. Preganglionar tolalarning zararlanishi natijasida Klod-Bernar-Gorner belgisi (ptoz, mioz, enoftalm) paydo bo'ladi. Kaft-og'iz, ushlar, Moro reflekslarini chaqirib bo'lmaydi.

Aralash yoki total pleksitda qo'l-yelka sohasining butunlay falajlanishi kuzatiladi. Ba'zan yuqori va total turlarda diafragmaning chegaralangan falajlanishi natijasida nafas qiyinlashadi, bola ko'karib, qisqa vaqt nafasi to'xtashi mumkin, bu esa bolaning ahvolini og'irlashtirib qo'yadi (26-rasm).

Davosi. Bemor o'z vaqtida, to'liq, muntazam davolansa yaxshi natijaga erishiladi. Mushaklar kontrakturalari, bo'yin qiyshayishlarining oldini olish uchun ortopedik usullar qo'llaniladi. Bemor har 2–2,5 oyda davolanib turishi lozim. Suyaklar osteoporozi, kaliy oratat, retabolil, keyinchalik 4% li mumiyo eritmasidan ionoforez tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Qanday nasl va irsiy kasalliklar dominant yo'l bilan o'tadi?
 2. Pseudogipertrofiya boldir mushaklarida bo'lsa, bu qaysi kasallik belgisi hisoblanadi?
 3. Sirengomiyeliya kasalligining klinik belgilarini va uni davolash usullarini ayting.
 4. Miopatiyada zararlanadigan joyni ayting.

15-BOB. VEGETATIV ASAB TIZIMI KASALLIKLARI

Barcha tizim va a'zolarining ish faoliyatini vegetativ asab tizimining simpatik va parasimpatik asab tizimi boshqarib turadi. Ana shu ikkalasi birgalikda silliq mushaklarni, qon tomirlarni, ichki a'zolari, limfa bezlarini va gomeostazni idora qiladi. Ayrim hollarda shu ikki tizimdan bittasi ko'proq vazifani bajarib kasallanadi. Unda ikkita klinik manzara namoyon bo'adi.

1. Agar simpatik asab tizimi ustunlik qilsa, unda teri rangi oqargan, oyoq-qoʻllarda sovuq qotish, koʻz qorachiqklarining kengayishi, taxikardiya, taxipnoye, qon bosimi koʻtarilishi va ich qotish belgilari kuzatiladi. Bunday odamlar ishchan, ayniqsa, kechqurunlari, lekin eslash qobiliyatlari susaygan, vahimachi, quyoshni, issiqni, tovushni, kofeni yomon his etadilar va uyqusi buzilgan boʻladi.

2. Agar parasimpatik asab tizimi ustunlik qilganda, ular *vagotoniklar* deyiladi. Bunda bradikardiya, koʻp terlash, koʻz qorachiqklarining torayishi, soʻlakning koʻp oqishi, qon bosimining pasayishi kuzatiladi. Bundan tashqari, bemorlarning ruhiyati past, hamma narsalarga befarq, eʼtiborsiz, qiziqishi kam boʻladi. Bularda ertalabki ish qobiliyati koʻp boʻladi.

Vegetativ qon tomirlar distoniyasi

Vegetativ qon tomirlar distoniyasi kelib chiqishi sabablari koʻp va turli-tuman boʻlib, bular surunkali ichki aʼzolarning kasalliklari, ichki sekretsiya bezlari faoliyatining buzilishi, nasl moyilligi, allergiya va nevrozlardir.

Klinik manzarasi. Bunda bemorlar, asosan, bosh ogʻrigʻi, bosh aylanishi, uyqusizlik yoki koʻp uxlash, umumiy holsizlik, tez charchab qolishdan shikoyat qiladilar. Bundan tashqari, yurak atrofida noxush sezgilar paydo boʻlishi yoki ogʻriq, ogʻizdan soʻlak oqishi yoki ogʻiz qurishi, ishtaha kamayishi, qusish, ich ketishi yoki qotishi, qorin damlanishi, tez-tez siyishdan, nafas olishning tezlashishi, havo yetishmaslik, baʼzi bemorlar oʻpkasiga toʻliq havo bormasligidan noliydilar. Bemorlarda har xil parezteziyalar, bel, dumgʻaza, dum va kuraklar oraligʻida ogʻriq boʻlib turishi, ish qobiliyatining pasayishi, boshda ogʻirlik sezish va xotiraning pasayishi holatlari kuzatiladi. Asab sohasini tekshirganimizda pay reflekslarining kuchayishi yoki kamayishi, qoʻl barmoqlarida titrash, dermografik oʻzgarish, pilomotor reflekslar susaygan yoki kuchaygan, Ashner belgisi, ortostatik yoki klinostatik sinovlarining buzilishi, qon bosimining oʻzgarib turishi, ter ajralishi, subfebril yoki gipotermiya tana harorati, akrosianoz, qoʻl-oyoq panjalarining sovuq qotishi kuzatiladi. Bemorlar issiqlikni yomon sezadilar, ob-havo oʻzgarishi ularga kuchli taʼsir qiladi.

Vegetativ paroksizm. Vegetativ paroksizmning uchta turi mavjud:

1. Simpatik-adrenalin turi birdan boshlanadi, kunning qaysi vaqtiga

bogʻliq emas, koʻproq his-tuygʻu, aqliy va jismoniy charchashdan keyin boshlanadi. Bunda bemorlarning qon bosimi oshgan, yurak urishi tezlashgan, harorati yuqori – gipertermiya, bosh va yurak atrofida ogʻriq, sovuq qotish, qoʻrqish, qondagi qand miqdorining koʻpayishi bilan birga, xuruj oxirida koʻp miqdorda siydik ajralish bilan yakunlanadi. 2. Vagoinsular turida esa qon bosimining pasayishi, yurak urishining sustlashishi, koʻngil aynishi, umumiy holsizlik, nafas olishga qiynalish, koʻp terlash, bosh aylanishi va bemorning behush holatga tushib qolishi bilan yakunlanadi. 3. Aralash turida esa har ikkala turidagi klinik manzara almashib turishi bilan davom etadi.

Vegetativ qon tomirlar distoniyasi kelib chiqish sabablari koʻp va turli-tuman boʻlib, klinik manzaralar ham har xil koʻrinishda boʻladi. Keltirib chiqaruvchi jarayonlardan biri naslning moyilligi hisoblanadi, bunda yurak urushi va qon bosimining oʻzgarib turishi, koʻngil aynishi, haroratning biroz koʻtarilishi, koʻp terlash, teri rangining oʻzgarib turishi hamda aqliy va jismoniy mashqlarni juda sust bajarish bilan ifodalanadi.

Davosi. Xuruj vaqtida tinchlantiruvchi dorilar, trankvilizatorlardan – elenium, diazepam, seduksen, rudotel, radidorm; simpatik-adrenalin turida dibazol, papaverin, aminazin; vagoinsular xurujida kofein, kordiamin; bosh ogʻriq, bosh aylanishga bellaspon, betatserk, bellataminal 1 tabletkadan 3 mahal beriladi. Vitaminlar, psixotrop dorilar: amitriptilin, sonapaks; astenik depressiyada glitsin, mellipramin 0,025 g 1 ta tabletkadan kuniga 3 mahal, nuredal; bulardan tashqari, retabolil, ATF, nikotin kislota buyuriladi. Desensibillovchi dorilardan diazolin 0,05 g, tavegil 1 ta tabletkadan 3 mahal, ovqatdan keyin buyuriladi. Tinchlantiruvchi dorilardan natriy brom, valerian dorilari tavsiya etiladi.

Oldini olish choralaridan dam olish, ovqatlanish va mehnat qilish qoidalariga rioya qilish, oilada, ishda aqliy va jismoniy mehnatni toʻgʻri yoʻlga qoʻyish, chekish va ichishga yoʻl qoʻymaslik hamda badantarbiya mashqlari bilan shugʻullanish tavsiya etiladi.

Migren

Migren juda keng tarqalgan kasallik boʻlib, xurujsimon bosh ogʻriq (koʻpincha boshning bir tomonida) bilan birga, qusish va teri rangining oqarishi bilan xarakterlanadi. Migren 6% aholida uchraydigan

kasallik, ko'proq xotin-qizlarda kuzatiladi, asosan, nasldan autosom-dominant xilida o'tadi. Kasallikning kelib chiqish sababi miyadagi qon tomirlarning disfunksiyasidir. Bu 4 fazaga bo'linadi: 1) qon tomirlarining qisilishi; 2) qon tomirlarining kengayishi; 3) qon tomirlarining devorlarida shish paydo bo'lib, mo'rt bo'lib qolishi; 4) orqaga qaytish fazasi.

Migrenning kelib chiqishiga miya qon tomirlaridagi o'zgarishlarga bosh miyadagi bosim oshishi va biokimyoviy o'zgarishlar, ya'ni serotonin, gistamin, asetilxolinning ko'payishi sabab bo'lib, bular qon tomirlarning o'tkazuvchanligini oshirib yuboradi. Natijada bosh miya va uning pardalaridagi miya qon tomirlari shisha boshlaydi. Bu kasallik, asosan, balog'atga yetgandan keyin ko'proq uchraydi. Kasallik boshlanishidan oldin aura, ya'ni dastlabki belgilar paydo bo'ladi. Xuruj qattiq bosh og'rig'i bilan boshlanib, boshning yarmida, ko'proq chakka qismida, ko'zlarda, peshana-ensa qismida bo'ladi. Og'riq qattiq bo'lib, bemor yorug'likka, tovushga nisbatan bezovta bo'ladi. Bemorning kayfiyati yomon bo'lib, bir o'zi qorong'ilikda yotishga harakat qiladi. Xuruj vaqtida ko'ngil ayniydi, yuzi, ko'zlari qizargan bo'lib, xuruj qusish bilan yakunlanadi. Xuruj bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi.

Migrenning turlari quyidagilar: 1. Ko'z xilida ko'z oldida har xil narsalar paydo bo'ladi. Bunda ko'zoldi tuman bilan qoplanib, bosh og'rig'i xuruji bilan o'tadi. Bu xuruj 6 soatgacha davom etadi. 2. Oddiy xili 85% gacha uchraydi. Bu xuruj 1 soatdan 1–2 kungacha davom etadi. Bunda bemorning kayfiyati yomonligi, bezovtalik, ish qobiliyatining pasayishi, uyquchanlik, tez jahl chiqishi bilan birga, bosh og'riq ko'proq ertalablari bo'lib o'tadi. 3. Assotsiyalashgan migrenda esa bosh og'riq bilan birga ko'proq miya belgilari kuzatiladi. Bunda III juft KBM asabining zararlanishi bilan birga, gemiplegiya, ataksiya va nutq buzilishlari kuzatiladi. 4. Qorin shakli ko'proq bolalarda bo'lib, kindik atrofidagi og'riq, qo'l-oyoqlarda sovuq qotish, bezovtalik, bosh og'riq qorindagi og'riq bilan kechadi. Bunda bemorning ich ketishi kuzatiladi. 5. Vestibular xilida bosh og'riq xuruji vestibular ataksiya, bosh aylanishi, tura olmaslik, yura olmaslik belgilari bilan kechadi.

Davosi. Migren xurujida og'riq paydo bo'lganda, bemorni qorong'i xonaga tinch yotqizib qo'yish, oyoqlariga issiq isitgichlar, ensa sohasiga xantal qo'yish, issiq shirinchoy ichirish kerak. Og'riq qoldiruvchi

dorilardan aspirin, baralgin, sitramon, tinchlantiruvchi dorilar; qon tomirlarini kengaytiruvchi dorilar – papaverin, no-shpa tavsiya etiladi. Xuruj vaqtida 40% li glukoza 20 ml tomir ichiga yuboriladi, strofantin, vitamin B₆, qusishga qarshi torekan 1,0 ml teri ostiga, serukal, etaperazin, triftazin, galoperidol buyuriladi. Ergotamin gidrotartrat 0,001 g til ostiga, 20 daqiqadan keyin yana qo'yiladi, bir kunda 3 ta tabletkadan oshmasligi kerak, digidroergotamin 0,1% 15–20 tomchidan ichishga, kofetamin 1 tabletkadan 3 mahal ichishga buyuriladi. Og'ir xurujlarda furotsemid, prednizolon; yallig'lanishga qarshi ibuprofen, indometatsin, naproksen, nimesil 100 mg dan kuniga 2 mahal, dilseron ichishga beriladi. Xuruj orasida sinnarizin 0,025 g bitta tabletkadan 3 mahal 3 oygacha, metisergit 1/4 yoki 1/2 tabletkadan ovqatdan keyin ichishga beriladi. Bundan tashqari, nikotin kislotali, kavinton, sernion, 1 ta tabletkadan 3 mahal buyuriladi. Dam olish, ertalabki badantariya, toza havoda sayr qilish, to'g'ri ovqatlanishni yo'lga qo'yish zarur. Kechasi yotishdan oldin oyoqlarni iliq suvda vanna qilish kerak. Zararli odatlar – ichish va chekishni tashlash tavsiya etiladi.

Kvinke shishi. Alohida kasallik sifatida 1882-yilda Kvinke tomonidan aniqlangan. Shish birdaniga paydo bo'ladi, asosan, yoshlarda yuzda, qo'l-oyoqlarda, ko'pincha, lablarda, qoshda, qo'l panjalarida paydo bo'ladi.

Sabablari. Ayrim ovqatlar iste'mol qilinganidan keyin kelib chiqadi. Har xil yoqmagan ovqatlardan keyin allergen sifatida paydo bo'ladi. Bu kasallikning kelib chiqishida qon tomirlari o'tkazuvchanligining buzilishi, limfa ishlab chiqishi buziladi, ya'ni ko'payadi. Natijada atrofda shish paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemorda birdaniga labida, ayniqsa, tepa labida shish paydo bo'ladi, bir necha daqiqa ichida kattalashadi, rangi sariq, barmoq bilan qattiq bosganda izi qolmaydi. Ba'zan butun yuzga shish tarqaladi. Bemor o'sha shish bo'lgan joyda og'irlik sezadi, biroz qichish paydo bo'ladi. Shunaqa shishlar qo'llarda, oyoqlarda, tanada ham kuzatiladi. Agar qizilo'ngachda shish paydo bo'lsa, bemorning yutinishi qiyin bo'ladi, tomoqda bo'lsa, ovoz o'zgaradi, xirillagan nafas eshitiladi. Ichki a'zolarida ham shish bo'lishi mumkin. Ichak, oshqozonda shish paydo bo'lsa, kasallik og'ir o'tadi. Bosh miyada shish hosil bo'lsa, unda meningial belgilar paydo bo'ladi. Bunda bemorda birdaniga bosh og'riq, qusish va qaltirash belgilari paydo bo'ladi. Davolanmasa Kvinke shishi bir necha soatdan bir necha kungacha saqlanishi mumkin.

Davosi. Shishni keltirib chiqaruvchi allergenni to'xtatish kerak. Buning uchun kalsiy xlor yoki 5–10% li kalsiy glukonat 5,0–10,0 ml tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Antigistaminlardan tavegil, diazolin, dimedrol, suprastin, og'ir hollarda gormonlar berish zarur.

Anafilaktik shok

Organizmning yot jismlarga (antibiotik, vaksina, zardob, ferment, gormonlar, sulfanilamid dorilar va boshqa oziq-ovqatlarga) nisbatan sezgirligi oshib ketishi natijasida ro'y beradi. Birlamchi tushgan allergenga nisbatan organizmda unga qarshi antitana ishlab chiqariladi. Qayta allergen tushganidan keyin esa qonda biologik faol moddalar ishlab chiqariladi. Bularga gistamin, serotonin, asetilxolin, bradikinin kiradi. Bu moddalar qon tomirlarining falajiga, qon tomirlari devoridagi o'tkazuvchanligining oshib ketishiga, silliq mushaklarning torayishiga olib keladi. Natijada, umumiy qonning butun tanada aylanib yurishi kamayib ketadi va to'qimalarning qon bilan ta'minlanishi buziladi. Natijada to'qimalarda ishemiya yuzaga kelib, nekrozga aylanadi. Ayniqsa, buyrakusti bezlarining yetishmasligi alomatlari yuzaga keladi.

Klinik manzarasi quyidagi turlarda kechadi: 1. **Asfiksiya turida** bronxlar devorida spazm yoki halqumda shish paydo bo'lishi nafas olishni qiyinlashtiradi, nafas shovqinli bo'lib, bemor xirillab nafas oladi. O'pkadan quruq va ho'l xirillashlar eshitiladi. Og'izdan ko'piksimon moddalar keladi. Bemorda yo'talish ko'payadi, terining rangi ko'kara boshlaydi. Tez-tez yuzaki nafas ola boshlaydi.

2. **Gemodinamik turida** yurak qon tomirlar yetishmovchiligi bo'ladi. Bunda yurak tovushi bo'g'iq, tomir urishi ipsimon, kuchsiz, qon bosimi birdan tushib ketgan, teri rangi marmarsimon, sovuq ter bosish, akrosionoz va qon ketish belgilari kuzatiladi.

3. **Abdominal turida** qattiq xurujsimon qorin og'rig'i bilan birga qorinning dam bo'lishi, qusish, ichning suyuq ketishi, siyib yuborish va ichaklardan qon ketish belgilari kuzatiladi.

4. **Serebral turida** hushning yo'qolishi, nafas olishning buzilishi bilan birga, bosh miyada shish ko'payib boradi va bemor koma holatiga tushadi, bunda midriaz, talvasa klonik-tonik holda kuzatiladi. Bu holat bosh miyaning organik buzilishlariga olib

keladi. Bulardan tashqari, bemor anafilaktik shok holatiga tushganda, bemorning tili, qo'li, yuzi va boshida qichishish paydo bo'ladi. Aksa urish, yo'talish, qo'rquv, birdan toliqish, bosh og'rig'i, yurak va qorin sohasida og'riq, bosh aylanishi, quloqda shovqin bo'lishi, teri rangining oldin qizarib, keyin oqarishi hamda sovuq ter bosish belgilari paydo bo'ladi. Bemorning qon bosimi birdan tushib ketadi va u yiqilib tushadi.

Anafilaktik shokda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish. Birinchidan, allergenning organizmga tushishiga yo'l qo'ymaslik va uni to'xtatish zarur. Agar allergen tushsa 0,3–0,5 ml 0,1% li adrenalin 3,0–5,0 ml novokain bilan shu joyning atrofiga inyeksiya qilinadi va muz qo'yiladi. Bundan tashqari, 0,1% li adrenalin 0,2–0,5 ml mushak orasiga, 0,2% li platifillin 0,5–1,0 ml teri orasiga, prednizolon 2–5 mg/kg, tana og'irligiga 4% li natriy bikarbonat 100,0 ml tomir ichiga tomchilatib quyiladi. Bronxospazm bo'lganda 2,4% li eufillin 10,0 ml bilan 20% li glukoza 20,0 ml tomir ichiga yuboriladi. Agar qon bosimi ko'tarilmasa, yana 0,2% li noradrenalin 1,0 ml yoki 1% li mezaton 1,0 ml, 5% li 100,0 ml glukoza tomir ichiga tomchilatib quyiladi. Bulardan tashqari, reopoliglukin, antigistamin dorilardan dimedrol, suprastin, pipolfen, askorbin kislotasi va 10% li kalsiy xlor 10,0 ml tomir ichiga sekin yuboriladi. Agar anafilaktik shok penitsillindan keyin bo'lsa, unda shu joyning o'ziga penitsillinaza fermentidan 1 mln TB mushak orasiga qilinadi. Bulardan tashqari siydik haydovchi, spazmolitik va talvasaga qarshi dorilar ham qo'llaniladi.

Hushdan ketish. Bu vegetativ qon tomiri kasalligi bo'lib, bu bosh miyada qonning juda kam ta'minlanishi natijasida ro'y beradi. Hushdan ketish yoki sinkopalda (grekcha *syncope* – kesmoq, qirqmoq so'zidan olingan) qisqa vaqtda bosh miyaning qon bilan ta'minlanishi buzilib, hushning yo'qolishi, mushaklar tonusining kamayishi bilan kechadi. Hushdan ketish ruhiy jarohat, og'riqli narsalardan keyin, qon ketish, yuqumli kasalliklardan, organizmning zaharlanishi natijasidan keyin kelib chiqadi. Ba'zan charchash, toliqish, ochlik, issiq joyga kirgandan keyin hamda qon tomirlarini kengaytiruvchi dorilar ichgandan keyin kelib chiqadi.

Klinik manzarasi. Anafilaktik shok uch turga bo'linadi: 1. Yengil turi hushdan ketish reaksiyasi yoki lipotimiya kuzatilib, bunda kasallarda birdan kuchsizlik (zaiflik), kalla ichida shovqin, hech

narsa yo‘qdek, bo‘m-bo‘shlik, bosh aylanishi, ko‘z oldida qorong‘ilik, qo‘l va oyoqlarda uvushish, ko‘p terlash, teri rangining oqarishi, charchash, tomir urishining tezlashishi, qon bosimining pasayishi bilan xarakterlanadi. Bunday xuruj 3–5 soniya davom etadi.

2. O‘rtacha og‘irlikdagi turida yuqoridagi yengil shaklidagi aytib o‘tilgan belgilar 10 soniya davom etib, qon bosimi pasaygan, tomir urishi tezlashgan, nafas olish yuzaki va kamayishi bilan xarakterlanadi.

3. Og‘ir turida qaltirash belgilari hamda yuqorida aytib o‘tilgan belgilar birgalikda kechadi. Qaltirash klonik-tonik holda butun tanada, ko‘z qorachiqslari kengaygan, nistagm, so‘lak oqishi ko‘paygan va ixtiyorsiz tagiga siyib yuborish kuzatiladi. Bunday xuruj bir necha daqiqagacha davom etadi.

Davosi. Hushdan ketish holatida bosh miyada qon aylanishini yaxshilash uchun bemorni tezda yotqizib, bosh tomonini pastga, oyoqlarini esa yuqoriga ko‘tarib qo‘yish kerak. Bemorning kiyimlarini yechib, toza havo kirishiga yo‘l qo‘yish lozim. Agar bemor hushiga kelavermasa, unda ammiak yoki nashatir spirtidan burunga hidlatiladi, yuziga sovuq suv sepiladi. Agar bemorning qon bosimi pasayib ketgan bo‘lsa, 1% li mezaton 1,0 ml, kofein natriy 10% li bezoat 2,0 ml, 25% li kordiamin 1–2 ml teri ostiga inyeksiya qilinadi. Bemor organizmini chiniqtirish maqsadida toza havoda sayr qilish, shifobaxsh badantarbiya bilan shug‘ullanish va dam olish kerakligi tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Mustaqil kasallikda qanday bosh og‘riq uchraydi?
 2. Shokning klinik belgilarini aytib bering va unga qarshi qanday birinchi yordam ko‘rsatiladi?
 3. Migren xurujida qanday birinchi yordam ko‘rsatiladi?
 4. Hushdan ketishning qanday klinik turlari bor va bunda qanday shoshilinch yordam ko‘rsatiladi?

16-BOB. KASBGA ALAQADOR ASAB TIZIMI KASALLIKLARI

Asab tizimining kasbga aloqador ba'zi kasalliklari va zaharlanish hollari

Tebranish (vibratsion) kasalligi. Tebranish kasalligi tebranish bilan uzoq vaqt ishlaydigan ishchilarda uchraydi. Kasallik asta-sekin rivojlanib boradi. Asosan, vegetativ va periferik asab tizimining asablari tebranish ta'sirida ko'proq zararlanadi.

Klinik manzarasi. Bemorlar qo'l va oyoq panjalarida og'riq borligidan, sovuq vaqtlarda barmoqlarning oqarib qolishidan shikoyat qiladilar. Bunda qo'l panjalari ko'kargan, ushlab ko'rilganda, sovuq qotish, shish borligi kuzatiladi. Qo'l panjalarida sezuvchanlikning pasayishi, asab ustunlari bosib ko'rilganda, og'riq borligi ma'lum bo'ladi. Vegetativ asab kasalligi zararlanganda, dermografizm qizil rangda bo'ladi, tomir urishi va qon bosimining o'zgarib turishi, bosh og'riq, bosh aylanishi doimiy bo'lmaydi.

Davosi. Tebranish bilan ishlaydigan bemorlarni boshqa ishga o'tkazish zarur. Vitaminlardan B_1 , B_6 , B_{12} ; bosh aylanishiga qarshi belloid, betaserk, bellataminal, bellospon; og'riqqa qarshi dorilar – analgin, baralgin, indometatsin, ibuprofen; periferik nervlarda qon aylanishini yaxshilash uchun nikotin kislotasi, trental tavsiya etiladi. Bemorga uqalash, shifobaxsh mashqlari – badantarbiya buyuriladi.

Is gazidan zaharlanish. Toshko'mir shaxtalarida, ishlangan gazni tashib keluvchi haydovchilarning mashina kabinalariga o'tirib qolishi natijasida, qozonxonada ishlaydigan ishchilarda mo'rilar buzilib qolsa, uy sharoitida gazdan foydalanish oqibatida odamlar is gazidan zaharlanib qolishlari mumkin. Is gazi qondagi gemogloblin bilan oson birikib, karboksigemoglobinni hosil qiladi. Natijada, eritrotsitlarning kislorodni biriktirib olishi qiyinlashib, to'qimalarga kislorod borishi kamayadi. Markaziy asab tizimi, ayniqsa, bosh miya kislorodga o'ta sezgir bo'ladi. Zaharlanishda dastlab bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, ko'ngil aynishi, yurak o'ynashi, uyqu bosishi, ko'rishning pasayish belgilari kuzatiladi. Bundan tashqari, og'ir zaharlanish hollari adinamiya, falajlanish, hushdan ketish, talvasa xurujlari, koma holati, nafas olishning buzilishlari va miya shishiga olib keladi. Bunday hollarda bemor o'lib qolishi mumkin. Koma holatidan chiqqan bemor

karaxt bo'lib turadi. Ba'zan ruhiy qo'zg'alish, giperkinez, tutqanoq, spastik parezlar kuzatilishi mumkin.

Davosi. Darhol bemorni toza havoga olib chiqish va unga bir necha soat davomida to'xtovsiz kislorod berib turish lozim. Bemorga 5% li askorbin kislotasi 20–30 ml dan, 5% li 500 ml glukoza, 2% li 50 ml novokain tomir ichiga, 2,4% li eufillin 10 ml, laziks 2,0 ml, qon zardobi, geparin 5–10000 TB bir kunda yuborish kerak. Qo'zg'alish vaqtida 2,5% li aminazin 2,0 ml, 1% li dimedrol 1,0 ml, 2,5% li pipolfen 2,0 ml, 2% li promedol 1,0 ml mushak orasiga qilinadi. Nafas olish qiyinlashsa, sun'iy nafas oldirish bilan havo yuboriladi. Bu holat uzoq vaqt davom etadigan bo'lsa, bosh qism haroratini past haroratda ushlab turish (gipotermiya) yaxshi natija beradi. Bemorning orqa miyasidan suyuqlik olib turish tavsiya etiladi.

Metil spirtidan zaharlanish. Odam metil spirtidan to'satdan zaharlanib qoladi. Etil spirti o'rniga bilmasdan metil spirti ichib qo'yganda zaharlanish hollari yuz beradi. Odam metil spirti ichgandan bir necha soat o'tib bosh va qorinda og'riq boshlanib, ko'ngil aynib, qusadi, ko'zlar oldida jimirlash, qorong'ilashish paydo bo'ladi. 2–3 kun o'tgandan so'ng ko'rish xiralashib, keyin mutlaqo ko'rmay qo'yadi. Oyoqlarda og'riq kuchayib boradi, bemorning og'iz atrofi qurib qoladi, kuchli chanqash natijasida badan terisi va shilliq pardalar quruqlashib, ko'karib turadi. Ko'z qorachiq-lari kengaygan, yorug'likka javob reaksiyasi sustlashgan, tomir urishi tezlashgan va keyinchalik sekinlashadi, maromi buziladi. Qon bosimi avval ko'tarilib, keyin pasayadi. Es-hush buzilgan bo'lib, ruhiy qo'zg'alishlar, tutqanoq xurujlari, ensa mushagi tarangligi, qo'l-oyoqdagi mushaklar tonusining oshishi, kollaps va koma holatlari namoyon bo'ladi. Ko'zning mutlaqo ko'rmay qolishi ko'z tubida ko'ruv nervining diskida qon quyilish, shish va bundan keyin ko'ruv asabining atrofiyaga uchrashi natijasida yuz beradi.

Davosi. Oshqozonni zond orqali tozalab yuvish, siydik haydovchi dorilarni kuchaytirish, bemorni gemodializ qilish tavsiya etiladi. Bemorga 100 ml 30% li etil spirti ichiriladi. Keyin 4–5 marta 2 soat oralatib 50 ml spirt ichirib turiladi. Koma holatida 5% li etil spirti 1 ml/kg og'irlikda tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Bundan tashqari, prednizolon, 5% li vitamin B₁ 5,0 ml, 5% li askorbin kislotasi 20 ml tomir ichiga, 20% li 200,0 ml glukoza bilan va 20,0 ml 2% li novokain qo'shib, tomchilatib, tomir ichiga yuboriladi. 1% li ATF 2–3 ml mushak orasiga takror yuborib turiladi.

Fosfororganik birikmalardan zaharlanish. Bu birikmalardan xlorofos, karbofos, tiofoslar kirib, qishloq xo'jaligi va turmushda keng ishlatiladi. Xavfsizlik qoidalari buzilganda, baxtsiz hodisalar tufayli bu birikmalardan odamlar zaharlanadilar. Bu birikmalar organizmga oshqozon-ichak, nafas yo'llari va teri orqali kiradi. Natijada, markaziy va periferik asab tizimi sinapslaridagi xolinesteraza faolligini pasaytirib qo'yadi. Bunda asab impulslarining o'tishi buziladi. Markaziy asab tizimi bo'limlarida qo'zg'alish holatlari paydo bo'ladi. Zaharlanish holatlari 3 bosqichda kuzatiladi: 1. Ruhiy qo'zg'alish, mioz (ko'z qorachig'ining torayishi), hansirash, ko'p terlash, qon bosimining ko'tarilishi kuzatiladi. 2. Ayrim joylardagi mushaklarda fibrillar qaltirash, giperkinez, nafas olishning buzilishi va koma holati namoyon bo'ladi. 3. Nafas markazi susayib qoladi, nafas mushaklari bilan qo'l-oyoqdagi mushaklarning falajlanishi ro'y beradi, qon bosimi pasayadi, yurak urishi buziladi,

Davosi. Zaharlangan odamning oshqozoni bir necha marta yuviladi, tuzli surgi ichiriladi. Birinchi bosqichda 0,1 % li atropin 2–3 ml og'iz quriguncha, kuniga bir necha marta har 30 daqiqada teri ostiga yuborib turiladi. 2,5 % li aminazin 2,0 ml 25 % li magneziiy sulfat 10,0 ml mushak orasiga. Ikkinchi bosqichda 40 % li 20,0 ml glukozani 0,1 % li 3,0 ml atropin bilan og'izda quruqlik sezgisi paydo bo'lguncha, sekinlik bilan tomir ichiga yuboriladi. Qon bosimi ko'tarilganda, 2,5 % li geksoniy 1,0 ml mushak orasiga, 25 % li magneziiy sulfat 10,0 ml, 4 % li 100,0 ml natriy bikarbonat tomir ichiga, xolinesteraza reaktivatori 15 % li diproksim 1 ml teri ostiga takror yuborib turish kerak. Uchinchi bosqichda o'pkaga sun'iy yo'l bilan havo berish kerak. 0,1 % li 20,0 ml atropin eritmasidan tomir ichiga tomchilatib yuborish va 15 % li diproksim 1,0 ml teri ostiga takror yuborib turish kerak; gidrokortizon 300 mg, antibiotiklar qo'llaniladi. Zaharlanishdan keyingi 3–7-kunlarda xolinesteraz faolligi past va yurak o'tkazuvchanligi buzilgan bo'lsa, bemor qonini almashtirish tavsiya etiladi.

Benzindan zaharlanish. Organizmga yuqori nafas yo'llari, teri va shilliq qavatlar hamda oshqozon-ichak yo'llari orqali kiradi va zaharlanish belgilari yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Bemorda ruhiy qo'zg'alishlar, eyforiya, yurakning tez urishi, ko'ngil aynishi, qusish belgilari kuzatiladi.

Uzoq vaqt hidlaganda, hushdan ketish, pay reflekslarining oshishi, tonik va klonik qaltirash hamda spastik parezlarga olib keladi. 2–3 kundan keyin esa ichki aʼzolarda zaharlanish belgilari paydo boʻladi. Bular jigar sohasidagi ogʻriq, teri va shilliq qavatlarining sargʻayishi hamda siydikda urobilinning paydo boʻlishi bilan kechadi. Benzindan surunkali zaharlanganda, astenonevrotik alomatlar: holsizlik, tez charchab qolish, qovoq va qoʻllarda titrash, bosh ogʻriq, pay reflekslarining oshishi, vegetativ va emotsional buzilishlar, mastlik holatlari yuzaga keladi.

Davosi. Oʻtkir zaharlanish hollarida tinch joyga yotqizib, toza havo va kislorod berish zarur. Tomir ichiga 40% li 30 ml glukoza bilan 0,06% li 1,0 ml korglukon yoki 0,05% li 0,5 ml strofantin eritmasidan yuborish zarur. Ogʻir holatlarda sunʼiy nafas berish lozim.

Botulizm

Botulizm (lotincha «*botulus*» kolbasa degani) kasalligini keltirib chiqaruvchi bakteriyalar *clastridium botulihum* zahari bilan zaharlangan ovqatni isteʼmol qilish natijasida paydo boʻladigan ogʻir oʻtkir kasallikdir. Botulizm qoʻzgʻatuvchilarini A, B, C, D, E, T va U turlari maʼlum. Ularning hammasi odamlarda kasallik paydo qilishi mumkin. Botulizm qoʻzgʻatuvchisi aniq anaerob, u havo kirmaydigan joyda baliq, yogʻli choʻchqa goʻshtida, kolbasaning katta boʻlaklari ichida yoki germetik berk konserva bankalarda hosil boʻladi.

Klinik manzarasi. Botulizm belgilari organizmga tushgan zahar miqdoriga koʻra, 2 soatdan 3 soatgacha davom etadigan yashirin davrdan keyin yuzaga keladi. Yoki 12–24 soatgacha choʻzilishi, hatto 10 kundan keyin ham paydo boʻlishi mumkin. Kasallikning dastlabki belgilari umumiy holsizlik, darmonsizlik, bosh ogʻrigʻi, ogʻizning qurib qolishi, oshqozon-ichak yoʻllarida buzilishlar boʻladi. Asab sohasida esa dastlab «koʻz alomat»lari – koʻzga narsalarning qoʻshaloq boʻlib koʻrinishi, koʻrishning xiralashuvi, yuqori qovoqning pastga tushib qolishi belgilari boʻladi. Bemorning hushi yoʻqolmaydi, yurish muvozanati buziladi. Yumshoq tanglay falajlanib, yutish buziladi, hiqildoqqa ovqat tushib, qattiq yoʻtal tutadi. Nutq buziladi, tovush butunlay chiqmay qoʻyadi. Tana harorati oʻzgarmaydi, tomir urishi tezlashadi. Koʻz shaklida – diplopiya, ptoz, midriaz, anizokoriya, akkomodatsiya parezi, koʻz qorachigʻining yorugʻlikka javobi sustlash-

gan bo'лади. Bulbar shaklida – bulbar falaj belgilari: disfoniya, afoniya, afagiya, anartriya, so'lak va ko'zyoshi oqishining buzilish belgilari bo'лади. Nafas olish shaklida – nafas olish faoliyati buzilib, nafas qisib, nafas olish qiyinlashadi.

Davosi. Davolashni imkoni boricha erta boshlash, botulizmga qarshi antitoksin zardobi yuborish kerak. Botulizmga qarshi zardobni 37–38°C darajagacha qizdirib, keyin Bezredko usulida desensibilizatsiya qilinadi. Tezda natijaga erishish uchun zardobni tomir ichidan yuborish kerak. Zardobdan 1:100 nisbatda teri ostiga yuboriladi. Shu eritilgan zardobdan har 20 daqiqada 0,5; 2,0; 5,0 ml dan qilinadi. Zardob bilan bir vaqtda boshqa shprisda bemorning boshqa joyiga anatoksin yuboriladi. Anatoksinni ham qo'zg'atuvchining hamma turiga qarshi 0,5 ml dan yuboriladi. Klinik o'zgarishlarga qarab, zardob va anatoksin yuborish 5–10–24 soat o'tgach yana takrorlanadi. Zardobni dastlabki miqdorda, anatoksinni esa har bir turiga qarshi 2 baravar ko'p miqdorda (1 ml dan) yuboriladi. Aktivlangan ko'mir (1 l suvga 10–15 g ko'mir) beriladi yoki oshqozon qayta-qayta yuviladi. Sifonli klizma qilinadi. Og'ir hollarda quruq plazma, 5 % li glukoza, 0,9 % li natriy xlor eritmasi tomir ichiga yuboriladi. Nafas faoliyati buzilganda, lobelin, sititon, 0,1 % li strixnin 0,3–0,5 ml tomir orasiga qilinadi.

Nazorat savollari

- ?
1. Metil spirtidan zaharlanganda qanday yordam ko'rsatiladi?
 2. Botulizmda kasallik belgilarini ayting va shoshilinch yordam ko'rsating.
 3. Botulizmda bulbar belgilarini ayting.
 4. Bezredko usulida zardob qanday yuboriladi?

II qism. PSIXIATRIYA

17-BOB. RUHIY KASALLIKLAR

Ruhiy kasalliklarda uchraydigan belgilar

Bilish faoliyatining buzilishi. Bilish faoliyati 3 qismdan iborat: idrok, xotira va tafakkur.

Idrokning buzilishi ikki xil bo'lib, bular illuziya va gallutsinatsiya.

Illuziya – bu aniq narsalarni noto'g'ri idrok etish. Illuziyalar ko'ruv, eshituv, hid bilish, taktil va ta'm bilish illuziyalariga bo'linadi. Illuziya sog'lom odamda ham uchraydi. Masalan, shisha idishdagi suvga solingan qoshiq xuddi singandek ko'rinadi. Ko'ruv illuziyasida uyda osilib turgan to'n odam bo'lib ko'rinadi va h. k. Illuziyalar ko'pincha, yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorlarda, turli xil zaharlanishlar oqibatida va juda jismoniy toliqqan odamlarda ham uchraydi.

Gallutsinatsiya – yo'q narsalarni bor deb idrok etish. Illuziyalarda chindan ham bor narsalar boshqacha bo'lib idrok etilsa, gallutsinatsiyalarda bemor yo'q narsalarni ko'radi, eshitadi, hidlaydi, sezadi. Ko'ruv gallutsinatsiyasida bemorlarning ko'ziga odamlar, hayvonlar har xil mahluqlar ko'rinishida aks etadi. Eshituv gallutsinatsiyasida bemorning qulog'ida har xil tovushlar eshitiladi. Hid bilish gallutsinatsiyasida bemorning dimog'iga qo'lansa hidlar kiradi va bemor burun teshiklarini yopib oladi. Ko'ruv gallutsinatsiyasi o'tkir psixozlarda, yuqumli kasalliklarda, ichkilik vasvasalarida uchraydi. Hid bilish va eshituv gallutsinatsiyalari esa shizofreniyaning boshlang'ich davrida kuzatiladi.

Xotiraning buzilishi. Xotira hayot tajribasida esda qolgan ma'lumotlarni esda saqlash va takror aytib berishdir. Xotiraning buzilishi 3 ta: a) gipomneziya – xotiraning susayishi, bunda o'tmishdagi va yaqin vaqtdagi voqealar eslab qolinmaydi; b) gipermpneziya – ancha vaqt o'tgan voqealarni xotirada saqlab qolish; d) amneziya – xotiraning yo'qolishi yoki eslay olmaslik. Retrograd amneziyada bemorlar kasallikdan oldin bo'lib o'tgan voqealarni eslay olmaydilar. Bu holat, ko'pincha, bosh miya lat yeyishi, chayqalishidan keyin kelib chiqadi. Anterograd amneziyada kasallik boshlangandan keyin ro'y bergan hodisalar bemor xotirasidan tushib qoladi va kundalik voqealarni eslab qola olmaydi.

Konfabulatsiya – xotiradan ko‘tarilgan voqelikni uydirma hodisalar bilan to‘ldirish. Bemor ilgari hech qachon qilmagan ishlar bilan shug‘ullanishini aytadi. Bemor 3 oyga yaqin shifoxonada yotgan bo‘lsa-da, ikki kun ilgari chet el safaridan qaytib keldim, deb uydirma va yolg‘on gaplari bilan ishontirishga harakat qiladi. Xotiraning bunday buzilishlari bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi (bosh miya qon tomirlari aterosklerozi, bosh miya zaxmi va h. k.).

Tafakkurning buzilishi. Tafakkur (fikrlash)ning buzilishi xilma-xil bo‘lib, uning tezlashuvi va sekinlashuvi kuzatiladi. Tafakkurning tezlashuvi moniakal-depressiv psixozning moniakal bosqichida bo‘ladi. Bunda bemorning fikrlashi shu qadar tezlashib ketadiki, u fikrlarni so‘z bilan ifodalashga ulgura olmay qoladi. Natijada, ba’zi so‘z va jumalarni tushirib gapiradi. Bunda bemorning gapirgan gaplarini tushunish qiyin bo‘lib qoladi. Moniakal-depressiv psixozning depressiv bosqichida tafakkurning sekinlashuvi kuzatiladi. Bunda bemorning tafakkuriga biror tushuncha chuqur o‘rnashib qoladi. Bemor qisqa jumlar bilan sekin-sekin cho‘zib gapiradi.

Xayoldan ketmaydigan holatlar. Xayoldan ketmaydigan, miyaga o‘rnashib qolgan xotiralar vahimalar, shubha va istaklar hamda xatti-harakatlar shaklida namoyon bo‘ladi. Bularning keraksizligini bemor biladi, lekin ulardan qutula olishning ilojini topa olmaydi. Bemor fikrlarini band qilib qo‘yadigan holatlar nevrozlar, psixasteniya va shizofreniya kasalliklarida uchraydi. 1. Fobiyalar – miyaga o‘rnashib qolgan vahimalar. Bemor biror kasallik bilan og‘rib qolishdan qo‘rqish, ochiq joylarda yurishdan va yopiq binolar ichida yurishdan qo‘rqish, quturish kasalligi bilan og‘rib qolishdan qo‘rqish natijasida quturgan it tishlab oladi, deb vahimaga tushib yuradi. 2. Miyaga o‘rnashib qolgan shubhalar. Bemor biror joyga ketayotib eshiklar yopildimi, chiroq o‘chirildimi deb shubha qilaveradi. 3. Miyaga o‘rnashib qolgan istaklar. Bunday bemorlar ko‘p qavatli bino derazasidan o‘zini tashlab yuborgisi kelaveradi, o‘tib ketayotgan mashinalarga qo‘lini tekkizmoqchi bo‘laveradi. Bunda bemor bu istaklarning noto‘g‘ri ekanligini tushunadi va ularni bajarmaydi, lekin bu xayollardan qutula olmaydi. 4. Miyaga o‘rnashib qolgan xatti-harakatlar. Bunda bemorlar ba’zi xatti-harakatlarni qilaveradi. U uylarning derazasini, simyog‘ochlarni sanab chiqadi, o‘tib ketayotgan mashinalarning raqamlarini bir-biriga qo‘shib yuraveradi. Bunday xatti-harakatlar ba‘zan yo‘talish, ko‘zlarni mahkam yumib olish va qo‘llarni tez-tez yuvish bilan ifodalanadi.

O'ta qimmatli fikrlar. Bu fikrlar real aniq shart-sharoitlar asosida paydo bo'ladi, lekin bemor fikriga to'g'ri kelmaydi. Bemor o'z xotinini menga xiyonat qilayapti yoki o'g'lim yomon ish bilan shug'ullanayapti, deb o'ylaydi. O'ta qimmatli fikrlar odamni hayajonga solib, butun fikrlarini egallab oladi va uni diqqinafas qilib qo'yadi. Bunday fikrlar aniq bor, real faktlar tufayli kelib chiqadigan bo'lishi bilan vasvasalardan farq qiladi. Vaqt o'tishi bilan bu fikrlar asta-sekinlik bilan yo'qoladi.

Vasvasalar – kasallik tufayli bemor xayolida aqlga to'g'ri kelmaydigan noto'g'ri fikrlar, tanqid, nasihat qilish yo'li bilan tuzatib bo'lmaydigan alahlashdir. Vasvasalar boshlansa, bemorni nohaq ekanligiga ishontirishga har qancha urinib ko'rilmasin, o'sha fikrdan qaytarib bo'lmaydi. Vasvasalar bu ruhiy kasalliklar belgisidir. U quyidagi turlarga bo'linadi: 1) ta'qib vasvasasi – bemor orqamdan odam tushgan, u derazadan qarab turibdi, ko'chadan ketayotganimda poylab yurishadi, deb o'ylaydi. Bunday bemor ta'qibdan qochib, boshqa shaharlarga ko'chib ketadi; 2) jismoniy ta'sir vasvasasi – bunday bemor men maxsus mashinalardan berilayotgan nurlar yoki radioto'lqinlar ta'sirida qoldim, bular salomatligimga zarar keltirayapti, deb da'vo qiladi; 3) munosabat vasvasasi – bemor atrofdagi hodisa va narsalarning menga aloqasi bor, deb da'vo qiladi. Biror odam gaplashayotgan yoki kulayotgan bo'lsa, u kishi faqat mening ustimdan gapirayapti yoki kulayapti, deb o'ylaydi; 4) zaharlanish vasvasasi – bunda bemor atrofdagi odamlar ovqatimga zahar solib qo'yishadi, deb o'ylaydi va ovqatni yemay qo'yadi; 5) ipoxondrik vasvasa – bunday bemorlar o'zini og'ir kasallikka uchragan, deb hisoblaydilar. Bemorlar oshqozonim chirib borayapti yoki ichagimga suyak qadalib qoldi, deb da'vo qiladilar. Bu xil vasvasa shizofreniya kasalligida uchraydi; 6) ulug'vorlik va buyuklik vasvasasi – bunda bemorlar o'zlarini ulug' lashkarboshi, olim yoki kashfiyotchi, o'zini bir talay puli, tillasi bor odamday badavlat hisoblaydilar; 7) ziyon-zahmat vasvasasi – bunda bemorlar meni o'g'ri urib ketadi, deb ishonishadi, shundan keyin bemorlar buyumlarini bekitib yurishadi. Natijada, bemorlarning xotirasi buzilib, yashirib qo'yilgan buyumlarini joyini topolmaydi. Natijada bemorlarda vasvasa kuchayib ketadi. Bunday bemorlar shifoxonada o'rin-to'shaklarini yig'ishtirib, tugun qilib, o'g'irlab ketishidan qo'rqib yuradilar; 8) o'z-o'zini ayblash vasvasasi – bemorlar o'zini jinoyatchi, deb hisoblaydilar. Jamiyatga, oilaga katta ziyon yetkazib qo'ydim, deb hisoblaydilar.

Aqlpastlik yoki tentaklik. Aqlpastlik yoki tentaklik tafakkurning buzilishi bo'lib, bunda odamning hodisalar o'rtasidagi bog'lanishni tushunish qobiliyati pasayib ketadi. Asosiy narsani ikkinchi darajali masaladan farq qila olmay qoladi. O'zining yurish-turishiga, fikrlariga tanqidiy baho berolmaydi. Xotira susayib, tafakkur qilish pasayib ketadi. Xulq-atvor ancha pasayib ketgan bo'ladi. Aqlpastlik ikki turga bo'linadi. 1. Tug'ma aqlpastlik (*oligofreniya*) – genetik o'zgarishlar tufayli bolaning ona qornida zararlanishi, go'daklik davrida kasal bo'lib qolishi natijasida bosh miyaning yetarlicha rivojlanmay qolishidan kelib chiqadi. 2. Turmushda orttirilgan aqlpastlik (*demensiya*) – katta yoshda bosh miyaning organik kasallikka uchrashi natijasida, bosh miyaning shikastlanishi, qarilik psixozi, bosh miya qon tomirlari aterosklerozi va boshqa kasalliklar sababli paydo bo'ladi. Bunday bemorlarning fikrlash doirasi past bo'lib, ular atrofdagi vaziyatga to'g'ri baho berolmaydilar.

His-tuyg'uning buzilishi. His-tuyg'u (*emotsiya*) – shodlanish, xursand bo'lish, nafratlanish, xafa bo'lish, qo'rquv g'azablanish kabil holatlardir. His-tuyg'u ikki turga bo'linadi. Salbiy va ijobiy his-tuyg'ular. His-tuyg'ularni to'lib-toshib namoyon qilish *affekt* deyiladi. Affekt vaqtida odamning es-hushi ham kirarli-chiqarli bo'lib turadigan bo'lsa, buni *patologik affekt* deyiladi. Mana shunday holatda odam og'ir jinoyatlar qilib qo'yishi mumkin.

Bemorning mimikasi (yuzning imo-ishorasi) aytayotgan gap-so'zlari, harakatlariga, moddalar almashinuvida ro'y bergan o'zgarishlarga, vegetativ reaksiyalarga qarab, his-tuyg'ular holati to'g'risida fikr yuritiladi. His-tuyg'ularda qondagi qand miqdori oshadi, qonning yopishqoqligi o'zgarib qoladi, ichki a'zolarining qon tomirlari kengayadi yoki torayadi, yurak urishi tezlashadi. His-tuyg'u po'stloqosti tugunlari bilan idora qilinadi. Turli ruhiy kasalliklarda his-tuyg'uning kuchayishi yoki sekinlashuvi kuzatiladi. Eyforiya, depressiya, hayajonlanish, vahimaga tushish holatlari kuchaygan his-tuyg'ularga kiradi. Beparvolik, g'amginlik, loqaydlik emotsiyaning sekinlashuviga kiradi. Eyforiyada odamning kayfiyati yaxshi, har doim kulib, quvna-shodlanib, har narsadan ko'ngli to'lib yuradi. Depressiyada esa bemor ko'ngli g'am-g'ussaga botgan, harakatlari sustlashib qolgan, hamma narsalardan xafa bo'lib, kayfiyati yomonlashib yuradi. Bular moniakal-depressiv psixoz kasalligida uchraydi.

Iroda faoliyatining buzilishi. Odamning ongli ravishda va ma'lum bir maqsad bilan qiladigan xatti-harakatlari irodaga zo'r

berishdir. Ruhiy kasallarda iroda jarayonlarining buzilishi ikki turga bo'linadi. Bular: iroda (harakat) faoliyatining kuchayishi va susayishi. Moniakal holatda iroda faolligining kuchayishi, asosan, nutq va harakat qo'zg'alishi bilan namoyon bo'ladi. Bunda bemorlar ongli ravishda ko'p ishlarni amalga oshirishga harakat qiladilar, lekin ularni bajarishga jismoniy kuchlari yetmaydi. Nutq va harakat qo'zg'alishlari shizofreniyada ham kuzatiladi. Moniakal-depressiv psixozning depressiv shaklida iroda faolligi sekinlashadi. Bunda bemorlar bir necha soatlab bir maromda o'tiradilar, hech narsa bilan ishlari bo'lmaydi. Bemorlar suhbat vaqtida asta-sekin qisqa jumlar bilan javob berishadi. Iroda faolligining pasayib qolishi bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi (bosh miya o'smasi, bosh miya aterosklerozi va boshq.). Iroda faolligining susayishi *stupor* deb ataladi. Bunda harakat va nutqning sekinlashuvi, hatto tildan qolish (mutizm) darajasiga boradi. Bunda bemor topshiriqlarni umuman bajarmaydi, ularni eshitishni ham istamaydi (masalan, bemor qo'lini ko'tarib qotib turadi, to mushaklar bo'shashib o'zi tushib ketmaguncha). Iroda buzilishlari nevrasteniya va shizofreniya kasalliklarida uchraydi.

Marazm – ruhiy va jismoniy kuch-quvvatdan qolish (ma'naviy tushkunlik), aql kamayishi, tashqi muhit bilan bog'lanish xususiyatlarining yo'qolishi, o'z-o'ziga xizmat ko'rsata olmaslik, so'zlashish, intilish va tushunchalarning yo'qolishi bilan kechadigan og'ir bir ahvol. Rivojlangan turlarida aql shunday darajada kamayadiki, hatto bemorlar oq-qorani, toza-iflosni, yaqin va uzoq tanishlarini ajratib ololmaydilar, ochko'z, uyatsiz bo'lib qoladilar. Bemorlarda tashqi va ichki a'zolarida ham o'zgarishlar kuzatiladi, suyaklar mo'rt bo'lib qoladi, terida yaralar paydo bo'ladi.

Ruhiy kasalliklarning asosiy sindromlari

Es-hushning buzilishi. Ong bosh miya po'stlog'ining eng zo'r faolligi natijasidir. Ongi sog'lom kishilar atrof-muhitni va o'z xatti-harakatlarini, vaqtni to'g'ri baholaydilar.

1. Karaxtlik holati. Karaxtlik (gangib qolish) holatida bosh miya po'stlog'ining tormozlanishi natijasida atrofdagi ta'sirlarga kuchsiz javob reaksiyasi paydo bo'ladi. Javob olish uchun esa ancha kuchli ta'sir o'tkazish kerak yoki savolni bir necha marta qaytarish kerak.

Bemor bunda sust javob beradi, harakatlari, imo-ishoralari kam bo'ladi. Oldingi bo'lib o'tgan voqealarni qiynalib esga oladi, qisqa-qisqa gapiradi. Karaxtlik holati bir necha daqiqadan bir necha soatgacha va bundan ham uzoqroq cho'zilishi mumkin. Karaxtlik holati bosh miya shikastlanganida, miya o'smasida, uremiya, qandli diabet, zotiljam, tif va boshqa kasalliklarda uchraydi. Mana shu holat o'tib ketganidan keyin bemorlar o'zlariga nima bo'lganligi to'g'risida qisqacha so'zlab berishlari mumkin.

2. Dovdirash alomati (*sopor*), bunda bemorning es-hushi kirarlichiqarli bo'lib turadi va bu alomat birdan paydo bo'lib, birdan barham topadi. Bu ongning torayib qolishi bilan cheklanadi. Bemorlar o'zlari turgan sharoitga beparvo bo'ladilar, chaqirgan odamga javob bermaydilar, og'riqlarga kuchsiz javob beradilar. Esning kirar-chiqar bo'lib turishi bir necha daqiqadan bir necha kungacha va hatto bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Bunda bemorlar nima bo'lganligini aytib berolmaydilar. Bu holat tutqanoq, isteriya va bosh miya shikastlanishida kuzatiladi.

3. Delirioz holati, bunda bosh miya po'stlog'ida to'liq bo'lmagan tormozlanish bo'ladi. Bemorlar besaranjom bo'lib qoladilar. Bu holatda es-hush aynib, gallutsinatsiya va illuziyalar aralash bo'lib turadi. Bemorning ko'ziga vahimali manzaralar ko'rinadi, atrofdagi narsalarni tanimaydi. Delirioz holatidan so'ng bemorlar ko'rgan narsalarining ayrimlarini eslaydilar. Delirioz holati bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi, bu holat kechga borib zo'rayadi. Es-hushning delirioz holati turli yuqumli kasalliklarda, shikastlanishlarda va zaharlanishlarda kuzatiladi.

4. Oneyroid holati, bunda es-hush buzilib, odam xayolga botgandek yoki tush ko'rayotgandek bo'lib qoladi. Delirioz holatidan farq qilib, bu holatda bemorlarning kechinmalari bilan yurish-turishlari o'rtasida bog'lanish bo'lmaydi. Bemorlar o'zlarini boshqa sayyoralarda, boshqa dunyoda yurgandek his qiladilar. O'zlarini bir vaqtning o'zida bir necha joyda his qiladilar. Bemorning o'zi xonada yotgan bo'lsa ham men Amerikada yuribman, deb boshqalarni ishontiradi. Bemor o'rniga yotishdan bosh tortadi, qarshilik qiladi. Bu holat bir hafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin. Bu holat shizofreniya kasalligida kuzatiladi.

5. Amentiv holat, bunda bemor atrofdagi vaziyatni mutlaqo anglamaydi, o'zining kimligini bilmaydi. Bosh miya po'stlog'ida

qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarining izdan chiqishi oqibatida amentiv holat yuz beradi. Bu holat bir necha haftagacha cho'ziladi, u o'tib ketgandan keyin to'la amneziya kuzatiladi. Bu holat turli yuqumli kasalliklarda, zaharlanish va asab tizimi qattiq holdan toygan vaqtlarda kuzatiladi.

6. Komatoz holati, bunda bemor behush bo'lib, savollarga mutlaqo javob bermaydi, og'riq ta'sirlariga javob reaksiyasi bo'lmaydi. Ko'z qorachiqslari kengaygan, yorug'likka reaksiyasi bo'lmaydi. Bu holat bosh miya po'stlog'ining chuqur tormozlanishi natijasida paydo bo'ladi.

Harakatning buzilishi.

Stupor – bemorlar harakat qilmasdan, bir joyda qotib qolishadi. Stupor quyidagi turlarga bo'linadi: A. *Depressiv stupor* – bu moniakal-depressiv psixozning depressiv shaklida kuzatiladi. Bemorlar biror ish yoki harakatni bajara olmaydigan bo'lib qoladilar, savollarga qiyinchilik bilan javob berishadi. Bunday bemorlarga ovqat yedirib qo'yishga to'g'ri keladi. Bemor yuzida g'amginlik, xafachilik, ma'yuslik ifodasi bo'ladi, bu holat yurak siqilishi bilan almashinib turadi.

B. *Psixogen stupor*, bunda bemorlar qimirlamay, indamasdan o'tiradilar; uzoq vaqt hech kim bilan gaplashmasdan, savollarga javob bermasdan jim yuradilar. Bemorlarda stuporning keltirib chiqargan so'zlarni eshitib qolsa, unda kuchli emotsional holat: kuchli hayajonlanish, yig'lash, qizarish yoki oqarish alomatlari yuz beradi.

D. *Katatolik stupor*, bu shizofreniya kasalligida uchraydi. Bunda bemorlar mutlaqo qimirlamay qo'yishadi, ba'zi hollarda mushaklar tonusi pasayadi. Bunga *bo'shang stupor* deyiladi. Bemor tanasiga biror holat berib qo'yilsa, shu holatda uzoq vaqt qotib turaveradi, buni o'zgartirish qiyin bo'ladi. Bemorlar stupor vaqtida ovqat yemay qo'yadilar, shuning uchun hamshiralar bemorga zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Stupor bosh miya po'stlog'ining harakatlantiruvchi bo'limlarida miyaning po'stloqosti va miya ustunida tormozlanish oqibatida paydo bo'ladi.

Harakat-qo'zg'alib turuvchi holatlar uch turga bo'linadi:

A. *Moniakal qo'zg'alishda* bemor tinmay harakat qiladi. Bunda bemorning xatti-harakatlari ma'lum maqsadga qaratilgan bo'lsa-da, lekin ularning diqqat-e'tibori hamisha chalg'iyveradi; bemorlar bironta ham ishni oxirigacha yetkaza olmaydilar, ular juda ko'p va tez gapirishadi, ayrim so'z va jummalarni tushirib qoldirishadi.

Bemorlarning juda ko'p gapirishi natijasida ovozi bo'g'ilib qoladi. Atrofdagi kishilarga doimo har xil savollar va takliflar bilan murojaat qilishadi. Bu holat moniakal-depressiv psixozda kuzatiladi.

B. *Katatolik qo'zg'alishda* bemorlar hech bir maqsadsiz harakat qiladilar, harakatlari bir xil, ularni nima maqsadda qilayotganini tushunib bo'lmaydi. Masalan, bemor oyoqlarini mutlaqo qimirlatmagani holda qo'llari bilan harakat qilib, aftini burib turaveradi, ayrim so'zlarni baqirib-chaqirib aytadi. Bemorning gaplari ma'nosiz bo'ladi. Bu holat shizofreniya kasalligida uchraydi.

D. *Gebefren qo'zg'alish*, bunda bemor har xil qiliqlar qilib, aftini burishtiradi, o'zidan o'zi kulaveradi, gaplarining ko'pi safsatadan iborat bo'lib, so'zlarni buzib gapiradi. Bu holat shizofreniya kasalligida kuzatiladi.

His-tuyg'uning buzilishi. His-tuyg'u (emotsiya) buzilishi uch turga bo'linadi:

1. *Moniakal holatida* bemorlar kayflari chog' bo'lib yuradilar, doimo xushchaqchaq, xursand, o'zlaridan o'zlari mamnun bo'ladilar. Bemorlar o'zlariga yuqori baho berib yuboradilar, har qanday ishlarni yengil va oson deb bilishadi. Tasavvurlar tez-tez almashinib turadi. Bemorlar qo'zg'alish holatida juda kam uxlashadi, shu bilan birga, charchoqni sezishmaydi, serharakat bo'lib qolishadi. His-tuyg'uning shunday yengil darajada buzilishi gipomoniakal alomat deyiladi. Bu holat moniakal-depressiv psixoz kasalligida uchraydi.

2. *Depressiv alomatda* bemorlarning harakatlari kam, nutqi sekin, sust bo'lib, dunyo ko'ziga qorong'u bo'lib ko'rinadi. Bunday holatda bemorlarda o'zini o'zi ayblash fikrlari paydo bo'lib, ovqat yeyishdan bosh tortib, yaxshi uxlay olmaydilar. Bunday bemorlar o'zini o'ldirishgacha yetib boradi. Depressiv alomatda g'amginlik holati ertalab kuchli bo'ladi, kechqurun bemorlarning ahvoli biroz yaxshilanadi.

3. *Xavotirga soladigan depressiv alomat* – bemorlarda ma'yuslik ustiga qanday bo'lmasin biror falokatni kutib, xavotirga tushish qo'shiladi. Bemor besaranjom bo'lib, hadeb gapiraveradi. Biror ish bilan shug'ullana olmaydi, ovqat yemay qo'yadi, uxlay olmaydi. Bunday bemorlar xavotirga tushib, o'z-o'zini o'ldirishgacha yetib boradilar. Bu holat presenil psixoz kasalligida kuzatiladi.

Talvasa alomatlari. Talvasa xuruji 2 xil bo'ladi:

1. *Epilepsiya (quyanchiq) talvasalari* – bunday talvasa *epileptik tutqanoq* deb ataladi. Boshqa kasalliklar – bosh miya jarohatlari, bosh

miya qon tomir aterosklerozi, bolalar bosh miya falajligi, miya zaxmida kuzatiladigan tutqanoqlar – *epileptiform tutqanoq* yoki *epileptik turdagi tutqanoq* deb ataladi. Epilepsiya tutqanogʻi va epileptform tutqanoq xuruji tutib qolgan vaqtda bemor toʻsatdan oʻzidan ketib, yiqilib tushadi, rangi oqarib, soʻngra koʻkaradi. Bemor birdan hushidan ketadi va tonik, keyin klonik qaltirash xuruji boshlanadi. Bunda bemorning butun tanasidagi mushaklar vaqt-vaqti bilan qisqarib-boʻshashib turadi. Tonik talvasada mushaklar uzoq tortishsa, klonik talvasada esa mushaklar vaqt-vaqti bilan qisqarib, boʻshashib turaveradi. Bemordagi bu holat – tonik talvasa 30–40 soniyadan soʻng, klonik talvasa bilan almashinadi. Klonik talvasa 1–5 daqiqa davom etadi va shu bilan tutqanoq xuruji tugaydi. Shundan soʻng bemor uxlab qoladi yoki karaxt boʻlib, qayerda yotgani, nima boʻlganligini anglab yetmaydi. Bunda bemorlarning asab tizimini tekshirib koʻrganimizda koʻz qorachiqslarning yorugʻlikka javob reaksiyasi boʻlmaydi, reflekslar yoʻqoladi. Bemorlar tutqanoq xuruji vaqtida yiqilib, har xil shikastlanishlar olishi mumkin.

2. *Isterik talvasalar* – bu bemorlar biror tashqi taʼsirga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu tutqanoq epilepsiya tutqanogʻiga qaraganda sekinroq boʻladi. Bemor xuruj paytida qulay joyga yiqiladi. Bunda bemorning hech yeri shikastlanmasdan, es-hushini batamom yoʻqotmasdan yiqiladi. Bemorlarni tekshirganimizda koʻz qorachigʻi yorugʻlikka javob beradi, reflekslar chaqiriladi. Bunday xuruj soatlab davom etishi mumkin, epilepsiya xuruji uzoq davom etmaydi. Isterik talvasada epileptik tutqanoqdagi kabi oldin tonik, keyin klonik tortishishlar boʻlmaydi. Baʼzan ongi torayadi, lekin isteriya xurujida bemor atrofdagilar diqqat-eʼtiborini sezsa, isteriya uzoq vaqtgacha choʻzilishi mumkin.

Korsakov (amnestik yoki xotiraning buzilishi) alomati, bemorlarda oʻtmishdagi hodisalar xotirada saqlanib qolgani holda, hozir boʻlib turgan hodisalarning esdan chiqib qolishi bilan xarakterlanadi. Bemorning xotirasi pasayib ketadi, bugun nima ovqat yegani, kim bilan uchrashganini mutlaqo eslay olmaydi. Berilgan savollarga javob qaytarmaydi, eshitgan savollarini tez unutadi. Bunda bemorlar bir necha daqiqa nima ish qilib turganini esdan chiqarib qoʻyishadi. Bu alomat bosh miya aterosklerozi, qarilik psixoz, bosh miya shikastlanishi, yuqumli kasalliklar va zaharlanishlarda kuzatiladi.

Gallutsinator-paranoid alomat, bunda bemorlarda gallutsinatsiya va vasvasalar boʻlib turadi. Bemorlar koʻpincha kimdir ularni taʼqib

qilayotganini, ularga ta'sir ko'rsatayotganini aytishadi. Masalan, bemor devor orqasida boshqa odamlar uni o'ldirish rejasi to'g'risida gapirayotganini eshitadi. Ba'zan bemorlar bundan qochishga urinishadi, eshiklarni bekitib olishadi, boshqalarni yordamga baqirib chaqirishadi. Bu holat shizofreniya, alkogol psixozlari, bosh miya zaxmi va boshqa kasalliklarda uchraydi.

Aqli pastlik (tentaklik, esi pastlik) alomati, bunda bemorlarda aqliy qobiliyatning pasayishi, xotiraning susayishi kuzatiladi. Bemorlar yangi ma'lumotlarni qabul qila olmaydilar, eskilarini esa unutib yuboradilar. Zehn va farosat juda pasayib ketadi. Bemorlar oddiy turmush masalalarini ham yecha olmaydilar. Mana shular tufayli ularning yurish-turishi va qiliqlari bema'ni bo'lib qoladi. Bular bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi.

Nevrasteniya alomati (nevrotik, astenik) – bunda bemorlar tashqi ta'sirlardan juda bo'shashib, holdan toyadigan bo'lib qolishadi. Tashqi ta'sirlar (ovoz, yorug'lik, issiq-sovuq)ga ortiqcha sezuvchanlik, har qanday hodisalardan ta'sirlanish (xafachilik yoki xursand bo'lish), jismoniy toliqish oqibatida paydo bo'ladi. Bu holatga tushgan bemorlar tajang, betoqat, tez charchab qolish, xotiraning susayishi, asabiylashish, jismoniy toliqish, ish va aqlning pasayishi va ruhiyatning tez-tez o'zgarib turishi bilan xarakterlanadi. Bunda bemorning uyquasi buzilib turadi, tezda uxlay olmaydi, barvaqt uyg'onib ketadi; bemorning uyquasi yuzaki, uyqudan keyin odam o'zini dam olgandek sezmaydi. Kunduz kunlari bemor bo'shashib, mudrab yuradi. Bunda bemorda bosh og'risi, salga terlash, holsizlik, ishtahaning yo'qolishi kuzatiladi. Bu holat yuqumli kasalliklar, turli xil zaharlanishlardan so'ng va bosh miya aterosklerozi, shizofreniya, surunkali kasalliklar hamda nevrastenyada kuzatiladi.

Ipoxondrik (miyadan ketmaydigan) alomatlar, bunda bemorlar o'z salomatligining ahvolidan xavotirlanib, o'zlaridagi yo'q kasalliklarni topib, davolanmasam, o'lib qolaman, deb o'ylashadi. Bemorlar ko'pincha qorin va yuragi og'rib turishidan noliydi va kayfiyati buzilib yuradi. Shifokor siz sog'lomsiz, hech qanday kasalligingiz yo'q, deb aytsa ham ular ishonishmaydi yoki boshqa shifokorga borib uchrashadi. Ular bu kasallik to'g'risida turli xil kitoblarni o'qib chiqishadi. Miyadan ketmaydigan o'rinsiz shubha, xavotir va qo'rqinchli fikrlar – *dismorfofobiya* deb ataladi.

Isteriya alomati, bunda bemorlar qattiq ovoz bilan yig'lab yoki kulib, atrofdagilar diqqatini tortishga harakat qiladilar. Bu holat tezlik

bilan ikkinchi bir holatga o'tib turadi. Bemorlar o'zlarining xatti-harakatlarida aql-idrok bilan ish ko'rmay, balki his-tuyg'ulariga qarab ish ko'rishadi. Bemorlar o'zlariga ko'proq e'tibor berish, atrofdagilardan ajralib turish va ko'zga tashlanishga harakat qiladilar. Bunday bemorlar xomxayol bo'lishga moyil bo'lishadi. Tashqi ta'sirlar tufayli talvasa xurujlari tutib turishi mumkin. Bu holat kalla bosh miya jarohatlarida, shizofreniya va zaharlanishlardan keyin kuzatiladi. Bu alomat bosh miya po'stloqosti sohasining zaiflashuvi natijasida kelib chiqadi.

Kandinskiy-Klerambo alomati (ruhiy avtomatizm, tashqi ta'sir, yotsirash, qamrab olish alomatlari) – o'z shaxsiy ruhiy jarayonlarning o'zligiga yoki o'z shaxsiga tegishlikning yo'qolishi. Ruhiy va jismoniy ta'sir vasvasaligi bilan birga namoyon bo'ladi. Ruhiy avtomatizm 3 turga bo'linadi: assotsiativ – bu turga mentizm – boshqarib bo'lmaydigan, ixtiyordan tashqari sodir bo'ladigan fikrlar, o'ylar, xayollarning beto'xtov oqishi mansubdir. Xayollar, fikrlar mazmuni juda og'ir bo'lib, ulardan bemorlar qutula olmaydilar, xayol va fikrlarni miyada yig'ib ololmaydilar. Ba'zan bemorlar ko'z oldiga har xil xayollarni keltirib, xuddi ko'rib turgandek bo'ladilar. Bu fikran ko'rinishlarning mazmuni o'ylangan xayollar mazmuniga mos keladi: fikr ochiqlik belgisi – bemorga atrofdagi odamlar uning fikrlarini bo'layotgandek tuyuladi; fikrlar jarangdorligi belgisi – bunda bemorning fikrlari ichki nutqqa aylanadi. Bemorning xayol, fikrlari baland tovush bilan chiqayotganday bo'lib, bemorga atrofdagilar ularni eshitayotganday tuyuladi.

Mayl buzilishlari. Mayl instinktiv (tug'ma his-tuyg'u)lar asosida paydo bo'ladi va shakllanadi. Instinktiv xulq (ovqat qidirish, tashnalikni qondirish, jinsiy juft qidirish) va instinktiv harakatlar (ovqatlanish, ichish, jinsiy aloqalar) tafovut qilinadi. Faqat instinktiv harakatlar, ya'ni tugallash aktlari instinktiv hisoblanadi. Mayl – hayotiy muhim sharoitlarni istashga va ulardan qochishga undaydigan holat bo'lib, u shu sharoitlarda instinktiv harakat bilan yuzaga chiqq olishi mumkin. Mayl qandaydir bir tug'ma holat emas. Mayl vaqt-vaqti bilan paydo bo'ladi va yo'qoladi. Maylning belgilari shakli har xil va ko'pincha maylning qondirish tabiatiga bog'liq bo'ladi. Asosiy mayl – ochlik, tashnalik, jinsiy mayl. Eng oddiy ehtiyojlar: uyquga, harakatga bo'lgan ehtiyojlar va boshqalar.

Mayl buzilishlari turli-tuman bo'lib, ayniqsa, ovqatga bo'lgan mayl buzilishlari ko'proq uchraydi. Ishtahaning turg'un bo'lmasligi ovqatdan bosh tortish bilan kechadi, bu maylning susayishi bemorni juda holdan

toydiradi, bunga *anoreksiya* deyiladi. Ovqatdan butunlay bosh tortishda zaharlanish vasvasa g'oyalariga yoki shu ovqat yeb bo'lmaydigan mahsulotlardan tayyorlangan, deb ishonch hosil qilishlari mumkin. Ovqatdan bosh tortish depressiv holatlarda stupor, isteriyaning har xil turlarida uchraydi. Shuni e'tiborga olish kerakki, ko'p hollarda anoreksiya himoya qiluvchi fiziologik holat bo'lib, organizm uning yordamida kasalliklarga moslashadi va uni yengadi.

Nazorat savollari

- ?
1. Illuziya bilan gallutsinatsiya bir-biridan qanday farq qiladi?
 2. Harakatning susayishi qachon yuz beradi?
 3. Es-hush buzilishlarini tushuntirib bering.
 4. Agar bemor koma holatida bo'lsa, qanday klinik belgilar kuzatiladi?

18-BOB. PSIXONEVROLOGIK YORDAMNI TASHKIL ETISH

Shifoxonalarda va psixonevrologik dispanserda ruhiy kasalliklarni davolash, nazorat qilish hamda parvarish qilish

O'zbekiston Respublikasining «Psixiatriya yordami to'g'risida» gi 2000-yil 31-avgustda chiqarilgan qonunining maqsadi aholiga psixiatriya yordami ko'rsatishni yaxshilashdan iborat. Qonunda ruhiy holati buzilgan shaxslarga nisbatan tibbiy tekshiruvdan o'tkazish, ularni profilaktika qilish, tashxis qo'yish, davolash, parvarish qilish va tibbiy-ijtimoiy tiklash ta'kidlangan. Ruhiy holati buzilgan shaxslarga psixiatriya yordami ko'rsatish davlat tomonidan kafolatlangan. Bularga shoshilinch psixiatriya yordami, kasalxonadan tashqari va statsionar sharoitda maslahat berish, tashxis qo'yish, davolash, psixoprofilaktika va tiklash yordamlari kiradi. Ruhiy holati buzilgan nogironlar va qariyalarni ijtimoiy-maishiy joylashtirish, parvarish qilish, voyaga yetmaganlarni umumiy va kasb-hunar ta'limi olishini tashkil etish, mehnat terapiyasi uchun davolash ishlab chiqarish korxonalariga ishga joylashtirish qonunda belgilab qo'yilgan. Yana qonunda belgilab qo'yilganki, ruhiy holati buzilgan bemorlarning tashxisi, davolanishi va ruhiy sog'lig'i to'g'risidagi boshqa ma'lumotlar shifokor va hamshiralar tomonidan sir saqlanishi lozim.

Psixonevrologiya dispanserlari quyidagilar bilan shug'ullanadi.

Davolash profilaktika ishlari, bemorlarga ijtimoiy-huquqiy yordamini ko'rsatish va aholi o'rtasida psixogigiyena hamda sanitariya-maorif ishlarini tashkil etish.

Dispanserda bemorlar ambulatoriya yo'li bilan hamda uyda zarur davolash-profilaktika yordami olishadi. Dispanserning boshqa shifoxonalardan farqi shuki, yordam so'rab kelgan har bir kishi, agar unda biror ruhiy kasallik belgilari topilsa, faol hisobga olinadi. Chunki kasal kishi qayta tekshirishga kelmay qolishi mumkin. Bunda dispanser shifokori bemorning kelishini kutib turmasdan, o'zi uning uyiga boradi va uyda davolashni tashkil etadi. Agar bemorni shifoxonada davolash zaruriyati tug'lsa, uni borib joylashtirib keladi. Shuning uchun dispanser shifoxona bilan doimo aloqada bo'ladi. Shifoxonadan chiqqan bemorlarning tibbiy hujjatlari ularning turarjoylaridagi uchastka psixiatrlariga yuboriladi. Shu yo'l bilan bemorlar hisobga olinadi. Statsionardan chiqqanda, bemorlarga tutilgan kasallik varaqasidan ko'chirma olinib, kasallik tashxisi va davo choralaridan tashqari, bemorni keyinchalik qanday kuzatib borish, ambulatoriya yo'li bilan davolash yoki ishga joylashtirish tavsiya etiladi.

Ruhiy kasalliklar bilan og'rigan bemorlarning hammasi dispanser hisobida turadi. Chunki psixiatrlar bemorlarni doim kuzatib boradilar va ko'rsatmalar beradilar. Shifokor buyurgan davolarni hamshiralar muntazam amalga oshirib borishlari, bemorlarning ahvolini nazorat qilishlari zarur. Hamshiralar bemordagi barcha o'zgarishlar haqidagi kerakli ma'lumotlarni uning qarindoshlaridan yoki qo'shnilaridan olib turadilar. Bular bemorning ahvolini yaxshilashga yordam berishda muhim o'rin egallaydi. Dispanserda dori-darmon bilan davolash, psixoterapiya va fizioterapiya usullaridan tashqari mehnat bilan davolash usullaridan ham keng foydalaniladi. Bunda bemorlarni hamshiralar har kuni kuzatib boradilar. Ahvoli yaxshilanib qolgan bemorlar o'zlarining ish joylariga qaytishlari yoki o'zlariga yoqadigan kasbni egallashlari mumkin. Asab-ruhiy kasalliklarning oldini olish maqsadida psixonevrologiya dispanserining shifokor va hamshiralari aholi o'rtasida, bemorlar va ularning qarindoshlari orasida sanitariya maorifi ishlarini olib borishlari kerak. Dispanserda bemorlarga ijtimoiy-huquqiy yordam ko'rsatiladi. Ishga joylashtirishda ularga yordam berish, nafaqa oladigan bo'lsa, TMEK (tibbiy mehnat ekspertiza komissiyasi) dan qayta tekshiruvdan o'tkazish va kerakli muddatgacha uzaytirish lozim bo'lsa, yordam beradilar. Qonun oldida javob

berolmaydigan ruhiy bemorlarning manfaatlari va huquqlarini himoya qilish uchun vasiylikni rasmiylashtirish hamda vasiy tayinlashda dispanser shifokorlari ishtirok etishadi. Uy sharoitidagi bemorlarni uchastka psixiatr hamshiralari muntazam kuzatib borishadi.

Viloyat dispanserlari tuman aholisiga davolash-profilaktika yordamini ko'rsatadi. Shuning uchun shifokor va hamshiralar tumanlarga chiqib, QShA (qishloq shifokorlik ambulatoriyasi), QShP (qishloq shifokorlik punkti) aholisiga yordam berishlari, ular o'rtasida ruhiy kasallarni erta aniqlash, davolash, oldini olish choralarini ko'rish, ruhiy kasallar atrofdagilar uchun xavf-xatar tug'dirsalar, ularni darhol statsionarga yotqizishni ta'minlashlari zarur. Bunday bemorlar depressiv kasallar bo'lib, ularda o'z-o'zini o'ldirish fikrlari paydo bo'ladi. Presenil psixozlari, shizofreniyaning ba'zi shakllari ichkilik jonsarakligida kuzatiladi. Bunday bemorlarni uyda qoldirish xavfli, chunki ularda ta'qib, zaharlanish, jismoniy ta'sir vasvasasi bo'lib, o'zlariga yoki atrofdagi kishilarga jarohat yetkazishlari mumkin. Bemorlarga yo'llanmani psixiatr yoki shoshilinch hollarda boshqa shifokorlar va hamshiralar beradi. Yo'llanmada bemorning nima uchun shifoxonaga joylashtirilishi ko'rsatiladi. Bemorning ahvoli to'g'risida qisqacha yozib beriladi. Bemor shifoxonaning qabul bo'limida shifokor tomonidan psixonevrologik tekshirishdan o'tkaziladi.

Hozirgi vaqtda ruhiy kasalliklarni davolashda aralash bo'lim tashkil etilgan. Turli ruhiy holatlardagi bemorlar uchun alohida xonalar ajratilgan. Og'ir somatik kasalligi bor ruhiy bemorlarga yoki jismoniy ahvoli og'ir, doimiy parvarishga muhtoj bemorlar, qarilik psixozlariga uchragan bemorlar shu bo'limga joylashtiriladi.

Alkogolizm va toksikomaniyalarga qarshi kurashni yanada kuchaytirish maqsadida so'nggi yillarda narkologiya xizmati tashkil etilgan. Bu kasallikka chalingan bemorlarni ambulatoriyada davolab boriladi. Ularni hisobga oladigan narkologiya dispanserlari va bemorlarni statsionar sharoitida davolaydigan narkologiya shifoxonalari tashkil etilgan.

Ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarni parvarish qilish

Psixonevrologiya xizmatida ishlaydigan hamshiralarning ishlari boshqa shifoxonadagi xodimlardan farq qiladi. Bu yerda ko'pgina bemorlar o'zlarining kasal ekanliklarini tushunmaydilar, ba'zilari

esa o'zlarini umuman kasal, deb hisoblamaydilar. Ba'zi bemorlar es-hushi aynib, ko'p harakatlar qilishadi. Bunda hamshiralar hushyor, sabr-toqatli, shirinso'z, yaxshi muomalali bo'lishlari lozim. Ruhiy kasallarni parvarish qilish, ularni kuzatib borish, kerakli joyda yordam berish hamshiralarning asosiy vazifalaridan biridir. Hamshiralar bemorlarning ism, familiyasi, qaysi xonada yotganligini, bo'limdagi bemorlar sonini, ba'zi bemorlarning bo'limda nima sababdan yo'qligini yaxshi bilishlari kerak. Alohida kuzatuv ostidagi bemorlarga ko'proq e'tiborni jalb qilishlari lozim. Hamshiralar shifokor buyruqlarini o'z vaqtida bajarishlari shart.

Tibbiyot hamshiralari ozoda va o'zlariga qarab yurishlari kerak, xalati toza va yaxshi dazmollangan, hamma tugmalari qadalgan bo'lishi lozim. Boshga oq ro'mol o'rab, sochlarini ro'mol tagiga olishlari va zirak, taqinchoqlar, to'g'nag'ich taqib yurishlari mumkin emas. Bemorlar bezovta bo'lib qolganda hamshiralar navbatchi shifokorni chaqirib, ko'rsatishlari kerak. Hamshiralar o'zlaricha dorilar berishlari mumkin emas. Bemorlar oldida boshqa bemor sog'ligini muhokama qilish, uning kasalligi haqida gapirish, bemorlar ustidan kulish, hazil qilish mumkin emas. Bemorlarni aldash yo'li bilan statsionarga yotqizish mumkin emas, chunki bemorlar keyinchalik hamshiralarga ishonmay qo'yadilar, bemorlar to'g'risida ma'lumot olish qiyin bo'ladi. Bemorlar bilan muomala qilishda ehtiyot bo'lish kerak, chunki vasvasa holatiga tushib qolgan bemorlar shifoxona xodimlari bilan janjallashib qolishlari mumkm. Bemorning haroratini o'lchashda ehtiyot bo'lish lozim, bemor o'zini termometr bilan jarohatlashi yoki yutib yuborishi mumkin. Hamshiralar dori berganda bemor uni ichib bo'lmagunicha, uning oldidan ketmasliklari kerak. Chunki ular dorilarni yig'ib, birdan ichib yuborishlari mumkin. Shuning uchun bemorlarning narsalarini va o'rin-to'shaklarini ko'zdan kechirish shart. Ba'zi bemorlar o'zini o'ldirishni o'ylab, shisha bo'laklarini, mix, metall parchalarini yig'ib yuradilar. Ovqat vaqtida bemorga pichoq, sanchqi berilmaydi, faqat qoshiqdan foydalaniladi. Pichoq va boshqa o'tkir narsalar qulflab, bekitib qo'yiladi. Ovqatlana olmaydigan, yaxshi yutolmaydigan bemorlarni shoshmasdan, kam-kam ovqatlantirish, asosan, suyuq ovqat berib turish kerak. Ichagini bo'shatish uchun tozalovchi huqna qilib turish kerak. Uzoq to'shakda yotgan bemorning tanasini haftada bir-ikki marta tekshirib turish zarur. Chunki dumg'aza, dumba sohalarida yotoq yaralar paydo bo'lishi mumkin.

Ovqatdan bo'yin tovlaydigan bemorlarga nasihat qilish lozim, ko'ndirilgandan keyin, bemor o'zi ovqat yeya boshlaydi. Ko'pincha nahorga 12–16 TB miqdorda insulin yuborilganda bemorda ochlik hissi zo'rayadi. Ovqatlantirishning iloji bo'lmasa zond orqali, sun'iy yo'l bilan ovqatlantirish lozim. Buning uchun quyidagilarni tayyorlab qo'yish kerak: 1) rezina zond (teshigining diametri 0,5 sm); 2) zondning ochiq ichiga kiydiradigan voronka; 3) zondga surtiladigan vazelin yoki glitserin; 4) 500 g sut, 2 ta tuxum, 50 g qand, 30 g sariyog', 10 g tuz va vitamindan iborat ovqat aralashmasi. Bu aralashma iliq bo'lishi kerak; 5) 2 stakan qaynagan suv yoki choy; 6) toza rezina ballon, gugurt, og'iz kengaytirgich.

Hamma narsalar taxtlangandan keyin, bemor kushetkaga chalqancha yotqiziladi. Zondning uchiga vazelin surtib burun orqali kiritiladi. Zond oshqozonga yetishi uchun 50 sm ichkariga kirgizish kerak yoki kindikdan burungacha zondni o'lchab olish kerak. Ovqat aralashmasini yuborishdan oldin zond oshqozonda turganligini bilish uchun yonib turgan alanga lipillamay qolishiga e'tibor berish kerak. Zond orqali havo yuborilsa, oshqozon sohasida shovqin eshitiladi. Ovqat berishdan oldin voronkaga yarim stakan suv yoki choy quyiladi. Keyin ovqat aralashmasi yuboriladi. Ovqat berib bo'lgandan keyin bemorni kuzatib turish kerak. Chunki bemor o'zini qustirishi mumkin. Qusmaydigan bo'lishi uchun 0,1% li atropin 1,0 ml teri orasiga ovqatdan 10–15 daqiqa oldin qilinadi.

Agar zondni burun orqali berishning iloji bo'lmasa (burun qiyshiqligi, poliplar), uni og'izdan solish kerak. Zondni tishlari bilan qisib olmasligi uchun oldinroq og'iz kengaytirgich qo'yish tavsiya etiladi. Harakat qo'zg'alishlarida 2,5% li aminazin 200–400 mg kuniga mushak orasiga, triftazin, galopridol, tizersin buyuriladi. 25% li magneziiy sulfat 5–10,0 ml, 10% li geksenal 10,0 ml tomir ichiga sekin yuboriladi. Hamshiralar bemor bezovtalanib qolganda, sanitar qanday ushlab turishini ko'rsatib berishlari kerak.

Hamshiralar doimo kundalik yozib borishlari shart. Bunda bemorlarni kun bo'yi kuzatib, ahvollaridagi o'zgarishlarni yozib boriladi.

19-BOB. ICHKI KASALLIKLAR VA YUQUMLI KASALLIKLARDA UCHRAYDIGAN RUHIY O'ZGARISHLAR

Tug'uruqdan keyingi psixozlar

Ba'zi somatik va yuqumli kasalliklar, zaharlanishlar, alkogolizm ruhiy o'zgarishlar bilan davom etadi. Somatik kasallikka aloqador ruhiy o'zgarishlar, asosiy kasallikning xarakteriga bog'liq bo'ladi. Bu emotsional alomatlar (depressiya, xavotirlanish, vahimaga tushish, tajanglik, eyforiya bilan o'tadigan nevrozsimon kasalliklar) va es-hushning turli darajada buzilishi (karaxtlik, amensiya, deliriy, sopor, koma) hamda tutqanoq xurujiga o'xshash holatlar namoyon bo'ladi. Bularning kelib chiqishida umumiy somatik kasalliklar, yuqumli kasalliklar va zaharlanishlar muhim ahamiyatga ega. Bunday psixozlar surunkali kasalliklar, yuqumli kasalliklar, zaharlanish, alkogolizm va bemorning jinsi, yoshi, kasallikning og'irlik darajasiga bog'liq bo'ladi.

Klinik manzarasi. Simptomatik psixozlar o'tkir va uzoq muddat davom etadigan turlarga bo'linadi. O'tkir psixozlardan keyin, ko'pincha asoratlar qolmaydi. Uzoq muddatli turida esa sog'ayishdan keyin qoldiqlar – psixoorganik asoratlar qolishi mumkin.

O'tkir simptomatik psixozlar qisqa vaqt davom etadi. Bunda astenik buzilishlar (bosh og'riq, lohaslik, harakat bezovtaligi, vahima, ruhiy tushkunlik, uyqu buzilishi, giperesteziya) kuzatiladi. O'tkir psixoz bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi va karaxtlik, deliriy, amensiya, oneyroid, tutqanoq alomatlari bilan davom etadi. Oneyroid alomatlarida ko'pincha, ko'rish illuziyasi va gallutsinatsiyasi bo'ladi. Bunda katatonik alomatlar bo'lmaydi. Eshitish gallutsinozida tovush ta'siridan ko'ruv, vahimalar paydo bo'lib, bemor o'zini yo'qotib qo'yadi. Bularning ta'siridan bemorlar o'ziga va atrofdagi kishilarga xavf solishlari mumkin. O'tkir psixoz o'tib ketganidan so'ng serebrasteniyasi alomati – tez charchash, toliqish, jahl chiqishi, ish qobiliyatining pasayishi, uyquning buzilishi, kayfiyatning yomonlashuvi, giperesteziya belgilari kuzatiladi.

Uzoq muddatli simptomatik psixozlar 2 haftadan 2–3 oygacha saqlanib turadi. O'tish alomatlari uzoq vaqt davomli astenik holatlar bilan tugaydi yoki psixoorganik alomatga o'tishi mumkin. Uzoq muddatli simptomatik psixozlarning quyidagi turlari bor:

1. *Depressiyalar* – kechqurunlari kuchayadi, astenik holat bilan birga davom etadi. Bemorda ko'pincha, kechqurun va tunda qisqa vaqtli deliriy holatlari paydo bo'ladi.

2. *Depressiv vasvasa holatlari*, bemorlarni kuchli vahima, qoʻrquv bosadi. Bundan tashqari, ayblash, taʼna qilish, vasvasa gʻoyalari, illuziya va eshitish gallutsinatsiyasi boʻlib turadi.

3. *Gallutsinator-paranoid holatlar*. Bunda taʼqib qilish, vasvasa, eshitish gallutsinatsiyasi va illuziyalari, atrofdagi kishilarni yolgʻon bilish bilan boradigan oʻtkir paranoid holatlar boʻladi. Bular apatik stupor (qimirlamay qolish, hamma narsalarga befarq qarash) bilan almashinib turadi. Agar bemor oʻz turish joyini oʻzgartirsa, bu buzilishlar oʻtib ketadi.

4. *Moniakal holatlar* – bu oʻzgarishlar harakatsiz maniya, eyforiya va astenik buzilishlar bilan birga namoyon boʻladi. Moniakal holatlar avj olganda, soxta paralitik alomatlar paydo boʻladi. Bulardan tashqari, Korsakov alomati va konfabulyoz holatlari kuzatiladi. Korsakov alomati oʻtganidan soʻng bemor xotirasi tiklanadi.

5. *Konfabuloz holatda* bemor xotirasi va es-hushi joyida boʻladi. Bu holat birdan boshlanib, birdan tugaydi. Bemorlar haqiqatda boʻlmagan voqea va hodisalar haqida gapiradilar. Bu holat tugaganidan soʻng bemorlar oʻzlariga nisbatan tanqidiy munosabatda boʻladilar.

Uzoq vaqtga choʻzilgan psixozlardan keyin asteniya holati paydo boʻladi. Ogʻir yuqumli kasalliklardan va zaharlanishlardan, moddalar almashinuvi buzilishi bilan oʻtadigan somatik kasallarda psixooorganik alomatlar paydo boʻladi. Bu alomatlar har xil astenik eyforiya, apatiya tariqasida namoyon boʻladi. Yurak kasali bilan ogʻrigan bemorlarda ularning kayfiyati buzilib, xavotirlik, besaranjomlik, vahima hissi paydo boʻladi. Bemorning es-hushi buzilib, gallutsinatsiyalar boʻlib turadi. Bemorning ahvoli yaxshilanishi bilan bu holatlar yoʻqoladi. Revmatizm bilan ogʻrigan bemorlarda esa asab-ruhiy sohasida oʻzgarishlar kuzatiladi. Bunday bemor tajang, sabrsiz, salga yigʻlayveradi, uyqusi buzilib turadi, es-hushi aynib, tez-tez gallutsinatsiyalar boʻlib turadi. Xavfli oʻsmalar bilan ogʻrigan bemorlarda amentiv holatlar yoki deliriy paydo boʻladi. Bu holat koʻpincha bemor holdan ketgan paytlarda, kasallik ogʻirlashgan vaqtlarda namoyon boʻladi. Meʼda-ichak yoʻli kasallarida esa tez charchash, uyquchanlik, tajanglik, lanjlik qayd qilinadi. Gijja invaziyasida, koʻpincha bolalarda tutqanoq xurujlari, es-hushning vaqt-vaqti bilan aynib turishi, oʻzidan ketib qolish holatlari kuzatiladi.

Depressiya holatlari koʻpincha surunkali somatik kasalliklarda uchraydi. Bunda bemorda suisidal (oʻzini oʻzi oʻldirish) harakatlari

paydo bo'ladi. Yuqumli kasalliklar (tif, bezgak, zotiljam) bemorlarda ruhiy o'zgarishlar bilan davom etadi. Bunda deliriy holati paydo bo'ladi, bemorning es-hushi aynib, vaqtni bilmaydi, lekin o'zining kimligini biladi. Bemorda ko'ruv gallutsinatsiyasi va illuziyasi paydo bo'ladi. Bemorning ko'ziga har xil vahimali narsalar ko'rinadi. O'tkir yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorlarning es-hushi aynib, illuziya, gallutsinatsiya va alahsirab, har xil gaplar aytish bilan davom etadigan amentiv holat (esning birdan kirar-chiqar bo'lib qolishi) boshlanishi mumkin. Bunda bemor o'zining qayerdaligini, ismi va familiyasini ham aytib bera olmaydi.

Tug'uruq psixozlari. Tug'uruqdan keyin ko'proq amensiya, katatonik va maniya belgilari uchraydi. Og'ir hollarda qonda biokimyoviy o'zgarishlar – giperazotemiya, albuminuriya, qon bosimining ko'tarilishi kuzatiladi. Tug'uruqdan keyin bemorlarda shizofreniya yoki maniakal-depressiv psixozlar va boshqa kasalliklar kelib chiqadi yoki birinchi marta tug'uruqdan keyin paydo bo'ladi. Hozirgi vaqtda tug'uruqdan keyingi psixozlar juda ham kam uchraydi. Bunday paytlarda bemorlar hamma vaqt hamshiralarning kuzatuvida bo'lishlari, hech qachon bir o'zini tashlab ketmasliklari kerak. Agar tug'uruqdan keyin psixozlar kuzatilsa, tezda psixiatr shifokorni chaqirib, psixiatriya shifoxonasiga o'tkazish tavsiya etiladi.

Davosi. Birinchi simptomatik psixozning sababi bo'lgan asosiy somatik kasallikni davolash zarur. O'tkir simptomatik psixozlar somatik shifoxonada psixiatr kuzatuv ostida davolanishi kerak. Bemorni boshqalardan ajratib qo'yish, nazorat qilib turish zarur. Uzoq vaqt cho'ziladigan psixozlar esa ruhiy kasalliklar shifoxonasida davolanishi lozim. O'tkir simptomatik psixozlarda neyroleptiklar – aminazin, kofein, kordiamin bilan birga harakat qo'zg'alishlarida diazepam, leponeks buyuriladi. Bemorlarga quvvatga kirgizuvchi dorilar – 40 % li glukoza, askorbin kislotasi, nikotin kislotasi, magneziy sulfat, natriy xlor tomir ichiga yuboriladi. Delirioz, amentiv, gallutsinator paranoidlarida aminazinni kuniga 300–400 mg gacha berish zarur. Depressiv holatlarda amitriptillin, harakatsiz o'tadigan depressiyada melipramin buyuriladi.

Uzoq vaqt cho'ziladigan simptomatik psixozlarda frenolon, melliril, teralin, bular kor qilmasa, aminazin, galaperidol tavsiya etiladi. Hamma psixotrop dorilar oz-ozdan berilib, keyin asta-sekinlik bilan dozasi oshirib boriladi.

Shizofreniya

Shizofreniya yunoncha soʻzdan olingan boʻlib, ruhning parchalanishi yoki boʻlinishi degan maʼnoni bildiradi. Shveysariyalik olim Bleyler bu kasallikning klinik manzarasini aniqlagan, shuning uchun *Bleyler kasalligi* deb ataladi. Shizofreniya koʻp uchraydigan ruhiy kasalliklardan biri boʻlib, aholi oʻrtasida 1–2% gacha uchraydi; koʻproq 15–35 yoshdan boshlanadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablardan biri virusli infeksiya va bosh miya jarohatlarining asoratlari natijasida yuzaga keladi. Bundan tashqari, irsiy omillar ham muhim oʻrin egallaydi. Kasallikda bosh miya poʻstlogʻi tormozlanishi natijasida qoʻzgʻaluvchanlik ortadi. Bunda poʻstloqosti sohosi nazoratdan chiqib, qoʻzgʻaluvchanlik holati yuzaga keladi. Bosh miyaning bunday oʻzgarishlariga asab hujayralarining zaifligi va oqsil almashinuvining buzilishlari sabab boʻladi. Kasallik koʻpincha astenik oʻzgarishlar bilan boshlanadi. Bular darmon qurishi, xavotirlanish, tez charchab qolish, atrofdagilarga shubha bilan qarash, yoqtirmaslik va har xil xatti-harakatlar qilish bilan davom etadi.

Shizofreniyaning klinik kechishi xilma-xil boʻladi. 1. *Toʻxtovsiz davom etib turadigan shakli*. Bunda klinik belgilar asta-sekin kuchayib, zoʻrayib borish bilan oʻtadi. Bunda bemorning ahvoli yaxshilanib qolganini koʻrsatadigan belgilar boʻlmaydi. Kasallik davomida nevrozsimon vasvasali gallutsinator, gebefrenik va katatonik alomatlar kuzatiladi.

2. *Vaqt-vaqti bilan boʻlib turadigan yoki sust kechuvchi shaklida* kasallik toʻsatdan qisqa muddatda psixozlar boshlanib qoladi. Bundan keyin yana musaffolik davri boshlanadi. Bu shaklida shaxsiyat asta-sekin oʻzgarib boradi. Bu shakl koʻproq oʻsmirlik davridan boshlanadi. Dastlab asabiylashish, ortiqcha fikrlash va miyadan ketmaydigan xayollar paydo boʻlishi bilan kechadi.

3. *Xurujsimon-progrediyeant shakli* – bunda kasallik xurujlar bilan boʻlib turadi va uzoqroq davom etadi. Xurujlar oʻtib ketgandan soʻng, kasallik belgilari susayib qoladi va yoʻqolib ketadi. Bu shaklida shaxsiyat oʻzgarib, aqlpastlik tobora zoʻrayib boradi. Kasallik vasvasalar va gallutsinatsiyalar bilan kechadi. Bu shakli 25 yosh va undan katta yoshdagilarda uchraydi.

Shizofreniyada bemorlar fikrlari sayoz, nutq va yozuvi maqsadsiz, tartibsiz boʻladi. Fikrlash qobiliyati pasayadi, bemorlar ezma, quruq

safsataboz bo'lib qoladi. Avval nevrozsimon o'zgarishlar paydo bo'lib, bemorning kayfiyati o'zgarib turadi. Bunday bemorlar biror sabab bo'lmasdan, har joyi og'rib turishidan, tez charchab qolishidan shikoyat qiladi. Bemorning yurish-turishi va xatti-harakatlarida beparvolik, xudbinlik, kamgaplik kuzatiladi va unda atrofdagilardan qochib yurishga moyillik bo'ladi.

Shizofreniyaning oddiy turida bemor beparvo, kamgap, serjahl va kamharakat bo'lib qoladi. Bu turda yakka qolish, xonalardan chiqmay, bir o'zi o'tirish istagi ko'proq bo'ladi. Kasallik o'smirlik davrida boshlanadi va sust kechadi. Bunda gallutsinatsiyalar va vasvasalar bo'lmaydi. Bu turda bemorlar aytilgan gaplarning teskarisini bajarishga harakat qiladilar. Masalan, og'zingni och desa, u og'zini yopib oladi. Bunday holatga *negativizm* deyiladi.

Shizofreniyaning katatonik turida bemorlar harakatida katatonik qotib qolish yoki katatonik qo'zg'aluvchanlik bo'ladi. Bemorlar bir joyda qimirlamasdan qotib turadi va bitta so'z yoki harakatni hadeb takrorlayveradi. Bemor so'zlarni, jummalarni baqirib aytadi, gaplariga tushunib bo'lmaydi. Bemor oyoq-qo'llarini bukkan holda, gavdaga yaqinlashtirib oladi va uzoq vaqt shunday tinch gapirmay o'tiradi, bu *mutizm* deb ataladi.

Shizofreniyaning paranoid turida bemorlar hech kimning gapiga ishonmaydi, hammaga shubha bilan qaraydi. O'ziga qarshi tashqaridan jismoniy ta'sirlarni sezgandek bo'ladi. Bunday bemorlar, odamlar meni o'ldiradi, ovqatimni zaharlab qo'yadi, deb shubha bilan yurishadi. Ba'zi bemorlar esa menga mashinalar radioto'lqin yuborayapti, deb o'ylashadi. Bu turdagi vasvasalar ko'proq 20–30 yoshdan boshlab uchraydi. Ipoxondrik vasvasalarga chalingan bemor o'zining ichki a'zolarida o'zgarishlar sezadi. Bularga yuragim urishdan to'xtab qoldi yoki ichagim yorilib ketgan, deb takrorlayveradi. Kasallikning bu turida tez-tez gallutsinatsiyalar bo'lib turadi. Bemorlar turli ovozlari, buyruqlarni eshitib, ularni bajarmoqchi bo'ladilar, bu *Kandinskiy-Klerambo alomati* deb ataladi.

Shizofreniyaning gebefrenik turi, bunda bemor quruq safsatabozlik, mantiqsiz qiliqlar qiladi. Bemorlar aftini burishtirib, so'zlarini, qiliqlarini sun'iy takrorlab turadi. Shizofreniyaning bir turi ikkinchi bir turiga almashib turadi. Gebefrenik turi va oddiy turlari og'irroq, katatonik turi esa yengil kechadi.

Davolash usullari. Shizofreniyaning davolashda insulin, sulfazin, aminazin va gipnoz usullari keng qo'llaniladi. Insulin terapiya

moddalar almashinuvi orqali ma'lum o'zgarish yasab, zaharlanishni kamaytirishdan iborat. Insulin bilan davolashni boshlashdan oldin bemorlardan nahorda qon olib, qondagi qand miqdori tekshiriladi. Organizmga yuborilgan insulin qondagi qand miqdorini kamaytirib yuboradi. Me'yorda qondagi qand miqdori nahorda aniqlanganda, 9,0–11,0 g/l yoki 3,3–5,5 mmol/l ga teng bo'ladi. Insulin yuborilganda, qondagi qand miqdori anchagina kamayib ketadi, bu *shok holati* deb ataladi yoki gipoglikemik koma holati boshlanadi. Shokni keltirib chiqaruvchi o'rtacha insulin dozasi 80–100 TB ni tashkil etadi. Ba'zi hollarda, 30 TB miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati boshlanadi yoki 150–180 TB miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati qayt etilmaydi. Shok holatini paydo qilish uchun esa asta-sekinlik bilan insulin dozasini oshirib borish tavsiya etiladi. Insulin teri ostiga avval 4–8 TB dan boshlab, har kuni 4 TB dan ko'tarib borish kerak. Bemorda shok holati paydo bo'lmaguncha, insulin dozasini oshirib boriladi. Qaysi dozada shok holati boshlansa, shu dozada to'xtatiladi. Davo kursi 25–30 insulin shokidan iborat.

Shok holatiga tushganda, bemorlar tashqi ta'sirotlarga javob reaksiyasi ko'rsata olmaydilar. Bemorlarning ko'z qorachilari kengaygan bo'ladi, badani terlaydi, ular 30–40 daqiqa shok holatida ushlab turiladi. Keyin esa 40 % 30–40 ml glukoza eritmasi tomir ichiga asta-sekin yuboriladi va shok holatidan chiqariladi. Glukoza eritmasi yuborilgandan keyin bemor o'ziga kelib, 1–2 daqiqa ichida es-hushi joyida bo'lgandan keyin, 100–200 g qand eritib nonushta qildiriladi. Agar bemorga glukoza eritmasi yuborilgandan keyin 20–30 daqiqa davomida o'ziga kelmasa, yana tomir ichiga 40 % li 30–40 ml glukoza eritmasi yuborish kerak. Ba'zan teri ostiga 0,1 % li 0,5–0,7 ml adrenalini eritmasidan inyeksiya qilinadi. Shok holatidan keyin bemorning ichki kiyimi almashtiriladi. Agar bemorning tomir ichiga glukoza eritmasini yuborishning iloji bo'lmasa, unda qand sharbatini zond orqali yuborish tavsiya etiladi. Insulin shok holati boshlanishi oldidan ba'zi bemorlarda gavda, qo'l-oyoqlarda va yuzdagi mushaklarda uchish, tortishib turish va epileptiform tutqanoq kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, kunning ikkinchi yarmida shok holati takroranishi mumkin. Shuning uchun hamshiralari har doim bemorlarning ahvolini nazorat qilib turishlari, ovqatlantirish va birinchi tibbiy yordam ko'rsatishga tayyor turishlari kerak.

Neyroleptiklar bilan davolash. Katatonik va katatonik-paranoid holatlarda neyroleptiklar: majeptil (kuniga 60–80 mg dan), leponeks

(kuniga 200–400 mg dan), ko'p miqdorda aminazin, stelazin, galoperidol dorilari beriladi. Qo'rquv effekti psixomotor qo'zg'alish bilan boradigan o'tkir paranoid holatlarda tomir ichiga galoperidol stelazin, tizersin bilan birga yuboriladi. Kasallikning surunkali kechishida, ya'ni vasvasalar kuchayib, klinik belgilar murakkablashib borayotganda stelazin (kuniga 40–80 mg dan), galoperidol (20–40 mg dan), etaperazin (150–200 mg dan) uzoq vaqt beriladi. Odatda, 2–3 neyroleptiklar birgalikda, tomir ichiga va mushak orasiga qilinadi, keyinchalik ichishga buyuriladi. Rispolept (risperidon) kuniga 2–4 mg dan 1–12 haftagacha, 2,5% li aminazin 1,0 m/o yoki ichish uchun buyuriladi. O'rtacha bir kunlik dozasi 300 mg dan iborat, davolash muddati 2–3 oygacha cho'ziladi. Aminazin olgan bemorlarning qon bosimi doimo o'lchab turiladi. Aminazin olgandan keyin ba'zi bemorlarning qon bosimi birdan tushib ketadi. Bunga *ortostatik kollaps* deb ataladi. Bunday paytda bemorlarni o'rniga yotqizib, 25% li kordiamin 1,0–2,0 ml teri ostiga yoki 0,1% li adrenalin 0,5–1,0 ml tomir ichiga yuborish kerak. Davolash kursini dastlabki davrida bemorlar o'rindan turmasliklari kerak. Bemorlarning qon bosimi har kuni o'lchab turiladi. Aminazin tabletkasi 25 mg dan 150–175 mg gacha (bir kunlik dozasi). Vasvasa holatlarida triftazin 1–5 mg va galoperidol 20–80 mg dan asta-sekin oshirib, 100 mg gacha (bir kunlik dozasi) 3–4 mahal beriladi. Davoni kasallik belgilari yo'qolguncha yoki ancha kamayib qolguncha shunday dozada davom ettirish kerak. Keyinchalik dozani 1–5 mg gacha kamaytirib borish kerak. Ruhiy qo'zg'alishlarni bartaraf etish uchun shu dorilardan mushak orasiga yoki tomir ichiga inyeksiya qilinadi. Vasvasa boshlanib, ko'ngilda xavotirlik paydo bo'lganda, tizersin 12–50 mg gacha (bir kunlik dozasi 100–400 mg gacha) buyuriladi. Depressiv alomatlariga qarshi amitriptilin va mellipramin buyuriladi. Miyadan ketmaydigan holatlarga – nozepam, seduksen, elenium va triftazin beriladi. Ipoxondrik belgilarda – seduksen, tazepam, fenazepam qo'llaniladi. Irim-sirim harakatlari bo'lsa, uzoq ta'sir etuvchi neyroleptiklar – 2,5% li modditen depo 1,0–2,0 ml dan oyiga 2–3 marta inyeksiya qilib turiladi. Isterik belgilarda sonapaks, teralin dorilari qo'llaniladi.

Maniakal-depressiv psixoz

Maniakal-depressiv psixozlar yosh odamlarda va ko'proq ayollarda uchraydi. Kasallik moniakal va depressiv xurujlar bilan kechadi hamda bu xurujlar takrorlanib turadi. Maniakal xuruj depressiv xuruj bilan almashinib turadi. Kasallikning bir necha kundan bir necha yilgacha davom etadigan musaffolik davri bo'ladi. Xuruj 2 oydan 10 oygacha davom etadi. Kasallik depressiv xurujlar bilan boshlanadi. U bosh miya po'stloqosti sohasi – gipotalamusda qo'zg'aluvchanlik to'xtab sezuvchanlik oshishi, vegetativ o'zgarishlar natijasida yuzaga keladi. Natijada, organizmda uglevod almashinuvi buzilib, qondagi qand miqdori oshadi, sut kislota kamayadi va yog' almashinuvi kuchayadi.

Maniakal (kayfiyatning ko'tarilishi) shaklida atrofdaagi narsalar bemorlarning ko'ziga yaxshi bo'lib ko'rinadi. Bemorlarning kayfi chog' bo'lib, hamma narsalarga qiziqadi, hamma ishlarga aralashib yuradi. Ba'zi bemorlar savollarni ko'p beradigan bo'ladi, ko'p gapiradi. Bemorlar o'zlarining qobiliyatlariga ortiqcha baho beradilar. Masalan, tibbiyotga aloqasi bo'lmay turib, o'zlarining davolash usullarini taklif etadi. Bunday bemorlar o'z yoshiga to'g'ri kelmaydigan qiliqlarni qiladilar. Ayol bemorlar yoshlari keksa bo'lsa ham lablarini qizil rangga bo'yab, yoshlarning qiliqlarini qilishadi. Maniakal holatda bemor ko'p gapirishidan so'z va jummalarni tushirib qoldiradi. Bunday bemorlarning gaplariga tushunish qiyin bo'ladi. Ayrim bemorlar maqsadsiz harakat qilishadi, bironta ishni ham oxirigacha yetkazishmaydi. Kasallikning bu shaklida bemorlar kam uxlaydilar, 2–3 soatgacha charchoqni bilmaydilar, serjahl bo'lib, salga janjal qilaveradilar.

Maniakal shakl quyidagi turlarga ega:

1. Xushchaqchaqlik maniyasi, bunda bemorlarda xushchaqchaqlik, eyforiya (kayfi chog'lik) va o'zini katta tutish holatlari kuzatiladi.

2. Fikr o'zgaruvchanlik maniyasi, tasavvur, idrok etish va fikrlash qobiliyatining o'zgarib turish holatlari kuzatiladi.

3. Ekspansiv maniyasi, bunda bemorlar sababsiz ko'plab mablag' ishlatadilar va quruq va'dalar berib, pullarni bekorga sarflaydilar.

4. Asabiylashish maniyasi, bunda bemorlarning jahli tez bo'lib, ular atrofdaagilar bilan sababsiz urishib, ko'proq janjallashib turadilar.

Depressiv (tushkunlik) shaklida bemorlarning kayfiyati pasaygan, g'amgin, har qanday tashqi ta'sirotlar ularning ko'nglini ko'tarmaydi. Bemorlar sekin ovoz bilan ohista gapiradilar, ko'p vaqt boshni egib, g'amgin bo'lib o'tiradilar. Bemorlarning yaqin kishilariga nisbatan munosabati o'zgarib, loqayd, beparvo bo'lib qoladilar. Depressiv holatda bemorlarda vasvasa paydo bo'lib, o'zini o'zi ayblashga tushadi va o'z hayotini ko'zdan kechirib, yolg'iz o'zini aybdor, deb hisoblaydi. Bunday bemorlar o'zini o'zi o'ldirishgacha borib yetadi. Shuning uchun bunday bemorlarni shifoxonaga yotqizib, kuzatib turish kerak.

Depressiv shaklning quyidagi turlari bor:

- melanxoliya turida bemorlarning kayfiyati pasaygan, g'amginlik holatlari kuzatiladi;

- ajitirlangan melanxoliya turida esa bemor o'zini g'amgin sezsa-da, u tormozlanmagan, balki qo'zg'algan bo'ladi. Bunday bemorlarda o'zini o'zi o'ldirish hissiyoti kuchli bo'ladi;

- ipoxondrik turida – bemorlar tanalarida jismoniy yetishmovchilik va og'riq sezadilar. Tanadagi og'riqdan qutulish chorasini izlab, tanalariga har xil shikastlar yetkazadilar;

- vegetativ turi – bemorlarda vegetativ nevroitik buzilishlar kuzatiladi.

Maniakal shaklini davolash. Bemorlarda qattiq qo'zg'alish davrida neyroleptiklar: xlorprotiksen 150–300 mg, aminazin 300–600 mg gacha, tizersin 150–300 mg, galoperidol 30–60 mg, majeptil 40–70 mg beriladi. Bezovtalik, qo'zg'alish kamayganida neyroleptiklar dozasi kamaytirish kerak. Davolash muddati 2–3 oyga cho'ziladi. Litiy karbonat (kuniga 900–2100 mg) bu qo'zg'alishlarda yordam beradi. Qo'zg'alishlar kamayganda, litiy karbonat miqdori haftasiga 300 mg dan kamaytirib boriladi. Agar bezovtalik, qo'zg'alishlar kamroq kuzatilsa, neyroleptiklar va litiy tuzlari kam miqdorda beriladi. Maniakal holatlar qaytarilmasligi uchun ko'proq litiy tuzlari ishlatiladi. Uning qondagi miqdori 0,6–0,7 mmol/l ga teng.

Depressiv shaklini davolash uchun bemorlar kayfiyatini ko'tarish maqsadida, mellipramin 100–300 mg, pirazidol 200–400 mg buyuriladi anafranil 100–200 mg. Kasallikning dastlabki 1–2 haftasida dorilar tomir ichiga tomchilatib yoki mushak orasiga yuboriladi. Agar depressiya holati affektiv hayajonlanish bilan kuzatilsa, bu vaqtda tinchlantiruvchi (sedativ) antidepressantlar: amitriptilin (kuniga 150–300 mg) buyuriladi. Qo'zg'atuvchi antidepressantlar bemor ahvolini

og'irlashtiradi. Hayajonlanishning yengil turida insidon va azafen dorilari beriladi. Agar hayajonlanish og'ir turda bo'lsa, tizersin 25–50 mg dan 75–100 mg gacha, kuniga 3–4 mahal beriladi. Dorilar ta'sir qilganda, bemorlar o'rinlarida yotishlari kerak, chunki bu dorilar qon bosimni pasaytirib yuboradi. Ipoxondrik va paranoid o'zgarishlarda amitriptilin, diazepam, elenium qo'llaniladi. Depressiv holatdagi bemorlar doim hamshiralar kuzatuvida turishi kerak. Bemorlar ovqat yemay qo'ygan hollarda hamshiralar ularni ovqatlantirishlari, agar iloji bo'lmasa, zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Depressiya boshlanib, harakatlar kamayib qolsa, bularga mellipramin, tizersin 12–25 mg, teralin 25 mg gacha buyuriladi. Ajitirlangan depressiyada amitriptilin, nuredal beriladi. Depressiv holatlar qaytarilmasligi uchun antidepressantlar ko'p foyda bermaydi, shuning uchun litiy birikmalari tavsiya etiladi. Bu dorilar depressiya tugashi bilan tavsiya etiladi, chunki bemorga depressiya vaqtida berilsa, kasallik cho'zilib ketadi. Litiy karbonat 600–1800 mg dan, ovqatdan keyin, kuniga 3–4 mahal ichiriladi. Bu dorilar sedativ ta'sir ko'rsatib, xavotirga tushganda, bezovtalanganda va o'tkir psixotik holatlarda buyuriladi. Bunda bemorlarga 300–600 mg dan bir necha oygacha berib boriladi va qon zardobidagi litiy miqdori doimo tekshirib turiladi.

Parvarish qilish. Depressiv holatlarda bemorlar muntazam hamshiralar kuzatuvida bo'lishlari lozim. Ularga muloyimlik, mehribonlik bilan muomala qilish kerak. Ba'zi bemorlar g'amginlik holatida bo'lsa, ularni bu holatdan chiqarish va o'zini o'zi o'ldirishga yo'l qo'ymashk chorasini topish zarur. Hamshira bemorlarning ovqat yegan yoki yemaganligini o'z vaqtida kuzatib turishi kerak.

Nazorat savollari

- ?
1. Shizofreniyaning oddiy turi boshqa turlaridan qanday farq qiladi?
 2. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlar qanday parvarish qilinadi?
 3. Maniakal-depressiv psixozlarning kelib chiqish sabablarini ayting.
 4. Maniakal va depressiv psixozlar bir-biridan qanday farq qiladi?

Alkogolizm, alkogol psixozlar

Alkogolizm (surunkali ichkilikbozlik, aroqxo'rlik) tez-tez va ko'p miqdorda spirtli ichimliklar iste'mol qilish oqibatida kelib chiqib, unga hirs qo'yish bilan kechadigan surunkali kasallik hisoblanadi.

Bosh og'riqqa ehtiyoj, shaxsning o'ziga xos o'zgarishi somatik va ijtimoiy oqibatlar bilan o'tadi. Alkogolizm sabablari spirtli ichimliklar ichishdir. Alkogolizm rivojlanish davrida odamlarga xushchaqchaqlik, ruhiy kayfiyat, ko'tarinkilik, quvnoqlik beradi. Alkogol ichilganda odamning markaziy asab tizimi faoliyatiga tez ta'sir qiladi, bunda oliy asab faoliyati izdan chiqadi. Ichkilik ichgan odamda diqqat-e'tibor susayib, u harakatlarini yo'qotib qo'yadi. Bunda aqliy ish qobiliyat buziladi, qattiq gapirib, maqtancholik qiladi. Bularning hammasi oddiy mastlik holatiga olib keladi. Mastlik – bu alkogol bilan o'tkir zaharlanish bo'lib, spirtli ichimliklarning psixotrop ta'siridan kelib chiqadi. Bu insonning ruhiy, vegetativ asab buzilishlariga olib keladi.

Klinik manzarasi. Mastlikning quyidagi turlari mavjud:

I. Oddiy mastlik holati, uning 3 darajasi bor. 1. Yengil darajasida kayfiyatning ko'tarilishi, tetiklik, mamnunlik, shirin xayollar paydo bo'ladi. Bunda nutqning baland bo'lishi, tezlashishi, imo-ishoralarning jonlanishi, harakatda aniqlikning yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Bu darajada ichgan odamlar bajarayotgan ishning hajmi, sifati pasayadi. Vegetativ belgilardan yuzning qizarishi yoki oqarishi, jinsiy maylning oshishi namoyon bo'ladi. Mastlikning yengil darajasida barcha voqealar bemorning xotirasida saqlanib qoladi. 2. O'rtacha og'ir darajasida ko'tarinki kayfiyat, jahldorlik, tajanglik, xafachilik bo'lib turadi. Mast kishi o'z qobiliyatini yuqori baholaydi, o'z-o'zini tanqid qilish pasayadi, harakatning chuqurroq buzilishi, ataksiya va dizartriya namoyon bo'ladi. Fikrlashning susayishi, nutqning sekinlashuvi, bir so'zni qayta-qayta takrorlashi paydo bo'ladi. Bemorning diqqat-e'tibori pasayadi. 3. Mastlikning og'ir darajasida karaxtlik belgilari paydo bo'lib, koma holatiga tushadi. Bunda bemorlarda muvozanat buziladi, mushaklar atoniyasi, amimiya, dizartriya belgilari namoyon bo'ladi. Bemorlarda bosh og'riq, bosh aylanish, ko'ngil aynish, qusish, nafas olish va yurak-qon tomir faoliyatida o'zgarishlar bo'ladi. Natijada qo'l-oyoqlarning sovuq qotishi, ko'karib qolishi, haroratning pasayishi, tutqanoq xurujlari paydo bo'lib, ixtiyorsiz tagiga siyib yuborish va axlat chiqishi kuzatiladi. Mastlik holatining bu darajasida kishi xotirasi butunlay saqlanmaydi.

II. Oddiy mastlikning o'zgargan turi asoratli mastlik bo'lib, bunda ruhiy buzilishlar kuchayib yoki pasayib ketadi. Oddiy mastlikning quyidagi o'zgargan turi mavjud: 1. Eksploziv turi – mastlikka xos baland kayfiyat kamroq bo'lib, qisqa vaqt

bo'ladigan jahldorlik, norozilik bilan almashinib turadi. 2. Disforik turi, bunda ruhiy taranglik, g'amginlik, jahldorlik, tushkunlikka tushish, atrofdagi kishilarga xavf solish paydo bo'ladi. 3. Isterik turida harakat buzilgan, qo'llarini qiyshaytirib, bezovtalanadi, bunda o'ziga yengil jarohat yetkazishi mumkin. Bemorda isterik tutqanoq xuruji paydo bo'lishi mumkin. 4. Depressiv turida kayfiyat pasayadi, bemorlar ko'pincha yig'laydilar, g'amginlik, bezovtalanish, o'ziga suiqasd qilish fikrlari paydo bo'ladi. 5. Somnolensiya turida qisqa vaqt ko'tarinki kayfiyatdan so'ng uyqu kelishi va uxlab qolish mumkin. 6. Epileptoid turida epilepsiya xuruji va harakat qo'zg'alishlari kuzatiladi. 7. Paranoid turida harakat va nutq qo'zg'alishi kuchayib, atrofdagi kishilarni haqorat qiladi, urush va janjal qiladi.

III. Kasallikka xos mastlik o'ta o'tkir o'tkinchi psixoz bo'lib, spirtli ichimlik ichish natijasida paydo bo'ladi.

Alkogolni tez-tez iste'mol qilish natijasida odam unga o'rganib qoladi va surunkali alkohol kasalligiga chalinadi. Surunkali alkohol kasalligining quyidagi bosqichlari mavjud:

1. Asosiy belgisi ichkilikka xos moyillik (intilish) bo'lib, oddiy ichkilikbozlikdan kasallikka o'tiladi. Birlamchi ichkilikka moyillik faqat ichkilik ichish bilan o'tadigan marosim paytida paydo bo'ladi. Bemorlar ichkilik ichish maqsadida bunday marosimlarni o'ylab topadilar va tezlatadilar. O'zlari esa jonlanib ketadilar. Hamma ishlarni tashlab, ichkilik ichishga shoshiladilar, agar bemorlar oldida to'siqlar paydo bo'lsa, ularning ruhiyati, kayfiyati pasay. Birinchi bosqichda bemorlar mast bo'lishlari uchun ichkilik miqdorini 2–3 barobar oshirib ichadilar. Ichkilikka chidamlilikning oshishi qayt qilishning yo'qolishi bilan kuzatiladi va mastlik holatiga olib keladi. Bemorlar bu mastlik holatidagi voqealarni xotirada saqlab qolmaydilar (giyohvand amneziya).

2. Kasallikning birinchi bosqichdagi belgilarning kuchayishi bilan abstinent belgi (bosh og'riq) paydo bo'ladi. Bunda bemorda mastlik tugashi bilan behollik va vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurak urishi, yuz va ko'z olmasining qizarishi, tinka qurishi, lanjlik paydo bo'lishi bilan davom etadi. Bu holat kecha-yu kunduz paydo bo'ladi. Agar bemor ozgina ichsa, uning ahvoli yaxshilanadi. Alkoholizm rivojlanib borsa, abstinent holati ham og'irlashib boradi. Bunda vegetativ o'zgarishlar bilan

birga somatik o'zgarishlar ham qo'shiladi. Bularga yurak qon tomir urishining buzilishi, ishtahaning kamayishi, ich buzilishi, qayt qilish, qorindagi og'riqlar kiradi. Asab-ruhiy sohasida esa butun tanada titroq, xavotirlik, vasvasalar, o'z-o'zini ayblash, jahldorlik, ko'rolmaslik, yomon tush ko'rishlar, gallutsinatsiyalar paydo bo'ladi. Abstinent holati 2–5 kun davom etib, bemorlar ertalabdan bosh og'rig'i uchun ichadilar. Bunda bemorni ichkilik ichishdan to'xtatib bo'lmaydi. Ichkilikka bo'lgan chidamlilik bir necha yil davom etadi. Bemorlarda mastlik holati o'zgaradi, eyforiya davri qisqarib, psixopatsimon holatlar uchraydi.

3. Ichkilikka bo'lgan chidamlilikning kamayishi kasallikning 3-bosqichga o'tishini bildiradi. Bunda bemorlar oz-ozdan kun bo'yi ichadilar, ichish bir necha haftadan bir necha oyga cho'ziladi. Bunda birinchi kuni ko'p ichib, oxirgi kunlari esa ichkilikka chidamlilik kamayib boradi. Jismoniy o'zgarishlar yuzaga kelib, butunlay ichmay qo'yadilar. Bemorlar uyatsiz, sharm-hayosiz, urishqoq, yolg'onchi bo'lib qoladilar. Bunda gepatit, yurakdagi o'zgarishlar tuzalmaydigan darajaga keladi. Kasallikning kechishi ichkilik ichgandan uning ikkinchi bosqichi boshlanguncha, 6–7 yil vaqt o'tadi. Bu tez rivojlangan turi hisoblanadi. O'rtacha rivojlangan turi 7–15 yilgacha, asta-sekin rivojlangan davrida 15 yildan ko'proq vaqt o'tadi.

Davosi. Surunkali alkogolizm uch bosqichda davolanadi:

Birinchi bosqich. Zararsizlantirish (dezintoksikatsion terapiya); umumiy davolash 40% li 20 ml glukoza bilan 5% li 5,0 askorbin kislotasi tomir ichiga 15 kun, 5% li unitiol 3–5 ml 6–10 marta mushak orasiga; 30% li tiosulfat natriy 15–20 ml 10–15 marta tomir ichiga; 0,9% li natriy xlor 1–2 litr tomir ichiga tomchilatib yuboriladi; gemodez, reopoliglukin 400,0 ml tomir ichiga 4–5 kun, 25% li magneziy sulfat 5–10,0 ml eritmasiga 40% li glukoza qo'shib tomir ichiga 14 kungacha beriladi. Vitamin B₁₂ 1000 mg, B₁ 100 mg, nikotin kislotasi katta dozada beriladi. Abstinent holatlarda va surunkali davrlarda qo'llaniladi. Abstinent holatida vegetativ astenik asab o'zgarishlarida nootrop dorilar, fenazepam 1–2 mg, 0,5% li seduksen 2–4 ml, pirroksin 1–3 ml 2–6 marta qilinadi. Ruhiy o'zgarishlarda aminazin, tizersin, galoperidol, teralin, melleril, depressiyada amitriptilin buyuriladi.

Ikkinchi bosqichda. Davolash kasallikka, ichkilikka moyillikni bartaraf etishdan iborat, bunda psixoterapiya usullari

ham qo'llaniladi. Ichkilikka bo'lgan moyillikni bartaraf etish uchun psixotrop dorilar – karbiden 90–150 mg, neuleptil 30 mg, meleril 150 mg, teralen, etaperazin, pirogenal 250–1500 mpd buyuriladi. Spirtli ichimlikka jirkanchlik hissini uyg'otish maqsadida shartli reflekslarni keltirib chiqarish uchun 0,5% li apomorfinning yangi tayyorlanganidan 0,2–1,0 ml gacha teri ostiga yuboriladi. Dori ta'sirida qayt qilish refleksi kuchayadi. Bemorga 30–50 ml spirt ichish tavsiya etiladi. Qayt qilishni kuchaytirish maqsadida qo'shimcha emitin 0,05 mg, ipekakuana 0,25–0,5 mg, mis kuporosi eritmasini 0,5–0,75 mg 150 ml distillangan suvda eritib ichish buyuriladi. Bemor organizmida ichkilikka nisbatan chidamsizlik hissi uyg'otiladi. Bunda teturam (antabus) dorisini 0,125–0,5 g dan har kuni 30 kun davomida beriladi. Dorining ta'sirini mustahkamlash maqsadida teturam-alkogol sinamasi qo'yiladi. Bu sinama o'tkazishdan 3–4 kun oldin teturam 1,0 g gacha oshirib boriladi. Bemor ichgandan so'ng behushlik, yurak sohasidagi og'riq, qon bosimining oshishi, tutqanoq xurujlari kuzatiladi. Bu o'zgarishlarning oldini olish maqsadida, sinov oldidan bemorlarga 8,4% li bikarbonat natriy, 10% li kalsiy xlor eritmasini 10% li glukozada aralashtirib, tomir ichiga yuboriladi. Bemorlarga ichkilikka qarshi chidamsizlikni keltirib chiqarish uchun metronidazol (trixopol) 1000–2000 mg har kuni, 3–4 hafta davomida; furazolidon 300–800 mg 10 kun davomida; siamid 50–100 mg 5–6 kun, nikotin kislota 100–400 mg 3–4 hafta davomida berib boriladi. Bu usulni uzoq muddat qo'llash mo'ljallanganda, mushak ichiga esperal va radeter dorilarni jarrohlik yo'li bilan kiritiladi.

Uchinchi bosqichda davolash – natijalarni barqaror qilish, kasallik qaytalanishining oldini olish usullaridir. Bunga psixoterapiya usullari, psixotrop dorilari qo'llaniladi. Kasallik qayta avj olishining oldini olish uchun teturam 0,25–0,75 g, trixopol 0,75–1 g, nikotin kislotasi har kuni 1–3 oy davomida berib boriladi. 1–2 oy o'tgach bu kurs yana qaytariladi.

Alkogol psixozi yoki ichkilik jonsarakligi o'tkir, to'satdan boshlanadigan, bemorning o'zi va atrofdagilar uchun xavfli kasallikdir. Boshning shikastlanishi, yuqumli kasalliklar, uzoq uyqusizlik, og'ir ruhiy kechinmalar uning paydo bo'lishiga olib keladi. Kasallikdan oldin uyquning buzilishi, bemorning vahimali tushlar ko'rib chiqishi kuzatiladi. Ko'proq erkaklarda uchraydi. Buning kelib chiqishida miya to'qimalari ichkilik ta'sirida zaharlanadi. Unda moddalar almashinuvi

buziladi. Alkogol psixoz, asosan, abstinent holatida boshlanadi. Alkogol psixozning klinik manzarasi deliriy, gallutsinozlar, vasvasalar, ensefalopatiya ko'rinishida bo'ladi. Bundan tashqari, psixozlarning aralash va o'zgargan turlari ham bo'ladi.

Alkogol deliriy (oq alahlash) turi uch bosqichda bo'ladi:

1. Emotsional harakatlar, hayajonlanish, ko'p gapirish, fikrlar va so'zlarning ko'payishi, imo-ishoralarning kuchayishi, o'ta sezuvchanlik, kayfiyatning tez o'zgarishi, uyqusizlik va vegetativ o'zgarishlar paydo bo'ladi.

2. Yuqoridagi o'zgarishlarga ko'rish illuziyasi va gallutsinatsiyalari qo'shiladi.

3. Tashqi hodisalarga vaqt va joyga bo'lgan mo'ljallarning yo'qolishi qo'shiladi. Deliriy psixozdagi bemorlarda gallutsinatsiyalar hosil qilish, masalan, bemor yumuq ko'zlari ustiga barmoq bilan sekin bosib, ularga har xil ko'rinish gapirilganda, ularda ko'rish gallutsinatsiyasi paydo qilish mumkin. Bemor toza qog'ozda har xil yozuvlarni ko'rishi mumkin yoki uzib qo'yilgan telefon bilan gaplashadi. Deliriyda har doim titroq, gandiraklash, yurakning tez urishi, ko'p terlash holatlari kuzatiladi. Alkogolli deliriy 2–8 kun davom etadi va chuqur uyqu bilan tugallanadi.

Alkogolli gallutsinozlar. Kasallik kechishi o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi. O'tkir turi bir necha soatdan bir necha haftagacha yoki 1 oygacha davom etadi. Bu birdan boshlanib, kechqurun yoki tunda uyqusizlik, eshitish gallutsinozlari kuzatiladi. O'rtacha og'irlikdagi turi bir oydan olti oygacha cho'ziladi va eshitish gallutsinozlari bo'ladi. Surunkali turi olti oydan oshib ketadi. Bunda eshitish gallutsinozlari doimiy bo'lib, bemorlar bu ovozlari bilan bahslashadilar, urishadilar, keyinchalik bu ovozlarga ko'nikib qoladilar. O'zlari tinchlanib, keyinchalik ish qobiliyatlarini tiklab oladilar.

Alkogolli vasvasali psixozning quyidagi turlari mavjud:

1. Alkogolli paranoid (ta'qib qilish vasvasasi), bunda bemorda bosh og'riq kuchayadi, bezovtalanish, hayajon, qo'rqish, harakat qo'zg'aluvchanligi namoyon bo'ladi. Bemorga har qanday kishi ta'qibchi bo'lib tuyuladi. Tez orada ko'rish va eshitish illuziyalari paydo bo'ladi. Bemorlar ta'qibchilardan qochishi yoki o'zlariga jarohat yetkazishi mumkin. Kechga borib esa delirioz belgilar, eshitish gallutsinatsiyalari paydo bo'ladi.

2. Rashk vasvasalari ko'proq erkaklarda uchraydi. Bemorlarda o'z xotini o'ynash topib olgandek fikrlar paydo bo'ladi. Ular, ko'pincha,

dalil va ashyolar qidirib, xotinlarining orqasidan kuzatib, kiyimlarini tekshirib yuradilar. Bemorlar o'z xotinlariga nisbatan tan jarohati yetkazishlari mumkin.

Alkogolli ensefalopatiya – bunda o'tkir ruhiy o'zgarishlar, somatik (terining oqarib qolishi, ko'z oqining sarg'ayishi, haroratning ko'tarilishi, yurakning tez urishi, qon bosimning pasayishi, hushdan ketish, jigarning kattalashishi) va asab tizimidagi (titroq, gandarlash, mushaklar tortishishi yoki bo'shashish, nistagm, ko'rishning pasayishi, patologik reflekslarning paydo bo'lishi, ensa mushagining qotishi) o'zgarishlar kuzatiladi. Korsakov psixoz surunkali alkogol psixozida kuzatiladi. Bunda xotiraning pasayishi, joyni, vaqtni, atrof-muhitni bemorlar bilmaydi, konfabulatsiya va polinevritga xos belgilar paydo bo'ladi. O'tmishda bo'lib o'tgan voqealar esda bo'ladi, kasbga, mehnatga bo'lgan qobiliyat saqlanib qoladi. Alkogol falaji ko'proq erkaklarda uchraydi. Ruhiy o'zgarishlar, fikrlash, bilimlar, o'z-o'ziga tanqidiy qarashlar kamayadi. Eyforiya, hazillar, o'ziga ishonish kuchi yuqori bo'ladi, xotira buzilishlari kuzatiladi.

Davosi. Alkogolli psixoz zaharlanish bosqichida bemorlarni davolashda gemodez, reopoliglukin 400,0 ml 2 mahal kuniga, 5% li 400,0 ml glukoza eritmasini tomir ichiga tomchilatib quyish buyuriladi. 30% li 10,0 ml natriy tiosulfat, 5% li 5–10,0 ml unitiol, 10% li 10,0 ml kalsiy xlor, 25% li 10,0 ml magneziiy sulfat dorilari tavsiya etiladi. Bemor qo'zg'alganda, seduksen, GOMK; alkogolli vasvasalar, gallutsinatsiyalarda aminazin, galoperidol o'rtacha dozada (hamma vaqt vitaminlar bilan birga) beriladi. Miya shishganda mannit, laziks hamda kokarboksilaza, askorbin kislota, eufillin yaxshi yordam beradi. Jigar zararlanganda, metionin, essensial 3–4 mahal buyuriladi. Alkogolli ensefalopatiyada vitaminlar, pirasetam, aminazin, encefabol, asefenlar bilan birga, bosh miyada qon aylanishini yaxshilovchi dorilar – kavinton, stugeron yoki sinnarizin, sermion buyuriladi. Alkogolizmga qarshi davolashni psixoz tugagandan bir necha oydan keyin boshlash mumkin.

Giyohvandlik

Giyohvandlik – zaharli moddalarga organizmning o'rganib qolishi natijasida yuzaga keladi. Giyohvand moddalar, asosan, bir marta iste'mol qilganda kayf beruvchi, surunkali iste'mol qilganda esa

jismoniy va ruhiy ko'nikish hosil qiluvchi moddalardir. Giyohvand moddalarni uzluksiz iste'mol qilish giyohvandlikga olib keladi. Giyohvand moddalar iste'mol qilinganda, asosan, asab tizimi faoliyatiga ta'sir qilib, uning ish faoliyatini buzadi. Ya'ni eslash, fikrlash, sezish, gapirish qobiliyatining pasayishiga olib keladi, natijada ularning ish qobiliyati yo'qoladi. Giyohvand moddalarni qayta iste'mol qilganda organizmda ruhiy moyillik, ya'ni shu moddalarga nisbatan kayf, mastlik holatlari yuzaga keladi. Bunda, ayniqsa, bolalarda o'qishga bo'lgan qiziqish yo'qoladi. Jismoniy moyillik esa organizmning giyohvand moddalarga bo'lgan moyilligi ortishi natijasida, giyohvand modda iste'mol qilmagan taqdirda, organizm me'yoriy faoliyat ko'rsatmasligi mumkin. Oqibatida qo'l-oyoq bo'g'inlarida, mushaklarda kuchli og'riq, qaltirash, tirishish holatlari bo'lib o'tadi. Bemorlarda bezovtalik, yaxshi uxlamaslik, injqlik, bosh og'riq, tez-tez ich ketish, qattiq qo'rquv holatlari kuzatiladi. Bu holatlar giyohvand moddalar qabul qilgandan keyin tezda o'tib ketadi. Bu moddalarni surunkali iste'mol qilish natijasida, organizmda jismoniy moyillikning kuchayishi, ya'ni o'zini o'zi boshqara olmasligi, nazorat qilishi yo'qoladi, bundan keyin kayf qilish uchun emas, balki shu moddalarsiz organizmning me'yoriy faoliyat ko'rsatmasligi natijasida, tura olmaslik holatlariga olib keladi. Giyohvand moddalarni surunkali iste'mol qilish homilador ayol organizmiga va homilaga zararli ta'sir qiladi. Natijada homila rivojlanishining dastlabki uch oyligida asab tizimi, barcha tana a'zolari va to'qimalari shakllanib borayotganda salbiy ta'sir qilib, tug'ma nuqsonlar paydo bo'lishiga olib keladi. Bunda homila rivojlanishi susayadi, homilaning erta tushishi, o'lik tug'ilishi, bolaning aqliy zaif bo'lib qolishi, mayib-majruh tug'ilishiga olib keladi.

Giyohvandlikni keltirib chiqaruvchi omillardan biri ijtimoiy omildir. Bunga bolalarni oilada noto'g'ri tarbiyalash, tevarak-atrofdagi chekuvchilarning ta'siri va ularga bolalarni qiziquvchanligi, kayfiyatga tez beriluvchanlik hamda turli xil qiyinchilikdan qochishi kiradi. Giyohvand moddalarni uzoq muddat iste'mol qilganda kishi unga o'rganib qoladi. Bemorlar ko'proq og'riq qoldirivchi dorilar (promedol, morfin, omnopon, barbituratlar)ni qabul qilgandan keyin unga organizm o'rganib qoladi. Agar bemorlar bunday dorilarni qabul qilmasa, organizmda abstinensiya (xumor tutish) belgilari paydo bo'ladi. Bular bosh og'riq, lanjlik, tajanglik, yurak o'ynashi, kayfiyat va ruhiyatning yomonlashuvi, ich ketish, uyqusizlik va vahima bosish belgilari paydo

bo'ladi. Abstinensiya davrida bemorlar giyohvand moddalarni qo'lga kiritish uchun harakat qiladilar va jinoiy ishlar ham qiladilar. Ba'zi bemorlar darddan qutilish uchun shifoxonaga yotib oladilar. Og'riqqa chidolmasdan morfin qilishlarini so'raydilar. Vaqt o'tishi bilan morfin miqdori kamlik qiladi va qanoatlantirmay qo'yadi.

Giyohvandlikka o'rganib qolgan bemorlarning ishtahasi yo'qoladi, terisi quruq, shilviragan, qo'l-barmoqlarda titrash (tremor), bo'g'im-mushaklarda og'riq, uyqusi buzilgan, yurakning o'ynab turishi, ish qobiliyatining susayishi va irodaning pasayishi kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha yolg'on gapirish, kulish yoki yig'lash hamda xotiraning pasayishi namoyon bo'ladi. Agar nasha chekilganda eyforiya, fikrlashning tezlashishi, hirsning kuchayishi, illuziyalar (kichik ariq xuddi katta ariq bo'lib ko'rinadi), bachkanalik, kulguli holatlar, tashnalik, ochlik paydo bo'lsa, giyohvandlikda kuchli asteniya – xavotirlanish, mushaklar uchishi, ich ketish, tutqanoq xurujlari, talaffuzning buzilishi, titroq, muvozanatning yo'qolishi holatlari kuzatiladi.

Toksikomanlar. Ularda tabiiy va sun'iy zaharlovchi moddalarni iste'mol qilish natijasida organizmda shu moddalarga nisbatan moyillik, xumor tutish holatlari kuzatiladi. Bu holat ko'pincha psixotrop dorilar bilan uzoq davolangan bemorlarda kuzatiladi. Bu dorilardagi xumor holatlarida bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurak urishining tezlashishi, titroq bosish, behushlik holatlari, tutqanoq xurujlari va psixoz holatlari kuzatiladi. Psixotrop dorilar uzoq muddat iste'mol qilinganda ularga chidamlilik oshadi, xumor holatlari (qo'rquv, uyqusizlik, ko'p terlash, titroq) paydo bo'ladi. Miya faoliyatini tetiklashtiruvchi dorilar (kofein) iste'mol qilganda, bemorlarda tetiklashish, kuchga to'lish, yengillashish kabi holatlar kuzatiladi. Bu holatlar qisqa vaqtdan keyin bo'shashish, tushkunlik, bosh og'riq, tananing qaqshashi bilan tugallanadi. Shuning uchun bemorlar qayta shu dorilardan olishga majbur bo'ladilar. Bundan tashqari, bemorlarda vasvasalar, eshitish, ko'rish gallutsinatsiyalari ham kuzatiladi. Parkinsonizmga beriladigan dorilar (siklodol, parkopan, romparkin, artan) ko'p dozada berilib borilganda bemorlarda eyforiya, mastlik, gallutsinatsiyalar bo'lishiga olib keladi. Bu moddalarning dozasi oshib ketganda qo'rqinchli ko'rish gallutsinatsiyasi, deliriy yoki ovoz eshitish gallutsinatsiyasi, o'tkir sezish, ta'qib qilish vasvasasi bilan o'tadigan psixozlar kuzatiladi. Xumor holatida qo'l va tananing titrashi, mushaklardagi og'riq hamda

tortishishlar, yurakning tez urishi, bo'g'im va umurtqa pog'onasidagi og'riqlar, xavfsirash, qo'rqish belgilari namoyon bo'ladi. Benzin, bo'yoq, lok erituvchilar, yelimlar, kremlar hidlaganda ko'pincha nafas yo'li orqali o'tkir zaharlanishga, mastlik holatiga olib keladi. Bunda eyforiya, gallutsinatsiyalar paydo bo'ladi. Agar bemorlar bu moddalarni 2–3 kun iste'mol qilmasa, yurak o'ynashi, qon bosimining o'zgarishi, qo'l titrashi, qovoq uchishi, tanada shishlar paydo bo'lishiga olib keladi. 5–7 kunga kelib esa depressiya, apatiya, bo'shashish, asteniya belgilari uchraydi.

Davosi. Kasallik 3 bosqichda davolanadi. 1. Organizmdagi zaharli toksinlarni suyuqliklar quyish natijasida chiqarib yuborish, organizmni umuman mustahkamlash va tetiklashtirish, giyohvand moddalar qabul qilishni to'xtatish.

2. Giyohvand moddalarga qarshi qaratilgan usullar.

3. Xumor holatini to'xtatib turuvchi davolash usullari.

Xumor holatlarida tinchlantiruvchi dorilardan pirroksan buyuriladi, bu uyqusizlik va giyohvand moddalarga bo'lgan intilishni kamaytiradi. Dori 5–7 kun davomida beriladi. Xavotirlanish, xavfsirash, qo'rqish, uyqusizlikda hamda vegetativ o'zgarishlarda elenium, seduksen, sibazon, relanium, rudotel qo'llaniladi. Depressiyada tazepam, nozepam, frenalon, galoperidol; giyohvand xumor holatida sulfazin 5,0–10,0 ml 2–4 kun davomida kuniga 1 marta berish kerak. Davo kursini 5–6 marta takrorlash kerak. Pirogenal 250–1000 mpd kunora, 30% li tiosulfat natriy 5–10,0 ml, magneziy sulfat, unitiol, vitaminlar; astenik holatlarda kalsiy glitserofosfat 0,2 g, fitin 0,25 g 3 mahal ichish uchun beriladi. Bezovtalik, uyqusizlikda tizersin, dimedrol, pipolfen hamda 2,5% li 1,0–3,0 ml aminazin 5–7 kungacha har kuni beriladi. Bundan tashqari, elektruyqu, psixoterapiya, oyoqlarni iliq suvda ushlab turish yaxshi natija beradi.

Tamaki chekish (kashandalik). Eng ko'p uchraydigan hamda butun dunyo bo'yicha keng tarqalgan, ko'pgina xalqlarning kundalik turmushiga singib ketgan zararli odatdir. Chekish erkaklar va ayollar orasida hamda hozirgi davrda yoshlar va bolalarda ko'proq uchramoqda. Chekishning xotin-qizlar orasida odat bo'lishi bu aholi o'rtasida har xil nasl va irsiy kasalliklarning ko'payishiga olib kelmoqda. Tamaki chekkanda organizmga o'tadigan zahar bu nikotindir. Chekish vaqtida organizm nikotinga asta-sekin o'rganib boradi va kashandalarda o'tkir zaharlanish hollari yuz bermaydi. Nikotin eng avval asab tizimiga

ta'sir qiladi. Chekishga birinchi marta uringan kishilarda chekkan vaqtida birdan ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanish, bosh og'riq, quloq shang'illashi, yurakning tez urishi, badanni sovuq ter bosish, teri rangining oqarib ketishi, uxlab qolish hamda holsizlanish belgilari namoyon bo'ladi.

Tamakini chekib yurgan kishilarning nafas a'zolari, yurak-qon tomir tizimida, oshqozon-ichak yo'llarida bir qancha kasalliklar paydo bo'ladi. Chekish kasalliklarni og'irlashtiradi, uning sog'ayishni esa kechiktiradi. Chekish ateroskleroz, yurak sanchig'i, infarkt miokardning avj olishiga olib keladi. Yurak ishemik kasalliklarining boshlanishida muhim ahamiyatga ega. Kislorod kelib turishi va uning gemoglobin bilan birikishini qiyinlashtiradi. Shuning uchun to'qimalarga kislorod o'tishi kamayadi. Surunkali bronxit kasalligining ko'payishiga olib keladi. Chekadigan kishilarda oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi kasalligi, chekmaydiganlarga nisbatan ikki baravar ko'p uchraydi. Chekish kislota-ishqor muvozanatini buzadi va natijada oshqozonning kislotali muhiti ko'payib yara paydo bo'lishiga olib keladi. Ayollar homiladorlik davrida cheksa, nikotin homilaning rivojlanishiga ta'sir qilib, homilaning erta tushishi, o'lik tug'ilishi va homila rivojlanmay, mayib-majruh tug'ilishiga olib keladi.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining ma'lumotlariga qaraganda, chekish odat bo'lgan mamlakatlarda, saraton kasalligi ko'p uchrab, o'lim hollari tobora ko'paymoqda. Chekadigan kishilar yon atrofdagi odamlarga ham zararli ta'sir ko'rsatadi. Tamaki tutuni ta'siridan yurak sanchig'i boshlanib qolishi yoki astmasi bor bemorlarning nafasi qisilib qolishi mumkin.

Davosi quyidagilardan iborat:

– nikotin abstinentsini bartaraf etish va tamaki hidiga salbiy reaksiya hosil qilish;

– qo'lga kiritilgan natijalarni mustahkamlash va quvvatlab boruvchi dorilarni davom ettirish. Chekish to'xtatib qo'yilganda abstinentsiya belgilari: odamning aqliy va jismoniy ish qobiliyatining kamayishi, lanjlik, xafachilik, uyquning buzilishi, tajanglik, bosh og'riq, quloq shang'illash holatlari kuzatiladi. Chekuvchilarda bu holatlar chekkan vaqtda o'tib ketadi.

Chekishni tashlayotgan kishilarga dorilar bilan psixoterapiya, refleksoterapiya, fizioterapiya usullari birgalikda qo'llaniladi. Dorilardan tabeks, lobesil, pilokarpin beriladi, bu dorilar nikotin xumorini

kamaytiradi. Tamakiga bo'lgan maylni bosish uchun seduksen, tazepam, fenazepam, etaperazin, neuleptil, teralen buyuriladi. Bular bilan birga, neyroleptiklar berish yaxshi samara beradi. Lanjlik holatlarida esa vitaminlar tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Oddiy mastlik holatining o'zgargan mastlik holatidan farqi nimada?
 2. Ichkilik jonsarakligi qanday kelib chiqadi?
 3. Giyohvandlik turlari va unga qarshi kurash choralarini tushuntirib bering.
 4. Abstinent alomati va bemorlarni parvarish qilish choralari nimalardan iborat?

Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi

Bosh miya qon tomirlari aterosklerozida bosh miya qon tomirlari torayib, devorlari zichlashib qoladi, ya'ni sklerozlanadi. Bu narsa bosh miya to'qimasining oziqlanishi va kislorod bilan ta'minlanib turishini izdan chiqaradi. Bunda bosh miya faoliyati buziladi, og'ir hollarda miyaning ma'lum joylariga qon quyiladi yoki bosh miya to'qimasi yumshab qoladi. Odam organizmida ortiqcha to'planib qolgan yog'simon moddalar bosh miya qon tomirlarining ichki devoriga yig'iladi. Natijada, qon tomir devorida biriktiruvchi to'qimalar o'sib ketadi.

Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi 50–60 yoshdan keyin boshlanadi. Kasallik asta-sekinlik bilan emotsional hayajonlar, xolesteringa boy oziq-ovqatlarni ko'p iste'mol qilish, ko'p aroq ichish va chekish, kam harakat qilib hayot kechirish natijasida kelib chiqadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning boshlang'ich belgilari bosh og'rishi, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, qo'l va oyoq uvushishi, toliqish va boshda og'irlik sezishdan boshlanadi. Bemorlar serjahl, tez charchaydigan bo'lib qoladi. Ko'ngli bo'sh bo'lib, uyqusi tez-tez buziladigan, uyquga ketishi qiyin bo'ladi. Bemorlarning xotirasi pasaygan, xayoli parishon, yaqinda bo'lib o'tgan voqealarni tezda esidan chiqarib qo'yadilar. Voqealar hadeganda esiga kelavermaydi. Mana shular ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi. Avvallari qiyinchilik tug'dirmaydigan ishlar endi ancha ko'p vaqt sarflash va diqqat-e'tiborni ko'proq jalb qilishga olib keladi. Fikrlash, nutq qobiliyati va harakatlar sekinlashib boradi.

Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi belgilari vaqt-vaqti bilan susayib yoki kuchayib turadi. Kasallikning keyingi bosqichlarida markaziy asab tizimida organik o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlar borgan sari ko'ngli bo'sh bo'lib boraveradi, qarindoshlar bilan uchrashganda yig'lab yuboradi. Asta-sekinlik bilan bemorlarda aqlpastlik belgilari paydo bo'ladi va xotira pasayib, fahm-farosatning kamayishi bilan kechadi.

Davosi. Avvalo asosiy kasallikni, ya'ni qon tomir kasalliklarini bartaraf etish va qon aylanishi buzilishini yaxshilash lozim. Dastlabki belgilar paydo bo'lishi bilan mehnat va dam olish rejimiga qattiq amal qilish, uyquni maromiga keltirish, yotishdan oldin toza havoda yurish, uyqudan 10–15 daqiqa oldin iliq vannalar qabul qilish tavsiya etiladi. Bemorlarning ovqatlanishi asosan, o'simlik va sut mahsulotlaridan iborat bo'lishi kerak. Bemorlarning chekish va ichishiga barham berish kerak. Bosh aylanishi, eshitish faoliyatini yaxshilash uchun betaserk 2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan oldin, glitsin 1 tabletkadan 3 mahal til ostiga va liprimar buyuriladi. Psixotrop dorilardan juda oz miqdorda mayin ta'sir qiluvchi turlaridan melleril 50–75 mg, aminazin; gallutsinozlarda oz miqdorda galoperidol; qo'rquv to'la vasvasalarda tizersin; qo'rquv va bezovtalik, depressiyalarda antidepressantlar yoki neyroleptiklar; trankvilizatorlardan oz-ozdan seduksen, tazepam; xavfli qo'zg'alishlarda seduksenni tomir ichiga yuborish lozim; ba'zi hollarda aminalon, pirasetam yoki serebrolizin, 3 % li kaliy yodid 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichishga beriladi, askorbin kislotasi va miskleron tabletkalari buyuriladi. Agar qon bosimi ko'tarilsa, unga qarshi dori-darmonlar ishlatiladi. Fizioterapiya muolajalaridan elektroforez kaliy yod yoki novokain bilan bo'yin sohasiga uqalash qo'llaniladi. Bulardan tashqari bemorlar chekish, ichkilik ichish, toliqish, emotsional zo'riqishdan xoli bo'lishlari lozim. Bemorlar ishga jalb etilishi kerak, ish qobiliyati faqat aqlpastlik yoki psixoz vaqtida yo'qoladi.

Bosh miya atrofiyasi natijasida vujudga keladigan ruhiy o'zgarishlar

Ruhiy o'zgarishlarning bu guruhi, asosan, qarilikning kech davriga to'g'ri keladi. Bunda umumiy belgilar asta-sekin boshlanib, kuchayib boradi, kasallikning qaytalanmasligi og'ir oqibatlarga olib keladi. Kasallikda asab tizimida chuqur o'zgarishlar bo'lib, aqlpastlik

rivojlanib boradi. Bosh miya atrofiyasi qaysi yoshda boshlanishiga qarab quyidagi turlarga ajratiladi:

– qarilikoldi (presenil) aqlpastlik. Bu Pik, Alsgeymer kasalligi, Gentington xoreyasi, Parkinson kasalliklarini oʻz ichiga oladi;

– qarilik davri (senil) turidagi miya qurishi, bunda qarilik yoki senil aqlpastlik (demensiya) kiradi.

Qarilikoldi va qarilik psixozlari. Organizmning qarishi, soʻlib borishi (invalutsion davri) jarayonida bir qancha kasalliklar yoshga qarab uchrashi mumkin. Bu holat organizmda moddalar almashinuvining oʻzgarishi natijasida, yaʼni jinsiy bezlar faoliyatining susayishida katta ahamiyatga ega. Bu davrda bemorlarda vazomotor oʻzgarishlar qayd qilinib, bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi, qon bosimning koʻtarilishi bilan namoyon boʻladi. Keksalikoldi davri (presenium) 45 yosh bilan 60 yosh oʻrtasida va qarilik davri (senium) 60 yoshdan 80 yoshgacha boʻlgan davrdan boshlanadi.

Qarilikoldi psixozlari. Bu kasallik funksional psixozlar boʻlib, qaytish davrida (45–60 yosh) paydo boʻladi va chuqur darajadagi aqliy zaiflikka olib keladi. Bemorlarda xavotirga tushish hissi paydo boʻladi. Ular oʻlim yaqinlashib qolishidan yoki qarindoshlarining oʻlib qolishi toʻgʻrisida gapirishadi. Kasallikning klinik manzarasi qaysi belgilar ustun turishiga qarab, quyidagi shakllarga boʻlinadi:

1. **Presenil depressiya** bu bir necha oy davomida asta-sekin avj oladi, baʼzan birdan boshlanadi. Bunga ruhiy taʼsirlanish, koʻngilsiz hodisalar sabab boʻladi. Kasallik depressiya, xavotirga tushish, qoʻzgʻalib bezovtalanish kuzatiladi, bular oʻz-oʻzini ayblash fikrlari bilan kechadi. Bemorlarning uyquasi buziladi, vahima bosadi, koʻpincha davolanishdan, ovqatlanishdan bosh tortadi. Koʻpchilik bemorlar esa menda oshqozon-ichaklar yoʻq deb davo qiladilar. Bemorlar ozib ketadilar, sochlari toʻkiladi, oqaradi, terisi ilvirab qoladi. Ular hozir meni birov olib ketadi, otib oʻldiradi, qattiq qiynaydi deb doim kutib yuradilar. Baʼzi bemorlar esa mening qarindoshlarim yoʻq, oʻlib ketgan deb oʻz-oʻzini oʻldirishgacha olib boradilar. Bu depressiya bir necha oy yoki yillab davom etadi.

2. **Presenil paranoid**, bunda vasvasaga taalluqli kechinmalar boʻladi. Ular ishda, uyda roʻy bergan koʻngilsizliklar, boshdan oʻtgan kasalliklar tufayli paydo boʻladi, bemor atrofdagilar menga gʻalati munosabatda boʻlayapti deb oʻylaydi. Bemorlar tanasidagi his-tuygʻular, vasvasa, alahsirash fikrlariga taʼsir koʻrsatadi. Rashk fikri paydo boʻladi, tanishlarining kelib-ketishiga shubha bilan qaraydilar. Eshitish

gallutsinatsiyasi paydo bo'ladi. Presenil paranoid presenil depressiyaga qaraganda uzoqroq davom etadi.

3. Presenil isteriya ko'pincha ayollarda paydo bo'ladi. Bunda bemorlar arzimagan narsalar tufayli emotsional reaksiya ko'rsatadi. Ularda isteriya tutqanog'i, qo'l-oyoqlarning funksional parezlari kuzatiladi.

Davosi. Presenil psixozlarga uchragan bemorlar psixiatriya shifoxonalarida davolanishlari zarur. Ular hamshiralarning alohida kuzatuv ostida bo'lishlari kerak. Dorilardan aminazin bilan birga mellipramin, tizersin, amitriptilin, galoperidol berish tavsiya etiladi. Ba'zi hollarda elektr bilan talvasaga solib davolash o'rinlidir. Presenil isteriyada trioksazin, elenium, aminazin buyuriladi. Psixoterapiya o'tkazish yaxshi natija beradi.

Qarilik psixozlari. Bu kasallik bemorlarning bosh miya po'stlog'idagi asab hujayralari atrofiyaga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu holat aqlpastlikning kuchayishiga olib keladi. Qarilik psixozlari 60–65 yoshdan boshlanadi. Bunda xotiraning pasayishi, yangi narsalarning zo'rg'a o'zlashtirilishi, bilgan narsalarni esdan chiqarib qo'yish holatlari kuzatiladi. Xotira pasayishining kuchayib ketishi natijasida bemorlar o'z yaqin qarindoshlarining ismlarini ham esdan chiqarib qo'yishadi. Bemorlarning harakatida maqsadsiz shoshqaloqliklar kuzatiladi. Konfabulatsiya, ya'ni bemorlar haqiqatda hech qachon bo'lmagan voqealar to'g'risida gapiradilar. Bunda ular tushkunlikka tushib, g'amgin fikrlar bilan yurishadi, lekin ko'ngillari xotirjam, beparvo bo'lishadi. Ular begona odamlar borligidan xijolat qilmay ashula aytib, raqsga tushadilar. Ko'pincha uyqusi buzilgan, kechalari bilan uxlolmaydilar, uyanuyga kirib aylanib yuradilar. Eshik-derazalarni yopilganmi yoki yo'qmi esdan chiqarib qo'yishadi, qaytadan tekshirib yurishadi. Kechasi bilan uxlolmay chiqqandan keyin kunduzlari mudroq bosib yuradi. Bemorlar gaplashib o'tirganda yoki ovqat yegan vaqtida uxlab qoladilar. Bunday bemorlarga o'g'riqdan qo'rqish (ziyon ko'rish) vasvasasi juda xarakterlidir. Bunda o'z narsalarini bekitib qo'yishadi yoki tanishlarinikiga olib borib qo'yadilar. Xotirasi ancha pasayib qolgani uchun o'z narsalarini qayerga qo'yanligini esdan chiqarib yuborishadi. Ba'zi bemorlar esa ochlikdan o'lishim mumkin, yegani hech narsam yo'q deb ishontirishadi yoki boshqa ziyon ko'rganlarini aytib yurishadi. Ular keraksiz narsalar (latta, quticha, shishalar)ni yig'ib yurishadi. Senil psixozida bemorlarning ko'pchiligida ishtaha zo'r, yaxshi bo'ladi. Yaqin

kishilarning taqdiri ularni bezovta qilmaydi. Baʼzan hid bilish, eshitish illuziyalari, soʻz, eshitish gallutsinatsiyalari, vaqt-vaqti bilan bosiqlik, hayajon paydo boʻlishi mumkin.

Davosi. Koʻproq yod dorilari (3% li kaliy yodid 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichish uchun) beriladi. Uyqusizlikda uxlatadigan dorilar tavsiya qilinadi. Iliq vannalar buyuriladi. Vasvasalarda aminazin, triftazin, galoperidol, seduksen tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Bosh miya aterosklerozining kelib chiqish sabablarini ayting.
 2. Turli xil davrlarda boʻladigan ruhiy oʻzgarishlar haqida gapirib bering.
 3. Qarilikoldi va qarilik psixozlari klinik belgilari qanday kechadi?
 4. Qarilik psixozlarida bemorlarni parvarish qilish nimalardan iborat?
 5. Alsgeymer kasalligi Pik kasalligidan qanday farq qiladi?

20-BOB. EPILEPSIYA, BOSH MIYA JAROHATIDA UCHRAYDIGAN RUHIY OʻZGARISHLAR, BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Epilepsiya (*epilambano* – ushlab olaman) – tutqanoq yoki quyon-chiq – surunkali kasallik boʻlib, mushaklar tortishi va tortishuviziz qaytarilib turuvchi hamda bemorning shaxsiyati oʻzgarib borishi bilan kechadigan kasallik. Kasallikning kelib chiqish sabablari juda koʻp va xilma-xildir. 1. Neyroinfeksiyalar (gripp, brutselloz, revmatizm, sistoserkoz, exinokokk, glistlar).

2. Bosh miyaning turli xil yalligʻlanishlari (meningit, leptomeningit, ensefalit). 3. Bosh miyaning yopiq jarohatlari (tugʻuruqdagi jarohatlar, asfiksiya). 4. Bosh miyaning qon tomir kasalliklari (ateroskleroz, xafaqon kasalligi, voskulitlar). 5. Turli xil zaharlanishlar va alkogolizm. 6. Bosh miyada qon aylanishining buzilishlari (insultlar). 7. Bolalarda surunkali tonzillit va turli xil bosh miyaning organik kasalliklari (bolalar serebral falajligi). 8. Irsiy-degenerativ kasalliklar va bosh miya oʻsmalari va h. k.

Epilepsiya boʻlishi uchun, asosan, epileptik oʻchoq va epileptogen manba boʻlishi kerak. Epileptik oʻchoq deb miya tizimidagi cheklangan oʻzgarishlarga aytiladi. U atrofdagi neyronlarning kasallikka qoʻzgʻalishiga sabab boʻladi. Natijada bu neyronlar oʻzidan fokal

epileptik kuchlanish chiqara boshlaydi. Epileptik o'choqdagi ko'plab neyronlarning qo'zg'alishi oqibatida shunday razryadlar rivojlanadi. Bu holat EEGda «tig'» shakldagi to'lqinlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Epilepsiyada bosh miyada glioz to'qimalar ko'payadi, bulardan chandiqlar hosil bo'ladi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda moddalar almashinuvi buziladi (oqsil-azot, suv-tuz, uglevod almashinuvi), tutqanoq oldidan asetilxolin moddasi miqdorining oshishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi 4 bosqichda kechadi: 1. Aura. 2. Tonik tortishish. 3. Klonik tortishish. 4. Uyqu holati.

Aura (grekcha – *shamol* degani) tutqanoq xurujining xabarchisidir. Aura har doim hushning yo'qolishidan oldin keladi. Aura har xil ko'rinishda paydo bo'ladi. Bularga oshqozon atrofidagi yoqimsiz hislar, ko'ngil aynish, bu hislar tananing yuqori qismiga ko'tarilib, bosh miyaga ta'sir qiladi. Natijada, bemor hushdan ketadi. Ba'zi bemorlarda ko'z qorachig'ining torayib-kengayib turishi, terisida uvishish, isib ketish, qorin-ichaklarda og'riq, eshitish va ko'rishning pasayishi, gallutsinatsiyalar, bosh aylanish, muvozanatning buzilishi, qattiq qichqirib yuborish holatlari kuzatiladi. Aura bir xilligi va qisqa vaqtligi bilan xarakterlanadi hamda har bir bemorda o'zining aurasi bo'ladi. Auradan so'ng xuruj tonik tortishishga o'tadi, bunda bemor boshida baqiradi, nafas olish to'xtaydi, yuzi oqaradi, keyin ko'karib ketadi. Bosh yonga, orqaga tashlanadi, ko'zlar ham yon tarafga yoki tepaga qaratilgan bo'lib, ko'z qorachig'i kengayib, yorug'likka javob bermaydi. Bo'yin tomirlari shishgan, jag' qattiq qisilgan, lab burchagida ko'pik, ba'zida qon keladi, qo'l-oyoqlar katta bo'g'imlardan yozilib, qo'l panjalari siqilgan bo'ladi. Ixtiyorsiz ravishda siydik va najasni chiqarib yuboradi. Tonik qaltirashdan keyin klonik qaltirashga o'tadi. Bunda bosh, qo'l va oyoqlar qaltirab, tana zarb bilan yonga va orqaga uriladi. Kasal yana chuqur nafas ola boshlaydi, ko'karish kamayadi, terlaydi. Bu bosqich 30 soniyadan 5 daqiqagacha davom etadi. Klonik qaltirashdan so'ng bemor uyquga ketadi. Bemor uyqudan turgandan so'ng o'zini og'ir ish qilgandek yomon sezadi.

Ba'zan tutqanoq ketma-ket boshlanib, bir necha kungacha davom etishi mumkin. Bunday tutqanoq tutishiga *epileptik status* deyiladi. Epileptik statusda talvasa xurujlari har 10–30 daqiqa davomida takrorlanib turish bilan kechadi. Status bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Bunda klonik va tonik tirishishlar bilan birga, nafas olish a'zolari va yurak faoliyatida buzilishlar bo'lib, miya shishishiga olib keladi. Tonik tirishishda yuz, qo'l va oyoqlar, tana mushaklarida

tortishish, koʻz olmasi yon tomonga va yuqoriga qaragan, qorachiqalar kengaygan boʻladi. Mushaklarning qattiq tortishuvi natijasida bemorning qoʻl-oyoqlarini toʻgʻrilashning hech iloji boʻlmaydi. Tonik tirishish 30–60 soniya davom etadi. Keyin klonik tirishish koʻproq qoʻl va yuz mushaklarida kuzatiladi. Pastki jagʻ mushaklarining ritmik qisqarishi natijasida bemorning ogʻzi ochilib-yopilib turadi. Bunda bemor tilini tishlab olishi mumkin. Bemor ogʻzidan soʻlak bilan birga qon aralash koʻpik keladi. Qoʻllar ham bukilib-yozilib turadi. Klonik tirishish asta-sekin pasayib, keyin umuman toʻxtaydi. Klonik tirishishda qorin mushaklari va siydik pufagi sfinkterining asab bilan taʼminlanishi buzilishi natijasida bemorda ixtiyorsiz siyib yuborish va axlat chiqarish holatlari kuzatiladi. Bemorning terisi koʻkargan, vena qon tomirlari shishgan, tomir urishi sekinlashgan boʻladi.

Kichik epileptik tutqanoqlar. Absans – birdaniga va qisqa (2–5 soniya) vaqtda hushdan ketish bilan kechadi. Hushdan ketish maʼnosiz boqish, faoliyatning buzilishi va vegetativ alomatlar bilan oʻtadi. Xuruj paytida bemor yiqilmaydi va bir joyda koʻzi qimirlamay, koʻrga oʻxshab qotib qoladi. Xuruj birdan boshlanib birdan toʻxtaydi. Bu xuruj *oddiy absans* deb ataladi. Baʼzi bemorlarda absans mushaklar tonusi oʻzgarishi (yuz, boʻyin, qoʻl mushaklari tortishuvi) va chuqur vegetativ buzilishlar bilan davom etadi, bunda *murakkab absans* kuzatiladi.

Epilepsiyada ruhiy oʻzgarishlar kuzatiladi. Bunda bemorning kayfiyati yaxshi, shirinsoʻz, yurish-turishida, oilada saranjom-sarishta boʻlib yurishadi, qoʻygan narsalarini kimdir buzsa, darrov janjal qiladilar. Baʼzi bemorlar esa juda ham qoʻpol, oʻzining gapini oʻtkazadigan, boshqalar bilan kelishmaydigan boʻladi. Tashxis qoʻyishda koʻproq EEG dan foydalaniladi, bunda epilepsiyaga xos «tigʻ» toʻlqinlar paydo boʻladi.

Epilepsiya kasalligini davolash

Epileptik xurujda	Diazepam (seduksen) 0,5% li 2–4 ml t/i sekinlik bilan, lorazepam 0,1 mg/kg t/i, GOMK 50–100 mg t/i	Epileptik xuruj toʻxtaguncha, umumiy ahvoli yaxshilanguncha
Bosh miya shishiga	MgSO ₄ 25% li 5–10 ml t/i sekinlik bilan, laziks 1–2 ml t/i, diakarb 0,25 g 1 tabl. ertalab 3 kun ichib 1 kun tanaffus, asparkam 1 tabl 2 mahal, glitserol 1 qoshiqdan 2–3 mahal meva sharbati bilan	3–5 kun 8–10 kun 8–10 kun

Tiklanish bosqichida	Karbamazepin 0,2 g 1 tabl 2–3 mahal, depakin (konvuleks) 100–300 mg 2–3 mahal, lomiktal yoki lamotridjin 1–2 tabl 2–3 mahal	1–3 yil
Miya faoliyatini yaxshilovchi dorilar	Aktovegin 2ml m/o, nikotin kislota 1% li 1–2 ml m/o, nootropil 20% li 5–10 ml t/i, sinnarizin 1 tabl. 2–3 mahal	15–20 kun 10–15 kun
Biostimulyatorlar	Gumizol 1–2 ml, FiBS 2 ml, Lidaza 64 TB kunora	10–12 kun
Vitaminlar	B ₆ 5% li 1–2 ml, B ₁₂ 500 γ kunora KKB 25–50 mg t/i	10–12 kun
Kichik tutqanoqlarda	Konvuleks 100–300 mg, piknolepsin 0,75–1,5 g 2–3 mahal	1–3 yil

Bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar

Bosh miya jarohati deganda kalla suyagi, miya pardalari, uning qobig'i, miya moddalari va qon tomirlarining tashqi kuch ta'sirida jarohatlanishi tushuniladi. Asosan, yopiq va ochiq jarohatlar bo'ladi. Yopiq bosh miya jarohatida miya bo'shlig'i butunligi buzilmaydi, miya moddasiga tashqi muhit ta'sir qilmaydi. Miyaning yumshoq qavati (teridan apanevrozgacha) butun bo'ladi. Bosh miyaning ochiq jarohatida miya bo'shlig'i tashqi muhit ta'siriga uchraydi. Bunda miya jarohati kuzatilib, jarohat miya moddasiga kirib boradi. Miyaning yumshoq qavati aponevrozi, suyaklar sinishi kuzatiladi, miyaning qattiq qobig'i va miya moddasi zarar ko'radi. Tashqi kuchning miyaga ta'siri natijasida miya chayqaladi, lat yeydi va eziladi. Miya jarohatining rivojlanishida, asosan, to'rtta davr bo'ladi: 1. Boshlang'ich yoki o'ta o'tkir davr. 2. O'tkir davr. 3. Tiklanish yoki tuzalish davri. 4. Kechki asoratlar yoki surunkali davr. Ruhiy o'zgarishlar shu to'rtta davrga asoslangan bo'ladi.

Boshlang'ich davrdagi ruhiy o'zgarishlar hushning buzilishi, karaxtlik, sopor, koma, somnolensiya ko'rinishida bo'ladi. Miya jarohatidagi o'tkir psixozlar tashqi ta'sirdan so'ng boshlang'ich yoki o'tkir davrda paydo bo'ladi. O'rtacha yoki cho'zilgan psixozlar jarohatdan keyin bir-ikki oy o'tgach va bir yil davomida rivojlanadi. Kechki asoratlar davrida ruhiy o'zgarishlar bir necha yil o'tgandan keyin paydo bo'ladi.

O'tkir davrning ruhiy o'zgarishlari bosh miyada qon aylanishining buzilishi, kislorod yetishmasligi natijasida paydo bo'ladi.

Bunda qon tomirlarning o'tkazuvchanligi oshadi va miya shishiga olib keladi. Ruhiy o'zgarishlar sinapslar o'tkazuvchanligi, mediatorlar almashinishi, retikular va gipotalamus ishining buzilishga bog'liq.

Kechki asoratlarda davridagi ruhiy o'zgarishlar bosh miya jarohatining og'irligiga, bemorning yoshi, kasallikdan oldingi xulq-atvoriga bog'liq bo'ladi. Bunda orqa miya suyuqligining o'zgarishi katta ta'sir qiladi. Boshlang'ich va o'tkir davrdagi ruhiy o'zgarishlar miya jarohatlanganda hushning yo'qolishi bilan ifodalanadi. Faqat yengil miya chayqalishida hushning bulutsimon ko'rinishi paydo bo'ladi. Qolgan turlarida es-hushning o'zgarishi koma holatigacha boradi. Bemor hushiga kelganidan so'ng o'tkir davr boshlanadi. Unda xotiraning yo'qolishi kuzatiladi, retrograd amneziyada bemor hushdan ketishdan oldingi voqea va hodisalarni eslay olmaydi.

Antegrad amneziya, bunda hushdan keyin bo'lgan voqealarni eslay olmaydi. O'tkir davrida asteniya belgilari ham uchraydi. Miya chayqalishida quyidagi vestibular o'zgarishlar kuzatiladi: bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, asab tizimidagi o'zgarishlarda nistagm, konvergensiyaning susayishi, pay reflekslarining oshishi, mushaklarning bo'shashishi, vegetativ o'zgarishlar: qon tomir ishining buzilishi, tomir urishning sekinlashishi, qon bosimining o'zgarishi, terlash, ko'karib ketish, haroratning oshishi, yuzning qizarib ketish belgilari. Miya lat yeyishida falajlik, sezgining yo'qolishi yoki kamayishi kuzatilishi mumkin. Yuzning bir tomonga qiyshayib qolishi, eshitish, ko'rish, ko'z harakatlarining buzilishi hamda meningial belgilar paydo bo'ladi. Miya lat yeganida miyaga va miya bo'shliqlariga qon quyiladi. Bu miyaning qisilib qolishiga olib keladi. Miya jarohatidagi o'tkir davr bir-ikki oy davom etadi. O'tkir davrdagi psixozlar dastlabki kunlarda yoki bir-ikki hafta ichida hushning o'ziga kelishi bilan boshlanadi. Bunda turli qo'zg'alishlar, gallutsinatsiya, vasvasalar bo'lib turadi. Deliriy – ko'rish gallutsinatsiyalarida bemorning ko'ziga qo'rquv, vahimalar ko'rinadi. Oneyroidda bemorlar o'zini fazoda uchayotgandek sezadilar. Korsakov alomatida xotira susayadi. Amneziyalar, konfabulatsiya, affekt o'zgarishlari kuzatiladi. Affekt alomatida bemorlar ko'zlari ochiq holda qimirlamasdan yotadilar, atrofga befarq qarab, gapirmaydilar, himoya reflekslari yo'qolgan, hech narsa bajarmaydilar. Bemorlarda siydik va axlat tutilmaydi, yutinish saqlangan, uyqu kecha-kunduzga bog'liq bo'lmaydi. Bunday hollarda bemorlar tezda o'lib qolishlari mumkin. Akinetik mutizm

harakatsizlik va gapirmaslik holatlari namoyon bo'ladi. Bunda ko'zlardagi harakatlar saqlangan, lekin ular berilgan savollarga javob bermaydi.

Kasallikning o'tkir yoki kechki davrida paydo bo'lgan ruhiy o'zgarishlar uzoq vaqt davom etishi mumkin. Astenik holatda qo'zg'aluvchanlik, holdan toyish, tez jahli chiqish, chidamsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, xafa bo'lish belgilari kuzatiladi. Bemorlarda bosh og'riq, bosh aylanishi, uyqusizlik holatlari namoyon bo'ladi. Bemorlar ahvoli ob-havoga, issiq-sovuqning almashinuviga, charchoqqa, havo bosimining o'zgarishiga va boshqa kasalliklarning qo'shilishiga bog'liq bo'ladi. Psixopatsimon o'zgarishlar astenik hamda isterik holatlar bilan birga kechadi. Bu holat 10–20 yilgacha saqlanib qoladi. Bunda kayfiyatning pasayishi, ko'zyosh qilish, tezda xafa bo'lish, o'z sog'lig'i haqida xavotirlanish belgilari namoyon bo'ladi. Asab sohasidagi o'zgarishlar kam rivojlangan bo'ladi.

Davosi. Kasallikni o'ta o'tkir va o'tkir davrida davolash jarohatning og'irligiga bog'liq. Bemor bir hafta o'rnidan turmasdan yotishi kerak. Ikki hafta shifoxonada davolanishi lozim.

Bosh miyaning yopiq jarohatlarida bemorlar asab kasalliklari bo'limida davolanishlari, agar ruhiy o'zgarishlar paydo bo'lsa, psixiatriya shifoxonasida davolanishi tavsiya etiladi. Bemorlarga dehidratatsion terapiya: 25 % li 10,0 ml magneziy sulfat, laziks, 40 % li 20,0 ml glukoza tomir ichiga, seduksen, fenazepam buyuriladi. Agar bemor ruhiy bezovta bo'lsa – aminazin; vasvasalar bo'lsa, galoperidol; paroksizmal o'zgarishlarda – benzonol, fenobarbital, depakin, finlepsin tavsiya etiladi. Kasallikning tiklanish davrida trankvilizatorlar: sidnokarb, neuleptin, nootropil; uyquni yaxshilovchi dorilardan eunoptin, dimedrol; jahldorlikda elenium, aminazin neuleptin; holsizlik va tez charchash bo'lganda jenshen, eleutorokokk, sidnokarb; vegetativ o'zgarishlarda seduksen; diensefal o'zgarishlarda esa belloid, betaserk, bellospan, bellataminal dorilaridan berish tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

- ?
1. Tutqanoq xurujining kelib chiqish sabablari nimalardan iborat?
 2. Epilepsiyada aura belgilari qanday kechadi?
 3. Tutqanoq xurujlarida birinchi yordam qanday ko'rsatiladi?
 4. Bosh miya jarohatida ruhiy o'zgarishlar qanday paydo bo'ladi?

Psixogeniyalar

Psixogeniyalar ruhiy jarohatlar natijasida paydo bo'ladigan kasallik bo'lib, unga psixogen kasalliklar: reaktiv psixozlar va nevrozlar kiradi. Odam ruhiy jarohatlanishga kutilmaganda, to'satdan yoki asta-sekin uchrashi mumkin. Masalan, bunga yer qimirlashi, suv toshqini, fojialar, bosqinchilik, yaqin kishilarning kutilmaganda vafot etganligi to'g'risida xabar sabab bo'lishi mumkin.

Nevrozlar markaziy asab tizimi faoliyatining psixogen yo'l bilan kelib chiqqan funksional buzilishidir. Nevrozlarning kelib chiqishiga uzoq vaqt tez-tez takrorlanib turuvchi ruhiy ezilish sabab bo'ladi. Bundan tashqari, ruhiy iztiroblar, shaxsning asosiy xususiyatlari, nasl-irsiyat ham muhim ahamiyatga ega. Nevrozlarning rivojlanishi zahirida bosh miyaning tormozlanishi va qo'zg'alish jarayonlarining zo'rayishi, susayishi, ular orasidagi muvozanatning buzilishi (nevasteniya) yoki bosh miyada qo'zg'alish o'choqlarining paydo bo'lishi (yopishqoq fikrlar) va miya po'stlog'i, po'stloqosti jarayonlari muvozanatining buzilishi (isteriya) yotadi.

Nevasteniyada markaziy asab tizimining holdan toyishi, o'ta chidam-sizlik, serjahlilik, tutaqib ketish alomatlari kuzatiladi. Giperstenik turida serjahlilik, tutaqib ketish; oraliq turida serjahlilik va holdan ketish; gipostenik turida esa lanjlik, behollik, uyquchanlik alomatlari kuzatiladi. Yopishqoq fikrlar nevrozida xayoldan ketmaydigan fikrlar, miyaga o'rnashib qolgan g'oyalar, xotiralar, ikkilanishlar, qo'rquv, harakat va qiziqishning paydo bo'lishi bilan davom etadi. Bulardan tashqari, nevrastaniyaning vegetativ va ipoxondrik belgilari ham kuzatiladi. Bemorning kayfiyati pasayib, umidsizlik, o'z-o'zidan qoniqmaslik belgilari kuzatiladi. Bu nevrozlar uzoq vaqt saqlanib qoladi va surunkali kechadi. Nevrozning isterik turi esa isterik alomatlar bilan harakat, sezgi, vegetativ va ruhiy buzilishlar bilan birga davom etadi. Bunda isterik giperkinezlar, tutqanoqlar, isteriyaga sabab bo'ladigan kar-soqovlik, ko'rlik, sezgi buzilishi, og'riq, qusish, havo yetishmaslik belgilari bilan kechadi.

Davosi. Psixoterapiya, fizioterapiya, jismoniy tarbiya usullari va gipnoz yaxshi samara beradi. Uyquni yaxshilash, hordiq chiqarish, toza havoda sayr qilish lozim. Giperstenik turida brom dorilari, meprobumat 200–2000 mg dan, seduksen 2,5 mg dan, tazepam 30–40 mg dan; gipostenik turida quvvatga kirgizuvchi dorilar – pantokrin,

eleuterokokk, jenshen, sidnokarb buyuriladi. Yopishqoq fikrlar nevrozi va isteriyada trankvilizatorlar va antidepressantlar birga qo'llaniladi: elenium 20–50 mg, seduksen 10–20 mg, eglonil 200 mg, meproboamat 400–1200 mg, fenazepam, tazepam, glitsin; uyqusizlikda ivadal 10 ml, radedorm 5 mg, propazin 25–100 mg, teralen 5–25 mg, melleril 10–75 mg dan berish tavsiya etiladi.

Reaktiv psixozlar. Reaktiv psixozlar ruhiy jarohat yoki ko'ngilsiz hodisalar tufayli kelib chiqadigan kasallikdir. Psixogeniyalarning reaktiv psixozlarida nisbatan qisqaroq alomatlari og'irroq kechib, ularda psixomotor va affektiv buzilishlar kuchli, vasvasa, gallutsinatsiyalar, isterik xurujlar bilan ongning buzilishlari kuzatiladi. Reaktiv psixozlarning alomatlari qaytarilib turadi. Reaktiv psixozlar bemorlar o'z ahvoriga tanqidiy ko'z bilan qaramasligi, shart-sharoitni yetarlicha to'g'ri baholay olmasligi bilan xarakterlanadi. Reaktiv psixoz asab tizimi kuchsiz bo'lgan odamlarda ko'proq uchraydi. Reaktiv psixozlarning kelib chiqishiga yaqin kishilardan ajralib qolish, tabiiy ofatlar, qamoqqa tushish, kelishmovchiliklar va h. k. sabab bo'ladi. Reaktiv psixozlarning quyidagi turlari mavjud: reaktiv depressiya bu bemorlar jarohatlangandan keyin 4–5 kun o'tgach zo'rayadi. Bunda qisqa muddatli stupor yoki ixtiyorsiz harakatlar paydo bo'ladi. Shok reaksiyasi es-hushning o'zgarishi bilan kechadi. Bu holatlar yaqin kishilarning o'limi, zilzilalar, tabiiy ofatlar davrida kelib chiqadi. Bunday holatlarda bemorlar savollarga javob bermaydi, qimirlamay bir joyda turib qoladi, yuzida vahimalar paydo bo'ladi. Bemorlar atrofdagilarga reaksiya ko'rsatmaydi. Bunday holat bir necha daqiqa davom etishi mumkin, keyinchalik depressiya holati ustun bo'lib qoladi. Bemorlar uyquasi buzilgan bo'lib, turli xil vahimali tushlar ko'radi va gallutsinator kechinmalar paydo bo'ladi. Reaktiv psixozda tormozlanish qisqa muddatli bo'ladi.

Reaktiv stupor –bunda bemorlar mutlaqo harakatsiz bo'lib, bu qo'zg'alishlar bilan almashinib turadi. Turli salbiy omillar ta'sirida miya po'stlog'ida chuqur tormozlanish kuzatiladi. Qattiq ta'sirlanish natijasida bemorlar gapira olmay qoladi (mutizm). Bundan tashqari, bemorlar karaxt, es-hushi o'zgargan, ko'zlari bir nuqtaga qarab qolgan holda o'tiradi. Bunday holat o'tib ketgandan keyin bemorlarda amneziya kuzatiladi. Bemorlar tormozlangan yoki qo'zg'algan holatda bo'lsa ham, u atrofdagi voqealarga batamom befarq bo'lib qolmaydi. Bunday holat bosh miya po'stlog'idagi retikular farmatsiyaning tormozlanishi natijasida paydo bo'ladi.

Reaktiv paranoid – bemorlarda ko‘pincha ta‘qib vasvasasi paydo bo‘ladi. Bemorlar meni birov kuzatib yuribdi, meni urmoqchi degan o‘y-xayollar bilan yuradilar. Reaktiv paranoidning shizofreniya vasvasasidan farqi shuki, uning mazmuni ma‘lum doiralardan chetga chiqmaydi va bo‘lib o‘tgan voqealarni aks ettiradi.

Davosi. Reaktiv psixozni davolashda psixoterapiya, fizikaviy usullar va mehnat bilan davolash birinchi o‘rinda turadi. Affektiv qo‘zg‘alishlarda tizersin, aminazin 100–300 mg dan mushak orasiga, fenazepam 1,5–3 mg, seduksen tomir ichiga yuboriladi. Reaktiv depressiya kam harakat (adinamiya) bilan birga kuzatilganda azafen 300 mg kuniga, pirazidol 200–300 mg, melipramin 100–300 mg (agar depressiya qo‘rquv-notinchlik bilan birga kechsa), amitriptilin 150–200 mg, sonapaks 30–60 mg, tazepam yoki seduksen 20–30 mg, eglonil, ksanaks 0,25 mg buyuriladi. Reaktiv paranoidlarda triftazin, galoperidol 15 mg, majeptil beriladi. Reaktiv isterik psixoz turlarini davolashda seduksen, fenazepam, melleril, neuleptil; mushak orasiga aminazin yoki tizersin, dimedrol va magniy sulfat bilan birga yuborilsa, isterik psixozlar yaxshi davolanadilar. Isterik stupor (qotib qolish) bilan kuzatiladigan holatlarda ruhiy holatni tetiklashtiruvchi (psixostimulyatorlar) kuniga 30–40 mg dan, sidnokarb trankvilizatorlar bilan birga yoki barbamil, kofein aralashmasi ishlatiladi. Bulardan tashqari nootropar va vitaminlar ham qo‘llaniladi.

Psixopatiyalar

Psixopatiya – emotsional iroda buzilishidan xarakterning, ya‘ni fe‘l-atvorning kasallik tusiga kirishidir. Boshqacha aytganda, psixopatiya xarakter kasalligidir. Odamning atrofdagilarga moslashib olishi qiyinlashib qoladi. Bunday odamlar o‘zlarining ishlaydigan jamoalari bilan yaxshi chiqisha olmaydilar. Ular doimo janjallashib turishadi. Psixopatlar tajovuzkor bo‘lib, o‘z xarakterining g‘alatiligidan o‘zlari qiyinalib yuradilar.

Psixopatlarining quyidagi turlari bor: **Qo‘zg‘aluvchi psixopatl**ar – bemorlar arzimagan bahona bilan tutoqib ketadilar. Bemorlar tajovuzkor bo‘lib, ko‘pchiligida ruhiyatning aynib, isteriya ko‘rinishida bo‘lishidir. Bu turdagi bemorlar juda janjalkash, tez hayajonlanuvchi shaxslardir. Ular osoyishtalik davrida o‘zlarining yurish-turishlariga tanqidiy ko‘z bilan qarab, shu yo‘l qo‘ygan xato va kamchiliklarini to‘g‘rilash choralarini izlashadi.

Psixoastenik psixopatlar (tormozlanuvchi) – bunday odamlar ko‘proq shubha bilan xayol surib, xavotirga tushib yuradilar. Bular uyatchan, tez toliqadigan, boshqalar bilan muloqotga tez kirishib keta olmaydilar. Bemorlarning ko‘pchiligi tortinchoq bo‘lib, salga qizarib ketishadi. Shuning uchun bemorlar yanada battarroq xijolat tortishadi. Bular ruhan zaif, ish qobiliyati susaygan, ko‘ngliga doimo vahimalar tushib yuradi. Bemorlarning ko‘proq boshi og‘riydi, ular yolg‘iz yurishga harakat qiladi, ko‘pchiligi odamlar orasidan qochadi.

Patologik (qiziqish) psixopatlar – bemorlarning ba’zilarida ruhiyati baland bo‘lib yursa, boshqalarida pasaygan bo‘ladi. Ba’zi psixopatlarda jinsiy buzuvchilik uchraydi. Masalan, gomoseksualizm – o‘z jinsidagi kishiga jinsiy mayl qo‘yish, sadizm – jinsiy aloqa qiladigan kishisining tanasini og‘ritib, jinsiy hirsini qondirish, pedofiliya – go‘daklarga jinsiy mayl qo‘yish, zoofiliya – hayvonlarga nisbatan jinsiy qiziquvchanlik. Psixopatlarda ko‘proq nevrotik, ba’zilarida esa isterik belgilar rivojlangan bo‘ladi.

Davosi. Psixopatlarni davolashda trankvilizatorlarga, neyroleptiklarga katta ahamiyat berish kerak. Qo‘zg‘aluvchanlik bilan o‘tadigan psixopatik o‘zgarishlarga neyroleptiklar (neuleptil, mellipril, stelazin) yaxshi ta’sir ko‘rsatadi. Paranoyyal psixopatlarda stelazin, galoperidol, pimozid (orap) qo‘llaniladi. Agar kasallik o‘tkir affektiv qo‘zg‘alishlar yoki notinchlik bilan kuzatilsa, neyroleptiklar trankvilizatorlar bilan birga tomir ichiga yuboriladi. Astenik o‘zgarishlarda nootropil, ensefabol, glitsin, novopassit, riboksin, vitaminlar, nikotin kislotasi yaxshi samara beradi. Bemorlarni hayotga moslashtirish maqsadida ularni o‘rab turgan muhitni sog‘lomlashtirish, kerak bo‘lsa bemorlarni vaqtincha ichuvchi, narkoman yoki salbiy ta’sir etuvchi shaxslardan ajratish lozim. Bu borada bemor oilasi bilan psixoterapevtik ishlar olib borish, ular orasida o‘zaro tinch munosabatlar yaratish muhim ahamiyatga ega.

Nevrozlar

Nevroz so‘zini fanga birinchi bo‘lib shotland shifokori Kellen 1776-yilda olib kirgan. Nevroz – bu markaziy asab tizimining funksional kasalligi hisoblanadi.

Nevrozlarning quyidagi alomatlari bor: Astenik alomat – asab va ruhiyatning zaiflashuvi, toliqishi. Juda ko‘p kasalliklardan keyin va

sogʻlom odamlar charchaganda, toliqqanda astenik alomat kuzatiladi. Bunda bosh ogʻriq, bosh aylanish, koʻngil aynish, serjahllik, yurak sohasida ogʻriq, tez charchab qolish, xotiraning susayishi, mehnat qobiliyatining pasayishi va kayfiyatning buzilishi boʻlib turadi. Bemorlarning uyqusi buziladi, uyqusi yuzaki, tezda uxlab qolmaydi, koʻp oʻylaydilar, uyqudan turgandan keyin karaxt boʻlib turadilar.

Obsessiv alomat – miyadan ketmaydigan holatlar. Bunda bemorlar qilgan ishlarini qayta-qayta tekshirib yuradilar. Masalan: eshik qulflanganmi yoki yoʻqmi, gaz oʻchirilganmi yoki yoʻqmi, deb bezovta boʻlib yuradilar. Bemorlarning miyasiga qoʻrqinchli, vahimali narsalar oʻrnashib qoladi va ulardan qutulish choralarini koʻp oʻylab yuradilar.

Fobik alomat – bemorlar biror narsalardan qoʻrqib yashaydilar, kardiofobiya – yurak kasali boʻlib qolishdan qoʻrqish, lissofobiya – ruhiy kasal boʻlib qolishdan qoʻrqish, gipsofobiya – balandlikdan qoʻrqish, kanserofobiya – rak kasalligidan qoʻrqish, klaustrofobiya – yopiq imoratlardan qoʻrqish, agorafobiya – ochiq joylardan qoʻrqish.

Ipoxondrik alomat – bemorlar oʻz sogʻligʻiga nisbatan ortiqcha qaygʻuradilar va koʻp oʻylaydilar. Ipoxondrik alomat ruhiy kasalliklarda koʻp uchraydi va fobiyalar bilan birga kechadi. Ipoxondrik alomatda bemorlar tanasida uvushish, yoqimsiz his-tuygʻular va ogʻriqlar boʻlib turadi.

Nevrotik depressiya alomati – bemorlar tashqi voqealarga befarq, loqayd boʻlib qoladilar. Bemorlarning kayfiyati buzilgan, ishtahasi yoʻqolgan va uyqusi buzilgan boʻladi. Bemorlar bir oʻzi yolgʻiz qolishga intiladi. Nevrotik depressiyada bemorlar oʻzini qoʻlga oladi, isteriyadagi singari harakatlar qilmaydi.

Nevrasteniya

Nevrasteniya – bu asteniya va depressiya alomatlarining birgalikda qoʻshilishi natijasida yuzaga keladi. Nevrasteniyada bemorlar shikoyati bosh ogʻriq, bosh aylanish, uyqusizlik, yurak sohasidagi uvushish va ogʻriq, qoʻl-oyoqlarning sovuq qotishi, koʻp terlash, dispeptik buzilishlar – koʻngil aynish, qusish, oshqozon sohasida va ichaklarda ogʻriq hamda ich ketishi yoki qotishidir. Bundan tashqari, jinsiy zaiflikdan, tez jahl chiqishidan shikoyat qiladilar. Nevrasteniya qoʻzgʻalishning kuchayishi natijasida ish qobiliyatining pasayishiga

olib keladi. Bunda bemorlar tez charchab qoladi, aqliy va mehnat qobiliyati pasayadi, xotira susayadi. Bemor tekshirib ko'rilganda qo'llarida titrash, ko'p terlash, pay reflekslarining jonlanishi kuzatiladi. Nevrasteniyaning 3 ta turi bor: Giperstenik turi, bunda bemorlarning asabiylashishi, arzimagan narsalardan ta'sirlanishi, salga ko'zyosh qilishi va diqqatning buzilishi kuzatiladi.

Gipostenik turida bemorlar jismoniy va aqliy qobiliyatining pasayishi, toliqish va uyquchanlik belgilari kuzatiladi.

Aralash turida bemorlar birpasda asabiylashadilar. Bu toliqish, uyquchanlik belgilari bilan almashinib turadi. Nevrasteniya vegetativ o'zgarishlar ham kuzatiladi. Nevrasteniyaning davolashda bemorning umumiy ahvolini yaxshilovchi dorilar, temir dorilari, glitserofosfat, B guruh vitaminlar, toza havoda sayr qilish, iliq suv muolajalari qabul qilish, fizioterapiya muolajalari hamda shifobaxsh badantarbiya bilan shug'ullanish tavsiya etiladi. Uyquchanlik va tez charchash bo'lganda xitoy limoni, jenshen, pantokrin 30 tomchidan 3 mahal, ovqatdan 30 daqiqa oldin yoki 4 soatdan keyin, bir oy davomida ichiriladi. Qo'zg'aluvchanlik, tez jahli chiqish, asabiylashishda aminazin 0,025 g yoki propazin 0,025 1 tabletkadan 3 mahal ichishga buyuriladi. Vegetativ buzilishlarda trioksazin 0,3 g, elenium 0,01 g dan 2–3 mahal 3–4 hafta ichishga buyuriladi. Tinchlantiruvchi dorilardan valerian 10,0: 200,0 + natriy brom 6,0 ml 1 qoshiqdan 3 mahal ichishga beriladi. Jinsiy zaiflikda sekurin 0,2% 1,0 ml teri ostiga 1 oy davomida qilinadi.

Isteriya

Isteriyaning klinik ko'rinishi turli-tuman bo'lib, uning ba'zi belgilari boshqa bir kasallikka o'xshab ketgani uchun isteriyaning «*buyuk taqlidchi*» deb atashadi. Isteriyada bosh miya po'stlog'i tormozlanib, po'stloqosti tugunlari faoliyati oshadi. Natijada, po'stloqosti tugunlarining ixtiyorsiz qo'zg'alishlari va tutqanoq xurujlari paydo bo'ladi. Isteriyada tashqi ta'sirlar bemorning ruhiyatiga ta'sir qilishi natijasida yuzaga keladi. Isteriyada bemor harakati tartibsiz, birdan boshlanadi. Ko'proq kunduz kunlari bo'lib, bunda es-hushi saqlangan bo'ladi. Bemor bo'lib o'tgan voqealarni eslaydi. Isteriya tutqanoq xurujida bemor hushdan ketishdan oldin o'ziga qulay joy tanlaydi, so'ng biror joyi lat yemasligi uchun sekin yiqiladi. Agar bemorning

atrofida odamlar bo'lsa, isterik tutqanoq xuruji uzoq davom etishi mumkin. Isteriyada harakat va sezuvchanlikning buzilishi, shuningdek, monoplegiya, paraplegiya, gemiplegiya, giperkinezlar hamda gapira olmaslik, eshita olmaslik (surdmutizm) kuzatiladi. Isteriya falajida mushaklar tonusi o'zgarmaydi, pay reflekslari buzilmagan, patologik reflekslari va atrofiya bo'lmaydi.

Davolash usullarida psixoterapiya keng qo'llaniladi.

Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi

Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi obsessiv va fobik alomatlar bilan birgalikda kechadi. Bu nevrozlar nevrasteniya va isteriyaga nisbatan kam uchraydi. Bunda kasallik belgilari miyaga o'rnashib qoladi. Bemorning ko'nglida vahimalar, xavotirlanish va qo'rquv hissiyotlari paydo bo'ladi. Bunday bemorlar tekshirib ko'rilganda ichki a'zolar va asab tizimidan asosiy kasallik belgilari topilmaydi. Bemorlarda ko'proq pay reflekslari biroz jonlangan, qo'l panjalarining titrashi, mushaklar tonusi biroz taranglashgan, yurakning tez urishi va ko'p terlash hamda boshqa vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda ko'proq fobik alomatlar, ya'ni kardiofobiya, insultfobiya, mizofobiya – o'ziga infeksiya yuqib qolishidan qo'rqish, suisidofobiya – o'zini o'zida o'ldirib qo'yishdan qo'rqish va boshqa belgilar kuzatiladi. Bunday nevrozlar uzoq davom etadi va odam mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotadi.

Nevrozlarni davolash

Trankvilizatorlar	Diazepam (Sibazon) 1 tabl. 2 mahal, elenium 1 tabl. 1 mahal, netrozepam 1 tabl. 1–2 mahal	7–10 kun
Neyroleptiklar	Sanopaks 1 tabl. 2 mahal, amitriptilin 0,25 g 2–3 mahal	10–15 kun
Tinchlantiruvchi dorilar	Ekstrakt valerianka 1 tabl. 3 mahal kuniga, natriy brom (NaBr) 3% lisi 1 qoshiqdan 3 mahal, glitsin 1 tabl. 3 mahal til ostiga	7–10 kun 5–7 kun 10–15 kun
Bosh miya qon aylanishini yaxshilash uchun	Kavinton 0,005 g 1 tabl. 2 mahal, sinnarizin 1 tabl. 2–3 mahal, aktovegin 2 ml m/o, serebrolizin 5 ml t/i, piratsetam 20% li 5–10 ml t/i	5–10 kun 10–12 kun 8–10 kun
Fizioterapiya	3% li elektroforez NaBr ensa sohasiga, elektr uyqu, ninarefleksoterapiya, tinchlantiruvchi mashqlar, parafin, ozokerit	6–8 kun 10–12 kun
Psixoterapiya, gipnoz, autogen mashqlar, shifobaxsh badantarbiya mashqlari bilan shug'ullanish		10–12 kun

Yatrogeniyalar. Bu tibbiyot xodimlari bemorlarga nisbatan noto'g'ri muomala qilishi hamda dori-darmonlarni bo'lar-bo'lmasga (ko'proq, yuqori dozalarda) buyurishi natijasida kelib chiqadigan kasallikdir. Bemorlar bilan suhbat qilganda uning kasalligi to'g'risida ehtiyot bo'lib gapirish lozim. Ba'zi bemorlarning oldida tibbiyot atamalarini so'zlash mumkin emas. Bemorlar esa shu atamalar haqida o'ylab qolishlari yoki yomon fikrlarga borishlari mumkin. Ko'pchilik bemorlar shifokor tomonidan qo'yilgan tashxisni, uning oqibatini hamshiralardan so'rab oladilar. Ayrim hamshiralarning e'tiborsizligi tufayli bemorlarga kasallik tarixini ko'rsatib yoki qo'yilgan tashxisni to'liq aytib qo'yadilar. Natijada bemorning sog'ayib ketishiga yomon ta'sir ko'rsatib, ahvolini og'irlashtirib qo'yadilar.

Gipnoz. Gipnoz uyqu bilan uyg'oqlik o'rtasidagi oraliq holatdir, bu – bosh miya po'stlog'idagi hujayralarning muayyan ta'sirlar (to'satdan berilgan o'ta kuchli yoki kuchsiz ta'sirlar) tufayli yuzaga keladigan chala tormozlanishdir. Davo maqsadida odamda yuzaga keltiriladigan gipnoz holatlari unga ta'sir ko'rsatib, chala uxlatib qo'yishdir, bunday paytda odam qisman uyg'oq bo'lib, unda saqlanib qoladigan shu chala uyg'oqlik holati shifokor bilan bemor o'rtasida aloqa o'rnatishga imkon beradi. Davo maqsadida ta'sir ko'rsatish (*suggestio*) – shifokorning ma'lum maqsadni ko'zlab, bemorga so'z bilan faol ta'sir ko'rsatib borishidir.

Nazorat savollari

- ?
1. Kasallik nima uchun psixogeniya deb ataladi va unga qaysi kasallar kiradi?
 2. Reaktiv psixozlarning qanday turlari bor?
 3. Psixopatiya nima?
 4. Isteriya xuruji bilan epileptik xuruj nimasi bilan farq qiladi?

22-BOB. AMALIY MUOLAJALAR VA KO'NIKMALAR

Lumbal punksiya qilish. Kerakli anjomlar: zararsizlantirilgan mandrenli igna, orqa miya suyuqligini o'lchaydigan monometr, shpris, spirt, yod, 0,5% li novokain eritmasi, steril paxta, tampon, probirka. Bemorni punksiya qilishdan oldin ovqatlantirish mumkin emas, siydik pufagi va ichaklari bo'shatilgan bo'lishi kerak. Punksiyada bemor o'tirgan yoki o'ng tomon bilan yotgan holatda, uning oyoqlari

qorniga yaqinlashgan, boshi oldinga egilgan bo'lishi kerak. Umurtqa pog'onasining pastki ko'krak qismi, bel va dumg'aza sohalarini yod-spirt-yod bilan artiladi. Punksiya qilinadigan joy aniqlanib, 0,5% li 2 ml novokain eritmasi yuboriladi. Mandrenli igna bilan III–IV yoki IV–V bel umurtqasi oralig'iga sanchiladi. Bunda orqa miya suyuqligini o'lchaydigan monometr yordamida orqa miya suyuqlik bosimi o'lchanadi. Tashxis maqsadida 6–9ml orqa miya suyuqligi olinadi. Muolajalardan keyin bemorni xonasiga olib borib, ikki soat turmasdan, yonbosh qilib, yostiqsiz yotqiziladi. Ikki kungacha to'shakda turmasdan yotishi lozim. Ikki soatdan keyin ovqatlantirishga ruxsat etiladi. Urotropinni 0,5 g dan kuniga 3 marta ichishga ruxsat etiladi.

Nevralgiyalarda novokainli blokada qilishga zarur ashyolarni tayyorlash va bajarish. Novokainli blokada kichik jarrohlik usullaridan hisoblanadi. Uni bajarishdan oldin to'liq aseptik va antiseptik qoidalarga amal qilish kerak. Novokainli blokada qiladigan xona doim dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan tozalab artilib turishi, kvars nurlari bo'lishi shart. Xonada shokka qarshi dorilar tayyor turishi kerak. Zarur ashyolardan zararsizlantirilgan stol, bint, qaychi, qo'l va terini artish uchun 96° shpris spirt, 5%li yod, shprislar (1,0–20,0), kislorod yuborish uchun Jane, har xil ignalar, kislorod yostiqlari bilan ta'minlanishi kerak. Blokadani bajarish uchun shifokor qo'lini sovun bilan yaxshilab yuvishi, 0,5% li xlorgeksidin eritmasi va 90° spirt bilan ikki marta tozalashi shart.

Paravertebral blokada qilish. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozi va bel-dumg'aza radikulitlarida og'riq xurujlari kuchli bo'lganda, paravertebral blokada qilish shart. Bunda bemor sog'lom tomoni bilan yonbosh yoki chalqancha yotqiziladi. Shpris ignasini umurtqa o'simtalaridan 3 sm yon tomonga umurtqaning ko'ndalang o'simtasigacha sanchiladi. Keyin igna biroz yuqoriga ko'tarilib, 30° ichkariga burilgan holda, 2 sm gacha kirgiziladi. Ignani umurtqa tanasining yon tomonigacha olib boriladi. Ignaning umumiy chuqurligi 6 sm gacha bo'lishi kerak. Blokada uchun 0,5–2% li 10–20 ml novokain, gidrokortizon 25–75 mg, vitamin B₁₂ 200–1000 mkg bo'lishi kerak. Agar blokada to'g'ri qilinsa, bemorda og'riq birdan yo'qoladi. 2–3 kundan keyin blokadani qaytarish mumkin.

Yotoq yaralarining oldini olish va davolash. Yotoq yaralar, asosan, to'shakda uzoq vaqt yotgan bemorlarda paydo bo'ladi, ko'proq keksa yoshdagi bemorlarda. Bemor orqa bilan yotganda, dumg'aza sohasi,

umurtqa pog'onasi o'simalari va tovonida, yonbosh bilan yotganda esa chanoq suyagi, sonning tashqi yuzasi va boldir sohasida yotoq yaralar paydo bo'ladi. Yotoq yaralarda teri oldin qizarib, keyin yuzasi qorayishi va yaralar paydo bo'lib, yiringlashi mumkin. Bularning oldini olish uchun to'shak yumshoq bo'lishini ta'minlash, teriga kamfora spirti surtish va uqalash lozim bo'ladi. Agar terida yotoq yaralar boshlangan bo'lsa, 5% li kaliy permanganat, oblepixa moyi, sintomitsin emulsiyasi va Vishnevskiy malhamlari surtish tavsiya etiladi.

Bemorning umurtqa pog'onasini rentgenoterapiyaga tayyorlash.

Bunda rentgenoterapiyaga yuborishdan bir kun oldin bemor kechqurun 19⁰⁰ gacha ovqatlangan bo'lishi kerak. Kechasi soat 22⁰⁰ va ertalab 6⁰⁰ da bemorni tozalovchi huqna qilish zarur. Keyin soat 9⁰⁰ da rentgenoterapiyaga olib borish kerak.

Siydik pufagini kateterizatsiya qilish va yuvish texnikasi. Zararizlantirilgan yumshoq yoki qattiq kateterni iliq suv bilan yuvib olinadi va jinsiy a'zolar dezinfeksiya qilinadi. Kateterga steril vazelin surtiladi. Chap qo'l bilan jinsiy a'zo boshi ushlanib, o'ng qo'l bilan pinset yordamida kateter siydik chiqarish kanaliga yuboriladi. Agar kateter doimiy tursa, leykoplaster yordamida jinsiy a'zo boshiga yopishtirib qo'yiladi. Siydik pufagini 2% li borat kislota, kaliy permanganatning 0,1:200 nisbatdagi eritmasi bilan yuviladi. Bu aseptik va antiseptik qoidalarga rioya qilgan holda bajariladi. Kateter olib tashlangandan keyin, siydik chiqarish kanaliga antiseptik eritma surtiladi.

Miya insultlarida ko'rsatiladigan shoshilinch yordam. Gemorragik insult birdan kutilmaganda boshlanadi. Hushning buzilishi, bir necha marta qusish, nafas maromi o'zgarishi (shovqinli nafas eshitiladi), qon bosimi ko'tarilgan, tomir urishi kuchaygan, mushaklar tonusi pasaygan, qorachiqalar toraygan, yorug'likka reaksiyasi yo'qolgan, teri rangi ko'kargan va qizargan, gemiplegiya, og'iz yarim ochiq holatda, oyoq panjasi tashqariga qarab qolgan bo'ladi.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi, tilning orqaga tortilib ketishiga yo'l qo'ymaslik, boshni baland qilib qo'yish, 2,4% li eufillin 5–10 ml 40% li glukoza eritmasi bilan t/i, 5% li aminakapron kislota 400 ml, vikasol, ditsinon, yurak faoliyatini yaxshilash uchun 0,05% li strofantin 0,25–1 ml glukoza bilan t/i. Miya shishiga qarshi 1% li laziks 2 ml, qon bosimi baland bo'lsa, 2,5% li aminazin 1 ml, 1% li dibazol 2–4 ml, gemiton 0,3–1 ml m/o. Qusishga qarshi 0,1% li atropin 1,0 ml m/o, bemorda bezovtalik kuzatilsa, 0,5% li seduksen 2 ml m/o qilinadi.

Miya infarkti yoki ishemik insult. Umumiy va mahalliy miya belgilari asta-sekinlik bilan rivojlanib boradi. Bunda hushning chuqur buzilishlari kuzatilmaydi, lekin soat sayin ko'payib boradi. Birdan bosh og'riq, nutq buzilishlari, bosh aylanish, yuzning oqarishi va gemiparez kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi, qusishga qarshi dorilar, qon bosimi pasaygan bo'lsa 10% li kofein 1–2 ml, 1% li mezaton 1–2 ml, no-shpa 2–4 ml, kordiamin 1–2 ml, reopoliglukin 400 ml t/i, trental, kurantil buyuriladi.

Og'ir bosh miya shikastlanishi. Hushning buzilishi (komagacha), qorachiqqlarning kengayishi, uning yorug'likka reaksiyasi sustlashgan, nistagm, atoniya, chanoq a'zolari faoliyati buzilgan. Meningial belgilar kuzatiladi. Nafas olish va yurak faoliyatida o'zgarishlar ro'y beradi.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi, nafas olishni yaxshilash, tilning orqaga ketishiga yo'l qo'ymaslik, shok va kollaps holatlarda kordiamin, kofein, mezaton, lobelin. Miya va o'pka shishlarida laziks, mannitol, plazma tavsiya etiladi.

Orqa miya shikastlanishi. Og'ir holatlarda bemorlarda orqa miyaning qaysi joylari zararlanishiga qarab, tetra yoki paraplegiya, sezgi sohasida va chanoq a'zolarining faoliyati buziladi.

Shoshilinch yordam: bemor umurtqa pog'onasini immobilizatsiya qilish, qovuqqa kateter solish, og'riq qoldiruvchi dori –baralgin 5,0 ml t/i qilinadi. Bemorni tashishda yotqizilgan holda, agar umurtqa pog'onasining bo'yin qismi shikastlansa, orqa bilan, ko'krak va bel sohasi shikastlansa, qorin bilan yotqiziladi. Bunda yumshoq yostiqcha ko'krak qafasiga qo'yilgan holda tashiladi.

Serebrospinal meningit. Kasallik birdan o'tkir bosh og'riq, qusish, harorat ko'tarilishi bilan boshlanadi. Meningial belgilar ijobiy bo'ladi. Bemor qo'l-oyoqlarini bo'g'imlaridan bukkani, boshini orqaga tashlagan holda yotadi. Shovqin va yorug'likni yoqtirmaydi. Tomir urishi sustlashgan, pay reflekslari pasaygan bo'ladi.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi. Bemorlar alohida ajratilgan xonada yotishi kerak (idish-tovoq, ko'rpa-to'shak, sochiq). Penitsillin 1 mln har 4 soatda m/o, tana harorati 41°C va undan yuqori bo'lsa, reopirin 5,0 m/o. Miya shishishida laziks, mannitol, bemor bezovta bo'lsa, tinchlantiruvchi dorilar qilinadi.

Anafilaktik shok. Bemorda so'lak oqish, aksa urish, yo'tal, qorinda og'riq paydo bo'ladi. O'pkadan quruq xirillashlar eshitiladi. Qon bosimi pasaygan, sovuq ter bosadi. Behushlik kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: 0,1 % li adrenalin 0,5–1,0 ml t/o, kerak bo'lsa, har 15–20 daqiqadan so'ng, qaytarish mumkin. 1 % li dimedrol 2 ml, tavegil, prednizolon 60 mg, 10 % li kalsiy xlor 10 ml t/i sekinlik bilan yuboriladi.

Psixomotor qo'zg'alishlar. Katatonik qo'zg'alishlar: bunda bemorlar, umuman harakat qilmay, bir joyda qotib qoladi. Ba'zan esa mushaklar tonusi bo'shashib, pasayib qolganligi kuzatiladi, bemor gapirmaydi, ovqat yemaydi. Shoshilinch yordam: to'shak tartibi. 2,5 % li aminazin 2 ml yoki 2,5 % li tizersin 1 ml m/o, kordiamin 2 ml, leponeks 200 mg ichishga, zond bilan ovqatlantirish.

Gebefrenk qo'zg'alishlar: bemor o'zidan o'zi kulaveradi, har xil qiliqlar qilib aftini burishtiradi, gaplari quruq safsatadan iborat. Shoshilinch yordam: aminazin, tizersin. *Moniakal qo'zg'alish:* bemorning kayfiyati yaxshi, ko'p gapiradi, hamma narsalarga qiziqib, aralashib ketadi, ko'ziga hamma narsalar yaxshi bo'lib ko'rinadi. Shoshilinch yordam: aminazin, tizersin. *Gallutsinator-paranoid qo'zg'alishda* qo'rqish, xavfsirash, qochish, o'ziga jarohat yetkazishi mumkin. Shoshilinch yordam: aminazin, tizersin, galoperidol 3,0 m/o. *Ajitirlangan depressiyada* kayfiyatning yomonlashuvi, o'zini ayblash, o'zini o'ldirishi mumkin. Shoshilinch yordam: to'shak tartibi. Bemorni kuzatish, 2,5 % li tizersin 3 ml, 1 % li amitriptillin 4–10 ml m/o, leponeks 100 mg ichishga. Delirioz qo'zg'alishda qo'rqish, ko'ruv va eshitish gallutsinatsiyalari, qochishga harakat qilish, atrofdagilardan xavfsirash kuzatiladi. Shoshilinch yordam: 0,5 % li seduksen 2 ml m/o.

Komatoz holatlarda shoshilinch yordam. Koma – hushning yo'qolishi, harakat, sezgi, reflekslarning va boshqa organizm uchun kerak bo'lgan a'zolar faoliyatining buzilishi bilan o'tadigan holat. Komatoz holatlarni keltirib chiqaruvchi sabablar: insultlar, bosh miya o'smalari, meningoensefalitlar, umumiy yuqumli kasalliklar, shikastlanishlar, endogen va ekzogen zaharlanishlar (diabet, uremiya, alkoholizm), endokrin kasalliklar.

Barcha komalarning kelib chiqishiga sabab, bosh miyada kislorod yetishmasligidir. Shuning uchun komani davolashda uni keltirib chiqaruvchi sabablarga asoslanib, davolanadi. Barcha komalarga oksigenoterapiya o'tkaziladi, organizmdan zaharli toksinlarni chiqarish uchun gemosorbsiya qilinadi. Bundan tashqari, 5 % li glukoza, 0,9 % li natriy xlor, 4 % li natriy bikarbonat eritmalariga

kaliy xlor qo'shib tomir ichiga yuboriladi. Bemorning og'iz-burni so'laklardan tozalanib, nafas olishini yaxshilash, qon aylanishini yaxshilovchi, miya shishlariga qarshi, talvasaga, infeksiyaga qarshi davo choralari ko'riladi.

Giperglikemik koma asta-sekin boshlanadi, ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, og'iz qurishi, chanqash, tez-tez siyish, umumiy holsizlik, uyquchanlik kuzatiladi, qon bosimi pasaygan, tomir urishi tezlashgan, aseton hidi seziladi. Og'ir hollarda teri quruq, qorinda og'riq, ta'sirlarga javob bermaydi. Tili quruq, nafas olishi shovqinli, 1 daqiqada 10–12 marta, qorachiqalar toraygan, yorug'likka reaksiyasi sust, reflekslar sustlashgan. Qon va siydik tarkibida qand miqdori ko'paygan, siydikda aseton bo'ladi.

Shoshilinch yordam: zudlik bilan oddiy insulindan 100–200 TB (shundan yarim dozasi natriy xlor bilan tomir ichiga, qolgani teri ostiga qilinadi). 0,9% li natriy xlor, Ringer eritmasi, 4% li natriy bikarbonat, 5% li glukoza kaliy xlor qo'shib tomir ichiga yuboriladi.

Gipoglikemik koma. Insulinni ko'p olgan vaqtda paydo bo'ladi. Bunda charchash, qo'rqish, titrash, ochlik sezish, terlash, yurakning tez urishi, hushi karaxt, ter oqish, qorachiqalar kengaygan, yorug'likka reaksiyasi yo'qolgan, tomir urishi tezlashgan, qon bosimi va tana harorati pasaygan bo'ladi. Kernig belgisi ijobiy. Siydikda qand va aseton yo'q.

Shoshilinch yordam: shirinchoy ichirish yoki 10% li glukoza 1 qoshiqdan ichirish, 40% 60 ml glukoza, kokarboksilaza, vitamin C, gidrokortizon, kofein qilinadi.

Jigar komasi. Sekinlik bilan boshlanadi, bosh og'riq, kunduzi ko'p uxlash, kechasi bezovta bo'lish, charchash, og'iz ichi achchiq bo'lishi, ta'm bilmaslik, ko'ngil aynishi, qusish, psixomotor qo'zg'alishlar, talvasa, til oqargan, meteorizm, qorachiqalar kengaygan, yorug'likka reaksiyasi sustlashgan, og'izdan jigar hidi seziladi, qonda bilirubin miqdori ko'paygan bo'ladi.

Shoshilinch yordam: 40% li glukoza, askorbin kislota, plazma, B guruh vitaminlar, vikasol, albumin, essensial, prednizolon beriladi.

Uremik koma. Og'izdan ammiak hidi keladi, yuzi shishadi, teri qichishadi, og'iz qurishadi, uyquchanlik, qusadi, bosh og'riydi, siydik miqdori kamayadi, qon bosimi ko'tariladi. Qorachiqalar toraygan, yorug'likka reaksiyasi yo'qolgan, meningial belgilar, reflekslar baland, qonda gemoglobin va eritrotsitlar kamaygan bo'ladi. Azot qoldig'i,

mochevina, kreatinin oshgan. Siydikda oqsil va eritrotsitlar ko'paygan bo'ladi.

Shoshilinch yordam: oshqozonni 3 % li soda bilan yuvish. 40 % li glukoza, askorbin kislota, 4 % li natriy bikarbonat, aminazin, kordiamin beriladi.

Alkogol komasi. Etil spirti ko'proq ichganda paydo bo'ladi. Alomatlari: yuzi qizargan, sianoz, teri nam, sovuq, tana harorati va qon bosimi pasaygan, tomir urishi tezlashgan, qorachiqalar toraygan, qusish, ixtiyorsiz siyib yuborish va axlat chiqarish, og'izdan aroq hidi keladi; ensa, chaynov va qo'l-oyoq mushaklari taranglashgan bo'ladi.

Shoshilinch yordam: oshqozonni zond bilan yuvish, 20 % li glukoza 500 ml tomir ichiga, vitamin B₁– B₆ 5–6 ml tomir ichiga, insulin 20 TB, 4 % li natriy bikarbonat, mannit, laziks; qon bosimi pasayganda kofein, kordiamin beriladi.

Apomorfingli terapiya o'tkazish: apomorfinning 1 % li eritmasini 0,1 ml dan 0,8 ml gacha oshirib boriladi. Bemorda qusish belgilari paydo bo'lguncha har kuni yoki kunora mushak orasiga qilinadi. Keyin bemorga 50 ml spirt ichiriladi. Davo kursi 20 kun.

Antabus-tetoram provakatsiyasini o'tkazish: bemorga har kuni antabus (tetoram) berilgandan so'ng, bir haftadan keyin sinab ko'riladi. Sinov kunida bemorga ertalab 0,75–1 g antabus, 8–9 soatdan keyin esa 30–50 ml aroq ichiriladi. Bemorda 15–20 daqiqadan keyin quyidagi vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi: ko'ngil aynishi, qusish, teri rangining qizarishi, ba'zan sianoz, qon bosimi pasayishi, tomir urishi tezlashishi, nafas qisishi, oyoq-qo'llarning uvushishi. Agar bu belgilar bir yarim soatgacha o'tib ketmasa, unda bemorga kislorod berish, lobelin, kordiamin, 40 % li glukoza 40 ml, qusishga qarshi 0,1 % li atropin 0,5 ml qilinadi. Bemor to'rt soatgacha shifokor nazoratida turadi.

Amital-kofeinli qo'zg'atish o'tkazish: depressiv holatlarda – ovqat yemay, qimirlamay bir joyda turib qolgan bemorlarga qo'llaniladi. Bunda kofein 20 % 1 ml teri ostiga qilinadi. 5 daqiqadan so'ng yangi tayyorlangan 5 % amitallik natriy eritmasidan tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Bundan keyin bemor bilan muloqotga kirishiladi va ovqatlantiriladi. Davo kursi 5–10 inyeksiya bo'lib, kunaro qilinadi.

Isterik xuruj. Isteriya xurujlari birdan boshlanadi, ruhiy taassurotlar natijasida kelib chiqadi. Isteriya xuruji bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Kuchli tashqi taassurotlar og'riq, sovuq suv, qattiq ovoz ta'siridan isteriya xuruji bosilishi mumkin. Agar isteriya

xuruji uzoq davom etsa, unda bemorni tinchlantirish uchun aminazin 2,5% li 1,0 ml m/o, kordiamin 25% li 2,0 ml, dimedrol 1% li 2,0 ml, diazepam 2,0m/o qilinadi. Bundan tashqari, bemorni alohida xonaga yotqizib, uni bilan gipnoz va autotrening mashqlari o'tkazilishi lozim. Bunda bemor 2–3 seansdan keyin o'zi gapira boshlaydi. Autotrening kuniga 2 marta – ertalab va kechqurun o'tkaziladi.

Bosh va orqa miya shikastlarida bemorlarni tashish. Immobilizatsiya maqsadida (Kramer, Diterixs, pnevmatik) shinalardan foydalaniladi. Immobilizatsiya – shikastlangan soha yoki gavdaning qaysidir bir qismining qimirlashini bartaraf qilish va tinch holat yaratishdir. Immobilizatsiya singan, chiqqan, ezilgan joyni qimirlamasligi va tinch turishi uchun qo'llaniladi. Og'riqni, karaxtlilikni, infeksiya tushishini, qon ketishining oldini olish hamda bemorni bir joydan ikkinchi joyga ko'chirish maqsadida ham foydalaniladi. Immobilizatsiya har doim singan sohaning ikki tarafidan 2–3 katta bo'g'im sohasini ushlashi kerak. Birinchi shina boshning tepa sohasidan umurtqa pog'onasini bel sohasigacha to'g'ri holatda qo'yiladi. Ikkinchi shina boshni tepa qismidan ikkala yelka sohasigacha, uchinchi shina ikkala qo'l sohasiga ko'ndalangiga qo'yiladi.

Longeta tayyorlash uchun bint yoki marli, ganch kukuni va suv kerak bo'ladi. Longeta 6–8 qavat bintdan tayyorlanib, har bir qavati orasiga ganch kukuni sepib qatlanib boriladi. Tayyor bo'lgan longeta qatlamlarga qatlanib, tog'oradagi suvga solib qo'yiladi. Ma'lum vaqtdan keyin havo pufaklari chiqmay qolgandan so'ng, suvdan olib sidiriladi va astarlik bint ustidan qo'yib, bog'lanadi. Astarlik terining butunligini saqlash uchun qo'yiladi.

TESTLAR

1. «Neyron» soʻzi nimani bildiradi?

- A. Shvann hujayralari.
- B. Nerv hujayralari va uning oʻsimtasi.
- C. Nerv hujayrasining oʻsimtasi.
- D. Nerv hujayrasi.
- E. Akson.

2. Bemorda pastki paraparez, gipotoniya, giporefleksiya va siydik tutilib qolish belgilari bor. Orqa miyaning koʻndalang kesimi zararlangan. Orqa miyaning qaysi qismi zararlangan?

- A. Boʻyin kengligi.
- B. Koʻkrak segmenti.
- C. Bel kengligi.
- D. Dumgʻaza segmenti.
- E. Koʻkrak segmentining yarmi.

3. Orqa miya suyuqligida qon bor, u qaysi kasallikda uchraydi?

- A. Bosh miya leptomeningiti.
- B. Ishemik insult.
- C. Bosh miya oʻsmasi.
- D. Gemorragik insult.
- E. Miyelit.

4. Agar bemorda periferik asab tizimining monoparezi oʻng oyoqda boʻlsa, orqa miyaning qaysi qismi zararlangan?

- A. Orqa miya koʻkrak qismining yarmi.
- B. Orqa miya oldingi shoxining bel kengligi.

- C. Orqa miya orqa shoxining koʻkrak qismi.
- D. Orqa miyaning boʻyin kengligi.
- E. Orqa miya ildizlari.

5. Segment xilida sezgining buzilishi kuzatilsa, qayer zararlangan boʻladi.

- A. Orqa miyaning orqa ustuni.
- B. Ichki kapsula.
- C. Orqa miyaning orqa shoxi.
- D. Periferik asab tizimi.
- E. Orqa miya chigallari.

6. Bemorning orqa miya bel kengligi koʻndalang kesimi toʻliq zararlangan boʻlsa, qanday belgilar boʻladi?

- A. Spastik tetraparez.
- B. Pastki spastik paraparez.
- C. Oyoqlarda periferik asab tizimining zararlanishi, pay va Axill refleksi yoʻqolishi, siydik tutilib qolishi.
- D. Oʻng tomonda periferik asab tizimi zararlangan.
- E. Tetraplegiya.

7. Bemor 30 yoshda, kasallik birdan boshlangan, harorat koʻtarilgan, holsiz. Bir kundan keyin oʻng tomonda umurtqa pogʻonasi, qovurgʻa sohasida qattiq ogʻriq boʻlib, mayda toshmalar paydo boʻlgan. Tashxisni aniqlang.

- A. Koʻkrak miyeliti.

- B. Bo'yin ko'krak radikuliti.
- C. Gangliolit.
- D. Qovurg'alararo nevrалgiya.
- E. Ishioradikulit.

8. Gemorragik insultda qaysi dorilar mumkin emas?

- A. Penitsillin.
- B. Laziks.
- C. Geparin.
- D. Kavinton.
- E. Mannit.

9. Ishemik insultda qaysi dori-larni qo'llab bo'lmaydi?

- A. Geparin.
- B. Furatsemid.
- C. Vikasol.
- D. Nikotin kislot.
- E. No-shpa.

10. Penitsillinni qaysi kasallikni keltirib chiqaruvchiga tavsiya etish mumkin?

- A. Bosh miyada qon quyilganda.
- B. Ishemik insultda.
- C. Meningitda.
- D. Radikulitda.
- E. Migrenda.

11. Bosh miya chayqalganda qanday tashxis qo'yiladi?

- A. Boshning sochli qismida ko'kar-gan, yorilgan joylar bor.
- B. Burun bo'shlig'i singan.
- C. Turg'un bo'lmagan tarqoq asab tizimida belgilar bor.
- D. Kernig va Lasseg belgilari bor.
- E. Vasserman va Neri belgilari mav-jud.

12. Bemorning chap tomonida yuz mushaklarining parezi bor ko'zyosh oqadi. Zararlangan joyni aniqlang.

- A. Kortika-spinal yo'l.
- B. Qo'shimcha nerv.
- C. Yuz nervi.
- D. Orqa miya mushak yo'li.
- E. Bosh miya peshana qismi.

13. Bemorning oyog'ida mono-parez, markaziy falajlikda zararlangan joyni aniqlang.

- A. Bosh miyaning yuqorigi tepa qismi.
- B. Bosh miyaning yuqori oldingi markaziy egati.
- C. Ichki kapsula.
- D. Ko'ruv do'mbog'i.
- E. Orqa miya bel qismi.

14. Orqa miya ko'krak qismining o'ng tomoni zararlangan. Qanday belgilar bo'ladi?

- A. Chap oyoqning markaziy falaji, sezgining buzilishi zararlangan tomonda o'tkazuvchi xilida.
- B. O'ng oyoqda markaziy falaj, o'ng tomonda sezgining yo'qolishi o'tkazuvchi xilida.
- C. O'ng oyoqning periferik asab falaji bilan qorin reflekslari o'ng tomonda yo'qolgan. Mushak-bo'g'im va taktil sezgisi chap tomonda yo'qolgan.
- D. O'ng oyoqning markaziy falaji, o'tkazuvchi xilida chap tomonda og'riq va harorat sezgisining yo'qolishi, o'ng tomonda chuqur sezgining o'tkazuvchi xilida yo'qolishi.
- E. Spastik paraparez, gipertonus, giperrefleksiya.

15. Bosh miya peshana qismi zararlanganda qanday belgilar kuzatiladi?

- A. Sensor afaziya, sanashni bilmaslik, umumiy qaltirash xuruji.
- B. Sensor afaziya, aleksiya, kichik tutqanoq xuruji, ataksiya.
- C. Tutqanoq xuruji, bosh va ko'zni zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonga qarab yotishi, ruhiy o'zgarish.
- D. Ko'rish gallutsinatsiyasi.
- E. Eshitish, hid bilish, ta'm bilish gallutsinatsiyasi.

16. Bosh miya tepa qismida qanday markazlar joylashgan?

- A. Hid bilish, gapirish, sensor afaziya markazi.
- B. Butun sezgi markazi, praksiya, sanash, jismlarni paypaslab bilish markazi.
- C. Yoza olmaslik, motor afaziyasi, eshitish markazi.
- D. Ko'rish, eshitish, ta'm bilish markazi.
- E. Nutq, nigoh-qarash markazi.

17. Bemorning chap tomonida ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv zararlangan, o'ng tomonda gemiparez bor. Zararlangan joyni ko'rsating.

- A. O'rta miyaning chap tomoni.
- B. O'rta miya va Vorolev ko'pri-gining chap tomoni.
- C. Ichki kapsulaning chap tomoni.
- D. Ko'ruv do'mbog'ining chap tomoni.
- E. Bosh miya chap tomonining peshana qismi.

18. Bosh miya chakka qismida qaysi markazlar joylashgan?

- A. Ko'rish, sanash, motor afaziyasi.
- B. Eshitish, hid bilish va ta'm bilish markazi, musiqaga qobiliyat, sensor markazi.

- C. Sanash, eshitish, nigoh, muvozanat markazlari.
- D. Yozish, ta'm bilish markazi, ko'rib bilish markazi, ko'rish gallutsinatsiyasi.
- E. Sezgi, taktil, ko'rib bilish markazi.

19. Bemor 28 yoshda. Avtomobil jarohatidan keyin og'ir ahvolda shifoxonaga keltirildi. Tekshirganda hushi karaxt, tomir urushi 130 marta, qon bosimi 90/50 mm simob ustuniga teng, bir necha marta qusgan, o'ng tomon chakka sohasida gematoma bor. Ko'z qorachiqslarining yorug'likka javobi sustlashgan, nistagm, ruhiy qo'zg'alish, chap tomonda yuz nervining falaji, mushaklar gipotoniyasi, pay reflekslari jonlangan, rentgenogrammada chakka suyagining yorilish belgilari mavjud. To'g'ri tashxishi ko'rgating.

- A. Bosh miya chayqalishi, chakka suyagining yorilishi.
- B. Bosh miyaning og'ir lat yeyishi, subaraxnoidal qon ketish bilan chakka suyagining yopiq sinishi.
- C. Jarohatdan keyingi subaraxnoidal bo'shliqqa qon ketishi.
- D. Epidural qon ketish.
- E. Parenximatoz qon ketish.

20. Bemor 14 yoshda, o'naqay, yoshligidan chap o'rta qulog'ining yiringli otiti bilan kasallangan. Shifoxonaga haroratning ko'tarilishi, bosh og'riq, qusish bilan keltirildi. Tekshirganda hushi

karaxt, badani issiq, tomir urishi 48 marta, qon bosimi 120/80 mm simob ustuni, ensa mushagi tarang, Kernig va Brudzinskiy belgilari bor. To'g'ri tashxisni ko'rsating.

- A. O'tkir miyelit.
- B. Bosh miyada qon quyilishi.
- C. Chap tomonda bosh miyaning chakka bo'lagida absess bor.
- D. O'tkir ensefalit.
- E. Yiringli o'rta quloq otiti.

21. Lumbal punksiya qilish mumkin emas.

- A. Ko'z tubi me'yorida.
- B. Ko'rish nervining so'rg'ichi dimlangan, nistagm.
- C. Pastki paraparez.
- D. Chanoq a'zolarining faoliyati buzilgan.
- E. Miyelit.

22. Meningit uchun xarakterli belgilarni ko'rsating.

- A. Orqa miya suyuqligida limfatsitlar soni 3–5 tagacha.
- B. Ensa mushagi tarang, Brudzinskiy va Kernig belgilari, bosh og'riq, qusish.
- C. Pastki paraparez markaziy falajlik xili.
- D. Vasserman, Lasseg, Neri belgilari.
- E. Orqa miya suyuqlik bosimi 200 mm sim. ustuniga teng.

23. Bosh miya chayqalishiga xos belgini ko'rsating.

- A. Tutqanoq xuruji.
- B. Gemiparez o'ng tomonda.
- C. Retrograd amneziya.
- D. Chanoq a'zolarining faoliyati buzilgan.
- E. Pastki paraparez.

24. Tutqanoq kasalligida qaysi dorini berish mumkin emas?

- A. Benzonal.
- B. Furatsemid.
- C. Kamfora.
- D. Vitamin B₆.
- E. Sinnarizin.

25. Vaksinali ensefalitda qaysi dori buyuriladi?

- A. Antibiotik.
- B. Gormon.
- C. Ftalazol.
- D. Kamfora.
- E. Strixnin.

26. Ko'z tubining ko'ruv nervining so'rg'ichi dimlangan bo'lsa, qaysi kasallikka xos belgi bo'ladi?

- A. Bosh miya chayqalishi.
- B. Miyacha o'smasi.
- C. Shol kasalligi.
- D. Bo'yin radikuliti.
- E. Miyelit.

27. Tutqanoqqa xos bo'lmagan belgilarni ayting.

- A. Qisqa vaqt hushdan ketish.
- B. Og'izdan ko'pik kelish.
- C. Ixtiyorsiz siyib yuborish, tilni tishlab olish.
- D. Xuruj vaqtida ko'z qorachig'ining yorug'likka javobi to'liq saqlangan.
- E. Aura.

28. Meningitga xos belgini ko'rsating.

- A. Tiniq.
- B. Loyqa.
- C. Qon bo'lishi.
- D. Qand miqdori kamayishi.
- E. Limfatsitlar soni 3–5 tagacha.

29. Bemor pastga qaraganda, ko'ziga narsalarning ikkita bo'lib qolish belgilari bor. Zararlangan joyni ko'rsating.

- A. Ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv.
- B. G'altaksimon nerv.
- C. Uzoqlashtiruvchi nerv.
- D. Bosh miya peshana bo'lagi zararlangan.
- E. Yuz nervi.

30. Bemor gapga tushunadi, lekin gapira olmaydi. Tashxis qo'ying.

- A. Sensor afaziya.
- B. Amnestik afaziya.
- C. Motor afaziya.
- D. Dizatriya.
- E. Disfagiya.

31. Zo'rayib boruvchi mushaklar distrofiyasida zararlangan joyni ayting.

- A. Orqa miya oldingi shoxi.
- B. Mushaklar.
- C. Orqa miyaning oldingi ildizlari.
- D. Orqa miyaning yon ustunlari.
- E. Orqa miya orqa shoxi.

32. Orqa miya suyuqligida eritrotsitlar bor. Tashxis qo'ying.

- A. Ishemik insult.
- B. Subaraxnoidal qon ketish.
- C. Gipertonik kriz.
- D. Orqa miya miyeliti.
- E. Meningit.

33. Sezgining bemor qo'llarida qo'lgopsimon, oyoqlarida paypoqsimon buzilish bor. Kasallikka tashxis qoying.

- A. Pleksit.
- B. Bilak nervining yallig'lanishi.
- C. Polinevrit.

D. Poliomiyelet.

E. Radikulit.

34. Epileptik xurujda qaysi muolaja mumkin emas?

- A. Siydik haydovchi dorilar.
- B. Vitaminlar.
- C. Elektr davo muolajalari.
- D. Qaltirashga qarshi dorilar.
- E. Gormonlar.

35. Bemorning oyoq panjasida og'riq, Axill refleksi yo'qolgan, oyoq panjasidagi arteriyada pulsatsiya pasaygan. Qaysi joy zararlangan?

- A. Son arteriyasi.
- B. Orqa miya ko'krak segmenti.
- C. Oyoqning chuqur venalari.
- D. Quymich nervining zararlanishi.
- E. Bo'yin osteoxondrozi.

36. EEG da epilepsiyaga xos bo'lgan to'qlinni ko'rsating.

- A. Tetta to'qlin.
- B. Delta to'qlin.
- C. Tig' to'qlin.
- D. Betta to'qlin.
- E. Gipersinxron alfa.

37. Bulbar falajiga xos bo'lgan belgilar qaysi variantda to'g'ri ko'rsatilgan?

- A. Tetraparez.
- B. Dizatriya.
- C. Yutinish refleksining yo'qolishi.
- D. Tilning atrofiyasi.
- E. Barcha javob to'g'ri.

38. Parkinson alomati qaysi variantda to'g'ri ko'rsatilgan?

- A. Yuz mushaklarining qotib qolishi.
- B. Mayda qadamchalar bilan yurish.

- C. Mushak tonusining bukuvchi va yozuvchi mushaklarda oshishi.
- D. Qo'llarda «tanga sanash» belgisi hamda titrash.
- E. Hamma javob to'g'ri.

39. Meningitga xos belgilarni ko'rsating.

- A. Talvasa xurujlari.
- B. Ensa mushagining tarangligi.
- C. Kernig va Brudzinskiy belgilari.
- D. Bosh og'riq, giperesteziya.
- E. Barcha javoblar to'g'ri.

40. Aniqlik bor narsalarni noto'g'ri idrok qilish nima deyiladi?

- A. Gallutsinatsiya.
- B. Illuziya.
- C. Depressiya.
- D. Asteniya.
- E. Ambliopiya.

41. Yo'q narsalarni bor deb idrok qilish nima deb ataladi?

- A. Isteriya.
- B. Gallutsinatsiya.
- C. Illuziya.
- D. Depressiya.
- E. Amavroz.

42. Bemorning qulog'iga har xil tovushlar, odamlar ovozi, kimdir ismini aytib chaqiradi. Bu nima deb ataladi?

- A. Illuziya.
- B. Gallutsinatsiya.
- C. Isteriya.
- D. Depressiya.
- E. Amneziya.

43. Bemor 26 yoshda, tez charchab qolish, bosh og'riq, ko'p terlash, uyqu buzilishi,

kayfiyatning yomonlashuvi, tez jahli chiqishidan shikoyat qiladi. Tekshirganda, pay reflekslari jonlangan, giperesteziya, giper-gidroz, qon bosimi o'ng qo'lda 115/70, chap qo'lda 100/60 mm simob ustuniga teng. Bu nima deb ataladi?

- A. Ipoxondrik alomat
- B. Isterik alomat.
- C. Astenik alomat.
- D. Amneziya.
- E. Maniakal holat.

44. Retrograd amneziya nima?

- A. Xotiradan tushib qolgan voqealar va uydirmalar.
- B. Kasallik boshlangandan keyin bo'lib o'tgan voqealarning esdan chiqib qolishi.
- C. Xotiraning susayib ketishi.
- D. Kasallik boshlangandan oldin bo'lib o'tgan voqealarning esdan chiqib qolishi.
- E. Xotiraning yo'qolishi.

46. Bemor 35 yoshda, shikoyati nafas olishga qiynalish, havo yetishmaslik, sababsiz yig'lash, qo'l va oyoqning uvishib qolishi hamda tutqanoq xurujidan iborat. Tekshirganda, xuruj vaqtida harakatlari tartibli, ko'z qorachiqqlarining yorug'likka javobi saqlangan, mushaklar tonusi va pay reflekslari saqlangan. Patologik reflekslari yo'q. Tashxis qo'ying.

- A. Epileptik xuruj.
- B. Isterik xuruj.
- C. Depressiya.
- D. Asteniya.
- E. Paranoyyal alomat.

47. Bemor 29 yoshda. O'zini juda yaxshi sezadi, hamma vaqt xushchaqchaq, doimo xursand bo'lib, kuchi o'ta ko'payib ketgandek sezadi. Charchash va uyqu nimaligini bilmaydi. Tekshirganda, kayfiyatning ko'tarilishi, fikrlash qobiliyatining kuchayish belgilari bor. Ishtahasi yaxshi, qon bosimi, tomir urishi va jinsiy qobiliyati oshgan. Tashxis qo'ying.

- A. Depressiya alomat.
- B. Obsessiv alomat.
- C. Paranoyyal alomat.
- D. Maniakal alomat.
- E. Asteniya.

48. Hushning buzilishi nima deb ataladi?

- A. Amensiya.
- B. Amneziya.
- C. Demensiya.
- D. Konfabulatsiya.
- E. Agripniya.

49. Aqlning zaiflashuvi nima deb ataladi?

- A. Demensiya.
- B. Amensiya.
- C. Gipomneziya.
- D. Amneziya.
- E. Akineziya.

50. Xotiraning pasayishi nima deb ataladi?

- A. Asteniya.
- B. Demensiya.
- C. Amensiya.
- D. Gipomneziya.
- E. Amneziya.

51. Bemorda pastki paraparez, gipertonus, giperrefleksiya va patologik reflekslaridan Babinskiy, Gordon reflekslari bor. Bunda orqa miyaning ko'ndalang kesimi zararlangan, orqa miyaning yana qaysi qismi zararlangan?

- A. Bo'yin kengligi.
- B. Ko'krak segmenti.
- C. Bel kengligi.
- D. Dumg'aza segmenti.
- E. Orqa miya bel kengligining yarmi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *Majidov N. M.* Umumiy nevrologiya. – T., 1995.
2. *Shomansurov Sh. Sh.* Asab va ruhiy kasalliklar. – T., 1995.
3. *Aslanov A. M.* Asab kasalliklari. T., 1998.
4. *Murtalibov Sh. A.* Psixiatriyadan ma'lumotnoma. – T., 1993.
5. *Shomansurov Sh. Sh.* Bolalar asab kasalliklari. – T., 1995.

MUNDARIJA

Soʻzboshi.....	3
----------------	---

I QISM. NEVROLOGIYA

UMUMIY BOʻLIM

Nevropatologiya va psixiatriyaning rivojlanish tarixi.....	5
1-bob. Bemorlarni tekshirish usullari.....	7
Asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi va gistologiyasi. Asab kasalliklarining umumiy simptomatologiyasi. Asab toʻqimasi.....	9
Markaziy asab tizimi	11
Bosh miya poʻstloq qismining fiziologiyasi, zararlanishi, uni tekshirish usullari.....	13
Bosh miya poʻstloqosti tuzilmalari	14
Bosh miya pardalari, bosh miya qorinchalari, orqa miya suyuqligining hosil boʻlishi va uning aylanib yurishi. Meningial belgilar, meningizm, bosh miya ichki bosimining kuchayishi va kamayishi	17
2-bob. Periferik asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va uni tekshirish usullari	21
3-bob. Harakat tizimi, anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va uni tekshirish usullari.....	25
Reflekslar anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanishi va tekshirish usullari.....	29
4-bob. Bosh miya nervlarining anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari.....	30
5-bob. Sezgi tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari.....	37
6-bob. Vegetativ asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari.....	41
Chanoq aʼzolarining faoliyati va ularning zararlanishi.....	44

MAXSUS BOʻLIM

7-bob. Asab kasalliklarini tekshirish, davolash va parvarish qilish usullari	46
Asab kasalligida bemorlarning kasallik tarixini yozish	46
Asab sohasini tekshirish	47
Asab kasalliklarini davolash va parvarish qilish.....	49
8-bob. Periferik asab tizimi kasalliklari.....	53
Bel-dumgʻaza radikuliti	54

Osteoxondroz kasalligi.....	55
Bo'yin radikuliti.....	57
Ko'krak radikuliti.....	58
Tirsak nervining nevriti.....	58
Bilak nervining nevriti	59
Oraliq nerv nevriti	59
Quymich nervining nevriti	59
Yuz nervining nevriti.....	60
Inyeksiyadan keyingi quymich nervi nevriti.....	61
Nevralgiyalar	62
Polinevritlar	64
Poliradikulonevropatiya (<i>Giyen-Barre kasalligi</i>)	66
9-bob. Markaziy asab tizimining yuqumli kasalliklari	69
Meningitlar.....	69
Yiringli meningit.....	70
Sil meningiti.....	71
Epidemik (letargik) ensefalit.....	74
Gripp va uning asab tizimini zararlashi.....	75
Revmatik ensefalit.....	80
O'tkir poliomiylit.....	82
Miyelit.....	83
Leptomeningit	84
OITS	85
10-bob. Bosh va orqa miyada qon aylanishining buzilishi	87
Ishemik insultlar.....	90
Gemorragik insult	92
Pardalar orasiga qon quyilishi	93
11-bob. Markaziy asab tizimining o'smalari.....	96
Miyaning parazitlar kasalliklari	99
12-bob. Bosh va orqa miya shikastlari	102
Orqa miya shikastlari.....	106
13-bob. Asab tizimining irsiy-degenerativ va zo'rayib boradigan kasalliklari	107
Neyrogen mushaklar distrofiyasi.....	109
14-bob. Chaqaloqlarda asab tizimi kasalliklari	112
Chaqaloqlarda bo'yin va yelka chigalining jarohatlanishi.....	115
15-bob. Vegetativ asab tizimi kasalliklari.....	116
Vegetativ qon tomirlar distoniyasi	117

Migren	118
Anafilaktik shok	121
16-bob. Kasbga aloqador asab tizimi kasalliklari.....	124
Asab tizimining kasbga aloqador ba'zi kasalliklari va zaharlanish hollari...	124
Botulizm	127

II QISM. PSIXIATRIYA

17-bob. Ruhiy kasalliklar	129
Ruhiy kasalliklarda uchraydigan belgilar	129
Ruhiy kasalliklarning asosiy sindromlari	133
18-bob. Psixonevrologik yordamni tashkil etish.....	140
Shifoxonalarda va psixonevrologik dispanserda ruhiy kasalliklarni davolash, nazorat qilish hamda parvarish qilish.....	140
Ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarni parvarish qilish.....	142
19-bob. Ichki kasalliklar va yuqumli kasalliklarda uchraydigan ruhiy o'zgarishlar	145
Tug'uruqdan keyingi psixozlar.....	145
Shizofreniya.....	148
Maniakal-depressiv psixoz	152
Alkogolizm, alkogol psixozlar.....	154
Giyohvandlik	160
Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi.....	165
Bosh miya atrofiyasi natijasida vujudga keladigan ruhiy o'zgarishlar	166
20-bob. Epilepsiya, bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar, bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	169
Bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar.....	172
Psixogeniyalar	175
Psixopatiyalar	177
Nevrozlar	178
Nevrasteniya.....	179
Isteriya	180
Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi.....	181
22-bob. Amaliy muolajalar va ko'nikmalar	182
Testlar	190
Foydalanilgan adabiyotlar	196

56.12
Sh74

Shodmonov, X. Q.

Asab va ruhiy kasalliklar : Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma / X.Q. Shodmonov, X.Sh. Eshmutodov, O.T. Tursunova; O'zR Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi, O'rta maxsus kasb-hunar ta'limi markazi, O'zR sog'liqni saqlash vazirligi. – T.: «O'qituvchi» NMIU, 2010. – 200 b.

I. Eshmurodov, X.Sh. II. Tursunova, O.T.

ББК 56.12я722+56.14я722

*SHODMONOV XUDOYNAZAR QAYUMOVICH,
ESHMURODOV XOLMON SHOMURODOVICH,
TURSUNOVA OLIMA TURDIYEVNA*

ASAB VA RUHIY KASALLIKLAR

Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma

3-nashri

*«O'qituvchi» nashriyot-matbaa ijodiy uyi
Toshkent – 2010*

Muharrir	<i>A. Ziyodov, D. Abbosova</i>
Badiiy muharrir	<i>J. Gurova</i>
Texnik muharrir	<i>T. Greshnikova</i>
Musahhih	<i>M. Ibrohimova</i>
Kompyuterda sahifalovchi	<i>E. Kim, Sh. Yuldasheva</i>

Original-maketdan bosishga 30.08.2010. da ruxsat etildi. Bichimi 60×90¹/₁₆.
«Times New Roman» garniturasida ofset bosma usulida bosildi. Kegl 11,5 shponli.
Shartli b.t. 12,5+1,0 b.t. rangli vkl. Nashr t. 12,5+0.5 rangli vkl.
1649 nusxada bosildi. Buyurtma №

O'zbekiston Matbuot va axborot agentligining «O'qituvchi» nashriyot-matbaa ijodiy uyi.
Toshkent – 129. Navoiy ko'chasi, 30-uy.//Toshkent, Yunusobod dahasi,
Murodov ko'chasi, 1-uy. Shartnoma №07-36-10.