

**ЎЗБЕКИСОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ФАРМАЦЕВТИКА ИНСТИТУТИ
“ФАРМАКОЛОГИЯ ВА КЛИНИК ФАРМАЦИЯ”
КАФЕДРАСИ**

ФАРМАЦЕВТИК ЁРДАМ

фанидан

МА’РУЗАЛАР МАТНИ

т.ф.д., профессор Алиев Х.У

ассистент Сайдалиева Ф.А

Тошкент 2013

1-маъруза

ФАРМАЦЕВТИК ЁРДАМ ФАНИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА. ТУРЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ СИМПТОМ ВА СИНДРОМЛАРИ.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ўзининг дорилар сиёсати доирасида стратегик қарашини қайта кўриб чиқишни ЖСС Ассамблеяси олдига қўйди. ЖСС Ассамблеяси ушбу таклифни қўллаб-қувватлади ва дорилар муомаласида фармацевтларнинг ролини янада ошириш мақсадида 1988 йил Дехлида ва 1993 й Токиода махсус 2 та кенгаш ўтказди. Бу кенгашларда Жаҳон фармацевтлар федерацияси (МФФ) дорилар сиёсати ва стратегик йўналишга оид стандартларни қабул қилди. Бу стандартлар бўйича 1994 йилнинг май ойида ЖСС Ассамблеяси алоҳида резолюция қабул қилди. Шу резолюцияга мувофиқ ЖССТ дорихоналарда «Яхши дорихона амалиёти» (GAP) номли дорихона хизматчиларининг муносиб ишлашлари бўйича стандарт ишлаб чиқади. Ишлаб чиқилган стандартда дорихона хизматчиларининг аҳолига кўрсатадиган хизматларини сифат жиҳатидан янги пағонага кўтариш масалалари қайд этилган.

Қабул қилинган стандартнинг асосини жаҳон фармацевтларининг профессионал хизматини қаерда ва ким билан ишлашидан қатъи назар олий даражага кўтариш ташкил этади. Шу стандарт асосида МФФ дунё бўйича барча миллий фармацевтик ташкилотларга ЖССТ қабул қилган қўлланмага биноан, ўзларининг тактика ва стратегиясини қайта кўриб чиқишни ва шунга яраша янги йўналишларни қабул қилишни ўртага ташлайди.

Юқоридагилардан келиб чиқиб фармацевтлар асосий фанлар бўйича етарли маълумотга эга бўлишлари, билимларини ошириб боришлари ва ундан фойдаланган ҳолда дориларни самарали ишлатишлари лозим бўлади.

Ривожланиб келаётган давлатларда дори моддаларининг самарасига оид барча жавобгарлик фармацевтларга юкланади. Дорихона амалиётининг асосий вазифаси аҳолини самарали ДМлари билан, тиббий асбоб-ускуналар билан таъминлаш ва уларни қўллашда ёрдам беришдир. Беморларга оптимал терапевтик ёрдам бериш ва уларни турли хил ножўя таъсирлардан ҳимоя қилишда берилаётган ДМларнинг сифати катта рол ўйнайди.

Кейинги йилларда беморларни фармацевтларга бирламчи мурожаат қилишини кўпайиши муносабати билан «фармацевтик ёрдам бериш» идеологияси ишлаб чиқилди. Бунда ижтимоий томондан кам таъминланган, ДМни қабул қилиш учун етарли маблағи йўқ аҳолининг бир қисмини ёши катта беморлар, оналар ва болалар, сунункали касалликларга чалинганлар ташкил этишини инобатга олган ҳолда фармацевтик ёрдам бериш НАП нинг асосини ташкил этади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, НАП нинг олдида қўйилган асосий талаблар қуйидагиларни ташкил этади:

- фармацевтлар олдидаги биринчи масала беморларга ким ва қаерда яшашидан қатъи назар яхши шароитни ташкил қилиш,

- Дорихона амалиётининг асосини беморларни ДМлари, тиббиёт амалиётида ишлатиладиган асбоб-анжомлар билан таъминлаш ҳамда уларга керакли маълумотлар, маслахатлар бериш билан беморлар қабул қилаётган препаратларнинг самарасини ошириш,

- ДМларининг тўғри ва тежамли қўллашни ташкил этиш,

- Дорихона хизматчиларининг ҳар бир хатти-ҳаракати аниқ бемор учун қаратилган ва аниқланган бўлиб, уни самараси ўша бемор шахсига ва ҳолатига боғлиқ бўлиши керак.

Шу талабларни оқилона амалга ошириш учун фармацевтлар қуйидаги масалаларни ҳал қилиши керак:

- фармацевтлар меҳнат идеологиясининг асосини иқтисодий омиллар билан бирга профессионал омиллар ташкил этади.

- беморларнинг ДМларини рационал қабул қилишида фармацевтлар маълум хисса қўшади.

- фармацевтларнинг бошқа ССВги мутахассислари билан ўзаро муносабати, фармакотерапевтик давони амалга оширишда ўзаро бир-бирига ишончли, очиқ, оқилона ва беғараз бўлади.

- фармацевтларни бошқа ҳамкасблари билан муносабати бир-бирини кўра олмаслик асосида эмас, балки ҳамжихатликка ва дорихона хизматини яхшилашга қаратилади.

- тиббиёт масканларидаги раҳбар фармацевтлар амалиётда ишлатиладиган ДМнинг сифати ва баҳосини аниқлашда беморларга ҳамдард бўлган ҳолда иштирок этадилар.

- фармацевтлар ҳар бир бемор устидаги тиббий ва фармацевтик маълумотлардан баҳобар бўлиши ва беморларни бир дорихонадан фойдаланишини юзага чиқаради.

- фармацевтлар даволаш учун қўлланилаётган дорилар устида тўла ва объектив маълумотга эга бўлади.

- фармацевт бутун умри давомида, ўзини профессионал хизматини амалга оширишда ўзини компетентлигини баҳолаш ва сақлаш учун шахсан жавобгарликни хис этади.

- қабул қилинган миллий давлат стандартларига НАП хизматларида амал қиладилар.

Мана шу нуфузли МФФ, ЖССТ ва ЖСС Ассамблеяси муҳокама қилган, лозим топган ва уни қабул қилган резолюциялари асосида Тошфарми йилдан-йилга ўзини ўқув план ва программаларини қайта кўриб чиқмоқда ва ривожлантирмоқда. Хусусан, 1966-1967 ўқув йилларида Европадаги ривожланган давлатларга (Дания, Англия), ЖССТ ташкил этган ўқув курсларига Институтимиз ходимлари жалб этилмоқда (Москва, Барселона ва б). Натижада фармация факультетининг ўқув режаларига бир неча янги фанлар ва йўналишлар киритилди. Масалан, фармакокинетика, клиник

фармация, биокимёвий фармакология, йиғма препаратлар технологияси ва б.

2005 йил ЖССТ 7- регионал кенгашида институтимиз ўқув режасига фармацевтик ёрдам киритиш таклиф этилди.

Ахолини соғлиги ва уни кундалик ҳаёти билан боғлиқ ҳолатларда уларни ҳаётий зарур дори-дармонлар билан таъминлаш фармацевтларнинг асосий ва профессионал бурчидир. Шундай экан, фармацевтлар асосий касалликларнинг симптом ва синдромлари ҳақида тушунчага эга бўлишлари керак. Шунинг учун ҳам ҳозирги кунда фармацевтлар ўзларининг билим салоҳиятларини янада чуқурлаштириб бормоқдалар. Олиб борилган адабиётларнинг анализлари кейинги 15-20 йил ичида фармацевтларнинг иш соҳаси ва уларнинг аҳолига кўрсатадиган ёрдамларини қанчалик ўзгариб кетганлигини кўрсатмоқда. Хўш, симптом деб нимага айтилади-ю, синдром нима?

Симптом-касаллик ёки патологик ҳолатнинг белгиси бўлиб, у субъектив ва объектив бўлиши мумкин. Субъективни бемордан сўраб олинади, объективда беморни турли йўллар билан текшириб олинади.

Синдром-ягона патогенез билан боғлиқ касаллик белгиларининг биргаликда юзага чиқиши. У бирор касаллик (Менъер синдроми) ёки касалликнинг босқичи (нефротик синдромидаги уремия ҳолати) деб қаралади.

Менъер синдроми-ички қулоқ касалликларидан бири. Бунда эндолимфа суюқлиги кўпайиб, ички қулоқ босими ошади; натижада кўз соққалари бежо ҳаракат қилади ва кунгил айниши, бош айланиши, қайт қилиш, мувозанат йўқолиши, қулоқ шанғиллаши, эшитиш фаолияти бузилиб, аста-секин карликка олиб келиши кузатилади.

Нефротик синдром (уремия) сурункали гломерулонефритнинг босқичи бўлиб, азот шлаklarининг танада йиғилиб қолиши ва унинг заҳарланиши билан намоён бўлади.

Ҳозирги кунда фармацевтлар оддийгина дориларни тайёрлаш ёки сотишдан ташқари беморларни даволашда иштирок этувчи оила аъзосига айланадилар ва ССВ-лигига қарашли барча нуфузли ташкилот ва корхоналар билан боғлиқ бир бутун командани ташкил этади.

Фармацевтик ёрдам концепцияси ўзини-ўзи даволаш ва ўз-ўзига ёрдам бериш, ҳолатларини зўрайиб бориши ва дорихоналарга бирламчи мурожаат ҳолатларининг кўпайиб бориши муносабати билан яққолроқ юзага чиқмоқда. Нима учун деган савол туғилади? Чунки бу жараён турли хил омиллар билан боғлиқдир. Масалан:

- инсоннинг ҳаёт тарзига (ичиш, чекиш, пархез ва б).
- ижтимоий-иқтисодий омилларга,
- дори воситалари билан таъминланганлик даражасига,
- эпидемиологик ва демографик омилларга ва б.факторларга боғлиқ

Тиббий ёрдам кўрсатиш жараёнининг қимматлашиши, демографик ўзгаришлар ва касалликларнинг характери беморларга хизмат қилиш тизимида ўзгаришларни келтириб чиқармоқда. Бундай ҳолатларда замон

провизорлардан дори воситаларидан аниқ, объектив ва самарали фойдаланишни талаб қилмоқда. Бунинг учун улар асосий касалликларнинг рецептсиз даволанадиган симптом ва синдромларини яхши билишлари зарур. Чунки нотўғри бериладиган препаратлар ёки давога мос тушмайдиган даво муолажалари учун пул тўлаш беморлар учун, қолаверса жамият учун зарардир.

Бу борада тиббиёт амалиётига кириб келаётган янги сохалар, хусусан фармакоэпидемиология ёки фармакоэкономиканинг юзага келиши дориларнинг онгли ва рационал қўллашда ўз таъсирларини кўрсатади. Бу янги йўналишлар даво учун нотўғри ва фойдасиз маблағ сарфлашни ва шу туфайли ножўя таъсирларни юзага чиқишини олдиндан аниқлаб бериши мумкин...!

Бозор иқтисодиётига ўтиш муносабати билан беморларни доридармонларга эришиш масаласи кундан-кунга мураккаблашиб бормоқда. Бу масалада Республикада ишлаб чиқилган «Ўзбекистон Республикасида ишлатиладиган ҳаётий дори воситалари қўлланмаси маълум даражада янгилик киритиши мумкин. Чунки қўлланмага киритилган юқори активликка ва сифатга эга дорилардан фойдаланиш беморларнинг бюджетини - маблағни тежамли сарфлашга йўл очиб беради.

Савдодаги дорилар сифатини ошириш билан бирга фармацевтларнинг соҳа специалисти сифатида маҳоратларини янада ошириш зарур бўлади. Шундагина фармацевтларнинг амалиётидаги хизматларида дорилар устидан сифатли назоратни юзага чиқариши ва асосий касаллик ва патологик ҳолатларда қайд этиладиган симптом ва синдромларини даволашни юқори даражага кутариш ва шу йўл билан беморларни ижтимоий ахволини яхшилаш мумкин.

Хозирги замон ССВ тизимининг бир бўлаги ўз-ўзини даволаш жараёнидан иборат бўлиб қолмоқда. Бунда беморлар ўз соғлиги учун тўла жавобгарликни хис этишлари керак.

Ўз-ўзини даволаш билан боғлиқ турли хил ножўя таъсирлардан ўзини химоя қилиш борасида беморларни фармацевтларга шифокорларга қараганда кўпроқ мурожаат қилиши, дорилар ассортиментининг кудан-кунга ортиб бориши, рецептсиз бериладиган дорилар сони кўпайиши фармацевтларнинг ижтимоий ахволига таъсир этади ва уларни жамиятдаги ролини оширади. Чунки ҳозирги кунда дориларнинг 95 % дан ортиғи тайёр дори турларидан иборат бўлиб, беморлар фармацевтларга мурожаат қилганда ушбу дорилар бемалол бериб юборилади. Шу йўл билан беморлар ўз-ўзига ёрдам бериш тизими ташкил қилинади. Берилган дориларнинг рационал ишлатишни таклиф этиш учун фармацевтлар ўз онгини, билимини ва иш фаолиятини ҳозирги замон талаблари асосида қайта кўриб чиқишлари лозим ва шу йўл билан беморларни ўзини-ўзи даволашида уларга муносиб ёрдам беришлари керак.

Ўз-ўзини даволаш жараёнида қуйидаги камчиликлар қайд этилиши мумкин:

-ўз вақтида шифокорга мурожаат этмаслик, ножўя таъсирларни юзага чиқиш шансини оширишга олиб келади ва ножўя ҳолатлар кўпаяди ва б.

ўз-ўзига ёрдам бериш жараёнлари кўпинча сурункали касалларга чалинган беморларда, касалликни қайта хуружи юзага чиққанда ўзини оғир ҳолатдан олиб чиқиш учун фойдаланилади. Украиналик олимлар 40 дан ортиқ хорижий изланишларни анализ қилиб, рецептсиз ўзини-ўзи даволаётган ҳолатларда энг кўп тарқалган симптомларга қуйидагиларни киритишган:

- бош оғриғи,
- йўтал,
- шамоллаш,
- томоқ оғриқлари,
- меъдадаги бузилишлар,
- қабзият ва диарея,
- хуснбузарлар,
- мушаклардаги оғриқлар,
- кесилиш ва қирқилиш ҳолатлари,
- шилинган ва эзилган ҳолатлар.

Мана шунга ўхшаш патологик ҳолатларни қайд этилувчи асосий симптомларни даволашда фармацевтик ёрдам катта рол ўйнайди. Беморни даволашда провизорлар зиммасида беморларни нафақат сифатли дорилар ва тиббиёт аслахалари билан таъминлаш, балки шифокорлар билан биргаликда дориларни рационал қўллашда фаол иштирок этиш масъулияти ҳам бор. Бу масалаларни оқилона амалга ошириш учун ва уларга самарали фармацевтик ёрдам бериш учун улар ўз тажрибаларини, фармацевтик этика масалаларини, профессионал салоҳиятларини беморларга нисбатан муносабатини ва беморлар олдидаги бурчини юқори поғонага кутариш зарур. Шундагина провизорлар беморларга БТЁ кўрсатиш борасидаги ўз мавқеини, шунингдек, рецептсиз бериладиган препаратлар билан ўз-ўзини даволашни юзага чиқишида ва ўз-ўзига ёрдам беришда замон талаблари даражасига кўтарилиши мумкин.

Шу кўрсатиб ўтилган симптомларни аниқлаш учун фармацевтлар нималарга аҳамият беришлари керак:

1. Фармацевтлар беморлар билан мулоқотда бўлиб, бемор ҳолатига боғлиқ маълумотларни олишлари керак,
2. Аниқланаётган симптомларга оид энг керакли саволларни бериш, ножўя таъсирларга оид маълумотларни бериш.
3. Юқоридаги симптомларни аниқлаш учун фармацевтлар етарли даражада билимга эга бўлишлари зарур ва шу билим даражасида врачлар кўргунича тўғри ёрдам беришлари зарур.
4. Объектив ёрдам кўрсатиш учун фармацевтлар дори моддаларига оид зарур маълумотларни билишлари керак.
5. Бемор талабини тўла қондириш учун фармацевтлар қўшимча адабиётлардан маълумотлар олишлари ва уларни тўғри қўллашлари зарур

6. Фармацевтлар беморларга адекват ёрдам бериб, ўз-ўзини даволашдаги жавобгарликни хис этишлари зарур.

7. Фармацевтлар беморлар устидаги бор маълумотларни конфиденциаллигини таъминлашлари зарур.

Юқорида қайд этилган вазифаларни оқилона ва рационал даражада юзага чиқариш учун фармацевтлар клиник фармация ва фармакокинетика фанлар асосларини яхши ўзлаштиришлари лозим. Хозирги кун фармацевтларни шундай тарбиялаш керакки, улар асосий касалликларнинг маълум симптомлари юзага чиққанда уларга рецептсиз дорилар билан даволаш учун керакли ва рационал маслахатларни бера оладиган, ва шунга ўхшаш бошқа симптомлари бор беморларни врачга мурожаат қилишлари кераклигини ўқтириб утадиган даражада бўлишлари керак. Шу нуқтаи-назардан «Фармацевтик ёрдам» фанини уқув режасига киритилиши ва уни асосий вазифаларини чуқур ўрганиш ўта мухим вазифадир.

2-маъруза

ДОРИ ВА ОЗИҚ-ОВҚАТ МОДДАЛАРИНИНГ ЎЗАРО ТАЪСИРИ, УНИНГ ФАРМ ЁРДАМДА АҲАМИЯТИ.

Дори моддаларининг клиник самарадорлигига таъсир этувчи асосий омиллардан бири озиқ-овқатлар билан ўзаро муносабатидир. Инсон организмда дори моддалари билан озиқ-моддаларининг ўзаро таъсирлари ўта мураккаб жараён бўлиб, ҳозиргача бу муаммонинг барча аспекти тўлалигича ўрганилмаган. Провизорлар дорихонада беморларга дори моддаларини тафсия этиш учун овқатдан олдин ёки кейин берилиши бўйича тафсияларни билишлари муҳимдир. Чунки овқатлар даволашга ва даволаш жараёнига таъсир кўрсатади.

Дори моддаларининг ўзаро муносабатида клиник фармацевтик аспектлар.

Фармациянинг клиник йўналишида дори моддаларининг самарадорлигини ошириш ва уларнинг ножўя таъсирларини камайтириш асосий мақсад ҳисобланади. Организмга дори моддаларини юборишнинг кенг тарқалган тури оғиз орқали бериш усулидир. Биринчидан бемор учун қабул қилиниши қулай, 2 чидан табиий ва нисбатан зарарсиз (жигарнинг табиий баръери ҳисобига), 3 чидан ОИТ да оғиз орқали юборилган моддалар бир неча соатдан бир неча кунгача сақланиб, ферментлар ва озуқа моддалари билан ўзаро таъсирлашади. Аммо дори моддаларини узок вақт қабул қилиш ОИТ фаолияти бузилишини кучайтириши мумкин.

Дори моддаларининг овқат билан ўзаро муносабатида клиник фармацевтик аспектларининг асосийлари қуйидагилардир:

- овқат таркибий қисмларининг ДМ терапевтик эффектига таъсири: сўрилиши, тетрациклин ва бошқалар
- овқат таркибий қисмларининг ДМ захарлилигига таъсири: сўрилиши, метаболитлар ва бошқалар
- ДМ нинг ОИТ физиологик жараёнига таъсири: қон билан таъминланиши, моторикаси
- ДМ нинг хазм қилиш тизими паталогиясининг келиб чиқишига таъсири: меъда ширалари, гастритлар
- биологик фаол қўшимчаларни қўллашнинг клиник – фармацевтик аспектлари:
- овқат таркибида етишмайдиган зарур моддаларнинг ДМ ҳисобига компенсациялаш (витаминлар, оқсиллар, микроэлементлар ва б.)
- озиқ моддаларини истеъмол қилиш натижасида келиб чиққан кассаликларни медикаментлар билан даволаш: меъда яралари мисолида.

ДМ нинг овқатлар билан ўзаро муносабатида аҳамиятга молик асосий омиллар.

- Дори моддаларининг физик-кимёвий хусусиятлари
- ДМ ларининг фармакокинетик хусусиятлари (сўрилишига меъда ширасининг таъсири)

- Овқат таркиби ва миқдори
 - Овқат хазм қилиш тизими органларининг физиологик ҳолатлари
- Юқорида келтирилган омиллар ДМ фармакокинетик ва фармакодинамик кўрсаткичларининг ўзгаришларига олиб келади.

ДМ фармакологик хусусиятларига овқатнинг таъсир қилиш йўллари

- хазм қилиш тизимидан ДМ ларнинг сўрилишига таъсири
- ДМ биомослигига таъсири (ичак деворларида пресистем метаболизм)
- ДМ ларининг антогонизми ва сенергизмига таъсири
- препаратнинг организмдан чиқиб кетиши тезлигига таъсири

Овқат таркибидаги моддалар ва ДМ ўртасида (сут махсулотлари, танин ва бошқалар)

- ДМ нинг овқат таркиби билан кимёвий ва физикавий ўзаро таъсирлашуви

(ДМнинг овқат қолдиқларида адсорбцияланиши, ДМ сининг овқат қолдиқлари ичига кириб қолиши, ДМ нинг шиллиқлар билан қопланиши ва б.)

- ошқозон рН муҳитининг ўзгариши (пенициллин ва адреналин мисолида)
- ичак микрофлораси таъсирида ДМ метаболизмининг ўзгаришлари кабилар ва булардан ташқари ошқозоннинг тўйиниш даражаси, ДМ синининг физик-кимёвий хусусиятлари, секретинлар таркиби ва қовушқоқлиги, ДМ ларнинг комплекс, хелат бирикмалар, ионлар ҳосил қилиш қобилиятлари, ДМ ва овқат махсулотларининг шиллиқ қаватларга шикастловчи таъсирлари ҳам муҳим аҳамиятга эга. ДМ ва овқатнинг ўзаро таъсирлашувида дори шакли ҳам аҳамиятга эга. Дорилар билан даволашда препаратнинг даволовчи таъсиридан максимал фойдалана билиш, ножўя таъсирларини имкон қадар камайтириш, ДМ таъсирини узайтириш, таъсир қилувчи ингредиентнинг сўрилишини кучайтириш ёки камайтириш, аллергия ҳолатларни камайтириш, ингредиентнинг ёқимсиз физик-кимёвий таъсирларини (хид, ранг, таъм) йўқотишга эътибор бериш керак.

Суюқ дори шакллари овқатлар билан камрок ўзаро муносабатда бўлади, яъни улар бемалол ошқозондан ичакка ўтади. Қаттиқ дори шакллари овқат билан биргаликда қабул қилинганда ошқозон бўшлиғида анча вақт сақланиб қолиши ва натижада таъсирловчи модданинг сўрилиши бузилади. Микрогранулалар асосида ажратиб олинган ва қобик билан ўралган дори шакллари ҳам овқатнинг унчалик таъсири йўқ. Ичакда эрувчан қобик билан ўралган таблеткаларни овқат билан бирга бериб бўлмайди. Чунки овқат уларнинг ошқозонда узок қолиб кетишига олиб келади, сўрилишига қаршилик кўрсатади. Бундан ташқари бу дори шакллари ишқорли овқатлар (суюкликлар) билан қабул қилиш натижасида қобикларнинг эриб кетиши ва ошқозонда таъсир этувчи модданинг парчаланиши кузатилади.

ДМ ва суюкликлар

Фармацевтлардан беморлар дори моддасини нима билан ичишни тавсия этиш мумкинлигини сўрашади. ДМ ни қабул қилишда суюклик миқдори

препаратнинг максимал эффектининг юзага чиқиши катта аҳамиятга эга бўлиб, суюқлик миқдори препаратнинг сўрилишига сезиларли таъсир кўрсатади. Масалан, концентрланган эритмаларнинг сўрилиши асуултирилган эритмаларга нисбатан анча қийин. Нордон ёки ишқорий эритмалар оғиз орқали берилса уларнинг биомослиги концентрланган эритмаларникига нисбатан юқори (аспирин, фенобарбитал ва б.) Сувда ёмон эрувчи дориларда ҳам (эритромицин) шундай.

Антибиотикларнинг, масалан, тетрациклиннинг сўрилишида эритма концентрациясининг аҳамияти йўқ. Сувда яхши эрувчан препаратларнинг (аспирин, амоксициллин) сўрилиши суюқликнинг миқдorigа боғлиқ бўлиб, кўп миқдордаги суюқлик бу дориларнинг биомослигини ошириши мумкин.

Бугунги кунда ДМ ва суюқликларни бирга қуллаш учун қуйидаги умумий таклифларни киритиш мумкин:

- 1) резорбтив таъсирга эга дори моддаларини 30-40 мин. овқатдан олдин, 50-100 мл. дист. сув ёки қайнатилган сув билан ичиш мумкин
- 2) кўп миқдорда суюқлик билан сувда ёмон эрийдиган дорилар қабул қилинса, уларнинг биомослиги ошиб кетади.
- 3) Сувда яхши эрийдиган дориларнинг биомослиги суюқлик миқдorigа боғлиқ эмас.

Юқоридагилардан ташқари ДМ суюқ озиқ моддалар билан қуйидагича ўзаро таъсирлашади:

ДМ ва сут махсулотлари Ушбу таъсирга антибиотиклар гуруҳига мансуб тетрациклиннинг сут билан ўзаро таъсири яққол мисол бўла олади. Сут таркибидаги казеиноген ошқозон шираси таъсирида казеинат-кальцийга айланади ва тетрациклин ва бошқа антибиотиклар билан (метациклин, доксициклин кабилар) сўрилмайдиган комплекс ҳосил қилади. Натижада сут ва сут махсулотлари 20-80 % га уларнинг сўрилишини ҳамда терапевтик эффектларини камайтиради.

Шунингдек, сут оғиз орқали бериладиган пеницилин ва цефалоспоринлар гуруҳи антибиотикларинининг сўрилиш тезлигини ҳам камайтириши аниқланган. Аммо сут ностероид яллиғланишга қарши (бутадион, индометацин, вольтарен), резерпин, буйрак усти беzi гормонал препаратларининг (преднизолон, дексаметазон) сўрилиш тезлигини оширади. Шу сабабли бу препаратларни 30-40 мин. овқатдан олдин сут билан ичиш тавсия этилади. Болаларга дориларни сут билан аралаштириб сут идишида бериш тавсия этилмайди. Сабаби дориларнинг қанчадир миқдори идиш деворларида, болалар сургичларида қолиб кетиши натижасида дорининг етарлича дозаси организмга тушмайди

Ишқорий минерал сувлар билан кислотага чидамли қобиқ билан ўралган дорилар тавсия қилинмайди, чунки қобиқнинг парчаланиши оқибатида дорининг таъсир қилувчи моддаси ҳам парчаланиб кетиши мумкин. Аммо сульфаниламид препаратларини ишқорий минерал сувлар

билан ичиш мақсадга мувофиқдир. Сабаби улар минерал сув таъсирида организмда ацетилланади ва буйракда кристаллар ҳосил бўлишини олди олинади.

Тонизирующий ичимликлар «Фанта», «Пепси-кола» ўз таркибида темир ва кальций ионларини сақлаганлиги сабабли тетрациклин гуруҳи ва макролидлар билан қийин эрувчи комплекс ҳосил қилади ва уларнинг антибактериал эффектларини камайишига олиб келади. **Грейпфрут** ичимлиги таркибида кўплаб биологик актив моддалар бўлиб, кальций антогонистларининг жигарда метаболизмини сусайтиради, натижада уларнинг захарлилиги ошади. Бунда бош оғриғини, юрак ритмининг ўзгаришини, депрессия ҳолати кабиларни келтириб чиқаради.

Нордон мевали ва сабзаёт соклари антибиотиклардан эритромицин ва ампициллинлар билан бирга тавсия этилмайди. Чунки ушбу ичимликлар таъсирида уларнинг ионланиш даражалари ва биомосликлари ўзгаради, натижада терапевтик таъсирлари камаяди. Аксинча, салицилатлар, барбитуратлар, нитрофуранлар, ацетазоламид кабиларнинг эффектлари ушбу соklar таъсирида кучаяди.

Чой ва кофе бир қатор биологик актив моддалардан иборат. Кофеин бир қатор препаратларнинг (эрготамин) сўрилишини, бошланғич таъсирларини ўзгартиради, гематоэнцефалик тўсиқдан ўтишини кучайтиради ва парацетамол, аспиринларнинг аналгетик эффектларини тезлаштиради, организмдан фильтрация йўли орқали буйрак каналчаларидан чиқиб кетувчи препаратларнинг (ампициллин) организмдан чиқишини тезлатади. Танин чой таркибида етарли миқдорда бўлиб, атропин, кодеин, морфин, папаверин ва платифиллин алкалоидларининг, аминазин ва галлоперидол нейролептикларнинг, Н-2 антогонисти циметидиннинг ҳамда оғиз орқали берилувчи контрацептив дориларнинг сўрилиш тезлиги ва даражасини камайтиради.

Дори ва овқат.

Дори моддаларининг овқатлар билан муносабатида бир қатор ҳолатларни ҳисобга олиш зарур:

- ДМ овқатдан олдин тавсия этилса уларнинг ўзаро таъсирлашувининг олди олинади, овқат ДМ сўрилишига таъсир қилмайди, шунингдек. ҳазм шираларининг ДМ га нисбатан ножўя таъсирлари камайтиради.
- Овқат ўтнинг ажралишини кучайтиради, липофил моддаларнинг эса сўрилиши кучаяди. Шунинг учун ҳам липофил моддаларни овқатдан сўнг бериш керак.
- Кўп миқдорда гўшдан, ўсимликлардан тайёрланган овқатлар, сут пешобнинг рН муҳитини ишқорий томонга силжитади ва кучсиз кислоталарнинг (салицилатлар, барбитуратлар) организмдан чиқиб кетишини таъминлайди.
- Нордон таъмли маҳсулотлар (цитрус мевалар, клюква, олхури) кучсиз асосли дори моддаларининг организмдан чиқиб кетишини

рағбатлантириб, кучсиз кислоталарнинг организмдаги таъсирларини эса кучайтиради.

Бир катор озуқа махсулотлари дори моддалари билан бирга қабул қилиниши натижасида уларнинг фармакодинамикасининг ўзгаришига олиб келади. Масалан, айрим сабзавотлар (белокачанная капуста, листовой салат, редька) прогватрин моддасини сақлаб антитероид таъсир кўрсатади. Бу махсулотларни антитероид моддалар билан қўшиб берилса препаратларнинг антитероид хусусияти ошади, ва аксинча қалқонсимон беи гормонал препаратларининг таъсири сусаяди.

Калина, черноплодная рябина, кулупнай, лавлагилар таркибидаги актив моддалар периферик қон-томирларни кенгайтириб артериал босимни туширади. Демак, гипотензив дориларнинг эффектини потенцирловчи хусусиятга эга. Шу сабабли турли гипотензив дорилар билан биргаликда тавсия этилади. Билвостиа антикоагулянтларнинг таъсир механизми витамин К га антогонистлиги билан тушунтирилади. Демак, шпинат, чўчка жигари, помидор, яшил нўхат, карам (белокочанная) лар вит. К га бой бўлиб, антикоагулянтлар билан бирга берилса уларнинг таъсири ошади.

Худди шундай сульфаниламид препаратларининг таъсир механизми фоли кислота синтезининг блокадаси билан боғлиқ. Таркибида Фоли кислота сақловчи қорамол жигари, бобы, ачитқи, петрушка, шпинат, томатларни сульфаниламид препаратлари билан бирга тавсия этиш керак.

Углерод сақловчи махсулотлар (тухум) сульфаниламидлар билан бирга берилганда метгемоглобин ҳосил бўлишини рағбатлантиради.

Витамин В₆ га бой гўшт, балиқ, сут, пишлок, соя, буғдой уни, маккажўхори уни, ячмень, ачитқилар таъсирида левадопа (Наком, Мадопар, Синемет) препаратларининг самарадорлиги камаяди. Вит б аминокислоталар алмашинувида фаол иштирок этади ва натижада левадопанинг дофаминга айланиши тезлашади, дофамин эса гематоэнцефалик тўсикдан ёмон ўтади. Тирамин ва сератонинга бой озуқа махсулотлари билан катехоламинлар таъсирининг ошиши билан боғлиқ дорилар бирга берилганда (сырный синдром) моноаминооксидаза ингибиторлари (МАО), психостимуляторлар, қон-томирларни торайтирувчилар билан бирга берилганда гипертоник криз ва шунга ўхшаш оғир ҳолатлар юзага чиқади (бош оғриғи, тахикардия, АДнинг кўтарилиши, калла суяги ичида қон қуюлиши каби), Шу сабабли МАО ингибиторлари ва психостимуляторларни қабул қилганда пишлок, бринза, дудланган сельд, гўштли ва балиқли консервалар, кофе, шоколад, пиво, вино, банан, ананас, лимон, апельсин, мандарин, узум, смородиналар бирга тавсия этилади. Нитрат ва нитритларга бой озик моддалари билан антигистамин препаратларни, Н₂ блокаторларни (ранитидин, циметидин, фамотидин), қанд миқдорини туширувчи- глибенкламид, гликлазид, органик нитратлар (нитроглицерин) бирга тавсия этиш канцероген активликнинг кучайишига олиб келади.

3-маъруза

АЛЛЕРГИЯ СИМПТОМЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЎЗ-ЎЗИГА ЁРДАМ ТАМОЙИЛЛАРИ

Аллергия жуда қадим замонлардан буён инсоният турмуш тарзига салбий таъсир этган. Мил. авв. V асрдаёқ Гиппократ ошқозон-ичак системасининг бузилиши ва тошма тошишига олиб келувчи баъзи-бир озиқ-овқат махсулотларини таърифлаб берган. Рим шифокори Гален эса атиргул хидидан келиб чиққан тумовни кузатиб борган. Охирги 10 йил ичида аллергия бутун дунё медиклари, биологларининг актуал муаммоси бўлиб қолди. Бутун дунё Соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотларига кўра ҳозирги пайтга келиб аллергия касалликлар тарқалиши бўйича 3 ўринда, 2005 йилга келиб эса 1 ўринга чиқиши аниқланган.

Турли хил ёшдаги ва турли хил касб эгалари орасида аллергия касалликлар кенг тарқалаётганлиги маълум бўлди. Айниқса, болалар орасида аллергия касалликларнинг ўсиши кўп кузатилмоқда. Буларнинг сабаби бўлиб, ирсий наслга тортиш, атроф- муҳитнинг ифлосланиши, ҳар кунги турмуш ҳаётда ишлатилаётган турли хил химиявий махсулотларнинг кўпайишини кўрсатиш мумкин.

Кўпгина ҳолатларда терида пайдо бўлган аллергия формаларда, аллергия ринит ёки конъюнктивитларда бемор дорихонадан рецептсиз дори олиб ўзи даволанади, аллергия ҳолати қайтарилсагина врачга мурожат қилади.

Аллергия - организмнинг бирон-бир ёт модда - аллергенга бўлган сезувчанлигининг ортиши.

«Аллергия» термини (лот. Allos-бошқа, ёт; ergon- ўзгача таъсир) австриялик педиатор Пирке томонидан 1906 йилда таклиф этилган.

Ҳозирги пайтга келиб қуйидагилар аниқланган:

- специфик аллергия (ҳақиқий аллергия) реакциялар
- носпецифик аллергия (ёлғон ёки сохта, псевдоаллергия) реакциялар

Специфик аллергия реакциялар. Организмга энди тушган аллерген маълум бир вақтдан сўнг (биринчи давр, иммунологик босқич) юқори сезувчанлик- сенсбилизация (лот. Sensibilis- сезувчан) ни ривожлантиради. Организмда сенсбилизациянинг пайдо бўлиши натижасида аллергенларга нисбатан специфик антителалар ишлаб чиқарилиши бошланади. Сенсбилизацияни юзага чиқарган аллергеннинг организмга қайта тушиши натижасида, унинг сенсбилизация пайтида ҳосил бўлган антителалар билан реакцияга киришуви кузатилади, натижада организмда биологик актив моддалар - аллергия медиаторлари (гистамин, серотонин ва б.лар) ҳосил бўлади.

Аллергия медиаторлари таъсирида маълум бир симптомлар юзага чиқадиган аллергия реакциялар ривожланади.

Қачондир пайдо булган сенсбилизация кўп ойлар ва хаттоки йиллаб сақланиши мумкин.

Носпециффик (псевдоаллергик) реакция. Аллерген билан биринчи алоқадаёқ, сенсублизациясиз юзага келади.

Аллергик реакцияларни юзага келтирувчи моддалар- аллергиялар дейлади. Организмга ташки мухитдан кирган аллергиялар- экзоаллергиялар, организмнинг ўзида юзага келадиган, лекин ўзгарган оксил шаклида бўлган аллергиялар- эндоаллергиялар ёки аутоаллергиялар дейлади.

Нисбатан кўп тарқалган экзоген аллергиялар

Озиқ-овқат, сигир сути, тухум, шоколад, асал, цитрус мевалар, дуккаклилилар ва бошқалар.

Маиший- уй, меҳмонхона, кутубхона, чанги ва унинг айрим компонентлари

(микроскопик хашоротлар- дерматофагоидлар, микроорганизмлар ва б.лар) Кепаклар ва кучук, мушук, от ва бошқа хайвон жунлари, патлар (ёстик патлари, баликларнинг куруқ еми, уй кушларининг экскременти), сувараклар, моғор замбуруғининг споралари (айниқса зах хоналарда).

Контакт- Кир ювиш кукунлари, синтетик буюмлар, косметик махсулотлар.

Ўсимлик чанглари- дарахтлар, дала ўтлари, донли ўсимликлар (маккажухори, кунгабоқар).

Химиявий- кичик (платина, никель, хром, симоб, динитрохлорбензол тузлари ва б.лар) ва юқори молекуляр моддалар (лаклар, буёқлар, полимерлар ва бошқа табиий ва сунний химиявий моддалар.

Инсектид (хашаротлар)- асалари, қовоқ ари, чивин ва бошқаларнинг захарлари, аллергия субстанциялари.

Дори моддалари- хар қандай дори моддаси аллергия бўлиши мумкин.

Аллергик реакциялар 2та катта гуруҳга бўлинади

1. Специффик аллергия реакциялар. Организмга энди тушган аллергия маълум бир вақтдан сўнг организмда юқори сезувчанлик сенсублизацияни ривожлантиради. Натижада организм унга тушган антигенларга нисбатан специффик антителалар ишлаб чиқаради. Сенсублизацияни юзага чиқарган антиген организмга қайта тушгандан сўнг, унга қарши ишлаб чиқарилган антителалар билан реакцияга киришади. Натижада организмда биологик актив моддалар – аллергия медиаторлари ажралиб чиқа бошлайди. Аллергия медиаторлари таъсирида маълум симптомлардан иборат аллергия реакциялар юзага чиқади.
2. Носпециффик аллергия реакциялар. Бунда аллергия билан организмни биринчи мулоқотдаёқ сенсублизациясиз аллергия реакция юзага чиқади.

Аллергик реакциялар келиб чиқишига кўра 3 та гуруҳга бўлинади:

1. Дори организмга тушиши билан ёки 1 соат ичида тез юзага чиқадиган аллергия реакциялар. Буларга: анафилактик шок, бронхиал астма, Квинке шиши ва бошқалар киради.

2. Ўртача муддатда бошланадиган ва давом этадиган аллергия реакциялар. Буларга: агроулацитоз, тромбоцитопенин ва бошқалар киради.
3. Узок муддат давом этадиган, қайтарилиб турадиган аллергия реакциялар. Буларга: аллергия васкулит, артритлар, лимфоденитлар, гепатит, нефрит, миокардит ва бошқалар киради.

Аллергия реакциялар клиник шаклининг кўринишлари

Бемор организмда аллергиянинг антитела билан ўзаро таъсири натижасида деярли ҳамма органларда аллергия яллиғланишлари келиб чиқиши мумкин.

Энг кўп учрайдиган ҳолатлар бу ташқи тўқималарни (тери, шиллиқ қават) ва нафас йўллари яллиғланишидир.

Аллергодерматозлар (терининг аллергия касалликлари)- аллергия ҳолатларнинг энг кўп тарқалган туридир. Болаларда учрайдиган тери аллергия реакцияларига - атопик дерматит, катталарда - тошмалар ва Квинкенинг ангионевратик шиши.

(Квинке шиши).

Атопик дерматит - Турли хил топик аллергиялар билан: химиявий буюмлар, ўсимлик чанглари, озиқ-овқат аллергиялар ва б.ларни ўзаро таъсирланиши натижасида тери сезувчанлигининг ортиши. Қаттиқ қичишиш, қизариш ва терининг шиши билан характерланади.

Майда тошмалар- ўткир аллергия реакция, терида тез пайдо бўладиган ва йўқоладиган тошмалар ва қичишиш билан характерланади.

Квинкенинг ангионевратик шиши (гигантская крапивница)- терининг, тери ости хужайраларининг ва шиллиқ қаватларнинг шишига олиб келади. Кўп ҳолларда лабда, қовоқда, қўл қафтининг ички қисмида учрайди. Шишнинг ҳалқум ва нафас йўллари тарқалиши нафас қисилишига олиб келади.

Аллергия ринит - бурун шиллиқ қаватининг аллергия реакцияси натижасида юзага келадиган клиник кўриниши. Бурундан шиллиқ модданинг ажралиши билан характерланади. Кўп ҳолатда қичишиш, акса уриш, буруннинг битиб қолиши билан бирга қайд этилади.

Аллергия конъюнктивит- кўз шиллиқ қаватининг қизариши ва қичишишнинг бирдан пайдо бўлиши билан характерланадиган аллергиянинг клиник кўриниши.

Поллиноз- ўсимлик чанглари таъсири натижасида келиб чиқадиган аллергия. Кўпинча мавсумий ринит, конъюнктивит кўринишида бўлади. Баъзи ҳолатларда бронхоспазм, бронхиал астма ва бошқа аллергия симптомлари билан кузатилиши мумкин.

Бронхиал астма- сурункали рецидивли касаллик, бронхларнинг гиперреактивлиги натижасида юзага келадиган нафас қисилиши хуружлари билан характерланади.

Зардоб касаллиги- бу системали аллергия реакция бўлиб, организмнинг турли хил органлари ва системаларини бегона зардоб, унинг фракциясининг юборилиши натижасида келиб чиқадиган патологик ҳолат.

Айрим дори моддаларини қонга юборганда ҳам жавоб реакцияси сифатида юзага келиши мумкин.

Анафилактик шок- аллергиянинг энг оғир кўриниши бўлиб, бутун организмнинг аллергенга нисбатан реакцияси бўлиб хисобланади. МНС нинг аввал кўзғалиши, сўнг эса тормозланиши, бронхоспазм ва артериал босимнинг кескин тушиб кетиши билан характерланади

Дори моддаларга нисбатан кузатиладиган аллергия.

Кўпчилик дори моддаларининг ўзи антиген хисобланмайди, лекин улар организмга тушгандан сўнг оксиллар билан бирикма ҳосил қилиб, антигенга айланиб қолади. Дори моддалари ичида энг кўп аллергик реакцияларни юзага чиқарадиганларга антибиотикларнинг пенициллин группаси, сульфаниламид, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, тиазид диуретиклар, маҳаллий анестетиклар, транквилизаторлар, барбитуратлар, рентгеноконтраст моддалар ва йод препаратлари киради.

Дори моддалар аллергиясининг кечишини олдиндан аниқлаб бўлмайди, у дори моддасининг хоссалари, шунингдек бемор организмнинг хусусиятлари билан аниқланади.

Дори моддалар аллергиясининг клиник кўринишлари турлича бўлиб, турли хил орган ва тўқималарга ҳам таъсир килиши мумкин.

Дори моддалар аллергияси келиб чиқишига қуйидагилар сабаб бўлади

- дори моддасининг тери ва (шиллиқ қаватнинг) зарарланган жойига қўйиш
- пролонгик таъсирга эга препаратларнинг ишлатилиши.
- дори моддаси таркибида терпен сакловчи ароматик моддаларни қўллаш (лаванда, бинафшагул, чиннигул ва б.ларнинг ароматик моддалари)
- беморнинг физиологик хусусиятлари- гормонал ўтиш вақти, хомиладорлик, климакс.

Болаларда учрайдиган аллергик реакцияларнинг сабаблари

1 ёшли болаларда: озиқ-овқат сенсibilизацияси - аллергодерматозлар, ошқозон-ичак тизимида бузилишлар.

2 ёшдан 3 ёшгача: озиқ-овқат сенсibilизацияси, дори моддалар аллергияси, аэроаллергенлар ва поллюантлар (ўсимлик чанглари). Терининг, нафас йўллариининг зарарланиши.

4 ёшдан 7 ёшгача: аэро аллергенлар, поллюантлар. Бу ёшда респиратор аллергик кўринишлар сони ортади (уй чанги, мазор замбуруғига сенсibilизация ортади) натижада поллиноз, аллергик ринит, йиллик, мавсумий аллергик конъюнктивит ва бронхиал астмалар.

Катта ёшдаги болалар: Катта ёшдаги болаларда ингалацион аллергенлар- уй чанги, мазор замбуруғи, хайвон эпидермиси, ўсимлик чангларига сенсibilизация ортади. Кўпчилик болаларда поливалент аллергиянинг бронхиал астманинг, тери зарарланиши ва респиратор трактнинг зарарланиши юзага келиши кузатилади.

Аллергик реакцияга сабаб бўлувчи факторлар:

- аллергия касалликларга ирсий мойиллик
- гўдаклик пайтидаги алергенлар билан контактида сенсibilизация юзага чиқиши (она қорнидаги холатлар ҳам)
- тамаки тутунининг таъсири
- ишлаб чиқаришдаги қолдик махсулотларни сенсibilизацияга таъсири
- рационда ширинликнинг кўп истеъмол қилиниши аллергия реакцияларнинг кўпайишига олиб келади
- эмоционал стресс
- организмда гормонал ўзгаришлар даври - жинсий етилиш даври, хомиладорлик, климакс, хайз кўриш даври
- кўёш радиациясининг таъсири

Врачга мурожат қилиш лозим бўлган «Хавфли холатлар»

Хар қандай аллергия кўринишлари ҳам врачнинг кўригини талаб қилади. Қайтарилувчи аллергия реакциялар олдини олиш учун ёрдам беради. Врач консультациясини олган бемор профилактика чораларини кўради, аллергияни қайталанишида ўзини-ўзи даволашда иштирок этади.

Қуйидаги холатларда врачга қайта мурожат қилиш лозим:

- аллергиянинг янги холатлари юзага чиққанда (масалан, тошма) нафас олишнинг қийинлашиши, нафас қисиши қайд этилади.
- аллергияни даволашдан олдин қўлланилган препаратлар билан даволанмаган холатларда
- ўткир юзага чиққан аллергия холатлар узоқ муддат давомида сақланса ва вақти-вақти билан қайтарилса.

Тезлик билан таъхис қўйиш ва даволаш керак бўлган холатлар:

- хаёт фаолиятига хавфли бўлган холатлар-оғир нафас олиш, нафас олишнинг қийинлашиши, нерв системасидаги бузилишлар, артериал босимнинг кескин тушиб кетиши.
- халқум шишининг белгилари - овознинг ўзгариши, «вовилловчи» йўтал, нафас олишнинг қийинлашиши.
- аллергия шишнинг юз қисмининг юқорисига тарқалиши
- вахимага тушиш, кўркув, холсизлик
- ҳаракатчанликнинг ортиб кетиши
- абдоминал белгилар- кўнгил айланиши, қайд қилиш, қорин оғриғи.

Поллиноз холати кузатилган беморларга маслаҳатлар:

- поллиноз кучайишида бошқа алергенларга ҳам сезувчанлик ортиб кетади- уй чанги, хайвонлар жуни, медикаментларга аллергиянинг пайдо бўлиш эҳтимоли ортади.
- уйида, иш жойида деразани иложи борида очмаслик, айниқса эрталаб. Хаво тозаловчи мосламалардан фойдаланиш лозим
- тез-тез душ қабул қилиш тавсия этилади
- машинада юрганда ойнасини қаттиқ ёпиш керак
- поллиноз касаллиги бор беморларга фитопрепаратларни хусусиятларини тулиқ ўрганиб тавсия қилиш лозим, чунки уларнинг маҳаллий, компресс холатлари аллергияни кучайишига олиб келиши мумкин

- шуни эсда тутиш керакки, хона ўсимликларидан (герань, примула) боғларда, далада ўсадиган гуллар (сирень, жасмин, атиргул, марваридгул, бинафша ва б.лар) касалликни зўрайтириши мумкин.

Ота- оналарга маслахатлар

- ёш болаларда тери ва шиллиқ қаватларнинг ўтказувчанлиги юқори бўлганлиги сабабли айниқса улар юқори таъсирли аллергиялардан узоқ тутилиши шарт. Катталарга қараганда болаларда турли хил экзоген аллергияларга сенсбилизацияни ривожланиши осонроқ кечади.

- табиий озиқлантириш гўдакларда аллергия ҳолатларининг камайишига олиб келади (Она рациониди аллергиялар мавжуд бўлмаган ҳолатларда). Пар ёстикларни поролон ёстикларга алмаштириш, бола ёнида уй хайвонларини қолдирмаслик

- ота-оналари аллергия реакцияларига таъсирчан бўлган болаларга аллергия ҳолатларини олдини олиш чораларини куриш муҳимдир.

Аллергияга қарши бериладиган препаратлар 2 гуруҳга бўлинади:

1. Тез юзага чиқадиган аллергия реакцияларни даволовчи препаратлар
2. Секин-аста юзага чиқадиган аллергия реакцияларда бериладиган дорилар

Биринчи гуруҳ препаратларини антигистамин препаратлар – Эрлих хужайраларидан ажралиб чиқаётган гистаминни камайтирувчи препаратлар ташкил этади. Антигистамин препаратларини 3 авлоди мавжуд:

I авлод антигистамин препаратлари, анитген-антитело комплекси таъсирида ажралиб чиқувчи гистаминни қонга ўтишини камайтиради. Уларга димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил ва бошқалар киради.

II авлод антигистамин препаратларига атемизол, акривастин, терфенадин, лоратадин препаратлари киради. Бу препаратлар H₁-гистамин рецепторлари билан боғланишдан ташқари, бронхларни камайтириш хусусиятига ҳам эгадир.

III авлод антигистамин препаратлар гуруҳига фенирамин ва хлорфениламин унумларини киритиш мумкин. Масалан: фексофенадин, акривастатин ва бошқалар киради. Шунингдек бу гуруҳга телфаст, интал, кетотифен, тайлед препаратларини ҳам мисол қилиш мумкин. Улар сезонли ринит ва аллергия конъюнктивитда, бронхиал астмани олдини олишда, овқатларга боғлиқ аллергияларда аллергодермотозларда кенг қўлланилади.

Оғир ўтувчи аллергия реакцияларни даволашда (анафилактик шок, бронхиал астма) нафас олиш йўллари кенгайтирувчи, қон босимини кўтарувчи адреномиметиклар, бронхомиметиклар ва глюкокортикоид препаратлар ишлатилади. Масалан: изадрин, эфедрин, алулент, эуфиллин ва теофиллин.

II гуруҳга кирувчи секин-аста юзага чиқадиган аллергия реакцияларни даволашда асосан антитело ҳосил бўлишини, хужайра иммунитетини содир бўлишини камайтирувчи препаратлар қўлланилади

Аллергия симптомларини даволашда қўлланиладиган препаратлар буйича фармацевтик ёрдам:

- аллергик реакция биринчи пайдо бўлишиданоқ врачга мурожат қилиш ва аллергиянинг сабабини аниқлаш лозим
- аллергик реакцияни чақирадиган аллерген аниқланганидан сўнг шу аллерген билан контактни йўқотиш чораларини кўриш лозим
- дори моддаси билан даволанаётганда унинг таъсир қилмаётганлиги аниқланса даволашни тўғри танлаш учун врачга қайта мурожат қилиш лозим
- биринчи авлод антигистамин компонентлари уйқуни, чарчоқни чақириш хусусиятига эга, шунинг учун уларни кечки пайт ичиш авзалроқ.
- антигистамин таъсирли препаратларни транспорт хайдашда қабул қилиб бўлмайди, чунки бу препаратлар диққатни ва ҳаракат координациясини бузади.
- биринчи ва иккинчи авлод антигистамин таъсирли препаратларни алкоголь билан, седатив, уйқу чақирувчи, транквилизаторлар, нейролептиklar, наркотик анальгетиклар билан қабул қилиш тавсия этилмайди
- биринчи авлод антигистаминлари седатив таъсири енгил уйқу чақиришдан чуқур уйқугача бўлиши мумкин. Кўпинча оддий терапевтик дозаларда ҳам юзага чиқиши мумкин.
- Дипразин препарати (пипольфен) артериал босимнинг тебранишини (дистония) юзага келтириши мумкин.
- биринчи авлод антигистамин препаратлари, айниқса ципрогептадил (перитол) иштахани очади
- биринчи авлод препаратлари узоқ муддат қабул қилинаётган ҳолатларда уларнинг терапевтик эффектининг камайиши (тахифилаксия) кузатилиши мумкин,
- Аллергик ринит (мавсумий ва йиллик) поллинозларда биринчи авлод антигистаминларини бериш тавсия этилмайди, чунки улар М-холинолитик таъсирга эга бўлиб, шиллиқ қаватларнинг уриши, секретнинг ёпишқоқлигини ортиради ва синусоитларда гайморитни ривожлантиради, бронхиал астмада- бронхоспазмни чақиради ва кучайтиради.

4-маъруза

Юрак ишемик касаллигининг асосий симптом ва синдромлари, уларнинг келиб чиқиши, ривожланиши ва уларга фармацевтик ёрдам курсатишда ишлатиладиган дориларни танлашда қўл келадиган клиник-фармакокинетик талаблар.

ЮҚТ касалликлари энг кўп тарқалган бўлиб, у ёш ошиб борган сари янада кўпроқ қайд этилади. ЮҚТ касаллигига қарши курашиш иқтисодий томондан ривожланган давлатларда умумдават аҳамиятига эга муаммога айланмоқда.

Инсонларни ўлимида ва ногиронликка чиқишида ЮҚТ касалликлари биринчи ўринни эгаллайди. ЮҚТ касалликларидан нобуд бўлаётган инсонлар хавфли шишлар, инфекциян касалликлар ва транспорт халокатидан нобуд бўлаётганларга қараганда кўпроқни ташкил этади.

ЮҚТ касалликларига юрак етишмовчилиги, аритмиялар, миокард инфаркти, стенокардия, атеросклероз, гипертония, ревматизм, миокардит, миокардиодистрофия, ЮҚТ неврози ва б. киради. Бу касалликларнинг ҳар бирининг ўзига хос симптом ва синдромлари бор. Бу симптом ва синдромлар мажмуаси сифатида юрак-қон томир етишмовчилиги устида тухталиб ўтамиз. Юрак етишмовчилиги аста-секин ривожланувчи сурункали ва ўткир ҳолатда бўлиши мумкин.

Сурункали юрак етишмовчилиги.

Сурункали юрак етишмовчилиги турли формада бўлиши мумкин. М-н, ча қоринча етишмовчилигида:

- ўпка венасида қонни димланиши юзага чиқади, натижада арзимаган жисмоний ҳаракатда хансираш, бўғилиш хуружи айниқса кечалари қайд этилади. Юрак астмасига ўхшаш хуружлар, функционал эмфизема қайд этилади. Сўнгра йўтал қўшилади, қон аралаш балғам қайд этилади, шунга боғлиқ ортопноэ-нафас олишни енгиллатиш мақсадида мажбуран ўтириб олиш, гидроторакс-яллиғланишсиз плевра бўшлиғида суюқликни йиғилиши дан иборат белгилар юзага чиқади,

- юқорида кўрсатиб ўтилган симптом ва синдромларга, хусусан юракни ўзида қайд этиладиган белгилар ҳам қўшилади. Булар чап қоринча ва бўлмача бўшлиғининг кенгайиши ва митрал клапанни етишмовчилиги билан боғлиқ белгилар (эшитганда II тонни акценти ошади ва шовқин пайдо бўлиши, юрак қисқаришлари сонининг ошиши, баъзан тахиаритмиялар, қон босими тушиши ва б.) юзага чиқади.

Ўпка эмфиземаси, пневмосклероз, облитерцияловчи эндоартрит каби касалликларда юракнинг ўнг қоринча етишмовчилиги юзага чиқади. Бунда:

- катта қон айланиш тизимининг веналарида қонни димланиши, юракнинг ўнг қисмини кенгайиши, ўпка артерияларида қон айланишини

камайтиши, бўйин ва қўл веналарида вена қонини димланиши, вена қон босимининг ошиши (150/250 мм с.у) кузатилади,

- жигарда қон айланиши бузилади, жигарда қон димланади. Шунга яраша жигарнинг чегараси катталашади, қорин бўшлиғида асцит пайдо бўлади,

- буйракнинг қон билан таъминланиши бузилади ва у билан боғлиқ патологик симптомлар (пешоб тутилиши, концентрацияси юқори пешобни чиқиши, NaCl ни ушланиб қолиши) қайд этилади,

- оёқларни қон билан таъминланиши ҳам бузилади, анасарка юзага чиқади,

- цианоз, тери остидаги вена томирларини кенгайтиши ҳисобига,

- мия вена томирларидаги димланишлар ва улар билан боғлиқ симптомлар, қон босими кўтарилиши, юрак уришининг тезлашиши ва б.

Ўткир юрак етишмовчилиги

Ўткир юрак етишмовчилигида эса шок, коллапс, хушдан кетиш ва б. кузатилади.

Шок-нихоятда кучли ғайритабiiй таасуротлар натижасида МНСда қон айланиши, нафас олиш ва модда алмашинуви кескин бузилиши билан кечувчи ҳаёт учун хавфли оғир патологик жароҳатдир. Шок келиб чиқиши бўйича ҳар хил (кардиоген, травматик, анафилактик, эмоционал ва б.) бўлиши мумкин.

Коллапс-тўсатдан руй берадиган қон томирлар етишмовчилигидир, бунда қон томир тонуси сусаяди, қон миқдори камаяди, А/Б пасаяди, мияда гипоксия юзага чиқади ва ҳаётiiй марказлар издан чиқади.

Хушдан кетиш-қисқа муддатли енгил кечувчи ўткир нейрорефлектор қон томирлар етишмовчилиги бўлиб, рухий бўшашганда, қонни курганда, баъзан хавоси бузилган хоналарга кирганда юзага чиқади. Бемор онгини, эс-хушини йўқотади, кўз олди қоронғулашади ва йиқилади. Шуларни ичида энг кўп тарқалган ва ЮИҚ ни бир қуриниши бўлган стенокардияни олиб кўрайлик.

Сизларга маълумки, стенокардиянинг келиб чиқишида 3 та омил катта аҳамиятга эга. Булар:

- атеросклероз,

- юрак тож томирлари спазми, яллиғланишлар.

Шу билан бирга стенокардиянинг юзага чиқиши хавфини оширувчи қўшимча омиллар ҳам бор. Булар:

- гиперхолестеринемия,

- гипертония,

- чекиш, ичкиликка ружу қўйиш,

- гиподинамия,

- семириш, қандли диабет,

- генетик мойиллик,

- психоэмоционал жиззакилик ва б.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда стенокардиянинг ривожланишини асосий сабабчиси: миокардга O_2 ни нормал миқдорда етиб келмаслиги бўлиб қолади.

Хуш бунда қандай клиник белгилар юзага чиқади:

- чап қўл, бўйин ва тишга берилувчи кўкрак остидаги оғриқ,

- нафас олишни оғирлашгани, ҳаво етишмаслиги,

- ўлим хавфи,

- ЭКГда ўзгаришлар ST ни пасайиши ва «коронар» Т тишини пайдо бўлиши.

Юқорида санаб ўтилган клиник белгиларни йўқотишнинг 2 та йўналиши мавжуд:

- стенокардия хуружини даволаш,

- стенокардия хуружининг олдини олиш.

Буни фармацевтик ёрдам йўналиши бўйича қандай амалга оширилади.

Стенокардия хуружини олиб ташлаш учун рецептсиз бериладиган антиангинал препаратлардан фойдаланилади. Уларга нитратлар (нитроглицерин ва унумлари), β -адреноблокаторлар (кардиоселектив препаратлар, Са антогонистлари ва K^+ канали активаторларини киритиш мумкин.

Стенокардия хуружининг олдини олиш учун рецептсиз бериладиган антиагрегентлар, миокардда метаболизмни кучайтирувчи препаратлар ва гиполипидемик таъсирга эга препаратлардан фойдаланилади. Дорисиз йўллардан ҳам фойдаланиш мумкин (аортакоронар шунтировка, ангиопластика ва б).

Халқ табobatiда саримсоқпиез, дулана, ёнғоқ барги тиндирмаси, қиркбўғим дамламаси, арслонқуйруқ наъматак, олма, ўрик қоқиларидан фойдаланадилар.

4-маъруза

ТЕМИР ТАНКИСЛИК КАМҚОНЛИГИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЎЗ-ЎЗИГА ЁРДАМ БЕРИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Қондаги эритроцитлар микдорининг камайишига ёки эритроцитлардаги гемоглобин микдорининг камайишига камқонлик—анемия дейилади. Анемиянинг 2 хили бор:

1. гипохром анемия
2. гиперхром анемия

Гипохромли анемияда эритроцитлардаги гемоглобин микдори камайиб кетади, чунки маълум сабаблар натижасида гемоглобинни нормал синтези учун темир моддаси етишмай қолади. Шунинг учун ҳам бу анемияни темир етишмовчилигидан келиб чиққан анемия деб ҳам юритилади. Бунда организмда кислород етишмовчилиги (гипоксия) билан боғлиқ турли хил хасталиклар (кўкрак сикиш касаллиги — стенокардия, юрак ишемик касаллиги, холсизланиш, тез чарчаб қолиш, бош айланиши ва оҚриши, нафас сикиши ва бошқалар) юзага чиқади.

Гиперхромли анемияда эритроцитлардаги гемоглобин микдори нормага нисбатан ошиб кетади, аммо лекин эритроцитларнинг микдори жуда камайиб кетган бўлади ёки етилмаган ҳолда бўлади. Гиперхромли анемияни захарли камқонлик деб ҳам юритилади. Бу анемия Аддисон — Биримера, спру, ичакдаги инвазия — глистларнинг токсик — захарли формаси каби касалликларда юзага чиқади.

Икки оғиз бу анемияларни келиб чиқиш механизми хакида: Умуман анемия жуда кенг тарқалган касалик. ВОЗ — Умумжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотига қараганда Жаҳон бўйича анемия билан оҚриган беморлар сони 35 млн.дан ошиб кетади.

Анемия касали Ўзбекистон Республикасида ҳам жуда кенг тарқалган. Кўзга кўринган олимлар (У.А.Аскарлов, С.М.Бахролов, Э.Қ.қосимов, Ф.Файнштейн, Ю.Қ.Джабборовна, Д.Н.Абдуллаев)нинг берган маълумотиға қараганда ҳар 4та одамнинг 2тасида анемиянинг у ёки бу тури турли формаларда учрайди. Анемия айниқса ёш болаларда, аёлларда (айниқса ҳомиладор ва кўп болали аёлларда) жуда кенг тарқалган. Айрим район ва туманларда аҳолининг 65-9%-ида анемия қайд этилади.

Бутун анемия касаллигини 75-8%-ини гипохром — темир етишмовчилигидан келиб чиққан анемия ташкил этади.

Хўш, бу касаллик қандай юзага чиқади? Нормал ҳолдаги организм 2,5-5, г.темир сақлайди. Бунинг 6%-и гемоглобин таркибида, қолганлари эса турли орган ва тўқималардан иборат (кўмик, жигар, қора талок ва лимфа тугунлари) деполарда мушак оксиллари — миоглобулинларда бўлади. Маълум бир қисми эса миоглобин ва ферментлар таркибида бўлади. Гемоглобин 2 қисмдан иборат: оксилли — глобинли ва темир

сакловчи-гемли кисмлар. Турли организмларда глобинлар турлича бўлиши мумкин, лекин гемлар доим бир хил бўлиб, темирни порфин билан бириккан комплексида иборат. Ҳар бир гемоглобин 1 молекула глобин ва 4 та гемлардан ташкил топган. Нормал одам қонида ҳар куни 25 триллион эритроцитлар айланиб юради. Эритроцитлар 3-4 ой яшаб сўнгра парчаланадилар. Ҳар куни соғлом организмда 2 миллиард эритроцитлар етишиб чиқади. 1-та эритроцитда 2 млн. гемоглобин молекуласи бор. Ҳар куни темир сакловчи ҳамма орган ва тўқималар ўртасида доимий алмашилиш, темир запасларини янгилаб туриши, ҳамда темирни организмдан бутунлай чиқиб кетиши (қон кетиши, авитаминоз, радиация ва бошқалар) қайд этилади. Шунга қараб ҳар куни организм ,5-1мг темир йўкотади. Организмни соғлом ушлаш учун ҳар куни шунча (,5-1мг) актив темир моддасини ўзлаштириб олиши керак. Агар шу процесс нормал ҳолда олиб борилмаса турли формадаги анемиялар келиб чиқади. ,5-1 мг актив темирни ўзлаштириб олиш учун бир кунда организмга 2-8 мг темир тушиши керак.

"Ўзбекистон маданияти ва адабиёти" газетасида келтирилган маълумотда. К.Маркс Ф.Энгельсга ёзган хатида:"... агар маданият онгли равишда бошқарилмай, стихияли ривожланадиган бўлса... ўз ортида чўл қолдиради..." деган экан. Ҳозирги кунда туз тўзонлари Тошкентгача етиб келди, хаттоки Памир ва Тянь-Шань тоғ ва музликларида ҳам бор. Ерга солинаётган химёвий дориларнинг 4% сув орқали ўсимликка ўтади. қолгани эса турли йўллار билан дарёларга ўтади. Бу сувларни эса биз истимол қиламиз.

Чимкентда ҳар 1 та бир ёшгача бўлган боладан 33-35 таси ўлаётир, баъзи ерларда эса уларнинг сони 47-5 тагача етмоқда.

Ашхабад областида текширилган 368 та 14 ёшгача бўлган боладан 3 таси соғлом деб топилган, қолганлари эса турли касалликларга чалинган болалардир. Қорақолпоғистон АССРда аёлларнинг 9% анемия га учраган. Уларнинг болалари ҳам камқонликка учраган ҳолда туғиладилар.

Организмни темир моддасини ўзлаштириши истимол қилинаётган овқатнинг характери, тури, вақти, миқдори ва ошқозон силлик каватининг ҳолатига боғлиқдир. Бундан ташқари темир ўзлаштирилишида фруктоза, Ас.кислотаси катта роль ўйнайди. Киши организми мева — сабзавотлардаги темир моддасини 2—8%- ини, гўшт, балиқ, жигар ва дуккакли (ловия, нўхат, мош ва бошқалар) моддалардагисини 15—20% ўзлаштириб олиши мумкин.

ОИС—сида 2 валентли ионлаштирилган темир моддаси (Fe^{5++}) яхши сўрилади. Турли хил овқатлар ва дорилар билан ошқозонга темир уч валентли (Fe^{5+++}) ҳолида тушади.

HCL ва фруктоза таъсирида (пепсин, ферментлар) у Fe^{5++} га ўтади. Ас. кислота Fe^{5+++} ни Fe^{5++} ўтишида муҳим роль ўйнайди. Сўнгра Fe^{5++} ошқозондан 12 бармоқ ичакка ўтади ва у ерда ичак силлик каватидаги апоферритин оксиди билан бирлашиб сувда эрувчан комплекс — ферритин ҳолига ўтади ва яна Fe^{5+++} ҳолатини қабул қилади. Ичак

деворларидан капеллярларга ўтишда Fe^{5+++} ли яна Fe^{5++} лига ўтиб қон зардобидаги трансферрин (7g — 7 глобулин) билан боғланади ва бутун организм бўйлаб айланиб юради. Бу ўзлаштирилган темирнинг бир қисми эритроцитларнинг етилишига, бир қисми деноларга ўтса, бир қисми организмдан чиқиб кетади.

Мана шу нормал процесс бузилганда гипохром анемия юзага чиқади. Баъзан организмда — плазмада Fe^{5+++} ионларининг миқдори ортиб кетади. Бу нарса гемолиз ва куйиш ҳолатларида юзага чиқади.

Бунда сувда эримайдиган Fe^{5+++} — нинг комплекси гемосидерин миқдори ошиб тўкима ва органларда йиқилиб қолади. Бундай ҳолатга — касалликларга гемосидероз дейилади. Шунинг учун ҳам препаратларни парантерал йўл билан олинганда қон анализини мунтазам ўтказиб туриш ва препаратларни факат кўрсатилган схема асосида ишлатиш керак!

Гиперхромли анемия асосан Витамин В 412 ни сўрилишини бузилишидан ёки бутунлай бўлмаслигидан юзага чиқади. Бунда антианемик фактор Кестля катта рол ўйнайди. Бу факторда экзаген ва энтоген сабаблар бўлиб, экзагенли сабабда истеъмол қилинаётган овкатларда Витамин В 412 ни нормал миқдорда бўлмаслиги кирса, эндогенли сабабда овкатлар билан етарли даражада В 412 истеъмол қилинадию, лекин у медада гастромукопротеинни йўқлиги сабабли ўзлаштирила олмаслиги қиради.

Кобальт препаратлари (коамид, $\text{Co}-9$, CoCl_2) қизил қон таначаларининг стимуляциясини оширади. Улар буйракдан эритропоезисни ажралиб чиқишини оширади. Бу эффект Со препаратини буйракда гипоксия чақириши ҳисобига бўлади. Темир препарати билан Со препарати бирга берилса темир препаратини гемоглобинга ўтиши анча тезлашади ва енгиллашади. Кобальт препаратлари айниқса инфекция ва яллиғланиш билан юзага келган анемияларда яхши ёрдам беради.

Уларнинг таъсири буйрак етишмовчилиги касаллигида унча кўл келмайди.

Шундай қилиб қон пайдо бўлишига таъсир этувчи дори воситалари 2 га бўлинади:

I. Эритропоезга таъсир этувчи дори воситалари:

а) эритропоезисни стимулловчилар: темир ва темир унимлари, ферамид, маргимиш, жигар препаратлари, коамид, В 412, фоль кислота ва бошқалар.

Инъекция йўли билан темир сакловчи препаратлар:

ферумлек, ектофер ва фербитол ишлатилади (амп. — 5мл.венага/в; 2мл.мушак орасига ва амп. — 2мл-дан). Узок таъсир этувчи темир препаратларига ферроградумент ва феоспан (Югаславия) қиради ва гемофер, пролангация таъсирга эга полифер препаратлари қиради.

Темир препарати билан захарланганда десферал (0,5 - 1г, мушак орасига) препаратидан фойдаланилади. 1 қисм десферал 8,5 қисм Fe^{5+++} лини бирлаштириб олади ва чиқиб кетади. Десферал ҳар 4-8 соатда юбориб турилади.

б) эритропозни сусайтирувчилар. (Булар эритримия касаллигида) ишлатилади. Р 532 Радиоактив фосфорни Na-ли тузи. Бу препаратлар 7b ва 7g - нур чикаради. Унинг яшаш даври 14,3 кун. (милли Кюри) ,5-2 mСдан 2-1 мл 1-2% глюкоза эритмасига кўшиб 6-8 кунда 1 марта венага юборилади.

II. Лейкопозга таъсир этувчи дори воситалари:

Лейкоцитлар кўмикда, лимфа тугунларида, кора талокда ишлаб чикилади. 1мл қонда 4-8 мингта бўлади. Яшаш даври 8 кун. Лейкоцитлар 2 группа бўлинади: гранулоцитларга 7% ва лимфоцитларга (3%). Агарда 1 мл қонда лейкоцитлар сони 1 дан ошиб кетса лейкоцитоз дейилади.

Лейкоз -ок қон касаллигида эса жуда кўпайиб кетади.

а) Лейкопозни стимулловчилар: Na нуклеинат, метилурацил, пентоксил, лейкоген, фоль кислота.

б) Лейкопозни сусайтирувчилар: Бунга ўсмаларга таъсир этувчи дорилар киради (Колхицин, Тиофосфамид, Миелосан, Допан, Циклофосфан ва бошқалар).

Лейкопения-токсик-захарланиш, инфекция ва радиациядан юзага чиқади.

Камқонликда ишлатиладиган янги тайёр дори турлари:

1. Эпрекс 7a - эритропозтин.
2. Ферронал—35(сироп).
3. Полидан.
4. Полифер.
5. Биовитал ва фенотек.
6. Сорбифер — Дурулес.
7. Тардиферон, Фербитал, Феррокаль.
8. Феррин, Пирофер, Когистин, Феррамид унумлари.

Ушбу дориларни ишлатишда куйидаги факторларга алоҳида аҳамият бериш керак. Актив темир (Fe^{5++}) абсорбцияси берилаётган темир дозасининг ошиши билан камайиб боради. Масалан: 4-1 мг/суткада қолса актив темир абсорбцияси 3-35% атрофида, агар темир дозаси 3-4 мг/сутки бўлса-5-7% атрофида бўлади. Шунинг учун ҳам бир мартабоа ичиладиган темир препаратни дозаси 13-15 мг.дан ошмаслиги керак. Суткадаги дозаси эса-4-45 мг ошмаслиги керак. Шунингдек темирни сўрилиши организмни темирга нисбатан дефицит ҳолатига ҳам боғлиқ. Агарда темир запаси нормага якин бўлса қабул килинган темирни 5-7% абсорбцияланади. Темир етишмовчилиги қайд этилса-15-17%-зи, анемия касаллиги бўлса - 25-3% абсорбцияланиши мумкин. Темир препаратларни эрта билан оч қоринда яхши сўрилади.

Одамни массаси, жинси, тузилиш конституциясига қараб бир кунда 2-3 мг Fe^{5++} ни организм талаб қилади. Бунинг учун эса оғиз орқали 1 мг-га якин Fe^{5++} организмга тушиши керак. Ана шу 2-3 мг Fe^{5++} дан ,5-1 мг актив Nb билан бирлашадиган Fe^{5++} қонга ўтади. Баъзан организм бир кунда 75-1 мг Fe^{5++} талаб қилади. Бунинг учун эса 3-4 мг Fe^{5++} қабул қилиш керак бўлади. Бундан ортиқ темир препаратини

кабул килиш мантикга лоик эмас. Оғиз оркали даволаш ўрта хисобда 2-3 ой давом этади, баъзан эса 4-6 ой.

Бу вақт ичида Нв микдорини 12г% етказиш мумкин. Шундан сўнг ҳам темир препаратини кабул килишни яна 1,5-2 ой давом эттириш керак бўлади. Кейинчалик баъзи бир беморларда профилактика мақсадида темир препаратини бир кунда 3-6 мг дан бериб бориш ҳам мумкин бўлади. Темир препаратларини ўзига хос нокулайликлари бор:

Темир глицерофосфат ва каферид . Темирни 3 валентлигини саклайди ва ОИС деярлик сўрилмайди. Фитин, ўзида фитоферроктал саклаши хисобига Fe 5++ ни сўрилишини бузади.

Темир хлорид, .алоэ+темир сиропи бор-йўКи ўзида 2,5 мг Fe 5++ саклайди ва диспепсия чакиради.

Феррамид эса темирни ўзида жуда кам саклайди. 1 кунда 1-12 та таблетка ичишга тўғри келади. Гемостимулан . эса катта табл. нохуш хидга эса, беморлар яхши ичаолмайди.

Ферроцирон .-дизурия чакиради. Ферроплекс . -кичик дозада бўлиб 8-1 та табл. кабул килиш керак бўлади.

Тардиферон- табл. 8 мг . Fe 5++ саклайди ва 8 мг мукопротеазадан иборат бўлиб, яхши таъсир этади. Мукопротеаза Fe 5++ овкатлар билан аралашиб кетишидан ва Fe 5+++ ўтиб кетишидан саклайди.

Ферро-градумент .-табл 5. 15 мг актив Fe 5++ ни саклайди. Бу темир губкасимон пластик субстанцияда бўлиб, улар кўп бурилишлардан иборат. Бу системадан Fe 5++ факат ОИС даги суюқлик мухитидагина ажралиб чиқаолади. Препаратдан Fe 5++ ажралиб чиккач пластик матрикс нажас билан чикиб кетади.

Парентериал юбориладиган темир препаратлари:

1. Темир декстрани . -3 валентли гидроксил темирни стабил комплекси. венага ёки мушаклар орасига юборилади. Кучли комплекс бўлгани учун қон плазмасига ионизирланган темир тушмайди ва трансферрин темирга туйинмайди. Мушаклар орасига юборилганда препарат секинлик билан абсорбцияланади асосан лимфа йўллари оркали 3 кун ичида препарат 5% қонга ўтади. Уни 25% эса 3 ҳафта ичида инъекция қилинган жойда қолади, 5-1% эса яна 4-5 ҳафта қолиши мумкин.

2. Эктофер .-темир -сорбит комплекси билан иборат. Уни ММ= 3-5 минг. Бу препарат мушаклар орасига юборилгач жуда тез адсорбцияшади ва 12 соат ичида уни 85% сўрилади. Препаратни биринчи порцияси эритроцитларда 12-24 соатдан сўнг кўрилади. 24 соат ичида препаратни 3-4% пешоб билан ўзгармасдан чикиб кетади.

3. Фербитал .-темир -сорбит комплекси худди эктофер каби таъсир этади. Организмдан бутунлай 2 кун ичида чикиб кетади.

4. Феррум-лек .-венага юбориш учун темир-сахарат формаси ишлатилади. Мушаклар орасига кичик молекулали темир-декстрани формаси ишлатилади. Бу препарат юборилган еридан лимфа системаси оркали абсорбцияланади.

5. Ферковен-в енага темир-сахарат холида ишлатилади ва организмга 9% ўтади. Препаратни 1% пешоб билан чикиб кетади. Бу препаратларни маълум кисми организм талабига мувофиқ Нв га ферртин комплекси оркали ўтади ва шу комплекс холида жигарни РЭС-да, кора талокда, суяк илигида бўлади.

6. Пирофер = . Fe 5++ + Вит.В 46 дан иборат кардинацион бирикма. ТашФармида Ш.Шакирова томонидан тўла қонли ўрганиб чиқилган ва ЎзР ФҚ-таси томонидан клиник синовдан ўтказишга рухсат этилган. Бу препарат ампула ва таблетка формада чиқарилади.

7. Когистин = . Со 5++ + гистидиндан иборат координацион бирикма. 1%-1 мл амп.м/о. юборилади. Fe препарати параентерал беришдан 2-3 кун аввал албатта оғиз оркали берилаётган темир препарати беришни тўхтатиш керак. Темир препарати 1 кунда вена оркали 1 мг.дан ортиқ бериб бўлмайди, чунки 1 мг Fe 5++ трансферрини тўла тўйинтириши мумкин, қолган темир миқдори эса токсик таъсирларини юзага чиқаради. Шу дозани ҳам ҳафтада 3 марта берилган мақкул. Вена оркали мушаклар орасига юбориладиган препаратларни мутлақо бериб бўлмайди. Венага юбориладиган препаратларни секинлик билан 2-5 мг/мин миқдорда 5-1 мин ичида юборилади. Умуман параентерал юбориладиган темир препаратлари махсус номограмма ва формулага биноан юборилади.

Темир препарат билан оғиз оркали даволаш 3-6 ой давом этади.

Даволашни бирламчи даволаш эффекти 4-7 кунларда қайд этилади. Бунда қонда ретикулоцитоз бўлиб, ёш етилаётган, гемоглобин билан тўйинган кизил қон таначаларининг миқдори ошиб кетади. Нв-ни миқдори ишонарли даражада ошиши даволашни 2-4 ҳафталарида қайд этилади. Нормал ҳолатга эса давонинг 1-3 ойларида келади. Агарда гипохром анемиянинг ЖДА диагнози тўқри қўйилган бўлса, албатта темир препаратлари ижобий таъсир этади.

Темир препаратларидан декстран+ темир препарати параентерал юборилади. Декстран темир препаратининг 1 мл-да 5 мг Fe 5++ бор. Бу препаратни мушаклар орасига чуқур юборилади, акс ҳолда инъекция ўрнида сарКиш доғлар пайдо бўлади. Шунинг учун бу препаратни баъзан венага ҳам юборилади. Эритропоэтин суяк илигидаги эритроцитларга моил специфик эритропоэтин рецепторларини китиклаб эритроид усимталарида пролиферация процессини кучайтиради. Эндоген эритропоэтинлар буйрак хужайраларидан буйрак гипоксияси юзага келганда ажралади. Анемия ҳолатларида экзоген эритропоэтинлар кўплаб ажаралиб чиқади ва суяк илигида нормал эритроцитларни етилишига туртки бўлади.

Нормада қонда эритропоэтин миқдори 2 МЕ/л га тенг бўлиб, анемик ҳолатларда 1-5 МЕ/л гача кўпаяди. Аммо анемия буйрак етишмовчилигидан келиб чиққан бўлса эритропоэтин ўз ижобий таъсирини кўрсата олмайди. Препаратни 5-15 МЕ/л ҳисобида ҳафтада 3 маҳал вена оркали юборилади. Препаратни бошқа препаратлар билан бирга қўшиб бериб бўлмайди.

5-майруза

ЙОД ТАНҚИСЛИК ХОЛАТИ, УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ

Йод танқислиги ҳолати (ЙТХ) ер юзидаги аҳолилар ўртасида кенг тарқалган. ВОЗни берган маълумотига қараганда дунё аҳолисининг 200млн-да «эндемик бўқоқ» касаллиги ҳолатида, 3млн-га яқинида «кретинизм» ҳолатида қайд этилади. Болалар ўртасида 15%га яқинида ақлий қоқоқлик, етишмовчилик каби ҳолатлар мавжуд...!

ЙТХ-ти 1983 йилдан бошлаб «эндемик бўқоқ» деб келинмоқда. Бу ҳолат бизнинг республикамизда ҳам жуда кенг тарқалган. Масалан: ССВ қошидаги эндокринология ИТИ-тини берган маълумотига қараганда ЙТХ-Тошкентда 50%-га яқин, Термизда-82%, Самарқандда-60%, Андижонда-60%-дан ортиқ ҳолатларда қайд этилади. Буларнинг ҳаммаси эндемияни оғир даражасидан хабар бермоқда...!

Жаҳон бўйича ҳозирги кунда 43млн одам ақлан ва жисмонан заифлик ва 11млн. одам кретинизмдан зарар кўрмоқда, 760 млн одамда эса бўқоқ бор...!

Сизларга маълумки, ЙТК инсоннинг ўсиши ва ривожланишига салбий таъсир этади, ва барча ёшдаги одамларда бўқоқни вужудга келтиради.

Эндемик кретинизм кўпинча ақлий қоқоқлик, кар-соқовлик, спастик дисплегия (ҳаракатни бузилиши) билан характерланади. ЙТК-аёлларда кўпинча бола ташлашлар сонини орттиради, ўлик туғилишлар, перинатал ўлим ҳолати ва янги чақалоқларнинг ўлими сонини кўпайтиради.

ЙТК-болалар ва ўсмирларда жисмоний, ақлий ва жинсий ривожланишини сусайтиради. Бу касалликда қалқонсимон без гормонларининг даражаси камаяди, чунки тиреоид гормонларининг таркибига йод атомлари киради...!

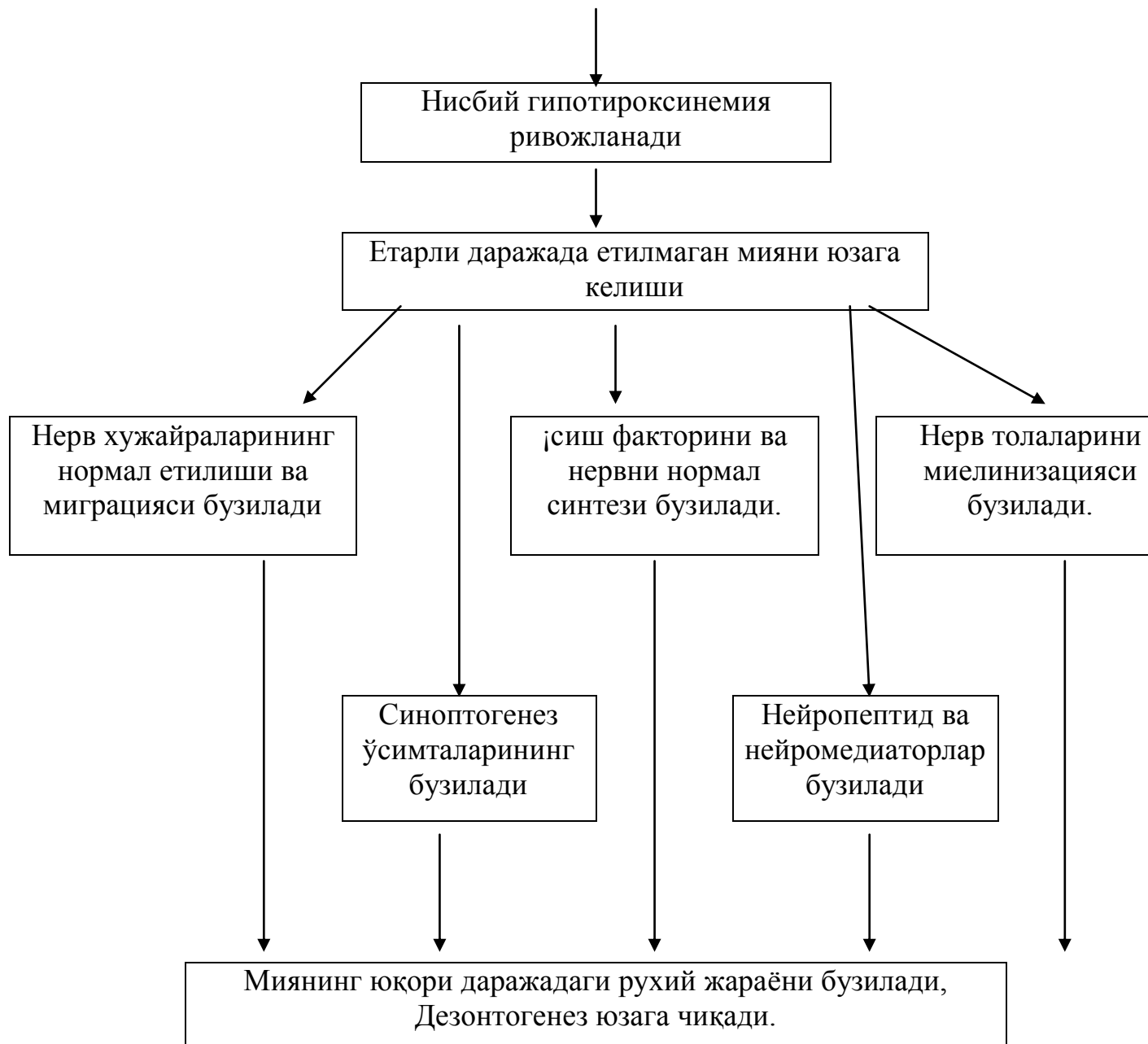
Катталарда микседема кучаяди, юқорида санаб ўтилган симптомлардан ташқари хом семизлик, ишга лаёқатлик хисини сусайиши, жисмоний меҳнат даражасини камайиб кетиши юзага чиқади...! Чунки ЙТК-да организмда алмашилиб бўлмайдиган, ўрнини босаолмайдиган тиреоид гормонини камайиши ёш болаларда ва катталарда миянинг ривожланишини сусайтиради. Йод МНС-сининг барча этапларида уни нормал формага тушишида ва нормал функциясини юзага чиқишида қатнашади.

ЙТХ-ти қайд этилган зоналардаги болаларнинг 2/3 қисмида у ёки бу даражадаги етишмовчиликлар, айниқса ақлий ва интеллектуал қоқоқликлар қайд этилади. Бунга шу регионда қайд этиладиган қуйидаги ҳолатлар сабаб бўлиши мумкин:

1. Асфиксия ёки
2. травма билан туғилиши;
3. Нейронларга боғлиқ инфекциялар;
4. Етарли даражада овқатланмаслик;

5. Гўдакларда қайд этиладиган гипербилирубинемия;
6. Йод, цинк ва темир етишмовчилиги;
7. Социал диправация ҳолати...!

ЙОДНИ НОРМАДА ОРГАНИЗМГА ТУШМАСЛИГИ



Нима қилмоқ керак? Буларни олдини олиш ва уларни даволашни оптимал вариантларидан фойдаланиш керак бўлади...!

7 сентябр 2006 йилда Уз. Республикаси Олий мажлисини Қонунчилик палатасини навбатдаги мажлиси бўлиб ўтди. Бунда «Йод етишмовчилиги касалликларининг олдини олиш тўғрисида»ги қонун лойихаси муҳокама қилинди ва депутатлар қонун лойихасини асосий қоидаларини маъқуллаб, уни биринчи ўқишдаёқ қабул қилдилар (Халқ сўзи, 8.09.06 й №177 (4076))

Шу қонун ва УзР Вазирлар маҳкамасининг 2005 йил 26.09. даги «Ўзбекистонда 2005-2009 йилларда ЙТХ ва ЙТК-ни олдини олиш ва уларни камайтириш бўйича Давлат дастури» асосида ЙТХ ва ЙТК-ни олдини олиш ва даволаш режалари ишлаб чиқилди ва улар турмушга тадбиқ этилмоқда. Бу борадаги энг самарали ва арзон усул бу тузни йодлаштириш дедик. Чунки аҳолимиз ҳар куни 10-15г/р йодланган ош тузини истеъмол қилади.

Демак, бу йўл билан ҳар куни, бир миқдорда, доимий равишда бутун аҳоли ичида оддий ва енгил усул билан ЙТХ-ни олдини олиш тадбирларини кам ҳаракат ва ҳаражатсиз ўтказилади.

Аммо бизда туз захираларидан аҳоли йодланмаган ош тузини ўз кучи ва ишбилармонлар ёрдамида индивидуал ҳолатда оладилар ва тарқатадилар (машиналарда...). Бу тузларни сифати талаб даражасида эмас.

Ишбилармонлар йодлаштиришда полиэтилен қопчаларида «йодланган ош тузи» ёзилган маҳсулот деб сотсаларда, унда нормал йод миқдори йўқ...!

Тузни йодлаштиришда ЖССТ тавсияси мавжуд. Аммо бизда:

1. Туздаги йодни йўқолиши ишлаб чиқарилган еридан то истеъмолчига етиб боргунча 20%-ни ташкил этади.
2. 20%-и овқат тайёрланаётганда йўқолади.

Нормада 20-40мг/г ёки 34-66мг/г калий йодид концентрацияси зарур бўлади. Пешоб билан ажралиши эса 100-150мкг/л.ни ташкил этади.

Ўртоқлар! Бўқоқ касаллиги тарқалиши жуда юқори. Масалан, бу касалликга тарқалиши кейинги 10 йилда 36%га кўпайди. Умуман бу ҳолат 30%га ошса «оғир ҳолат» дейлади. Масалан: 30 йилларда яъни катағон йилларида шундай «оғир ҳолат» қайд этилган. Хусусан, Ўзбекистонда йод етишмовчилиги 10 йил олдин 20%-ни ташкил қилган бўлса, ҳозирда 60%-га кўпайган.

Бўқоқга чалиниш Республикамиз пойтахтида 52%-га кўтарилган. Болалар ўртасида бу хасталик 60%дан кўпроқни ташкил этади. Бу эса 2 баробар «оғир ҳолат» демакдир.

Йод етишмовчилигини асоратлари:

1. ақлий заифлик;
2. бўқоқ;
3. асаб тизимини бузилиши;
4. жисмоний заифлик;
5. репродуктив фаолиятни бузилиши;

6. кар-соқовлик;
7. паканалик (10-12см);
8. Жинсий мойилнинг сусайиши;
9. Чақалокни чала ва ўлик туғилиши;
10. Мушак, юрак, буйрак, жигар ва миянинг емирилиши.

Шунингдек кейинги 10-12 йилда (40-50 йиллар) аҳолини ўртача ёши 5-6 ёшга камайди.

Сабаблар: экологик мухитни ёмонлашиши;
аҳолини тиббий саводсизлиги;
озиқ-овқатларда йод танқислиги ва б.

Текширишлар ҳозир Ўзбекистонда «оғир йод етишмовчилиги» мавжудлигини кўрсатди (50-60%).

Юқоридагиларни инобатга олиб 2000 йилда БМТ «Болалар жамғармаси» томонидан Республикага 5та ош тузини йодлаш қурилмаси, 15 тонна калий йодати ва 5та ош тузида ва пешобда йод миқдорини аниқловчи лабораториялар келтирилди.

Кузатувлар аҳолини фақат 17%-гина йодланган ош тузини истеъмол қилишини кўрсатди.

Вазифалар: 1) водопровод, қудуқ сувлари, минерал суларни, нон, сут ва сут махсулотларини, ёғ ва ёғ махсулотларини, ош тузини йодлаш лозим.

2) Йод ушловчи таблеткалар, сақичлар, чойларни ишлаб чиқариш лозим.

3) Бир кунда соғлом одам 150мкг миқдордаги йодни истеъмол қилиши керак.

Йод танқислигига қарши қандай чоралар кўрилиши керак:

1. Мамлакатда йод танқислиги муаммосини тан олиш, Вазирлик ва ташкилотларни ушбу муаммо ечимига жалб этиш;
2. Йод танқислиги муаммосини ҳал этишга қаратилган қонун қабул қилиш;
3. Ош тузига қўшиладиган йоднинг тури, сифати ва миқдорини назорат этиш;
4. Танани йод билан таъминловчи бошқа муқобил усуллари (сув, сут, ун, чой, минерал сувлар ва б.к) қўллаш;
5. Йодлашда жавобгарлик ва ҳисоботни назорат остига олиш;
6. Семинар, кенгаш ва б.қ орқали аҳолини йод танқислиги муаммоси билан таништириш ва огохлантириш керак;
7. Ушбу ишга халқаро ташкилотларни жалб этиш;
8. Йод танқислиги муаммосини ҳал этишда жамоатчилик назоратини ўрнатиш зарур бўлади.

Щитовид-қалқонсимон безининг гиперфункциясида йод препаратлари ва дийодтирозин ҳамда шу без функциясини бузувчи ва сусайтирувчи препаратлар ишлатилади:

Метилурацил-0,25 табл.	антиструмин (калий йодит)-0,005 табл
Мерказолил – 0,005 табл.	радиоактив йод (^{131}I ва ^{132}I)

Перхлорат калий 0,25 табл

ҳамда йод препаратлари («MERK» фирмаси):

ЭУТИРОКС-100 (Левотироксин),

ЙОДИД-100 (йодид калий),

ЙОДИД-200 (йодид калий),

ТИРАЗОЛ (тиамазол)

ЙОДТИРОКС (левотироксин+йодид калий)

А.Т.-10 (дигидротахистерол) қўлланилади

Эндокрин безининг патологияси билан фаннинг эндокринология бўлими шуғулланади.

Биз сизга эндокрин касалликларини баъзи бирлари устида қисқача маълумотлар бердик холос. Инсонларнинг йодга бўлган кундалик эҳтиёжи:

1. Эмизикли ёш болалар учун- 50 мкг.
2. Кичик ёшдаги - 90 мкг
3. Мактаб ёшидаги..... - 100-120 мкг
4. Усмирлар- 150 мкг
5. кекса ва катта- 180 мкг
6. Хомиладор ва эмизикли аёллар...- 200 мкг

Шу билан бирга «Иммуноламин»ва «Йодомарин» дармон-дорилар бор.

Даво сифатида ҳозирги кунда жуда кўп йодли препаратлар мавжуд:

Йодомарин, Йодбаланс, антиструмин, L-тироксин, эутирокс, йодтирокс ва бошқалар, Ламинария кукуни. «Смайл» ичимлигини 1л.100мкг йод бор.

Кундалик таомларимиздан:

картошка, қулупнай, яшил болғор қалампири, помидорлар, қизил ловия, қатиқ ёки сузма зардоб, саримсоқ пиёз, исмалоқ, эчки сути, балиқлар йодга бой махсулот ҳисобланади.

2001 йил 6-12 июнда Парламентимизни аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш ва бандлик қўмитасида «Йод танқислиги муаммолари мавзусида»конференция бўлиб ўтди. Шу қўмита раиси М.Сафоева йод танқислиги борасида Республикада аҳвол қониқарли эмаслигини таъкидлади. Чунки кейинги 10 йил ичида бўқоқ касаллиги Республикада 16%дан 36%гача кўтарилди. Тошкентда бўқоқ касаллиги 52%га етди.

ЙТХ-ни олдини олиш учун Республикамизда етиштирилган мева, сабзавот ва гўшт махсулотларида аниқланган йод миқдори:

Махсулотлар номи	100г. махсулотдаги йод миқдори (мкг)	100 мкг йод тутган махсулот миқдори (гр)
хурмо	2,8 мкг	3600
ёнғоқ	4,6	2100
олма	1,6	6300
помидор	2,1	4800
картошка	2,8	3600
сабзи	4,4	4200
пиёз	1,8	5600
нўхат	2,3	4350

мош	1,7	5900
гуруч	1,6	5300
мол гўшти	2,1	4800
қўй гўшти	1,8	5600
балиқ (сазан)	3,9	2500
тухум	3,5	2880

1998 йилдаги УП-207 сонли Президент фармони (Ўзбекистонда Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида») асосида 2002 йилни 1 апрелда Республикамизда Саломатлик маркази асосида Саломатлик институти, вилоятларда эса Саломатлик марказларини филиаллари ташкил қилинди!

6-маъруза

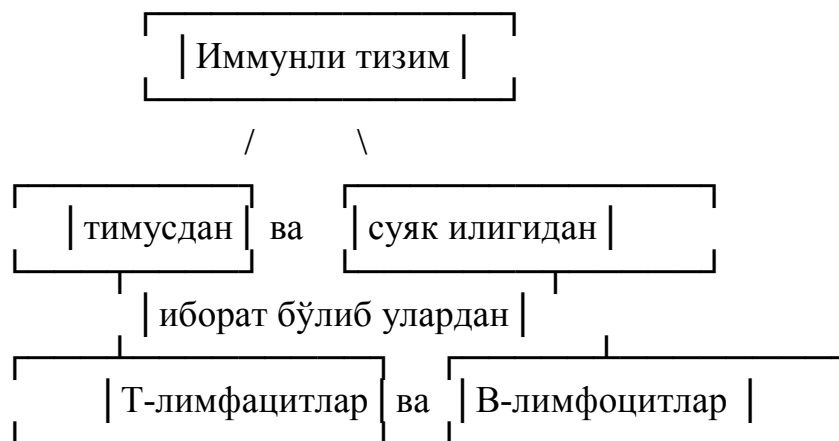
ИММУН ТИЗИМ РАСАЛЛИКЛАРИДА ФАРМ ЁРДАМ.

Адабиётлардан маълумки МНС-организм олдига асосан 2 та масалани кўяди:

1. Умумий масала.
2. Шахсий (харбир орган учун) масала.

Умумий масала организмдаги гомеостазни-доимий турғунлик, мутадиллигини саклаб туришдан иборат бўлади. Организмни ички мухитидаги доимий турғунлик унга ташкаридан тушадиган бегона моддалар таъсирида ўзгариши мумкин. Бу моддаларга: вируслар, микроблар, химик моддалар, радиоактив моддалар, дорилар ва б.к. киради.

Бу моддаларни организмга киритилмаслиги учун носпецифик организмдаги химоя системалари (тери, гематоэнцефалик тўсик, қон, организмдаги суюқликлар, ферментлар, ошқозон соки, тўкима макрофаглари ва нейтрофиллар) ишга тушади. Бу тўсикдан ўтган "бегона" моддаларни йўқотиш учун организмни иммунли тизими ишга тушади.



ажралиб чиқади.

Т-лимфоцитлар бошқачасига макрофаглар дейилади. Улар тўқималарга кириб қолган бегона моддаларга қарши қурашади ёки ўзидан токсик моддалар ажратиб бегона моддалар жойлашган тўқималарни ва ундаги моддаларни нобуд қилади.

В-лимфоцитлар эса организмдаги оксиллар билан бирлашиб антителалар ҳосил қилади. Улар эса организмга тушган бегона моддалар-антигенларни боғлаб олади ва организмдан олиб чиқиб кетади.

Шунингдек антителалар бегона инфекциялар билан бирга хужайрани ҳам бузиб йўқ қилади. Агарда антителалар ва аутоиммун жараёнлар нормадан ортиб кетса салбий ва ножўя таъсирларни келтириб чиқариши мумкин. Бундай ҳолларда иммунитетни пасайтирадиган иммунодепрессантлар ишлатилади. Иммунодепрессантларга

хужайраларни бўлиниши ва ўсишини тўхтатувчи моддалар, цитостатик (хафли шишларга карши)лар, глюкокортикоидлар киради. Булар гуморал ва хужайрали иммун тизимини сусайтирадилар.

Хозирги кунда танлаб таъсир этувчи иммунодепрессантларни яратиш устида катта ишлар килинмокда. Масалан: Москвадаги Иммунология Илмий-текшириш институтида РМФА-сининг мухбир-аъзоси Р.М.Хаитов раҳбарлигида организмни иммунли тизимига таъсир этувчи синтетик препаратлар устида катта ишлар олиб борилмокда.

Иммунодепрессантлар органларни кўчириб ўтказишда, аутоиммунли касалликларда (кизил волчанка, склеродермия, полиартеритлар, миастениялар, сурункали гломеруло нефрит ва бошқаларда) кенг қўлланилади. Органлар кўчириб ўтказилганда:

циклофосфамид

метотрексат

меркаптопурин

циклоспорин

Антилимфоцитларли зардоблар ишлатилади.

Аллотрансплантацияда ва ауто-иммунли касалликларда эса глюкокортикоидлар кўпроқ қўлланилади, айниқса

гидрокортизон

преднизолон

Малярияга карши ишлатиладиган препарат хингамин ишлатилади.

Синтетик препаратлардан

батриден ,1табл.

Азатиоприн ,5табл.(1-7 кун операциягача ва 2-6 ой операциядан кейин ичилади) органларни кўчириб ўтказишда кўпроқ ишлатилади.

Баъзан организмнинг химоя кучлари сусайиб кетади ва юкумли касалликларга ва нохуш омилларга чидамлиги пасаяди. Бундай ҳолларда иммуностимуляторлар ишлатилади.

Бизга маълумки организм ҳар бир антигенга (бегона моддалар, гаптенларга) нисбатан ҳам гуморал, ҳам хужайрали иммунитет ҳосил қилади. Лекин органлар кўчириб ўтказишда, аутоиммун жараёнларда ва ўсмаларда асосан хужайрали иммунитет ҳосил бўлади.

Оксилларга ва полисахаридларга нисбатан эса гуморал иммунитет ҳосил бўлади. қайси иммунитет ҳосил бўлиши лимфоцитларнинг турига боғлиқ: Т-лимфоцитлар эса гуморал иммунитетларни юзага чиқаради.

Шунинг учун тимус моддалари:

тимозин

тималин 1 мг.фл.+ 2мл Н 42 О; ,3%-1мл амп. ,1%-1мл амп. Т-активинлар Т-лимфоцитларни микдорини ошириб, ҳудайрали иммунитет ҳосил бўлишини яхшилади. Булардан ташқари иммунли тизимини кучайтирувчи моддаларга:

Интерферрон

пентоксил

метилурацил

левамизол (кичик дозаларда)

Продигиозан 1мл 53 қонда лейкоцит ,5-,15 табл.лар

Пирогеналлар киради. сони <3 бўлса, ,5% -1мл амп. ишлатилади. 1мл.амп.бунда 1,25,5 ва 1 МПМ.бўлади.(минимал пироген микдор) яни куёнда венага юборганда ,6 5 С кўтаради).

Иммун тизимини кучайтирувчи препаратлар организмни умумий резистентлигини, регенерация процессини кучайтиради. Чунки бу препаратлар организмни иммунологик жараёнини ишга солади ва турли хил патологик процессларга ижобий таъсир этади. Бу препаратлар организм иммун тизимини заифлаштириши билан боғлиқ касалликларда (СПИДда, нур касаллигида ва иккиламчи иммунодефицитларда) кўл келади.

1. Тимолин- хайвонлар тимусидан (В-активин суяк илигидан олинган) олинган полипептидлардан иборат. У ампулада леофилланган стерил порошок холида 1 мг. дан чиқарилади.

Препарат Т-ва В-лимфоцитлар микдорини кўпайтиради, хужайрали иммунитетни фаоллигини оширади ва фагоцитозни кучайтиради.

2. Тактивин-бу ҳам хайвонларнинг тимусидан олинган полипептиддир. Препарат сувда яхши эрийди ва ,1%-1мл-дан амп.чиқарилади. Бу ҳам тимолин каби хужайра иммунитетини асосан Т-системасини ва интерферронни кучайтиради.

3. Тимоген-синтетик препарат бўлиб, глутамид ва триптофан аминокислоталаридан иборат. Лиофилизирланган стерил порошок ,1мг микдорда ампулада чиқарилади. Ёнида 5 ёки 1 мл. эритувчиси бор. Ампуласи 4 5 С да сақланади.

4. Натрий нуклеинат .фл.1 г.дан чиқарилади. Препарат суяк илигини, лейкопозни, Т-ва В-лимфоцитларни, фагоцитозни ва регенерацияни кучайтиради.

5. Левамизол (декарис)-аслида гижжа хайдовчи таъсирга эга. Препарат кичик дозаларда организмни иммун тизимини кучайтиради, катта дозаларда эса уни сусайтирадилар. Бу препарат ҳам хужайра иммунитетини, Т-лимфоцитларни ва макрофагларни кучайтиради. Табл., ва ,15г.дан чиқарилади. Препаратнинг ижобий таъсири бошқа комплекс терапиялар билан бирга ишлатилганда яхшироқ юзага чиқади.

6. Леакадинли офиллизирланган порошок холида ,1; ,15 ва ,5г. флақонда, ,1 амп. чиқарилади. Иммуностимулирующий таъсири билан бирга у цитотоксик хусуиятга эга. Шунинг учун ҳам ўсмаларни ўсишини тўхтатади. 5 5 С. да сақланади. Препаратни 2-4 мл NaCl эритмасида эритилиб венага юборилади.

7. Интерферрон организмда ишлаб чиқариладиган эндоген мода бу аслида вирусларга қарши препарат. Шу билан бирга иммун тизимига ҳам ижобий таъсир этади ва турли хил инфекцияларга (гепатитда), шишларга қарши ишлатилади. Чунки организмни умумий резистентлигини оширади.

8. БЦЖ- туберкулёзга карши вакцинацияда ишлатилади. Организмда макрофаглар, хусусан Т-лимфоцитларни стимуллайди. Лейкемия, лейкоз ва ичак ракида кўл келади.

Хозирги кунда ЎзССВ-га карашли илмий-текшириш институтларида, хусусан т.ф.д., профессор Ф.Ю.Гариб рахбарлигида, янги, табиий ва кам захарли иммун тизимини стимулловчи препарат иммуномодулин яратилди. Иммуномодулин тиббиёт амалиётида турли хил иммун тизимини сусайиши билан боғлиқ касалликларда, иккиламчи иммунодефект ҳолатларда кенг қўлланилмоқда.

Кейинги пайтларда иммуномодулинни грипп касаллигини олдини олиш учун ва уни даволашда ҳам қўлланилмоқда.

Иммуномодулин ёш кўзичокларни қора талоқидан олинади ва ампулаларда ҳамда таблетка дори формасида чиқарилади (,5 ва ,1г.дан).

7-маъруза

НОСТЕРОИД ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ВОСИТАЛАРНИНГ ФАРМ ЁРДАМДА ЎРНИ

Яллиғланиш жараёни 3 хил фазадаги реакциялар билан юзага чиқади:

- экссудация
- инфильтрация
- пролиферация.

Бу жараёнларнинг ҳар бирида оғриқ билан боғлиқ реакция ва ҳарорат кутарилиши қайд этилади.

Умуман ҳар қандай яллиғланиш жараёнида 5 та классик симптомлар қайд этилади:

- қизариш (rubor)
- шиш (tumor)
- иситма кутарилиши (color)
- оғриқ (dolor)
- яллиғланган аъзо ёки хужайра фаолиятини бузилиши (functia laesa)

Яллиғланиш жараёнини қаерда, қайси органдалиги, уни яллиғланиш даражасига қараб даволаш 2 хил усулда бўлади:

- жаррохлик йўли билан (аппендицит, парапроктит)
- ностероид яллиғланишга қарши препаратлар билан даволаш.

Биз ЯҚНПларнинг фармакодинамикаси ва таъсир механизми, фармакокинетикаси устида тухтаб ўтамиз.

Таъсир механизми: НЯҚВлар таъсири ЦОГ ёки простогландин-синтетазани ингибирланиши орқали амалга ошади. Танада ЦОГ-1 ва ЦОГ-2 мавжуд бўлиб, биринчиси ОИС шиллиқ қаватини химоялаш, тромбоцитлар фаолиятини ва буйракда қон айланишини бошқаришда, 2-си эса яллиғланишдаги простогландинлар синтезида қатнашади. Шу сабабли ЦОГ-1 ни ингибирланиши ножўя таъсирларни, ЦОГ-2 ни ингибирланиши эса яллиғланишга қарши таъсирни юзага чиқаради.

ЯҚНПлар яллиғланишнинг экссудация фазасини сусайтиради. ЯҚНПларни лизосом мембраналарини стабилизациялаши тўқималар ичига лизосома ферментларини киришига тусқинлик қилади ва тўқималарни турли хил бузилишлардан сақлаб қолади. ЯҚНПлар оксидловчи фосфорилланиш жараёнига таъсир этиб, макроэргик моддаларни, хусусан АТФни ишлаб чиқилишини тормозлайди.

Шунингдек, ЯҚНПлар яллиғланишни юзага чиқарувчи медиаторларни инактивация қилиб, яллиғланишни кучайишини олдини олади. Яллиғланиш медиаторларига гистамин, простогландин, брадикинин, лимфокинин ва б. киради.

ЯҚНПларнинг яллиғланишга қарши таъсирида уларнинг кининлар метаболизми ва биологик эффектларига бўлган таъсирлари энг асосий рол

ўйнайди. М-н, брадикининлар, каллекреинлар ўткир яллиғланиш билан боғлиқ реакцияларни юзага чиқишида ўзига хос рол ўйнайди.

ЯҚНПлар яллиғланиш майдонидаги микрокапиллярларни қон билан таъминланишини нормага олиб келади ва шу тўқималарни экссудатлар билан тўйинишига, капиллярларни чузилишига тўсқинлик қилади.

Шу билан бирга кининлар яллиғланиш билан боғлиқ турли омилларни, қонни шаклли элементларини чиқишини сусайтиради ва яллиғланишни бошқа фазаларини ривожланишига йўл қўймайди. М-н, инфильтрация ёки пролиферация фазаларини.

ЯҚНПлар оғриқ марказларига ҳам камроқ бўлсада таъсир этади. Шунинг учун ҳам вальтарен, индометацин, ибупрофенларни яллиғланган тўқималарга нисбатан оғриқ қолдирувчи таъсири бўйича наркотик анальгетиклардан қолишмайди.

ЯҚНПларни тана хароратига таъсири ҳам простогландинлар орқали руй беради. Простогландин Е1 гипоталамус хужайраларида ц-АМФни миқдорини купайтириб, тўқималар ичига Са ионларини киришини кучайтиради. Натижада иссиқликка боғлиқ моддалар кўпаяди, иссиқликни чиқиб кетиши эса камаяди, чунки перифериядаги томирлар тораяди ва юрак-қон томир маркази қўзғалади.

ЯҚНПлар простогландин Е1 синтезини вақтинча тухтатади, натижада ц-АМФ миқдори камаяди, Са ионларини тўқималар ичига кириши камаяди.

Простогландинлар нормал хароратга таъсир этмайди. Баъзи ЯҚНПлар, м-н, аспирин антиагрегацион таъсирга эга бўлиб, қон айланишини нормал ҳолатга келтиради ва яллиғланишни бартараф этади.

Худди шунга ухшаш ЯҚНПларни баъзилари десенсибилизация чақиради. Уларнинг қусиз бўлсада иммунодепрессив таъсирга эгаллиги аниқланган.

Яллиғланишга қарши таъсири бўйича препаратлар қуйидагича жойлашади:

индометацин-вальтарен-пироксикам-напроксен-бутадион-ибупрофен-анальгин-амидопирин-аспирин.

Оғриқ қолдирувчи кучи бўйича:

вальтарен-индометацин-анальгин-амидопирин-пироксикам-напроксен-ибупрофен-бутадион-аспирин-

Тана хароратига таъсири бўйича эса:

вальтарен-пироксикам-анальгин-индометацин-напроксен-амидопирин-ибупрофен-бутадион-аспирин.

Тайинланиши: ревматизм ва ревматик артритларда, бўғим, мушак ва умуртқа поғонаси ревматик бўлмаган касалликлари, таянч-ҳаракат тизими травматик шикастланишлари, яллиғланиш табиатига эга неврологик касалликлар (невралгиялар, радикулоневритлар), турли хил оғриқли синдромлар-бош, тиш, менустрал оғриқлар, иситма ҳолатлари, тромбозларни олдини олиш мақсадида.

Ман этиладиган ҳолатлар: ОИС эрозив-ярали касалликлари, бактериал артритлар, хомиладорлик ва эмизиклик даври, 2 ёшгача бўлган болаларга, лейкопениялар, жигар, юрак, буйракнинг оғир шикастланишлари.

Ножўя таъсирлари:

1. ОИС шиллик қаватини қитиқланиши простогландинларнинг ОИСни химояловчи таъсири сусайиши билан боғлиқ. НЯҚВ таъсирида меъда шираси кислоталиги ортади, хужайралар мембранаси ўтказувчанлиги ортади, гликопротеидлар ва бикарбонатлар синтези камаяди. Натижада диспептик ҳолатлар, гастрит, яра ҳосил бўлиши, перфорация ва қон кетишлар кузатилади. Бу таъсирни олдини олиш учун дорилар дозасини камайтириш, парентерал ва ректал юбориш усулларига ўтиш, ичакда эрийдиган дори шакллари қабул қилиш, ЦОГ-2 ни танлаб ингибирлайдиган препаратлар (Мелоксикам, Набуметон)ни ишлатиш, параллел равишда гастропротекторлар бериш лозим.

2. НЯҚВ қон яратиш тизимига таъсир этиб, камқонлик, тромбоцитопения ва лейкопения чақиради. Шу сабабли қон кетишга мойиллиги бор беморларга ностероидларни беришда эҳтиёт бўлиш лозим.

3. Аллергик реакциялар-терида тошмалар, қичиш, ринит, конъюнктивит, Квинке шиши кўринишида ўтиши мумкин, хаттоки, бронхиал астма ривожланишигача олиб келиши мумкин.

4. МНС томонидан кузатиладиган реакциялар: бош оғриғи, бош айланиши, уйқучанлик, депрессив ҳолатлар, тиришишлар ва б. Бу ножўя таъсирлар кўпроқ Индометацинга хос.

5. Буйрак фаолияти бузилиши-простогландинлар синтези тормозланиши ва бевосита препаратларни токсик таъсири билан боғлиқ. Простогландинларни камайиши буйрак томирлари торайиши, қон айланишини ёмонлашиши, сув ва тузларни ушланиб қолишига сабаб бўлади. Буйракларнинг шикастланиши хаттоки ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари буйракда тош ҳосил бўлиш ҳолатлари ҳам қайд этилади. Нефротоксик таъсир 65 ёшдан катталарда, буйрак патологияси бор одамларда, диуретиклар бирга қабул қилинганда, жигар фаолияти бузилган одамларда янада кўпроқ намоён бўлади.

6. Мутаген ва тератоген таъсир-Аспирин ва Бутадион хромосома абберациялари чақариши, Амидопирин канцероген таъсир этиши аниқланган.

7. Сув-туз алмашинувини бузилиши.

8. Кўзда бўладиган ўзгаришлар: шох пардани хиралашиши, кўрув майдони ўзгариши, кўрув нерви яллиғланиши, ретинопатиялар.

9. Жигар шикастланиши-турли хил гепатитлар кўринишида намоён бўлади.

10. Хомиладорлик даврининг узайиши ва туғруқ фаолияти сусайиши-миометрийни стимуловчи простогландинлар E_2 ва F_2 синтезининг тормозланиши билан боғлиқ.

Замонавий ЯҚНПларни асосини карбон ва энолин кислота унумлари ташкил этади.

I. Карбон кислота унумларига:

2. Салицил кислота унумлари (ацетилсалицил кислота, дифлунизол, Бекартан ва тосибенлар).
3. Сирка кислота унумлари (индометацин, Сулиндак, толметил, Ибуфенак, Фенклорак, Софенак, Пранопрофен ва б.
4. Пропион кислота унумлари (Ибупрофен, Напроксен, Кетопрофен, Пирпрофен, Сургам, Фенопрофен ва б.
5. Антранил кислота унумлари (флуфенам, мефенам кислота, Вальтарен, Актал, Толфенам кислота ва б.)
6. Никотин кислота унумлари (нифлум кислота, Клониксин ва б).

II. Энолин кислота унумларига

1. Пиразалон унумлари (фенилбутазон, Оксифенилбутазон, Амидопирин, Бутадион, Томанол, Бумадизон ва б).
2. Оксикам унумлари (Пироксикам, Изоксикам ва Судоксикамлар).

Яллиғланиш билан боғлиқ касалликларда қайд этилувчи клиник симптомларга-

неврит, пульпит, менингит, миозит, артрит, плеврит ва миокардит ва б. киради.

НЯҚВларни рецепсиз ишлатиш:

5-жадвал. НЯҚВларни бошқа препаратлар билан қўлланилиши

Препарат	НЯҚВ	Таъсири	Тавсиялар
Фармакокинетик таъсирлашув			
Билвосита антикоагулянтлар	Фенилбутазон н Оксифенбутазон	Жигарда метаболизмни кучайиши, антикоагулянт эффектни кучайиши	НЯҚВларни ишлатишдан иложи борича қочиш, ёки қаттиқ назорат остида қабул қилиш
	Аспирин, бошқа препаратлар	Оқсиллар билан боғидан ажратиш, антикоагулянт эффектни кучайиши	НЯҚВларни ишлатишдан иложи борича қочиш, ёки қаттиқ назорат остида қабул қилиш
Перорал гипогликемик воситалар (сульфонилмочевина унумлари)	Фенилбутазон н Оксифенбутазон	Жигарда метаболизмни тормозланиши гипогликемик эффектни кучайиши	НЯҚВларни ишлатишдан иложи борича қочиш, ёки қондаги қанд микдорини назорат қилиш

Дигоксин	Аспирин, бошқа препаратлар	Оқсиллар билан боғидан ажратиш, гипогликемик эффeктни кучайиши	НЯҚВларни ишлатмаслик, креатинин клиренси ва қондаги дигоксин миқдорини назорат қилиш
	Барчаси	Буйрак фаолияти бузилган одамларда Дигоксин экскрециясини тормозланиши ва захарлилик хусусиятларини намоён бўлиши.	
Антибиотикилар— аминогликозидлар	Барчаси	Буйрак экскрециясини тормозланиши ва қондаги миқдорини ортиши	Қондаги аминогликозидлар миқдорини назорат қилиш
Метотрексат	Барчаси	Метотрексат буйрак экскрециясини тормозланиши ва қондаги миқдорини ортиши, захарлилик хусусиятларини намоён бўлиши	Бирга ишлатиш мумкин эмас.
Литий препаратлари	Барчаси	Буйрак экскрециясини тормозланиши ва қондаги миқдорини ортиши, захарлилик хусусиятларини намоён бўлиши	Қондаги литий миқдорини қаттиқ назорат қилиш.
Фенитоин	Фенилбутазо н Оксифенбутазон	Метаболизмни тормозланиши ва қондаги миқдорини ортиши, захарлилик хусусиятларини намоён бўлиши	Қондаги литий миқдорини қаттиқ назорат қилиш.
Фармакодинамик таъсирлашув			
Антигипертензив препаратлар Бета-блокаторлар Диуретиклар АПФ ингибиторлари	Кўпроқ — индометацин, фенилбутазон Камроқ- сулиндак	Буйракларда простогландинлар синтези тормозланиши хисобига гипотензив таъсирини сустлашуви	Иложи борича НЯҚВлардан қочиш, агар зарур бўлса сулиндак ишлатиш. АБни наорат қилиш. Анттерапияни кучайтириш талаб этилади.

Диуретиклар	Кўпроқ – индометацин, фенилбутазон Камроқ- сулиндак	Диуретик ва натрийуретик таъсирни сустлашуви, юрак етишмовчилигида бемор ахволини ёмонлашуви	ЮЕда НЯҚВларни ишлатмаслик.
Билвосита антикоагулянтлар	Барчаси	ОИСдан қон кетиш хавфини ортиши.	НЯҚВларни ишлатмаслик
Кўп хавф туғдирадиган комбинациялар			
Диуретиклар	Барчаси– (камроқ сулиндак)	Буйрак етишмовчилиги хавфини ортиши	Мумкин эмас
Триамтерен	Индометацин	Буйрак етишмовчилиги хавфини ортиши	Мумкин эмас
Калий сақловчи препаратлар	Барчаси	Гиперкалиемия хавфи юқори	Мумкин эмас.

Бунга қарама-қарши ҳолда бошқа дорилар НЯҚВларни самарасини камайитириши мумкин:

–*алюминий сақловчи антацидлар (альмагель, мааолокс ва б.), гипохолестеринемик воситалар (холестирамин)* ОИСда ностероидларни сўрилишини сусайтиради. Шу сабабли антацидлар берилганда ностероидлар дозасини ошириш талаб этилади, холестирамин ва ностероидларни қабул қилиш оралиғи эса 4 соатдан кам бўлмаслиги керак;

– *натрий бикарбонат* ОИСда НЯҚВлар сўрилишини кучайтиради.
– *глюкокортикоидлар ва бошқа яллиғланишга қарши воситалар* (олтин препаратлари, аминохинолинлар) ностероидларни яллиғланишга қарши таъсирини кучайтиради.
– *анальгетик ва седатив воситалар* НЯҚВларни анальгетик таъсирини оширади.

Демак, ностероид воситаларни беморнинг ахволига, ундаги патологик ҳолатнинг кечимига қараб тайинлаш, ўринли ишлатиш, улар туфайли келиб чиқаётган ножўя ҳолатларни олдини олиш провизорлар олдида турган муҳим масала. Чунки бу гуруҳ препаратларни аҳолии ўртасида билиб-билмай ишлатиш ҳолатлари кўп учраб туради. Булар орасида **фенацетин, фенилбутазон ва аминофеназон сақловчи комбинирланган препаратлар** ножўя таъсирлари кўплиги сабабли кўп мамлакатларда амалиётдан олиб ташланган.

ИСИТМА ҲОЛАТЛАРИДА ФАРМАЦЕВТИК ЁРДАМ

Иситма-тананинг носпецифик реакцияси бўлиб, пироген моддалар таъсирида терморегуляция маркази қўзғалиши натижасида келиб чиқади.

Турлари:

- субфебрил тана харорати 38°C дан ошмайди,
- нисбий тана харорати $38-39^{\circ}\text{C}$ атрофида,
- юқори харорат $39-41^{\circ}\text{C}$,
- гиперпиретик 41°C дан юқори.

Сабаблари:

- юқумли касалликлар: вирусли, бактериал, микоз.
- юқумсиз: аутоиммун жараёнлар, аллергия реакциялар, тўқималар некрози, ўсмалар, қон қуйилишлар,
- психоген: МНС касалликлари, стресс натижасида.

8-маъруза

ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА ФАРМ. ЁРДАМ: ТОМОҚ ОҒРИҒИ ВА: ТАНА ҲАРОРАТИНИНГ КЎТАРИЛИШИНИ СИМПТОМАТИК ДАВОЛАШ

Томоқ оғриқлари ўткир респиратор вирусли касалликларнинг симптоми ҳисобланади.

Сабаблари:

- ангина (бодомчасимон безларнинг ўткир яллиғланиши)
- тонзиллит (бодомчасимон безларнинг сурункали яллиғланиши)
- ларингит-овоз буғилиши, қуруқ йўтал, томоқ қирилиши, қуруқлик билан характерланади,
- фарингит-ютқун шиллиқ қавати яллиғланиши, ютишда оғриқ кузатилади, айниқса бу сўлакни ютганда кучлироқ бўлади.

Куйидаги симптомлар йўқ бўлсагина рецептсиз дорилар билан касалга ўз-ўзини даволашга рухсат этилади, акс ҳолда бемор шифокорга юборилади:

- нафас олишни қийинлашуви,
- сўлакни юта олмаслик,
- бодомчасимон безларнинг катталашуви, краш ва яраланиш борлиги,
- томоқни кескин қизарганлиги,
- босиб кўрилганда лимфа тугунлари оғриқлилиги,
- ҳароратни $38-38,5^0$ дан юқорилиги,
- томоқ оғриғини терида тошмалар, пешоб ранги ўзгариши, бош оғриғи, қоринда оғриқ билан бирга кузатилиши.

Томоқ оғриғини симптоматик даволашда қўлланиладиган дорилар:

Актив ингредиент	Фармакологик характеристикаси
Кучсиз антисептиклар	
Декаметоксин	Антисептик. Антимикроб таъсири кенг спектрда, фунгицид, бактерицид таъсир кўрсатади, бактерияларни антибиотикларга сезгирлигини оширади.
Амбазон	Маҳаллий ишлатиладиган антисептик восита
Ацетиламинонитро-пропоксибензен	Дезинфекцияловчи ва кучсиз маҳаллий анестезияловчи таъсирга эга. Йўтал ва қусиш рефлексини тормозлайди, ҳомиладорликда тавсия этилмайди.
Амилметакрезол	Антисептик. Граммусбат ва грамманфий микроорганизм-ларга нисбатан бактерицид таъсир этади.
Хлоргексидин	Сиртга ишлатиладиган антисептик, граммусбат ва грамманфий микроорганизмларга,

трихомонадалар, гонококкларга нисбатан бактерицид таъсир этади. Йод препаратлари билан бирга бериш мумкин эмас.

Ментол

Махаллий қитиқловчи восита, шиллиқ қаватларга томизилганда қон томирларни рефлексор қисқартиради, шиш ва оғриқни бартараф этади. Кучсиз антисептик ва махаллий оғриқсизлантирувчи таъсирга эга. Бурунга томизилганда кичик болаларда нафасни рефлексор тухтатиб қуйиши мумкин!

Махаллий анестетиклар

Диклонин

Таъсири тез (4-6 мин.) бошланадиган махаллий анестетик. Фармакологик хоссалари новокаинга яқин. 3 ёшдан ошган болалар ва катталарга 1 леденцидан ҳар 2 соатда секин шимиш тавсия этилади.

Эфир мойлари

Эвкалипт мойи

Яллиғланишга қарши, антисептик таъсирга эга. Кучсиз седатив таъсирни намоён қилади.

Арпабодиён мойи

Яллиғланишга қарши, кучсиз антисептик таъсирга эга.

Қалампир ялпиз мойи

Асосий таъсири таркибидаги ментол билан боғлиқ. Кучсиз дезодирловчи таъсирга эга.

Аэрозол препаратлар

Каметон (хлоробутанолгидрат, ментол, камфора, эвкалипт ва вазелин мойи) антисептик, махаллий оғриқсизлантирувчи, яллиғланишга қарши таъсирга эга.

Камфомен (фурациллин, ментол, камфора, эвкалипт, кастор, зайтун мойи) яллиғланишга қарши ва антимиқроб таъсир кўрсатади.

Ингалипт (сульфаниламид, сульфатиазол, эвкалиптқалампир ялпиз мойи) антибактериал, антисептик, яллиғланишга қарши таъсирга эга.

Стопангин (арпабодиён, қалампир ялпиз, эвкалипт мойи) антисептик, яллиғланишга қарши таъсирга эга. 4–6 соат интервал билан ишлатилади. Чайиш учун эритмаси ҳам чиқарилади.

Коллустан (ментол, хлоргексидин, амилеин) — антисептик, кучсиз яллиғланишга қарши таъсирга эга.

Леденцилар

Стрепсилс (амилметакрезол + дихлорбензил спирти) кенг спектрдаги гамманфий ва граммусбат микроорганизмларга нисбатан антисептик таъсир этади, оғриқни камайтиради. Препарат 4 вариантда чиқарилади: арпабодиён ва қалампир ялпиз мойи билан, аскорбин кислота билан, асал ва лимонбилан, эвкалипт мойи ва ментол билан. Болалар ва катталарга 1 леденцидан ҳар 2–3 соатда, кунига 8 мартагача шимиш тавсия этилади. 1 леденцида 2,6 г қанд бор. «Стрепсилс плюс» таркибида лидокаин бор.

Колдрекс Лари Плюс (диклонин) — 4 хил таъмга эга леденцилар мавжуд (олча, лимон, апельсин, аралаш таъмли). Томоқ оғриғини тез таъсир этади. 1 леденцидан ҳар 2 соат оралаб ичиш лозим. Болаларга 3 ёшдан сўнг берилади.

Шимиш учун таблеткалар

Фарингосепт (амбазон) — маҳаллий ишлатилувчи антисептик восита. Таблеткадан сўнг 3 соат овқат ва суюқликлар қабул қилмаслик керак.

Септефрил (декаметоксин) — сублингвал ишлатиладиган таблеткалар, гиперсаливация чақиради. Таблеткадан сўнг 1-2 соат овқат ва суюқликлар қабул қилмаслик керак.

Нео-Ангин (ментол, арпабодиён ва қалампир ялпиз мойи) — антисептик, кучсиз яллиғланишга қарши, дезодорловчи таъсирга эга. 2-3 соат оралаб қабул қилинади. 6 ёшдан ката болаларга тавсия этилади.

Др.Тайс Анги-септ (ментол, қалампир ялпиз мойи) — антисептик, кучсиз яллиғланишга қарши, дезодорловчи хусусиятга эга.

Пастилкалар

Септолете (хлорид бензалконий ментол, эвкалипт мойи, қалампир ялпиз мойи) — антисептик, кучсиз яллиғланишга қарши, дезодорловчи хусусиятга эга. *Candida albicans* га нисбатан фунгицид таъсир этади.

Томоқ оғриғида фармацевтик ёрдам тамойиллари

- томоқ оғриқларида беморга кўпроқ суюқлик ичиш тавсия этилади,
- томоқни чайиш ҳар 2-3 соатда амалга оширилади,
- ўткир, қайноқ ва муздай овқат ейиш, алкоголь қабул қилиш, чекиш тавсия этилмайди,

- шимилувчи таблеткаларни истъемол қилгач 1-2 соат овқат ва суюқлик қабул қилмаслик керак,
- қандли диабети борларга леденци ва пастилкаларни тайинлаш тавсия этилмайди,
- аэрозол дориларни хидлаш мумкин эмас,
- аэрозолларни 6-8 ёшдан ката болаларга, улар нафасни бошқаришни ўрганишгандан сўнг тайинлаш лозим,
- леденце ва пастилкаларни чайнаш ёки ютиб юбориш тавсия этилмайди,
- ташки кўриниши кондитер махсулотларига ўхшашлиги туфайли болалар катта миқдорда қабул қилиб, захарланиши мумкин, бунинг олдини олиш мақсадида леденце ва пастилкаларни болалар кўрмайдиган жойда сақлаш тавсия этилади.

ИСИТМА ҲОЛАТЛАРИДА ФАРМАЦЕВТИК ЁРДАМ

Иситма-тананинг носпецифик реакцияси бўлиб, пироген моддалар таъсирида терморегуляция маркази кўзғалиши натижасида келиб чиқади.

Турлари:

- субфебрил тана харорати 38°C дан ошмайди,
- нисбий тана харорати $38-39^{\circ}\text{C}$ атрофида,
- юқори харорат $39-41^{\circ}\text{C}$,
- гиперпиретик 41°C дан юқори.

Сабаблари:

- юқумли касалликлар: вирусли, бактериал, микоз.
- юқумсиз: аутоиммун жараёнлар, аллергик реакциялар, тўқималар некрози, ўсмалар, қон қуйилишлар,
- психоген: МНС касалликлари, стресс натижасида.

9-маъруза

ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА ФАРМ. ЁРДАМ: ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ, ЙЎТАЛ ВА НАФАС СИҚИШИДА ФАРМ. ЁРДАМ

Нафас йўллариининг ўткир ва сурункали касалликлари тиббиётнинг муҳим муаммоларидан бири бўлиб, улар ўзларининг кенг тарқалганлиги, кечимининг оғирлиги, тез-тез қайталаниб туриши ва ножўя таъсирлари билан нафақат тиббиёт ходимларини, балки кишилик жамиятини ўзига жалб этади. Тиббий ёрдам сўраб мурожаат этаётган ҳар 3 та нафас йўллари касалликларининг 2 тасини юқори нафас йўллари касалликлари ташкил этади. Буларнинг аксарият кўпчилигида касалликнинг сабабларини инфекцияга боғлиқ ҳолатлар ташкил этади.

Нафас органларининг асосий касалликларини бронхитлар, пневмония, бронхопневмония, бронхоэктатик касалликлар, бронхиал астма, ўпка эмфиземаси, инфаркти, абцесси ва гангренази, плеврит, пневмоторакс ва б. ташкил этади. Шу касалликларнинг энг кўпини юқори нафас йўллариининг ўткир ва сурункали касалликлари ташкил этади.

Юқорида келтирилган нафас органларининг касалликларини келиб чиқиши ва даражасига қараб симптом ва синдромлар у ёки бу даражада қайд этилади.

Нафас йўллари касалликларининг асосий симптом ва синдромларига қуйидагиларни киритиш мумкин:

- турли хил даражадаги йўталлар;
- балғам ажралиши, тана хароратининг кутарилиши,
- нафас олиш жараёнининг бузилиши,
- кучли хансираш, ҳаво етишмаслиги, тумов, юқори нафас йўлилари яллиғланиши, терлаш, оғриқлар, томоқ қирилиши, буғилиш, цианоз ва б.

Биз санаб ўтган юқори нафас йўллари касалликларида қайд этиладиган симптом ва синдромларда фармацевтик ёрдам талаб этилади. Буни шу соҳанинг мутахассислари билан биргаликда ҳал қилиш мумкин. Юқоридагиларни инобатга олиб, нафас органлари касалликларида энг кўп қайд этиладиган йўтал симптоми устида тўхтаб ўтамиз.

Йўтал- бу ҳаммага маълум, лекин ўта мураккаб механизмга эга рефлекс бўлиб, нафас йўлларида нормал ҳавони ўтишини юзага чиқаришга қаратилган жараёндир. Шунинг учун ҳам юқори нафас йўллари касалликларида энг кўп қайд этилади. Лекин кўпчилик бу ҳолатга юзаки қараб, уни маълум даражада билимга эга бўлмаган одамлар, масалан, ота-оналар, қариндошлар, танишлар ва ўз-ўзига ёрдам кўрсатиш орқали даволаш мумкин деб ҳисоблайдилар. Натижада йўталга қарши рецептсиз бериладиган дори-дармонларни, тушуниб-тушунмасдан ишлатадилар. Бундай ҳолат мутлақо нотўғри бўлиб, турли хил ножўя таъсирларни юзага чиқаради. Бу нарса айниқса ёш болалар амалиётида янада яққолроқ кўзга ташланади. Чунки ёш бола ва гудакларда нафақат йўтални механизми, балки унинг келиб чиқиш сабаблари ҳам бошқачадир. Иккинчидан, вояга

етган беморларга бериладиган йўталга қарши препаратларни ёш бола ва гўдакларга бериш, айниқса комбинацияли препаратларни бериш, беморни йўталга қарши даво бериш ўрнига уни ахволини ёмонлаштириши мумкин.

Бундай ҳолларда йўталга қарши препаратларни рационал танлаш ва даволаш учун қуйидаги 2 та асосий ҳолатга эътибор бериш керак:

1. йўтални келиб чиқиши ва йўтал рефлексини механизмига,
2. йўталга қарши берилаётган препаратларни таъсир механизмига.

Йўтал-симптоми

Йўтал-рефлектор нафас чиқариш бўлиб, нафас йўлига шиллиқ, балғам ёки бирор-бир ёт моддалар тушганда юзага чиқувчи организмнинг ҳимоя реакциясидир.

Қандай ҳолларда йўтални хавфли симптомлари билан қайд қилинади:

1. Кундан-кунга кучайувчи ва бир ҳафтадан ортиқ давом этадиган йўталлар,
2. Узоқ давом этувчи ва юқори ҳарорат қайд этилувчи йўталлар,
3. Ута юқори ҳарорат (38° дан юқори) билан кечувчи йўталлар,
4. Хансираш ва нафас олинганда кўкракда оғриқ билан кечувчи йўталлар,
5. Алоҳида кўкимтир балғам ажралиши билан кечувчи йўталлар,
6. Қон аралаш балғам ажралиши билан кечувчи йўталлар,
7. Нафас сиқиши хуружи билан кечувчи йўталлар,
8. Терлаш, овоз ўзгариши, ҳолсизланиш, кучли йўтал хуружи билан кечувчи йўтал.

Юқорида қайд этиб ўтганимиздек, йўтални асосий вазифаси нафас йўлларидаги секретларни чиқариш билан эркин нафас олишни енгиллатиш ва шу йўл билан бронхлардан ажралиб чиқаётган секретларни мукоцилиар йўл-ҳаракат орқали тартибга солишдир ёки мукоцилиар клиренсни ишга солишдир.

Йўтал пайдо бўлишини асосий сабаблари:

1. Юқори нафас йўлларидаги инфекция-яллиғланиш жараёни бўлиб, унда юқори нафас йўлларида вирусли инфекция тушиши, ангина, фарингит, тонзиллит ва ларингитлар сабабчи бўлади.
2. Нафас йўлини пастки қисмидаги инфекция-яллиғланиш жараёнлари бўлиб, унда ларинготрахеит, бронхит, пневмониялар катта рол ўйнайди.
3. Юқори нафас йўлини шиллиқ қаватидаги аллергияк яллиғланишлар.
4. Бронхоспазмлар.
5. Нафас йўлини ёпишқоқ бронхларнинг секретлари билан тусилиши, унга ёт моддаларнинг тушиб қолиши.
6. Ҳама паренхималарининг шиши ва бошқа факторлар сабабчи бўлади.

Демак, мукоцилиар клиренсни бузилишига бронхлар шиллиқ қаватини гиперплазияси, бронх йўлларида шиши, ажралаётган шиллиқларни ошиб кетиши, уни ёпишқоқлигини ошиши, сурфактантларни пайдо бўлишини сусайиши, бронхоспазмни юзага чиқиши, бронхлар дискинезияси (бронхлар диаметри 25 % дан ортиқ камайса) ва б. сабабчи бўлади.

Бундай ҳолларда қийинлик билан ўтувчи кучли йўтал юзага чиқади. Баъзан йўтал қайд қилиш, оғриқ синдроми билан, уйку бузилиши ва бемор аҳволини ёмонлашиши билан ўтади. Бундай симптомлар қайд этилган беморларга балғамни ёпишқоқлигини сусайтирувчи, уни бронхлар орқали ҳаракатини кучайтирувчи ва бронхлардаги хилпилловчи эпителий активлигини оширувчи препаратлар берилади. Бир сўз билан айтганда ҳаракатсиз йўтални ҳаракатли нам йўтал ҳолатига ўтказиш керак бўлади. Бунда йўтал рефлексини сусайтириш алоҳида аҳамиятга эгадир.

Таъсир механизмига қараб йўталга қарши препаратларни гуруҳлари:

1. Оддий йўталга қарши препаратлар (МНСга таъсир этувчи ва периферик таъсирга эга препаратлар).
2. Билвосита йўталга қарши эффе́к_тга эга препаратлар (бронхларни кенгайтирувчилар, яллиғланишга қарши препаратлар, аллергия ва шишларга қарши препаратлар).
3. Комбинацияли препаратлар (2 ва ундан ортиқ компонентли препаратлар бронхолитин, стоптуссин, солутан, гексапневмин ва б).

Шу гуруҳ препаратларига қисқача изох берилади ва ўткир бронхит касаллигини таҳлил қилиб чиқилади.

9-маъруза

Иккиламчи иммун танқислиги ҳолатларида фармацевтик ёрдамнинг роли ва рецептсиз ишлатиладиган доривор моддаларни танлаш йул-йуриклари.

Иммунитет –организмнинг юқумли ва юқумсиз агентлар ва моддаларга берилмаслиги, патоген микробларнинг купайишига ва захар хосил қилишига йул қўймаслиги, қарши туриши.

Инглиз изланувчиси П. Медаврни кўрсатишича, иммунитет организмни фақат микроблардан химоя қилиб қолмасдан, генетик жихатдан бегона организм хужайраларидан химоя қилади (бегона аъзо ва тўқималарни кучирилиши, клон)

Иммун танқислик- иммунологик етишмаслик-иммунитет тизимининг етишмаслиги туфайли иммунологик жавобнинг йўқлиги ва заифлиги

Иммуноглобулинлар- зиддижисм функциясини бажарадиган одам ва хайвонларнинг глобулинлари

Иммуноглобулин Ig- антигенлар гуморал иммунитетнинг асосий эффектор омиллари-зидди жисмлар билан специфик боғланадиган антителолар, мураккаб оксиллар, гликопротеидлар.

Иммуноглобулин IgE- аллергия ва паразитларга қарши иммунитетнинг эффекторлари

Иммуноглобулин IgC-иммунитетнинг асосий эффектор молекуллари (йулдошдан ўтади)

Иммуноглобулин IgM- В лимфоцитлар рецепторлари эрта инфекцияга қарши жавобини эффектор молекулалари ҳисобланади.

Иккиламчи иммун танқислиги ўткир ва сурункали инфекцион асоратлар натижасида, жаррохликда, акушерлик, педиатрияда, шунингдек, сурункали пневмония, маститлар, гайморитларда шартли патоген микроорганизмларни ҳисобига юзага чиқади.

Сурункали инфекциялар, рак, иммун танқислиги ҳолатларини комплекс даволашда иммуностимуляторлар қўлланилади. Иммуностимуляторларнинг биоген моддаларига тимус, интерферон, БЦЖ препаратлари, синтетикларга эса левамизол, диэтилдитиокарбомат натрий ва б. киради.

Тимус препаратларидан иммуностимулятор характерга эга тимозин, тималин, Т-активенлар кириб, улар полипептид ёки оксил тузилишига эга. Уларни онкологик касалликларда нурланиш ва кимётерапиядан кейинги даврда, сурункали йирингли ва яллиғланиш касалликлари туфайли келиб чиқадиган иммун танқислиги ҳолатларида қўлланилади.

Интерферон вирусга қарши таъсиридан ташқари иммун тизимга ҳам ижобий таъсир этади. Бошқа препаратлар билан қўшиб гепатит, ўсмалар-миелома, В-хужайралар лимфомаларда қўлланилади.

БЦЖ силга қарши эмлашда қўлланилади. Хозирги пайтда рақда (ўткир миелоид лейкомия, ичак ва кўкрак беи раки) комплекс терапияда қўлланилиб, макрофағларни, яъни Т-лимфоцитларни стимуллаиди.

Левамизол-декарис синтетик препарат хисобланиб, гижжаларга қарши ва иммуностимуляторлик таъсирига эга. Препарат антителилар ишлаб чиқарилишига таъсир этмасдан, хужайра иммунитетини кучайтиради. Препарат иммун танқислиги холатлари, айрим сурункали инфекцияларда, ревматоид артритларда, ўсмаларда қўлланилади. Левамизол ичга қўлланиб, узоқ вақт ишлатилганда ножўя таъсирларни келтириб чиқаради (аллергик холатлар-тошмалар, иситма, стоматит, гемопоэз сусайиши-нейтропения, агроулоцитоз, неврологик ўзгаришлар-қўзғалувчанлик, уйқусизлик, бош оғриқ. бош айланиши, диспептик холатлар-кўнгил айланиш, қусиш, ич кетиши). Шу сабабли препарат бериш давомида периферик қонни назорат қилиб бориш лозим.

Имуностимулятор диэтилдитиокарбомат хужайралар иммунитетига танлаб таъсир кўрсатади, ножўя таъсирлари кам.

11-маъруза

ФАРМАЦЕВТИК ЁРДАМ КЎРСАТИШДА ИШЛАТИЛАДИГАН АНАЛЬГЕТИК ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ҲУСУСИЯТЛАРИ

Бош оғриклари беморларнинг асосий шикоятларидан бўлиб, неврозлар, депрессиялар, гипотониялар ва б. касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин. Европада 36 % аёллар, 19 % эркаклар сурункали бош оғригидан азоб чекишади. Умуман аҳолининг 90 % и анальгетиклардан рецептсиз фойдаланишади.

Бош оғригининг патогенетик турлари:

- томирларга боғлиқ тури -босилиш хисси, пульсацияловчи характердаги эзувчи оғрик, кунгил айланиши, кўз олди корогулашиши, кўз олдида шарпа пайдо бўлиши, бошда оғирлик хисси билан кечади. Бошни эгганда, ётганда оғрик кучаяди. Бош мия томирлари тонуси бузилганда кузатилади.

- мушаклар зуриқиши билан боғлиқ тури- бош юмшок тўқималари эзилганда ёки сиқилиши (стресслар, неврозлар, гормонал ўзгаришлар, гипертония, инфекция-токсик касалликлар) да келиб чиқиб, каттик товушларга, ёругликка ортикча сезгирлик, ортикча кўзгалиш билан характерланади.

- мия суюклиги харакати билан боғлиқ ливординамик тури-орка мия суюклигининг секрецияси ва харакати ўртасида динамик мувофиқликни бузилишидан келиб чиқиб, мия ички босими ошиши ёки камайиши кузатилади. Бош оғриги лукилловчи характерда бўлиб, босим сезилади, йуталганда, бош ҳолати узгартирилганда, юрганда кучаяди. Неврологик симптомлар, менингиал синдром, эс-хушни йўқолиши кузатилиши мумкин.

- невралгик тип-патологик оғрик импульслари марказий тузилмалар (уч шохли нерв) да жойлашиб, оғрик хуружсимон характерда бўлиб, атрофга таркалади. Оғрик яшинсимон ёки токка ухшашлигини беморлар кайд этишади.

- галлюцинатор тури хар канака ёшда учраши мумкин. Психоген оғрик икки томонлама булиб, бир неча соат давом этади, психоэмоционал стресс фонида келиб чиқади.

Сабаблари:

- стресслар;
- купинча захарланиш билан кечувчи юкумли касалликлар,
- синуситлар;
- куз касалликлари-глукома, якиндан куриш ҳолатлари,
- гипертоник криз;
- бош мия усмалари, ички босим ошиши, яллигланишлар;

- нерв касалликлари,
- гормонал ўзгаришлар;
- психоген омиллар;
- бош миё шикастланишлари;
- айрим дориларни қабул қилиш; жумладан, корамуг алкалоидлари, ностероид яллиғланишга қарши воситалар, антибактериал, гипотензив воситалар, H₂-гистаминоблокаторлар, гипотензив препаратлар, симпатомиметиклар, МАО ингибиторлари.

Бош оғриғида хавфли белгиларни қўшилиши шифокорга боришни тақозо қилади:

- бош оғриғини тусатдан келиб қисилиши, уни одатдагидан қучли бўлиши;
- бош оғриғини 2-3 кунлаб давом этиши ва қучайиши;
- бош оғриғини босилиш сезгиси, қунғил айнаш, қуз олдини қоронғилашиши, қуз олдида шарпаларни пайдо бўлиши билан қечилиши;
- бош оғриғини қурак соҳасида оғрик билан бирга қелиши;
- бош оғриғини пульсацияловчи характерда бўлиши;
- бош оғриғини қул-оёқларда сезгирликни қамайиши билан қечилиши;
- дори воситаларини қабул қилинганда бош оғриғини пайдо бўлиши.

Агар хавфли симптомлар аниеланмаса бемор рецептсиз бериладиган аналгетик препаратлардан фойдаланиши мумкин.

Бош оғриғини даволашда дорисиз усуллар-психотерапия, массаж, рефлексотерапия билан биргаликда препаратлардан ҳам қенг фойдаланилади.

Бош оғриғини симптоматик даволашда бир қатор қурухларга қирувчи дорилар ишлатилади.

Аналгетик-антипиретиклар яллиғланишга қарши, оғриксизлантирувчи таъсирга эга. Қозирги қомплекс препаратлар таркибида қодеин ёки қофеин мавжуд. Қодеин-марқазий таъсир этувчи самарали аналгетик. Аналгетик-антипиретиклар билан ёўшилганда таъсир қучи ошиб, потенқирловчи эффект беради. Қофеин-бош миёдаги қузғалиш қараёнларини бошқаришда қатнашади, миё томирлари тонусини номаллаштиради, иқобий рефлексларни қучайтиради. Қофеин бирга қабул қилинган препаратлар учун гематоэнцефалик тусикнинг утқазувчанлигини оширади.

Аналгетик-антипиретиклардан ташқари бош оғриғини қолдириш учун қорамуг алкалоидлари-дигидроэрготамин ишлатилади. У спазмолитик таъсир қурсатиб, томирларни қенгайтиради, миёда қон айланишини яхшилади, седатив таъсир қурсатади.

Қейинги йилларда мигрени даволаш учун сератонин рецепторларига таъсир этувчи-суматриптан қурухи препаратлари ишлатилмоқда. Суматриптан- 5HT₁-сератонин рецепторларининг селектив ағонисти бўлиб, уйқу артерияси томирларини танлаб торайтиради, лекин миёда қон айланишини ўзгартирмайди. Маълумки, миё пардасини қон билан таъминловчи уйқу артерияси томирларининг қенгайиши мигрен

хуружининг асосий сабаби ҳисобланади. Суматриптан факат хуружлар вақтида ишлатилади, профилактика учун тавсия этилмайди.

Анальгетики-антипиретиклар				
Халқаро номи	Савдодаги номи	Тайинланиши		Хусусиятлари ва нозуя таъсирлари
		Ҳомила-дор аёлларга	Болаларга	
Парацетамол	Альдолор, ацетаминофен, доломол, ифимол, медипирин, панадол, паралгет, парацетамол, пиранол, тайленол, эффералган	Эҳтиётлик билан	2 ёшдан сунг	Аллергик реакциялар, диспептик ҳолатлар. Жигар касалликларида эҳтиёт бўлиб ишлатиш лозим.
Ацетилсалицил кислота	Анопирин, асафен, аспрокол, аспилайт, аспирин, ацилпирин, упсарин упса	Мумкин эмас	Мумкин эмас	Аллергик реакциялар, диспептик ҳолатлар. Меъда касалликларида мумкин эмас.

Анальгетик-антипиретиклар. Комбинирланган дори воситалари				
Савдодаги номи	Таркиби	Тайинланиши		Хусусиятлари ва нозуя таъсирлари
		Ҳомила-дор аёлларга	Болаларга	
Аскопар	Парацетамол, ацетилсалицил кислота, кофеин	Мумкин эмас	12 ёшдан сунг	Аллергик реакциялар. Меъда касалликларида мумкин эмас
Аскофен	Парацетамол, ацетилсалицил кислота, кофеин	Мумкин эмас	12 ёшдан сунг	
Аспалгин	Парацетамол, ацетилсалицил кислота, кофеин, кодеин, фенотербитал			
Атаралгин	Парацетамол, гвайфенезин, кофеин	Мумкин эмас	12 ёшдан сунг	Жигар касалликларида ва алкоғолизмда мумкин эмас.
Мигренол	Парацетамол, кофеин	Эҳтиётлик билан	12 ёшдан сунг	Аллергик реакциялар бўлиши мумкин.
Новалгин	Парацетамол, пропифеназон, кофеин	Мумкин эмас	12 ёшдан сунг	Аллергик реакциялар. Жигар касалликларида мумкин эмас

Панадол экстра	Парацетамол, кофеин	мумкин	3-ойдан сунг (панадол бэби)	Аллергик реакциялар булиши мумкин.
			6 ёшдан сунг катталар учун шакллари	
Солпадеин	Парацетамол, кофеин, кодеин	Эхтиётли к билан	12 ёшдан сунг	Аллергик реакцилар. Жигар касалликларида мумкин эмас. Узок ишлатилганда урганиб колиш мумкин.
Цитрамон	Парацетамол, ацетилсалицил кислота, кофеин	Мумкин эмас	12 ёшдан сунг	Аллергик реакцилар. Меъда касалликларида мумкин эмас
Цитропак- Дарница	Парацетамол, ацетилсалицил кислота, кофеин, лимон кислота	Мумкин эмас	12 ёшдан сунг	Аллергик реакцилар. Меъда ва жигар касалликларида мумкин эмас

Мигренни даволаш учун воситалар

5HT₁-серотонин рецепторлари агонистлари

Халкаро номи	Савдодаги номи	Тайинланиши		Хусусиятлари ва ножух таъсирлари
		Хомила-дор аёлларга	Болаларга	
Суматрип тан	Имигран, антимигрен,	Факат зарур холлардаги на	12 ёшдан сунг	Бош айланиши, холсизлик, уйкучанлик, кунгил айтиши, парестезиялар. Юрак, томирлар, жигар касалликлари борларга эйтиёт булиб тайинлаш лозим
Золмитрип тан	Зомиг	Факат зарур холлардаги на	12 ёшдан сунг	Бош айланиши, холсизлик, уйкучанлик, кунгил айтиши, парестезиялар, кизиб кетиш. Юрак, томирлар, жигар касалликлари борларга эйтиёт булиб тайинлаш лозим
Ризатриптан	Максалт	Факат зарур холлардаги на	12 ёшдан сунг	Юрак, томирлар, жигар касалликлари борларга эйтиёт булиб тайинлаш лозим

Корамуг алкалоидлари

Дигидроэрг отамин	ДГ- эрготамин, дигидергот (назал спрей)	Мумкин эмас	6 ёшдан сунг	ИЮК, карияларга мумкин эмас. Кунгил айниш, кусиш, парестезиялар кузатилиши мумкин. Томирларни торайтирувчилар билан қабул килинса, самараси камаяди. Нитроглицерин, б- адреноблокаторлар, в- адреномиметиклар унинг кучини оширади.
----------------------	---	-------------	-----------------	--

Бош оғригида фарм. ёрдам тамойиллари

- анальгетик препаратларни бош оғриганда 2 кундан ортиқ ишлатиш керак эмас;
- бош оғриганда анальгетик препаратларни хафтада 2 мартадан ортиқ ишлатиш керак эмас, акс холда оғриқ сезиш бусағаси камайиб, оғриқнинг кучи ва частотаси ошиши мумкин;
- кофеин сақловчи комбинирланган препаратларни чой ва кофе билан ичиш мумкин эмас;
- парацетамол сақловчи препаратларни жигар касалликлари борларга эҳтиёт булиб ишлатиш лозим;
- парацетамол сақловчи препаратларни ишлатганда қонни тахлилини кузатиб бориш лозим;
- ацетилсалицил кислота сақловчи препаратларни овқатдан сунг қабул қилиш тавсия этилади;
- ацетилсалицил кислота сақловчи препаратларни антикоагулянтлар билан бирга ишлатиш мумкин эмас;
- ацетилсалицил кислота сақловчи воситалар билан алкоголь қабул қилинса, ульцероген таъсири кучаяди;
- ацетилсалицил кислота сақловчи препаратларни узоқ вақт қабул қилинганда ахлатни яширин қонга текшириш лозим;
- ацетилсалицил кислота сақловчи препаратларнихомиладорлик ва эмизиклик даврида қабул қилиш мумкин эмас;
- сусатриптан сақловчи препаратларни фақат мигрен ташхиси қуйилгандан сунг қабул қилиш лозим;
- суматриптан сақловчи препаратларни ёш болаларга, хомиладор ва эмизикли аёлларга бериш мумкин эмас;
- суматриптанни қорамуг алкалоидлари билан қушиб ишлатиб булмайди, вазоспазм ривожланиши мумкин; улар орасидаги вақт 24 соатдан кам булмаслиги керак;
- суматриптан сақловчи препаратлар самара бермаса, қайта қабул қилиш учун камида 3 соат утиши керак;
- суматриптан қаторидаги турли препаратларни қабул қилиш оралиғи 12 соатдан кам булмаслиги керак.

Буғим ва мушак оғриқларида фармацевтик ёрдамни ташкиллаштириш.

Хозирги вақтда ВОЗ маълумотларига кура аҳолининг 30% да буғим оғриқлари учрайди, уларнинг 10 % и қисман, 5 % и эса тула ногирон бўлиб қолмоқда.

Сабаблари:

-бириктирувчи туқиманинг систем касалликлари-ревматизм, ревматоид артрит, систем қизил волчанка, склеродермия;

- суяклар ва тоғайларда модда алмашинуви бузилиши билан боғлиқ касалликлар-артроз, подагра, остеопороз;

- шикастланишлар.

Бириктирувчи туқиманинг систем касалликлари –бириктирувчи туқиманинг систем яллиғланиш касалликлари бўлиб, аъзо ва тўқималарнинг шикастланиши, циклик прогрессирловчи кечими билан характерланади. *Ревматизм*-бириктирувчи тўқиманинг систем токсик-иммунологик яллиғланиш касаллиги бўлиб, А гурухига кирувчи в-гемолитик стрептококк инфекцияси бор одамларда келиб чиқади. *Ревматоид артрит*-бириктирувчи тўқиманинг сурункали аутоиммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, буғимларни шикастлайди. *Систем қизил волчанка*-оғир, сурункали ўтувчи систем аутоиммун касаллик бўлиб, ички аъзоларнинг куп шикастланиши билан кечади.

Суяк ва тоғайда модда алмашинуви бузилиши билан боғлиқ касалликлар:

- *остеопороз*-суяк туқимаси зичлигининг камайиши, синишларга мойилликни ортиши билан характерланади. Остеопорозларнинг келиб чиқишига эрта менопаузлар, чекиш, кофеинни ортиқча истъемол қилиш, кортикостероидларни қабул қилиш сабаб бўлиши мумкин.

- *подагра*-гиперурикемия (пешоб кислотасини хужайрадан ташқари суюқликларда ортиши), туқималарда пешоб кислотаси кристаллари тупланиши билан характерланади. Унинг келиб чиқишига гушт махсулотларини ортиқча истъемол қилиш, ёшни эркакларда 30, аёлларда 60 дан катталиги, айрим дориларни (никотин кислота, диуретиклар, циклоспорин, аспирин ва б. алкоголь қабул қилиш мойиллик туғдириши мумкин. Эркаклар аёлларга қараганда 5-7 марта кўп оғрийди.

- *остеоартрозлар*-қул-оёқлар ва умуртқа поғонаси буғимларининг дистрофик касалликлари бўлиб, унинг асосида буғим тоғайининг секин ривожланувчи дегенерацияси ётади. Остеоартрозларда купроқ чаноқ-сон ва тизза буғимлари шикастланиб, жисмоний зуриқиш вақтида кучаяди. Остеоартроз ривожланишига ёшнинг утиши, семириш, буғимга доимий зуриқиш тушиши, ирсий омиллар, буғим шикастланишлари, чекиш мойиллик туғдиради.

Бугимдаги оғриқларнинг хуружсимон характерда булиши, шиш, гиперемия, бугим сохасида хароратни ошиши, диуретиклар қабул қилинганда оғриқларни пайдо булиши, климактерик ёшдаги аёлларда тез-тез суяк синишлари кузатилиши хавфли белгилар булиб, шифокорга мурожаат қилишни тақозо этади. Бундан ташқари суяк силида ҳам бугим оғриқлари кузатилади.

Мушакларда оғриқ булишининг сабаблари:
грипп ва бошқа респиратор инфекциялар;
радикулит;
шикастланишлар;
ортиқча жисмоний зуриқиш;
диуретиклар қабул қилиш.

Бугим ва мушак оғриқларида маҳаллий ва умумий таъсирга эга яллиғланишга қарши, оғриқсизлантирувчи препаратлардан фойдаланилади.

Маҳаллий ишлатилувчи дори шаклларининг клиник-фармацевтик характеристикаси

Малхамлар

Афзаллиги

Қуллашни оддийлиги ва хавфсизлиги; ҳам маҳаллий, ҳам резорбтив таъсири учун ишлатиш имконияти борлиги; систем таъсирини кучсиз намоён булиши; малхам суртилган жойда дорининг юқори миқдорда тупланиши; таъсирини узайтириш имконияти борлиги; бир малхамда турли таъсир механизмига эга дориларни булиши.

Камчиликлари

Вазелин асосида тайёрланган малхамлар таъсир этувчи моддани ёмон ажратиши; кийимга тушганда доғ ҳосил қилиши; гидрофоб асосдаги малхамлар парник эффекти беради, яъни иссиқликни ажралишини қийинлаштиради.

Геллар

Афзалликлари

Таъсирини узайтирилганлиги; кечга ишлатиш имконияти борлиги; терига юмшатувчи ва намлантирувчи таъсир этиши; геллар малхамга қараганда яхши сурилиб, таъсири ҳам кучлироқ булади. Кийимда доғ қолдирмай, сув билан осон ювилиб кетади.

Камчиликлари

Гель —турғун булмаган дори шакли булиб, сақланганда эриши мумкин. Геллар сезиларли систем таъсирга эга булиб, ишлатилганда ножуя таъсирлари юзага чиқади.

Суртмалар

Афзалликлари

Таркибидаги спирт ҳисобига тери кон томирларини кенгайтириб, қон айланишини яхшилади. Систем таъсири кам сезилади.

Камчиликлари

Терига қуритувчи таъсир этиб, унинг қучишига олиб келади.

Маҳаллий ишлатилувчи ностероидларнинг характеристикаси

Фаол ингредиент	Препарат	Дори шакли	Характерли хусусиятлари
Фенилбутазон	Бутадион	Мазъ	Экзема билан шикастланган ёки ярали сохага тушиши мумкин эмас Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери қуриб кучиши мумкин. Дозаси ортиб кетса бош оғриқ, бош айланиши, қоринда ноҳуш сезги келтириб чиқариши мумкин
Пироксикам	Хотемин Ревматор, Фелден, Финалгель, Эразон	Мазъ Гель	Ностероидларга сезгирлик юқори булганда бериш ман этилади Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери қуриб кучиши мумкин Гел тула шимилмаганда тери ранги вақтинча узгариши мумкин
Этофенамат	Терморевмон	Гель	Болалар ҳомиладор ва эмизикли аёлларга бериш мумкин эмас Экзема билан шикастланган ёки ярали сохага тушиши мумкин эмас Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери қуриб кучиши мумкин
Кетопрофен	Кетопрофен, Профенид, Фастум-гель	Гель	Экзема билан шикастланган ёки ярали сохага тушиши мумкин эмас Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери қуриб кучиши мумкин. Дозаси ортиб кетса бош оғриқ, бош айланиши, қоринда ноҳуш сезги келтириб чиқариши мумкин Кунига 3-4 марта суртилади
Ибупрофен	Ибупрофен, Дип-релиф, Долгит	Гель	Экзема билан шикастланган ёки ярали сохага тушиши мумкин эмас Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери қуриб кучиши мумкин. Дозаси ортиб кетса бош оғриқ, бош айланиши, қоринда ноҳуш сезги

келтириб чиқариши мумкин

Кунига 3-4 марта суртилади

Диклофенак	Алмирал, Верал, Вольтарен, Диклак, Диклоран, Диклофенак, Наклофен, Олфен, Ревмавек, Фелоран	Гель	Экзема билан шикастланган ёки ярали сохага тушиши мумкин эмас Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери қуриб кучиши мумкин. Фотосенсибилизация. кузатилиши мумкин Ностероидларга сезгирлик юқори булганларга бериш мумкин эмас Узоқ ишлатилганда (2 хафтадан ортиқ) ёки терининг катта сохасига ишлатилганда систем нозуя таъсирлар келиб чиқиши мумкин. Болаларга бериш мумкин эмас Кунига 3-4 марта суртилади
Нифлум кислота	Нифлурил	Гель	
Индометацин	Индометацин, Индометацин-Врамед, Метиндол	Мазь	Экзема билан шикастланган ёки ярали сохага тушиши мумкин эмас
	Индометацин-Дарница	Гель	Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери қуриб кучиши мумкин. Ностероидларга сезгирлик юқори булганларга бериш мумкин эмас Болаларга бериш мумкин эмас Кунига 2-4 марта суртилади Дозаси ортиб кетса бош оғриқ, бош айланиши, қоринда нохуш сезги келтириб чиқариши мумкин

Комплекс препаратлар

Диклофен- гель	Диклофенак Ментол	Гель	Экзема билан шикастланган ёки ярали
-------------------	-------------------	------	-------------------------------------

Диклоцин-гель	Диклофенак лизин эсцинат	Гель	сохага тушиши мумкин эмас Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери куриб кучиши мумкин. Ностероидларга сезгирлик юқори булганларга бериш мумкин эмас Болаларга бериш мумкин эмас Кунига 2-4 марта суртилади Дозаси ортиб кетса бош оғриқ, бош айланиши, қоринда нохуш сезги келтириб чиқариши мумкин
Бен-Гей	Метилсалицилат Ментол	мазь	Экзема билан шикастланган ёки ярали сохага тушиши мумкин эмас
Кеер	Экстракт Boswellia serrata Метилсалицилат Ментол	Мазь	Суртилганда тери қизариши, қичиши, тери куриб кучиши, аллергиялар кузатилиши мумкин.
Бом-Бенге	Метилсалицилат Ментол	Мазь	Ностероидларга сезгирлик юқори булганларга бериш мумкин эмас Антикоагулянтлар таъсирини кучайтиради Дозаси ошганда бош оғриғи, бош айланиши, кулоқда шанғиллаш, кўришни бузилиши, эпигастрал сохада нохуш сезгилар, кунгил айниб, қусиш, ич кетиш, болаларда- гипертермия, гипергликемия кузатилади. Хомиладор аёллар ва болаларга тавсия этилмайди.

Махаллий қитиқловчи малхамларнинг фармакологик хусусиятлари

Махаллий қитиқловчи малхамлар		
Препарат	Фаол ингредиент	Фармакологик эффектлари
Апизартрон	Метилсалицилат	Яллиғланишга қарши, гипертермик, томирларни кенгайтирувчи, махаллий қитиқловчи, чалғитувчи
Гевкамен	Ментол, камфора, эвкалипт мойи	Яллиғланишга қарши, томирларни кенгайтирувчи, махаллий қитиқловчи, оғриқ қолдирувчи

Линимент «Алором»	Ромашка, календула экстракти, кастор, ментол, эвкалипт мойи	Яллиғланишга қарши, томирларни кенгайтирувчи, маҳаллий қитиқловчи, оғриқ қолдирувчи, трофик жараёнларни яхшилайд
Финалгон	Нонивамид, никобоксил	Томирларни кенгайтирувчи, чалғитувчи, маҳаллий қиздирувчи, туқималарда қон айланишини яхшилайд.

Бугим ва мушак оғриқларида фарм ёрдам тамойиллари

Ностероидларни меъда-ўн икки бармоқ ичак яраси, бронхиал астма, қон кетишга мойилликлар, жигар ва буйрак фаолияти бузилганларга бериш мумкин эмас

Солпадеин бошқа ностероидлар-кофеин ва парацетамол сақловчи препаратлар билан бирга ишлатиш мумкин эмас

Солпадеин 7 ёшгача болалар ва хомиладор аёлларга тайинланмайди

Ностероид препаратлар дигоксин ва аминогликозидларнинг чиқиб кетишини сусайтириб, уларни йиғилиши ва захарланишларга олиб келади

Кетопрофен, напроксен, индометацинларни ишлатилганда бош айланиши, уйқусизлик, галлюцинациялар келтириб чиқаради

Кеторолак гипотензив воситаларни самарасини камайтиради

Фенилбутазон қабул қилинганда ош тузи чекланиши, қон ва пешоб тахлили ўтказиб борилиши лозим

Аспирин, метамизол, индометацин, ибупрофен, напроксен, кетопрофенларни хомиладор аёлларга бериш тақиқланади

Кетопрофен, бутадиион, тиапрофен кислота, фенилбутазонларни антикоагулянтлар, сульфаниламидлар, перорал гипогликемик воситалар билан қушиб ишлатилганда ножуя таъсирлари ортиб кетади, шунинг учун уларни бирга беришда эҳтиёт бўлиш лозим.

Комплекс препаратларни кофе ва чой билан бирга қабул қилмаслик лозим. Барча ностероидлар билан даволанаётганларга алкоголь қабул қилиш ман этилади.

12-майруза

ХАЗМ ЙЎЛЛАРИ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШINI СИМПТОМАТИК ДАВОЛАШ: ДИАРЕЯ, ТУРЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ, МЕТЕОРИЗМ

Ички касалликлар ичида энг кўп тарқалгани ОИС-си касалликларидир. ОИС-си касалликлари Республикамиздаги умумий касалликнинг 10-15%-ни ташкил этади. Кейинги йилларда ОИС-касалликлари ёшлар ўртасида кўпайиб бормоқда. Бунинг асосий сабаблари турмуш тарзининг, экологиянинг ва озиқ-овқатлар сифатининг ўзгариб боришидир.

ЖССТ берган маълумотларига қараганда ОИС касаллигининг энг кўп учрайдиганлари меъда 12 б/ичак яралари ва жигар хасталигидир. Жигар касаллиги беморлар нобуд бўлаётган касалликлар ичида 8 ўринда туради. Жигар касалликлари кундан-кунга кўпайиб бормоқда. Хар йили 1 млн.дан ортиқ одам вирусли гепатит билан оғрийди ва уларнинг кўпчилиги суринкали гепатитга ўтади. Энг ачинарлиси беморлар қабул қилаётган дори-дармонларнинг ноўрин ва нотўғри ишлатилиши туфайли жигар патологияси кундан-кунга ошиб бормоқда. Шунинг учун ҳам гастроэнтерология, гастрология ва гепатологияни асосини тушуниш Сиз билан биз учун ўта муҳимдир.

ОИС-си касалликлари туркумига қайси касалликлар кирадию ва уларда қандай асосий симптом ва синдромлар қайд этилади?

ОИС-си касалликларига ўткир ва суринкали гастритлар, меъда ва 12 б/ичак яралари, энтеритлар, колитлар, бактериал дизентерия, функционал ичак касалликлари (қабзиятлар ва ичак қитикланиш синдромлари), СПРУ, рак, туберкулёз, гижжа касалликлари ва бошқалар киради. ОИС-си касалликларидан жигар, меъда ости беzi касалликлари рак ва туберкулёзлар, алоҳида мутахассислар томонидан ўрганилувчи ва даволанувчи касалликлардир.

ОИС-си касалликлари ичида энг кўп қайд этилувчи симптом ва синдромларга қоринда ноҳуш ҳолатни пайдо бўлиши, иштахани сусайиши, биқин остида қандайдир оғирлик ва ачиштириш ҳолатлари, кўнгил айнаш, кекириш, сафро қайнаш, қайт қилиш, турли даражада юзага чикувчи оғриқлар, бош оғриғи, оғиздан қўланса хид келиш, қабзият, анус атрофидаги қичишиш ҳолати, ич суриш ва ич кетиш диарея, қон кетиш, қон аралаш нажас келиши ва бошқалар.

Юқоридаги симптомлар билан боғлиқ тинка қуриши, кайфиятни бузилиши, иш қобилятини ва мушаклар тонусини сусайиши, камқонлик, баъзан меъда тетанияси (оғриқ билан мушаклар тонусини ошиши ва судороги), диспепсия, сигмоидопроктит (ични жуда тез келиши, хаттоки 75-100 мартагача), тифлоколит (ичакни ўнг томонидаги колит, ични суриши 10 ва ундан ортиқ юзага чиқади), «понос будильник» (суринкали энтеритда юзага чиқади), «ампулали қабзият» (тўғри ичак қабзияти), аутоинвазия, ўпка синдроми (аскарида личинкаларини ўпкага, ўпка томирлари орқали бронхларга ўтиши ва қон туфлаш ва б.), диспептик ,

нейро-рефлектор ва токсико-дистрофик ва б. симптомлар юзага чиқади. Шунингдек эхинококкозда шиш, йирингли лихорадка, аллергия ва эмболик синдромларни юзага чиқариши мумкин.

Кўрсатиб ўтилган ҳар бир симптом ёки синдромлар устида тўхтаб ўтиш анча мушкул масала. Лекин ҳозирги кунда ОИС-си касалликлари ичида ўзига хос проблемага айланган функционал ичак касалликлари (ФИК) устида ва унинг классик кўриниши бўлмиш ичак қитиқланиш синдроми ва суринкали қабзият ҳамда бу ҳолатларда қайд этиладиган симптом ва синдромлар устида қисқача тўхталиб ўтамыз. Чунки ичак қитиқланиш синдроми ва суринкали қабзият «фармацевтик ёрдам» фани йўналиши бўйича энг кўп рецептсиз бериладиган дори-дармонлар билан даволанадиган касалликдир. Халқимиз ва беморлар бу касалликларни ўзини-ўзи даволаш ва ўзига-ўзи ёрдам бериш йўллари билан даволашга ҳаракат қиладилар.

Адабиётлардан маълумки, ривожланган мамлакатларда кейинги 10 йил давомида гастроэнтерологик касалликлар ичида энг кўп тарқалган касаллик-бу функционал ичак касалликларидир. Жаҳон бўйича олиб борилган эпидемиологик изланишларни берган маълумотига қараганда жаҳон аҳолисини 15-30% суринкали қабзият қайд этилади. Ўта индустриал ривожланган АҚШ ва Англияда бу кўрсаткич 40% ташкил этади (А.Р.Златкина, 2002 й., Фарматека №9.-с.53-56). Агар бу тоифадаги касалликларнинг аксарият кўпчилиги врачларга мурожаат этмасдан ўзини-ўзи даволаш билан шуғулланишини инобатга олинса, касалликнинг тарқалиш кўрсаткичи янада ошади. Чунки кекса ёшдаги беморларда гиподинамия кучаяди, қабул қилинадиган овқатларнинг таркиби ўзгаради, семириш кўпайиб кетади, эндокрин факторлар (климакс, қанд касаллиги, гипотиреоз ва б.), дориларни нотўғри ишлатиш (қариялар дориларни 1/3 қисмини қабул қиладилар) каби ҳолатлар суринкали қабзиятни ривожланишига асос бўлади.

ФИК-лари билан боғлиқ сурункали қабзият кечими оддий қабзиятни кечимидан патофизиологик келиб чиқиш механизмларидан тубдан фарқланади.

Ичак қитиқланиш синдроми билан юзага чиққан қабзиятларни асосини нейрогуморал регуляцияни бузилиши ташкил этади, пустлоқ ва пустлоқ ости марказлари, вегетатив нерв тизими ва ичакни нерв-рецептор аппаратлари (сертонин, эндоген опиатлар, нейротензин, холецистокининлар ва б.) ўзига хос рол ўйнайди.

Фармацевтик ёрдам концепцияси асосида ҳулоса қилиб айтиш мумкинки, қабзиятларни келиб чиқишида ва кечимида қуйидаги факторлар асосий ролни ўйнайди:

1. Кечими бўйича-ўткир ва сурункали қабзиятлар
2. Келиб чиқиш механизми бўйича- коллагенли, гипермотор дискинезия туфайли, гипомотор дискинезия туфайли, практогенли қабзиятлар.

Демак, сурункали қабзият кечимини бемор билан суҳбатда, уни шикоятларидан аниқлаб олиш мумкин. Бунда нажасни характери, тўғри ичакка хос симптом ва синдромлар-метеоризм, қулдираш, турли даражадаги оғриқлар, айниқса қоринни пастки ва чап томонидаги оғриқларни аниқлаш алоҳида аҳамиятга эгадир.

Бундай ҳолатларда беморларни ўзини-ўзи даволаши ва ҳар бир провизорни салоҳиятига яраша маслаҳат бериши катта аҳамиятга эгадир.

1. Функционал овқатланиш ва пробиотикларга аҳамият бериш.

2. Умумгигиеник ҳаёт тарзини ишга солиш ва диетотерапияга амал қилиш керак (жисмоний фаол ҳаёт, кўп ўсимлик моддалари ва тўқималарини, клечатка, балластик моддалар, пектин, гемицеллюлоза, денгиз ўтлари, кўп миқдорда суюқлик қабул қилиш).

Сут ва қатқ маҳсулотларидан, лакто ва бифидумбактериялардан қўллаш зарур. Катта отқулоқ барги уруғидан тайёрланган-Мукофальк препаратидан фойдаланиш мумкин. Агарда функционал овқатланишни ташкил қилиш ва диетотерапия ёрдам бермасагина, ични сурувчи дори-дармонлардан фойдаланилади. Бу гуруҳ дорилар таъсир механизми бўйича қуйидагиларга ажратилади:

1. Осмотик таъсирга эга препаратлар

а) тузли сурги дорилар (Na_2SO_4 ; карловар тузи ва б.)

б) кўп атомли спиртлар (сорбит, маннитол ва б.)

в) Сурилиши қийин дисахаридлар (лактоулоза ва уни уними Дюфалак, Нормазе).

2. Қитиқлаш таъсири билан ичак ҳаракатини стимулловчи препаратлар.

а) антрагликозидлар (сано ва уни унимлари, крушина, алоэ, равоч ва б.)

б) дифенилметан унимлари (изофенин, бисакодил, натрий пикосульфат ва б.)

в) кастор ёғи, вазелин ва миндал ёғи, парафин ва б.

3 Парокинетиклар (бетанекол-25-30 мг 2-3 марта кунига, мезопростол-200 мг 2-4 марта кунига; серотонин, тегасерод-зелнорм-аёлларда эффект беради, цизаприд ва б.)

Тегосерод ва цизоприд препаратлари АҚШ-ларида синтез қилиб олинган. Бу препаратлар 5-НТ-4 серотонинга сезувчан рецепторларни агонисти бўлиб, ичакдаги вагус ва энтерал афферент нервларини қитиқлаб, ундан ACh -ни ажралишини кўпайтиради, натижада ичак силлиқ мушакларини қисқаришини кучайтиради. Шунинг учун ҳам уларнит серотонинергик пирокинетиклар дейилади. Шу ерда ўткир ва сурункали қабзиятни келиб чиқиши, ривожланиши, клиник белгилари ва даволаш принциплари билан боғлиқ слайд-схема келтирилади.

Диарея

Диарея (diarrhoea) — ҳожатга боришнинг нормадагидан куп булиши (кунига 3 мартадан куп), ва/ёки нажаснинг суюк булиши, ва/ёки нажас массасининг ортиб кетишиг айтилади.

Диареянинг асосий сабаби булиб ичакдаги сув- электролит балансининг бузилиши хисобланади. Одам кунига уртача 2 л суюқликни

истъемол килади, 12- бармокли ичакдан эса 8 дан 10 литргача суюклик утиши мумкин. Ичакда сурилган сув сулак ва хазм ширалари билан бирга кайта кушилади. Сувнинг сурилиши асосан ингичка ичакда содир булади, ва 1- 1,5 литригина йугон ичаккача утади, у ерда сурилиши давом этиб колгани (100 мл атрофида) нажас билан чикиб кетади. Йугон ичакда суткасига 5 л гача сув сурилиши мумкин, шунинг учун ингичка ичакдан йугон ичакка утадиган суюклик микдори 5 л дан ортса диарея келиб чикиши мумкин. Бундай холатлар хазм килиш системасининг яллигланишида, сурилишнинг бузилишида, ичакнинг моторикаси ва секрецияси бузилишида келиб чикиши кузатилади.

Сабаблари турлича булган уткир ва сурункали диарея фаркланади.

Диарея 2- 3 хафтадан ортик давом этмаса уткир шакли булиб хисобланади.

Уткир диарея сабаблари:

- инфекция (вирусли, бактериал, паразитлар),
- ичакдаги яллигланиш жараёнлари,
- дори препаратларини кабул килиш.

Диареяни келтириб чикарадиган омиллар:

- овкат рационининг кескин узгариши,
- доимий яшаш жойида булмаган « узига хос» инфекцияларни хизмат сафарлари, саёхатлар сабабли келиб чикиши,
- яхши пишмаган меваларни истъемол килиш,
- тусатдан куркиб кетиш, айик касаллиги (медвежья болезнь).

Диареяни келтириб чикарадиган дорилар:

- сурги дорилар,
- магний тузларини саклайдиган антацидлар,
- антибиотиклар- клиндамицин, линкамицин, ампициллин, цефалоспоринлар,
- антиаритмик воситалар: хинидин, пропраналол (анаприлин),
- юрак гликозидлари (дигиталис препаратлари),
- калий препаратлари,
- холестираминлар,
- сульфасалазин,
- антикоагулянтлар,
- хенодеоксихол кислотаси,
- шакар урнини босувчилар- сорбитол, маннитол.

Шуни эсда тутиш керакки уткир диарея холера, дизентерия, сальмонеллез, каби огир инфекцион касалликларнинг биринчи белгилари булиб хисобланади. Кон аралаш келган уткир диарея Крон касаллиги ёки ярали колитнинг куриниши булиши мумкин.

Уткир диареяда врач аралашувини талаб киладиган « хавфли» симптомлар:

- нажасда коннинг пайдо булиши,
- нажаснинг гуруч суви каби булиши,
- тана хароратининг кутарилиши,
- кунгил айниши,

- кайд килиш,
- кориндаги кучли огрик билан кузатиладиган диарея,
- агар оиланинг бир нечта аъзосида диарея кузатилса,
- бир неча хафта давом этган диарея,
- хушдан кетиш билан кузатилган диарея,
- каттик чанкок, огиз куриши, терининг куриши билан бирга кузатилган диарея,
- хомиладорлик давридаги диарея.

3 хафтадан ортик давом этган диарея сурункали булиб хисобланади. Истисно тарикасида огир кечадиган ва узок давом этадиган инфекциялар хисобланмайди, улар тузалиши билан диарея тухтайди.

Сурункали диарея куп касалликларнинг белгиси булиши мумкин. Ичакдаги яллигланиш касалликларидан (носпецефик ярали колит, Корн касаллиги, ОИТС), корин сохасидаги бошка органлар (жигар, ошкозон ости беи), баъзи бир умумий касалликлар (калконсимон безининг бузилишлари, эмоционал зурикиш ва б.лар), перистальтиканинг бузилиши (йугон ичак яллигланиши синдроми), сабаб булиши мумкин. Купинча узик вакт давом этадиган диарея озик моддаларнинг (сут ва бшка шакарлар, елим оксил- глутенин, сигир сутининг оксиллари, ёглар сурилишининг бузилиши ёки озик- овкат аллергияси (сут, бошокликлар ва б.лар).

Сурункали диареяни даволаш врач томонидан ташхис куйилгандан сунг амалга оширилиши шарт.



Диареяни симптоматик даволаш учун ишлатиладиган дори препаратлари гурухининг клиник- фармацевтик характеристикаси.

Перорал регидратацияси учун ишлатиладиган воситалар.

Регидратация уткир сувли диареяни даволашнинг асоси булиб хисобланади. Ортикча сув ва тузлар урнини тулдириш перорал йул билан амалга оширилади. Натрий, калий, хлор, гидрокарбонат ионлари, цитрат, шунингдек глюкоза, сахароза ёки декстрозанинг мувозатлаштирилганн эритмалари ишлатилади. Бу препаратларни куллаш келиб чиқиши турли хил булган диареяларни гидрохлорид ва ичак шиллик каватининг сурилишини саклашга асосланган.

Орал регидратацион аралашмалар кон таркибидаги электролитларни урнини босувчи булиб хисобланади. Улар жуда тез таъсирга эга булиб, нокуя таъсир ва куллаш мумкин булмаган ҳолатларга эга эмас.

Бу препаратлар кукун куринишида булиб улардан тезда эритма тайёрлаш, шунингдек тайёр эритмаларни куллаш мумкин.

Перорал регидратантларнинг солиштирув характеристикаси.

Савдодаги номи	Ишлаб чиқарувчи	Таркиби
Гастролит	АЖ Кутновский ФЗ «Польфа» (Польша)	натрий хлорид - 0,35 калий хлорид - 0,3 натрий гидрокарбонат - 0,5 декстроза - 2,9 мойчечак экстракти - 0,1
Апельсин Гастролит	мазали Rhone-Poulenc Rorer (Австрия)	натрий хлорид - 0,47 натрий цитрат - 0,53 калий хлорид - 0,3 декстроза - 3,56
Регидрон	Orion (Финляндия)	натрий хлорид - 3,5 натрий цитрат - 2,9 калий хлорид - 2,5 декстроза - 10
Цитроглюкоссолан	Мосхимфармпрепаратлар (Россия)	натрий хлорид - 1,75 натрий цитрат - 1,45

калий хлорид -
1,25
глюкоза - 7,5

Сорбентлар. Сорбентларни ишлатиш эндоген интоксикацияни олдини олиш ва даволашда ёрдам беради. Бу гурух препаратлари ичакдан (баъзилари эса кондан: ичак шиллик каватининг ворсинкалари капиллярларидан) турли хил захарли метаболитларни адсорбциялайди. Баъзи адсорбентлар эса микроорганизмлар хаттоки вирусларни сорбциялаш хусусиятига эга.

Сорбентларнинг солиштирув характеристикаси

Халқаро номи	Сотувдаги номи	Клиник-фармакологик характеристикаси
Аттапульгит	Аттапульгит-Дарница («Дарница», Украина) Каопектат («Фармация Апджон», США)	Магний силикати гидратининг тозаланган аралашмаси ва минерал холдаги алюминий. Препарат ичакда сурилмайди, токсик ва кузгатувчи модаларни, газларни адсорбциялайди сунг нажас билан и бирга чикиб кетади. Ураб улиш хусусияти булгани учун ичак шиллик каватида химоя плёнкасини хосил килади. Вирус ва бактерияларни адсорбциялаш хусусиятига эга. Диареяда аттапульгитнинг 1 марталик дозасини хожатга бориб келгандан сунг кабул килинади. Тананинг юкори хароратида ва препарат компонентларини кутара олмаслик холатларида кабул килиш ман этилади. Эмизикли ва хомиладор аёлларга берилмайди. Не назначается в период беременности и лактации. Болаларга 3 ёшдан сунг (суспензиялар) ва 6 ёшдан сунг (

		таблеткалар) бериш мумкин.
Диосмектит	Смекта («Бофур Ибсен», Франция)	Ошкозон-ичак шиллик каватида юкори даражадаги ураб олиш кобилиятига, сув-электролит йукотишлар олдини олади. Шиллик кават глюкопротеинлари билан биргаликда унинг барьерлик функциясини оширади, нокулай шароитдаги ичак микроорганизмларидан, уларнинг токсинлари ва бошка кузгатувчилардан химоялайди.
		Бактерияларни адсорбциялаш хусусиятига эга.
		Куллаш мумкин булмаган ҳолатлари йук.
Полифепан	Полифепан («Экосфера», Россия)	Ёғочликнинг углеводли компонентларини гидролиз махсулоти булган лигнинни қайта ишлашдан олинган препарат.
		Юкори даражадаги адсорбциялаш активлигига эга, ошкозон-ичак трактидаги бактерияларни адсорбциялайди.
		Гипохолестеринемик таъсирга эга.
		Куллашда камдан кам ҳолсизлик, эпигастрия соҳасида оғирликни сезиш, кабзият кузатилиши мумкин.
Метилсиликон кислотаси	Энтеросгель (Креома-Фарм», Украина) Сорбогель («Гефест», Украина; «Сорби», Украина)	Ичга қабул килинганда сурилмайди, ичакда ва конда адсорбциялаш хусусиятига эга (ичак шиллик каватининг капилярлари ворсинкаларидан) ва организмдан турли хил токсик моддаларни чиқаради, ичак шиллик каватида ураб олиш хусусияти билан таъсир қилади.
		Сорбцион селективлик хусусиятига

		эга- уртача молекуляр токсик метаболитларни сорбциялайди, юкори молекуляр моддалар (оксиллар, иммуноглобулинлар ва б.лар) ва ионлар эса сорбцияга учрамайди.
		Микроорганизмларни сорбциялашда селеквтиликка эга- факат шартли-патоген ва патоген флорани сорбциялайди, шунинг учун дисбактериозни чакирмайди.
		Куллаш мумкин булмаган холатларга эга эмас.
Альгин кислотаси	Альгигель («Днепромед», Украина)	Огир металлар ва радионуклидларни адсорбциялайди, уларни организмда тупланишини олдини олади.
	Альгисорб «Биотехнология», Россия)	Диареяда комплексли терапияда ишлатилади.
		Диспепсияни келтириб чикариши мумкин.
Активланган кумир	Карболонг («Экосорб», Украина)	Узок муддатли (Пролонгик) таъсирга эга булган энтеросорбент. Хазм трактига ташкарига кирган, кондаги, ёки ичакда хосил булган токсик моддаларни сорбциялайди.
	Аквтиланган кумир («Стома», «Борщаговский ХФЗ», Украина)	Организмда метаболизмга учрамайди ва 36- 48 соатта организмдан тулик чикиб кетади.
		Диареяда 2-4 г. дан кунига 3-4 марта кабул килиш лозим.

3) Ичак харакатларини секинлаштирадиган воситалар. (Перистальтикани секинлаштирувчи воситалар)

Комплексли даволаш учун кулланилади. Ичак тонуси ва моторикасини секинлаштиради, лекин сурилиш жараёнига деярли таъсир килмайди.

4) Ферментли препаратлар.

Хазм килишга ёрдам берадиган ферментлар бузилишидан келиб чикадиган диареяларда самарали восита булиб хисобланади. Шунингдек, комплексли терапияда хам кулланилади.

5)Ичак флорасининг физиологик мувозанатни тугирлайдиган препаратлар.

Одам организмидаги микрофлорани яхшилайдиган препаратлар-пробиотиклар- келиб чиқиши микробли ва номикробли бўлиб, табиий ҳолда юборилганда ичакдаги гомеостазга яхши таъсир курсатади. Йугон ичакдаги физиологик таркиби етишмаган ҳолда уларни тулдириш мақсадида тирик лактобактериялар (курук лактобактерин, йогурт, экстралакт), бифидумбактериялар (курук бифидумбактерин, бифидумбактерин форте), ичак таёкчаси (колибактерин) ва уларнинг комбинациялари- бификол, бифи- шакл, линекс саклайдиган препаратлар ишлатилади.

6) Усимликлардан олинган воситалар.Диареяни даволаш учун ишлатиладиган усимлик воситалари қадимдан ишлатилади. Уларнинг энг асосий таъсири бу уларнинг буриштирувчи? хусусиятга эгалигидир. Таркибидаги ошловчи моддалар танинлар, полифеноллар, хужайра, тукима ва ферментларнинг суюкликлари оксиллари билан бирикиб хужайра юзасида зич альбуминатларни ҳосил қилади. Бундан ташқари усимликлар таркибидаги моддалар яллигланишга қарши таъсирга эга. Усимлик препаратлари маълум даражада ичак цитопротекцияси, ичак шиллик барьерларини сақлаш ва тиклаш хусусиятига эга.

Диарея синдромида усимлик препаратларнинг юкоридаги хусусиятлари билан уларнинг оғир бўлмаган ҳолатларда бериш шунингдек комплексли терапияда куллаш тавсия этилади. Улар дамлама, утли чойлар ҳолатида ишлатилиб бу уларни куллашда нокулайлик тугдиради ва таъсир этувчи моддалар тургунлигини камайтиради. Диареяни даволаш учун мойчечак гуллари, черника мевалари, черемуха мевалари, кровохлебканинг илдиз ва илдизпоялари, ольха сохта мевалари, далачай ер устки қисми, бадан илдизпояси, гозпанжа илдизпояси, қора дуба.

7)Қуп таъсирли препаратлар.Бу гуруҳ препаратларига буруштирувчилар, адсорбцияловчилар, регидрантлар ва антисептиклар қиради. Бу препаратларга: бепасал (салол антисептиги ва папаверин оғрик қолдирувчиси ва белладонна экстракти), таннакомп (буриштирувчи ва яллигланишга қарши таъсир учун танин альбуминат ва этакридин лактат-антибактериал ва антисептик восита сиватида), энтероседатив (каолин, пектин ва натрий қитрат).

Диареяни симптоматик даволашда кулланиладиган препаратларни фармацевтик ёрдами.

- Диарея вақтида организмда қуп микдорда суюклик ва электролитлар йукотилади, шунинг учун перорал регидратация учун препаратларни бериш зарур,

- Перорал регидратация учун ишлатиладиган тузли препаратларни назоратсиз куллаш сув- электролит мувозанатининг бузилишига олиб келади,
- Перорал регидратация учун ишлатиладиган препарат эритмаларига шакар кушиб булмайди (эритманинг осмотиклиги ортади, натижада диарея кучаяди).
- Сорбент гурухининг адсорбцион хусусияти туфайли бир вақтнинг узида берилаётган бошқа перорал препаратларни самарадорлигини камайтиради.
- Адсорбентлар ва бошқа препаратларни ичиш орасида интервални сақлаш лозим,
- Адсорбентларни узок куллаш сабабли организмда витаминлар, оксиллар, ёғлар ва б.лар етишмаслиги кузатилади,
- Узок муддатли кулланиладиган адсорбентлар таъсири туфайли (ёки катта дозаларда кулланилса) кабзиятга олиб келиши мумкин,
- Аттапульгитни тананинг юкори хароратида куллаш мумкин эмас,
- Аттапульгитни хомиладорликни биринчи 3 ойлиги ва эмизикли пайтида куллаш мумкин эмас,
- Таблетка шаклидаги аннапульгитни 6 ёшдан сунг, суспензия холдагисини 3 ёшдан сунг бериш мумкин,
- Диосмектинни янги тугилган чакалоклорга ва чала тугилган чакалокларга бериш мумкин,
- Холестирамин ичак йулидаги ут кислотасини йук килиб, ёғ ва ёгда эрийдиган витаминлар сурилишини бузади,
- Ферментли препаратларни овкат пайтида ёки овкатдан сунг қабул килиш лозим,
- Таблетка холидаги ферментли препаратларни чайнаш рухсат этилмайди,
- Лоперамидни жигар касаллиги булган беморларга куллашда эҳтиёт чорасини куриш лозим,
- Антиперистальтик воситаларни куллаш натижасида кориннинг пастки соҳасида огрик булиши, холсизлик, апатия, бош огриклари кузатилиши мумкин,
- Сандостатин врач курсатмаси билан берилади,
- Антимикробли даволашда пробиотиклар ва линекс ёки бифи- шакл препаратларни бериш мумкин, чунки улар таркибида ичак флорасининг антибиотикорезистент штаммлари мавжуд,
- Хилак ва хилак форте препаратларини сут ва сут маҳсулотлари билан қабул килиш тавсия этилмайди,
- Хилак ва хилак форте препаратларини антацид препаратлари билан бир вақтнинг узида қабул килиш мумкин,
- Лактобактерин ва лактобацилус ацидофилус препаратларини сут билан ичиш тавсия этилади.

13-маъруза

ХАЗМ ЛЛАРИ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШИНИ СИМПТОМАТИК ДАВОЛАШ: МЕТЕОРИЗМ, ДИСБАКТЕРИОЗЛАР

Метеоризм- хазм трактида (ошказон ва ичакларда) газ хосил булишининг ортиб кетиши натижасида кориннинг шишиши, натижада коринда огрик, кекириш, нафас тезлашиши келиб чиқади. Бундан ташкари метеоризм сабаблари куйидагилар булиши мумкин:

- баъзи озиқ- овкатларнинг хазм булмаслиги (сут махсулотлари ва маълум турдаги овкатнинг углеводлари, кузикорин, соя, ширинликлар, дуккакликлар, ёнгоқлар, қарам, олхури, баъзи бир крупалар, мева шарбатлари ва б.лар),
- ута қуп овкат ейиш,
- одатий булмаган озиқ- овкатлар ёки унинг узгариши (хизмат сафарлари, таътил вегетерианлик ва б.лар)
- чекиш,
- гастрит ва пептик яралар,
- ут тоши касаллиги,
- дисбактериоз,
- аномаль перистальтика (йугон ичак мушакларининг кискариши),
- хайздан олдинги давр,
- жаррохликдан кейинги давр.

Врач аралашувини талаб қиладиган метеоризмнинг хавфли симптомлари:

- кориндаги давомий огиклар,
- қунгил айниши ва қусиш,
- тери ва қуз склерасининг сарик тусга қириши,
- тана огирлигининг кескин қамайиб кетиши,
- дори препаратларини қабул қилгандан сунг кориннинг дам булиши

Метеоризмни дорисиз олдини олиш йуллари

- метеоризмни вужудга келтирадиган озиқ- овкатларни аниқлаб уни овкат рационидан олиб ташлаш,
- корин дамлиги, огриги, газлар тупланишини келтириб чиқарадиган шакар урнини босувчилари булган озиқ- овкатларни қамайтириш,
- жисмоний ҳаракатни қупайтириш,
- сақич (жевательная резинка) лардан воз кечиш,
- чекишдан воз кечиш ёки уни қамайтириш,
- овкатни кам камдан қунига 4- 5 маҳал истъёмол қилиш,
- ацидофиль озиқ овкатларни қабул қилиш.

Метеоризмни дорилар билан даволаш.

Энтеросорбентлар- ичакдаги турли хил токсик метаболитларни самарали адсорбциялайди. Энтеросорбентларни қабул қилгандан сунг организмнинг детоксикацияси орган ва туқималарда биологик актив бирикмаларни узаро таъсирини яхшилаб беради, айниқса усимлик бирикмаларининг организм рецепторлари билан таъсирини. Энтеросорбентлар метеоризмни ва бошқа диспептик бузилишларни камайтиради. Комплексли даволашда, айниқса усимлик препаратлари билан самарали ишлатиш мумкин.

Метеоризмни симптоматик даволашда энтеросгель, каопектат, аттапульгит, полифепан тавсия этилади.

Силиконлар- кремний асосида олинган химиявий инерт булган юзаки актив моддалар. Таъсир механизмига кура улар купикларни йук қилувчилардир: ичак юзасида ҳосил булаётган газ пуфакчаларини камайтиради. Пуфакчалар ёрилади ва/ ёки резорбцияланади ва табиий йул билан чиқиб кетади. Силиконлар фақат газ пуфакчалари юзасига таъсир қилади ва ичак деворларига таъсир қилмайди, ичакда сурилмайди. Бу гуруҳ препаратлари захарли таъсирга деярли эга эмас. Улар хомиладор ва эмизикли аёллар ва болаларга берилиши мумкин.

Ҳозирги пайтда бу гуруҳ дори воситаларидан 2 таси- диметикон (цеолат) ва симетикон (дисфлатил, эспумизан) қулланилади.

Фермент препаратлари – метеоризмнинг симптоматик даволашида фермент препаратларининг берилишининг мақсади- функционал етишмовчиликни даволаш эмас, балки жуда куп овқат истеъмол қилиш натижасида ошқозон ости беэи зуркишининг « функционал тинчлантириш» ни ҳосил қилишдир. Липолитик ва протеолитик ферментларни меъёрида қуллаш мақсадга мувофиқдир. Бундай ҳолатларда кенг қулланиладиган препаратлардан « Фестал» дир

Усимликлардан олинган гах хайдовчи воситалар: укроп препаратлари (хидли укроп мевалари, укроп суви) дорихона укропи мевалари, тмин мевалари, мойчечак гуллари.

Силиконларни такқословчи характеристика

Халқаро номи	Савдодаги номи	Клиник- фармакологик характеристикаси
Диметикон	Цеолат (Egis, Венгрия)	Химиявий инерт мода, ҳазм қилиш йулида абсорбцияланмайди, узгармаган ҳолатда нажас орқали чиқиб кетади. Қуллаш мумкин булмаган ҳолатлар ва нонуя таъсирлари аниқланмаган. Препарат бир вақтнинг узида антацид, айниқса алюминий гидроксид ва мағний гидрокарбонат билан бирга қабул қилинса самарадорлик камаяди.
Симетикон	Лисфатил (Solco	Химиявий инерт мола. ҳазм қилиш йулила

	Basel AG, Швейцария) Эспумизан (Berlin-Chemie, Германия)	абсорбцияланмайди, узгармаган ҳолатда нажас оркали чикиб кетади. Таркибида шакар сакламаганлиги сабабли, кандли диабети бор касалларда куллаш мумкин. Куллаш мумкин булмаган ҳолатлари-ичакдан утмаган ҳолатларда, ошказон-ичакнинг обструктив касалликларида. Ножуя таъсирлари аникланмаган.
--	--	---

5)Усимликлардан олинган газ хайдовчи препаратларининг таккослаш характеристикаси

Усимлик номи	Препаратлар	Клиник- фармакологик харакетистикаси
Укроп мевалари	Настойка	Спазмалитик, яллигланишга Карши, ут хайдовчи ва газ хайдовчи таъсирга эга, хазм безлари секретиясини кучайтиради, ичакдаги йиринглаш ва ачиш жараёнларини сусайтиради. Хомиладорликда куллаб булмайди. Препаратга булга ута сезувчанлик кузатилиши мумкин.
Тмин мевалари	Настойка	Ошказон ичак трактининг тонус ва моторикасини нормаллаштиради, Спазмалитик, антисептик, ут хайдовчи таъсирга эга, хазм безларининг секретиясини кучайтиради, ичакдаги йиринглаш ва ачиш жараёнларини сусайтиради Препаратга ута сезувчанлик кузатилиши мумкин.
Дорихона укропи мевалари	Настойка	Спазмалитик, яллигланишга Карши, газ хайдовчи ва антибактериал таъсирга эга. Ичакнинг моторикасини бошкаради. Препаратга булган ута сезувчанлик кузатилиши

		мумкин.
	«Плантекс» (тез эриб кетувчи чой)	Таркибида дорихона укропи, глюкоза, галактоза бор. Хазм килишни яхшилаиди, ошкозон шираси ажралишини кучайтиради, ичак моторикасини активлаштиради, газ йигилишини олдини олади, метеоризмдан келиб чиккан спазмларни йукотади. 1 ёшгача булган болаларга берилиши мумкин. Препаратга булган ута сезувчанлик кузатилиши мумкин.

6)Пробиотиклар. Бу гурух препаратлари ичакдаги йирингни ва газларни хосил килувчи микроорганизмларнинг хаётий фаолиятини чеклайди, бу эса метеоризмни вужудга келишини олдини олади, хазм жараёни ва ошкозондаги сурилишни яхшилаиди.

7) Домперидон. Дофаминнинг синтетик антагонисти, гемато-энцефалитик барьердан ёмон утади, шу сабабли марказий таъсирга эга эмас. Гастрокинетик ва кусишга Карши таъсирга эга. Перорал кабул килинганда ошкозон фаолиятини яхшилаб, лекин ошкозон секрециясига таъсир килмайди. Украинада домперидон асосида « Мотилиум» препарати яратилган.

Ошкозон- ичакда кон кетганда, 1 ёшгача булган болаларда ичак йулидан утмаслик холатида, эмизикли пайтда бериш тавсия этилмайди. Дозаси купайганда уйку босиши, болаларда айникса ориентация бузилиши кузатилади.

Хозирги пайтда «Мотилиум» рецептура асосида бериладиган препаратларга киради ва шу сабабли факат врач курсатмаси Билан берилади.

Метеоризмни симптоматик даволаш учун кулланиладиган препаратларни ишлатишдаги фармацевтик ёрдам.

- сорбентлар гурухига кирувчи препаратларнинг адсорбентлик хусусияти булгани учун улар бир вақтнинг узида берилаётган перорал препаратлар таъсирини сусайтиради,
- Адсорбентлар ва бошка дори препаратларни кабул килаётганда орасида маълум вақт утишини таъминлаш тавсия килинади,
- Адсорбентларни узок вақт кабул килинса организмда витаминлар, оксиллар, ёглар камайиши кузатилади,

- Уртача таъсирли адсорбентларни (ёки катта дозаларда) қабул қилинса қорин ҳам булишига олиб қелиши мумкин,
- Активланган қумир нажасни қора ранга қиритади,
- Аттапульгит тананинг юқори ҳароратида рухсат этилмайди,
- Аттапульгит ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида ва эмизикли пайтда рухсат этилмайди,
- Таблетка ҳолидаги аттапульгит болаларга 6 ёшдан кейин, суспензия ҳолидагиси 3 ёшдан кейин берилиши мумкин,
- Силиконлар (Симетикон, диметикон) бир оз миқдордаги суюқлик билан, овқатдан сунг ва уйқудан олдин қабул қилиш тавсия этилади,
- Домперидон факатгина врач қурсатмаси билан берилади!
- Усимликлардан олинган газ ҳайдовчи препаратлар настойка ва қайнатма ҳолида қабул қилинади,
- Укроп, дорихона укропи ва тмин меваларининг настойқаси эмизикли аёлларда сут ажралишини қучайтиради,
- Настойка ва қайнатмалар музлатқичда 3 кундан ортиқ сақланмаслиги лозим,
- «Плантекс» қойига шақар қушиб булмайди,
- Ферментли препаратлар овқат пайтида ёки овқатдан кейин қабул қилиниши лозим,
- Ферментли препаратлари булган таблетқаларни қайнаш ман этилади.

14-маъруза

ХАЗМ ЙЎЛЛАРИ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШИНИ СИМПТОМАТИК ДАВОЛАШ: ҚАБЗИЯТ, ТУРЛАРИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Қабзият физиологик нормал ҳолатда қайд этиладиган ҳожатга бориш жараёнининг бузилиши бўлиб, унда ҳожатга бориш вақти чўзилади ва ичакнинг нормал функцияси бузилади.

Қабзиятни келиб чиқиши мумкин бўлган сабаблар қуйидагилардан иборат:

1. Йўғон ичак патологиясини юзага чиқиши;
 2. Нормал модда алмашинувини бузилиши;
 3. Овқаланиш санъатини ўзига хос хусусиятлари;
 4. Турли хил дориларни керагидан ортиқ қўллаш.
1. Йўғон ичак патологиясига:
 - колитлар; ичак атонияси;
 - анус атрофидаги ёрилишлар;
 - геморойлар; ичак спазми;
 - Крон касаллиги-яралли колит;
 - йўғон ичак полипозлари ва б. киради.
 2. Нормал модда алмашинувини бузилишига:
 - организмни сусизланиши;
 - қалқонсимон безнинг гипофункцияси;
 - буйрак усти безининг гипофункцияси киради.
 3. Овқатланиш санъатининг ўзига хос хусусиятларига:
 - овқатлар таркибида ўсимлик клетчаткаларини етарли даражада бўлмаслиги (аскаров бешлиги...),
 - овқат рационини бирдан ўзгариши;
 - овқат таркибида ортиқча ёғларни бўлиши;
 - етарли миқдорда суюқликни истеъмол қилмаслик;
 - овқат таркибида ортиқча темирни бўлиши;
 - Фолат кислотани етишмаслиги (чақалоқлар ва хомиладор аёллардаги турли хил ўзига хос етишмовчиликлар...!) Вит. В₉-фолат к-та.
 4. Қандай дориларни керагидан ортиқ ва бетартиб ичилганда қабзият юзага чиқади:
 - алюмин сақловчи антоцидлар;
 - антигистамин препаратлар;
 - антидеприссантлар;
 - нейротроп-нейролептик ва психотроп препаратлар;
 - опиатлар-кўпинча кофеин сақловчи препаратлар;
 - кальций каналлини блокаторлари;
 - темир препаратлари ва кальций препаратлари.
- Қабзиятни қандай ҳолатларда кечиши хаёт учун хавфлидир?
- юқори температура билан кечиши ;
 - нажасда қон юқимини пайдо бўлиши;
 - қоринда қучли оғриқ билан кечувчи қабзият;
 - қабзиятни қайт қилиш билан кечиши;
 - бемор массасини камайиб кетиши.

Бемор билан суҳбатда нималарга аҳамият бериш керак ва бунинг учун қандай саволлар бериш ўринли бўлади?

а). Анчадан бери қабзият билан оғрийсизми ? (Бунда ўткир ёки суринкали қабзият борлиги аниқлаб олинади. Суринкали қабзият бўлса, ундай беморларни врачларга муружат қилишларини тушинтириш керак бўлади.)

б). Хожатга борганда нажасни ажралиб чиқиши оғриқ билан бўладими? (Бунда беморда геморой, прокталгия ва б. бор ёки йўқлиги аниқлаб олинади ва шунга яраша даволаш муолажалари ишлаб чиқилади).

в) Сизнинг қорнингиздаги оғриқ спастик характерга эгами? (Спастик оғриқ спастик колитда, дивертикулёзда йўғон ичакни ракида ва б. бўлади).

г). Профессионал ишлаб чиқариш соҳангиз нималар билан боғлиқ? (Оғир металллар билан контактда бўлиш масалан: симоб, қўрғошин, маргимуш ва б.). Бунда сурункали қабзият юзага чиқиши мумкин.

д). Сиз қандай сурги дориларни қабул қилгансиз ва қандай таъсирлар юзага чиққан? (Юқорида айтиб ўтилган дориларга боғлиқ қабзиятлар бўлади...!)

Айниқса хомиладор аёлларда қайд этиладиган қабзиятни сурги дорилар билан даволаш яхшилиққа олиб келмайди. Бунда кўпроқ суюқликлар ичиш ва ўсимлик клечаткаларидан қабул қилиш керак бўлади. Беморларни ёши ҳам алохида аҳамиятга эга. Чунки қарияларда гиподинамик қабзият юзага чиқиши мумкин. Уларни таза-генитал органларининг мускуллари сусайган бўлади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда ва сурункали қабзиятни бутун дунё буйича кенг тарқалганлигини ҳамда бу касалликни даволашда ўзига-ўзи ёрдам принципларини тарқалганлигини инобатга олиб, уни аниқлашда ва рационал даво муолажаларини юзага чиқариш учун нафақат шифокорлар, балки провизорлар ҳам жавобгарликни ҳис этган ҳолда иш тутишлари керак. Чунки бу гуруҳ касалларни даволашда нафақат рецептсиз бериладиган дориларни ўринли танлаш ёки рационал қўллаш, балки уларни даво курси ҳам катта аҳамиятга эгадир.

Даво муолажалари:

1. Дитетотерапия (ўсимлик клечаткаларига бой махсулотларни истеъмол қилиш)
2. Гази чиқарилган маъданли сувлар
3. Ичак моторикасини нормаллаштиришга мойил дори воситалари бериш (спазмолитиклар, фитотерапия, сабзи, лимон ўти, буймадарон, ялпиз, хмел, тоғ райхон, ромашка, календула ва б. дамламаси).
4. Даво машқлари (қорин ва тазо-генитал мушаклари тонусини оширувчи)
5. Физиотерапия (диатермия, электрофарез, иссиқ қилиш, ванна, парафин ва б.).

Хазм аъзолари касалликлари аҳоли уртасида турли хил ёш гуруҳларида 18 % дан 37 % гача учрайди. ОИС патологиясининг кенг тарқалганлиги куплаб омиллар, нораціонал овқатланиш, экологик бузилишлар, иммун фаолликни пастлиги, инфекцияларни тарқалгани билан боғлиқ. ОИС патологиясининг асосий синдромлари оғриқ, кунгил айнаш, қабзият, диарея, метеоризм ва б. Оғриқ синдроми ва хавфли симптомлардан ташқари барча ҳолатларда ОИС касалликларини рецептсиз дорилар билан симптоматик даволаш мумкин. Қорин соҳасида оғриқ булиши беморнинг нафақат соғлиғига, балки ҳаётига ҳам хавф солади. Бундай пайтларда оғриқ қолдирувчиларни бериш тавсия этилмайди, чунки касалликка аниқ ташхис қуйиш қийинлашади. Бундан ташқари албатта шифокорга мурожаат қилиш лозим булган хавфли симптомларга қуйидагилар киради:

иситма кутарилиши; ахлатда қон булиши; қоринни ўта дам булиши; қусиш; вазнини йўқотиш; қабзиятни бирор бир дорини қабул қилиш билан боғлиқлиги.

Қабзият

Қабзият (obstipatio) — ичак фаолиятининг бузилиши булиб, дефекация актлари уртасидаги интервал 48 соатдан ортиқ булади. Баъзи одамларда 2-3 кунда ичак бушалиши ҳам физиологик норма булиб, қабзият хисобланмайди ва тана учун хавфли эмас. Қабзияти бор одамларда иштаха йўқолиб, кекириш, оғизда ёқимсиз таъм, қорин

соҳасида оғирлик, дам кузатилади. Купчилик касалларда терида узгаришлар, рангпарлик, ерсимон рангга кириши, қуруқлик, ортиқча мугузланиш, дерматит қуринишлари кузатилади, тирноқлар заифлашиб, соч тукилади. Танада интоксикация туфайли холсизлик, иш қобилияти пасайиши, бош оғриши, уйқу бузилиши, хотирани сусайиши аниқланади. Сурункали қабзият иккиламчи энтероколитлар, геморрой, туғри ичакда ёриқлар ҳосил булишига олиб келади. Бунга купинча дисбактериоз, иммун тизими ва модда алмашинувидаги бузилишлар қушилади. Қонда ва лимфада турли хил токсинлар ва канцероген моддалар купаяди.

Қабзиятнинг асосий сабаблари:

туғри ичак патологияси-колитлар, ичак атонияси, спазмлари, мегакалон, полипозлар;

модда алмашинуви бузилишлари-сувсизланиш, қалқонсимон ва буйрак усти безлари гипофункцияси;

овқатланиш характери-рационни кескин узгартириш, овқатда ўсимлик клечаткаси етишмаслиги, рационда ёғларни ортиқча булиши, ортиқча темир қабул қилиш, фолат кислота етишмаслиги;

дефекация актининг оғриқлилиги-орқа чиқарув соҳасида ёриқ булиши, геморройлар;

айрим дори воситаларини қабул қилиш-антацидлар, антигистамин воситалар, холинолитиклар, гипотензив воситалар, кальций ва темир сақловчи воситалар, психотроплар.Қабзият келиб чиқишига мойиллик туғдирувчи омиллар:

бириктирувчи туқиманинг тизимли касалликлари (ревматизм, ревматоид артрит, систем қизил волчанка, склеродермия ва б.); овқат рационда ёғларни ва оксилларни ортиқча булиши; кам ҳаракатлик; сурғи воситаларини узоқ вақт ишлатиш; клизмадан ортиқча фойдаланиш.

Қабзиятларни даволаш

Қабзиятларни даволашга киришишдан аввал уларнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш лозим. Купинча убу сабабларни бартараф этилиши ичакни нормал юришувиға олиб келади. Беморға аввал сурғи воситаларидан ва клизмадан минимал фойдаланган ҳолда номедикаментоз усуллар таклиф этилади

Ичак фаолиятини меъёрлаштирувчи медикаментсиз усуллар

- клечатка ва пектинга бой булган овқат моддаларини (мевалардан олма, лавлаги, олча, сабзавотлар қарам ва б. бутқалар) қабул қилиш;
- хайвон ёғларини истъеомол қилишни чеклаш;
- бир кунда 8 стакандан кам булмаган суюқлик қабул қилиш;
- зарур булмаса темир ва кальций сақловчи препаратларни қабул қилмаслик, витамин-минераллар комплексларини қабул қилиш;
- жисмоний ҳаракатларни қўпайтириш;
- орқа чиқарув соҳаси ёриқлари ва геморройларни даволаш;
- алкоголь қабул қилишдан сақланиш

Ушбу тадбирлар ёрдам бермаганда медикаментоз усулларға ўтилади.

Тўғри ичак фаолияти бузилиши гипертоник (ичак силлиқ мушаклари тонуси ошиши) ва атоник (ичак силлиқ мушаклари тонуси йуқолиши) типларда булиб, даволаш тадбирлари ҳам фарқ қилади.

Тўғри ичак мотор фаолияти бузилишларини дифференцирланган даволаш

Даволаш тадбирлари	Спастик қабзиятлар	Атоник қабзиятлар
Диета	Ични юритувчи диета, овқатни илиқроқ холда қабул қилиш	Менее щадящая диета, сабзаёт ва мевалар, овқатларни совуқ холда қабул қилиш
Минерал сувлар	1-1,5 стакан газсиз сув кунига 2-3 марта овқатланишдан 1 соат аввал	1 стакан совуқ газланган сувни кунига 2-4 маҳал овқатланишдан 1-1,5 соат аввал қабул қилиш
Мотор фаолиятни мутадиллаштириш	Спазмолитиклар — галидор, дротаверин, папаверин, феникаберан	Антихолинэстеразлар — прозерин, галантамин
	Холинолитиклар — пирензепин	Резерпин, б- и в- адреноблокатор-ларнинг кичик дозалари
	Дофаминолитиклар — сульпирид (догматил, эглонил) ва метоклопрамид (реглан, церукал)	Фитотерапия:
	Кичик дозада нифедипин	адаптогенлар — женьшеня, родиола, лимонник, левзея, элеутерококк ва б. дамламалари
Даволаш физкультураси	Фитотерапия: липа, мойчечак, тирноқгул, буймадарон гуллари дамламаси, тоғрайхон, лимонўт, ялпиз ўтлари, фенхел, карам	
	Бушаштирувчи машқлар	Қорин ва чанок мушаклари учун машқлар
Физиотерапия	Папаверин дибазол, дротаверин, магний тузлари билан электрофорез; иссиқ муолажалар (диатермия, парафин аппликациялари, иссиқ ванна ва б.)	Электрофорез кальций тузлари билан, «Амплипульс» аппарати ёрдамида ичакни электростимуляция қилиш ва б.

Сурги воситалари

Сурги воситалари ичак шиллиқ қаватларини рецепторларини механик ёки кимёвий таъсирлайди. Таъсир йуналишига кура улар куйидагиларга ажратилади:

- ичак харакатини стимулловчи;
- ахлатни юмшатовчи;
- ичакдаги массанинг хажмини оширувчи.

1. Сув абсорбциясини тормозлаб, ичак перистальтикасини кучайтирувчилар (контакт сургилар)

Ичак харакатини кучайтирувчи воситалар сурги препаратлари ичида энг катта гурух хисобланади. Бу препаратларнинг асосини антрагликозидлар сақловчи ўсимликлар ташкил этади.

1.1. Антрагликозидлар сақловчи ўсимликлар препаратлари, йўғон ичак шиллиқ қавати хеморецепторларини қитқлаб, перистальтикани кучайтиради. Ингичка ичак мушакларига таъсир этмагани сабабли хазм қилиш ва сўрилиш жараёнларини ўзгартирмайди. Бу гурух препаратлар 8-12 соат давомида таъсир этади.

1.2. Дифенилметан хосилалари бўлган препаратлар-туғри ичак шиллиқ қавати билан бевосита таъсирлашиб, ичак девори рецепторларини қўзғатади, натижада шиллиқ ишлаб чиқарилиши ва перистальтика кучаяди.

1.3. Синтетик препаратлар (натрий пикосульфат) туғри ичакда бактериал сульфатазалар таъсирида фаоллашади, бунда хосил бўлган модда ичак нерв охирларини қўзғатиб, унинг харакатини кучайтиради. Бу препаратлар кўкрак ёшидаги болаларда наф бермайди.

1.4. Осмотик фаол сургилар — туз сургилари бутун ичак бўйлаб таъсир этади. Тузлар таркибида ёмон сурилувчи анион ва катионлар бўлиб, ичакдаги осмотик босимни оширади. Осмотик босим ичакда сувни қайта сурилишига монелик қилади. Ичак таранглашиб, унинг харакати рефлекс равишда кучаяди, ингичка ичак шиллиқ қаватида холецистокинин ажралиши ҳам бунга ёрдам беради. Тузли сургилар узоқ вақт ишлатилганда ичак шиллиқ қаватида атрофик ва яллиғланиш жараёнларини чақиради.

Лактулоза — синтетик дисахарид бўлиб, ингичка ичак дисахаридазаси томонидан парчаланмайди, сўрилмайди ва туғри ичакда бактериялар ёрдамида кичик халқали ёғ кислоталар (суг, сирка, пропион, ва ёғ кислоталар) хосил қилади. Бу йўғон ичакда рНни пасайиши ва перистальтикани қўзғалишига олиб келади. Бундан ташқари ёғ кислоталар осмотик босимни ҳам оширади.

Форлакс — осмотик фаол сурги воситаси бўлиб, бутун ичак бўйлаб таъсир этади. Ичакдаги массанинг хажмини ошириб, уни юмшатади. Кимёвий таркибига кўра форлакс макрогел 4000 бўлиб, молекуляр массаси катталиги учун ичакда сурилмайди ва метаболизмга учрамайди.

1.5. Кастор мойи ингичка ичак липазаси ёрдамида рицинол кислота ва глицеринга ажралади, бу эса ичак рецепторларини қўзғатиб, перистальтикани оширади. Шунингдек, бу моддалар электролитлар ва сувни сурилишини камайтиради ва ичакдаги массани хажмини оширади. Кастор мойининг бир қисми глицерин холида чиқарилиб, ахлатни юмшатади. Ични сурилиши 5-6 соатдан сунг қўзғатилади.

2. Ичакдаги массанинг хажмини оширувчи воситалар-улар қаторига ўсимлик толалари ва гидрофил каллоид моддалар киради. Бу моддалар юқори молекулали ўсимлик полисахаридлари сақлаб, ошқозон-ичакда сув таъсирида букади ва хажми ортади, ичак шиллиқ қавати рецепторларини қитиклаб, ични суради.

3. Ичак шиллиқ қаватини ёғловчи ва ахлат массаларини юмшатувчи воситалар. Ўсимлик ёғлари ахлат массалари юришини енгиллаштиради.

Вазелин мойи (суюқ парафин) — минерал мой булиб, ичакда сурилмайди ва парчаланмайди. У суюқликларни сурилишини камайтиради, ингичка ва йуғон ичакдаги массани ҳаракатини жадаллаштиради. Узоқ ишлатилганда ёғда эрувчи витаминларни узлаштирилишини ёмонлаштиради. Юмшатувчи сурги воситалари тез самара олиш керак булганда, захарланишларда, жаррохлик муолажасидан кейин, ичакни диагностик текширувга тайёрлашда ишлатилади.

Асосий сурги воситаларининг характеристикаси

Халқаро номи	Савдодаги номи	Асосий ножау таъсирлари	Ишлатишга курсатма
--------------	----------------	-------------------------	--------------------

1. Сув абсорбциясини тормозлаб, ичак перистальтикасини кучайтирувчилар (контакт сургилар)

1.1. Антрагликозид сақловчи препаратлар

Сано (барглари)	Сенаде, сенадексин, гласена, антрасеннин, тисасен, қурук экстракт; настой 1:50-1:30	Узоқ ишлатилганда урганиб қолиш, йуғон ичак шиллиқ ва мушак дефека-цияни қаватлари атрофияси билан кечувчи колитлар, ичак атонияси, сурункали қабзият, меланоз, гепатотоксиклик, сут, тер ва пешобни буялиши (нордон мухитда- сарик, ишқорийда- қизил); гипокалиемия	Сурункали атоник қабзиятлар, туғри ичакда ёриклар ва геморрой булганда енгиллатиш учун, диагностик ва
Тоғ жумрут (илдизи)	Дамлама 1:50, суюқ экстракт, қурук экстракт, рамнил, кофранил	Санога ухшаш	Санога ухшаш

Равоч (илдизи, Экстракт
илдизпояси)

Санога ухшаш

Санога ухшаш

1.2. Дифенилметан унумлари препаратлари

Бисакодил	Дульколакс, лаксбене, лелакс, лаксакодил	Қоринда спастик харак-тердаги оғриқ, ортикча ишлатилганда ич кетиш, терида тошма. Узоқ ишлатилганда — простатит	Турли қабзиятлар, метеоризм, диагностик жаррохлик муолажаларига тайёрлашда.	хил ва
		Проктит ва ичак тутилишида ишлатиш мумкин эмас.		
Изафенин	Лаксил	Қоринда оғриқ, кунгил айнаш	Бисакодилга ухшаш	
Фенолфталеин	Пурген	Захарлилиги кучли препарат. Гипокалиемия, ичак коликалари, тахикардия, коллапс, нефро- и гепатотоксик таъсир, остеомалация, аллергические реакциялар (анафилактик шоккача). Ичак тутилиши ва буйрак касалликларида бериш мумкин эмас.	Бисакодилга ухшаш	

1.3. Синтетик препаратлар

Натрия пикосульфат	Гутталакс, лаксигал	Юқори дозаларда ишлатилганда дегидратация, электролит баланси	Овқатланиш характери и режимининг кескин узгариши туфайли, оғир
-----------------------	------------------------	---	---

бузилишини чақиради.	юрак-қон томир касалликлари туфайли келиб чиққан қабзиятлар, жаррохлик муолажаси олдидан ичакни тозалаш учун, акушерлик ва гинекология амалиётида, геморройда дефекацияни енгиллатиш учун
Ичак тутилиши, қоринда ноаниқ этиологиядаги оғриқ бўлганда бериш мумкин эмас.	

1.4. Осмотик сурги воситалари

Магний сульфат	Инглиз тузи	Ортиқча ишлатилганда МНС сусайиши, седатив, ухлатувчи таъсир, миокард қисқарувчанлиги ва нерв-мушак утказувчанлигини бузилиши, сувсизланиш. .	Овқат ва б. захарланишларда, сурункали гепатит, холецистит, мия шиши, семириш, гижжа хайдовчи препаратлар билан даволанаётганда.
		Энтероколитлар ва ут-тош касаллигида ман этилади	
Натрий сульфат	Глаубер тузи	Гипокалиемия Ман этилиши магний сульфатдек	Магний сульфатга қаранг
Карловар тузи	«Барбар тузи»: натрий сульфат — 22 қисм, натрий гидрокарбонат — 18 қисм, натрий хлорид — 9 қисм, калия сульфат — 1 қисм	Диспептик узгаришлар, ичак коликаси, полиурия. Ман этилиши магний сульфатдек	Холецистит, гиперацид гастритлар билан кушилиб келган қабзиятлар
Лактулоза	Дуфулак, нормазе	Метеоризм..Тез-тез	Сурункали қабзият,

		ишлатилганда сув —электролит бузилишини чақиради.	гепатитлар, жигар етишмовчилиги, жигар циррози, энцефалопатиялар, печени,
		Ман этилиши ичак тутилиши, галактоземия	гиперазотемия, сальмонеллез, дисбактериоз
Макроголь 4000	Форлакс	Ножуя таъсирлари аниқланмаган	Қандли диабети, гипертония-си, буйрак ва жигар етишмовчилиги, юрак-қон томир етишмовчилиги бор қарияларда қабзият булганда.

1.5. Кастор мойи

Кастор мойи	Кастор мойи	Қусиш, қоринда спастик оғриқлар, бачадон қисқариши, ингичка ичакда сурилишни бузилиши, гипокалиемия.	Эпизодик қабзиятлар, беморни рентген текширувга тайёрлаш, туғруқни стимуллашда
		Ман этилиши: ёғда эрувчи захарлар билан захарланиш (керосин, бензин, тетрахлорметан, бензол) эркак папоротник экстракти билан бирга ишлатиш мумкин эмас	

2. Ичакдаги массани хажмини оширувчилар

Денгиз карами	Ламинарид (йод ва бромли тузлар, альгинат, маннит, ламинарин, витамин В1, В2,	Узоқ қўлланганда йодизм келтириб чиқаради Гломерулонефрит, геморрагик диатез,	Сурункали атоник қабзиятлар, айниқса атеросклерози бор касалларга
---------------	---	---	---

	B12, C и D, микроэлементлар сақлайди)	қалқонсимон без фаолияти бузилганда мумкин эмас	буюрилади
Подорожник уруғи	Мукофальк	Метеоризм Ман этилиши ичак тутилиши, қандли диабет, 12 ёшгача болаларга	Хомиладорларда қабзият булганда, туғри ичак ёриқлари, геморрой, Крон касаллиги борларга

3. Ичак шиллик қаватини ёғловчи, ахлатни юмшатувчилар

Вазелин мойи	Парафин	Иштаха пасайиши, ёғда эрувчи витаминлар сурилишини бузилиши, бронхлар парафинози	Липофил захарлар билан захарланиш, сурункали қабзиятлар
--------------	---------	--	---

Комбинирланган сурги воситалари характеристикаси

Препарат	Таркиби	Доза	Илова
Агиолакс	Подорожник уруғи — 2,6 г, сано уруғи — 0,62 г, сахароза	1 чой қошиқда кечқурун оч қоринга стакан сув билан ичилади	Узоқ ишлатилганда бирламчи қабзият, калий, натрий, хлор ионлари дефицити, меланоз, аллергия реакциялар. Ман этилиши: ОИС ўткир касалликлари, ичак тутилиши, буйрак касалликлари, хомиладорлик, ичакдан ва бачадондан қон кетишлар, кичик ёшлиларга.
Кафиол	1 брикетда сан барги — 0,7 г, сано уруғи — 0,3 г, олча меваси — 2,2 г, инжир — 4,4 г, вазелин мойи — 0,84 г	0,5-1 брикетни кечқурун 0,5-1 стакан сув билан	Қоринда хуружсимон оғриқлар, анорексия, ич кетиши При длительном применении и противопоказания см.

выше

Регулакс	1 кубикда сано барги - 0,71 г, сано уруғи — 0,3 г, инжир ва олча пюреси, сорбин кислота, вазелин мойи, пропиленгликоль, ароматик қушимчалар	0,5-1 кубикдан оч қоринга кечкурун	ангиолакс и кафиолга қаранг
Калифиг	1 мл сиропда сано экстракти — 0,0005 г, гвоздика, сано, бодом мойи, инжир экстракти, 0,52 г сахароза	По 15-30 мл натошак, на ночь	Ножуя таъсири йуқ Сеннозид сақлагани сабабли болаларга ишлатишга рухсат берилган

Кабзиятни сурги дорилари билан симптоматик даволаш

- Сурги дориларини оч қоринга тавсия этилади.
- Уларни узок вақт берилганда гипокалиемиа ривожланади, шунинг учун бу дориларни калий препаратлари билан бирга тавсия этиш керак.
- Антрагликозидлар сакловчи сурги дорилари 8–12 соатдан сунг таъсир этади, шу сабабли уларни кечкурун уйкудан олдин тавсия этилади.
- Антрагликозидлар сакловчи сурги дорилари спастик кабзият турида кулланилмайди, чунки йугон ичакда огрик чакиради
- Антрахинон гликозидлар она сутига утади, шу сабабли эмизикли оналарга тавсия этилмайди.
- Сурги дориларини узок вақт бериб булмайди.
- Сурги дориларининг антрахинон унумлари пешобни нордон мухитда сарк рангга, ишкорийда кизил рангга буяйди
- Натрий пикосульфат эмизиш ёшидаги болаларда самарали таъсирга эга эмас
- Вазелин мойини узок вақт кулланилганда ёгда эрувчи витаминлар (А ва D) сурилиши камаяди, ОИТ да усмалар хосил булиш эҳтимоллиги ошади
- Лактулоза сурги дорилари кичик ва урта ёшдаги болаларга тавсия этилади.
- Лактулоза препаратини уткир ичак яллигланишларида куллаш тавсия этилмайди

- Кастор мойи 5–6 соатдан сунг таъсирини курсатади.
- Кастор мой хомиладор аёлларга умуман тавсия этилмайди.
- Кастор мойи ёгда эрувчан захарли моддалардан захарланганда тавсия этилмайди.

Тузли сургилар хомиладорликда кулланиши мумкин эмас, чунки перистальтика кучайиши бачадонни қисқаришини кучайтириб юбориши мумкин.

ИЧАК ДИСБАКТЕРИОЗИ

Дисбактериоз- ичак микрофлорасининг (фойдали микрофлоранинг камайиши ва патоген микрофлоранинг ортиши) ва сифатининг (ичак флорасининг биологик хусусиятларининг узгариши, фойдали функцияларини бажарилишининг сусайиши ва захарлилигининг ортиши) узгариши.

Замонавий эпидемиологик тахлиллап натижасига кура, ер юзининг 90% ахолиси ичак дисбактериозининг у ёки бу турлари билан касалланган. Бу авваламбор норационал овкатланиш, стресс, организмнинг иммунологик реактивлигининг сусайиши, ташки мухитнинг экологик ва физ- химиявий омиллари, организм микрофлорасига таъсир киладиган дори воситаларини назоратсиз кабул килиш билан боғлиқдир.

Шу нарса аниқланганки, уткир ичак инфекциясини бошдан утказиб даволанмаса ичакдаги дисбиотик узгаришлар 2- 3 йилгача сакланиб туради.

Ичак дисбактериози айниқса 1 ёшгача булган болаларда (70- 80%) ва янги туғилган чакалоқларда (80- 100%) куп кузатилади. 1 ёшдан утганда дисбактериоз 60- 70 % болаларда, 3 ёшдан катта соғлом болаларда 30- 50% учрайди. Лекин куп болаларда бу касалликнинг Бирон бир клиник белгилари куринмайди.

Нормал ичак микрофлорасининг таркиби ва функцияси.

Одам организмнинг хазм килиш тракти куп микдордаги микроорганизмларнинг хаётий фаолияти учун мухит булиб хисобланади, таркиби ва микдори жихатидан ошқозон- ичак трактининг турли жойларида фарқ килади. Микроорганизмларнинг энг куп микдори йугон ичакда булади, нормада 3 хил гурух микроорганизмлари учрайди: бифидобактериялар ва бактероидлар (асосий гурух); сут кислотали бактериялар ва ичак таёкчасининг штаммлари (ёрдамчи гурух); стафилококклар, замбуруглар, протей (колдик гурух). Катта одам организмида нормада микрофлора таркиби узгармас ва узаро мувозанатда булади.

Соғлом одам ахлатида турли микроорганизмларнинг микдори

Бактериялар	1 гр даги бактериялар микдори
Бифидобактериялар	107-109
Бактероидлар	107-1010
Лактобактериялар	106-109
Клостридиялар	103-105
Эшерихиялар	105-108
Протей	104
Клебсиелла	105
Сут кислотали стафилококк	105-108
Олтин рангли стафилококк	103
Энтерококк	105-106
Ачитувчи замбуруглар	104

Одам овкатиинг хусусияти ва хаётий фаолияти микрофлоранинг вақтинчалик узгаришга олиб келиши мумкин.

Хазм трактининг микрофлораси организмнинг носпецифик химояси омилига киради.

Нормадаги ичак микрофлорасининг асосий функциялари.

- Детоксик (энтерокиназани, ишкорий фосфотазани инактивлаш),
 - Ферментатив (оксил, липид, углеводлар, метаболизми махсулотларини гидролизи),
 - Синтетик (витаминлар, антибиотиклар ва бошқа биологик актив моддаларни синтезлаш),
 - Хазм килувчи (хазм трактининг физиологик активлигини ошириш),
 - Антианемик (темир сурилишини таъминлайди),
 - Антирахитик (кальций ва вит. Д сурилишини таъминлайди),
 - Иммунологик (иммун тизимини активлаштириш, иммуноглобулинлар, интерферон синтези),
 - Микроблараро антагонизм, шунингдек, замбуруглар билан рақобат.
- Нормал ичак микрофлорасини бузадиган омиллар куп ва турличадир.

Дисбактериозни ривожлантирадиган асосий омиллар.

Экзоген:

- саноатдаги захарлар,
- ишлаб чиқариш ва турмушда санитар-гигиеник нормаларга риоя қилмаслик,

- ионли нурланиш,
- иклим ва георгафик омиллар,
- Ошкозон- ичак трактида жаррохлик операциялари.

Эндоген:

- иммунологик бузилишлар,
- стресс ҳолатлари,
- ошкозон ичак трактида ноинфекцион касалликлар (ичак ва ут пуфагининг патологияси, ошкозон яраси касаллиги ва б.лар),
- инфекцион касалликлар,
- қандли диабет,
- ревматик касалликлар,
- оч қолиш,
- нораціонал овқатланиш,
- қарилик ёши,
- дори препаратларидан нораціонал фойдаланиш.

Юқорида айтиб утилган омиллардан ташқари, болалардаги дисбактериоз ривожланишига қуйидагилар ҳам таъсир қилиши мумкин:

- анатомик бузилишлар,
- овқат аллергияси,
- овқатланиш қоидаларини бузиш,
- антибактериал даволанишлар

Дисбактериознинг клиник қуриниши турлича бўлиб, ичак нормал биоценозининг бузилиш даражасига боғлиқ. Бир қатор касалларда дисбактериоз белгилари қузатилмаслиги мумкин, лекин энг қуп учрайдиган шикоятлар:

- ич қетиш (қорин қамлиги ва ич қетиш билан бирга қелиши мумкин),
- қориннинг шишиши ва қуруллаши,
- қорин қастқи соҳасидаги оғриқ (қамлиги қикиб қетгандан сунг қамаяди),
- қунгил айниши, қеқиритиш, огиз беқазалиги.

Бундан ташқари узок муддатдан сунг иққиламқи дисбактериоз ривожланиб, қуйидаги патологик ҳолатлар қелиб қикиши мумкин:

- астеоневротик синдром (гиповитаминоз ва интоксикациядан қелиб қикқан),
- анемия,
- гипопроотеинемия,
- остеомалация,
- тана вазнининг қамайиши,
- гиповитаминоз (асосан ёғларда эрийдиган витаминлар).

Ёш болаларда дисбактериоз ҳолатида укқиш, қушитиш, тана вазнининг уситининг тухташи, безовталаниш, уйқунинг бузилиши қузатилади. Нақас қуп, суюк ёқи қуюқрок бўлиши, қупикли, яшил рангли ва йиринг

хидли булиши мумкин. Овкатдан 2- 3 соатдан сунг кориндаги огрик хуружли булиши, кориннинг шиши билан кузатилади.

Ичак микрофлораси бузилишининг 3 хил клиник даражалари бор:

1 даража. Компенсирланган (латент дисбактериоз) бифидо ва лактобактериялар мутаносиблигида аэроб микроорганизмнинг микдорий узгариши билан характерланади. Клиник белгилари мавжуд эмас.

2 даража. Субкомпенсирланган (ёки махаллий) дисбактериоз- эшерихийларнинг сифатий ва микдорий узгариши билан биргаликда бифидобактерияларнинг камайиши ва шартли- патоген микроорганизмларнинг купайиши билан характерланади. Бунда ичакда яллигланиш жараёнлари кузатилади (энтерит, колит).

3 даража. Кенг таркалган дисбактериоз- ичак нормал микрофлорасининг сифатий ва микдорий узгариши билан кузатилади. Турли хил ичак дисфункциялари хар хил даражаларининг клиник куринишлари булади. Генералланган дисбактериоз – патоген ичак таёкчасининг купайиб кетиши билан бирга бифидо бактерияларнинг йуқолиши ва сут кислотали бактерияларнинг камайиши билан характерланади. Уткир ичак дисфункцияси, бактеримия, септик куринишлар, ички органларда дистрофик узгаришлар булади.

Ичак дисбактериозини асосий даволаш йуллари.

Ичак дисбактериозини даволаш комплексли амалга оширилади. У дисбактериозни чакирувчи сабабларни йукотишга, патоген ва шартли- патоген микроорганизмлар элиминацияси ва йугон ичак микрофлорасини тиклашга каратилган. Микрофлорани тиклаш « Пробиотиклар» деб номланган препаратлар ёрдамида амалга оширилади.

Амбулатория шароитида даволаш факатгина латент (компенсирланган) шаклдаги ичак дисбактериозида амалга оширилади. Уни узбошимчалик билан даволаб булмайди- нажаснинг микробиологик анализи ва албатта врач куригидан утиш лозим.

Ичак дисбактериозини пархез билан даволаш.

Рационал пархезли даволашга асосланган. Ичак дисбактериозидagi пархезли даволаш тулаконли, химиявий, механик, термик тозаланган булиши ва куйидагиларга эътибор берилиши лозим:

- тулаконли овкатланишни таъминлаш,
- хазм системасидаги органлар ва ичакнинг функционал холатини яхшилаш,
- регенерация жараёнларини ва иммунитетни кучайтириш.

Дисбактериоз холатида кайнатилган ёгсиз гушт, балик, буткалар (гречкали, сулили, гуручли) ёгсиз творог, каттик ок нон, куп микдордаги мева ва сабзавотлар (озика толаларини сакламайдиган махсулотлар сифатида) берилиши лозим.

Диареяси булган дисбактериозли касалларга озиқ- овкатларидан қоранон, қайнатилмаган сут, хом сабзавот ва мевалар, ёғли ва уткир зираворлардан воз кечиш тавсия этилади. Купрок шиллик гуручли, сулили буткалар, шурвалар, кисель, қайнатилган мевалардан қилинган пироглар, сабзи, қора смородина, беҳи, анордан қилинган желе ва шарбатлар қабул қилиш лозим.

Қорни дам булган дисбактериозли касалларга купрок озиқ толаларинон маҳсулотлари, сабзавотли салатлар, гречкали бутка, қатик, хом сабзавот ва шарбатлар, нордон мевалар, минерал сувлар бериш тавсия қилинади.

Уткир қоринда дам бўлишларда дуккакқилар, қарамлар, тарқибда глюкозаси қуп булган маҳсулотлар – асал, мураббо, ширинқилқар, узумларни бериш манн этилади. Овқат рациониди қайнатилган гушт ва қалиқ бериш тавсия этилади.

Қолаларда қатик маҳсулотларини ва химиявий тарқибни жихатидан она сутига қикин булган маҳсус аралашмалар – « АГУ- 1» , « АГУ- 2», ацидоқил « Малютка», « Бифилин», « Наринэ», « Бифилин- М», « Лактабактерин», « Тонус», « Вита», « Биоқефир», « Бифидоқефир», « Бифидок»- сутли аралашмалари, йогуртларни бериш лозим.

Ичак дисбактериозини дорилар билан даволаш.

Қомпенсирланган дисбактериозда микрофлорани яхшилаш ва патоген, шартли- патоген микроблар усишини тухтатиш учун пробиотиклар ишлатилади, улар уз тарқибда 20 дан ортик микроорганизмларнинг қомпонентлари ва маҳсулотларини сақлайди.

Пробиотиклар (Эубиотиклар)- ичишга қабул қилинганидан сунг ичакда жойлашадиган ичак нормал микрофлорасининг лиоқил қуритилган қучсиз штаммларидир. Ичакда қиритилган бактериялар уқсус ва сут қислотасини қосил қилиб, қислотали мухитни вужудга қелтиради, бу эса йирингли, газ қосил қилувчи микроорганизмлар (қлостриди, протей, бактероидлар) ни қалок қилади; антибактериал моддаларни қосил қилади, улар эса турли қил шартли- патоген бактерияларни ва ичак инфекцияларини қузгатувчиларни (сальмонеллалар, шигеллалар ва б.лар) бўлинишини тормозлайди.

Асосий пробиотикларни солиштирув қарактеристикаси

Савдодаги номи	Тарқибни	Антибиотиклар билан мослиги	Қолалар ва қомиладорларга ишлатилиш мумлиги	Қуллашнинг узига қос томонлари
Лактобактериялар асосидаги препаратлар				

Лактобакте рин курук	тирик лактобактериялар	+	+/+	Сут билан ичган маъкулрок
Лактобацил лус ацидофилус	тирик лактобактериялар	+	+/+	Сут билан ичган маъкулрок
Йогурт	Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus bifidus, Lactobacillus bulgaricus, Streptococcus thermophilus	—	+/+	Препаратни иссик суюкликлар ва алкоголь билан ичиш мумкин эмас.
Экстралакт	Lactobacillus acidophilus, озука толалари, витаминлар	—	+/+	Овкатдан олдин ва кайнатиб совутилган сув билан ичган маъкул

Таркибида бифидобактериялар саклаган препаратлар

Бифидумба к терин	тирик бифидобактериялар лиофилизати	—	+/+	Препаратни иссик сувда эритиш ва эриган холда куп вакт саклаб булмайди.
Бификол	Бифидобактерияларн инг антогонист актив штаммлари ва ичак таёкчасини биргаликда устирилиб лиофил куритилган микробли массаси	—	+/+	Препаратни иссик сувда эритиш ва эриган холда куп вакт саклаб булмайди.
Бифиформ	бифидум бактериялар, энтерококклар	+	+/+	Препаратни иссик суюкликлар ва алкоголь билан ичиш тавсия этилмайди.

Куп компонентли пробиотик препаратлар

Линекс	Lactobacillus	+	+/+	Препаратни
--------	---------------	---	-----	------------

acidophilus,
Lactobacillus bifidus,
Streptococcus faecum

иссик
суюкликлар ва
алкоголь билан
ичиш тавсия
этилмайди.
Оч коринга
ичилганда куп
микдордаги сув
билан ичган
маъкул.

Бошка доривор препаратлар- пробиотиклар

Бактисубтил	Бактериялар споралари культура IP 5832	—	+/+	Препаратни иссик суюкликлар ва алкоголь билан ичиш тавсия этилмайди.
Биоспорин	B. subtilis, B. licheniformis	—	+/+	Препаратни иссик сувда эритиш ва эриган холда куп вакт саклаб булмайди.
Колибактерин	Тирик ичак таёкчаси бактерияларининг лиофилизати	—	+/+	Препаратни иссик сувда эритиш ва эриган холда куп вакт саклаб булмайди.
Флонивин БС	Тоза курук культура Bacillum IP 5832 вегетатив споралари билан	—	—/+	Препаратни иссик суюкликлар ва алкоголь билан ичиш тавсия этилмайди.
Хилак	Lactobacillus helveticus DSM 4183 нинг хаётий махсулотлари	+	+/+	Сут ва сут махсулотлари билан ичиш тавсия

				этилмайди.
				Препаратни
				овкатдан олдин
				ёки овкат
				пайтида бироз
				микдордаги сув
				билан қабул
				килиш тавсия
				этилади
Хилак форте	Escherichia coli, + Streptococcus faecalis DSM 4086, Lactobacillus acidofilus, Lactobacillus helveticus ларнинг хаётий маҳсулотлари	+/+	Сут ва сут маҳсулотлари билан ичиш тавсия этилмайди.	Препаратни
				овкатдан олдин
				ёки овкат
				пайтида бироз
				микдордаги сув
				билан қабул
				килиш тавсия
				этилади

Пробиотикларни урнини босувчи терапияда эмас, балки нормал микрофлорани таъминлайдиган препаратлар сифатида берилади.

Эубиотиклар томонидан йиринглаш ва ачиш жараёнларини сусайтириш метеоризмни олдини олади, хазм жараёнини яхшилади ва уз навбатида организм иммун системасининг инфекцияларга булган қаршилигини оширади. Эубиотиклар айниқса болаларда дисбактериозни даволашда ҳам олдини олишда берилади.

Дисбактериозни даволаш ва олдини олиш учун пробиотиклар билан бир каторда бошқа овкатланишнинг функционал маҳсулотлари ишлатилади. Бу пробиотикларнинг узига хос шакли булиб, инсон организмдаги физиологик функциялари ва биохимик реакцияларни бошқариб туради, табиий олинган ҳар қунги истеъмол учун мулжалланган овкат маҳсулотларидир.

Бизнинг мамлакатимизда овкатнинг функционал маҳсулотларига таркибида бифидо- ва лакто- бактерияларни сут кислотали маҳсулотлар- «Биокефир», «Бифилайф», «Наринэ», «Геролакт», «Стрептосан», «Йогурт» ва юқорида айтиб утилган болалар учун маҳсулотлар қиради.

Таркибида сут кислотали бифидобактериялар, озика толаларини ва табиий антиоксидантларни доимо истъемол килиб юриш согликни кучайтиришга, ташки мухитнинг нокулай омилларининг таъсирини камайтиришга, умрни узоклаштиришга ёрдам беради.

Пробиотикларни куллашдаги фармацевтик ёрдам.

- Пробиотикларни кабул килишдан аввал врач билан маслахатлашиш зарур,
- Ингичка ва йугон ичаклардаги дисбактериозни даволаш учун куп компонентли комплекс препаратлар «Линекс» тавсия килинади,
- «Линекс» ни болаларга бераётганда капсулани очиш ва 1 чой кошикдаги суюклик (чой, сув, шарбатлар билан аралаштириб бериш мумкин. Хосил булган аралашма ок рангли булади. Саклаш мумкин эмас.
- Антимикробли даволашда пробиотиклар ёки линекс препаратлари бифи шаклларни куллаш мумкин, чунки уларнинг таркибида ичак микрофлорасининг антибиотикорезистент штаммлар мавжуд.
- Хилак ва хилак форте препаратлари сут ва сут махсулотлари билан кабул килиш тавсия этилмайди,
- Хилак ва хилак форте препаратларини антацидлар билан биргаликда кабул килиш мумкин эмас,
- Лактобактерин ва лактобациллус ацифилус препаратларини сут билан кабул килиш лозим,
- Хамма пробиотикларни иссик суюкликлар билан ичиш маслахат берилмайди,
- Хамма пробиотикларни алкоголь билан кабул килиш рухсат этилмайди,
- Дисбактериозни олдини олиш учун овкатнинг функционал махсулотлари берилиши лозим.

12-маъруза

ОИС нинг инфекцион-яллигланиш билан кечадиган касалликларида фармацевтик ёрдам тамойиллари

15-маъруза

ЖИГАРНИНГ СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИДА О'З-О'ЗИГА ЁРДАМ БЕРИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Жигарнинг функционал резервлари булганлиги сабабли ундаги касалликларнинг клиникаси анча кеч кузатилади. Шу билан биргаликда касалликнинг симптомларини жигарга огирлик килиб аникласа булади. (Куп овкат ейиш, ёгли овкат истъемол килиш, огир жисмоний ҳаракатлар килиш). Жигардаги ёмон ҳолатнинг белгиси булиб ундаги огирлик хисси, унг ковурагалар ости соҳасида утмас огрик, иштаҳанинг йуқолиши, ёгли ва аччик овкатларни ҳазм килиш қийинлашиши, умумий ҳолсизлик ҳисобланади. Бу белгилар билан биргаликда бошқа белгилар ҳам булиши, огизнинг қуриши ва бемаза булиши, нордон кекиришлар кузатилиши мумкин. Кейинчалик бу белгиларга қушимча терининг қичишиши (купрок кечки пайт) сабабсиз чарчоклик, мушакларинг бушашиши, уйқунинг бузилиши, уйқусизлик вужудга келади. Терининг ранги сарғиш ёки буз рангга қириши кузатилади.

Сабаблари:

Турмуш тарзи сабабли асабий зуриқишлар (стресс) ва ташқи муҳитнинг бошқа омиллари жигар иш фаолиятига салбий таъсир қилади. Жигар- куп функционал, ҳаёт фаолияти учун зарур булган органдир. Унинг функцияларига метаболитлик, экскретор (айириш) ва деполик функциялари қиради. Овкат ҳазм килиш, гормонлар, витаминлар ва турли хил ферментлар алмашинувидаги роли катта. Шунингдек жигар

углеводлар, оксиллар, организмдаги ёғ ва пигментлар алмашинувига жавобгардир.

У барьерлик функциясини бажаради, ташкаридан кирган моддалардан хосил булган бир катор токсинларни зарарсизлантиради. Регенераторлик функцияси жуда катта аҳамиятли. Жигар уз массасини 15- 100% га қайта тиклаши мумкин. Лекин токсинлар таъсири ва организмнинг қариши натижасида бу нисбат камайиши мумкин.

Жигар етишмовчилигининг асосий сабаби орган фаолиятини бузувчи гепатоцидлар улимига олиб келадиган вирусли гепатит булиб хисобланади.

Вакт утгандан сунг хужайранинг маълум бир қисми қайта тикланади, лекин асосий фаолият зарарланмаган гепатоцидлар уртасида таксимланади. Алкоголни доимий истъмол қилиш жигар циррозига олиб келади. Органнинг асосий қисми функционал актив булмаган бириктирувчи туқима билан алмашади. Жигар циррозининг сабаби булиб маълум бир микдордаги захарли моддалар таъсири (огир металл тузлари, усимлик захарлари ва б.лар) шунингдек қандли диабет, упка касалликлари, огир панкреатит ва энтерит касалликлари билан бирга, семизлик, нотугри овқатланишдан келиб чиқиши мумкин. Ташқи муҳитдан кирган токсинлар (шунингдек эндоген хосил булган) моддалар таъсири натижасида улим билан туғайдиган жигар етишмовчилиги касаллиги вужудга қилиши мумкин.

Классификация. Жигар касаллиги турини аниқлаш учун аввало касалликни гепатит (яллигланиш натижасида) ва гепатоз (яллигланишдан келиб чиқмаган зарарланишлар) ни фарқлаш муҳимдир. Гепатит уткир инфекциялар (вируслар) натижасида келиб чиқадиган ва сурункали уткир яллигланиш туғайли ва унинг яхши даволанмаслигидан келиб чиқадиган турлари маълум.

Қўп ҳолларда сурункали гепатит- захарли таъсирлар натижаси булиб қолади. Кейинчалик фиброз ва специфик гепатоз ривожланади. Гепатитларга қараганда гепатоз ҳолатлари ҳавфсизроқдир, чунки уларни охиригача даволаш ва бемор ҳолатини даволаш муолажалари, парҳез билан назорат қилиб туриш мумкин.

Этиологиясига қўра гепатит- вирусли, алкоголь сабабли, захарлар сабабли, дорилар туғайли келиб чиқиши ва айрим специфик гепатитлар (порфирия, гликогенез, галактоземия ва б.лар) булиши мумкин.

Врачга мурожаатни талаб қиладиган ҳавфли симптомлар.- унқ қовурга ости соҳасида огрик, ич қетиши, қунгил айланиши билан бирга қеладилагн уткир огрик, терининг сарғайиши,

- унқ қовурга ости соҳасида огирлик, ҳолсизлик, мушаклар бушашиши, вақт утиши билан қучаядиган тери ва склера қаватининг сарғайиши,

- унқ қовурга ости соҳасида огрик, қунгил айланиши, 2 ҳафтадан ортик давом этган иш қилишнинг бузилиши,

- ун г ковурга ости сохасида огирлик тана хароранининг кутарилиши билан бирга келиши.

Фармацевтик ёрдам.- Жигар функциясининг бузилганлигини тиклаш учун гепатопротекторлар билан бирга В гурух витаминлари, аскорбин кислотаси, микроэлементларни бериш самарали таъсир курсатади. Микроэлементлари булган поливитаминли комплексларни бериш тавсия этилади.

- Гепатопротекторларни овкатдан сунг, чайнамасдан ва оз микдордаги газланмаган сув билан кабул килиш лозим,

- Гепатопротекторларни куллаш мумкин булмаган холатлари бу препаратнинг айрим компонентларига сезувчанликнинг ортиб кетиши холатидир,

- Баъзи холларда гепатопротекторларни кабул килиш натижасида ичнинг бузилиши, хазм йулларида нохушлик, кунгил айтиши каби белгилар кузатилиб уларнинг булиши препарат кабул килишни тухтатишга мажбурламайди ва препаратни овкатдан сунг минимал дозага тушириш мумкин,

- Гепатопротекторлар билан даволаш узок вакт (1 ой ва ундан куп) давом этилганлиги учун уни кабул килишда дозаларга каттик риоя килиш керак,

- Хавфли холатлар кузатилганда (гепатотоксик препаратлар кабул килинганда, химиявий ва радиацион мухитларда ишлаш холатларда) гепатопротекторларни касаллик олдини олиш максатида куллаш мумкин,

- Шунн эсда тутиш керакки гепатопротекторлар таркибида артишок усимлигининг таъсир килувчи моддаси диуретик ва ич сурги таъсирга эга,

- Овкат рационн куп таркибли булиши, лекин экстрактив моддалари кам булиши-(кайнатилган гушт шурваси, соус ва б.лар) ёгли махсулотлари булган таомлар, аччик газаклар, ковурилган овкатлар, шур ва дудланган махсулотлардан холи булиши лозим. Овкат рафионида усимлик клетчаткаси булган махсулотлар (мевалар, сабзавотлар, нон, ун ва б.лар) булиши керак,

- Кунига 4- 5 марта овкатланиш, лекин порциялар катта булмаслиги, кечки тушлик ухладан 3 соат олдин булиши керак,

- 1 кунда ичиладиган суюклик 1- 1,5 л (асосий кисми куннинг биринчи ярмида) булиши керак,

- Жигари касал булган беморларга огир жисмоний харакат ва жисмоний мехнат килиш рухсат этилмайди,

- Алкоголь ичимликлари истъемол килишдан воз кечин, дори препаратлари ва токсик моддалар билан ишлаганда эхтиёт чораларини куриш керак.

Ут пуфаги ва ут йулларининг функционал бузилишлари. Ут пуфаги ва ут йуллари функцияларини бузилишининг асосий симптомлари бу ун г ковурга ости сохасида огрикнинг вакти вакти билан булиб пархезнинг бузилиши сабаб булиши мумкин.(ёгли ва аччик овкатни куп истъемол килиш, алкоголь, кремли ширинликлар ва б.лар).Огрик турлича

булиши мумкин. Ут йулларидан утнинг чиқиши секинлашса оғрик узок муддатли, елкага утувчи, унг курак соҳасида булади ва ут йулларида тошларнинг тикилиши ёки ут пуфагининг кескин кенгайишидан булиши мумкин. Бошқа пайтларда ошқозон ости безида яллигланиш (панкреатит) жараёнлари билан бирга келса, оғрик чап ковурагалар остига утади.

Юрак ишемик касаллиги булган катта ёшли беморларда оғрик кукракнинг чап кисми ёки орқа кисмида (рефлектро стенокардия) булади. Куп беморларда кунгил аёниши ва кайд килиш- овкат билан аралаш, кейинрок эса ут суюклиги билан аралаш келади. Тана хароратининг кутарилиши- субфебрилдан то баланд хароратгача кузатилиши мумкин. Утнинг ут йулидан утмаслиги сабабли касаллар 2-3 кундан сунг уткир ут йули оғриги билан бирга терининг ва склера шиллик каватининг саргайиши кузатилади.

Сабаблар.

Ут ва ут йуллари касалликлари функциялари бузилишига олиб келувчи омиллар жуда куп булиб, уларнинг энг купи куйидагилардир:

- Нораціонал овкатланиш (катта калорияли овкатлар ва усимлик толаларининг етишмаслиги),

Ут пуфаги иннервациясининг бузилиши,

- Ут пуфаги ва ут йуллари тугма нуксонлари (ут пуфаги шаклининг узгариши- ёйсимон, айланган, чузилган ва б.лар)

- Семизликдаги гиподинамия,

- Инфекцион кузгатувчилар (лямблиялар) ёки гельментлар (жигар сурувчиси)нинг таъсири натижасида яллигланиш жараёнларини ривожланиши,

- Ут суюклиги (стаз) юришининг химиявий таркиби узгариши натижасида ёки дори воситалари (анаболик стероидлар, тиазид диуретиклар, эстрогенлар, эритромицин, линкомицин, индометацин ва б.лар) ни кабул килиш,

- Ут тоши касаллиги. Ут пуфаги бушлигида тошларнинг булиши унинг харакатига тусиклик килиб яллигланиш жараёнини келтириб чикаради.

Классификация.

Ут пуфаги функциясининг бузилиши холатида уткир ва сурункали холецистит турлари ажратилади, бунинг сабаби булиб ут тоши касаллиги (калькулез холецистит) ва тошсиз касалликлари (нокалькулёз холецистит) булиши мумкин. Биринчи холат ут чиқариш йулининг тусилиб қолиши сабабли оғиррок холат булиб хисобланади.

Уткир холециститни 3 та шакли бор:

- Катарал, кучсиз клиник белгилар (2 кундан 7 кунгача)и булиб дори воситалари биоан даволанса тез утиб кетади,

- Флегмоноз, касаллик белгилари якколрок намаён булади,
- Гангреноз, жаррохлик ёрдами талаб киладиган холат.

Ут йулларининг харакати бузилса дискенизия деб номланиб атоник (функциясининг сусайиши) ва гипертоник (функциясининг кучайиши) турлари мавжуд.

Врач урдамини талаб киладиган хавфли белгилар.

- Терининг сариклиги ва кичишиши,
- ут пуфаги ва ут йуллари бузилишини курсатадиган белгиларнинг 2-3 кун давомида авжуд булиши,

- Унг ковургалар ости сохасида огрик билн кечадиган жигарнинг уткир огриги,

- Жигардаги уткир огрик бутун корин сохасига таркалиб, холсизлик ва чарчоклин билан бирга келса.

Фармацевтик ёрдам.

- Ут хайдовчи препаратларни овкатдан олдин ёки овкат пайтида оз микдордаги сув билан кабул килиш лозим,

- Диареяга мойиллиги, йугон ичак яллигланиши булган холатлари таркибида ут комплекслари булган ут хайдовчи препаратларни бериш мумкин эмас,

- Ут хосил булиши ва утни хайдашни йулга куювчи препаратларни бериш пархез билан бирга булиши керак,

- Ут пуфаги ва ут йуллари касалланган беморлар овкатни тез- тез, кам-камдан ва бир хил вақтда кабул килишлари лозим. Сифатли овкат рационини касаллик боскичига караб аникланади. Хуружлар орасида озик толаларига бой, ёг, аччик, ковурилган, алкогольдан холи булган таомлар берилиши керак. Холелитиаз холатида ун махсулотлари, крупа, гушт (чучка, мол, куй гуштлири), балик, тухумларни истъемол килишни камайтириш керак. Касалликнинг зурайишида пархез химиявий ва механик куп таркибли булиши, усимлик клетчаткаларидан холи булиши керак. Яллигланишга карши пархезда ош тузини истъемол килишни камайтириш ва озик оксиллари билан бой таомларни истъемол килиш лозим,

- Утнинг купайиб колишини олдини олиш мақсадида овкатни истъемол килингандан сунг 30- 40 дакика горизонтал холатда ётиш лозим,

- Шуни эсда тутиш жоизки, таъсир этувчи моддаси сифатида артишок булса, унинг енгил диуретик таъсири мавжуд,

- Баъзи комплексли терапияда бериладиган ферментли препаратлар таркибидаги ут компонентлари хисобига ут хайдовчилик таъсирини намоён килади,

- Ут пуфаги ва ут йуллари касалликлари булган касаллар ичакларни тозалаш (кабзиятни олдини олиш учун) зарур. Артишок препаратларини куп куллаш ичнинг кетишига олиб келади,

- Шуни билиш керакки, Магний сульфат ут хайдовчи ва сурги таъсирга эга. Жигарнинг уткир огригининг 1 чи кунларида магний сульфатни сурги сифатида бериш мумкинмас,

- Ут пуфаги ва ут йуллариининг сурункали касалликларида ут сурги препаратларни узок муддат 10- 20 кун кабул килиш керак,

- Усимликлардан олинган ут хайдовчи препаратларнинг ножъуя таъсирлари камдан кам кузатилиб, препарат таркибидаги баъзи моддаларга

сезувчанлик натижасида келиб чиқади. Терининг кичишиши, кизариш, диарея куринишидаги аллергияк холатлар кузатилиши мумкин

-Утнинг тупланиб йигилишига олиб келадиган препаратларни буйрак, жигар, ут пуфаги, ут ва сийдик йуллари касалликларнинг хуружида кабул килиб булмаиди,

- Ут пуфаги ва ут йуллари касалликлари булган касалларга огир жисмоний ишлар, тананинг нокулай холатидаги ишлар, каттик силкинишли узок сафарларга чикиш ман этилади. Совук олишдан сакланиш лозим!

16-маъруза

Куйиш ва совук олишни фармацевтик ёрдам.

Куйиш (combustio)- келиб чикиши турли хил булган термик (олов, кизарган буюмлар, кайнок суюкликлар) химиявий моддалар, электр токи, ионли радиациялар (куёш ва радиацион нурлар) таъсирида тукималарнинг зарарланишидир.

Куйишнинг сабабига караб улар- термик, химик, нурланиш (шу жумладан куёшдан куйиш).

Терининг энг куп учрайдиган зарарланиши- термик, камрок- огиз ва нафас йулларининг термик ва химиявий куйишлари, камдан- кам- кизилунгач ва ошкозон куйиши.

Терининг термик куйиши 4 даражага булинади:

- 1 даража (енгил)- терининг факат ташки кавати (эпидермис) зарарланади- кизариш (гипермия), куйган жойда терининг шиши ва ачишувчи огриклар кузатилади;

- 2 даража- эпидермис ва унинг остидаги тери каватларида- кизаришлари ва терининг шиши яккол ва ичи тиник кейинчалик эса хиралашадиган суюклик Билан тулган пуфакчалар хосил булиши Билан кузатилади;

- 3А даража- эпителий колдиклари сакланган кисман некрознинг булиши, кулай шароит булганда улардан эпителий тукималари кайта тикланиши мумкин;

- 3Б даража- терининг хамма каватларининг некрози;

- 4 даража- кулланиш- факат терининг зарарланиши эмас балки, бошка тукималар (тери ости ёг кавати, мушаклар, суюклар);

3 ва 4 даражали куйишлар курук некроз (терининг кунгир тусга кириши, куруклиги, огриксиз булиши) ёки хул некроз (яранинг саргиш-кулранг, йирингли ва атрофида пуфакчаларнинг булиши) лар билан кечиши мумкин.

1, 2 ва 3А даражадаги куйишлар- юзаки, бу даражадаги куйишда тери узи регенирация (кайта тикланиши) мумкин. 3Б ва 4 даражали куйишлар чукур булади ва хирургик ёрдамни талаб килади.

Химиявий куйишларга- кучли неорганик кислоталар, асослар, огир металл тузларининг терига тушиши ёки ичга Кириши натижасида шиллик каватларнинг зарарланишидир.

Кислоталар таъсирида юзага келган химиявий куйишлар.

Коагуляцияли (курук) некрозга олиб келади. Натижада уларнинг дегидратация ва коагуляцияси келиб чикади. Асослар оксиллар Билан бирикиб, ишкорий альбуминлар ва ёгларнинг совунланиши натижасида терида колливарион (хул) некрозни келтириб чикаради. Химиявий агентнинг кучи ва унинг экспозицияларига караб куйиш даражасининг огирлиги аникланади. Химиявий куйишнинг клиник симптомларида асосан маҳаллий узгаришлар ва куйдирган модданинг сурилиши натижасида интоксикация юзага чикади. Куйиш касаллиги камдан кам пайдо булади.

Огирлик даражасига кура куйиш- енгил, уртача огирликда, огир ва ута огирликдаги турларига булинади. Куйишнинг даражалари унинг факатгина чукурлик даражасига эмас балки куйиш кенглигига ҳам караб аникланади. Шунингдек, нафас йулларининг ҳам куйганлиги, касалнинг ёши ва бошка касалликларини хисобга олиб аникланади. Юзаси 10% ли ва чукурлиги 5% ли юзаки куйишлар маҳаллий зарарланиш каби кечади. Каттарок юзали куйишлар бутун организмда специфик узгаришлар келтириб чикариб куйиш касаллиги деб каралади. Огир 8- 10% дан ортик куйишлар ва юзаси 10-15% дан ортик куйишларда куйиш шоки ривожланади. 10 ёшгача булган болаларда куйиш шокининг ривожланиши 10% дан кам булса ҳам кузатилади.

Куйган жойнинг юзасини аниклаш учун кафт коидасидан фойдаланилади, унга кура катта одамнинг 1 кафти тананинг 1% ни ташкил килади.

Енгил даражадаги куйиш шокининг белгиси бу кузгалиш холати (эйфория) дир, совкотиш, куйган жойнинг атрофида тери окариши, «гозсимон» булиб колиши, кунгил айнаши, кусиш, нафас кисилиши, тахикардия минутига 100- 120 та юрак уриши, артериал босимнинг норма лёки кисман ошиши. Уртача огирликдаги ва огир куйишда киска вақтли кузгалиш, хуши жойидалигидаги депрессияга утади. Куйган жойда огир, кескин совкотиш, чанкоклик, кунгил айнаши, кусиш, тана хароратининг тушиши, нафаснинг тезлашуви, тери дакикасига 120-140 мартали тахикардия, артериал босимнинг кисман тушиши. Куйган жойи- курук, ушланганда совук булиб колади.

Врач аралашувини талаб қиладиган хавфли симптомлар.

Термик ёки химик куйишда:

- 3А, 3Б, 4 даражали куйишлар;
- Терининг катта қисмида диаметри 5 см дан катта булган пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши;
- Юзаси 10% дан катта булган терининг куйиши;
- Куйиш шокиннинг белгилари- совкотиш, кунгил айланиши, қусиш, артериал босимнинг ўзгариши;
- Болалардаги ҳар қандай куйиш ҳолатлари;
- Томоқ, ҳалқум, қизилунгач, қузнинг химиявий куйиши.

Қуёш билан қуйганда:

- Ҳушдан кетиш;
- Оғизнинг қуриши, сийдик ажралишини камайиши ёки йуқолиши;
- Тана ҳароратининг 39,0 С дан юқори бўлиши;
- Терининг бўжмайиши ёки осилиб қолиши;
- Терининг катта қисмида диаметри 5 см.дан катта булган пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши;
- Қуйган жойда қаттиқ оғрик қузатилади.

Қуйишни даволаш йуллари. Қуйишдаги биринчи тиббий ёрдам.

Шуни эсда тутиш керакки, Янги қуйган жой оддий яра қаби бўлиб, оғрик ва некрозли туқималар булганлиги сабабли унга инфекцияларнинг тез тушиши мумкинлиги билан характерланади.

Қуйишдаги (узиға- узи) ёрдам беришнинг умумий усуллари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- термик фактор таъсирини тухтатиш (ёнаётган қийимнинг ўзгариш, қизиган бўюмни олиб ташлаш ва б.лар);
- зарарланган соҳани совитиш (совук сув, қор, муз билан);
- қуйган юзада ифлосланиш юзага қелишини олдини олиш;
- қуйган юзани инфекцияланишдан ҳимоя қилиш;
- оғрикни камайитиш.

Химиявий қуйишда биринчи тиббий ёрдам бу зарарланган моддани олиб ташлаш ва нейтраллашдан иборат. Зарарланган тери ва шиллик қаватларни биринчи навбатда қуп микдордаги совук сув билан ювиб ташлаш зарур. Қуйган жойни 10- 15 дақиқадан кам булмаган вақт давомида, агар кеч ёрдам берилаётган бўлса, 1 соат давомида сув билан ювиб туриш лозим. Қуйган жой ювилгандан сунг химиявий моддани нейтраллаш амалга оширилади.

Қуйишни келтириб чиқарган химиявий агентни нейтраллаш воситалари.

Химиявий агент	Нейтралловчи восита ва уни куллаш.
Нитрат, хлорит, фосфат кислоталари	Натрий гидрокарбонатнинг 3% ли эритмаси бн шимдирилган пахта.
Карбол кислотаси	Сут ёки глицерин билан боглам килиш.
Асослар	Кучсиз кислотали хул пахта ва богламлар (1-3% сирка ёки лимон кислотаси)
Охак	20% глюкоза (шакар) ли хул пахталар
Фосфор	5% мис сульфат билан (мисс купороси) боглам килиш
Алюминий органик кислоталари	Тампонли бензин ёки спирт билан хуллаб олиб ташлаш. Сув билан ювилса ёниб кетиши мумкин.
Огир металл тузлари	Натрий гидрокарбонатнинг 3- 5%ли эритмаси билан боглам килиш.

Куйишни симптоматик даволаш учун ишлатиладиган воситаларнинг солиштирув характеристикаси.

Халкаро номи	Таркиби	Фармакологик активлиги	Кузатилиши мумкин булган ножъуя таъсирлар.
--------------	---------	------------------------	--

Тери ва шиллик каватларнинг регенерациясини таъминлайдиган препаратлар

Актовегин	Депротеинланган бузук терисининг гемодеривати	Функционал анаболизм ва метаболизмдаги энергетик жараёнларни рағбатлантиради, кон утиб кетувчи билан таъминлашни яхшилаиди.	Терининг ва аллергия реакциялари, кон утиб кетувчи огриклар, препаратни тухтатмаса хам булади.
«Ливиан» Аэрозоли	линетол, балик ёғи, токоферола ацетат, бензокаин, циминаль, кунгабокар мойи, лаванда мойи	Метаболик жараёнларни бошкаради	аникланмаган
Бепантен плюс	декспантенол,	Тери ва шиллик	Терининг

	хлоргексидин гидрохлорид	каватларнинг булиши шакилланишига беради	хосил ва ёрдам	аллергик реакциялари, терининг куруклиги
Бепантен	декспантенол	Тери ва каватларнинг булиши шакилланишига беради	шиллик хосил ва ёрдам	Терининг аллергик реакциялари
Винилин (Шостаковский малхами)	винилин	бактериостатик, яллигланишга таъсирга зарарланган регинерация хусусиятига яраларни биткизади	карши эга, терини килиш эга,	аникланмаган
Вулнузан	Тузли денгиз усимлигининг экстракти, канақунжут мойи, сувсиз ланолин, сув	Яллигланишга таъсирга эга	карши	аникланмаган
Каротоллин	Наъматак меваларининг мойли экстракти	Метаболик жараёнларни бошкаради		Терининг аллергик реакциялари
Альтан суртмаси	альтан	Яллигланишга антимикроб, таъсирли	карши, репаратив	аникланмаган
«Вундэхил» суртмаси	Япон софораси настойкаси, калган, мингяпрок, прополис илдизпояси, усимлик мойи, карофилен, асалари муми, ланолин	Хужайралардаги регенерация жараёнларини тезлаштиради, яраларни биткизади, яллигланишга таъсирга эга	карши	Терининг аллергик реакциялари
Ихтиол суртмаси	ихтиол	Яллигланишга огрик антисептик таъсирли	карши, колдирувчи	Терининг аллергик реакциялари

«Календула» суртмаси	Тирнокгул настойкаси	Яллигланишга карши, аникланмаган микробларга карши таъсирли, терида кон айланишини яхшилаиди, яраларни битишига ёрдам беради	
Каланхоэ суртмаси	Патсимон Каланхоэнинг барг новдалари	Яллигланишга карши, аникланмаган ярани биткизувчи ва таъсирли	
Метилурацил суртмаси	метилурацил	Тери регенерациясини тезлаштиради, яраларни биткизади, яллигланишга карши таъсирга эга	Терининг аллергик реакциялари
Окопник др. Тайсс суртмаси	окопник настойкаси, токоферола ацетат	Тукималардаги регенерацияни бошкаради, конни кайта тиклаш ва яллигланишга карши таъсирга эга.	аникланмаган
Халкаро номи	Таркиби	Фармакологик активлиги	Кузатилиши мумкин булган ножъуя таъсирлари
Мазъ этония	этоний	Яраларнинг битишини рагбатлантиради, махаллий оғрик колдирувчи таъсирга эга, бактериостатик ва бактероцит таъсир килади	Терининг аллергик реакциялари
Масло облепиховое	облепиха мевасининг мойи	Репаратив жараёнларни рагбатлантиради, яра битишини тезлаштиради, маълум бир даражада антибактериал таъсирга эга	Терининг аллергик реакциялари, даволаш давомида ачишиш сезилиши мумкин

Масло шиповника	Наъматак уригининг мойи	Метаболик жараёнларни бошкаради	Терининг аллергия реакциялари
Олазолъ	Облепиха мойи, глицерин, хлорамфеникол, бензокаин, борная кислота, триэтанолламин, сувсиз ланолин, стеарин кислотаси	репаратив жараёнларни рағбатлантиради, битишини тезлаштиради, антибактериал таъсирга эга	Терининг аллергия реакциялари
Пантенол	декспантенол	Тери ва шиллик каватларнинг шаклланиши ва регенерациясига ёрдам беради	Терининг аллергия реакциялари
Пантестин-Дарница	D-пантенол, мирамистин	Репаратив жараёнларни рағбатлантиради, микробларга карши таъсирга эга	аллергия реакциялар
Солкосерил-желе	Эмизикли бузокларнинг стандартланган, депротейнланган конининг гемодиализати	Янги грануляцияланган тери ва коллаген синтезини рағбатлантиради, ишемик туқималарни ревазуляризациялайди, ангиогенезни рағбатлантиради	Терининг аллергия реакциялари, махаллий огриклар, препаратни бекор қилмасаму бўлади

Термик қуйишдаги фармацевтик ёрдам

- 1 ёшгача болалардаги ҳар қандай қуйишда врачга муружаат қилиш лозим;
- Пуфакчаларни ёриб бўлмайдиган, чунки бу уларга инфекция тушишини осонлаштиради ва регенерация жараёни секинлашади;
- Қуёш билан қуйганда қуёш нурларини қўйиб қўйиш керак;
- Қуйган жойни даволаётганда иложи борича махаллий анестетики бор препаратларни қўлланмаслик лозим, чунки улар терини қайта тикланишини тоқтатиб, аллергия реакцияни келтириб чиқариши мумкин;
- Қуйган жойни юкори температурада қуёшдан қўйиб қўйиш керак;

- Куйганда таркибида дексапентанол булган препаратларни қабул қилиш маъқулроқ;
- Актотегин, соқосерилни қабул қилаётган пайда маҳаллий огриклар кузатилиши мумкин. Препаратни қабул қилишни тухтатмаса ҳам булади;
- Дексапентанолни куллаш баъзан тери аллергик реакцияларини чақиритиши мумкин;
- Метилурацил мази, этоний мазларини ишлатилганда терининг аллергик реакциялари кузатилиши мумкин.

Химиявий қуйишларни даволашдаги фармацевтик ёрдам.

- Қуйган юзани юйиш 10- 16 дақиқадан кам булмаган вақтда, агар тезликда ёрдам берилмаган булса, 1 соат давомида юйиб турилиши керак;
- Химиявий қуйишда ёгли ёки асоси ёгли суртмали боғламлар қуйиш қатъиян ман этилади- таркибидаги актив модда ёгларни эритувчиси булиши ва шу сабабли унинг таъсири қучайиб токсик захарланишга олиб қелиши мумкин;
- Агар қуйиш сабаби алюминийнинг органик бирикмаси булса, этил спирти ёки бензин билан юйиш зарур, сув билан ювилса ёнгин чиқитиши мумкин;
- Агар қуйиш сабаби сульфат кислотаси булса, сув билан юйиш мумкин эмас. Сув билан ювилса иссик ажралиш ва қуйиш қучаяди;
- Фосфор билан қуйганда уни охиригача тозалаш қоронгу хонада амалга оширилиши керак, чунки ёруғликда фосфор заррачалари қуритмайди.

Совук олиш.

Совук олиш- жуда паст ҳарорат таъсирида туқималарнинг маҳаллий зарарланиши. Совук олишда организмдаги маҳаллий ва умумий узғаришлар периферик қон томирлар спазми билан юзага қикади, бу эса қомпенсатор реакция булиб, иссиклик қикаришни қамайтиришга ва тана температурасини оптимал ҳароратини сақлашга қаратилган булади. Агар совук таъсирот давом этаверса бу қомпенсация механизми бузилади, натижада қон томирларида тромбоз, туқималарда нерво- трофик, алмашинув жараёнлари бузилади, сунг уларда некротик узғаришлар вужудга қелади.

Совук таъсир қилиш шароитига қараб совук олиш 3 турга булинади:

0 градусдан кам булгандаги совук олиш, бармоқ уқлари, қулок, бурун, юз, жағларни совук уритиши билан қарактерланади;

0 градусдан юқори температурада совук олиш, паст температура билан бирга юқори даражадаги намлик таъсири остидаги совук олиш.

Қонтактли совук олиш, жуда қаттиқ музлаган металлга теғилганда юзага қелади;

Туқималарнинг зарарланиши қуқурлиғига қура 4 та даражага ажратилади:

- 1 даража- эпидермиснинг факат юзаки кисми зарарланади ва кон айланиш бузилади. Совукнинг узрок таъсири натижасида келиб чиқади. Терининг оқариши, сезгирлигининг камайиши ва оғриклар билан юзага келади. Совук олиш давом этаверса тери сезгирлигини тулик йукотади. Иситилгандан сунг зарарланган сохалар кизаради ва шишади, ачишишли оғрик ва кичишиш пайдо булади.

-2 даража- эпидермис ва унинг остидаги тери каватлари зарарланади, оқариб кетган тери иситилганда кизгиш- кук тусга киради, совук олган жой ва атрофларида оқ ёки конли суюклик билан тулган пуфакчалар ҳосил булади. Пуфакчалар атрофида тери тук кукиш, бинафша ёки сиёхранг.

-3 даража- Терининг бутун чуқурлигидаги некроз. Бу ҳолатда атрофдаги туқималар шиши яққол қуриниб туради, тук сиёхранг, ичида гемморогик суюклик булади, туқималарда муз заррачалари ҳосил булади. Жуда узок вақт совук олиш ва жуда паст температурада юзага келади.

- 4 даража- 3 даражадагидек белгилар юзага келади, лекин факатгина юмшоқ туқималар совук олмасдан балки суяклар ҳам совук олади. Зарарланган тана қисмларини ажралишига олиб келади.

Шуни эсда тутиш керакки, совук таъсирот натижасида совук олишнинг симптомлари терининг оқариши ёки қуқариши ва сезгининг йуқолишига олиб келади. Туқималардаги тулик клиник белгилар ва структур узғаришлар иситилгандан сунг юзага чиқади. Совук олишнинг оғирлигини биринчи соатларда (баъзан кунларда ҳам) аниқлаш анча қийин.

Врач аралашувини талаб қиладиган хавфли симптомлар:

- Иситилгандан сунг ҳам тинмаган оғрик;
- Тананинг совук олган қисмларининг шиши;
- Терининг санчиши ёки ачишиши;
- Терининг кукиш рангга қириши (оқдан қизил рангга утгандан сунг);
- Терида шиш тошмалари пайдо бўлиши;
- Умумий бузилишлар- Совкотиш, нуткнинг бузилиши, хотиранинг йуқолиши.

Совук олишни даволаш йуллари. Совук олишдаги биринчи ёрдам.

Совук олишда даволаш туқималарни совук олган соҳадаги кон айланишини тиклаш мақсадида иситишга асосланган булади. Совук олган туқималарни иситишни энг яхши йули бу оч пушти рангдаги калий перманганат 41- 44 градусда 20 дақиқа давомида зарарланган тана қисмларини иситишдир. Шундан сунг совук олган тери қисмини яхшилаб қуритиш, асептик боғлам қуйиб иссик қийим билан ураш керак. Илик сув билан иситиш иложи бўлмаганда, зарарланган тери қисмини спирт ёки ароқ билан артиш лозим. Совук олган жойни иситаётганда каттик оғрик пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолатда аналгетикларни (парацетамол, аспирин) қабул қилиш мумкин.

Музлаш, яхлаш- одамни 14 градусдан паст булган хароратда терморегуляция бузилган холда (алкогольдан маст булиш, овкатдан захарланиш) куп вақт давомида колиб кетишдан келиб чиқади. Умумий совкотишнинг 4 та боскичлари бор:

1 даража- хушнинг енгил йуқолиши, бемор кузгалган ҳолатда, совкотишга шикоят бор, бармоқ учларида оғрик. Тугри ичакдаги харорат 34 градусга тушган,

2 даража- хуши қисман йуқолган, куз қорачиги кенгайган, рефлекслари қучсиз, мушаклар бушашган, тугри ичакдаги харорат 30 гача тушган,

3 даража- хуши тулик йуқолган, куз қорачиги кенгайган, ёругликка булган жавоби қучсиз, пульс секин, нафас олиш ва юрак уриши секинлашган, тери қуқи ш рангга қирган, тугри ичакдаги харорат 27 гача тушган,

4 даража- куз қорачиги кенгайган, ёругликка жавоби йуқ, пульс ни фақар артерияларда аниқлаш мумкин. Тугри ичакдаги харорат 27 градусдан тушган.

Музлашдаги даволаш ва биринчи ёрдам йуллари.

Музлашда биринчи ёрдам бу беморни иссик хонага олишдан, иссик урашдан, иссик грелкалар қуйишдан, иссик чой беришдан иборат. Имкон булса беморни 40 градусли ھаммомда 30- 40 дақиқа қолдириш лозим.

3 ва 4 даражаларда зудлик билан биринчи тиббий ёрдамни чақириш ва стационарга юбориш зарур.

Ота- оналар учун маслаҳатлар.

- 1 ёшгача булган болаларда терморегуляция механизми тулик шаклланмаган булади, шунинг учун уларда совуқ олиш ва музлаш ҳавфи катта булади,

- Чакалоқлар совуқ олишга жуда сезгир булади, айниқса оёқ ва қул бармоқлари, кулок,бурун ва юз қисмлари,

- Агар сиз бола танасининг маълум бир қисмлари совуқ ёки оқариб қолганини сезсангиз, дарров шу соҳаларни иситинг.

- Иситиш учун иссик сувдан фойдаланиш мумкин эмас, чунки жароҳат қучайиши мумкин. Яхшиси 38, 7 дақи ғаммомда иситиш маъқул,

- Агар исингандан сунг бола билан яна совуқ қучага қичиш лозим булса (мн, врачга бориш учун) совуқ олган жойларни иссикроқ тутишга ҳаракат қилинг, чунки қайта совуқ олиш туқималарни яна зарарлантиради,

- Болалар узок вақт совуқда қолганда ота- оналар эътиборлироқ булишлари лозим.

- Узок вақтли қишки саёҳатларга қиккан болалар совуқ олишлари мумкин. Мн, қанги училарда.

- болалар факат паст хароратта эмас балки 0, +3, +5 градуслар ва юкори даражадаги намлик ва шамолда хам булиши мумкин,
- Кон айланишига халакит берадиган тор кийимларни кийдиришдан холи булинг.
- Агар сиз фарзандингиз совук олган деб уйласангиз уни иссик жойга жойлаштиринг ва тезлик билан врачга курсатинг.

Совук олишдаги фармацевтик ёрдам.

- Совук олган жойни кор билан ишкалаб булмайди, чунки майда кристаллар терини шишиши, кордаги лой эса инфекцияларга тушишга олиб келиши мумкин,
- Тананинг совук олган жойларни совук сувга сотиб булмайди,
- Иситилаётганда совук олган тери зарарланишига эътибор бериш лозим,
- Совук олиш болада руй берган булса, уни албатта врачга курсатиш лозим.

17-маъруза

ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ

Адабиётлардан маълумки, дунё аҳолисини 52% аёллар, 32% эса 15 ёшгача бўлган болалар ва 6%-65 ёшдан ошган қариялар ташкил этади. Демак, дунё аҳолисини 1/3 қисмини ўзига ўта эҳтиётликни талаб қилувчи инсонлар категорияси (болалар ва қариялар) дир. Мана шу категорияга кирувчи инсонлар эса дунё бўйича энг кўп дорилар қабул қилувчи беморлар бўлиб, ана шу контингент инсонлар ўртасида ўткир захарланиш холлари ҳаммадан кўп қайд этилади.

Дориларни қабул қилишдан юзага чиқаётган ножўя таъсирлар ва ўткир захарланишлар шифохоналарга ётқизиладиган беморларни 10%-30% ташкил этади. Буларга сарфланаётган харажатлар шу шифохоналарни умумий харажатини 15-20% ташкил этади. Масалан: АҚШда 2000 йилда шу беморларга сарфланган харажат **177,5 миллиард** долларни ташкил этди.(Е.А.Ушакова, Е.А.Овчинникова, 2001 г.)

Дориларни нотўғри беришдан АҚШда ўлаётганларнинг миқдори транспорт фалокатидан ўлаётганларга қараганда 3 баробар кўпдир.

Россия токсикологик марказини берган маълумотига қараганда энг кўп тарқалган захарланишни (60%гача) психотроп ва гипотензив препаратлар билан захарланиши ташкил этади.(Е.А.Лужников, Ю.С.Гольдфарб, 1999й).

Я.М. Луцкийни берган маълумотига қараганда Москвадаги ёш болалар ўртасидаги захарланиш билан шуғулланувчи марказ болалар ўртасидаги захарланишни 81%-ни дорилар билан захарланишлар ташкил этишини кўрсатади. (Я.М.Луцкий, 2001 й).

Шу билан бирга йилдан-йилга хўжалик молларини ва доривор моддаларини кўпайиб бораётганини эсдан чиқармаслик керак. Ушбу модда ва дорилар хар доим ҳам болалардан узоқ ёки улар қўли етмайдиган жойларда сақланмайди. Шунинг учун ҳам дорилар билан захарланиш ёш болалар ўртасида кундан-кунга кўпайиб бормоқда.

Ёш болалар ўртасидаги ўткир захарланиш ҳолатлари 3 ёшгача болалар ўртасида 40%ни, 7 ёшгача бўлган болалар ўртасида 33,3%, мактаб ёшидаги болалар ўртасида эса 20% гача ташкил этади.

Уйлайманки, бизни Республикамизда ҳам юқоридаги ҳолатлар қайд этилши мумкин. А.З.Зурдинов (2003й) ни берган маълумотига қараганда дунёдаги препаратларни 50%-и нотўғри ёзилган рецептлар орқали берилади ва сотилади. Шунингдек 50% беморлар уларга берилган доривор моддаларни талаб даражасида қабул қилмайдилар.

Немис ёки испаниядаги фармназорат хизматчиларнинг олиб борган кузатувлари дориларнинг ножўя реакциялари хар 5та беморни 1 ёки 2 тасида қайд этилади. Антибиотиклар ва вакциналар билан даволанганда эса бу ҳолат 69%дан 81%гача ҳолатларда қайд этилади.

Захарланишнинг клиник белгилари:

Ўткир захарланганда нафас ва юрак-қон томир фаолияти издан чиқади, АБ пасаяди, овқат хазм қилиш органлари фаолияти бузилади.

Сўнгра МНС ўзгаришлар рўй беради; қусиш маркази бевосита таъсирланади ва бемор қайд қилади; қорин оғрийди, ОИС-да диспептик ўзгаришлар рўй беради.

Қўрғошин билан захарланганда эса унинг таъсирида қабзият пайдо бўлади.

Атропин ва унинг унимлари билан захарланганда эса кўз қорачиғи кенгайиб кетади, морфинда ва кодеинда эса тораяди ва х.к.

Химиявий моддалар билан захарланганда даволаш махсус токсикологик марказ ва бўлимларда ташкил қилинади. Чунки бу марказ ва бўлимлар захарланган беморларга зудлик билан БТЁ беришга тўла қонли ёрдам беришга қодир.

Бунда аввало захарни, токсик моддани қонга сўрилмаслиги ва сўрилган қисмини зудлик билан қондан ва организмдан чиқариб юбориш керак бўлади. Демак захарланишда ДМ-рини ножўя таъсири шу ДМ-ларини бирламчи таъсир этувчи ерида юзага чиқади. Яъни плазматик мембраналарда, тўкималар аро мембраналарда ва ферментларда юзага чиқади.

Мана шу структуралар қон пайдо қилувчи органларда, ОИС, жигарда, буйракда ва эндокрин безларда кўпроқ қайд этилади ва ДМ-рининг специфик таъсир этувчи тўкималарининг функционал ҳолатлари, ва шу органлар ҳамда тўкималар кўпроқ жароҳатланади.

Шунинг учун ҳам захарланишга қарши тадбирларни қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

а). Мембраналарни мустаҳкамловчи, стабилловчи ва ПОЛ-ни тормозловчи препаратларни ишлатиш;

б). ДМ-рини специфик антидотлари билан боғланувчи реакцияларни юзага чиқариш;

в). организмни захарлаган ДМ-ларни тўқималардан тезроқ қонга ўтишини ва организмдан тезроқ чиқиб кетишини ташкил этувчи воситалар ташкил этади.

Кон ва тўқима оксиллари билан кучли боғланишни ташкил этувчи ДМ-лари антиген сифатида аллергик реакцияларни ташкил этади.

Ўткир захарланишдаги патологик жараёнлар уч йўналишда бўлади:

Умумий токсик жароҳаланиши;

Умумий ва специфик аллергик реакциялар;

Баъзи орган ва тўқималарни функцияларини специфик жароҳатлаши юзага чиқади.

Сурункали захарланишда тўқималар дистрофияга учраши ва некрозга учраб ўлиши мумкин.

Хозирги кунда 50 дан ортиқ токсик таъсирга эга химик моддалар бўлиб, улар энг кўп ўткир захарланишларни юзага чиқаради. Бундай моддалар билан захарланишлар оддий оилавий тасодифий воқеалар деб ҳисобланар эди. Аслини олганда бу моддалар «асримиз вабоси» ҳисобланади, чунки улар жуда кўпчиликни ҳаётига зомин бўладилар.

Химик ва захарли доривор моддалар билан захарланишлар субъектив ва объектив гуруҳларга бўлинади:

Субъектив захарланишлар кўпинча беморни, жароҳатланувчини ўз ҳулқига боғлиқ бўлади;

Объектив захарланишлар эса доривор моддаларни ёки химикатларни захарловчи ҳолатларини юзага келишидан юзага чиқади ва бу ҳолатларни ўз навбатида 3-та асоси бор:

Турмуш ва турмуш тарзини оғирлашиши натижасида кўпинча инсонлар томонидан турли хил доривор моддаларни (психотроп, тинчлантирувчи ва б) сурункали узоқ муддат давомида қабул қилиш;

Сотилаётган доривор моддаларни ёмон назорат қилиш ва уларни ишлаб чиқаришни кучайиши ва уларни керагидан ортиқ реклама қилиш;

Захарланишни турли хил сабабларига жуда катта ўринни ўзини ўзи даволашга рўжу бериш, амбулатория ва илмий марказлардан ташқарида суъний аборт мақсадида турли хил токсик моддалардан фойдаланиш.

Юқоридагиларни инобатга олиб доривор моддалар билан захарланишнинг умумий принциплари ва унда кўрсатиладиган БТЁ асослари ишлаб чиқилган.

ДМ-лар билан ўткир захарланишнинг умумий принциплари.

Химик моддалар билан, жумладан ДМ-лар билан захарланиш жуда кенг тарқалган. Захарланишда:

тасодифий;
суицидал-бирор мақсад йўлида (преднамеренный);
хизмат соҳасига боғлиқ-профессиясига хос захарланишлар бўлади.

Энг кўп захарланиш этил спирти, ухлатувчи, психотроп, наркотик, нофаркотик препаратлар ва фосфорорганик инсектицидлар билан юзага чиқади...!

#

Химик моддалар ва ДМ-лар билан захарланишни даволаш учун Республикамизда махсус токсикологик марказ ва бўлимлар ташкил этилган.

Бу центрларни асосий мақсади захарланган беморлардан; шу захарли моддаларни тезроқ организмдан чиқариб юборишдан иборатдир.

Ута кучли захарланиш қайд этилганда беморларда умумий терапевтик ва реанимацияга боғлиқ тадбирлар ўтказилади ва бу тадбирлар ҳаётий ички органларнинг функцияларини сақлашга бағишланади, айниқса нафас ва юрак-қон томир системаларига алоҳида аҳамият берилади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда захарланишни бартараф қилишда қуйидаги принципларга риоя қилиш керак.

- захарлашга сабабчи ДМ-нинг организмга киритилган еридан имкон даражасида уни сўрилишини сусайтириш ва олдини олиш керак.
- захарли ДМ-ларни организмдан тезроқ чиқариб юбориш керак бўлади.
- сўрилган токсик моддаларни зарарсизлантириш муолажаларини ўтказиш керак.
- уткир захарланган беморларда симптоматик даво курсини ўтказиш керак.
- уткир захарланишни олдини олиш билан боғлиқ тадбирларни ўтказиш зарур.

I. Захарловчи ДМ-ларининг сўрилишини сусайтириш ёки дезактивация жараёнини амалга ошириш

Бизга маълумки организмнинг ўткир захарланиши кўпинча ДМ-ларини оғиз орқали истеъмол қилинганда қайд этилади. Шундай экан захарланган организмни захарловчи моддалардан холи қилиш зарур бўлади. Бунинг учун меъдани, яъни ДМ-лар тушган жойни тезроқ захарли моддалардан тозаланади. Бунда:

1. меъдани ювиш ёки қайд қилиш процессини юзага чиқариш зарур.

томоқ орқа қисмини механик қитиқлаш билан;

NaCl ёки Na_2SO_4 ни юқори концентрациясини истеъмол қилиб қайд қилдириш. Лекин 15% NaCl эритмасини ёш болаларга бериб бўлмайди, чунки у сўрилиб ўзи токсик таъсир этиши мумкин.

қайд қолдирувчи ДМ-лардан фойдаланиш (апоморфин гидрохлорид; CuSO_4 , ZnSO_4 ва бошқалар).

Лекин ОИС-нинг шиллиқ қабатини бутунлигини бузилиши (кислота ёки ишқорлар) билан боғлиқ захарланишларда қайд қилдирувчи моддаларни қабул қилиб бўлмайди. Чунки бунда қизилўнгачда қайтадан

куйиш бўлиши мумкин. Шунингдек қайд қилдирувчи моддалар ўпкага тушиши (аспирация) ёки нафас йўллари тўсиб қуйиши қайд қилинади.

Шунинг учун ҳам ОИС-да ДМ-лар билан захарланишни даволашнинг энг оптимал усули меъдани зонд ёрдамида ювишни ташкил қилишдир. Бунда аввал меъдадаги бор нарса олиб ташланади. Сўнгра уни турли эритмалар билан (иллик сув, изотоник NaCl эритмаси, калий перманганат-марганцовка эритмалари) ювиш ва унга – эритмага активланган кўмир ёки захарловчи моддаларни антидотларини кўшиб ишлатилса мантиққа лойиқ бўлади. Меъдани ювиш 3-4 соат ўтгач қайтарилади ва у меъда тўла тозалангунча давом этади.

2. Захарли моддаларни сўрилишини олдини олиш учун юқорида қайд этилганидек адсорбентлардан (актив.кўмир) ва тузли сурги дориларидан, шунингдек вазелин ёғидан фойдаланилади, ҳамда ичакни ювиш керак бўлади.

3. Захарланиш териға ёки шиллиқ қабатға ДМ-ларини таъсир қилдириш орқали юзаға чиқса уни оқувчи водопровод суви билан ювиш зарур бўлади.

4. Захарланиш захарли ДМ-ларни ўпкаға тушиши орқали бўлса шу йўл билан ДМ-ларни ўпкаға тушишини олди олинади. Беморни захарланишға сабабчи бўлган жойдан олиб чиқиш ёки унга противогаз кийгизиш керак бўлади.

5. Захарланиш захарли ДМ-ларни тери остига (п/к) юбориш орқали бўлса, уни инъекция қилинган еридан сўрилишини сусайтириш учун шу инъекция қилинган ер атрофига адреналин юбориб ёки у ерға яхни қўйиш орқали ёрдам берилади.

Бундай холларда ўрни бўлса баъзан жгут қўйиш ҳам мумкин...!

6. Агарда меъдада катта миқдорда захарли моддалар тўпланиб қолган бўлса, масалан: бромидлар ёки рентгеноконтраст модаллар, унда гастроскопия ёки гастротомия қилиб тозалаш керак бўлади...!

II. Захарли ДМ-ларни организмдан олиб ташлаш билан боғлиқ муолажалар ёки сўрилган ДМ-ларини камайтирувчи воситалар.

Агар ДМ-лар сўрилиб бўлган ва энди резорбтив таъсир юзаға чиқаётган бўлса, ундай беморларда захарли ДМ-рини организмдан тезроқ чиқариб юбориш керак бўлади.

Бунинг учун: 1.кучайтирилган диурез

2. перитонеал диализ

3. гемодиализ

4. гемосорбция ва

5. қонни алмаштириш зарур бўлади.

1. Кучайтирилган диурезни сувли юклама билан пешоб хайдовчи (фуросемид, маннит ва б.) препаратларни бирға қўллаб юзаға чиқариши мумкин. Бу усул билан эркин ДМ- ёки оксиллар ва ёғлар билан боғланмаган ДМ-рини чиқариш мумкин.

Албатта бу усулда электролитлар балансини назорат қилиб бориш зарур, чунки кучайтирилган диурезда кўп электролитлар организмда чиқиб кетади.

2. Перитонеал диализ ёки гемодиализда захарланган бемор кони махсус мослама ёрдамида, суъний буйракдан ўтказилиб тозаланади. Бу усулни Артериал қон босим тушиб кетганда ишлатиб бўлмайди.

Перитонеал диализда қорин бўшлиғи электролитли эритмалар билан ювилади. Бунда ишлатилаётган эритмага антибиотиклар қўшиб берилади.

3. Гемосорбцияда қондаги захарли ДМ-лари махсус сорбентлар ёрдамида адсорбироват қилиб олинади. Масалан: қон оксиллари билан ўраб олинган активланган кўмир гранулаларидан фойдаланилади.

Бу усул гемодиализ ёрдам бермаганда жуда қўл келади.

4. Қон алмаштириш билан қонни захарли моддалардан холи қилиш. Чиқарилган қон ўрнига қон қуйилади.

5. Лимфорея, лимфодиализ ва лимфосорбция. (Андижон мактабини ишлари)...!

III. Сўрилган захарли ДМ-ларини зарарсизлантириш муолажалари.

асосан антидотлардан фойдаланиш билан амалга оширилади. Бу услда ДМ-га нисбатан химик ёки физик таъсир этилади.

Оғир металл тузлари билан захарланганда унитиол, CaNa_2 , ЭДТА ва б. қўлланилади.

Реактиваторлар масалан: холинэстераза реактиваторлари ишлатилади.

Фармакологик антогонистларидан фойдаланилади.

атропин → антихолинэстераза препаратлари

морфин → налорфин

IV. Уткир захарланишни симптоматик даволаш муолажалари.

Бу усул захарловчи ДМ-ларининг специфик антидотлари бўлмаган ҳолларда кенг қўлланилади.

Қон айланиши ва нафас функцияларига алоҳида аҳамият берилади;

Юрак гликозидлари;

Қон босимига таъсир этувчи моддалар;

Микроциркуляцияга таъсир этувчи моддалар;

Нафас стимуляторлари;

O_2 тўйинтирувчи моддалар;

Дегидратацияга қарши (маннит) препаратлар;

Наркотик аналгетиклар (морфин);

Электролитларга хос эритмалар;

Алкалоз ёки ацидозга қарши препаратлар ва

Дезинтоксикацион муолажалар.

18-маъруза

ТУРЛИ ХИЛ КЕЛИБ ЧИҚИШГА ЭГА БЎЛГАН ШОК ҲОЛАТЛАРИДА ФАРМ. ЁРДАМ.

Шок-организмнинг умумий оғир реакцияси бўлиб, экстремал омиллар таъсирида содир бўлади. Шокнинг асосини ҳаёт учун муҳим бўлган қон айланиш ва нафас олиш фаолиятлари, асаб ва эндокрин тизим, моддалар алмашинувининг бирдан бузилиши ташкил қилади. Келиб чиқиш сабабларига кўра шокнинг бир неча тури фарқланади:

Кардиоген шок-юрак етишмовчилигининг алоҳида оғир шакли бўлиб, миокард инфарктининг асорати ҳисобланади. Кардиоген шок артериал босимнинг пасайиб кетиши, пульснинг тезлашуви, қон айланишининг бузилиши билан кечади.

Инфекцион-токсик шок-оғир инфекцион жараёнларда ривожланади. Бу ҳолатда шокнинг клиник кўриниши тана ҳароратининг ошиши, қалтираш, йирингли септик ўчоқнинг бўлиши билан ажралиб туради.

Эмоционал шок-тўсатдан ва кучли рухий травмалар таъсирида юзага келади. Баъзан кўркув туфайли тўлиқ ҳаракатсизлик келиб чиқиши мумкин. Бу ҳолат бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Айрим ҳолатларда аксинча кескин қўзғалувчанлик келиб чиқади, бунда бақириш, маънисиз ҳаракатлар, югуриш, юрак уришининг тезлашиши, терининг чуқур қизариши ёки оқариши, терлаш, ич кетиши кузатилади.

Анафилактик шок-дори моддаларига тана сезувчанлиги юқори бўлганда келиб чиқади. Бунинг олдини олиш учун дориларни юборишдан олдин тери-аллергик синамаси ўтказиш лозим.

Постгеморрагик шок-кўп қон йўқотилганда, гемолитик шок эса гемолитик заҳарлар билан заҳарланганда ёки нотўғри қон қуйилганда кузатилади.

Травматик шок-оғир шикастланишлар натижасида келиб чиқади. Қаттиқ қуйиш натижасида юз берувчи қуйиш шоки ҳам травматик шокнинг бир тури ҳисобланади.

Шокнинг давлари.

Қўзғалиш даври (эректел фаза)-10-20 дақиқа давом этади. Белгилари: ҳуши жойида, тери ва шиллиқ қаватлар оқарган, қарашлари нотинч, кучли тер ажралиши, қорачиқлар кенгайиши, қорачиқларнинг ёруғликка сезувчанлигининг яхшилиги, пульс паст, артериал босим меъёр атрофида, мушаклар торттишган, тери ва пай рефлекслари кучайган, нафас олиши тезлашган.

Тормозланиш даври (торпид фаза)-бу даврда ҳуши жойида бўлса ҳам оғриқ сезувчанлик бирдан пасайиб кетади. Белгилари: артериал ва веноз босим тушади, пульс тезлашади, тана ҳарорати тушиб кетади, нафас олиш секинлашади, терини нам, совуқ тер босади, чанқоқлик, баъзан қайт қилиш кузатилади, бемор хотиржам ётади, атроф-муҳитни сал сезади ёки умуман сезмаслиги мумкин.

Травматик шокнинг тормозланиш даври 4 даражага бўлиниб, зудлик билан берилувчи ёрдам шокнинг оғир-енгиллигига мос келиши керак.

I даража (енгил): тери оқарган, эс-ҳуши жойида ёки сал тормозланган, мушаклар титрайди, артериал босим тушиб кетган, пульс бир маромда, нафас олиши текис, тана ҳарорати меъёрда. Бу даража ҳаёт учун хавфли эмас.

I даражали шокда биринчи ёрдам: жисмоний ва рухий тинчлантириш, оғриқсизлантириш, қон оқишини тўхтатиш, транспорт иммобилизациясидан иборат.

II даража (ўрта оғирликда): беморнинг аҳволи бирмунча оғирроқ, асаблари таранглашган, сезиларли даражада яққол тормозланган. Териси оқарган, ҳуши жойида, қорачиқлар ёруғликни сал сезади, артериал босим тушиб кетади, пульс ва нафас олиши тезлашади, тана ҳарорати пасаяди, рефлекслар пасайиб кетади.

II даражали шокда биринчи ёрдам: жабрланувчига иссиқ ширин чой ичириш, оғриқсизлантириш, нафас йўллариининг ўтказувчанлигини тиклаш, ташқи қон оқишини тўхтатиш, транспорт иммобилизацияси, тезликда касалхонага етказишдан иборат

III даражали (оғир) шок: асабларнинг сезиларли даражадаги таранглашуви, қотиб қолиш, атрофга ва ўзига нисбатан бефарқлик, ҳуши жойида, тери ва шиллиқ қаватлар кулрангроқ рангпар, совуқ тер босган, систолик босим 70 мм с.у.дан паст, диастолик эса 30-40 мм с.у., пульс ва нафас олиш секинлашган, юзаки бўлади.

III даражали шокда биринчи ёрдам: асаб, юрак, қон-томир тизими, нафас олиш аъзолари фаолиятини нормаллаштирувчи шокка қаршикомплекс чоралар кўрилади; юқори нафас йўллари ўтказувчанлиги таъминланади-бошни орқага эгиб, пастки жағини тортиб, нафас йўллари шиллиқлардан, қондан, қусуқ моддалардан тозаланади; оғриқсизлантирилади; қон оқишини тўхтатилади; зарарланган қўл-оёқ охирларини стандарт транспорт воситалари ёрдамида иммобилизация қилинади; зудлик билан касалхонага ётқизилади.

IV даража (охирги): клиник ўлимга ўтувчи давр. Воқеа жойида ёрдам кўрсатиш ва транспортировка қилишда жабрланувчини шок ҳолатидан бутунлай чиқаришга уриниш шарт эмас. Муҳими, шокнинг кучайиб кетишига йўл қўймаслик керак, нафас ва юрак қон томир тизимининг фаолиятини яхшилаб, ўлим хавфини камайтириш керак. Травматик шокни даволашнинг асосий манбаи-махсус даволаш муассасасига зудлик билан ётқизиш.

Шокда ёрдам беришнинг умумий тамойиллари. Шокда биринчи ёрдам жабрланувчини жароҳатловчи омил таъсиридан халос қилишга қаратилади. бунинг учун уни ёнаётган кийим, электр токи манбаи ва б. дан халос қилиш лозим. Очiq жароҳат бўлиб, қон оқаётган бўлса, қонни вақтинчалик тўхтатиш чораларини кўриш, синиш ёки чиқиш бўлса вақтинчалик иммобилизация қилиш керак. Оғиз бўшлиғи ва ҳалқум қусуқ моддалари ва б. дан тозаланади. Агар зарур бўлса ўпканинг сунъий вентилизацияси ўтказилади. Агар жабрланувчи ҳушсиз бўлса-ю, юрак ва нафас фаолияти сақланиб қолган бўлсақусуқ моддаларининг нафас йўлига тушиб қолмаслиги учун қорин тарафга буклаб, бошини ён томонга эгади. Ҳуши ўзида бўлган жабрланувчига оғриқ қолдирувчи дорилар ичирилади. Бундан ташқари шокнинг келиб чиқишига қараб клиникада махсус чоралар кўрилади (постгеморрагик шокда қон қуйиш, кардиоген шокда наркотик анальгетиклар юбориш ва б.)

Чўкиш сув ҳавзаларида чўмилиш вақтида ёки тўсатдан сувга тушиб кетганда содир бўлади. Чўкаётган одамни бир дақиқадан сўнг 90 %; 6-7 дақиқадан сўнг фақатгина 1-3 % қутқариш мумкин.

Чўкишни бир нечта турлари фарқланади.

1. Ҳақиқий чўкиш-ўпка ва нафас йўллари сув тўлдиради, одам ҳаёт учун курашади ва талвасали ҳаракат қилиб, сувни тортади ва сув ўз навбатида ҳаво киришига ҳалақит қилади. Чўкаётган одамнинг териси кўқарган бўлиб, оғиз ва бурундан кўпик келади; агар одам сув тағида 3-6 дақиқадан кўп бўлмаса, жонлантириш чоралари муваффақиятли бўлиши мумкин.

2. Қуруқ чўкиш-овоз ёриғи спазми туфайли сув ўпкага кирмайди, тери кўқариши кам, ҳушдан кетиши кузатилади, чўкаётган одам шу заҳоти сув тубига тушади.

3. Синкопал чўкиш-тўсатдан нафас олиши ва юрак уриши тўхташи ўлимга олиб келади. Бунда чўкаётган одам териси оқаради.

Қуруқ ва синкопал чўкишда, одам сув тубида 10-20 дақиқадан ортиқ бўлса, жонлантириш чоралари муваффақиятли бўлиши мумкин.

Совуқ сувда чўкаётганда ҳимоя қилувчи гипотермия эффекти пайдо бўлади ва жонлантириш чораларини 20 дақиқа давомида сув тубида бўлганда ҳам ўтказиш мумкин.

Чўкаётган одамни қутқариб, қирғоққа олиб чиқилади ва биринчи ёрдам берилади. Агар шикастланган одам ҳушдан кетмаган бўлса, пульси қониқарли ва нафас олиши сақланган бўлса, уни текис, куруқ қаттиқ жойга ётқизилади, боши паст бўлиши лозим, кийимлари ечилади, қўл ёки сочик билан ишқаланади. Иссиқ ичимлик берилади ва иссиқ матога ўралади.

Агар жабрланувчи ҳушсиз бўлиб, пульс ива нафас олиши сақланган бўлса, боши орқага қилинади, пастки жағи олдинга тортилади, сўнг уни боши паст қилиб ётқизилиб, бармоқлар билан оғиз бўшлиғини лойдан, қусуқ массаларидан тозалаш керак, уни ишқалаб, артиб иситилади.

Жабрланувчи ҳушдан кетганда, мустақил нафас олмаганда, лекин юрак фаолияти сақланиб, нафас йўллари тозалаш чоралари ўтказилгандан сўнг, тезликда сунъий нафас беришни бошлаш керак. Жабрланувчи нафас олмаганда ва юрак фаолияти кузатилмагандасунъий нафас беришни юрак массажи билан бирга ўтказиш лозим. Олдин нафас йўлларида сувни чиқариб ташлаш керак, бунинг учун уни қорни билан тизза бўғимида букилган оёғи сонига ётқизилади кураклар орасига босилади. Бу муолажалар 15-16 секунддан ошмаслиги керак, чунки сунъий нафас ўз вақтида берилиши керак.

Биринчи ёрдам кўрсатилгандан сўнг жабрланувчини тезликда касалхонага ётқизиш лозим, чунки ўпкада асоратлар ривожланиши мумкин (иккиламчи чўкиш синдроми). Иккиламчи чўкиш синдроми белгилари: ўткир нафас етишмовчилиги, кўкракда оғрик, йўтал, ҳансираш, ҳаво етишмаслиги, қон билан йўталиш, қўзғалиш, пульс тезлашиши.

Электр токидан шикастланиш катта кучдаги электр токи ёки атмосфера токидан (чақмоқ уришидан) юзага келади. Электр токи организмга маҳаллий ва умумий таъсир кўрсатади. Маҳаллий таъсир токнинг кириш ва чиқиш жойларида тўқималар куйиши билан намоён бўлади. Ток таъсирида нафас олиш ва юрак фаолияти тўхтайдди. Жабрланувчининг териси оқарган, қорачик кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқолган бўлади.

БТЁ. Зудлик билан электр токи таъсирини тўхтатиш лозим, яъни электр токи дарҳол ўчирилади. Шикастланган кишини тортиб олишда токни ёмон ўтказадигандан фойдаланилади. Сўнг маҳаллий жароҳатларига асептик боғлам қўйилади. Оғрик қолдирувчилар, тинчлантирувчилар, юрак дорилари (Зеленин томчилари) берилади. Нафас ва юрак фаолиятитўхтаганда реанимация чоралари кўрилади, яъни сунъий нафас олдирилади, юракни ёпик массаж қилинади. Бемор ҳушига келгач унга чой ёки кампот бериб, иссиқ ўраб қўйиш керак. Алкоголи ичимликлар ва кофе ичириш мумкин эмас. Транспортировка вақтида ҳам беморни кузатиб бориш лозим, чунки нафас ва юрак уриши тўхтаб қолиши мумкин.

Шикастланганларни ерга кўмиш ман этилади, бу нафас олишни қийинлаштиради, қон айланиши бузилади ва ёрдам кўрсатиш қийинлашади.

Чақмоқ таъсиридан шикастланиш ҳам электр токидан шикастланишни эслатади ва биринчи ёрдам ҳам ўхшаш бўлади.

Чақмоқ таъсирида шикастланишнинг олдини олиш учун жала ва чақмоқ пайтида телевизор, радиони ўчириш, телефонда гаплашишни тўхтатиш, деразаларни беркитиш лозим. Очiq жойда, яkка дарах тёки устунлар ёнида туриш мумкин эмас.