

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

Ўз Р ССВнинг Фан ва ўқув
юртлари бош бошқармаси
бошлиғи проф. Ш.Э. Атаханов

2010 й “____” _____
№ _____ баённома

“КЕЛИШИЛДИ”

Ўз Р ССВнинг Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори М.С. Юсупова

2010 й “____” _____
№ _____ баённома

МАВЗУ:

**МАРКАЗИЙ НЕРВ СИСТЕМАСИ ЯЛЛИҒЛАНИШ
КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ**

Тиббиёт олий ўқув юртлари олий маълумотли ҳамшира факультети
талабалари учун ўқув-услубий қўлланма

Тошкент 2010

Тузувчилар: **Рахимбаева Г.С.** – Тошкент тиббиёт академияси асаб касалликлари кафедраси мудири, профессор, т.ф.д.
Закирова М.Ф. - Тошкент тиббиёт академияси асаб касалликлари кафедраси ассистенти.

Такризчилар: **Холматова Б.Т.** - Тошкент тиббиёт академияси олий маълумотли ҳамшира факультети декани, т.ф.д., профессор
Содиқова Г.Қ. - Тошкент педиатрия тиббиёт институти неврология, болалар неврологияси ва тиббиёт генетикаси кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

Ушбу ўқув-услубий қўлланма

- ТТА ЦМК № _____ « _____ » _____ » йиғилишида тасдиқланган.
- ТТА Илмий Кенгаши қарори: № _____ « _____ » _____ »

Ушбу ўқув-услубий қўлланмада неврологияда марказий нерв системаси яллиғланиш касалликлари сабаблари, клиникаси, бу ҳолатларда ҳамширалик жараёни ҳақида сўз кетади. Ўқув-услубий қўлланма тиббиёт олий ўқув юртлари олий малакали ҳамшира факультети талабалари учун мўлжалланган.

Мавзу: Марказий нерв системаси яллиғланиш касалликларида хамширалик жараёни

1. Машғулоти ўтказиш жойи, жиҳозлар

- асаб касалликлари кафедраси;
- слайдлар, жадваллар, видеофильмлар, тарқатма материаллар ва жиҳозлар.

2. Машғулоти мақсадлари

- Марказий нерв системаси яллиғланиш касалликлари ҳақида умумий маълумот бериш;
- Менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, арахноидит, миелит, полиомиелит билан оғриган беморлар ҳолати ҳақида маълумот бериш;
- Менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, арахноидит, миелит, полиомиелит билан оғриган беморларни текшириш усуллари ҳақида тушунча бериш;
- Марказий нерв системаси яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни даволаш ва хамширалик жараёни ҳақида тушунча бериш;

Вазифалари

Талаба билиши лозим:

- Марказий нерв системаси яллиғланиш касалликларини келтириб чиқарувчи омилларни;
- Марказий нерв системаси тузилишини;
- Марказий нерв системаси яллиғланиш касалликлари клиникасини;

Талаба бажара олиши лозим:

- Касаллик тарихини ёзиш учун материал йиғишни;
- Психологик статусни текшириш усуллари;
- Менингеал белгиларни текширишни;
- Сизги бузилишларини аниклашни;
- Рефлексларни текширишни;

3. Асослаш

Бош ва орқа мия органик касалликларида асаб тизимининг зарарланиш жойига қараб патологияси учрайди. Нейроинфекциялар, уларнинг этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволашни билиш касаллик ташҳисини тўғри қўйишда кучли омил бўла олади. Бунинг учун нейроанатомияни, нейроинфекцияни пухта билиш лозим. Тўғри қўйилган ташҳис тўғри даволаш чораларини қўришда ва ўз ўрнида давонинг самарадорлигини оширишга пухта замин яратади. Бу билимлар талабанинг клиник фанларни ўрганишида ва турли беморларни даволашдаги хамширалик амалиётида керак бўлади.

4. Фан ичидаги ва фанлараро ўзаро боғлиқлик

Бу мавзуни ўрганилиши нейроанатомия, неврологияда ҳамширалик иши, физиология, нейрохирургия, психиатрия, фармакология, деонтология каби фанлар асосида талабалар олган билимларга асосланган. Машғулот давомида олинган билимлар барча клиник фанларни ўрганишда қўлланилади.

5. Машғулот мазмуни

Назарий қисми

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Йирингли менингитни менингококк, пневмококк, гемофил таёқчалар келтириб чиқаради. Жароҳат, ўтказилган хирургик амалиёт,

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

Даволаш: Қўзғатувчининг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш ва беморни антибиотикларни қабул қила олиш синамаси ўтказилади. Даволашда пенициллинни суткалик дозаси 60 млн. Е.Д. гача хар 3-4 соат парентерал 7-10 сутка давомида юборилади, 1-2 марта эндолюмбал юборилади.

Антибиотик билан бир вақтда узайтирилган сульфаниламид-сулфатон максимал дозада юборилади.

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

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

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

Оғир ҳолларда бактериологик шок типда кечганда, вена ичига гидрокортизон эритмаси 0,012 г/кг дозада тана массасига нисбатан қуйилади, томчилаб физиологик эритма, 5% ли глюкоза эритмаси, қон плазмаси, реополиглюкин, строфантин, аскорбин кислотаси, преднизолон (0,005 г/кг), кокарбоксилаза юборилади.

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

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

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

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

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

Даволаш: люмбал пункциялар 5-6 кун давомида кунаро, вирусга қарши препаратлар- ацикловир вена ичига томчилаб хар 8 соатда 0,01 г/кг, дезоксирибонуклеаза, иммуноглобулин вена ичига томчилаб 3,0, урта терапевтик дозада антибиотиклар, антигистаминлар (бронал, тавегил мушак ичига 0,1%-2мл), бош оғриғини камайтириш учун аналгетиклар (аналгин, баралгин), дегидратация мақсадида лазикс вена ичига ёки мушак ичига 1%-2мл, диакарб, вена ичига томчилаб 200мл 15% маннитол эритмаси, дезинтоксикация учун 200мл 5% глюкоза эритмаси, реополиглюкин юборилади. Эпихуружлар кузатилганда антиконвульсантлар – карбамазепин, депакин рерос, седуксен вена ичига юборилади. Лозим бўлса юрак воситалари -строфантин, коргликон, сульфокамфокаин қилинади. Ноотроплар, В гуруҳ витаминлари, аскорбин кислотаси буюрилади. Оғир ҳолатларда суткасига 1-2мг/кг преднизолон тайинланади.

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

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

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

Менингит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

Менингит билан оғриган беморни парваришлаш катта ахамиятга эга. Бундай беморлар мавжуд палаталарни шовқин бинолардан узоқроқда жойлаштириш жоиздир. Хамшира беморларнинг таъсирчанлик сезгирлиги ошганини эсида тутиши лозим. Менингитда хамшира вазифаси қуйидагилардан иборат: 1.Шифокор кўрсатмаларини бажариш (дори тарқатиш, инъекциялар, ётоқ яраларига ишлов бериш, сийдик пуфагини катетерлаш, горчичниклар қўйиш ва ҳок.). 2.Гигиеник тадбирларни ўтказиш (беморларни ювинтириш, чойшабларни алмаштириш, терига ишлов бериш ва ҳок.) 3.Беморларни овкатлантириш. 4.Санитар- оқартув тадбирлари.

Беморларни парвариш қилишда тери тозаллиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб ва даврий зарарсизлантириш керак, бел соҳасига кленка ёки махсус кленка қопламали матрац жойлаштирилади. Тўшак чойшаблари айниқса, ётоқ ярага қарши матрацлар ишлатилганда пахта-коғозсимон бўлиши керак. Тўшак ва кўрпа чойшаблари эҳтиёжга қараб, ҳафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш қилишда хамшираларни мустақил фаолиятига ётоқ яра профилактикаси қиради. Ётоқ яра профилактикасида ётоқ ярани кўп

учрайдиган жойларда (думғаза ва думба, сон орқа сохаси, товон) ахамият берган холда, беморни хар чойшабини тўғрилаган пайтда бемор танасига қараб туриш лозим. Хар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар кўйиш лозим. Тери хар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти, одеколон, ароқ ёки ошхона сиркаси билан артилади, сўнг тери қуритилади.

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

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

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

Даволаш: беморни касалхонага ётқизиш лозим, қатъий ёток режими белгиланади, хар куни ёки кун аро 3-5 кун давомида мушак ичига 5-6 мл специфик гамма-глобулин киритилади. Шунингдек, кана энцефалити билан касалланган одам зардоби, гипериммунли от зардоби, интерферон,

дегидратацион препаратлар (лазикс, фуросемид, маннит) и симптоматик препаратлар (иситма туширувчи, тутқаноққа қарши) киритилади, оғир ҳолатларда кортикостероидлар буюрилади. Ремиссия босқичида биостимуляторлар, витаминлар, массаж, ЛФК, физиотерапевтик муолажалар, балчиқ билан даволаш, электр стимуляцияси қўлланилади. Касалликнинг прогнози энцефалитнинг кечиши ва шаклига кўра аниқланади, ўчоқли зарарланишларда кўпол неврологик деффектлар беморни ногирон бўлишига сабаб бўлади, Кожевников эпилепсияси кўринишида қолдиқ пайдо бўлишлар кузатилади.

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

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

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

Ўткир қайталанишлар пайдо бўлиши кам ҳолатларда кузатилади.

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

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

Қизамиқли **энцефалит** тана ҳароратнинг ошиши, каттик бош оғриғи, бош айланиш ва қайт қилиш билан характерланади. Онг бузилишлари – онг хиралашишидан сопор, кома даражасигача бузилиши мумкин. Фалажликлар, бош мия нервларнинг зарарланиши, нистагм кузатилади. Баъзи ҳолатларда вируснинг орқа мияга трансформацияси туфайли энцефалит **энцефаломиелитга** ўтади. Бунда пастки марказий параплегия, сезгининг ўтказувчи типда бузилиши, чаноқ аъзолари функциясининг бузилиши

кўринишида намоён бўлади. Баъзи ҳолатларда **менингоэнцефалит** кўринишида намоён бўлиши мумкин. Бунда онг бузилиши, тетра ёки гемиплегия, умумий миёна симптомлари, менингиал белгиларнинг кескин намоён бўлиши билан характерланади. Баъзан энцефалитнинг сурункали прогрессив шакли учраб туради. Касалликнинг ушбу тури **Ван-Богарт ўткирости лейкоэнцефалити** деб аталади. Қизамиқ ўтказгандан кейин 8 йил ичида ушбу касаллик ривожланиши мумкин. Касалликнинг бу кўриниши кучайиб боровчи деменция, ҳаракат бузилишлари билан характерланади. Касаллик кечилишида 4 босқич фарқланади. 1 босқичда умумий миёна ва ҳулқ-атвор бузилиши белгилари кузатилади. 2 босқичда ҳаракат бузилишлари- пирамидал, экстрапирамидал бузилишлар кузатилади. 3 босқичда деменциянинг кучайиши ва тўлиқ органларининг функцияси бузилишлари кузатилади. 4 босқичда кахексия, чуқур деменция, кома ҳолати юзага келади. Касалликнинг давомийлиги 1-3 йилгача, ўлим билан тугайди. Иккиламчи энцефалитлардан кейинги асорат сифатида парезлар, тутқаноқлар, ривожланмаган интеллект қолиши мумкин. Даволаш бирламчи энцефалитни даволаш принциплари билан ўтказилади.

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

Касаллик грипп фонида ўткир бошланади, кўпинча юқори нафас йўллариининг катарал ўзгаришлари пайдо бўлади. Қаттиқ бош оғриқ, кўнгил айланиш, бош айланиш, кўз қорачиқларининг анизокорияси, диплопия, нистагм, протоз, тригеминал нукталарда кескин оғриқ намоён бўлиши билан характерланади. Оғир ҳолатларда онг бузилади, кўпол ўчоқли симптомлар ривожланади (гемиплегия, афазия), тутқаноқ пайдо бўлади. Ликвор қонга тўлади, оқсил 1,5 г/л гача, плеоцитоз 1 мкл. да ЮОта хужайрагача ошади. Касалликнинг бундай шаклида ўлим эҳтимоли каттадир.

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

Энцефалит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

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

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

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб ва даврий зарарсизлантириш керак, бел соҳасига кленка ёки махсус кленка қопламали матрац жойлаштирилади. Тўшак чойшаблари айниқса, ётоқ ярага қарши матрацлар ишлатилганда пахта-коғозсимон бўлиши керак. Тўшак ва кўрпа чойшаблари эҳтиёжга қараб аммо ҳафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш қилишда ҳамшираларни мустақил фаолиятига ётоқ яра профилактикаси киради. Ётоқ яра профилактикасида ётоқ ярани кўп учрайдиган жойларда (думғаза ва думба, сон орқа соҳаси, товон) ахамият берган ҳолда, беморни ҳар чойшабини туғрилаган пайтда бемор танасига қараб туриш лозим. Ҳар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар қўйиш лозим. Тери ҳар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти билан артилиб тери қурилади. Овқат енгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши лозим. Беморга қошиқ ёки зонд орқали овқатланишни ташкил қилиши лозим. Нутқ, нафас олиш ва ютиш бузилишлари- булбар синдромли беморларга махсус ёндашиш лозим. Ҳамшира бемор билан мулоқот ўрнатибгина қолмай, витал функциялар бузилиши рўй берганда, врачдан олдинги ёрдам бериши ва врачга тезкор хабар бериши лозим.

Доимо тери қопламларини ва шиллик қаватларини обработка қилиб туриш керак, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

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

Арахноидит клиникаси локализация ва морфологик хусусиятларга боғлиқ. Касаллик ўткир ёки ўткир ости шаклида бошланади, бош оғриғи, кўнгил айланиш, бош айланиш, субфебрил ҳарорат пайдо бўлади, шунингдек менингеал белгилар ва мия зарарланишининг ўчоқли симптомлари -

диплопия, гилайлик, гемипарез ва бошқалар пайдо бўлади, мия ички босими ошади.

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

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

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

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

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

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

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

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

Консерватив даволаш самарасиз бўлганда хирургик даво буюрилади.

Арахноидит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

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

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

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб турилиши керак, тўшак ва кўрпа чойшаблари эҳтиёжга қараб хафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Тери хар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти, одеколон, ароқ ёки ошхона сиркаси билан артилади, сўнг тери қуритилади.

Овкат енгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши лозим. Беморга қошиқ орқали овқатланишни ташкил қилиши лозим. Хамшира бемор билан мулоқот ўрнатибгина қолмай, шошилиш вазиятларда – эпихуруж кузатилганда врачдан олдинги ёрдам бериши ва врачга тезкор хабар бериши лозим. Доимо тери қопламларини ва шиллиқ қаватларини обработка қилиб туриш керак, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

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

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

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

Миелит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

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

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

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

3.Беморларни овкатлантириш.

4.Санитар- оқартув тадбирлари.

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

Полиомиелит – асаб тизимининг ўткир инфекцион касаллигидир. Касаллик қўзғатувчиси 3 типдаги нейротроп энтеровирус ҳисобланади – Лансинг, Леон, Брунгильд вируслари. Касаллик манбаи инсон бўлиб, тарқалишида соғлом вирус ташувчиларнинг роли катта. Касалланган инсон 2-4 кундан кейин оғиз-ҳалқум орқали, 4-7 ҳафтадан кейин эса ахлати орқали вирус ажрала бошлайди. Инфекция ҳаво-томчи, фекал-оғиз орқали ўтади. Касаллик ёш болаларда кўпроқ учрайдиган юқумли касаллик бўлиб, орқа миё олдиди шохлари мотонейронларининг ва бош миё нервлари ядросининг зарарланишидир. Асосан 5 ёшдан кичикроқ болалар полиомиелитга қарши эмланмаган бўлса касалланишга мойил бўладилар.

Касалликнинг кечишида даврлар фарқланади: инкубацион, продромал, фалажлик олдиди, фалажлик даврлари.

Инкубацион давр 7-14 кун давом этади.

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

Фалажлик олдиди даври 1 кундан 6 кунгача давом этади. Бу даврда продромал симптомлар фонида невралгия, миалгия типиди оғриқлар пайдо бўлади. Нерв

тутамларининг оғриши, фасцикуляр тортишувлар, нерв тортилиш синамаларининг мусбатлиги хос.

Фалажлик даврида суст фалажлик синдроми кузатилади, Ушбу даврнинг биринчи белгиси “тонгги фалажлик” хисобланади, бемор эрталаб ўрнидан туролмайди, суст, ассиметрик типда қўпол ҳаракат бузилишлари пайдо бўлади.

Ўткир эпидемик полиомиелит турли шаклда кечиши мумкин.

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

Абортив шакли қисқа муддатли умуминфекцион синдром пайдо бўлиши билан характерланади, бунда тана ҳарорати 2-3 кун ичида 38 градусгача кўтарилади, нафас йўлларида енгил катар ўзгаришлар, диспепсия, қоринда оғриқ, вегетатив бузилишлар, безовталиқ кузатилади. Неврологик белгилар бўлмайди. 3-7 кундан кейин тузалиш билан яқунланади.

Менингиал шакли ўткир сероз менингит типига кечади. Умумий инфекцион, менингиал белгилар билан бир қаторда икки тулқинли иситма хос. Бош оғриғи, қусиш, тана ва оёқларда оғриқ менингоградикуляр синдромнинг ривожланганидан далолат беради. Бундай ҳолатда ётган бемор ўтирмоқчи бўлса, бемор ўтиришдан олдин оёқларини чанок-сон ва тизза бўғимларида букади (Моркио симптоми).

Ликворда лимфоцитар плеоцитоз (30-50 хужайра 1куб мм да) , оқсил 0,6-0,9г/л.

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

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

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

Даволаш: бемор махсус шифохонага ётқизиблиб изоляция қилинади. Специфик даволаш методи йўқ. Беморга ётоқ тартиби буюрилиб, симптоматик даво берилади. Нафас, юрак фаолияти бузилганда ўпкани сунъий вентилляция қилиш учун аппаратга ўтказилади, кардиотроф препаратлар буюрилади. Пневмония профилактикаси ўтказилади. Тикланиш ва резидуал даврларда массаж, гимнастика, витаминотерапия, анаболик стероидлар, актовегин, физиотерапия, санатор-курорт даво буюрилади. Лозим бўлса ортопедик-хирургик ёрдам кўрсатилади.

Профилактика нуқтаи назаридан тирик вакцина билан иммунизация ўтказиш яхши натижа беради.

Полиомиелит билан оғриган беморларни парвариш қилишнинг асосий қоидалари

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

Ушбу ҳолатларда тиббиёт ҳамшираларининг вазифаларига киради:

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

Айниқса шол бўлган беморларни парвариш қилишда тери тозалиги, ичак ва сийдик пуфаги доимо бушатилишига эътибор бериш керак.

Беморларни парвариш қилишда тери тозалиги ва ичак ва сийдик пуфаги доимо бўшатилишига эътибор бериш керак. Беморнинг чойшаби (чехол) доимо тозалаб, қоқиб ва даврий зарарсизлантириш керак, бел соҳасига кленка ёки махсус кленка қопламали матрац жойлаштирилади. Тўшак чойшаблари айниқса, ётоқ ярага қарши матрацлар ишлатилганда пахта-қоғозсимон бўлиши керак. Тўшак ва кўрпа чойшаблари эҳтиёжга қараб ҳафтасига камида бир марта, гигиеник ваннадан сўнг алмаштирилади. Бундай беморларни парвариш қилишда ҳамшираларни мустақил фаолиятига ётоқ яра профилактикаси киради. Ётоқ яра профилактикасида ётоқ ярани кўп учрайдиган жойларда (думғаза ва думба, сон орқа соҳаси, товон) аҳамият берган ҳолда, беморни ҳар чойшабини туғрилаган пайтда бемор танасига қараб туриш лозим. Ҳар куни бу жойларга кварц лампаси, резинали чамбар қўйиш лозим. Тери ҳар куни сув шимдирилган салфетка билан артилади, камфора спирти, одеколон, ароқ ёки ошхона сиркаси билан артилади, сўнг тери қуритилади. Овқат енгил бўлиши керак, асосан суюқлик бўлиши лозим. Беморга қошиқ ёки зонд орқали овқатланишни ташкил қилиши лозим. Нутқ, нафас олиш ва ютиш бузилишлари- булбар синдромли беморларга махсус ёндашиш лозим. Ҳамшира бемор билан мулоқот ўрнатибгина қолмай, витал функциялар бузилиши рўй берганда, врачдан олдинги ёрдам бериши ва врачга тезкор хабар бериши лозим. Доимо тери қопламаларини ва шиллиқ қаватларини обработка қилиб туриш керак, перманганат калий кучсиз эритмаси билан оғиз бўшлиғини чайиб туриш керак.

Қўлланилган адабиётлар:

1. Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии. –СПб.; ФОЛИАНТ. 2004. 510 с.
2. Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей. Под редакцией В.П. Зыкова. –М.; “Триада–Х”. 2006. 255 с.
3. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Общая неврология. –М.; “Геотар–Медиа”. 2007. 718 с.
4. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Частная неврология. –М.; “Геотар–Медиа”. 2007. 767 с.
5. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология. –М.; “МЕДпресс–информ”. 2004. 803 с.