

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI

M. F. ZIYAYEVA, M. D. XODJASHEVA

KATTALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

**(Terapevtik kasalliklar va klinik
tekshiruvlar)**

Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma

TOSHKENT
«NISO POLIGRAF»
2017

UO‘K: 610.255-053.8
KBK 51.1(5ŷ)2
K 11

Ziyayeva, M. va boshq.

Kattalarda hamshiralik parvarishi (Terapevtik kasalliklar va klinik tekshiruvlar). Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma. /M.F.Ziyayeva va boshq. O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi. – T.: «Niso Poligraf»; 2017. – 400 b.

**UO‘K: 610.255-053.8
KBK 51.1(5ŷ)2**

Tuzuvchilar:

M. F. Ziyayeva – 1-Respublika tibbiyot kolleji direktori,
M. D. Xodjasheva – 1-Respublika tibbiyot kolleji «Kattalarda hamshiralik parvarishi» kafedrasini mudiri, bosh o‘qituvchisi.

Taqrizchilar:

X. T. Miraxmedova – TTA 2-sonli ichki kasalliklar kafedrasini dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi,
G.N. Shamsuddinova – Chilonzor tibbiyot kolleji uslubchisi, katta o‘qituvchi,
M.R. Yunusova – Toshkent viloyati Ixtisoslashtirilgan somatika shifoxonasi, oliy ma‘lumotli bosh hamshirasi.

O‘quv qo‘llanma terapevtik kasalliklar va klinik tekshiruvlarda hamshiralik parvarishining maqsad va vazifalari, o‘ziga xos xususiyatlari, terapevtik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi, shuningdek sog‘lom turmush tarzini shakllantirish va targ‘ibot qilishda patronaj hamshirasining vazifalari tushunarli tilda yozilgan.

Ushbu o‘quv qo‘llanma tibbiyot kollejlari «Hamshiralik ishi» yo‘nalishi o‘quvchilari va amaliyotda ishlayotgan hamshiralalar uchun mo‘ljallangan.

O‘rta maxsus, kasb-hunar ta‘limi markazi ilmiy-metodik
Kengashi tomonidan nashrga tavsifiya etilgan

ISBN 978-9943-375-80-2

© M. Ziyayeva va boshq., 2017
© «Niso Poligraf» 2012–2017

KIRISH

Respublikamiz mustaqillikka erishgandan keyin xalq xo'jaligining hamma jabhalarida, shu jumladan, tibbiy ta'lim sohalarida ham tub islohotlar amalga oshirilmoqda. O'zbekiston Respublikasining «Ta'lim to'g'risida»gi Qonuni, «Kadrlar tayyorlash Milliy Dasturi», «Sog'liqni saqlash sistemasini isloh qilish Davlat Dasturi», «Fuqarolar sog'lig'ini saqlash to'g'risida»gi qonunlarining qabul qilinishi ham tibbiy ta'lim rivojiga katta ta'sir ko'rsatdi.

Zamon talablari va sog'liqni saqlash sistemasidagi islohotlardan kelib chiqqan holda barcha me'yoriy hujjat (tasniflagich, Davlat tarmoq standarti, reja va dastur)lar qayta ko'rib chiqildi va takomillashtirildi.

Ushbu o'quv qo'llanma tarmoq standartlari talabidan kelib chiqib, «Kattalarda terapevtik kasalliklar va klinik tekshiruvlarda hamshiralik parvarishi» fani bo'yicha yangi o'quv dasturi asosida tayyorlandi.

Ushbu o'quv qo'llanmada kattalarda hamshiralik parvarishining maqsad va vazifalari, o'ziga xos xususiyatlari, bemor muammolarini aniqlash va hamshiralik jarayonini yuritish bo'yicha yo'riqnomalar yoritildi.

Ayniqsa, terapevtik kasalliklar bilan og'rigan bemorlar hamshiralik parvarishi bo'limida bemorlarga yo'naltirilgan hamshiralik parvarishiga alohida e'tibor qaratilgan. Bu bo'limda nafas a'zolari, yurak va qon-tomir a'zolari, ovqat hazm qilish a'zolari, jigar, buyrak va siydik ajratish a'zolari, qon va qon yaratish a'zolari, ichki sekretiya bezlari va moddalar almashinuvi buzilishi, allergik, biriktiruvchi to'qima, kasb-kor kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi mavzulari

va bemorlarni o'z-o'zini parvarish qilish ko'nikmalari bo'yicha yo'riqnomalar berildi.

Sog'lom turmush tarzini shakllantirish va targ'ibot qilishda patronaj hamshirasining vazifalari yoritildi.

Shuningdek, xirurgik kasalliklarda hamshiralik parvarishi bo'limida tibbiyot hamshirasining jarrohlik yo'nalishida faoliyat ko'rsatishida zarur bo'lgan bilim va ko'nikmalar, xirurgik yo'l bilan davolanayotgan bemorlarning va ulardagi hamshiralik parvarishining o'ziga xos xususiyatlari keng yoritilgan. Asosiy xirurgik kasalliklarda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan bemor muammolariga ham to'xtalib o'tilgan. Hamshiralik jarayonini yuritishda va bemor holatiga baho berishda undagi muammolarning muhimlik darajasini aniqlashning ahamiyati katta bo'lgani uchun, o'quv qo'llanmada xirurgik kasalliklarda hamshiralik parvarishini samarali tashkil etish va bemorning ehtiyojlarini qondirishda muammolarning muhimligi darajasiga e'tibor berilishiga alohida to'xtalib o'tilgan.

Shu bilan birga, har bir mavzu bayonidan keyin nazorat savollari, tayanch iboralar va testlar berilgan bo'lib, o'quvchilar tomonidan mavzular o'zlashtirilishini yanada osonlashtiradi, degan umiddamiz.

O'quv qo'llanma bo'yicha bildirilgan barcha fikr va mulohazalar mualliflar tomonidan samimiyat bilan qabul qilinadi.

1-bob. KATTALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

1.1. «Kattalarda hamshiralik parvarishi» faniga kirish

«Kattalarda hamshiralik parvarishi» fanining maqsadi – bu katta yosh rivojlanish bosqichida bo‘lgan insonga sog‘lom kundalik hayot kechirishi uchun, rivojlanish vazifalarini mustaqil bajarishi uchun hamda sog‘lom qarilik davriga o‘tishiga qaratilgan professional parvarishni amalga oshirishdan iboratdir.

Hamshiralik parvarishining roli va vazifalari – bemorga o‘z vaqtida, to‘g‘ri rejalashtirilgan yordam ko‘rsatishdan iborat.

Kattalik davrining har bir bosqichi xususiyatlarini hisobga olgan holda zarur yordam ko‘rsatish zarur. Salomatlikdagi muammolarni kattalarning rivojlanish bosqichidagi xususiyatlarni hisobga olgan holda hal etish hamda kasbga yondoshgan holda parvarish olib borib, inson rivojlanishining keyingi bosqichiga sog‘lom o‘tishi uchun sharoit yaratish zarur. Katta yoshdagilarda uchraydigan salomatlikdagi muammolar xilma-xil bo‘lib, to‘g‘ri chora ko‘rishni talab etadi.

«Kattalarda hamshiralik parvarishi»ning xususiyatlari: umumiy xarakterdagi yosh xususiyatlariga qo‘shimcha ravishda shu insonning hayot tarzini ham chuqur tahlil qilish va zarur yordam ko‘rsatish kerak.

Katta odamlar, odatda mustaqil hayot kechiradi. Shuning uchun har bir individual salomatlik muammolarini ko‘p qirrali va muntazam o‘rganish kerak va uning individualligini hisobga olib, har bir insonning imkoniyatlarini to‘liq amalga oshirishni ta‘minlab, malakali yordam ko‘rsatish kerak.

Salomatlik muammolarini yechish jarayoni bu – butun hayot davomida davom etuvchi shaxsiy malakalarning rivojla-

nishini ta'minlovchi, kattalarni o'rgatishni muhim asosini tashkil qiluvchi o'rgatishning mezonidir.

Yordam ko'rsatishda muhim bo'lgan shaxslararo o'zaro munosabatni shakllantirish. Turli hayotiy sharoitga va turli qadriyatlarga ega insonlar bilan hamshira orasida shaxslararo o'zaro ijobiy munosabatni shakllantirish hamda samarali munosabat o'rnatish muhimdir. Kattalar salomatligi muammolarini yechishda kasbiy bilim va malakaga ega bo'lgan jamoa bo'lib harakat qilish muhim.

Mustaqil hayot kechiruvchi katta yoshdagi odamlarning mustaqil yechim qabul qilish huquqlarini hurmat qilish va alohida e'tibor berish muhim. Yana turli xarakterdagi yechim qabul qilayotgandagi insonlarni qo'llab turish va yordam berayotgan, himoya qiluvchi inson pozitsiyasini egallash lozim.

Muammoni hal qilish jarayoni: kattalarning salomatligiga bog'liq muammolar murakkab xarakterga ega va uning zamirida juda ko'p omillar yashiringan. Katta yoshdagi insonlarning salomatligini saqlab turish va yaxshilash uchun uning shaxsi orqasida yashirilib turgan turli omillarni to'g'ri tushunish zarur va individium hayotini hisobga olgan holda samarali yordam ko'rsatish kerak. Shuning uchun muammolarni muntazam yechish jarayonida asosan obyektning salomatligini yetarlicha tahlildan o'tkazish va samarali, aniq asoslangan yordam ko'rsatish muhim.

Katta yoshdagi odamlar bir-biridan individual hayotiy faoliyati va turli-tuman odatlari bilan farq qiladi hamda qarish jarayonida yuzaga keladigan jismoniy o'zgarishlarni boshidan kechiradi va turli xil hayotiy muammolarga ega. Shuningdek, katta insonlar salomatligi shu barcha omillarning murakkab yig'indisi ta'siri ostida shakllanadi. Shuning uchun salomatlik holatini baholash va tahlil qilishda muntazam va ilmiy yondoshib, rahbarlik qilish zarur. Tahlil obyekt salomatligiga tegishli muntazam ma'lumotlar yig'ish va parvarishdagi muammolarni aniqlashdan iborat.

Muammolarni aniqlash: yig'ilgan ma'lumotlar tahlil qilinadi, umumlashtiriladi, baholanadi va muammolar aniqlanib, hamshiralik yordami ko'rsatiladi.

Parvarish muammolari – bu hamshiralik parvarishi bilan hal etilishi mumkin bo'lgan bemor salomatligining holatiga bog'liq bo'lgan muammolardir. *Yaqqol muammolar* – avvaldan mavjud bo'lgan muammolar. *Yashirin muammolar* – jiddiy tus olish xavfi bo'lgan muammolar, ya'ni bemor ayni vaqtda o'zi sezmayotgan, lekin bemor salomatligiga xavf soluvchi muammolar.

Hamshiralik jarayoni – bu kutilgan natijani olish maqsadida parvarish qilish bo'yicha aniq yo'naltirilgan va rejalashtirilgan faoliyatdir. Kutilgan natijaga erishish uchun muammolar xarakteriga tayangan holda parvarishning amaliy usullarini tanlash lozim.

Stress nazariyasi. Inson uchun zararli bo'lgan tashqi ta'sirotlar stressorlar deb ataladi, bu stressorlar ta'sirida paydo bo'ladigan psixologik, ijtimoiy va o'zini tutish reaksiyalari stress reaksiyalar deb ataladi. Stressorlar va stress reaksiyalarini birgalikda *stress* deb atashadi.

Stressning biologik modeli (Gans Selye). Ekologiyaga ta'sir etuvchi zararli ta'sirotlar buyrak usti bezi po'stlog'i gipertrofiyasi, qalqonsimon bez, taloq va limfa tugunlari atrofiyasi kabi patologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Har xil ta'sirotlarga javoban o'ziga xos spetsifik fiziologik o'zgarishlar kelib chiqadi (masalan, 12 barmoqli ichak va oshqozon yarasi, yaradan qon ketishi).

Stressning psixologik modeli (Lazarus R.):

1. Stress konsepsiyasi davomi hisoblanadi. Tashqi ta'sirot ta'siri bilan insonning javob reaksiyasi o'rtasida bilish jarayoni bor bo'lib, bunda inson tashqi ta'sirot uning uchun xavf keltiradimi yoki yo'qligini baholaydi. Bu jarayon davomida inson qandaydir voqea yoki hodisa bilan to'qnashib, unga bu voqea

uchun xavflimi yoki sinovmi, degan birinchi bahoni beradi. Ikkilamchi baholashda esa, inson bu hodisaga qarshi kurasha oladimi, degan baholash aks etadi. Buning natijasida spetsifik fiziologik o'zgarishlar sodir bo'ladi.

2. **Gomeostaz.** Bu shunday holat bo'lib, bunda organizm ichki muhiti (suv, elektrolitlar, gormonlar, kislorod, ozuqa moddalari va boshqalar) organizmning tashqi muhitdagi turli o'zgarishlariga mos ravishda o'zgaradi va bir xildagi me'yorda ushlanib turadi.

3. **Koping.** Biron-bir qiyinchilik yoki muammolar natijasida inson stress holatiga tushib qolganida, u bu vaziyatdan qochishga yoki ularni yengib o'tishga harakat qiladi. Shaxsning doimiy va uzluksiz qiyinchilik va krizisni yengishga qaratilgan tegishli harakatlari *koping* deb ataladi.

4. **Ijtimoiy qo'llab-quvvatlash.** Inson turli xildagi shaxslararo munosabatlar mavjud bo'lgan muhitda yashaydi va stress holatiga tushganida uni o'rab turgan insonlar (oila, do'stlar, hamkasblar, mutaxassislar va boshqalar)ning qo'llashi *ijtimoiy qo'llab-quvvatlash* deb aytiladi. Ijtimoiy qo'llab-quvvatlash stress reaksiyasini yengillashtiradi.

Krizis nazariyasi. Krizis – bu kuchli bezovtalik holati bo'lib, bu paytda inson yo'qotish xavfini sezadi (qo'rquv yoki biror kimsasini yoki o'zi uchun qadrli bo'lgan narsasini yo'qotish xavfi) yoki yo'qotish ta'sirida bo'ladi. Bu holatga inson kerakli bilimlari, malakasi yetmasligi va mazkur holatga tez moslasha olmasligi natijasida tushib qoladi.

Krizis, odatda 4–6 hafta davom etadi va aniq bir ijobiy yoki salbiy natija bilan tugaydi. Bundan kelib chiqadiki, insonni qayta tiklashda muhim rol o'ynaydigan kishilarni bu jarayonga jalb etgan holda, qisqa vaqt oralig'ida shoshilinch yordamni berish zarur.

Yana shu muhimki, hech bo'lmasa krizisni yengillashtirib, normal kechishini ta'minlash, bu insonning keyingi o'sishi uchun xizmat qilishi haqida qayg'urish zarur.

Krizis jarayonining xarakterli kechishining klassik ko'rishida krizis tuzilmasi bayon etiladi va konsepsiya tushunchasi soddalashtiriladi.

Aguilera D. C., Mesick F. C. krizis modeli. Krizis modeli krizisga olib keluvchi jarayon bo'lib, uni yengishga urg'u berishga qaratiladi.

Stivin Fink (Fink S. L.) bo'yicha krizis modeli. Urg'u krizisga tushgan insonning sezgilariga va sinovlariga qaratiladi.

Parvarishlash konsepsiyasi. Parvarish – bu kimgadir insoniy ta'sir etish, parvarishlash esa shunday konsepsiya bo'lib, bunda kimgadir qaratilgan parvarish o'ziga qaratilishi kerak bo'ladigan parvarish bilan chambarchas bog'liqdir. «Parvarish mohiyati» tushunchasiga (M. Maueroff) Maueroff mehnati qattiq ta'sir etgan.

Katta yoshdagi odamlarga qo'llanilishi. Parvarishlash obyektning o'sishida va muammolarni hal etishda yordam beradi, lekin shu bilan bir vaqtda uning shaxsiy o'sishini ifodalaydi va insonning o'zligini namoyon etishga ta'sir etadi. Ayniqsa, bu tushuncha katta yoshdagilarning rivojlanish va o'sish masalalari bilan bog'liq bo'lib, o'z ichiga bezovtalik, qayg'urish, e'tiborlilik, ehtiyotkorlik kabi tushunchalarni oladi va o'zi uchun muhim bo'lgan kishilarga nisbatan qo'llashdir.

O'z-o'zini parvarishlash

1. **O'z-o'zini parvarishlash konsepsiyasi.** O'z-o'zini parvarishlash deb, o'zi haqida mustaqil g'amxo'rlik qilishga aytiladi, bunda bemor o'z kelajagi uchun ham o'z-o'zini parvarish qiladi. O'z-o'zini parvarishlash haqidagi Orem va Doroti (Dorothea E.) nazariyalari ancha mashhurdir.

2. **Katta yoshdagi kishilarda qo'llanilishi.** Ayrim damlarda surunkali kasallikka chalingan va hayoti davomida o'z-o'zini nazorat qilishga muhtoj bo'lgan bemorlar uchun kasallik borligiga qaramay sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash maqsadida o'z-o'zini parvarishlash muhim ahamiyatga egadir.

O‘z samaradorligini oshirish

1. **O‘z samaradorligini oshirish konsepsiyasi.** Albert Bandura (Bandura A.) tomonidan taklif etilgan konsepsiya shuni anglatadiki, «Insonning biror-bir ishni bajarishi yoki oxiriga yetkazish qobiliyati hissi va bu ishni oxirigacha yetkazishga bo‘lgan ishonch hissidir». Aytishlaricha, salomatlikning samaradorligini saqlash uchun o‘z samaradorligi yuqori darajada bo‘lishi kerak. Insonning o‘z oldiga qo‘ygan maqsadlariga erishishi va yutuqlardan qoniqish hissi uning keyingi faoliyatiga ham ta‘sir yetadi.

2. **Katta kishilarda qo‘llanishi.** Inson katta yoshdagi davrda o‘z shaxsiy hayotining shakllanish jarayonida bo‘ladi. O‘z samaradorligini oshirish konsepsiyasi inson o‘z hayotiy odatlarini biron-bir kasallik tufayli o‘zgartirishi muhim bo‘lgan hollarda qo‘llaniladi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. «Kattalarda hamshiralik parvarishi»ning roli va vazifalari nimalardan iborat?
2. «Kattalarda hamshiralik parvarishi»ning xususiyatlari deganda nimani tushunasiz?
3. «Kattalarda hamshiralik parvarishi»da qanday nazariyalar qo‘llaniladi?
4. Stress – bu nima?
5. Gomeostaz deganda nima tushuniladi?
6. Koping – bu nima?

1.2. Katta yoshning o‘ziga xos xususiyatlari

Inson hayoti – bu insonning tug‘ilishidan boshlab, o‘sishi, rivojlanishi, yetuklik davri, keksayishi va so‘nishini o‘z ichiga oladigan davrdir. Inson hayot davri deganda, uning hayot faoliyatida o‘sishi, rivojlanishi, yetilishi va so‘nish davrlarining ketma-ket almashinib turishi tushuniladi. Inson butun umri davomida rivojlanib boradi. Kattalik davri qulaylik uchun o‘spirinlik, yetuklik va o‘rta yoshga bo‘linadi.

Katta yoshning rivojlanish bosqich va vazifalari

Erikson (Erikson E. H.) bo'yicha rivojlanish vazifalari. Inson umrining rivojlanishi 8 bosqichdan iborat bo'lib, Erikson konsepsiyasi xulosasiga ko'ra biron-bir bosqichga erishish uchun, albatta oldingi bosqichga erishgan bo'lish kerak.

Erikson bo'yicha rivojlanish vazifalarining 8 bosqichi: ko'krak yoshi davri, erta bolalik yoshi, bolalik yoshi, maktab yoshi, o'spirinlik yoshi, erta kattalik yoshi, yetuklik yoshi, qarilik yoshi.

Xevigxerst (Havighurst R. J.) bo'yicha rivojlanish vazifalari. Inson butun umri davomida o'qib o'rganishi kerak, har bir davrda har bir inson uchun individual vazifalar paydo bo'ladi. Inson o'z oldida turgan vazifalarni bajarar ekan, bu uni baxtli qiladi va aksincha, bajarolmasa baxtsizlikka olib keladi. Natijada jamoaning ishonchidan chiqadi-da, keyingi bosqichda muammolar paydo bo'ladi.

Xevigxerst bo'yicha rivojlanish vazifalari 6 bosqichdan iborat: ko'krak va erta maktab yoshi, o'rta maktab yoshi, o'spirinlik yoshi, erta kattalik yoshi, o'rta kattalik yoshi, qarilik yoshi.

Levinson (Levinson D. J.) bo'yicha rivojlanish vazifalari. Levinson 2 ta asosiy tushunchalarni ilgari surgan. Birinchi, uning fikricha, tug'ilishdan to o'lingacha bo'lgan davr: bu sayohatdan iborat jarayon bo'lib, ma'lum ketma-ketlikda turli taassurotlar ta'siridan amalga oshiriladigan sayohatdir. Ikkinchidan, inson umri davrlar yoki mavsumlar bilan bog'liq holda kechadi. Inson umrining ma'lum o'zgarmaydigan ssenariysi yo'q, balki mavsumlarda o'zgarib turadigan sifatga ega. Bir mavsumdan ikkinchi mavsumga o'tish uchun ma'lum o'tish davri kerak.

O'tish davri bu ko'pgina stresslardan iborat bo'lib, osongina psixologik krizisga olib keladi.

O'sish va rivojlanish. O'sish – bu katta bo'lish va yetilishdir. Rivojlanish – bu jismoniy va ruhiy xususiyatlarning o'sishi yoki subyektning hayot faoliyatida tashqi muhitga sekin-asta moslashish jarayonidir.

Rivojlanish deganda, birinchi navbatda, o'sishning sifatiga ahamiyat beriladi. Insonning rivojlanish jarayoni o'zining yo'nalishiga va ketma-ketligiga ega. Rivojlanish yo'nalishi insonning o'z odatiy turmush tarzidan ko'ra yaxshiroq yashashni ta'minlash uchun xizmat qiladi. Rivojlanishning ketma-ketligi bu faqat vaqt ramkasi emas, balki u rivojlanish bosqichlarining biridan ikkinchisiga o'tish uchun element hisoblanib, u aniq tartib va o'zaro bog'liqlikka ega.

Inson rivojlanishi uning tug'ilishidan boshlab, har bir rivojlanish bosqichini ketma-ket bosib o'tishi bilan xarakterlanadi. Shuning uchun tug'ilgandan keyingi har bir bosib o'tilgan bosqich inson uchun muhim ahamiyatga ega.

Hayot davrining kattalik bosqichi. Bu davr insonning jinsiy rivojlanish davridan to inson hayotiga nuqta qo'yiladigan qarilik davrigacha bo'lgan uzun hayot yo'lini o'z ichiga oladi.

Kattalik davrini bir qancha yosh toifalarga bo'lish mumkin: o'z ichiga jinsiy rivojlanish davrini oladigan o'spirinlik yoshi, yetuklik yoshi, o'rta yosh, shuningdek, keksalik yoshiga o'tish oldidagi keksalik oldi yoshi.

O'spirinlik yoshi rivojlanishining xususiyatlari. O'spirinlik yoshi – bu jinsiy yetilish davridan 30 yoshgacha bo'lgan oraliq. Tayyorlov bosqichi – bunda inson jismonan, ruhan yetiladi va jamiyatning to'laqonli a'zosi sifatida o'ziga turli mas'uliyatlarni oladi. Jismoniy, ruhiy va ijtimoiy jihatdan jadal o'sish va rivojlanish kuzatiladi.

O'spirinlik davrida salomatlik muammolari. O'spirinlik davrida jismoniy jihatdan tana tuzilishi shakllanib mustahkamlanadi, bu davrda maksimal darajada faoliyat yuritish imkoni bo'ladi, kasallanish holati kamdan kam kuzatiladi.

Kuchining ko'pligi o'z imkoniyatlariga o'ta ishonuvchanlikka olib keladi. Bu yosh osonlik bilan nomuntazam hayot kechirishga, o'z sog'lig'iga nisbatan befarq munosabatda bo'lishiga imkon

yaratadi, shuning oqibatida inson ko'pincha baxtsiz hodisalarga uchraydi va turli xil jarohatlar olishi mumkin.

Ota-onalari, do'stlari bilan o'zaro munosabatdagi kelishmovchiliklar natijasida kelib chiqadigan qo'rquv va zo'riqish hisobiga, jismoniy muammolarga nisbatan ruhiy muammolar ustunlik qiladi.

Jinsiy ongining erta rivojlanishi, seksual xulq-atvor, homilani oldirish yoki jinsiy aloqa orqali kelib chiqadigan yuqumli kasalliklar rivojlanishi kabi muammolarga olib keladi.

Rivojlanishning yetuklik yoshidagi xususiyatlari. Yetuklik yoshi – 30 dan 50 yoshgacha bo'lgan oraliqni o'z ichiga oladi. Bu yoshga kelib, odatda inson jismonan to'liq yetiladi, ruhiy va sotsial yetuklik darajasini yanada oshirib, mustahkamlab boradi va hayotiy faollikning eng yuqori cho'qqisida bo'ladi. Yana shu davrga kelib unga nisbatan jamiyat tomonidan katta ishonch bildiriladi. Inson oila shaklida o'zining kichik jamiyatini yaratadi. Kasbiy muvaffaqiyatlariga erishish jarayonida jamoat ishlaridagi faoliyat ko'rsatishi va oila qurish tufayli juda katta hayot masalalariga duch keladiki, bu uning keyingi o'sishini ta'minlaydi.

O'rta yoshlilarning rivojlanish xususiyatlari. O'rta yosh 50 dan 65 yoshgacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi va bu davr keksalik oldi davri deyiladi. Inson yetuklik yoshidan o'tgandan keyin, u jismoniy imkoniyatlarining pasayganligini his qiladi. Ruhiy va sotsial tomondan to'liq yetiladi. Qarish jarayoni bilan bir vaqtda inson o'zining jismoniy va ruhiy so'nib borayotganini his qiladi hamda o'zining shaxsiy rivojlanishidagi sekinlashuvni sezadi va kelgusi hayoti haqida qayg'ura boshlaydi.

Yetuklik va o'rta yoshlarga xos muammolar. Yetuklik va o'rta yoshlarga xos muammolar shundan iboratki, insonni o'rab turuvchi turli ijtimoiy omillar organizmning ish faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi. Inson ishdagi, oiladagi o'zaro munosabatda va o'z o'rnidagi majburiyatlarni bajarishda juda ko'p ruhiy va sotsial muammolarga duch keladi. Bu muammolar stressga olib keladi. Mana shu stress oqibatida sog'liqdagi muammolar kelib chiqadi.

Stress holatlariga moslashishni uddalay olmaslik, baʼzan salomatlikning ogʻir buzilishiga olib keladi.

Oʻrganilgan odatlar asosida kundalik hayot olib boriladi, maʼlum bir hayot tarzi shakllanadi. Odat boʻlib qolgan chekish, spirtli ichimlik ichish, koʻp ovqat isteʼmol qilish va harakatchanlikning sustligi qandli diabet va gipertoniya kabi kasalliklarining rivojlanishiga olib keladi.

Hayotiy odatlar bilan bogʻliq salomatlik muammolari. Insonlarda kasallik rivojlanishiga olib keluvchi va uning keyingi oqibatlarini kelib chiqishiga taʼsir etuvchi birdan bir omil – bu hayotiy odatlar hisoblanadi. Kundalik xarakterga ega boʻlgan hayotdagi zararli odatlar turli kasalliklarni keltirib chiqaradi. Hayotiy odatlarni oʻzgartirish esa kasalliklarning oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

Alkogol qabul qilish: oshqozon-ichak trakti va jigar ishining buzilishi, qon aylanish sistemasi kasalliklari, semizlik va qandli diabet kasalliklarini keltirib chiqaradi.

Cekish: nafas aʼzolari, qon aylanish aʼzolari, hazm aʼzolariga taʼsir qiladi va hokazo.

Ovqatlanishning taʼsiri: hayvon yogʻlarini haddan tashqari koʻp isteʼmol qilish qonda xolesterin miqdorining koʻtarilishiga olib keladi va giperlipidemiya kelib chiqadi, bu esa yurakning ishemik kasalliklarini keltirib chiqaruvchi asosiy omil hisoblanadi. Kaloriyasi yuqori yoki juda shoʻr ovqatlar yeyish keyinchalik yogʻ bosishi yoki gipertoniya olib keladi. Bundan tashqari, semirish insulinga sezuvchanlikni pasaytiradi va qandli diabet kasalligi rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Harakat faolligi taʼsiri: harakat faolligi inson salomatligini saqlashda muhim samara beradi – mushak va yogʻ toʻqimalarida insulinga sezuvchanlikni yaxshilaydi, qonda neytral yogʻlar (triglitsid) miqdorini kamaytiradi, yuqori zichlikdagi lipoproteidlarda xolesterin miqdorining oʻsishiga olib keladi, qondagi

qand miqdorini pasaytiradi. Yaxshi jismoniy faolligini ushlab turuvchi insonlarda yurak ishemik kasalligi, qandli diabet, yog‘ bosish, osteoporoz kelib chiqish xavfi kamayadi hamda ruhiy salomatlikning yaxshilanishiga olib keladi.

Sog‘liqning kasbga bog‘liq muammolari: sog‘liqning kasbga bog‘liq muammolari – bu ma‘lum bir kasb bilan shug‘ullanish natijasida kelib chiqadigan organizmdagi buzilishlar va kasalliklardir. Bu kasalliklar ishdagi fizik va kimyoviy ta’sirlar, ish uslublari va boshqa mehnat sharoitlarining ta’siri natijasida kelib chiqadi. Kasallik kelib chiqqandan keyin uni butunlay davolab sog‘aytirish juda qiyin, shuning uchun kasallik sabablarini bartaraf qilgan holda oldini olish zarur.

Sog‘liqning stressga bog‘liq muammolari: katta yoshdagi insonni o‘smirlikdan boshlab to keksalik oldi yoshigacha kundalik hayot faoliyatida stressga olib keluvchi juda ko‘p hayotiy voqealar sodir bo‘ladi – imtihondan o‘tish, ishga joylashish, ish joyini o‘zgartirish, turmush qurish, yashash joyini o‘zgartirish, kasalliklar, yaqin kishisini yo‘qotish, nafaqaga chiqish va boshqalar.

Stress tushunchasi – stress nafaqat negativ belgi, balki uning ijobiy tomoni ham bor.

Katta odam muntazam stress holatiga tushadi va bunda salomatligi buzilish xavfi ehtimoli bo‘ladi, lekin u bu holatlarni yengib o‘tib, o‘z-o‘zini parvarish qilish qobiliyatini shakllantirib boradi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Insonning hayot davrlari qanday tushuniladi?
2. O‘shish va rivojlanish deganda nima tushuniladi?
3. Katta yoshning bosqichlarini bilasizmi?
4. Katta yoshning har bir bosqichidagi xususiyatlarini ayting.
5. Katta yoshdagilarda sog‘lom hayot tarzi deganda nimani tushunasiz?
6. Salomatlikdagi muammolar nimalardan iborat?
7. Asosiy hayotiy odatlarning salomatlikka ta’siri qanday bo‘ladi?

2-bob. TERAPEVTIK KASALLIKLAR VA KLINIK TEKSHIRUVLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

2.1. Terapevtik kasalliklar bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishining xususiyatlari

Terapiyaga qiziqish IX asrning oxiri X asrning boshlaridan boshlangan. Shu davrda Misr, Hindiston davlatlarida kasalliklar tana haroratiga, Xitoyda esa tomir urishiga qarab aniqlanar edi. Kasal aʼzolarni aniqlash uchun eshitib va paypaslab koʻrish usullaridan foydalanganlar.

Gippokrat – eramizdan avvalgi V asrda yashab oʻtgan qadimgi yunon hakimi, tibbiyot asoschisi hisoblanadi. Gippokrat tekshiruv bemorning oʻzini qanday tutayotganini sinchiklab oʻrganish, uni diqqat bilan kuzatish, uning ahvolini tartib bilan soʻrab-surishtirish, shuningdek, bemor aʼzo va sistemalarining holatini, badan terisi va shilliq pardalarini koʻzdan kechirish, paypaslab koʻrish, qisman tukillatib koʻrishga asoslangan boʻlib, u asosan, oʻzining sezgisiga suyanardi, xolos. Gippokrat odamning orqa ichagini koʻrishda naychadan, ayollar bachadonini koʻrishda esa naychali uskunadan foydalangan.

Gippokrat oʻpka va yurak kasalliklarida uchraydigan tovushni shuningdek, kasalliklarning oʻziga xos belgilarini oʻrgangan.

Abu Bakr al-Roziy (865–925) sharqning mashhur tabibi, qomuschi olimi. Uning tabobat sohasidagi asarlari jahon tabobati rivojlanishida ulkan ahamyat kasb etadi. Roziyning tabobatga oid eng yirik asari «Kitob alhoviy» («Qamrab oluvchi kitob») deb ataladi. Bu kitob Roziygacha tib ilmi sohasida maʼlum boʻlgan barcha maʼlumotlarni oʻz ichiga oladi va hajmi jihatdan Ibn

Sinoning «Qonun» kitobidan ham katta. Abu Bakr al-Roziyning shogirdi Robi ibn Ahmad al-Ahavaniy al-Buxoriy «Hidoyat al-muta'lliminfit-tibb» («Tabobatni o'rganuvchilar uchun qo'llanma») nomli kitobini yaratib, Roziygacha bo'lgan va Roziy bayon etgan fikrlarni umumlashtirdi va mukammal asar – qo'llanma yaratdi.

Abu Ali ibn Sino (980–1037) Buxoro shahri yaqinidagi Afshana qishlog'ida tug'ilgan. Ibn Sino adabiyot, musiqa, falsafa, matematika kabi fanlar ustida ko'p izlanishlar olib borgan. U Xorazm va Eronda saroy tabibi bo'lib xizmat qilgan, tibbiyotdagi beqiyos xizmatlari, kashfiyotlari uni butun dunyoga mashhur qildi. «Tib qonunlari» Ibn Sinoning shoh asari hisoblanib, beshta kitobni o'z ichiga olgan.

Birinchi kitobida tabobatning nazariy hamda amaliy masalalari, tabobat ilmining ta'rifi, uning vazifalari, mijoz haqidagi ta'limotlar yoritilgan.

Ikkinchi kitobida o'sha davrda qo'llanilgan dori-darmonlar haqida ma'lumot berilgan.

Uchinchi kitob inson tanasining barcha a'zolarida yuz beradigan «xususiy» yoki «mahalliy» kasalliklarda, ya'ni xususiy patologiya va terapiyaga bag'ishlangan.

To'rtinchi kitobda inson a'zolarining birontasiga xos bo'lmagan «umumiy» kasalliklar ta'riflanadi.

Beshinchi kitob farmokopeyaga bag'ishlangan bo'lib, unda murakkab tarkibli dori-darmonlar tayyorlash va ulardan foydalanish usullari bayon qilingan.

M.Y. Mudrov (1776–1831) Moskva universiteti professori. U bemorni tekshirish sxemasini yaratdi va bemor to'g'risidagi ma'lumotlarni tartib bilan qayd qilib borish imkonini beradigan hujjat – kasallik tarixini amaliyotga joriy etdi. U tibbiyotda profilaktik yo'nalishning asoschisi hisoblanib, parhezning muhurligini ta'kidlab o'tgan, kasallikning vujudga kelishida tashqi muhitning ta'sirini aniqlagan.

M.Y.Mudrov Peterburgdagi vabo epidemiyasi paytida shu kasallikka qarshi kurashda faol ishtirok etib, o'zi shu kasallikdan halok bo'lgan.

G.A. Zaharin (1829–1897) – Moskva universiteti professori, iste'dodli klinisist va pedagog. U kasalliklarni aniqlashda kasallik tarixiga alohida e'tibor bergan, turmush tarzini o'rganish metodini ishlab chiqqan G. A. Zaharin kasalliklarni davolashda tabiiy omillar (mineral suvlar, shifobaxsh balchiqlar va boshqalar) dan foydalanish to'g'risidagi ta'limot – kurortalogiyani rivojlantirishda ko'p foydali ishlar qilgan.

O'zbekistonlik olimlardan professor A.N. Kryukov, uning shogirdlari Z.I. Umidova, A.N. Nazarova, N.I. Ismoilov, T.X. Najmiddinov, professor E.I. Otaxonov va boshqalar terapiyani o'rganishga katta hissa qo'shdilar.

Hozirgi kunda respublikamizda terapiya bo'yicha mutaxassislar samarali ijod qilib, yangicha davolash usullarini kashf qilmoqdalar. Bulardan professor K.Y. Yo'ldoshev, A.B. Bahodirov, A.M. Ubaydullayev, I.R. Fatxullayev, U.K. Vahobova, S.Y. Tursunovlar yurak-qon tomirlari va o'pka kasalliklarining oldini olish hamda davolash yo'llari ustida, R.A. Abdullayev, A.J. Jalolov, K.B. Bahodirov, U.A. Asqarov, U.I. Yo'ldoshev, N.M. Kamolov va boshqalar hazm a'zolari kasalliklarining kelib chiqish sabablari, xastaliklarni zamonaviy usullarda aniqlash hamda davolash ustida ishlamoqdalar.

«Terapiya» lotincha so'z bo'lib, «ichki a'zolar» degan ma'noni bildiradi. Terapevtik kasalliklar – bu ichki a'zolar kasalliklari, ya'ni nafas olish, yurak va qon tomir, buyrak va siydik ajratish, ovqat hazm qilish a'zolari, endokrin va moddalar almashinuvi va hokazo sistemalari kasalliklaridir.

Kasallik – tashqi va ichki muhitning zararli ta'siri natijasida organizm hayot faoliyatining vaqtincha yoki butunlay pasayishi yoki yo'qolishiga olib keluvchi jarayondir.

Kasallik organizmning yaxlitligi, atrofdagi muhitga moslanuvchanligining buzilishi va ruhiyatining o'zgarib qolishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik organizmga ma'lum bir turdagi mikroorganizmlar va bakteriyalar tushishi tufayli hamda bir necha boshqa sabablarning birgalikdagi ta'siri natijasida kelib chiqadi (me'da shilliq pardasining yallig'lanishi – gastrit, odatda, tartibsiz ovqatlanish, kundalik rejimga amal qilmaslik, chekish, ichish, shuningdek, boshqa a'zolarining kasalliklari tufayli kelib chiqadi). Kasallik biologik hodisa bo'libgina qo'lmay, balki ijtimoiy hodisa bo'lib ham hisoblanadi. U jismoniy azob berishi bilan bir qatorda ruhiy azob ham beradi. Umuman olganda kasallik organizmning unga shikast yetishiga javoban ko'rsatiladigan reaksiyasidir.

Etiologiya – kasallikning sabablari to'g'risidagi ta'limotdir. Bu sabablar tashqi va ichki bo'lishi mumkin. Tashqi omillar: mexanik (yaralanish, har xil jarohatlanish va boshqalar), fizik (organizmga elektr toki, yuqori va past harorat, yorug'lik ta'siri), kimyoviy (zaharli moddalar, oziq-ovqat mahsulotlari orqali va boshqalar), biologik (organizmga kirgan zamburug'lar va mikroblar, viruslar), allergik omillar (allergen–gul changlari, bo'yoqlar, dori-darmonlar va boshqalar), psixogen omillar (MNSga salbiy his-hayajonlar, ruhiyatiga ruhiy travmalar). Sotsial sharoit ham kasallik keltirib chiqaradi. Ichki omillarga, masalan, kuyish, anginani keltirish mumkin.

Har bir kasallik ma'lum belgilar, alomatlar bilan namoyon bo'ladi. Bu belgilar simptomlar deyiladi.

O'tkir kechadigan kasallik 4 bosqich (davr)da o'tadi: kasallikning yashirin (latent), prodromal (dastlabki), avj olish va tuzalish davri.

Kasallik surunkali tarzda o'tayotganida ahvol yaxshilanib (davo ta'sirida), kasallik simptomlarining vaqtincha susayib qolishi yoki yo'qolib ketishi bilan boradigan jarayon remissiya,

ya'ni kasallik takrorlanib turgan davr deb ataladi (masalan, surunkali gastritda bo'ladigan remissiya).

Retsidiv, ya'ni qo'zish – kasallik simptomlari bir qadar uzoq vaqt bosilib turgandan keyin yana paydo bo'lishiga aytiladi (me'da yara kasalligining retsidivi).

Sindrom – organizmning ma'lum patologik holatini xarakterlab beradigan va umumiy patogenez bilan birlashgan simptomlar majmuasi.

Patogenez kasallikning kelib chiqish sabablari va rivojlanishini o'rganadi.

Patologiya – kasalliklar, organizmning kasallik holati to'g'risidagi fan.

Tashxis (diagnoz) – klinik tekshirish usullari orqali tekshirilayotgan kishi salomatligining ahvoli, kasalligi to'g'risida tibbiyot xulosasi.

Immunitet – organizmning ma'lum yuqumli kasalliklariga, tashqi muhitdan kiruvchi yot moddalarga chidamliligi va ularga qarshi kurashish qobiliyati.

Allergiya – atrof-muhitning allergen deb ataluvchi ba'zi omillar (kimyoviy moddalar, mikroblar va ularning hayot faoliyatida hosil bo'ladigan mahsulotlar, turli changlar, ba'zi oziq-ovqatlar) ta'siriga nisbatan organizm sezuvchanligining ortishi.

Bir qancha hollarda kasallik to'satdan boshlanadi va nisbatan tez o'tib ketadi. Bunday kasalliklar o'tkir kasalliklar deyiladi. Boshqa kasalliklar esa uzoq davom etib borishi va vaqti-vaqtida qo'zib turishi bilan xarakterlanadi, bularni surunkali kasalliklar deb ataladi. Ba'zan kasallik birmuncha davrdan keyin yana qaytalanadi. Ana shu kasallikning residivi deyiladi.

Ko'pchilik terapevtik kasalliklar yashirin simptomlar bilan kechadi. Bitta kasallikda kechishiga qarab turli xil simptomlar namoyon bo'ladi. Etiologiyasi noma'lum bo'lgan kasallarga tashxis qo'yolmaymiz va qiyin davolanadigan kasalliklar deyi-

ladi. Terapevtik kasalliklar simptomlarining yuzaga chiqishiga, davolanishning kechishiga qarab o'tkir va surunkali xillarga bo'linadi.

Hamshiralik parvarishi maqsadi. Hamshiralik parvarishi maqsadi terapevtik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarga tekshiruvdan o'tayotganda, davolanishda va o'zini o'zi parvarishlashini tashkillashtirishdan hamda ularning oila a'zolariga yordam berishdan iborat.

Hamshiraning o'rni va vazifalari. Terapevtik kasalliklar bilan og'rikan bemorlar kasallik qo'ziganida yoki holati yomonlashganda davolanishi og'ir kechadi. Kasallikka qarab, ba'zi hollarda butun umr davolanib yurishga to'g'ri keladi. Demak, davolanish mobaynida bemor o'z sog'lig'ini o'zi nazorat qilishi talab etiladi. Bemor o'ziga kerakli parvarishni amalga oshirayotganda hamshira ularni qo'llab-quvvatlab turishi kerak.

- Kasallikni tan olishi va davolanishda yordamlashish.
- Oxirgi xulosani qabul qilishda yordamlashish.
- Kasallikka qarshi kurashish xohishini oshirishda yordamlashish.
- Bemorlarni gapga quloq solish xususiyatini oshirishda yordamlashish.
- Hayotini qayta tiklashda yordamlashish.
- Oila a'zolarini qo'llab-quvvatlash.
- Tibbiyot komandasi ichida rollarni taqsimlab berish.

O'tkir kasalliklarning kechishi va unda hamshiralik parvarishi. O'tkir kasalliklarda bemor ahvoli birdan yomonlashib qoladi va tezda davolanishni talab etadi. Kasallikka kuchli mikroblar yoki ta'sirlantiruvchilar, qarish, organizm funksiyalarining va immunitetining susayib qolishi sabab bo'ladi. Davolanishni o'z vaqtida boshlamaslik hayotiga xavf solishi mumkin, bunday og'ir hollarda yuqori malakali kuchaytirilgan maxsus davo o'tkaziladi.

O'tkir kasalliklarning kechishi:

- hayotiga xavf yaqinlashadi;
- og'riq va harorat oshishi paydo bo'lishi – jismoniy jihatdan katta qiyinchilik tug'diradi;
- ba'zan hushdan ketadi;
- tashxis qo'yish uchun ko'pgina tekshiruvlar o'tkaziladi;
- tashxis qo'yilguncha hayajonlanish, keyin holatining bir maromga kelishi;
- kerakli davo muolajalari o'tkazilganda (effekt bo'lganda) sog'liq qayta tiklanadi.

O'tkir kasalliklarda hamshiralik parvarishi:

- hayotini qayta tiklash va nazorat qilishda, hamshira parvarishida, og'ir kasallar davolanishida yordamlashish va shoshilinch yordam ko'rsatish;
- kerakli ehtiyojlarini qondirishda yordamlashish;
- kasallar qiynalishiga sabab bo'layotgan simptomlarni kamaytirish va yo'qotish;
- krizis vaqtida psixologik turg'unlikka erishishga yordamlashish;
- asoratlar, ikkilamchi buzilishlarning oldini olish;
- kundalik hayotini qayta tiklashda yordamlashish;
- oila a'zolarini qo'llab-quvvatlash;
- bemor, oila a'zolari va tibbiyot hamshiralari o'rtasidagi munosabatni boshqarib borish.

Surunkali kasalliklarning kechishi va unda hamshiralik parvarishi. Surunkali kasalliklar bu o'tkir kasalliklarni o'z vaqtida aniqlay olmaslik, kasallik aniqlansa-yu, lekin notog'ri davolanish, tibbiyot xodimlarining aytganlarini bekam-u ko'st bajarmaslik, hamda o'ziga e'tiborsizliklar oqibatida kelib chiqadi.

Surunkali kasallik tashxisi qo'yilganidan keyin, inson taqdirga tan berib shu kasallikni tan olib, kasallik bilan birga hayot kechira boshlaydi. Bemorda biror-bir simptom yuzaga

chiqqach tashxis qo'yish va davolash maqsadida, bemor bir qancha tekshiruvlardan o'tadi. Bemorlar kasallik simptomlarini hamshira yordamida nazorat qilishni o'rganadi, natijada kasallikning turg'un davrida o'zini jamoaning sog'lom a'zosidek tutib yashaydi, yoki uy sharoitida parvarish qilinadi. Kasallik qo'ziganida kasalxonada davolaniladi. Surunkali kasalliklari bor bemorlarda kasallik boshlanganidan bir necha yil, yoki o'nlab yil o'tgach asoratlar yuzaga chiqadi, ular terminal davrgacha bo'lishi mumkin. Shunday qilib, surunkali kasalliklari bor bemorlarda hamshiralik parvarishi 4 ta davrga bo'linadi.

Kasallik kechishiga qarab: kasallikning rivojlanish davri; turg'un kechish davri; qo'zish davri; avj olish davri.

Kasallikning rivojlanish davrida simptomlar va belgilar muhokama qilinadi, tahlillar, tekshiruvlar o'tkaziladi, kasallik nomi aytiladi va maxsus davo boshlanadi. Kasallikning rivojlanish davrida hamshira parvarishi kasallikni qabul qilishga va o'zini o'zi boshqarishga yo'naltirilgan bo'ladi.

Masalan: kasallikni tan olishi va davolanishda yordamlashish; kundalik hayotini boshqarish uchun kerakli bilim va ko'nikmalarni egallashga yordamlashish; krizis vaqtida psixologik turg'unlikka erishishga yordamlashish; kasallikni boshqarish uchun kerakli sanitar-oqartuv ishlari; sotsial muammolar (vazifasining o'zgarishi, professional rejada qo'llash oldingi ishini davom ettira olmaslik, imkoniyatlari cheklanishi)ni hal qilishda yordamlashish. Imkoniyatlaridan kelib chiqib ishlashga o'rganish.

Kasallikning turg'un kechish davri.

Kasallikning turg'un kechish davrida simptomlar davolash yo'li bilan boshqariladi.

Kasallikning turg'un kechish davrida hamshira parvarishi hayot tarzini yaxshilashga, bir maromda ushlashga va o'zini-o'zi boshqarishga yo'naltirilgan. Simptomlar va hayot tarzi nazoratini boshqarish; hayot tarzini boshqarish, yashash tarzini bir maromda

ushlab turish va yaxshilashga yoʻnaltirilgan; sogʻligʻini nazorat qilishini davom ettirishni qoʻllab turish; regulyar tekshiruvlardan oʻtishiga yordamlashish.

Kasallikning qoʻzish davri.

Kasallikning qoʻzish davrida nazorat qilish qiyinlashadi, chunki asosiy kasallikning yomonlashuvi, asoratlar paydo boʻlishi yoki sogʻligʻiga parvarishning yetishmasligi sabab boʻladi. Kasallikning qoʻzish davrida hamshira parvarishi bemorni sogʻlomlashtirishga va turgʻun kechish davriga oʻtishga yoʻnaltirilgan boʻladi. Bemor holatiga qarab kasalxona sharoitida maxsus parvarish oʻtkaziladi; ahvoli yomonlashuvining sababi aniqlanganda, oldini olish yoʻllari oʻrgatiladi; bemorlarga oʻzgarishlarni erta belgilaridan aniqlashni oʻrgatish.

Kasallikning avj olish davri.

Kasallikning avj olish davri qaytmas xarakterga ega boʻlib, oʻzgarishlar va simptomlar katta hajmli boʻladi. Kasallikning avj olish davrida hamshiralik parvarishi turgʻun holatni ushlab turishga, hayot tarzini uzoq davom ettirishga, bemorga qulaylik yaratishga va hayot tarzini yaxshilashga yoʻnaltirilgan boʻladi. Tekshiruvlardan oʻtishda va davolanishda yoʻrdamlashish. Oqibatini aytishga yordamlashish. Ogʻriqli simptomlarni bartaraf etish va yengillashtirishda yordamlashish. Psixologik qoʻllab-quvvatlash. Har tomonlama qulay hayot tarzini yaratishga yordamlashish. Oila aʼzolariga parvarish qilish koʻnikmalarini oʻrgatish va ularni qoʻllab-quvvatlash.

Oʻqituvchi surunkali kasalliklardan bir qancha hayotiy misollar keltirib, oʻquvchilarga mavzuni tushuntiradi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Hamshiralik parvarishi maqsadi qanday?
2. Hamshiraning vazifalarini aytib bering.
3. Oʻtkir kasalliklarning kechishini gapirib bering.
4. Oʻtkir kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

5. Surunkali kasallikka ta'rif bering.
6. Kasallikning rivojlanish davriga xos belgilarini ayting.
7. Kasallikning turg'un kechish davrida hamshiralik parvarishi.
8. Kasallikning qo'zish davrida hamshiralik parvarishi.
9. Kasallikning avj olish davrida hamshiralik parvarishi.

2.2. Bemorlarni bevosita (subyektiv) va bilvosita (obyektiv) tekshirish usullari

Bemorlarni subyektiv tekshirish usullari

Bemorlarni tekshirish usullari subyektiv va obyektiv tekshirish usullaridan iborat. Subyektiv (so'rab-surishtirish yoki bemorlar bilan so'roq savollari asosida) tekshirish usullari o'z navbatida 4 qismdan tashkil topgan:

1. Pasport qismi.
2. Bemorning shikoyatlari.
3. Kasallikning rivojlanish tarixi (Anamnesis morbi).
4. Bemorning hayot tarzi (Anamnesis vitae).

Pasport ma'lumotlari. f-003(U) yoki f-025(U) tibbiy hujjatlarning usti qismiga bemorning familiyasi, ismi, sharifi, tug'ilgan yili, muntazam yashaydigan joyi, ishlash joyi, kasbi va boshqalar to'ldiriladi. Ichki tomoniga bemor shikoyati so'rab-surishtirib yozib qo'yiladi.

Bemor shikoyati. Bemor tana harorati ko'tarilganligi, bosh og'rig'i, burundan shilliq oqishi, ozgina quruq yo'tal borligidan shikoyat qilib kelsa, unda «Gripp» yoki «O'tkir respirator kasalligi» to'g'risida o'ylashimiz mumkin. Bemor shikoyati asosiy va qo'shimcha shikoyatlarga bo'linadi.

Kasallikning rivojlanish tarixi (Anamnesis morbi). Bemor o'z kasalligi to'g'risida bizga to'liq ma'lumot berolmasligi mumkin, shuning uchun ham unga har xil savollar berib, kasalligi to'g'risida anamnez yig'amiz.

Masalan: kasallik qachon, qanday boshlanganligi, kasalligini nima bilan bog'laydi yoki kasalligi nimadan kelib chiqdi, bizga kelguncha uyda qanday dori-darmonlar bilan davolandi va kasallikning kechishi so'rab yozib olinadi.

Bemorning hayot tarzi (Anamnesis vitae). Bunda bemordan yoshligidan boshlab, to hozirgi kungacha qanday kasalliklar bilan og'rganligi, turmushi, yashash sharoiti, atrof-muhit, iqlim, ovqatlanishi, erkaklardan spirtli ichimliklar ichishi, chekishi, ayollardan: necha yoshdan hayz ko'rganligi necha yoshdan turmush qurganligi, homiladorlik vaqtida qanday kasalliklar bilan kasallanganligi, tug'ruq vaqtida qon ketishlar bo'lmaganmi-yo'qmi?, shular surishtiriladi. Yana «Epid anamnez», «Allergologik anamnez» va yaqin qarindoshlari ichida «Irsiy kasalliklar» bor-yo'qligi so'rab-surishtiriladi.

Bemorlarni obyektiv tekshirish usullari

Obyektiv tekshirish usuli ikkita katta qismga, ya'ni asosiy va qo'shimcha tekshirish usullariga bo'linadi.

Asosiy tekshiruv usullari:

- Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish.
- Palpatsiya.
- Perkussiya.
- Auskultatsiya.

Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirganda, tashxis uchun zarur bo'lgan ma'lumotlarni olish mumkin. Bemorni ko'zdan kechirganda bemorning holatiga (vaziyati) gavda tuzilishiga, es-xushiga, teri va shilliq pardalar holatiga e'tibor beriladi.

Bemor holati (aktiv, majburiy, passiv) bo'ladi. Es-xushi (stupor, sopor, koma). Gavda tuzilishi (astenik, normastenik, giperstenik) tipda bo'ladi.

Yuz ifodasiga e'tibor beriladi; masalan, yuzning ertalablari salqishi, qovoqlarda shish bo'lishi, terining rangparligi buyrak

kasalligidan dalolat beradi. Qalqonsimon bezning kattalashuvi, koʻzning chaqchayib turishi, qoʻl-oyoqlarning titrashi, «diffuz toksik boʻqoq» kasalligidan dalolat beradi. Terini koʻzdan kechirganda uning rangiga eʼtibor beriladi. Teri rangining sargʻayishi, koʻz sklerasining (sargʻayishi) subikterikligi jigar kasalligining ilk belgisidir. Sariqlikning parenximatoz, mexanik yoki obturatsion, gemolitik turlari tafovut qilinadi. Teriga turli xil toshmalar, eritemalar, eshakem, rozeolalar, purpuralar, uchuq toshishi mumkin. Til shilliq pardalari koʻzdan kechirilganda meʼyorda hoʻl boʻladi. Patologiyada quruq va oq yoki kulrang karash bilan qoplangan boʻlishi mumkin. Qoʻl va oyoqlarning barmoq uchlari kattalashib, dumaloq shaklga kirishi «nogʻora choʻpi» yurakning tugʻma poroklarida, oʻpka absessi, oʻpka gangrenasida kuzatiladi.

Palpatsiya (paypaslab koʻrish) ikkiga boʻlinadi: yuzaki va chuqur.

Yuzaki palpatsiyada terining namligi, tarangligi va teri osti yogʻ qatlamining ahvoli toʻgʻrisida maʼlumotga ega boʻlishimiz mumkin. Yuzaki palpatsiyada limfa tugunlari, qalqonsimon bezning qattiqlashganligi, qorin boʻshligʻidagi aʼzolari aniqlash mumkin.

Qorin boʻshligʻini chuqur paypaslash texnikasi. Obrazsov-Strajesko usulida olib boriladi. Bemor kushetkaga chalqanchasiga yotqiziladi. Oyoqlari tizzasidan bukilgan holda (qorin mushaklari tortishmaganligi uchun) shifokor yoki hamshira bemorning oʻng tomonida stulga oʻtirib, bemor qorinning (sigmasimon) S-simon ichak sohasidan paypaslab boriladi. Bunda qorin sohasidagi ogʻriq nuqtalari, organlarning kattalashganmi yoʻqmi?, qorin boʻshligʻida oʻsmalar bor-yoʻqligi, suyuqlik bor-yoʻqligi aniqlanadi. Palpatsiyada boʻgʻimlarning chiqqan chiqmaganligi, suyaklarning singan-sinmaganligi, ularning bosib koʻrib ogʻriq bor-yoʻqligi aniqlanadi.

Perkussiya (tuqillatib ko‘rish) usulini 1971-yili Veen shifokori Auenbruger amaliyotga tatbiq qilgan. Tuqillatib ko‘rish tartibida quyidagilarga amal qilinadi: bemor o‘tirgan yoki yotgan holda mushaklar bo‘shashgan qo‘llari yonga tushirilgan bo‘lishi kerak. Shifokor qulay sharoitni egallab, «plessimetr-bolg‘acha» usulidan foydalaniladi. Bunda shifokor chap qo‘l o‘rta barmog‘ini biror organ ustiga qo‘yib, kalta-kalta zarb bilan uradi. Bunda quyidagi tovushlar aniqlanadi. O‘pka ichida havo bo‘lganligi uchun undan perkutor tovush, me‘da-ichaklar kovak organ bo‘lganligi uchun ular ustida timpanik tovush, jigar, taloq, yurak zich organ bo‘lganligi uchun ular ustida bo‘g‘iq tovush eshitiladi. Perkussiyada organlarning chegaralari kattalashgan-kattalashmaganligi aniqlanadi.

Auskultatsiya (eshitib ko‘rish) – bevosita va bilvosita auskultatsiya qilinadi: stetoskop, fonendoskopdan foydalanilsa – bevosita, tibbiyot xodimlari bemorni to‘g‘ridan to‘g‘ri quloq tutib eshitib ko‘rishi – bilvosita auskultatsiyadir.

Auskultatsiya texnikasi. Stetoskopning tor uchi yoki fonendoskopning boshchasi bemorning tegishli qismiga qo‘yib, fonendoskopning rezina naylari ham tibbiyot xodimlarining quloq suprasiga zich tutashib turishi kerak. Normada o‘pka ustida 2 ta asosiy shovqin eshitiladi: Vezikulyar va bronxial.

Vezikulyar shovqin: ko‘krak o‘pka to‘qimasi proektsiyalangan joyida kuraklar orasidagi bo‘shliqda o‘mrov usti va osti hamda ko‘krak ostidan eshitiladi va «F» harfi talaffuz etilganda chiqadigan tovushga o‘xshaydi. U bronxiolalardan alveolalarga o‘tadigan havo kuchi bilan alveolalarning yozilishidan paydo bo‘ladi.

Bronxial shovqin (nafas) me‘yorda traxeya ustida eshitiladi va u «X» harfini talaffuz qilganda eshitiladigan tovushga o‘xshaydi. Patologiyada o‘pka ustida har xil xirillashlar eshitish mumkin. Auskultatsiya yurak diagnostikasining keng rasm bo‘lgan usulidir. Normada 2 ta yurak toni, ya’ni sistolik va diastolik ton eshitiladi.

Sistolik ton yurak bo'lmachalarining qisqarib (sistola fazasi) 2 tavaqali va 3 tavaqali klapanlarining bekiladigan paytda yuzaga keladi. Diastolik ton diastola vaqtida paydo bo'ladi. Bu aorta klapani va o'pka ustuni (o'pka arteriyasi klapanining bekilishiga bog'liq. Sistolik ton – V qovurg'a oralig'i, chap tomonda: o'rta o'mrov chizig'ining kesishgan nuqtasida va (yurak chuqurchasi) chap tomondan 4-qovurg'aning to'sh suyagi bukilish joyida (Botkin nuqtasida) eshitaladi. II – diastolik ton o'ng tomonda II qovurg'a oralig'i to'sh suyagidan 1,5 sm o'ngda aortadan va chap tomonda II – qovurg'a oralig'i to'sh suyagidan 1–1,5 sm chapda o'pka arteriyasidan yaxshi eshitaladi. Patalogiyada sistolik va diastolik shovqinlar mumkin yoki paydo bo'ladi. Bu yurak kasalliklaridan dalolat beradi.

Bemor bilan suhbatlashganda deontologiya qonun-qoidalariga rioya etish

Tibbiyot deontologiyasi tibbiyot xodimlari burchi, qiyofasi, obro'si, nomusi va vijdoni haqidagi fandır. Deontologiya – yunonchadan **burch** degan ma'noni bersa, etika – grekchadan **axloq** degan ma'noni anglatadi.

Gippokrat qasamyodida tibbiyot deontologiyasi va etikasiga oid ko'p iboralar keltirilgan. U axloqsiz tibbiyot xodimlarining bemorni davolashga haqqi yo'q, deb xitob qilgan. Gippokrat qasamyodi tibbiyot etikasining rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatdi. Hozirgi kunda shifokor (shifokor va hamshira) bilan bemor orasidagi munosabatlar chuqur falsafiy mushohada yuritishni talab qiladi. Agar shifokor bemor bilan til topishmasa, kuchli va foydali dorilar buyurilishidan qat'i nazar, bemorning tuzalib ketishi mushkullashadi, deb aytgan edi atoqli o'zbek deontologi va terapevti E.Y. Qosimov. Davoning boshi ishonchdan boshlanadi, ya'ni bemor shifokorga va uning berayotgan dori-darmonlariga ixlos qo'yishi kerak. Bu ishonchni paydo qiladigan

inson, albatta shifokorning o‘zidir, uning go‘zal nutqidir. Shifokor o‘zining xatti-harakatlari, shirin so‘zi va tashqi ko‘rinishi bilan bemorlarning hurmatini qozonishi zarur (*E.Y. Qosimovning bo‘lajak shifokorlarga atab aytgan nutqidan*).

Albatta, hozirgi kunda tibbiyotga pullik xizmatning kirib kelishi, deontologiyaning ba‘zi yo‘nalishlarini boshqacha tahlil qilishga undaydi. Sobiq Sho‘ro davrida pullik xizmat deyarli yo‘q edi. Hozir davlat tomonidan maxsus ruxsatnoma olib shifokorlar, poliklinikalar va shifoxonalar pullik tibbiy xizmat ham ko‘rsatishmoqda. Bu albatta, endi deontologiyaning keragi yo‘q yoki ahamiyati pasaydi, degani emas. Axir pul to‘lagandan keyin baribir yaxshi qaraydida, degan fikr yanglish fikrdir. Vaholanki, bemorning tuzalib ketishi uning shifokorga to‘lagan pulining miqdori bilan belgilanmaydi, uning bilimi, tajribasi va muomalasi bilan belgilanadi. Qolaversa, deontologiya degani, faqat bemorga shirin so‘z gapirib, unga kulib qarab turish degani emas, deontologiyaning ustuvor yo‘nalishlaridan biri, ta‘kidlab o‘tganimizdek, **ishonchdir**. Ba‘zan hadeb vahima qilaveradigan bemorni qattiqroq koyib qo‘yishga ham to‘g‘ri keladi. Ana shundagina u tibbiyot xodimlariga ishonadi. Agar kasalim haqiqatan ham tuzalmas bo‘lganida, tibbiyot xodimlari meni urishib bermasdi, deb o‘ylaydi.

Ba‘zan bemorga berilayotgan davo usuli uni qoniqtirmaydi. Ko‘p dori-darmon yozilsa, shuncha dori shartmikan, yoki kasalim og‘irmi, yoki tibbiyot xodimlari tajribasizmi? degan fikrlar paydo bo‘ladi. Falonchi tibbiyot xodimi falonchi bemorni ikkita dori berib tuzatib yuboribdi, degan so‘zlarni ba‘zan eshitib turish mumkin. Xo‘sh, bunday paytlarda qanday yo‘l tutish kerak? Ayniqsa, ba‘zi kasalliklarni birmuncha uzoq davolashga to‘g‘ri keladi. Berilayotgan davo choralari darrov natija beravermaydi. Bunday paytlarda kasallikning mohiyatini bemor tushunadigan tilda bayon qilish kerak. Kerak bo‘lsa, bemorni tinchlantirish

uchun tashxisni yanada aniqroq qilish maqsadida, tibbiyot xodimlari o'zidan tajribaliroq hamkasblaridan maslahat so'rashi zarur. Tibbiyot xodimlari bemorning oldida aslo o'zini yo'qotib qo'ymasligi kerak. Shuni unutmaslik kerakki, tibbiyot xodimlari bemorni tekshiradi, bemor esa tibbiyot xodimlarini kuzatadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Subyektiv tekshiruv usuli haqida ma'lumot bering.
2. Obyektiv tekshiruv usuliga nimalar kiradi?
3. «Anamnesis morbi» nima?
4. «Anamnesis vitae» nima?
5. Bemorlarni ko'zdan kechirish tartib qoidalari qanday?
6. Palpatsiya qilish usulining qanday turlari mavjud?
7. Perkussiya usuli bilan nimalarni aniqlash mumkin?
8. Auskultatsiya tartibi va mohiyatini tushuntiring.

2.3. Bemorlarni tibbiy asbob-uskunalar bilan tekshirish

Rentgenologik tekshirish rentgenoskopiya va rentgenografiyani o'z ichiga oladi.

Rentgenografiya – rentgen nurlari yordamida organ va to'qimalarni rentgen plyonkasiga suratga olishga asoslangan. Rentgenogrammada zich to'qimalar yorug', yumshoq to'qimalar va havo esa qora bo'lib ko'rinadi.

Rentgen nurlarini birinchi bo'lib 1896-yilda nemis olimi Vilgelm Konrad Rentgen kashf etgan. U ko'zga ko'rinmaydigan nurlar bo'lib, mutlaqo o'tib bo'lmaydigan jismlar orqali ham o'ta oladi va ularga qisman yutiladi.

Rentgenoskopiya usulida tekshirilayotgan organ tasviri ekranda hosil qilib ko'riladi. Bu usul yordamida o'pka, yurak, katta qon tomirlari, ko'ks oralig'i ovqat hazm qilish organlarining faoliyati o'rganiladi.

Flyuroografiya – bu rentgen nuri yordamida ko'krak qafasi a'zolarini kichraytirilgan shaklda kam nurlantirib ko'rsatish usuli.

Radioizotop tekshirish usuli – ovqat hazm qilish, siydik ajratish sistemasi aʼzolarini tekshirishda qoʻllaniladigan usuldir. Bu usul radiofarmatsevtik preparatlarni venaga yuborib, uning nurlanishini qayd qilish va oʻlchash orqali amalga oshiriladi. Buyrak radioizotop renografiya qilinadi va skanerlanadi. Bu usul buyrakning funksional holatini miqdor jihatdan baholashga imkon beradi va eng sezgir usul hisoblanadi.

Kontrast moddalar haqida tushuncha va ularni organizmga kiritish usullari.

Rentgenkontrast moddalar rentgen nurlari kashf qilingandan soʻng koʻp oʻtmay taklif etilgan. Rentgenodiagnostikada ishlatiladigan rentgenkontrast moddalar 2 guruhga boʻlinadi:

1. Nisbiy zichligi yuqori boʻladigan rentgenkontrast moddalar, bular rentgen nurlarini tutib qolib, tekshirilayotgan organ atrofidagi toʻqimalardan ancha quyuqroq boʻladigan soyani tushiradi. Bu moddalarga yod va bariy birikmalari kiradi.

2. Nisbiy zichligi tekshirilayotgan organdan kam boʻladigan va rentgen nurlarini oson oʻtkazib yuboradigan rentgenkontrast moddalar. Bularga **kislorod, geliy, azot-(II)-oksid, karbonat angidrid gazi** kiradi. Amalda kisloroddan koʻproq foydalaniladi.

Kontrastlash usullari rentgenkontrast moddani qay tarzda yuborishga koʻra 3 guruhga boʻlinadi:

1. Tabiiy teshiklaridan yuboriladi.
2. Qon oqimiga (gematogen usulda) yuboriladi.
3. Toʻgʻridan toʻgʻri toʻqimalarga, organlarga va tutash boʻshliqlarga yuboriladi.

Kontrastlash usuli hazm organlari (qiziloʻngach, meʼda, ingichka va yoʻgʻon ichak)ni tekshirish uchun qoʻllaniladi, buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi, bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki huqna qilib yuboriladi.

Tibbiy asbob-uskunalar bilan ishlaganda texnika xavfsizligi qoidalariga amal qilish

Rentgenodiagnostika vaqtida nurlanmaslik uchun barcha ehtiyot choralarini ko'rilgan holda, bemorni maxsus himoyalash, shuningdek shifoxona hududi va koridorda ehtiyot choralari ko'rish kerak. Rentgen nurlarining obyektidan ikki yoqlama o'tishi rentgen tasvirlarini asoslab berishda, yangi usullaridan foydalanish natijasida nurlanishni bir necha 10 marta kamaytirish hisobiga aniqroq tasvirlar hosil qilish mumkin. Tirik organizmlar uchun rentgen nuri xavfli hisoblansa ham, ko'pgina inson kasalliklarida yagona diagnostika usuli hisoblanadi. Bitta flyurografiya tekshiruvida 60 millirentgen qabul qilinsa, bitta rentgenografiya tekshiruvida 500 millirentgen qabul qilinadi. Bu tabiiy nurlanishning bir yillik me'yoriga teng. Bemorni rentgen xonada maxsus himoyalash maqsadida, tekshirilmaydigan sohalar uchun maxsus qo'rg'oshinli fartukdan foydalaniladi. Rentgen tekshiruvi faqat qat'iy ko'rsatmalar bo'yicha o'tkaziladi. Profilaktik maqsadda 1 yilda bir marta o'tkaziladi.

Radioizotop diagnostika laboratoriyalarida bemorning texnika xavfsizligiga Sog'liqni Saqlash Vazirligi tomonidan qabul qilingan yo'riqnomalarga asosan o'tkaziladi. Bemor texnika xavfsizligini ta'minlash uchun radiodiagnostika apparatlari, asboblari va boshqa jihozlar, radiofarm vositalaridan foydalanish, ularni saqlash, hisobga olish, nur yuborish – qat'iy nazoratga asoslanib, rioya qilinadi. Bemorni tekshirishning eng qisqa muddatlarda o'tkazishga yo'naltirilgan choralar qo'llaniladi.

Rentgen xonada ishlovchi xodimning texnika xavfsizligiga rioya qilishi asboblarni doimiy inventarizatsiyasini o'tkazish bilan amalga oshiriladi. Rentgen xonada maxsus himoyaga rioya qilinmaganda, xona pasportidan mahrum qilinadi. Rentgen xonani qurishda rezina himoya o'rnatiladi, xona eshigi esa qo'rg'oshinli bo'lishi kerak. Rentgen xona qoidaga ko'ra

1-qavatda joylashadi, 4 tomonidan qalinligi 6.5 sm sement va porox aralashmasi bilan qoplanadi.

Shunday holatda radiatsiya qo'shni binolarga ta'sir qilmaydi. Radioizotop diagnostika laboratoriyasida ishlovchi tibbiyot xodimining texnika xavfsizligiga Sog'liqni Saqlash Vazirligining buyruqlar punktlari asosida rioya qilishga asoslangan. Radioizotop diagnostikasi laboratoriyasining laboratoriya mudiri xodimlarning tibbiy ko'rikdan muntazam o'tishini, dorilarning saqlanishi, sarflanishi ustidan nazorat o'rnatishi, dozimetrik o'lchamlarni o'z vaqtida o'tkazishni, chiqindilarni chiqarish, konteynerlarni topshirishga to'liq javobgardir.

Radiofarm vositalardan foydalanishi bilan bog'liq favqulodda sodir bo'luvchi hodisalarda dezaktivatsion ishlar o'tkaziladi.

Rentgen xonada ishlovchilar quyidagi imtiyozlarga ega: 5 soatli ish kuni, 30 kunlik mehnat ta'tili, 15% maosh qo'shib berish, ayollar 45 yoshdan, erkaklar 50 yoshdan nafaqaga chiqishadi. Har kvartalda dozimetrlar yordamida dozimetrik nazorat o'zkazilib, jurnalga qayd qilinadi.

Endoskopiya – *Endo* – *ichki*, skopiya – ko'raman degan ma'noni bildiradi. Endoskopiyada ichi bo'sh organlar: qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoq ichak, bronxlarning ichki yuzasi ko'zdan kechiriladi. Endoskopiyani o'tkazish uchun maxsus asbob (endoskop) qo'llaniladi. Endoskopdagi alohida optik moslama a'zoni ko'zdan kechirib chiqishga, biopsiya qiluvchi moslama esa gistologik tekshirish uchun a'zodan kichik bir bo'lakni olishga imkon beradi. Endoskopning fotosistemi organ bo'shlig'ining fotosuratini tushirib olishga imkon beradi. Endoskopiya orqali alohida a'zolarni tekshirishda bronxlar – bronxoskop, qizilo'ngach – ezofagoskop, me'da va o'n ikki barmoq ichak – gastroduodenoskop, yo'g'on ichak – kolonoskop, to'g'ri ichak – rektoskop yordamida tekshiriladi.

UTD (Ultratovush diagnostikasi) – bu ultratovush yordamida tekshirish usuli bo'lib, bunda datchik orqali tanaga

ultratovush yuboriladi va qaytgan tovush to'liqlarini qayt etish orqali a'zolar holati, zichligi va boshqalar aniqlanadi. Bu tekshirish usuli tuzilishi turlicha bo'lgan to'qimalarda yutilish, singish hamda qaytish turlicha bo'lishiga asoslangan. Hozirgi vaqtda ichki a'zolarini buyrak, jigar, o't pufagi, taloq, jinsiy a'zolar kasalliklarini aniqlashda ultratovush bilan tekshirish keng qo'llanilmoqda. Chunki bu usul hozirgi zamon fan yutuqlariga asoslangan bo'lib, bemor hamda tibbiyot xodimlari uchun zararsiz usuldir. Ultratovush yordamida tekshirishda bemorlar maxsus tayyorgarliksiz ham tekshirishdan o'tishlari mumkin. Ultratovush yordamida tekshirish patologik o'zgarishlarda, dinamikada kuzatish olib borishga imkon beradi, qayta-qayta tekshirish o'tkazish xavfsiz, unga qarshi ko'rsatmalar yo'q.

EKG (elektrokardiografiya) – yurak biotoklarini yozib olish usuli bo'lib, bu usul yurak muskul to'qimasida paydo bo'ladigan musbat va manfiy ionlarning hujayra pardasi orqali harakatlanishiga asoslangan. Yurakda paydo bo'ladigan biopotensiallarni qayd qiluvchi apparat elektrokardiograf deb ataladi. Bu apparat yurak biopotensiallarini elektrodlar yordamida o'ziga qabul qilib oladi, shu bilan birga tana yuzasining elektrodlar tagida turgan qismlaridagi 3 mV (millivolt) gacha bo'ladigan kichik potentsiallar farqi necha ming baravar kuchaytiriladi va yuzaga keladigan juda arziyas potentsiallar farqini seza oladigan qayd qiluvchi asbob – galvanometr ga beriladi. Galvanometr yordamida hosil bo'lgan tebranishlar egri chiziqlarini fotografik yo'l bilan maxsus qog'ozga yozib olinadi, yozib olingan tebranishlar esa elektrokardiogramma deb ataladi.

FKG (Fonokardiografiya) – bu usul tovushlarni grafik usulda yozishga asoslangan bo'lib, yurak faoliyati davrida yurak tonlari hamda shovqinlarini aniqlaydi.

Pikfloumetriya – nafas chiqarishning eng yuqori sonini maxsus moslama – pikfloumetr yordamida aniqlash bo'lib, u

o'pkaning faoliyatini shu jumladan, nafas o'tkazish yo'llarining torayish darajasini obyektiv baholash imkoniyatini beradi.

KT (Kompyuter tomografiya) – rentgen nuri yordamida to'qimalarni qavatma-qavat kesish yo'li orqali tasvirga tushirish.

Kompyuter tomografiya usulini 1978-yilda Xaunsrild va Kormanlar ishlab chiqdi va ularga Nobel mukofoti berildi.

Kompyuter tomografiya rentgen nurida ishlaganligi sababli to'qima qancha qattiq bo'lsa, shuncha yaxshi ko'rsatadi.

Obzor rentgenografiyadan afzalligi: 3 xil proyeksiyada tasvirga tushirganligi uchun suyak ichini to'liq ko'rsatadi. Yumshoq to'qimalar haqida to'liq ma'lumot bera olmaydi (60–70%).

Kamchiligi: uzoq vaqt talab etadi, vazn chegaralangan, portative emas, bemorni tekshiruvga tayyorlash kerak, chaqaloqlarni uxlatiladi.

Qarshi ko'rsatma: homiladorlik.

MRT (Magnit rezonans tomografiya) – magnit maydon hosil qilinib, magnit maydon yordamida to'qimani atomlari qo'zg'atilib, a'zolar tasvirga tushiriladi. MRTda yumshoq to'qima aniq, to'liq ko'rinadi, 3 xil kesimli proyeksiyada. Suyaklar nisbatan yaxshi ko'rinmaydi.

Afzalligi: zararsiz, yumshoq to'qimalar haqida har bir kesimda axborot beradi.

Qarshi ko'rsatma: homiladorlik, organizmda metall bor kishilar tushishi mumkin emas.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Terapiyada qanday tibbiy asbob-uskunalar bilan tekshirishlar qo'llaniladi?
2. Tibbiy asbob-uskunalar bilan tekshirishda tibbiyot hamshirasining vazifasi nimadan iborat?
3. Rentgenologik tekshiruv haqida tushuncha va uning ichki kasalliklarga tashxis qo'yishdagi ahamiyati.
4. Endoskopik tekshiruvlar haqida tushuncha va uning ichki kasalliklarga tashxis qo'yishdagi ahamiyati.

5. UTD tekshiruv haqida tushuncha va uning ichki kasalliklarga tashxis qo'yishdagi ahamiyati.
6. EKG tekshiruv haqida tushuncha va uning ichki kasalliklarga tashxis qo'yishdagi ahamiyati.
7. Kontrast moddalar haqida tushuncha va ularni organizmga kiritish yo'llarini gapirib bering.
8. Tibbiy asbob-uskunalar bilan ishlaganda texnika xavfsizligi qoidalari haqida so'zlab bering.

2.4. Laborator tekshirish usullari

Laboratoriya davolash profilaktik muassasaning (kasalxona, poliklinika, dispenser) tarkibiga kiradi va davolash muassasasining boshqa bo'limlaridan alohida bo'lishi kerak. Laboratoriya birinchi qavatda, keng, yaxshi yoritilgan, shamollatiladigan (ventilyatsiyalangan) xonalarda jihozlanadi. Barcha xonalar devori kafellangan bo'ladi, chunki dez. eritmalar bilan yuvishga chidamli. Asosiy va bir necha qo'shimcha xonalari mavjud: material olish xonasi, ro'yxatga olish uchun alohida xona, yuvish xonasi, abtoklavli xona. Klinik diagnostik laboratoriya 20 m² maydondan, balandligi 3 metrdan kam bo'lmasligi kerak. Har bir xodim uchun o'rtacha 10 m² maydon ajratiladi.

Laboratoriyalar umumklinik, biokimyoviy, serologik, bakteriologik, sitologik bo'limlardan iborat. Umumklinik tekshiruvlarga siydik tahlili, axlat tahlili, balg'am tahlili, jinsiy a'zolar ajralmasi, zondlash orqali olinadigan suyuqliklar (me'da shirasi, 12 barmoqli ichak suyuqligi), punksiya orqali olinadigan materiallar (orqa miya suyuqligi, tana bo'shliqlaridan olinadigan suyuqliklar) kiradi. Biokimyoviy tekshiruvlarga ferment, gormon, oqsil, mikroelementlar; siydikdagi xloridlar, mochevina, amilaza; qondagi qand, xolesterin, kalsiy, bilirubin tahlillari kiradi. Bitta xonada gematologik va umumklinik tahlillarni olish mumkin emas.

Shifokor klinik-biokimyoviy laboratoriya natijasidan 75% gacha diagnostik ma'lumot oladi.

Laboratoriyalarning jihozlanishi. Laboratoriyada ishlash uchun zarur bo'lgan asosiy uskunalar bo'lib hisoblanadi:

- yoritgich va obyektivlarning to'liq yig'indisiga ega mikroskop;
- fotoelektrokolorimetr;
- sentrifuga;
- panchenkov asbobi;
- sanoq kameralari;
- refraktometr;
- elektroforez;
- urometrlar;
- laboratoriya idishlari;
- sovutgich;
- foydalaniladigan material va boshqalar.

Bulardan tashqari laboratoriyada probirkalar, maxsus optik buyum oynachalar, bir martalik asbob-uskunalar, stakanlar, germetik yopiluvchi plastik konteynerlardan foydalaniladi.

Ish joylari yaxshi yorug'lik bilan ta'minlanib, tekshiruvlar uchun material tayyorlash alohida xonalarda o'tkaziladi. Laborator stollar kimyoviy mustahkam yuzaga (linoleum, plastik) ega bo'lishlari kerak.

Texnika xavfsizligi qoidalari

Klinik-biokimyoviy laboratoriyada quyidagi xodimlar ishlashi kerak:

- shifokor laborant;
- feldsher laborant;
- tibbiy texnolog;
- tibbiy ma'lumoti bo'lgan 18 yoshdan oshgan xodim.

Laboratoriyada ishlovchi xodimlar sogʻlom, yuqumli kasalliklar bilan kasallanmagan boʻlishi shart. Har 6 oy muddatda tibbiy koʻrikdan oʻtishadi. Laboratoriyada ishlaganda ichki tartib qoidalarga qatʼiy amal qilgan holatda maxsus kiyim, xalat, tapochka, fartuk, oʻzini himoya qiluvchi vositalar: maska, koʻzoynak, bir martalik qoʻlqopda boʻlishlari kerak. Ish vaqtida chekish qatʼiyan man qilinadi. Ish jarajonida bir martalik asbob-uskunalar (skarifikator, shprints)dan foydalanish maqsadga muvofiq. Ishlatilgan buyumlar, bir martalik asboblari, qonli ashyolar maxsus konteynerlarda utilizatsiya qilinadi. Koʻp martalik asboblari dez. eritmalarga solinadi, qoidasi boʻyicha yuviladi va avtoklavda sterillanadi. Xodimlar dez. eritmalar, reaktivlar, kuchli kimyoviy vositalar bilan ishlaganda texnika xavfsizligi qoidalariga amal qilib, bu vositalar toʻgʻridan toʻgʻri teri va shilliq qavatlarga tushishidan himoyalanihlari shart. Shuningdek bemordan olingan biologik materiallar bilan ishlaganda ham shu qoidalarga amal qilishlari kerak.

Laboratoriyada birinchi tez yordam uchun aptechka boʻlishi kerak. Aptechkada quyidagilar boʻladi:

- 70% li spirt;
- 1% li kumush nitrat eritmasi;
- 1% li protargol;
- kaliy permanganat (eritmalar uchun);
- 1% li yod eritmasi;
- leykoplaster.

Laboratoriya tekshirish usullariga bemorlarni tayyorlash

Tekshirish usullariga bemorlarni ham jismoniy, ham ruhiy tayyorlash kerak. Bemordan qay usulda, qanday tahlil olinishi tushuntiriladi. Turli omillar (parhez, fizik zoʻriqish, emotsional stress, dori preparatlari qabul qilish, alkogol isteʼmol

qilish, chekish)dan o'zini asrash aytiladi. Aksariyat laborator tekshiruvlar aniq natija olish uchun nahorda, och qoringa, hech qanday dori vositalari qabul qilmagan holatda olinadi. Uzoq'i bilan kunduzgi 11.00 gacha. Buning uchun bemorga bir kun oldin hamma qoidalar tushuntirib, shaxsiy gigiyenaga rioya qilib kelish tayinlanadi.

Har qanday laborator tekshiruvning o'ziga xos tayyorgarligi mavjud.

Masalan:

Qon olishga bemorlarni tayyorlash

Bemorni och qoringa, nahorga, dori vositalari qabul qilayotgan bo'lsa, shu kuni dori ichmasdan uzoq'i bilan soat 10.00 gacha laboratoriga kelishi tushuntiriladi.

Siydik yig'ishga bemorni tayyorlash

Bemor ertalab uyqudan uyg'ongach tashqi jinsiy a'zolarini xo'jalik sovuni bilan yuvish va siydikning o'rta porsiyasini toza bankaga olish tushuntiriladi. Ayollarda hayz siklida siydik tahlili olinmaydi, tahlil juda zarur holatlarda siydik pufagini kateterlash orqali siydik olinadi.

Najasda yashirin qonni aniqlashga bemorni tayyorlash

Bemordan analiz olinishidan 3–5 kun avval parhez qilib turishi (axlatga rang beruvchi mahsulotlarni ovqat ratsionidan olib tashlash) go'sht, baliq, tuxum, qizil lavlagi, sabzavotlar, tarkibida temir, magniy, vismut, faol ko'mir dorilarini qabul qilmaslik kerakligi tushuntiriladi.

Balg'amni mikroskopik usulda tekshirishga tayyorlash

Nahorga och qoringa tekshirish o'tkazishdan 1–1,5 soat oldin bemor tishlarini tozalash haqida tushuntiriladi. Bemorni o'ziga

xizmat qilish faoliyati buzilganda, hamshira bemorning og‘iz bo‘shlig‘ini tozalashga yordam beradi. Tekshirish boshlashdan oldin, bemorga og‘iz va halqumni qaynatilgan suvda chayishni taklif qiladi. Bemorga bir necha marta chuqur nafas olish, chiqarish buyurilib, so‘ngra yo‘talish so‘raladi. Ajratilgan balg‘amni toza bankaga 4–5 ml dan kam bo‘lmagan miqdorda yig‘ish kerak, bunda banka qopqog‘i yopiladi. Balg‘am yig‘ilgandan so‘ng 2 soat ichida laboratoriyaga yuboriladi

Me‘da shirasini olish, 12 barmoqli ichak suyuqligini olishga bemorlarni tayyorlash

Tekshiruvdan oldin bemorlarga yog‘li, qovurilgan va sutli mahsulotlar taqiqlanadi. Kechki ovqatni 18.00 gacha qabul qilishi kerak. Kechki ovqat yengil: choy va bulochka bo‘lishi kerak. Ertalab och qoringa sochig‘i bilan zondlash xonasiga borishi tayinlanadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Klinik laboratoriya tuzilishini gapirib bering.
2. Laboratoriyada ishlaganda qanday texnika xavfsizligi qoidalari amal qilish kerak?
3. Laboratoriya tekshirish usullariga bemorlarni tayyorlashda tibbiyot hamshirasining vazifasi nimadan iborat?
4. Laboratoriya qanday jihozlanadi?

2.5. Nafas a‘zolari kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Nafas olish a‘zolarining tuzilishi va vazifalari. Nafas a‘zolari sistemasi burun yo‘llari, hiqildoq, traxeya, bronxlar, o‘pkani o‘z ichiga oladi. O‘pka tashqi tomondan yupqa elastik biriktiruvchi to‘qima – plevra pardasi bilan qoplangan. O‘ng o‘pka uch: ustki, pastki, o‘rta; chap o‘pka esa ikki: ustki va pastki bo‘lakdan tashkil topgan. O‘pka ko‘krak qafasida joylashgan.

O'ng va chap o'pka o'rtasida kekirdak, qizilo'ngach, qon tomirlari, ayrisimon bez, nerv tolalari, limfa tomirlari va tugunlari hamda yurak joylashgan. O'pkaning pastki yuzasi ko'krak bilan qorin o'rtasidagi to'siq – diafragma tegib turadi.

Havo burun yo'llari orqali traxeyaga o'tadi, traxeya o'ng va chap bronxlardan iborat bo'lib, ular o'pkaning tegishli bo'laklariga kirib boradi. Bronxlar juda mayda tarmoqlarga bo'linib ketgan, ular bronxiolalar deyiladi. Ular nihoyatda mayda bo'shliqlar – alveolalar bilan tugallanadi. Alveolalar juda mayda qon tomirlari – kapillarlar to'ri bilan o'ralgan. Alveolalarda gazlar almashinuvi ro'y beradi. Bu yerga kirgan havodan alveolalarni o'rab turgan kapillarlarga kislorod o'tadi.

Organizmni kislorod bilan ta'minlash ishini eritrotsitlar bajaradi. Gazlar almashinuvi jarayonida karbonat anhidrid gazi hosil bo'ladi, bu gaz havo yo'llari orqali tashqariga chiqarib yuboriladi.

Nafas olganda o'pka kengayadi, o'pkaga taxminan 700 ml³ hajm havo kiradi. Nafas chiqarilganda ko'krak qafasi hajmi kichrayadi. Sog'lom odamda nafas harakatlarining soni minutiga 16–20 taga teng bo'ladi. Jismonan zo'riqqan paytda nafas tezlashadi.

O'pkaning tiriklik sig'imi: sportchilarda (sog'lom odamlarda) – 5000 ml³; erkaklarda – 3500 ml³ bo'ladi, ayollarda 2500 ml³.

O'pka to'qimasi zararlanishi bilan kechadigan kasalliklarda o'pkaning tiriklik sig'imi ancha kamayadi.

Nafas organlari faoliyatini uzunchoq miyada joylashgan nafas markazi idora etadi. O'pka muhim a'zo bo'lib, qon aylanish ham unga bog'liq. O'pka arteriyasi yurakning o'ng qorinchasidan chiqqanidan keyin o'pkada juda katta kapillar to'rini hosil qiladi.

Nafas olish sistemasi organizmga beto'xtov kislorod kirib, undan karbonat anhidrid gazi chiqib turishini ta'minlaydi. Nafas olish vaqtida nafas markazi qo'zg'aladi, bu nafas muskullarining qisqarishiga sabab bo'ladi. Ayni vaqtda o'pka cho'zilib, alveo-

laldagi havo bilan atmosfera havosi bosimlari o'rtasidagi farq tufayli o'pkaga havo o'tadi. Nafas chiqariladigan mahalda nafas muskullari bo'shashib, o'pka puchayadi, havo chiqib ketadi.

Nafasning uch tipi tafovut qilinadi: ko'krak, qorin va aralash tipi. *Ko'krak tipida* ko'krak qafasi asosan oldingi orqa va yon yo'nalishlarda kengayadi (ayollarga xos). *Qorin tipida* ko'krak qafasi asosan diafragma hisobiga vertikal yo'nalishda kengayadi (erkaklarga xos). *Aralash tipdagi* nafasda ko'krak qafasi barcha yo'nalishlarda bir tekis kengayib turadigan bo'ladi.

Klinik holat va simptomlar (so'rab-surishtirish). Nafas organlari kasallangan bemorlar ko'kragi og'rib turishi, hansirash, bo'g'ilish, yo'talish, balg'am tashlash, qon tupurishdan noliydi. Ko'pincha darmonsizlik, isitma, lanjlik, ishtaha pasayishi, bosh og'rishi, uyqu buzilishi ham qayd qilinadi.

Ko'krak qafasida og'riq ko'pincha yallig'lanish jarayoni plevraga o'tgan mahallarda boshlanadi, plevrada nerv oxirlari ko'p bo'ladi. Plevra og'riqlari uchun ularning chuqur nafas olingan va yo'talganda paydo bo'lishi xarakterlidir. Yallig'lanib turgan plevra varaqalari bir-biriga ishqalanganida sezuvchi nervlari ta'sirlanishi tufayli og'riqqa sabab bo'ladi. Stenokardiya va miokard infarktida ham ko'krak qafasida og'riq paydo bo'ladi, lekin bu og'riq to'sh orqasida sezilishidan tashqari, chap tomonga beriladi.

Hansirash nafas soni (chastotasi), ritmi va chuqurligining o'zgarishi. Hansirash asosiy shikoyatlaridan biridir. Hansirash gazlar almashinuvi buzilishi natijasida paydo bo'ladi. Qonda karbonat kislotasi va to'la oksidlanmay qolgan almashinuv mahsulotlarining ko'payib borishi nafas markazi ta'sirlanib, hansirash paydo bo'lishiga olib keladi. Hansirashning 3 tipi tafovut qilinadi: inspirator, ekspirator va aralash. *Inspirator hansirashda* nafasga havo olish qiyinlashsa, *ekspirator hansirashda* nafas chiqarish qiyinlashadi, *aralash hansirashda* esa nafas olish ham, nafas chiqarish ham qiyinlashib qoladi.

To'satdan paydo bo'lib, keskin ifodalanib turadigan hansirash bo'g'ilish deb ataladi. Turib-turib tutib qoladigan bog'ilish *astma* deb ataladi. Ko'proq naf beradigan bo'lishi uchun kislorod bilan havo aralashmasi uzoq muddat nafasga oldirib turiladi, bunday aralashma tarkibida 50% atrofida kislorod bo'ladi. Sof kislorod nafas markazining ancha tez susayib qolishiga olib keladi, uni uzoq muddat nafasga oldirib turilganda esa odam o'zidan ketib qolib, talvasa tutishi mumkin. Shu munosabat bilan odam is gazidan zaharlanganda, nafas yetishmovchiligida bemorlarga 10–30 minut davomida karbogen (95% kislorod bilan 5% karbonat angidrid gazi aralashmasi)dan nafas oldirib turish buyuriladi, chunki karbonat angidrid gazi nafas markazini qo'zg'atadi. Biroq har qanday holda ham oksigenoterapiya olayotgan bemorning ahvolini diqqat bilan kuzatib boriladi, agar noxush sezgilar paydo bo'lsa, ingalyatsiyani darhol to'xtatish zarur.

Yo'tal ko'pincha yallig'lanish jarayonlari vaqtida nafas yo'llarida sekret (balg'am, shilimshiq, qon) to'planib qolishi yoki shu yo'llarga yot jismlar tushib qolishi tufayli paydo bo'ladi. Yo'tal quruq yoki balg'am keladigan bo'lishi mumkin. U bemorni doimo yoki vaqt-vaqtida bezovta qilib turadigan bo'lishi mumkin, ba'zida esa xurujlar ko'rinishida paydo bo'ladi. Doimiy yo'tal nafas yo'llari va o'pkaning surunkali kasalliklarida ko'rinsa, tutib qoladigan xili nafas yo'llariga ovqat bo'laklari va boshqa yot jismlar tushganda kuzatiladi.

Balg'am yo'tal paytida nafas organlaridan ajralib chiqadigan patologik suyuqlikdir. Balg'am tarkibiga shilimshiq, seroz suyuqlik, nafas yo'llarining epitelial hujayralari va qon hujayralari kiradi. Balg'am miqdori keng doiralarda o'zgarib turadi: bir necha millilitrdan tortib to 2 l gacha boradi (bronxoektatik kasalliklar, o'pka absessida). Ko'pincha balg'amni hidi bo'lmaydi. Yangi balg'amning qo'llansa hidli bo'lishi to'qima irib-chirigan mahalda (gangrena, irib kelayotgan rak) yoki balg'am bo'shliqlarda turib

qolganida, undagi oqsillar chiriganida ko'riladi (bronxoektazlar, o'pka absessida). Balg'amning xarakteri, rangi va konsistensiyasi ham tafovut qilinadi. Balg'am rangi kasallik xiliga bog'liq. Chunonchi, krupoz pnevmoniya, ya'ni pnevmoniya kasalligida u zangsimon, o'pka rakida malina rangida bo'ladi. Yiringli balg'am yashil tusli bo'ladi. Bronxial astma tutib qolganida shishasimon rangsiz balg'am chiqadi.

Qon tushish (qon tashlash) – yo'tal vaqtida balg'am aralash qon tashlashdir. Qon yangi (qip-qizil) yoki o'zgargan bo'lishi mumkin. Qonning o'pkadan chiqayotganiga ishonch hosil qilish uchun qonab turgan milklar va burun halqumdan, shuningdek burun qonayotgan mahalda balg'amga qon tekkanini istisno qilish kerak. O'pkadan kelayotgan qonni me'dadan kelayotgan qondan ajratish aksari qiyin. Me'da qonaganida chiqadigan qon, odatda to'q rangga kirib, ovqat massalari bilan aralash bo'ladi, o'pka qonaganida qip-qizil ko'pikli qon keladi, u yo'tal tutgan mahalda chiqadi.

Ipir-ipir qon aralash balg'am kelishi bilan ifodalanadigan arzi-mas qon tashlash shoshilinch choralar ko'rishni talab etmaydi.

Bemorni so'rab-surishtirilganda kasallikning qanday qilib va qanday sharoitlarda avj olib borganini aniqlab olish kerak. Krupoz pnevmoniya shu qadar to'satdan boshlanadiki, bemor og'rib qolgan kunining o'zini emas, balki soatini ham biladi. Ekssudativ plevrit esa asta-sekin avj olib boradi. Avvaliga nafas vaqtida ko'krak qafasida og'riq turib, quruq yo'tal paydo bo'ladi, sal isitma chiqib, ko'tarila boshlaydi, ko'krak qafasidagi og'riqlar o'rniga esa asta-sekin hansirash paydo bo'ladi. Kasallikning zimdan boshlanib, uzoq vaqt davomida zo'rayib borishi o'pka raki va sili uchun xarakterlidir. Nafas organlarining ko'pgina kasalliklari sovqotishdan keyin boshlanadi. Kasallikning o'tishidagi xususiyatlarni, qilingan davoning xarakteri va nechog'li naf berganini aniqlab olish zarur. Bemor anamnezini yig'ishda mehnat va turmush sharoit-

larini batafsil soʻrab-surishtirib koʻrish kerak. Zax, yaxshi shamolatilmaydigan binoda yashash va ishlash surunkali bronxit, oʻpka sili paydo boʻlishiga olib borishi mumkin. Shu bilan birga ochiq havoda ishlash (binokorlar, qishloq xoʻjaligi xodimlari) bronxlar va oʻpkaning oʻtkir yalligʻlanish kasalliklari (oʻtkir bronxit, traxeit, pnevmoniya) paydo boʻlishiga yoki kasallikning surunkali shakllari oʻtib ketishiga sabab boʻlishi mumkin. Nafas organlarining baʼzi kasalliklari paydo boʻlishida tamakini, shuningdek alkogolni koʻp isteʼmol qilish kattagina rol ni oʻynaydi. Maʼlumki, tamaki kashandalarida oʻpka raki bir necha barobar koʻproq uchraydi. Yirik shaharlar aholisi oʻrtasida ham oʻpka raki tarqalganligi aniqlanganki, bu – benzopirenni nafasga olishiga bogʻliq.

Koʻzdan kechirish. Koʻkrak qafasi maʼlum bir tartib bilan koʻzdan kechiriladi. Yonlama yorugʻlikda bemorni tik turgʻazib yoki oʻtirgan holda har tomondan qarab chiqiladi. Oldin koʻkrak qafasi shakliga, oʻmrovlari, oʻmrov usti va oʻmrov osti chuqurchalari, kuraklarining olgan joyiga baho beriladi. Soʻngra nafas tipi, ritmi va sonini taʼriflash kerak.

Koʻkrak qafasi shakli normal va patologik boʻladi. Tana tuzilishi 3 ta konstitutsiya tipiga ajratiladi: normostenik, giperstenik, astenik.

Koʻkrak qafasining bir qancha patologik shakllari mavjud:

Emfizematoz (bochkasimon) koʻkrak qafasi kalta, hamma yoʻnalishlarda, ayniqsa orqa, yon boʻlimlari kengaygan boʻladi. Oʻmrov usti va oʻmrov osti chuqurchalari boʻrtib turadi, qovurgʻalararo kamgaklar katta boʻladi (xuddi bochkadek). Bu oʻpka emfizemasida kuzatiladi.

Paralitik koʻkrak qafasi emfizematoz koʻkrak qafasining aksi: yassi, tor va uzun boʻladi. Bemorlar koʻzdan kechirilganida koʻkrak qafasi muskullarining atrofiyasi, oʻmrov va kurak suyaklarining asimmetrik ravishda joylashganligi topiladi. Paralitik koʻkrak qafasi 2 tomonlama fibroz kavernoza oʻpka silida kuzatiladi.

Raxitik (tovuq) ko'krak qafasi to'sh suyagining oldinga turib chiqib turishi, qovurg'a tog'aylarining tasbehga o'xshab qalinlashib qolganligi hisobiga oldingi orqa o'lchamining ancha katta bo'lishi bilan farq qiladi (bunday holat raxit bilan og'rib o'tganlarda kuzatiladi).

Voronkasimon ko'krak qafasi (etikdo'z ko'kragi) to'sh suyagi rivojlanishida kamchiliklar bo'lganda yoki u uzoq qisilib qolgani-da uchraydi. Bunda to'sh suyagining pastki qismi va xanjarsimon o'simtasida voronka ko'rinishida ichiga tortgan joy ko'zga tashlanadi.

Umurtqa pog'onasining oldinga qiyshiqligi *lordoz*, orqaga qiyshiqligi *kifoz*, yon tomonga qiyshiqligi *skolioz*, orqaga va yon tomonga qiyshiqligi *kifoskolioz* deb ataladi. Kifoskolitik ko'krak qafasi ko'pincha umurtqa pog'onasi sili va raxitda uchraydi.

Nafasning ko'krak, qorin va aralash tiplari tafovut qilinadi. Nafasning *ko'krak* (qovurg'a) *tipi* asosan ayollarda uchraydi. Bunda nafas harakatlari asosan qovurg'alararo muskullar ishtiroki bilan yuzaga chiqadi. *Qorin (diafragma) tipi* ko'pincha erkaklarda qayd qilinadi. Nafas harakatlari asosan diafragma bilan yuzaga chiqadi, nafas olish vaqtida qorin devori oldinga suriladi. *Aralash tipda* nafas harakatlari qovurg'alararo muskullar qisqarishi hisobiga ham, diafragma qisqarishi hisobiga ham yuzaga chiqadi.

Sirtidan ko'zdan kechirish mahalida ko'krak va qorin devorining nafas harakatlariga qarab nafas soni (chastotasi) aniqlanadi. Katta yoshli sog'lom odamda nafas ekskursiyalari chastotasi tinch turilgan mahalda minutiga 16–20, chaqaloqlarda 40, yoshi ulg'aygan sari asta-sekin pasayib boradi. Uyqu mahalida minutiga 12–14 marta bo'lsa, jismoniy mashq bajartirilganda yoki hishayajonlarda ortadi.

Nafas chuqurligi tinch holatda nafasga olinadigan va chiqariladigan havo hajmiga qarab aniqlanadi. Normada nafas havosining hajmi 300–800 ml. ni tashkil etadi. Yuza nafasda na-

fas olish va nafas chiqarish kalta, chuqur nafasda uzoq bo'ladi. Sog'lom odamda nafas ritmi nafas olish va nafas chiqarishning bir xil chuqurlikda va bir xil muddat davom etib borishi bilan ta'riflanadi.

Koma holatidagi kasallarda nafas chuqur va shovqinli bo'lib qoladi, Kussmaulcha katta nafas deb shuni aytiladi. Nafas aritmiyasi to'xtab-to'xtab qoladigan ikki tipdagi nafas – Cheyn-Stokscha va Biotcha nafas bilan namoyon bo'ladi.

O'pka palpatsiyasi. Bu usul yordamida ko'krak qafasining og'rib turgan joylarini, elastikligini, ovoz titrashini aniqlash uchun qo'llaniladi. Tovush titrashi – tekshirayotgan shifokor bemor (kuchli tebranishga sabab bo'ladigan tovushlarni, masalan: 24; 44 va b.) tovushi tebranishidan ko'krak qafasining silkinishlarini sezadi.

O'pka to'qimasi zichlashib qolgan joy tepasida tovush titrashi zo'rroq bo'lib seziladi (pnevmoniya, kavernalar, abscesslar, o'pka-ning kompression atelektazlarida). O'pka elastikligi yo'qolganida (o'pka emfizemasi, bronxlar yo'lining tiqilib qolgan paytlarda), shuningdek o'pka bilan kurak devori o'rtasida tovush tebranishlarini yutib qoladigan suyuqlik yoki havo bo'lgan mahallarda (ekssudativ plevrit, pnevmotoraks, gidrotoraks, o'pka o'smalarida), tovush tebranishi susayib, batamom yo'qolib ham ketadi.

O'pka perkussiyasi. Perkussiya yordamida o'pka chegaralari aniqlanadi, chunki qorin bo'shlig'i organlarini (me'da, ichak qovuzloqlarini) hisobga olmaganda, o'pka atrofidagi organlarning ko'pchilik qismi sekin (bo'g'iq) tovush beradi, lekin ular o'pka tovushiga qaraganda boshqacha tovush beradi. Normal sharoitlarda bir xildagi kuch bilan tukillat urib ko'rilganda, ko'krak qafasining qaysi joyida havoli organ (o'pka) bo'lsa, o'sha joyida ravshan perkutor tovush chiqadi. Havosiz organlar va to'qimalar (yurak, jigar, taloq, muskullar) perkussiya qilinganida sekin tovush chiqadi. Qattiq va sekin tovushdan tashqari, oraliq o'rinni egallaydigan tovush bo'g'ilgan (bo'g'iqlashgan) tovush bor.

O'pkada havo kamayib qolganida yoki mutlaqo yo'qolib ketganida, masalan: o'pka yallig'lanishida, infarkt va atelektazga uchraganida, ekssudativ plevritda bo'g'iqlashgan tovush kuzatiladi. O'pka emfizemasida perkutor tovush past va qattiq bo'lib chiqadi (ya'ni, quticha tovushi). Katta-katta kavernalar bo'lganida, ochiq pnevmotoraks mahalida o'pkada timpanik tovush eshitiladi. Bunday tovush childirma (dovul, ya'ni timpan) tovushiga o'xshaydi. Ko'krak qafasining simmetrik joylashgan qismlaridan chiqadigan perkutor tovush tabiatini solishtirib ko'rish uchun qiyosiy perkussiya qo'llaniladi.

Sog'lom odamlarda ko'krak qafasining turli qismlaridan chiqadigan perkutor tovush bir xil bo'lmaydi. Chunonchi, chap tomondagi ikkinchi va uchinchi qovurg'alar orasidan chiqadigan o'pka tovushi yurak yaqin turganligi tufayli kalta tortgan bo'ladi. O'ng tomonda qo'ltiq tagi chizig'i bo'ylab borganda pastki bo'limlarda chap tomondagidan ko'ra birmuncha bo'g'iq tovush chiqadi, chunki bu yerga jigar yaqinroq turadi.

Topografik perkussiya organlarning katta-kichikligi, shakli va biri bilan ikkinchisining o'rtasidagi chegaralarini aniqlash uchun qo'llaniladi.

O'pkaning normal chegaralari

Chiziqlar	O'ng tomonda	Chap tomonda
Tosh oldi chizig'i	beshinchi qovurg'alar orasi	
O'rta –o'mrov chizig'i	VI qovurg'a	
Oldingi qo'ltiq osti chizig'i	VII	VII
O'rta qo'ltiq osti chizig'i	VIII	VIII
Orqa qo'ltiq osti chizig'i	IX	IX
Kurak chizig'i	X	X
Umurtqa pog'onasi yoni chizig'i	XI ko'krak umurtqasining qirrali o'simtalari	XI ko'krak umurtqasining qirrali o'simtalari

O'pka qirg'oqlarining aktiv harakatchanligi zo'r berib nafas olish va zo'r berib nafas chiqarish paytida o'pka pastki qirg'oqlari chegaralarining farqini aniqlab turib belgilab olinadi. Sog'lom odam o'pkasining aktiv harakatchanligi me'yorda 6–8 sm ni tashkil etadi. Patologiyada o'pkaning aktiv harakatchanligi kamayib qoladi yoki butunlay yo'qolib ketadi, masalan, plevra varaqalari butunlay bitib qolgan mahallarda shunday bo'ladi.

O'pka auskultatsiyasi. Eshitib ko'rish mahalida bemor osoyishta, bir tekis va chuqur nafas olib turishi kerak. Nafas organlarini eshitib ko'rilganida: nafas shovqinlarini; qo'shimcha shovqinlar yoki xirillashlarni; krepitatsiya; plevraning ishqalanish shovqinlarini eshitish mumkin.

Nafas shovqinlari ikki xil bo'ladi: hiqildoq, traxeya, to'sh suyagining dastasi ustida «X» tovushiga o'xshash nafas shovqini eshitaladi (qattiqroq, dag'alroq, cho'ziqroq bo'ladi) – bu bronxial nafas; ko'krak qafasining qolgan qismlarida «F» tovushiga o'xshash nafas shovqini eshitaladi, ya'ni o'pka ustida bu vezikular nafas deb ataladi. Bronxial nafas o'pka to'qimasining zichlashib qolgan yoki bronxlar bilan tutashgan bo'shliqlar hosil bo'lganidan darak beradi. U krupoz pnevmoniya, o'pka sili (kaverna) rakida kuzatiladi. Kichikroq zichlashish o'choqlari yoki ichkarida joylashgan patologik o'choqlar bo'lganida – aralash nafas: nafas olish vaqtida vezikular, nafas chiqarish vaqtida bronxial nafas eshitaladi.

Xirillashlar. Bronxlar yoki o'pka to'qimasining patologiyasida xirillashlar eshitaladi. Bronxlarda yopishqoq balg'am bo'lgan mahallarda (masalan: bronxitlar, bronxial astmada) quruq xirillashlar paydo bo'ladi. Quruq xirillashlar doimiy bo'lmaydi: ular ba'zan shu qadar qattiq bo'ladiki, narida turib eshitaladi, gohida esa mutlaqo yo'qolib ketadi. Nam xirillashlar havo oqimining yallig'lanish ekssudati orqali o'tishi tufayli bronxlarda hosil bo'ladi. Xirillashlar 3 xil kalibrli bo'ladi: mayda, yirik,

pufakchali. Mayda xirillashlar pnevmoniya, o'pka sili, infarktida kuzatiladi; bronxoektazlar yoki kavernalar bo'lganida, o'pka shishib ketganida yirik, pufakchali xirillashlar eshitiladi.

Krepatitsiya nafas olishning avjida eshitiladigan alohida chitirlovchi tovush bo'lib, bir tutam shochni quloq yaqiniga ishqalanganida chiqadigan tovushga o'xshab ketadi (quyidagi kasalliklarda kuzatiladi: krupoz pnevmoniya, o'pka shishuvi, infarktida, kichik qon aylanish doirasida qon dimlanib qolganida). Nam xirillashlar nafas olish va nafas chiqarish paytida eshitiladi, krepatitsiya esa faqat nafas olish paytida eshitiladi, odam yo'talganidan keyin nam xirillashlar o'zgarib qoladi, krepatitsiya esa tabiatan doimiy bo'ladi.

Plevraning ishqalanish shovqini sog'lom odamlarda eshitilmaydi, chunki silliq plevra varaqalari sirg'anganida tovushlar chiqmaydi. Plevra varaqalari yallig'lanishi tufayli g'adir-budur bo'lib qolgan mahallarda esa plevraning ishqalanish shovqini paydo bo'ladi. Bu shovqin botinka tagida qor g'irchillashiga o'xshaydi.

Tekshirish usullari va davolash. Bronxofoniya, ya'ni hiqildoq tovushining ko'krak qafasi yuzasiga o'tkazilishi xuddi tovush titrashi singari aniqlanadi: bemor unsiz tovushlar ko'p bo'lgan so'zlarni talaffuz etadi. O'pka to'qimasi zichlashib qolganida va unda bo'shliqlar paydo bo'lganida; o'pka infarkti, pnevmoniya, silda bronxofoniya kuchayadi; ekssudativ plevrit, obturatsion atelektazda esa susayib qoladi.

Rentgenologik usullar o'pka kasalliklarini aniqlashda asosiy tekshirishlardan hisoblanadi. Bular: rentgenoskopiya, rentgenografiya, tomografiya, bronxografiya va fluorografiyadir.

Radioizotop tekshirish usullari yordamida o'pka ventilyat siyasi, diffuziyasi, o'pkada qon aylanishi aniqlanadi, shuningdek o'pka skanerlanadi.

Bronxoskopiya traxeya va bronxlarning shilliq pardasini ko'zdan kechirish uchun, o'smalar, yaralar tekshiruvi uchun, yot

jismlarni chiqarib olish va polioplarni olib tashlash, bronxoektazlarga davo qilish uchun qo'llaniladi.

Spirometriya va spirografiya yordamida tashqi nafas funksiyasi o'rganiladi.

Spirometr yordamida nafas hajmini, o'pkaning tiriklik sig'imini aniqlash, spirografiyaning qo'llab, bundan tashqari qoldiq hajmini, bir minut davomida yutiladigan kislorod miqdorini aniqlash mumkin. Nafas hajmi nafas oladigan va nafas chiqaradigan havo hajmi bo'lib, u taxminan 500 ml (400–800 ml)ni tashkil etadi. Rezerv hajmi odam odatdagidek nafas chiqargandan keyin yana zo'r berib nafas chiqaradigan bo'lsa, chiqarib bera oladigan havosining hajmidir (1500–2000 ml ga teng). O'pkaning tiriklik sig'imi nafas, rezerv va qo'shimcha hajmlarning yig'indisidan tashkil topadi. Qoldiq hajm zo'r berib nafas chiqargandan keyin o'pkada qoladigan havo miqdoridir. Normada u 1000–1500 ml ga teng. O'pkaning maksimal sig'imi – nafas, rezerv, qo'shimcha va qoldiq hajmlarning yig'indisidir. U taxminan 6000 ml ga teng.

Plevra punksiyasi davo va tekshiruv maqsadida plevra suyuqligini tortib olishga xizmat qiladi. Diagnostika maqsadida 50–100 ml suyuqlik olinadi, davo maqsadida 1–1,2 l suyuqlik chiqarib tashlanadi. Punksiyani shifokor bajaradi. Plevra punksiyasi uchun uchi o'tkir qilib kesilgan va kanyulalari bo'ladigan o'rta kalibrdagi (1–1,2 mm) uzun (7–10 sm) ignalar, ingichka kalta ignalar, 2–5 va 10–20 ml sig'imli shpitslar, 2–3 ta probirka, surtmalar olish uchun xuddi shuncha buyum oynalari, kanyulalarga loyiq keladigan elastik naylar, qon to'xtatadigan tishsiz qisqichlar, so'rib oluvchi apparatlar, spirt va yodning spirtdagi eritmasi, kollodiyli yoki kleolli flakon, ichiga steril tamponlar, paxta o'ralgan tayoqchalar va pinset solib qo'yilgan steril lotokcha zarur. Bu muolaja uchun shifokor xuddi operatsiyaga tayyorlanganday tayyorlanadi.

Plevra punksiyasi muolajalar xonasida yoki bog‘lov xonasida o‘tkaziladi. Oldin perkutor yoki rentgenologik yo‘l bilan eksudatning ustki chegarasi aniqlab olinadi. Bemorning ahvoli imkon beradigan bo‘lsa, orqasini shifokorga qaratib, uni stulga o‘tqaziladi, qovurg‘a oralarini kengroq qilib ochish uchun gavdasi sog‘ tomoniga sal engashtiriladi. Bemorning punksiya qilinadigan tomonidagi qo‘li boshiga yoki qarama-qarshi tomondagi yelkasiga qo‘yib qo‘yiladi. Agar bemor stulga o‘tira olmaydigan bo‘lsa, yordamchi kishi uni karavotda o‘tirgan holida tutib turadi. Punksiyani qo‘ltiq ostining orqa chizig‘i bo‘ylab 7–8-qovurg‘alar orasidan qilish hammadan qulay va bexatardir.

Laboratoriya usullaridan: umumiy va bakteriologik balg‘am analizi, plevra suyuqligi, bronxlarning yuvindi suvlari, umumiy va bioximiyaviy qon analizi, balg‘amni antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash.

Davolash (dori-darmonlar bilan va fizioterapevtik davolash). Davolash paytida hamshira buyurilayotgan dori vositalarining ta‘sirini, yuborish usulini, ta‘sir etish davomiyligini, bir martalik va maksimal dozasini, nojo‘ya ta‘sir qilgandagi belgilarini va unda shoshilinch yordam ko‘rsatishni bilishi va dori vositalarini to‘g‘ri va o‘z vaqtida qabul qilishini nazorat qilishi kerak.

Hamshiralik parvarishi, o‘z-o‘zini parvarishlash. Nafas olish a‘zolari kasalliklariga chalingan bemorlarni to‘g‘ri parvarishlash kasallarni tezroq sog‘ayib ketishiga va kasalliklar asoratlarning oldini olishga yordam beradi. Nafas olish a‘zolari kasalliklariga chalingan bemorlar harakat qilish va dam olish mutanosibligini saqlashi zarur. Nafas olish a‘zolari kasalliklariga chalingan bemorlarga jismoniy harakatlar cheklab qo‘yiladi, chunki organizm zo‘riqqanda kasallik zo‘rayib ketadi. Nafas olish a‘zolari kasalliklarida bemorlarni nafas yo‘llarining sezgirligini oshiradigan ta‘sirlardan (allergenlardan, jismoniy zo‘riqishlardan, sovuq va nam havodan, psixologik stresslardan, tashqi ifloslangan

muhitdan, infeksiya o'choqlaridan) saqlash kerak. Hansirash va bo'g'ilish vaqtida hammadan ilgari bemorning ko'krak qafasini siqib turgan kiyimdan xalos qilish kerak. Nafas harakatlarini kuchaytirish uchun bemorni yarim o'tirgan holatga keltiriladi. Bemor yotgan palataga toza havo kirib turishini ta'minlash va oksigenoterapiya o'tkazish zarur.

Oksigenoterapiya (kislrod bilan davolash) nafas va yurak-tomir sistemasi organlarining talaygina kasalliklarida, ayniqsa kislrodga tanqislikni tez bartaraf etadi.

Yo'talayotgan bemorlarga qilinadigan parvarish avvalo yo'talga sabab bo'ladigan kasallik turiga bog'liq. Chunonchi, o'tkir respirator kasalliklarda, quruq va og'riqli yo'talda ichishga buyuriladigan yo'talga qarshi vositalar, natriy bikarbonat eritmasi, qaynoq bug'ni ingalyatsiya qilish bilan bosiladi.

Chalg'ituvchi vosita tariqasida xantallar, oyoqlarni xantalli suvga solib o'tirish, ko'krak qafasiga isituvchi kompresslar qo'yish usullari keng qo'llaniladi. Bemor yo'talganida bir talay balg'am tashlab turadigan bo'lsa, uni balg'ami yaxshiroq ko'chadigan holatga keltiriladi. Holi-jonini bezor qiladigan kuchli yo'tal uyquni buzavermasligi uchun kasallarga yo'talga qarshi vositalar buyuriladi.

Balg'am, avvalo sil bilan og'rigan kasallarning balg'ami, sog'lom odamlarga kasallik yuqadigan manba bo'lib xizmat qilishi mumkin, shu sababdan bemor shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilib borishi kerak. Odamlarga yaqin turadigan paytda yo'talish yaramaydi, bordi-yu, yo'talni tutib turish mumkin bo'lmasa, balg'am zarralarining yaqin turgan odamga tushmasligi ilojini qilish kerak. Polga tufdash yaramaydi, chunki balg'am quriydi va kasallik tug'diradigan mikroblar havoga, u yerdan esa atrofdagi odamlar organizmiga o'tadi. Balg'amni qopqog'i burab yopiladigan tufdonga yig'ish kerak. Balg'amni dezinfeksiyalash uchun tufdon hajmining 1/4–1/3

qismini 3% li xloramin eritmasi yoki 2% li kaliy permanganat eritmasi bilan to'ldiriladi. Bemorlarning balg'ami xlorli ohak yoki 5% li xloramin eritmasi bilan yuquqsizlantirilgandan keyin kanalizatsiya tarmog'iga to'kiladi, sil kasalxonalarida esa maxsus pechkalarda yoqiladi.

O'pkadan qon ketganida yoki odam ko'p qon yo'qotganida bemorlarni batamom tinch qo'yish kerak, u yarim o'tirgan holatda bo'lishi lozim. Bunday bemorlarga gaplashish taqiqlanadi. O'pkadan qon ketish to'xtamasa, sutkasiga 2–4 mahal 3–4 g dan aminokarbonat kislotaga ichiriladi, venadan 10% li kalsiy xlorid eritmasi, izotonik natriy xlorid eritmasida 5% li qilib tayyorlanadi: 100 ml aminokarbonat kislotaga; vitamin K yuboriladi, teri ostiga 20–40 ml 10% li jelatin eritmasi yuboriladi. Qon (100–200 ml dan) yoki plazma quyish juda yaxshi naf beradi. O'pkasidan qon ketayotgan bemorlarga oson singadigan, vitaminlarga boy ovqatlar bilan ovqatlantirib boriladi. Ovqat yarim suyuq holda oz-ozdan berib turiladi. Ovqat va ichiladigan narsalarni sovuq holda berish tavsiya etiladi, o'tkir ovqat va ziravorlar esa taqiqlanadi.

2.5.1. O'tkir va surunkali bronxit kasalliklari

O'tkir bronxit bronxlarning o'tkir yallig'lanishi, nafas a'zolarida ko'p uchraydigan kasalliklardan biri.

Etiologiyasi. Bakterial agentlar: pnevmokokklar; gripp rivojlanishiga moyillik ko'rsatadigan sabablar: sovuq qotish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, tamaki chekish, ba'zi kimyoviy moddalardan surunkali zaharlanish, shuningdek, sinusit, gaymoritning yuzaga kelishi uchun sharoit yaratuvchi omillar.

O'tkir bronxit tarkibida yuqori miqdorda azot oksidi, oltingugurt angidridi, xlor, brom, ammiak bug'lari, fosgen, difosgen, iprit, liyuzit, fosfororganik brikmalar bo'lgan havodan,

shuningdek, ko'p miqdorda chang-g'uborlar bo'lgan havodan uzoq vaqt nafas olish natijada ham rivojlanishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallik quruq iztirobli yo'tal, to'sh suyagi atrofida og'riq, yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishiga xos o'zgarishlar bilan boshlanib, yallig'lanish bronxlarga tarqalgach, hansirash va ketma-ket yo'talish paydo bo'ladi, bemorlar yo'talish vaqtida ko'krak qafasining pastki qismida og'riq sezadilar. Behollik, terlash, tana haroratining $37,7-38^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilishi kuzatiladi. Yo'tal bilan avval shilliqlik, keyinchalik shilliq-yiringli balg'am (ekssudat) ajraladi.

Perkussiyada o'pkadagi tovush o'zgarmaydi.

Auskultatsiyada o'pkada tarqalgan quruq hushtaksimon yoki go'ng'illovchi xirillashlar eshutiladi, yo'taldan so'ng xirillashlar kamayishi kuzatiladi. Kasallikning 2-3-kuni nam xirillash paydo bo'lishi mumkin.

Rentgenogrammada o'zgarish bo'lmaydi.

Tashqi nafas funksiyasi tekshirilganda (spirometr) o'pkaning tiriklik sig'imi 15-20% ga kamayadi.

Qonda leykotsitlar ortadi (neytrofillar $8-12 \times 10^9/\text{L}$), ECHT (eritrotsitlarning cho'kish soni) ortadi.

Tashxis. O'tkir bronxit, kasallikning o'tkir boshlanishi, yo'tal vaqtida balg'am ko'chishi, zararlanish belgilari, auskultatsiya qilganda avval quruq, keyin nam xirillashlar eshutilishga asoslanadi.

Differensial tashxis. O'tkir bronxitni o'choqli pnevmoniyadan farqlashda ko'krak qafasini rentgenologik yo'l bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. O'tkir bronxitda rentgenogrammada o'zgarish bo'lmaydi. O'choqli pnevmoniyada o'pkada qorayish kuzatiladi

Davolash. O'tkir bronxitning yengil turi bilan og'rigan bemorlar ko'pincha uyda davolanadilar. Og'ir shaklida bemorni kasalxonaga yotqizish zarur. Bemor yotgan xona toza,

yorug‘ va tez-tez shamollatib turiladigan bo‘lishi kerak. Issiq, achchiq, qovurilgan ovqatlar, shilliq pardalarni ta’sirlantiradigan mahsulotlar va spirtli ichimliklarni iste’mol qilish qat’iyan man etiladi. Bemorni sovuq qotishdan, qattiq isib ketishdan asrash kerak bo‘ladi.

Chalg‘ituvchi vositalar: kurakka xantallar qo‘yish, oyoqqa issiq vannalar qilish, ingalyatsiya qilish.

Balg‘am ko‘chishini yengillashtirish uchun gerbion 5 ml dan 3 mahal, bromgeksin 0,008 g 1–2 tabletkadan 3 mahal kuniga buyuriladi.

Yo‘talga qarshi vositalar libeksin 0,1; glauvent 0,05; tusupreks 0,01; stoptussin; kodelak 1 tabletkadan 3–4 mahal kuniga buyuriladi.

Isitmada – issiq tushiruvchi vositalar (aspirin 0,5, parasetamol), agar bemorda yiringli balg‘am ajralsa antibiotiklar ampitsillin 0,5; oksatsillin 0,5; ampioks 0,5.

1 tabletkadan 4 mahal kuniga har 6 soatda; sulfanilamid preparatlaridan (biseptol 2 tabl. 2 mahal kuniga).

Virusga qarshi vositalar virusli kasallik klinik belgilarining birinchi 24–48 soatida (rematadin) samarali. O‘tkir bronxit gripp bilan birga kechganda interferon buyuriladi.

Bronxospazmda eufillin 0,024 l tabl. 2 mahal kuniga. Shular bilan birga organizm qarshiligini oshirish maqsadida quyidagi dori vositalar buyuriladi: vitamin A, C va B guruhi, T-aktivin.

Surunkali bronxit

Surunkali bronxitning sabablari: o‘z vaqtida davolanmaslik, oxirigacha davolanmaslik, organizmning zaiflashib qolishi, chekish; sovqotish; zararli bug‘lar, gazlar, kimyoviy moddalar, surunkali pnevmoniya, uremiya, qonning yaxshi aylanmasligi. Surunkali bronxitlarda zo‘rayib boradigan tarqoq yallig‘lanish kuzatiladi, ba’zi struktura o‘zgarishlar boshlanishi ham mumkin:

bronxlarning yupqa tortib qolishi, bronx yoʻlining kengayib ketishi shular jumlasidandir

Tasnifi (A. Kokosov va V.A. Gerasin, 1984):

I. Yalligʻlanish xarakteriga qarab:

- kataral surunkali bronxit;
- yiringli surunkali bronxit.

II. FunkSIONAL xarakteriga qarab:

- obstruktiv surunkali bronxit;
- obstruktiv boʻlmagan surunkali bronxit.

Klinikasi. Yoʻtal, balgʻam ajralishi, hansirash. Bemor ertalab uzoq yoʻtalib, koʻp yoki oz miqdorda shilimshiq aralash yiringli balgʻam tashlaydi. Vaqt oʻtishi bilan yoʻtal kuchayadi, baʼzan xuruj qilib, bemorni faqat kunduzi emas, balki kechasi ham bezovta qila boshlaydi. Kasallik qoʻzigan yoki asorat bergan hollarda tana haroratining koʻtarilishi kuzatiladi. Surunkali bronxit asorat berib, bir qancha patologik holatlar, aksari oʻchoqli pnevmoniya (bronxopnevmoniya), bronxoektazlar, oʻpka emfizemasi va boshqalar paydo boʻlishi mumkin. Surunkali bronxitda oʻpka emfizemasining qoʻshilishi bemorning hansirab turadigan boʻlishiga olib keladi, ayni vaqtda odam faqat jismoniy zoʻriqishdan hansiraydigan boʻlsa, keyinchalik tinch turgan holatlarda ham hansiraydigan boʻlib qoladi. Bemorning teri qoplamlari va koʻzga koʻrinib turadigan shilliq pardalari koʻkimsir tusga kirib, yuzi kerakib turadi. Auskultatsiyada tarqoq quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

Tashxis. Rentgenologik tekshiruvda koʻpincha oʻzgarish kuzatiladi, oʻpka asoslari kuchayib koʻrinadi. Pnevmoskleroz, oʻpka emfizemasi, oʻpka kasalligida yurak zararlanishi (cor pulmonale) ham qoʻshilsa, oʻzgarishlar kuzatiladi.

Bronxografiyada bronxoektazlarni aniqlash mumkin.

Bronxoskopiya – traxeya va bronxlar shilliq pardasini koʻzdan kechirish, oʻsmalar, yaralar diagnostikasi, yot jismlarni

chiqarib olish, bronxoektazlarni yuvish. Balg'am va bronxlar yuvilgan suvlarni mikrobiologik va sitologik tekshirishga yuborish. Spirografiya – nafas yetishmasligi aniqlanadi. EKG–cor pulmonale bo'lsa, P tishcha AVF, II, III usullarda o'tkir va yuqori bo'ladi. Qonda leykotitoz o'rtacha, ECHT ortadi, eritrotsitoz, eozinofiliya bo'lishi mumkin. Bioximiyoviy siljishlar: disproteinemiya–albuminlar miqdori kamayishi va globulinlar miqdori ortishi, S – reaktiv oqsil paydo bo'lishi, difenilamin sinamasi, fibrinogen miqdori ortishi kuzatiladi.

Asoratlari. O'tkir va surunkali pnevmoniya, bronxospastik sindrom, bronxoektazlar, bronxial astma, o'pka emfizemasi, diffuz pnevmoskleroz, nafas yetishmasligi, o'pka kasalligida yurak zararlanishi.

Davolash. Surunkali bronxitni davolash o'tkir bronxitni davolash kabidir. Sefazolin qatoridagi antibiotiklar buyuriladi. Ba'zi hollarda ikkita va undan ortiq antibiotik qo'shib berilganda, yaxshi natija beradi. Sulfanilamidlar tayinlanadi. Davolashda florani antibiotikka sezuvchanligini va organizmni antibiotik ko'tara olishini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Yana shuni qo'shimcha qilish mumkinki, bronxirlarning drenaj funksiyasi buzilganligi uchun davolovchi bronxoskopiyadan keng foydalaniladi, bunda bronxlardagi balg'am so'rib olib tashlanadi va bronxlar yuviladi.

Asoratlar bo'lganda: o'pka gipertenziyasini kamaytirish uchun kislorod ingalyatsiyasi, ganglioblokatorlar (pentamin, gangleron) buyuriladi. O'ng qorincha yetishmovchiligida yurak glikozidlari, siydik haydovchi vositalar buyuriladi.

Kasallikning oldini olish uchun yuqorida keltirilgan sabablarni bartaraf etish zarur. Organizmni chiniqtirish, surunkali infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida aniqlash va davolash uchun mahalliy shifoxonada profilaktik tibbiyot ko'rigidan o'tish lozim.

Parvarishi. Nafas a'zolari kasallikka chalingan bemorlar yorug, keng, yaxshi shamollatiladigan palatalarda bo'lishlari

kerak. Tibbiyot hamshirasi kichik tibbiyot xodimining xonani har kuni ho'llab artib-tozalashini kuzatib boradi. Karavot qulay, bosh tomoni biroz baland qilib ko'tarilgan bo'lishi, bemorni sovqotishdan ehtiyot qilish, yo'tal kuchli bo'lsa, «yumshatadigan» ichimlik berish, chiqadigan balg'amni maxsus tufdonlarga tashlash kerak. Tibbiyot hamshirasi shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarishi, dorini vaqtida, belgilangan soatlarda berishi, bemorlarni hatto tunda davo o'tkazish uchun uyqudan uyg'otishi kerak.

Surunkali obstruktiv bronxit

Etiologiyasi. Bu kasallik har xil zararli omillarning bronxlarga ta'siri natijasida bronxlarning shilimshiq ishlab chiqarishi va drenaj funksiyasi buzilishi, yo'tal, balg'am ko'chishi va hansirash bilan o'tadigan bronxlar shilliq pardasining surunkali diffuz yallig'lanishi bilan xarakterlanadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarning talaygina qismini bakterial agentlar: pnevmokokklar, gemolitik streptokokklar, tillarang streptokokklar, gripp virusi, Fridlender tayoqchasi va shu kabilar tashkil qiladi. Kasallik rivojlanishiga moyillik ko'rsatadigan sabablarga sovuq qotish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, tamaki chekish, ba'zi kimyoviy moddalardan surunkali zaharlanish kiradi. Yuqori nafas yo'llarida infeksiya o'chog'ining borligi (sinusit, gaymorit) ham bronxit rivojlanishiga sharoit yaratuvchi omillardan hisoblanadi. Bu kasallik bilan ko'proq erkaklar kasallanadilar.

Klinikasi. Nafas siqilishi kasallikning eng asosiy belgisi hisoblanadi. Kasallikning dastlabki davrlarida nafas siqishi faqat jismoniy zo'riqish, sovuq havo ta'siri ostida, namgarchilik tufayli paydo bo'ladi. Bemor ko'proq ertalab bezovta bo'ladi, balg'am ajralishi esa nafas siqishini ozgina bo'lsa ham yengillashtiradi. Kasallikning yana bir simptomi yo'taldir. Yo'tal oz miqdorda qiyin ajraladigan balg'am bilan bo'ladi.

O'pka eshitib ko'rilganda juda ko'p quruq xirillash aniqlanadi. O'pkada asta-sekin emfizema belgilari paydo bo'ladi. Ko'krak qafasi biroz kengaygan, perkussiyada «qutichasimon tovush»ga yaqin bo'lgan o'zgarishlar eshitaladi. Teri qoplarning ayrim sohalari ko'karib turadi. Kasallik kuchaygan davrda qon tahlilida leykositlar ko'payib, ECHT oshgani qayd qilinadi. Bronxoskopiya traxeya va bronxlar shilliq pardasini ko'zdan kechirish uchun, o'smalar diagnostikasi uchun, yot jismlarni chiqarib olish va poliplarni olib tashlash, bronxoektazlarga davo qilish uchun qo'llaniladi.

Davolash. Bemorga vitaminlarga boy, to'laqonli parhez buyuriladi. Dori-darmonlardan antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar (sulfomonometoksin, sulfaperidazin, sulfalen, balg'am ko'chiruvchi preparatlar, bronxolitiklar (efedrin, teofedrin, salbutamol va boshqalar) buyuriladi. Og'ir hollarda gormonal preparatlar, prednizalon, prednizon maxsus sxema bo'yicha tavsiya etiladi Bronx yo'llarini balg'amdan tozalashda nafas badantarbiyasining ahamiyati katta. Ko'krak qafasini massaj qilish va fizioterapevtik muolajalar (diatermiya, ko'krak qafasiga UVCH, kalsiy xloridli elektroforez va boshqa) zarur.

Parvarishi. Ko'pgina hollarda bemorlar tibbiyot xodimlari parvarishiga muhtoj bo'ladilar. Ayniqsa, nafas siqilishi bilan boradigan kasalliklarda bemorni o'rniga qulay yotqizish, bemor yotgan xonaning havosini almashtirib turish, yelvizaklardan xoli bo'lishi, bemor yotgan xona iliq va yetarli darajada nam bo'lishi kerak. Ahvoli og'ir bemorlarning o'rin-ko'rpasi, oqliklari, ich kiyimlari tez-tez almashtirib turilishi, yotoq yaralar hosil bo'lishining oldi olinishi kerak.

Profilaktikasi. O'pka surunkali kasalliklarining oldini olishda patronaj hamshirasining o'rni muhim. O'pkaning o'tkir kechadigan kasalliklari – yuqori nafas yo'llarining virusli kasalliklari, o'pka sili, pnevmoniya kasalliklarining eng dastlabki

belgilari paydo bo'lgandayoq shifokorga murojaat qilish surunkali kasalliklarning oldini olishda katta ahamiyatga ega. Chekish, alkogolli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish nafaqat nafas yo'llari kasalliklari, balki boshqa kasalliklarni ham keltirib chiqarishi haqida aholi o'rtasida tushuntirish ishlarini olib borish kerak.

2.5.2. Pnevmoniya kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

O'tkir pnevmoniya nafas olish a'zolari kasalliklari orasida ko'p uchraydigan, asosan, o'pka to'qimalari (alveola, oraliq to'qima, mayda qon tomirlari)ning o'tkir yallig'lanishi bilan kechadigan kasallikdir. Bu kasallik o'rta hisobda har 10 000 aholiga 16 tadan to'g'ri keladi.

O'tkir pnevmoniya bilan har qanday yoshdagi odam kasallanishi mumkin. Ammo bu kasallik yosh bolalar va qariyalarda ko'proq uchraydi. Kasallik o'z vaqtida aniqlanib davolansa, asorati qolmaydi. Agar kasallik o'z vaqtida aniqlanmasa, to'g'ri davolanmasa, har xil og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi, hatto o'limga olib kelishi mumkin.

Sabablari (etiologiyasi). O'tkir pnevmoniya kasalligini keltirib chiqaruvchi sabablar quyidagilar: bakteriyalar, viruslar, mikroplazmalar, rikketsiyalar, zamburug'lar va b. O'tkir pnevmoniyaga, asosan 54% dan 74% gacha hollarda pnevmokokklar sabab bo'ladi. Gripp epidemiyasi vaqtida kasallikni virus va bakteriyalar (ko'pincha stafilokokklar birgalikda) keltirib chiqaradi.

Klinik belgilari. Kasallik to'satdan boshlanib, bemorning tana harorati 39–40°C ga ko'tariladi, eti qattiq junjikib, qaltiraydi, darmoni qurib, boshi og'riydi, terlaydi. Avval quruq, so'ngra shilliq rangli qizg'ish balg'am ajratib yo'taladi. O'tkir pnevmoniyaning rivojlanishiga qattiq sovuq qotish, jismoniy va ruhiy o'ta toliqish, tananing zaharlanishi hamda kasallikka qarshi

kurashish qobiliyatining susayishi va boshqa bir qancha omillar sabab bo'ladi.

O'tkir o'choqli pnevmoniya kasalligi o'pkaning bir segmenti, bo'lagi yoki asinusining o'tkir yallig'lanishidan kelib chiqadi.

Yallig'lanish jarayoni, asosan, bronxlardan boshlangani uchun bronxopnevmoniya deb ataladi. Yallig'langan o'choqlarning katta-kichikligiga qarab *mayda o'choqli, yirik o'choqli va tutashgan o'choqli* pnevmoniya farqlanadi. Yallig'langan o'choqlarning tuta-shishi natijasida o'pkaning segmenti, bo'lagi zararlanishi mumkin.

Etiologiyasi. O'tkir o'choqli pnevmoniya ko'pincha turli kasalliklar va shikastlanishlar oqibatida kelib chiqadi. Bu kasallik bronxit, gripp, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi oqibatida vujudga keladi. Shuning uchun qish vaqtida, aholi o'rtasida gripp epidemiyasi, o'tkir o'choqli pnevmoniya bilan kasallanish ko'payadi. Bu kasallik paydo bo'lishiga stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, Fridlender tayoqchasi, viruslar, mikroplazma, rikketsiyalar sabab bo'ladi. Bundan tashqari, o'tkir o'choqli pnevmoniya qon aylanishi buzilganda, buyrak kasalliklarida, ko'kyo'tal, ich terlama, revmatizm, kollagenoz kasalliklarida, sepsis, ayrim gazlardan zaharlanganda, narkozdan so'ng (aspiratsiya), ko'krak qafasi, qorin, bosh jarohatlanganda yuzaga kelishi mumkin. Kasallik kelib chiqishida mikroblar ko'pincha nafas yo'llari orqali o'tib, alveolalarga boradi. Bunga bronx shilliq pardalarining to'siqli faoliyati pasayib ketganligi sabab bo'ladi.

Klinik belgilari. Keltirib chiqaruvchi sabablar yallig'lanish o'chog'ining katta-kichikligiga, bemorning umumiy ahvoli, yoshiga qarab turlicha namoyon bo'ladi. Ayrim hollarda o'choqli pnevmoniya o'tkir boshlanib, bemor bo'lmasligining tana harorati birdan 38–39°C darajaga ko'tarilib, bemor sovuq qotadi yoki, ko'pincha, kasallik asta-sekin biror kasallikdan (gripp, bronxitdan) so'ng boshlanib, bemor, asosan umumiy

holsizlik, boshi ogʻrishi, yoʻtal, balgʻam koʻchishi, ayrim hollarida koʻkrak qafasida sanchiq qoʻzgʻatuvchi quruq yoʻtal, ishtahasining sustligidan shikoyat qiladi. Bemorning tana harorati 4–5 kungacha notekis, 37–38°C ga koʻtarilib turadi. Qari, holsizlangan bemorlarda tana harorati subfebril yoki meʼyorida boʻlishi mumkin, lekin ular koʻp terlashdan shikoyat qiladilar.

Koʻzdan kechirilganda: bemorning nafas olishi tezlashgan, lunjlari qizarib, lablari, burunning uchi koʻkarib turgani qayd qilinadi. Nafasi minutiga 25–30 martagacha tezlashgan.

Palpatsiya qilinganda ovoz titrashida oʻzgarish sezilmaydi. Perkussiya qilinganda oʻzgarishlar kam boʻladi. Yalligʻlanish oʻchogʻi oʻpka markazida boʻlsa, perkussiya qilinganda oʻzgarish mumkin. Yalligʻlanish oʻchogʻi oʻpkaning chetki qismida joylashgan yoki bir necha oʻchoqlar tutashgan boʻlsa, boʻgʻiq perkutor tovush eshitiladi.

Auskultatsiya qilinganda oʻpkaning yalligʻlanish sohasi ustida hoʻl xirillash hamda tarqalgan quruq xirillash eshitiladi. Albatta, bu auskultativ oʻzgarishlar yalligʻlanish oʻchogʻining katta-kichikligiga bogʻliq boʻlib, tutashgan oʻtkir oʻchoqli pnevmoniyada hoʻl xirillashlar oʻpkaning katta qismida eshitilishi mumkin.

Yurak-tomirlar sistemasi tekshirilganda yurak tonlarining boʻgʻiqlanishi, pulsning tezlashganligi (minutiga 100 marta), arterial bosimning pasayishga moyilligi kuzatiladi.

Rentgenologik tekshirish natijasida bemor oʻpkasida har xil kattalikdagi notekis chegarali qora dogʻlar koʻrinadi. Oʻpkada qonning dimlanishi, bronxlar va bronxlar usti yalligʻlanishi hisobiga oʻpkaning tomir qismi kengayganligi qayd qilinadi.

Qon analizida: qondagi leykotsitlar soni neyetrofillar hisobiga koʻpaygan, leykotsitar formulaning chapga siljigani, ECHT ning biroz tezlashgani koʻrinadi. Bundan tashqari, qonning oqsillari tarkibi hamda gammaglobulin fraksiyasining koʻpaygani, albumin

fraksiyasi oshgani kuzatiladi. Bemorning balgʻami uncha koʻp emas, biroq yiringli shilimshiq boʻladi.

Oʻtkir oʻchoqli pnevmoniya oʻz vaqtida toʻgʻri davolansa, koʻpincha butunlay tuzalib ketadi. Hozirgi vaqtda kam uchraydigan asoratlar: quruq, ekssudativ pleurit, oʻpka absessi, oʻpka gangrenasi, pnevmoskleroz. Bemor yaxshi davolanmasa, kasallik sust rivojlanadi, kasallik belgilari uzoq davom etib, surunkali pnevmoniyaga oʻtishi mumkin.

Oʻtkir oʻchoqli pnevmoniya qoʻzgʻatuvchi sabablariga qarab klinik rivojlanishida va klinik manzarasi oʻziga xos belgilari bilan farqlanishi mumkin.

Parvarishi. Kasallik avj olgan davrda bemorga qatʻiy yotoq rejimi buyuriladi, bemorning kiyimlari, choynablari tez-tez almashtirib turiladi, moʻl-koʻl suyuqliklar ichiriladi, bemor yuqori kaloriyali, vitaminlarga boy ovqatlar isteʼmol qilishi, u yotgan xona tez-tez shamollatib turilishi kerak. Oʻrinda uzoq yotgan bemorlarda yotoq yaralarning oldini olish uchun chora-tadbirlar koʻrish maqsadga muvofiqdir. Bu kasallik koʻpincha isitma va et junjikishi bilan oʻtadi. Bu holda bemorni isitish, yon-atrofiga isitgich (grelka)lar qoʻyib chiqish, qaynoq, achchiq shirin choy ichirish kerak. Tana harorati ancha koʻtarilganda muzli xaltacha qoʻyish mumkin. Haroratning pasayishi aksari koʻp ter ajralishi bilan oʻtadi. Bunday hollarda hamshira bemor badanini quruq sochiq bilan artishi, ich kiyimini almashtirishi va bir daqiqa ham hoʻl ich kiyimda boʻlmasligini kuzatib borishi lozim.

Krupoz pnevmoniya, yaʼni pnevmoniya kasalligi oʻpkaning butun boʻlagi yoki ayrim segmentlariga yoyiluvchi oʻtkir oʻpka yalligʻlanishidir.

Etiologiyasi. Pnevmonokokklar, stafilokokklar, streptokokklar, viruslar qoʻzgʻatadi. Krupoz pnevmoniyaning paydo boʻlishida odamlarning sovqotishi, kasb-koridagi zararli omillarining taʼsir qilishi, infeksiyaga organizm qarshiligining susayib ketishi,

pnevmokokklarga tabiiy immunitetning pasayib ketishi katta rol o'ynaydi.

Klinikasi va kechishi. Kasallik qattiq qaltirash bilan birdan boshlanadi, qaltirash tana haroratining 39–40°C gacha ko'tarilishi bilan birga davom etadi, so'ngra isitma doimiy yoki to'lqinsimon xarakterga kiradi. Tez orada zararlangan tomondagi yonboshda og'riq paydo bo'ladi. Yo'tal mahalida og'riq zo'rayadi, yo'tal avvaliga quruq, keyinchalik zangsimon, ya'ni qon aralash balg'am kela boshlaydi. Bemor o'rnida chalqancha yoki kasal yonboshini bosib yotadi. Davo qilishga kirishilmaydigan bo'lsa, u holda harorat 7–12 kun mobaynida ko'tarilib turadi, keyin esa yo bir necha soat davomida *kritik tarzda*, yo bo'lmasa bir necha kun mobaynida *litik tarzda* pasayadi. Bemorda quvvatsizlik, bosh og'rig'i qayd qilinadi.

Ko'zdan kechirilganda lunjlari qizarib, lablari, burnining ko'karib turganini, hansirayotgani qayd qilinadi, ko'pincha lablari, bo'yni, quloqlariga uchuq toshib ketadi.

Kasal tomon nafasda orqada qoladi. Kasal tomonda tovush titrashi va bronxofoniya zo'raygan bo'ladi.

Perkussiya va auskultatsiya natijalari yallig'lanish jarayoni bosqichlariga bog'liqdir. Birinchi kunlari perkutor tovush timpanik tusga ega bo'ladi. Auskultatsiyada susaygan vezikular nafas, keyinchalik esa krepitatsiya paydo bo'ladi. Krepitatsiya nafas olishning yuqori nuqtasida eshitiladi, kasal yo'talganidan keyin ro'yirost bo'ladi. O'pka zichlashgan mahalda perkutor tovush rostmana bo'g'iqlanib qoladi, bronxial nafas eshitiladi, krepitatsiya esa yo'qolib ketadi. Bartaraf bo'lish davrida perkutor bo'g'iq tovush kamayib, krepitatsiya, shuningdek nam xirillashlar yana eshitila boshlaydi.

Nafas ekskursiyalari soni minutiga 30–40 taga boradi, nafas yuza bo'ladi. Puls tezlashadi, yurakda ekstrasistoliya paydo bo'ladi. Arterial qon bosimi pasayadi.

Qonda: limfopeniya, leykotsitoz, ECHT oshgan. Bilirubin miqdori ko'payadi. Kasallik avjiga chiqqan davrda siydik miqdori kamayadi.

Rentgenologik tekshiruvda avvaliga o'pka naqshi kuchaygan, 1–2 kundan keyin qoraygan o'choqlar paydo bo'ladi. Krizisdan 1–3 hafta o'tgach rentgenologik o'zgarishlar batamom yo'qolib ketadi.

Kechishi: o'tkir, cho'zilgan, qaytalanuvchi.

Davosi. Krupoz pnevmoniya bilan og'rikan bemorlar kasalxonaga joylashtiriladi. Yotoq rejim tavsiya etiladi. Davo infeksiyaga qarshi kurashishga qaratilgan bo'ladi. Antibiotiklar, sulfanilamidlar, intoksikatsiyaga qarshi vositalar, yurak preparatlari va balg'am ko'chiruvchi vositalar qo'llaniladi. Jarayon hadeganda so'rilavermaydigan bo'lsa, fizioterapiya qo'llaniladi: UVCH toklari, diatermiya, antibiotiklar bilan ingalyatsiyalar qilinadi. Ingalyatsiya dori moddalarni nafas olish yo'li bilan organizmga yuborish usulidir. Ingalyatsiyalar uchun aerezollar ko'rinishida tayyorlangan dori preparatlari ishlatilyadi. Ingalyatsiyalar uchun maxsus ingalyatsiya apparatlari ingalyatorlardan foydalaniladi. Ingalyatsiyalarning beshta asosiy turi tafovut qilinadi: bug' ingalyatsiyalari, issiq-nam ingalyatsiyalari, nam ingalyatsiyalari, moy ingalyatsiyalari, kukun ingalyatsiyalari. Davoning qanday natija berayotganligini batamom tuzalib ketguncha rentgenologik yo'l bilan nazorat qilib boriladi.

Profilaktikasi. Organizmni chiniqtirish (badantarbiya va sport bilan shug'ullanish), o'z vaqtida to'g'ri va yetarli ovqatlanishni rejalashtirish kerak, sovqotishga yo'l qo'ymaslik, sanitariya-gigiyena (to'g'ri mehnat rejimi, havoni chang-gazlar, kimyoviy bug'lar bilan ifloslanishdan saqlash) qoidalariga amal qilish, infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, bemorga yuqori va past haroratli havo, yelvizak ta'sir qilishining oldini olish kerak.

Nafas yo'llarining har xil yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida davolash; o'tkir pnevmoniya kasalligini keltirib chiqaruvchi omillardan: tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga qarshi kurashish kasallikning kamayishiga imkon beradi. Asoratlarning oldini olish maqsadida bemorlar to tuzalib ketguncha rentgenologik nazorat qilib turiladi.

Hamshiralik parvarishi. Krupoz pnevmoniya bilan og'ri-gan bemorlarni to'g'ri parvarish qilish sog'ayib ketishiga va kasallik asoratlarning oldini olishiga yordam beradi. Bemorlar o'rnidan turmay yotishi tavsiya etiladi. Bemor yotadigan xona yaxshi shamollab turadigan va shu bilan birga yetarlicha issiq bo'lishi kerak. Kasallik og'ir kechganida va asoratlar ro'y berganida yakka tartibda post tashkil qilinadi. Kasal uchun gavdasini ko'taribroq yotish qulaydir. Ovqat yuqori kaloriyali, oson singadigan, suyuq va vitaminlariga boy bo'lishi kerak. Og'iz bo'shlig'i kasalliklarining oldini olish uchun, og'iz bo'shlig'ini 2% li natriy gidrokarbonat eritmasi yoki kuchsiz kaliy permanganat eritmasi bilan artib turiladi. Kasallikning o'tkir davrida fiziologik hojatlarni krovatda chiqarib turiladi. Ichak ishiga qarab borish zarur, qabziyat bo'lgan mahallarda ichni tozalaydigan huqnalar qilinadi.

2.5.3. O'pka abssessi kasalligi bilan og'ri-gan bemorlarda hamshiralik parvarishi

O'pka abssessi o'pka to'qimasidan chegaralangan holda yiringlab irishi bilan kechadigan kasallikdir. O'pka abssessida yiringli balg'am tushib turadi.

Etiologiyasi. O'pka abssessini ichak tayoqchalari, pnev-mokokklar, stafilokokklar, streptokokklar qo'zg'atadi. Mikrob florasi nafas bilan (bronxlar orqali), qon oqimi bilan (gematogen yo'l), limfa oqimi bilan (limfogen), travmalar mahalida o'pkaga kiradi.

Klinikasi va kechishi. O'pka abscessining klinikasi va kechishi o'pka gangrenasi bilan deyarli bir xil. O'pka abscessi o'tishida ikki davr tafovut qilinadi:

- a) abscessning bronx yo'llariga yorilguncha o'tadigan davri;
- b) bronxlarga yorilgandan keyingi davr.

Abscessning bronx yo'llariga yorilguncha davrida harorat 40°C gacha ko'tarilib ketadi, qaltirash, hansirash, bo'shashish, ishtaha yo'qolishi, bosh og'rishi, ba'zan yonboshda og'riq paydo bo'lishi bilan kechadi. Harorat egri chizig'i bo'shashtiradigan xarakterga ega. Bemor tez-tez yuzaki nafas oladi. Kasal tomoni nafasdan orqada qoladi.

Perkussiyada zararlangan joy ustidan chiqadigan perkutor tovush bo'g'iqlashadi, auskultatsiyada qattiq, ba'zan bronxial nafas, quruq va nam xirillashlar eshitiladi. Puls tezlashgan (minutiga 120 marta), yurak tonlari bo'g'iqroq bo'ladi.

Rentgenologik yo'l bilan tekshirilganda infiltratsiya bor joy qorayibroq turadi.

Qonda: leykotsitoz ($15,0 \times 10^9/\text{L}$ - $20,0 \times 10^9/\text{L}$), neytrofillioz, ECHT 50–60 mm/soatgacha tezlashadi.

Bronxlarga yorilgandan keyingi ikkinchi davrda: bemor bir talay (1000 ml va undan ko'proq) balg'am tashlaydi) yiringli balg'am tashlaydi. Balg'am yashil rangli hidsiz bo'ladi. Abscessda balg'am 2 qatlamli bo'ladi, ustkisi suyuq sarg'ish-yashil rangli qatlam va quyuq yashil yoki jigarrang pastki qatlamdan iborat.

Abscess bo'shliq ichidagi bronxga yorilgandan keyin bemorlarning ahvoli ancha yaxshilanadi, lekin tinmay balg'am chiqib turishi yo'talni kuchaytiradi. Bemor balg'am chiqishini kamaytiradigan holatni egallashga harakat qiladi. Abscess bronxlarning yuqori bo'limlarida bo'ladigan bo'lsa, bemor yotishni, bordi-yu pastki bo'limlarida bo'lsa, o'tirish yoki kasal tomonini bosib yotishni ma'qul ko'radi. Vaqt o'tishi bilan balg'am miqdori kamayib boradi, bemorning umumiy ahvoli ham

yaxshilanib ishtahasi paydo boʻladi, rentgenologik manzarasi asliga kelib qoladi, qonda leykotsitlar kamayadi va ECHT sekinlashadi. Oʻpka absessi konservativ davolangach, bir oy ichida butunlay sogʻayib ketadi. Asoratlari oʻpkadan qon ketishi, plevritlar, surunkali absessga aylanish, piopnevmotoraks, yaʼni absessni plevra boʻshligʻiga yorilishi (ogʻriq, harorat oshishi, hansirash, kollaps roʻy berishi mumkin) va hokazo.

Davosi: oʻpka absessi bilan ogʻrigan bemorlarni konservativ va xirurgik davo qilinadi.

Konservativ davoda antibiotikoterapiyaning ahamiyati katta. Antibiotiklarni bronxoskop yoki bronxial kateterlar yordamida yuborilganda samarali natijaga erishiladi. Bronxoskop yoki bronxial kateterlar yordamida avval yiring suyuqligi tortib olinadi, keyin antibiotiklar va bronxolitiklar yuboriladi. Drenajni taʼminlab borish muhim ahamiyatga ega, buning uchun absessni joylashgan joyiga qarab maʼlum vaziyatda yotqizib qoʻyiladi (Kvinke holatida).

Quvvatlovchi davo: qon, plazma quyish, vitaminlar, anabolik gormonlar, antioksidantlar keng qoʻllaniladi. Ovqat baquvvat, yuqori kaloriyali boʻlishi kerak.

Profilaktikasi: yiringli kasalliklarni vaqtida aniqlab, ularga qarshi kurashish. Chekishga qarshi kurashish. Organizmni chiniqtirish, sovqotishga yoʻl qoʻymaslik, mehnat gigiyenasi qoidalariga amal qilish, infeksiya oʻchoqlarini sanatsiya qilish kerak.

Hamshiralik parvarishi. Bemorlarni yaxshilab parvarish qilinganda asoratlarsiz bir oyda sogʻayib ketadi. Bemorlar oʻrnidan turmay yotishi tavsiya etiladi. Bemor yotadigan xona yaxshi shamollab turadigan va yetarlicha issiq boʻlishi kerak. Bemorning ovqatlari yuqori kaloriyali, oson singadigan, suyuq va vitaminlarga boy boʻlishi kerak. Hamshira bemorga balgʻamni yutib yubormasligi (bunda oʻtkir gastrit va ichki aʼzolar

kasalliklariga olib kelishi)ni va og‘zi yopiladigan idishga yig‘ishi kerakligini o‘rgatadi. Hamshira bemorlarni doimiy, kecha-yu kunduz kuzatib turishi, nafas olishi qiyinlashsa, bemor boshini yon tomonga burib qo‘yishi kerakligini bilishi kerak.

2.5.4. Bronxoektatik kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Bronxoektatik kasallik – bronx devori va atrofdagi to‘qima-ning chuqur destruktiv o‘zgarishga uchrashi natijasida mayda bronxlarning kengayib ketishi hamda yiring to‘planishi bilan kechadigan kasallik.

Bronxoektazlar deb, bronxlar cheklangan qismlarining kengayib qolishiga aytiladi. Ular tug‘ma va orttirilgan bo‘lishi mumkin. Tug‘ma bronxoektazlar kam uchraydi, orttirilgan bronxoektazlar esa ko‘pincha gripp, bronxit, pnevmoniya va bolalar kasalliklari (qizamiq, ko‘kyo‘tal)dan keyin ro‘y beradi. Bronxoektazlarda bronxlarda balg‘am to‘planadi, shuningdek, bronxlar devori va o‘pka to‘qimasi yallig‘lanadi. Bronxoektazlar uzoq vaqt davom etadi, ko‘pincha avj olib boradi. Surunkali bronxit natijasida bronx devorining muskul to‘qimasi biriktiruvchi to‘qima bilan almashinib, bronx devori yupqa tortib, cho‘zilib qoladi, bronxning cheklangan joylari silindrlar ko‘rinishida kengayadi. Bronx kengaygan joylarining shilliq pardasidagi yallig‘lanish jarayoni ularda shilimshiq-yiring aralash suyuqlik to‘planib borishiga olib keladi. Dastlabki davrida bronxoektazlar hech sezilmasligi mumkin. Kasallikda 3 davr farq qilinadi:

I davrda bemor o‘zini sog‘lom deb hisoblaydi, ahyon-ahyonda yo‘tal tutib, shilimshiqli balg‘am tashlab turadi, odatda, buni shamollash yoki chekishdan ko‘rishadi. Yilning sovuq va zax paytlarida kasallik og‘ir o‘tadi, odamning madori qurib, lanj bo‘laveradi, yo‘tal zo‘rayadi. Bu davrda perkussiya va auskultatsiyaga xos belgilar kuzatiladi, faqat bronxografiya yoki bronxoskopiyada bronxoektazlar topilishi mumkin.

II davrda bronxoektaziyaga xos manzara kuzatiladi. Bemor ertalab yiringli balg'am tashlab, yo'talib turadi, balg'am miqdori asta-sekin ko'payib borib, bir kecha-kunduz davomida 0,5 l gacha yetadi. Bemor bir yonboshi bilan yotganida ikkinchi yonboshi bilan yotganiga qaraganda ko'proq balg'am tashlaydi. Rentgenologik tekshiruvda mayda uyalar ko'rinishidagi qorayib turgan joylar aniqlanadi. Bronxografiya kasallik xarakteri to'g'risida aniq tasavvur berib, unda kengaygan bronxlarning talaygina bo'shliqlari topiladi.

III davrda bronxlar bilan o'pkada sezilarli o'zgarishlar, o'pkayurak yetishmovchiligi, har xil asoratlar qayd etiladi. Bemorlarda tana harorati ko'tarilib turadi, doim bir talay (sutkasiga 1 l gacha) qo'lansa balg'am tushishi bilan o'tadigan yo'tal tutadi. Ko'krak qafasi bochkasimon shaklga kirib boradi. Tirnoq falangalari yo'g'onlashib, barmoqlar nog'ora cho'plari ko'rinishiga kiradi, tirnoqlar esa soat oynalari shaklini oladi. Perkussiya mahalida ba'zi joylarda bog'iqroq tovush chiqsa, boshqa joylarda «quticha tovushi» eshitiladi. Nafas susaygan, bir talay qattiq, quruq va nam xirillashlar bo'ladi. Qonda leykotsitoz kuzatiladi, eritrotsitlarning cho'kish soni kuchayadi.

Bronxoektazlarning III davrida yurak va nafas faoliyati buziladi, bunda ko'pincha anemiya qo'shiladi. Bemorlar mehnat qobiliyatini yo'qotib, ishga yaroqsiz bo'lib qoladilar. Bronxoektazlar bir qancha asoratlar berishi mumkin: o'pkadan takror-takror qon ketishi, pnevmoniyalarning tez-tez qo'zib turishi, sepsis, miya absessi, buyrak kasalliklari (amilaidoz) shular jumlasidandir.

Davolash. Bronxoektazlari bor odamlar poliklinikada dispanser hisobiga olinishlari va shifokor buyurgan rejimga amal qilishlari kerak.

Balg'amni chiqarib tashlash uchun balg'am ko'chiradigan vositalar, jumladan, termopsis o'ti buyuriladi. Hozirgi vaqtda

balg'amni so'rib olib tashlab, bronxlarni yuvish va bronxlar ichiga antibiotiklar yuborish usuli qo'llaniladi. Antibiotiklar bronxlar ichiga yuborilishi (endobronxial yo'l bilan bir qatorda mushak ostiga m/o ham) yuborib turiladi. Kasallikning dastlabki davrlarida sanatoriya va kurortlarda davolanish yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi va parvarishi. Kasalxonada karavotda bunday bemorlarning birmuncha boshqacharoq holati kuzatiladi: karavotning oyoq tomoni biroz yuqori (25–30 sm ga) bo'lishi kerak (Kvinke holati). Bu bronxoektazlarda to'planib qolgan balg'amning oson chiqib ketishiga yordam beradi. Karavotning oyoq tomonini, odatda, 3–4 soatga ko'tarib qo'yib, orada tanaffuslar qilib turiladi. Tibbiyot hamshirasi bemor shunday holatda yotganida o'zini qanday sezayotganini vaqt-vaqtida so'rab turishi kerak. Tana yuqori ko'tarilib qolgani munosabati bilan u o'zini yomon sezadigan bo'lsa, karavotni odatdagi holatga keltirib qo'yish va buni shifokorga ma'lum qilish lozim. Bronxoektatik kasallikda kundalik ratsionni tegishlicha pishirilgan go'sht va baliq mahsulotlariga boyitish yo'li bilan oqsilga mo'l qilib qo'yish kerak.

2.5.5. Plevrit kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Plevrit bu plevranning yallig'lanishidir. Plevrit quruq va ekssudatli turlarga bo'linadi.

Etiologiyasi. Plevritlar deyarli barcha o'pka kasalliklarida hamda boshqa organ va tizimlarning talaygina kasalliklarida kuzatiladi. O'pkaning biror joyi kasal bo'lib turganida bir talay to'qima suyuqligi plevra tomon yo'naladi. Suyuqlik oqimi bilan mikroflora, jumladan sil bakteriyalari va ularning toksinlari ham o'tib boradi, natijada plevranning reaktiv tarzda yallig'lanishi (quruq plevritga) yoki ekssudat (3000 ml gacha suyuqlik to'planib o'pka to'qimasini bosib qoladi, ko'ks oralig'i organlarini

va diafragmani bir chetga surib qo'yadi) yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi va kechishi. Quruq pleurit. Bemorlar nafas olganda, yo'talganda ko'krak qafasi og'rib turishi, isitmasi borligidan noliydilar. Odam chuqur nafas olganda, yo'talganda, harakat qilganda og'riqlar zo'rayadi. Darmon qurib, ishtaha yo'qoladi. Tana harorati 37–38°C gacha o'zgarib turadi.

Ko'zdan kechirilganda kasal tomoni nafas aktidan orqada qolayotganligini ko'ramiz (bemor kasal tomonini avaylab turadi va shu tomonini bosib yotadi).

Auskultatsiyada plevranning ishqalanish shovqini eshutiladi. Bemor yo'talganda plevranning ishqalanish shovqini yo'qolib ketmaydi.

Rentgenologik yo'l bilan tekshirilganda kasal tomonda diafragma yuqori turgani, harakatchanligi kamayganligi seziladi.

Qonda o'rtacha leykotsitoz, ECHT biroz kuchaygan bo'lib chiqadi.

Ekssudativ pleurit. Bemorlar nafas olganda og'riq turishidan, quruq yo'tal, isitma, hansirash, darmonsizlikdan noliydilar. Tana harorati 38–39,5°C gacha o'zgarib turadi, hansirash, darmonsizlik zo'rayib boradi. Odam minutiga 30 marta va undan ko'proq nafas oladi.

Ko'zdan kechirilganda badan terisi rangpar. Qovurg'alararo kamgaklar bilinmay qoladi, nafas paytida kasal tomonning orqada qolishi seziladi. Ovoz titrashi va bronxofoniya kasal tomonda susayadi.

Perkussiyada perkutor tovush bo'g'iqlashgan. Bo'g'iq tovush eshutiladigan joyida nafas eshitilmaydi. Bir talay suyuqlik to'planib qolganida ko'ks oralig'i organlari, jumladan yurak qarama-qarshi tomonga surilib turadi.

Rentgenologik yo'l bilan tekshirilganda suyuqlik bor joyida gomogen quyuq soya topiladi. Bir talay suyuqlik to'planib

qolganida ko'ks oralig'idagi a'zolar qarama-qarshi (sog') tomonga siljiydi.

Qonda o'rtacha leykotsitoz, ECHT soatiga 30–60 mm gacha kuchaygan. Siydikda oqsil, 1–2 ta eritrotsitlar topiladi.

Ekssudativ plevritning tekshiruvida va davosida plevral punksiyaning ahamiyati katta. Plevral punksiya qilish yo'li bilan tekshirish uchun plevra suyuqligi olinadi va ekssudatni tortib olib, u yerga dori moddalari yuboriladi. Plevral punksiyani shifokor bajaradi, hamshira kerakli jihozlarni tayyorlab beradi va muolaja paytida shifokorga yordam beradi. Ekssudat 4–6 haftadan so'ng batamom so'rilib, o'tkir hodisalar 2–3 haftadan keyin yo'qolib ketadi. Yoshi qaytgan va darmoni qurib zaiflashgan odamlarda kasallik uzoqroq davom etadi.

Davosi. Quruq plevrit og'riqlarni kamaytirish maqsadida kompresslar, bosib turadigan bog'lam, xantallar buyuriladi. Yo'talga, yallig'lanishga, og'riqqa antiallergik vositalar tavsiya qilinadi. Ekssudativ plevrit sil plevritida silga qarshi davo qilinadi. Kokk florasi mahalida antibiotikoterapiya, desensibillovchi va yallig'lanishga qarshi vositalar tavsiya qilinadi. Ekssudat Poten apparati bilan olib tashlanadi. 1/2–1 soat davomida 1000–2000 ml suyuqlik so'rib olinadi.

Profilaktikasi. Yiringli kasalliklarni vaqtida aniqlab, ularga qarshi kurashish. Chekishga qarshi kurashish. Organizmni chiniqtirish, sovqotishga yo'l qo'ymaslik, mehnat gigiyenasi qoidalariga amal qilish. Sanatoriyalarda dam olishga jo'natiladi.

Hamshiralik parvarishi. Bemorlarga vitaminlarga boy bekam-u ko'st ovqatlar beriladi. Bitishmalar hosil bo'lishiga yo'l qo'ymaslik uchun sog'ayish davrida nafas badantarbiyalari buyuriladi. Ertalablari toza havoda sayr qilish tavsiya etiladi.

Ekssudativ plevritda plevra suyuqligining chiqib ketishini osonlashtirish maqsadida koptok, shar shishirish tavsiya etiladi va har kuni ularning sonini oshirib borish tavsiya etiladi.

2.5.6. Sil kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Sil surunkali yuqumli kasallik bo‘lib, o‘pka, turli a‘zo va to‘qimalarda o‘ziga xos o‘zgarishlar paydo bo‘lishi bilan kechadigan kasallik. Sil kasalligi qadim zamonlardan ma‘lum. Silning kelib chiqishida, asosan, ikkita omil: kasallikning yuqumli turi bilan og‘rigan odam va shu kasallikka chalingan hayvon, asosan, qoramol epidemiologik jihatdan katta ahamiyatga ega. Sil mikobakteriyalarining qushlarga oid turi kamdan kam hollarda uchraydi. Sichqonlarga xos sil mikobakteriyalari esa odamda umuman kasallik chaqirmaydi.

Sil mikobakteriyalari turli xil fizik va kimyoviy ta‘sirlarga, issiq-sovuqqa, yorug‘lik va namlikka ancha chidamli. Quyosh nuri tushmaydigan tabiiy sharoitda ular bir necha oygacha yashashi mumkin, ko‘cha changida 10 kun, kitob sahifasida 3 oygacha tirik turishi mumkin, yorug‘lik ta‘sirida 1–1,5 oy mobaynida halok bo‘ladi, suvda esa 150 kun saqlanadi. Sil mikobakteriyalari chirish jarayonlariga ham chidamli bo‘lib, murda ko‘milgandan keyin ham bir necha oygacha saqlanib turadi.

O‘pka sili, etiologiyasi, kasallik manbai va yuqish yo‘llari.

O‘pka silini qo‘zg‘atuvchisi – sil mikobakteriyasi, Koh bat-sillasi (BK)dir (Koh nomli nemis olimi nomiga qo‘yilgan). Asosiy infeksiya manbayi o‘pka sili bilan og‘rigan bemor. Sil mikobakteriyalari bemorlarning balg‘ami, siydigi, axlati bilan ajralib chiqadi.

Sil kasalligi quyidagicha yuqishi mumkin:

- 1) aerogen yo‘l (90% hollarda) – havo tomchi yo‘li, chang bilan (yo‘talganda, aksirganda);
- 2) alimentar yo‘l – sil bilan kasallangan qoramolning sutidan;
- 3) transplatsentari yo‘l – ona qorinda yo‘ldosh orqali sil mikobakteriyalari qog‘onoq suvlariga o‘tadi;

4) emizganda sut orqali;

5) shikastlangan teri orqali yuqadi (patalogoanatomlarda, sut sog'uvchilarda, laboratoriya xodimlarida);

6) kontakt yo'li bilan (idish-tovoqlar o'rtada bo'lganda).

«Birlamchi sil kompleksi» o'smirlik davrida uchraydi. O'pka to'qimasiga tushgan Koh batsilasi «birlamchi o'choqni» keltirib chiqaradi. Birlamchi o'choqdan sil mikobakteriyalari regional limfa tugunlariga tushib, limfangit rivojlanadi. Birlamchi o'choq va limfangit birlamchi sil kompleksini tashkil qiladi. Organizm yaxshi qarshilik ko'rsatsa, birlamchi kompleks ohaklanib qoladi.

Batsilalar chiqib turish-turmasligiga qarab:

- BK+ musbat (ochiq shaklli – sil bemor balg'amli bilan batsilalar chiqarib turadi).
- BK + – sil batsillalari vaqt-vaqti bilan chiqadi.
- BK – manfiy sil batsillalari chiqmaydi.

O'pka sili kasalligining klinik belgilari

Ko'pchilik bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi bilan boradi yoki undan oldinroq anchagina alomatlar paydo bo'ladi. Masalan, tajanglik yoki, aksincha, loqaydlik, bo'shshish, atrofga befarq qarash, uyqusizlik yoki uyquchanlik, salga yig'lash yoki eyforiya kuzatiladi. Bu alomatlarning barchasi sil intoksikatsiyasi zaminida paydo bo'ladigan bosh miya po'stlog'ining maxsus holatini aks ettiradi. Xuddi shu sabab vegetativ nerv sistemasining buzilishiga: terlash, ko'pincha kechasi yoki ertalabga yaqin, taxikardiya, ishtahaning yomonlashuvi, vazomotor va dispeptik o'zgarishlarga olib keladi. Undan tashqari, darmonsizlik, tez charchash, ozib ketish kuzatiladi.

Sil kasalligining eng ko'p uchraydigan alomatlaridan biri yo'tal hisoblanadi. U quruq yoki balg'amli bo'lishi mumkin. Yo'talning kelib chiqishiga yallig'lanish jarayoni, nafas yo'llarida shilliq modda, yiring va qon to'planib qolishi, kattalashgan limfa tugunlarining

bronxlarni bosishi hamda ko'ks oralig'idagi a'zolarning siljishi sabab bo'ladi. Bu orada halqum, hiqildoq, kekirdak, bronx shilliq qavatidagi va ayrim hollarda plevradagi nerv uchlarining qitqlanishi uzunchoq miyaning tegishli markazida qo'zg'alish paydo bo'lishi va yo'tal refleksiga sabab bo'ladi.

Sil kasalligida qon tuflash yoki o'pkadan qon oqish hollari kuzatilishi mumkin. Qon tuflash infiltratli sil yoki faollashgan o'choqli va disseminatsiyali sil kasalligi bor bemorlarda uchraydi. O'pkadan qon ketganda bir choy qoshiqdan bir necha yuz millilitrgacha toza qon ajralishi mumkin. Qon ketish aksariyat hollarda kasallikning destruktiv turida, ayniqsa, surunkali kavernoza va sirrozli sil jarayonlarida kuzatiladi.

Silning surunkali turi bilan og'rikan bemorlarda yurak-qon tomir sistemasi ishining susayishi, ayniqsa «o'pka-yurak» alomatlarining yuzaga kelishi tufayli kichik qon aylanish doirasida bosim oshadi, qonning harakati qiyinlashadi, susayadi va oqibatda qon tuflash hamda qon ketishga sabab bo'ladi.

Ko'zdan kechirilganda: badan terisi oqarib turadi, ko'zlari chaq nab turadi, ko'krak qafasining torayishi va ichga tortib turishi kuzatiladi, ozib ketadi, bo'yin, qo'ltiq osti, chov sohasidagi limfa tugunlari kattalashib, zich bo'ladi (qattiqlashadi).

Perkussiyada fibroz sil va plevritda o'pkalar ustida perkutor tovush bo'g'i qroq bo'ladi, o'pka emfizemasi qo'shilgan bo'lsa, «quticha tovush» eshitaladi.

Auskultatsiyada o'pkadagi infiltrativ va fibroz o'zgarishlar ustida bronxial nafas eshitaladi. Kavernoza silda yirik pufakchali nam xirillashlar, kavernalar ustida esa «amforik» nafas eshitaladi. Qonda neytrofil leykotsitoz, ECHT kuchayadi. Balg'am ajralmasa, bronxlarning yuvindi suvlari tekshiriladi.

Birlamchi sil kompleksi, asosan, bolalarda va o'smirlarda uchraydi. Rentgenologik tekshirganda va mantu sinamasi musbat bo'lsa, sil borligidan dalolatdir. Rentgenologik tekshirganda

o'pkada yallig'lanish o'chog'i va bu o'choqdan o'pka ildiziga tutashgan va o'pka ildizidagi limfa tugunlarining kattalashganligini ko'rish mumkin. Agar birlamchi kompleks ohaklanmasa, infiltrativ sil yoki boshqa silga aylanadi.

Tarqoq (disseminatsiyalangan) o'pka silida sil infeksiyasi butun o'pkaga qon va limfa tomirlari bo'ylab tarqaladi. Tana harorati 40°C gacha ko'tariladi, hansirash, sianoz kuzatiladi.

Perkussiyada timpanik tovush, auskultatsiyada nam xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik tekshiruvda shakli har xil bir necha o'choqlar ko'rinadi, ular ko'proq o'pkaning yuqori bo'laklarida joylashgan bo'ladi.

Infiltrativ silida rentgenogrammada dumaloq yoki bulutsimon infiltratlar ko'rinadi.

Kavernoz o'pka silida rentgenogrammada noto'g'ri shakldagi bo'shliq (kovak) borligi, uning atrofida fibroz to'qima aniqlanadi.

O'pka sili kasalligini davolash usullari

O'pka silida kompleks davo qo'llaniladi. Ovqat bekam-u ko'st, baquvvat, oqsilga va vitaminlarga boy bo'lishi, kuniga 4–5 mahal ovqatlanish, ko'p miqdorda sutli mahsulotlar va qimiz ichish kerak. Ochiq havoda ko'proq sayr qilish o'pka ventilatsiyasini yaxshilaydi. Gelioterapiya – quyosh nurlari bilan davolash yaxshi ta'sir ko'rsatadi, bu muolajalar hamshiralar nazoratida o'tkaziladi. Nafas badantariyasi tayinlanadi. Sil bo'lgan bemorini davolashda davolashdan oldingi balg'am tahlili natijalariga, avval qo'llanilgan silga qarshi davolash kursiga va kasallikning og'irlik holatiga asosan shifokor tanlaydi.

Davolash davomiyligi 1 yilgacha borilganda yaxshi natijalarga erishish mumkin. Quyidagi preparatlar buyuriladi: izoniazid (0,3 g), rifampitsin (0,15 g), pirazinamid (0,3 g) va etambutol (0,4 g), ularning dozalari shifokor tomonidan bemor holatiga, vazniga va og'irlik darajasiga qarab belgilanadi. Davolash

birdaniga 4 ta preparat bilan boshlanib, tekshiruv natijalariga qarab yil davomida kamaytirilib boriladi.

Sil jarayoni soʻnib turganda tuberkulin bilan 2–4 oy mobaynida davo qilinadi, t/o yoki elektroforez yoʻli bilan yuboriladi. Davoni oxirigacha yetkazish uchun bemorlar 2–4 oy davomida sil sanatoriylarida davolanadi, asosiy terapiya kursini davom ettirish uchun u yerda ambulatoriyaga oʻtkaziladi va 9 oydan 2 yilgacha davolanadi.

Oʻpkadan qon ketganda bemorga oʻrindan turmay yotish rejimi buyuriladi. Yeb ichish cheklanadi. Issiq ovqat, qaynoq choy berilmaydi. Venadan 5% – 100 ml aminokapron kislota tomchilab yuboriladi. Venadan 10% – 10 ml kalsiy xlorid eritmasi yuboriladi.

Kollapsoterapiya va xirurgik yoʻl bilan davolash. Oʻpka kollapsi – oʻpka toʻqimasining tarangligini susaytirib, hajmini kichraytirishdan iborat (plevra boʻshligʻiga havo yuborish). Bu usul oʻpkadan qon ketganda, bir oʻpka zararlanganda buyuriladi.

DOTS strategiyasi

Bugungi kunda silni nazorat qilish DOTS strategiyasi (Directly Observed Treatment Short – Course – bevosita tibbiy xodim nazorati ostidagi qisqa muddatli davolash kursi) eng samarali davolash strategiyasi va kasallikni nazorat ostiga olish uchun eng qulay deb tan olingan. DOTS strategiyasi Butunjahon Sogʻliqni Saqlash tashkiloti (BSST) tomonidan sil kasalligi keng tarqalgan davlatlarda silga qarshi kurashish uchun tavsiya etilgan. Hozirgi kunda bu strategiya jahonning 150 dan ortiq davlatlarida tatbiq etilgan.

Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni Saqlash Vazirligining 3-aprel 2003-yilgi 160 raqamli buyrugʻiga asosan bu strategiya Respublika hududida silga qarshi kurashda ustuvor va majburiy deb qabul qilingan.

DOTS strategiyasining asosiy tamoyillari:

1. Silni nazorat qilish borasidagi uzluksiz tadbirlarga hukumatning sodiqligi.

2. Silga shubha bo'lgan bemorlar orasida sil hodisalarini balg'amni mikroskopik tekshiruvdan o'tqazish yordamida aniqlash.

3. Barcha sil hodisalarini standart tartiblar bilan davolash kursi davomida bevosita nazorat ostida davolash.

4. Muntazam va uzluksiz ravishda silga qarshi asosiy dori vositalari bilan ta'minlash.

5. Hisobga olish va hisobot berishda standart statistik shakllarini joriy etish.

To'g'ri tatbiq etilgan holda DOTS strategiya quyidagi imkonlarni yaratadi:

- Birinchi marta aniqlangan bemorlarni 85% sog'aytirish.
- Silning yuqumli turlari bilan kasallangan bemorlarni sog'aytirish yo'li bilan sil infeksiyasi tarqalishini oldini olish.
- Polirezistent (barcha dori vositalariga chidamli) sil rivojlanishidan saqlanish.
- Ishga qobiliyatli yoshdagi aholi qatlamlari orasida sil tufayli o'lim va nogironlik holatlarini kamaytirish.
- Sil tarqalishini va aholini sil mikobakteriyalari bilan zararlanishini kamaytirish.

Hamshira bilishi zarur bo'lgan ko'nikmalar:

- Balg'am yig'ish muolajasini o'tkazish.
- TB 05 shaklini to'ldirish.
- Davolashni nazorat qilish va nazorat natijalarini TB 01 shaklda qayd etish.
- Bemor bilan sil kasalligi to'g'risida suhbat o'tkazish.
- Shaxsiy himoyalash vositalaridan foydalanish.
- BSJ va Mantu sinamasini o'tkazish.
- Mantu sinamasi natijasini o'qish va baholash.

Hamshiralarning sil dasturidagi vazifalari:

1. Shifokorlarga silga gumon bo'lgan bemorlarni aniqlashda ko'maklashish.

2. Balg'amni to'g'ri yig'ishni, saqlashni va tahlilxonalarga o'tkazishni ta'minlash.

3. Balg'am topshirish uchun yo'llanmani (TB 05) to'g'ri to'ldirish.

4. Davolashni jadal va ambulator bosqichlarida bemorlarga balg'am tahlillarini o'z vaqtida o'tkazilishini kuzatish.

5. Shifokorlarni va bemorlarni jadal va ambulator davolanish bosqichlarida topshirilgan balg'am tekshiruvlarining natijalari to'g'risida ogohlantirish.

6. Bemorlardan oila a'zolarini (muloqotda bo'lgan shaxslarni), ayniqsa bolalarni surishtirish va zaruriyat bo'lganda tibbiy ko'rikka yuborish.

7. Davolashni to'liq kursi davomida bemor dorilarni har bir dozasini qabul qilishini nazorat qilish.

8. Ota-onalari musbat surtmali sil bemorlari bo'lgan 6 yoshgacha bolalarga uzluksiz kimyoprofilaktikani ta'minlash

9. Sil bilan kasallangan bemorni davolash tibbiy kartasini (TB 01) to'g'ri to'ldirish.

10. Dori vositalarni qabul qilishga kelmay qolgan bemorlarni kuzatish va davolanishga qaytarish.

11. Dori vositalarning noxush ta'sirlari kuzatilgan bemorlarni shifokorga yuborish.

12. Bemorlar va ularning qarindoshlari orasida uzluksiz sanitariya-targ'ibot ishlarini olib borish.

Bemorlarni kuzatish va parvarish qilish:

- Tibbiyot hamshirasi birinchi navbatda o'ziga yuqtirmaslik chora-tadbirlarini amalga oshirishi lozim.
- Silga qarshi muassasada ishlaydigan tibbiyot hamshirasi bemorlarga muomala qilishda, ayniqsa, sabr-toqatli va

muloyim bo'lishi, u yoki bu muolajalarning zarurligini ularga tushuntirib berishi, ularning shikoyatlarini toqat bilan tinglashi kerak.

- Bemorlarga 3/1 hajmda 5% xloramin eritmasi bilan to'ldirilgan tufdonlar bilan ta'minlanishi kerak. Tufdonlar kanalizasiga bo'shatilishidan oldin xloramin yoki ohak paroshogi bilan ko'miladi. Tufdonlar to'kilgandan keyin 2% li natriy gidrokorbanat eritmasida qaynatish yo'li bilan dizenfeksiyalanadi.
- Bemorlarga yo'talish madaniyati. Individual ovqatlanish va shaxsiy gigiena buyumlaridan foydalanish kabi kasallikni tarqatmaslik ko'nikmalari tibbiyot hamshirasi tomonidan o'rgatilib boriladi.
- Palatani tez-tez shamollatib turish. Bemorlarni toza havoda sayr qildirishga ahamiyat berish kerak.
- Bemorlarni ovqatlantirishda ovqat tarkibida vitaminlar, mineral moddalar, oqsil, ayniqsa kozein yetarli bo'lishi kerak.
- Bemorlar juda ko'p terlagani uchun teri parvarishiga ahamiyat berishi kerak.
- Bemorlar bu kasallik bilan uzoq muddatli davolanishlari sababli ularni o'qishga, ish faoliyatini tashkillashtirishga, umumiy va siyosiy bilim darajalarini oshirishga yordam berish kerak.

Kasallik profilaktikasi va unda sil dispanserlarining ahamiyati

O'pka silida quyidagi asoratlar kuzatilishi mumkin: o'pkadan qon ketishi, yiringli plevrit (empiyema), pnevmotoraks, bronxoektazlar, buyrak amiloidozi, o'pka-yurak yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchiligi, bronxlar teshilishi.

Sil profilaktikasi quyidagi maqsadlarda o'tkaziladi: aholining farovonligini oshirish, silning oldini olish uchun spetsifik profi-

laktika, aholini ommaviy ravishda flurografiya dan o'tkazish, sil bilan kasallangan bemorlarning davolanish sifatini oshirish, sil o'chog'ida sog'lomlashtirish ishlarini olib borish, sanitariya-maorif ishlarini olib borish.

Spetsifik profilaktika – BTSJ emlash va qayta emlash (vaksinatsiya revaksinatsiya) va ximioprofilaktikadan iborat.

BTSJ da yelkaning tashqi yuzasiga 0,1 ml fiziologik eritmada eritilgan 0,05 ml vaksina yuboriladi. 4–6 hafta o'tgach emlash joyida infiltrat paydo bo'ladi, 2–4 oy saqlanadi, keyin chandi q hosil bo'ladi. Shu vaksinatsiya 6–7 yilgacha immunitet hosil qiladi, keyin revaksinatsiya o'tkaziladi. Revaksinatsiya 7–12–17 yoshda, so'ngra 30 yoshgacha har 7 yilda qilinadi.

Quyidagi odamlarga mantu qilinmaydi: reaksiya musbat bo'lganlarga, o'tkir infeksion kasallik bilan og'riganlarga, allergik reaksiyalari bor kishilarga, og'ir yotgan kasallarga.

2.5.7. O'pka emfizemasi va o'pka raki bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

O'pka emfizemasi o'pka alveolarida havo miqdoring ko'payishi, o'pka to'qimasi elastikligining yo'qolib ketishi natijasida o'pka to'qimasining shishinqirab kerkib turishidir. O'pka emfizemasi qanday o'tishiga qarab o'tkir va surunkali, nechog'li tarqalganligiga qarab esa o'choqli va tarqoq xillarga bo'linishi mumkin. Xastalik rivojlanishida asosan bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi hamda o'pka elastikligining pasayib ketishi muhim hisoblanadi. Emfizema ko'pincha surunkali bronxit, bronxial astma, o'tkir va surunkali pnevmoniya, o'pka sili bilan og'rigan bemorlarda zaharlovchi moddalar ta'sir etgan mahallarda paydo bo'ladi. Ko'krak qafasi va umurtqa pog'onasining deformatsiyasi bir qadar ahamiyatga ega. Mayda bronxlar yo'li torayib dastlab o'pkaning kerkib ketishiga keyin esa organik o'zgarishlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Klinik manzarasi. O'pka emfizemasi bilan og'rikan bemorlar asosan yo'tal va hansirashdan shikoyat qiladilar. Yo'tal qattiq bo'lib, ko'pincha qiyin ajraladigan balg'am chiqishi bilan davom etadi. Hansirash avvaliga jismoniy zo'riqishdan keyin paydo bo'lsa, keyinchalik esa odam tinch turgan vaqtda ham namoyon bo'ladi. Bemor tekshirib ko'rilganda, uning yuzi va qo'l oyoqlari ko'karib turganligi, venalari bo'rtib chiqqanligi hamda ko'krak qafasi bochkasimon shakldaligi ko'zga yaqqol tashlanadi. O'pka perkussiya qilib ko'rilganda quticha tovushiga o'xshash tovush chiqadi. O'pka ekskursiyasi kamayadi. Auskultatsiyada nafasning susayib qolganligi ma'lum bo'ladi. Ba'zida quruq xirillashlar eshitiladi. Kichik doirada bosim ko'tarilishi natijasida o'pka arteriyasida paydo bo'ladigan ikkinchi ton aksenti seziladi. Rentgenologik tekshirishda o'pka to'qimasi tiniqligi kuchayib qolgani va o'pka arteriyasi yaqqol bilinib turadi. O'pkaning tiriklik sig'imi kamayib ketadi. Venoz bosim ortib, suv ustuni hisobida 200–300 mm.ni tashkil etadi (me'yorda 100 mm). Yurak qon tomir sistemasi tekshirib ko'rilganda yurak tonlarining bo'g'iq bo'lib qolgani, taxikardiya borligi aniqlanadi. Yurak chegaralari o'ng tomonga kengaygan bo'lishi mumkin. Qon tekshirilganda leykotsitoz, ECHTning oshganligi qayd etiladi.

Kechishi va oqibati. O'pka emfizemasining kechishi ko'p jihatdan surunkali bronxitning qanday o'tishiga bog'liq. Yallig'lanish va bronxial spazm tufayli bronxlar va bronxiolalarning tobora ko'proq tiqilib qolishi emfizemaning zo'rayib borishiga, o'pka yurak yetishmovchiligi belgilari paydo bo'lishiga olib keladi. Natijada bemor nogiron bo'lib qoladi.

Davosi. Birinchi galda emfizemaga olib keladigan kasalliklarga davo qilish zarur. Bronxolitik va balg'am ko'chiradigan moddalar, yallig'lanish jarayoni qo'zib qo'lgan mahalda antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari buyuriladi. O'pka – yurak

yetishmovchiligida yurak glikozidlari, siydik haydovchilar keng qoʻllaniladi.

Profilaktikasi va parvarishi. Uni keltirib chiqaradigan kasalliklarga, birinchi galda surunkali bronxitga davo qilishdan iborat. Odam sovqotishdan, chang, iflos havoda boʻlishdan oʻzini ehtiyot qilishi kerak. Organizmni chiniqtirish, nafas badantariyasi bilan shugʻullanish katta ahamiyatga ega

Oʻpka raki (saraton kasalligi) xavfli kasallik boʻlib, bronxlar va bezlar epiteliy toʻqimasida oʻsib, rivojlanadi. Keyingi vaqtlarda rivojlangan mamlakatlarda oʻpka raki birdan rivojlanib ketdi. Oʻpka raki oʻsma kasalliklari ichida 2-oʻrinni egallaydi, ayniqsa, erkaklar oʻpka raki bilan koʻp kasallanadilar. Kasallikning kelib chiqishiga surunkali bronxit, bronxoektatik kasalliklar, changlarning nafas yoʻllariga taʼsiri, kimyoviy birikmalar, ishlab chiqarish korxonalarining chiqindi mahsulotlari sabab boʻladi. Zararli odatlardan – sigaret chekish ham rakning kelib chiqish sababchisidir. Kashandalarga qaraganda chekmaydigan odamning oʻpka raki bilan kamroq ogʻrishi aniqlangan.

Klinikasi. Oʻpka rakidagi klinik belgilar oʻsmaning joylashuvi (markaziy, periferik), uning oʻsish turi (endofit, ekzofit, infiltrativ), oʻpkadagi ikkilamchi yalligʻlanish boʻyicha turlicha rivojlanganligidir. Markaziy rakda shilliq qavatlarning taʼsirlanishi, suyuqlikning koʻp ishlab chiqarilishi, nafas oʻtkazuvchanligining buzilishi, quruq yoki oz miqdorda balgʻam ajralishi bilan oʻtadigan yoʻtal, oz miqdorda qon tuflash, vaqt-vaqti bilan tana haroratining koʻtarilib turishi, koʻkrak qafasida ogʻriq kuzatiladi. Periferik rak uzoq vaqt simptomsiz oʻtadi, ayrim hollarda rentgenologik tekshiruvda aniqlanib qoladi. Bemorda yoʻtal, qon tuflash, koʻkrak qafasida ogʻriq, etining junjikib turishi kabi belgilar aniqlanadi. Uni koʻzdan kechirganda koʻkrak qafasidagi teri osti venasi kengayganligi, boʻyin sohasidagi teri osti yogʻ qavati shishib

qolganligi kuzatiladi. O'pka rakida bemorlarda ozib ketish belgilari, ovozning chiqmay qolishi (afoniya), ovqatni yaxshi yuta olmay qolish (disfagiya) kabi belgilar paydo bo'ladi. O'pka auskultatsiya qilib ko'rilganda susaygan vezikular nafas eshitiladi yoki mutlaqo eshitilmay qo'yadi. Kasallik 1–2 yil davom etadi. Bemorning ahvoli asta-sekin yomonlashib, tobora darmoni qurib, ishtahasi pasayib, ozib ketadi. Laboratoriya tekshiruvida qonda leykotsitlar miqdorining oshganligi ma'lum bo'ladi. Balg'amda qonning shaklli elementlari, atipik rak hujayralarini topish mumkin bo'ladi.

Davolash. O'pka rakini davolash o'smaning joylashuvi, rivojlanish bosqichi va tuzilishiga bog'liq. Asosiy davo choralaridan biri – jarrohlik yo'li bilan o'pkani limfa tugunlari bilan qo'shib olib tashlash (pnevmoektomiya), o'pka rakining III bosqichida esa nur va kimyoterapiya yo'li bilan davolashdir. Kimyoterapevtik vositalarga metatreksat, siklofosfanlar kiradi. Nur bilan davolashda gamma nurlar 50–60R miqdorda qo'llanadi. Konservativ davo vaqtida bemorga ruhiy osoyishtalik, tinchlik yaratiladi. Og'riqni bartaraf etish uchun narkotik analgetiklardan foydalaniladi.

Parvarishi. Tibbiyot hamshirasi etika va estetika talabiga rioya qilgan holda bemorning azob-uqubatlarini mumkin qadar yengillashtirishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yishi kerak. Bemor doimiy ravishda kuzatuv va nazorat ostida bo'ladi. Shifokor tomonidan buyurilgan muolajalarni o'z vaqtida bajarish hamshiraning asosiy vazifasi hisoblanadi. Bemor ahvolidan umid yo'qligini o'zi bilmasligi kerak. Nogahon aytilgan so'z dunyodan ko'z yumib borayotgan odamga ortiqcha azob berishini hamshira yoddan chiqarmasligi, uning ahvolini yengillashtirishi lozim. O'pka rakida qon ketish xavfi bo'lgani uchun hamshira shoshilinch yordam ko'rsatish choralarini, shifokorga o'z vaqtida xabar berishni bilishi zarur.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Nafas olish a'zolari kasalliklariga xos simptomlarini gapirib bering.
2. Pnevmoniya kasalligining klinik belgilarini gapirib bering.
3. O'pka absessida qanday parvarish qilish kerak?
4. Plevrit kasalligida qanday davo usullari qo'llaniladi?
5. Nafas olish a'zolari anatomo-fiziologik xususiyatlarini gapirib bering.
6. O'tkir bronxit sababi va belgilarini gapirib bering.
7. Surunkali bronxit klinik belgilarini sanab bering.
8. O'pka sili qanday kasallik?
9. DOTS dasturining ahamiyati haqida ma'lumot bering.
10. O'pka silida bemorlarni qanday parvarish qilinadi?
11. Sil dispanserlarining vazifasini gapirib bering.

2.6. Yurak va qon-tomir a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Yurak va qon-tomir sistemasining tuzilishi va vazifalari.

Yurak va qon-tomir a'zolari yurak, tomirlar, aorta, vena, arteriyalar va kapillarlardan tashkil topgan. Yurak qonni harakatlantirib, inson organlari va to'qimalariga yetkazib berib turadigan organdir. U oldingi ko'ks oralig'ida joylashgan bo'lib, katta-katta qon tomirlar bilan fiksatsiyalangan. Sog'lom odam yuragining asosi chap tomonda II qovurg'a damida tursa, uchi V qovurg'a oralig'ida turadi. Yurak massasi 250–300 gr ni tashkil qiladi. Uzunasiga ketgan to'siq bilan yurak o'ng va chap nimtaga (yaringa) bo'linadi. Har bir nimtasi yurak bo'lmasi bilan yurak qorinchasiga bo'linadi. Bo'lma bilan qorinchalar o'rtasidagi teshiklar (atrioventrikular teshiklar) yordamida bo'lmachalar qorinchalar bilan tutashib turadi.

Yurak 3 ta qavatdan: ichki (endokard), o'rta (miokard) va tashqi (perikard) qavatidan iborat.

Yurakning bir bo'shliqdan ikkinchisiga aylanadigan joyida endokard qalin tortib, burmalar hosil qiladi, *yurak klapanlari* deb shularni aytiladi. Chap bo'lma bilan chap qorincha o'rtasidagi klapan ikki tavaqadan tashkil topgan bo'lib, ikki tavaqali yoki

mitral klapan deyiladi. O'ng bo'lmacha bilan o'ng qorincha o'rtasidagi klapaning uchta tavaqasi bor va u uch tavaqali yoki *trikuspidal klapan* deyiladi. Chap qorincha bilan aorta o'rtasidagi aortaning yarim oysimon klapanlari, o'ng qorincha bilan o'pka arteriya o'rtasida esa o'pka arteriyasining yarim oysimon klapanlari joylashgandir.

Qon aylanish sistemasi ikkita doiraga – katta va kichik qon aylanish doirasiga bo'linadi. Tomirlar sistemasining bir qismi, ya'ni o'ng qorinchadan o'pka arteriyasining chiqish joyidan to to'rtta o'pka venasining chap bo'lmasiga quyilish joyigacha bo'lgan qismi kichik qon aylanish doirasi deyiladi. Tomirlar sistemasining qolgan qismi, ya'ni aorta va uning tarmoqlaridan tortib to ustki va kovak venalarigacha bo'lgan qism katta qon aylanish doirasi deb ataladi.

Tomirlar sistemasi bo'ylab qon bir qancha omillar tufayli, birinchi galda yurakning bir tekis va davriy suratda qisqarib borishi tufayli harakatlanib turadi. Yurakni qisqarishga majbur etadigan impulslar o'ng bo'lmada – ustki kovak venaning og'zi yaqinida joylashgan sinus tugunida vujudga keladi.

Yurakning qisqarishi sistola deb, bo'shashuvi diastola deb yuritiladi. Normada yurak minutiga 60–80 martadan qisqarib turadi. O'zining qisqarishi uchun yurak impulslarni o'zi ishlab chiqarib boradi, ya'ni u avtomatizm xususiyatiga egadir. Yurak har safar qisqarganida (bitta sistola vaqtida) me'yorda 50–70 ml qonni otib chiqaradi, bu – sistolik hajmni tashkil etadi. Sistola paytida yelka arteriyasidagi qon bosimi sog'lom odamda taxminan 110–140 mm sim. ust.ni tashkil qiladi (sistolik yoki maksimal bosim). Diastola mahalida bu bosim pasayib, 70–80 mm sim. ust.ga tushib ketadi (diastolik yoki minimal bosim).

Sog'lom odamning organizmida bo'ladigan 5–6 l qondan taxminan $\frac{1}{3}$ qismi asosiy qon depolarida – jigar, taloq, muskullar, terida turadi.

Klinik holat va simptomlar. *Soʻrab-surishtirish.* Yurak tomirlar sistemasi kasallangan bemorlar yurak sohasi va toʻsh orqasida ogʻriq borligi, yurak oʻynashi va yurak ishida toʻxtalishlar boʻlib turishi, hansirash, shishlar kelib turishi, oʻng qovurgʻalar ostida ogʻirlik sezilishi, dispeptik oʻzgarishlar, bosh ogʻriqlaridan noliydi.

Yurak sohasidagi ogʻriqlar jiddiy shikoyat boʻlib hisoblanadi. Yurak nevrozida, odatda yurak uchi sohasida ogʻriqlar sezilib, uzoqroq davom etib boradi, odam hayajonlanganida zoʻrayadi, tinchlantiruvchi dorilar (valokordin) bilan bosilib qoladi. Stenokardiya (koʻkrak qisishi)da ogʻriqlar odam yurganida, jismonan zoʻriqqanda, issiq xonadan sovuqqa chiqqanida paydo boʻladi, ular odatda toʻsh orqasidan joy oladi, atigi bir necha minut davom etib, validol yoki nitroglitserin ichilganida tez oʻtib ketadi. Miokard infarktidagi ogʻriqlar stenokardiyada boʻladigan ogʻriqlardan tabiatan farq qiladi. Bular ancha zoʻrroq boʻlib, bir necha soat va hatto kun davom etib boradi, validol va nitroglitserin ichilganidan keyin oʻtib ketmaydigan boʻladi.

Hansirash qon aylanishi yetishmasligida koʻp uchraydigan shikoyatlardan biridir. Yurak kasalliklari bor bemorlarda hansirash avvaliga jismoniy zoʻriqish vaqtida, zinadan chiqilayotganida paydo boʻladi va bir necha vaqtdan keyin oʻtib ketadi. Yurak kasalliklarida hansirash paydo boʻlishining sababi gazlar almashinuvining buzilib, chala oksidlangan mahsulotlarning qonda toʻplanib qolishi, yaʼni karbonat kislota toʻplanib qolishi nafas markazini taʼsirlantirib, nafasning tezlashib va chuqurlashib qolishiga olib keladi. Hansirash keyinchalik tinch turgan mahalda ham yuzaga keladi.

Boʻgʻilish xurujlari odatda toʻsatdan, aksari kechasi tutib qoladi. Boʻgʻilish xuruji tutgan mahalda bemor birdan havo yetishmay qolganini sezadi, koʻkragida gʻargʻaraga oʻxshagan xirillashlar paydo boʻladi, qon aralash balgʻam tushadi. Ana shunday xuruj yurak astmasi deyiladi.

Yurak o'ynashida bemorga yurak qisqarishlari tezlashib ketgandek bo'ladi. Normada yurak qisqarishlari bir minutda 60–80 marotabaga teng.

Taxikardiya – yurak urishining tezlashishi, bir daqiqada 80 marotabadan ko'p.

Bradikardiya – yurak urishining sekinlashuvi, bir daqiqada 60 marotabadan kam.

Sog'lom odamlarda yurak o'ynashi jismonan ko'p zo'r berilganidan keyin kuzatiladi. Gohida bemorlar yurak ishining to'xtab-to'xtab qolishidan noliydi, bu – yurak ekstrasistolasining oqibatidir.

Yurak kasalliklarida shish paydo bo'lishi, ya'ni to'qimalar orasidagi suyuqlik miqdorining patologik oshishi kuzatiladi. Avvaliga shishlar kechga yaqin borib paydo bo'ladi, tuni bilan esa yo'qolib ketadi. Shishlarning paydo bo'lishi birinchi galda venalar va kapillarlarida bosim ortib ketishiga bog'liqdir. Qon yurishuvining sekinlashib qolishi va kapillarlar o'tkazuvchanligining kuchayishi qondan to'qimalarga suyuqlik o'tishiga sabab bo'ladi.

Arterial bosimning oshishi gipertoniya kasalligining asosiy simptomidir. Arterial bosimning qisqa muddatga oshishi jismoniy va emotsional zo'riqishlarda yuzaga keladi. Agar arterial bosim doimo va uzoq muddat oshsa, bu har xil a'zo va tizimlarda o'zgarishlarga olib keladi.

Sianoz – lablar, burun uchi, barmoqlar, tirnoqlar ko'karishi bo'lib, bunda yurak yetishmovchiligining belgilari bo'ladi.

Hozir aytib o'tilgan asosiy simptomlardan tashqari, bemorlar uyquasi buzilib ko'ngil aynishi, qayt qilishi, qorni dam bo'lib, ichi yaxshi yurishmasligiga shikoyat qilishi mumkin. Bemorlarda markaziy nerv sistemasiga aloqador funksional o'zgarishlar kuzatiladi, bular darmonsizlik, tez charchash, uyqu buzilishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi ko'rinishida bo'ladi.

Bemorlarni soʻrab-surishtirganda kasallik tarixi (anamnezi) ga toʻxtalish zarur. Kasallikning qachon paydo boʻlganini, ayrim simptomlarining tabiatini, kasallik sabablarini, kasallik dinamikasi, olib borilgan davo choralarini bilib olish zarur.

Bemorning turmush tarixidagi zarur voqealar ham aniqlab olinadi. Ilgari boshidan kechirgan kasalliklar, mehnat va turmush sharoitlari, zararli odat va oʻrganishlari, nasldan naslga beriluvchanligi, asab-ruhiy zoʻriqishlari haqida maʼlumot olinadi. Ayollarda homiladorlik va tugʻruqlarning qanday oʻtganligini aniqlab olish lozim, chunki qon aylanish sistemasi kasalliklarining belgilari ana shunday davrda paydo boʻladi.

Koʻzdan kechirish. Bemorning vaziyatiga ahamiyat beriladi. Sezilarli darajada hansirayotgan kasallar majburiy holat qabul qilib, oyoqlarini past tushirgan holda oʻtirishadi (ortopnoe). Badan terisi va koʻrinib turgan shilliq pardalarning rangiga baho berilar ekan, badan terisining koʻkarib turgan-turmaganligi, yaʼni sianoz bor-yoʻqligi aniqlanadi. Qon aylanishi buzilgan mahallarda sianoz qoʻl va oyoq barmoqlari, burun uchi, lablar, quloq supralarida hammadan koʻra sezilarli boʻladi. Qon aylanish yetishmovchiligi uchun badanda shishlar boʻlishi xarakterlidir. Tomirlarni koʻzdan kechirish mahalida gipertoniya kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda koʻtarilib chiqqan va egri-bugri boʻlib turgan arteriyalarni, ayniqsa chekka arteriyalarni koʻrish mumkin. Venalarni koʻzdan kechirishda ularning aksari kengayib, qonga toʻlib turganini koʻrish mumkin. Venada qon dimlanib qolganda shunday narsa kuzatiladi.

Palpatsiya. Yurak palpatsiya qilib koʻrilganida yurak uchining zarbi aniqlanadi, tomirlar pulsatsiyasining bor-yoʻqligi topiladi. Yurak uchi zarbini aniqlash uchun oʻng qoʻl kaftini bemor koʻkragiga, III va IV qovurgʻalari orasiga qoʻyib koʻrish kerak, bunda qoʻl panjasining asosi bemor toʻshiga, barmoqlari esa qoʻltiq osti chizigʻiga qarab turadigan boʻlishi kerak. Uch

barmoqning oxirgi falangalarining yumshoq joyi bilan zarbning olgan oʻrni va yurak uchining harakatlari aniqlab olinadi. Sogʻlom odamlarda yurak uchining zarbi beshinchi qovurgʻalar orasida, chap oʻrta oʻmrov chizigʻidan 1–1,5 sm ichkarida joylashgan boʻladi. Pulsni tekshirish tomirlar tonusining holatini baholashga imkon beradi. Puls yurak qisqarishlari munosabati bilan arterial tizimga qon oʻtib turishi tufayli arteriyalar devorining tebranib turishi, urib turishidir. Pulsni bilak arteriyasining pastki qismidan, bilak oldingi yuzasida, qoʻl panjasi yaqinidan aniqlash qulay. Pulsni topgandan keyin uning soni, ritmi, toʻlishuvi va tarangligi aniqlanadi. Katta yoshli odamda puls soni minutiga 60–80 ta boʻladi.

Perkussiya. Bu usul yurak va tomirlar dastasining katta-kichikligi, vaziyati, shaklini (konfiguratsiyasini) aniqlab olishga imkon beradi. Havosiz organ boʻlmish yurak perkussiya mahalida boʻgʻiq tovush beradi. Biroq, yurak ikkala tomonidan qisman oʻpka bilan qoplangandir, shu munosabat bilan nisbiy yoki absolut boʻgʻiq ovoz chiqadigan joy aniqlanadi. Yurakdan nisbiy boʻgʻiq ovoz chiqadigan joy uning asl chegaralariga mos keladi va yurak oldingi yuzasining koʻkrak qafasiga beradigan proyeksiyasi boʻlib hisoblanadi, absolut boʻgʻiq ovoz chiqadigan joy esa yurakning oʻpka bilan qoplanmay turadigan oldingi yuzasi proyeksiyasidir, xolos. Avval yurakdan nisbiy boʻgʻiq tovush chiqadigan joyning oʻng, chap va ustki chegaralari perkussiya qilinadi. Yurak chegaralari aʼzoga qarab turgan birmuncha qattiqroq perkutor tovush beradigan plessimetr-barmoqning tashqi cheti boʻylab belgilab olinadi. Plessimetr barmoq yurakning oʻng chegarasiga parallel qilib uchinchi-toʻrtinchi qovurgʻalar orasiga qoʻyiladi va yurak tomon yurgizilib, ravshan tovush boʻgʻiqroq tovushga aylanib qolmaguncha oʻrtacha kuch bilan perkutor zarblar berib boriladi. Sogʻlom odamda bu chegara toʻsh suyagining oʻng qirgʻogʻidan 1–1,5 sm tashqarida joylashadi va oʻng boʻlmadan

hosil bo'ladi. Yurakdan nisbiy bo'g'iq ovoz chiqadigan joyning chap chegarasini aniqlash yurak uchi zarbini topishdan boshlanadi, mana shu zarb izlanayotgan chegaraga mos keladi. Plessimetr-barmoq mo'ljalidagi chap chegaraga parallel holda qo'yiladi va yurak tomoniga yurgizilib, ravshan perkutor tovush bo'g'iqroq bo'lib chiqmaguncha o'rtacha kuch bilan perkutor zarblar berib boriladi. Sog'lom odamda bu chegara o'rta o'mrov chizig'idan 1–1,5 sm ichkari joylashadi va chap qorinchadan hosil bo'ladi. Yurakdan nisbiy bo'g'iq tovush chiqadigan joyning ustki chegarasini aniqlashda plessimetr-barmoq to'sh suyagining chap qirg'og'i yaqiniga, qovurg'alarga parallel qilib qo'yiladi va avval ikkinchi qovurg'alar orasidan boshlab o'rta kuchda zarblar berib borib, pastga tushiladi. Sog'lom odamlarda yurakdan nisbiy bo'g'iq tovush chiqadigan joyning ustki chegarasi III qovurg'aning ustki qirg'og'i bo'ylab joylashadi.

Yurakdan absolut bo'g'iq ovoz chiqadigan joyning avval o'ng, keyin chap va ustki chegarasi topiladi. O'ng chegarasini aniqlashda plessimetr-barmoq yurakdan nisbiy bo'g'iq tovush chiqadigan joyning o'ng chegarasiga to'sh suyagining o'ng qirg'og'iga parallel qilib qo'yiladi va sekin-sekin perkutor zarblar berib turib, barmoq to nisbiy bo'g'iq tovush paydo bo'lguncha ichkari tomon yurgizib boriladi. Sog'lom odamlarda o'ng chegara to'sh suyagining chap qirg'og'i bo'ylab boriladi.

Yurakdan absolut bo'g'iq tovush chiqadigan joyning chap chegarasini aniqlashda plessimetr-barmoq nisbiy bo'g'iq tovush chiqadigan joyning chap chegarasiga parallel qilib qo'yiladi va to bo'g'iq tovush paydo bo'lguncha perkutor zarblar berib boriladi. Chap chegara me'yorda yurakdan nisbiy bo'g'iq tovush chiqadigan joy chap chegarasidan 1,5–2 sm ichkarida bo'ladi. Absolut bo'g'iq tovush chiqadigan joyning ustki chegarasini aniqlash uchun plessimetr-barmoq to'sh suyagining chap qirg'og'i yonida qovurg'alarga parallel qilib, nisbiy bo'g'iq tovush

chiqadigan joyning ustki chegarasiga qo'yiladi va bo'g'iq tovush paydo bo'lguncha pastga tushirilib, sekin-sekin perkussiya qilib boriladi. Sog'lom odamlarda absolyut bo'g'iq tovush chiqadigan joyning ustki chegarasi IV qovurg'a tog'ayining damida joylashgan bo'ladi.

Auskultatsiya. Yurakni eshitib ko'rish (fonendoskop yoki stetoskop bilan) ishlab turgan yurakda yuzaga keladigan tovush simptomatikasi to'g'risida tushuncha olishga imkon beradi. Yurak eshitib ko'riladigan, ya'ni auskultatsiya qilinadigan ma'lum joylar (nuqtalar) bor. Klapanlarning asl proyeksiyasi auskultatsiya nuqtalariga to'g'ri kelmaydi. Klinik kuzatuvlar har bir klapan tovushlarining qaysi tomonga hammadan yaxshiroq o'tishini aniqlab olishga imkon berdi: mitral klapaniga aloqador tovush hodisalari yurak uchi zarbi seziladigan sohada, aorta klapanlarining tovushlari ikkinchi qovurg'alar oralig'ida to'sh suyagidan o'ngda, o'pka arteriyasining tovushlari ikkinchi qovurg'a oralig'ida, to'sh suyagidan o'ngda, uch tavaqali klapan tovushlari to'sh suyagining pastki uchdan bir qismida, xanjarsimon o'simtasining asosi yaqinida hammadan yaxshiroq eshitiladi. S.P. Botkin aorta klapanlariga aloqador tovushlar eshitiladigan qo'shimcha nuqtani topdi, beshinchi nuqta deb ataladigan shu nuqta III–IV qovurg'alarning to'sh suyagi chap qirg'og'iga birikish joyidadir. Avval mitral klapan (birinchi nuqta), so'ngra aorta klapani (ikkinchi nuqta), keyin o'pka arteriyasi klapani (uchinchi nuqta), undan keyin uch tavaqali klapan (to'rtinchi nuqta) va nihoyat, Botkin nuqtasi (beshinchi nuqta)dan eshitiladigan tovush hodisalariga quloq solib ko'riladi. Sog'lom odamlarda ikkita ton eshitiladi: I (sistolik) ton sistola vaqtida, II (diastolik) ton diastola vaqtida paydo bo'ladi. I tonning hosil bo'lishida klapanlar (ularning tebranishi va yopilishi), miokardning taranglashishi, yirik tomirlar (aorta va o'pka arteriyasi), shuningdek yurak bo'lmalarining tebranishi ishtirok

etadi. II ton diastola vaqtida aorta klapani tavaqalari va o'pka arteriyasi ustunining tebranishi hisobiga yuzaga keladi. Kamdan kam hollarda me'yorda III va IV tonlarni payqash mumkin. Bular diastola paytida eshitiladi, past chastotali, sekin bo'ladi.

Auskultatsiya mahalida ko'pincha yurak shovqinlari eshitiladi. Qaysi paytda paydo bo'lishiga qarab (sistola yoki diastola davrida) sistolik va diastolik shovqinlar tafovut qilinadi.

Tekshirish usullari va davolash. Elektrokardiografiya yurakdagi elektr jarayonlarini grafik yo'l bilan qayd qilib olish usulidir. Elektr impulsi sinus tugunidan kelib chiqib butun yurak bo'ylab tarqalib borar ekan, uni elektrokardiograf xarakterli tishlari va oraliqlari bo'ladigan elektrokardiogrammalar ko'rinishida qayd qilib oladi, elektrokardiogrammaning mana shu tishlari bilan oraliqlari yurak bo'lmalari bilan qorinchalarining qo'zg'alish va asliga kelish jarayonlarini aks ettiradi. Elektrodlar bemor tanasi yuzasining qaysi joylariga qo'yilishiga qarab elektrokardiogramma olishning uchta standart (asosiy) usuli – I, II, III usullari, bir qutbli uchta usul (aVL, aVR, aVF) va oltita ko'krak usuli (V_1-V_6) tafovut qilinadi. Shu usullar yordamida miokardning u yoki bu qismida patologiya bor-yo'qligi to'g'risida axborot olinadi.

Fonokardiografiya yurakdagi tovush hodisalarini qayd qilish usulidir. Fonokardiografiyada tovush tebranishlari maxsus apparat – fonokardiograf yordamida fonokardiogramma ko'rinishida yozib boriladi. Fonokardiograf mikrofon tovushlarini kuchaytiruvchi asbob va qayd qiluvchi qurilmadan iboratdir. Fonokardiogrammalar tinchlik sharoitlarida, bemorni yotqizib qo'yib, nafas chiqarish mahalida nafasni tutib turib yozib olinadi. Yurak auskultatsiyasida qanday nuqtalardan foydalaniladigan bo'lsa, mikrofon galma-galdan xuddi o'sha nuqtalarga qo'yib ko'riladi. Normal fonokardiogramma I va II tonlarni aks ettiradigan tebranishlardan iborat bo'ladi.

Yurakka zond solib ko'rish yurak bo'shliqlaridagi qon bosimini o'lchashga, qonning kislorod va karbonat kislota bilan nechog'li to'yinganini aniqlashga, bevosita yurak bo'shliqlarining o'zida elektrokardiogramma bilan fonokardiogrammani qayd qilib olishga, angiokardiografiya o'tkazishga imkon beradi. Yurakka zond solish ishi maxsus jarrohlik xonalarida bajariladi.

Angiokardiografiya yurak va tomirlar kasalliklari tekshiruvini maqsadida keng qo'llaniladi. Bu usul shundan iboratki, o'ng yurakka, keyin kichik qon aylanish doirasi (o'pka)ga, so'ngra chap yurak va aortaga o'tadigan kontrast modda venadan yuboriladi. Yurak va yirik tomirlarning bir qancha suratlari olinib, tasviri tushiriladi.

Kompyuter tomografiyasi. Yurak va qon tomirlarni ko'ndalang kesimida tekshirish. Har bir kesim kompyuterda suratga olinib, undagi o'zgarishlar tahlil qilinadi.

Yurakni ultratovush tekshiruvi. Ultratovushlar yordamida yurak bo'lmachalari qorinchalari, klapanlari holatini aniqlash hamda yurak chegaralari haqida ma'lumot olish mumkin.

Laborator tekshiruvlar: qonning umumiy tahlili, qonni biokimyoviy tekshirish (oqsillar, fibrinogen, xolesterin, C-reaktiv oqsil, protrombin indeksi, transaminazalar, kreatinfosfokinaza, laktatdegidrogenaza).

Davolash. Qon aylanish a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni medikamentoz davolashda inotrop vositalar (yurak faoliyatini stimulatsiya qiluvchi vositalar), siydik haydovchi, tromb paydo bo'lishiga qarshi va antikoagulant vositalar, qon tomirlarini kengaytiruvchi, gipotenziv va boshqa dori vositalari qo'llaniladi. Hamshira bu dori vositalarini asosiy va nojo'ya ta'sirini aniqlashi, qo'llanish usullari, bir martalik va maksimal dozalar ta'sirini bilishi kerak. Bemorga dorilarni to'g'ri va vaqtida qabul qilishni o'rgatishi va o'z-o'zini parvarishlash ko'nikmalarini o'rgatishi lozim.

Hamshiralik parvarishi, o‘z-o‘zini parvarishlash. Yurak va qon-tomir a‘zolari kasalliklarida bemorlarni to‘g‘ri parvarishlash ularning tezroq sog‘ayishiga va asoratlarni oldini olishga yordam beradi. Hamshiralik parvarishi bemorning shikoyatlaridan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Yurak sohasi og‘rib turgan bemorga shifokor yetib kelguncha validolni qandga tomizib yoki tabletka holda, yo bo‘lmasa 1–2 tomchi 1% li nitroglitserin eritmasi beriladi. Validol yoki nitroglitserin ta‘siri darrov, 1–2 minutdan keyin boshlanadi. Yurak og‘rib turgan mahalda gorchichniklar va yurak sohasiga zuluklar qo‘yish ham buyuriladi.

Bemorga ingalyatsiya yo‘li bilan namlangan kislorod berish hansirashni ancha kamaytiradi. Palata havosi toza, normal harorat va namlikda bo‘lishiga qarab borish zarur. Bemor gavdasining yuqori qismini baland qilib yotqizib qo‘yilganda hansirash kamayadi, bunga funksional krovat yordamida osongina erishiladi.

Bemorlarni parvarish qilishda ularni tinchlantirish muhim ahamiyatga ega. Bemorga shifokor ko‘rsatmasiga binoan tinchlantiruvchi vositalar beriladi.

Anchagina shish kelgan mahallarda, bemorlar ko‘pincha o‘rnidan turmay yotishi natijasida tez orada yotoq yaralar paydo bo‘ladi. Shishib qolgan teri yaxshi oziqlana olmaganligi uchun yotoq yaralar tez yiringlab ketadi. Shuning uchun, bemorning o‘rnini shunday qilib solib berish kerakki, toki bemor o‘rnining badanga tegib turadigan joyida tugunlari va choklar bo‘lmasin va davolanishning birinchi kunlaridan boshlab bemorning o‘rindagi vaziyatini tez-tez almashtirib turish zarur. Bemorlarda sutkalik diurez va iste‘mol qilinayotgan suyuqlik miqdori kuzatib boriladi.

Bemorga ruhiy dam berish katta ahamiyatga ega. Arterial bosim oshganda bemorning bosh tomonini ko‘targan holda yotqizish, oyoq va qo‘llariga isitgich qo‘yish kerak, boldir

sohasiga xantal va peshonasiga sovuq kompress qo'yiladi. Shifokor ko'rsatmasiga binoan, boshqa muolajalar qilinadi.

Agar bemor o'rnidan tura olmaydigan bo'lsa, tagiga maxsus sudno qo'yiladi. Bemorni parvarish qilishda ovqat yeyishni to'g'ri tashkil qilishning ahamiyati katta. Bemor 35–40°C haroratdagi ovqat bilan ovqatlantiriladi.

Bemor odatda o'rnidan turmay yotadigan, ya'ni kamroq miqdorda energiya sarflaydigan bo'lgani uchun ovqati kam kaloriyali – 2300 kkal, C va B guruh vitaminlariga boy bo'lishi kerak. Suyuqligi va tuz miqdori chegaralangan bo'lishi lozim. Chunki bularni ortiqcha iste'mol qilish shishlarga sabab bo'ladi. Tuz miqdori 1 kunda 6 gr dan oshmasligi kerak. Kaliy tuzlari siydik haydovchi ta'sir ko'rsatadi, shu sababdan kartoshka, bargak, anjir, karam, ya'ni tarkibida ko'p miqdorda kaliy bo'ladigan masalliq'larni iste'mol qilib turish tavsiya etiladi.

Kerakli miqdordagi kaloriyani qabul qilish bilan birga, semirish darajasini ham kamaytirish muhim ahamiyatga ega. Tana vaznining 1 kg ga kamayishi sistolik va diastolik bosimning 1,0–1,5 mm sim.ust.ga kamayishiga olib keladi. Oqsil mahsulotlarini qabul qilish muhim, ayniqsa, baliq va o'simlik oqsillarini. Bemorlarga yengillashtiruvchi parhez kunlari belgilanadi. Bunday parhezlar moddalar almashinuviga yaxshi ta'sir ko'rsatishga, ortiqcha suv va natriyni organizmdan chiqarib tashlashni kuchaytirishga qaratilgan. Yengillashtiruvchi parhezlar kasallikning xususiyati va odamning ko'tara olishiga qarab haftasiga 1–2 marta buyuriladi.

Olma parhezi: 1 kunda 1,5 kg olma 300 gr dan 5 mahal beriladi.

Turshak parhezi: 500 gr turshak suvda ivitilib, 100 gr dan 5 mahal beriladi.

Sut parhezi: 1,5 litr sut, qatiq, kefir 200–250 ml dan 6 mahal beriladi.

Bodring parhezi: bemor kun davomida 2 kg bodring qabul qilishi kerak.

Bemorlarni o‘z-o‘zini parvarish qilish ko‘nikmalariga o‘rgatish hamshiraning vazifasi hisoblanadi (arterial bosimni o‘lchash, simptomlarni kuzatish).

Yurak ishemik kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Yurak mushaklarni qon bilan ta‘minlaydigan toj arteriyalarining aterosklerotik o‘zgarishi sababli rivojlanadigan bu kasallik hozirgi kunda dunyoda keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Bu kasallikda bir qator boshqa kasalliklar ham uchrab turadi: stenokardiya, miokard infarkti va infarkt dan keyingi kardioskleroz shular jumlasidandir.

2.6.1. Stenokardiya kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Stenokardiya ko‘krak qisishi (angina pectoris) degan boshqa nom bilan ham ataladi.

Etiologiyasi: asosan giperxolesterinemiya, gipertoniya, kam-harakatlilik, semizlik, qandli diabet, stresslar va irsiy omillarga bog‘liq.

Stenokardiya – yurak mushaklarining kislorodga bo‘lgan ehtiyoji va uning qon bilan yetib kelishi orasidagi buzilishidir.

Klinik belgilari. Stenokardiyaning asosiy belgisi ko‘krak qafasining chap yarmida va to‘sh orqasida chap kurak, chap qo‘l va bo‘yinga o‘tib turadigan qattiq og‘riqlar tutib qolishidir. Og‘riqlar bir necha sekunddan 20 minutgacha va ko‘proqqa cho‘zilishi mumkin. Og‘riqlar qisadigan va sanchadigan xarakterga ega.

Tasnifi: harakat stenokardiyasi; ilk paydo bo‘lgan harakat stenokardiyasi; turg‘un stenokardiya; zo‘rayib borayotgan harakat stenokardiyasi; stenokardiyaning alohida turi.

Stenokardiyaning har bir turi o'zining klinik xususiyatiga ega.

Harakat stenokardiyasi to'sh orti sohasidagi og'riqlar xuruji bilan xarakterlanadi. Og'riqlar jismoniy va ruhiy emotsional zo'riqishlardan keyin yuzaga keladi va miokarda metabolik o'zgarishlarga olib keladi. Kislorodni ko'p miqdorda talab qilishi natijasida arterial bosimning oshishi, taxikardiya, hansirash kuzatiladi. Og'riq nitroglitserin yoki tinch holatda tezda o'tib ketadi.

Ilk paydo bo'lgan harakat stenokardiyasi paydo bo'lish vaqtidan bir oydan ko'p bo'lmagan vaqt orasida yuzaga chiqadi.

Turg'un stenokardiya bir oydan ko'p davom etadi, tashxisida bemorlarni jismoniy zo'riqishlarni ko'tara olish imkoniyatiga qarab funksional sinflar ko'rsatiladi:

I funksional sinf – bemor odatiy jismoniy zo'riqishlarni ko'taradi, stenokardiya xuruji sezilarli va davomiy zo'riqishlardan keyin yuzaga keladi;

II funksional sinf – odatiy jismoniy zo'riqishlar kam miqdorda chegaralangan. Stenokardiya xuruji tekis joyida yurganda yoki 500 metrdan ko'p yurganda va birinchi qavatga ko'tarilganda yuzaga keladi;

III funksional sinf – odatiy jismoniy zo'riqishlar yaqqol chegaralangan. Stenokardiya xuruji yurish tezlashganda yoki tekis joyida o'rtacha tempda 100–500 metr yurganda, bir qavatdan ko'tarilganda yuzaga keladi;

IV funksional sinf – stenokardiya xuruji kuchsiz jismoniy zo'riqishlarda, 100 metrdan kam bo'lgan masofaga yurishda yuzaga keladi.

Tinch holatdagi stenokardiyaning hamda uyqu vaqtida yuzaga kelish xarakteri miokardning metabolik talabini oshishi bilan xarakterlanadi.

Zo'rayib borayotgan harakat stenokardiyasi bemor uchun odatiy zo'riqishga stenokardiya xuruji chastotasining davomiylikini birdaniga o'sishi bilan xarakterlanadi.

Stenokardiyaning alohida turi stenokardiya xurujlarini miokardning metabolik talabini oshiruvchi omillarga bog'liq bo'lmagan holda toj arteriyalarini spazmi natijasida yuzaga keladi. Bu stenokardiya tinch holatda hamda harakat stenokardiyasi bilan birgalikda yuzaga keladi.

Stenokardiya xuruji mahalida bemorni obyektiv tekshirishda taxikardiya qayd etiladi, arterial bosim biroz ko'tarilgan bo'ladi. Stenokardiyada yurak tonlari o'zgarmaydi. EKG da ST kesmasi va T tishchasi salgina pasaygan bo'ladi. Bu o'zgarishlar bemorni jismoniy zo'riqish qo'llash bilan tekshirishda ham kuzatiladi (veloergometriya). Bu sinama stenokardiya tekshiruvida, og'riqlar bo'lmagan holda juda muhimdir. Laboratoriya tekshiruvlarida xarakterli o'zgarishlar topilmaydi.

Davolash. Stenokardiyani davosi og'riq xurujining qanday sharoitlarda paydo bo'lishi va nechog'li zo'riligiga bog'liqdir. Ko'krak qisib qolgan mahalda nitroglitserin 1–2 tabletkasi til ostiga tashlanadi (0,5–1 mg). Agar og'riq butunlay o'tmasa, 10–15 minutdan keyin nitroglitserin validol yoki valeriana tabletkasi bilan takror qabul qilinadi. Xurujlar oralig'ida xurujlarning takrorlanishini, stenokardiya asoratlarini va kasallik rivojlanishini oldini oladigan dori vositalari beriladi. Dori vositalarining 5 ta guruhi ajratiladi: nitratlarning ta'siri uzaytirilgan turlari, betta-adrenoblokatorlar, kalsiy antagonistlari, antiagregantlar, metaboliklar – bu dori vositalari bemorga individual holda buyuriladi.

Parvarish. Dori-darmonlar bilan qilinadigan davodan tashqari, bunday kasallarga parhezga amal qilib, yog'lar, uglevodlar va osh tuzidan cheklab qo'yish tavsiya etiladi.

Bemor bilan kasallikning mohiyati, davolanish natijalari haqida suhbatlashish zarur. Bemor qarindoshlari bilan ham kasallik xarakteri borasida suhbatlashish lozim. Stenokardiya xuruji paytida bemorga osoyishtalik yaratish, uni yotqizib qo'yib,

xonaga toza havo kelishini ta'minlash zarur. Bu holatlarda chalg'ituvchi vositalar yaxshi effekt beradi (yurak sohasiga xantallar qo'yish, chap qo'lni tirsakkacha issiq suvga tushirish).

Profilaktikasi. Xurujlar ortiqcha his-hayajonlarga aloqador bo'lsa, bemorni birmuncha tinchroq ishga o'tkaziladi. Stenokardiya profilaktikasidagi muhim shartlarning biri ishda va turmushda qulay sharoit yaratishdir. Yetarlicha dam olishni tavsiya etish, uyqu buzilganida uxlatadigan va tinchlantiradigan dori vositalari buyuriladi. Organizmni chiniqtirish, badantarbiya bilan shug'ullanish o'rinli, lekin badantarbiya mashqlari jismonan uncha zo'riqtirmasligi kerak. Bemorlarga sanatoriy-kurortlarda davolanish tavsiya etiladi.

Miokard infarkti kasalligi bilan og'riqan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Miokard infarkti deb, yurakdagi toj arteriyalardan birining birdan tiqilib qolishi natijasida ro'y beradigan holatiga aytiladi. Bunda yurak muskuli nekrozga uchraydi.

Etiologiyasi. Bu kasallikda toj tomirlar, ya'ni miokardni qon bilan ta'minlaydigan tomirlar bo'ylab qon oqishi buziladi, bu yurak sohasida yoki to'sh orqasida og'riq paydo bo'lishiga olib keladi. Toj tomirlar bo'ylab qon oqishiga ko'pgina quyidagi omillar to'sqinlik qilishi mumkin: toj arteriyalar spazmi, aterosklerotik pilakchalar, katta jismoniy yoki asabiy zo'riqishlarda miokardning zo'r berib ishlashi.

Yurak-tomirlar sistemasi va katta miya po'stlog'i o'rtasidagi chambarchas bog'lanishni bilgan holda koronar arteriyalar innervatsiyasi buzilishlari rivojlanishi va koronar yetishmovchilik miokard infarktining asosiy omilidir. Miokard infarktida ishemiya (qon ta'minoti kamayishi)dan, keyin esa u yoki bu bo'limida nekroz o'chog'i ham paydo bo'ladi. Miokard infarktida qonsizlangan va nekrozga uchragan miokardning shu sohasi chandiq (yamoq)

lanishga uchraydi. Biriktiruvchi to'qima rivojlanadi, qattiq chandiq hosil bo'ladi. Yurak o'z funksiyasini davom ettiradi, biroq infarktdan keyin miokard kuchsizlanib qoladi. Yurakning o'tkazuvchi sistemasini keng zararlantirgan miokard infarktida o'tkir yurak yetishmovchiligi yuz berishi va yurak to'xtashi mumkin.

Miokard infarkti aksariyat ateroskleroz, gipertoniya kasalligi bilan kasallangan shaxslarda sodir bo'ladi. Stenokardiyani bu kasallikning darakhisi deb hisoblaydilar, biroq ba'zan miokard infarkti to'satdan yuz beradi.

Klinikasi. Yurak sohasida yoki to'sh orqasida og'riq to'satdan paydo bo'lib, chap yelkaga, chap kurakka, pastki jag'ga va tananing boshqa qismlariga o'tadigan og'riq miokard infarktining asosiy simptomi hisoblanadi.

Stenokardiyadagi og'riqdan farqli ravishda miokard infarktida og'riq uzoqroq (bir necha soatgacha) bo'ladi, toj arteriyalarni kengaytiradigan vositalar (validol, nitroglitserin) qabul qilingandan keyin bosilmaydi. Miokard infarktining kechish xillari:

- Klassik yoki tipik – og'riqli;
- Atipik – gastralgik; astmatik; aritmik; serebrovaskular; belgisiz xili.

Miokard infarktining qorin gastralgik xilida qorin bo'shlig'i a'zolari faoliyatining o'zgarishi kasalligiga xos bo'lgan belgilari bo'lgan (gastralgik) xili qorinning yuqori qismida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, kekirish, hiqichoq tutishi, qorinning dam bo'lishi, ich ketish bilan kechadi.

Miokard infarktining astmatik xili shu kasallik bilan og'rigan kasalliklarning 20% ida, ko'pincha qariyalarda, nafas yetishmasligi, hansirash bilan boshlanadi. Chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi bu holatga olib keladi. Yurak astmasi, o'pka shishi rivojlanadi.

Miokard infarktining aritmik xili yurakning notekis urishi bilan boshlanadi. Titroq aritmiya, qorincha ekstrasistoliyasi, turli

darajadagi blokadalar, paroksizmal taxikardiya; ko'proq qorincha xili rivojlanishi mumkin.

Miokard infarktining serebrovaskular xilida miyada qon aylanishining buzilishi bilan kechadi (serebral shakli). Boshlanishida bemorning ruhiyati o'zgaradi, boshi aylanadi, hushidan ketishi mumkin. Miyada qon aylanishining buzilishiga miokard infarkti tufayli yurak qonni hayot uchun zarur a'zolarga yetkazib berolmasligi sabab bo'ladi. Miokard infarktining bu xili yurakning notekis urish xili bilan birga bo'lishi mumkin.

Miokard infarktining belgisiz xilida bemorlar miokard infarktini o'tkazganliklarini bilmaydilar. Boshqa sabab bilan EKG da tekshirilganda miokard infarkti o'tkazganligiga xos o'zgarish (chandiqlik) topiladi. EKG dagi o'zgarishlarga qarab miokard infarktining o'tkir davri 1–2 kundan 10 kungacha davom etishi mumkin. O'tkir davrida hayot uchun xavfli asoratlar rivojlanishi mumkin, bu birinchi o'rinda yurakning notekis urishi va o'tkazuvchanligining buzilishidir. Asoratlariga shok (reflektor, kardiogen va aritmik), yurak astmasi, o'pka shishi, chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi, yurak muskulida anevrizma rivojlanishi, yurak devorining teshilishi, oshqozon, ichaklarda o'tkir yara paydo bo'lib, qon ketishi, pankreatit rivojlanishi kiradi.

Laboratoriya tekshiruvida qonda leykotsitoz kuzatiladi. ECHT birinchi kunlari me'yorida bo'lib, 2-, 3-kunlari ko'tarila boshlaydi. Keyingi yillarda miokard infarktini tasdiqlaydigan bir qancha yangi tekshirish usullari taklif etildi. Miokard infarkti tashxisini aniqlashda ko'p qo'llaniladigan fermentlarga miogloblin, LDG, KFK kiradi. Qonda fermentlar miqdorining ko'payishi miokard infarktining 85% da kuzatiladi.

EKG ma'lumotlari miokard infarkti tashxisida juda muhim ahamiyatga ega, chunki EKG bilan tekshirish infarkt o'rnini aniqlaydi.

belgilashga, miokardning nekroz bo'lgan qismining chuqurligi, kengligini tasavvur qilish imkonini beradi. Miokardda nekroz bo'lganda patologik tishcha (Q) paydo bo'ladi, tishcha T manfiy (ya'ni, pastga yo'nalgan) bo'lib qoladi.

Davolash. Miokard infarktida shoshilinch davo choralari kasallik boshlangan joyning o'zida – uyda, ishlab chiqarishda, ko'chada ko'riladi. Bemorga jismoniy tinchlik ta'minlab beriladi va u zo'riqtirilmay, maxsus tez yordam mashinasida olib boriladi. Miokard infarktiga chalingan bemorlarni kasalxonaning kardiologiya bo'limining intensiv kuzatish palatasiga yoki reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi, u yerda bemorlar monitorga ulangan bo'lib, kasallik o'tkir davrida bemor kuzatib boriladi. Miokard infarktida: 1) og'riq sindromini juda zudlik bilan bartaraf etish; 2) yurak ritmi buzilishiga qarshi kurashish; 3) tomirlar va yurak yetishmovchiligini bartaraf etish; 4) yurak toj tomirlarini kengaytiradigan vositalar va antikoagulantlar buyurishni mo'ljallab, bir necha yo'nalishlarda davo tadbirlari ko'riladi.

Parvarishi. Miokard infarktiga uchragan bemorlar intensiv kuzatuv palatasida funksional karavotda yotqiziladi. Bemor karavotini shunday qo'yish kerakki, unga har tomondan kelish mumkin bo'lsin. Bemorlar birinchi kunlarda harakat qilmasligi lozim bo'lgani uchun ovqat berib turishni to'g'ri yo'lga qo'yish zarur. Ovqat idishi uchun karavot oldi stolchasi qo'yiladi. Hamshira uni qoshiq bilan ovqatlantiradi. Bemorlarga maxsus suvdonlardan suv ichiriladi.

Bemorni to'g'ri gigiyenik parvarish qilib borish katta ahamiyatga ega. Dastlabki kunlarda bemorlarning milklari va tilini kaliy permanganat yoki borat kislota eritmasiga ho'llangan doka bilan artib turish zarur. Choynabda buklanib qolgan joylar yoki to'kilgan ushoqlar bo'lmasligiga qarab borish kerak, chunki bular yotoq yaralar paydo bo'lishiga olib keladi.

Bemorlar oʻrnidan turmay yotishi kerak boʻlganligidan fiziologik hojatlarni chiqarish vaqtida unga tuvak tutiladi, tuvak tagiga esa kleyonka yozib qoʻyiladi. Bemor ichi kelganidan keyin 32–34°C haroratdagi suv bilan tagi yuvib qoʻyiladi, tuvagi esa darrov palatadan olib chiqib ketiladi. Tagiga ishlatish oldidan biroz miqdordagi suv yoki zararsizlantiruvchi eritma bilan yuvib tozalanadi.

Miokard infarktiga uchrab, oʻrnidan turmay yotadigan bemorlarning badanini iliq suvga hoʻllangan sochiq bilan hech boʻlmasa kunora artib turish kerak. Bemor sovuq qotib qolmasligi uchun tanasining qismlarini navbat bilan galma-gal artib chiqiladi. Badan terisiga yaxshi qarab turiladigan boʻlsa, teri tirnalmaydi, bichilmaydi, yotoq yaralar hosil boʻlmaydi.

Intensiv kuzatuv palatasidagi hamshiraning ishi yuqori malakali, chaqqon va ildam, sabr-toqatli boʻlishni talab etadi. Monitorida oʻzgarishlar paydo boʻlgani topilgan zahoti darhol shifokor chaqirish lozim, signal berilganda esa navbatchi brigadaning hammasi yigʻiladi. Bemorni dastlabki 2 sutka davomida ana shunday sinchiklab kuzatib borish, ayniqsa muhim, chunki asoratlar shu davrda hammadan koʻproq boʻladi. Miokard infarktiga uchragan bemorlarga 2–4 haftadan keyingina oʻrnidan turishga ruxsat beriladi, shuning uchun oʻrin-boshning ahvolihi qarab turish tibbiyot hamshirasi vazifalari jumlasiga kiradi.

Miokard infarktiga uchragan bemorlarda reabilitatsion davo, yaʼni salomatlik va mehnat qobiliyatini mumkin qadar tiklash, asliga keltirishni koʻzda tutilgan. Buning uchun bemorlarga dozalangan jismoniy yuklamalar, badantarbiya bilan shugʻullanish, toza havoda sayr qilib yurish buyuriladi. Ayniqsa, sanatoriy-kurortlarda davolanish juda muhimdir. Bemorlar yashab turgan joylaridagi poliklinikalarda dispanser roʻyxatida turadi va shifokor nazorati ostida boʻladi.

2.6.2. Gipertoniya kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Gipertoniya (xafaqon) kasalligi yurak qon-tomir sistemasining kasalligi bo‘lib, ichki organlarning ma‘lum bo‘lgan biror kasalligiga bog‘liq bo‘lmasdan turib arterial bosimning ko‘tarilib ketishi bilan xarakterlanadi, buyrak usti bezlari, gipofiz, buyrak va siydik yo‘llari kasalliklarida, aorta aterosklerozida, aortal klapanlar yetishmovchiligida, odam semirib ketgan va boshqa mahallarda ham arterial bosim ko‘tariladi. Biroq, bu hollarda arterial gipertoniya ikkilamchi xarakterga ega bo‘ladi.

Arterial gipertenziyaning arterial bosim darajasi bo‘yicha klassifikatsiyasi:

- Normal arterial bosim – 140 – 90 dan past.
- Oraliq zona arterial bosimi – 140–159/90–94.
- Arterial gipertenziya – 160/95 mm sim.ust.

Etiologiyasi. Arterial bosimning ko‘tarilishiga bir qancha omillar, birinchi galda asabiy, gemodinamik, gumoral va genetik omillar sabab bo‘ladi. Asabiy omil gipertoniya kasalligining kelib chiqishidagi asosiy sabablarning biridir. Asablarga zo‘r kelishi va ko‘p hayajonlanish natijasida arterial bosimning ko‘tarilishi yurakdan ko‘p qon otilib chiqishiga olib keladi. Bu esa sistolik bosimning ko‘tarilishiga olib keladi. Gipertoniya paydo bo‘lishiga olib boradigan gumoral omillar buyraklarda ishlanib chiqadi. Buyraklarda ishemiya bo‘lib turgan paytda uzoq davom etadigan gipertoniya paydo bo‘ladi. Buyraklarda qon aylanishi buzilganda tomirlarni toraytiruvchi renin hosil bo‘ladi. Gipertoniya kasalligining paydo bo‘lishida ovqat omillari ham ahamiyatga ega. Osh tuzini, hayvon yog‘larini ko‘p iste‘mol qiladigan odamlarda arterial bosim birmuncha yuqori raqamlarda bo‘ladi. Irsiy moyillik ham kasallikning avj olishiga sabab bo‘ladi. Bu moddalar almashinuvining bir tipda bo‘lishiga bog‘liq, shu narsa

arterial bosimni idora etib turadigan moddalar ishlanib chiqishida oʻxshash oʻzgarishlar roʻy berishiga olib keladi.

Klinikasi va kechishi. Gipertoniya kasalligining kechishi uchta bosqichga boʻlinadi:

Birinchi bosqich – gipertoniya kasalligining boshlangʻich davri boʻlib, bunda arterial bosim vaqti-vaqti bilan koʻtarilib turadi, arterial bosim raqamlari esa normal raqamlardan uncha yuqori boʻlmaydi. (160–180/95–105 mm sim.ust.) Bemorlar bosh ogʻriq, bosh aylanishi, uyqu buzilishiga noliydi. Arterial bosimning koʻtarilishi charchash yoki hayajonlanish bilan bogʻliq boʻladi.

Ikkinchi bosqich – arterial bosimning turgʻun koʻtarilishi bilan xarakterlanadi (190–200/105–110 mm sim.ust.). Bu bosqichda dori vositalarisiz arterial bosim kamaymaydi. Gipertonik kriz holatlari kuzatiladi. Bemorlar doimiy bosh ogʻrigʻiga, ayniqsa ensa sohasida, bosh aylanishiga, tajanglik, salga charchab qolishga, yurak sohasida ogʻriqqa, koʻz oldida jimillashlarga shikoyat qiladi. Yurak chegaralarining chapga kengayishi, yurak uchi zarbining kuchayishi, auskultatsiyada aortada II ton aksenti aniqlanadi. Puls zoʻriqqan. EKG da yurak chap qorinchasi gipertrofiyasi va miokard oziqlanishining yetishmasligi kuzatiladi.

Uchinchi bosqich – sklerotik bosqich. Bu davrda buyrak va boshqa organlar qon tomirlarida, aorta, toj va miya arteriyalarida tiklanmaydigan oʻzgarishlar yuzaga keladi. Arterial bosim turgʻun koʻtarilgan (200/110 mm sim.ust.dan yuqori). Koʻpincha asoratlari yuzaga keladi. Bosh miya tomirlarining zararlanishi miyada qon aylanishining yetishmovchiligiga olib keladi (hushdan ketish, nafas olish, gapirish, yutinishning buzilishi, tromboishemik insult). Buyrakda nefroskleroz va buyrak yetishmovchiligi yuzaga keladi. Yurakda toj tomirlarda ateroskleroz rivojlana borib, miokard infarktiga olib keladi.

Gipertoniya kasalligi bor bemorlarda gipertonik krizlari bo‘lib turadi, ya‘ni kasallik juda shiddat bilan birdan qo‘zib, og‘ir o‘tadigan davrlari bo‘lib turadi. Bunday paytda qattiq bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi paydo bo‘ladi, quloqlar shang‘illab turadi, ko‘ngil aynishi va qayt qilish kuzatiladi. Ko‘z xira tortib qoladi, ko‘z oldida to‘r yoki tuman paydo bo‘ladi, og‘ir hollarda esa ko‘z mutlaqo ko‘rmay qoladi. Arterial bosim dastlabkisiga qaraganda 60–80 ga ko‘tariladi. Gipertoniya krizli insult, miokard infarkti bilan tugashi mumkin. Gipertoniya kasalligining o‘tishi asta-sekin zo‘rayib borishi bilan xarakterlanadi. Gipertoniya kasalligi qanday o‘tishiga qarab ikki shaklga bo‘linadi:

- asta-sekin zo‘rayib boradigan;
- tez zo‘rayib boradigan (xavfli).

Simptomatika to‘g‘risida yuqoridagi bemor shikoyatlari xavfsiz shakl taalluqlidir. Xavfli shakli tez va og‘ir o‘tishi bilan ajralib turadi. Bu shaklda kasallik muddati 2–3 yil, ba‘zan bir necha oy bilan o‘lchanadi, holbuki, gipertoniya kasalligining xavfsiz shakli necha o‘n yillar davom etadi.

Davolash, parvarishlash. Gipertoniya kasalligining 1-bosqichida asosan medikamentoz bo‘lmagan davolanish qo‘llaniladi, ya‘ni mehnat va dam olish uchun yaxshi sharoit yaratish, davolash badantarbiyasi, parhez va boshqalar. Faqat effekt bo‘lmagan holda dori vositalari buyuriladi. 2–3-bosqichlarda davolanishda dori vositalari muhim rol o‘ynaydi.

Gipertoniya kasalligini davolashda quyidagi dori vositalari qo‘llaniladi: diuretiklar, betta-adrenoblokatorlar, kalsiy antagonistlari, angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitori, angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitori retseptorlarining blokatori.

Gipertoniya kasalligining 1-bosqichida asablarga zo‘r keladigan ish, shuningdek tungi mahallarda ishlash kasallarga to‘g‘ri kelmaydi. Organizmni chiniqtirish, ertalab badantarbiya qilib turishni tavsiya etish zarur. Chekish va spirtli ichimliklar

ichish taqiqlanadi. Parhezning katta ahamiyati bor. Tomirlar tonusi va nerv sistemasi kuchayishiga sabab bo'ladigan ovqat, jumladan sergo'sht, yog'li sho'rvalar, qovurilgan go'sht, o'tkir taomlar, achchiq kofe istisno qilinishi kerak. Ovqat ratsionidagi osh tuzi miqdorini cheklab qo'yish o'rinlidir, bu arterial bosim pasayishiga yordam beradi. Bemorlarga ovqat kaloriyasini kamaytirish tavsiya etiladi. Bemorlarga I bosqichda sedativ (tinchlantiruvchi) va uyqu yomon bo'lganda uxlatuvchi dori vositalari buyuriladi.

Gipertoniya kasalligining II–III bosqichida bemorlarni davolashda dori vositalari muhim o'rin tutadi. Bemorga arterial bosimning turg'un va uzoq vaqtga kamayib turishi, uning ahvolini va qon-tomir asoratlarini oldini olishi mumkinligini tushuntirish lozim. Bemorga arterial bosimni uy sharoitida o'lchashni o'rgatish davolanishni kuzatishda muhim rol o'ynaydi. Parhezga rioya qilgan holda ovqatlanish lozim.

Gipertonik kriz vaqtida, eng avvalo, bemorga jismoniy va ruhiy tinchlikni ta'minlash kerak (o'rniga yotqizib, tinch qo'yish). Xonada ravshan yorug'lik bo'lmasligi kerak. Bemor oyoqlariga xantal yoki isitgichlar qo'yiladi, boshiga esa sovuq suvga ho'llangan sochiq qo'yib turiladi.

Nitroglitserin tabletkasi til ostiga beriladi (nitroglitserin periferik tomirlarni kengaytiradi, arterial bosimni kamaytiradi, yurak sohasidagi og'riqni qoldiradi). Tosh sohasiga ham xantal qo'yish mumkin. Valeriana damlamasi 30 tomchi ichishga beriladi. Shifokor chaqiriladi. Mushak orasiga 20 ml gacha 25% li magniy sulfat eritmasi yoki venaga 1 ml 1% li dibazol eritmasi yuboriladi.

Gipertonik krizda ko'pincha chakka suyaklarining so'rg'ichsimon oziqlariga zuluklar solinadi. Bitta zuluk 10 ml qon so'radi, zuluk ko'chib tushgandan so'ng taxminan 30 ml qon oqadi (u qon o'zanidan qonni chiqaribgina qolmay, balki

qonga maxsus modda – qon ivish jarayonini pasaytiradigan girudin ajratadi). 5–6 ta zuluk solish maqsadga muvofiq. Zuluklar og‘riqni kamaytiradigan, chalg‘ituvchi ta‘sirga ega bo‘lib, bosh og‘riganda yaxshi yordam beradi. Hamshira zuluk solish qoidalarini bilishi kerak. Zuluklar dorixonalarda suvli bankada saqlanadi. Zuluk solishdan oldin u qo‘yiladigan joyni iliq suv bilan sovunlab yuviladi. Og‘iz tomoni bilan teriga qo‘yilgan zuluk qonni so‘ra boshlaydi va so‘rib bo‘lgandan so‘ng o‘zi ko‘chib tushib, o‘rniga qonab turadigan kichik jarohat qoladi. Jarohatga steril bog‘lam qo‘yish zarur. Gipertonik kriz og‘ir kechganda pentamin 0,5–1,0 ml 5% li eritmasi muskul orasiga yoki 20 ml izotonik eritma bilan venaga (juda sekinlik bilan 7–10 minut davomida) yoki benzogeksoniyning 1 ml 2,5% li eritmasidan muskul orasiga buyuriladi. Arterial bosim tez-tez o‘lchab turiladi, chunki bosim birdaniga tushib ketishi mumkin. Shuning uchun bu dori vositalaridan keyin bemorlar 2 soat davomida yotadilar va har 15–20 minutda arterial bosim o‘lchanadi.

Profilaktikasi. Bemorlar dispanser kuzatuvni ostida turishi kerak. Korxonalaridagi profilaktoriy-sanatoriylar bu kasallikning profilaktikasida kattagina yordam beradi. Bu yerda bemorlar yaxshi dam oladi, uxlaydi, parhez ovqatlar bilan ta‘minlanadi, fizioterapevtik muolajalar o‘tkaziladi. Gipertoniya kasalligini birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi ajratiladi.

Birlamchi profilaktikada gipertoniya kasalligini keltirib chiqaruvchi faktorlarga ta‘sir qilinadi: osh tuzi miqdorini kamaytirish, kaliy, kalsiyga boy bo‘lgan ovqatlarni qabul qilish. Semizlikda tana vaznini kamaytirish. Kamharakatlilikni oldini olish. Zararli odatlarni yo‘qotish. Ruhiiy emotsional zo‘riqishlar ta‘sirini kamaytirish. Buyrak, qon-tomir, ichki sekretsiya bezlari kasalliklarini davolash. Jismoniy zo‘riqishlar, bioritmning buzilishini oldini olish.

Ikkilamchi profilaktika gipotenziv dori vositalarini individual dozada qabul qilish va ular yordamida arterial bosimni me'yorda yoki me'yorga yaqin darajada ushlab turish.

2.6.3. O'tkir qon tomir yetishmovchiligi

O'tkir qon tomir yetishmovchiligiga og'ir jismoniy shikastlanish, ruhiy iztirob, zaharlanish, organizmga yuqori harorat ta'siri (qattiq qizib ketish), qon va suyuqlikni ko'p yo'qotish (masalan, vaboda ko'p ich ketishi va tinimsiz qusish) sabab bo'ladi. Rivojlanish mexanizmiga ko'ra o'tkir tomir yetishmovchiligidan farq qiladi. Tomir yetishmovchiligida tomirlar, asosan, vena tomirlari funksiyasi keskin buziladi. Venalarning asosiy roli yurakka qonni muayyan bosim ostida olib kelishdan iborat, venalar funksiyasi buzilganda, ularning tonusi pasayadi, venoz o'zani kengayadi, undagi bosim pasayadi. Shunga ko'ra yurakka va arterial tarmoqqa venoz qon kam tushadi, yurak o'z qisqarishi bilan arterial o'zanga qonni yetarlicha «itara olmaydi», natijada miya va yurakning o'zida qonsizlanish simptomlari paydo bo'ladi. O'tkir tomirlar yetishmovchiligi hushdan ketish, kollaps, shok bilan yuzaga chiqadi.

Hushdan ketish deganda miyaning o'tkir qonsizlanishi (ishemiyasi) natijasida qisqa vaqtga hushni yo'qotish tushuniladi. Hushdan ketish – o'tkir tomir yetishmovchiligining eng yengil turi bo'lib, nerv sistemasi kuchsiz shaxslarda shamollatilmagan xonada, jaziramada uzoq vaqt bo'lish, emotsional va ruhiy zo'riqish kabi tashqi yoqimsiz ta'sirlar natijasida sodir bo'ladi.

Simptomlari: bemor hushidan ketadi, rangi oqaradi, terisini sovuq ter bosadi, qorachiqlari torayadi, ko'ngli aynishi mumkin, puls kuchsiz, tezlashmagan, nafasi siyrak bo'ladi.

Hushdan ketganda davolash. Bemor oyoqlarini boshidan balandroq vaziyatda qilib yotqiziladi, bu miyaning qon bilan ta'minlanishini yaxshilashga imkon beradi.

Bemor sof havodan bahramand bo'lishi kerak. Uning siqib turgan kiyimlarini yechib qo'yiladi. Hushdan ketganda badanga sovuq suv purkash, so'ngra ishqalash va isitish, 1–2 marta novshadil spirti bug'larini hidlatish shoshilinch tibbiy yordam choralaridan hisoblanadi. Bu choralar qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatadi. Agar bu choralar natija bermasa, bemor terisi ostiga 1 ml kordiamin yuboriladi.

Kollaps. O'tkir tomirlar yetishmovchiligining bu turi MNSning idora qilish funksiyasi buzilganda intoksikatsiya ta'sirida tomirlar tonusining boshqarilishi izdan chiqishi natijasida paydo bo'ladi. Kollaps og'ir infeksiyon kasallikda, ko'p qon ketganda va organizm ko'p suyuqlik yo'qotganda (ko'p ich ketishi, qusish) yuz berishi mumkin.

Simptomlari: es-hush yo'qotilmagani holda tinka-mador quriydi. Bemor qattiq tashnalikdan shikoyat qiladi. Nafasi yuzaki, tezlashgan, terisi keskin oqarib ketadi, sovuq ter bosadi, tana harorati pasayib ketgan, og'iz quriydi, arterial bosim keskin pasaygan, puls tezlashgan, ipsimon bo'ladi.

Kollapsda davolash. Dastlab kollapsni keltirib chiqargan sabablar imkoni boricha bartaraf qilinadi (qon oqishini to'xtatish, intoksikatsiyaga qarshi choralar ko'rish). Bemorga jismoniy va ruhiy jihatdan to'la osoyishtalik yaratiladi. Venaga 0,5 ml kordiamin va 0,3– 0,5 ml 1% li mezaton eritmasi (yoki 0,3–0,5 ml 1% li noradrenalin eritmasi) 20 ml 40% li glukoza eritmasida yuboriladi. Teri ostiga 1 ml 20% li kofein yoki kamfora eritmasi yuboriladi, hidlatishga kislorod beriladi.

Keyinchalik venaga tomchilab (minutiga 20–40 tomchi) taxminan 5 ml 1% li mezaton eritmasi yoki 5ml 1% li noradrenalin eritmasi 500 ml izotonik natriy xlorid eritmasida yoki shuncha miqdor 5% li glukoza eritmasida kiritiladi. Agar quyish boshlangandan keyin 5 min o'tgach arterial bosim ko'tarilmasa, dori yuborish tezligini minutiga 50–70 tomchigacha oshirish zarur.

Arterial bosim normal raqamlargacha oshganda va kollapsning klinik belgilari yo‘qolganda ko‘rsatib o‘tilgan preparatlarni berish tezligi asta-sekin kamaytiriladi. So‘ngra dori quyish to‘xtatiladi. Noradrenalinning pressor xususiyatini kuchaytirish uchun 1ml 0,1%li atropin sulfat eritmasini yuborish maqsadga muvofiq. Kollaps yuz berganda venaga yuboriladigan mezatonli yoki noradrenalinli suyuqlik aralashmasiga prednizolon yoki kortizon qo‘shiladi. Kollapsni davo qilishda noradrenalinga nisbatan qariyb 10 marta kuchliroq gipertenzinni qo‘llash maqsadga muvofiq. Ayrim hollarda arteriyaga 250 ml qon yoki qon o‘rnini bosuvchi suyuqlik (poliglukin va b.) quyiladi.

Qon quyishda mos kelmaslikka individual sinama, shuningdek, biologik sinama (3 marta) o‘tkazish tavsiya etiladi. Bemor yaxshi shamollatilgan xonada bo‘lishi kerak, tashqi ta‘sirotlar (yorug‘ chiroq, shovqin) bartaraf qilinadi.

Shok. O‘tkir tomir yetishmovchiligining keng ifodalangan turidan iborat, shok aksariyat og‘ir shikastlanishda, kuyishda, o‘tkir miokard infarktida, allergik reaksiya (anafilaktik shok) da yuz beradi. Shokning rivojlanish mexanizmi organizmning ro‘y-rost yuzaga chiqqan nerv-reflektor reaksiyasiga asoslangan (patologik buzilishlar zaminidagi qattiq og‘riqda, og‘ir ruhiy iztiroblarda). Shok gumoral omillar ta‘sirida, masalan, kuyish, shikastlanish oqibatida to‘qima parchalanganda, majaqlanganda to‘qimalardan plazma bilan birga, yemirilgan tomirlardan chiqadigan to‘qima suyuqligi yo‘qotilganda kuzatiladi. Buning natijasida qonga gistaminsimon moddalar nomini olgan moddalar tushadi. Bu tomirlarni kengaytiradi, ular tonusini pasaytiradi, shuningdek, arterial bosimni keskin tushirib yuboradi

Travmatik shokning ikki bosqichi farq qilinadi: erektil bosqich qisqa muddatli qo‘zg‘alish, so‘ngra torpid – pasayish bosqichi. Bemor es-hushini yo‘qotmagan bo‘lib, havo yetishmayotganidan noliydi, teri qoplamlari oqarib ketgan, sovuq ter bosgan, pulsi

va nafasi tezlashgan, arterial bosimi pasaygan boʻladi. Shokning klinik manzarasi koʻp jihatdan uni keltirib chiqargan kasallik simptomlari bilan bogʻliq.

Shokda davolash. Davolash tadbirlari kompleksida imkon boricha MNS faoliyatini yaxshilash koʻzda tutiladi. Shu bilan birga organizmda suyuqlik miqdorini koʻpaytirish, tomirlar tonusini oshirish choralari koʻriladi. Kuchli ogʻriqda narkotiklar (morfin, pantopon) yuboriladi yoki novokainli blokada qilinadi.

Shok holatidagi bemorni isitish, achchiq qilib damlangan bir stakan issiq shirin choy, 50–100 ml alkogol ichirish yoki venaga (yutish qiyinlashganda) etil spirtining 50% li eritmasidan 20–25 ml ni 50–75 ml 40 %li glukoza eritmasi bilan yuborish zarur. Brom preparatlari, uxlatadigan vositalar yaxshi naf beradi.

Arteriyaga qon yoki qon oʻrnini bosadigan suyuqliklar quyish, koʻp suyuqlik ichirish, izotonik natriy xlorid eritmasi, glukoza eritmalarini (venaga yoki teri ostiga) yuborish lozim.

Bemor doimiy kuzatuvga muhtoj boʻladi. Shokka qarshi tadbirlar bilan birga, asosiy kasallikka davo qilinadi.

Parvarishi. Oʻtkir tomirlar yetishmovchiligi vujudga kelganda bemor parvarishi har bir holatda (hushdan ketish, kollaps, shok) oʻz xususiyatlariga ega. Lekin har bir holatda ham hamshira tezkor harakat qilib bemor parvarishini rejalashtiradi. Bemorga osoyishtalik yaratish, uni isitish, toza havoni taʼminlash, issiq ovqat va ichimliklar berish kerak. Qon tomir yetishmovchiligining turlarini nazarga olgan holda, shoshilinch yordam rejasi yuqorida aytib oʻtilgandek oʻtkaziladi.

2.6.4. Oʻtkir va surunkali yurak yetishmovchiligi

Yurak yetishmovchiligi ogʻir sindrom boʻlib, yurak-tomir sistemasining aʼzo va toʻqimalarini yetarli miqdorda qon bilan taʼminlay olmasligidan kelib chiqadi.

Etiologiyasi va patogenezini. Qon aylanishi yetishmovchiligi yurak-tomir kasalliklari oqibatida: faqat yurak, faqat tomir yoki yurak-tomirlar faoliyati buzilishi sababli kelib chiqadi.

Oʻtkir yurak yetishmovchiligi miokard qisqarishining buzilishi oqibati boʻlib, miokard infarkti, xafaqon kasalligining qoʻzishi, paroksizmal taxikardiya, qorinchalar fibrillatsiyasi, yurak illatlari tufayli kelib chiqadi

Surunkali yurak yetishmovchiligi quyidagi sabablarga koʻra rivojlanadi: yurak mushagining zararlanishi, yurak mushagining gemodinamik zoʻriqishi (poroklar), yurak qorinchalari diastolik toʻlishining buzilishi.

Oʻtkir tomirlar yetishmovchiligi esa shikastlanishlar, qon oqishi, kelib chiqishi jihatidan turlicha boʻlgan ogʻriq sindromi, oʻtkir zaharlanishlar, infeksiyon kasalliklar tufayli kelib chiqadi.

Klinik manzarasi. Oʻtkir yurak yetishmovchiligi koʻpincha chap qorincha yetishmovchiligi sifatida namoyon boʻladi. Oʻtkir chap qorincha yetishmovchiligi yurak astmasi va oʻpka shishi koʻrinishida boʻladi.

Yurak astmasi—oʻpkada qonning dimlanishi va gaz almashinuvining buzilishi natijasida kelib chiqadigan ogʻir boʻgʻilishlar xurujidir. Xurujlar koʻpincha tunda boʻladi. Bemorning teri qoplamlari oqarib, koʻkarib ketadi va sovuq qotadi. Bemor xuruj paytida majburiy holatda boʻladi: oyoqlarini pastga tushirib, qoʻllariga tayangan holda oʻtirib «havo tutadi». Bemorda xuruj vaqtida oʻlim vahimasi tutadi. Qon bosimi sal koʻtarilib, yurak urushi tezlashadi; eshitib koʻrilganda yurak tonlari boʻgʻiq boʻlib, oʻpka arteriyasi sohasida II ton kuchaygan boʻladi. Oʻpkani eshitib koʻrganda uning pastki qismlarida nam va quruq xirillashlar paydo boʻlgani aniqlanadi.

Rentgenogrammada oʻpka suratining kuchayishi, oʻpka ildizi tuzilishining oʻzgarganligi, oʻpka boʻlakchalari orasidagi toʻsiqlarning shishib ketishi tufayli hosil boʻladigan Kerli chiziqlari

ko‘rinadi. EKG da chap qorinchaning zo‘riqqanlik belgilari ko‘rinadi. Kichik qon aylanish doirasida qon dimlanishining kuchayishi natijasida yurak astmasi o‘pka shishiga o‘tib ketishi mumkin. O‘pka shishida bemorda bo‘g‘ilishning yanada kuchayishi, o‘pkada nam xirillashlar sonining juda ko‘payib ketishi, bemorda ko‘p miqdorda suyuq, ko‘piksimon, pushti rangli balg‘am ajralishi kuzatiladi. Eshitib ko‘rilganda o‘pka ustida har xil pufakchali nam xirillashlar ko‘p miqdorda eshitiladi. Qon bosimi pasayadi. Tomir urishi tezlashib, ipsimon bo‘lib qoladi. O‘pka shishi juda og‘ir holat bo‘lib, bemorga o‘z vaqtida yordam ko‘rsatilmasa, uni qutqarib qolish qiyin bo‘lib qoladi. O‘tkir o‘ng qorincha yetishmovchiligida bemorlarda to‘satdan hansirash, yuzi va bo‘yin terisining keskin ko‘karib ketishi, sovuq ter bilan qoplanishi, bo‘yin venalarining bo‘rtib chiqishi va pulsatsiyasi, taxikardiya, jigarning keskin kattalashuvi, qorin dam bo‘lishi, oyoqlarda shishlar, assit, ko‘ngil aynishi va qusish kuzatiladi.

O‘pka shishi bilan bemorlarni trasportirovka qilishda bemorlarni bosh tomoni ko‘tarilgan holatda to‘g‘ridan to‘g‘ri reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limiga gospitalizatsiya qilinadi.

Barcha davolash tadbirlari yurakka tushayotgan zo‘riqishni (old zo‘riqish) kamaytirish, miokard qisqaruvchanlik qobiliyatini yaxshilash va kichik qon aylanish doirasidagi bosimni kamaytirishga qaratilgan bo‘lishi kerak.

Surunkali yurak yetishmovchiligi

Klinikasi. Surunkali yurak yetishmovchiligida III bosqich farqlanadi:

I bosqich – boshlang‘ich bosqich. Bu bosqichda surunkali yurak yetishmovchiligi belgilari jismoniy harakat qilganda bilinadi, osoyishtalikda belgilar yo‘qoladi. Bemorning ish qobiliyati pasayadi.

II bosqich – 2 ta: A; B fazaga bo‘linadi:

II A fazasi – qon aylanishi buzilishining belgilari osoyishtalikda ko‘p bilinmaydi. Gemodinamika buzilishlari katta va kichik qon aylanish doiralarida bo‘ladi.

II B fazasida – qon aylanishi buzilishining belgilari yaqqol ko‘rinadi.

Katta va kichik qon aylanish doiralarida og‘ir gemodinamik o‘zgarishlar kuzatiladi.

III bosqich – oxirgi, distrofik o‘zgarishlar bosqichi bo‘lib, bunda organizmdagi organ va to‘qimalarda qaytmas o‘zgarishlar paydo bo‘ladi. Bemorlarning ish qobiliyati yo‘qoladi.

Surunkali yurak yetishmovchiligining klinik manzarasi uning bosqichlariga qarab o‘zgaradi.

I bosqich. Qon aylanishi buzilishining boshlang‘ich darajasida ko‘pchilik bemorlarda odatdagidek jismoniy ishni bajarganda ham tez charchash (tekis yerda yurish, zinadan ko‘tarilishda), havo yetishmasligi, tomir urishining tezlashishi kuzatiladi. Bemor 3–5 marta o‘tirib-turganda nafas olishi 50% ga tezlashadi, tomir urishi ham tezlashadi. Bu ko‘rsatkichlar o‘z holiga 10 daqiqadan oldin qaytmaydi. Nafas vezikular, ba‘zan dag‘alroq bo‘lib eshitiladi. Yurak nisbiy chegaralari ozroq kengayishi mumkin.

II A bosqichda kasallikning klinik manzarasi ko‘pincha gemodinamika o‘zgarishiga bog‘liq.

Agar yurakning chap bo‘limi ko‘proq zararlangan bo‘lsa, bu holda bemorlarda kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari kuzatiladi. Bemorning asosiy shikoyatlari jismoniy harakat qilganda havo yetishmasligi, yurakning tez urib ketishi va bo‘g‘ilishdan iborat bo‘ladi. Bemorda tez charchash, quruq yo‘tal, ba‘zan qon tashlash hollari kuzatiladi. Teri qoplamlari oqarib, sovuq ter bosadi. Lablarida, barmoqlarida ko‘karish paydo bo‘ladi. Yurak chap qorincha hisobiga kengayadi. O‘pkada quruq va nam xirillashlar eshitiladi. Yurak qisqarishlari tezlashadi yoki aritmiya kuzatiladi.

Agar o'ng qorincha yetishmovchiligi belgilari ustunlik qiladigan bo'lsa, bu holda bemorlarda katta qon aylanish doirasida dimlanish belgilari kuzatiladi. Bemorlar o'ng qovurg'alar ostidagi og'irlik, tashnalik sezgisi, kechga tomon oyoqlarida shish bo'lishi, siydik kam ajralishidan shikoyat qiladilar. Osoyishtalikda bemorning nafasi qismaydi. Teri qoplamlarida sianoz, bo'yin venalarining bo'rtib chiqqanligi ko'zga tashlanadi. Jigar kattalashgan, yuzasi silliq bo'ladi. Palpatsiyada og'riqli. Plesh belgisi (jigarni qo'l bilan bosib ko'rilganda o'ng bo'yinturuq venasining bo'rtib chiqishi) musbat bo'ladi. Ba'zan qorin bo'shlig'iga suv yig'iladi. Yurak va o'pka tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar asosiy kasallikka bog'liq.

II B bosqichda bemorlar ozgina jismoniy harakat qilganda nafas olishning qiyinlashuvi, yurakning tez-tez urushi, siydik ajralishining juda kamayib ketganligi, o'ng qovurg'alar ostida og'irlik sezish, uyqusizlik, keskin loxaslikdan shikoyat qiladilar. Bu bosqichda bemorlarda anasarka, assit, gidrotoraks bo'lishi mumkin. O'pka eshitib ko'rilganda nafas dag'al bo'ladi, quruq va nam xirillashlar eshitaladi. Yurak chegaralari har tomonga kengayib ketadi. Auskultatsiyada yurak ritmining buzilishi kuzatiladi. Jigar ancha kattalashgan bo'lib, paypaslab ko'rilganda qattiq va yuzasi silliq bo'ladi.

III bosqich ikkala qon aylanishi doirasida gemodinamikaning takror buzilishi bilan xarakterlanadi. Bu bosqichda ichki a'zoldagi distrofik o'zgarishlar, suv-tuz almashinuvi buzilishi belgilari yuzaga chiqadi.

Bemorlarning 41%ida gidrotoraks, 73% ikkala qorinchaning dilatatsiyasi, 80–90% ida yurak ritmining buzilishi va ko'pchilik bemorlarda assit kuzatiladi. Uzoq vaqt davom etgan surunkali qon aylanishining buzilishi va ko'pchilik bemorlarda assit kuzatiladi. Uzoq vaqt davom etgan surunkali qon aylanishining buzilishi natijasida ichki a'zolar va to'qimalar

atrofiyaga uchraydi, bemorlar ozib ketadi. Ularning teri qoplamlari ko'kargan, quruq bo'ladi. Teri osti yog' qatlami deyarli bo'lmaydi. Yurak chegaralari kengaygan, yurak tonlari va shovqinlari pasaygan, uch tavaqali klapaning nisbiy yetishmovchiligi rivojlanadi. Bo'rtib chiqqan bo'yin venalari pulsatsiyasi, epigastral pulsatsiya, gipertrofiyalangan o'ng qorincha qisqarishi hisobiga jigar pulsatsiyasi ko'rinadi. Jigarda fibroz rivojlanishi natijasida uning faoliyati keskin buziladi. Surunkali yurak yetishmovchiligida gemodinamik o'zgarishlarni exokardiografiya usuli yordamida aniqlash mumkin. EKGda yurak yetishmovchiligiga olib kelgan asosiy o'ziga xos o'zgarishlar kuzatiladi.

Davolash. O'tkir yurak yetishmovchiligini davolash kabi bo'ladi.

O'tkir yurak yetishmovchiligini davolashda miokard qisqarish xususiyatini yaxshilash, yurakka kelayotgan qon hajmini kamaytirish, nafas markazining qo'zg'aluvchanligini kamaytirish, bemor organizmida kislota-ishqor holatini tiklash ko'zda tutiladi.

Miokardning qisqaruvchanlik faoliyatini yaxshilash maqsadida yurak glukozidlari – strofantin, korglukon qo'llaniladi.

Surunkali yurak yetishmovchiligini davolash uning bosqichiga bog'liq bo'lib, kompleks olib boriladi. Yetishmovchilikning birinchi darajasi bilan kasallangan bemorlar mehnatga layoqatli bo'ladilar, biroq ular dispanser kuzatuvda bo'lib, vaqt-vaqtida tegishli dori-darmonlarni ichib turadilar. Yetishmovchilikning II darajasi bo'lgan bemorlarni vaqt-vaqtida kasalxonaga yotqizib turish va yurak glukozidlari (strofantin, korglukon, digitoksin, digoksin va hokazo) bilan davolash zarur.

Digitalis preparatlarini kukun hoida ichish uchun tayinlanadi. Ularni bir qabulga 0,1–0,2 g dan boshlab tayinlash mumkin; so'ngra kichikroq miqdorlarga (0,05–0,1 g dan kuniga 3 mahal) o'tsa bo'ladi.

Yetishmovchilikning III darajasida assit bo'lganda digitalis preparatlarini shamchalarda qo'llagan ma'qul. Digitoksin 0,0001 g dan kuniga 3 marta, digoksin 0,00025 g dan kuniga 2–4 marta, selanid (izolanid) 0,00025 g dan kuniga 3 marta tayinlanadi. Digitalis yaxshi naf bermaganda (uni bekor qilgandan so'ng 3–4 kun o'tgach), strofantinning 0,05% li eritmasini 0,5–1 ml dan 40% li glukoza eritmasi bilan birga tayinlanadi. Strofantin asta-sekin 2–3 minut ichida yuboriladi. Korglukon strofantinga nisbatan kuchsizroq ta'sir ko'rsatadi. Siydik haydaydigan vositalardan dixlotiazid (gipotiazid) surunkasiga 2–3 kun qo'llaniladi, so'ngra bir hafta o'tgach 1 qabulga 0,03 g takrorlanadi, ayni paytda 2–3 g dan kaliy xlorid tayinlanadi. Og'ir hollarda kislorod terapiyasi buyuriladi.

Qon aylanishi yetishmovchiligining III darajasida o'rinda yotish rejimi, parhez (stol №10), siydik haydaydigan vositalar, yurak glukozidlari bilan davolash tayinlanadi. Laparotsentez (abdominal punksiya) buyuriladi.

Parvarishi. Qon aylanishi yetishmovchiligining II va III darajasida, bemor o'rnida yotish rejimiga qattiq amal qilish kerak bo'lgan hollarda, og'ir yotgan bemorlarni parvarish qilish, avvalo, ularni tinmay kuzatib turishdan iborat bo'ladi. Navbatchi tibbiyot hamshirasi shifokorga bemorning qanday uxlashi (osoyishtami yoki bezovtami, ko'p uyg'onib turadimi, to'lg'anadimi, alahlaydimi, minutiga necha marta nafas oladi, yo'taladimi, balg'am ajraladimi tez-tezmi, qancha miqdorda hamda balg'amning turi to'g'risida xabar beradi. Bo'g'ilish xuruji, yurak sohasida og'riq paydo bo'lish vaqti va boshqalarni qayd qilishi lozim.

Palatada havo muayyan haroratda, taxminan 18–20°C atrofida saqlab turiladi. Yozda, tashqarida jazirama issiq bo'lganda palatada tog'oralarda muz solib qo'yish yoki ochiq derazalar yaqiniga nam choyshablarni osib qo'yish mumkin, bug'lanishda namlik issiqlikni ko'p yutadi va xona salqinroq bo'ladi.

Ovqat yeyilgandan keyin bemor tishlarini tish yuvish vositasi bilan yuvishi, boshqa vaqtlarda esa ogʻzini va tomogʻini borat kislota yoki kaliy permanganat bilan chayib turishi kerak. Agar bemor darmonsiz yoki behush holatda yotgan boʻlsa, bu ishni oʻzi bajara olmaydi, bu holda parvarish qilayotgan hamshira milklarini va tilini iliq suvda yoki borat kislota, kaliy permanganat eritmasida hoʻllangan doka bilan artadi.

Bemorning koʻrpa, yostiq jildlari, choyshablari va ich kiyimlari, roʻmolchalari tez-tez almashtirib turilishi lozim.

Choyshabni tekis qilib yozilishi va toʻshakning batamom bekilib turishiga eʼtibor berish, choyshabda burmalar va non ushoqlari boʻlmasligi kerak. Bemor toʻshakda uzoq muddat yotib qolgan boʻlsa, bu ayniqsa muhim, chunki choyshabdagi burmalar va ushoqlar uning gʻashini keltiradi va yotoq yaralar hosil boʻlishiga sabab boʻladi. Agar bemor oʻrnidan tura olmaydigan boʻlsa, maxsus sudno qoʻyiladi, sudno tagiga esa kleyonka yozib qoʻyiladi. Ichi kelgandan keyin, bemor tagini uy haroratidagi iliq suv bilan yuvish lozim. Tungi qoʻyiladigan tuvak, sudnoni ishlatishdan oldin ularga ozroq suv yoki dezinfeksiya qilinadigan eritma quyiladi. Sudnodan foydalanib boʻlgandan keyin palata havosini buzmaslik uchun uni zudlik bilan xonadan olib chiqish kerak.

Bemor terisini parvarish qilishning ahamiyati katta, uni yaxshi parvarish qilinsa, yotoq yaralar hosil boʻlmaydi. Imkon boʻlsa, har kuni, lekin haftasiga 3 marta butun badanini odekolon qoʻshilgan iliq suvga hoʻllangan sochiq bilan artish lozim. Hoʻl sochiq bilan artishni har qanday sharoitda bajarsa boʻladi. Buning uchun uy haroratidagi yoki biroz iliqroq suv ishlatiladi. Bemor sovuq qotmasligi uchun badanini galma-galdan artish lozim.

Ogʻir yotgan bemorni parvarish qilishda ovqat yeyishni toʻgʻri tashkil qilishning ahamiyati katta. Agar bemor oʻtira oladigan holatda boʻlsa, tibbiyot hamshirasi uni karavotda turib

o'tirishiga yordamlashadi va orqasiga yostiq qo'yib, bo'yniga salfetka bog'lab qo'yadi. Ovqatli idishni karavotga qo'yiladigan pastakkina stolchaga qo'yish juda qulay. Bunday stolcha bo'lmasa idishni karavot oldi stolchasiga qo'yish mumkin. Bemor juda darmonsiz bo'lsa, likopchani qo'lda ushlab turib, bemorga ovqatni qoshiqda berish mumkin. Og'ir yotgan bemorlar maxsus choynaklardan ovqatlantiriladi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Yurak qon-tomir sistemasining anatomo-fiziologik xususiyatlari.
2. Yurak qon-tomir sistemasi kasalliklarida tekshiruv usullari.
3. Stenokardiya kasalligining asosiy klinik belgilari.
4. Gipertoniya kasalligining klinik ko'rinishlari.
5. O'tkir tomir yetishmovchiligining asosiy sabablari nimalardan iborat?
6. Hushdan ketish belgilarini aytib bering va unda qanday yordam beriladi?
7. Shokning belgilarini aytib bering va unda qanday yordam beriladi?
8. Kollaps belgilarini aytib bering va unda qanday yordam beriladi?
9. O'tkir yurak yetishmovchiligini qanday turlarini bilasiz?
10. Surunkali yurak yetishmovchiligida bemorlarni kuzatish va parvarish qilishda nimalarga ahamiyat beriladi?

2.7. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Ovqat hazm qilish a'zolarining tuzilishi va vazifalari. Ovqat hazm qilish a'zolariga og'iz bo'shlig'i, halqum, qizilo'ngach, me'da, ingichka ichak, jigar, o't pufagi, me'da osti bezi va yo'g'on ichak kiradi. Ovqat hazm qilish – bu murakkab jarayon bo'lib, ovqat mexanik va kimyoviy ishlov berilib, oziq mahsulotlarining so'rilishi, hazm bo'lmagan ovqat mahsulotlarini chiqarib yuborish bilan xarakterlanadi. Ovqat og'iz bo'shlig'ida maydalanib, halqum orqali qizilo'ngachga tushadi. Qizilo'ngach uzunligi 25 sm ga yetadi. Qizilo'ngach ichki tomondan shilliq parda, tashqi tomondan seroz parda bilan o'ralgan muskul naydan iborat. Qizilo'ngach devorida to'rtta fiziologik to'rtlik bo'lib,

unda dag'al ovqatlar ushlanib qoladi (bo'yin, ko'krak, diafragma, kardiyada). Ovqat qizilo'ngachdan me'daga tushadi.

Me'da qorin bo'shlig'ida joylashgan. Me'da yuqoridan va chapdan diafragmaga taqalib turadi. U kardial qism (kardia), me'da gumbazi (tubi), tanasi, pilorik bo'limdan tashkil topgan. Me'da devori 4 qavatdan: shilliq, shilliq osti, muskul va tashqi seroz qavatdan iborat. Me'daning asosiy funksiyalari sekretor va motor funksiyalaridir. Me'daning shilliq pardasida hazm shirasini ishlab chiqaruvchi millionga yaqin bezlar joylashgan. Me'da shirasi tarkibida pepsin, xlorid kislota va shilimshiq bo'ladi. Bir kecha-kunduzda bir yoki ikki litr miqdorida me'da shirasi ishlab chiqariladi. Me'da bezlari faoliyatiga nerv impulslari ta'sir qiladi. Asabiy zo'riqishlar shira ishlab chiqarishni kuchaytiradi. Ovqat me'dada bir necha soat saqlanadi. Me'daning motor funksiyasi muskullarning qisqarishi bilan bajariladi. Maydalangan ovqat bo'lak-bo'lak bo'lib o'n ikki barmoq ichakka o'tkaziladi.

O'n ikki barmoq ichakka me'da osti bezidan pankreatin va o't pufagidan o't suyuqligi kelib tushadi. Me'da osti bezi ishlab chiqargan pankreatin moddasi ovqatni uglevodli qismini, o't suyuqligi esa yog'larning parchalanishiga olib keladi. Ingichka ichakda vorsinkalar (so'rg'ichlar) joylashgan bo'lib, parchalangan ovqat mahsulotlarining qonga so'rilishini ta'minlaydi. Ingichka ichakda aminokislotalar bilan monosaxaridlar to'g'ridan to'g'ri qonga so'riladi, yog' kislotalari qopqa vena orqali jigarga, neytral yog'lar esa limfa yo'llariga tushadi. Ingichka ichakda vitaminlar ham so'riladi, ovqatning qonga so'rilmagan qismi yo'g'on ichakka o'tadi va ichak tayoqchalari yordamida yog' kletchatkalariga parchalanib so'riladi. Qolgan ortiqcha moddalar najas bo'lib tashqariga chiqib ketadi.

Klinik holat va simptomlar. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlar qorin og'rig'i, ishtaha buzilgani, kekirish, zarda qaynashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish,

og'izda yoqimsiz ta'm, qorin dam bo'lish (meteorizm), ich ketishi, ich qotishi (qabziyat) bo'lishiga shikoyat qiladi.

To'sh ostidagi og'riqlar me'da kasalliklarining ko'p uchraydigan belgilaridan biridir. Og'riq muskullar spazmi yoki qo'zg'alishi, me'da to'qimalarining yallig'lanishi natijasida kelib chiqadi. Og'riqni intensivligi, joylashishi va uning ovqat qabul qilish bilan bog'liqligi bo'yicha farq qilish lozim. Intensiv bo'lmagan, biroq doimiy og'riq surunkali gastrit uchun xosdir. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligida og'riq intensivroq, u ovqat yeyish bilan bog'liq. Og'riqlar ovqat yeyilgan paytdan qancha vaqt o'tgandan keyin boshlanishiga qarab 30–40–60 minutdan keyin paydo bo'ladigan erta og'riqlarga, 1–1,5–2 soatdan keyin paydo bo'ladigan kechki og'riqlarga, ovqat yeyilgandan keyin kamayib qoladigan tungi va ochlik og'riqlariga bo'linadi. Og'riqlarning mavsumiy bo'lishi, ya'ni bahor va kuz kezlari paydo bo'lishi yara kasalligi uchun tipikdir. Jigar va o't qopi kasalliklarida og'riq o'ng qovurg'a ostida, ichak kasalliklarida butun qorin bo'ylab joylashadi.

Ishtaha buzilishi (kuchayishi yoki pasayib qolishi) ko'p jihatdan me'da sekretiysasi va kislotaliligi darajasiga bog'liq. Sekretiya oshganda ishtaha hatto ochilib ketadi (kislotaliligi oshgan gastrit, me'da suyuqligi sekretiysasi va kislotaliligi oshishi bilan o'tadigan me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi). Sekretiya pasayganda ishtaha pasaygan bo'ladi (anasid, axilik gastritlar). Ishtaha buzilishida (xususan, me'da rakida) bemor ayrim oziq-ovqat mahsulotlaridan yuz o'giradi (anoreksiya).

Og'izda yoqimsiz ta'm me'da shilliq pardasi zararlanganda, og'izda achchiq maza jigar va o't qopi zararlanganda, metall ta'mi esa ovqatdan zaharlanishning ayrim turlarida bo'ladi.

Kekirish – me'da yoki qizilo'ngachda to'planib qolgan havoning to'satdan, ba'zan qattiq ovoz bilan og'izdan chiqishidir.

Kekirish me'da muskulaturasining qisqarishi va kardiyada yetishmovchilik borligiga bog'liq bo'ladi. Odam yegan ovqati yoki havo bilan kekirishi mumkin. Havo bilan kekirish, odatda atmosfera havosi yutib turilishi oqibatidir (aerofagiya). Odam nordon (me'da shirasi sekretyasi kuchayganda) va achchiq kekirishi mumkin (me'daga o'n ikki barmoq ichakdan o't suyuqligi tushib qolganda).

Kekirganda og'izdan palag'da tuxum (vodorod sulfid) hidi kelishi axiliya bilan birga me'daning evakuator funksiyasining buzilishida kuzatiladi.

Zarda qaynashi deb, to'sh usti yuqori qismida, xanjarsimon o'siq ostida va to'sh orqasida (bu qizilo'ngachning pastki kesigiga mos keladi) kuchli achishish sezgisi paydo bo'lishiga aytiladi. Zarda qaynashi qizilo'ngach, me'da va o'n ikki barmoq ichak disfunksiyasiga hamda motor funksiyasining buzilishiga, me'dadagi suyuqlikning qizilo'ngachga otilib chiqishiga bog'liqdir. Zarda qaynashi ko'pincha me'da shirasi gipersekretyasida qayd qilinadi, lekin sekretya normal bo'lganida va hatto pasayganda ham bo'lishi mumkin. Sog'lom odamlarda odatda, ma'lum ovqatlarga sezuvchanlik kuchayib ketishi natijasida zarda qaynaydi.

Ko'ngil aynishi adashgan nervning ta'sirlanishiga aloqador reflektor akt bo'lib, to'sh osti sohasining juda og'ir bo'lib turishi, bosh aylanishi, so'lak oqishi, badan terisining oqarib ketishi va odamning hushdan ketishi bilan ifodalanadi. Aksariyat kislotalilik pasayishi bilan o'tadigan me'da kasalliklarida bo'ladi. Hazm a'zolari kasalliklarida bo'ladigan ko'ngil aynishi ovqatdan keyin, ayniqsa yog'li ovqatdan keyin paydo bo'ladi. Ba'zan ko'ngil aynishidan keyin odam qusadi.

Qusish (qayt qilish) hazm organlari kasalliklarini tekshiruv qilishda katta ahamiyatga ega. Qusish qayt qilish markazining qo'zg'alishiga aloqador murakkab reflektor akt bo'lib, bu akt vaqtida me'daning ichidagisi g'ayriixtiyoriy suratda tashqariga

otilib chiqadi. Bemorni soʻrab-surishtirganda uning qaysi mahallalarda qusishini, qusuq massalarining miqdori va xarakterini, qusishni ovqat yeyishga bogʻliq-bogʻliqmasligini, qusish vaqtida ogʻriq boʻlish-boʻlmasligini aniqlab olish zarur. Ertalab shilimshiq aralash qusish gastritlarda, «kofe» quyqasi aralash qusish meʼdan qon ketishida, oʻt suyuqligi aralash qusish oʻt yoʻllari kasalliklarida kuzatiladi, ovqatdan 6–8 soat keyin qusish pilorus torayib qolgan mahallarda kuzatiladi (pilorostenoz).

Ich surishi (ich ketish) axlat konsistensiyasining buzilishi bilan ichaklar boʻshashidir. Ich ketish mexanizmi murakab boʻlib, ichaklar peristaltikasining kuchayishi, suv, oziq moddalar hazm boʻlishi va ichaklarda soʻrilish jarayoni buzilganda yuzaga keladi. Chunki ichak devorlari yalligʻlanishi, yalligʻlangan sekretlarning shilliq qavatda koʻp ajralib chiqishi hamda nerv oxirlari qoʻzgʻalishi oqibatida ichaklar peristaltikasi kuchayadi.

Ich qotishi (qabziyat) ichakda axlatning uzoq turib qolishidir (48 soatdan ortiq). Qabziyat organik va funksional xillarga boʻlinadi. Organik qabziyat mexanik toʻsiqlar (oʻsmalar, chandiqlar, bitib qolgan joylar) borligi tufayli paydo boʻladi. Funksional qabziyat nevrogen, endokrin oʻzgarishlarga, intoksikatsiya, oson singadigan ovqat isteʼmol qilinishiga bogʻliqdir.

*Meteorizm*da (qorin dam boʻlganda) qorin shishganday boʻlib, gaz chiqishi kuchayadi. Sababi, ichaklarda gaz hosil boʻlishining kuchayganligidir, bunday holat ovqat bilan oʻsimlik kletchatkalari qabul qilinganligi oqibatida, kletchatkalar ichakda oson bijgʻishi natijasida kelib chiqadi va shuningdek, sut ichilganda ham aniqlanadi, ichak devori tonusi pasayganda, ichaklar motorikasi pasayganda ham seziladi.

Qon ketishi meʼda va ichakka aloqador boʻlishi mumkin. Meʼdan qon ketishi qon qusish yoki ichning qora moyga oʻxshab qop-qora boʻlib tushishi bilan namoyon boʻladi.

So‘rab-surishtirish. Bemor shikoyatlari bilan bir qatorda, kasallik tarixi ham aniqlanadi. Bemordan qachondan beri kasallik boshlanganligi, qanday dori-darmonlar iste‘mol qilganligi so‘rab-surishtiriladi. Kasallikning hayot anamnezini aniqlashda bemorning oilaviy sharoiti, ovqatlanish rejimi va uning tarkibi, kasb-kori, zararli odatlari so‘raladi.

Bemorlarni ko‘zdan kechirish. Bemorni ko‘zdan kechirish bemorning umumiy ahvoriga e‘tibor berishdan boshlanadi. Me‘da va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligi, me‘da rakida bemor ozib ketayotgani, qon ketishi, rangi oqarganligi aniqlanadi.

Tilda oq yoki jigarrang karash bo‘lishi ko‘pincha me‘da va ichak kasalliklarida uchraydi. Jigar kasalliklarida til malina rangida bo‘ladi. Qorin ko‘zdan kechirilganda shakli va kattakichikligi aniqlanadi. Qorin o‘rta qismidagi venalarning kengayib ketishi portal gipertenziya borligidan darak beradi.

Palpatsiya. Qorinni paypaslab ko‘rish chamalovchi yuza va chuqur Obrasov-Strajesko usuli bo‘yicha qo‘lni sirg‘antirib qilinadigan xillarga bo‘linadi.

Yuza palpatsiya qorin devorining ma‘lum bir joyi bezillab turgan-turmaganligi, muskullar nechog‘li tarang tortganligi, churra chiqib turadigan joylar bor-yo‘qligini aniqlashga imkon beradi. Qorinni palpatsiya qilish mahalida bemorning o‘ng tomonida turish kerak, qorin pressi muskullari qisqarmasligi uchun qo‘llar iliq bo‘lishi kerak. Bemor chalqancha yotadi, palpatsiya chap yonbosh sohasidan boshlanadi, keyin simmetrik ravishda o‘ng yonbosh sohasi palpatsiya qilib chiqiladi.

Sirg‘anadigan chuqur palpatsiya qilinganda bukilgan barmoqlar palpatsiya qilinadigan a‘zoga parallel qo‘yiladi. O‘ng qo‘l barmoqlari nafas olish vaqtida qorin bo‘shlig‘iga asta-sekin botirib boriladi. Har bir ichak bo‘limini palpatsiya qilishning o‘z xususiyatlari bor. Sigmasimon ichak o‘ng qo‘lning bukilgan barmoqlari bilan palpatsiya qilinadi. Bemor nafas chiqarib,

qorin pressi muskullari bo'shshib turgan mahalda barmoqlarni sigmasimon ichakka parallel qo'yib, asta-sekin qorin bo'shlig'iga botiriladi va orqa devorigacha yetib boriladi. So'ngra qo'lni teri bilan birgalikda pupart bog'lama tomonga sirg'antirilib, ichak yuzi ustidan o'tkaziladi. Xavfli o'smalar yoki qattiq axlat massalari bor mahalda ichak yuzining notekis, g'adir-budur bo'lib turgani topiladi, qattiq axlat massalari bo'lsa, bular huqnadan keyin yo'qolib ketadi. Ko'richak sigmasimon ichakni tekshirib bo'lgandan keyin palpatsiya qilinadi. Yallig'lanish bo'lganda og'riq va quldirash seziladi. Ko'ndalang chamber ichak me'daning pastki chegarasini aniqlab olgandan keyin palpatsiya qilinadi. O'ng qo'l barmoqlari shu chegaradan 2–3 sm pastga va qorinni o'rta chizig'idan taxminan 4 sm o'ngga qo'yiladi. Shundan keyin qorin bo'shlig'iga barmoqlarni bosib borib, yuqoridan pastga tomon sirg'anuvchi harakatlar qilinadi. Ichakning ko'ndalang kesimi 5–6 sm ni tashkil etadi. Chamber ichakning yuqori ko'tariladigan va past tushib boradigan qismlari V.X. Vasilenko usuli bo'yicha palpatsiya qilinadi. Buning uchun chap qo'l belga qo'yiladi, o'ng qo'l bilan esa sirg'anadigan chuqur palpatsiya qilinadi. Ichakdan ko'ra me'dani palpatsiya qilish qiyinroq. Me'daning katta egriligini paypaslab ko'rish uchun chap qo'l panjasi ko'krak qafasiga qo'yiladi, o'ng qo'lning yarim bukilgan barmoqlari bilan esa to'sh osti sohasiga kalta-kalta zarblar berib, pastga tushib boriladi. Ayni vaqtda chayqalish shovqini paydo bo'lib, me'da chegarasidan o'tgandan keyin u yo'qolib ketadi. Palpatsiya o't pufagi va jigar holatini aniqlashga yordam beradi.

Perkussiya. Tekshirishning bu usuli yordamida hazm a'zolari chegarasi tekshiriladi. Bu usulda jigar, taloq, me'da pastki chegaralari, qorin bo'shlig'ida to'plangan suyuqlik va gaz, yuza joylashgan o'smalar bor-yo'qligi aniqlanadi. Me'da va ichak timpanik perkutor tovush beradi.

Auskultatsiya. Bu usul hazm a'zolari kasalliklarida qisman, ya'ni me'da chegarasini aniqlashda, ichak peristaltikasini eshitishda qo'llaniladi. Stenozlar va bitishmalar bor mahalda peristaltika kuchayadi. O'tkir peritonit paytida qorin bo'shlig'i ustida tovush hodisalari mutlaqo bo'lmaydi.

Laboratoriya tekshiruvlari. Qonning umumiy tahlili, qonning biokimyoviy tahlili, axlatni bakteriologik tekshirish va axlatni gijja tuxumlariga tekshirishlar o'tkaziladi. Axlatni yashirin qon ketishiga tekshirishda bemorga tekshiruvdan oldin go'sht mahsulotlarini qabul qilmasligini, tarkibida temir, vismut bo'lgan dori vositalarini qabul qilmasligini tushuntirish kerak. Me'da shirasini tekshirishda fraksion yo'l bilan olingan shiraning har bir porsiyasi alohida idishlarda laboratoriyaga jo'natiladi va tekshiriladi.

Asbob-uskunalar yordamida tekshirish. Asboblardan bilan tekshirish usullariga har xil apparatlardan foydalanib tekshirishlar kiradi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak rentgenoskopiyasi. Rentgenokonstrast modda sifatida bariy sulfat emulsiyasi qo'llaniladi. Bemorni tekshiruvga hamshira tayyorlaydi. Bemor tekshiruvdan bir kun oldin (soat 20 dan keyin) ovqatlanmasligi va suyuqlik ichmasligi kerak. Bemor ovqatidan gaz hosil qiluvchi mahsulotlarni tekshiruvdan 3 kun oldin istisno qilish kerak. Kechqurun va ertalab, tekshiruvdan 2 soat oldin tozalovchi huqna o'tkaziladi.

Rentgenoskopiya yordamida me'da va ichaklardagi yallig'lanishni, anomaliyalarini, yara, rak, poliplarni, shuningdek chandiqli o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Ezofagogastroduodenoskopiya. Endoskop yordamida a'zolarining ichki yuzasini ko'zdan kechirish bilan tekshirish. Endoskopning biopsiya qiluvchi moslamasi bilan tekshirilayotgan a'zodan kichik bir bo'lak kesib olinib, gistologik tekshiruvga jo'natiladi.

Bemor tekshiruvdan bir kun oldin kechqurun soat 18.00 dan keyin ovqatlanmasligi kerak. Tekshiruv ertalab nahorda o'tkaziladi. Bu usul qizilo'ngach, me'da va o'n ikki barmoq ichak shilliq qavatida yaralar, o'smalar, kengaygan venalar, chandiqlar, qonab turgan joyni aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Rektoromonoskopiya. Bu usul yordamida tekshiruv va davo maqsadida to'g'ri ichak shilliq pardasi ko'zdan kechiriladi (shilliq pardaga dori surtish, yot jismlarni, poliplarni olib tashlash, qon ketishini to'xtatish maqsadida).

Me'da shirasini olish. Bunda ingichka zondan foydalaniladi. Zond tashqi diametri 5 mm va ichki diametri 3 mm atrofidagi elastik rezina naydir. Zondning ko'r uchida yon teshiklari bor. Bemor zondni yutishda doimo yutish harakatlarini qilib borishi kerak.

Me'dadan avval nahorga bo'ladigan shira chiqarib olinadi. Keyin suyuq holda sinama nonushtalar beriladi (300 ml kofein eritmasi, 7% li karam qaynatmasi) yoki parenteral yo'l bilan sekretsia stimulatori (gistamin, insulin) yuboriladi. Keyin har 15 minutda me'da shirasi olinadi. Har bir porsiya alohida idishga yig'iladi va shira miqdori qayd qilib qo'yiladi. Porsiyalarning hammasi laboratoriyaga tekshiruvga jo'natiladi.

Davolash. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarida parhez muhim rol o'ynaydi. Bemorlarni davolashda har bir bemor uchun individual davo tadbirlari belgilanadi. Davo mehnat va turmush rejimini me'yor keltirishdan boshlanadi. Jismoniy va ruhiy zo'riqishdan saqlanish zarur. Bemor ovqatni kichik porsiyalarda, kuniga 5–6 marta qabul qilishi kerak. Bemorlarni davolashda antasidlar, sedativ moddalar, spazmolitiklar, antibiotiklar, o't haydovchi preparatlar, ferment preparatlari va vitaminlardan, antigistaminlardan, bakteriostatik dori vositalaridan foydalaniladi. Bemor ahvolini hisobga olgan holda bu dori vositalari birgalikda ham

qo'llaniladi. Fizioterapevtik (diatermiya, elektro va gidrotermiya, balchiq bilan) davolash. Asoratlar yuzaga kelganida jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Hamshiralik parvarishi, o'z-o'zini parvarish qilish. Hazm a'zolari kasalliklarida bemorlar shikoyatlariga asoslangan holda parvarish qilinishi lozim. Qorin og'rib turgan mahalda bu og'riqlarning kelib chiqish sabablarini bilmasdan turib, og'riqni qoldiruvchi preparatlar berish va qoringa issiq narsa qo'yish mumkin emas, chunki bu tekshiruvni qiyinlashtiradi va bemorga zarar yetkazishi mumkin.

Meteorizmدا bemorlarning ovqat ratsionidagi uglevodlar miqdori kamaytiriladi, chunki uglevodlar bijg'ish jarayonlarini kuchaytirib, gaz hosil bo'lishini ko'paytiradi. Bir choy qoshiqdan kuniga 3–4 mahal aktivlangan ko'mir, karbolen, shuningdek, moychechak damlamasi ichib turish buyuriladi. Ichni tozalaydigan huqnalar bunday kasalliklarga ancha yengillik beradi. Gaz o'tkazuvchi naydan ham foydalaniladi. U uzunligi 50 sm va diametri 1 sm bo'lgan rezina naydir. Nayning bir uchi dumaloqlangan bo'lib, yon tomonlarida teshiklari bor. Vazelin surtilgandan keyin uchi to'g'ri ichakka 20–30 sm ichkari kiritiladi va 1/2–1 soatdan keyin nay chiqarib olinadi.

Ichketar mahalda bemor tuvakdan foydalanishi kerak. Bemor badani, ich kiyimlari va o'rin-boshini ozoda saqlashi, defekatsiyadan keyin orqa chiqarish yo'li sohasini 2% li borat kislotasi eritmasi bilan artib turishi kerak.

Ichketar ko'pincha infeksiyon kasallikning oqibati bo'lganligi uchun tashxisni aniqlab olguncha joriy dezinfeksiya qilib borish zarur.

Ich qotishi (qabziyat) ichakda uzoq axlat turib qolishidir. Qabziyatga qarshi kurashish uchun tegishli ovqat buyuriladi, surgu dorilar va huqnalar qo'llaniladi. Bemorning necha marta va qanchadan ichi kelishini kuzatib borish zarur.

Me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligida axlatni yashirin qonga tekshiriladi. Agar axlat qoramoyga o'xshab kelsa, bemor o'rnidan turmay yotishi kerak, bu haqda darhol shifokorga aytish kerak. Qoringa muzli xaltacha qo'yish kerak, bemorga ovqat va suyuqlik berilmasligi kerak.

Bemor qusayotganda nafas susayib, yurak o'ynaydi, arterial bosim pasayadi va nerv sistemasi qo'zg'aladi. Qusib bo'lgandan keyin bemorga og'zini chaydiriladi, ikki-uch qultum sovuq suv ichiriladi, o'rniga yotqizilib, o'rab qo'yiladi. Bemor zaif bo'lsa, qusayotgan vaqtda boshini nafas yo'llariga qusuq massalari tushmaydigan qilib burib qo'yiladi. Qusuq massalari laboratoriya tekshiruviga yuboriladi. Hamshira me'dani yuvishni bilishi kerak. Me'dani yuvish shifokor ko'rsatmasiga binoan bajariladi. Me'dani yuvish zond bilan va zondsiz amalga oshiriladi. Zond bilan yuvishda yo'g'on me'da zondlaridan foydalaniladi, harorati 30–35°C bo'lgan suv bilan yuvindi suv toza bo'lib tushmaguncha me'dani yuvish davom ettiriladi. Zondsiz yuvishda bemorga 4–5 stakan suv ichiriladi, keyin reflektor yo'l bilan qustiriladi (halqum orqa yo'lini ta'sirlash bilan). Diagnostika maqsadida yuvindi suvlar toza idishga yig'iladi va laboratoriya tekshiruviga jo'natiladi. Me'dasi yuvilgan bemor 5–10 minutgacha yotishi kerak. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarida huqnalar ham o'tkaziladi. Huqna – orqa chiqarish yo'li orqali yo'g'on ichakka suyuqliklar yuborish. Huqnalar ichakni bo'shatish, dori vositalari, rentgenologik tekshiruv paytida kontrast moddalar (bariy emulsiyasi) yuborish uchun buyuriladi. Ichni tozalovchi, muloyimlashtiradigan, tomchilab yuboriladigan va oziqli huqnalar tafovut qilinadi.

Hamshira huqna o'tkazish texnikasini bilishi va o'zi shifokor ko'rsatmasi bo'yicha bu muolajani bajara olishi kerak. Huqna uchun toza suv ishlatiladi, ta'sirini kuchaytirish uchun moychechak damlamasi, 2–3 qoshiq glitserin yoki vazelin moyi

qo‘shiladi. Bemor kushetka chetiga chap yonboshi bilan yotib, oyoqlarini qorniga taqab oladi. To‘g‘ri ichakka kiritish uchun uchliklar ishlatiladi. Suvni yuborib bo‘lgandan keyin uchlik chiqarib olinadi. Ishlatiladigan suv miqdori huqnalarning turiga qarab aniqlanadi.

Hamshira dori vositalarining ta‘siri va nojo‘ya ta‘sirini, ularning qo‘llanilish usullarini, ta‘sir vaqti, bir martalik va maksimal dozalarini bilishi kerak. Bemorga dori vositalarini to‘g‘ri va vaqtida qabul qilishni o‘rgatishi lozim.

Ovqat hazm qilish a‘zolari kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarga o‘z-o‘zini parvarish qilish ko‘nikmalarini o‘rgatish hamshira-ning vazifasidir. Bemorga parhez bo‘yicha tavsiyanomani o‘rgatish katta ahamiyatga ega. Bemor ratsioni oqsilga, vitamanga boy, yengil hazm bo‘ladigan, bug‘da va qaynatib pishirilgan ovqatlardan iborat bo‘lishi kerak. Parhez kasallikning bosqichiga qarab belgilanadi. Bemor bir kunda 4–5 marta ovqatlanishi kerak.

Bemorlarga har xil stresslardan saqlanishini, stresslar kasallikni qo‘zg‘alishiga olib kelishini tushuntirish lozim.

2.7.1. Gastrit kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Gastrit – bu me‘da shilliq qavatining yallig‘lanishidir. O‘tkir gastrit me‘da shilliq qavatining yallig‘lanishi natijasida, me‘daning motor va sekretsiya funksiyasining buzilishidir. O‘tkir gastritning quyidagi shakllari (patologo-anatomik jihatdan) mavjud:

- *Oddiy gastrit (kataral)* – bunda me‘daning faqat shilliq pardasi zararlanadi;
- *Korroziv gastrit* – bunda shilliq pardadan tashqari uning tagidagi qavat ham protsessga qo‘shilib, eroziyalar, gemorragiyalar, nekroz paydo bo‘ladi;
- *Flegmonal gastrit* – bunda me‘da hamma qavatlarining yiringli yallig‘lanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Oʻtkir gastrit polietiologik kasallik hisoblanadi. Gastritga olib keluvchi barcha sabablardan ovqat omilini birinchi oʻringa qoʻyish kerak. Dagʻal, hadeganda hazm boʻlavermaydigan, juda sovuq yoki qaynoq ovqat yeyish va kuchli alkogolli ichimliklar ichish, ziravorlar meʼda shilliq pardasini taʼsirlanishiga va oʻtkir gastrit paydo boʻlishiga olib keladi. Baʼzi dori preparatlarining qoʻshimcha taʼsiri (steroid gormonlar, salitsilatlar, yod, butadion va boshqalar) oʻtkir gastrit yuzaga kelishiga sabab boʻlishi mumkin. Har xil oʻtkir infeksiyon kasalliklar (qizamiq, gripp, pnevmoniya), surunkali infeksiya oʻchoqlari, allergik kasalliklar, kuyish, qon quyish oʻtkir gastritga olib keladi. Asabruhiy jihatdan zoʻriqish ham muhim rol oʻynaydi. Oʻtkir gastrit ovqat toksikoinfeksiyasining asosiy koʻrinishlaridan biridir.

Klinikasi va kechishi. Kasallik keltirib chiqaruvchi sabablar taʼsirida oʻtkir rivojlanadi. Yalligʻlanish jarayoni taʼsirot tushganidan 2–3 soat keyin boshlanadi, klinik simptomlari esa 6–8 soatdan keyin paydo boʻladi. Bemorlar tosh ostida yoqimsiz sezgi, ogʻriq, ogʻizning bemaza boʻlishi, kekirish vaqtida palagʻda tuxum hidi kelishi, jigʻildon qaynashi kabi belgilar paydo boʻladi. Keyinchalik koʻngil aynishi, qayt qilish, ich ketishi, tana haroratining koʻtarilishi, puls tezlashishi, yurak oʻynashi kabi belgilar paydo boʻladi.

Obyektiv koʻrilganda shilliq pardalarning biroz oqarganligi, tilning ustki qismini quruq, oq karash qoplaganligi aniqlanadi. Palpatsiyada toʻsh osti sohasida ogʻriq borligi, qorin devori muskullarining biroz tarangroq boʻlib qolganligi kuzatiladi.

Qon tahlilida leykotsitoz aniqlanadi, ECHT kuchaygan boʻladi. Oʻtkir gastritni aniqlash uchun qusuq massasi, axlat, meʼda suyuqligi tahlili oʻtkaziladi. Koʻpchilik hollarda bemor sogʻayib ketadi, lekin baʼzan oʻtkir gastrit surunkali gastritga aylanishi mumkin. Oʻtkir gastritda shoshilinch yordam koʻrsatishni har bir hamshira bilishi kerak. Buning uchun meʼdani zondsiz va zond

bilan yuviladi. Zondsiz usulda qaynatib ilitilgan kuchsiz kaliy permanganatli suv ishlatiladi. Bemorga 1,5–2 litr miqdorda suv ichiriladi va qayt qildiriladi. Bu muolaja 2–3 marta qaytariladi. Zondli yuvishda yo‘g‘on zondan foydalaniladi va me‘da 2–3 marta yuviladi. Keyin tozalovchi huqna qilinib, ochlik buyuriladi.

Davolash. Kasalxona yoki uy sharoitida yotoq rejimi asosida olib boriladi. Me‘da iliq suv bilan yuvilib, ovqat qoldiqlaridan tozalanadi. 1–2-kunlari ovqat berilmaydi. Keyin parhez asosida ovqatlantiriladi. 1a-parhez stoli taomi buyuriladi. Dori moddalardan 5% li glukoza vena ichiga, 0,9% li natriy xlorid eritmasi venaga yuboriladi. Og‘riqni qoldirish uchun 0,1% li atropin sulfat, 0,2% li platifillin, no-shpa yuboriladi.

Profilaktikasi. To‘g‘ri ovqatlanish, ovqatlanish qoidalariga puxta amal qilish: chekish, ichkilikka va boshqa zararli odatlarga qarshi kurashish. Xronik infeksiya o‘choqlarini, hazm organlarining boshqa kasalliklarini o‘z vaqtida davolash, kasb-korga taalluqli omillarga qarshi kurashish.

Hamshiralik parvarishi. Hamshira belgilangan parhez bo‘yicha 5–6 marta ovqatlanishni tashkil qiladi. Bemorlarni ovqatlanish rejimiga rioya qilishini kuzatadi. Bemor bilan parhezni ahamiyati haqida tushuntirish olib borishi lozim. Bemor qarindoshlari bilan ham parhezda belgilangan ovqat mahsulotlarini olib kelishi kerakligi haqida tushuntirish ishlarini olib borishi kerak. Hamshira tomonidan fiziologik ajratishlarni kuzatish ham muhim ahamiyatga ega. Bemorga shifokor ko‘rsatmasiga binoan og‘riq qoldiruvchi, intoksikatsiyani kamaytiruvchi suyuqliklar quyishni bajaradi. Bemor qayt qilganda, ichaklar faoliyati buzilganda yuqorida ko‘rsatilgan muolajalarni bajaradi.

Surunkali gastrit ovqat hazm qilish a‘zolari kasalliklari orasida eng ko‘p uchraydigan kasallik bo‘lib, me‘da shilliq qavating vaqti-vaqti bilan yallig‘lanib turishidir.

Etiologiyasi. Surunkali gastrit polietilogik, ya'ni sababi ko'p kasallikdir. Etiologik omillar ekzogen va endogen sabablarga bo'linadi. Ekzogen sabablarga o'tkir va dag'al ovqatlar yeyish, ichkilikni suiiste'mol qilish, chekish, asabiy zo'riqish, dori moddalarni uzoq vaqt iste'mol qilish, mikroblar (piloni bakteriyasi) va boshqalar kiradi. Endogen sabablarga: endokrin bezlari kasalliklari (buqoq, qandli diabet, Addison kasalligi, gipotireoz); surunkali yallig'lanishlar (og'iz bo'shlig'i, halqum va nafas olish a'zolarining yallig'lanishi, xoletsistit, gepatit, enterokolit va h.k.); allergiya natijasida; modda almashinuvining buzilishi (o'ta semizlik, podagra, temir yetishmovchiligi); to'qimani gipoksiyaga olib keluvchi kasalliklar (yurak-tomirlar yetishmovchiligi, jigar va buyrak yetishmovchiligi) kiradi. O'tkir gastrit o'z vaqtida davolanmasa, surunkali gastrit rivojlanishi mumkin.

Klinikasi va kechishi. Surunkali gastritning yuza, atrofik, giperetrofik va polipoz turlari ajratiladi (endoskopik tekshiruv bo'yicha). Me'da sekretor funksiyasining buzilishi bo'yicha gipoasid, giperasid, anasid va normasid turlari ajratiladi. Kasallik asta-sekin rivojlanish xususiyatiga ega. Surunkali gastritning har qanday turi uchun quyidagi sindromlar xarakterlidir: og'riq, dispepsik.

Normal va giperasid gastritda bemorlar to'sh sohasidagi og'riqqa, og'riqlarning ovqat yeyilgandan 2–3 soatdan keyin boshlanishiga, ba'zan tungi og'riqlar ham paydo bo'lishiga, zarda qaynashiga, achchiq kekirishga, qayt qilishga shikoyat qiladilar. Kasallik to'liqinsimon rivojlanadi: qo'zish davrlari jarayoni so'nish davrlari bilan almashinib turadi.

Gipoasid gastritda to'sh osti sohasida og'riq, og'irlik sezgisi, palag'da tuxum yoki havo bilan kekirish, ko'ngil aynishi, og'izda yoqimsiz ta'm bo'lishi, nahorga qusish kuzatiladi. Bemor ahvoli unchalik yaxshi bo'lmaydi, ishtahasi yomonlashadi, mehnat qobiliyati pasayadi. Gastrit monoton (bir xil) kechadi. Kuzatish

natijasida bemor ahvolining yomonlashganligi kuzatilmasa-da, ayni vaqtda «tinch» davrlar ham bo'lmaydi.

Obyektiv tekshiruvda tilning oqimtir karash bilan qoplanganligini, tana vaznining kamayganligini ko'rishimiz mumkin. Palpatsiyada to'sh osti sohasida og'riq qayd qilinadi.

Endoskopik tekshiruvda me'da shilliq qavatida yallig'lanish, distrofik o'zgarishlar aniqlanadi va shilliq pardadan biopsiya olib, morfologik o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Rentgenologik me'da shilliq qavatining burmalarining yo'g'onlashishini ko'rish mumkin.

Laborator tekshiruvi: qonning umumiy tahlilida anemiya alomatlarini aniqlash mumkin. Gastritda me'da sekretiyyasini aniqlash uchun me'da shirasi olib tekshiriladi.

Davosi. Davo mehnat va turmush tartibini me'yorga keltirish bilan boshlanadi. Har bir bemor uchun shaxsiy davo tadbirlarini shifokor belgilaydi (bemor ahvolining og'ir-yengilligiga, kasallikning kechishi, uning klinik turlari, me'da sekretiyyasi holatiga binoan). Hammadan oldin kasallikni keltirib chiqargan sababni imkon boricha bartaraf etish zarur. Parhez ovqatlanishning ahamiyati katta. Surunkali gastrit qo'zigan paytda bemorga dastlabki kunlarda ovqat yeyishga ruxsat etilmaydi. Parhez tayinlashda ko'pgina omillarni hisobga olish kerak (yosh xususiyatlari, bemorning odatlari). Surunkali gastritli bemorning taxminiy taomnomasi organizmning hayot faoliyati uchun kerak barcha ovqatlanish komponentlari (oqsillar, yog'lar, uglevodlar, mineral tuzlar)ni o'z ichiga oladi. Kofe, kakao ichmaslik kerak, chunki bu ichimliklar o'z tarkibida me'da shilliq pardasiga yomon ta'sir qiladigan moddalar saqlaydi. Qalampir, xantal, sirka ratsiondan chiqariladi. Hazm shirasi sekretiyyasi buzilganida ovqat yaxshi hazm bo'lmaydi, shuning uchun ko'p ovqat yeyish bemorning hazm apparatiga yomon ta'sir qiladi. Jismoniy va ruhiy zo'riqishlardan saqlanish zarur. Bemor ovqatni

oz-ozdan, kuniga 5–6 marta ma’lum soatlarda yeyishi lozim. Shifokor ko’rsatmasiga binoan 1a, 1b-parhez stoli tayinlanadi.

Me’daning yallig’langan shilliq pardasiga ta’sir etishda parhezdan tashqari quyidagi dori moddalari ishlatiladi: me’daning sekretor faoliyatini kamaytirish uchun atropine sulfat, vikalin, pentoksil; me’da shirasi ishlab chiqarishni yaxshilash uchun pankreatin, sof me’da shirasi, betasid, asidin-pepsin, xlorid kislota, vitaminlar (B guruh, C, PP); ichakda ovqat hazm bo’lish jarayonini yaxshilash uchun fermentli dori moddalar (panzinorm, mezim), ichak mikroflorasiga ta’sir etuvchi dori moddalar (enteroseptol, meksaform, intestopan).

Sanatoriy-kurortda davolanish ham g’oyat muhim. «Chinobod», «Toshkent mineral suvlari» kabi davolash maskanlarida va boshqa joylarda davolanish mumkin. Mineral suv kasallik qo’ziganda ambulatoriya va shifoxonada davolash davrida ham qo’llaniladi. Ularni kuniga 2–3 marta, ovqatdan oldin 1/2 stakandan ilitilgan holda ichiladi. Surunkali gastritda ular hazm bezlari faoliyatini yaxshilaydi, me’daning sekretor va motor faoliyatini me’yorga soladi, me’dada yig’ilib qolgan shilimshiqning erib ketishiga va haydalinshiga yordam beradi. Davolash, odatda, kam minerallangan suvlardan boshlanadi, asta-sekin ko’proq minerallangan suvlarga o’tiladi. Sekretsia ajralishi va me’da suyuqligi kislotaliligi oshgan gastritda, odatda borjom, sekretsiyasi pasaygan gastritda Yesentuki N 17 tayinlanadi.

Fizioterapevtik muolajalar surunkali gastritning qo’zish davrida keng qo’llaniladi. Dori elektroforezi, balchiqli applikatsiyalar, ultratovush bilan davolash va boshqalar tayinlanadi.

Hamshiralik parvarishi. Surunkali gastritda bemorni parvarish qilish hamshiradan shifobaxsh ovqatlar asoslarini bilishni talab etadi. Bemorga ovqatni qat’iy belgilangan soatlarda yeyish haqida tushuntirish, spirtli ichimliklar ichishni, chekishni qat’iyan taqiqlash zarur. Hamshira bemorning me’dasini me’da

zondi yordamida yuvishni bajara olishi kerak va uy sharoitida me'dani zondsiz yuvish qoidalarini bemorga tushuntirishi kerak.

Bemorga qusayotganda yordam ko'rsatish va keyingi parvarishni olib borishni hamshira bajara olishi lozim. Yotoq rejimidagi bemorlarning oqliklarini, kiyimlarini o'z vaqtida almashtirish, tagiga sudno qo'yish kerak. Har gal defekatsiyadan keyin orqa chiqaruv sohasidagi teri iliq suv bilan yuviladi, so'ngra doka tampon bilan quritiladi.

Profilaktikasi. Surunkali gastrit bilan og'rigan bemorlar shifokor kuzatuvi ostida davolanishi va profilaktik choratadbirlarni amalga oshirib borishi kerak. Surunkali gastritni oldini olish uchun qorin bo'shlig'i a'zolarining ham o'tkir, ham surunkali yallig'lanish kasalliklari: kolit, xoletsistit, pankreatit, appenditsitga qunt bilan o'z vaqtida davo qilish zarur.

Oziq-ovqat mahsulotlariga yaxshi pazandalik ishlovi berishga, ayniqsa, yirik umumiy ovqatlanish korxonalarida tayyorlash jarayoni ustidan sanitariya nazorati olib borish muhim ahamiyatga ega. Alkogol va chekishni suiiste'mol qilishga qarshi kurashish zarur.

Tishlarni o'z vaqtida davolash va kerak bo'lsa, sun'iy tish qo'ydirish me'da kasalliklari, shu jumladan, gastrit profilaktikasi hisoblanadi.

2.7.2. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi – siklik kechadigan surunkali kasallik bo'lib, me'da va o'n ikki barmoq ichakda yara paydo bo'lishi bilan kechadi. Bu kasallik har xil yoshda, ayniqsa, 30–40 yoshda ko'p uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqish sabablari ko'p bo'lganligi uchun bu kasallik polietilogik hisoblanadi. Bu sabablar 2 ta katta: asosiy va yordamchi guruhga bo'linadi.

Asosiy sabablarga doir bir necha nazariyalar mavjud:

- *Mexanik nazariya*: qattiq, dag'al, achchiq, sho'r, yomon chaynalgan ovqatning me'da shilliq qavatiga mexanik ta'siri natijasida yara paydo bo'ladi.
- *Nevrogen nazariya*: ruhan charchash, o'tkir va surunkali ruhiy kechinmalar, barotravma, bosh miyaning jarohatlanishi tufayli me'da va o'n ikki barmoq ichak faoliyatining buzilishi natijasida yara paydo bo'ladi.
- *Peptik nazariya*: bunga, asosan, me'da shirasida xlorid kislotasi va pepsin ko'payadi, shu bilan bir qatorda, me'da shirasidagi shilliqning himoya qilish xususiyati kamayib, o'z-o'zini hazm qilish kuzatiladi.
- *Infektsion nazariya*: 1988-yilda aniqlangan spiralsimon bakteriya Helikobakter pilyorining me'dada yara hosil bo'lishida ishtirok etishi ilmiy tekshiruvlarda isbotlandi.

Yordamchi sabablar: odamning tuzilish va irsiy xususiyatlari, me'dada yordamchi shilliq bezlarining ko'payishi, qon guruhi (I) guruh. Tashqi sharoit ta'siri (namlik, havo bosimi, harorat). Tamaki chekish va ichkilik ichish. Qo'shimcha kasalliklar (ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari, jigar sirrozi, pankreatit, surunkali gastrit va h.k.). Ba'zi dori vositalarining nojo'ya ta'siri (salisilatlar, gormonlar).

Klinikasi va kechishi. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi rivojlanish mexanizmi bir xil.

Kasallik turlari. Klinik-morfologik belgilariga qarab: me'da yara kasalligi va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi. Yaraning joylashishiga qarab: me'daga kirish qismida, chiqish qismida, kichik egrilik sohasida, o'n ikki barmoq ichak piyozchasida va h.k. Kasallikning kechishiga qarab: qaytalanishi, pasayib qaytalanishi, pasayishi. Kasallikning og'ir-yengilligiga qarab: yengil kechadigan, surunkali (o'zgarmaydigan), kuchayib boradigan. Asoratlari qarab: asoratli, asoratsiz.

Asoratlari: meʼdadan qon ketishi, penetratsiya, meʼda perforatsiyasi, oʻsmaga aylanish, meʼda va oʻn ikki barmoq ichak stenozi.

Bemorlarning asosiy shikoyatlari: epigastral sohada ogʻriq, jigʻildon qaynashi, koʻngil aynishi, qusish, kekirish, qabziyat.

Meʼda va oʻn ikki barmoq ichak yara kasalligi klinikasida bir-muncha farq bor. Meʼda yarasida ogʻriq epigastral sohada ovqatlanishdan keyin qisqa muddatda (20–30 daqiqada) paydo boʻladi. Ovqatlanishdan 1,5–3 soat oʻtgach paydo boʻladigan ogʻriqlar oʻn ikki barmoq ichak yara kasalligiga xos boʻlib, ovqatlanish ogʻriqni pasayishiga olib keladi. Ogʻriqni paydo boʻlishi mavsumiy boʻlib, koʻproq bahor va kuz oylarida kuzatiladi. Bu oylarda kasallik koʻproq qaytalanadi. Baʼzi bemorlarda ogʻriq boʻlmaydi. Bu yashirin kechuvchi yara kasalligi boʻlib, asoratlar bilan ifodalanadi.

Yara kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda ishtaha yoʻqolmaydi, ammo bemorlar ovqat yemaslikka harakat qiladilar, chunki ovqat yeyish ogʻriqni zoʻraytiradi.

Obyektiv tekshiruvda bemorning ozgʻinligi, asabiylashganligi, koʻp terlashga moyilligi, ifodalangan qizil yoki oq dermografizm aniqlanadi. Til koʻzdan kechirilganda uni karash qoplaganligi, yorilishlar, eroziyalarni aniqlash mumkin. Palpatsiya qilib koʻrilganda qorin muskullarining tarang tortilib turganligi, toʻsh osti sohasi va oʻng qovurgʻa ostida ogʻriqlar borligi aniqlanadi.

Rentgen nuri bilan tekshirilganda yara kasalligining asosiy simptomi «tokcha» belgisi bemorlarning 3/4 qismida aniqlanadi.

Gastrofibroduodenoskopiya yaraning joylashishini, oʻlchamini, holatini aniqlaydi va u yordamida biopsiya qilish mumkin. Laboratoriya tekshiruvlaridan najasni yashirin qonga tekshirish muhim ahamiyatga ega. Hozirgi vaqtda tekshiruv maqsadida laparoskopiya – qorin boʻshligʻi aʼzolarini laparoskop bilan koʻrish keng qoʻllanilmoqda.

Davolash. Davosi konservativ va jarrohlik yoʻli bilan olib boriladi. Konservativ davoda quyidagi prinsiplarga amal qilinadi: davoni barvaqt boshlash; bemorga jismoniy va ruhiy orom berish; tegishli parhez qilish; dori vositalari va fizioterapevtik yoʻl bilan davolash; ichkilik ichish va chekishni taqiqlab qoʻyish; kasallik qoʻzimay turgan vaqtda kun tartibi va parhezga amal qilish.

Kasallik xuruji mahalida bemorlar kasalxonada davolanadilar. Parhez ovqatlar buyuriladi. Yara kasalligida oqsil, yogʻ, uglevodlar, vitaminlar, mikroelementlar fiziologik meʼyorda boʻlishi kerak. Ovqatlanish kuniga 5 marta buyuriladi. Ovqatlar yaxshi pishirilgan, maydalangan va bugʻda pishirilgan boʻlishi kerak. Yogʻli goʻsht, baliq shoʻrvalar, sabzavot va qoʻziqorinli quyuq qaynatmalar, tuzlangan va dudlangan sabzavot va goʻsht mahsulotlari, xamir mahsulotlari, sovuq ichimliklar, tarkibida koʻp miqdorda karbonat angidrid saqlagan mineral suvlar isteʼmol qilish taqiqlanadi.

Dori vositalari bilan davolash quyidagi asosiy yoʻnalishlarda olib boriladi: markaziy asab sistemasi faoliyatini yaxshilovchi, tinchlantiruvchi, uyqu chaqiruvchi; ortiqcha ishlab chiqarilgan xlorid kislota, pepsinni neytrallashtirish va biriktirib oluvchi; meʼda va oʻn ikki barmoq ichak harakati va oʻtkazuvchanligini yaxshilovchi; shilliq himoya qavati faoliyatini koʻpaytiruvchi; shilliq qavat toʻqima elementlari regenerativ xususiyatlarini oshiruvchi va distrofik yalligʻlanish jarayonini kamaytiruvchi; helikobakter piloriga qarshi antibakterial davolash.

Ogʻriqni va meʼda shirasi kislotaliligini kamaytirish uchun M-xolinolitiklardan foydalaniladi: 0,1% li atropin sulfat eritmasi 0,5–1 ml, platifillin eritmasi 1–2 ml, 0,1% li metasin eritmasi ovqatdan 30–40 minut oldin buyuriladi. Meʼda shirasining agressiv xususiyatlarini kamaytirish uchun ishqorlar qoʻllaniladi: vikalin, almagel, vikair va h.k. Meʼda sekretsiasini normallashtiruvchi dori vositalari: gastrosepin, gastrosedin,

ranitidin, omeprazol, famotidin va boshqalar buyuriladi. Fizioterapevtik davo usullaridan balchiq va parafin applikatsiyasi, diatermiya, mineral suvlardan keng foydalaniladi. Jarrohlik bilan davolash yara kasalligi asoratlarida qo'llaniladi.

Yaradan qon ketayotganda bemor gorizontal holatda, tinch yotqizib qo'yiladi, ovqat, suv, dori vositalarini qabul qilish taqiqlanadi. To'sh osti sohasiga muzli xaltacha qo'yiladi. Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha venaga 1 ml 1% li vikasol eritmasi yoki 2 ml 12,5% li etamzilat eritmasi, 10 ml 10% li kalsiy xlorid eritmasi, 5% li aminokapron kislota eritmasi yuboriladi. Bemor jarrohlik bo'limiga olib boriladi.

Parvarishi. Kasallik xuruji davrida bemorga yotoq rejimi buyuriladi. Birinchi haftada 1a, ikkinchi haftada 1b, uchinchi haftadan boshlab 1-parhez stoli belgilanadi. Ovqatlanish kuniga 5–6 marta. Xuruj davrida ovqat sut, tuxum, yormalardan tayyorlangan sho'rvadan iborat va tuz miqdori chegaralanadi.

Keyin asta-sekin go'shtdan, baliqdan bug'da tayyorlangan ovqatlar, qotgan nonni parhezga kiritish mumkin. Ovqat vitaminlarga, mikroelementlarga boy bo'lishi kerak. Ratsiondan qovurilgan ovqatlar, xom sabzavotlar, gazlangan ichimliklar, alkogol, kofeinni chiqarib tashlash kerak. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligida bemor ahvoli yaxshilangandan keyin ham parhez qilib yurishi kerak.

Turli-tuman ovqatlar yeyishga davolovchi shifokor ruxsatidan keyingina o'tish mumkin. Bemor gigiyenik tavsiyalarni ham bajarishi kerak: yaxshi chaynab yeyish, sutkasiga kamida 8–9 soat uxlash, tishlar ahvolini kuzatib borish, zarur bo'lganda protez tishlar qo'ydirishi kerak. Ratsional kun tartibiga rioya qilish lozim: har kuni sof havoda sayr qilish, jismoniy mashqlar kompleksini bajarishi kerak. Hamshira parhez buzilishini oldini olishi kerak. Yara kasalligida davo qilishning muhim shartlariga to'g'ri parhez rejimini tayinlash, bemorning ishtahasi yaxshi

bo'lishi to'g'risida g'amxo'rlik qilish va og'iz bo'shlig'ini qunt bilan parvarish qilish kiradi. Hamshira bemor har gal ovqatdan so'ng og'zini chayishini kuzatib borishi lozim. Buni u mustaqil bajara olmasa, hamshira og'iz bo'shlig'ini birorta dezinfeksiya qiladigan eritma bilan artib qo'yadi. Og'iz bo'shlig'ini balloncha bilan yuvsa ham bo'ladi. Yuqori jag' tishlarini artishda quloq oldi bezining chiqaruv yo'liga infeksiya tushirmaslik uchun lunjini shpatel bilan tortib turish kerak. Hamshira bemor «kofe quyqasi» rangida qayt qilganda va «qatronsimon» axlat paydo bo'lganda (qon ketish belgilari) bu haqda shifokorga xabar qilishi lozim. Shifokor kelguncha hamshira bemorni tinchlantirib, yotqizib qo'yadi. Bemorga ovqat, suv, dori qabul qilishni taqiqlab qo'yadi, faqat 5% li aminokapron kislotasi eritmasi 1 choy qoshiqdan berib turiladi. Epigastral sohaga muzli xaltacha qo'yiladi. Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha gemostatik dori vositalari tayyorlanib, venaga yuboriladi. Har 15 minutda bemorning ahvoli, arterial bosimi, pulsi, terisining rangi kuzatilib turiladi. Bemorning qusuq massalari, axlatining rangi ham kuzatiladi.

Profilaktikasi. *Birlamchi profilaktika* yoshlikdan ratsional ovqatlanish, mehnat va dam olishni to'g'ri tashkil etish, chekish va alkogolni qabul qilish bilan kurashish, oilada va ishxonada ruhiy mikroklimatni yaxshilash, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanishni o'z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktika – xurujni va asoratlarning oldini olish uchun 3 tur profilaktik davolanish belgilanadi. Me'da sekretsiyasini kamaytiruvchi dori vositalarini yarim dozada har kuni kechqurun uzluksiz berib borish (famotidin, kvamatel). Yara kasalligini simptomlari paydo bo'lganda bu dori vositalaridan birini 2–3 kun to'liq sutkalik dozada qabul qilish (ranitidin, omeprozol, famotidin) va keyin 2 oy mobaynida yarim dozada qabul qilishni davom ettirish.

Bemorlar xurujdan keyin 5 yil mobaynida dispanser kuzatuvda bo'ladilar.

Yara kasalligining bahorda va kuzda qaytalanishini hisobga olgan holda bemorlar fevral, mart va avgust, sentabr oylarida profilaktik davo kursini olishlari lozim.

2.7.3. Ichak kasalliklari

Surunkali enterit – ingichka ichak shilliq qavatining yallig'lanishi va distrofik o'zgarishlari bo'lib, bu o'zgarishlar uning atrofiyasiga olib keladi.

Etiologiyasi. Surunkali enterit o'tkir enteritni noto'g'ri davolash yoki o'tkir enteritning qaytalanishidan kelib chiqadi.

Kasallik rivojlanishiga alimentar o'zgarishlar ham sabab bo'lishi mumkin (o'z vaqtida ovqat yemaslik, dag'al, achchiq ovqatlar, ovqatni yaxshi chaynamasdan shoshib yeyish, sifatsiz oziq-ovqatlar yeyish, tarkibida yetarli miqdorda oqsil, yog', uglevod, vitaminlar bo'lmagan ovqatlar yeyish, spirtli ichimliklarni doima ichib yurish).

Surunkali enteritlarning rivojlanishiga gijja invaziyasi, amyobiaz, lyambliozlar ham sabab bo'lishi mumkin. Surunkali enteritlarning rivojlanishiga yana oshqozon shirasining kamayishi, oshqozon osti bezi funksiyasining kamayishi va oshqozonda qilingan jarrohlik muolajalari (rezeksiya, gastroektomiya, gastroenteroanastomoz) ham sabab bo'ladi. Bunda ovqatning ingichka ichakda keyingi hazm bo'lishiga tayyorlash ahamiyatga ega. Oshqozon sekretsiyasi kamayganda oshqozon shirasining bakteritsid ta'siri kamayadi, bu esa, o'z navbatida, ingichka ichakka tashqaridan har xil mikroblar tushushiga sabab bo'ladi.

Surunkali enteritga disbakterioz va kandidamikoz olib kelishi mumkin. Disbakterioz va kandidamikoz esa uzoq vaqt nazoratsiz, betartib ravishda antibiotiklar, sulfanilamid preparatlarini qabul qilish oqibatida paydo bo'ladi.

Yuqorida ko'rsatilgan sabablarga ko'ra ingichka ichakning shilliq qavati shikastlanadi, uning strukturasi va ultrastrukturasi o'zgaradi, so'rilish xususiyati susayadi, qobiq orqali oziqlanish buziladi. Ovqat moddalarining gidrolizi buzilishi ovqatning yetarli darajada o'zlashtirilmasligiga olib keladi. Yog'ni o'zlashtirish hodisasi erta buziladi. Shuning uchun axlatda yog', yog' kislotalari bo'ladi (steatoreya), qonda xolesterin va fosfolipidlar miqdori kamayadi. Olimlar vitamin C, PP, B₁, B₆, B₁₂ va nikotin kislota, folat kislota so'rilishi buzilishini isbotlab berganlar. Yog'ning so'rilishi kamayishi bilan yog'da eriydigan vitaminlar (A, D, E, K) o'zlashtirilishi ham kamayadi.

Oqsil o'zlashtirilishining kamayishi va uning albuminlar ko'rinishida ichak bo'shlig'ida ekssudatsiya qilinishi axlat bilan oqsil yo'qotilishida va gipoproteinemiya rivojlanishiga olib keladi. Shuningdek, organizmda uglevodlar o'zlashtirilishi ham buziladi.

Surunkali enteritning yengil va o'rtacha og'ir turlarida ingichka ichak peristaltikasi susayadi, og'ir turida esa kuchayadi. Bular rentgenografik balonometriya va perfuziya usullarida aniqlanadi.

Klinikasi. Bemorlar qorinning markaziy sohalarida yoqimsiz sezgi, kengayish borligi, ayrim hollarda og'riq sezish, qorin dam bo'lishi, quldirashidan shikoyat qiladilar. Ich ketadi, axlat bo'tqasimon yoki suyuq bo'ladi, axlatda hazm bo'lmagan ovqat bo'lakchalari bo'ladi.

Umumiy quvvatsizlanish, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, sovuq ter bosishi, oyoq-qo'llarning qaltirashi, taxikardiya, qon bosimining kollaps gacha tushib ketishi kuzatiladi. Ich ketishi kasallikning boshlanishida bo'lmasligi mumkin.

Surunkali enterit uchun xos belgilar V.P. O obrazsov tasvir-laganidek, quyidagilardan iborat: ko'richak quldirashi, paypaslab

ko‘rilganda yonbosh ichakning terminal qismida va kindik oldi sohasida og‘riq sezish. Qorin dam bo‘ladi, yurak sohasida yoqimsiz sezgi va og‘riq bo‘ladi, yurak urushi kuzatiladi. Teri oqargan, quruq, tarangligi kamaygan. Tirnoqlar xiralashadi, normal holatini yo‘qotadi, mo‘rt–sinuvchan bo‘lib qoladi. Organizmda vitamin B yetishmasligining yaqqol ko‘rinishi terida qichishish, sanchiq, chumoli yurgandek bo‘lishini sezish, oyoqlarning sovuq qotishi, oyoqlarda quvvat yo‘qligi seziladi.

Gipoproteinemiya natijasida oyoqlarda, belda, kamroq hollarda tananing boshqa qismlarida shishlar paydo bo‘ladi.

Tashxisi. Surunkali enteritga tashxis qo‘yishda kasallarni tekshirganda yuqorida ko‘rsatilgan belgilarni aniqlash va yordamchi usullar natijalari katta ahamiyatga ega. Axlat o‘zgarishi: polifekaliya, axlat rangi ko‘p hollarda oqish-sariq yoki ko‘kimtir, o‘zlashtirilmagan ovqat bo‘lakchalari, shilimshiq bilan keladi. Axlatni mikroskopda tekshirilganda ko‘p miqdorda muskul tolalari (kreatoreya), hujayradan tashqari kraxmal (amiloreya), neytral yog‘lar, yog‘ kislotalari (steatoreya) ko‘rinadi. Ingichka ichak shilliq qavatini aspiratsion biopsiya qilish muhim diagnostik ahamiyatga ega. Surunkali enteritning rentgen-diagnostikasi ingichka ichak devori tarangligini, peristaltikasini, shilliq qavati burmalarining buzilishini aniqlashga asoslangan.

Tasnifi. Hozirgi paytda surunkali enteritning tasnifi ko‘p. Ko‘p hollarda kasallikning 3 darajasi farqlanadi.

1-daraja ichak simptomlari keskin bo‘lmasligi bilan xarakterlanadi.

2-darajasida esa ichak funksiyasining buzilishi bilan bir qatorda modda almashinuvi ham biroz izdan chiqadi.

3-darajada ichakning hazm qilish va so‘rilish funksiyalari keskin buzilganligi sababli og‘ir metabolik o‘zgarishlar sodir bo‘ladi.

Aktivlik darajasiga qarab remissiya va xuruj (qaytalanish) davri farqlanadi. Asoratlari, ya'ni so'rilish funksiyasining buzilishiga qarab 3-darajaga bo'linadi.

Davolash, parvarishlash. Kasallikning o'tkir davrida kasal o'rnida qimirlamay yotishi kerak. 2–5-kun davomida 4-parhez taomlari iste'mol qilish tavsiya etiladi. Parhezning umumiy kaloriyasi 3500–4000 bo'lishi kerak. Berilishi mumkin bo'lmagan mahsulotlar quyidagilar: xom sabzovat va mevalar, qora non, sut, xamir ovqatlar, konservalangan mahsulotlar, o'tkir va tuzli taomlar, gazli ichimliklar, sovuq ovqat, qiyin eriydigan yog'lar, yong'oq, kishmish, pivo, spirtli ichimliklar. Ovqat oz-ozdan, iliq holda, kuniga 5–6 marta beriladi. Vitamin va oqsil preparatlari parenteral yo'l bilan ham kiritiladi.

Kasallikning infeksiyon turida 5–8 kun antibiotikoterapiya o'tkazgan ma'qul (tetratsiklin, vitatsiklin, oksitetratsiklin, xlor-tetratsiklin 0,1–0,2 g dan, levomitsetin 0,5 g dan, eritromitsin 200000TB kuniga 4 mahal suvli eritmada), sulfanilamidlar (ftalazol, sulgin 1–2 g dan 4–6 mahal, biseptol 1–2 g dan 2 mahal, disulformin 1 g dan 6 mahal).

Ichak mikroflorasini to'liq tiklash maqsadida kolibakterin, bifidumbakterin, bifikol 10 kun davomida 5 g dan 3 mahal kuniga beriladi.

Tana suvsizlanganda vena ichiga 5% li glukoza eritmasi yoki fiziologik eritma (kamida 500 ml), 20 yoki 40% li glukoza (30–40 ml) yuboriladi. Ich ketishi to'xtamasa imodium 1mg kapsulada 2–3 mahal berish lozim. Meteorizmga qarshi karbolen (0,5–1g dan 3–4 marta) ishlatiladi.

Kamqonlikda vitamin B12 va folat kislotadan tashqari, tarkibida temir saqlovchi dorilar, masalan, qaytarilgan temir beriladi 0,5–1 g dan, gemostimulin 0,6 g dan 3 mahal beriladi.

Profilaktikasi. Surunkali enteritning oldini olish choralari quyidagilardan iborat: ratsional ovqatlanish, toksindan zaharlar-

nishlarning (maishiy va sanoat) oldini olish, hazm a'zolari kasalligini o'z vaqtida davolash, ikkilamchi enteritlarning oldini olish.

Surunkali kolit – yo'g'on ichak shilliq qavatining distrofik o'zgarishlar bilan kechadigan yallig'lanishidir, bu o'z navbatida, yo'g'on ichakning shira ajratish, so'rilish va boshqa faoliyatlarining buzilishiga olib keladi.

Kolitni keltirib chiqaradigan sabablar quyidagilar:

1. O'tkir infeksiyalar: dizenteriya, qorin tifi, paratif, vabo, salmonelloz, viruslar va stafilokokkli kasalliklar. Stafilokokkli, streptokokkli, kandidamikozli disbakteriozlar. Bolalar kolibakterial enterokoliti.

2. Surunkali infeksiyalar: tuberkuloz, zahm, aktinomikoz, bezgak.

3. Ekzogen zaharlanishlar: qo'rg'oshin, simob, mishyak, alkogol, surgu dorilarni ko'p miqdorda iste'mol qilish, ishqorlar, kislotalar, fenol, zamburug'lardan zaharlanish.

4. Endogen zaharlanishlar: surunkali glomerulonefrit, uremiya, tireotoksikoz, Addison kasalligi, limfogranulematoz, jigar sirrozi.

5. Parazitar invazyalar: amyobalar, balantidiaz, lyamblioz, trixomanada, gijja invazyalari.

6. Alimentar kolitlar: dag'al ovqatlar iste'mol qilish, pishmagan meva va sabzavotlar yeyish. C – avitaminoz, alimentar distrofiya, Spru, pelagra, allergik dispepsiya.

7. Ikkilamchi kolitlar: oshqozon axiliyasida, pankreatitda, gepatitda.

8. Nevrozlar: o'ta ta'sirchanlik, bosh miya po'stlog'ining charchashi, asabning taranglashishi, shartli reflekslar buzilishi, o'ta charchash, nerv psixik shikastlanishlar, kontuziyalar, klimaks.

Klinikasi. Surunkali kolitning asosiy belgisi ich kelishining buzilishi, ich kelishiga soxta istak (tenezm) paydo bo'lishi hisob-

lanadi. Ich kelishida istak bir kunda 8–10 martagacha bo‘ladi, ba‘zan ich ketishi bilan qotishi almashinib turadi. Oz miqdorda bo‘tqasimon va suyuq najas massasining shilliq bilan ajralishi, ichak bo‘shaganda yengil tortish sezgisi yo‘qligi, yo badbo‘y yel chiqishi va alohida najas massasi bo‘lagi faqat shilliq bilan yoki qon aralash shilliq iplari bilan qoplangan. Yallig‘lanish to‘g‘ri ichakning seroz qavatiga tarqalsa, og‘riq turg‘un tus oladi, tez yurganda, silkinganda kuchayib, yotganda bosiladi. Ko‘pincha ko‘ngil aynishi, kekirish, og‘izda taxir ta‘m paydo bo‘lishi, qorin quldirashi bezovta qiladi.

Qorinni paypaslab tekshirilganda yo‘g‘on ichakning yallig‘langan joyi sohasida og‘riq, mushaklar tarangligi, ichakning to‘liq kengaygan sohalari va toraygan joylari almashinuvi, quldirash aniqlanadi.

Kechishining og‘ir-yengilligiga qarab kolitlar 3 ta asosiy turga ajratiladi:

1. Yengil turi, kam ko‘rinadigan belgilar bilan yuzaga chiqadi. Bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli bo‘ladi.

2. Og‘ir turida yaqqol ko‘rinadigan obyektiv va subyektiv o‘zgarishlar paydo bo‘ladi.

3. Kolitning o‘rtacha og‘irlikdagi turining ko‘p ko‘rinishlari bor: biri yengil turiga, ikkinchisi og‘ir turiga yaqin bo‘ladi. Kolitning o‘rtacha og‘ir turi–subyektiv va obyektiv o‘zgarishlarning birmuncha ko‘rinishi bilan ifodalanadi.

Najas tekshirilsa, shilliq leykotsitlar, to‘la parchalanmagan klechatka va kraxmal topiladi.

Rentgenologik tekshiruv (irrigoskopiya) ichak faoliyati buzilganini ko‘rsatadi. Rektoromanoskopiya, sigmoidoskopiya, kolonoskopiya, shilliq pardada morfologik o‘zgarishlar borligini aniqlashga yordam beradi.

Endoskopiya yordamida shilliq, yiring olinib, gistologik usulda tekshiriladi.

Davolash, parvarishlash. Surunkali kolitni davolash umumgigiyenik rejim, parhez, medikamentoz, sanatoriya va kurortlarda davolanishni o'z ichiga oladi. Shifoxonada davolash muddati o'rta hisobda 18–20 kun, ambulator sharoitda 10–14 kun.

Dori-darmonlar bilan davolashdan maqsad: etiologik omilga qarshi kurashish, organizm qarshiligini kuchaytirish, yallig'langan yo'g'on ichakka tinchlik berish, patologik jarayonga qo'shilgan boshqa a'zolarga ta'sir qilish.

Ko'p hollarda kolit infeksiya natijasida kelib chiqishini e'tiborga olgan holda antibiotiklar bilan davolash kerak.

Mahalliy davolash: ichakni chayish, dori-darmonli huqnalar, vannalar.

Gastroentokolit – me'da va ichaklarning yallig'lanishidir. Surunkali enterit–ingichka ichakning, kolit esa yo'g'on ichakning yallig'lanishi. Ular, ayniqsa kolitlar, hazm sistemasining ko'p uchraydigan patologiyasidir.

Ingichka ichakdagi yallig'lanish jarayonlarini yo'g'on ichakdagi shunday jarayonlardan qat'iy chegaralab qo'yishga urinish hamisha o'zini oqlayvermaydi, chunki jarayon surunkali kechayotganda unga hamma ichaklar ozmi-ko'pmi darajada albatta tortiladi.

Organizm og'ir metallar, ishqorlar, spirt bilan zaharlanishi, kasallik qo'zg'atuvchi virus va bakteriyalar ta'siri, ovqatlanish rejimining buzilishi, ovqatdan yoki doridan yuzaga keladigan allergiya va boshqalar sabab bo'ladi. Ko'pincha, bakteriyalardan zaharlanish natijasida ro'y beradi. Me'da shirasi tarkibida kislota miqdorining kamayishi, organizmda vitaminlar yetishmasligi, jismonan zo'riqish kabi omillar gastroenterokolitga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallik to'satdan boshlanadi, bemorning ko'ngli aynib, to'xtovsiz qayd qiladi, ichi ketadi, qorin og'rib quldiraydi, ishtahasi yo'qoladi. Ba'zan organizmning zaharlanish

belgilari ham qo‘shiladi: boshi og‘rib, harorati ko‘tariladi, og‘irroq kechganda yurak-tomir faoliyati buziladi, jigar va taloq kattalashadi, quvvatsizlik, hushdan ketish hollari kuzatiladi. O‘tkir gastroenterokolit to‘la-to‘kis davolanmasa, surunkali tus olib gastrit, kolit kabi asoratlar qoldirishi mumkin. O‘tkir gastritning ilk bor simptomlari paydo bo‘lishi bilan darhol shifokorga murojaat qilish kerak.

Davolash, parvarishlash. Kasallik qo‘zigan davrda bemorni kasalxonaga yotqizish, parhez bilan davolashga katta ahamiyat berish, dori-darmonlar bilan davolashda: antibakterial preparatlar, hazm fermentlari, vitaminlar qo‘llash, fizioterapevtik muolajalar o‘tkazish, dispanser kuzatuvida bo‘lish lozim.

Profilaktikasi. O‘tkir yuqumli ichak va parazitlar kasalliklar, hazm organlarining toksidan zaharlanish va boshqa patologiyalarning oldini olish va davolash, jarayonning avj olish, qo‘zish va asoratlarning oldini olish uchun yaxshi davo qilish, to‘g‘ri rejim va sifatli ovqatlanishga va boshqa umumgigiyenik choralarga amal qilishdan iborat.

Parvarishi. Tibbiyot hamshirasi ichak kasalliklari bo‘limida shifokor yordamchisi va aholi orasida ichak infeksiyalarining profilaktikasi bo‘yicha tibbiy bilimlar targ‘ibotchisi sifatida ham faol ishtirok etadi. Ichak yo‘llari kasalliklari bilan kasallangan bemorlarga davo qilishning muhim shartlariga to‘g‘ri parhez rejimini tayinlash, og‘iz bo‘shlig‘ini parvarish qilish kiradi. Axladini tutolmaydigan, og‘ir yotgan bemorlarning tagi tez-tez yuvib turiladi, o‘rin-ko‘rpa va ich kiyimlarining tozaligi doimo nazorat qilinadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Ovqat hazm qilish a‘zolari anatomo-fiziologik xususiyatlarini gapirib bering.
2. Me‘da va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligining klinik belgilarini gapirib bering.
3. Me‘da yarasidan qon ketganda hamshira taktikasi.

4. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarida parhezning ahamiyati.
5. Profilaktika chora-tadbirlari haqida so'zlab bering.
6. Enterit va kolit kasalliklarining belgilarini sanab bering.
7. Enterit va kolit kasalliklarining profilaktikasi.
8. Gastroenterokolit kasalligining klinikasini gapirib bering.
9. Ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni parvarishlashning muhim jihatlarini sanab bering.

2.8. Jigar kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Jigar va o't yo'llarining tuzilishi va vazifalari. Jigar o'ng qovurg'alar osti sohasida joylashgan bo'lib, bir qismi chap qovurg'alar ostiga o'tib boradi. Qavariq bo'ladigan ustki yuzasi diafragma va qorinning oldingi devoriga taqalib turadi. Orqa va botiq bo'ladigan pastki qismi o'ng buyrak, buyrak usti bezi va ichaklarga taqalgan. Jigarni asosan qorin ichki bosimi mana shu holatda ushlab turadi. Boylam apparatining ahamiyati katta emas. Jigar elastik bo'lganidan o'z harakatida qorin ichki bosimiga bo'ysunadi hamda nafas chiqarish va nafas olishga qarab diafragma bilan birga yuqori ko'tariladi yoki past tushadi. Jigarning pastki cheti o'ng qovurg'alar osti ravog'idan o'tadi. Mana shu chetida ikkita o'ymasi bor, o't pufagining tubi shularning birida turadi. Qorin pardasi ostida jigar qo'shimcha fibroz parda – glisson kapsulasi bilan qoplangan.

Jigar to'qimasi jigar hujayralaridan tashkil topgan, bular bir-biri bilan qo'shilib, jigar to'sinlarini hosil qiladi. Jigar to'sinlari bir-biri bilan qo'shilib, jigar bo'lakchalarini tashkil etadi. Jigar bo'lakchalarini biriktiruvchi to'qima pardalari bir-biridan ajratib turadi. Jigar hujayralari orasidan o't kapillarlari o'tadi, bular biri ikkinchisiga quyilib, bo'lakchalararo o't yo'llarini hosil qiladi. O't yo'llari bir-biri bilan qo'shilib jigar yo'li (*ductus hepaticus*)ga aylanadi. Jigar yo'li bilan o't pufagining chiqarish yo'li (*ductus cysticus*) birga qo'shilib, umumiy o't yo'li (*ductus choledochus*)ni

hosil qiladi, mana shu umumiy o't yo'li me'da osti bezining yo'li bilan yonma-yon o'n ikki barmoq ichakka quyiladi. Uning quyilish joyida fater so'rg'ichi (o'n ikki barmoq ichakning katta so'rg'ichi) bor. Bo'lakchalar ichidagi kapillarlar, endoteliydan tashqari, retikulyar hujayralar (jigarning kopfer hujayralari) bilan qoplangan. Bu hujayralar retikuloendotelial tizimga mansub bo'lib, yuksak fagotsitar aktivlikka ega va mikroorganizmlar hamda turli zararli moddalarni yutib turadi.

Jigarda qon aylanishi boshqa organlardagidan shu bilan farq qiladiki, jigarga qon jigar arteriyasidan kelib turishidan tashqari, qopqa venasidan ham kelib turadi. Me'da, ichak, me'da osti bezi, ichak tutqich va qorin pardasining venoz qoni qopqa vena orqali jigarga keladi. Jigar ichida qopqa vena tarmoqlarga bo'linib, bo'lakchalararo venalarga aylanadi, bular kapillarlarga bo'linadi. Qopqa vena kapillarlari bilan jigar arteriyasining kapillarlari kapillarlar turini hosil qiladi, bir-biri bilan birikib, pastki kavak venaga quyiluvchi jigar venalarini hosil qiladigan markaziy venalarga qon shu kapillarlar to'ridan o'tadi.

Shunday qilib, jigar me'da-ichak yo'lidan yurakka qarab qon o'tib turadigan yo'lda joylashgandir. Me'da-ichak yo'lga so'rilib o'tgan oziq moddalar avval jigarga kelib, unda murakkab bioximiyaviy o'zgarishlarga uchraydi va shundan keyingina umumiy qon aylanish doirasiga tushadi.

O't pufagi o't, ya'ni safro quyuq tortib, saqlanib turadigan organdir. Uning hajmi 60–70 ml ni tashkil etadi. O't pufagi devorida silliq muskul tolalari bor, bular adashgan nervdan keladigan impulslar ta'siri ostida qisqarib, o't pufagida turgan o'tni o'n ikki barmoq ichakka haydab chiqaradi. Impulslar me'da va o'n ikki barmoq ichakka ovqat tushganida yuzaga keladi. Simpatik nerv o't pufagi devorini, aksincha, bo'shashtiradi. O't pufagi o'tdan suvni so'rib olish xususiyatiga ega, shunga ko'ra o't quyuqlashib borishi mumkin, shuning uchun ham pufakda o't

to'q rangli va quyuq bo'lib qoladi. O't tarkibida o't pigmentlari, asosan bilirubin, o't kislotalari va xolesterin bo'ladi. Bir kecha-kunduz davomida ichakka 1 l atrofida o't ajralib chiqadi.

Jigar organizmda juda muhim funksiyalarni bajaradi. I. P. Pavlov iborasi bilan aytganda, u inson organizmining «bosh laboratoriyasidir». Jigar sekretor, almashinuv va antitoksik funksiyalarni ado etib boradi. U o't ishlab chiqaradi (sekretor funksiyasi), bu o't qisman o'n ikki barmoq ichakka, qisman o't pufagiga tushib turadi. O't ovqat hazmi va ichakdan yog'larning so'rilishi jarayonlarida muhim rolni o'ynaydi.

Jigarning moddalar almashinuvidagi funksiyasi juda xilma-xildir. Uglevodlar, oqsillar va yog'lar hazmidan hosil bo'ladigan mahsulotlar me'da-ichak yo'lidan jigarga o'tib, murakkab bioximiyaviy o'zgarishlarga uchraydi. Oddiy uglevodlar (glukoza, fruktoza)dan jigarda glikogen hosil bo'ladi, zaruriyat tug'ilganida, masalan, jismoniy ish vaqtida u yana glukozaga aylanadi.

Jigarda me'da-ichak yo'lidan o'tgan aminokislotalardan oqsillar hosil bo'lib turadi. Aminokislotalarning bir qismi esa qayta ishlanib, glukozaga aylanadi. Albuminlar, fibrinogen, protrombin jigarda hosil bo'ladi. Albumin hosil bo'lishi izdan chiqqanida badanga shish keladi, protrombin bilan fibrinogen hosil bo'lishi buzilganda esa qon ketadigan bo'lib qoladi. Jigarda aminokislotalardan mochevina ham hosil bo'lib turadi.

Yog'lar o't kislotalari ishtirokida hazm bo'ladi va ichakda so'riladi. Jigar yetishmovchiligida yog' kislotalarning parchalanishi oxirgi bosqichiga qadar yetib bormasdan, balki keton tanalari (aseton, asetosirka va boshqa oksimoy kislotalari) bosqichida turib qoladi. Jigarda xolesterin hosil bo'lib turadi; jigar yetishmovchiligida qondagi xolesterin miqdori ancha kamayib ketadi.

Jigar A, C, D, E hamda B guruh vitaminlarining yig'ilib turadigan joyi (deposi) bo'lib xizmat qiladi. Qonning ivish

jarayonida muhim rol o'ynaydigan vitamin K jigarda hosil bo'ladi.

Jigarning antitoksik funksiyasi shundan iboratki, mikroblar, shuningdek yo'g'on ichakda oqsillar chirishida hosil bo'ladigan zaharli moddalar jigarda ushlanib qoladi. Organizmga tashqaridan yuborilgan zaharli moddalar, shuningdek dori vositalari ham jigarda zararsizlantiriladi. Zaharli ta'sir ko'rsatadigan ammiak jigarda mochevinaga aylanadi.

Klinik holat va simptomlar. Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda quyidagi simptomlar paydo bo'ladi: 1) og'riq; 2) badan qichishuvi; 3) badan terisi va shilliq pardalarning sarg'ish bo'lib qolishi; 4) dispepsik o'zgarishlar; 5) markaziy nerv sistemasiga aloqador buzilishlar. Bundan tashqari, mana shu kasalliklar paytida quyidagi sindromlar (simptomokomplekslar) yuzaga keladi: 1) sariqlik; 2) portal gipertoniya; 3) gepatolienal sindrom; 4) jigar yetishmovchiligi sindromi.

Jigar va o't yo'llari kasalliklari vaqtida bo'ladigan og'riqlar jigar tez kattalashib borishi munosabati bilan glisson kapsulasining cho'zilib ketishi, jigarni qoplab turgan qorin pardasining yallig'lanishi, o't pufagi yoki o't yo'llarining ancha cho'zilishi, shuningdek spastik ravishda tortishib (qisqarib) turishidan kelib chiqishi mumkin. Og'riqlar odatda o'ng qovurg'alar ostida seziladi va har xil darajada bo'lishi – og'irlik sezilib turishidan tortib juda og'ir sanchiq xurujlarigacha bo'lishi mumkin.

Badan terisi va ko'zga ko'rinib turadigan shilliq pardalarning sarg'ish tusga kirib qolishi, shuningdek badan terisining qichishib turishi jigar kasalliklarida ancha ko'p kuzatiladi. Badanning qichishib turishi qonda o't kislotalari to'planib qolishiga bog'liq, bu kislotalar teriga o'tib, sezuvchi nervlarni ta'sirlantiradi.

Gepatobiliar sistemasi kasallangan bemorlar ko'pincha ko'ngli aynab, havo bilan va achchiq kekiradi, og'zi taxir bo'lib, qurib turadi, ishtahasi pasayib ketadi. Qorinning dam bo'lib turishi

va kattalashib ketishi (istisqo-assit) muhim simptom bo'lib hisoblanadi.

Markaziy nerv sistemasining buzilishiga xos simptomlar (bosh og'rig'i, qo'zg'alish, uyqusizlik, alahlash) ko'pincha og'ir intoksikatsiya (gepatargiya) mahalida paydo bo'ladi. Shu darajadagi intoksikatsiya ko'pincha jigar komasiga aylanib ketadi.

Sariqlik jigar va o't yo'llari kasalliklarida uchraydigan xarakterli sindromdir. U qon va to'qimalarda bilirubin ortiqcha miqdorda bo'lishi tufayli paydo bo'ladi. Sariqlikda badan terisining rangi limon tusidan to unniqib ketgan zahil-sariq tusgacha boradi. Sariqlikning yengil shaklida faqat ko'z oqi (skleralar) sarg'ish bo'lib turadi, subikteriklik deb shunga aytiladi. Sariqlikning uch tipi tafovut qilinadi: 1) jigardan pastga (mexanik); 2) jigarga (parenximatoz); 3) jigardan yuqoriga aloqador (gemolitik) sariqlik. Sariqlik tipini aniqlash diagnostik jihatdan katta ahamiyatga ega.

Jigardan pastga aloqador (mexanik) sariqlik umumiy o't yo'lini o'sma bosib qo'yishi; o'sha yo'lni tosh, kattalashib ketgan limfa bezi bekitib qo'yishi tufayli paydo bo'ladi va hokazo. O't odatdagicha ishlanib chiqaveradi-yu, lekin o'n ikki barmoq ichakka odatdagicha tusholmay qoladi. U jigar yo'llarida to'planib boradi, o't kapillarlarini yorilib, o't qon bilan limfaga o'tadi. Qondagi konyugatsiyalangan bilirubin miqdori tez ko'payib, skleralar, yumshoq tanglay va badan terisi sarg'ish tusga kiradi. Siydik rangi to'qlashib, qora pivo rangidek bo'lib qoladi. Ichakka o't tushmay qo'rganligidan axlat rangi yo'qolib, gilvata tusiga kiradi. Bemorlarni badan qichishuvi behalovat qiladi. Qonda o't kislotalari anchagina to'planib qolganida puls siyraklashib, arterial bosim pasayib ketadi, ekstrasistoliya paydo bo'ladi. Xolemiya uzoq davom etganida odam ozib ketadi, bu – ichakka o't tushmay qo'rganiga bog'liq bo'ladi. Ichakka o't tushmay qo'yishi ichak va me'da osti bezi fermentativ faoliyati hamda

ovqat soʻrilishining buzilishiga olib keladi. Mexanik sariqlik uzoq davom etganida xolestaz jigarda organik kasalliklar (biliar sirroz) boshlanib, jigar funksiyalari buzilishiga sabab boʻladi.

Jigarga aloqador (parenximatoz) sariqlik shuning natijasida paydo boʻladiki, zararlangan jigar hujayralari, ular bilan birgalikda esa oʻt kapillarlari ham bilirubinni oʻt yoʻllariga emas, balki toʻgʻridan toʻgʻri qonga chiqarib turadi. Parenximatoz sariqlik Botkin kasalligi, aktiv surunkali gepatitlar, jigar sirrozlarida koʻriladi. Qondagi konyugatsiyalangan va erkin bilirubin miqdori koʻpayib ketadi. Axlat kasallik avjiga chiqqan mahaldagina rangsizlanadi; jigar funksiyalari asliga kela boshlagan sari oʻn ikki barmoq ichakka oʻt oʻtib, axlatga rang kira boshlaydi.

Jigarga aloqador sariqlik jigarning almashinuv funksiyalari (uglevodlar, yogʻlar, oqsillar almashinuvidagi funksiyalari), shuningdek antitoksik funksiyasi buzilishi bilan birga davom etib boradi.

Gemolitik sariqlik eritrotsitlar parchalanishi va koʻp miqdorda erkin bilirubin hosil boʻlishi tufayli yuzaga keladi. Bilirubin anchagina hosil boʻlib turishiga qaramay, qondagi miqdori uncha koʻp boʻlmaydi. Sababi shuki, bilirubinning deyarli hammasi ichakka oʻtib turadi (jigar va oʻt yoʻllari shikastlanmagan boʻladi). Pufakdan chiqadigan oʻt qora rangli boʻladi. Axlat rangi toʻq. Siydikda bilirubin boʻlmaydi. Shunday qilib, gemolitik sariqlikda oʻt kislotalari ushlanib qolmaydi, badan qichishuvi va bradikardiya boʻlmaydi, siydikda bilirubin miqdori koʻpaymaydi, oʻn ikki barmoq ichak suyuqligi va axlat rangsizlanmaydi, badan terisining sargʻayishi esa unchalik koʻp boʻlmaydi.

Portal gipertoniya – qopqa vena sistemasida qon bosimining koʻtarilib ketishidir. Bunday hodisa mexanik toʻsiqlar (jigarda yalligʻlanish yoki degenerativ oʻzgarishlar, qopqa venasida tromblar, jigarda oʻsma yoki metastazlar) borligi tufayli qopqa venadan qon oqib ketishi qiyinlashib qolgan mahallarda yuzaga keladi. Qopqa venasida qon bosimi shu qadar koʻtarilib ketadiki,

bu narsa venoz kollaterallar va assit (istisqo) paydo bo'lishiga olib keladi. Kollaterallar (anastomozlar) qopqa venasi sistemasining o'zi bilan ustki va pastki kovak vena tarmoqlari o'rtasida vujudga keladi. Anastomozlar ko'pincha: 1) me'da va qizilo'ngach venalari orqali; 2) kindik venalari sistemasi orqali; 3) gemorroidal venalar orqali yuzaga keladi. Portal gipertoniya qorin bo'shlig'i organlarida qon dimlanib qolishiga olib boradi, shu munosabat bilan taloq kattalashib ketadi. Me'da bilan ichakda qon dimlanib qolishi shu organlar sekretor va so'rish funksiyalarining buzilishiga olib keladi.

Gepatoliyenal (jigar bilan taloqqa doir) sindrom jigar bilan taloqning kattalashib ketishidir; jigar raki va sirrozida jigar juda kattalashib ketishi mumkin (gepatomegaliya). Jigar kattalashuvi, odatda, taloqning ham kattalashib ketishiga, ya'ni gepatoliyenal sindrom paydo bo'lishiga olib kelad. Bu organlarni bir-biriga payvasta qiladigan narsa tuzilishida o'xshashlik borligidir; retiluoendotelial to'qimasining ko'pligi, ikkala organ tomirlari o'zanining kengligi va qonning sekin oqib turishi shu jumladan.

Jigar yetishmovchiligi sindromi markaziy nerv sistemasiga aloqador o'zgarishlarni – uyqusizlik, kayfiyat-ruhiyatning o'zgarib turishi, ba'zi funksiyalarning buzilishini, shuningdek jigar kasalliklarida uchraydigan gemorragik diatez, ya'ni salga qon ketadigan bo'lib qolish hodisasini o'z ichiga oladi. Salga qon ketadigan bo'lib qolish hodisasi quyidagilarga bog'liq: 1) qon ivish jarayonida bevosita ishtirok etadigan protrombin bilan fibrinogenning jigarda hosil bo'lib turishining buzilishiga; 2) kapillarlar o'tkazuvchanligi kuchayib ketishiga; 3) avitaminoz, avvalo qonning ivishida ishtirok etadigan vitamin K avitaminoziga. Jigar yetishmovchiligi sindromi paydo bo'lganida jigar komasi boshlanib qolishi mumkin.

Obyektiv tekshirish. Bemorni kunduz kuni ko'zdan kechirib ko'rish kerak. Badan terisi va ko'rinadigan shilliq pardalarni

koʻzdan kechirishda sariqlik bor-yoʻqligiga ahamiyat bermoq zarur. Sariqlik koʻz oqi (sklera) va qattiq tanglay shilliq pardasida hammadan ilgari paydo boʻladi. Jigari kasal bemorlarda koʻpincha badan terisi qichishib turadi va qashlayverish natijasi oʻlaroq badanida tirnalgan joylar boʻladi. Bundan tashqari, bemorni koʻzdan kechirishda badanida qontalash boʻlib qolgan joylar bor-yoʻqligiga ahamiyat beriladi. Qorin terisi koʻzdan kechirilganida oldingi qorin devorida, ayniqsa kindik atrofida venoz anastomozlarni topish mumkin, bu joyida koʻpincha kengayib ketgan venalar koptok-koptok boʻlib, «meduza boshi» shakliga kirib qoladi. Boʻyin, yuz, yelka, orqa, qoʻl panjalarida tomir yulduzchalari boʻlishi koʻp uchraydigan belgidir. Portal qon aylanishining izdan chiqishi assit-istisqo paydo boʻlishiga olib keladi, bunda koʻpincha kindik boʻrtib chiqib turadi. Qoʻl kaftlarining qip-qizarib turishi (giperemiya), tirnoqlar oʻzgarishi, erkaklarda koʻkrak bezlarining kattalashib ketishi (ginekomastiya) ham koʻriladi.

Jigarni tukullatib (perkussiya qilib) koʻrish katta-kichikligi va chegaralarini bilib olishga imkon beradi. Odatda, jigardan absolyut boʻgʻiq tovush chiqadigan joyning ustki va pastki chegaralari aniqlanadi. Ustki chegarasi oʻng oʻpkaning pastki cheti turadigan joyga toʻgʻri keladi. Uni aniqlash uchun sekin perkussiya qilib koʻriladi. Xuddi oʻng oʻpkaning pastki chegaralarini aniqlashda qilinganidek, yuqoridan pastga tomon perkussiya qilib tushiladi. Jigardan absolyut boʻgʻiq tovush chiqadigan joyning ustki chegarasi meʼyorda koʻkrak yoni chizigʻi boʻylab VI qovurgʻaning ustki cheti, oʻrta oʻmrov chizigʻi boʻylab VI qovurgʻa va oʻng tomondagi oldingi qoʻltiq osti chizigʻi boʻylab VII qovurgʻada joylashgan boʻladi.

Jigardan absolyut boʻgʻiq tovush chiqadigan joyning pastki chegarasini aniqlash uchun yuqorida aytib oʻtilgan chiziqlar va oldingi oʻrta chiziq boʻylab va nihoyat darajada sekin qilinadigan

perkussiya yoki Obrasov-Strajesko metodiga muvofiq bir barmoq bilan qilinadigan perkussiyadan foydalaniladi. Perkussiyani bemorni yotqizib qo'yib, qorinning o'ng yarmi sohasidan boshlanadi. Zarb tushgan mahaldagi timpanik tovush bilinib turadigan bo'lishi uchun plessimetr-barmoq kindik damiga yoki pastroqqa qo'yiladi. So'ngra plessimetr-barmoq asta-sekin yuqori surilib, timpanik tovush absolyut bo'g'iq tovushga aylanadigan joy chegarasigacha boriladi. Plessimetr-barmoqning pastki qirg'og'i bo'ylab belgi qo'yib olinadi. Jigarining chap bo'lagi chegarasini aniqlash uchun plessimetr-barmoq VIII–IX qovurg'alar damida chap qovurg'alar ravog'i chetiga qo'yiladi va timpanik tovush bo'g'iq tovushga aylanguncha qovurg'alar ravog'i cheti tagidan o'ngga tomon perkussiya qilib boriladi. Belgi plessimetr-barmoq chap qirg'og'i bo'ylab olinadi (chegaradan o'rta chiziqqacha bo'lgan masofa santimetr lar hisobida o'lchanadi).

Jigardan absolyut bo'g'iq tovush chiqadigan joyning pastki chegarasi me'yorda o'ng tomondagi oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab olganda X qovurg'a bo'ylab, o'rta-o'mrov chizig'idan olganda – o'ng tomondagi qovurg'alar ravog'ining pastki cheti bo'ylab, o'ng ko'krak yoni chizig'idan olganda – o'ng tomondagi qovurg'alar ravog'idan 2 sm pastdan, oldingi o'rta chiziqdan olganda – xanjarsimon o'simtadan 4–6 sm pastdan, chap tomondagi ko'krak oldi chiziqdan olganda chap qovurg'a ravog'ining pastki cheti bo'ylab o'tadi. Jigardan bo'g'iq ovoz chiqadigan joy balandligi (jigar ustki va pastki chegaralarining tegishli ikki nuqtasi o'rtasidagi masofa) me'yorda o'ng tomondagi ko'krak oldi chizig'idan hisoblaganda 8–10 sm ni, o'ng tomondagi o'rta-o'mrov chizig'idan hisoblaganda 9–11 sm ni, o'ng tomondagi oldingi qo'ltiq osti chizig'idan hisoblaganda 10–12 sm ni tashkil etadi.

Jigar bilan o't pufagi bemorni tik turgizib yoki chalqanchasiga yotqizib qo'yilgan holda paypaslab ko'riladi (palpatsiya). Tekshiruvchi kishi bemorning o'ng tomoniga o'tiradi. Jigarni

palpatsiya qilinganda katta-kichikligi, konsistensiyasi (yumshoq-qattiqligi), oldingi chetining olgan holati, sezuvchanligi aniqlanadi. Palpatsiya mahalida barmoqlar qorin bo'shlig'iga chuqur botirilmaydi (ichak palpatsiyasidagi singari), chunki organ qo'l harakatidan emas, balki nafas vaqtida o'zi so'rilib turishi natijasida qo'lga unnaydi. Qorin muskullari imkoni boricha bo'shashtirilgan, qorin bilan chuqur nafas olingan vaqtda, qo'llarni bosmasdan turib paypaslab ko'riladi.

O'ng qo'l kafti bilan qovurg'a ravog'idan pastroqda qoringa qo'yiladi. Chap qo'lning kafti va to'rt barmog'i o'ng bel sohasiga qo'yiladi, shu qo'lning bosh barmog'i bilan esa yon va oldingi tomondan qovurg'a ravog'iga bosiladi. Har safar nafas chiqarilib, qorin devori bo'shashgan mahalda o'ng qo'l bilan jigar paypaslab ko'riladi (palpatsiya). Nafas olish vaqtida jigar past tushib, avval barmoqlarga yaqinlashib keladi va barmoqlarni aylanib o'tib, ular tagidan sirg'alib chiqadi. Sog'lom odamlarda jigar cheti (qirrasi) o'rta-o'mrov chizig'i bo'ylab olganda qovurg'a ravog'i yonida qo'lga unnaydi: u o'tkir, yumshoq, kam sezuvchan bo'ladi.

Jigar kattalashib ketganida qirrasi qovurg'a ravog'idan pastda qo'lga unnaydi. Venoz qon dimlanib qolganida jigar qirrasi dumaloqlashib, zich bo'lib qoladi, bezillab turadi, sirrozda notekis va juda qattiq, zich; o'sma bor mahalda zich va g'adirbudur bo'ladi. O't pufagi sog'lom odamlarda qo'lga unnamaydi. O't turib, dimlanib qolganida, u jigar qirrasi ustida turgan oval tana ko'rinishida qo'lga unnaydi.

Rentgenologik: rentgenografiya, rentgenoskopiya, xolesistografiya, xolangiografiya. *Jigarni punksiya biopsiyasi va laporoskopiya.* Jigar rakiga shubha bo'lganda va ko'payib boruvchi sariqlikda o't qopini tekshirish uchun o'tkaziladi. *Duodenal zondlash.* O't qopi va o't yo'llari holatini tekshirish uchun o'tkaziladi.

Laboratoriya metodi. Qonning biokimyoviy tekshiruvi.

Davosi. Medikamentoz davu. (Diyetoterapiya) parhez bilan davolash.

Hamshiralik parvarishi. Sariqlik. Hamshira teri va shilliq qavatlarining rangini diqqat bilan kuzatib boradi, shuningdek bemor axlati va peshobi rangiga ham e'tibor beradi. O'zining kuzatganlari haqida hamshira davolovchi shifokorga axborot berib turishi kerak, chunki teri va chiqindilar rangining o'zgarishi muhim tashxisiy ahamiyatga ega. Hamshira bemordan och qoringa bilirubin miqdorini aniqlash va boshqa jigar sinamallari uchun qon oladi.

Sariqlikda barcha bemorlarga yotoq rejimi buyuriladi. Asosan tarkibida yetarli darajada oqsillar, uglevodlar, vitaminlar saqlangan parhezga amal qilinadi. Bemorda har kuni o'zida jigar funksiyasini normallashtirish uchun kerak bo'ladigan aminokislotalar – metionin va sistein saqlagan tvorogdan 200–300 g berish tavsiya etiladi. Yog' miqdori 60 gr gacha chegaralanadi, bu miqdor sariyog' va o'simlik yog'idan tashkil topgan bo'lishi kerak. Alkogol iste'mol qilish qat'iy man etiladi. Bemor kun davomida 1500 ml gacha suyuqlik qabul qilishi kerak. Kechiktirib bo'lmaydigan yordam, sariqlikni keltirib chiqargan asosiy kasallik xarakteriga bog'liq bo'ladi.

Og'riq. Og'riqda parvarish qilishda og'riqning xarakteri va joylashuvini, og'riq paydo bo'lish sababini aniqlash, bemorga o'rnida qulay vaziyat yaratib berish lozim. Uzoq davom etuvchi og'riqlarda darhol shifokorga xabar berish lozim. Hattoki qorinda kuchli og'riq bo'lganda ham, hamshira shifokor buyrug'isiz og'riq qoldiruvchi vosita, ayniqsa narkotik vositalarni berishi mumkin emas. Qorindagi og'riq sababi aniqlanmagunicha va shifokor tavsiyasisiz isitgichdan foydalanish, bemorga ichakni bo'shashtiruvchi dori berish, huqna qo'yish mumkin emas. Qorin bo'shlig'i organlarida kechiktirib bo'lmaydigan jarrohlik yordami talab qiluvchi ko'pgina o'tkir kasalliklarida shifokor

ko'rsatmasisiz yuqoridagi muolajalarni o'tkazish kasallik kechishini og'irlashtirishi va turli asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Dispeptik sindrom. Ishtaha yomonlashuvida imkoni boricha ovqat turlari xilma-xilligini ko'paytirish va ovqatni isitilgan holda berish lozim. Stol ozoda va chiroyli bezatilishi kerak. B guruh vitaminlari yaxshi ta'sir ko'rsatadi.

Ko'ngil aynishi va qayt qilish me'da muskulaturasini qarshi peristaltikasi hisobiga yuzaga keladi. Qusish vaqtida hamshira bemor yonida bo'ladi, unga kerakli yordamni ko'rsatadi, lotok yoki tog'ora beradi, boshini ushlab turadi. Qusuq massalarini ko'ruvdan o'tkazishi lozim. Qusishdan so'ng hamshira bemorga og'iz bo'shlig'ini chayishga yordam beradi yoki og'ir bemorlarda o'zi bajaradi.

Havo bilan kekirish – asosan ovqatlanayotgan paytda hamshira bemorga ovqatni asta-sekinlik bilan yaxshilab chaynashni, ovqat paytida o'qimaslik, gaplashmaslik, ovqatni kichik porsiyalar bilan yeyishni tavsiya etadi.

Hamshira ichaklarni vaqtida bo'shalishini, axlat xarakteri, konsistensiyasi, rangini kuzatib borishi kerak. Agar axlat ozgina bo'lsa-da qora moy xarakteriga egaligiga shubha bo'lsa, hamshira bemorni o'rniga yotqizishi va davolovchi shifokorga axlatni ko'rsatishi shart. Axlat xarakterining o'zgarishi haqida, ya'ni uning tezlashishi, shilliq, yiring va qon tomchilarining paydo bo'lganligini hamshira darhol shifokorga aytishi lozim. Qabziyatda avvalo peristaltikani kuchaytiruvchi taomlar: qaynatilgan sholg'om, qora olxo'ri, xom olma, och qoringa 1 stakan sovuq suv tavsiya qilinib, ichak faoliyati yaxshilanadi. Taom qaynoq bo'lmasligi kerak.

Teri belgilari. Sariqda azob beruvchi qichimani issiq dush qabul qilish bilan, terini 1% li mentol yoki salitsil spirti bilan artib, antigistamin preparatlar (dimedrol, pipolfen) qabul qilishi

bilan yengillatish mumkin. Nosteroid teri qichimasi bo'lgan bemorlarda qo'l tozaligiga e'tibor berish lozim, qichiganda teriga yiringli infeksiya tushishini oldini olish uchun tirnoqlarni vaqtida olib turish lozim.

Assit. Assitda suyuqlik qabul qilish chegaralanadi, shu bilan bir vaqtda osh tuzining sutkalik dozasini 4–5 g gacha kamaytiriladi. Ba'zan assit kuchayib borganda qorin bo'shlig'i punksiyasi o'tkaziladi. Hamshira muolaja o'tkazishda shifokorga yordam beradi. Kerakli jihozlarni va medikamentlarni tayyorlaydi, punksiyadan oldin siydik qopini bo'shatganligini nazorat qiladi. Punksiyadan so'ng bemor yotoq rejimida bo'lishi zarur. Jigar kasalliklarida davolash maqsadida ichishga sirop holda, tomchilab huqnada, teri ostiga va vena ichiga ko'pgina miqdorda glukoza yuboriladi. Glukoza yaxshi o'zlashtirilishi uchun bir vaqtda teri ostiga 8 TB insulin yuboriladi. Insulin yuborganda, uning qonidagi qand miqdorini pasaytirib, gipoglikemik reaksiya belgilarini (quvvatsizlik, terlash, tanada titroq) keltirib chiqarishi mumkinligini esda tutish kerak. Shuning uchun insulin yuborgandan so'ng bemorni albatta ovqatlantirish, agar gipoglikemiyaning belgilari paydo bo'lsa, 2–3 bo'lak qand berish, 20 ml 40% li glukoza eritmasini vena ichiga yuborish va shifokorni chaqirish kerak.

Jigar kasalliklarini davolashda diyetoterapiya katta ahamiyatga ega. Jigar kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni davolashda sedativ vositalar, ichni bo'shashtiruvchi preparatlar, spazmolitiklar, o't haydovchi preparatlar, vitaminoterapiya va ferment preparatlari, antibakterial, antigistamin va gormonal preparatlar qo'llaniladi. Bundan tashqari, bemor ahvolini hisobga olgan holda preparatlar kompleks holda qo'llaniladi. Asoratlar jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Hamshira qo'llanilayotgan medikamentlarning asosiy va nojo'ya ta'sirini, ularni yuborish yo'llarini, ta'sir qilish vaqtini,

bir martalik va maksimal dozadini aniqlashtirib olish va bu preparatlarni zararsiz va to'g'ri yuborish uchun kerakli yordam berishi, shuningdek bemorga preparatlarning effektini va nojo'ya ta'sirini tushunib olishga yordam berishi va kelajakda o'zini nazorat qilgan holda dorilarni to'g'ri va o'z vaqtida qabul qilishga o'rgatishi lozim.

Tahlil: ishlatilayotgan preparatlarning asosiy ta'siri, bir martalik (doimiy) dozasi, maksimal dozasi, yuborish usuli, ta'sir qilish davomiyligi, nojo'ya ta'siri.

Umumiy ahvolini o'rganish, ishlatilayotgan preparatlar tomonidan nojo'ya ta'sirni kelib chiqqanligi, dori qabul qilish va hayotiy odatlarni tekshirish, dori qabul qilish bo'yicha (ko'rsatma) kerakli ko'rsatmalarni bajarish.

Parvarish vazifalari: medikamentoz terapiyani nojo'ya ta'sirlarsiz yoki ikkilamchi asoratlarsiz xavfsiz va qulay tarzda o'tkazish, medikamentoz davolash natijasida kelib chiqqan patologik o'zgarishlarni o'z vaqtida aniqlash va chora ko'rish, dori qabul qilishda o'zini nazorat qilish qobiliyatini o'stirish va muolajani o'z vaqtida va aniq bajara olish.

Hamshiralik faoliyati: dori vositalarini to'g'ri yuborish, normadan chetlanishlarni erta aniqlash va shifokorgacha bo'lgan yordamni ko'rsatish, o'z-o'zini nazorat qilishda yordam berishi.

2.8.1. Surunkali gepatit kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Jigarning surunkali tarzda shikastlanishi hujayralaridagi yallig'lanish – distrofik protsesslar bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Surunkali gepatitlar har xil sabablarga ko'ra paydo bo'ladi. Etiologiyasida rol o'ynaydigan asosiy omillar infeksiya, intoksikatsiya, allergiya va alkogoldir. 50–80% hollarda surunkali gepatit Botkin kasalligi (virusli gepatit)dan keyin paydo bo'ladi. Surunkali bezgak, brutsellyoz, sil kabi

infeksiyalardan keyin ham jigar shikastlanib qoladi. Odamning sanoatda, turmushda uchraydigan zaharlar yoki dori preparatlari (benzol, qo'rg'oshin, trinitrotoluol, metil xlorid, xloroform, atofan va boshqalar) bilan surunkasiga zaharlanib yurishi natijasida ham bu kasallik paydo bo'laveradi. Zaharli moddalar ta'sir qilganida bevosita jigar parenximasining shikastlanishi va fermentlar almashinuvining buzilishi hammadan katta ahamiyatga ega bo'ladi. Toksik-allergik gepatitlar zaharlarning to'g'ridan to'g'ri jigar hujayralariga ta'sir qilishi natijasida paydo bo'lmay, balki o'sha zaharlarga sezuvchanlik kuchayib ketishi natijasida paydo bo'ladi (dorilardan paydo bo'ladigan gepatitlar, allergiya paytida uchraydigan gepatitlar). Almashinuv buzilishiga aloqador jigar kasalliklari (gepatozlar) oqsillar, vitaminlar, gormonlar yetishmovchiligi tufayli jigarda moddalar almashinuvi izdan chiqishi natijasida, amiloidoz, jigar yog' distrofiyasi mahalida vujudga keladi.

Jigardagi distrofik va yallig'lanish jarayonlarining surunkali tarzda o'tishi va zo'rayib borishi yo virusning organizmda uzoq saqlanib qolishiga yoki o'zgarishlar patogeneziga immun protsesslar qo'shilishiga bog'liq bo'ladi.

Klinik holat va simptomlar. Agressiv surunkali (aktiv) gepatit uchta sindrom – astenovegetativ, dispeptik sindrom va jigar yetishmovchiligi bilan xarakterlanadi. *Astenovegetativ sindrom* uchun darmonsizlik, salga charchab qolish, ozib ketish singari belgilar xarakterlidir. *Dispeptik o'zgarishlar* ishtaha yo'qolishi va ko'ngil aynab turishi bilan namoyon bo'ladi, ovqat yeyilganidan va dori ichilganidan keyin ko'ngil aynashi kuchayib, odam behuzur bo'laveradi. Jigar yetishmovchiligi uchun mudroq bosaverishi, qon ketib turishi, vaqt-vaqtida badan sarg'ayib, assit paydo bo'lib turishi xarakterlidir. Bunday bemorlar palpatsiya va perkussiya qilib ko'rilganida jigari kattalashib ketgani ma'lum bo'ladi. Kasallik qo'zib turgan

mahallarda jigar qovurg'alar ravog'i chetidan 5–8 sm past tushib qoladi. Remissiya mahalida jigar kichrayadi. Funksional sinamalar qilib ko'rilganida umumiy oqsillar miqdori ko'payib gipergammaglobulinemiya paydo bo'lgani topiladi, timol sinama, allaninaminottransferaza, aspartataminottransferaza, laktatdegidrogenaza ko'rsatkichlari katta bo'lib chiqadi. Radioaktiv oltin bilan olingan skanogrammalarda jigar rasmi suyuq bo'lib tushadi, bromsulfalein bilan o'tkaziladigan sinama natijalari o'zgaradi. Remissiya mahallarida funksional sinamalar natijasi durustroq bo'lib chiqadi-yu, lekin kamdan kam hollarda normal miqdorlarga yetadi.

Persistlovchi surunkali gepatitda klinik simptomatika agressiv gepatitdagidek, unchalik ifodalangan bo'lmaydi. Bemorlarning o'ng qovurg'alari osti og'rib turadi, dispeptik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Qon zardobida oqsillar miqdori birmuncha ortadi, o'rtacha ifodalangan gipergammaglobulinemiya bo'ladi. Bemorlarning bir qismida fermentlar miqdori salgina ko'payadi va bromsulfalein bilan o'tkaziladigan sinama normadan boshqacharoq bo'lib chiqadi.

Xolestatik gepatitda kasallikning asosiy belgilari badan qichishuvi, ko'z oqi va badan terisining sarg'ayishidan iborat bo'ladi. Sariqlik, odatda, to'satdan paydo bo'ladi. Jigar qovurg'alar ravog'i chetidan 2–3 sm past tushib turadi, qattiq, qirrasli silliq bo'lib qo'lga unmaydi. Bemorlarning qon zardobida bilirubin, ishqoriy fosfataza, xolesterin miqdori ko'payib ketadi. Bir qancha hollarda timol sinamasi ko'rsatkichlari g'avori bo'lib chiqadi, gipergammaglobulinemiya kuzatiladi.

O'tishi. Surunkali gepatitning o'tishi shakliga bog'liq. Persistlovchi surunkali gepatit uzoq – 20 yilgacha davom etib boradi. Ko'pchilik kasallarda protsess to'xtab qoladi (stabilizatsiya), jigar sirroziga aylanishi kamdan kam ko'riladi. Agressiv shakli qo'zib turishi (retsdivlar) bilan xarakterlanadi. Agressiv va xolestatik

gepatitda bemorlarning 20–40% da kasallik jigar sirroziga aylanadi.

Profilaktikasi va davosi. Surunkali gepatitning profilaktikasi avvalo virusli gepatitning tarqalishiga yo‘l qo‘ymaslik va unga yaxshi davo qilishdan iborat. Botkin kasalligi bilan og‘rib o‘tgan odamlar dispanser hisobiga olinishi kerak. Surunkali gepatitlar profilaktikasining ikkinchi muhim vazifasi ularning paydo bo‘lish sabablarini bartaraf etishdir. Ichkilik ichish, har xil zaharli moddalarga yaqin yurishga yo‘l qo‘ymaslik zarur. Surunkali gepatitda kasallarning hammasi dispanser kuzatuvida bo‘lishi kerak.

Surunkali gepatitlarga qilinadigan davo jigarni avaylashga va jigar hujayralarining regeneratsiyaga layoqatini kuchaytirishga qaratilgan chora va vositalarni buyurishdan iborat. Bemorlarga o‘rindan turmay yoki hojatni hisobga olmaganida uydan (palatadan) chiqmay yotish, yog‘i chegaralangan parhez (diyeta №5) buyuriladi. Sutkali ratsion 100–120 g oqsillar, 70–80 g yog‘lar, 400–500 g uglevodlardan iborat bo‘ladi. Jigardagi almashinuv jarayonlarini yaxshilaydigan dorilar: C, B₁, B₆, B₁₂ vitaminlar, kokarboksilaza, lipoat kislota, aminokislotalar va oqsil gidrolizatlari buyuriladi. Oqsil gidrolizatlari (gidrolizin, aminopeptid, aminokrovin) jigar hujayralari regeneratsiyasini yaxshilaydi. Lipoat kislota va lipamid 1–2 oy davomida 1 tabletkadan kuniga 3–4 mahal, glutaminat kislota ham 1–2 oy davomida kuniga 1–1,5 g dan ishlatiladi. Agressiv va xolestatik gepatitlar mahalida yallig‘lanishga qarshi va immunodepressiv ta‘sir ko‘rsatish maqsadida 2–3 oyga sutkasiga 20–30 mg dan prednizolon buyuriladi, keyin esa asta-sekin quvvatlovchi dozalarga o‘tiladi (10–15 mg). Kichik dozadagi prednizolon bilan birga delagil (sutkasiga 0,25–0,5 g dan) yoki azatioprin (sutkasiga 0,1–0,2 g dan) qo‘shib ishlatiladi. Kasallikka xolestsistit yoki o‘t yo‘llari diskineziyasi ham qo‘shilib o‘tayotgan bo‘lsa, o‘t haydovchi vositalar berish o‘rinlidir. Me‘da-ichak kasalliklariga ixtisoslashgan kurortlarda davolanish tavsiya etiladi.

2.8.2. Jigar sirrozi kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Jigar sirrozi tobora zo‘rayib boradigan surunkali kasallik bo‘lib, jigar parenximasi bilan stromasining shikastlanishi, ayni vaqtda jigar hujayralari distrofiyaga uchrab, biriktiruvchi to‘qimaning tekis o‘sib borishi, tomirlar sistemasining zararlanishi, jigar funksiyalarining izdan chiqishi va portal gipertenziya avj olib borishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi va patogenezini. Sirroz polietiologik kasallikdir, uning kelib chiqishi va avj olib borishida bir qancha omillar rol o‘ynaydi. Shular orasida ilgari bo‘lib o‘tgan virusli gepatit, alkogolizm, ovqatda oqsillar va vitaminlar yetishmasligi, zaharli moddalarning uzoq vaqt jigarga ta‘sir qilib turishi, irsiy kasalliklar, allergiya alohida o‘rinda turadi. Amaliyotda infeksiyon jigar sirrozlari hammadan katta ahamiyatga egadir. Bular aksari Botkin kasalligiga aloqador bo‘ladi. Alkogoldan zaharlanib yurish oqsil va vitaminlarning ichakdan so‘rilib o‘tishi izdan chiqishiga olib keladi. Alkogol jigarga bevosita shikastlovchi ta‘sir ham ko‘rsatadi va alkogol sirrozi boshlanishiga olib keladi. Jigarining ichi va tashqarisidagi yirik o‘t yo‘llarining uzoq tiqilib yoki bitib turishi (obturatsiya) tufayli biliar jigar sirrozi avj oladi. Fosfor, vodorod tetraxlorid, mishyak (margimush), dori moddalar (xloroform, sulfanilamidlar, antibiotiklar va boshqalar) uzoq ta‘sir ko‘rsatganida, bularga organizm sezgirligi kuchayib ketganida toksik sirroz avj olishi mumkin. Jigar sirrozi moddalar almashinuvi, qonning tug‘ma kasalliklarida paydo bo‘la oladi va hokazo.

Jigar hujayralarining takror-takror nekrozga uchrab, chandiq to‘qima hosil bo‘lishi va omon qolgan jigar hujayralarida qon aylanishining buzilishiga jigar sirrozi patogenezida asosiy ahamiyat beriladi. Regeneratsiya qilib turgan to‘qima tomirlarni, ayniqsa jigar venalarini bosib qo‘yadiki, bu – portal gipertoniya avj olib borishiga sabab bo‘ladi.

Klinik holat va simptomlar. Alkogolga aloqador jigar sirrozining klinik belgilari jigar hujayralarining nechogʻli zararlanganiga, patologik jarayonning aktivligi va shular munosabati bilan jigar funksional yetishmovchiligi va portal gipertoniyaning nechogʻli avj olganiga bogʻliq boʻladi. Alkogolga aloqador sirrozning eng ilk belgilari darmonsizlik, ishtaha yoʻqolishi, oʻng qovurgʻalar ostining ogʻrib turishi, qorinning dam boʻlishi, goh ich qotib, goh ich surib turishidir. Jigar sohasidagi ogʻriqlar ovqatdan, ayniqsa yogʻli ovqatdan keyin va jismoniy yuklamadan keyin zoʻrayadi. Bemor koʻzdan kechirilganida badanining terisi qorayib turgani koʻzga tashlanadi (pigmentatsiya), bu melanin toʻplanib qolishiga bogʻliqdir. Tirnoqlar oq va tekis boʻladi. Koʻpgina kasallarda yulduzcha nusxa tomirlar va kaft eritemalari topiladi. Jigarining katta-kichikligi va konsistensiyasi protsessning bosqichiga bogʻliq. Kasallikning boshida jigar kattalashib qoladi. Jarayon avj olib borgan sayin konsistensiyasi ancha zich boʻlib boradi, ayni vaqtda kattalashgan jigar kichrayib qolishi mumkin. Splenomegaliya jigar kattalashganidan keyinroq topiladi. Splenomegaliya bilan bir qatorda portal gipertoniyaning boshqa belgilari qiziloʻngach va gemorroidal venalarning varikoz kengayishi, assit ham koʻriladi. Assit paydo boʻlishi jigar yetishmovchiligi avj olganini koʻrsatadi.

Jigar sirrozining ikkinchi asorati gemorragik sindromdir. Bemorlarda kengayib ketgan qiziloʻngach va meʼda venalaridan bir talay qon ketadi, shuningdek burun, milklar qonab turadi; bachadondan qon ketishi, terida qontalashlar paydo boʻlishi kuzatiladi. Koʻplab qon ketgan mahallardan keyin jigar komasi paydo boʻladi. Sirrozning oxirgi bosqichida kaxeziya, poligipovitaminoz avj oladi.

Alkogolga aloqador sirrozda ham laboratoriya tekshirishlarining natijasi protsessning qanchalik avj olgani va aktivligiga bogʻliq boʻladi. Kasallarning 50–60% ida bilirubin, aksari birikkan bilirubin fraksiyasi ortiq boʻlib chiqadi, shu bili-

rubin fraksiyasi umumiy bilirubin miqdori normal boʻlganida ham koʻpayib ketaveradi. Sirrozning avj olib borishi sezilarli gipoalbuminemiya, gipergammaglobulinemiya bilan xarakterlanadi. Kasallarning yarmidan koʻra koʻproq qismida anemiya, leykopeniya, trombositopeniya boʻladi, eritrotsitlarning choʻkish soni ortadi. Venaga bromsulfalein va vofaverdin yuborib koʻrilganida ularning qonda ushlanib qolishiga, shuningdek, jigar skanirlab koʻrilganda radioaktiv preparatlar (oltin, bengal boʻyogʻi) ning jigarda kam toʻplanishiga qarab sirrozda jigarining ajratish funksiyasi izdan chiqqanligi bilib olinadi.

Virusli gepatitdan keyin boʻladigan jigar sirrozida bemorlar oʻng qovurgʻalar tagi va toʻsh osti sohalari ogʻrib turishi, dispepsik oʻzgarishlar, darmonsizlik borligi, ozib ketganligi, uyquzi buzilib, ish qobiliyati pasayib qolganidan noliydi. Kasallik qoʻzigan mahallarda bunday bemorlarda qorin ogʻrigʻi, sariqlik, assit paydo boʻlib, tana harorati koʻtariladi. Jigar yetishmovchiligi oldin portal gipertoniya boshlanmasdan turib avj olaveradi. Bemorlarning bir qismida jigar bilan taloq kattalashib ketadi. Kasallikning ilk bosqichlarida qiziloʻngach va meʼda venalari kamdan kam hollarda kengayadi, lekin keyingi bosqichlarida portal gipertoniya bilan assit amalda hamma kasallarda kuzatiladi.

Laboratoriya maʼlumotlaridan qon plazmasi oqsillari miqdorining koʻpayib ketishi xarakterlidir; kasallikning kechki bosqichlaridagina gipoproteinemiya paydo boʻladi. Lekin hamisha albuminlar miqdori kamayib qolgan va globulinli fraksiyalar miqdori koʻpayib ketgan boʻlib chiqadi. Qondagi umumiy xolesterin bilan protrombin miqdori, odatda, pasaygan boʻladi. Kasallarda jigar ajratish funksiyasining izdan chiqqanligi vofaverdin va bromsulfalein yordamida, shuningdek radioaktiv izotoplar bilan jigar skanirlanganida aniqlanadi.

Biliar jigar sirrozi surunkali xolestaz bilan xarakterlanadi. Ayni vaqtda badan terisi sargʻayib, qichishadi, qon ketadi, steatoreya, osteoporoz koʻriladi. Sirrozning bu xilida sariqlik tabiatan mexanik boʻladi, axlat oqish boʻlib tushadi-yu, lekin rangi butunlay yoʻqolmaydi. Oʻt yoʻllarining nechogʻli bitib qolganligiga qarab sariqlik darajasi yengilgina ikteriklikdan sezilarli sariqlikkacha boradi. Jigar tashqarisidagi oʻt yoʻllari uzoq tiqilib turganida badan terisining rangi zaxil tortib ketadi, bu terida bilirubin oksidlanib, biliverdinga aylanib qolishiga bogʻliq boʻladi. Bemorlar koʻzdan kechirib koʻrilganida badani terisida oʻt kislotalari toʻplanib qolganidan qichishib tirnalgan joylar, yuzi, boʻyni, gavdasining ustki qismida yulduz nusxa tomirlar, qoʻl kaftlarida eritema («jigarga xos kaftlar»), koʻz qovoqlarida, tirsaklari, qoʻl-oyoq kaftlarida ksantomalar topiladi.

Palpatsiya qilib koʻrilganida jigar hamisha kattalashgan, qattiq boʻladi. Taloq ham bir qadar kattalashadi. Portal gipertoniya simptomlari va taloqning ozgina kattalashib ketgani (gipersplenizm) kasallikning oxirgi bosqichlaridagina maʼlum boʻladi. Kasallarda suyak sistemasining zararlanganiga xos simptomlar, jumladan, qovurgʻalar va umurtqa pogʻonasida ogʻriqlar, osteoporoz, patologik suyak siniqlari borligi topiladi. Biliar sirroz aksari asorat berib, meʼdada peptik yara paydo boʻlishiga olib keladi. Biliar sirroz anchagina bilirubinemiya, giperxolesterinemiya boʻlishi, b-lipoproteidlar miqdori koʻpayib ketishi, ishqoriy fosfataza aktivligi yuqori boʻlishi bilan oʻtadi. Biliar sirrozda bilirubin miqdori, asosan birikkan bilirubin fraksiyasi hisobiga, keng doirada oʻzgarib turadi – 34,2 dan 342 mkMol/l gacha (2–20 mg %) boʻladi. Kasallikning keyingi bosqichlarida qon oqsillari, lipemiya, protrombin miqdori kamayadi, anemiya boshlanadi.

Differensial tekshiruvni klinikada, laboratoriyada hamda asboblarda yordamida qilib koʻrilgan tekshirishlar natijalarini bir-biriga solishtirib turib oʻtkaziladi. Alkogolga aloqador jigar

sirozi klinik manzarasida portal gipertoniya belgilari ustun turadi, kindik atrofidagi venalar (*caput medusae*), qizilo'ngach venalari, gemorroidal venalar kengayib ketadi, qon ketib turadi, assit bo'ladi. Virusli hepatitdan keyin paydo bo'ladigan sirrozda jigar yetishmovchiligiga xos belgilar, xususan, jigar to'qimasi distrofiyaga uchrashi natijasida umuman juda darmonsizlik, sariqlik ustun bo'lib turadi.

Jigarning biliar sirrozida sezilarli splenomegaliya, portal gipertoniya, assit, yulduzcha nusxa tomirlar odatda bo'lmaydi. Bular kasallikning kechki bosqichlaridagina paydo bo'ladi. Jigar yetishmovchiligi paytida siydikda bir talay urobilin topiladi. Sariqlik sezilarli darajaga yetib, ichakka kam miqdor bilirubin tushadigan bo'lib qolgan mahalda siydikda urobilin va axlatda sterkobilin miqdori kamayadi.

O'tishi. Jigar sirrozi odatda 3–4 yil, gohida uzoqroq cho'ziladi (biliar sirroz bilan og'riqanlarda 10 yilgacha va bundan ko'ra ko'proq davom etadi). Kasallik asta-sekin zo'rayib boradi. Terminal davri sirroz xilidan qat'i nazar, me'da-ichakdan qon ketishi va jigar yetishmovchiligi zo'rayib borib, keyin koma boshlanishi bilan xarakterlanadi. Bemorlarni hammadan ko'p o'limga olib boradigan ikkita sabab ana shulardir.

Jigar komasi asosida jigar to'qimasining chuqur destruksiyasi (aynab ketishi) yotadi, bunday destruktura jigar hujayralarining distrofik o'zgarishlar, yog' infiltratsiyasi, nekroz va autolizga uchrashi (o'z-o'zidan irib ketishi, hazm bo'lib ketishi)dan iborat bo'ladi. Jigar komasi odam to'satdan qattiq zaharlanganida, Botkin kasalligi, xavfli o'smalar vaqtida ham paydo bo'ladi. U jigar sirrozlarining so'nggi bosqichidir.

Jigar komasida qattiq bosh og'rib, odam darmoni quriydi, uyqusi qochadi, behalovat bo'laveradi. Keyin borib uyquchanlik, ko'ngil aynashi, qusish paydo bo'ladi. Jigar komasi mahalida es-

hush yo‘qolishi bilan bir qatorda, yuz va qo‘l-oyoq muskullari tortishib, «uchib» turadi, pay reflekslari kuchayib ketadi, Babinskiy simptomi musbat bo‘lib qoladi. Komaning muhim belgisi jigarning kichiklashib, ixcham tortib qolishidir. Jigar komasida ko‘pincha gemorragik sindrom paydo bo‘ladi – burun qonab turadi, teriga qon quyuladi, odam qon aralash qusadi. Bemorning og‘zidan bo‘rsigan, chuchmal «jigar» hidi kelib turadi. Tana haroratsi 39–40° gacha ko‘tariladi, siydikda urobilinuriya, proteinuriya, silindruriya topiladi. Oxirgi damda barcha reflekslar so‘nib qoladi, Cheyn-Stoks va Kussmaulcha nafas paydo bo‘ladi.

Profilaktikasi va davosi. Profilaktikasi etiologik omillarni bartaraf qilishga, ichkilikka barham berishga, Botkin kasalligini vaqtida aniqlash va davolashga, surunkali gepatitga davo qilishga qaratilgandir. Kasallikning avj olib borishini to‘xtatib qo‘yish va asoratlarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni amalga oshirish zarur.

Davosi avaylaydigan rejim tayinlash, jismoniy aktivlikni cheklab qo‘yishni o‘z ichiga oladi. Jarayon aktivlashgan va dekompensatsiya boshlangan davrda kasal o‘rnidan turg‘azilmay yotqizib qo‘yiladi. 5-parhez stoli buyuriladi, biroq oqsillar miqdori cheklab qo‘yiladi, chunki ammiakdan zaharlanish (intoksikatsiya) xavfi bo‘lganligi uchun ularning ortiqcha bo‘lishi o‘rinli emas. Assit belgilari paydo bo‘lsa, osh tuzi miqdori cheklab qo‘yiladi. Jigarda moddalar almashinuvini yaxshilaydigan preparatlar – kokarboksilaza, vitaminlar, glutaminat kislota buyuriladi. Jarayon aktiv bo‘lib turgan davrda sutkasiga 15–20 mg dozada prednizolon buyuriladi. Assit mahalida osh tuzi iste‘moli cheklanib, venaga albumin, kaliy xlorid yuboriladi, aldakton, siydik haydovchi dorilar (laziks, gipotiazid) ishlatiladi.

Jigar komasida mo‘l-ko‘l suyuqlik ichish buyuriladi, venaga glukoza yuborib turiladi (40–80 ml 40% li eritmasini 8–10 TB insulin bilan birga). Venadan albatta glukokortikoidlar –

prednizolon (80–100 mg), gidrokortizon, vitaminlar – B₁₂, B₁, askorbinat kisloata ham yuborib turiladi. Vitamin K 0,015 g dan kuniga 2–3 mahal muskullar orasiga yuboriladi yoki ichiriladi.

2.8.3. Xoletsistit kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Xoletsistit – o‘t pufagining yallig‘lanishi. **Etiologiyasi.** Xoletsistitning kelib chiqishida infeksiyaga, gijja invaziyasiga, o‘t pufagiga me‘da osti bezi shirasi tushib qolganida uning ko‘rsatadigan ta‘siriga asosiy o‘rin beriladi. Lyambliyalar, garchi o‘t pufagi devorida yallig‘lanish hodisalarini keltirib chiqarmasada, o‘t pufagining harakat funksiyasi buzilishiga olib keladi va shu bilan yallig‘lanish boshlanishiga yo‘l ochadi. Infeksiya enterogen (ichakdan), gematogen va limfogen yo‘llar bilan o‘tadi. Infeksiya bo‘lishi xoletsistit avj olishi uchun hali kifoya qilmaydi, o‘t dimlanib qolgan bo‘lishi ham kerak. O‘t pufagida toshlar bo‘lishi, homiladorlik, semizlik, ich qotib yurishi va boshqa omillar o‘t dimlanib qolishini osonlashtiradi.

Klinik holat va simptomlar. Klinik jihatdan o‘tishiga qarab xoletsistitlar o‘tkir va surunkali xillarga bo‘linadi. O‘tkir xoletsistit to‘satdan boshlanadi. Tipik hollarda o‘ng qovurg‘alar ostida qattiq og‘riqlar boshlanib, o‘ng yelka, o‘mrovga, ba‘zan belga o‘tib turadi. Og‘riqlar o‘tkir, chidab bo‘lmas darajada bo‘ladi, ko‘pincha narkotiklar ta‘siri bilangina bosiladi. Qorin dam bo‘lib, devori tarang tortib turadi. Jigar kattalashadi, palpatsiya qilib ko‘rilganda bezillab turadi. Sariqlik kamdan kam ko‘riladi. Tana haroratsi 40° gacha ko‘tariladi. Bemorning umumiy ahvoli ancha o‘zgarib, ishtahasi yo‘qoladi, chanqayveradi, boshi og‘riydi, og‘zi qurib turadi.

O‘tkir xoletsistitning yiringli va gangrenoz shakllarida, umuman zaharlanish (intoksikatsiya) belgilari, ayniqsa, ifodalangan bo‘ladi. Qonda chapga surilgan neytrofil leykotsitoz topiladi. Jarayonning o‘tishiga qarab o‘tkir xoletsistit bir necha kundan

bir necha oygacha cho'ziladi. *Kataral xoletsistit* ahyon-ahyonda asoratlari bilan birga davom etadi. *Flegmonoz xoletsistit* ko'pincha o't pufagi empiyemasiga olib boradi; o't pufagi kattalashib ketadi va palpatsiya qilib ko'rilganida juda bezillab turadi.

O'tkir xoletsistit tufayli o't pufagi istisqosi, xolangit, perixoletsistit, diafragma osti absessi, tashqi va ichki teshik yaralar paydo bo'lishi mumkin. Gangrenoz va yiringli xoletsistitning eng dahshatli asorati o't pufagining teshilib ketishidir. Bu holda bemorlarning ahvoli birdan juda yomonlashib, qorinda nihoyatda qattiq og'riqlar paydo bo'ladi, badan terisi oppoq oqarib, a'zoyi badanni muzdek ter bosadi. Arterial bosim pasayib, puls ipsimon bo'lib qoladi. O't pufagi erkin qorin bo'shlig'iga yorilganida va tarqoq peritonit paydo bo'lganida qorinning birdan qattiq zarar ko'rish va shokka xos manzara hammadan ko'ra ko'proq ifodalangan bo'ladi. Bitishmalar bo'lgan mahallarda chegaralangan peritonit yuzaga kelishi mumkin, bu holda simptomlar sustroq ifodalangan bo'ladi.

Klinik manzarasi. Surunkali xoletsistitning klinik manzarasi kasallikning vaqti-vaqtida qo'zib turib, uzoq davom etishi bilan xarakterlanadi. Asosiy belgisi o'ng qovurg'alar ostida, ba'zan to'sh osti sohasida og'riqlar bo'lib turishidir.

Og'riqlar o'ng kurak, o'mrov, yelkaga o'tib turadi (irradiatsiya). Kishi jismonan zo'riqqanida, sovuqotganida, asabiy-ruhiy kechinmalarni boshdan kechirganida og'riqlar, odatda zo'rayadi. Og'riqlar yog'li va o'tkir ovqatdan keyin tutib qoladi yoki zo'rayadi. Og'riq tutib turgan vaqtda goho isitma chiqadi, odam ko'ngli aynab, qusadi, kekirik keladi, ich suradi.

Teri sezuvchanligi susayib qolgan zonalar – o'ng qovurg'alar ostida, o'ng kurak tagida Zaxarin-Ged gipesteziya zonalari bo'lishi surunkali xoletsistit uchun xarakterlidir. Ker simptomi (o't pufagi sohasi palpatsiya qilib ko'rilganda, ayniqsa nafas olish paytida, bezillab turishi), Ortner simptomi (qo'l kaftining

qirrasi bilan o'ng qovurg'alar ravog'iga urib ko'rilganida og'riq turishi), Myussi simptomi (to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskul oyoqchalari orasida diafragma nerviga bosib ko'rilganda o'ng qovurg'alar ostining og'rishi) surunkali xoletsistit uchun tipikdir.

Qonda chappa surilgan o'rtacha yoki yuqori leykotsitoz topiladi, eritrotsitlarning cho'kish soni oshib ketgan bo'ladi. Jarayon bosilib turgan davrda o'n ikki barmoq ichakka zond solib ko'riladigan bo'lsa, ko'pincha B porsiya o'tni olib bo'lmaydi, basharti olib bo'lsa ham bu o't tarkibida xolesterin kamayib ketgan, bir talay leykotsitlar, shilimshiq, epiteliy hujayralari aralashgan loyqa oqish suyuqlikdan iborat. Ekib undirib ko'rilganida tegishli flora topiladi.

Tashxisi. Surunkali xoletsistit diagnozi xarakterli klinik belgilariga, o'n ikki barmoq ichakka zond solib olingan B o't porsiyasini laboratoriyada tekshirish natijalariga asoslanadi. Xoletsistografiya o't pufagining shakli, katta-kichikligi va vaziyatini aniqlashga, kalkulyoz xoletsistit bilan toshsiz xoletsistit o'rtasida differensial diagnoz o'tkazishga imkon beradi.

Davosi va profilaktikasi. O'tkir xoletsistit bilan og'riqan bemorlar darhol xirurgiya statsionariga joylashtiriladi. Bemorlarga spazmolitiklar (platifillin, atropin, no-shpa, papaverin, analgin, ketonal) ichiriladi yoki inyeksiya qilinadi, og'ir hollarda esa promedol, shantopon, morfin ishlatiladi. Bemorga o'rindan turmay yotish buyuriladi, qorniga sovuq narsa qo'yiladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar yuboriladi. Zaharlanish kuchini kesish (dezintoksikatsiya) uchun 5% li glukoza eritmasi, izotonik natriy xlorid eritmasi yuboriladi. Bir kecha-kunduz davomida ovqat yemay turish tavsiya etiladi, faqat shirin choy yoki iliq holdagi mineral suv ichishga ruxsat beriladi. O't pufagi flegmona, gangrena bo'lgan yoki yorilgan degan gumon bo'lishi operatsiya yo'li bilan davo qilish juda zarur deb hisoblanadi. O'tkir xoletsistitning yengil shakllariga konservativ yo'l bilan davo qilish kerak bo'ladi,

operatsiya zarur-zarurmasligi to'g'risidagi masala esa o'tkir protsess bosilib qolganidan keyin hal qilinadi.

Surunkali xoletsistitga ambulatoriya sharoitlarida davo qilib boriladi. Jarayon qo'zib qolgan mahalda bemorlar kasalxonaga yotqiziladi, remissiya fazasida esa davo sanatoriyada qilinadi. Davo parhez, bakteriyalarga qarshi vositalar (antibiotiklar, sulfanilamidlar), o't haydovchi dorilar, spazmolitiklar, shifobaxsh badantarbiya, fizioterapiya buyurishdan iborat bo'ladi, zarur bo'lganda operatsiya qilinadi. Parhez bilan davolashga alohida e'tibor beriladi. Yog'li, qovurilgan, dudlangan va sho'r taomlarni cheklab qo'yib, kamkamdan, bot-bot ovqat yeb turish buyuriladi, alkogolli ichimliklar batamom istisno qilinadi. 5- yoki 5a-parhez stoli buyuriladi.

Mikroblarga qarshi vositalar kasallik qo'zib turgan davridagina o'rinli bo'ladi, bunda mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligi hisobga olinadi. O't haydaydigan preparatlar (xolenzim, alloxol, xologon, dexolin, sikvalon, makkajo'xori popugi, bo'znoch, na'matak) keng qo'llaniladi. O'n ikki barmoq ichakka takror-takror zond solib, keyin zond orqali antibiotiklar, mineral suv yuborib turish, shuningdek zondsiz terapevtik tyubaj qilish katta foyda beradi.

Fizioterapiya muolajalari spazmolitik, sedativ ta'sir ko'rsatadi, o't chiqib turishini yaxshilaydi. Qaynoq priparkalar, parafin, torf, shifobaxsh balchiq applikatsiyalari qo'llaniladi. Diatermiya, induktotermiya, UVCH va SVCH toklari, amplipuls, ultratovush ko'p buyuriladi. Surunkali xoletsistiti tez-tez qo'zib turmaydigan kasallarga balneologik kurortlarda suvini ichib davolanish ma'qul keladi.

Surunkali xoletsistit profilaktikasi o'tkir xoletsistitga o'z vaqtida va to'la-to'kis davo qilish, infeksiya o'choqlari, almashinuv kamchiliklarini bartaraf etishdan iborat. To'g'ri rejim bilan ovqatlanish, gijja va protozoy invaziyalari, o'tkir ichak kasalliklarining oldini olishga katta ahamiyat beriladi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Jigar va o't yo'llarining anatomo-fiziologik xususiyatlarini gapirib bering.
2. Jigar va o't yo'llarining kasalliklarida qanday tekshiruv usullari o'tkaziladi?
3. Gepatitning asosiy klinik belgilari qanday?
4. Jigar sirrozining klinik belgilarini gapirib bering.
5. Xoletsistit tekshiruvini aytib bering.

2.9. Buyrak va siydik ajratish a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Buyrak va siydik ajratish a'zolarining tuzilishi va vazifalari. Buyraklar loviyasimon shakldagi juft organdir. Ular qorin pardasi ortidagi bo'shliqda so'nggi ikki ko'krak umurtqasi bilan birinchi uchta bel umurtqalari damida joylashgan. Har bir buyrakning uzunligi 10 sm atrofida bo'lsa, massasi 150 g atrofidadir. Buyrak kapsula bilan qoplangan. Har bir buyrakning ichki, botiq tomonida voronkasimon kamera bor, buyrak jomi deb shuni aytiladi.

Buyraklar po'stloq (tashqi) va miya (ichki) qavatlardan iborat. Po'stloq qavati kesib ko'rilganida sal donalidek bo'lib ko'zga tashlanadi, chuqurroq qismlarida bu qatlami radial tarzda chiziq-chiziq bo'lib turadi. Miya qatlami 10–15 ta konussimon piramidalardan tashkil topgan, bu piramidalarda to'g'ri ketgan kanalchalar bo'ladi. Piramidalarning uchi so'rg'ichlar bilan tugallanadi, so'rg'ichlar kosachalarga quyiladi. Buyrak to'qimasi ikki tizimdan: alohida tuzilgan qon tomirlar to'ridan va buyrak epiteliysidan yuzaga kelgan siydik kanalchalaridan tashkil topgan.

Buyraklarning fiziologik roli almashinuvning organizm tomonidan foydalanilmagan oxirgi mahsulotlarini tashqariga chiqarib turish va organizm ichki muhitini: hujayradan tashqaridagi suyuqlikning hajmi, mineral tarkibi, ionlari konsentratsiyasi va osmotik bosimini eng qulay keladigan sharoitlarda saqlab borishdan iboratdir. Organizmga ovqat bilan birga suv, tuzlar, oqsillar,

yog'lar, uglevodlar kirib turadi, bularning hazm bo'lishidan yuzaga keladigan mahsulotlar qonga, u yerdan esa barcha hujayralarga o'tadi. Hujayralarning hayot faoliyati natijasida mudom organizmdan tashqariga chiqarib yuborilishi kerak bo'lgan almashinuv mahsulotlari hosil bo'lib turadi. Oqsillar almashinuvining oxirgi mahsulotlari, jumladan mochevina, urat kislota, ammiak, kreatinin ayniqsa ko'p hosil bo'lib turadi.

Buyrak arteriyalaridan qon koptokchalariga o'tadi, bu yerda u suv, tuzlar, mochevina, urat kislota, ammiak va boshqa moddalarni, bu moddalar qonda qanday konsentratsiyada bo'lsa, xuddi shunday konsentratsiyada ajratib chiqaradi. Shu tariqa birlamchi, ya'ni dastlabki siydik (filtrat) hosil bo'ladi. Dastlabki siydikning ba'zi tarkibiy qismlari, jumladan, glukoza, suv va tuzlar qonga qayta so'riladi (reabsorbsiya). Glukoza batamom so'rilib ketsa, suv bilan tuzlar qisman so'riladi, kreatinin esa amalda qayta so'rilmaydi. Shunday qilib, oxirgi siydik hosil bo'ladi. Bu siydik buyrak jomidan siydik yo'llari bo'ylab qovuqqa tushadi, undan siydik chiqarish kanali orqali tashqariga chiqarib yuboriladi.

Kanalchadagi reabsorbsiya siydik hosil bo'lishidek murakkab jarayonning juda muhim bir qismidir. Eritmalarning zo'r berib tashib keltirilishi va kanalchalarda ionlarning aktiv ravishda almashinib turishi organizmga zarur moddalarning saqlanib qolishini, elektrolitlar konsentratsiyasi aynimay turishini, kationlar bilan anionlar nisbati doim bir xil bo'lishini ta'minlab beradi. Kanalchalarda qayta so'rilish hodisasi bo'lib turishi tufayli organizmda zarur miqdordagi suv saqlanib boradi. Reabsorbsiyaning fiziologik ahamiyatini dastlabki siydik, reabsorbsiyalanadigan suyuqlik va oxirgi siydik hajmlarining nisbati yaxshi ko'rsatib beradi. Katta yoshli odamda bir kecha-yu kunduzda buyraklarda 180 l dastlabki siydik hosil bo'ladi, shuning 178,5 litri qaytadan so'rilib ketadi (reabsorbsiya) va 1,5 l atrofida oxirgi siydik hosil bo'ladi.

Organizmدا suv-tuz almashinuvini idora etish va kislota-ishqor muvozanatini doim bir xil saqlab turishda buyraklar asosiy rolni o'ynaydi. Organizm ichki muhitini doim bir xil saqlab turishga qaratilgan buyrak faoliyati kanalchalarida ionlar almashinib borishi va ortiqcha anionlar bilan kationlarni chiqarib tashlash yo'li bilan yuzaga chiqib boradi. Reabsorbsiya va eng muhim elektrolitlar (kaliy bilan natriy) hamda suv ekskretsiyasi hujayradan tashqaridagi suyuqlik hajmini va unda erigan moddalarning eng optimal miqdorini saqlab borishga juda aniq moslashgan. Sog'lom odamning sutkalik suv ratsioni taxminan 2 litrni tashkil etadi va 0,5 litr atrofida suv moddalar almashinuv jarayonida organizmدا hosil bo'lib turadi. Mana shuning 900 millilitri teri orqali, 100 millilitri ichak orqali va 1500 millilitri buyraklar orqali chiqariladi. Buyraklar orqali chiqariladigan suv miqdori organizmning talab-ehtiyojlariga qarab ko'p darajada o'zgarib turadi. Diurez maksimal darajaga yetgan sharoitlarda buyraklar 12–15 litrgacha suyuqlikni chiqarib yuborishi, antidiurezda esa bu miqdor 250–300 ml gacha kamayib qolishi mumkin.

Kislota-ishqorlar muvozanatini saqlab turishda buyraklar o'pka bilan bir qatorda kattagina rolni o'ynaydi. Organizmdagi almashinuv jarayonida har xil kislotalar (sulfat, fosfat, xlorid kislota, organik kislotalar) hosil bo'lib turadi. O'pka ortiqcha karbonat anhidridni chiqarib yuboradi, buyraklar esa bikarbonat ionlar va bikarbonatlar bilan tuzlar hosil qila oladigan kationlar miqdorini idora etib boradi. Siydikning kislotali yoki ishqoriy bo'lib chiqishini belgilab beradigan asosiy omillar qondagi pH va bikarbonat, karbonat kislota va eng muhimi, elektrolitlar miqdoridir. Oqsilga boy bo'lgan odatdagi ovqat siydikning kislotali bo'lib chiqishiga yo'l ochsa, sabzavot-mevalardan iborat ovqat ishqoriy bo'lib chiqishiga yo'l ochadi. Asidoz, isitma paytida, buyrak silida siydikdagi kislotalar ko'payib, pH 7,0

dan pastga tushib qoladi. Vulgar protein tufayli paydo bo'lgan piyelonefritda, alkaloz, Ishengo-Kushning sindromida siydik ishqorli bo'lib chiqadi.

Buyraklar faoliyati nerv va gumoral yo'l bilan idora etilib boradi. Nerv yo'li bilan idora etilish, ya'ni nerv regulatsiyasi kamroq ahamiyatga ega bo'ladi va birinchi galda buyrak tomirlar tonusiga hamda buyrakda qon aylanishiga ta'sir ko'rsatadi. Buyraklarning siydikni konsentrlash va suyultirish xususiyati, ya'ni talaygina hajmdagi suyuqlikni saqlab qola olish yoki chiqarib tashlay olish layoqati gipofiz orqa bo'lagidan ishlanib chiqadigan antidiuretik gormon miqdoriga boshdan oyoq bog'liq bo'ladi.

Organizm suvsizlanganida antidiuretik gormon ishlanib chiqishi ko'payadi, reabsorbsiya kuchayadi va diurez kamayadi. Suyuqlik mo'l-ko'l kirib turganida (gidremiyada) antidiuretik gormon sekretsiyasi tormozlanadi, diurez esa ko'payadi. Natriy bilan kaliyning kanalchalardan qayta so'rilib ketishiga mineralokortikoidlar, avvalo aldosteron hammadan zo'r ta'sir qiladi. Aldosteron ortiqcha ishlanib chiqqanida organizmda natriy ortiqcha ushlanib qoladi va kaliy siydik bilan chiqib ketadi.

Arterial bosimni idora etishda buyraklar kattagina rolni o'ynaydi. Buyrak koptokchalarida renin degan alohida modda ishlab chiqaradigan yukstaglomerular hujayralar bor. Renin ta'siri ostida angiotenzin degan modda hosil bo'ladi, shu modda tomirlar tonusiga aktiv ta'sir ko'rsatib, arterial bosimni oshiradi. Buyrakka aloqador gipertoniya bosim ko'tarilishining shu mexanizmi patogenetik rol o'ynaydi. Gipertoniya kasalligi eson-omon o'tadigan mahallarda plazmadagi renin miqdori odatdagidan o'zgarmaydi.

Buyrakda qon aylanishining kuchayishi va buyrak tomirlarining cho'zilishi renin hosil bo'lishini tormozlab tursa, buyrak ishemiyasi va tomirlarining kuchayib turishi uning ishlanib

chiqishini kuchaytiradi. Renin hosil bo'lishini kuchaytiradigan sabablar orasida buyrak arteriyasining torayib qolishi, nefrotik sindrom, yurak yetishmovchiligini ko'rsatib o'tish mumkin.

Klinik holat va simptomlar. Buyrak va siydik yo'llari kasalliklarida bel og'rib turishi, siyish, siydik ajralishining odatdagidan ko'ra boshqacha bo'lib qolishi, badanga shishlar kelishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, ko'z xira tortib qolishi, hansirash, yurak sohasining og'rib turishi, tana harorati ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ishtaha pasayishi hammadan ko'p uchraydigan belgilardir.

Bel sohasida og'riq. Odam og'riqlardan noliydigan bo'lsa, ularning seziladigan joyi (lokalizatsiyasi) va tabiatini aniqlash zarur. Siydik-tosh kasalligida og'riqlar oraliq sohasiga ham o'tib turadi (irradiatsiya) va sanchiqlar tabiatiga ega bo'ladi. Buyrak to'qimasining o'zida og'riq retseptorlari yo'q. Buyrak kapsulasi yoki jomi cho'zilib ketganida og'riq paydo bo'ladi. Bel sohasida simillab turadigan og'riqlar o'tkir nefrit, paranefrit, surunkali piyelonefritga xarakterlidir. Belning bir tomonida to'satdan paydo bo'ladigan, qattiq og'riqlar buyrak infarkti mahalida kuzatiladi. Sistitda siyish vaqtida og'riq paydo bo'ladi, uretritda esa og'riqdan tashqari, siyishdan keyin yoki siyish mahalida siydik chiqarish kanalida ko'pincha achishish seziladi.

Siydik ajralishining o'zgarishi. Siyish, siydik ajralishining boshqacha bo'lib qolishi bir kecha-kunduz mobaynida chiqadigan umumiy siydik miqdorining o'zgarishi bilan ham namoyon bo'ladi. Sistitlar va uretritlarda siyish qiyinlashib qoladi yoki og'riq bilan o'tadi. Kasallar ba'zan siydigida qon borligidan noliydi.

Ko'pgina buyrak kasalliklarida, o'tkir va surunkali nefritda, nefrotik sindrom, amiloidoz, anuriyada badanga shishlar keladi. Buyrakka aloqador shishlar yurakka aloqador shishlardan shu bilan farq qiladiki, hammadan ilgari oyoqlarda paydo bo'lmay,

balki koʻz qovoqlari va yuzda paydo boʻladi. Buyrakka aloqador shishlar paydo boʻlib, tez yoʻqolib ketishi ham mumkin. Teri va teri osti kletchatkasigina emas, balki ichki organlar ham shishadi.

Yurak sohasidagi ogʻriqlar. Yurak sohasidagi ogʻriqlar, bosh ogʻrishi va bosh aylanishi arterial bosim koʻtarilib ketganiga bogʻliq boʻladi, buyrak kasalliklarida (oʻtkir va surunkali nefrit, nefroangiosklerozda) koʻpincha shunday boʻladi. Bosimning koʻtarilib ketishi «neyroretinit paydo boʻlishiga olib keladi, buning natijasida koʻz xiralashib qoladi. Buyrak yetishmovchiligi (uremiya) paydo boʻlishi quvvatsizlik, uyqu buzilishi, badan terisining qichishib turishi, dispeptik hodisalarga olib keladi.

Bemorlarni soʻrab-surishtirish. Bemorlar anamnezida diagnostika uchun ahamiyati boʻlgan bir qancha savollarga javob topiladigan boʻlishi kerak. Kasallik birdan boshlanib qolgan boʻlsa, uning infeksiyaga, sovqotishga, intoksikatsiyaga, travma va boshqalarga bogʻliq-bogʻliqmasligini bilib olish lozim. Kasallik surunkali ravishda oʻtayotgan boʻlsa, qoʻzishining sabablari, ilgari qilingan davoning metodlari va qanchalik naf berganligi aniqlanadi. Buyrak kasalliklari xususida gumon tugʻdiradigan alomatlar (qon aralash siydik kelishi, dizurik hodisalar, arterial gipertoniya, shishlar, bel ogʻrigʻi) bemorda bor-yoʻqligini bilib olish zarur. Ilgari boshdan kechirilgan kasalliklarni surishtirib bilib olish kerak.

Bemorda sil kasalligi boʻlib oʻtgan boʻlsa, u holda bu narsa buyrak sili tekshiruvida yordam berishi mumkin. Surunkali yiringli kasalliklar (osteomiyelit) buyrak amiloidoziga sabab boʻlgan boʻlishi mumkin.

Koʻzdan kechirish mahalida bemor vaziyatiga ahamiyat beriladi. Aktiv vaziyat, yaʼni aktiv holat surunkali buyrak kasalliklarining boshlangʻich davrida kuzatilsa, passiv holat uremik komada, majburiy holat paranefritda kuzatiladi: bemor

kasal tomonidagi oyog'ini chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukib, qorniga taqagan holda shu tomonini bosib yotgan bo'ladi. Buyrak eklampsiyasi va homiladorlar nefropatijasida talvasalar kuzatiladi. Bemor ko'zdan kechirilganida badan terisi va shilliq pardalarining rangi aniqlanadi, gemorragik diatez belgilari, toshmalar bor-yo'qligi bilib olinadi. Ko'zdan kechirish mahalida badan terisida qashlanib, tirnalgan joylar bor-yo'qligini bilib olish, uremiyada ammiak hidini sezish ham mumkin.

Buyrak palpatsiyasi. Palpatsiyani bemorning o'rinda yotgan yoki tik turgan holatida qilib ko'rgan ma'qul. Buyraklar ancha kattalashib ketgan (kistalar, o'smalar mahalida) yoki surilib qolgan bo'lsagina, qo'lga unnashi mumkin. Palpatsiya mahalida Obrasov-Strajesko metodi qo'llaniladi.

Sog'lom odamda buyraklar o'ziga xos tarzda joylashgan bo'lganligidan ularni perkussiya qilib, aniqlab bo'lmaydi. Qovuq to'lib turganida perkussiya yo'li bilan tovushning qov ustida bo'g'iqroq bo'lib qolganligini aniqlasa bo'ladi. Buyraklarni tekshirish mahalida urib ko'rish metodi ko'p qo'llaniladi. Bunda chap qo'l belga buyraklar proyeksiyasi zonasiga qo'yiladi, o'ng qo'l kaftining qirrasi bilan esa shu qo'lga kalta-kalta va sal-sal urib ko'riladi. Urib ko'rish mahalida bemor og'riq sezadigan bo'lsa, u holda simptom (Pasternaskiy simptomi) musbat deb hisoblanadi. Paraneprit va siydik-tosh kasalliklarida shu simptom musbat bo'ladi.

Tekshirish usullari: Arterial bosimni sutkaning turli mahallarida – ertalab, kunduzi va kechqurun o'lchab ko'rish kerak. Gipertoniya bor bo'lsa, kindik oldi sohasini eshitib ko'rish zarur, buning renovaskular gipertoniya tekshiruv uchun ahamiyati bor. Bunda ba'zan tomir ichiga taalluqli shovqin eshtiladi (aorta yoki buyrak arteriyasi stenozida).

Rentgenologik yo'l bilan tekshirish: *Bemorni siydik sistemasini rentgenologik yo'l bilan tekshirishga tayyorlash.*

Siydik chiqarish yo'llarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish uchun ko'pincha ekskretor urografiya qo'llaniladi. Rentgenokontrast moddalar (kardiotrast, diodon, verografın, urografın)ning 35–50% li eritmalaridan foydalaniladi. Tekshirishning sifati ichakning gazlar va axlatdan nechog'li tozalanganiga, buyraklarning funksional holatiga, kasallik xususiyatlariga bog'liq bo'ladi.

Sistoskopiya qovuq bo'shlig'ini sistoskop yordamida ko'zdan kechirishdir. Sistoskopni qovuqqa solish uchun uning butunligiga ishonch hosil qilib olish zarur. Sistoskop solishdan avval siydik chiqarish kanali tashqi teshigi diametrini taxminan aniqlash va shunga qarab tegishli kalibrdagi sistoskopni tanlab olish zarur. Sistoskopga, odatda, mo'l-ko'l qilib steril glitserin surtiladi va uretraning tashqi teshigiga bir necha tomchi glitserin yuboriladi. Sistoskopning tumshug'ini uretradan sirg'antirib turib, uni qovuqqacha oldinga surib boriladi. Kateter davo maqsadida ham, tekshiruv maqsadida ham solinadi.

Laboratoriyada tekshirish metodlari katta ahamiyatga ega. Normada siydikda oqsil bo'lmaydi. Buyrak kasalliklarida ko'pincha oqsillar siydik bilan birga chiqadigan bo'lib qoladi (proteinuriya). Ikkinchi muhim simptom siydikda eritrotsitlar bo'lishidir (gematuriya). Gematuriyaning sabablari buyrak infarkti, o'smalari, nefritdir. Ko'pgina yallig'lanish kasalliklarida piuriya aniqlanadi – siydikda leykotsitlar bo'ladi. Siydikdagi eritrotsitlar va leykotsitlar miqdorini (soni) aniqlash uchun Addis-Kakovskiy sinamasidan foydalaniladi. Siydik cho'kmasi mikroskopda tekshirib ko'rilganida buyrak kanalchalarida ivib qolgan oqsildan iborat bo'lmish silindrlarni topish mumkin (gialin, donali, mumsimon silindrlarni). Diurezni o'lchab turish buyrak kasalliklari tekshiruvida katta ahamiyatga ega. Ko'p qo'llaniladigan funksional sinamalarning biri Zimnitskiy sinamasidir. Oqsil almashinuvi oxirgi mahsulotlari – qoldiq azot,

mochevina, kreatininning qondagi miqdori bioximiyaviy yoʻl bilan oʻtkaziladigan tekshirishlarda aniqlanadi.

Buyraklarning shakli, katta-kichikligi va tuzilishidagi baʼzi xususiyatlari rentgenologik yoʻl bilan aniqlab olinadi. Siydik chiqarish yoʻllarini tekshirish uchun ekskretor urografiya keng foydalaniladi. Izotop rentgenografiya, sistoskopiya, punksiyon buyrak biopsiyada qimmatli maʼlumotlar olinadi. Biostat mikroskop ostida tekshirib koʻriladi.

Buyraklar funksiyasiga buyraklarning siydikni suyultira olish va konsentrlay olish funksiyasiga qarab baho beriladi. Maʼlum vaqt ichida ajralib chiqqan siydik miqdori *diurez* deyiladi. Sutkalik diurez bir sutka davomida chiqadigan siydik miqdoridir. Sogʻlom odam bir sutka davomida oʻrtacha 1,5 litr atrofida siydik chiqaradi. Baʼzi kasalliklarda chiqadigan siydik miqdori kamayib ketadi – *oliguriya* deb shuni aytiladi. Mutlaqo siydik chiqmay qoʻyishi *anuriya* deyiladi.

Siydikning konsentrlanish darajasi nisbiy zichligiga qarab aniqlanadi. Normada siydikning nisbiy zichligi ovqat tarkibiga qarab 1010–1030 ni tashkil etadi. Oliguriya mahalida siydik ancha konsentrlangan boʻladi, chunki organizm hamma tashlandilarni kam miqdor siydikda chiqarib tashlashi lozim boʻladi. Siydik zichligi oliguriyada koʻpincha 1030–1040 atrofida boʻlsa, poliuriyada 1008–1010 atrofida boʻlib turadi. Buyraklarning konsentratsion funksiyasi buzilganida siydikning nisbiy zichligi oliguriyada ham past boʻlib chiqaveradi. Bunda buyraklar orqali suv chiqib turishi ham buziladi.

Zimnitskiy sinamasining afzalligi shuki, buyraklarning funksiyasi bemor odatdagi rejimda boʻladigan sharoitlarda tekshiriladi. Bu sinama sutka davomida bajariladi. Ertalab soat 6–7 larda bemor siyadi va bu siydigi toʻkib tashlanadi. Soʻngra bemor har 3 soatda siydigini yigʻib boradi (hammasi boʻlib 8 porsiya siydik yigʻadi). Sinama tugaganidan keyin har bir

porsiyadagi siydik miqdori o'lchanadi va laboratoriyada uning nisbiy zichligi aniqlanadi. Kunduzgi va tungi porsiyalardagi siydik miqdorini bir-biriga solishtirib ko'rib, kunduzgi yoki tungi diurezning ko'p-kamligi to'g'risida fikr yuritiladi. Sog'lom odamlarda kunduzgi diurez tungisidagiga qaraganda taxminan 2 baravar ko'p bo'ladi; siydik zichligi 1005 dan 1028 gacha o'zgarib turadi. Buyraklar funksiyasi yetishmayotgan bo'lsa, tungi diurez ko'proq bo'lib chiqadi (nikturiya), sezilarli buyrak yetishmovchiligida siydikning nisbiy zichligi kam o'zgaradi (izogipostenuriya).

Hamshiralik parvarishi va o'z-o'zini parvarish qilish.

Siydik chiqarish organlari kasal bemorlar ko'pincha bel og'rig'i, shishlar borligi, bosh og'rig'idan, siydik kelishi aynab, ko'z xira tortib qolganidan, ko'ngli aynib, qusib turishi, tana harorati ko'tarilishidan noliydi.

Shishlar bo'lganda hamshira bemorning ovqatlanishiga, suyuqlik iste'mol qilishiga ahamiyat beradi va diurezni nazorat qiladi. Bemorlarning har kunidagi tekshiruv natijalarini hamshira yozib boradi va shifokorlarga ko'rsatadi. Shifokorlar shu ko'rsatkichlarga qarab bemorning davosi samaradorligini bilib turadi. Bemorda yotoq yarasini oldini olish lozim (tekis o'rin-joy, rezina chambar, o'rindagi vaziyatini tez-tez almashuvini, yostiqchalar). Shifokorning ko'rsatmalari bilan bemorga gigiyenik vanna va dush tavsiya etiladi.

Siydik ajralishining buzilishi. Buyrak gemodinamikasini yaxshilash maqsadida bel sohasiga issiq grelka qo'yiladi. Siydik keskin kamayganda (oliguriyada) bel sohasida diatermiya o'tkaziladi yoki Vishnevskiy bo'yicha paranefral novokain blokadasi qilinadi. Ikkala muolaja ham buyrakning gemodinamikasini yaxshilaydi va diurezni ko'paytiradi.

Paranefral blokada muolajasida hamshira shifokorga yordamlashadi, instrumentlarni va dorilarni tayyorlaydi, bemorning

blokadadan keyingi ahvolini kuzatadi. Agar bemorda siydik tutolmaslik bo'lsa, hamshira albatta matras ustiga kleyonka to'shashi kerak. Bemorga dumg'aza tagiga havo bilan shishiriladigan rezina tuvak qo'yiladi, erkaklarda har doim tuvak oyoq orasida bo'lishi lozim. Bemorlarni tez-tez yuvintirib turish kerak, so'ng terini yaxshilab artish, bichilishning oldini olish maqsadida yog' surib qo'yish lozim. Ichki kiyimlarni tez-tez almashtirishi lozim. Rezina tuvakni permanganat kaliy eritmasi bilan (1:5000) yoki xlorli ohak eritmasi bilan dezinfeksiya qilinadi

Siydikdagi o'zgarishlar. Oddiy shamollashlar nefritni zo'riqishiga sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun bunday bemorlarga peshob tahlili tez-tez o'tkazilib turish kerak. Bunday odamlar quruq va issiq xonalarda ishlashi kerak. Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish qat'iy man etiladi.

Arterial gipertenziya. Bemorni tinchlantirish, bosh tarafini ko'tarib gorizontol holatda yotqizish, oyoqlariga grelka qo'yish, peshonasiga sovuq kompress qilish lozim.

Bel sohasida og'riq. Kuchli og'riqlarda bemorga spazmolitik vositalar va narkotik analgetiklar beriladi, lekin oldin o'tkir qorin simptomlari yo'qligiga ishonch hosil qilingach, issiq grelka bel sohasiga qo'yiladi, bemorni issiq vannaga o'tkazib, og'riq sindromini bartaraf qilish mumkin. Hamshira bemorda og'riq sindromi yo'qolguncha yonida bo'ladi.

Og'riq tarqalgandan so'ng siydik tahlilini qilish lozim. Siydikning tarkibiga qarab bemorga parhez tayinlanadi. Siydikda urat tuzlari bo'lsa, go'sht, kofe, kakao, go'shtli va qo'ziqorinli qaynatmalar mumkin emas.

Fosfat tuzlari bo'lsa, sut mahsulotlari, tuxum, ko'kat mumkin emas. Har kungi suyuqlik miqdori 2 litrdan kam bo'lmasligi kerak. Buyraklari va siydik chiqarish yo'llari kasallangan bemorlar yaxshi parvarishga muhtoj bo'lishadi. O'tkir nefritda

ogʻir asoratlarni roʻy berib qolishi xavfi borligidan bunday bemorlarni albatta kasalxonaga joylashtirish zarur.

Surunkali nefrit bilan ogʻrigan bemorlar kasalligi qoʻzigan mahaldagina kasalxonaga yotqizishga muhtoj boʻladi. Oʻtkir nefriti bor kasallar hech oʻrindan turmay yotishlari kerak. Shu shartning buzilishi har xil asoratlarga olib kelishi mumkin va sogʻayib ketishini orqaga suradi. Buyrak kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlar suv, tuz va oqsil isteʼmolini cheklab qoʻyishi va shu bilan ularning ovqatida vitaminlar juda moʻl-koʻl boʻlishi kerak. Bunday kasallarga yengillashtiruvchi kunlar – kompot, olma kunlari buyuriladi va hokazo.

Uremiya (qonga siydik oʻtishi) azotli tashlandilar buyrak orqali yetarlicha chiqarib turilmasligi natijasida organizmning qattiq zaharlanishidir. Uremiyada oqsil parchalanishining mahsulotlari – mochevina, urat kislota, kreatinin qonda toʻplanib qoladi.

Uremiyada isteʼmol qilinadigan oqsil cheklanib, sutkasiga 20–40 g gacha tushiriladi, goʻsht, baliq, sutli mahsulotlar isteʼmoli kamaytiriladi. Zarur miqdordagi oqsil cheklangan miqdordagi tuxum, qaynatib pishirilgan goʻsht koʻrinishida berib turilishi kerak.

Kartoshka, shirinliklar isteʼmol qilish tavsiya etiladi. Venadan 300–400 ml 5% li glukoza eritmasi, asidoz boʻlgan mahalda 150–200 ml 4% li natriy gidrokarbonat (ichimlik soda) eritmasi yuborib turiladi, vitaminlar ichiriladi.

Poliuriya, yaʼni diurezning koʻpayib ketishi badandagi shishlar tez yoʻqolib borayotgan mahalda kuzatiladi. Odam normada sutkasiga 4–6 mahal siyib turadi; siydik uzluksiz oqim holida chiqariladi.

Tez-tez zahartang qilib turishi va bunda, odatda, oz-ozdan siydik kelishi (*pollakiuriya*) siydik yoʻllari yalligʻlanganida kuzatiladi.

Siydik tutilib qolganida va siydik tutolmaslikda qilinadigan parvarish. Siydik tutilib qolishi (*ishuriya*) siydik yo'llari yoki siydik chiqarish kanalida siydik o'tishiga to'sqinlik vujudga kelganligi tufayli buyraklardan siydik chiqib keta olmaydigan patologik holatdir.

Bemorlar parvarishida bemorning necha marta siygani va qancha siydik chiqarganiga ahamiyat berib boriladi. Markaziy nerv sistemasi zararlangan bemorlarga alohida e'tibor beriladi, bunday bemorlarda ko'pincha qovuq falajlanib, shu bilan bir vaqtda sfinkteri spazm bo'lib qoladi. Bu holda qovuqning to'lib-toshib ketishi yorilib ketishiga sabab bo'lishi mumkin. Tug'ruq yoki xirurgik operatsiyadan keyin 6 soat mobaynida siydik kelmay turgan bo'lsa, siydikni chiqarib tashlash uchun hamma choralarni ko'rish zarur. Avvaliga bemor siyib olsin deb uni yolg'iz qoldirish yoki o'tqazib qo'yib suyab turish ma'qul. Ba'zan qorin pastiga grelka qo'yish, issiq suvli klizma qo'yish, vannaga tushish kerak bo'ladi. Mana shu choralar naf bermaydigan bo'lsa, pituitrin, magniy sulfat inyeksiya qilinadi. Bu choralar ham kor qilmaydigan bo'lsa, kateter solinadi.

Yumshoq va metall kateterlar tafovut qilinadi. Yumshoq kateter uzunligi 25–30 sm va diametri 0,3–1 sm keladigan rezinka naydir. Mana shunday kateterning uchi dumaloqlangan va yon tomonida teshigi bo'ladi. Metall kateterlar erkak kateteri va ayollar kateteriga bo'linadi. Bularning ikkalasida ham dastasi, sterjeni va tumshug'i bor. Dumaloqlangan uchining yon tomonida oval shaklida 1–2 ta teshiklari bo'ladi. Erkaklar kateterining uzunligi 25–30 sm, ayollar kateterining uzunligi 15 sm atrofida. Erkaklar kateterining tumshug'i ayollar kateteri tumshug'idan ko'ra uzunroqdir. Metall, rezinka va plastmassa kateterlar qaynatib, elastik kateterlar esa shakllin bug'larida sterillanadi. Formalin siydik chiqarish kanali shilliq pardasini ta'sirleydigan bo'lgani uchun, kateterlar distillangan suv bilan yuvib olinadi.

Kateter davo maqsadida ham, diagnostika maqsadida ham solinadi. Siydik chiqarish kanali va qovuq travmalarida va bularda oʻtkir yalligʻlanish boʻlgan mahallarda kateter solish toʻgʻri kelmaydi. Bu muolajani oʻtkazish uchun sterillangan kateterlar va pinset, dezinfeksiyalovchi eritmaga hoʻllangan steril paxta tamponlar steril lotokka solinadi. Steril glitserin yoki maxsus pastali flakon va siydikka tutiladigan lotok tayyorlab qoʻyiladi. Bemor oyoqlarini tizzalaridan yarim bukkan va kergan holda chalqancha yotadi. Siydikka tutiladigan lotok oyoqlari orasiga qoʻyib qoʻyiladi. Jinsiy organlari suv bilan yuvilib, simob dixlorid (sulema) yoki etakridinlaktat (rivanol) eritmasiga hoʻllangan paxta sharcha bilan dezinfeksiya qilinadi. Yumshoq kateterning dumaloq uchi pinset bilan olinib, tashqi uchi barmoqlar bilan ushlab turiladi. Zakar chap qoʻl bilan boshchasidan ushlanadi, oʻng qoʻl bilan esa kateterning qovuqqa boradigan uchi siydik chiqarish kanali teshigiga solinadi. Soʻngra kateter siydik chiqquncha pinset bilan qovuqqa surib boriladi.

Ayollarga kateter solishda bemorning oʻng tomonida turiladi. Jinsiy lablar kerilib, siydik chiqarish kanalining teshigi dezinfeksiya qilinadi va siydik chiqquncha unga kateter solinadi. Siydikning hammasi chiqib boʻlmasidan sal ilgari kateter chiqarib olinadi, shunda kateter olinganidan kenin siydik chiqarish kanalini siydik oqimi yuvib oʻtadigan boʻladi.

Bir qancha hollarda kateter solish mahalida qovuqni dori eritmalari bilan yuviladi (kaliy permanganat, kollargol, protargol va boshqalar bilan). Bunda 38–39°C gacha ilitilgan 0,4–1 litr steril eritma rezinka nay ulab qoʻyilgan Esmarx krujkasiga quyiladi. Nayga qisqich qoʻyilib, krujka osib qoʻyiladi. Kateter solinib, siydik chiqarib yuborilganidan keyin kateter (odatda, rezinka kateter) rezina nayga ulanadi. 100–400 ml eritma yuboriladi, shundan keyin nay kateterdan ajratilib, qovuqdan eritma chiqarib yuboriladi. Bu muolaja bir necha marta takrorlanadi.

2.9.1. Sistit kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Sistit – qovuq yallig‘lanishidir. U gematogen yo‘l bilan, limfa yo‘llari, siydik yo‘llari bilan qovuqqa infeksiya tushishi natijasida paydo bo‘ladi. Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinmaydigan bo‘lsa, qovuqqa kateter solinganida ko‘pincha unga infeksiya o‘tib qoladi. Jinsiy organlar gigiyenasiga rioya qilinmaganda sistit ayollarda paydo bo‘ladi. Prostata bezi adenomasi siydik chiqarish kanalini qisib qo‘yganda ko‘pincha erkaklarda sistit paydo bo‘ladi.

Klinik manzarasi. Sistitning asosiy simptomi tez-tez va og‘riq bilan siyishdir. Qorinning pastida zirqiraydigan va achishtiradigan og‘riqlar paydo bo‘lib, siydik chiqarish kanaliga ham o‘tib turadi. Bemor kechasi-yu kunduzi qayta-qayta zahartang qilib turishini sezadi va bunda har safar atigi bir necha tomchi siydik keladi. Siyish paytining oxirida siydik chiqarish kanalida qattiq achishish paydo bo‘ladi. Siydik loyqa bo‘lib tushadi, ichida leykotsitlar, eritrotsitlar, epiteliy hujayralari bo‘ladi, undan ammiak hidi kelib turadi. Reaksiyasi ishqoriy bo‘ladi.

Profilaktikasi. Sistitga ko‘pincha bemorlarning irkitligi va kateterni noto‘g‘ri solish sabab bo‘lganligidan, bu kasallikning profilaktikasi uchun gigiyenaga amal qilib borish va parvarish ishini to‘g‘ri bajarish kifoya.

Davosi. Sistitga davo qilishda o‘tkir taomlar ratsiondan istisno qilinadi. Antibiotiklar, urotropin, 5-NOK buyuriladi. Belladonnali shamlar qo‘yiladi. Qovuq protargol eritmasi (0,5% li) yoki kollargol eritmasi (1–2% li) yo bo‘lmasa simob sianid eritmasi (1:10000) bilan yuvib ham turiladi.

2.9.2. Piyelonefrit kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

O‘tkir piyelonefrit to‘g‘ridan to‘g‘ri buyrak jomlari va buyrak to‘qimasiga mikroblar o‘tib qolishi munosabati bilan kelib chiqadigan infeksiyon allergik kasallikdir. O‘tkir piyelonefrit bir tomonlama va ikki tomonlama bo‘lishi mumkin. Bu kasallik birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi. Ikkilamchi piyelonefrit buyrak va siydik chiqarish yo‘llarining boshqa kasalliklari (buyrak-tosh kasalligi, buyrak sili va boshqalar)ning o‘tishini og‘irlashtirib qo‘yadi. Birlamchi piyelonefrit ko‘pincha ayollarda, ikkilamchisi ko‘proq erkaklarda uchraydi.

Etiologiyasi. Bu kasallik buyrak va jomlariga mikroorganizmlar o‘tishi natijasida kelib chiqadi. Mikroorganizmlar siydik yo‘li teshigidan yoki buyrak jomlari va siydik yo‘lining limfa sistemasi orqali gematogen yo‘l bilan (angina, gripp, furunkulyoz, sepsis, ostiomiyelit mahalida) o‘tishi mumkin.

O‘tkir piyelonefrit paytida siydikda ichak tayoqchasi, stafilokokk, vulgar protey, enterokokk topiladi. Infeksiyon yallig‘lanish kasalligining kelib chiqishi mikrobnig patogenligiga ham, organizmning reaktivligiga ham bog‘liqdir.

Buyraklarda siydik turib qolishi piyelonefrit paydo bo‘lishiga qulaylik tug‘diradi. Erkaklarda ko‘pincha buyrak-tosh kasalligi, prostata bezi adenomasi paytida buyrakda siydik turib qoladi. Ayollarda kasallik boshlanishiga homiladorlik qulaylik tug‘diradi, bunda bachadon kattalashib, siydik yo‘llarini bosib qo‘yadi.

Klinik manzarasi. Bu kasallik klinik triada: qaltirab, keyin harorati ko‘tarilishi, belda og‘riq turishi, dizurik hodisalar bilan xarakterlanadi. Beldagi og‘riqlar odatda simillagan og‘riq bo‘ladi, odam o‘zining holatini o‘zgartirganida zo‘rayadi. Bemorlar siyayotgan mahalida og‘riq sezadi, darmoni qurib, boshi og‘rishi, bo‘g‘imlari va muskullari og‘rib turishini aytadi.

Palpatsiya qilib koʻrilganida buyrak sohasining bezillab turgani topiladi, Pasternaskiy simptomi musbat boʻlib chiqadi. Koʻpincha siydik normal miqdorda kelib turadi, kamdan kam hollarda u kamayib qoladi va nihoyatda kamdan kam hollarda anuriya kuzatiladi. Siydikda sezilarli leykotsituriya, proteinuriya – 0,5–1,0 g/l (0,5–1%), epitelial, leykotsitlar va donador silindrlar, arziyas miqdorda gematuriya topiladi.

Siydik bakteriologik yoʻl bilan tekshirib koʻrilganida koʻpchilik kasallarda mikroflora borligi maʼlum boʻladi. Qonda neytrofil leykotsitoz topiladi. Eritrotsitlarning choʻkishi tezlashgan boʻladi. Ekskretor urografiya qilib koʻrilganida faqat ikkilamchi piyelonefritlardagina u yoki bu oʻzgarishlar borligi aniqlanadi (toshlar, anomaliyalar va boshqalar).

Xromosistoskopiyada qovuqda yalligʻlanish protsessi borligi, boʻyoqni ajratib chiqarish susayib qolganligi topiladi. Yiringli piyelonefritning oʻtkir va juda oʻtkir shakllarida umumiy ahvol ogʻir boʻlib, odam juda qaltiraydi, harorati baland boʻladi, intoksikatsiya belgilari koʻriladi (koʻngil aynashi, qusish, boʻgʻimlarning ogʻishi). Qonda $50,0 \cdot 10^9/l$ gacha boradigan leykotsitoz topilib, neytrofillar miqdori 95–97% gacha yetadi.

Yiringli oʻtkir piyelonefritning asoratlari jumlasiga paranefrit, diafragma tagi absessi, buyrak soʻrgʻichlarining nekrozga uchrab, buyrak yetishmovchiligi avj olib borishi, sepsis kiradi. Peritonit, arterial gipertoniya birmuncha kamroq uchraydigan asoratlardir.

Profilaktikasi surunkali infeksiya oʻchoqlarini sanatsiya qilish va siydikning oqib ketishiga xalal berib turgan sabablarni bartaraf etishdan iborat. Ogʻiz boʻshligʻi, burun-halqum, meʼda-ichak yoʻli, jinsiy organlar sohasidagi infeksiya oʻchoqlarini bartaraf etish katta ahamiyatga ega (surunkali appenditsit, surunkali xoletsistitni). Kolitlarga davo qilish, ayniqsa homilador ayollarning gigiyena chora-tadbirlarini bajo keltirib borishi oʻtkir piyelonefrit

profilaktikasida muhim rol ni o'ynaydi. Homiladorlarda simptomsiz o'tadigan bakteriuriyalarning oqibati yomon hisoblanadi. Bu kasallarning taxminan 5–7% ida shunday hodisa kuzatiladi, bularning yarmida keyinchalik o'tkir pielonefrit paydo bo'ladi. Kateter solish ishini aseptika va antiseptikaning hamma qoidalarini bajo keltirib turib o'tkazish kerak.

Davosi. O'tkir pielonefrit bilan og'rigan kasallar bel sohasidagi og'riqlari yo'qolib, harorati asliga kelguncha va dizuriya hodisalari barham topib ketguncha o'rindan turmay yotishlari kerak. Ovqat oson singadigan, vitaminlarga boy bo'lmog'i lozim. O'tkir ziravorlar istisno qilinadi. Siydik yo'llarini yuvish uchun kompotlar, kisellar, meva suvlari, mineral suvlar ko'rinishida ko'p-ko'p suyuqlik ichib turish tavsiya etiladi. Bir kechakunduzda iste'mol qilinadigan suyuqlik hajmi 2,5–3 litrni tashkil etmog'i lozim.

Badanga shish kelib turgan bo'lsa yoki bel og'rig'i kuchaysa, suyuqlik hajmi kamaytiriladi. Tuz miqdori birmuncha cheklab qo'yiladi (kuniga 5,0 g). Buyraklar sohasiga fizioterapiya muolajalari qilinadi (grelka, diatermiya, yuqori chastotali toklar).

Davoning asosiy metodi antibakterial terapiyadir. Antibakterial preparatni tanlashda mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligi tekshirib ko'riladi. Kasallikning yengil shakllarida bir hafta davomida kuniga 4–6 grammdan sulfanilamidlar ishlatiladi. Nafi bo'lmasa antibiotiklar – sefazolin, oleandomitsin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsetin va boshqalar buyuriladi. Nitrofuran birikmalari (furazolidon, furadonin, furazolin) ishlatiladigan bo'lsa, yaxshi natija olinadi. Bular 7–10 kun davomida 0,1–0,15 g dan kuniga 3–4 mahal berib turiladi. Antibiotiklar bilan birgalikda negram, nevigramon, 5-NOK ham ishlatiladi. Harorat bilan siydik o'zining asli holiga kelgan bo'lishiga qaramay, kasallik qo'zib qolishi mumkin, ayniqsa dard homiladorlik mahalida paydo bo'lgan hollarda shunday bo'ladi.

Hamshiralik parvarishi. Avvalambor bemorga issiq to‘shak, qulay sharoit yaratib beriladi. Bel sohasi va oyoqlariga isitgichlar qo‘yiladi. Isitmalaganda bemorga ko‘p miqdorda suyuqlik (kompotlar, soklar va issiq choy) beriladi. Isitmalaganda boshiga muzli xaltacha qo‘yiladi. Sho‘r va ziravorli ovqatlar berilmaydi. Spirtli ichimliklar taqiqlanadi. Shifokor tavsiyasiga binoan antibakterial dori moddalari o‘z vaqtida qilinadi.

2.9.3. Glomerulonefrit kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Diffuz glomerulonefrit ikkala buyrakning infeksiya tufayli kelib chiqadigan yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, bunda birinchi galda va asosan buyrak koptokchalari zararlanadi. Diffuz glomerulonefritning o‘tkir va surunkali turi tafovut qilinadi. O‘tkir glomerulonefritda kasallik birdan boshlanib, sikl bilan o‘tib boradi, odam bir necha oyda tuzalib ketishi mumkin. Surunkali glomerulonefrit retsdiv berib, uzoq cho‘zilib borishi, vaqt-vaqtida qaytib, yana qo‘zib turishi bilan xarakterlanadiki, bular asta-sekin buyrak yetishmovchiligiga olib boradi.

Sabablari. Diffuz glomerulonefritning sababi streptokokk infeksiyasiga bog‘liq ekanligi hozir uzil-kesil aniqlangan, bu kasallikni A gruppaga kiradigan gemolitik streptokokk keltirib chiqaradi. Kasallik odatda anginalar, respirator infeksiyalar, skarlatina va streptokokklardan paydo bo‘ladigan boshqa dardlardan keyin avj oladi. Odamning haddan tashqari qattiq sovqotishi nefrit paydo bo‘lishini yengillashtiradi.

O‘tkir glomerulonefrit infeksiyon kasallik vaqtida paydo bo‘lmasdan, balki undan 2–3 hafta o‘tganidan keyin paydo bo‘ladi. Xuddi ana shu davrda streptokokka javoban antitelolar ishlanib chiqa boshlaydi. Bu narsa o‘tkir glomerulonefritning shunchaki bir infeksiyon kasallik bo‘lmasdan, balki infeksiyon-allergik kasallik ekanligini ko‘rsatadi.

Antigen-antitelo komplekslari buyrak koptokchalarining hujayralari va kapillarlariga jam bo'lib olib, ularning zararlanishiga sabab bo'ladi. O'tkir glomerulonefritda hamisha ikkala buyrak, shu bilan birga barcha glomerulalar zararlanadiki, bu – shu kasallikning tabiatan allergiyaga bog'liqligini tasdiqlaydi.

Klinik belgilari. O'tkir glomerulonefrit birdan boshlanadi, oliguriya paydo bo'lib, badanga shish keladi, siydikda o'zgarishlar paydo bo'ladi (oqsillar, eritrotsitlar, leykotsitlar, silindrlar topiladi), arterial bosim ko'tarilib ketadi.

Bemorlar tez charchab qolishi, darmonsizligi, boshi og'rib turishi, subfebril haroratidan noliydilar. Shishlar paydo bo'lishi darrov buyrak kasalligini gumon qilishga majbur etadi. Buyraklarga aloqador shishlarni ajratib turadigan xususiyatlari jumlasiga ularning to'satdan, aksari ertalabki soatlarda paydo bo'lishini, odamning ayniqsa yuzi, ko'z qovoqlari sezilarli darajada kerkib, shu bilan birga badan terisi oqarib, qonsizlanib turishini kiritmoq kerak. Arterial gipertoniya uzoq turmaydi, bir necha kun, goho bir necha hafta davom etadi. Arterial sistolik bosim 20,0–24,0 kPa (sim. ust. hisobida 150–180 mm), diastolik bosim esa 12,0–13,3 kPa (sim. ust. hisobida 90–100 mm) bo'ladi.

Gipertoniyaning yuqori bo'lib, uzoq davom etib borishi yomon alomat deb hisoblanadi. Bosh og'rig'i va boshning og'ir tortib turishi arterial bosimning ko'tarilib ketganiga, ba'zida esa kalla ichi bosimi ham ko'tarilib qolganiga bog'liq bo'ladi. Badanda shishlar ancha ko'payib, arterial bosim ko'tarilib turgan mahallarda odam hansiraydigan bo'lib qoladi, ba'zida esa yurak astmasi tipida nafas siqib turadi. Bemorlar aksari bel sohasining simillab og'rib turishidan noliydilar.

Ko'zdan kechirilganda. Bemor ko'zdan kechirilganida badani terisining oqarib, yuzi shishib turganligi, qovoqlari kerkib, gavdasi ham shishib turganligi diqqatni o'ziga jalb etadi. Anchagina hansirab turganidan bemorlar o'tirib olishga yoki bir

narsaga suyanib olishga (yarim o'tirgan holda) majbur bo'ladi. Og'ir hollarda buyrak eklampsiyasi tutib qolishi mumkin.

Palpatsiya qilib ko'rib, shishlarning nechog'li tarqoqligi va tabiati aniqlab olinadi. Arterial gipertoniya ustiga miokard gipertrofiyaga uchrashi tufayli yurak uchining zarbi seziladigan joy chapga surilib qoladi.

Perkussiyada plevra bo'shliqlarida transsudat borligini va o'pkada qon dimlanib turganini topsa bo'ladi. Yurakning chap chegarasi perkussiyada o'rta-o'mrov chizig'idan chapga surilgan bo'lib chiqadi.

Auskultatsiyada, agar o'pkada qon dimlanib turgan bo'lsa, quruq va nam xirillashlar eshitiladi. Yurakni eshitib ko'rilganida aksari I tonning susayib qolganligi va yurak uchida sistolik shovqin borligi topiladi, aorta ustida II ton aksenti ma'lum bo'ladi.

EKG da chap qorincha miokardiga zo'r kelayotganini ko'rsatadigan belgilar topiladi. O'tkir glomerulonefrit uchun siydik sindromi xarakterlidir. Badanga shish kelganida diurez kamayib (oliguriya), bemorlar siydigiga bir talay oqsil va eritrotsitlar o'tgan bo'ladi.

Gematuriya kuchli bo'lsa, siydik rangi go'sht seliga o'xshab qoladi. Mikroskopda tekshirib ko'rilganida siydikda silindrlar va buyrak epiteliysi hujayralari topiladi.

Buyraklarning azot chiqarish funksiyasi keskin buziladi. Og'ir hollardagina qoldiq azot, mochevina, kreatinin miqdori ko'payib ketadi.

O'tishi va asoratlari. O'tkir glomerulonefrit bir necha haftadan to bir necha oylargacha davom etadi. Birinchi galda badandagi shishlar yo'qolib, arterial bosimning asliga kelib qolishi kasalning tuzala boshlaganini ko'rsatadigan belgilardir.

Gematuriya bilan proteinuriya bir necha oy davomida saqlanib turadi. Taxminan 25–30% hollarda o'tkir glomerulonefrit surunkali tarzda o'tadigan bo'lib qoladi.

O'tkir glomerulonefritning eng dahshatli asoratlari o'tkir buyrak yetishmovchiligi, yurak astmasi va buyrak eklampsiyasidir. O'tkir buyrak yetishmovchiligi o'tkir nefritning kamdan kam uchraydigan asorati bo'lib hisoblanadi. O'tkir buyrak yetishmovchiligi ko'pincha birdan ko'p qon yo'qotish, travmatik shok, to'g'ri kelmaydigan qon quyilishi, o'tkir va shiddatli gemoliz, to'qimalarning ezilib ketishi, badan kuyishi, qo'ziqorinlar, simob, xloroformdan zaharlanish, septik abort oqibati bo'ladi va hokazo. Ayni vaqtda asosiy kasallik ustiga diurezning keskin kamayib, hattoki to'la anuriyaga aylanib ketgani ham ma'lum bo'lib qoladi. Siydik qonga o'xshab tushadi, bir talay cho'kmasi bo'ladi. Oliguriya boshlanganiga qaramay, siydikning nisbiy zichligi past bo'lib chiqadi. Anuriya bilan bir vaqtda og'ir intoksikatsiya, uremiya kuchayib boradi, qondagi kaliy bilan magniy miqdori ko'payib ketadi, asidoz boshlanadi. O'tkir buyrak yetishmovchiligining nechog'li og'ir o'tishi va qanday oqibatga olib borishi oliguriyaning qancha davom etishi hamda darajasiga bog'liq bo'ladi. Yengil shakllari diurezning 150–200 ml gacha 2–3 kun, og'ir shakllari 10–15 kun davomida kamayib ketishi bilan xarakterlanadi. Oliguriyaning 20 kundan uzoqroq cho'zilishi buyraklarning bir umrga shikastlanib qolgani va oqibati yaxshi bo'lmasligini ko'rsatadi.

Davosi. O'tkir glomerulonefrit bilan og'rigan kasallar statsionarda davolanadi. Qilinadigan davo kasalni o'rnidan turg'azmay yotqizib qo'yish, parhez va dori-darmon buyurishdan iborat bo'ladi. Kasal 1½–2 oy davomida, zarur bo'lsa, bundan ham uzoqroq o'rinda yotishi kerak. Siydikning to'la-to'kis asliga kelishi ham o'tkir glomerulonefrit bilan og'rib o'tgan kasallarni, statsionardan chiqib kelganidan keyin kamida bir yil o'tmay turib, dispanser hisobidan chiqarish uchun asos bo'la olmaydi.

O'tkir glomerulonefritga davo qilishda parhez muhim rolni o'ynaydi. Nefrotik sindrom, arterial gipertoniya, oliguriya bo'lib

turgan mahalda 1–3 kungacha yeb-ichish uchun hech narsa berilmaydi (ochlik va suv kam ichish rejimi buyuriladi). Bu – diurez ko‘payib, shishlar yo‘qolib ketishiga, arterial bosimning normallasib qolishiga yordam beradi. Bemor ana shunday rejimni yaxshi ko‘tarolmaydigan bo‘lsa, unga 100–150 g qand, olma, rezavor meva, kompot beriladi.

Umumiy suyuqlik miqdori o‘tgan sutka mobaynida chiqarilgan siydik miqdoridan ortmaydigan bo‘lishi kerak. Badanda shish bo‘lmasa, ozgina gipertoniya bo‘lsa, birmuncha kunga qand, asal, ho‘l meva, kartoshka, guruch, xom sabzavot (sabzi, pomidor, karam) beriladi. Bemor diurezi va tanasining massasi har kuni tekshirib turiladi. Bemor ahvoli yaxshilanib qolganida uni 7a-parhez stoliga o‘tkaziladi, keyinchalik esa ovqat ratsioniga tuxum va sut mahsulotlari, qaynatib pishirilgan go‘sht, qaynatma yangi baliq, 1–2 g tuz qo‘shiladi (7-parhez stoli). Shishlar yo‘qolib, arterial bosim normallasganidan keyin bemorlarga bekam-u ko‘st ovqat buyuriladi, lekin ekstraktiv moddalar istisno qilinadi va ishlatiladigan tuz cheklab qo‘yiladi (kuniga 4–6 g gacha).

Dorilar bilan davolash antibiotiklar, desensibillovchi va simptomatik vositalarni buyurishdan iborat.

O‘tkir glomerulonefrit og‘irlashib, yurak astmasi bilan o‘tganda qon olinib (300–400 ml), keyin strofantin yoki korglikon yuboriladi. Bundan tashqari, siydik haydaydigan va gipotenziv vositalar ishlatiladi. Kasal qattiq hansirab turgan mahalda pantopon yoki morfin buyuriladi. Sezilarli oliguriya bo‘lsa, buyraklar sohasiga diatermiya qilinadi, novokain bilan paranefral blokada, shuningdek 50–60 mg sutkali dozada prednizolon buyuriladi.

Eklampsiyada darhol qon olinib, keyin venaga hamda muskullar orasiga 30–50 ml 40% li glukoza eritmasi, 25% li magniy sulfat eritmasi yuboriladi. Talvasalarni bartaraf etish uchun 1,5–2 g xloralgidrat qo‘shilgan klizma qilish buyuriladi.

Nafi bo'lmasa, orqa miya punksiyasi qilinadi, bu chora tez kor qiladi.

2.9.4. Buyrak-tosh kasalligi

Buyrak-tosh kasalligi dunyoning barcha mamlakatlarida uchraydi, shunga qaramay u bir tekis tarqalmagan va ko'pincha endemik xarakterda bo'ladi. Buyrak-tosh kasalligi uchraydigan rayonlar yer sharining ko'p qismida bor, bu kasallik tarqalgan ko'p zonalar ancha muhim hisoblanadi. Shunga ko'ra urolitiazning paydo bo'lishiga olib keladigan sabablardan biri tashqi muhit sharoitlari ekanligini inkor etish qiyin.

Buyrak-tosh kasalligi barcha urologik kasalliklarning 30–40% ni tashkil etadi. Kasallik hamma yoshdagi kishilarda uchrashi mumkin. Erkaklar ayollarga nisbatan buyrak-tosh kasalligi bilan ko'proq og'riydilar. Tosh siydik sistemasining turli qismlarida, ya'ni buyraklarda, ureterlarda, qovuqda va siydik chiqarish kanalida bo'lishi mumkin. Ko'pincha tosh bitta buyrakda, chapiga nisbatan ko'proq o'ngida paydo bo'ladi. Ikkala buyrakda ham tosh bo'lishi 9–17% bemorlarda uchraydi.

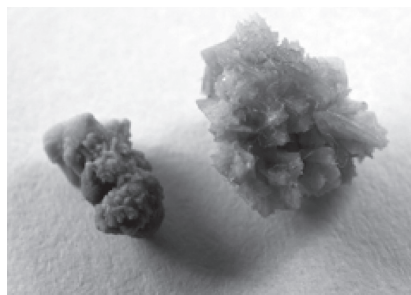
Buyrak toshi bitta yoki ko'p bo'lishi mumkin. Bitta buyrakda 5000 tagacha tosh topilganligi yozilgan. Toshning kattaligi ham har xil – 0,1 sm dan erkak kishining mushtumigacha yoki undan kattaroq bo'lishi mumkin, og'irligi esa bir necha grammdan kilogrammgacha boladi.

Toshning kattalashish tezligi har kimda har xil. Ba'zi bemorlarda buyrakdagi tosh yillab turishi va juda sekin o'sishi mumkin, boshqalarda esa hajmi juda tez kattalashib, yonboshidan tarmoqlar chiqaradi. Korallsimon tosh deb ataluvchi bunday tosh tarmoqlanib bir necha oy mobaynida buyrak jomi va kosachalarini to'ldirib xuddi uning qolipini paydo qiladi.

Etiologiya. Buyrak-tosh kasalligining kelib chiqish sabablari hanuzgacha to'liq aniqlangan emas. Toshning paydo bo'lish

mexanizmini turli olimlar turlicha, tushuntirishadi, uning shakllanish prosessi borasida yagona fikr yo‘q. Siydik yo‘llaridagi toshlar siydik tarkibiga kiruvchi tuzlardan iborat ekanligi aniqlangan. Ularning ximiyaviy tarkibiga ko‘ra urat kislota, natriy urat, ammoniy urat (uratlar), oksalat kalsiy (oksalatlar), ohak tuzlari (fosfatlar), karbonat kalsiy va magniy tuzlari (karbonatlar) kristallarining toshlari tafovut qilinadi (1-rasm).

Toshning tarkibini uning tashqi ko‘rinishiga qarab ham belgilasa bo‘ladi. Masalan, uratlar qattiq, sariq-jigarrang, yuzasi silliq yoki mayda donali. Oksalatlar juda qattiq qora-qo‘ng‘ir, ko‘pincha, qop-qora rangda, yuzasi g‘adir-budur o‘siqli bo‘ladi. Fosfatlar va karbonatlar yumshoq, osonlikcha uqalanib ketadigan kul rang-oq rangli, yuzasi g‘adir-budur. Och sariq rangli silliq sistin toshlari; sariq, silliq, lekin juda qattiq ksantin toshlari; yumshoq, silliq, oppoq oqsilli toshlar boshqa toshlarga qaraganda ancha kam uchraydi. Toshlarning tarkibi har xil bo‘lishi mumkin, masalan, toshning yadrosi bir xil tuzlardan, qobig‘i esa boshqa tuzlardan hosil bo‘ladi. Tosh yadrosi ko‘pincha bakteriyalar, oqsil tanachalar to‘dasi yoki nekroz natijasida ajralib tushgan birorta buyrak so‘rg‘uchi to‘qimasidan tashkil topadi.



1-rasm. Siydik toshlarining turlari:

1 – qovuqning fosetkali juda ko‘p toshlari (fosfatlar); 2 – tuxumsimon (ovoid) sariq rangli silliq tosh (urat); 3 – tut mevasiga o‘xshash tosh (oksalat).

Buyrak-tosh kasalligi kelib chiqishida ekzogen faktorlardan ovqatlanish va tuz iste'mol qilish rejimiga alohida to'xtalib o'tish lozim. O'simlik va sut mahsulotlaridan bo'lgan ovqat siydik reaksiyasini ishqoriy qilsa, go'shtli taom kislotali qiladi. Nefrolitiaz kelib chiqishida A-, va B-avitaminozlari ham muayyan rol o'ynaydi.

Siydik normal yurishini buzadigan buyrak kasalliklari yoki buyrak gemodinamikasini o'zgartiruvchi kasalliklar ham buyrak-tosh kasalligi vujudga kelishiga sabab bo'ladi. Buyrak rivojlanishining kamchiliklari, gidronefrotik transshaklsiya, surunkali pielonefrit kabi kasalliklar ham oqibatda buyrak-tosh kasalligini vujudga keltirishi mumkin.

Klinikasi va kechishi. Buyrak-tosh kasalligining asosiy simptomi og'riqdir. Bu og'riq o'tkir yoki simillaydigan bo'lishi mumkin. Og'riq lokalizatsiyasi toshning qayerda joylashganligiga bog'liq. Tosh buyrakda bo'lsa, og'riq odatda bel sohasida yoki qovurg'a ravog'ida bo'ladi. Bunda og'riq ureter bo'ylab yonbosh sohasiga, chovga, songa, moyaklarga, jinsiy lablarga, zakar boshchasiga tarqalishi mumkin. Ba'zan og'riq juda o'tkir xarakterda bo'ladi. Buyrak sanchig'ida og'riq birdaniga yo kunduzi, yo kechasi, tinch turgan holda yo bo'lmasa harakatda bo'lgan vaqtda paydo bo'lib qoladi. Bunda og'riq shu qadar qattiq bo'ladiki, bemor o'zini qo'ygani joy topolmay qoladi va «boshini devorga urishga» rozi bo'ladi.

Buyrak sanchig'iga quyidagilar sabab bo'ladi:

- 1) toshning ureterga tiqilib qolishi (okklyuziya) natijasida buyrakdan siydikning pastga yurishi qiyinlashuvi yoki buzilishi;
- 2) buyrak jomi ichidagi va buyrak ichidagi bosimning keskin ko'tarilib ketishi;
- 3) venoz qon dimlanishi natijasida buyrak gemodinamikasining buzilishi.

Buyrak-tosh kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarning 60–70%da piuriya kuzatiladi, u infeksiya borligining oqibatidir.

Ureter tosh bilan obturasiya boʻlgan vaqtda siydik tekshirilsa, gematuriya va piuriya koʻrilmasligi mumkin.

Ureter obturasiyasida infeksiya kirishi bilan yalligʻlanish paydo boʻlsa, bemorning harorati 39–40° gacha koʻtarilib ketadi, titraydi, ter bosadi, ogʻzi quriydi.

Diagnostikasi. Buyrak-tosh kasalligini aniqlashda anamnez muhim rol oʻynaydi. Anamnezdan ilgari bemorda siydik yoʻllaridan tosh chiqqanligini, boshqa infeksiyon kasalliklar boʻlganligini, shuningdek, suyaklar kasalligi yoki shikastlanganligini, paratireoid bezlar funksiyasining oʻzgarganligi va moddalar almashinuvi buzilganligini bilib olish mumkin.

Tekshirishning umumiy usullari, yaʼni koʻrish, palpasiya, perkussiya qilish buyrak kasalliklarini aniqlashga imkon beradi. Buyrak baʼzan palpasiya qilganda qoʻlga unnashi, uning sohasi ogʻriqli boʻlishi mumkin. Biroq buyrak toshi diagnostik palpasiya usulida aniqlab boʻlmaydi. Tosh ureterning yukstavezikal qismida boʻlsa, faqat ayollardagina ikki qoʻl usuli bilan qin orqali toshni palpasiya qilib aniqlash mumkin.

Buyrak va ureter toshlarida koʻpincha Pasternaskiy simptomi boʻladi, lekin bu simptom buyrakning boshqa kasalliklarida ham musbat boʻlishi mumkin.

Buyrak-tosh kasalligini aniqlashda laboratoriya tekshiruv usullari muhim ahamiyat kasb etadi. Masalan, qonni analiz qilganda leykositoz topilsa, bu infeksiya borligidan darak beradi.

Buyrak-tosh kasalligini aniqlashda rentgenologik tekshiruvlar hal qiluvchi rentgenogrammadan boshlanadi. Obzor suratda siydik sistemasining biron qismida joylashgan konkrement (tosh) soyasini koʻrish mumkin.

Obzor rentgenogrammada buyrak yoki ureter sohasida konkrementga gumonli soya koʻrilsa, uzil-kesil diagnoz qoʻyishga

shoshilish kerak emas. Bunday soya o't pufagining toshidan yoki me'da osti bezining toshidan ham bo'lishi mumkin.

Davosi va hamshiralik parvarishi. Buyrak va ureter toshlarini konservativ va operativ usullar bilan davolaniladi. Konservativ usullar modda almashinuvini, kislota-ishqor muvozanatini normallashtirishga, siydik yo'llaridagi infeksiyani yo'qotishga va toshning o'z-o'zidan chiqib ketishini stimullashga qaratiladi. Davo kompleks ravishda olib borilishi kerak. Organizmni quvvatlovchi tadbirlarni, parhezni (dietoterapiya) va dori-darmonlar bilan davolashni sanatoriy-kurort davolari bilan birga olib borish lozim. Parhez muhim davo vositasi hisoblanadi. Parhez tufayli modda almashinuvi normallasadi va kislota-ishqor muvozanati saqlanadi.

Fosfaturiyada yoki fosfat toshlar bo'lganida, aksincha siydik kislotaligini oshiradigan taomlar buyuriladi. Bunday bemorlarga go'shtli ovqatlar foyda qiladi, lekin ular sut, sabzavot va mevalarni iste'mol qilmasliklari kerak.

Parhez bilan oksalatlar paydo bo'lishini to'xtatish va oksalat diatezi (oksaluriya)ning oldini olish ancha mushkul. Oksalat kislotasi glinin, glikoid, kreatin va kreatinin oksidlanganida paydo bo'ladi. Oksalat kislota asosan purin jismlaridan vujudga keladi. Purin jismlari esa urat kislota paydo bo'lganda vujudga keladigan eng muhim mahsulotdir. Oksaluriyasi bor bo'lgan bemorlar sut, tuxum, shavel, salat, shpinat, turp, lavlagi, shokolad, buyrak, miya, elin, jigar iste'mol qilmasligi shart. Siydik a'zolarida toshi bor kishilar tosh tarkibi qanday bo'lishidan qat'i nazar achchiq va sho'r taomlarni iste'mol qilmasligi va spirtli ichimliklar ichmasligi lozim. Vitaminlar esa ko'p miqdorda buyuriladi.

Buyrak-tosh kasalligi bilan og'rikan bemorda siydikning yurishi (o'tishi) buzilganda, buyrak yetishmovchiligi, yurak-tomir kasalliklari bo'lganda mineral suvlar bilan davolanish aslo mumkin emas.

Buyrak-tosh kasalligida bo'ladigan o'tkir buyrak sanchig'i vaqtida kechiktirib bo'lmas yordam ko'rsatish juda muhim ahamiyatga ega. Og'riqning juda qattiq bo'lishi va boshqa organlar faoliyatining buzilishi tufayli xilma-xil simptomlarning ko'p bo'lishi buyrak sanchig'i vaqtida kompleks davo tadbirlari o'tkazishni taqozo qiladi. Davodan asosiy maqsad spazmi yo'qotish yoki buyrak siydik yo'lidagi to'siqni bartaraf etish yo'li bilan ureter o'tuvchanligini tiklashdir.

Buyrak-tosh kasalligi uzoq vaqt gematuriya bilan davom etsa, unda ham operatsiya qilinadi. Pielonefrit atakasi tez-tez takrorlanaversa yoki tosh tufayli surunkali pielonefrit vujudga kelsa, toshni xirurgik usul bilan olib tashlash shart.

Bemorda yurak-tomir sistemasi kasalligi dekompensatsiya stadiyasida bo'lsa, kaxeziya, miya qon aylanishining buzilishi, o'pka tuberkulozi (qayta kuchaygan fazasida)da uni operatsiya qilib bo'lmaydi.

Ureter toshlarini davolash prinsiplari buyrak toshlarini davolashdan farq qilmaydi, chunki ureter toshlari, avvalo, buyrakda paydo bo'ladi. Buyrakdan ureterga tushgan tosh u yerda to'xtab qolishi mumkin. Toshlar ko'pincha ureterning fiziologik toraygan joylarida to'xtaydi. Bunda infeksiya qo'shilsa, ureterit, periureterit, ba'zan esa o'tkir pielonefrit yoki pionefroz vujudga kelishi mumkin. Tosh uzoq vaqt bir joyda turib qolsa, u yerni jarohatlab ureter perforasiyasiga sabab bo'ladi. Ureter toshining eng xavfli asorati anuriyadir.

Buyrak sanchig'ini davolash

Buyrak sanchig'i shoshilinch yordam va bemorni tezlik bilan kasalxonaga joylashtirishni talab qiladi. Uy sharoitida og'riq xurujining sababini bilmasdan davolash man etiladi. O'tkir og'riq xuruji hamshiradan tezda buyrak sanchig'ini farqlashni va chora-tadbirlar ko'rishni talab qiladi.

Buyrak sanchig'ini gospitalizatsiyagacha bo'lgan davrda davolashni tashxis aniq bo'lgandagina boshlash mumkin. Davolash og'riq sindromini bartaraf etishdan boshlanadi.

Buning uchun spazmolitiklar og'riq qoldiruvchi vositalar va issiq muolajalardan foydalaniladi. Issiq muolajalar grelka (isitkichlar), isitilgan qum, issiq vannalar ($T=40^{\circ}-50^{\circ}C$) ko'rinishida qo'llaniladi. Agar bu muolajalar foydasiz bo'lsa dori preparatlari ishlatiladi.

Odatda medikamentoz davolash – spazmolitiklarni (0,1%–1 ml atropin, 0,2% – 2 ml platifillin, 25% li ml magniy sulfat eritmasi) yoki og'riq qoldiruvchi vositalarni (50% li 2 ml analgin, 1% ml promedol, 2% li 1 ml omnopon eritmasi) mushak orasiga yuborishdan boshlanadi.

Buyrak sanchig'ida narkotik analgetiklar qorin bo'shlig'i kasalliklari to'liq inkor etilgandagina qo'llaniladi. Og'riqni bartaraf etishda baralgin ham yaxshi dori vositalaridan hisoblanadi. Biroq og'riq qoldiruvchilarga allergik reaksiyasi bo'lgan bemorlarga ularni qo'llash qat'iyan man etiladi.

2.9.5. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi

Buyrakning o'tkir yetishmovchiligi buyraklar funksiyasining chuqur o'zgarishi, buzilishidan iborat bo'lib, buyrakda qon aylanishining o'tkir buzilishiga olib keladigan xilma-xil toksik, travmatik, infeksiyon va boshqa sabablar oqibatidir. Buyrakning o'tkir yetishmovchiligi rivojlanishiga va kechishiga juda ko'p faktorlar, chunonchi, anoksiya, buyrak ichki bosimining keskin ko'tarilib ketishi, buyrak kanalchalarinnng obturatsiyasi, ayrim moddalarning nefrotik xususiyati ta'sir etadi.

Buyrakning o'tkir yetishmovchiligi klinik jihatdan shu bilan namoyon bo'ladiki, buyraklarning azotli almashinish mahsulotlarini chiqarishdagi, suv-elektrolit konstantini va ishqorkislota muvozanatini saqlashdagi, qon bosimi va eritropoezni

normal ushlab turishdagi aktiv roli yo'qoladi. Bu funksiyalar chuqur o'zgarishi natijasida organizmda azot metabolizmi mahsulotlarining miqdori ortib ketadi, hujayra ichi va tashqi suyuqligining elektrolit tarkibi juda ham o'zgarib ketadi, suv almashinishi buziladi, asidoz, gipertoniya va anemiya vujudga keladi.

Etiologiyasi. Buyrakning o'tkir yetishmovchiligi paydo bo'lishida turli mexanizmlar ishtirok etadi. Bulardan eng muhimi buyrakda qon aylanishining buzilishi va bir qator moddalarining kanalchalar epiteliysiga nefrotik ta'sir etishidir. Patogen faktorlar buyraklarga turli xil kombinatsiyalarda va turli navbatda ta'sir ko'rsatadi. Masalan, ovqatdan bo'lgan intoksikatsiya kollaps va buyrak gemodinamikasining buzilishi natijasida, shuningdek, buyraklarga toksik (zaharli) ta'sir etishi oqibatida buyraklarning o'tkir yetishmovchiligiga sabab bo'ladi. Bunga tez-tez qusish oqibatida paydo bo'ladigan suv-elektrolit balansini o'zgarishi qo'shiladi. Ko'p miqdorda sulfanilamid preparatlar ishlatishdan paydo bo'ladigan buyraklarning o'tkir yetishmovchiligi, buyrak ishemiyasi, toksik ta'sir, sulfanilamid kristallarining buyrak kanalchalarini berkitib qo'yishi, koptokchalarining allergik xarakterda zararlanishi, tomirlar ichi gemolizi natijasidir.

Operatsiyadan keyin bemorlarda vujudga keladigan buyraklarning o'tkir yetishmovchiligi sabablari ham xilma-xil: qon yo'qotilishi, mos kelmaydigan qonni quyish, yo'qotilgan suv-elektrolitlar o'rnini yetarli darajada to'latmaslik, shok, shuningdek, operatsiyadan ilgari ham bo'lgan gepatopatiya va nefropatiyadir.

Simptomatikasi va klinik kechishi. Buyraklarning o'tkir yetishmovchiligi siklik xarakterda kechadi. Uning to'rtta stadiyasi tafovut qilinadi: boshlang'ich stadiya, oligoanuriya stadiyasi, diurezning tiklanish stadiyasi va tuzalish stadiyasi.

Boshlang'ich stadiyasida shok simptomlari, nerv sistemasi va gemodinamika o'zgarishining simptomlari yaqqol bilinadi.

Uzoq vaqt qusish va ich ketishi sababli degidratatsiya bo'lsa, bemor tashnalik sezadi, og'zi quriydi. Arterial qon bosimining pasayib ketishi doimo bo'ladigan muhim simptomlardandir.

Buyrak yetishmovchiligining birinchi stadiyasida gemokon-sentrasiya va metabolik o'zgarishlar juda muhim ahamiyatga ega. Bu o'zgarishlar to'qimalar anoksiyasi natijasida vujudga kelsa kerak. Bu stadiyada buyraklarda morfologik o'zgarishlar mutlaqo bo'lmaydi yoki juda kam bo'ladi. Klinik belgilarning og'irligi buyraklar zararlanishiga bog'liq bo'lmay, asosan, shokka bog'liq bo'ladi.

Shok holatidan chiqargandan so'ng ko'p bemorlarda buyrak funksiyalari tiklanadi, ba'zilarida esa buyrak yetishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi, ya'ni kasallikning ikkinchi stadiyasi – oligoanuriya boshlanadi. Bu stadiya bir necha kundan uch haftagacha va undan ortiqroq davom etishi mumkin. Kasal-likning bu stadiyasida o'ziga xos morfologik o'zgarishlar bo'ladi. Bunda ishemiya tufayli va nefrotoksik ta'sir sababli kanalchalar epiteliysida va kanalchalarning bazal membranalarida o'zgarishlar yuzaga keladi.

Oligoanuriya stadiyasining klinik ko'rinishi organizmda azot almashinishi mahsulotlarning to'planib qolishidan va suv-elektrolit muvozanatining buzilishidan iborat bo'ladi. Natijada nerv, yurak-tomir, hazm sistemalari faoliyati buziladi, qonda o'zgarishlar vujudga keladi. Oliguriya yoki anuriya asosiy simptom hisoblanadi.

Bemorning ahvoli og'ir bo'lsada, harorati normal yoki pasaygan bo'ladi. Agar buyrakning o'tkir yetishmovchiligi sepsis (masalan, abortdan keyin) natijasida yuzaga kelgan bo'lsa, harorati baland bo'lishi mumkin.

Buyraklar o'tkir yetishmovchiligining ikkinchi stadiyasiga xos o'zgarishlardan biri plazma elektrolit tarkibining buzilishidir. Masalan, plazmadagi uchta asosiy ionlar, ya'ni natriy, xlor va

bikarbonat kamayib ketadi. Shunday qilib, plazmada umuman elektrolitlar miqdori kamayadi.

Shu bilan bir qatorda plazmada kaliyning ortib ketishi, ya'ni giperkaliemiya muhim ahamiyatga ega. Giperkaliemiya nerv sistemasi va yurak muskullari zararlanganligi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bunda paresteziya, ba'zan paralichlar, bradikardiya, aritmiya, yurak yetishmovchiligi bo'ladi. Giperkaliemiya juda xavfli bo'lsa, ham qator bemorlarda uning klinik belgilari bilinmaydi. Shunga ko'ra giperkaliemiya bor-yoqligini aniqlash maqsadida elektrokardiografiya ham qilinadi.

Buyraklar o'tkir yetishmovchiligida sodir bo'ladigan metabolik o'zgarishlar kalsiy almashinuvini ham buzadi. Shuningdek, biroz gipoproteinemiya bo'ladi.

Buyrak o'tkir yetishmovchiligining doimiy belgilaridan biri plazmada azot shlak (chiqindi)larining ortib ketishidir, uni mochevinani yoki qoldiq azotni aniqlab bilinadi. Plazmada mochevina miqdorining ortib ketishi bir tomondan uning organizmdan kam chiqayotganligiga bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan, to'qimalar oqsillarining yemirilishi hisobiga ko'p miqdorda paydo bo'laveradi. Qondagi mochevina miqdori ko'pincha juda ortib ketib 400 mg % ga yetadi va undan ham oshadi. Mochevina miqdori oshishi bilan parallel ravishda plazmada azot almashinuvining boshqa mahsulotlari, ya'ni kreatinin, kreatin va siydik kislotasi ham ko'payadi.

Oligoanuriya davrida asosiy gematologik o'zgarishlar anemiya, osonlik bilan qon oqishi kabi belgilardan iborat bo'ladi. Ba'zan leykositoz ham bo'ladi.

Yashirin gipergidratasiyaning muhim diagnostik belgilaridan biri «suvli o'pkalardir» (fluid lung). Bu belgi rentgenogrammada o'pka to'qimasida o'ziga xos ochagli shish borligi, ekssudativ plevrit, ekssudativ perikardit, retroperitoneal shish borligi bilan bilinadi, bunda buyraklar hajmi ham kattalashib ketadi.

Bu belgilar ayrim-ayrim yoki turli kombinatsiyalarda uchrashi mumkin.

Oligoanuriya stadiyasida, ayniqsa azotemiya yuqori bo'lib, uzoq davom etsa, turli asoratlar, chunonchi, stomatit, parotit, pankreatit, perikardit yuzaga keladi, me'da va ichak shilliq pardasi yaralanib me'da-ichakdan qon ketishi mumkin.

Buyrak yetishmovchiligining uchinchi stadiyasida diurez ancha ko'payadi. Bu stadiyaning birinchi kunlaridanoq siydik miqdori sutkasiga 2–3 litrga yetadi va undan ham ortib ketadi, siydikning solishtirma og'irligi ancha past bo'ladi (1002–1003). Diurez tiklanishiga qaramay hali buyraklar yetishmovchiligi davom etaveradi. Stadiyaning boshida azotemiya yuqori raqamlarda bo'ladi, suv-elektrolit balansining o'zgarishlari davom etib turadi. Bemor bu stadiyada suvni juda ko'p yo'qotadi va shunga muvofiq og'irligi kamayib ketadi, ba'zan 10 kg gacha kamayadi.

Bu stadiyada ko'p bemorlarda siydik bilan kaliy ancha miqdorda chiqib ketadi: giperkaliemiya endi gipokaliemiya bilan almashinadi. Gipokaliemiya klinik jihatdan adinamiya va skelet muskullarining gipotoniyasi hamda ularning parezi bilan namoyon bo'ladi. Gipotoniya nafas muskullariga ham tarqalishi mumkin. Yurak muskullarida ham o'zgarishlar bo'ladi, buni elektrokardiografiya qilib aniqlash mumkin.

Uchinchi stadiyaning boshlarida davom etadigan suv-tuz almashinuvidagi o'zgarishlar shu qadar kuchliki, diurez tiklanishiga qaramay ko'p bemorlar o'ladi. Agar kasallik tuzalishga yuz tutsa, buyraklarning konsentratsion qobiliyati va ularning suv-tuz muvozanatini tiklashdagi roli o'z joyiga keladi. Natijada elektrolitlar miqdori sekin-asta normallashadi, azotemiya pasayadi, qondagi o'zgarishlar yo'qola boradi.

To'rtinchi stadiya – tuzalish stadiyasidir. Kasallikning og'ir yoki yengil kechganligiga qarab bu stadiya 6 oygacha va

baʼzan undan koʻproq muddat davom etadi. Bu stadiya oxirida elektrolitlar muvozanati tiklanadi, qondagi mochevina miqdori normaga keladi, biroq buyrakning tozalanish probalari, koʻpincha Zimmiskiy probasi ham buyraklar funksiyasida hali birmuncha oʻzgarishlar borligini koʻrsatadi. Baʼzi oʻzgarishlar kasallikning klinik belgilari mutlaqo boʻlmasligiga qaramasdan buyrakning oʻtkir yetishmovchiligi oʻtib ketganidan uch yildan soʻng ham topilishi mumkin.

Buyrak oʻtkir yetishmovchiligi bilan ogʻrigan bemorlarning anchaginasi hozirgi zamon davolash metodlarini qoʻllanilganda tuzalib ketadi. Biroq hali bu kasallik oqibatida boʻladigan oʻlim ancha yuqori raqamlarni tashkil etadi. Buyrak oʻtkir yetishmovchiligining birinchi stadiyasida bemor asosiy kasallik natijasida oʻladi, ikkinchi va uchinchi stadiyalarida esa suv-elektrolit balansining oʻzgarishida va metabolizm mahsulotlari qonda toʻplanib qolishi natijasida vujudga keladigan chuqur intoksikatsiyadan nobud boʻladi.

Urologik kasalliklarda buyraklarning oʻtkir yetishmovchiligi. Oʻtkir pielonefrit, yuqori siydik yoʻllarining oʻtkir obturatsiyasi (koʻpincha kalkulyoz obstruksiya), urosepsis natijasida buyraklarning oʻtkir yetishmovchiligi vujudga keladi. Siydikning surunkali tutilishi boʻlgan bemorlarni operatsiya qilib (episistostomiya, pielonefrostomiya), siydik yoʻlidagi gʻov bartaraf etilganida ham baʼzan buyraklarning oʻtkir yetishmovchiligi paydo boʻladi.

Siydik-tosh kasalligida ham buyraklarning oʻtkir yetishmovchiligi yuzaga kelishi mumkin. Masalan, ikkala ureter yoki buyrak yagona boʻlganida bitta ureter konkrementlar bilan tiqilib, bekilib qolsa, buyrak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Ureter obturatsiyasini oʻz vaqtida bartaraf etilsa, operatsiya samarali boʻlishi mumkin. Operatsiya qancha barvaqt qilinsa, diurez shuncha tez tiklanadi. Operatsiya kech qilinsa, uning samarasi ham kam boʻladi.

Ureterlar konkrementlar bilan okklyuziya bo'lishi tufayli vujudga kelgan ekskretor anuriyada bemorning umumiy ahvoli durust bo'lsa, faqat ikki kun, ko'pi bilan 3 kun konservativ tadbirlar o'tkazish kerak.

Bordi-yu, buyrak funksiyasi anuriya vujudga kelgunicha yaxshi bo'lmagan bo'lsa, operatsiyani bir sutkadan ortiqqa cho'zib bo'lmaydi. Buyragi bitta bo'lgan bemorlarda ayniqsa operatsiyani kechiktirish yaramaydi. Nefrourolitiazini bo'lgan bemorlarda anuriyaga qarshi konservativ tadbirlar orasida ureterlarning kateterizatsiyasi asosiy o'rinni tutadi.

Ureterlar turli o'smalar bilan ezilishi natijasida anuriya yuzaga kelsa, bunday bemorlarni tezlik bilan operatsiya qilish va stomalar qo'yish lozim.

Surunkali buyrak yetishmovchiligi deb nefronlar sonining kamayishi va funksional o'zgarishi natijasida buyrakning ekskretor va sekretor funksiyasining buzilishiga va buning oqibatida organizm ichki muhitini normada tutib turolmasligiga aytiladi.

Etiologiyasi. Surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib keluvchi sabablar: glomerulonefritlar, surunkali piyelonefrit, interstitial nefrit; siydik-tosh kasalligi, siydik ajratish sistemasining o'smalari; buyrak arteriyalarining stenozi, arterial gipertenziya; biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari, qandli diabet. Bu kasalliklar orasida surunkali buyrak yetishmovchiligining kelib chiqishida glomerulonefritlar 33%, surunkali piyelonefrit 21–30%, qandli diabet 9% ni tashkil qiladi.

Klinik manzarasi. Surunkali buyrak yetishmovchigining klinik manzarasida quyidagi sindromlarni farqlash mumkin: nefrologik sindromi; gastroenterologik sindromi; distrofik sindromi; anemik-gemorragik sindromi; suyak-bo'g'im sindromi.

I bosqichda bemorlar hech qanday shikoyat qilmasligi mumkin.

Surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanib borayotgan dastlab nefrologik sindromlar: holsizlik, uyquchanlik, charchash, ishtahaning pasayishi, befarqlik bo'ladi.

Gastroenterologik sindrom: ko'ngil aynishi, ishtaha yo'qolishi, ozib ketish, ich ketishi bilan kuzatiladi.

Dispeptik shikoyatlarning kelib chiqishiga uremik gastrit sabab bo'ladi. Uremik zaharlarning organizmda to'planib qolishi badan qichishiga, teri ostida qon quyilishiga sabab bo'ladi. Uzoq vaqt organizmda siydik kislotasi yig'ilib qolishi «uremik» podagra olib keladi. Qon bosimi oshganligi natijasida ko'rish qobiliyati pasayadi.

II bosqichda teri oq-sariq rangga kiradi, teri ostida qon quyilishlar kuzatiladi, teri quruq bo'ladi, tirnalganda izi qoladi va teri qurib tusha boshlaydi, organizmning og'irligi kamayadi. Qon bosimi oshadi. Og'izdan siydik hidi kelib turadi, til quruq, mallarang karash bilan qoplanadi. Qorin paypaslab ko'rilganda epigastral sohada og'riqni kuzatish mumkin.

Nevrologik simptomlar kuchayganda titrashlar, polineyropatiya kelib chiqadi, bemor komatoz holatga tushadi, shovqinli yoki xirillab nafas oladi. Ko'pincha gipotermiya kuzatiladi. II bosqichida diagnoz qo'yish uchun buyrakning funksional holatini va azot shlaklarining to'planib qolish darajalarini bilishi kerak. Zimnitskiy sinamasi o'tkazilganda izostenuriya va gipostenuriya kuzatiladi. Organizmda kreatinin to'planib qolishi buyraklar vazifasining buzilishi bilan boradi. Bemorlarning ahvoli yomonlashishi bilan kreatinemiya darajasi ortadi.

Surunkali buyrak yetishmovchiligini aniqlash, odatda, qiyinchilik tug'dirmaydi. Tashxis anamnez (uzoq muddat buyrak kasalliklari bilan kasallanganligi), bemorni bevosita tekshirish, laboratoriya analizlari (siydik analizi, qondagi azot qoldiqlari, koptokcha filtratsiyasining miqdori) natijalariga asoslanadi.

Davolash tartibi quyidagicha:

- bemorni kasalxonaga yotqizish (zarurat bo'lganda);
- bemorlarni tegishli parvarish qilish;
- suv-tuz rejimiga rioya qilish;
- boshqa a'zo va sistemalar holatini, etiologik omillar, surunkali buyrak yetishmovchiligining kechishi va bosqichini nazarda tutib, buyrakning buzilgan funksiyalarini tiklashga qaratilgan davolash tadbirlari;
- yetarli dozalardagi antibiotiklar yoqish-yoqmasligi, ko'rsatmalar va monelik qiladigan hollarni hisobga olgan holda I bosqichidayoq streptomitsin, neomitsin, kolimitsin kabi antibiotiklarni, II bosqichdan boshlab, tetratsiklin qatoridagi preparatlarni tayinlash mumkin emasligini unutmaslik lozim;
- yurak preparatlari (strofantin, digoksin va b.) ko'rsatmalar bo'yicha beriladi;
- siydik haydaydigan dorilar (gipotiazid, furosemid, uregit, veroshpiron, etakrin kislotasi va boshqalar mannitol yoki mannit eritmalari bilan birga, ko'rsatmalar bo'lganda) bilan davolash;
- gipotenziv vositalar (dibazol, papaverin, eufillin, obzidan, inderal, anaprilin, rauvolfiya preparatlari va b.) arterial bosimning darajasi va surunkali yetishmovchiligining bosqichiga ko'ra tayinlanadi;
- anemiya holatiga qarshi kurashga qaratilgan davo tadbirlari;
- asidozga va giper-gipokaliemiyaga qarshi kurash;
- ehtimol tutilgan infeksiyon asoratlarni davolash;
- uremik osteodistrofiyani davolash (fosforiga boy oziq-ovqat mahsulotlarini qabul qilishni kamaytirish);
- surunkali gemodializ («sun'iy buyrak») – terminal buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlar qonini buyrakni ko'chirib o'tqazishga tayyorlashning zarur bosqichi hisoblanadi.

Oldini olish. Surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib keluvchi kasalliklarni o'z vaqtida davolashdan iborat

Parvarishi. Darmonsiz va og'ir yotgan bemorlarda qovuq sfinkteri bo'shashganda siydik tutib turolmaslik yuz beradi, u oz-ozdan yoki tomchilab chiqib turadi. Bemor siydik chiqarish aktini idora qila olmaydi, shu tufayli choyshab va ich kiyimlar ho'l bo'ladi, shiptir hid paydo bo'ladi. Agar bemor o'rinda yotsa, tagiga rezina sudno qo'yiladi, yoki ko'pincha siydikdon beriladi. Siydik tutolmaydigan, o'rindan turmay yotadigan bemorlarning tagini tez-tez yuvib turish, choyshab va ich kiyimlarni almashtirib turish zarur. Siydik tutolmaydigan bemorlar uchun yumshoq siydikdonlar bo'ladi, ular gavdaga tasmalar yordamida mahkamlab qo'yiladigan rezina idishdan iborat. Siydikdonlarni har kuni issiq suv bilan sovunlab yuvish va siydik hidini yo'qotish uchun xlorid kislota yoki kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan chayib turish zarur.

Uremiya buyrak yetishmovchiligi natijasida organizmning azotli chiqindilar bilan qattiq zaharlanishidir. Uremiya o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin.

O'tkir uremiya buyrakka ta'sir qiladigan zaharlar (simob, qo'rg'oshin, barbituratlar) bilan zaharlanish, shok mahallarida, to'g'ri kelmaydigan qon quyib qo'yilgan va boshqa vaqtlarda kuzatiladi. Surunkali uremiya buyrakning bir qancha surunkali kasalliklari – glomerulonefrit, pielonefrit, buyrak tomirlarining kasalliklari va boshqalarning oqibati bo'lib hisoblanadi. Uremiyada qonda oqsil parchalanishining mahsulotlari (mochevina, urat kislota, kreatinin) ortiqcha miqdorda to'planib qoladi. Normada buyraklar orqali chiqarib turiladigan indikan, fenol miqdori ham ko'payib ketadi. Elektrolitlar muvozanati buziladi, asidoz avj olib boradi.

Uremiya holatidagi kasallar ishtaha yo'qligi, ko'ngil aynashi, qayt qilish, to'sh osti sohasining og'ir bo'lib turishi, ich

surishidan noliydilar. Til karash bosgan bo'ladi, og'izdan siydik hidi anqib turadi. Bu hodisalar qonda ortiqcha miqdorda to'planib qolgan azotli chiqindilarning me'da va ichak orqali chiqib turishi natijasida paydo bo'ladi. Ana shu moddalar me'da va ichak shilliq pardasini ta'sirlantirib, ularning yallig'lanishiga sabab bo'ladi.

O'pka tekshirib ko'rilganida atsidoz borligidan nafasning chuqur-chuqur bo'lib qolgani, xirillab turgani va siyrakligi ma'lum bo'ladi. Ayni vaqtda kasal chuqur va uzoq nafas oladi, nafas chiqarishi esa kalta bo'lib qoladi. Uremiya mahalida ko'z xira tortib, ko'rmay ham qoladi. Avvaliga bemorlar ko'zining oldini parda to'sganidek bo'lib turganidan noliydi, keyinchalik esa ular atrofda qilarni arang taniydigan bo'lib qoladi. Bir qancha kasallarda holdan toydiradigan darajada badan qichishib turadi, azotemiya kuchaygan sayin qichishuv zo'rayib boradi.

Badanning qichishaverishi terining qashlanib tiralishiga olib boradi. Azotli chiqindilar chiqib turishi perikardit paydo bo'lishiga olib keladi, perikardning yurak asosida eshitiladigan ishqalanish shovqiniga qarab perikardit vujudga kelganini bilsa bo'ladi. O'lim vaqti yaqinlashib qolganida ko'pincha pnevmoniya paydo bo'ladi, u tana harorati normal turganicha o'tadigan bo'lgani uchun, bu kasallikni aniqlab olish qiyinlashadi.

Ichki organlari distofiyaga uchraganligi tufayli bemorlar cho'p-ustixon bo'lib ozib ketadi (kexektik holat). Jigar va ko'mik distrofiyasi leykositoz, trombositopeniya bilan birga davom etib boradigan uremik anemiyaga olib keladi.

Qon ivuvchanligi buzilib, kapillyarlarning o'tkazuvchanligi kuchayganligidan burun, me'da, ichak, bachadon, siydik chiqarish yo'llari salga qonayveradigan bo'lib qoladi. Ko'pincha terida qontalashlar paydo bo'ladi.

Umumiy intoksikatsiya tufayli xotira va uyqu buziladi, odam salga charchab qoladigan bo'ladi, boshi og'rib turadi.

Organizm intoksikatsiyasi davom etaveradigan bo'lsa, uremik koma paydo bo'ladi. Bemor o'zidan ketib, nafasi izdan chiqadi. Koma boshida odatda Kussmaulcha nafas paydo bo'lsa, terminal davrda Chenn-Stokscha nafas paydo bo'ladi. Bemor qotib qolgandek mahliyo bo'lib yotadigan davrlar qo'zg'alish davrlari, gallyusinatsiyalar, alahlash bilan almashinib turadi.

Bemorning og'zidan shiptir hidi kelib turganligi seziladi. Aksari badan terisida mochevina kristalchalaridan iborat oqish g'ubor paydo bo'ladi. Arterial bosim odatda ko'tarilib ketadi. Qonda sezilarli anemiya va leykositoz topiladi. Azot miqdori 71,5 mmol/l (200 mg%) ga yetadi va bundan ham ortib ketadi. O'lim oldida bemor chuqur koma holatida bo'ladi, vaqt-vaqtda ayrim muskullari uchib turadi, keyin esa o'lib qoladi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi, uremik komada shoshilinch yordam ko'rsatish

Buyraklar o'tkir yetishmovchiligi bilan og'rigan bemorni kompleks tadbirlar bilan davolaniladi. Bunga: **1) parhez va dori-darmonlar, 2) tozalashning buyrakdan tashqari metodlari kiradi.**

Davolash buyrak o'tkir yetishmovchiligi sabablariga qarab har xil bo'ladi. Buyrak yetishmovchiligi gemoliz natijasida vujudga kelgan bo'lsa, qonni ko'p miqdorda almashtirib quyiladi; og'ir travma, oyoq-qo'llarning va to'qimalarning majaqlanishi natijasida buyrak yetishmovchiligi rivojlangan bo'lsa, asosan, shokka qarshi kurashiladi: qon, plazma, oqsil eritmalar, fiziologik eritma quyiladi, analeptiklar beriladi, bulardan eng yaxshisi noradrenalindir. Buyrak yetishmovchiligi xloridropeniya natijasida rivojlangan bo'lsa, natriy xloridning gipertonik va fiziologik eritmaları quyiladi. Bordi-yu, buyrak yetishmovchiligi zaharlanish oqibatida yuzaga kelgan bo'lsa, tegishli antidotlar qo'llaniladi, me'dasi yuviladi va hokazo.

Buyrak yetishmovchiligi og‘ir infeksiya oqibatida rivojlangan bo‘lsa, antibakterial dori-darmonlar beriladi. Biroq sulfanilamid preparatlarni buyraklarning o‘tkir yetishmovchiligida aslo berib bo‘lmaydi.

Ovqat rejimi va bemorni parvarish qilish buyraklarning o‘tkir yetishmovchiligida juda muhim ahamiyat kasb etadi. Kasallik yengil kechayotganida bemorni to‘g‘ri ovqatlantirilsa va uni yaxshi parvarish qilinsa, shuning o‘zi bilan uni tuzatib yuborish mumkin.

Buyraklar o‘tkir yetishmovchiligi bo‘lgan har bir bemorda suv balansini va elektrolitlar almashinuvini juda sinchiklab tekshirib borish shart.

Buyrak o‘tkir yetishmovchiligi bo‘lgan bemorni to‘g‘ri davolashning eng muhim shartlaridan biri uni to‘g‘ri ovqatlantirishdir. Bemorni to‘g‘ri ovqatlantirib katabolizmga qarshi kurashni ta‘minlash mumkin. Bemor bir sutkada 50 g non, 60 g sariyog‘, 100 g asal, nok yoki olmadan qilingan 100 g kompot va 150 g shakar iste‘mol qilishi kerak. Giperkaliemiya bo‘lsa, meva kompoti berilmaydi. Mana shunday ovqat ratsioni 1840 kaloriya beradi. 100 g biskvit, 60 g sariyog‘ va 120 g murabbodan iborat tamaddini ham bemorlar ishtaha bilan iste‘mol qiladilar; bu ratsionda oqsillar ko‘p bo‘lmaydi va u 1200 kaloriya beradi. Bemor o‘zi ovqatni yeya olmasa, uni zond orqali me‘daga kiritiladi. Bunday emulsiya 400 g shakardan, 100 g o‘simlik moyidan va 500 g suvdan iborat bo‘ladi.

Bir sutkada kerakli suyuqlik miqdori quyidagi yo‘llar bilan: 1) teri, o‘pkalar orqali chiqadigan suv hamda qusish va ich ketish natijasida yo‘qotilgan suv miqdori bilan; 2) qon va siydikni laboratoriyada tekshirish bilan; 3) bemor og‘irligi o‘zgarishini aniqlash bilan belgilanadi. Bemor qusmasa va ichi ketmasa, bir sutkada 800–1000 ml suv yo‘qotadi. Yo‘qotilgan suvning bir qismi ovqat va katabolizm hisobiga to‘ladi.

Binobarin, bemorga bir sutkada 600– 750 ml dan ortiq suv bermaslik kerak.

Dori-darmonlar bilan davolash. Androgen gormonlarning anabolik ta'siri bor. Shunga ko'ra buyraklar o'tkir yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga sutkasiga ikki marta 1 ml dan teri ostiga 5% li testosteron-propionat kiritish tavsiya etiladi. Bemorda og'ir infeksiya bo'lsa, tegishli antibakterial dori-darmonlar beriladi; buyrak faoliyati juda susayib ketgan bo'lsa, antibiotiklar dozasi kamaytiriladi.

Tozalashning buyrakdan tashqari metodlari: me'da va ichaklarni yuvish; almashlash maqsadida qon quyish; peritoneal dializ; gemodializ kiradi.

Me'dani yuvish. Me'daga natriy bikarbonatning kuchsiz eritmalari ko'p miqdorda kiritiladi (10 litrdan kun davomida ikki marta). Uremiyaning og'ir turlarida ana shu usul bilan organizmdan anchagina azot chiqindilarini yuvib chiqarish mumkin. Me'da yuvindisidagi mochevina miqdori aniqlansa, yana ham yaxshi bo'ladi. Bunda mochevina miqdori juda kam bo'lsa, me'da yuvishni davom ettirish shart emas. Ichakni yuvish. Ichakni sifon huqna qilib yuviladi.

Almashlash maqsadida qon quyish. Tirsak bukimidagi venalardan birontasiga qon quyiladi, pastki kovak venadan esa qon chiqarib turiladi. Pastki kavak venaga odatda sondagi katta teri osti venasi orqali kateter o'rnatib qo'yiladi. Qonni quyish va uni chiqarish ayni bir vaqtda qilinadi; chiqarilayotgan va quyilayotgan qon miqdorining farqi butun muolaja davomida 200–300 ml dan oshmasligi kerak. 500 ml qonni o'rta hisobda 10–15 minut ichida quyiladi.

Almashlab qon quyilsada, bu vaqt davomida organizmdan azot almashinishining mahsulotlari juda kam miqdorda chiqib ketadi. Qon quyganda plazmaning faqat 2/3 qismigina yangilanadi, bu esa hujayradan tashqaridagi suvning 1/5 qismini yoki organizmdagi

barcha suyuqlikning 1/15 qismini tashkil etadi, xolos. Mochevina juda yuqori diffuzion xususiyatga ega bo'lganligi sababli barcha suyuqlikda bir tekis konsentratsiyada bo'ladi.

Almashtirib qon quyish plazmadagi mochevinaning faqat 1/15 qismini organizmdan chiqib ketishini ta'minlagani uchun, shuningdek, ko'p miqdorda yangi qonni topib quyish mushkul bo'lgani sababli bu metod faqat massiv gemoliz oqibatida vujudga kelgan buyrak o'tkir yetishmovchiligidagina qo'llaniladi.

Peritoneal dializ. Ko'pincha tanaffusli peritoneal dializ qo'llaniladi. Qorinning o'rta chizig'i bo'yicha kindik bilan qov o'rtasidagi masofaning yuqori va o'rta qismi chegarasida kichkina laparotomiya qilinadi. Qorin devoriga maxsus fistula tikib qo'yiladi, fistula orqali perforatsiya qilingan trubka (naycha) kiritiladi. Bu trubkadan dializlovchi gipertonik eritma qorin bo'shlig'iga tushadi. Eritma tarkibida natriy xlorid, kaliy xlorid, magniy xlorid, kalsiy xlorid, natriy bikarbonat, glukoza, penisillin va geparin bo'ladi. Kiritilgan suyuqliq qorin bo'shlig'ida 1–2 soat qoladi. So'ng yana o'sha trubka orqali suyuqlik tashqariga chiqarib yuboriladi. Bu usul bilan 10–12 soat davomida qorin bo'shlig'iga 20–24 l suyuqlik kiritib chiqarish mumkin.

Peritoneal dializ natijasida plazmada mochevina miqdori kamayadi, azot almashinuvining boshqa mahsulotlari – kreatinin, siydik kislotasi va boshqalar biroz kamayadi. Ayni vaqtda asidoz, kaliemiya, fosfatemiya darajasi ancha kamayadi. Odatda peritoneal dializ bir necha bor takrorlanadi.

Gemodializ «sun'iy buyrak» apparati yordamida bajariladi. Bemor qonida va dializlovchi suyuqlikda erigan moddalar konsentratsiyasi bir-biridan farq qilishi tufayli apparat orqali o'tgan qon tozalanadi. Bunda ikkita muhitni ajratib turgan yarim o'tkazgich sellofan membranada moddalar diffuziyasi sodir bo'ladi. Membrana orqali kristall moddalar o'tadi, biroq kolloidlar o'tmaydi. Shunday qilib, «sun'iy buyrak» yordamida qondan azot



2-rasm.

chiqindilarini va ortiqcha elektrolitlarni ajratib olish, elektrolitlar defitsitini to'g'rilash va gipergidratatsiya bo'lganida (ultrafiltratsiya yordamida) suvni chiqarib tashlash mumkin.

Gemodializ vaqtida azot almashinuvi mahsulotlari (mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, indikan, aminokislotalar), qonda ortiqcha bo'lgan elektrolitlar (kaliy, sulfatlar, fosfatlar) qondan dializlovchi eritmaga o'tadi. Ayni vaqtda zarur elektrolitlar dializlovchi eritmadan bemor qoniga o'tadi, gidrostatik bosim baravarlashadi. Gemodializ vaqtida apparatdan qon ritmik ravishda doimo o'tib turadi, dializlovchi suyuqlik harorati bir xilda ushlab turiladi; apparatdagi qon qotib qolmasligi uchun vaqti-vaqti bilan undagi suyuqlikka antikoagulyantlar kiritib turiladi.

«Sun'iy buyrak» yordamida 2–4 soat mobaynida suv-elektrolit balansini anchagina korreksiya qilish mumkin. Ko'pincha gemodializ bir necha bor takrorlanadi. Bunda avval bilakka Skribner arterio-venoz shunti qo'yib qo'yilsa, takror gemodializ qilish osonlashadi.

Gemodializ qilish lozimligini belgilashda va uni qilish mumkin emas degan qarorga kelishda bemorning umumiy klinik holatiga katta e'tibor bermoq lozim.

Quyidagi hollarda gemodializ qilish mumkin emas: yurak-tomir sistemasida keskin o'zgarishlar (miokard infarkti, yurakning miogen dilyatatsiyasi, kollaps) bo'lsa, arterial bosim ancha pasayib ketgan bo'lsa, jigar yetishmovchiligining og'ir shakllarida – gepatargiyada, gemorragik diatezda, bachadondan, me'da-

ichaklardan anchagina qon ketib tursa, buyraklarning o'tkir yetishmovchiligiga sabab bo'lgan septik proses bakteriemik shok bilan namoyon bo'lsa

Kompleks terapiya tadbirlari amalga oshirilishi va «sun'iy buyrak» yordamida gemodializ o'tkazilishi tufayli buyraklarning o'tkir yetishmovchiligidan tuzalib ketish hozirgi vaqtda 67% ga yetdi; yildan yilga o'lim kamayib bormoqda.

Buyraklar o'tkir yetishmovchiligini davolash natijalari nisbatan durust bo'lgani sababli unda buyrak transplantatsiyasi ham kamdan kam qilinadi. Bu operatsiya buyraklarning surunkali yetishmovchiligi bor bo'lgan bemorlarda borgan sari ko'p bajarilmoqda. Buyrakning o'tkir yetishmovchiligida buyrak transplantatsiyasi qilish hayotiy taqozo bilan bajariladi. Masalan, og'ir travma tufayli aslida yagona bo'lgan buyrak olib tashlansa, transplantatsiya qilish zarurati tug'iladi.

Uremiya mahalida bemor batamom tinch qo'yilib, oqsillari ancha cheklangan parhez buyuriladi.

Oqsil almashinuviga yaxshi ta'sir ko'rsatadigan anabolik preparatlar (nerobol, metilandrostendiol va boshqalar) qo'llaniladi. Bu preparatlar gipertoniya va suv ushlanib qolishiga sabab bo'lishi mumkinligini esda tutish kerak. Venaga kuniga 1–2 mahal 20–40 ml 10% li glukoza eritmasi yuborib turiladi,



3-rasm.

shuningdek teri ostiga (500–1000 ml miqdorida) yoki tomchi huqnalari koʻrinishida (1 l eritmaga 10–20 g natriy gidrokarbonat qoʻshib turib) 5% li glukoza eritmasi ham yuboriladi. Bemorlarda sezilarli anemiya boʻlmasa, 250–400 ml miqdorida qon olish buyuriladi. Meʼda-ichak yoʻli orqali chiqib turadigan azotli chiqindilarni yoʻqotish uchun meʼda va ichakni kuchsiz ishqor eritmalari bilan yuvib turish bir qadar yaxshi taʼsir koʻrsatadi.

Hozirgi vaqtda «sunʼiy buyrak» apparati bilan oʻtkaziladigan gemodializ tobora keng qoʻllanilmoqda. Gemodializ turli moddalar yarim oʻtkazgich membrana (selofan) orqali tanlab-tanlab oʻtkazilishiga asoslangan. Surunkali glomerulonefriti, reaktiv fazadagi pielonefriti, buyraklar polikistozi bor kasallarda yuzaga kelgan buyrak yetishmovchiligi gemodializ oʻtkazishni taqozo qiladi. Gemodializni ambulatoriya yoʻli bilan ham oʻtkazsa boʻladi, lekin buning uchun mukammal apparatlar va yaxshi tayyorlangan xodimlar boʻlishi talab etiladi. Hozir surunkali buyrak yetishmovchiligida bemorga tirik donor yoki murdadan buyrak koʻchirib olib oʻtqazilmoqda.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Buyrak va siydik ajralish yoʻlining tuzilishini gapiring.
2. Buyrak va siydik yoʻllarining kasalliklarida parhezning ahamiyatini aytib bering.
3. Glomerulonefrit haqida gapirib bering.
4. Piyelonefrit haqida gapirib bering.
5. Sistit haqida gapirib bering.
6. Buyrak-tosh kasalliklarining klinikasini aytib bering.
7. Buyrak-tosh kasalliklarining davosi, oldini olishni aytib bering.
8. Buyrak sanchigʻi belgilari qanday?
9. Buyrak sanchigʻida shoshilinch yordam koʻrsatishni gapirib bering.
10. Oʻtkir buyrak yetishmovchiligining sabablari, klinik belgilarini gapirib bering.
11. Uremik koma klinikasi, kechishi, davolash usullari, sunʼiy buyrak, gemodializ haqida tushuncha.
12. Sunʼiy buyrak haqida tushuncha bering.

2.10. Qon va qon yaratish a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Qon tarkibi va vazifalari. Qon to'qima sifatida shaklli elementlar va plazmadan tarkib topgan. Plazma rangsiz yopishqoq suyuqlik bo'lib, 90–93% suvdan iborat; 7–10% qismi esa quruq modda – oqsillarga to'g'ri keladi. Bu oqsillar, albuminlar, globulinlar, fibrinogenlar bo'lib, ular qonni, fermentlarni va gormonlarni ivishida ishtirok etadi. Undan tashqari, shu quruq moddaning tarkibida yog'lar, uglevodlar, aminokislotalar, almashinuv moddalari, mineral moddalar ham bo'ladi.

Qon shakli elementlari quyidagilarga bo'linadi: eritrotsitlar, leykotsitlar yoki qon plastinkalari. Bular suyak ko'migi va limfa tarmog'ida birlamchi ustun hujayralardan hosil bo'ladi. Katta odamlarda qonning umumiy hajmi o'rtacha 5 litr bo'lib, tana og'irligining 6–7,3% ni tashkil qiladi. Tanada aylanayotgan qon esa 3,5–4 litr.

Qon organizmda bir necha vazifalarni bajaradi. Transport vazifasi – to'qimalarga kislorod, glukoza, aminokislotalar, yog'lar, vitaminlar, suv, tuzlarni tashiydi. Ajratish – almashinuv moddalarini o'pkalar, buyraklar, jigar, ichaklar va teri orqali chiqarish. Regulator-gormonlar mediator va metabolitlar orqali boshqaruv vazifasida ishtirok etadi. Himoya – hujayra va gumoral immunitetni boshqarilishida ishtirok etadi. Organizmni fizik-kimyoviy boshqarilishida ishtirok etishi (harorat, osmotik bosim, kislota-ishqoriy balans).

Klinik holat va simptomlar. Qon kasalliklarining asosiy simptomlari: tez charchash, holsizlik, hansirash.

Lixoradka – ko'pincha qon kasalliklarida subfebril harorat kuzatiladi. Leykozlarda leykotsitlarni tez yemirilish davrida harorat baland bo'ladi. Teri va shilliq qavatlarini rangparligi – anemiyaning belgisi. Gemorragik sindrom – teri ostiga qon ketish belgilari – gemorragik diatezga xos. Termoregulatsiyani va

haroratni sezishni buzilishi. Vitamin B₁₂ kamqonligi bor bemorlar haroratini doimiy ravishda o'lchab turish kerak, chunki kasallik qo'ziganda harorat ko'tariladi.

Addisson-Birmer sindromida periferik nerv sistemasi buzilishlari kuzatiladi, ya'ni terida og'riq sezgisi buziladi. Chap qovurg'a osti sohasidagi og'riqlar taloq kattalashganligi bilan ta'riflanadi (leykozlarda). Suyaklardagi og'riq leykozlarda kuzatiladi. Terini trofik o'zgarishlari (ozish, teri quruqligi, soch to'kilishi, tirnoqlarning sinishi) organizmda temir saqlovchi fermentlar yetishmasligining belgisidir.

Tekshirish usullari va davolash. *Subyektiv usul.* Bemor quyidagilarga shikoyat qiladi: umumiy holsizlik, quloqlarda shovqin, teri va shilliq qavatlar sariqligi, tomoqda, barmoqlarda og'riq, limfa tugunlar kattalashuvi, ta'm bilishning o'zgarishi, tana bosimi oshishi, milklarni qonashi, jigar va taloq sohasida og'irlik, soch to'kilishi, tirnoqlar sinishi.

Kasallik anamnezi: xavfli faktorlar, sabablar, kasallik boshlanishi, dinamika, tekshiruv natijalari, o'tkazilgan davo, asoratlari.

Hayot anamnezi. Irsiyat, boshidan o'tkazgan kasalliklari, kasbi, xavf guruhi, ijtimoiy ahvoli va ovqatlanishi, kasbi, zararli odatlari.

Obyektiv usullar. Ko'zdan kechirilganda: teri rangparligi, teri sariqligi, nekrotik angina, teriga qon quyilishi, tilni o'zgarishi.

Paypaslab ko'rish – perkussiya: limfa tugunlarini kattalashuvi, jigar va taloq kattalashuvi, yassi suyaklarda og'riq.

Instrumental tekshiruv usullari. Taloqni UTT da tekshirish, limfa tugunlari punksiyasi, suyaklarni radioizotop skanerlash, yassi suyaklar rentgenografiyasi.

Laborator tekshiruv usullari: umumiy qon analizi, koagulogramma, sternal punksiya (suyak ko'migi analizi), umumiy siydik analizi, qonning bioximik analizi (zardobdagi temir), oshqozon massasining analizi.

Davosi: Medikamentoz davosi, ya'ni dori-darmonlar bilan davolash. Diyetoterapiya qon kasalliklarida parhez ahamiyati judayam katta.

Hamshiralik parvarishi va o'z-o'zini parvarish qilish. Termoregulatsiya va harorat sezgisi buzilganda haroratni doimiy ravishda o'lchash kerak. Vitamin B₁₂ kamqonligida – kasallik avj olgan paytda harorat ko'tarilishi mumkin. Addison-Birmer anemiyasida periferik nerv sistemasi jarohatlanganligi sababli og'riqni sezish buziladi hamda ular sovuqni issiqdan ajratolmay qoladi. Shuning uchun bemorlarga issiq grelkalar berishda, muolajalar qilishda ehtiyot bo'lish lozim. Addison-Birmer anemiyasida siydik chiqarish faoliyati buzilishi natijasida bemor o'zi bilmasdan siyib qo'yishi mumkin.

Lixoradkada bemor isitiladi (ko'rpa yopiladi, oyog'iga issiq grelka qo'yiladi va issiq choy beriladi). Har ikki soatda harorat o'lchanadi. Og'iz bo'shlig'i va lablar suv bilan ho'llab qo'yiladi, labdagi yoriqlarga vazelin surtiladi. Bo'lgamoda juda yuqori tang harorati bosh ustiga muz osib qo'yiladi. A/B, puls, nafas sonlari qaytadan o'lchanib, natija varag'iga yozib qo'yiladi. Teri tozaligiga, ichki kiyim va oqliklariga e'tibor beriladi. Shifokor ko'rsatmalari bajariladi.

Haroratni kritik tushib ketishiga tayyorgarlik ko'riladi: iliq choy, grelka, toza va quruq oqliklar, kofein, kordiamin, sulfokamfokain tayyorlab qo'yiladi.

Harorat chiqqanda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan ruhiy holatlarga e'tibor beradi. Hadeb to'shakda yotish bemorda pnevmoniya yoki qon aylanishi buzilishiga olib kelishi mumkin.

O'pkasidagi asoratlarni oldini olish maqsadida tana holatini tez-tez o'zgartirib turish va nafas badantarbiyasini amalga oshirish zarur. Nafas gimnastikasi usullarini hamshira o'rgatadi.

Gematologik kasalliklarda ko'pincha milklar shishi va qonashi kuzatilib, keyinchalik og'iz bo'shlig'ida yiringli jarayonlar avj

oladi. Shuning oldini olish maqsadida hamshira bemor ogʻzini kuniga 2–3 marta chaydiradi (1 stakan suvga 1 choy qoshiq soda va 4–5 tomchi 5% li yod solinadi). Gemorragik sindromda bemorga travmalar va qon ketishi oldini olish boʻyicha tavsiya beriladi.

Ovqatlanish boʻyicha tavsiyanoma berish. Anemiya bilan kasallangan bemorlarni davolashda ratsional ovqatlanish muhim ahamiyatga ega. Ovqatlar har xil va toʻyimli, vitaminlarga boy boʻlishi kerak (ayniqsa, sabzavot va mevalar). Temirga boy diyeta buyuriladi. Ovqat tarkibidagi temirning 10% ichaklarda soʻrilishi eʼtiborga olinishi kerak. Erkaklar uchun tavsiya etilgan temir sutkasiga 10 mg berilishi lozim. Ayollarda esa temir ikki barobar koʻproq talab qilinadi, chunki soʻrilish effektivligi oshiqroq boʻladi, tavsiya etilgan temir miqdori ayollarda sutkasiga 12–15 mg ni tashkil qiladi.

Asosiy ovqatlar tarkibida temir moddasi boʻlishi kerak. Temirga boy boʻlgan mahsulotlarga jigar, kolbasa, dukkakli donlar, grechka yormasi, bugʻdoy, kakao, shokolad, koʻkatlar, mayiz, qora olchalar kiradi. Oʻsimliklar tarkibidagi temirning soʻrilishi ancha qiyin, chunki temir fitin kislotasi bilan bogʻlangan boʻladi. Shuningdek, guruchdagi temirning 1% i soʻriladi, shpinatda esa temir 1–2% i soʻriladi. Dukkakli donlar tarkibidagi temir 5–7% gacha yaxshi soʻriladi. Ayniqsa, son goʻshtli mahsulotlar tarkibidagi gemli temir ancha yaxshi soʻriladi. Ayniqsa, hoʻkiz goʻshtidagi temir 17–21%, hoʻkiz talogʻidagisi esa 10–20% soʻriladi.

Baliq tarkibidagi temirning 9–11% i soʻriladi. Oʻsimlikdan tayyorlangan ovqatlarga goʻsht qoʻshilsa, temirning soʻrilishi koʻpayadi. Lekin goʻshtli ovqatlarga oʻsimliklar qoʻshilsa, temirning soʻrilishini qiyinlashtiradi.

Qon yaratish aʼzolari kasalliklarida infeksiya tushishini oldini olish muhim ahamiyatga ega. Shuning uchun, infuziya vaqtida,

transfuziya vaqtida va donorlardan qon olayotganda qat'iylik bilan antiseptika va aseptikaga rioya qilish kerak.

Qon yaratish a'zolari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni shikastlardan saqlash, kasallikning oldini olish muhim hisoblanadi, chunki bu bemorlarda ozgina jarohat yoki shikast ham katta qon ketishlarga olib keladi. Qon ketishi bir necha kungacha davom etishi mumkin.

Vaqtinchalik qon ketishini to'xtatish uchun instruktaj, shikastlanish, ayniqsa gemorragik diatezlarda qon ketishi kuchli va uzoq vaqt ketishi xarakterli hisoblanadi. Bunday hollarda oila a'zolari ham tez yordam tadbirlarini bajarishni bilishlari kerak.

Kasalxonaga olib borilguncha qon ketishini jgut qo'yib to'xtatiladi, bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi, qon ketayotgan tomirni barmoq bilan bosib turish bilan, agar burundan qon ketayotgan bo'lsa, burun tamponlanadi. Tashqi qon ketishida gemostatik bulut, fibrin parda, biokley, qonayotgan joyni 5%li aminokapron kislota bilan yuviladi. Bemor kasalxonaga yotqiziladi.

Davolanayotgan bemorlarda hamshiralik parvarishi.

Qon kasalliklari bilan yotgan bemorlarni dorilar bilan davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi: temir preparatlarini berish, eritrotsitlar va trombositlar, o't haydovchi preparatlar, gormonal va sitostatik preparatlar berish, dezintoksikatsion terapiya, immunoterapiya, vitaminoterapiya.

Ba'zi hollarda xirurgik aralashuv (splenektomiya, suyak ko'migini ko'chirib o'tkazish) va nur terapiyasi ham qo'llaniladi. Ba'zan esa kombinirlangan terapiya: ximioterapiya va splenektomiya birga o'tkaziladi. Asosiysi, jarohatlarning oldini olish kerak. Hamshira qo'llanilayotgan dorilarni yuborish yo'llarini, ta'sir davomiyligini, bir martalik yuborish dozasini aniq bilishi, keyinchalik shu narsalarni bemorlarga tushuntira olishi kerak.

Analiz: qo'llanilayotgan dorilarni asosiy ta'siri, bir martalik dozasi, maksimal dozasi, kiritish yo'llari, ta'sir davomiyligi, nojo'ya ta'siri. Umumiy ahvolni o'rganish. Transfuziya nazorati. Qo'llanilgan preparatlarning ta'sirini bor-yo'qligi. Dorilarni qabul qilganini va yomon odatlarini tekshirish.

Parvarishdan maqsad: medikamentoz terapiyani osoyishta va xavfsiz o'tishi. Agar nojo'ya ta'sirlar boshlansa, ertaroq chora ko'rish. Dorilarni bemorning o'zi vaqtida qabul qilishiga erishish va muolajalarni aniq bajarish.

Hamshira faoliyati: dorilarni to'g'ri yuborish. Shifokorgacha bo'lgan yordamni bajarish. Bemorga o'zini nazorat qilishda yordamlashish.

2.10.1. Anemiya kasalligi bilan og'riغان bemorlarda hamshiralik parvarishi

Hozirgi vaqtda klinik manzarasi o'ziga xos bo'lgan anemiyalarning ko'p uchraydigan quyidagi turlari farq qilinadi.

- Postgemorragik anemiya, qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladi.
- Temir moddasi yetishmaydigan anemiya, organizmda temir tanqisligi sababli rivojlanadi.
- Pernitsioz anemiya (sianokobalamin) yetishmasligiga bog'liq.
- Gemolitik anemiya, eritrotsitlar parchalanishidan paydo bo'ladi.

Qon yo'qotish oqibatida kelib chiqadigan kamqonlik

Kamqonlikning bu xili nihoyatda ko'p uchraydi. Juda xilma-xil ixtisoslikdagi hamshiralalar shu xildagi kamqonlikni kuzatishadi. Kamqonlikka olib keladigan qon oqishining eng ko'p uchraydigan sabablariga jarohatlanish, abort yoki tug'ish, bachadon raki yoki fibromasi, me'da, ichaklar raki, me'da yoki 12 barmoq ichak yarasi, bavosil, o'pka sili yoki to'qimaning zo'r

berib parchalanishi bilan oʻtadigan boshqa oʻpka kasalliklari, gemorragik diatezning har xil turlari kiradi. Qon oqqandan keyin kuzatiladigan kamqonlikning klinik manzarasi va oʻtishiga qarab uni 2 turga ajratish kerak:

1. Oʻtkir qon yoʻqotish natijasida paydo boʻladigan kamqonlik.
2. Surunkali qon yoʻqotishdan paydo boʻladigan kamqonlik.

Oʻtkir qon ketishi qon koʻp yoʻqotilgan taqdirdagina kamqonlikka olib keladi. Oʻtkir qon yoʻqotishdan keyingi kamqonlikning umumiy belgilariga quvvatsizlik, quloq shangʻil-lashi, bosh aylanashi, hushdan ketish kiradi. Odam hansirab, yuragi oʻynaydi, koʻzi xiralashadi; bemor oqarib ketadi, lekin sariqlikdan asar ham boʻlmaydi; koʻz skleralari och havorang tusga kiradi, lablari va boshqa shilliq pardalari qonsiz boʻlib koʻrinadi. Qon oqqandan keyin puls dastlab boʻsh, kuchsiz boʻladi va tezlashib ketadi. Yurakni eshitish nuqtalarida sistolik shovqin eshitiladi. Arterial bosim pasayib ketadi. Kapillarlar turi rangsiz va siyrak boʻladi. Bu xildagi kamqonlikda aylanib turgan qon miqdori umuman kam boʻladi. Baʼzan aylanib turgan qon hajmi biroz koʻpayib qoladi, chunki qon yoʻqotish, odatda, suyuqlikning toʻqimalardan qonga tez oʻtishi bilan davom etadi. Bunda qon suyulgan – gidremik boʻlib qoladi. Ogʻir hodisalarda komatoz holat boshlanib, odam qattiq hansiraydi, tana harorati 34–33°C gacha pasayib ketadi, yurak tonlari arang bilinadi, mushaklar tortishib sianoz paydo boʻladi. Bu ogʻir oʻzgarishlarning kelib chiqishi bosh miya va yurak singari aʼzolarga kislorod yetishmay qolishi bilan bogʻliq.

Tez, takror (surunkali) qon oqishi hatto bir marta juda oz qon yoʻqotilganda ham, baʼzan kamqonlikning avj olishiga olib keladi. Biroq koʻp yillargacha shu tariqa oz-ozdan qon oqib turishi kompensator oʻzgarishlar natijasida kamqonlik belgilarining kelib chiqmasligiga olib keladi. Har yili necha martadan qon oqib ketishiga toʻgʻri ichak venalarining varikoz kengayishidagi

bavosildan qon oqishi misol bo'la oladi. Bunday bemorlar dastlabki yillarda qon ketgandan keyin o'z ahvolidagi o'zgarish sezmaydilar, ular qonining tarkibi esa uzoq vaqtgacha normal bo'ladi. Biroq asta-sekin yangidan yangi qon yo'qola bogani sayin ko'mikning ana shu giperfunksiyasi susaya boshlaydi va gipofunksiya holati bilan almashinadi. Qon tarkibida eritrotsitlar, gemoglobin kamaya boshlaydi. Rang ko'rsatkichi 0,6–0,5 gacha pasayadi. Kamqonlik, odatda, keskin gipoxrom xarakterga ega bo'ladi, bu temir yetishmovchiligiga bog'liq.

Temir yetishmovchiligidan paydo bo'ladigan kamqonlik

Qonda temir miqdori 3,6–5,4 mkmol/l ga tushadi. Bu davrda qonda eritrotsitlar kamayadi, leykotsitlar, trombotsitlar soni o'zgarmaydi. Kamqonlikning 80%ga yaqinini temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlik tashkil qiladi. Bunda qon zardobi va suyak ko'migida miqdori kamayib ketadi. Kasallik erkaklarga nisbatan ayollarda ko'p uchraydi. Temir 12 barmoq ichak va ingichka ichakning yuqori qismida so'riladi, uning so'rilishi 2 bosqichda kechadi:

- 1) temirning ichak shilliq qavati hujayralari orqali so'rilishi;
- 2) temirning hujayralardan zardobga o'tishi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqishiga asosiy sabablardan biri qon yo'qotishdir. O'z-o'zidan bo'lsa ham uzoq vaqt davomida qon yo'qotilganda organizmda temir miqdori kamayadi. Ovqat tarkibidagi temirning fiziologik so'rilishi chegaralangan. Erkaklar ovqat orqali 18 mg temir iste'mol qilsa, shundan 1–1,5 mg so'riladi. Ayollarda esa iste'mol qilingan 12–15 mg temirdan 1–1,5 mg so'riladi. Agar organizmdan sutkasiga 2 mg dan ortiq temir yo'qotilsa, temir yetishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi. O'zini sog'lom hisoblovchi ayollarning 10–25% da hayz ko'rish vaqtida 40 mg dan ortiq temir yo'qotiladi. Hayz ko'rish vaqtida ko'p qon yo'qotish tufayli

ayollarda temirga boʻlgan talab sutkasiga 2,5–3 mg dan ortiq boʻladi. Ammo bunday miqdordagi temir ichakda soʻrilmaydi. Shunday qilib, bir oyda 15–20 mg temir yetishmasa, bir yilga borib temir yetishmasligi 180–240 mg ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, har bir homiladorlik, tugʻish va emizish davrlarida ayol 700–800 mg dan kam temir yoʻqotmaydi. Temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlikning rivojlanishida oshqozon-ichak yoʻlidan qon yoʻqotish ham katta oʻrin egallaydi, bu hol koʻproq erkaklarda uchraydi. Siydik yoʻli orqali qon yoʻqotish kamqonlikka olib kelmasa ham, har holda siydik orqali doimo eritrotsitlarni yoʻqotish temir tanqisligiga olib kelmay qolmaydi. Doimiy qon topshirib yuruvchi donorlarda ham temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik uchrab turadi. Baʼzan tugʻma temir tanqisligi boʻlishi mumkin. Erta xloroz yosh qizlarda uchrab, balogʻatga yetish davriga toʻgʻri keladi. Meʼda shirasi miqdorining pasayishi natijasida ham kamqonlik kelib chiqishi mumkin. Uni gastrogen kamqonlik yoki axlorgidrid kamqonlik yoki kechikkan xloroz deyiladi.

Klinik manzarasi. Klinik belgilari har xil va turli sabablarga bogʻliq boʻladi. Temir yetishmasligining belgilari birdaniga bilinmaydi. Qondagi gemoglobin miqdori keskin kamayib ketganda toʻqimalarning kislorod bilan yetarli taʼminlanmaslik belgilari paydo boʻladi. Temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikda bemor umumiy holsizlik, tez charchash, bosh aylanib, quloqlarda shovqin borligi, havo yetishmasligi va yuragining tez urishidan shikoyat qiladi. Baʼzan bemor yurak sohasida ogʻriq sezadi. Bemorning teri qoplamlari oqargan boʻlib, baʼzan yashilnamo tusda boʻladi (xloroz soʻzi shundan kelib chiqqan). Bemorni tekshirib koʻrilganda yurak tomonidan taxikardiya, yurak choʻqqisi sohasida sistolik shovqin qayd qilinadi, qon bosimi pasayishi mumkin. EKG da T tishcha izoelektrik chiziqda yoki manfiy boʻlishi mumkin

Kamqonlikning boshqa turlaridan farq qilib, temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikda sideropeniya belgilari boʻladi. Bunda bemorning teri qoplamlari, tirnoqlari va sochlarida oʻzgarishlar qayd qilinadi. Teri qoplamlari quruq boʻlib, oyoq va qoʻllarda yorilishlar paydo boʻladi. Bemorlarning 10–15% da ogʻiz burchaklari yorilgan boʻladi. Ogʻir turlarida tirnoqlar yupqalashib tez sinadigan boʻlib qoladi. Koylonixiya –qoshiqsimon tirnoq temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikning belgilaridan hisoblanadi. Bemorning tili qizarib ogʻrishi mumkin (glossit), til soʻrgʻichlari atrofiyaga uchrashi natijasida u yaltiroq va silliq boʻlib qoladi. Temir tanqisligi anemiyasining belgilaridan yana biri – mushaklarning boʻshashishi, yosh qizlarda tunda siydik tutolmaslikdir. Bemor qattiq kulganda, yoʻtalganda siydik tutolmay qoladi. Temir yetishmasligidan oshqozon-ichak yoʻlida ham oʻzgarishlar paydo boʻladi – meʼda sekretsiyasi buziladi. Kechikkan xloroz bilan kasallangan bemorlarda taʼm bilish sezgisi buziladi. Bor, kesak, koʻmir kabilarni yeyish istagi paydo boʻladi. Bemor kerosin, aseton, naftalin, mashinalardan chiqadigan gazlarning hidi kabilarni yoqtiradi.

Laborator tekshirishlari. Qonni tekshirganda eritrotsitlar soni oʻrtacha kamayganda gemoglobin miqdori anchagina pasayganligi aniqlanadi. Anemiyaning bu turi gipoxrom anemiyalar qatoriga kiradi. Surtmadagi eritrotsitlar yomon boʻyalgan, ularning diametri kamaygan, leykotsitlar soni normada boʻladi. Erta xloroz yoki kamqonlik gormonal buzilishlar, xususan, tuxumdonlar gormonlarining suyak koʻmigiga ragʻbatlantiruvchi taʼsirining pasayishi natijasi hisoblanadi. Temir yetishmasligidan paydo boʻladigan kamqonlikda qon zardobidagi temir miqdorini aniqlashning ahamiyati katta. Bunda bemor tekshirishga qon topshirish uchun 5 kungacha tarkibida temir boʻlgan preparatlarni qabul qilmay turishi kerak. Qon zardobidagi temir miqdori nor-

mada 70–170 mkg % yoki 12,5–30,4 mmol/l bo‘ladi. Temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlikda esa qon zardobidagi temir 10–30 mkg% (1,8–5,4 mkmol/l) gacha pasayib ketishi mumkin.

Davolash. Bemorga tarkibida temir moddasi ko‘p bo‘lgan ovqatlarni ko‘proq iste‘mol qilish tavsiya qilinadi. Temir miqdori go‘sht, jigar, tuxumda ko‘p bo‘ladi. Darhol qon quyishga shoshilmaslik kerak, chunki zardob orqali o‘tadigan gepatit 0,5–20% ni tashkil qiladi. Temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikni davolashda temir preparatlari ishlatiladi. Preparatlarni, asosan, ichishga buyuriladi. Ichakda so‘rilish buzilgandagina temir preparatlari parenteral yo‘l bilan yuboriladi. Temir preparatlaridan ferrokal yaxshi natija beradi, sutkasiga 6 tabletka ichiladi, shuningdek, ferroleks, konferen, orferon, ferramid, ferbitol, ferkoven, ferrumlek kabi dorilar qo‘llaniladi. Davolash muddati 2–3 oy.

Kasallikning oldini olish. Homilador va emizikli ayollar, uzoq vaqt qon yo‘qotgan kishilar, o‘smir qizlar, donorlarga tarkibida temir ko‘p bo‘lgan mahsulotlarni ko‘proq iste‘mol qilish tavsiya qilinadi (jigar, go‘sht, tuxum). Temir preparatlari berib turiladi (masalan, kuniga 2 tabletka ferroleks). Ba’zida qon tekshirib turiladi. Temir tanqisligi aniqlanganda bemorga uzoq muddat davo qilinadi.

Addisson-Birmer kasalligi vitamin B₁₂ folat yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik

Bu turdagi kamqonliklarda vitamin B₁₂ va folat kislota yetishmovchiligidan, qon ishlab chiqarishda va, asosan, eritropoyezdagi DNK va RNK sintezi buzilishida kuzatiladi. Ko‘pincha alohida vitamin B₁₂ yetishmasligi va kam hollarda alohida folat kislota yetishmasligi uchraydi.

Vitamin B₁₂ yetishmasligi sabablari:

I. Vitamin B₁₂ soʻrilishining buzilishi:

- 1) oshqozon fundal qismi bezlarining atrofiyasi (Addison–Birmer kasalligi);
- 2) meʼda raki;
- 3) ichak kasalliklari (spru, terminal ilyeit, ichakning surunkali yaralari, oʻsmalari);
- 4) oshqozon va ichakdagi operatsiyalar.

II. Vitamin B₁₂ ning yuqori darajada sarflanishi va ilikda oʻzlashtirilishining buzilishi:

- 1) ichakning gijja kasalliklari;
- 2) ichak disbakteriozi ;
- 3) jigar kasalliklari (surunkali gepatit, jigar sirrozi);
- 4) gemoblastozlar (oʻtkir leykoz, eritromiyeloz).

III. Folat kislota yetishmasligi sabablari:

- 1) ichak kasalliklari;
- 2) ichakda qilinadigan operatsiyalar;
- 3) alkogolizm;
- 4) homiladorlik;
- 5) baʼzi dorilarni uzoq muddat qabul qilish;
- 6) alimentar yetishmaslik.

B₁₂ yetishmasligi bilan bogʻliq kamqonlik.

Birinchi bor bu kasallik 1855-yilda Addison, soʻngra 1868-yilda Birmer tomonidan yozilgan boʻlib, pernitsioz (yomon sifatli) kamqonlik deb nomlangan. Hozirgi vaqtda vitamin B₁₂ bilan davolash imkoniyati tufayli bu kasallik hayot uchun xavfli boʻlmay qoldi va aytarli yomon sifatli ham emas.

Sabablari va rivojlanishi. Kasallik rivojlanishi vitamin B₁₂ ni oʻzlashtirishda ishtirok etuvchi ichki omil ishlab chiquvchi meʼda fundal qismi bezlari atrofiyasi bilan bogʻliq. Kasallik autoimmun oʻzgarishlar, irsiy omillar, meʼda shilliq pardasiga zaharli taʼsirlar, keksalikdagi atrofik jarayonlar natijasida ham rivojlanishi mumkin. Ichki omil yetishmasligi ichakda vitamin

B₁₂ soʻrilishining buzilishiga olib keladi va qonda vitamin B₁₂ yetishmasligi rivojlanadi. Natijada folat kislotaning oʻz aktiv formasi folin kislotaga oʻtishi amalga oshmay qoladi. B₁₂ yetishmasligi va folat kislotaning aktiv formasi yoʻqligi qon ishlab chiquvchi hujayralarda, asosan, eritroblastlarda DNK sintezining buzilishiga va hujayra boʻlinishining buzilishiga olib keladi. Natijada eritroblastlar kattalashib, megoblastlarga aylanadi. Eritropoyez megoblastik tus oladi.

Patologik anatomiyasi. Addison–Birmer kasalligida ichki aʼzolar rangi oqaradi. Yassi suyaklar koʻmigi toʻq qizilrangda boʻladi. Naysimon suyaklarning epifizi va diafizi koʻmigi qizil rangdaligi aniqlanadi. Til silliq, yaltiroq, soʻrgʻichlari atrofiyalangan boʻladi. Meʼda shilliq pardasi va bezlarida atrofiya aniqlanadi. Atrofik jarayonlar ichakda ham aniqlanadi.

Klinik koʻrinishi. Kasallik kechishi siklik boʻlib, remissiyasi retsdiv davri bilan almashinib turadi. Remissiya davrida qon ishlab chiqarish normoblast boʻlib, kasallikning klinik belgilari kuzatilmadi. Kasallikka xos klinik belgilar va periferik qondagi oʻzgarishlar retsdiv vaqtda kuzatiladi.

Addison–Birmer kasalligi, asosan, keksa yoshdagi erkaklarda uchraydi. Kasallik bilintirmay rivojlanadi. Kasallikning boshlangʻich belgilari quvvatsizlik, tez toliqish, ogʻiz qurishi, dispeptik oʻzgarishlardan iborat. Kam hollarda kasallik asab aʼzolaridagi oʻzgarishlar, paresteziya va sezuvchi nerv ildizlaridagi ogʻriqlar bilan boshlanadi. Kasallik qaytalanganda uchta sindrom (kamqonlik, oshqozon-ichak va nevrologik) belgilar kuzatiladi.

Kamqonlik sindromi belgilari quvvatsizlik, bosh aylanishi, quloqdagi shovqin va oz-moz zoʻriqishda ham nafas olish va yurak urishining tezlashishi bilan kuzatiladi. Miokard gipoksiya natijasida yurak sohasida stenokardiya xuruji singari sanchiqli ogʻriq paydo boʻladi. Yurak choʻqqisida tomirlarga oʻtkaziluvchi

sistolik shovqin eshitiladi, qon bosimi pasayadi. EKG da diffuz o'zgarishlar kuzatiladi. Ko'zdan kechirilganda teri qoplamlarining oqarganligi, ko'z oqining subikterik rangdaligi aniqlanadi. Teri osti yog' qatlami yetarli darajada taraqqiy etganligi kuzatiladi.

Kamqonlik sindromi rivojlanish darajasi uning bosqichi va kamqonlikning rivojlanish tezligiga bog'liq. Bemor qonining tez kamayishi bosh miyaning qisqa vaqt ichida ishemiyasi natijasida koma holatining rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Ko'pincha bemorlar til achishishi va og'rishidan shikoyat qiladilar. Til ko'zdan kechirilganda to'q qizil og'riqli yallig'langan joylar aniqlanadi. Keyinchalik til murtaqlari silliqlashadi va atrofiyalashadi. Bularan tashqari, oshqozon-ichak a'zolari tomonidan ishtahaning butunlay yo'qolishi, epigastral me'da sohasida og'riq sezgisi va og'riqlar kuzatiladi. Jigar odatda kasallik qo'ziganda kattalashadi, taloq aytarli kattalashmaydi. Addison–Birmer kasalligida nevrologik o'zgarishlar quyidagilardan iborat: paresteziyalar, sezuvchanlikning buzilishidan, yengil og'riq sezgilardan, oyoq va qo'lning uvushishi. Ko'pincha mushak quvvatsizligi va mushaklar atrofiyasi kuzatiladi. Ba'zida psixik o'zgarishlar, alahsirash, gallutsinatsiya paydo bo'ladi. Kasallik qaytalanganda tana harorati subfebril bo'lishi mumkin.

Laborator tekshiruvi natijalarida qondagi o'zgarishlar o'ziga xos, pernitsioz anemiya giperxrom bo'ladi: rang ko'rsatkichi birdan yuqori (eritrotsitlar umumiy miqdori kamayganda, ulardagi gemoglobin miqdori oshgan bo'ladi), yirik eritrotsitlar–makrotsitlar, shuningdek poykilotsitlar (odatdagi yumaloq eritrotsitlar emas, balki noto'g'ri shakldagi (silindr, ovalga o'xshash va h.k.) eritrotsitlar uchraydi. Leykotsitlar miqdori kamaygan (leykopeniya), ECHT oshadi.

Davolash. Kasallik muayyan sikl bilan kechadi, aksariyat bahorda qo'ziydi.

Yomon sifatli kamqonlikning davosi 1926-yilda shu kasallikni ham jigar bilan davolash qilish kashf etilishi natijasida yaxshi natija beradigan bo'ldi (Mayno va Merfi). Jigar preparatlari bilan davolash yordamida, odatda, mehnat qobiliyatini to'la tiklashga erishiladi. Shu munosabat bilan bu xildagi kamqonlikning «yomon sifatli» degan nomi hozir o'z ahamiyatini yo'qotgan.

Jigar bilan davolashning naf berishiga sabab shuki, jigar to'qimasida vitamin B₁₂ ichki omil bilan birikkan bo'ladi. Jigar dimlamasi kuniga kamida 250 g miqdorida beriladi. Odatda, davolanishning birinchi haftasi oxiridayoq bemorlar o'zini yaxshi his qila boshlaydilar, qonda retikulotsitlar soni tezda ko'payadi va qizil qon ko'paya boshlaydi. Jigar bilan davolash muttasil olib borilishi kerak. Bemor ahvoli durust bo'lsa, jigar haftasiga 2–3 martadan buyuriladi. Jigar bilan davolashni to'xtatib qo'yish kasallikning qaytalanishiga olib keladi. So'nggi yillarda Birmer kasalligiga davolash uchun juda kuchli yangi dorilar topildi. Chunonchi, jigardan folat kislotasi (vitamin B₁₂ kompleksining tarkibiy qismi) ajratib olindi; bu modda yangi sabzavotlarda (loviya, pomidor, sabzi, gulkaramda) bo'ladi. U bemorga kuniga 2 martadan 0,02–0,03 mg miqdorida (ichishga yoki parenteral) beriladi.

1948-yilda jigardan vitamin B₁₂ ajratib olindi, bu vitamin anemiyaga qarshi juda yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Unda 4% kobalt bor. Kasallik qaytalaganda vitamin B₁₂ mushak orasiga 200–400 mkg dan, har kuni 4–6 hafta davomida gematologik remissiyaga erishguncha yuboriladi. So'ngra mustahkamlovchi davolash vitamin B₁₂ bilan haftasiga bir marta 2 oy davomida, so'ngra oyiga 2 marta yarim yil davomida 400–500 mkg dan o'tkaziladi.

Kasallik oqibati davolanmaganda yomon tugaydi. Zamonaviy davolash va retsidivning oldini olish kasallik kechishini o'zgartirib, bemorlar ish qobiliyatini saqlab qolishiga imkon beradi.

Gemolitik anemiya. Anemiya bu turining kelib chiqish sabablari xususida bir necha nazariyalar mavjud. Bir nazariyaga binoan, uning negizida qon yaratilishidagi anomaliya yotib, bunda eritrotsitlarning qobiqlari patologik o'tkazuvchanligi, o'ta mo'rtligi bilan ajralib turadi. Boshqa nazariyaga ko'ra, gemolitik anemiya eritrotsitlar gemolizi ro'y beradigan a'zolar funksiyasining oshishi natijasida rivojlanadi. Bu eritrotsitlarning jadal parchalanishiga sabab bo'ladi. Gemolitik kamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir.

Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100–120 kunning tashkil qiladi. Qarib borayotgan eritrotsitlar taloq sinuslarida va ilikda sekvestratsiya (o'lik etga aylanish)ga uchraydi. Gemolitik kamqonlikda eritrotsitlarning yashash davri 12–14 kungacha qisqaradi.

Kechishiga qarab gemoliz o'tkir va surunkali bo'ladi. Barcha gemolitik kamqonliklar ikkita katta guruhga bo'linadi: irsiy va orttirilgan.

Irsiy gemolitik kamqonlik eritrotsitlardagi turli genetik yetishmovchiliklarning natijasi sifatida rivojlanadi. Bunday eritrotsitlar funksional jihatdan sifatsiz va zaif bo'ladi.

Orttirilgan gemolitik kamqonlik eritrotsitlarning yemirilishiga sabab bo'ladigan turli omillarning ta'siri natijasida rivojlanadi (antitanalarning paydo bo'lishi, gemolitik zaharlar, mexanik ta'sirlar va b.).

Klinik manzarasi. Ba'zan kasallik bola hayotining dastlabki kunlarida, biroq ko'pincha balog'atga yetish davrida aniqlanadi. Bemor darmoni qurishi, ish qobiliyatining pasayib ketayotganligi, o'ng va chap qovurg'alari ostida og'riq borligi, vaqt-vaqtida eti junjikib, harorati ko'tarilib turishidan shikoyat qiladi.

Teri qoplamlari oqargan, ozgina sargʻish, taloq kattalashgan va palpatsiya qilganda ogʻriydi, kasallik uzoq vaqt kechganida jigarning ham kattalashganligi qayd qilinadi.

Kasallik kechishida klinik belgilar kam yuzaga chiqqan davrlar va bemorning ahvoli keskin yomonlashgan, gemolitik krizlar deb nom olgan daqiqalar (taloq va jigar sohasida qattiq ogʻriq paydo boʻlishi, tana harorati koʻtarilib, qattiq et junjikishi – bu qon shaklli elementlarining parchalanishi bilan bogʻliq) boʻlishi mumkin, bu davrda sariqlik kuchayadi va darmon quriydi.

Gemolitik sariqlik uchun laboratoriya tekshiruvi koʻrsatkichlaridagi muayyan oʻzgarishlar xos. Qon tahlili gemoglobinining sezilarli pasaygani (deyarli 50%ga) va eritrotsitlar miqdorining biroz kamayganini (gipoxrom anemiya) koʻrsatadi, qon zardobi tillarang, undagi bilirubin (bilvosita) miqdori litriga 290,8–307,9 mkmol/l gacha oshgan (normasi – litriga 17,1 mkmol/l).

Siydik va axlat normadan koʻra anchagina intensiv boʻyalgan (urobilin ajralishi kuchaygan). Teri qoplamlarining oʻrta darajada sargʻayganligi, axlatning aniq-ravshan boʻyalganligi, taloqning kattalashganligi qayd qilinadi.

Davolash. Gemolitik anemiyaga, agar eritrotsitlarning oshgan gemolizi intoksikatsiya (qoʻrgʻoshin) yoki infeksiya (bezugak) sababli roʻy bergan boʻlsa, simptomatik davolash qilinadi. Bunday qon yaratilish anomaliyasi sababli anemiya rivojlansa, taloq olib tashlanadi. Bunday operatsiyaga aniq yuzaga chiqqan anemiya koʻrsatma boʻlib xizmat qiladi. Kamqonlik kuchli boʻlgan bemorlarga operatsiyadan oldin eritrotsitar massa quyish lozim boʻladi. Glukokortikoid gormonlar foyda bermaydi.

Parvarishi. Kamqonlik kasalligining parvarishi anemiyaning turiga bogʻliq. Oʻtkir postgemorragik anemiyada parvarishi, asosan, qonni toʻxtatish va jarohat joyida ikkilamchi infeksiyaning kelib chiqishining oldini olish bilan bogʻliq. Temir mod-

dasi yetarlicha o'zlashtirilmasligi tufayli kelib chiqadigan anemiyada davo katta dozada temir preparatlari berib turishdan iborat bo'ladi. Temirning o'zlashtirilishi yaxshilanishi uchun uni askorbinat kislova bilan birga berib borish kerak. Buni hamshira doimiy nazorat qilib boradi. Ovqat xilma-xil, vitaminlarga boy va to'la qiymatli oqsillari serob bo'lishi kerak. Buni ham hamshira nazorat qilib boradi. Bemor kasalxonadan chiqib kelganidan keyin ambulatoriyada haftasiga bir yoki ikki marta vitamin B₁₂ ineksiyalar holida olib turadi. Hamshira bemorning vaqtida poliklinikaga kelib turishini kuzatib boradi.

2.10.2. Leykoz kasalligi bilan og'rikan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Leykoz – qonni yomon sifatli o'smasi. Leykozda suyak ko'migi, taloq, limfa tugunlari shikastlanadi. Leykozda periferik qonda juda ko'p yetilmagan leykotsitlar paydo bo'ladi. Odatda, bu hujayralar suyak ko'migi va limfa tugunlarida bo'ladi. Ba'zi holatlarda leykotsitlarning umumiy miqdori o'zgarmaydi, lekin ularning sifati o'zgaradi. Bunday leykozlar *aleykemik leykozlar* deyiladi. Leykoz o'tkir va surunkali bo'ladi.

Etiologiyasi. Leykozlarni yomon sifatli o'smaligi isbotlangan. Leykozlarni kuchayishiga ion nurlari, viruslar, ekzogen kimyoviy moddalar sababchi bo'lishi mumkin deb qaraladi. Irsiy moyillik, immun tizimni irsiy va orttirilgan kuchsizlanishi ham ahamiyatga ega.

O'tkir leykoz. Shishning asosiy substrati yosh blast hujayralardir. O'tkir leykozning quyidagi turlari tafovut qilinadi: limfoblast; miyeloblast; monoblast; promiyelotsitar; differensiyallashmagan.

Klinikasi va kechishi. O'tkir leykoz. Kasallik tez rivojlanadi. Tana harorati juda yuqori bo'ladi, umumiy holsizlik, qaltirash, kuchli terlash kuzatilib, ishtaha susayadi, burundan

qon ketadi. Klinik kechishida bir necha sindromlarni ajratish mumkin. Anemik, gemorragik, intoksikatsion, immunodefitsit.

Koʻzdan kechirilganda teriga qon quyilganligini koʻrish mumkin. Stomatit nekrotik angina, boʻyin va jagʻ osti limfa tugunlarini kattalashishi kuzatiladi. Oshqozon devorida leykoz infiltratining teshilishi natijasida oshqozondan qon ketadi. Leykozni turiga qarab taloq, jigar, limfa tugunlari kattalashadi. Qon tahlilida anemiya, trombositopeniya aniqlanadi, retikulotsitlarning soni kamayadi. Leykotsitlarni 95% ni miyeloblastlar yoki gemotsitoblastlar tashkil qiladi. Blastlar krizi davrida leykotsitoz kuzatiladi.

Oʻtkir miyeloblast leykozda qon surtmasida yosh miyeloblastlar va yetilgan leykotsitlar koʻrinadi. Oraliq shakllari esa boʻlmaydi. Oʻtkir limfoblast leykozda – qonda limfoblastlar koʻp boʻladi. Umumiy qon analizida anemiya va trombositopeniya kuzatiladi.

«Oʻtkir leykoz» tashxisi suyak koʻmigi va qonda 15–20% blast hujayralar topilganda qoʻyilishi mumkin. Sternal punksiya analizi albatta oʻtkazilishi shart.

Davolash. Qatʼiy yotoq rejimi. Ovqatlanish toʻla qiymatli boʻlishi kerak. Gormonal va sitostatik terapiya: prednizolon, anti-metabolitlar, (6-merkaptopurin, metatreksat), vinkristin, vinblastin, siklofosfan, shishga qarshi antibiotiklar. Dezintoksikatsion terapiya: albumin. Immunoterapiya: interferon, reoferon. Suyak koʻmigi transplantatsiyasi. Infektsion asoratlarning oldini olish: bemorni aseptik palataga joylashtirish, taʼsir doirasi keng antibiotiklarni qoʻllash, virusga qarshi preparatlarni qoʻllash. Anemiya va gemorragiyaga qarshi kurashish.

Surunkali miyeloleykoz – qon sistemasining yomon sifatli oʻsmasi. Surunkali miyeloleykozning xarakterli xususiyati, bemorlarni 90–97% da filadelfiya xromasomasining mavjudligi. Surunkali miyeloleykozning kelib chiqishida ion radiatsiyasi sabab boʻlishi isbotlangan.

Klinikasi va kechishi. Boshlang'ich bosqichida deyarli tashxis qo'yilmaydi. Keyingi bosqichlarida umumiy holsizlik, chap qovurg'a osti sohasida og'irlik, ko'p terlash, milklarni qonashi kuzatiladi, Tekshiruvda taloq kattalashadi, limfa tugunlari kattalashadi, teri qoplamlari rangpar, bemor ozib ketadi. Tana harorati ko'tariladi. Jigar kattalashadi.

Qon tahlilida leykotsitlarni miyeloid qatori: miyeloblastlar, promiyelotsitlar, mielotsitlar yoki tayoqcha yadrolilar, yetuk segment yadroli neyetrofillar topiladi. Anemiya va leykotsitoz kuzatiladi. Kasallik qo'zib, remissiya davrlari bilan kechadi.

Sternal punksiya asosiy diagnostik usul bo'lib, bunda ko'pincha miyeloblastlar va promiyelotsitlar topiladi.

Eng og'ir asorati – gemorragik diatez oqibatida qon ketishi. Tashxis qon analiziga, kattalashgan taloqqa va filadelfiya xromosomasining mavjudligiga asoslanib qo'yiladi.

Davolash. Surunkali miyeloleykoz statsionarda davolanadi. Miyelosan, miyelobromin tayinlanadi. Rentgenoterapiya qo'llaniladi (taloq sohasi, suyaklar limfa tugunlari sohasi nurlantiriladi). Radioaktiv fosfor preparatlari qo'llaniladi. Giperleykotsitozda leykotsitoforez qilinadi. Elektr – issiq muolajalar man qilinadi. Ba'zi hollarda xirurgik davo – splenektomiya, suyak ko'migini ko'chirib o'tkazish va simptomatik terapiya o'tkaziladi.

Hamshiralik parvarishi. Ratsional ovqatlanish, dam olish, yaxshi ruhiy holat tavsiya qilinadi: bemorni yaxshi parvarish qilish, oqliklarni almashtirish, palatani shamollatish, og'iz bo'shlig'ini doimiy toza tutish katta ahamiyatga ega. Terminal bosqichlarida yotoq yaralarini oldini olish maqsadida teri parvarish qilinadi, kiyim va oqliklar almashtiriladi. Etika va deontologiya qoidalariga rioya qilinadi.

Lixoradka bo'lsa: bemorni isitish, oyoqlariga issiq grelka qo'yish, issiq choy berish kerak. Tana haroratini har 2 soatda o'lchash kerak. Og'iz bo'shlig'i va lablarni suv bilan namlab

turish kerak. Labdagi yoriqlarga vazelin surib qo'yiladi. Yuqori haroratda bosh ustiga muzli xaltacha osib qo'yiladi. A/B, puls, nafas olish sonlari tez-tez o'lchanadi. Shifokor ko'rsatmalari bajariladi, haroratni kritik tushib ketishiga iliq choy, grelka, quruq oqliklar, kofein, kordiamin, sulfokamfokain tayyorlab qo'yiladi. Bemor ruhiy holatidan xabardor bo'lib turiladi. Bemorni uzoq vaqt to'shakda yotib qolishi yotoq yaralari va pnevmoniyaga olib kelishi mumkin, shuning uchun bemorga nafas gimnastikasi buyuriladi va holati tez-tez o'zgartiriladi. Nafas gimnastikasi usullarini hamshira bemorga o'rgatadi. Gemotologik kasalliklarda ko'pincha milklarda shish va qontalashlar kuzatiladi, natijada og'iz bo'shlig'ida yiringli jarayonlar avj olishi mumkin. Profilaktika uchun hamshira bemor og'zini kuniga 2–3 marta 1 choy qoshiq soda va 4–5 tomchi yod solingan 1 stakan suvga chaydiradi.

2.10.3. Gemorragik diatez kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Gemorragik diatez bu qon ivish mexanizmining buzilishi va yuqori qon ketishi bilan xarakterlanadigan kasallikdir. Bir nechta bosqichlardan iborat. Qon ivish jarayonining u yoki bu bosqichining buzilishi gemorragik diatezga sabab bo'ladi.

Ideopatik trombositopenik purpura (Verlgof kasalligi) periferik qonda trombotsitlarni kamayib ketishi bilan bog'liq.

Etiologiyasi noaniq.

Klinikasi va kechishi. Asosiy belgisi shilliq qavatlarga va teriga qon quyiladi. Teri gemoragiyalari – har xil o'lchamda, yirik petexiyalardan yirik qon quyilishlarigacha. Bu tananing oldingi qismida va oyoq-qo'llarda kuzatiladi. Qon quyilishlar vaqtiga qarab birinchi to'q qizil, keyin ko'k, sariq, yashil rangga kiradi. Bunda terini leopard terisi deb xarakterlash mumkin. Qon analizida trombotsitlar soni 10 martagacha kamayib ketadi.

Trombotsitlarning patologik shakllari paydo bo'lib, anemiya rivojlanadi.

Davosi. Bemor kasalxonaga yotqiziladi. Trombotsitar massa quyiladi. Ovqatlanish to'la sifatli bo'lishi kerak. Tomirlar o'tkazuvchanligini oshirish maqsadida vitaminoterapiya o'tkaziladi (askorbin kislotasi, vitamin P, vikasol, rutin). Og'ir hollarda taloq olib tashlanadi. Shundan so'ng trombotsitlar soni ko'payib, qon quyilishi kamayadi.

Boshqa davolash usullari: Glukokortikoidlar (prednizolon) nogormonal immunodepressantlar, interferon, simptomatik terapiya. Qon ketishida aminokapron kislotasi vena ichiga tomchilab, og'ir hollarda plazmaforez qilinadi.

Gemofiliya – irsiy kasallik, deyarli erkaklar kasallanadi. Gemofiliya erkak va ayol tashuvchidan tug'ilgan qizlar gemofiliya bo'lishi mumkin. Bunday nikohdan tug'ilganlarda kasallik kuchli ifodalangan bo'lib, arzimagan shikastlanishdan qon ketishi kuzatiladi va bir necha sutkagacha davom etadi. Ko'pincha gemofiliya A uchraydi (80–90% ida). Bunda qon zardobida VIII faktor (antigemofil globulin) yetishmaydi. Kamdan kam gemofiliya B uchraydi (qon ivishida IX faktor yetishmaydi) va gemofiliya C (XI faktor yetishmaydi). Ayollar gemofiliya C bilan og'riydi. Og'irlik darajasiga qarab yengil, o'rta og'ir, og'ir, juda og'ir shakllari bo'ladi.

Klinikasi va kechishi. Klinik kechishi xilma-xil, qon quyilgan joyiga va hajmiga qarab. Shikastlanishlarda uzoq va ko'p miqdorda qon ketishi xarakterli. Qorin pardasi gematomasi, oshqozon-ichakdan qon ketishlar kuzatilishi mumkin. Agar bo'g'imlarga qon quyilsa, gemartrozlar, surunkali destruktiv artrozlar, revmatoid sindrom rivojlanadi. Qon analizida qonning ivish vaqti uzaygan va anemiya aniqlanadi.

Davosi. Simptomatik davo usullari – ko'pincha yangi sitrat qoni yoki antigemofil plazmasi quyiladi. Qon quyilgan sohalarga

antigemofil globulin, aminokapron kislota va fibrinogen qo'llaniladi. Asosiy maqsad shikastlanishlarning oldini olish. Jismoniy mashqlar, fizioterapiya qo'llaniladi. Revmatoid sindromida glukokortikoidlar ishlatiladi.

Gemorragik vaskulit (Shenleyn-Genox kasalligi) – qon tomirlarni tizim kasalligi bo'lib, asosida kapillar va mayda qon tomirlarni giperergik yallig'lanishi yotadi.

Etiologiyasi aniqlanmagan. Ko'pincha gemorragik vaskulitni nospetsifik sindrom sifatida qarashadi, ya'ni bu organizmning infeksiyon-toksik faktorlarga nisbatan javobi. Yana bu kasallikning kelib chiqishida autoimmun nazariya ham mavjud. Tomirlar o'tkazuvchanligining buzilishi, plazmaning transsudatsiyasiga va eritrotsitlarning atrofidagi to'qimalarga chiqishiga olib keladi. Keyinchalik yallig'lanish jarayoni mayda qon tomir va kapillarda boshlanib, turli a'zolarida infarkt bo'lishiga olib keladi.

Klinikasi va kechishi. Gemorragik vaskulitlarda teri, bo'g'im, abdominal, buyrak sindromlari bo'ladi. Ko'p uchraydigan belgilari: oyoq-qo'llarda, dumbada papulyoz-gemorragik toshmalar kuzatiladi. Toshma 2–5 mm kattalikda bo'lib, eritematoz xarakterga ega, simmetrik joylashgan. Og'ir hollarda toshmalar tanada va yuzda joylashadi. Qorinda kuchli og'riq bo'lib, bemor qon bilan qayt qiladi. Ko'pincha bo'g'imlar zararlanib shishadi, og'riydi, harakat chegaralanadi. Buyrakda o'tkir yoki surunkali glomerulonefrit kuzatiladi. Qonda leykotsitoz, ECHT oshadi.

Davosi. Birinchi o'rinda geparin qo'llaniladi. Yangi muzlatilgan plazma 300–400 ml vena ichiga 3–4 kun mobaynida yuboriladi. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar ishlatiladi (indometatsin, metindol). Anemiyaga qarshi davolanadi.

Dispanserizatsiya. Gemorragik vaskulitni boshidan kechirgan bemorlar bir yil davomida gemotolog, nefrolog va terapevt kuzatuvda turishi kerak. Bunday bemorlarga emlashlar mumkin emas.

Hamshira parvarishi. Hamshira parvarishi gemorragik, ayniqsa og‘ir shakllarida zarur, chunki ko‘p qon ketishi ko‘p qon yo‘qotishga sabab bo‘ladi. Hamshira bemorga shoshilinch yordam berishi bilan birga (plazma, qon o‘rnini bosuvchi preparat quyish) bemorni doimo nazorat qilib turishi kerak. Yotoq bemorlarning shaxsiy gigiyenasiga, ovqatlanishiga yordam berib, yotoq yaralarni oldi olinadi. Bo‘g‘imlarda qattiq og‘riq bo‘lgan paytda, hamshira faqat og‘riq qoldiruvchi berib emas, balki bemorga osoyishtalik yaratib ham yordam beradi. Kerak bo‘lsa og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasiga yordam beradi. Teridagi qon quyilishlarni, teri burmalarini nazorat qilib, quruqligini saqlab turadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Qonning tuzilishi.
2. Qonning qanday funksiyalarini bilasiz?
3. Anemiya qanday kasallik?
4. Gemofiliya kasalligi haqida tushunchangiz.
5. Qon kasalliklarida bemorlar nima uchun shikastlardan saqlanishi kerak?
6. Leykoz kasalligining klinik belgilari.

2.11. Ichki sekretsiya bezlari va moddalar almashinuvi buzilishi kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Endokrin sistemasi va moddalar almashinuvi. Endokrin bezlar yoki ichki sekretsiya bezlari gormonlar ishlab chiqarib turadigan organlardir.

Ichki sekretsiya bezlari sistemasi bilan nerv sistemasining faoliyati bir-biridan ajralmasdir. Organizmning funksional holatini shularning ikkalasi idora etib boradi, chunonchi, gipotalamus bir vaqtning o‘zida vegetativ nerv sistemasi bilan endokrin sistemasini idora etib boradigan markaz bo‘lib hisoblanadi. Ichki sekretsiya bezlarining hammasi markaziy nerv sistemasi nazorati ostida turadigan yagona bir sistemani hosil qiladi. Birorta bezning zararlanishi albatta butun endokrin sistema faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Qalqonsimon bez bir-biriga tutashgan ikkita bo‘lakdan iboratdir. U boylamlar yordamida traxeya bilan uzuksimon tog‘ayga birikkan. Odam yutingan paytida bu bez so‘riladi. Qalqonsimon bez follikular (bez to‘qimasi) va biriktiruvchi to‘qimadan tuzilgan, biriktiruvchi to‘qimasida qon va limfa tomirlari, shuningdek nerv tolalari o‘tadi.

Qalqonsimon bez ikkita gormon – triyodtironin va tiroksin (triyodtironin) ishlab chiqaradi. Mana shu gormonlarning sintezi uchun yod va tirozin degan aminokislota bo‘lishi zarur.

Tirozin bir yod atomini biriktirib olib, monoyodtirozin hosil qiladi, monoyodtirozin keyin yod biriktirib, diyodtirozin hosil qiladi. Mono va diyodtirozin hali gormonlar xossalriga ega bo‘lmaydi. Diyodtirozin atomlarining bir-biri bilan yoki monoyodtirozin atomlari bilan birikishi tireoid gormonlar triyodtironin va tiroksin hosil bo‘lishiga olib keladi. Qalqonsimon bez gormonlari qonda oqsillar bilan birikadi, shu narsa ularning to‘qimalarga tez o‘tib ketishiga yo‘l qo‘ymaydi.

Gormonlar jigar, muskullar, miya va buyraklarda parchalanadi. Gormonlar ishlanib chiqishini gipofizning tireotrop gormoni hamda simpatik nerv sistemasi kuchaytirib boradi. Parasimpatik nerv sistemasi (adashgan nerv) qalqonsimo bez faoliyatini, aksincha, susaytiradi. Odamning yodga bo‘lgan sutkalik talabi 100–200 mkg ni tashkil etadi. Yod organizmga suv va ovqat bilan birga kiradi. Havoda arzimasi miqdorda yod bo‘ladi.

Klinik holati va simptomlar. Tana vaznining o‘zgarishi maxsus bo‘lmagan simptom hisoblanadi, lekin endokrinologik patologiyada ko‘p kuzatiladi. Kuchayib boradigan ozish holati qalqonsimon bez funksiyasi oshganda kuzatilsa, semirish holati aksincha, qalqonsimon bez funksiyasi pasayganda kuzatiladi.

Muskullar kuchsizligi. Muskullar kuchsizligi tufayli bemorlar harakatlana olmaydi yoki qiyin harakatlanadi, yutinish va gaplashish qiyinlashadi. Bunday holat diffuz toksik buqoqda, gipotireozda, qandli diabetga chalingan kasallarda kuzatiladi.

Nerv sistemasi funksiyasining o'zgarishi endokrinologik patologiyada asosiy simptom hisoblanadi. Qalqonsimon bez funksiyasi oshganda bemorlarda psixoemotsional o'zgarishlar: o'ta ta'sirchanlik, tez asabiylashish, o'zgaruvchanlik, ko'p gapirish va b.

Qalqonsimon bez funksiyasi pasayganda atrofdagilarga qiziqish kamayadi, beparvolik, bo'shanglik paydo bo'ladi, xotira buziladi, nutqi va harakatlari sustkash bo'lib qoladi.

Qandli diabetda ko'pincha markaziy va periferik nerv sistemasi zararlanadi. Bemorlarda bosh og'rig'i paydo bo'lib, uyqu buziladi, polinevitrlar (oyoqlarda og'riq, sezgi pasayishi, boldir muskullari titrashi) boshlanadi.

Chanqash va poliuriya qandli va qandsiz diabetning asosiy simptomi hisoblanadi. Bu simptom qonda qand miqdori oshishi bilan kuzatiladi. Ovqat hazm qilish funksiyasi buzilishi, ishtaha oshishi semirgan kasallarga, qandli diabetlarga, qalqonsimon bez funksiyasi oshishiga xosdir.

Qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, qayt qilish – giperglikemik koma, tireotoksikozning ko'p kuzatiladigan simptomlaridandir. Gipotireozda ko'proq ich qotishlar kuzatiladi.

Tekshirish usullari va davolash. Endokrinologik patologiyasi bor kasalliklarni aniqlab olish uchun anamnez, so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya qilish ma'lumotlari, shuningdek, laboratoriya tekshirishlarining natijalari ahamiyatga ega.

Laborator tekshiruvi. Qandli diabetning tekshiruvi bilan davosida qon va sutkalik siydikdagi qand miqdorini aniqlashga katta e'tibor beriladi. Diabet komasi boshlanib kelayapti, deb gumon qilinganida siydikdagi keton tanalarini aniqlab ko'rish muhim rol o'ynaydi.

Qandli diabetning yashirin shakllarini aniqlash uchun odamga qand yedirib turib, tekshirib ko'riladi (qand yuklamasi bilan o'tkaziladigan sinama). Ertalab nahorga analiz uchun barmoq-

dan qon olinadi. Shundan keyin kasal 50 g glukoza solingan bir stakan suv ichadi. Glukoza ichilganidan keyin oradan 30, 60, 90, 120 va 180 minut o'tkazib turib barmoqdan qon olinadi. So'ngra glikemik egri chiziq chizib chiqiladi.

Sog'lom odamlarda qondagi qand miqdori bir soatdan keyin ko'pi bilan 1,8 g/l, ikki soatdan keyin esa 1,2 g/l bo'ladi. Qandli diabetning yashirin (latent) shakli bor kasallarda qondagi qand miqdori 1 soatdan keyin 2 g/l dan, 2 soatdan keyin esa 1,5 g/l dan ortiq bo'ladi. Ro'yrost diabetni aniqlash uchun qand berib tekshirib ko'rishning hojati yo'q. Qand miqdorini aniqlash uchun quyidagicha qon olinadi.

Barmoq uchi spirt bilan artilib, terisiga maxsus skarifikator sanchiladi. Birinchi qon tomchisi quruq paxta yoki salfetka bilan artib olinadi. Qonni darajalarga bo'lingan 0,1 ml. li toza va quruq pipetkaga tortib olinadi, pipetkaga havo o'tib qolishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Qonni olib bo'lgandan keyin pipetkaning o'zi tozalab artib olinadi va ichidagi qon tayyorlab qo'yilgan aralashmaga puflab tushiriladi. Shunga havo berib turib, probirkaning ichidagisi aralastiriladi.

Keyin probirkalar qaynab turgan suv hammomiga 3 minut qo'yib qo'yiladi va analiz qilinadi. Qondagi qand miqdorini shoshilinch hollarda tez aniqlash uchun dekstrostsiks va dekstrolnal degan diagnostik qog'ozlar bor. Biroq bu usul yetarlicha aniq natija bermaydi, xatosi 0,2–0,3 g/l ga boradi. Siydikdagi asetonni aniqlash ushuncha tabletkalar filtr qog'oz va pipetkalardan iborat maxsus yig'malari bor. Bir bo'lak filtr qog'oz ustiga tabletkani qo'yib ustiga pipetka bilan siydik tushiriladi. Atseton bo'lsa tabletkaga binafsha rang tusga kiradi.

Laboratoriya tekshirish usullaridan asosiy almashinuvni, oqsil bilan birikkan yodni, 131 J ning qalqonsimon bezga yutilishini aniqlash usullari, skanerlash qo'llaniladi. Asosiy almashinuv

odamning tinch holatda turgan mahalida sarflaydigan energiyasini xarakterlab beradi. Uni tekshirish 10 minut davomida nahorga yutiladigan kislorod va ajratib chiqariladigan karbonat angidrid gazini aniqlashga asoslangan. Buning uchun maxsus apparat qoʻllaniladi.

Qalqonsimon bezni skanerlash uning kattaligi bilan shaklini aniqlashga, shuningdek funksiyasini oʻrganishga imkon beradi. Qalqonsimon bez va oshqozon osti bezini UTT qilish. EKG, koʻz tubini va refleksometriya kabi asbob-uskunali tekshiruvlardan oʻtkaziladi.

Davolash: diyetoterapiya va medikamentoz davo.

Hamshira parvarishi, oʻz-oʻzini parvarishlash. Hamshira bemorlarga oʻz holatini boshqarish, insulin yuborish boʻyicha kundalik yuritishni oʻrgatadi. Oʻz-oʻzini boshqara olish, bu qandli diabetni boshqarishning kaliti hisoblanadi.

Diyetoterapiya va kinezoterapiya qilinishiga qaramasdan, qondagi qand miqdorini normal tutib tura olmaslik natijasida medikamentoz davo oʻtkaziladi. Kinezoterapiyaning asosiy maqsadi qandli diabet bilan ogʻriganlarda harakat faolligi vositasida insulinga taʼsirchanlikni oshirish hisobiga qonda tegishli qand miqdorini tutib turish. Bunday harakatlar uchun aerobika (butun badan harakati) mos keladi, biroq dietoterapiyasiz u kutilgan natijalarni bermaydi. Nefropatiya, retinopatiya va boshqa asoratlarda kinezoterapiya cheklanadi. Kinezoterapiya quyidagicha taʼsir qiladi: uglevodlar, yogʻlar almashinuvini yaxshilaydi, semirishning oldini oladi, jismoniy kuchini oshiradi, ruhiyatini yaxshilaydi.

80 kkal (1TB) sarflaydigan harakatlar: gipoteriozda moddalar almashinuvi buzilishi hisobiga, tana harorati oʻzgaruvchan boʻladi. Tana harorati doimiy nazorat qilinib, kerakli parvarishlarni amalga oshirish kerak boʻladi. Badan terisi qoʻpollashib, quruq boʻlib qoladi, ularni yumshatuvchi, oziqlantiruvchi kremlar

yordamida parvarish qilinadi. Doimiy puls, qon bosimi nazorat qilib turiladi.

2.11.1. Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Qandli diabet me‘da osti bezining gormoni – insulin yetishmasligidan kelib chiqadigan kasallikdir. Butun aholining 1% dan ko‘prog‘i qandli diabet bilan og‘riydi. Katta shaharlar aholisi qishloq joylaridagi aholiga qaraganda qandli diabet bilan ko‘proq kasallanadi. Yoshi 60 dan oshgan odamlarda diabet ayniqsa ko‘p uchraydi.

Qandli diabet bilan kasallanishning doimo ko‘payib borayotganligi kuzatilmoqda. Me‘da osti bezining Langergans orolchalari b–hujayralari insulinni ishlab chiqaradi. Ma‘lumki, me‘da osti bezi fermentlar ishlab chiqarib turadigan bez to‘qimasi insulin bilan glukagon gormonlari sintezlanadigan Langergans orolchalaridan iborat. Insulin shu orolchalarning b–hujayralarida hosil bo‘lsa, glukagon a–hujayralarida hosil bo‘ladi.

Etiologiyasi. Me‘da osti bezi – hujayralarining yetishmovchiligi aksari infeksiyalar, ruhiy travmalardan keyin pankreatit, me‘da osti bezi tomirlarining aterosklerozi mahalida, odam semirib ketganida boshlanadi. Mana shu omillar asosan hujayralarida irsiy yetishmovchiligi bo‘lgan odamlarda diabetni keltirib chiqaradi. Ham otasi, ham onasi qandli diabet bilan og‘rib yurgan odamlarda bu kasallikning boshqa endokrin bezlarining ahvoliga ham katta ahamiyat beriladi. Chunonchi gipotalamus, gipofiz, buyrak usti bezlariga illat (porok) tekkanida (kontrinsulyar gormonlar – AKTG va STG va boshqalar ortiqcha ishlanib chiqqanida) ko‘pincha qandli diabet paydo bo‘ladi. Insulin qondagi qand miqdorini pasaytiradi. Bu gormon yetishmay qolganida hujayra membranalaridan glukoza o‘tishi va glikogen sintezi susayadi, glikogen parchalanib turadigan bo‘ladi.

Buyrak koptokchalarida glukozaning zoʻr berib filtrlanishi va buyrak kanalchalarida qayta soʻrilishining susayib qolishi siydik bilan qand chiqib turishiga, yangi glukozuriyaga sabab boʻladi. Glukoza konsentratsiyasi ortishi tufayli siydik osmotik bosimining kuchayib ketishi buyraklar orqali koʻp suv chiqib turishiga – poliuriyaga olib keladi, bu, oʻz navbatida, odamning nuqul chanqay berishiga sabab boʻladi.

Yogʻlar almashinuvi buzilishi natijasida yogʻ kislotalari (keton tanalari)ning parchalanishi kuchayib, atsetosirka va oksimoy kislota bilan atseton hosil boʻlib turadi. Qonda bular miqdorining ozgina koʻpayib ketishi atsidoz paydo boʻlib, organizmdan kaliy bilan magniyning zoʻr berib chiqib turishiga, oqsillarning parchalanib borishiga olib keladi.

Qondagi keton tanalari miqdorining keskin koʻpayib ketishi pirovard natijada diabet komasi boshlanishiga sabab boʻladi.

Klinik holat va simptomlar. Nechogʻli ogʻirligiga qarab qandli diabet yengil, oʻrtacha ogʻir va ogʻir xillarga boʻlinadi. Kasallik yengil oʻtayotganida qondagi qand miqdori sutka davomida 1,8 g/l dan, oʻrtacha ogʻirlikda oʻtayotganida 2,5 g/l dan ortmaydi, dard ogʻir oʻtayotgan mahalida qondagi qand miqdori 2,5 g/l dan baland boʻladi, eng xarakterli simptomlari chanqash, koʻp siyish (poliuriya), giperglikemiya, glukozuriyadir. Bemorlar tez charchab qolish, bosh ogʻrigʻi, uyqu buzilishi, koʻz xiraligi, yurak sohasi ogʻrib turishidan shikoyat qiladi. Koʻpincha hadeb chanqash, koʻp siyish bemorni shifokorga borishga majbur etadi.

Qandli diabet simptomsiz kechadi, shuning uchun bemorlar shifokorga kasallik asoratlari bilan murojaat qiladi. Yoshi qaytib qolgan odamlarda koʻpincha shunday boʻladi. Qandli diabet bilan teri, yurak-tomirlar, meʼda-ichak yoʻli, buyraklar, koʻz, nerv sistemasida ozginagina oʻzgarishlarni keltirib chiqaradi.

Badan terisi dagʻallashib, poʻst tashlab turadi, qichishaverganidan kasalning koʻp joylari tirnalgan boʻladi. Tirnalgan joylariga

oson infeksiya o'tadi. Ko'pincha furunkullar, ekzema topiladi. Til va og'iz shilliq pardalari quruq, aksari parodontoz borligi ma'lum bo'ladi. Ishtaha avvaliga kuchayadi, og'ir shakllarida esa pasayib qoladi. Ko'pincha odam ko'ngli aynab, qayt qiladi, ichi surib turadi, qorinda og'riq bo'ladi, nafas organlariga kelganda anginalar, pnevmoniyalar kuzatiladi, ko'pincha sil rivojlanadi. Qandli diabetda infeksiyalar oson rivojlanadi va ancha og'ir o'tadi.

Qandli diabet bo'lgan kasallarda ateroskleroz, ayniqsa yurak toj tomirlari aterosklerozi juda tez avj olib boradi. Diabetda mayda tomirlar bilan oyoq tomirlarining yirik tomirlari zararlanadi (mikroangiopatiya va makroangiopatiya), miya va boshqa organlarning tomirlarida kuzatiladi. Diabet retinopatiyasi ko'z to'rdasida ekssudat, gemorragiyalar, mayda anevrizmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Retinopatiya zo'rayib borib, bemorning batamom ko'r bo'lib qolishiga olib kelishi mumkin. Ko'pdan beri davom etib kelayotgan qandli diabetning og'ir shaklida buyraklarga asorat beradi. Buyrak koptokchalari bilan kanalchalarida o'zgarishlar ro'y berib, bular proteinuriya, gematuriya, gipertoniya olib keladi. Qandli diabetda ko'pincha markaziy va periferik nerv sistemasi zararlanadi. Bemorlarda bosh og'rig'i paydo bo'lib, uyqu buziladi, polinevritlar boshlanadi.

O'tishi. Qandli diabet odatda, sekin o'tadi. Kasallik simptom-siz bo'lishi va asorat bergan mahallaridagina ma'lum bo'lib qolishi mumkin. Ba'zi (2%) bemorlarda kasallik shiddat bilan o'tib xarakterli simptomlari tez avj olib boradi va hatto diabet komasi ham boshlanib qoladi. Kasallik o'rtacha og'ir va og'ir o'tgan mahallarida hozir aytilgan asoratlar tezroq boshlanadi. Eng dahshatli asorati diabet komasidir.

Diabet komasi moddalar almashinuvining chuqur izdan chiqishi bo'lib, bunda bemor qonida bir talay keton tanalar to'planib qoladi, atsidoz avj olib, markaziy nerv sistemasi zararlanadi.

Insulinni yetarli miqdorda qabul qilmaslik, infeksiyalar, ruhiy travmalar, xirurgik operatsiyalar va boshqalar koma boshlanishiga turtki bo'lishi mumkin. Bo'shshish, apatiya, uyquchanlik, qattiq chanqash, ko'ngil aynishi, qayt qilish koma xabarchilari bo'lib hisoblanadi.

Rosmana komada odam hushini yo'qotib, badanining terisi quruq bo'lib turadi, muskullarning tonusi pasayib ketadi, nafasi chuqur-chuqur, shovqinli, tezlashgan bo'ladi (Kussmaulcha nafas), og'izdan aseton hidi anqib turadi. Arterial bosim pasayadi, tana harorati me'yordan past bo'ladi. Siydikda keton tanalar topiladi.

Ko'z tubi tekshirilganda – diabetik retinopatiya belgilari paydo bo'ladi. Oshqozon osti bezi UTT qilinganda pankreatit aniqlanadi.

Davosi. Qandli diabetga chalingan bemorlarni davolashning asosiy mezoni, moddalar almashinuvining buzilishini kompensatsiyalash, diabetik angiopatiyani oldini olishdan iborat. Qandli diabet bilan og'rigan kasallarni davolash uchun: diyetoterapiya va kinezoterapiya; qand miqdorini kamaytiradigan dori preparatlar buyuriladi; insulin inyeksiyasi qilinadi.

Diyetoterapiyaning asosiy tamoyillari uchta: kerakli kaloriyada ovqatlanish; ovqatlanish tartibiga rioya qilish; ozuqa moddalarini kerakli porsiyalarda qabul qilish.

Taomnomani turli-tuman qilish maqsadida bir-birining o'rnini bosadigan uglevod saqlovchi mahsulotlardan foydalaniladi. Buning uchun non birligini (NB) qo'llash qulaydir.

1 NB, insulin bilan kompensatsiyalashmaganda, qonda glukoza miqdorini shartli oshiradi, o'rtacha 1,5–1,9 mmol/l.

1 NB 10–12 g uglevodlarga to'g'ri keladi, yoki 50 kkal (Yaponiyada 1TB – 80 kkal deb qabul qilingan):

- og'ir jismoniy ish bilan shug'ullanadigan insonlar – 25–30 NB;

- oʻrtacha ogʻirlikdagi ish bilan shugʻullanadigan insonlar – 21 NB;
- oʻtirib ish qiladigan insonlar – 17 NB;
- 50 yoshdan oshgan vazni ozgina baland insonlar – 14 NB;
- vazni juda yuqori insonlar – 10 NB;
- semiz insonlar – 6 NB.

Parhez buzilsa, diabet komasi yoki, aksincha, gipoglikemik koma boshlanishi mumkin. Insulin bilan davolash oʻrinbosar terapiyadir. Diabet ogʻir yoki oʻrtacha ogʻir oʻtib, parhez va qand miqdorini kamaytiruvchi preparatlar yetarlicha kor qilmagan mahallarda insulin yuboriladi.

Insulin qoramol, choʻchqa yoki kitning meʼda osti bezidan olinadi, 5 ml li flakonlarda chiqariladi; bu preparatning har bir millilitrida 40 TB miqdorida insulin boʻladi. Oddiy insulin va taʼsiri uzoq choʻziladigan insulin bor. Oddiy insulinning taʼsiri 6–8 soatni tashkil etsa, taʼsiri uzoq choʻziladigan insulin 32–36 soat davomida kor qilib turadi.

Insulin taʼsiri qondagi qand miqdorining nechogʻli oʻzgarishiga qarab baholanadi, siydikdagi qand oʻzgarishi ham hisobga olinadi. 1 TB insulin siydik bilan chiqadigan qandni 4 grammga kamaytiradi, deb hisoblanadi.

Taʼsiri uzoq choʻziladigan insulinga protamin-rux-insulin suspenziyasi (taʼsiri 24–36 soat davom etadi, teri ostiga yuboriladi), insulin-protamin suspenziyasi (taʼsiri 18–30 soat davom etadi, teri ostiga yuboriladi), kristallik-rux-insulin suspenziyasi (taʼsiri 32–36 soat davom etadi, teri ostiga yuboriladi) kiradi.

Taʼsiri uzoq choʻziladigan insulinni diabet komasi mahalida yuborish mumkin emas. Insulin yuborishda preparatni aniq dozlash uchun qoʻshimcha darajalari boʻladigan 1 yoki 2 ml.li maxsus shpritslardan foydalaniladi. Shpritsni yigʻish oldidan barmoq uchlari va flakonning rezinka tiqinini spirt bilan artish zarur. Steril igna bilan shpritsga inyeksiya uchun kerakli 1–2 daraja

ko'proq miqdorda insulin tortib olinadi, so'ngra inyeksiya qilinadigan ikkinchi igna kiygiziladi va insulin kerakli miqdorgacha yetkaziladi. Insulinni yelka va sonlarning tashqi sohasiga, kurak osti sohasiga, qorinning pastki teri ostidan yuboriladi.

Inyeksiyadan oldin va keyin spirt bilan artiladi. Insulin yuborish har xil asoratlarga sabab bo'lishi mumkin: allergik reaksiyalar; lipodistrofiyalar; shish kelishi; insulinga berilmaslik; gipoglikemik koma shular jumlasidandir.

Allergik reaksiyalar inyeksiya qilingan joy terisi zichlashib eshakemi toshishi, Kvinke shishi paydo bo'lishi, anafilaktik shok boshlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Lipodistrofiyalar inyeksiya qilingan joyida yog' to'qimasi hosil bo'lishidir; bular oddiy insulin va protamin-rux-insulin inyeksiya qilinganida hosil bo'ladi.

Insulinga berilmaslik (ta'sirini sezmaslik) preparat dozasini ko'paytirishga majbur etadi.

Gipoglikemik koma insulin dozasi oshirib yuborilganida paydo bo'ladigan asoratdir. To'satdan boshlanadi. Boshlanishi oldidan odam ochlik hissini, bosh og'rig'ini sezadi, esi og'ibroq turadi. Gipoglikemik koma diabet komasidan farq qilib, muskullar tonusi kuchaymaydi, og'izdan aseton hidi kelmaydi, arterial bosim normal yoki ko'tarilgan bo'ladi. Koma boshlanay degan mahalda (prekوماتoz holatda) bemorga 3–4 bo'lak qand beriladi. Koma boshlanib qolgan paytning o'zida venadan 20–40 ml 40% li glukoza eritmasi yuboriladi.

Qandli diabetga davo qilishda insulindan tashqari sulfanilamidlar bilan biguanidlardan keng foydalaniladi. Davolash ishi qon va siydikdagi qand miqdorini kuzatgan holda olib boriladi.

Hamshiralik parvarishi. Bemorlar butun umr endokrinolog nazoratida bo'lib, laboratoriyada har oyda glukoza miqdori aniqlanib turiladi. Diabetiklar maktabida o'z holatini boshqarishni va insulin yuborishni, dozasini korreksiyalashni mustaqil o'rganadi.

Qandli diabetlar parvarishida umumiy parvarishning roli katta, ayniqsa davolanishning o'ziga xos parvarishi mavjuddir.

Qandli diabetda og'iz bo'shlig'i va badan terisiga to'g'ri parvarish qilib borishga alohida e'tibor beriladi. Shilliq parda yoki terining andek chaqalanishi o'sha joylar yiringlab, yara bo'lib ketishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun gigiyenik vannalarni o'z vaqtida qabul qilib turish zarur.

Badan terisi quruqshab turgan bo'lsa, unga yog'li krem suriladi. Odam ortiqcha terlasa, ishqalanadigan joylariga talk-upa sepib turiladi.

Oqsillar almashinuvining buzilishi va uzoq muddat yotoq rejimida bo'lishi yotoq yaralar paydo bo'lishiga olib keladi, bu o'z vaqtida yotoq yaralarning oldini olish choralari ko'rishni talab etadi. Gingivit va stomatitlarni oldini olish choralari o'z vaqtida o'tkazilishi kerak. Bemor tana vaznini doimiy nazorat qilib turishi shart (og'ir shakllarida bemorlar ozib ketadilar).

Qandli diabetga duchor bo'lgan kasallarda YUIK, angiopatiya boshlanadi. Stenokardiyada validol yoki nitroglitserin buyurish zarur. Angiopatiyada ovqatdan keyin 0,05–0,1 g dan kuniga 3–4 mahal vitamin PP (nikotinat kislota) berib turiladi.

Hamshira bemorlarga o'z holatini boshqarish, insulin yuborish bo'yicha kundalik yuritishni o'rgatadi. O'z-o'zini boshqara olish, bu qandli diabetni boshqarishning kaliti hisoblanadi.

Har bir bemor o'zining kasalligini tan olib yashashi, uning simptomlarini, asoratlarini bilishi kerak. Kerak bo'lsa, har qanday holatni boshqara olishi kerak. O'z-o'zini boshqara olish uzoq va faol hayot kechirishga imkon beradi.

Hamshira bemorlarga qondagi va siydikdagi qand miqdorini maxsus jihozlar yordamida, ya'ni test chiziqcha (polostka) yordamida ko'z bilan ko'rib aniqlashni o'rgatadi. Diabetiklar maktabi endokrinologiya bo'limi va poliklinikalarda tashkillashtiriladi, u yerda bemorlarga barcha bilim, ko'nikma va malakalar o'rgatiladi.

Hamshira nazorati ostida bemorlar o'zlariga shprits ruchka yoki insulin shpritslari yordamida insulin qilishni o'rganadilar.

Profilaktikasi. Ratsional ovqatlanish. Jismoniy aktivlik. Ateroskleroz va gipertoniya kasalligi, semizlikning oldini olish. Aholi o'rtasida tushuntirish ishlarini olib borish, genetik ehtiyotkorlik choralari ko'rish, masalan: qandli diabeti bor odam kasallikka moyilligi bor odamlar bilan turmush qurmasligi kerak.

Dekompensatsiyani oldini olishda dam olish, ishlashni bir-biriga mutanosib olib borish kerak, emotsional va jismoniy zo'riqishlardan saqlanish kerak. Parhezga rioya qilish rejimini buzmaslik, kerakli muolajalarni o'z vaqtida qabul qilish.

Qandli diabetning og'ir shakli boshlanishiga yo'l qo'ymaslik maqsadida unga vaqtida davo qilishga kirishmoq uchun bu kasallikning yashirin shakllarini o'z vaqtida aniqlab olish muhim. Qandli diabet bilan og'irigan kasallar dispanser kuzatuv ostida turishi kerak. Qandli diabeti bor har bir kasalga hisob kartočkasi (shakl N-30) ochiladi. Organlar batafsil tekshirib ko'riladi, shuningdek, laboratoriya tekshiruvlari o'tkazilib, birinchi galda qand aniqlanadi.

Poliklinikada qandli diabetga qilinadigan davo, qon bilan siydikdagi qand miqdorini tekshirib, olib boriladi. Diabetning og'ir shakli bilan og'irigan bemorlar yiliga ikki marta, zarur bo'lsa, bundan ham ko'proq kasalxonaga yotqiziladi.

2.11.2. Qalqonsimon bez kasalliklari bilan og'irigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Diffuz toksik buqoq – bu kasallik qalqonsimon bezning bir tekis diffuz kattalashuvi, tireoid gormonlar ortiqcha ishlanib chiqishi va organlarda xarakterli o'zgarishlar yuzaga kelishi bilan ta'riflanadigan kasallikdir.

Etiologiyasi. Kasallik ko'pincha 20–50 yoshlarda uchrab, 10 baravar ko'proq ayollar kasallanadilar. Kasallik kelib chiqishida

ruhiy zo'riqish, salbiy his-hayajonlar, neyro-endokrin buzilishlar, qalqonsimon bezga surunkali infeksiyalar (tonzillit, revmatizm, sil, zahm va b.)ning ta'siri, intoksikatsiyalar muhim o'rin tutadi. Boshqa ichki sekretsiya bezlari funksiyasining buzilishi (gipofiz) ham ahamiyatga ega. Boshqa ko'pgina kasalliklarda bo'lgani kabi bu kasallikda ham irsiyatning rolini inkor etib bo'lmaydi. Bu kasallik tireoid gormonlar ortiqcha ishlanib chiqishi bilan bog'liqdir.

Gormonning organ va to'qimalardagi ta'siriga qarab kasallik simptomlarini belgilab beradi.

Klinik holat va simptomlar. Kasallar tajanglik, behalovatlik, parishonxotirlik, uyqu yomonligi, badani qizib ketgandek bo'lib sezilishi, ko'p terlashi, muskullarning kuchsizligi, qaltirashi, ozib ketganidan noliydi.

So'rab-surishtirib ko'rilganida ko'pincha bemorning qarindosh-urug'lari ham shunday kasallik bilan og'rib yurganligi ma'lum bo'ladi.

Ko'zdan kechirilganda ko'pgina kasallarda aksari qalqonsimon bezning kattalashib turgani ma'lum bo'ladi. Ba'zi bemorlarda esa bezning kattalashib turgani bilinmaydi. Qalqonsimon bez kattalashuvining beshta darajasi tafovut qilinadi: I darajasi – bez bemorning yutish harakatlaridagina ko'rinishi mumkin va qo'lga yaxshi sezilmaydi; II darajasi – bez ko'zga tashlanmaydi-yu, lekin yutinish mahalida qo'lga yaxshi seziladi; III darajasi – bezning kattalashganligi yutish harakatlarisiz ham ko'rinib turadi; IV darajasi – bez shu qadar kattalashadiki, bo'yinning shakli o'zgarib qoladi; V darajasi – bez juda katta, bo'yin shakli keskin o'zgargan bo'ladi.

Bemorning tashqi ko'rinishi. Ko'z simptomlari: ekzoftalm (ko'zning chaqchayib turishi), ko'zning kam pirillashi, uzoq vaqt (Shtellvag simptomi) biror buyumga tikilib turish, ko'zlarning yaltirab turishi kuzatiladi.

Bemorga tekshirayotgan kishining barmoq uchiga qarab turish tavsiya etiladi. Bunda ikkita simptom aniqlanadi: konvergensiyaning susayib qolishi (Mebius simptomi), ya'ni bemor ko'zini qanshariga qarata olmaydi; ko'z soqqasi pastga harakatlantirilganda ustki qovoqning yumilishining kechikishi (Grefe simptomi), bunda biror buyumni yaqindan ko'zdan kechirishda unga qarash qobiliyati buziladi.

Tana harorati normal yoki subfebril ($37-37,5^{\circ}\text{C}$) bo'ladi. Romberg holatida (bemor qo'llarini oldinga uzatgan va barmoqlarini kergan holda tik turganida) qo'l barmoqlarining titrashi ko'zga tashlanadi (tremor). Qo'l panjasining orqa tomoniga bir varaq qog'oz qo'yib ko'rilsa, bu ayniqsa yaxshi ko'rinadi. Bemorning tomiri tez-tez (minutiga 100–150 martagacha) uradi.

Perkussiyada yurak chegaralari chapga kengaygan. Sistolik arterial bosim biroz ko'tarilgan, diastolik bosim normal. Og'ir hollarda miokard distrofiyasi paydo bo'ladi. Jigar toksik buqoq, og'ir o'tgan mahaldagina zararlanadi. Bunda odamning badani sarg'ayib ketadi, qonida esa bilirubin miqdori ko'payadi, me'da sekretsiasining kamayishida, tez-tez defekatsiya bo'lishida, ich ketarga moyillik kuzatiladi.

Og'ir shakllarida qonda anemiya va leykopeniya paydo bo'ladi. Asosiy almashinuv kuchaygan bo'ladi, oqsil bilan birikkan yod miqdori ko'payadi, qalqonsimon bezga yodning yutilishi kuchayadi.

O'tishi. Kasallikning o'tishiga qarab uchta darajasi: yengil, o'rta, og'ir darajalari tafovut qilinadi.

Davosi. Toksik buqoqda davo qilishning uchta asosiy usuli bor; gormonlar hosil bo'lishi va ajralib chiqishini tormozlaydigan tireostatik vositalar bilan davolash; xirurgik yo'l bilan davolash; radioaktiv yo'l bilan davolash.

Tireostatik vositalardan merkazolil, metiltiourasil, diyodtirozin qo'llaniladi. Og'ir shaklida merkazolil bilan davolash pre-

paratni sutkasiga 60–80 mg dan berib turishdan boshlanib, doza-si asta-sekin 10–15 mg gacha kamaytirib boriladi. O‘rtacha og‘ir shaklida sutkalik merkazolil dozasi davoning boshida 40–50 mg ni tashkil etadi. 10–20 kundan keyin toksik buqoq simptomlari yo‘qolib ketadi.

Merkazolil bilan birga rezerpin buyuriladi (0,1 mg dan kuni-ga 3 mahal), u simpatik nerv sistemasiga ta‘sir qiladi. Merkazolil bilan davolash vaqtida qondagi leykotsitlar miqdoriga qarab bo-rish zarur, chunki preparat kamdan kam hollarda agranulotsi-tozga sabab bo‘ladi. IV yoki V darajadagi diffuz toksik buqoqda, qalqonsimon bezda tugunlar bo‘lganida, shuningdek, bez traxeya bilan qizilo‘ngachni bosib qo‘yganida xirurgik yo‘l bilan davo qi-lish o‘rinlidir.

Bemorni operatsiyaga tayyorlash mahalida qalqonsimon bez-ning ortiqcha funksiyasini merkazolil, diyodtirozin yoki yod pre-paratlari bilan pasaytirish kerak. Qalqonsimon bez subtotal rezeksiya qilinadi. Radioaktiv yod bilan davolash bez to‘qimasining parchalanishi va funksiyasi susayib qolishiga asoslangan. Hammasi bo‘lib 2–3 kurs o‘tkaziladi. Bolalar va homilador ayol-larga radioaktiv yod bilan davo qilish to‘g‘ri kelmaydi.

Profilaktikasi. Dam olish va ishlashni to‘g‘ri tashkillashti-rish, psixogigiyena, organizmni chiniqtirish, jismoniy tarbiya bi-lan shug‘ullanish. O‘RVIning oldini olish.

Endemik buqoq. Bu kasallik suv va oziq-ovqat mahsulot-larida yod yetishmasligi tufayli qalqonsimon bezning kattalashib ketishi bilan xarakterlanadi. Endemik o‘choqlarda odam kuniga ko‘pi bilan 50 mkg yod olib turadi. Endemik buqoqning kelib chiqishida yod yetishmasligidan tashqari, genetik moyillikning ahamiyati borki, endemik viloyatdagi ko‘pchilik odamlarning sog‘ qolaverishi shundan dalolat beradi.

Klinik holat va simptomlar. Bemorlar, odatda, faqat buqoq paydo bo‘lib qolganidan noliydi. Buqoq bir tekis, sidirg‘a (dif-

fuz), tugunli va aralash bo'lishi mumkin. Ko'pchilik kasallarda qalqonsimon bez funksiyasi buzilmaydi (eutireoid buqoq), ularning kamroq qismida bu funktsiya pasaygan yoki kuchaygan bo'ladi.

Qalqonsimon bez juda kattalashib ketganida qizilo'ngach, traxeya, hiqildoq nervi bosilib qolishiga xos simptomlar paydo bo'lishi mumkin. Bu yutish qiyinlashuviga, yo'talish, nafasning izdan chiqishiga, ovoz bo'g'ilib qolishiga sabab bo'ladi.

Endemik buqog'i bor ayollarda jinsiy jihatdan yetilish kechikadi, hayz sikli buziladi. Endemik buqoq bilan og'rigan kasallar bor oilalarda ba'zan kretinizmga muhtalo bolalar tug'iladi. Tugunli buqoq ko'pincha qalqonsimon bez rakiga aylanib ketadi.

Davosi. Endemik buqoq o'choqlarida davlat nazorati yo'li bilan buqoqqa qarshi chora-tadbirlar amalga oshiriladi. Bunday o'choqlarda ro'zg'orga 1 tonnasida 25 g kaliy yodid bo'ladigan osh tuzi ishlatiladi (yodlangan un, yodlangan tish pastasi, yodomarin va hokazo). Bolalar bilan homilador ayollarga haftasiga 2 marta 1 tabletkadan antistrumin ichib turish buyuriladi, unda kaliy yodid bo'ladi.

Tugunli va aralash buqoqda operatsiya yo'li bilan davo qilish o'rinli. Qalqonsimon bez funksiyasi kuchaygan bo'lsa, antitireoid vositalar, pasaygan mahallarda esa tireoid gormonlar buyuriladi. Konservativ davo naf bermaganda xirurgik davo o'tkaziladi.

Profilaktikasi. Aholi shart-sharoitlarini yaxshilab berish. Endemik buqoq o'choqlarida yodlangan tuz ishlatiladi. Dengiz karamidan ko'proq iste'mol qilish talab etiladi (chunki tarkibida yod judayam ko'p). Barcha bemorlar dispanser nazoratiga olinishi shart.

Gipotireoz. Gipotireoz qalqonsimon bez funksiyasi pasayib ketganligidan paydo bo'ladigan kasallikdir. Gipotireoz tug'ma (kretinizm) va turmushda orttirilgan hollarga bo'ladi. Turmushda orttirilgan gipotireoz birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Birlamchi gipotireozda kasallik qalqonsimon bezning o'zi zarar-

langanligi tufayli paydo bo'lsa, ikkilamchi gipotireozda gipofiz tireotrop gormonining miqdori pasayib ketgan bo'ladi.

Birlamchi gipotireozda infeksiya ta'sir qilganida, toksik buqoqqa davo qilishda radioaktiv yod dozasini oshirib yuborilganida, xirurgik davo mahalida qalqonsimon bez butunlay olib tashlanganida kuzatiladi. Ikkilamchi gipotireoz gipofiz yoki gipotalamus kasalliklarida paydo bo'ladi. Gipotireozning badanda shish bo'lishi bilan o'tadigan shaklsi miksedema (shilimshiq shish) deb ataladi.

Klinik holat va simptomlar. Bu kasallik asta-sekin avj olib boradi. Bemorda barvaqt paydo bo'ladigan shikoyat odatda sovuqqa ojizlik – hadeb sovqotaverishdir. Kasallar issiq kiyinishga harakat qilishadi. Bundan tashqari, shunday kasallarda atrofda-gilarga qiziqish kamayadi, beparvolik, bo'shanglik paydo bo'ladi, xotira buziladi, qabziyat, mennoragiyalar, semizlikka moyillik paydo bo'ladi.

Bunday kasallarning nutqi va harakatlari sustkash bo'lib qoladi. Yuzi xuddi niqob tutib olgandek, ifodasiz, kerikkan bo'ladi. Ko'z tirqishlari torayib qoladi. Badan terisi, ayniqsa, ko'z qovoqlarining terisi shishib turadi, quruq bo'ladi, po'st tashlaydi. Til kattalashadi va shishib turadi. Ovoz bo'g'iq bo'lib qoladi, soch tushib ketadi, tirnoqlar mo'rt bo'lib qoladi.

Oyoqlarda shish bo'ladi, lekin bosib ko'rilganida yurak yoki buyrakka aloqador shishlarga qarshi o'laroq, o'rni chuqurcha bo'lib qolmaydi. Tana harorati pasayadi. Qon analizida gemoglobin bilan eritrotsitlar miqdori kamayib, anemiya boshlangani ma'lum bo'ladi. Leykotsitlar bilan trombotsitlar miqdori normal bo'lib qoladi. Xolesterin miqdori ko'payib ketadi. Asosiy almashinuv pasaygan bo'ladi. Oqsil bilan birikkan yod miqdori kamayadi. Qalqonsimon bezga yod yutilishi ancha pasayadi. Skaniogrammada qalqonsimon bez kichraygan bo'lib chiqadi yoki umuman sezilmaydi.

O'tishi. Bu kasallik uzoq davom etishi va davoni talab qilmasligi mumkin. Kamdan kam hollarda, odatda, qish kezlari tana harorati 34°C gacha pasayib, bradikardiya bo'lishi, arterial bosim pasayib ketishi, qattiq qabziyat bo'lishi bilan o'tadigan gipotireoid koma boshlanishi mumkin. Bunday kasallarda tez ateroskleroz avj olib boradi. Bu dard yurakning toj tomirlarini zararlab, stenokardiya tutib turadigan bo'lib qolishiga olib keladi.

Davosi. Gipotireozda tireoidin yoki triyodtironin bilan o'tkaziladigan davo buyuriladi, faqat endokrinolog nazorati ostida. Tireoidin kuniga 0,1 g dan ichib turish uchun buyuriladi va dozasi asta-sekin oshirib boriladi. Triyodtironin kuniga 5 mkg dan ichiladi.

Stenokardiya bo'lsa, dastlabki doza 5–10 baravar kamaytiriladi. Shu bilan birga anemiya bo'lgan mahallarda temir preparatlari, shuningdek vitaminlar buyuriladi. Butun umr endokrinolog nazoratida bo'ladi, ishga yaroqliligini ham shifokor hal qilib beradi.

Profilaktikasi. Qalqonsimon bez operatsiyalarini takomillashtirish, tireotoksikozda radioaktiv yodning dozasini to'g'ri tanlash. Kasallikni erta aniqlash choralari ko'rish. Gipotireozning oldini olish.

Hamshiralik parvarishi. Moddalar almashinuvi buzilishi hisobiga tana harorati o'zgaruvchan bo'ladi. Tana harorati doimiy nazorat qilinib, kerakli parvarishlarni amalga oshirish kerak bo'ladi. Badan terisi qo'pollashib, quruq bo'lib qoladi, ularni yumshatuvchi, oziqlantiruvchi kremlar yordamida parvarish qilinadi. Doimiy puls, qon bosimi nazorat qilib turiladi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Endokrin sistemasi va moddalar almashinuvini gapirib bering.
2. Buqoqlarning qanday shakllarini bilasiz?
3. Qandli diabet kasalligi haqida gapirib bering.
4. Qandli diabetda diyetoterapiyaning ahamiyati qanday?
5. Diffuz toksik buqoqning klinik belgilarini gapirib bering.
6. Gipotireoz qanday kasallik?

2.12. Allergik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Allergiya – atrof-muhitning allergenlar deb ataluvchi ba’zi omillari (kimyoviy moddalar, mikroblar va ularning hayot faoliyatida hosil bo‘ladigan mahsulotlar, oziq-ovqatlar) ta’siriga organizmning o‘ta sezgir bo‘lishi. Allergik kasalliklar qadimdan ma’lum. Ba’zi odamlar ayrim ovqat mahsulotlarini iste’mol qilganda me’dasining ishi buzilib, badaniga eshakyemi toshishini Gippokrat (mil.av. V–IV asr), gul isidan ba’zilarning tumov bo‘lishini Galen (II–asr) yozib ketgan. O‘simliklar changi dimoqqa kirganda bo‘ladigan isitma XIX asrda tasvirlangan.

Allergik kasalliklar butun jahonda tarqalgan bo‘lib, tobora ko‘payib bormoqda. Har xil dori preparatlarining ko‘payishi va ularni qo‘llashning o‘sishi funksiyalarning neyroendokrin regulatsiyasining buzilishi va organizm sensibilizatsiyasining oshishiga olib keladigan shart-sharoitlar yaratishi mumkin. Dorilarga bo‘lgan allergiya klinik ko‘rinishlarining ko‘pligi, ularning o‘sishi, hozirgi zamon diagnostikasi, adekvat davolash va profilaktika o‘tkazishni talab etadi.

Shunday qilib, allergik kasalliklar – asosida ekzogen allergenga immun ta’sir etadigan jarohat yotadigan kasallikdir. Autoallergik kasalliklar – bu asosida xususiy to‘qimalar allergenlariga (autoallergenlar) javoban to‘qimalar jarohati yotadigan kasalliklar guruhi.

Allergik reaksiyalarda sensibilizatsiya (yuqori ta’sirchanlik) davri ajratiladi – bu allergen bilan birinchi uchrashuv paytidan to allergenning organizmga qayta tushishida yuzaga keladigan allergik reaksiya rivojlanishigacha bo‘lgan yuqori ta’sirchanlikning paydo bo‘lish davridir.

Allergen antigenning hamma xususiyatlariga ega: makromolekularlik, ko‘proq oqsil tabiatlik, organizmga begonalilik, sensibilizatsiyaning borligi.

Etiologiyasi. Allergenlar – ekzogen va endogen, atrof-muhit omillari (issiq, sovuq, chang), organizmning reaktiv holati (sensibilizatsiya, yuqori ta’sirchanlik).

Ekzogen allergenlar turli yo‘llar bilan organizmga tushib, turli organ va sistemalarning zararlanishiga sabab bo‘lishi mumkin. Bular quyidagi guruhlariga bo‘linadi:

1. Biologik allergenlar. Mikroblar, viruslar, zamburug‘lar, gelmintlar, zardob va vaksina preparatlari.

2. Dori allergenlari. Amalda har qanday dori preparati allergiyaga sabab bo‘lishi mumkin.

3. Uy-ro‘zg‘or allergenlari. Bular orasida uy changi, zax uylar devorida bo‘ladigan mog‘orlar, suvarak singari hasharotlar tanasining mayda qismlari.

4. O‘simlik allergenlari.

5. Oziq-ovqat allergenlari. Sut, tuxum, go’sht, baliq, pomidor, sitrus mevalar, shokolad va b.

Oziq-ovqatdan bo‘ladigan allergiyani hazm shiralarida ba’zi fermentlar yetishmasligi tufayli odamning ma’lum masalliqarni ko‘tara olmasligidan farq qilish kerak.

6. Sanoat allergenlari. Har xil moylar, bo‘yoqlar, turli preparatlar.

7. Fizik omillar alohida allergenlar guruhini tashkil etadi.

Endoallergenlar. Ba’zan organizmning o‘z oqsillari, shuningdek, hujayralari ham allergen bo‘lib qoladi (endoallergenlar) va organizm bularga odatdagidan boshqacha reaksiya ko‘rsatadi, bunga autoallergiya deyiladi. Tabiiy va turmushda orttirilgan endoallergenlar farq qilinadi.

Tabiiylari normal to‘qimalarning ba’zi oqsillaridir. Turmushda orttirilganlari ham organizmning o‘z oqsillari bo‘ladi, lekin bular

odam kuyib qolganida, nur kasalligi bilan ogʻriganida va boshqa hollarda yot xossalarni kasb etadi. Organizm oʻz oqsillarini yot oqsillardan ajrata oladi. Odatdagi sharoitlarda organizmning oʻz toʻqimalari zararlanmaydi, yaʼni ularga qarshi sensibillangan limfotsitlar va antitanalar (autoanti) hosil boʻlmaydi.

Eng koʻp uchraydigan allergenlar dorilardir, ular koʻpincha allergen mezonlariga javob bermaydilar, ular sof kam molekular birikmalardir. Lekin ular gaptenlardir (digoksin, digidrolazin, sulfamidaminlar, antibiotiklar va b.) va organizmda metabolizm jarayonida antigen xususiyatlarini hosil qiladigan kompleks allergenlar vujudga keladi. Antigen (allergen)ning organizmga tushishi unda sensibilizatsiya chaqiradi.

Sensibilizatsiya – bu organizmning ekzogen yoki endogen boʻlgan antigen (allergen)larga nisbatan immunologik jihatdan vujudga kelgan taʼsirchanlikning oshishi. Sensibilizatsiya tushunchasini faqat organizmda yuz beradigan maʼlum jarayonlar bilan, yaʼni organizmga antigen kirgan paytdan to antitanalar yoki shu antigenga nisbatan sensibilizatsiyalangan limfotsitlarning vujudga kelishigacha boʻlgan paytdagi jarayonlar bilan chegaralash toʻgʻridir. Sensibillashgan odam amaliy jihatdan sogʻlom va faqat organizmga antigenning qayta tushishi allergik reaksiyaning realizatsiyasiga olib keladi. A.D.Ado (1970)ning koʻrsatmalariga koʻra allergik reaksiyaning rivojlanishida uch bosqich mavjud:

1. Immunologik bosqich – bu davr organizmga allergenning tushishidan boshlab to antitananing yoki sensibillashgan limfotsitlarning va ularning birikmalarining qayta tushgan allergen bilan bogʻliq boʻlgan barcha immun tizimidagi oʻzgarishlarini oʻz ichiga oladi.

2. Patoximik bosqich – mediatorlar hosil boʻlish bosqichi. Ularning paydo boʻlishiga allergenning immunologik bosqichda antitanalar yoki sensibillashgan limfotsitlar bilan oʻzaro bogʻlanishi sabab boʻladi.

3. Patofiziologik bosqich yoki klinik ko‘rinishlar bosqichi. U organizmning to‘qimalari, organlari va hujayralarida hosil bo‘lgan mediatorlarning patogen ta‘siri (allergik yallig‘lanish) bilan tavsiflanadi. Allergenlar antigen sifatida organizmga kirganida ularga qarshi antitanalar paydo bo‘lib, ular reaksiyaga kiradi va oqibatda qonda gistamin moddasi ajralib chiqib, ular qon tomirlarni kengaytirib, AB pasayishiga, tomirlar o‘tkazuvchanligining kuchayishiga, bronxlar torayib qolishiga va ichak peristaltikasi zo‘rayishiga olib keladi. Allergik reaksiyalarning tarqalishi K.Y. Yuldashevning ko‘rsatkichlariga ko‘ra O‘zbekiston Respublikasi bo‘yicha 16 yosh va undan kattalarda, 1000 aholiga nisbatan, hammasi bo‘lib, 152 tani tashkil etadi

2.12.1. Bronxial astma kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Bronxial astma – polietiologik kasallik. Kasallikka moyil qiladigan faktorlarga allergenlar, infeksiya va nasl kiradi. Kasallikka nafas yo‘llarining patologiyasi, allergik holat, endokrin patologiyasi olib keladi. Kasallikni chuqurlashtiruvchi faktorlarga: respirator virusli infeksiyalar, aktiv va passiv chekishlar, havoning iflosligi, kam og‘irlikda tug‘ilish, parazitlar infeksiyalar kiradi.

Klinika va kechishi. Bronxial astmaning asosiy simptomlardan birinchisi «Bo‘g‘ilish» xuruji hisoblanadi va u allergenlar bilan kontakt, jismoniy zo‘riqish, bronx o‘pka infeksiyalarida kuzatiladi. Bo‘g‘ilishni chekish, sovuq qotish zo‘raytiradi.

Kasallikda quyidagi kechish davrlari farqlanadi: xabarchilar, xuruj, xurujdan keyin, xuruj oralig‘i.

Xurujdan bir necha daqiqa yoki bir necha kun oldin xabarchilar aksirish, ko‘z qichishi, yoshlanishi, bosh og‘rish, quruq yo‘tal va uyqu buzilishi kuzatiladi.

Xuruj esa bo'g'ilish bilan xarakterlanadi. Ko'krak qafasi harakati birdaniga cheklanadi, hushtakli xirillashlar, g'ijillashlar eshitiladi. Xuruj paytida bemor o'tirgan holda, qo'li bilan karavotning yoki kresloning chetiga tiranib olgan. Teri qoplami oqargan, quruq, yordamchi mushaklar taranglashgan, taxikardiya, ozgina ko'karish, yurak tonlari bo'g'iq bo'ladi. Perkussiyada quticha tovushi eshitiladi. Xuruj 10–20 daqiqa, cho'zilib ketganida bir necha soat davom etadi. Xuruj yopishqoq balg'am ko'chishi bilan tugaydi (xurujdan keyingi davr). Xuruj uzoq davom etishiga astmatik holat deyiladi.

Balg'amda eozinofillar, Kurshman spirali, Sharko-Leyden kristallari topiladi. Qonda leykopeniya, eozinofiliya ko'rinadi.

Ko'krak qafasi rentgenoskopiya qilinganda o'pka tiniqligi oshgan va diafragma harakati chegaralangan bo'ladi.

Davolash. Kasallik xuruj qilib turgan paytda toza havo kelib turishini ta'minlash, bemorni issiq qilib o'rab qo'yish va ortiqcha harakatlardan ehtiyot qilish lozim. Bemorni qulay (yarim o'tirgan) holatga keltirib qo'yish zarur, orqasiga 2–3 ta yostiq, boshi ostiga esa bolish qo'yiladi.

Bemorning nafas olishi osonroq bo'lsin deb, siqib turgan kiyimlari yechiladi yoki bo'shatiladi. Balg'am yumshashi uchun bemorga ishqor aralashtirilgan suv yoki issiq sut beriladi. Oyoqqa xantal vannasi qilish, ko'krak qafasiga bankalar yoki xantal qo'yish bemor ahvolini ancha yengillashtiradi. Kislorod yostig'idan nafasga namlangan kislorod beriladi.

Preparatlardan: 0,5–1 ml 0,1% li adrenalini yoki 0,1% li atropin eritmasi teri ostiga, 10 ml 2,4% li eufillin vena ichiga yuboriladi, izadrin (novadrin) ingalyatsiyalari buyuriladi. Og'ir hollarda gormonlar olib turadigan bemorlarga muskullar orasiga 30 ml prednizolon yuboriladi. Cho'ntak ingalatorlari: astmopenat, novadrin va boshqalardan foydalanish mumkin. Bemorlarni tinchlantirish maqsadida valeryanka, brom berish mumkin. Infeksion omilga qarshi antibiotiklar qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Infeksiya o'choqlari sanatsiya qilinadi. O'tkir respirator kasalliklarni o'z vaqtida zamonaviy usullarda davolash. Atrof-muhitni ifloslanishiga qarshi kurashish va ishxonalarda, ayniqsa, kimyoviy zavodlarda yaxshi sharoitlarni yaratish.

Bemorlar «Kislovodskiy» va «Shimoliy Kavkaz», shuningdek, O'zbekistonning «Oqtosh» hamda «Zomin» sanatoriylarida davolanishlari mumkin.

Kasallikning og'ir kechishi ko'p hollarda bemorlarni nogironlikka olib keladi. Ayniqsa, yomon oqibat yoshi katta odamlarda kuzatiladi. Ammo o'rinli va to'g'ri davolanganda, zarur bo'lgan quvvatlab turuvchi davolash o'tkazilganda kasallik yengil kechadi, bemorlar uzoq muddat ish qobiliyatini saqlab qoladilar.

Hamshiralik parvarishi. Ruhan va jismonan tinch sharoit yaratish. Xonadagi harorat va namlikni nazorat qilish. Xuruj paytida bemorga qulay sharoit yaratish. Yarim o'tirgan holatga keltirish, qisib turgan kiyimlardan xalos etib, xonani doimo shamollatib turish yo'li bilan toza havo kelishini ta'minlash. Antibiotiklarni qo'llashda anafilaktik shokning oldini olish maqsadida albatta sinama o'tkaziladi.

Bronxlarni kengaytiruvchi preparatlar qo'llanilganda; yurak urishiga, nafas olishi harakatlarining soniga va pulsiga yetarli darajada e'tibor berish kerak. Dori preparatlarni parenteral yo'l bilan, shprits yoki tomchilab yuborganda juda sekin yuborish kerak, chunki dorilarning nojo'ya ta'siri darhol yuzaga keladi. Dori preparatlarini muntazam qabul qilish maqsadida va vena ichiga inyeksiya qilinganda vaqtini nazorat qilish kerak.

Bemorni parvarish qilishda palataga kislorodni markazlashgan holda beradigan moslamada keltirilgani ma'qul, bunday moslama bo'lmaganda tibbiyot hamshirasi postni yetarli miqdorda kislorod yostiqlari bilan ta'minlashi kerak. Bronxial astmasi bor bemorlarda funksional karavotdan foydalanish tavsiya etiladi.

Bronxlar spazmi bo'g'ilishga olib kelishi ehtimol tutilgan bronxial astmali bemorlarga tibbiyot hamshirasi katta ahamiyat berishi zarur. Bemorni o'rinda qulay vaziyatda, bosh tomonini baland qilib o'tkazishi, bemorning sovqotishiga yo'l qo'ymay, xonaga sof havo kirishini ta'minlashi, kislorod bilan nafas oldirishi kerak.

Bemor yo'talayotgan bo'lsa, tibbiyot hamshirasi shifokor ko'rsatmalarini aniq bajaradi, bir chimdim natriy gidrokarbonat qo'shilgan issiq sut ichiradi, balg'am ko'chiradigan mikstura beradi, bemorni sovqotishdan ehtiyotlab, o'rab-chirmaydi.

Allergologik markazlar ishi. Allergik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarni faqat shifokor davolaydi, davo sababchi allergenni aniqlab, bemorni shu allergendan xoli qilish hamda uning o'sha allergenga sezgiriligini pasaytirishga qaratiladi. Mustaqil O'zbekistonda Sog'liqni saqlash organlari allergik kasalliklar bilan og'rigan bemorlar uchun ixtisoslashgan yordam ko'rsatishga katta ahamiyat bermoqda. Poliklinikalarda allergologiya kabinetlari, ko'pgina kasalxonalarda allergologiya bo'limlari hamda Respublika allergologiya markazi mavjud. Allergolog mutaxassislarni tayyorlashga katta ahamiyat berilmoqda.

Allergolog – allergik kasalliklarni oldini olish va davolash choralari ko'radigan mutaxassis shifokor. O'zbekistonda ixtisoslashgan allergik yordam ko'rsatadigan maxsus allergik kabinetlar va bo'limlar mavjud. Allergik kasalliklarga moyilligi bor bemorlar allergologiya markazida dispanser hisobida (tekshiruvda) bo'lishi zarur. Allergologiya markazida allergik sinash usullari o'tkaziladi, bemorlarga spetsifik giposensibilizatsiya o'tkaziladi.

Allergik kasalliklarning spetsifik giposensibilizatsiyasida anafilaktik shokning oldini olish uchun bemorlar bunday giposensibilizatsiyada ma'lum qoidalarga puxta amal qilishlari (har gal allergen yuborilgandan keyin 40 minut mobaynida

shifokor kuzatuv ostida bo'lishlari, shifokor va tibbiyot hamshirasiga oldingi inyeksiyasiga bo'lgan reaksiyani ma'lum qilishlari) lozim.

Allergologik kabinet tibbiyot hamshirasi allergenlar inyeksiyasi vaqtida nihoyatda hushyorlik bilan ishlashi kerak. Buning uchun dori flakonlaridagi yozuvlar aniq-ravshan bo'lishi, hamshira dori yuborishdan oldin ularni albatta o'qishi, shifokor tayinlagan davolash tartibi (sxemasi)ga qattiq amal qilishi zarur. Allergologik markazlarda sovuqqa allergiyasi bor bemorlar ham dispanser kuzatuv ostida bo'lishlari kerak.

Allergolog-shifokor bunday bemorlarga teri sathining katta qismi sovuq ta'siriga uchraganda unda og'ir allergologik reaksiyalar paydo bo'lishi mumkinligi haqida ogohlantirib turishi lozim. Sovuqqa allergiyani profilaktik davolash allergologik kabinetlarda olib boriladi. Bemorlar bilan tushuntirish ishlari olib boriladi va tavsiyalar beriladi. Allergologik markazlarda ko'p yillik kuzatuvlar va ilmiy ishlar ham olib boriladi, yangi davolash usullari qo'llaniladi. Kasallikning oldini olish chora-tadbirlari ishlab chiqiladi va ommalashtiriladi.

2.12.2. Anafilaktik shok

Anafilaksiya grekcha so'zdan olingan bo'lib, himoyasiz, ya'ni himoya qila olmaydigan degan ma'noni bildiradi. Bu kasallik asosida reagin turi yotadi. U bilan kontaktda bo'lgach, klinik belgilari paydo bo'lishi bilan xarakterlanib, qon aylanish sistemasida o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi: gipotoniya va hayotiy muhim organlarning gipovolemiyasi ishemiyasi bilan, miya, yurak va buyraklar, buyrak o'zgarishlarida anuriya va o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan yuz berishi mumkin. Teri toshmalari (krapivnitsa), bronxospazm, leykopeniya xarakterlidir.

Anafilaktik shok yurak va qon aylanishi doiralarning o'tkir buzilishi oqibatida quyidagi belgilar bilan namoyon bo'ladi:

- teri rangining oqish-ko'kimsir yoki marmarsimon rangga kirishi, sovuq, nam bo'lishi;
- tirnoq osti sathida qon oqishining haddan tashqari sekinlashuvi;
- halovatsizlik, es-hushning xiralashuvi;
- hansirash, nafas olishning qiyinlashuvi – dispnoe;
- siydik miqdorining kamayishi, ya'ni kam siyish – oliguriya;
- tomir urishining tezlashuvi – taxikardiya;
- qon bosimining pasayib ketishi kabi holatlar ana shular jumlasidandir.

Shokning belgilari mayda (kapillar) qon tomirlarga qon kelishining kamayishidan boshlanadi. Shuning uchun ham teri sovuq, nam va ko'kimsir oqish tusga ega bo'ladi, bosh miyaga qon kelishining kamayishi avvaliga bemorda bezovtalik belgilarini keltirib chiqarsa, keyinchalik es-hushning xiralashib, yo'qolishiga olib keladi. Nafas a'zosi bo'lmish o'pkaga qon kelishining kamayishi, o'z navbatida, nafas qisishiga olib kelsa, ajralib chiqayotgan siydik miqdorining kamayishi – buyrak doirasida qon aylanishining kamayishi oqibatidir.

Anafilaktik shok – hayotga tahdid soluvchi holat, o'tkir allergik reaksiyaning eng og'ir ko'rinishlaridan biri. Aksari penitsillin va boshqa antibiotiklar, shuningdek, shifobaxsh zardoblar, rentgenokonstrast moddalar va boshqalar inyeksiya qilinganidan keyin paydo bo'ladi. Asosiy belgilari: preparat inyeksiya qilinganidan keyin darrov ko'krak siqayotgandek bo'lishi, bo'g'ilish, bosh aylanishi, bosh og'rishi, besaranjomlanish, tinkamador qurib ketishi, a'zoyi badan qizib ketayotgandek bo'lib sezilishi. Og'ir hollarda bu belgilarga kollaps simptomlari qo'shiladi. Kollaps odamning o'zidan ketib qolishi bilan birga davom etishi ham mumkin, ba'zan komatoz holat boshlanadi. Ayniqsa, og'ir hollarda anafilaktik shokning dastlabki simptomlari paydo bo'lganidan bir necha minutdan keyin odam o'lib qolishi mumkin. Tez yordam tadbirlari ko'rsatilishi lozim.

Adrenalin vena orqali, inyeksiya qilingan joy atrofiga dori yuborish, kislorod, shokka qarshi suyuqliklar, yangi muzlatilgan plazma, yurak preparatlari, pressor aminlar, antigistamin vositalar qo'llaniladi.

Muolaja xonalarida tez yordam aptechkalari tayyor turishi va shaxsiy tayyorlovdan o'tgan bo'lishi kerak. Bemor shokdan chiqarilgach, sutka davomida reaksiyaning kech fazasidan asrash uchun kuzatib turilishi lozim.

Kasallikning sabablari. Anafilaksiya fenomeni 1902-yilda ikkita fransuz olimi Portiyer va Richet tomonidan ochilgan. Ular oz miqdordagi yot oqsilni it a'zosiga yuborilganda sezgirlikning yuqori darajada oshib ketishi natijasida itning bir necha daqiqa ichida halok bo'lishini kuzatdilar. Anafilaktik shokning kelib chiqish sabablariga qarab, dori-darmonlarni qo'llash oqibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok, zardob hamda vaksinalarni qo'llash, hasharotlarning chaqishidan vujudga keladigan shoklar farq qilinadi

H.P. Schuster, H. Schonborn, H. Danep (1975) anafilaktik shok sabablarini 2 turkumga bo'ladilar:

1. Tashxis va davolash maqsadida ishlatiladigan vositalar:

- dori-darmonlar, immun zardoblar;
- o'zida yod saqlagan rentgen kontrast moddalar va boshqa turli testlar uchun dorilar;
- teri orqali allergik kasalliklarni davolash va aniqlash maqsadida ishlatiladigan allergenlar;
- kolloid holatdagi qon o'rnini bosuvchilar;
- qon quyish jarayonida yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan xatoliklar.

2. Hayvonlar zahari:

- asalari, oddiy beli ingichka qovoqari va boshqalar chaqqanda.

Keyingi vaqtda doriga bo'lgan allergik reaksiyalar tobora ko'payib bormoqda. Har xil kasalliklarni davolashda ishlatiladi-

gan antibiotiklar ichida penitsillindan kelib chiqadigan anafilaktik shok yuqori foizni tashkil etadi. Hozirgi kunda penitsillindan anafilaktik shokka chalinganlar 0,6–16% ni tashkil etadi. Dori-darmonlar ishlatishdan kelib chiqadigan anafilaktik shokni ularning tutgan oʻrniga qarab quyidagilarga boʻlish mumkin:

1. Tabiiy (penitsillin, bitsillin) va yarim sintetik penitsillinlar (oksatsillin, ampitsillin va boshqalar) guruhi.

2. Tetratsiklin guruhiga kiruvchi dori-darmonlar (tetratsiklin, rondonitsin, metatsiklin, morfotsiklin, glikotsiklin va boshqalar).

3. Streptomitsin va aminoglikozidlar (neomitsin, kanamitsin, gentamitsin va boshqalar) guruhi.

4. Fenotiazid va baʼzi bir gistaminga qarshi ishlatiluvchi dorilar (aminazin va uning analoglari, pipolfen, diprazin).

5. Oʻz tarkibida yod saqlaydigan barcha dori-darmonlar (lugol eritmasi, sayodin, yod kontrast dorilar).

6. Vitamin B₁ (tiamin bromid) va kokarboksilaza.

7. Barbituratlar (fenobarbital, medinal va boshqalar) guruhiga kiruvchi dorilar.

8. Pirazolin turkumiga kiruvchi dorilar (analgin, antipirin, amidopirin, butadion), asetilsalitsilat kislota va fenil propionatlar (brufen va boshqalar).

9. Novokain, sulfanilamid va uning turkumiga kiruvchi dorilar.

10. Etilendiamin (suprastin va boshqalar) guruhiga kiruvchi dorilar hamda eufillin guruhi.

11. Sefalosporin guruhi.

Adabiyotda anafilaktik shokning ogʻir koʻrinishi dori-darmonlar juda oz miqdorda qoʻllanganda ham yuzaga kelganligi haqida maʼlumotlar bor.

Odatda, anafilaktik shok konstitutsiyasida anomaliyasi boʻlgan hamda allergik kasalliklarga moyilligi bor bolalarda va katta yoshdagi kishilarda sodir boʻladi. Hasharotlar chaqishi oqibatida

tana sezgirligining oshib ketishi E. Rayk (1966) ma'lumoti bo'yicha 5% ni tashkil qilgan bo'lsa, hozir bu ko'rsatkich birmuncha ko'paygan.

Hasharotlar chaqishi oqibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok dori allergiyasi oqibatida yuzaga keladigan belgilardan farq qilmaydi, lekin hasharotlar zaharining o'ziga xos xususiyatlari bor. Hasharotlar zahari ichida asalari zaharigina o'rganilgan xolos. Anafilaktik shokning kelib chiqishida ovqat allergiyasining o'rni qanday? Allergenli ovqatlar deb quyidagilar hisoblanadi: sigir suti, yong'oq, tuxum, pista, pistabodom, pishloq, baliq, shokolad, moshli taomlar, kofe, kakao, sitrusli mevalar, asal, tovuq go'shti, pepsi-kola. Anafilaktik shok allergik reaksiyasi hatto bir necha millilitr yoki bir necha tomchi sutga ham qisqa vaqt ichida paydo bo'lishi mumkin.

Sovuq havoga nisbatan allergik sezgirligi bor bolalarda tananing katta qismiga sovuq ta'sir qilganda (daryo yoki dengizda cho'milish vaqtida) anafilaktik shok yuz berishi mumkinligini A.D. Ado va Y.A. Poroshina (1976) qayd qilib o'tishgan.

Anafilaktik shokda muhim ahamiyat kasb etuvchi davr – odam tanasining sezgirligi oshib, immunologik jihatidan qayta tiklanish jarayonidir. Bunda teri sezgirligini oshiruvchi antitanalarning paydo bo'lishi kasallikning rivojlanishida muhim ahamiyatga ega. Sezgirligi oshgan tana to'qimalari muhim allergenning ko'p miqdorda o'ziga singdirib olish xususiyatiga egadir.

Anafilaktik shokning immunologik bosqichida sezgirligi oshib ketgan a'zoning to'qima va hujayralariga birikkan antitanalar bilan tashqi muhitdan tushgan allergenning to'qnashuvi oqibatida bo'ladigan reaksiya jarayoni sodir bo'ladi.

Anafilaktik shok rivojlanishida bazofil leykotsitlarda, mayda qon tomirlar atrofida shilliq qavat joylashgan g'ovak biriktiruvchi to'qimaning to'yingan hujayralarida allergen-antitana o'rtasida sodir bo'ladigan jarayon muhim ahamiyatga ega.

Allergen-antitana birikmasi oldin qonda sodir bo'lib, so'ngra shokli a'zolar to'qimalarini yemirib, birikishi ham mumkin.

Allergen antitana to'qimalarda morfologik va fiziologik ish qobiliyatini yo'qotadigan o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Natijada, to'yingan to'qimalar hamda qonning bazofilotsitlari degranulatsiyaga uchrab, biologik jihatdan faol moddalarni ko'plab ishlab chiqara boshlaydi, oqibatda tez boshlanadigan allergik reaksiyaning ikkinchi, ya'ni ximergik–patokimyoviy bosqich boshlanadi. Immun birikma bo'lmish allergen-antitana to'qima va qon zardobi tarkibidagi fermentlarning aktivligini pasaytirib yuboradi. Allergen-antitananing to'qnashuvi natijasida proteolitik va lipolitik fermentlarning aktivligi oshib, oqibat-natijada to'qimalardan gistamin, asetilxolin, geparin, sekin reaksiya beruvchi substansiyali anafilaksin (SRS–A) vazoaktiv kininlar (bradikinin, kallidin) ajralib chiqadi.

Odamda sodir bo'ladigan anafilaktik shokda yuqorida nomi qayd qilingan fermentlar aktivligi oshishi tufayli yashin tezligida to'qimalardan katta miqdorda gistamin ajraladi.

Anafilaktik shokning rivojlanish jarayonida ko'plab gistamin ajralishi bilan bir qatorda, allergen markaziy nerv hosilalari (miyaning po'stloq qismi va po'stloq ostidagi qismini va b.) vegetativ nerv sistemasi funksiyasini qattiq pasaytiradi.

Immun kompleks allergen-antitana birikishi oqibatida to'qimalardan faqat gistingina emas, balki asetilxolin, geparin, serotoninlar ham ajraladi.

Angionevrotik sinish (Kvinke) – krapivnitsa bilan yoki usiz paydo bo'lishi mumkin. Chuqur teri osti qavatlarida rivojlanadi, uzoq ushlanib turadi, qichimasi kamroq namoyon bo'ladi, ko'pincha qovoq, og'iz va erkaklar jinsiy organlari atrofida paydo bo'ladi. Halqumning shilliq qavati ostida va oshqozon-ichak traktida paydo bo'lishi laringospazmga va qorin og'rishiga olib keladi. Kvinke shishining hiqildoq sohasida rivojlanishi 25% tashkil qila-

di va bemor hayoti uchun juda xavfli bo'ladi. Bemorning ovozi bo'g'iq, tovushi xirillab chiqadi, nafas olishi qiyinlashadi, nafas siqishi inspirator-ekspirator xarakterda bo'ladi. Yuz rangi sianotik bo'lib, so'ng keskin oqarib ketadi. Bemor nihoyatda bezovta bo'ladi. Og'ir hollarida tezda tibbiy yordam ko'rsatilmasa, bemor asfiksiya holatida o'lishi mumkin.

Zardob – yuqumli kasalliklarning yoki mikroblar va hayvonlar zaharidan zaharlanishning oldini olish va davolash maqsadida organizmga yuboriladigan modda.

Zardob kasalligi – davo yoki profilaktika maqsadida odam organizmiga emlash yo'li bilan begona oqsil (hayvonlarning immun zardobi) yuborilganda ro'y beradigan kasallik. Oldin tegishli zardob qabul qilmagan kishilarda 8–12 kundan keyin zardob kasalligi vujudga kelib, bunda avval ukol qilingan joy atrofiga, so'ngra butun badanga eshakyemiga o'xshash toshma toshib ketadi. Toshma toshgan joy qichishadi, bemor isitmaydi, ba'zan bo'g'imlar shishib, bezillab turadi, limfa tugunlari bo'rtib chiqadi. Kasallik bir necha soatdan 7–15 kungacha davom etadi va bemor har qanday holda ham sog'ayib ketadi. Zardob kasalligiga yo'l qo'ymaslik uchun hamma zardobni yuborishdan 1–2 soat oldin bir yoki ikki marta tekshirish maqsadida, oz-ozdan yuborib ko'riladi. Kasallik paydo bo'lib qolganda esa asosiy davo yurak-tomir sistemasi faoliyatini quvvatlab turish va qichimani kamaytirishga qaratiladi.

Davolash prinsiplari. Dorilarga bo'lgan allergiyaning klinikasi ko'p qirrali bo'lib, turli sabablar: allergik reaksiyalar turi, organizm reaktivligi, sensibilizatsiya, organizmga allergenning tushish yo'liga bog'liq.

1. Birinchi va asosiy prinsip – allergenni aniqlash va qanday yo'l bilan bo'lmasin uni iliminatsiya qilish: dori yuborilgan joyga adrenalin yuborish, jgut qo'yish va h.k.

2. Allergologik anamnezni o'rganish.

3. Gipoallergik parhez tutish.

4. Davolashda antigistamin preparatlarning roli katta, shu bilan birga organizmga ta'sir qilishdagi ba'zi o'rnolari ham rol o'ynaydi.

N_1 retseptorlar blokatorlari:

- dimedrol (0,03–0,05 g 2–3 marta) yoki inyeksiyada;
- fenkorol, antigistamin preparat kabi faol, to'qimalarda gista-minni inaktivatsiya qiladi, antiaritmik xossalari bor;
- diprazin (pipolfen) kuchli sedativ samaraga ega;
- suprastin – antigistamin va periferik antixolinergik faollikka ega;
- tavegil – dimedrolga o'xshash, lekin ta'siri davomli, 6–12 soatga yetadi.

5. Glukokortikosteroidlar (GKS) dorilarga bo'lgan allergi-yani davolashda asosiy o'rinni egallaydi. Dozasi va qo'llash usullari jarohat xarakteriga va kasallikning og'ir-yengillik darajasiga bog'liq. Glukokortikosteroidlarning eng katta dozalari vena orqali anafilaktik shokda yuboriladi. Glukokortikosteroidlar qo'llashga quyidagilar ko'rsatkich bo'la oladi: kvinke shishi va bronxospazm, dorilarga bo'lgan sistematik elementlari bilan allergiyaning hamma hollarida (lixoradka, poliartralgiya, limfadenopatiya).

6. Simptomatik terapiya klinikaga va uning oqimining og'irligiga qarab o'tkaziladi.

7. Dezintoksikatsion terapiya: gemodez, organizmni ekstrakorporal tozalash.

8. Profilaktika, davolash va preparat dozasini diagnozga qarab asosli ravishda tavsiya etiladi. Poliprogmaziya dan ehtiyot bo'lish kerak. Vaksinat-siya va emlashlar instruksiyaga qat'iy rioya qilingan holda qilinishi lozim.

Xatarli allergik kasalliklar ichida ko'p uchraydigani «Anafilaktik shok» bo'lgani tufayli, biz anafilaktik shokka alohida to'xtalib o'tamiz. Tibbiyot hamshirasi uchun bu juda muhim.

Diapedez – qon tomirlari devorlari buzilmagani holda qon shaklli elementlarining qon tomiridan tashqaridagi to‘qimalarga chiqishi. Shunday qilib, anafilaktik shokda gistamin va boshqa biologik moddalarning ta’siri natijasida qon tomirlar o‘z tarangligini (tonusini) yo‘qotadi, oqibatda periferiya qon tomirlar qarshiligining keskin pasayishi tufayli qon bosimi pasayib ketadi. Qon tomirlar tonusining pasayishi periferik qon tomirlarga hamda vena qon aylanish doirasida qonning dimlanishi, qon aylanish doiralarida qon miqdorining keskin kamayib ketishiga olib keladi. Vena qon aylanish doirasida, kapillarlarda qonning to‘planishi, qon aylanish doirasida aylanayotgan qonning nisbatan kamayishiga sabab bo‘lib, gipovolemiyaga, ya’ni yurakka oqib kelayotgan qonning kamayib ketishiga olib keladi. Natijada to‘lish bosimi pasayib ketadi. Yurakning zarbali hajmi ham kamayadi. Keyingi yillarda o‘tkazilgan tekshirishlar yurak mushaklari qisqarishi qobiliyatining to‘g‘ridan to‘g‘ri buzilishi, yurakda ortib borayotgan qon hajmining kamayishiga olib kelishini isbotlab berdi. Demak, yurak ish unumdorligining pasayishi qon bosimining yanada tushib ketishiga sabab bo‘ladi.

Kasallikning ikki xil ko‘rinishi bo‘lib, belgilari jihatidan juda tez o‘tadigan hamda sekinroq rivojlanadigan turlari farq qilinadi.

Tez-yashin tezligida o‘tadigan anafilaktik shokda kasallikning belgilari haddan tashqari tez boshlanib, rivojlanadi va bir necha daqiqa davomida o‘lim bilan tugaydi.

Bemorda oldiniga holsizlik, to‘sh orqasida og‘riq, ko‘ngil aynishi, o‘lim talvasasi paydo bo‘lib, tezda hushini yo‘qotadi. Bularning hammasi shunchalik tez sodir bo‘ladiki, bemor qanday qilib hushini yo‘qotganligini aytib ulguradi, xolos. Bu holda bemordan sovuq ter chiqadi, rangi bo‘zarib ketadi. Ayniqsa, yuz ko‘rinishi alohida tusga kirib bir necha daqiqa ichida o‘zgarib ketadi. Tomir urishi ipsimon, kuchsiz va yuzaki yoki bilinarbilinmas bo‘ladi. Agar anafilaktik shok halqum shishi bilan bir-

ga sodir bo'lsa, stridor tusga kiradi. *Stridor* – hiqildoqda o'sgan o'sma, hiqildoq mushaklari innervatsiyasining buzilishi tufayli vujudga keladigan xirillab ovoz chiqishi. Bunda bemorning yuz terisi ko'kargan bo'lib, bo'yin venalari bo'rtib chiqadi va yaqqol ko'zga tashlanadi.

Ko'pincha bemorda klonik tortishuv alomatlari sodir bo'lib, u siydigini va ichini tutolmaydi. Ayrim hollarda a'zolarning tabiiy teshiklaridan (og'iz, quloq, jinsiy a'zolaridan) qon ketish alomati ham kuzatiladi.

Anafilaktik shokning sekinroq o'tadigan turida kasallikning shiddatli boshlanishi kuzatilmaydi: bemor tanasida issiqlik belgisi, quloq shang'illashi, holsizlik, tomoqda qichishish alomati, ko'z shilliq pardasida yallig'lanish, yosh oqishi, quruq qattiq chiyillash alomati bilan yo'tal, butun organizm bo'ylab qichishish sezgisi, qorinda tutib-tutib bo'ladigan qattiq og'riq, ich kelishi va siyishga kuchaniq alomatlari (tenezmalar) paydo bo'ladi. Bemor ko'zdan kechirilganda terining qizarishi, qavariq toshmalarning toshishi, ko'z qovoqlarida va quloq pardasida shish bilan bir qatorda, allergik konyunktivit, rinit, o'pkada esa chiyillaydigan xirillash alomatlari kuzatiladi. Qon bosimi pastga tushib, katta yoshdagi kishilarda simob ustuni hisobida 70/40 mm bo'ladi. Bu belgilardan so'ng bemorda alahlash alomatlari paydo bo'ladi. Bemor es-hushini yo'qotadi, ko'z qorachiqslari kengayib, yorug'likda o'zgarmaydi.

Tez hushini yo'qotish, o'tkir kollaps va tirishish bilan ro'y beradigan shiddatli anafilaktik shok xavfli holat bo'lib, bir necha daqiqada bemorni o'limga duchor qilishi mumkin.

2.12.3. O'tkir eshakyemi

Dori-darmonlarni organizmga parenteral yo'l bilan yuborilganidan keyin, ichirilganidan yoki sirtga ishlatilganidan keyin badan terisiga toshib chiqadigan har xil toshmalar dorilardan

boʻladigan dermatitlar (toksidermiyalar) deb ataladi. Allergik dermatitlarga antibiotiklar va sulfanilamidlardan tashqari B1 va B₁₂ vitaminlar, gormonlar, ogʻriq qoldiradigan moddalar va boshqa preparatlar ham sabab boʻlishi mumkin. Dorilarda boʻladigan dermatitlar asosida toksikoallergik sindrom yotadi, bunday sindrom badan terisi, ichki organlar, nerv sistemasida uchraydigan xilma-xil simptomlar bilan namoyon boʻladi. Badanga toshma toshishi kasallik alomatlarining aksari ikkinchi darajali ahamiyatga ega boʻladigan bir turidir, xolos, birinchi oʻrinni esa ichki organlarning zararlanishi egallaydi (gepatit, nefrit, tomir kasalliklari). Dorilarni koʻtara olmaslik hodi-salarining hammasi ham immunologik mexanizmlarga bogʻliq emas. Organizm reaktivligi katta ahamiyatga ega.

Organizm reaktivligini oʻzgartirib qoʻya oladigan va giperergik reaksiya boshlanishiga sharoit tugʻdiradigan omillar jumlasiga allergenlar bilan uzoq kontaktda boʻlish, autoallergiya (moddalar almashinuvining buzilishi, endokrin disfunktsiyalar, surunkali infeksiya oʻchoqlari borligi), boʻlib oʻtgan infeksiyalar (gripp, revmatizm), nerv sistemasining uzoq zoʻriqib turi-shi kiradi. Biroq, spetsifik sensibilizatsiya paydo boʻlishida dori modda ahamiyatini nazardan qochirmaslik ham kerak. Dori-darmonlarning baʼzilari dermatitga koʻproq sabab boʻlsa, boshqalari kamroq sabab boʻladi, uchinchi xillari esa bundan dermatitlarni hech qachon keltirib chiqarmaydi. Jumladan, antibiotiklar, sulfanilamidlar, novarsenol, novokainamid, B gu-ruh vitaminlari sezilarli darajada allergiyalovchi xossalarga egadir. Askorbinat kislota bilan borat kislota amalda hech qachon allergik reaksiyalarni keltirib chiqarmaydi. Dori-darmonlarni takror-takror ishlatish organizmni asta-sekin sensibillashtirib borishi va doridan boʻladigan dermatit paydo boʻlishiga olib kelishi mumkin.

Simptomatikasi. Dorilarga aloqador toshmalar shakli har xil (polimorf) va klinik manzarasi turli-tuman bo'lishi bilan ajralib turadi. Bunday toshmalar eritematoz, papulyoz, urtikar, vezikulyoz, bullyoz, gohida cheklangan, gohida tarqoq bo'lishi mumkin. Dorilardan bo'ladigan toshmalar ba'zi bemorlarda ma'lum xildagi dermatozlarga, masalan, yassi qizil lishay, pushti lishay, ekssudativ polimorf eritemaga o'xshab ketadi.

Doridan bo'ladigan dermatitda uchraydigan umumiy simptomlar badan terisining zararlanish darajasiga hamisha ham mos kelavermaydi. Badan terisining katta-katta joylari zararlangani holda kasalning umumiy ahvoli ko'pincha kam o'zgargan bo'ladi, holbuki, cheklangan joylarga toshma toshgan mahallarda bemor juda og'ir ahvolga tushib qoladi. Umumiy simptomlaridan odamning tajang bo'lib, uyqusini yo'qotib qo'yishi, haroratining ko'tarilib turishi qayd qilinadi, subyektiv belgilar badanning qichishib turishi, qizib ketayotgandek bo'lib sezilishi, zararlangan joylar terisining bezillab turishi bilan ifodalanadi. Allergiyani keltirib chiqargan preparatni ishlatish vaqtida to'xtatib qo'yilsa, o'sha preparat tufayli paydo bo'lgan dermatit uzoq davom etmaydi. Kamdan kam hollarda protsess necha haftalargacha cho'ziladi. Doridan bo'ladigan dermatit ko'pchilik hollarda eson-omon o'tib ketadi, lekin kamdan kam hollarda o'lim bilan tugashi ham kuzatiladi.

Davosi. Davo chora-tadbirlarini kasallikning klinik manzarasini hisobga olib turib amalga oshirish zarur. Kasallik belgilari arzimas darajada bo'lganida dori preparatini ishlatishni to'xtatish va u bilan kontakti istisno etish ko'pincha doridan bo'ladigan dermatitning tez barham topib, kasalning sog'ayib ketishiga olib keladi. Kasallik simptomlari sezilarli bo'lganida mo'l-ko'l suyuqlik ichib turish, venadan 10 ml 30% li natriy giposulfat eritmasi, 10% li kaliy xlorid eritmasi yuborish buyuriladi. Kuniga 20–40 mg dan prednizolon ichirilib, nafi bilinganidan keyin

dozasi pasaytirib boriladi. Shuningdek, antigistamin preparatlarni ham ichib turish: 0,05 g dan kuniga 3 mahal dimedrol, 0,025 g dan kuniga 3 mahal pipolfen yoki suprastin ichish buyuriladi. Hamma hollarda ham 0,25 g dan kuniga 3 mahal askorbinat kislota buyuriladi. Kasallangan joylarga suv, rux emulsiyalari, gidrokortizon yoki prednizolonli kremlar surib turish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Koʻpdan koʻp dori preparatlari paydo boʻlganligi munosabati bilan dori allergiyasining profilaktikasi birinchi darajali ahamiyatga ega boʻlib qoladi. Odamning dori moddalariga ortiqcha sezgirligini barvaqt aniqlab olish bunda katta rolni oʻynaydi. Anamnezni yaxshilab toʻplash, bemordan surishtirib, uning baʼzi dorilar, zardoblar, vaksinalar, maʼlum xildagi ovqatlar va boshqalarni ilgari koʻtara olmay qolgan mahallari boʻlgan-boʻlmaganini bilib olish katta ahamiyatga ega. Dori allergiyasi simptomlarini aniqlash, preparat berishni toʻxtatish va davo qilishga nechogʻli erta erishilsa, asoratlari shuncha kam boʻladi. Odamning qanday boʻlmasin biror preparatga ortiqcha sezgirligi topilsa, buni kasallik tarixiga yozib qoʻyish, bemorni esa shu dorini ishlatmaslik kerakligi va boshqa davolash muassasasiga murojaat qilganida davolovchi shifokorni shundan xabardor qilib qoʻyishi kerakligi toʻgʻrisida ogohlantirish zarur.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Allergiya nima?
2. Qanday allergik reaksiya turlari bor?
3. Bronxial astma kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.
4. Anafilaktik shok nima?
5. Anafilaktik shok sabablarini sanab bering.
6. Shoshilinch yordam choralari qanday oʻtkaziladi?
7. Qanday allergik sinama turlari bor?
8. Oʻzbekistondagi allergologik markazning vazifasi nimadan iborat?

2.13. Biriktiruvchi to‘qima kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Suyak, mushak va biriktiruvchi to‘qima kasalliklarining anatomo-fiziologik xususiyatlari. Odam skeleti katta-kichikligi va shakli har xil bo‘ladigan 200 tadan ortiqroq suyaklardan tarkib topgan. Suyaklarning shakli muskullarning tortishuvchi kuchiga, atrofdagi organlar va to‘qimalarning tuzilishiga bog‘liq bo‘ladi. Suyaklarning hammasi o‘ziga xos tarzda tuzilgandir, ularning shu tariqa tuzilganligi murakkab funksiyalarni ado etishni ta‘minlab boradi.

Gavda suyaklariga umurtqa pog‘onasi, qovurg‘alar, to‘sh suyagi, o‘mrov, kurak suyaklari va chanoq kiradi. Umurtqa pog‘onasi 33–34 ta umurtqalardan tashkil topgan, bularning ravoqlari ichida orqa miya turadigan kanalni hosil qiladi. Umurtqa pog‘onasi bo‘yin, ko‘krak, bel va dumg‘aza bo‘limlariga bo‘linadi. Chanoq suyaklari umurtqa pog‘onasining dumg‘aza bo‘limi bilan birgalikda chanoqni hosil qiladi, gavdaning ustki qismlari va ichki organlar bosimidan tushadigan yukni shu chanoq ko‘taradi.

Tayanch-harakat apparatining yumshoq to‘qimalari bo‘g‘im va bo‘g‘imdan tashqari to‘qimalarga bo‘linadi. Bo‘g‘im to‘qimalariga suyak va tog‘ay bilan birgalikda bo‘g‘imni hosil qiladigan to‘qimalar kiradi. Bo‘g‘imning fibroz kapsulasi, sinovial pardasi, bo‘g‘im ichidagi boylamlar shular jumlasidandir. Qolgan yumshoq to‘qimalarning hammasi – muskullar, paylar, boylamlar, fatsiyalar, aponevrozlar badan terisi, teri osti kletchatkasi, tomirlar va nervlar bilan birgalikda tayanch-harakat apparatining yumshoq to‘qimalari qatoriga kiradi. Inson tanasida 230 ta bo‘g‘im bor, bularning shakli bilan tuzilishi funksiyasiga monand. Har bir bo‘g‘im bilan qoplangan epifizlar, bo‘g‘im bo‘shlig‘i va bo‘g‘im xaltasidan iborat. Bo‘g‘im tog‘ayi gialin

tog'aydir. U elastik konsistensiyada bo'lib, ichki yuzasi silliq. Bo'g'im tog'ayi sinovial suyuqlik hisobiga oziqlanib boradi, chunki unda na tomirlar, na nervlar bor. Bo'g'im bo'shlig'ida tog'ayni oziqlantirish funksiyasini bajarishdan tashqari, bo'g'im harakatlarini osonlashtirib beradigan sinovial suyuqlik bo'ladi. Bo'g'im xaltasi fibroz kapsula (tashqi tomonda) va sinovial pardadan (ichki tomonda) iborat. Fibroz kapsulasi atrofdagi to'qimalar bilan mahkam bog'langan, sinovial pardasi esa sinovial suyuqlik ishlab chiqarib turadi.

Bo'g'imlar hamda tayanch-harakat apparati bo'g'imidan tashqari yumshoq to'qimalarining bir talay kasalliklari bor. Bu kasalliklarning hammasi, zamonaviy klassifikatsiyaga muvofiq, to'rtta guruhga bo'linadi: **birinchi guruhga** bo'g'imlar va umurtqa pog'onasi kasalliklarining asosiy shakllari – yallig'lanish kasalliklari (artritlar) va degenerativ shikastlari (artrozlar) kiradi. Bo'g'imlarning yallig'lanish kasalliklari jumlasiga revmatik poliartrit, infeksiyon nospetsifik poliartrit, Bexterev kasalligi, infeksiyon spetsifik artritlar (sil, brusellyoz, so'zak, zahm, ichburug'da uchraydigan artritlar) kiradi. Boshqa kasalliklar (allergiya, kollagenozlar, endokrin kasalliklar, qon sistemasi kasalliklari, avitaminozlar va boshqalar)ga aloqador bo'lgan artritlar bilan artrozlar **ikkinchi guruhga** kiritilgan. Ochiq va yopiq travma mahalida bo'g'imlarning shikastlanishi **uchinchi guruhni** tashkil etadi. **To'rtinchi guruhga** tayanch-harakat apparati yumshoq to'qimalarining bo'g'imidan tashqaridagi kasalliklari (bursitlar, tendovaginitlar, periartritlar, miozitlar) kiradi. Bitta bo'g'imning yallig'lanish kasalligi *monoartrit* deb, ko'pgina bo'g'imlarning kasallanishi esa *poliartrit* deb ataladi.

Bo'g'imlar funksiyasini baholash. So'rab-surishtirish. Shikoyatlar bo'g'imlarni og'rishiga, shishib, deformatsiyaga uchrashiga, harakatni chegaralanganligiga, behollik, tana haroratining oshishi, terlashga.

Anamnez. Sovuq qotishga, zax joylarda uzoq qolib ketganda, surunkali infeksiya o'choqlarini borligiga, immunitetining pasayganiga, naslida shu kasallikni borligiga, avvalgi tekshiruv natijalari va qabul qilgan davo muolajalari so'rab-surishtiriladi.

Obyektiv ma'lumot. *Ko'zdan kechirish:* hansirash, teri qavatining sianozisi yoki rangparligi, barmoq shakllarining o'zgarganligi, tirnoqlarni o'zgarganligi, teri osti yog' qavatida tugunchalar ustida toshmachalarning borligi, ko'z konyunktivasiga qon quyilishi, bo'g'imlar deformatsiyasi, taxikardiya, aritmiya, qon bosimning ko'tarilishi yoki pasayishiga, tizza bo'g'imini shishishi, haroratni subfebril yoki gektik bo'lishi.

Palpatsiya: Kasal bo'g'imni bukib yozganimizda «qisirlagan» tovush qo'lga seziladi.

Perkussiya: Yurak chegarasining chapga kengayganligi aniqlanadi.

Auskultatsiya: Yurak cho'qqisida 1-ton susayib, sistolik shovqin eshutiladi.

Umumiy qon tahlili – leykotsitoz, ECHT ning oshishi.

Qonning biokimyoviy tahlili – revmoprobaning musbatligi, C-reaktiv oqsilning balandligi, dizproteinemiya, fibrinogen miqdorining oshishi.

EKG – P-Q intervalining cho'zilishi. UTT – chap qorinchaning gipertrofiyasi.

Bo'g'imning rentgenografiyasi, bo'g'im atrofining osteoporozi, bo'g'im teshigining torayishi, chetlarida eroziyalarining bo'lishi.

Hamshira parvarishi va o'z-o'zini parvarishi. Og'riqda parvarish qilish, sovuq qotishda parvarish qilish, bemorga o'zini o'zi boshqarishni o'rgatish, harakat aktivligini qo'llab-quvvatlashni o'rgatish, ortopedik moslamalar va qo'ltiq tayoqlardan foydalanishni o'rgatish.

2.13.1. Revmatoid artrit kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Revmatoid artrit – surunkali bo‘g‘im biriktiruvchi to‘qimasining yallig‘lanishi bilan kechuvchi, bo‘g‘imlarda eroziv-destruktiv xarakterdagi uzluksiz yallig‘lanish jarayoni kuchayib boruvchi kasallikdir. Bu kasallikda bo‘g‘im to‘qimalarida immunologik asosda kechuvchi yallig‘lanish rivojlanib, u bo‘g‘imda, tog‘ayda morfologik o‘zgarishlarga olib keladi. Keyinchalik bemorda ichki a‘zolarining zararlanishi kuzatiladi. Uning asosida immunokompleks ta‘sirida bo‘ladigan yallig‘lanish yotadi.

Etiologiyasi. Revmatoid artrit umumiy infeksiyon-allergik kasallik bo‘lib, organizmda surunkali infeksiya o‘chog‘i borligi munosabati bilan boshlanadi. Infeksiya o‘chog‘idan toksinlar va oqsil parchalanishi mahsulotlarining doimo kelib turishi organizm reaktivligi o‘zgarib qolishiga va allergik holat paydo bo‘lishiga olib keladi, poliartrit ana shu holatning klinik ko‘rinishi bo‘lib hisoblanadi.

Reaktivlik o‘zgarib turgan mahalda har qanday nospetsifik ta‘sirot (sovqotish, travma, infeksiya) kasallik qo‘zib qolishiga sabab bo‘lishi mumkin. Reaktivlik aynab turgan paytda shikast yetkazuvchi infeksiyon yoki noinfeksiyon omillar antitelolar ishlanib chiqishi kuchayishiga olib boradi, keyin bu antitelolar biriktiruvchi to‘qimaning asosiy moddasini shikastlantiradi, asosiy modda va kollagenning yemirilishi natijasida yuzaga keladigan patologik oqsillar antigen aktivligiga ega bo‘lib qoladi, ya‘ni autoagressiya hodisasi kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Kasallik odam angina, gripp bilan og‘rib o‘tganidan, sovuqda qolganidan 10–15 kun o‘tganidan keyin boshlanadi. Avvaliga bitta-ikkita bo‘g‘imda og‘riq paydo bo‘lib, bo‘g‘im shishib chiqadi, qizarib turadi, mahalliy harorati ko‘tariladi. Davo qilinmasa, bu o‘zgarishlar 1–2 oy davomida saqlanib boradi. Yallig‘lanish jarayoni asta-sekin bosiladi, biroq,

kasallik yangidan qo'ziganida protsessga boshqa bo'g'imlar ham qo'shilib, avval zararlanganlaridagi o'zgarishlar chuqurlashib boradi. Kasallik zo'rayib borar ekan, bo'g'imlar funksiyasi keskin buziladi, og'ir hollarda esa bemor qimirlay olmay qoladi. Avvaliga sinovial parda zararlanadi, asta-sekin kapsulasi bujmayadi, tog'ay va suyak to'qimasi yupqa tortib boradi. Jarayon bo'g'im harakatchanligining keskin cheklanib qolishiga olib keladi (kontrakturalar). Bir qancha hollarda suyaklarning bo'g'im ichidagi uchlari bir-biri bilan yopishib, bitib qoladi, *ankilozlar* deb shuni aytiladi.

Kasallik zo'rayib borganida umumiy ahvol og'irlashib, ertalablari odam o'zini og'ir, tang sezadi, muskullar gipotrofiyalanib boradi. Badan terisi, suyaklarda trofik o'zgarishlar boshlanadi, odam ko'p terlaydigan bo'lib qoladi. Kasallik ba'zan isitma chiqishi, ishtaha pasayishi bilan birga davom etib boradi.

Kasallikning boshlanishi o'tkir, yarim o'tkir va birlamchi surunkali tarzda bo'lishi mumkin. Kasallik *o'tkir tarzda* boshlanganida revmatizmdagiga o'xshab ketadigan simptomatika kuzatiladi: dard birdan shiddat bilan boshlanib, bo'g'imlar anchagina shishib qoladi, juda bezillab turadi va harakatlari ancha chegaralangan bo'ladi. Kasallik tana harorati ko'tarilishi, qonda o'zgarishlar yuzaga kelishi (leykotsitoz, ECHT kuchayishi) bilan birga davom etadi. *Yarim o'tkir* holda o'tganida klinik belgilari kamroq ifodalangan bo'ladi. Kasallik notayin tarzda, zimdan o'tib borishi bilan xarakterlanadi. Bo'g'imlar biroz shishib turadi, harakatchanligi bir qadar cheklanib qolgani holda anchagina og'rib yuradi, qonda uncha keskin ifodalanmagan o'zgarishlar bo'ladi. Kasallikning *surunkali shaklida* bemorlar ob-havo o'zgargan mahallarda zo'rayib turadigan bo'g'im og'riqlaridan noliydi, ularda yallig'lanish alomatlari bo'lmaydi. Revmatoid poliartrit bilan og'rigan kasallarning qonida gipergamma-globulinemiya borligi, fibrinogen miqdori ko'payib

qolgani topiladi, C-reaktiv oqsilga qo'yilgan reaksiya musbat bo'lib chiqadi, ECHT zo'raygan bo'ladi. Revmatoid artrit uchun diagnostik test Vaaler–Roze reaksiyasidir. Kasallik qo'zib turgan davrda bu reaksiya revmatoid poliartriti bor bemorlarning 90% ida musbat bo'lib chiqadi. Rentgenologik tekshirishda osteoporoz borligi, bo'g'imlararo tirqish torayib qolgani, tog'ay va suyaklarning bo'g'imdagi yuzalari g'adir-budur bo'lib turgani (uzuratsiya) topiladi.

O'tishi. Bo'g'imlarning zararlanganini ko'rsatadigan belgilarga ancha barvaqt va ko'pincha ichki organlarning zararlanidan kelib chiqadigan simptomlar kelib qo'shiladi. Yurakda miokardiodistrofiya borligi ma'lum bo'ladi, goho endokardit boshlanib, aortal yetishmovchilik paydo bo'ladi. O'pka to'qimasining zararlanishi surunkali pnevmoniya boshlanishi bilan ma'lum bo'ladi. Buyraklardagi o'zgarishlar anchagina protenuriya bilan o'tayotgan glomerulonefrit yoki amiloidoz ko'rinishida aniqlanadi. Aksari limfa tugunlari kattalashib ketadi va jigar zararlanadi. Kasallik uzoq davom etib borganida gipoxrom anemiya va leykopeniya boshlanadi.

Revmatoid artritning o'ziga xos bir ko'rinishi Bexterev kasalligidir. Bunda umurtqa pog'onasida asta-sekin radikulitga o'xshab ketadigan og'riqlar paydo bo'lib, umurtqa pog'onasini tobora ko'proq qimirlatmay qo'yadi. Umurtqa pog'onasi bilan bir qatorda, boshqa bo'g'imlar ham zararlanadi. Bexterev kasalligida rentgenologik tekshirish o'tkazib ko'rilsa, umurtqaaro bo'g'imlarning ankilozga uchrab, umurtqa pog'onasi boylamlarining suyakka aylanib qolganligi topiladi («bambuk tayoq» simptomi).

Profilaktikasi va davosi. Revmatoid artrit profilaktikasi surunkali infeksiya o'choqlarini yo'q qilish, organizmni chiniqtirib borish, allergik kasalliklar bilan og'rigan bemorlar ustidan dispanser nazorati olib borishdan iborat.

Kasallik qo'zigan davrda organizmdagi immun o'zgarishlarni bosish maqsadida revmatizmga qarshi vositalar qo'llaniladi (asetil-salitsilat kislotasi, amidopirin, butadion). Kortikosteroid preparatlar ishlatilganida hammadan yaxshi naf olinadi (prednizolon, deksametazon, triamsinolon). Biroq, bularni uzoq ishlatganda asoratlar paydo bo'lish xavfi bezgakka qarshi preparatlar berishga majbur etadi (delagil, xloroxin, rezoxin). Bo'g'im ichiga 30–100 mg dan gidrokortizon yuboriladi. Kasallikning o'tkir fazasida zararlangan bo'g'imlarga ultrabinafsha nur berib turiladi. Yarim o'tkir bosqichida UVCH-terapiya, diatermiya, mikroto'liqlik terapiya buyuriladi. Kurortlarda kompleks davo qilish juda yaxshi naf beradi (Sochi, Masesta, Yevpatoriya, Saki, Odessa, Belokurixa). Davolash badantariyasi va massaj bilan birgalikda shifobaxsh balchiqlar, karbonatli, vodorod sulfidli, radonli mineral suvlar bilan davo qilinadi.

Parvarishi. Revmatoid artrit bilan kasallangan bemorlar, bo'g'im harakatlari chegaralangan bo'lgani sababli, maxsus parvarishga muhtoj. Hamshira quyidagi tadbirlarni bajarishi lozim: shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarish; shaxsiy gigiyena tadbirlarini o'tkazish: bemorlarni yuvintirish, yotoq yaralarni profilaktika qilish, ich kiyimlarni almashtirish va b.; palatada sanitariya-gigiyenik sharoitni yaratish va uni saqlab turish; bemorlarga qulay o'rin solib berish va uni ozoda saqlash; yuvinish, ovqat yeyish va fiziologik ehtiyojlar vaqtida og'ir yotgan bemorlarga yordam ko'rsatish.

2.13.2. Revmatizm kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Revmatizm – biriktiruvchi to'qimaning tizimli yallig'lanishi bo'lib, asosan yurak va qon tomirlar sistemasida, kasallikka moyil kishilarda, A guruhiga kiruvchi, B – gemolitik streptokokk bilan bog'liq holda rivojlanadi. Bu kasallikda, shuningdek, bo'g'im

seroz pardalari, asab sistemasi va boshqa ichki a'zolarining biriktiruvchi to'qimalari yallig'lanishi mumkin.

Kasallikka keltirilgan bu ta'rif (V. A. Nosonova, I. A. Bronzov, 1978-yil) uning rivojlanishida: 1) asosan yurak va qon tomirlar sistemasi shikastlanishini; 2) kasallik rivojlanishiga moyil irsiyatning o'rnini; 3) streptokokk infeksiyasining rolini ta'kidlaydi. Kasallikning mohiyati yurakning hamma qavatlari, shu jumladan, asosan, miokard va endokard shikastlanib, yurak yetishmovchiligini keltirib chiqaradigan qopqoqlar shaklining buzilishi va yurak teshiklarining torayishi – yurak illat (porok)i rivojlanishidadir.

Revmatizm hamma yoshdagi kishilarni, lekin ko'pincha bolalarni, yoshlarni shikastlantiradi. Revmatizm yer yuzining turli iqlimiy-geografik mintaqalarida uchraydi. Revmatizm bilan shikastlanish va mamlakatlarning ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishi o'rtasida uzviy bog'liqlik borligi ma'lum. Revmatizm bilan shikastlanishda uy-joy va maktab sharoitlarining taqchilligi, sifatsiz ovqatlanish, tibbiy yordam ko'rsatishning past darajadaligi alohida o'rin tutadi.

Sabablari. Revmatizmning asosiy sababi streptokokk infeksiyasi bo'lib, uning kelib chiqishi va rivojlanishining 2 asosiy omili organizm reaktivligining o'zgarishidir. Revmatizm bilan shikastlangan kasallarning kasallik boshlanishidan oldin angina yoki surunkali tonzillit bilan og'rikanlari aniqlanadi. Streptokokk infeksiyasi bilan bog'liqlik bemorlar qonida streptokokk antigenlari va streptokokk antigenlariga qarshi antitanalar (ASL-O, ASG, antidezoksiribonukleaza B) katta miqdorda topilishi bilan tasdiqlanadi. Streptokokk virulentligi streptokokk hujayra devoridagi M oqsilning miokardni shikastlantiruvchi xili, uni revmatizm keltirib chiqaradigan xillaridagina uchraydigan C oqsil, streptokokk tashqi qobig'ida joylashgan va neytrofillarning fagotsitar faolligini yo'qotuvchi gialuron kislotasi, endotoksik

ta'sir ko'rsatuvchi mukopeptid bo'lishi bilan bog'liqdir. O'tkir streptokokk infeksiyani o'tkazgan bemorlarning 0,3–3 foizigina revmatizm bilan shikastlanadi. Tanaga streptokokk infeksiyasi kirishiga javoban unda qonda aylanib yurib, o'ta kichik qon aylanish yo'nalishlarida (mikrosirkulatsiyada) cho'kib, o'tirib qoluvchi streptokokk antigenlariga qarshi antitanalar ishlab chiqariladi va immunologik birikmalar paydo bo'ladi. Miokard va biriktiruvchi to'qimani yana streptokokk zaharlari va fermentlari zararlantiradi. Revmatizm bilan kasallanganlarda immunologik tizimning genetik kamchiligi bo'lgani uchun streptokokk antigeni va immunologik birikmalar tanadan tezgina yo'qolmaydi.

Tasnifi. Hozirgi davrda revmatizm jarayonining kechish davri klinik-anatomik xususiyatlarini, a'zolar va a'zolar guruhi shikastlanishini, kechish xususiyatini va yurak-tomirlar sistemasining ish bajarish faoliyatini o'zida aks ettiruvchi ish tasnifi va nomlari «Revmatizmning ichki tasnifi va nomlari» bo'yicha 1964-yilning dekabrda o'tkazilgan simpoziumda A.I. Nesterov ma'lumoti asosida qabul qilingan.

Revmatizmda har xil a'zolar va a'zolar guruhining shikastlanishi, biroq, asosan, yurak shikastlanishi, kamroq hollarda bo'g'im shikastlanishi yuz beradi. Revmatik jarayon o'ziga xos kechish xususiyatlari, klinik belgilariga ko'ra 5 xil ko'rinishda bo'ladi:

- o'tkir kechish – birdan boshlanib, kasallikning bir qancha klinik belgilari yaqqol namoyon bo'lganda patologik jarayonning yuqori darajada faolligi bilan o'tadi, davolash tez va yaxshi natijali bo'ladi;
- o'rtacha o'tkir kechish – xuruj 3–6 oy davom etadi, klinik belgilari kasallikning o'tkir kechishiga qaraganda biroz sustroq bo'ladi, patologik jarayon ham o'rtacha faollikda kechadi. Davolanish natijasi ham o'rtacha bo'ladi;

- choʻzilgan kechish – xuruji 6 oydan koʻproq davom etadi, kasallik belgilari kam, bir maromda boʻlib, patologik jarayon oʻrta darajadagi faollik bilan kechadi, uzluksiz qaytalaydigan, kechishi toʻlqinsimon va notoʻliq sogʻayish bilan oʻtadi, shikastlangan aʼzolar soni har xurujda koʻpayib boradi;
- yashirin kechish – revmatizm bilan shikastlanganlik koʻpincha klinik, laboratoriya hamda asboblardan tekshirishda aniqlanmasligi mumkin. Bemorda revmatizmning yashirin kechganini;
- kasallikning asorati – yurak illat (porok)i paydo boʻlganidan bilish mumkin.

Klinikasi. Maʼlumki, revmatizmida yurak va qon tomirlar sistemasi jarohatlanadi. Shu sababli revmatizmning hamma belgilarini yurak va yurakdan tashqari belgilarga boʻlish maqsadga muvofiq boʻlib, kasallikning klinik manzarasini shu nuqtayi nazardan oʻrganish kerak. Revmatizmning klinik manzarasi kasallik davri, yalligʻlanish jarayonining faollik darajasi, kasallikning kechish xususiyati, tabiati, yurak illat (porok)lari va yetishmovchiligi mavjudligi va boshqalarga bogʻliq. A. I. Nesterov fikricha, kasallikning rivojlanishi va klinik manzarasi shakllanishida uchta asosiy davrni farq qilish mumkin.

- *Birinchi (yashirin) davr*, odatda, streptokokk infeksiyasi tugab, revmatizm xuruji boshlanguncha 2–4 hafta davom qiladi. Bu davrda tana sezuvchanligi oshib, biriktiruvchi toʻqimaning toksik-infektsion shikastlanishi va streptokokk antigeniga javoban immun siljishlar roʻy berishi kuzatiladi. Bu davr yo klinik belgilersiz, yoki choʻzilgan angina, surunkali tonzillitdan kechikib tuzalishga xos belgilar: oʻzini yomon his qilish, terlash, artralgiya, subfebrilitet bilan kechadi. Qonda streptokokk antigeni, antitanalar titri koʻtarilishi, ECHTning oʻrtacha oshishi kuzatiladi.

- *Ikkinchi davr* (revmatik xuruj) tanada giperergik reaksiya rivojlanishi, aʼzolar shikastlanishi va kasallikning revmatik poliartrit, kardit, xoreyalarga xos klinik belgilari yuzaga kelishi bilan oʻtadi. Bu kasallikning boshlanishi – birinchi xuruji hisoblanadi.
- *Uchinchi davr* himoya kuchlari va kompensatsiya reaksiyalarining sifat oʻzgarishi, immunologik buzilishlarning kuchayishi va distrofik oʻzgarishlar rivojlanishi bilan kechadi. Bu davrda revmatizm koʻpincha choʻzilib va uzluksiz qaytalanib kechadi. Aʼzolar oʻzgarishi kuchayadi va yomon oqibatlarga olib keladigan asoratlar kuzatiladi.

Revmatizm klinik manzarasi uning birinchi xurujida hali yurak illat (porok)i paydo boʻlmaganda yaqqolroq boʻlishini nazarda tutish kerak.

Yurak illat (porok)i shakllangan, bundan tashqari yurak yetishmovchiligi paydo boʻlgan bemorlarda revmatizm qaytalansa, uning faollik belgilarini topish ancha qiyin. Revmatizmning birinchi xuruji koʻpincha oʻtkazilgan infeksiya bilan bogʻliq boʻladi. Angina yoki yuqori nafas yoʻllarining shamollashidan 1–2 hafta oʻtgach tana harorati baʼzida 38–40°C gacha koʻtariladi, bir kunlik oʻzgarish 1–2°C ni tashkil qiladi va koʻp terlash kuzatiladi. Revmatizm qaytalanib, navbatdagi yangi yalligʻlanish faqat oʻtkazilgan infeksiya bilan bogʻliq boʻlmay, balki boshqa sabablar: sovuq qotish, jismoniy zoʻriqish, jarrohlik muolajalaridan keyin boʻlishi mumkin.

Kasallikning eng koʻp uchraydigan belgisi – yurak shikastlanishi – revmokarditdir.

Revmokardit deganda, bir vaqtning oʻzida yurakning miokard va endokardit (80–100% bemorlarda) shikastlanishi nazarda tutiladi.

Revmokarditda koʻpincha miokardit (80–100%), 15–10% bemorlarda pankardit kuzatiladi. Miokardning klinik belgilari

ekssudatli yallig‘lanishning miokardga tarqalish darajasiga bog‘liq bo‘ladi. Shunga ko‘ra yaqqol, o‘rtacha va sust ifodalangan karditlar farqlanadi. Katta yoshdagi odamlarda revmokatit yengilroq, o‘rtacha va sust ifodalangan ko‘rinishda o‘tadi. Bemorlar yurak sohasidagi kuchsiz og‘riq va noxush sezgilardan, harakat qilganda hansirashdan, ba‘zi hollarda yurak urishi yoki yurakning notekis urushidan shikoyat qiladilar. Bu belgilar yurakning revmatizm bilan shikastlanganligiga xos belgilar bo‘lmay, balki uning boshqa kasalliklarida ham uchraydi.

Birlamchi revmokatitda yurak, odatda, kattalashmagan bo‘ladi, ba‘zida yurakning biroz kattalashgani aniqlanadi, eshitib ko‘rilganda yurak cho‘qqisida sustlashgan yoki bo‘g‘iq I ton, ba‘zida patologik III va IV ton, yurak cho‘qqisida mayin «muskul» sistolik shovqin eshitaladi.

Perikardit hozirgi davrda revmatizmning yurakdan tashqari belgilariga o‘xshab kam, asosan yoshlar va bolalarda, revmatizm o‘tkir kechganda uchraydi. Quruq perikardit rivojlanganda bemorlar yurak sohasida paydo bo‘lgan doimiy og‘riqdan shikoyat qiladilar. Yallig‘lanish suyuqligi yig‘ilishi bilan ekssudatli perikardit yurak qopchasida seroz-fibrinoz yallig‘lanish suyuqligi – ekssudat paydo bo‘lishiga olib keladi; bu holda suyuqlik perikard varaqalarni bir-biridan ajratib yuborganligi tufayli yurak sohasidagi og‘riq yo‘q bo‘lib ketadi. Bemorning gorizontol holatida kuchayadigan hansirash paydo bo‘ladi. Quruq perikarditda perikard ishqalanishi shovqini, yurak chegaralarining hamma tomonga kengayganligi, yurak qopchasiga suyuqlik yig‘ilganda esa tonlarning pastligi, katta qon aylanish doirasida qon dimlanishi belgilari paydo bo‘lganligi aniqlanadi.

Revmatik poliartit revmatizm o‘tkir kechganda 50% bemorlarda uchraydi. Bemorning katta bo‘g‘imlarida og‘riq paydo bo‘lganligi, faol harakat qilish qiyinlashganligi va chegaralanganligi, bo‘g‘imlarning qizargani va hajmi kattalashganligi qayd etiladi.

Poliartriti bor bemorlarda sinovial parda va bo'g'imlar atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi hisobiga bo'g'imlar shakli o'zgaradi, paypaslab ko'rilganda og'riq paydo bo'ladi. Shikastlanish bir bo'g'imda kamayib, boshqalarida ko'payib, simmetrik bo'ladi. Revmatik poliartritning o'ziga xos xususiyatlaridan yana biri revmatizmga qarshi dorilar berilgandan so'ng uning tez va butunlay tuzalib ketishidir. Ba'zida bo'g'imlar shikastlanishi yallig'lanishsiz, faqat og'riq bilan namoyon bo'ladi (poliartralgiya).

Asab sistemasi va sezgi a'zolarining shikastlanishi juda kam hollarda bolalarda uchraydi. Bolalar (asosan, qizlar)dagina uchraydigan «kichik xoreya» emotsional beqarorlik va tana, oyoq-qo'llar, mimika muskullarining giperkinezlari bilan namoyon bo'ladi. Teri kasallanganda shikastlangan tirsak, tizza bo'g'imlari atrofida, suyaklar turtib chiqqan yerlarda revmatik tugunchalar paydo bo'ladi. Bular davolash davomida yo'qolib ketadigan no'xatday mayda, og'rimaydigan qattiqqina hosilalardir. Hozirgi davrda bunday tugunchalar deyarli uchramaydi. Halqasimon eritema pushtirang halqasimon elementlar bo'lib, qichishmaydi, oyoq va qo'llarning ichki sathi, qorin, bo'yin, tana terisida joylashadi va revmatizmga xos bo'lib, 1–2% bemorda uchraydi. EKG usuli bilan tekshirilganda ba'zan yurak urishi maromi va o'tkazuvchanligi buzilganligi, sinus taxikardiyasi va bradikardiyasi, sinus aritmiyasi, sinoaurikular tugun o'tkazuvchanligi yomonlashishini, I darajali (R–Q oralig'ining uzayishi), kamroq hollarda II darajali atrioventrikular blokadalar, ekstrastoliya aniqlanadi.

Revmatizmning birinchi xurujida, rentgen usuli bilan tekshirilganda o'zgarishlar topilmaydi. Yosh bolalarda revmokatit og'ir kechgandagina yurak chap qorincha hajmining kengayishi (dilatatsiyasi) hisobiga kattalashganini aniqlash mumkin. Yurak illat (porok)i bor bemorlarda revmokatit qaytalanganda rentgen usuli bilan tekshirilganda shu illat (porok)ga xos belgilar topiladi.

Exokardiografik tekshirishda birlamchi revmokardit bilan bogʻliq oʻzgarishlar topilmaydi.

Tashxisi. Revmatizmni, ayniqsa, birinchi xurujida aniqlash ancha murakkab. Angina, surunkali tonzillit yoki yuqori nafas yoʻllari yalligʻlanishidan 1–3 hafta oʻtgandan soʻng yoki sovuq qotishdan keyin, yurak va boʻgʻimlarni shikastlantiradigan kasallik paydo boʻlsa, revmatizm toʻgʻrisida oʻylash mumkin. Revmatizmning koʻp belgisi boʻlishini nazarda tutib, uning tashxisini Amerika kardiologlari uyushmasi mukammallashtirgan va u A. I. Nesterov tomonidan toʻldirilgan, A. A. Kisel mezonlari asosida aniqlanadi.

1. Asosiy mezon. Revmakardit, poliartrit, xoreya, teri osti revmatik tugunchalari, halqasimon eritema, revmatik anamnez tasdiqʻi.

2. Qoʻshimcha mezon: a) klinik mezonlari: artralgiya, isitma, tez charchash, adinamiya, terining oqarishi, vazamotor labillik, kapillarlar oʻtkazuvchanligining oshishi, burundan qon ketishi; b) laboratoriya belgilari: neytrofilli leykotsitoz, disproteinemiya, ECHT oshishi, S – reaktiv oqsil paydo boʻlishi; d) asboblar yordamida tekshirgandagi oʻzgarishlar; EKGda atrioventrikular oʻtkazuvchanligining sekinlashishi.

Revmatik anamnez deganda kasallikning streptokokk infeksiyasi bilan bogʻliqligi, atrofdagi, oiladagi streptokokkli muhit (klinik-epidemiologik belgilari) tushuniladi. Bemorni 3–5 kun davomida revmatizmga qarshi davolash juda yaxshi natija bersa, tashxisini tasdiqlash deyilib, uni revmatizmning asosiy mezoniga kiritish mumkin. Hozirgi davrda revmatizmning kechishi ancha oʻzgarganligi sababli 1-asosiy va 2–3-qoʻshimcha mezonlar topilishi har doim ham revmatizm tashxisini qoʻyish imkonini beravermaydi. Asosiy mezonlardan xoreya, revmatik tugun, halqasimon eritema ancha kam uchraydigan boʻlib qoldi.

Davolash. Hozirgi davrda revmatizmni davolash uch bosqichda olib boriladi:

1. Kasallikni faol davrida kasalxonada davolash.

2. Kasalxonadan chiqqandan keyin davolashni poliklinikani kardiorevmatologik xonasida davom ettirish.

3. Bemorni ko'p yillar davomida poliklinikada kasallik qaytalanishining oldini olish maqsadida davolash va nazorat qilib borish.

Davolash muolajalari quyidagilardan iborat: revmatizmning faol davrida streptokokk infeksiyasini yo'qotish uchun antibiotiklar, asosan, sefazolin qo'llaniladi. Davolash ikki hafta davomida olib boriladi. Sulfanilamidlar va tetratsiklin guruhidagi antibiotiklarni qo'llash maqsadga muvofiq emas, chunki bu dorilar bakteriostatik ta'sir ko'rsatib, streptokokklarning chidamli turlari paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Faol revmatizmni davolashda yallig'lanishga qarshi har xil nosteroid dorilar ham qo'llaniladi. Bulardan asetilsalitsilat kislotasi 1 g dan 3–4 marta (bir kunda 3–4 g) beriladi. Bu dori bemorga foyda bermasa yoki yoqmasa, 0,4 g dan bir kunda 3 marta brufen yoki 0,15 g dan butadion buyuriladi. Qo'shimcha salbiy ta'siri kamroq bo'lgan valtoren yoki indometatsin (0,05 g dan bir kunda 3 marta) ham berilishi mumkin. Bu dorilarni ovqat yoki sut bilan bir vaqtda ichish kerak.

Bemor shifoxonadan chiqqandan keyin asetilsalitsilat kislotani bir kunda 1,5–2 g, brufenni 0,6 g, indometatsin va valtorenni 0,02–0,05 g ichish buyuriladi, bu dorilarni poliklinika shifokori nazorati ostida qabul qilish kerak. Ambulatoriya sharoitida davolanish muddati revmatik jarayonning kechish xususiyatlariga: o'tkir, o'rtacha o'tkir kechganda 1–2 oyga cho'zilib va uzluksiz qaytalab kechganda 2–4 oy bo'lib, laboratoriya ko'rsatkichlarining asli holiga qaytishiga bog'liq.

Kasallik qaytalashining oldini olish tadbirlari bemorlarga yil bo'yi har oyda 1500000 TB dan bitsillin-5 qo'llab, streptokokk infeksiyasiga qarshi kurashish, infeksiya o'choqlarini davolashni o'z ichiga oladi. Revmatizm bilan kasallanganlar, albatta, dispanser hisobiga olinadi va kasallik qaytalanligini o'z vaqtida aniqlash, uni davolash, yurak illat (porok)lari og'irlashib borganda jarrohlik usuli bilan davolash zarurligi masalalari hal qilib boriladi.

Profilaktikasi. Kasallikning birlamchi oldini olish surunkali infeksiya o'choqlarini, streptokokka sabab bo'lgan kasalliklarni qunt bilan davolashni, tanani jismoniy tarbiya yordamida chiniqtirishni, uy-joy, o'qish sharoitlarini yaxshilashni, sog'lom hayot tarzini radio, televidenie, matbuot orqali targ'ib qilishni o'z ichiga oladi.

Profilaktikaning asosi organizmning tabiiy immuniteti va turli infeksiyalarga nisbatan qarshiligini mustahkamlashdir. Bizda shunday chora-tadbirlar amalga oshiriladiki, bu *birinchidan*, sog'lomlashtiruvchi chora-tadbirlarni ko'rish, *ikkinchidan*, revmatizm xususida mushkul irsiyatga ega bo'lgan surunkali tonzillit va boshqalar bilan og'rib yurgan kishilarda profilaktik davoni o'tkazib turishdir. Buning uchun 5–6 kunda bir marta 600000 TB da bitsillin inyeksiyasi tavsiya etiladi (hammasi bo'lib 5 ta inyeksiya), kuniga 2–3 g asetilsalitsilat kislota yoki 0,3 g butadion ichib turiladi.

Parvarishi. Bemorni parvarish qilish katta ahamiyatga ega. Aksariyat bemorlar juda ko'p terlaydi, shuning uchun ichki kiyimlari, oqliklari tez-tez alishtirib turilishi, badan terisi bichilib ketmasligi uchun uni suv qo'shilgan atir bilan artib turish, kasal bo'g'imlarni issiq tutish kerak. Yurak-tomirlar sistemasi kasalliklarida qilinadigan barcha parvarish yurak ishini imkoni boricha yengillashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Tabiiyki, bemorga ruhan orom beradigan sharoit yaratib berish:

xafa qiladigan, baʼzan esa toʻsatdan quvontirib yuboradigan har qanday his-hayajonlardan uni mumkin qadar ehtiyot qilmoq kerak. Revmatizm bilan ogʻrigan bemorlar kasalxonadan chiqib ketganlaridan keyin sovqotishdan ehtiyot boʻlishlari lozim, zax binolarda boʻlish bilan aloqador ish ularga toʻgʻri kelmasligini hamshira bemorga suhbat vaqtida aytib oʻtishi kerak.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Harakat organlarining anatomo-fiziologik xususiyatlarini gapirib bering.
2. Revmatizm qanday kasallik?
3. Revmatoid artrit haqida tushunchangiz.
4. Revmatoid artridda parvarish qilishda nimalarga eʼtibor berish kerak?
5. Ortopedik jihozlar qanday tanlanadi?

2.14. Kasb-kor kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Kasb-kor kasalliklariga ishlab chiqarishda, mehnat faoliyati davridagi noqulay omillar natijasida organizmning normal yashash faoliyatini izdan chiqaruvchi kasalliklar guruhi kiradi.

Mehnat inson faoliyatining bir turi boʻlib, kishi salomatligini mustahkamlashda koʻmaklashuvchi, jamiyatda yashash uchun qulay sharoit yaratishda taʼsir etuvchi omil hamdir. Shu bilan birga, ayrim mehnat turlari, yaʼni ish joyidagi noqulay sharoitlar kasb-kor kasalliklari kelib chiqishiga sabab boʻladi. Bularga misol tariqasida ish joyining texnik jihatdan yaxshi jihozlanmaganligi, sanitar-gigiyenik meʼyorlarga amal qilinmaslik, texnik xavfsizlik qoidalarining buzilishi va boshqalarni keltirish mumkin. Ishlab chiqarish mahsulotlari va mehnat faoliyatining asoslari ham ishlayotgan organizmga kasallik kelib chiqishida noqulay omil (kasb-kor omili) sifatida taʼsir etishi mumkin.

Ishlab chiqarishning rivojlanishi va qishloq xoʻjaligida ishlab chiqarish mahsulotlarini kengaytirish borasida amaliyotda yangi toksik moddalarni qoʻllash, fizik omillarning taʼsiri, odam organizmiga taʼsir etuvchi omillar (elektromagnit maydon, radioaktiv

va lazer nurlanishlar, tebranish, shovqin, chang, namlik, kimyoviy moddalar va b.) turining ko'payishi va ular ta'sirining o'zgarishiga sabab bo'lmoqda.

Etiologiyasi.

- Ishlab chiqarish changlarining ta'sirini o'z ichiga olgan kasalliklar (pnevmoniozlar, changli bronxit va boshqalar).
- Ishlab chiqarish muhitining jismoniy ta'sirlarini o'z ichiga olgan kasalliklar (tebranish kasalligi, kuchli shovqin ta'sirida shikastlanish, tashqi muhitning yuqori va past harorati).
- Ishlab chiqarish muhitining kimyoviy ta'sirini o'z ichiga olgan kasalliklar (o'tkir va surunkali zaharlanishlar).
- Ishlab chiqarishning biologik ta'sirini o'z ichiga olgan kasalliklar.
- Ayrim a'zo va tizimlarning zo'riqishidan kelib chiqadigan kasb kasalliklari.

Ishlab chiqarish muhiti va mehnat jarayonining xarakteri, sharoiti, mehnatkashlarning funksional qobiliyatiga va sog'lig'iga katta ta'sir ko'rsatadi.

Mehnat turi xavfi va zararli sharoitiga ko'ra 3 bosqichga bo'linadi:

- Mehnat turi va sharoitiga ko'ra aniqlangan va ta'sir to'xtatgandan keyin qayta xarakterga ega bo'lgan funksional o'zgarishlar yuz berishi mumkin.
- Mehnat turi va sharoitiga ko'ra funksional o'zgarishlarga olib keladigan va vaqtinchalik mehnat faoliyatini yo'qotib, kasb kasalliklarining yengil shakli vujudga kelishi mumkin.
- Mehnat turi va sharoitiga ko'ra kasb kasalligining xavfli rivojlanishi va vaqtinchalik mehnat faoliyatini yo'qotib, kasallikning yuqori bosqichiga ko'tarilishi.

2.14.1. Pnevmonioz kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Kasb-kor kasalliklari ichida juda koʻp tarqalgan va oʻrganilgani, har xil changlar bilan nafas olishiga bogʻliq boʻlgan – chang natijasida kelib chiqadigan bronxitlar va pnevmoniozlardir.

Changning hosil boʻlishi sanoat va qishloq xoʻjaligining turli tarmoqlarida ishlab chiqarishiga bogʻliq. Bularga togʻ-kon, koʻmir ishlab chiqarish, metall, metallni qayta ishlash va mashinasozlik korxonalarini, qurilish materiallarini (sement, ohak va b.), qishloq xoʻjalik mahsulotlarini qayta ishlash (don, paxta va b.) kiradi.

Pnevmonioz – surunkali kasb-kor kasalligi boʻlib, oʻpka toʻqimasida skleroz (qoʻshuvchi toʻqima yoki fibrinoz) jarayoni va oʻpka emfizemasi rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Shuning evaziga koʻkrak ichi limfalari kattalashadi.

Sabablari. Oʻpka patologik holatining rivojlanishi, boshlanishi, koʻrinishi, klinik belgilarining namoyon boʻlishi, kasallikning kechishi quyidagi etiologik omillarga bogʻliq: changning xarakteriga, havoning changlash darajasiga; chang bilan taʼsirlanish (davomiylik) vaqtiga («changdan zoʻriqish»); changga nisbatan organizmga individual taʼsirchanligi (sezgirli) ga; immun tizim holati va boshqalarga.

Ishlab chiqarish changlari xarakteriga asosan ularning fizikaviy xususiyatlari va kimyoviy tabiati juda xilma-xildir. Changning fizikaviy xususiyatlari uning organizmga taʼsirini aniqlashda yordam beradi. Mazkur tarmoq ishlarini tibbiyot hamshirasi albatta bilishi kerak: changning turini, qattiqligini, eruvchanligini, tuzilishini (struktura), hajmini, elektrozaryad holatini.

Chang tarkibiga qarab neorganik, organik va aralash turlarga boʻlinadi. Tarkibi minerallar yoki metallardan tashkil topgan boʻlsa neorganik, kelib chiqishi oʻsimlik yoki hayvon mahsulotlari va mikroorganizmlardan boʻlsa organik hisoblanadi.

Pnevmokoniozlar asosan neorganik changlardan kelib chiqib, juda ham zararlisining hajmi 1–2 mkm dir. Havoda chang yuqori konsentratsiyada bo‘lishi sababli o‘pka alveolariga tushadi va u yerdan fagotsitlar yordamida transportirovka qilinib, hujayralararo bo‘shliqqa o‘tadi va pnevmokonioz rivojlanadi.

Chang xarakteriga qarab pnevmokoniozlarning bir necha turlari tafovut qilindi:

Silikoz tarkibida kremniy dioksidni saqlagan chang zarralari asosidagi pnevmokonioz.

Silikatoz tarkibidagi asbest, talk, sement, kaolin, slyud zarrachalari, shisha tolalari sababli kelib chiqadigan pnevmokonioz.

Metallokonioz tarkibida alumin, temir va boshqa metall zarralari (metallokoniozlar ichida berilli zarrachalarini saqlagan changlar bilan bo‘lsa – berillioz)dan paydo bo‘lgan pnevmokonioz.

Karbokonioz tarkibida ko‘mir, grafit va boshqalar sababli.

Neorganik va organik changlar, ya’ni aralash changlardan (paxta, don va b.) kelib chiqadigan pnevmokonioz

Klinikasi. Pnevmoniozlarning barcha turlarida klinik belgilar deyarli bir xil, buning uchun kasb-korga xos anamnez yig‘ishda hushyor bo‘lish kerak. Xarakterli belgilari: kuchayib boruvchi o‘pka yetishmovchiligi (kuchayib boruvchi hansirash) va surunkali, qaytalanib turuvchi bronxit belgilari. Ko‘krak qafasida og‘riqlar aniqlanishi mumkin, chunki ko‘proq plevra varaqlari yopishib qoladi.

Asorati. Pnevmoniya bilan bo‘lsa, tana harorati ko‘tarilishi va o‘pkada namli xirillashlar eshitalishi mumkin.

Diagnostika uchun eng xarakterlisi rentgenologik tekshirishdir.

Pnevmoniozlarning 3 ta bosqichi tafovut qilinadi:

1-bosqich uchun xarakterli simptomlari o‘pka ildizi rasmining kuchayganligi, ko‘krak ichi limfa tugunlarining kattalashuvi va deformatsiyasi hisoblanadi.

2-bosqichi uchun xarakterli simptomlari ikkala o'pka ham diffuz holdagi o'choqlar (tugunchalar), asosan ko'proq o'pka ildiziga yaqinroq joylarda, yana emfizemalar aniqlanishi.

3-bosqich uchun xarakterli simptomlar o'pkada konglomerant (to'plangan) tugunlar, pnevmokoniotik kavernalar, o'pka fibrozi bo'lishidir. Pnevmoniozlar natijasida rivojlangan bronxoektazlar aniqlanadi.

Silikoz – pnevmokoniozlarning juda ko'p uchraydigan va og'ir o'tadigan turidir. Bu kasallik sanoatning juda ko'p tarmoqlarida: tog' konlarida, ko'mir konlarida, litiy ishlab chiqarish, keramika sanoatida ishlaydiganlarda uchraydi.

Kasallikning 1-bosqichi asosan kasb-kor zarralari omillari bilan 4–5 yil ishlagandan keyin aniqlanadi. So'ng har 4–5 yilda 1-bosqich ikkinchisiga o'tadi (tez rivojlanganda), har 10–20 yilda 1-bosqish ikkinchisiga o'tadi (sekin rivojlangan turida).

Katta yoshdagi odamlarda, agar oldindan nafas olish sistemasi kasalliklari bo'lsa, kvars changlari konsentratsiyasi ortiq bo'lsa, silikoz kasalligi bir necha oylarda ham boshlanishi mumkin.

Bu kasallikning xarakterli belgilaridan biri – ko'krak qafasidagi og'riqdir. Silikozning eng ko'p uchraydigan asorati tuberkulyoz bo'lib, bu *silikotuberkulyoz* deb ataladi. Bu kasallikda ko'pincha spontan pnevmotoraks yuz beradi. Pnevmoniya, bronxoektazlar juda kam uchraydi.

Silikoz fonida artrit rivojlanishi mumkin (turlar o'zgargan holatda).

Bisinoz – paxta changi natijasida kelib chiqadigan kasallik bo'lib, asosan klinik ko'rinishi bronxospastik sindrom hisoblanadi. Nafas qisish xuruji ish boshlangandan bir necha soat keyin boshlanadi (asosan ish haftasining boshida), odatda ish kunining oxirida to'xtaydi. Kasallikning rivojlangan davrida nafas qiyinlashadi, hansirash doimiy bo'lib qoladi. Nafas yetishmovchiligi kuchayib boradi, o'pka gipertenziyasi rivojlanadi va o'pka-yurak sindromi kelib chiqadi.

Davosi. Bu kasalliklarni davolashdan oldinroq, profilaktikasiga juda katta e'tibor berish lozim. Asosan simptomopatologik davolash qilinadi (ya'ni, nafas yo'llari funksiyasini yaxshilash, ingalyatsiyalar, ishqoriy va kislota-ishqoriy muhitda). Tuberkulyozli asoratlarda silga qarshi maxsus davolash choralarini olib boriladi. Fizioterapevtik muolajalar: ultrabinafsha nurlari bilan nafas yo'llarini nurlantirish va ultra yuqori tebranishli elektr maydonidan foydalaniladi. Kasallikning og'ir turlarida gormonlar qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Pnevmonionozlarning oldini olishdagi asosiy tadbirlar ishlab chiqarishdagi changlarning oldini olishga qaratilgan. Ishlab chiqarish texnologiyasi mexanizatsiyasini yaratish. Ishlab chiqarishda chang hosil qiluvchi qurilmalarining germetizatsiyasini tashkil etish. Chang hosil qiluvchi ishlab chiqarish qurilmalarining masofadan boshqarish ishlarini tashkil etish. Changtutgich va changyutgich qurilmalarini tashkil etish. Ishlab chiqarish korxonalarida mahalliy va umumiy ventilyatsiyalardan foydalanish.

Bemorlarda hamshiralik parvarishi. Nafasi qisilayotgan bemorlar majburiy holatda, ya'ni yarim o'tirgan holatga keltiriladi, siqib turgan kiyimlari bo'shatiladi, toza havoni kirish ta'minlanadi. Yo'tal paytida bemorga iliq ishqoriy suyuqlik beriladi. Allergenlar bilan aloqa bo'lishdan ehtiyot qilinadi, uzoq muddat chang kirishdan ehtiyot bo'lish kerak. Almashinuv mahsulotlari chiqib ketishi uchun chekishni tashlash kerak. Yuqori nafas yo'llariga infeksiya kirmasligi uchun kuzatib borish kerak. Bemorga nafas mashg'ulotlarini o'rgatish kerak. Shifokor ko'rsatmasiga binoan balg'am ko'chiruvchi mukolitiklar va bronxolitik vositalar berish kerak. Xona tozalayotganda changyutgich ishlatilmaydi, faqat artib yuviladi. Bir kunda bir necha bor xona nam usulda tozalanadi.

Ko'krak qafasida og'riq bo'lganda tibbiyot hamshirasi bemorga qulay vaziyat yaratadi, shifokor ko'rsatmasiga binoan xantal qo'yadi va og'riq qoldiruvchi preparatlar beradi.

Bemorlarga o'zini o'zi parvarish qilishdagi ko'nikmalarni o'rgatish

Faollik va dam olish vaqtlarini to'g'ri taqsimlash bo'yicha qo'llanma. Jismoniy ishlar va nafas olishning qiyinlashishi o'zaro bog'liqligini tushuntirish; nafas olish uchun qulay vaziyatni aniqlash; bemor bilan birgalikda aniq va ravon rejalar tuzish va unga erishish; o'zini o'zi baholashni o'tkazish (olgan natijani baholash, kamchiliklarni aniqlash va ularni bartaraf qilish yo'llarini amalga oshirishdir).

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Pnevmoniozga ta'rif bering.
2. Pnevmonioz sabablari qanday?
3. Pnevmonioz profilaktikasini gapirib bering.

2.15. Salomatlik va sog'lom turmush tarzi

Inson salomatligini saqlash va mustahkamlash, qolaversa, uzoq umr ko'rishning yagona yo'li sog'lom turmush tarzi ekanligi endilikda hech kimga sir emas. Iqtisodiy jihatdan taraqqiy etgan mamlakatlarda yashovchilar ko'proq turmush tarzini sog'lomlashtirishga harakat qilishadi. Shu bois, eng avvalo, o'z sog'lig'ini o'ylashi darkor, hamda sog'liqni ta'minlagan holda o'zining iqtisodini ham mustahkamlab borishi lozim.

Sog'lom turmush tarzi tarafdorlarining fikricha, agar odamlar quyidagilarga amal qilishsa, deyarli kasal bo'lishmaydi.

Birinchi shart. Ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish. Ovqatlanish shunday tashkil etilishi kerakki, u o'zining fizik, kimyoviy hamda biologik xususiyatlari bilan inson tanasiga og'irlik qilmasligi,

aksincha, tez va oson hazm bo'lib, organizmni kerakli oziq moddalar bilan ta'minlay olishi lozim.

Ikkinchi shart. Hayot – harakatdadir. Inson kundalik hayotida jismoniy mashqlar, sport o'yinlar, badanni chiniqtiruvchi muolajalar bilan ko'proq shug'ullansa, uning tanasidagi fiziologik, biologik jarayonlar tezlashadi va oqibatda kayfiyati ko'tariladi, ishchanligi ortadi. Shubhasiz, bu salomatlikni mustahkamlashga xizmat qiladi.

Uchinchi shart. Kun tartibi va ishni biologik rejimlar asosida tashkil qilish. Koinotda tabiiy hodisalar ma'lum bir tartib asosida takrorlanadi. Xususan, quyoshning har kuni ma'lum vaqtda chiqishi va botishi, yil fasllarining har yili takrorlanishi tabiatdagi barcha harakatlarning ma'lum bir tartibga bo'ysundirilganligi misol bo'la oladi. Xuddi, shuningdek, tartibli harakatlar kishi badanida ham sodir bo'ladi. Masalan, yurakning har daqiqada 70–75 marotaba bir maromda urishi, nafas olishning bir daqiqada 16–20 marta takrorlanishi kishi tanasida ma'lum bir qonuniyat borligidan darak beradi. Bunday tartibga solingan biologik hodisalar 100 dan ortiq. Odam tanasi to'qimalaridagi o'zgarishlar ham shu qonuniyatga bo'ysunadi. Demak, tabiatdagi va tanamizdagi hodisalar o'ziga xos qoidalarga amal qilar ekan, biz kundalik turmushimizni ma'lum bir tartib asosida tashkil etishimiz va bu tartib organizmimizdagi o'zgarishlarga mos bo'lishi kerak.

Masalan, inson paydo bo'lganidan beri uning organizmimizdagi faollik kunduzi ortadi, kechasi susayadi. Bordi-yu, biz shu tartibga bo'ysunmay faqat ovqat yeyish, ichkilikbozlik va turli nomaqbul ishlar bilan band bo'lsak, bunday holat sog'lig'imizga katta zarar yetkazadi.

To'rtinchi shart. Ruhiy osoyishtalik yoki asabiy muvozanatni ta'minlash. Bu shartning mohiyati katta. Negaki, bizning tanamiz, ichki a'zolarining faoliyati asab sistemasi bilan boshqariladi. Ichki a'zolarining me'yoriy ishi esa ruhiy holatimizni, kayfiyatimizni

belgilaydi. Shuning uchun, behudaga jizzakilik qilmaslik, yaxshi narsalar to'g'risida o'ylab, oqilona fikrlash, yomon va gunoh ishlardan o'zini tiyish, nafsga erk bermaslik, ota-bobolar o'gitlarini hayotda qo'llash, xushfe'l, xushmuomala bo'lish sog'liqni saqlash va mustahkamlashga xizmat qiladi.

Beshinchi shart. Ichkilikbozlik, kashandalik va giyohvandlik kabi zararli odatlardan o'zini tiyish. Bu illatlarning kishi tanasiga, sog'lig'iga, turmush tarziga ziyoni bisyorligi shubhasizdir. Bu odatlarning zararini bilmaydigan odamning o'zi yo'q. Bunday shaxslarni hayotga befarq, tavakkaliga yashovchi va o'z sog'lig'ini o'ylamaydigan, faqatgina shu kunning rohati, bir fursatlik aldamchi ko'ngilxushlik uchun yashovchilar deyish mumkin.

Oltinchi shart. Ozoda-orastalikka rioya qilish, atrof-muhitga bo'lgan munosabat masalasi. Inson o'z faoliyati bilan tanasi va atrof-muhitga ma'lum darajada ta'sir ko'rsatadi. Masalan, biror ish qilganda qo'l, kiyim-bosh, shuningdek, badan va ichki a'zolarning faoliyati tufayli modda almashinishi natijasida hosil bo'lgan muhitlardan teri ifloslanadi. Hayotimiz uchun zarur bo'lgan oziq-ovqat va shu kabilardan chiqindilar paydo bo'ladi. Bularni to'g'ri kelgan joyga tashlash tufayli atrof-muhit zararlanadi. Oqibatda suvda, tuproqda, havoda kishi salomatligiga salbiy ta'sir qiluvchi omillar vujudga keladi. Shuning uchun, ozodalikka rioya qilish kundalik turmushimizda odatiy holga aylanishi kerak. Sog'lom turmush tarzining yana bir muhim sharti, bu sog'lom turmush kechiruvchi odamlar bilan do'stlashishdir.

Bugungi kunda O'zbekistonda aholi salomatligini saqlash uchun keng ko'lamlı ishlar olib borilmoqda. Birlamchi tibbiy sanitariya yordami (BTSY) bu boradagi ko'zlangan maqsadni ro'yobga chiqarish usulidir. Birlamchi tibbiy sanitariya yordami quyidagi vazifalarning bajarilishini o'z ichiga oladi: salomatlikni himoya qilish muammolari va ularni hal etish yo'llarini tushuntirish; oqilona ovqatlanish, toza ichimlik suvi bilan ta'minlashga

erishish, onalik va bolalikni himoya qilish, oilani rejalashtirish; odamlar o'rtasida yuqumli kasalliklar tarqalishining oldini olish va ularga qarshi kurashish, boshqariluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi vaksinatsiya o'tkazish, keng tarqalgan kasalliklar va jarohatlanishlarning oldini olishda asosiy zarur vositalar bilan ta'minlash.

1986-yil Ottavada sog'liqni mustahkamlash bo'yicha birinchi konferensiya bo'lib o'tdi. Ushbu konferensiyada «2000-yilda hammaga sog'liq» degan hartiya qabul qilinib, Butun Jahon Sog'liqni saqlash tashkilotiga a'zo davlatlar tomonidan tasdiqlandi. Ottava hartiyasi Sog'liqni saqlash bo'yicha quyidagi yo'nalishni ishlab chiqdi:

Davlat siyosatini salomatlikni saqlashga yo'naltirish. Bunday siyosat sog'liqni saqlash negizini tashkil etadi va uni rivojlanishiga yordam beradi. Bu siyosatda insonlarni sog'lig'iga zarar keltiradigan tovarlarga soliq solish misol bo'lishi mumkin, piyodalar va velosipedchilar yo'lini qurishga mablag' ajratish, o'quvchilarni qo'shimcha ovqat bilan ta'minlash.

Farovon sotsial muhitni barpo etish. U davlat va oila darajasida barpo etilishi mumkin. Inson uchun sog'lom hayot tarzini ushlab turish oson kechadi, qachonki uning yon tevarakdagilar ham shunga rioya qilsa. Misol uchun: jamoat (transpot, restoran, o'quv muassasalari) yoki ish joylarida chekishni man etish.

Tamaki va spirtli ichimliklar reklamasini chegaralash, omma-viy axborot vositalarda sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish, sport bilan shug'ullanish uchun hamma sharoitlarni yaratish.

Mahalliy harakatlarni kuchaytirish maqsadida sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish, sog'liqni mustahkamlash mahalliy tashabbusni qo'llash, jamoatning negativ holatlari bilan kurash olib boriladi.

Shaxsiy malakani rivojlantirish insonlarni sog'liq va sog'lom turmush tarziga o'rgatishga asoslanadi.

Barcha odamlarda shaxsiy ko'nikmalarni rivojlantirish uchun sog'liq va sog'lom turmush tarzini o'rganish zarur.

Mavjud tibbiy xizmatlarni qayta yo'naltirish kasalliklarni profilaktika qilish rolini kuchaytirishga qaratilgan. U albatta mavjud kasalliklarni davolashga nisbatan qulayroq bo'lishi lozim.

Agar barcha aholi sog'lig'ini mustahkamlash borasidagi faoliyat yo'nalishlari birgalikda ishlatilsa, sog'liqni saqlashning asosiy «Sog'liq hamma uchun» shiori real ma'noga ega bo'ladi.

Dispanserizatsiya – bu tibbiyot muassasalarida har doim shifokorlar tomonidan odamlarni sog'lig'ini bilish, kasallikni oldini olish, ularni o'z vaqtida davolash va profilaktika qilishdir.

Kasalliklarni profilaktika qilish har bir jamiyat a'zosini har qanday holatda sharoitini ta'minlashdir. Bunda atrof-muhitni muhofaza qilish ko'zda tutilmoqda, shu bilan birga onalik va bolalikni asrash va hokazo.

Vaksinatsiya – bu ko'pgina og'ir yuqumli kasalliklarda qo'llanilib, organizmga tushishi mumkin bo'lgan infeksiyaga qarshi qo'llaniladi. Emlashdan so'ng organizmda yetarlicha miqdorda ma'lum infeksiyaga qarshi antitelolar ishlab chiqariladi.

Emlash turiga qarab infeksiya qo'zg'atuvchisiga qarshi antitelolar (immunitet) bir necha oydan bir necha yilgacha va hatto umrbod saqlanadi.

Tibbiyot hamshiralarning vazifasi – sog'lom turmush tarzining mazmunini ochib berish, kasalliklarning oldini olish, salomatlikni muhofaza qilish va yaxshilashda uning ahamiyatini ko'rsatish, jamiyatda yashovchi har bir fuqaroda sog'lom turmush kechirishga xohish uyg'ota bilish va uni shakllantirishga ko'maklashishdir. Birlamchi kasallikning oldini olishni axloq va sog'lom turmush tarzi ko'nikmalari ko'rinishida mustahkamlash va rivojlantirish, aholini (uning yoshi, jinsi va ijtimoiy guruhlarini) gigiyenik jihatdan tarbiyalash tizimining asosini tashkil etishi kerak.

Sanitariya maorifining maqsadi – sanitariya madaniyatini oshirish, aholining sog‘lig‘ini mustahkamlashda muhim zamin bo‘lgan gigiyena bilimlari va axloqini shakllantirish, mehnat qobiliyatini oshirish hamda uzoq umr ko‘rishni ta‘minlashdan iborat. Sanitariya maorifi kasallanishni kamaytiradigan, dardni yengillashtiradigan omillardan biridir, chunki sanitariya jihatidan savodli kishilargina o‘zlarini qanday tutishni yaxshi biladilar.

Sanitariya-gigiyena ko‘nikmalarini tarbiyalash onalar va oilani, maktabgacha, so‘ngra maktab yoshidagi bolalarni, aholining keyingi yosh guruhlarini tarbiyalashni izchillik bilan o‘z ichiga olishi kerak. Sanitariya maorifi shifokorlarning muhim ish uslubi, tibbiyot fani va mafkura ishining bir sohasi hamdir. Bu ishda hozirgi respublikamizda «Sog‘lom avlod uchun», «Ekosan», «Nuroniy», «Umid» jamg‘armalari, Qizil Xoch va Qizil Yarim Oy jamiyatlari, shuningdek, nodavlat notijorat targ‘ibot tashkilotlari faol ishtirok etadi. Tibbiyot hamshiralari sanitariya madaniyati darajasini oshirishda faol bo‘lishlari shart. Sanitariya maorifi xalq ma‘naviy ehtiyojlarini rivojlantirishda, kishilarni Vatanga muhabbat ruhida tarbiyalash katta ahamiyat kasb etadi.

Sanitariya maorifi targ‘iboti og‘zaki, bosma, ko‘rgazmali va aralash usullar yordamida olib boriladi. Ma‘ruzalar tayyorlash, suhbat tariqasida savol-javob kechalari, sanitariya devoriy gazetalari chiqarish, gigiyena ko‘rgazmalari tashkil etish, radio va televideniya sog‘lom turmush tarzini targ‘ibot va tashviqot qilishda yaxshi samara beradi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Salomatlikka ta‘sir etuvchi omillarni aytib bering.
2. Sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish qoidalarini bilasizmi?
3. Dispanserizatsiya haqida fikringiz.
4. Sog‘lom turmush tarzini shakllantirishda tibbiyot hamshirasining vazifalari qanday?
5. Zararli odatlarga nimalar kiradi?

AMALIY KO'NIKMALAR

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

muassasa nomi

Kasalxonadagi bemorning tibbiy bayoni № _____

Kasalxonaga yotqizilgan kuni va vaqti _____

Kasalxonadan chiqarilgan kuni va vaqti _____

bo'limi, xona № _____ bo'limiga
yotqizilgan _____ kun yotib davolangan _____

Bemorni olib yurish turlari: aravachada, zambilda, o'zi yura oladi
(tagiga chizilsin)

Qon guruhi _____ rezus omili _____

Dorilarning nojoya ta'siri _____
(dorining nomi, nojo'ya ta'sirining ko'rinishi)

1. Familiyasi, ismi-sharifi _____

2. Jinsi _____

3. Yoshi _____ (to'liq yosh, bolalar uchun: 1 yoshgacha-oylik
hisobida, 1 oygacha-kunlar hisob.)

4. Doimiy yashash joyi: shahar, qishloq (tagiga chizilsin) _____

_____ (yashash joyi ko'rsatilsin, viloyatdan kelganlar uchun adresi va yaqin)

5. Ish joyi, kasbi, lavozimi _____

_____ Qarindoshlarining yashash joyi va telefon nomerlari ko'rsatilsin

_____ (o'quvchilar uchun – o'qish joyi; bolalar uchun – bolalar muassasasining nomi)

_____ (nogironlar uchun – nogironlikning turi va guruhi, ulug' vatan urush nogironi)

6. Bemor qayerdan yuborilgan _____

_____ (davolash muassasasining nomi)

7. Kasalxonaga shoshilinch ravishda keltirilgan:

ha, yo'q _____

_____ ha, yo'q (tagiga chizilsin)

Qanday transportda _____

_____ Kasallik boshlangandan so'ng o'tgan vaqt jarohatdan so'ng, rejali ravishda (tagiga chizilsin)

8. Bemor yo'llanmasidagi diagnozi _____

Arterial bosimni o'lchash

Kerakli jihozlar: tanometr, fonendoskop, 70% li spirt, paxta yoki doka sharchalar, steril doka yoki salfetkalar, yostiqcha.

Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. Tanometr, fonendoskop tayyorlanadi.
3. Bemorga muolaja haqida ma'lumot beriladi.
4. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi (o'tqaziladi).
5. Bemorning yalang'ochlangan qo'lga tirsak bo'g'imidan 2–3 sm yuqoriga manjetka o'raladi. Qo'l va manjetka orasiga 1 ta barmoq sig'ishi kerak.
6. Tirsak bo'g'imida yelka arteriyasi topiladi va fonendoskop qo'yiladi.
7. Manjetkaga rezinali balon yordamida asta-sekin havo beriladi.
8. Havo bosimi ostida tanometrda simob shisha naychaga ko'tariladi, arteriyadagi pulsatsiya tovushi eshitiladi.
9. Tanometrda ko'rsatkich raqamni esda saqlanadi.
10. Vintel ochiladi va asta-sekin havo chiqariladi.
11. Fonendoskop tirsak bo'g'imiga qo'yiladi.
12. Nokchadagi vintelni yopib, havo yuboriladi, oldingi raqamdan balandroq (20–30 ml simob ustuniga) ko'tariladi.
13. Vintel asta-sekin ochiladi va havo chiqariladi. Tanometr strelkasi asta-sekin tushiriladi.
14. Paydo bo'lgan tovush diqqat bilan eshitiladi va tovush eshitilgan raqam eslab qolinadi, bu sistolik bosim deb yuritiladi.
15. Paydo bo'lgan tovushning tamom bo'lgan payti tonometrda raqam diastolik bosim deb yuritiladi.
16. Manjetkadagi havo chiqariladi va yechiladi. Bemor o'z holatiga keltiriladi.
17. Arterial bosimni baholab, kerak bo'lsa shifokorgacha bo'lgan yordam ko'rsatiladi.
18. Olingan ma'lumotlar bemorning tibbiy kartasiga qayt etiladi.

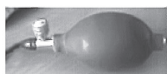
19. Ko'rsatilgan raqamlar nisbat shaklida (110/70) jadval tarzida harorat varaqasiga qayt etiladi.

20. Qo'l yuviladi.

Arterial bosimni o'lchash



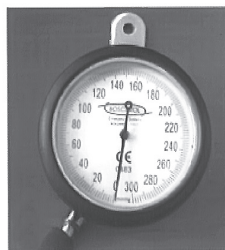
Simobli tanometr



Tanometr balonchasi



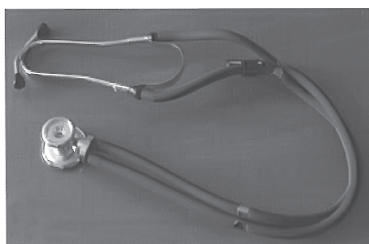
Sfigmomanometr



Manometr



Elektron tanometr



Fanendoskop



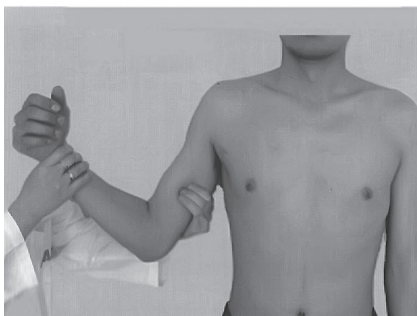
4-rasm. O'lchash jarayoni.

Pulsni aniqlash va nafas harakatlarini sanash

Kerakli jihozlar: soat, sekundomer, 70% li spirt, paxta yoki doka sharchalar, steril doka yoki salfetkalar, harakat varaqasi.



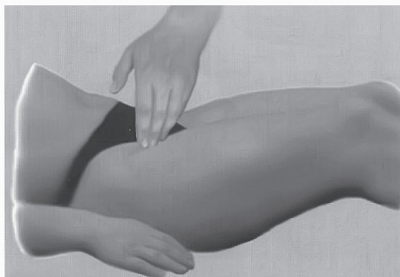
Uyqu arteriyasida



Yelka arteriyasida



Bilak arteriyasida



Son arteriyasida



Tizza osti arteriyasida



To'piq arteriyasida

5-rasm. Pulsni aniqlash.

Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. Soat tayyorlab qo'yiladi.
3. Bemorga muolaja maqsadi haqida tushuncha beriladi.
4. Bemor qulay vaziyatda o'tqiziladi yoki yotqiziladi.
5. Bemorning bilak sohasi qo'lga olinadi.
6. Bilak arteriyasi 2–3–4-barmoqlar bilan topiladi va asta-sekin bosiladi.
7. Puls aniqlanadi.
8. Puls tezligi 1 daqiqada sanaladi.
9. Natija baholanadi.
10. Qo'l bemorning ko'krak qafasiga qo'yiladi.
11. Bir daqiqa ichida nafas harakatlari sanaladi.
12. Puls va nafas harakatlari natijalari baholanadi.
13. Natijalar bemorning harorat varaqasiga qayd qilinadi.
14. Qo'l yuviladi.

Tana haroratini o'lchash

Kerakli jihozlar: termometr, 70%li spirt, steril doka yoki salfetkalar, harorat varaqasi, suyuq sovun, steril qo'lqop, dez. eritma, F-004 hujjat.

Harakat algoritmi:

1. Bemorga muolaja maqsad va mohiyati tushuntiriladi.
2. Kerak jihozlar tayyorlanadi.
3. Qo'llar yuviladi va quritiladi.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.
5. Termometr quritib artiladi.
6. Termometr ko'rsatkichi 34–35° silkitib tushiriladi.
7. Bemorni qulay (vaziyatda stulga o'tkaziladi yoki kushetkaga yotqiziladi).
8. Bemorning qo'lتيq osti quruq sochiqda artiladi (qo'lتيq ostida to'sqinlik qiladigan holat bo'lmasligi kerak).



Qo'ltiq ostini quritib artish



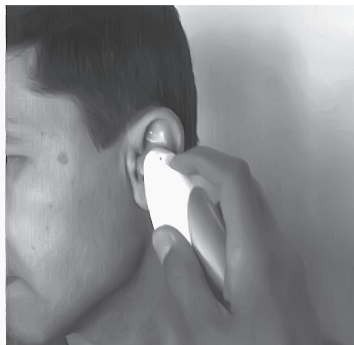
Termometrni silkitish simobni pastga tushirish



Termometrni qo'ltiq ostiga qo'yish



Fiksatsiya qilib termometr



Infraqizil qizil termometr bilan haroratni quloqdan o'lchash



Elektron termometr



Infraqizil termometr



Termometrni saqlash

6-rasm. Tana haroratini o'lchash.

9. Bemorning qo'ltig'i ostidan sal yuqoriga ko'tariladi.
10. Termometrning simobli uchini bemor qo'ltig'i ostiga qo'yiladi.

11. Bemor termometrni simobli qismini siqib oladi.
12. 5–10 daqiqadan so‘ng, termometrning tashqi uchidan ushlab olinadi.
13. Termometr ko‘rsatkichi harorat varag‘ida qayd qilinadi.
14. Termometrning ko‘rsatkichi silkitib 34–35° tushiriladi.
15. So‘ng termometr 1% xloromin eritmasiga 20–30 daqiqaga to‘liq cho‘ktiriladi.
16. So‘ng quritib artib, quruq holda saqlanadi.

EKG(elektrokardiografiya) olish va sharhlash

Kerakli jihozlar: elektrokardiograf apparati, kushetka, cho‘y-shab, lenta, suyuq sovun, o‘ramli salfetka, gel.

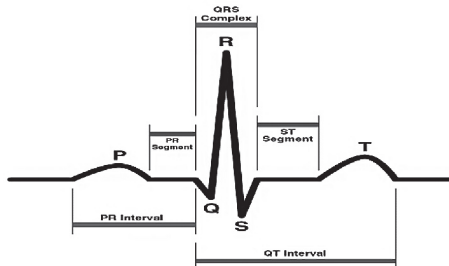
Harakat algoritmi:

1. Qo‘l yuviladi va quritiladi.
2. Muolaja maqsadi bemorga tushuntiriladi.
3. Bemor oldi shirma bilan to‘siladi.
4. Bemor kiyimlari yechiladi va gorizontol holatda kushetkaga yotqiziladi, temir buyumlari olib qo‘yiladi.
5. Elektrod qo‘yiladigan sohalarga gel suriladi va quyidagi tartibda elektrodlar qo‘yiladi.
6. O‘ng qo‘lga qizil elektrod, chap qo‘lga sariq elektrod.
7. Chap oyoqqa yashil elektrod, o‘ng oyoqqa qora elektrodlar qo‘yiladi.
8. V1-elektrod to‘rtinchi qovurg‘alar oralig‘ida to‘sh suyagining o‘ng chetiga qo‘yiladi.
9. V2-to‘rtinchi qovurg‘alar oralig‘ida to‘sh suyagining chap chetiga qo‘yiladi.
10. V3-bunda V2 va V4 nuqtalari orasidagi masofaning o‘rtasiga qo‘yiladi.
11. V4-beshinchi qovurg‘alar oralig‘ida oldingi o‘rta umrov chizig‘ining chap tomoniga qo‘yiladi.

12. V5-beshinchi qovurg'alar oralig'ida oldingi qo'ltiq osti chizig'idan chap tomonga qo'yiladi.
13. V6-beshinchi qovurg'alar oralig'ida qo'ltiq osti o'rta chizig'idan chap tomonga qo'yiladi.
14. Avto bosilib yurak biopotensiallarini yozib olingandan so'ng natijasi shifokorga yuboriladi.

EKG da 5 ta **PQRST** tishchalar bo'ladi. **P** tishcha bo'lmachalari qo'zg'alishini ifodalaydi, **P** tishcha kengligi 0,06–0,11 soniyagacha. **P** tishcha kengayishi va 2 o'rkachli bo'lishi chap qorincha gipertrofiyasidan darak beradi.

P-Q interval impulsning bo'lmachalardan qorinchalarga o'tish vaqti. Interval davomiyligi 0,12 soniyadan 0,2 soniyagacha. Interval davomiyligi 0,2 soniyadan oshishi atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikning sekinlashganligidan darak beradi.



7-rasm. EKG qilishda tarmoqlar joylanishi.

EKG qilishda tarmoqlar joylanishi

QRS – qorinchalar kompleksi qo‘zg‘alishining qorinchalar bo‘ylab tarqalish aksidir. Kompleks davomiyligi 0,07–0,11 soniya. QRS kengayishi qorinchalar gipertrofiyasi, bo‘lmacha-qorinchalar tuguni oyoqchalari blokadasidan darak beradi.

Agar **Q** tishcha 1–2 uzatmalarda 0,03 soniyadan kengroq va **R** tishdan chuqurroq va 3 uzatmada **S** dan kattaroq bo‘lsa, miokard infarktga shubha qilinadi.

ST interval qorinchalar qo‘zg‘alishi intensivligi kamayishini aks ettiradi. **S-T**, **P-Q** bilan bir sathdagi, deyarli gorizontol chiziqdan iborat. Normada yuqoriga yoki pastga siljish 1 mm dan oshmaydi. O‘tkir koronar yetishmovchilikda do‘mpaygan ko‘rinish oladi.

T – tish qorinchalarning qo‘zg‘alishdan chiqishini aks ettiradi. **AVR** uzatmadan tashqari barcha uzatmalarda musbat bo‘ladi. Patologiyada kattalashishi, uchli, 2 fazali yoki tekislangan ko‘rinish olishi mumkin. **Q-T** interval qorinchalarning to‘liq qo‘zg‘alish davrini o‘z ichiga oladi va yurak elektrik sistolasiga to‘g‘ri keladi. Normada sistolik davomiyligi 0,24 soniyadan 0,55 soniyagacha bo‘ladi. Gipertoniya, YUIKda bu interval uzayadi.

Tibbiyot hamshirasi **EKG** olishni, bemorni texnika xavfsizligiga amal qilgan holda kardiomonitorga ulashni bilishi kerak. Monitor kuzatuv olib borilayotgan og‘ir bemorlar **EKG** sidagi asosiy patologik o‘zgarishlar (qorinchalar ekstrosistoliyasi, qorinchalar va bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi)ni bilishi va ular paydo bo‘lganda shifokorni ogohlantirishi lozim.

Oksigenoterapiya o‘tkazish

Kerakli jihozlar: steril sistema, kislorod balloni yoki yostig‘i, Bobrov apparati, namlangan doka, salfetka, mundshtuk, vazelin, niqob, kateter, plastir.

Kislород ingalyatsiyasi



Burun kateterini ickariga kiritilishini kerak bo'lgan uzunligini aniqlash



Chanchiqsimon burun kateteridan foydalanish



Kislород reduktori



Bobrov apparati



Kislород ko'z niqobi bilan ingalyatsiya qilish



Qo'shimcha qopchali yuz kislород niqobi



Kislород balloni

8-rasm. Kislород ingalyatsiyasi.

Harakat algoritmi:

1. Jihozlarni tayyorlang, kislorodli ballonning texnik ekspluatatsiyasi qoidalari, xavfsizlik texnikasi qoidalari bilan tanishinig.
2. Bemorning nafas yo'llar tozaligiga ishonch hosil qiling.
3. Kateter uchini vazelin moyi bilan arting va kateter kiritish lozim bo'lgan masofani aniqlang (kateter uzunligi burun uchidan quloq yumshog'igacha bo'lgan masofa).
4. Kateterni pastki burun yo'li orqali orqa halqum bo'shlig'iga kiriting.
5. Kateterni bemorning yuziga yopishqoq plastir bilan mahkamlab qo'ying.
6. Kateterni dozimetr yoki Bobrov apparatiga ulang.
7. Bemorga reduktor manometri bo'yicha 1–2 atm bosim ostida 2-nd/min tezligida 10–30 daqiqa davomida interval bilan yoki to'xtovsiz kislorod bering.
8. Bemor qulay joylashganligi haqida so'rang.
9. Muolaja tugagandan so'ng kateterni chiqarib oling, yuqumsizlantiring, shilimshiqdan tozalang, sterillang.
10. Qo'lingizni yuving.

Xantalmalar qo'yish

Kerakli jihazlar: xantal (gorchichnik), lotok, salfetka, sochiq, malham (krem), issiq suv, adeyal, zararsizlantiruvchi eritma.

Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. Tayyorlanadi: xantal (gorchichnik), lotokka solingan issiq suv, salfetka, sochiq, malham (krem).
3. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
4. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi va xantal qo'yiladigan soha ko'zdan kechiriladi.
5. Xantalni issiq suvda ho'llanadi va kerakli sohaga qo'yiladi.

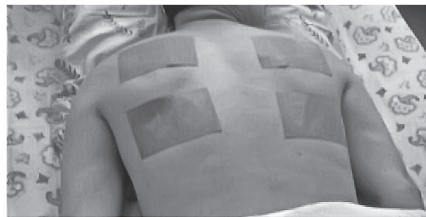


Xantalni paketdan olish



Issiq suvli lotok va xantallar

Xantalni issiq suvga solish



Xantal qo'yishni boshlash

Xantallar qo'yib bo'lindi



Bemorni sochiq bilan o'rab qo'yish

Xantallarni olish



Terini tozalab, quritib artish

Bemorni choyshab bilan issiq o'rab qo'yish

9-rasm. Xantal qo'yish.

6. Xantal qo'yilgandan so'ng ustiga sochiq va adeyal yopiladi.
7. 10–15 daqiqadan so'ng xantal olinadi.
8. Xantal qo'yilgan soha nam salfetka bilan artiladi va malham bilan ishqalanadi.
9. Bemor o'rab qo'yiladi.
10. Ishlatilgan ashyolar zararsizlantiriladi.

Eslatma:

Xantal ishlatilishidan oldin sifati tekshiriladi.

Xantal qo'yishga mone'lik qiladigan hollar: tana harorati ko'tarilganda, teri kasalligida, qon oqishida.

Balg'am yaxshi ajralishi uchun drenaj holatini yaratish

Drenaj holat bu bronxlardan va patologik bo'shliqlardan (o'pka absessi, bronxoektatik kasallik va boshqalarda) balg'amni tashqariga chiqarishni ta'minlovchi davo usulidir. Drenaj holatlar o'pka va bronxlarning surunkali kasalliklarida muvaffaqiyat bilan qo'llaniladi. O'pka va bronxlarning anatomo-fiziologik tuzilish xususiyatlari hamda yallig'lanishning joylashgan joyiga qarab quyidagicha drenaj holatlar tavsiya etiladi.

1. O'pka uchi oldi qismida yallig'lanish bo'lganda:

Karavotda yarim o'tirgan holatda oyoqlar tizza bo'g'imida yarim bukilgan va ostiga yostiq qo'yilgan.

2. O'pka uchi orqa qismida yallig'lanish bo'lganda:

Karavotda biroz oldinga egilgan holatda o'tirib, oyoqlar tizza bo'g'imida bukilgan bo'lib, ostiga yostiq qo'yiladi va qo'llar tizza bo'g'imiga qo'yilgan holda o'tirish.

3. O'ng o'pkaning yuqori bo'lagida yallig'lanish bo'lganda:

Bemor karavotda chap yoni bilan chap qo'l orqa tomonga, o'ng qo'l oldingi tomonda va o'ng oyoq oldinga tashlangan holatda yotadi.

4. Chap o'pkaning yuqori bo'lagida yallig'lanish bo'lganda:

Karavotning bosh tomoni ko'tarilgan, bemor o'ng yonga yotadi, chap qo'l tirsak bo'g'imidan bukilgan, ko'krakni oldingi chap yuzasiga yostiq qo'yiladi, o'ng qo'l va oyoq yozilgan, chap oyoq qisman bukilgan holatda yotadi.

5. O'ng o'pkaning o'rta bo'lagida yallig'lanish bo'lganda:

Bemor karavotning bosh qismi past, oyoq qismi 30 sm ko'tarilgan holatda chap yonga yotib chap qo'l gavda bo'ylab tekis, o'ng qo'l tirsak bo'g'imidan bukilgan holatda qo'l panjalari qoringa qo'yilgan, oyoqlari tizzadan yarim bukilgan holatda yotadi.

6. Chap o'pkaning o'rta bo'lagida yallig'lanish bo'lganda:

Bemor karavotda boshi past oyoqlar tomon 30 sm ko'tarilgan holatda o'ng yonga chap qo'l orqaga tashlangan, o'ng qo'l oldinda gavda bo'ylab uzatilgan, chap oyoq uzatilgan, o'ng oyoq biroz bukilgan holatda yotadi.

7. O'ng o'pkaning pastki bo'lagida yallig'lanish bo'lganda:

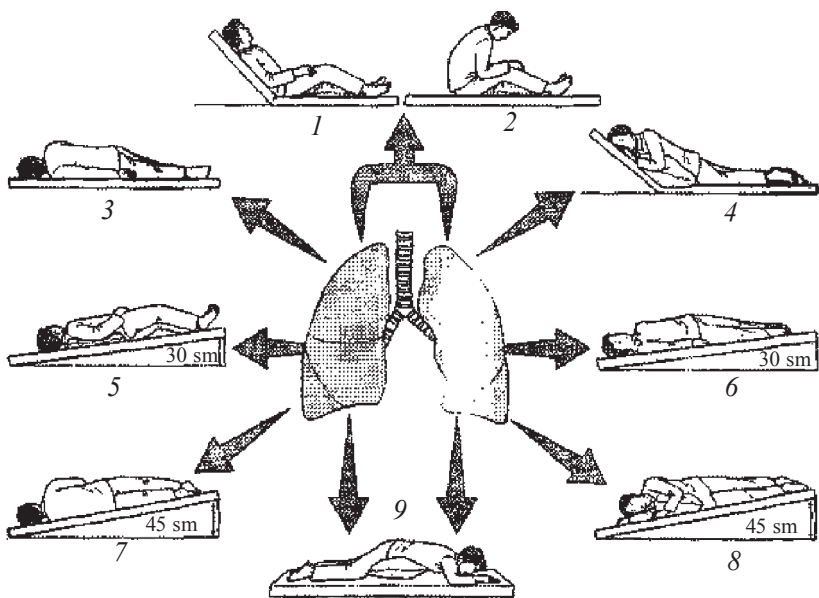
Bemor karavotda chap yoni bilan yotqiziladi, oyoq qismi 45 sm ko'tarilgan, o'ng qo'l oldinga tirsak bo'g'imidan bukilib, bemor vaziyatni saqlashi uchun yostiq qo'yiladi.

8. Chap o'pkaning pastki bo'lagida yallig'lanish bo'lganda:

Bemor o'ng yoni bilan yotqizilib, oyoq qismi 45 sm ko'tarilgan chap qo'l tirsak bo'g'imidan bukilib, bemor vaziyatni saqlash uchun yostiq qo'yiladi, chap oyoq biroz orqaga tashlangan holatda yotadi.

9. O'pka asosining orqa qismida yallig'lanish bo'lganda:

Bemor qorinda yotadi, qorin ostiga yostiq qo'yiladi, qo'llar yuqoriga ko'tarilib tirsak bo'g'imida bukilgan holatda bo'ladi.



10-rasm. O'pka??????????????

Balg'amni mikroblarga va antibiotiklarga sezuvchanligini tekshirish uchun olish

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. Quyidagilar tayyorlanadi: yo'llanma, spravka, gugurt, sterillangan idish (bakteriologik laboratoriyadan olinadi), antiseptik eritmalar (2% li kaliy permanganat, 1:5000 nisbatdagi furatsilin).
3. Bemorga tekshiruv maqsadi va muolaja qoidasi tushuntiriladi.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.
5. Bemordan og'iz bo'shlig'ini antiseptik eritma bilan chayqash so'raladi.
6. Bemor bronxlari drenaj qilinadi.
7. Bir qo'li bilan flakonnı ushlab, ikkinchi qo'l bilan qopqog'i ochiladi.

8. Bemordan idish chekkasiga lablarini tekkizmasdan idishga tuflash soʻraladi.

9. Shisha idishning ogʻzi, chekkalari va qopqogʻi yonayotgan (spra) spirtovka alangasida biroz ushlab turilib soʻng yopiladi.

10. Yollanma idishga yopishtiriladi (mahkamlanadi).

11. Balgʻamni idish bakteriologik laboratoriyaga olib boriladi.

12. Balgʻam tahlili 7–10 kundan soʻng laboratoriyadan olinib kasallik tarixiga yopishtirib qoʻyiladi.

Yoʻllanma namunasi

Mikroblarga va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash uchun
balgʻam _____

boʻlim _____ Palata № _____

Ismi, sharifi, otasining ismi _____

Yoshi _____, sana « ____ » _____ 200__y.

Hamshira imzosi _____

Ilova: Balgʻam ertalab, och qoringa yigʻiladi. Bronxlarni drenash qilish uchun bemor qulay vaziyatni egallashi kerak. Bemor bosh qismi pastroq holatda, tananing oyoq tomoni yuqoriroq qilib yotqiziladi. Hamshira bemor orqasini bosh tomon yoʻnalishida asta-sekin dukillatib turadi.

**TB laborator shakli balg'am topshirish
uchun yo'llanma**

Davolash muassasasi nomi: _____

Sana _____

Bemorning ismi, sharifi _____

Yoshi: _____

Jinsi:

E A

Manzili (to'liq) _____

Tuman: _____

Kasallik klassifikatsiyasi:

O'pka Noo'pka

Lokalizatsiya _____

Tekshiruv sababi:

Tashxis qo'yish Kimyoterapiya nazorati

Namunaning identifikatsion raqami: _____

Bemorni tuman region raqami: _____

Balg'am yig'ish sanasi _____

Tibbiyot xodimi imzosi: _____

Plevrani punksiya qilish

Plevra punksiyasi quyidagi hollarda qo'llaniladi:

1. Tashxis qo'yish maqsadida plevra ichidagi suyuqlikni tahlil qilish uchun.
2. Plevra bo'shlig'idan suyuqlikni olib tashlash va ko'rsatmalar bo'lsa dorilar yuborish uchun.

Harakat algoritmi:

1. Punksiya vaqtida bemor stulga yuzini uning suyanchig'iga qaratgan holda qo'llarini ko'krigida bir-biriga xoch ko'rinishida qo'ygan holatda o'tiradi.
2. Shifokor sterillangan qo'lqop kiyishi lozim.
3. Punksiya qilinayotgan sohaga antiseptik vosita bilan ishlov beriladi.
4. Suyuqlikni olib tashlash uchun oldindan perkussiya qilib maksimal to'mtoq tovush aniqlangan soha yettinchi yoki sakkizinchi qovurg'alar oralig'ida orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab punksiya qilinadi.
5. Belgilangan joy limon po'stlog'i ko'rinishida 0,5% novokain bilan og'riqsizlantiriladi. Undan so'ng teshilishi lozim bo'lgan soha terisi bo'ylab barcha to'qimalarga novokain yuboriladi.
6. Ignani qovurg'aning yuqori chegarasi bo'ylab sanchish lozim. Shunda uning pastki qismida joylashgan qovurg'alararo tomir va nervlar (11-rasm) shikastlanmaydi. Sinov punksiyasi uchun uchiga nisbatan yo'g'on va uzun nina kiydirilgan 10 ml shprintsdan foydalaniladi.
7. Shundan so'ng ninani bo'shliqqa tushganga qadar qovurg'alararo to'qimalar orqali oldinga harakatlantirish kerak.
8. Tashxislash maqsadida 50–150 ml plevra suyuqligi fizik-kimyoviy, sitologik va bakteriologik tekshirish uchun olinadi.

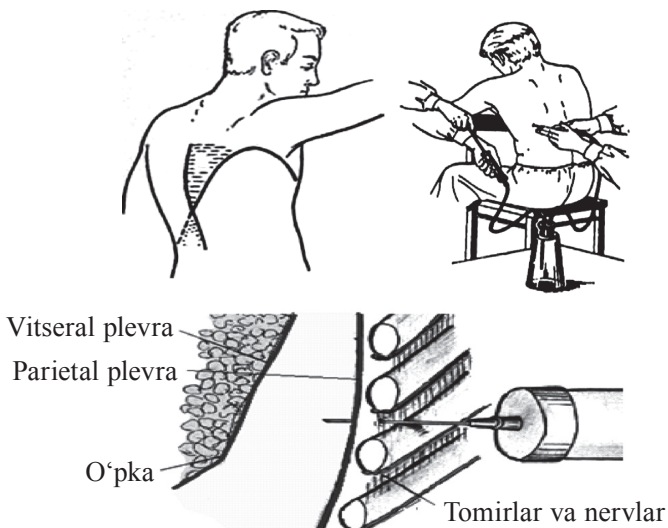
9. Plevra bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik yig'ilgan holda Poten apparati yoki elektrso'rg'ich yordamida uning 800–1200 ml davvo chorasi sifatida olib tashlanadi.
10. Suyuqlik olingandan so'ng nina olinadi va uning o'rniga ishlov beriladi.

Estda tuting!

Plevra bo'shlig'idan ko'p miqdorda suyuqlik olib tashlansa ko'ks oraliq'i a'zolari kasallangan tomonga siljishi va bemorda kollaps kuzatilishi mumkin. Nina olingandan so'ng uning o'rniga yodning 5% spirtli eritmasi bilan ishlov beriladi.

Plevra bo'shlig'idan suyuqlik tortib olinganidan so'ng, plevra bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish bemorning ahvoli yaxshilanishiga yordam beradi.

Hamshira bemorning pulsi va A/B ni o'lchaydi, keyin bemorni muolaja xonasiga olib boradi. O'tkazilgan muolajadan so'ng 2 soatgacha o'rinda yotish kerakligini ogohlantiradi. Kerak bo'lsa biomaterialni laboratoriyaga yuboradi.

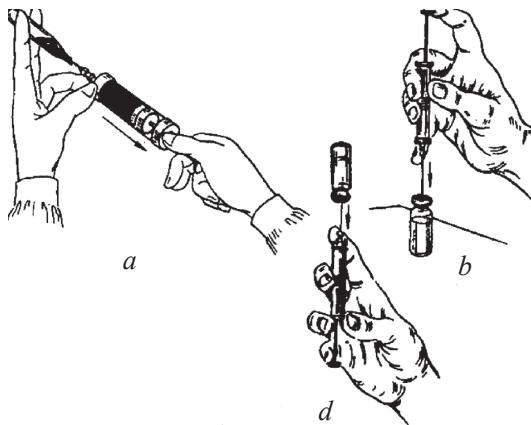


11-rasm. Plevranning punksiya texnikasi.

Bir martalik steril shpritsga ampula yoki flakondan dorini tortib olish

Harakat algoritmi:

1. Qoʻlni gigiyenik tozalang.
2. Bir martalik steril shpritsni oling, uning germetik butunligi va muddatini tekshiring.
3. Chap qoʻl bilan shpritsni porshenini tepa qilib ushlang.
4. Shpritsni porshen tomonidan oching.
5. Shpritsni upakovkasini oching va boshqa qoʻlingiz bilan igna tomonini tepa qilib, upakovkani stolga qoʻying.
6. Ignani porshenga birikkan joyidan tekshirib, mustahkamligiga ishonch hosil qiling.
7. Igna qopqogʻini oching va kerakli miqdordagi dorini shpritsga tortib oling.
8. Ignani qoʻlingiz bilan almashtiring.
9. Chap qoʻlingiz bilan shprits ignasini tepa qilib ushlang, koʻrsatkich barmogʻingiz bilan kanyulaga birikkan ignani bosing.
10. Oʻng qoʻlingiz bosh barmogʻi bilan porshenni bosing, havosini chiqaring, ignaning oʻtkazuvchanligini tekshiring.



12-rasm. Shpritsga ampula yoki flakondan dorini tortib olish:
a – ampula dorini tortib olish; b, d – flakondan dorini tortib olish.

Antibiotiklarni eritish va hisoblash

Kerakli jihoz va xomashyolar:

- Inyeksiya uchun barcha kerakli narsalar.
- Flakondagi antibiotiklar.
- Flakon yoki ampuladagi erituvchilar: 0,5% novokain eritmasi yoki 0,9% natriy xloreritmasi, inyeksiya uchun suv.

Harakat algoritmi:

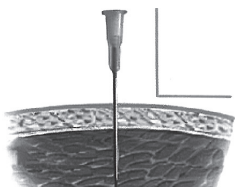
1. Qo'lingizni gigiyenik tozalang.
2. Flakonni ishlatishga tayyorlang (eritmali flakonga ochilgan sanani yozib imzo qo'ying, antiseptik eritmali sharchalar yordamida flakonning metall qo'p qo'g'ini va tepa 3/1 qismini arting. Metall qo'p qo'g'ini oching, yana antiseptik eritmali sharchalar yordamida flakonning rezinali qop qo'g'ini arting).
3. 10 mlli shprintsni tayyorlang.
4. Shprintsga 1 ml-ga 100000 TB antibiotik hisobida eritma tortib oling (masalan, 500000 TB antibiotikka 5 ml eritma, 1000000 TB antibiotikka 10 ml eritma) yoki 1 ml 200000 TB antibiotik (masalan, 500 000 TB antibiotikka 5 ml eritma, 1000000 TB antibiotikka 10 ml eritma).
5. Flakondagi antibiotikka eritmani aralashtiring.
6. Ignadan shprintsni olib, ignaga teginmasdan, to antibiotik to'liq eriguncha flakonni bir necha marta chayqating.
7. Keyin ignani shprintsga ulab, kerakli miqdordagi antibiotikni tortib oling. Masalan, 500000 TB buyurilgan bo'lsa, 1:100000 TB eritilgandan 5 ml antibiotikni shprintsga tortib olinadi, 1:200000 TB eritilgandan esa 2,5 ml antibiotikni shprintsga tortib olinadi
8. Inyeksiya qilishdan oldin, ignani almashtiring, havosini chiqaring, ignaning o'tkazuvchanligini tekshiring.
9. Shifokor ko'rsatmasiga binoan antibiotikni yuboring.

Muskul orasiga inyeksiya qilish

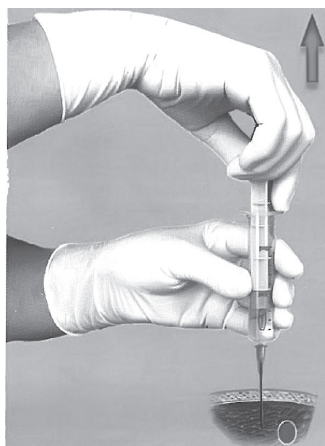
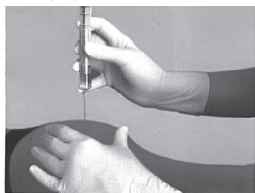
Kerakli jihozlar: shprits 5,0, steril paxta sharchalari, 70% li etil spirti, kesuvchi vosita, dori moddasi, qo'لقop, zararsizlantiruvchi eritma.

Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. 5–10 ml li shprits, 40–50 mm li igna, dori moddasi, steril paxta sharchasi, 70% li spirt tayyorlanadi.
3. Dori moddasi dozasi tekshiriladi.
4. Shifokor ko'rsatmasi o'qiladi.
5. Shprits yig'iladi.
6. Dori moddasi shpritsga tortiladi.
7. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
8. Inyeksiya qilinadigan soha aniqlanadi.
9. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
10. Qo'لقop kiyiladi.
11. Inyeksiya qilinadigan soha spirt bilan 2 marta artiladi.
12. Shprits o'ng qo'lga olinadi va 5-barmoq bilan shprits mufti, 2-barmoq bilan shprits porsheni, 1, 3, 4-barmoqlar bilan shprits silindri ushlanadi.
13. Inyeksiya qilinadigan soha chap qo'l bilan siqiladi yoki tortiladi.
14. Ignani 90° burchak ostida tezda kiritiladi.
15. Tortilgan yoki siqilgan soha qo'yib yuboriladi va porshen itarilib dori moddasi yuboriladi.
16. Igna sanchilgan joyga spirtli paxta qo'yiladi va igna tezda tortib olinadi.
17. Inyeksiya qilingan joy asta-sekin uqalanadi (massaj qilinadi).
18. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
19. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
20. Qo'لقop yechiladi va zararsizlantiriladi.
21. Muolaja bajarilganligi haqidagi belgi muolaja varaqasiga belgilanadi.
22. 20–25 daqiqadan so'ng bemorning hol-ahvoli so'raladi.

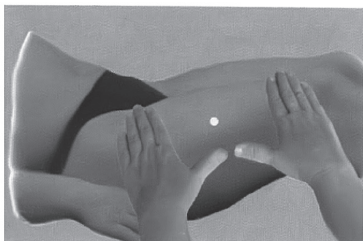


Shprits va ignani to'g'ri joylashritish

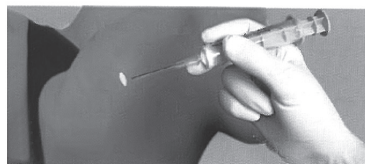


Ignani sanchigach porshenini tortib ko'rish

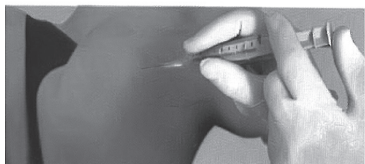
Ko'yimichga inyeksiya qilish sohasini aniqlash



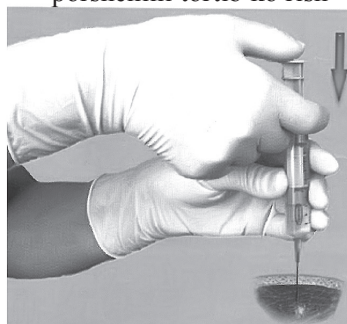
Son sohasida inyeksiya o'rnini aniqlash



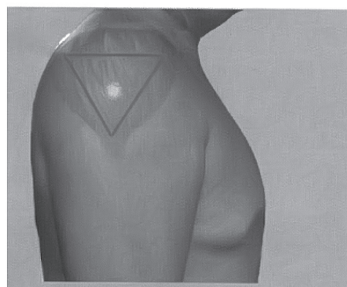
Igna va shpritsni to'g'ri joylashtirish



Dori moddasini jo'natish



Dori moddasini jo'natish



Deltasimon mushakda inyeksiya sohasini aniqlash

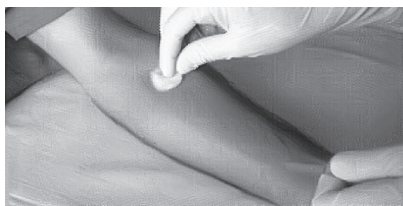
13-rasm. Mushak orasi inyeksiyalari.

Teri orasiga inyeksiya qilish

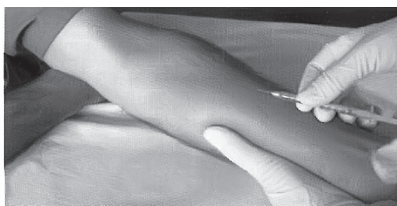
Kerakli jihozlar: shprits 1,0, steril paxta sharchalari, 70% li etil spirti, kesuvchi vosita, dori moddasi, qo'لقop, zararsizlantiruvchi eritma.

Harakat algoritmi:

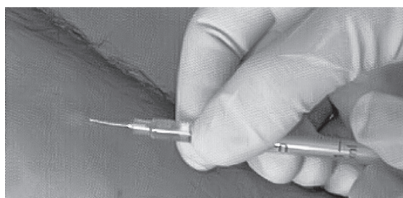
1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. 1,0 ml li shprits, 10–15 mm li igna, dori moddalari, steril paxta sharcha, 70% li spirt tayyorlanadi.
3. Buyurilgan dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
4. Qo'لقop kiyiladi.
5. Shprits yig'iladi.
6. Shpritsga kerakli miqdordagi dori moddasi tortib olinadi.
7. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
8. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
9. Inyeksiya qilinadigan soha zararsizlantiriladi.
10. 70% li spirt bilan inyeksiya qilinadigan soha 2 marta artiladi.
11. Chap qo'l bilan inyeksiya qilinadigan soha tortiladi.
12. O'ng qo'l bilan shprits olinadi, ko'rsatkich barmoq bilan shprits muftasi ushlanadi.
13. Igna kerakli sohaga kiritiladi.
14. Shprits porsheni itariladi va dori moddasi yuboriladi.
15. Spirtga ho'llangan paxta bilan inyeksiya qilingan joyga, igna sanchilgan joyga qo'yiladi va igna tortib olinadi.
16. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
17. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
18. Qo'لقop yechiladi va zararsizlantiriladi.
19. Inyeksiya qilinganlik haqida bemorning kasallik tarixiga belgilab qo'yiladi.



Inyeksiya sohasini spirt bilan atrish



Ignani teri orasiga kiritish



Dori moddasini teri orasiga jo'natish



Dori moddasi hosil qilgan do'mboqcha



Inyeksiya sohasini spirt bilan artish

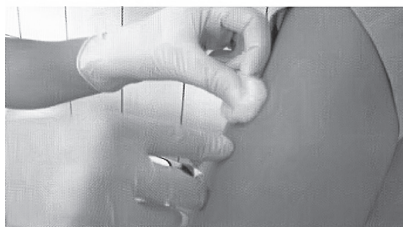
Teri osti inyeksiyalari



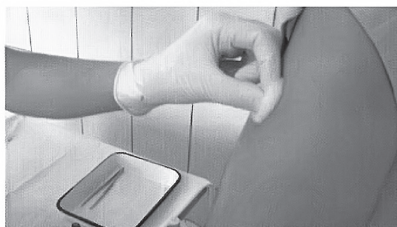
Igna teri ostiga kiritish



Dori moddasini teri ostiga jo'natish



Ignani chiqarish olish



Inyeksiya o'rniga spirt shimdirilgan paxta qo'yish

14-rasm. Teri orasi inyeksiyalari.

Teri ostiga inyeksiya qilish

Kerakli jihozlar: shprits 1,0, steril paxta sharchalari, 70% li etil spirti, kesuvchi vosita, dori moddasi, qo‘lqop, zararsizlantiruvchi eritma.

Harakat algoritmi:

1. Qo‘l yuviladi va quritiladi.
2. Tayyorlanadi: igna, shprits, dori moddasi, steril paxta sharchalari, 70% li spirt.
3. Dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
4. Shifokor ko‘rsatmasi o‘qiladi.
5. Qo‘lqop kiyiladi va shprits yig‘iladi.
6. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
7. Inyeksiya uchun kerakli soha aniqlanadi.
8. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
9. Inyeksiya qilinadigan soha spirt bilan 2 marta artiladi.
10. Shprits o‘ng qo‘l bilan olinadi, chap qo‘l bilan inyeksiya qilinadigan soha siqiladi.
11. Tezlik bilan igna 45° burchak ostida ignani 2/3 qismi kiritiladi.
12. Siqilgan soha qo‘yib yuboriladi va asta-sekin shprits porsheni itarilib, dori moddasi yuboriladi.
13. Igna sanchilgan joyga spirtida ho‘llangan paxta qo‘yiladi va tezda igna tortib olinadi.
14. Shprits zararsizlantiriladi.
15. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
16. Qo‘l zararsizlantiriladi.
17. Muolaja bajarganligi haqida belgilab qo‘yiladi.

Venaga dori moddalarini yuborish texnikasi

Kerakli jihozlar: shprits 1,0, steril paxta sharchalari, 70% li etil spirti, kesuvchi vosita, dori moddasi, qo‘lqop, zararsizlantiruvchi eritma.

Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi, quritiladi va qo'lqop kiyiladi.
2. 10–20 ml li shprits, 40 mm uzunlikdagi va diametri 0,8–1,1 mm li igna, dori moddasi, steril paxta sharchalari, 70% li spirt, salfetka, yostiqcha tayyorlanadi.
3. Shifokor ko'rsatmasi, dori moddasi va dozasi aniqlanadi.
4. Shprits yig'iladi.
5. Shpritsga kerakli miqdordagi dori moddasi tortiladi.
6. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
7. Bemorga qulay sharoit yaratiladi (o'tirgan yoki yotgan holat).
8. Inyeksiya qilinadigan soha aniqlanadi.
9. Venopunksiya o'tkaziladigan soha kiyimdan bo'shatiladi.
10. Inyeksiya qilinadigan sohadan 4–5 sm yuqoridan jgut bog'lanadi.

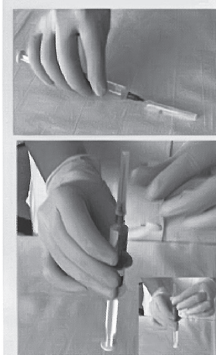
Eslatma: Jgut teri ustidan bog'lanmaydi.

1. Jgut qo'yilgandan so'ng puls aniqlanadi va vena aniqlanadi.
2. Inyeksiya qilinadigan soha 2 marta spirt bilan artiladi.
3. Shprits o'ng qo'l bilan olinadi, ko'rsatkich barmoq bilan shprits porsheni ushlanadi.
4. Chap qo'l bilan vena paypaslanadi.
5. Shprits va igna venaga yo'naltiriladi.
6. Igna 30° li burchak ostida teri ostiga kirgiziladi va asta-sekin igna uchi venaga kirgiziladi.
7. Venaga to'g'ri tushganlik tekshiriladi.
8. Shprits porsheni tortib ko'riladi, agar shprits ichida qon paydo bo'lsa, venaga to'g'ri tushgan hisoblanadi.
9. Chap qo'l bilan jgut yechiladi.
10. Igna venada ekanligi shprits porsheni tortib yana tekshiriladi.
11. Shprits porsheni asta-sekin itariladi va dori moddasi yuboriladi.
12. Igna kirgizilgan joyga spirtli paxta qo'yiladi va shprits tezda tortib olinadi.

tirsak buklami va bilak venalari



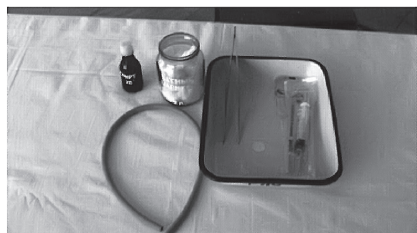
bir qo'l usuli



kaft va bilak venalar

to'piq venalar

Vena ichi inyeksiyalari



kerakli anjomlar



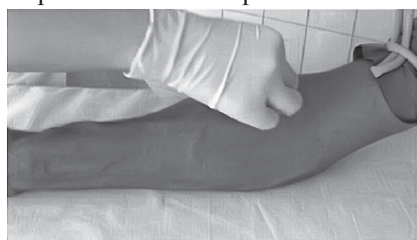
jgut qo'yish



pinset bilan steril paxtani olish



paxtaga spirt shimdirish



tirsak buklami va bilak venalari

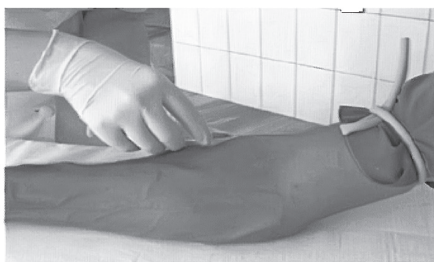


ignaning qopqog'ini ochish

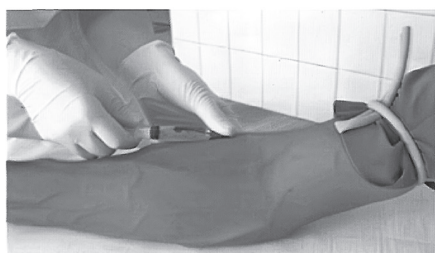
15-rasm. Qol va oyoq venalari.



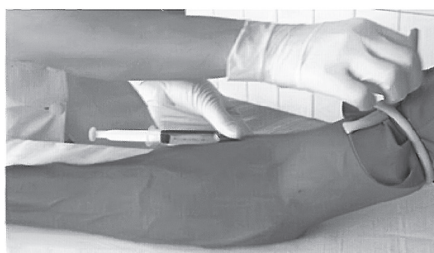
Havo bo'lsa chiqarib tashlash



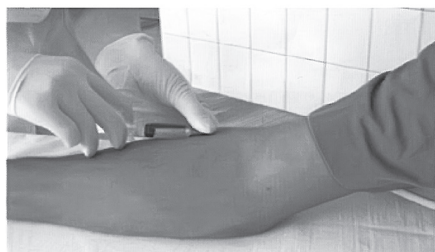
Vena punksiyasi



Shprits porshenini ortga tortib ko'rish



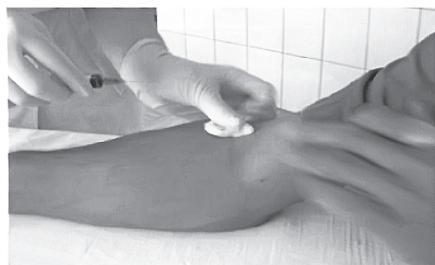
Ignani bo'shatish



Dori moddasini jo'natish



Shpritsni chiqarib olish



Inyeksiya o'rniga spirtli paxta qo'yish



16-rasm. Vena ichi inyeksiyalari.

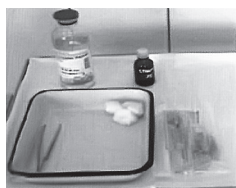
13. Inyeksiya qilingan joyga qattiq antiseptik bog‘lam qo‘yiladi.
14. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
15. Ishlatilgan asboblarni zararsizlantiriladi.
16. Qo‘lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
17. Muolaja bajarilganligi belgilab qo‘yiladi.
18. 20–25 daqiqadan so‘ng bemordan hol-ahvol so‘raladi.

Tomchilatib dori moddasini yuborish uchun sistemani tayyorlash va yig‘ish

Kerakli jihozlar: sistema, flakonda dori moddasi, 70% li spirt, steril paxta sharchalar, lotok, shtativ, pinset, qisqich, tibbiy rezina, leykoplastir, qaychi.

Harakat algoritmi:

1. Qo‘l yuviladi, quritiladi va qo‘lqop kiyiladi.
2. Sistema, flakonda dori moddasi, 70% li spirt, steril paxta sharchalar, lotok pinset, qisqich, qaychi, shtativ, tibbiy rezina, leykoplastir tayyorlanadi.
3. Shifokor ko‘rsatmasi, dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
4. Pinset yoki qisqich yordamida flakon ochiladi.
5. Flakon qopqog‘i spirt bilan zararsizlantiriladi.
6. Tampon flakon qopqog‘ida qoldiriladi.
7. Qaychi yordamida paket ochiladi.
8. Paketdan havo o‘tkazgich chiqariladi.
9. Havo o‘tkazgich flakonga kiritiladi.
10. Havo o‘tkazgichning bo‘sh uchi rezina bilan mahkamlanadi.
11. Tayyorlangan igna flakonga kiritiladi.
12. Qisqich bilan berkitiladi.
13. Flakon shtativ o‘rnatiladi.
14. Dori moddasi bilan filtr yarmigacha to‘ldiriladi.
15. Igna qopqog‘i ochiladi va pastga engashtiriladi.



kerak anjomlar



flakonning pinset bilan ochish



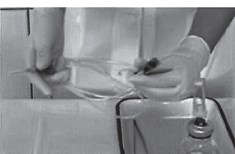
rezina spirt bilan ochish



sistema paketini ochish



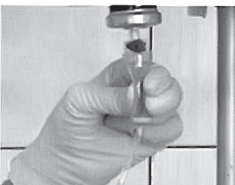
sistemaning proksimal uchi bilan flakon tikini teshish



ro'likni qisqichini berkitish



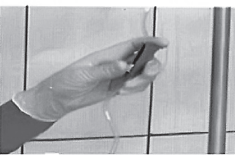
flakoni to'ntarish va shtativga oshish



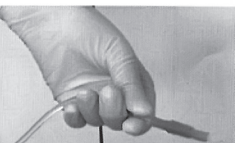
sistema filtrini bosib, yarmigacha eritmaga eritmaga to'ldirish



sistema havo o'tkazgichini ochish



rolik qisqichini ochish

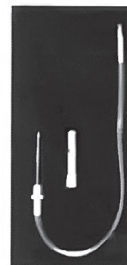


sistemaning distal qismi

sistamani eritmaga to'ldirish



shtativ



sistema

17-rasm. Sistema tayyorlash.

16. Qisqich asta-sekin ochiladi va dori moddasi tushadi.
17. Dori moddasini yuborish tezligi aniqlanadi.
18. Qisqich yordamida qisiladi.
19. Ignaga qopqoq kiygiziladi va shtativga ilib qo'yiladi.
20. 3 ta leykoplastir bo'lakchasi tayyorlanadi va shtativga yopishtirib qo'yiladi.
21. Lotokda steril paxta sharchasi va spirt tayyorlab qo'yiladi.

Bioximik tekshiruv uchun venadan qon olish

Kerakli jihozlar: shprits, sterilizator, spirt, paxta, suyuq sovun, o'ramli salfetka, iliq suv, rezinali jgut, yostiqcha, yuvuvchi eritma, probirkalar, shtativ, yo'llanma.

Harakat algoritmi:

1. Hamshira qo'lini iliq suvda sovunlab, chyotka yordamida yuvadi.
2. Shprits va ignalar tayyorlab olinadi.
3. Shtativda probirkalarni va kerakli narsalarni olib kelib, bemor karavoti yoniga qulay joylashtiriladi.
4. Bemorni umumiy ahvoliga qarab qulay vaziyatda stolga o'tqaziladi yoki karavotiga yotqiziladi.
5. Bemorni qo'li kafti yuqoriga qaragan holda tirsak bog'imi maksimal yozilgan bo'ladi.
6. Tirsak bo'g'imi ostidan buklangan sochiq yoki yostiqcha qo'yiladi.
7. Bemorning tirsak bo'g'imi yuqoridan rezina jgut bog'lanadi.
8. Bemordan qo'lni mushtlab 2–3 marta qaytarish so'raladi.
9. O'ng qo'lingiz barmoqlari uchi bilan bemorning bilagi ustidan pastdan yuqoriga qaratib silaysiz.
10. Qo'lingizni 2–3 barmoqlari yordamida tirsak zonasini paypaslab ko'rasiz, ustini spirt bilan artasiz.
11. Oldindan tayyorlab qo'yilgan bo'sh shpritsni ignasi bilan o'ng qo'lingizga olasiz.

12. Shpritsni 30° gradusli burchak ostida o'ng qo'lda ushlab bemorning terisi teshiladi (igna 1–2 sm kiradi).
13. Teshilgan teridan sal yuqorida vena devoriga igna 3–4–5 sm kiritiladi.
14. O'ng qo'lingizdagi shprits va ignalarni qimirlatmasdan chap qo'lingiz bilan porshenni tortasiz. Shifokor ko'rsatmasiga qarab kerakli miqdorda tortib olasiz.
15. Chap qo'l bilan rezina jguti ochiladi.
16. Spirtli paxta igna kiritilgan joyga bosilib, igna shprits bilan sekin sug'urib olinadi.
17. Bemor 2–3 minut davomida tirsak bo'g'ini bukilgan holda turishi kerak.
18. Shpritsdagi qon toza steril probirkaga asta-sekin yuboriladi.
19. Shprits ignalari bilan qismlarga ajratilib, 1 soat dezinfeksiyalangan eritmaga solinadi.
20. Probirkaga yo'llanma to'ldirilib laboratoriyaga jo'natiladi.

Gemoglobin miqdorini aniqlash

Kerakli jihozlar: Sali gemometri, skarifikator, xlorid kislotasining 3% li eritmasi, distillangan suv, spirt, paxta.

Harakat algoritmi:

1. Gemometrning darajalarga bo'lingan probirkasining belgisigacha 3% xlorid kislotaning desinormal eritmasidan quyiladi.
2. Pipetka bilan aniq 20 mm qon olinadi va uni probirkadagi eritma tubiga asta-sekin puflab tushiriladi.
3. Pipetkani probirkadan olmay turib eritma aralashmasini bir necha marta surib qaytadan probirkaga tushiriladi.
4. Aralashma 5–10 minut qo'yib qo'yiladi.
5. 5–10 minutdan keyin tekshirilayotgan suyuqlik rangi standart eritmalar rangi bilan bir xil bo'lguncha distillangan suvdan tomchilab qo'shiladi va aralashtirib turiladi.

6. Probirkadagi eritmaning balandligi shkalaning darajasi bo'yicha belgilanadi, olingan natija 10 ga ko'paytiriladi.
7. Bu raqam tekshirilayotgan qondagi gemoglobin miqdorini grammlarda ko'rsatib beradi

ECHT (eritrositlarni cho'kish tezligi)ni aniqlash

Kerakli jihozlar: panchenkov asbobi (shtativ), soat oynasi, skarifikator, natriy sitratning 5% li eritmasi, spirt, paxta.

Harakat algoritmi:

1. Panchenkov kapillyari natriy sitratning 5% li eritmasi bilan chayiladi, so'ngra 50 (P) belgisigacha natriy sitrat so'rib olinadi va soat oynasiga puflab tushiriladi.
2. Shu kapillyarning o'zi bilan 0(K) belgisigacha ikkinchi marta qon olinadi. Qonni soat oynasiga puflab tushirib natriy sitrat bilan aralastiriladi.
3. Hosil qilingan kapillyardagi sitratli qon va shtativda tik holatda joylashtiriladi.
4. Bir soatdan keyin eritrotsitlar necha millimetrga cho'kkanligi aniqlanadi.

Qon ivuvchanligini aniqlash

Kerakli jihozlar: spirt, paxta, skarifikator, soat, buyum oynasi, ingichka shisha tayoqcha.

Harakat algoritmi:

1. Bemorning 3–4 barmog'iga steril igna sanchilib, chiqqan birinchi qon tomchisi artib tashlanadi.
2. Keyingi 8–10 tomchi qon iliq buyum oynasiga olinadi.
3. Har 30 sekundda shu qon ingichka shisha tayoqcha bilan ohista ko'tarib ko'riladi.
4. Bunda fibrin iplari paydo bo'lib, qon ivishi boshlanadigan paytdan to u fibrin laxta bo'lib, to'la cho'kib tushadigan vaqt qayd qilinadi.

Shu tariqa qon ivish vaqti aniqlanadi. Masalan: soat 8 minut 10 sekund boshlanishi, 13 minut 10 sekund tugash vaqti bo'ladi.

Skarifikatsion teri allergologik testni qo'yish

Kerakli jihozlar: 70% li spirt, allergen, shprints, natriy xlorning izotonik eritmasi, skarifikator.

Harakat algoritmi:

1. Sinama bilakning kaft qismiga qo'yiladi.
2. Teri yuzasi 70% li spirt bilan artiladi, teri yuzasiga maxsus tayyorlangan 4 steril allergendan har birining orasi 3–4 sm dan qilib (2,5 sm dan kam bo'lmasligi kerak) tomchilab surtiladi.
3. Allergenlar rezina qopqoq bilan berkitilgan flakonlarda olinadi (har qaysi allergen uchun alohida shprints qo'llaniladi).
4. Har qaysi allergen tomchisi surtilgan teri yuzasi alohida-alohida skarifikator yordamida uzunligi 0,5 sm uzunlikda qon tomirlarga zarar yetkazilmagan holda ikkitadan tirnab chiqiladi.
5. Manfiy nazorat sifatida natriy xlorning izotonik eritmasidan foydalaniladi. Sinama 15–20 min dan keyin baholanadi.
6. Skarifikatsion sinamani bahosi.
7. Teri yuzasidagi shishsiz giperemiya – shubhali reaksiya (+).
8. Skarifikatsiya sohasida teri taranglashtirilganda aniqlanadigan shish – kuchsiz musbat reaksiya (+).
9. Terida terini taranglashtirmagan holda shishning aniqlanishi – musbat reaksiya (++).
10. 10 mm gacha aniq shishning bo'lishi – sezilarli musbat reaksiya (+++).
11. 10 mm dan katta shishning bo'lishi – sezilarli musbat reaksiya (++++).

Teri ichiga allergologik test qo'yish texnikasi

Kerakli jihozlar: allergen, tuberkulin shprintslaridan, 70% li spirt.

Harakat algoritmi:

1. Allergen teriga yuboriladi.

2. Teri ichi sinamasi juda ham sezgir, ammo uncha o'ziga xos emas. Teri ichi sinamasini qo'yishda mahalliy va umumiy allergologik reaksiya asoratlari kuzatilishi mumkin.
3. Teri ichi sinamasini qo'yishda tuberkulin shprintslaridan foydalaniladi.
4. Har qaysi allergen uchun alohida shprints va igna bo'lishi kerak. Bilakning ichki teri yuzasi 70% li spirt bilan artiladi.
5. Ignaning kesik tomoni yuqoriga qilib epidermisning yuqorigi qatlamiga kiritiladi.
6. Allergen to'g'ri yuborilganda teri yuzasida 15–20 min da so'rilib ketadigan oq do'mboqcha (infiltrat) paydo bo'ladi, albatta bir vaqtning o'zida test nazorat suyuqligi (natriy xlor izotonik eritmasi)ni qo'llash kerak.

Teri ichi testi

Kerakli jihozlar: 70% li spirt, doka, selofan qog'ozi, leykoplastir, natriy xlorning izotonik eritmasi.

Harakat algoritmi:

1. Teri testlarini qo'yish uchun teri yuzasi buzilmagan dermatidlarda, bilakning ichki yuzasiga, bel yoki qorin sohasiga quyiladi.
2. Teri 70% li spirt bilan artiladi, teri qurishi bilan ana shu sohaga 1 sm 2 o'lchamda tekshirilayotgan eritmada shimdirilgan doka qo'yiladi.
3. Ustidan kattaroq selofan qog'ozi qo'yilib, leykoplastirlar bilan chekkalari yopishtirib chiqiladi, doka chetlaridan chiqib qolmasligi lozim (dokani tez qurib qolishidan saqlash kerak).
4. Bir vaqtning o'zida taqqoslash uchun natriy xlorning izotonik eritmasi ham qo'llaniladi.
5. Applikasiya sinamasi natijalari 20 min, 5–6 soat, 1–2 sutkadan keyin kuzatiladi va baholanadi.

6. Tekshirilayotgan bemorda qichishish yoki achishish paydo bo'lishi bilan doka olib tashlanib, tekshirilayotgan eritma qo'ldig'i teri yuzasidan spirt yoki efir bilan artib tashlanadi.

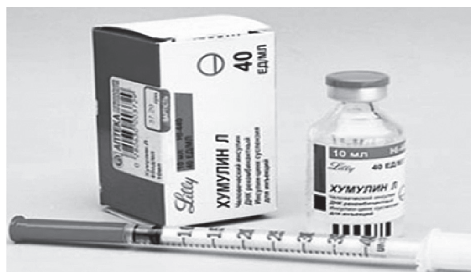
Applikatsion testni baholash

1. Eritema bo'lishi – kuchsiz musbat reaksiya (+).
2. Eritema va shish bo'lishi – o'rta darajadagi musbat reaksiya (++)
3. Eritema, shish, va katta bo'lmagan vezikulyatsiya – musbat reaksiya (+++).
4. Eritema, shish, sezilarli vezikulyatsiya, ayrim hollarda yarachalar paydo bo'lishi – sezilarli musbat reaksiya (++++).
5. Antigistamin moddalarini qabul qilish test natijalariga ta'sir qilmaydi.

Eslatma. Agar teri qichishi, kuyishi paydo bo'lsa, marlini olish kerak va teri sohasini spirt va efir bilan artish kerak.

Insulinga ehtiyojni hisoblash

1. Bemorning tana vazni o'lchanadi.
2. Tana vazni insulinning o'rtacha dozasiga ko'paytiriladi (0,5–0,6 TB/kg).
3. Insulin dozasi 70% ertalab, 30% kechga beriladi.



Insulinni shpritsga yig'ish

Kerakli jihozlar: insulinli flakon, insulin shpritsi va spirtga botirilgan paxta.

Harakat algoritmi:

1. Qo'llarni albatta yuvish kerak.
2. «Xira» insulinni yengil harakatlar bilan aralashtiriladi, lekin silkitilmaydi.
3. Flakonning rezinali qismini spirt bilan artish.
4. Shpritsga qancha insulin tortish kerak bo'lsa, shuncha havo tortiladi (bunda insulinni shpritsga yig'ish osonlashadi).
5. Flakonga ignani sanchib, yig'ilgan havo chiqariladi.
6. Flakonni teppaga ko'tarib, kerakli dozada insulin yig'iladi. Keragidan 3–4 birlik ko'p yig'iladi.
7. Agar yig'ilgan eritmada havo pufakchalari yo'q bo'lsa, porshenni kerakli dozani belgisigacha suriladi.
8. Agar pufakchalar bo'lsa porshenga barmoqlar bilan asta sekin urib havo eritmaning yoqori qismiga chiqariladi va porshenni kerakli belgisigacha surib chiqarib yuboriladi.
9. Flakondan ignani chiqarib, insulin yuborilguncha igna hech qayerga tegib ketmasligini ta'minlash kerak.

Bitta shpritsda insulin aralashtirish

Agar siz tez va uzoq ta'sir qiluvchi insulinni aralashtirmoqchi bo'lsangiz ularni bitta shpritsga yig'ish va bir vaqtning o'zida yuborish mumkin.

Masalan: sizga nonushtadan oldin 8 birlik Aktrapid va 12 birlik Protafan yuborish kerak.

Buning uchun qo'llar yuviladi, so'ng 2 ta flakonni, spirtli paxtani, shpritsni olib, flakonlarni rezinasini spirtli paxta bilan artib, quyidagilar amalga oshiriladi:

1. 12 birlik hajmida shpritsga havo yig‘iladi (ya’ni uzoq ta’sir qiluvchi insulin hajmida) va bu havoni Protafanli flakonga yuboring.
2. Shpritsga insulin yig‘masdan ignani flakondan chiqaring.
3. Endi shpritsga 8 birlik hajmida havo yiging (ya’ni qisqa ta’sir qiluvchi insulin hajmida) va bu havoni Aktrapidli flakoniga yuboriladi. So‘ng igna flakondan chiqariladi.
4. Protafanli flakonga shprits igna sanchiladi.
5. Flakon teppaga ko‘tariladi va igna flakon ichida turganligiga ishonch hosil qilish kerak.
6. Protafan asta-sekin yig‘iladi.
7. Porshen 20 birligigacha tortiladi (8+12).
8. Bundan so‘ng kerakli doza yig‘ilgach ignani flakondan chiqariladi va inyeksiyagacha igna hech qayerga tegib ketmasligi kerak.
9. Diqqat: hamma insulinlarni ham aralashtirish mumkin emas, shuning uchun shifokor bilan maslahatlashish zarur.

Insulinni hisoblab jadvali

16 TB – 0,4 ml	40 TB – 1,0 ml
12 TB – 0,3 ml	36 TB – 0,9 ml
8 TB – 0,2 ml	32 TB – 0,8 ml
4 TB – 0,1 ml	28 TB – 0,7 ml
2 TB – 0,05 ml	24 TB – 0,6 ml
1 TB – 0,025 ml	20 TB – 0,5 ml

Inyeksiya qayerga qilinadi?

Insulin teri osti to‘qimasiga, ya’ni mushak bilan yo‘g to‘qimasi orasiga yuboriladi. Teri osti qavati tananing barcha joylarida mavjud. Shunday sohalar borki ularga tez-tez inyeksiya qilish xavfsiz va qulaydir.

Insulin yuboriladigan sohalari:

- yelkaning yon va orqa qismiga;
- sonning oldi va yon qismiga;
- dumbaning yuqori – yon qismiga;
- qoringa (kindik atrofi sohasida).



Insulin yuborish tartibi

1. Inyeksiya joyini tanlab, spirtli tampon bilan shu soha terisi artiladi. 5–10 daqiqadan soʻng spirt uchib ketadi.
2. Insulin yigʻilgan shpritsni oldin qilinadigan sohani bosh qoʻl bilan burmaga yigʻib, 45–60° burchak ostida ignani teriga oxirigacha kiritiladi.
3. Terini qoʻyib yuborib porshenni bosning. Bu vaqtda ikkinchi qoʻl shpritsni asosiy qismini ushlab turadi.
4. Teridan ignani chiqarib, paxta tampon bilan bir necha daqiqa bosib turiladi.
5. Inyeksiya joyini massaj qilish mumkin emas.

Tananing bir joyiga bir necha inyeksiyani ketma-ket qilish mumkin emas. Har bir insulin inyeksiyasi qilinadigan joyni tez-tez almashtirib turish va oxirgi qilingan inyeksiya bilan yangi qilingan inyeksiyaning orasida 3 ta barmoq hajmida masofa qolishi kerakligini unutmaslik kerak. Bu insulin bir xilda soʻrilishi uchun zarur. Bundan tashqari insulinni bir joyga ketma-ket qilish natijasida teri osti toʻqimasi shikastlanishi mumkin.

Shprits-ruchka haqida qisqacha maʼlumot

Bu qulay qurilma boʻlib, insulin, shprits va igna hajmidagi tizimni namoyon qiladi. Shprits ichiga 150 yoki 300 birlik insulin hajmidagi ballonchik oʻrnatilgan (100 birlik – 1 ml konsentratsiyasi hisobida).

«Penfil»dagi insulin bir necha kun qoʻllashga yetadi, soʻng undagi ballonchikni yangisiga almashtiriladi. Shprits-ruchkaga oʻrnatilgan ballonchik muzlatgichda saqlanishiga hojat yoq.

Shpirts-ruchkani bemor o'zi bilan maktabga, mehmonga va bo'shqa joylarga olib borishi mumkin.

Siydik tarkibidagi qand miqdorini aniqlash

Kerakli jihozlar: toza banka, yo'llanma, tibbiy hujjatlar, glyukotest qog'oz.

Harakat algoritmi:

1. Siydikni analizga olishdan 1 kun oldin bemorga siydik yig'ish qoidalarni o'rgatiladi.
2. Ertalab bemor tagini yuvib, siydigini dastlabki qismini tuvakka siyib tashlaydi.
3. Siydikni toza bankaga 10 ml yig'iladi.
4. Bankaga yo'llanma yozilib laboratoriyaga jo'natiladi

Olingan siydikka ekspress usuli yordamida glyukotest qog'ozlari botiriladi va agarda indikator qog'ozning rangi o'zgarsa siydik tarkibida qand borligi aniqlanadi. Maxsus shkalalar yordamida siydik tarkibida necha % qand borligi aniqlanadi. Olingan ma'lumot bemor yo'llanmasiga yoziladi. Analiz javobi olib kelinib, bemorning tibbiy hujjat 003 formasiga yopishtirib qo'yiladi.

Eslatma:

1. Siydik bemor dorilar qabul qilmasdan oldin yig'iladi. Siydik bemor kasalxonaga kelgan kuni va har 6–8 kunda qayta olinadi.
2. Bemorlarning hayz ko'rgan paytlarida siydik kateter yordamida olinadi.
3. Umumiy siydik analizidan qand, oqsil miqdori aniqlanadi.

Ekspress usulida siydikdagi glukoza va atsetonni test-tayoqchasi yordamida aniqlash

1. Bemor bankaga siydigini yig'adi, siydik aralashtiriladi.
2. Indikator tayoqcha flakondan olinadi va bankaga indikator sohasi butunlay botgunicha tushiriladi.

3. Tayoqchadagi ranglarni baholash shkalasi bilan solishtiriladi.

Me'dani rentgenologik tekshiruvga tayyorlash

Ko'rsatmalar: me'da kasalliklarida diagnostika qilish maqsadida.

Mo'neliklar: me'da yarasidan qon ketish, kontrast moddaga bemorlarda allergiya bo'lsa.

Harakat algoritmi:

1. Bemor bilan kommunikativ aloqa o'tnatib, muolaja mohiyati va maqsadini tushuntiring va uning roziligini oling.
2. Muolajani o'tkazishga moneliklar yo'qligini aniqlang.
3. Bemorni tekshiruvga 2–3 kun avval tayyorlang, buning uchun ovqatlanish ratsionidan gaz hosil qiluvchi mahsulotlarni olib tashlang.
4. Tekshiruvdan 1 kun oldin kechki ovqatni soat 20.00 gacha yeyishi kerak.
5. Tekshiruvdan 1 kun oldin kechqurun va tekshiruvdan 2 soat oldin tozalovchi huqna o'tkazing.
6. Tekshiruv och qoringa nahorda o'tkaziladi.
7. Tekshiruv xonasiga bemorni yo'llanma va kasallik tarixi bilan kuzatib boring.
8. Rentgenologik xonada bemorga kontrast modda shifokor buyurgan dozada ichiriladi (150–200,0 ml).
9. Rentgenologik tekshiruvni shifokor bajaradi.

Asoratlari: Kontrast moddaga bemorda sezuvchanlik yuqori bo'lsa, allergik reaksiya yuzaga keladi.

Eslatma:

1. Bariy sulfat eritmasi quyidagicha tayyorlanadi: 100 gr bariy sulfatga 150 gr qaynagan suv qo'shib aralashtirib ichiriladi.

2. Tekshiruvdan 1 kun oldin va tekshiruv kuni surgi dorilar berilmaydi, chunki ular qorinni dam qiladi.
3. Agar me'dada ko'p miqdorda shilimshiqlar bo'lsa, uni bir necha kungacha yuviladi.
4. Gazlar miqdori ko'p bo'lsa, gaz haydovchi naycha qo'yiladi.

Duodenal zondlash

Kerakli jihozlar: duodenal zond uzunligi 1,5 metr, 0,1% atropin eritmasi 20,0 gr shprints, sorbit yoki kselit, isitgich, iliq suv, probirkalar, 33% magneziiy sulfat yoki 40% glyukoza, qisgich.

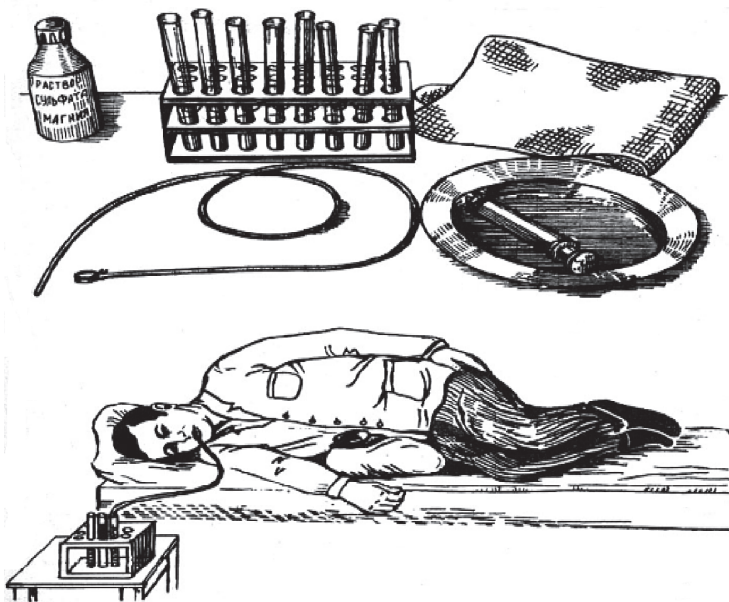
Harakat algoritmi:

1. Bemor stulga joylashtirib o'tkaziladi.
2. Bemor oldiga sochiq tutilib oyoqqa, tizza oldiga tog'ora tutiladi.
3. Bemor psixologik tayyorlanadi (bemorga chuqur nafas olib bezovta bo'lmaslik, hamshira aytganini tinch, vazmin holatda bajarishi tayinlanadi).
4. Bemorga og'zini «a-a-a» deb ochish va tilini chiqarish buyuriladi.
5. Siz bu paytda o'ng qo'lingizda zondning bosh qismidan ushlab tiliga tekkizmasdan tomog'iga solasiz.
6. Bemorga og'zini yopib, zondni tishlamasdan sekin-asta yutish buyuriladi.
7. Bemorning shu zondni 3 ta belgisigacha yutishi, ya'ni 20–30–45 minut davom etadi.
8. Bemor kushetkaga o'ng tomoni bilan boshi plastroq qilib (yostiqsiz) yotkiziladi.
9. Bemorning o'ng qovurg'a ostiga qattiq buyum qo'yilib, ilik isitgich qo'yiladi.
10. Duodenal zond ichi shtativdagi 1chi probirkaga solinib quyiladi (probirkalar bemorga nisbatan pastda bo'ladi). 1-porsiya 12 barmoqli ichak suyuqligi olinadi.

11. Shundan keyin bemor chalqancha yotqizilib, zond uchidan 50–60 ml 33% li magneziy sulfat eritmasi yuboriladi va 10 daqiqa zond uchi qisib qo‘yiladi.
12. Qisqich olinib 2-probirkaga o‘t pufagidan chiqadigan suyuqlik yig‘iladi.
13. Suyuqlik rangining o‘zgarishiga qarab, 2-probirkadan zond 3-probirkaga ko‘chiriladi, ya’ni 3-porsiya yig‘iladi (o‘t suyuqligini yig‘ish boshlanadi: A porsiyasi (o‘t yo‘larining porsiyasi), B porsiya (o‘t qopining porsiyasi), C porsiyasi (o‘tning jigar porsiyasi).
14. Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak suyuqligini olib bo‘lgandan keyin zondni sekinlik bilan chiqarib olinadi va bemorga mos keladigan tana holati yaratib beriladi.
15. Bemorga muolaja tugaganligi haqida aytib, og‘izdagi noxush hidlarni yo‘qotish uchun chayiladi va og‘iz atrofidagi teri artiladi. Muolaja uzoq vaqt davom etganligi uchun bemorga minnatdorchilik bildiriladi.
16. Ishlatilgan jihozlarni olib tashlab, probirkaga yorlig‘i yopishtiriladi va laboratoriyaga jo‘natiladi
17. Qayd etish. Muolaja o‘tkazilgan sana, yig‘ishni boshlagan va tugatgan vaqti, suyuqlikning holati, muolajani bajaruvchining ismi–familiyasi, ishlatilgan moddaning dozasi va nomi, bemorning umumiy holati, ajralgan suyuqlikning miqdori, tashqi ko‘rinishi (rangi, tiniqligi, qon ketishning mavjudligi va h.k.)

Eslatma:

1. Duodenal zondlash muolajasi bemorni charchatadi, 1–1,5 soat davom etadi.
2. Agar 2 soat o‘tgach o‘t paydo bo‘lmasa to‘xtatish lozim.



22-rasm. Duodenal zondlash:

a – zarur ashyolar: 1 – probirkalar to‘plami, 2 – duodenal zond, 3 – magniy sulfat eritmasi, 4 – shprits, *b* – bemor shunday holatda yotadi.

Abdominal punksiya uchun kerakli xomashyo va bemorni tayyorlash

Kerakli jihozlar: troakar, shprits, yod, spirt, rezina naycha, steril salfetka, tamponlar, stul, qisqich, leykoplastir, paxta, sochiq, tog‘ora, 0,5% li novokain eritmasi, shtativ, probirkalar, pinset, steril bint.

Harakat algoritmi:

1. Muolajadan bir kun oldin bemorga tozalovchi huqna qilindi, bevosita muolajadan oldin bemor qovug‘ini bo‘shatadi.
2. Bemorning umumiy ahvoriga qarab stulga o‘tkaziladi yoki stulda o‘tirgan bemorni hamshira ushlab turadi.
3. Kerakli anjomlarni tayyorlab olib, bog‘lov xonasiga olib kelinadi va bemorga yaqin qo‘yiladi.

4. Hamshira va shifokor qo'lini operatsiyaga tayyorlangandek yuvadi. 20–30 daqiqa oldin bemorga teri ostiga promedol qilinadi, so'ngra bel atrofi, oyoqlarini yopadigan kleyonka tushaladi. Igna qorin bo'shlig'iga kirgandan so'ng rezina naychani tashqi uchiga ichidan havosi chiqarilgan shprints ulanadi va unga suyuqlik surib olinadi.
5. Punksiyani shifokor bajarib, hamshira bemorning yelkasidan ushlab, uning ahvolini kuzatadi (teri rangini, tomir urishini, es-hushini), shifokor ko'rsatmasiga ko'ra olingan suyuqlik probirkalarga yig'ilib, laboratoriyaga jo'natiladi.
6. Suyuqlik olinib bo'linganidan so'ng asta-sekin chiqariladi, bu vaqtda terisi pastga bosib turiladi.
7. Teridan qo'lni olib, teshilgan joy va atroflari yod eritmasi bilan artiladi.
8. Teshilgan joyga steril salfetka qo'yiladi.
9. Salfetka atrofiga kleyonka yopilib, ustiga salfetka yopishtiriladi.
10. Muolajadan so'ng bemor zambilda xonaga olib boriladi va bemor tezda joyiga yotqiziladi.

Eslatma:

1. Abdominal punksiyani faqat shifokor bajaradi, hamshira esa yordam beradi.

2. Abdominal punksiya uchun 7–10 sm li uzunlikda 1–1,2 mm diametrli maxsus igna ishlatiladi.

3. Qorin bo'shlig'idagi suyuqlik asta-sekin so'rib olinishi lozim.

Tyubaj – o't pufagini zondsiz reflektor bo'shatish.

Ko'rsatmalar:

1. O't qopidagi dimlanish.
2. Ich qotish.



**Abdominal
punksiya**

Moneliklar:

1. Ich ketishga moyillik.
2. O't yo'lining giperkinetik diskeniziyasi.

Harakat algoritmi:

1. Ertalab och qoringa bemorga magniy sulfat eritmasi beriladi (200 ml. issiq mineral suvda 1 choy qochiq eritilib) yoki ishqoriy mineral suvlar (borjom, Essentuki-4, Slavyanov, Smirnov, arzni va boshqalar).
2. Magniy sulfat o'rniga tyubajda sorbit, ksilit, tuxum sarig'i, xolekinik moddalar qo'llanilishi mumkin.
3. O't haydovchi vositalarni qabul qilgach bemor o'ng yonboshga yotadi.
4. Kichikroq yostiqqa issiq grelka qo'yilib, bemor o'ng qovurg'a ravog'ini unga bosib yotadi.
5. 20 daqiqadan so'ng bemorga qo'shimcha yana 200 ml mineral suv berish mumkin. Lekin magniy sulfat va boshqa o't vositalarisiz.
6. Bemor o'ng qovurg'a sohasi bilan 1,5–2 soat yotishi kerak.
7. Undan so'nggina bemorga nonusta qilishga ruxsat beriladi.
8. Ko'pgina bemorlar muolajadan so'ng darhol yengillikni va o'ng qovurg'a sohasidagi og'irlik yo'qolganini his qiladilar. Ishtahalari ham yaxshilanadi.
9. Tubaj haftada 1–2 marta o'tkaziladi.
10. Davolash kursi 4–8 muolajani tashkil etadi.
11. Muolaja so'ngida asboblar zararsizlantiriladi.

Najasda yashirin qonni aniqlash

Kerakli jihozlar va reaktivlar: probirkalar, sig'imi 1,2 va 5 ml li pipetkalar, shtativ, sirka kislotaning 30%li eritmasi, amidopirinning 96%li etil spirtidagi 5%li eritmasi, vodorod peroksidning 3%li eritmasi.

Harakat algoritmi:

1. Najas kurakcha yordamida qunt bilan aralashtiriladi va tekshirish uchun har yer, har yeridan olinadi.
2. Probirkada najas suv bilan 1×10 nisbatda suyultiriladi.
3. 10 ml suyultirilgan najas pipetkalar yordamida boshqa ximiyaviy toza probirkaga quyiladi.
4. 10 ml suyultirilgan najasga toza pipetka amidopirinning spirtidagi 5%li eritmasidan 2 ml 10 tomchi, 30% sirka kislotasi eritmasi va 8–10 tomchi 3%li vodorod peroksid eritmasi quyiladi
5. Binafsha bo‘yalish bo‘lganda reaksiya musbat deb sanaladi.
6. Agar 3 min. mobaynida aralashma rangi o‘zgarmasa reaksiya, manfiy hisoblanadi.

Eslatma:

1. Bemor analiz olinishidan 3–5 kun avval parhez qilib turishi, go‘sh, baliq, tuxum, sabzavotlar, tarkibida temir, magniy, vismut karbomen bor dori moddalarini qabul qilmasligi kerak.
2. Yashirin qon odatda bir necha kunda aniqlanadi.

Umumiy tahlil uchun siydik yig‘ish

Ko‘rsatma: Tashxis qo‘yish maqsadida.

Moneliklar: Siydik yo‘li jaroxatlarida, ayollarda hayz vaqtida.

Jihozlar: Toza shisha banka (200,0 ml xajmdagi), laboratoriyaga yo‘llanma, sudno, qo‘lqoplar.

Harakat algoritmi:

1. Bemorga umumiy tahlil uchun siydik yig‘ish qoidalarini, mohiyatini va ahamiyatini tushuntiring.
2. Bemorga toza shisha bankaga yo‘llanma yozib, yopishtirib bering.

3. Ertalab, bemor uyqudan turgach, tashqi jinsiy aʼzolarini yuvadi.
4. Siydigining birinchn qismini suydikdonga siyadi, oʻrta qismini bankaga 50–100 ml hajmda yigʻadi.
5. Yigʻilgan siydikni laboratoriyaga yuborilguncha salqin joyda (hojatxonaning kafeli ustida) saqlang.
6. Siydikni laboratoriyaga bir soat ichida yuboring.

Eslatma:

1. Ayollarda hayz vaqtida siydik tahlili zarur boʻlganda siydikni kateter yordamida tashqi jinsiy aʼzolarini zararsizlantiruvchi eritma (furatsillin eritmasi, kuchsiz kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvib, soʻng olinadi.

2. Siydik yigʻiladigan bankalarda ishqor (sovun va yuvuvchi vositalari) qoldiqlari boʻlmasligi kerak.

3. Ogʻir yotgan bemorlarda siydikni ham hamshiraning oʻzi yigʻadi.

4. Sogʻlom odam kuniga 4–7 marta, kechqurun 1 marta siydik ajratadi.

5. Har bir porsiyada siydik 200–300 ml ni tashkil qilib, sutkalik diurez oʻrtacha 1000–2000 ml ga teng boʻladi.

6. Siydikni umumiy xususiyatlari quyidagicha:

- Rangi – och sariq rangda – yantar sariq ranggacha;
- Tiniqligi – tiniq;
- Nisbiy zichligi – 1010–1027;
- Muhiti – nordon yoki neytral;
- Oqsil – yoʻq yoki 0,033;
- Qand – yoʻq yoki izlari;
- Atseton – yoʻq;
- Oʻt pigmentlari – yoʻq;
- Urobilin – ozgina;
- Indikan – ozgina.

Yo'llanma namunasi

Klinik laboratoriya _____

Siydikni umumiy tekshirish uchun.

F.I.Sh. _____

Yoshi _____ millati _____

Bo'lim. _____

Bemor xona № _____ sana « ____ » _____ 201__ yil.

_____ hamshira imzosi.

Eslatma: Bemor oyoqlar tagi, qinni yuvilgandan so'ng, quruq qilib paxta-bint tampon yordamida artiladi.

Zararsizlantirish: tuvaklar 60 daqiqaga 3% li xlorli ohak eritmasiga solinadi, yuvilgan suvga quruq xlorli ohak sepiladi.

Hisob: 200 gr xloramin 1 litr suvga 60 daqiqaga.

Zimnitskiy usuli bo'yicha siydikni yig'ish.

Ko'rsatma: Buyraklarning konsentrlash va mochevinani chiqarish xususiyatini, kunduzgi va kechki diurez nisbatini, har bir porsiyadaga nisbiy zichlikni va sutkalik diurezni aniqlash maqsadida.

Moneliklar: Siydik yo'li jarohatlarida, ayollarda hayz vaqtida.

Jihozlar: 8–10 ta toza shisha banka (200,0 ml hajmdagi), laboratoriyaga yo'llanma, uromer, sudno, qo'lqoplar.

Harakat algoritmi:

1. Bir kun avval 8 ta shisha banka tayyorlang.
2. Ularning har biriga tartib raqami (1 dan 8 gacha), bemorning ismi-sharifi, palata raqami, vaqt oralig'i, tekshirish maqsadi yozilgan yorliqni yopishtiring.
3. Bemorga Zimnitskiy sinamasi uchun siydik yig'ish qoidalarini, mohiyatini, ahamiyatini tushuntiring va bemorni nazorat qilib turing.

4. Bemor ertalab 600 da qovug'ini bo'shatadi. Siydikning bu qismi unitazga to'kib tashlanadi.
5. Soat 6.00 dan boshlab siydikni har 3 soatda alohida bankalarga yig'iladi.
6. Biror qismda siydik miqdori bankaga sig'may qolsa, qoldig'i boshqa bankaga yig'iladi va shu vaqt oralig'idagi tartib raqami yozib qo'yiladi.
7. Bemor biror 3 soatlik vaqt oralig'ida siymasa, o'sha vaqt oralig'idagi banka bo'sh qolib, keyingi vaqt oralig'idagi siydikni navbatdagi bankaga yig'iladi, bu banka laboratoriyaga bo'sh jo'natiladi.
8. Ertasiga ertalab hamma bankalarni laboratoriyaga yuboring.

Eslatma:

1. Sinamani istalgan vaqtda yig'ish mumkin, lekin ertalabdan boshlagan ma'qul.

2. Hamshira siydik topshirish vaqtlarini bemorga eslatib turadi, kerak bo'lsa kechqurun uyg'otadi.

3. Sutkalik siydik miqdori 1–2 litrni tashkil qilib, uning 2/3 qismi kunduzgi diurezga to'g'ri keladi. Siydikning nisbiy zichligi 1010–1027 oralig'ida bo'lib, siydikni doim bir xil miqdorda ajralishi va nisbiy zichligining doimiyligi buyraklarning konsentratsion xususiyati buzilganidan dalolat beradi.

Nechiporenko sinamasi uchun siydik yig'ish

Ko'rsatma: Tashxis qo'yish, siydikning shaklli elementlari miqdorini aniqlash maqsadida.

Moneliklar: Siydik yo'li jarohatlarida, ayollarda hayz vaqtida.

Jihozlar: Toza shisha banka (200,0 ml hajmdagi), laboratoriyaga yo'llanma, sudno, qo'lqoplar.

Harakat algoritmi:

1. Bemorga sinama uchun siydik yig'ish qoidalarini, mohiyatini va ahamiyatini tushuntiring.

2. Bemorga toza shisha bankaga yo‘llanma yozib, yopishtirib bering.
3. Siydikni istalgan vaqtda yig‘ish mumkin, lekin laboratoriyaga ertalabki siydikni yetkazgan ma‘qul.
4. Bemor qunt bilan tashqi jinsiy a‘zolarini yuvadi (bemor og‘ir ahvolda bo‘lsa hamshira yordam beradi).
5. Siydig‘ining birinchi qismini sudnoga siyadi, o‘rta qismini bankaga 20–30 ml hajmda yig‘adi.
6. Siydikni darhol iliq holda laboratoriyaga jo‘natiladi.

Eslatma: Sinamada siydikning shaklli elementlari hisoblash kamerasida sanalib, ularning miqdori 1 ml ga taqsimlanadi.

Qovuqni kateterlash texnikasi

Bemorni muolajadan ogoh qilinadi va muolaja maqsadi bajarilish qoidasi tushuntiriladi. Bemorga muolajadan oldin tahorat qilish zarurligi eslatiladi, og‘ir ahvoldagi bemorlarni tagini hamshira yuvadi.

Harakat algoritmi:

1. Qo‘l yuviladi va quritiladi, qo‘lqoplar kiyiladi.
2. Steril yumshoq kateter, sterillangan vazelin, tampon, salfetka, pinset, antiseptik eritmalar (0,5% kaliy permanganat, 0,21% li furatselin, 0,1% rivanol), choyshab, kleyonka, siydik yig‘ish uchun tuvak va to‘siq tayyorlanadi.
3. To‘siqni tutib kushetkaga kleyonka va choyshab yozib bemorni chalqancha oyoqlari tizzada bukilib kerilgan holda yotqiziladi.
4. Bemor oyoq tomoniga tuvak qo‘yiladi.
5. Pinset bilan katetr olinib unga vazelin surtiladi, qo‘lning 3–4-barmoqlari bilan jinsiy lablar kerilib, 1–2-barmoqlar bilan siydik chiqaruv kanalining tashqi teshigiga biroz kiritiladi, o‘ng qo‘l bilan antiseptik eritmada ho‘llangan tampon bilan artiladi.

6. Steril pinset bilan steril yumshoq kateterni ushlab, so‘ng barmoqlar bilan kateter uchidan asta-sekin kiritiladi va qovuqqa tushishi bilan undan darhol siydik ajraladi.
7. Agar kateter kirgazilayotganda biroz to‘sqinlik sezilsa bemorga tinchlanishni maslahat beriladi.
8. Kateter uchi tuvak yoki siydik yig‘ish idishiga solib qo‘yiladi.
9. Siydik ajralib bo‘lgandan so‘ng kateterni asta-sekin olib, kateter zararsizlantiriladi.
10. Bemorning tekislanib qulay vaziyatda yotqiziladi.
11. Barcha ishlatilgan buyumlar va anjomlar zararsizlantiriladi.
12. Bemor 20–25 daqiqa davomida kuzatiladi.



TESTLAR

1. **Anemiya nima?**
 - A. Qonda leykotsitlar sonining kamayib ketishi.
 - B. Qonda leykotsitlar sonining oshib ketishi.
 - C. Qonda trombotsitlarning kamayib ketishi.
 - D. Qonda eritrotsitlar va gemoglobinning kamayib ketishi.
2. **Etiologiya deganda nima tushuniladi?**
 - A. Kasallik sababi.
 - B. Kasallik kechishi.
 - C. Kasallik avj olish mexanizmi.
 - D. Kasallik klinikasi.
3. **Ichki a'zolar kasalliklarini qaysi fan o'rganadi?**
 - A. Gerontologiya.
 - B. Xirurgiya.
 - C. Terapiya.
 - D. Gistologiya.
4. **Surunkali kasalliklar deb qanday kasalliklarga aytiladi?**
 - A. Kasallik tez boshlanib, tezda tuzaladi.
 - B. Kasallik davolangandan so'ng qaytalanmaydi.
 - C. Bemor ahvoli birdan yomonlashib, tezda davolanishni talab qiladi.
 - D. Kasallik uzoq davom etadi va tez-tez qaytalanadi.
5. **Organizmning tashqi muhitga moslashish reaksiyasi nima deb ataladi?**
 - A. Adaptatsiya.
 - B. Reaktivlik.
 - C. Kompensatsiya.
 - D. Regeneratsiya.
6. **Simptom nima?**
 - A. Kasallikning belgisi.
 - B. Kasallikning sababi.
 - C. Kasallikning kechishi.
 - D. Kasallikning davosi.
7. **Sindrom nima?**
 - A. Kasallikning belgisi.
 - B. Kasallikning sababi.
 - C. Kasallikning kechishi.
 - D. Kasallik belgilarining yig'indisi.
8. **Retsidiv nima?**
 - A. Kasallikning bo'silishi.
 - B. Kasallikning qo'zishi.
 - C. Kasallikning yashirin davri.
 - D. Kasallik belgilari.
9. **Remissiya nima?**
 - A. Kasallikning bo'silishi.
 - B. Kasallikning qo'zishi.
 - C. Kasallikning yashirin davri.
 - D. Kasallik belgilari.

- 10. «Terapiya» soʻzining maʼnosi keltirilgan javobni tanlang.**
- A. Kasallik. B. Davolash.
C. Ichki aʼzolar. D. Diagnostika.
- 11. Palpatsiya nima?**
- A. Eshitib koʻrish. B. Tukillatib koʻrish.
C. Koʻzdan kechirish. D. Paypastlab tekshirish.
- 12. Obyektiv tekshirish usullarini koʻrsating.**
- A. Palpatsiya.
B. Hayot anamnezini yigʻish.
C. Bemor shikoyatini soʻrab-surishtirish.
D. Pasport qismini toʻldirish.
- 13. Perkussiya tekshirish usulini Auenbrugger amaliyotga qachon kiritgan?**
- A. 1557-yil. B. 1761-yil.
C. 1671-yil. D. 1991-yil.
- 14. Perkussiya tekshirish usulini amaliyotga kim 1-boʻlib tadbiiq qilgan?**
- A. Laenek. B. Esmarh.
C. Kussmaul. D. Auenbrugger.
- 15. Subyektiv tekshiruv usuli bu ...**
- A. Auskultatsiya. B. Bemorni soʻrab-surishtirish.
C. Koʻzdan kechirish. D. Palpatsiya.
- 16. Obyektiv tekshirish usullarini koʻrsating.**
- A. Auskultatsiya. B. Bronxografiya.
C. Spirometriya. D. Tomografiya.
- 17. Quyidagi qaysi tekshiruv instrumental tekshirish usuliga kirmaydi?**
- A. Palpatsiya. B. Rentgenologik.
C. Bronxoskopiya. D. Gastroskopiya.
- 18. Anamnezis morbi nima?**
- A. Kasallik tarixi.
B. Hayot tarzini soʻrash.
C. Iqtisodiy holat toʻgʻrisida maʼlumot.
D. Oilaning holatini surushtirish.
- 19. Anamnezis vitaeda nimalar surishtiriladi?**
- A. Kasallik tarixi.
B. Hayot tarzini soʻrash.
C. Iqtisodiy holat toʻgʻrisida maʼlumot.
D. Oilaning holatini surishtirish.

- 20. Qo‘shimcha tekshiruvlar to‘g‘ri ko‘rsatilgan qatorni aniqlang.**
- A. Subyektiv va obyektiv tekshirish.
 - B. Instrumental va laborator tekshirish.
 - C. Fizikal tekshiruv usuli.
 - D. Ko‘zdan kechirish, UTT.
- 21. Rentgen nurlarini kim kashf qilgan?**
- A. Vilgelm Rentgen.
 - B. Xaunsrild Rentgen.
 - C. Korman Rentgen.
 - D. Auenbruger Rentgen.
- 22. Rentgen nurlari nechanchi yilda kashf qilingan?**
- A. 1986-yilda.
 - B. 1786-yilda.
 - C. 1896-yilda.
 - D. 1658-yilda.
- 23. Flyurografiya nima?**
- A. Ichi bo‘sh a‘zolarini ichki yuzasini ko‘zdan kechirish.
 - B. Ultratovush yordamida ichki a‘zolar holatini tekshirish.
 - C. Yurak biopotensiallarini qayd qilish usuli.
 - D. Rentgen nuri yordamida ko‘krak qafasi a‘zolarini kichraytirilgan shaklda kam nurlantirib ko‘rsatish usuli.
- 24. Endoskopiya qanday tekshirish usuli?**
- A. Ichi bo‘sh a‘zolarini ichki yuzasini ko‘zdan kechirish.
 - B. Ultratovush yordamida ichki a‘zolar holatini tekshirish.
 - C. Yurak biopotensiallarini qayd qilish usuli.
 - D. Rentgen nuri yordamida ko‘krak qafasi a‘zolarini kichraytirilgan shaklda kam nurlantirib ko‘rsatish usuli.
- 25. UTD qanday tekshirish usuli?**
- A. Ichi bo‘sh a‘zolarini ichki yuzasini ko‘zdan kechirish.
 - B. Ultratovush yordamida ichki a‘zolar holatini tekshirish.
 - C. Yurak biopotensiallarini qayd qilish usuli.
 - D. Rentgen nuri yordamida ko‘krak qafasi a‘zolarini kichraytirilgan shaklda kam nurlantirib ko‘rsatish usuli.
- 26. EKG qanday tekshirish usuli?**
- A. Ichi bo‘sh a‘zolarini ichki yuzasini ko‘zdan kechirish.
 - B. Ultratovush yordamida ichki a‘zolar holatini tekshirish.
 - C. Yurak biopotensiallarini qayd qilish usuli.
 - D. Rentgen nuri yordamida ko‘krak qafasi a‘zolarini kichraytirilgan shaklda kam nurlantirib ko‘rsatish usuli.

- 27. Bitta rentgenografiya tekshiruvida qancha millirentgen qabul qilinadi?**
- A. 60 millirentgen. B. 600 millirentgen.
C. 500 millirentgen. D. 80 millirentgen.
- 28. Bitta flyuroografiya tekshiruvida qancha millirentgen qabul qilinadi?**
- A. 60 millirentgen. B. 600 millirentgen.
C. 500 millirentgen. D. 80 millirentgen.
- 29. Gastroduodenoskopiya orqali qaysi a'zolar tekshiriladi?**
- A. Yo'g'on ichak. B. Me'da va o'n ikki barmoq ichak.
C. Halqum va qizilo'ngach. D. Traxeya va bronxlar.
- 30. Kolonoskopiya orqali qaysi a'zo tekshiriladi?**
- A. Yo'g'on ichak. B. Me'da va o'n ikki barmoq ichak.
C. Halqum va qizilo'ngach. D. Traxeya va bronxlar.
- 31. Klinik laboratoriyaning maydoni qanchadan kam bo'lmasligi kerak?**
- A. 10 m². B. 20 m².
C. 5 m². D. 8 m².
- 32. Klinik laboratoriyada bitta xodim uchun laboratoriya maydoni qanchadan kam bo'lmasligi kerak?**
- A. 10 m². B. 20 m².
C. 5 m². D. 8 m².
- 33. Klinik laboratoriyaning balandligi qanchadan kam bo'lmasligi kerak?**
- A. 5 metr. B. 10 metr.
C. 3 metr. D. 2 metr.
- 34. Klinik-biokimyoviy laboratoriyada kimlar ishlaydi?**
- A. Shifokor laborant, feldsher laborant, tibbiy texnolog, tibbiy ma'lumotli 18 yoshdan katta xodim.
B. Gematolog shifokor, hamshira, tibbiy texnolog.
C. Travmatolog, hamshira, feldsher, laborant.
D. Shifokor laborant, hamshira.
- 35. Aksariyat tahlillar kunning qaysi paytida olinadi?**
- A. Kechqurungi ovqatdan keyin. B. Tushlik paytida.
C. Kunning istalgan paytida. D. Och qoriga nahorga.

- 36. Laboratoriyadagi birinchi tez yordam uchun saqlanadigan aptechkada qaysi dori vositalari bo'lmaydi?**
- A. Steroid dorilar. B. 70% li spirt.
C. 1 % li kumush nitrat eritmasi. D. 1 % li yod eritmasi.
- 37. Laboratoriyada ishlovchi xodimlar qancha muddatda tibbiy ko'rikdan o'tishadi?**
- A. 1 yil. B. 2 yil.
C. 6 oy. D. 5 oy.
- 38. Tahlil topshirishi kerak bo'lgan bemorga 2–3 kun oldindan qaysi omillardan saqlanishi tayinlanadi?**
- A. Emotsional stress, ko'p muloqot, turli ovqatlar.
B. Emotsional stress, alkogol iste'mol qilish, chekish.
C. Musiqa tinglash, parhez qilish, fizik zo'riqish.
D. Muloqotda bo'lish, sayr qilish, fizik zo'riqish.
- 39. Krizis tushunchasi bu...**
- A. Fiziologik o'zgarishlar.
B. Kuchli bezovtalik holati bo'lib, bu paytda inson yo'qotish xavfini sezadi.
C. Psixologik, ijtimoiy va o'zini tutish reaksiyalari.
D. Doimiy va uzluksiz qiyinchilik.
- 40. Koping nima?**
- A. Ijtimoiy qo'llab-quvvatlash.
B. Vaziyatdan qochish.
C. Doimiy va uzluksiz qiyinchilik va krizisni yengishga qaratilgan tegishli harakatlar.
D. Tez moslasha olmasligi.
- 41. Stressorlar nima?**
- A. Inson uchun zararli bo'lgan tashqi ta'sirotlar.
B. Qiyinchilik yoki muammolar.
C. Shaxslararo munosabatlar.
D. Biror-bir ishni bajarishi yoki oxiriga yetkazish.
- 42. Hamshiralik jarayoni necha bosqichdan iborat?**
- A. To'rtta. B. Ikkita
C. Beshta. D. Oltita
- 43. Quyidagi tekshiruvlardan qay biri rentgenologik tekshiruvga kirmaydi?**
- A. Bronxografiya. B. Tomografiya.
C. Bronxoskopiya. D. Rentgenografiya.

- 44. Normada o'pkani tukillatib urib ko'rganda eshitaladigan tovush?**
 A. To'mtoq tovush. B. Quticha tovush.
 C. Timpanik tovush. D. Aniq o'pka tovushi.
- 45. Gormonlar qayerda ishlab chiqariladi?**
 A. Ichki a'zolarida. B. So'lak va ter bezlarida.
 C. Teri osti yog' qatlamida. D. Ichki sekretiya bezlarida.
- 46. Abssess bronxga yo'rilganda kuzatiladi.**
 A. Og'iz to'la balg'am ajralishi. B. Zangsimon balg'am ajralishi.
 C. Ko'piksimon balg'am ajralishi. D. Bo'g'ilish xuruji.
- 47. Zangsimon balg'am qaysi kasallikda kuzatiladi.**
 A. Pnevmoniyada. B. O'pka absessida.
 C. O'pka rakida. D. O'pka silida.
- 48. O'tkir pnevmoniyada qo'llaniladigan dori modda.**
 A. Furosemid. B. Ravnatin.
 C. Antibiotiklar. D. Festal.
- 49. Pnevmoniyaning eng ko'p sababchisi bo'lgan mikrobn ko'rsating.**
 A. Pnevkokk. B. Kox tayoqchasi.
 C. Streptokokk. D. Ichak tayoqchalari.
- 50. O'pka absessida antibiotiklarni effektiv yuborish yo'llarini aniqlang.**
 A. Abssess ichiga. B. Teri ostiga.
 C. Vena ichiga. D. Muskul orasiga.
- 51. Balg'amda Sharko-Leyden kristallari topilsa qanday kasallikka xos bo'ladi?**
 A. Katta o'choqli pnevmoniya. B. O'pka sili.
 C. O'pka o'smasi. D. Bronxial astma.
- 52. Ekssudativ plevrit sababi?**
 A. O'pka sili. B. O'pka shishi.
 C. O'tkir bronxit. D. Qandli diabet.
- 53. Bronxial astma kasalligida bemorning vaziyati qanday?**
 A. Tizzaga tiralgan holat. B. Yon tomonga yotgan holat.
 C. Chalqancha holat. D. Kvinke holat.
- 54. Plevra suyuqligida tuberkulyoz uchun xarakterli belgini ko'rsating.**
 A. Neytrofillarning ustunligi. B. Eozinofillar ustunligi.
 C. Gemorragik xarakterli. D. Limfositlar ustunligi.
- 55. Bronxial astma kasalligining klinik belgisi.**
 A. Bo'g'ilish xuruji. B. Qon tupurish.
 C. Terlash. D. Tana haroratining 39–40°C ko'tarilishi.

- 56. Bronxial astma kasalligida tez yordam chorasi.**
- Nitroglisirin 0,0005 til ostiga.
 - Papaverin gidroxlorid 2% – 2,0 mushak orasiga.
 - Eufillin 2,4% – 10,0 venaga.
 - Tusepreks 0,03 kuniga 1 mahal.
- 57. Bronxoektitik kasallik bilan ogʻrigan bemorni koʻrikdan oʻtkazishda xarakterli simptomni koʻrsating.**
- «Baroban tayyoqchalari» koʻrinishidagi barmoqlar.
 - Akrosianoz.
 - Maj buriy holat.
 - Ozib ketish.
- 58. Revmatizmga xarakterli boʻlgan teri belgisini koʻrsating.**
- Yuzdagi eritema.
 - Halqasimon eritema.
 - Giperkeratoz.
 - Qon quyulishlar.
- 59. Revmatizmning sababi.**
- Pnevmonokokk.
 - β -gemolitik streptokokk.
 - Stafilokokk.
 - Kox tayyoqchasi.
- 60. Revmatizmning klinik belgisi.**
- Koʻngil aynishi.
 - Boʻgʻilish xuruji.
 - Yirik boʻgʻimlardagi ogʻriq.
 - Bosh ogʻrishi.
- 61. Revmatizmni oldini olishda qoʻllaniladigan dori modda.**
- Allaxol.
 - Bitsillin.
 - Raunatin.
 - No-shpa.
- 62. Gipertoniya olib keluvchi omil.**
- Bosh miya ning chayqalishi.
 - Jigar kasalligi.
 - Ruhiy zoʻriqish.
 - Yara kasalligi.
- 63. Gipertoniya kasalligiga xos boʻlgan klinik belgi.**
- Boʻgʻilish.
 - Koʻz oldini parda qoplashi.
 - Toʻsh ostida ogʻriq.
 - Boʻgʻimlardagi ogʻriq.
- 64. Gipertoniya kasalligining asorati.**
- Miyaga qon quyilishi.
 - Jigar sirrozi.
 - Oʻpka infarkti.
 - Oʻpka sili.
- 65. Qaysi diagnostik belgi revmatizmning mezonini hisoblanmaydi?**
- Kardit.
 - Poliartrit.
 - Yuzdagi eritema.
 - Halqasimon eritema.

- 66. Stenokardiya sababi.**
 A. Noto'g'ri ovqatlanish. B. Jismoniy zo'riqish.
 C. Ozib ketish. D. Ko'p suyuqlik ichish.
- 67. Stenokardiya xurujida effektiv dori vosita.**
 A. Strofantin. B. Papaverin.
 C. Nitroglicerin. D. Dibazol.
- 68. Miokard infarkti sababi.**
 A. Toj arteriyalarining trombozi va sklerozi.
 B. Infeksiya.
 C. Organizmning sovuq qotishi.
 D. Jarohatlanish.
- 69. Yurakni qanday asbob-uskunalar bilan tekshirish mumkin?**
 A. UTT, EKG. B. Endoskop.
 C. Rentgen. D. EEG.
- 70. Bradikardiya bu**
 A. Pulsning minutiga 60 martadan kam urishi.
 B. Ipsimon puls.
 C. Pulsning minutiga 70 marta urishi.
 D. Pulsning minutiga 100 martadan ko'p urishi.
- 71. Aterosklerozda zararlanadi.**
 A. Venalar. B. Arteriyalar.
 C. Kapillyarlar. D. Mushaklar.
- 72. Me'da kasalliklariga tashxis qo'yishda qaysi tekshirish usulidan foydalaniladi?**
 A. Flyurografiya. B. Endoskopiya.
 C. UTD. D. Bronxoskopiya.
- 73. Yara kasalligining asoratiga kiradi.**
 A. Surunkali hepatit. B. Me'dadan qon ketishi.
 C. Surunkali xoletsistit. D. Jigar sirrozi.
- 74. Enterit bu ...**
 A. Ingichka ichakning yallig'lanishi.
 B. Yo'g'on ichakning yallig'lanishi.
 C. O't pufagining yallig'lanishi.
 D. Oshqozanning yallig'lanishi.
- 75. Bemorda teri va skleralarning sarg'ishligi, teleangioektaziyalar, qichishish izlari, kaftlarning qizarishi, ginekomastiya aniqlanyapti. Bemorda qanday kasallik mavjud?**

- 86. Gematuriya bu siydikda...**
 A. Silindrlar bo'lishi. B. Eritrotsitlarning bo'lishi.
 C. Leykotsitlarning bo'lishi. D. Proteninlarning bo'lishi.
- 87. Qaysi kasallikda buyrak koptokchalari zararlanadi?**
 A. Glomerulonefritda. B. Gepatitda.
 C. Pielonefritda. D. Gipertoniyada.
- 88. Oliguriya siydikni—...**
 A. Ko'p ajralishi. B. Siydikda yiring bo'lishi.
 C. Siydikni kam ajralishi. D. Mutloq ajralmasligi.
- 89. O'tkir glomerulonefritda siydikda qanday o'zgarishlar bo'ladi?**
 A. Qon paydo bo'ladi. B. O'zgar olmaydi.
 C. Yiring paydo bo'ladi. D. Siydik ko'payishi.
- 90. Doimo siydikni nisbiy zichligi kam bo'lishi qanday nomlanadi?**
 A. Anuriya. B. Gipostenuriya.
 C. Albuminuriya. D. Silindriuriya.
- 91. Qaysi kasallikda buyrak jomlari shilliq pardalari zararlanadi?**
 A. Glomerulonefritda. B. Buyrak yetishmovchiligida.
 C. O'tkir pielonefritda. D. Surunkali glomerulonefritda.
- 92. Glomerulonefritning turlaridan biri.**
 A. Gemolitik. B. Gipotonik.
 C. Ishemik. D. Nefrotik.
- 93. Pielonefrit kasalligini tekshirish usullari.**
 A. Ekskretor urografiya. B. EKG.
 C. Endoskopiya. D. Skanirlash.
- 94. O'tkir pielonefritni davolashda qo'llaniladigan dori modda:**
 A. Strofantin. B. 5-NOK.
 C. Analgin. D. Dibazol.
- 95. Sutkalik diurez qancha bo'lsa oliguriya deyiladi?**
 A. 2500 ml. B. 4000 ml.
 C. 300 ml. D. 1000 ml.
- 96. Piuriya bu ...**
 A. Siydikda yiring paydo bo'lishi.
 B. Siydikda oqsil paydo bo'lishi.
 C. Siydikda bakteriya paydo bo'lishi.
 D. Siydikda tuzlar paydo bo'lishi.
- 97. Bazedov kasalligiga xos klinik belgi.**
 A. Bradikardiya. B. Ko'zning chaqchayishi.
 C. Semirish. D. Gipotoniya.

- 98. Qalqonsimon bez necha bo‘lakdan iborat?**
- A. Ikki. B. Uch.
C. To‘rt. D. Besh.
- 99. Miksedemaga xos klinik belgi.**
- A. Gipertoniya. B. Xotira susayishi.
C. Jizzakilik. D. Gipertemiya.
- 100. Qandli diabet sababi.**
- A. Ruhiy zo‘riqish. B. Ozg‘inlik.
C. Sovqotish. D. Chekish.
- 101. Qandli diabet klinik belgisi.**
- A. Oliguriya. B. Polidepsiya.
C. Gematuriya. D. Piuriya.
- 102. Sianokobolamin qaysi vitaminning nomi?**
- A. Vitamin B₁. B. Vitamin B₃.
C. Vitamin B₆. D. Vitamin B₁₂.
- 103. Siydikdagi qand miqdorini aniqlash uchun siydik qay vaqtda yig‘iladi?**
- A. Ertalab nahorga. B. Sutka mobaynida.
C. Istalgan siydikning o‘rta porsiyasini. D. Ovqatlanib bo‘lgach.
- 104. Diabetik komada shoshilinch yordam.**
- A. Glukoza 40% – 20,0 ml venaga.
B. Insulin 50 TB venaga, 50 TB teri ostiga.
C. Analgin 50% – 2,0 mushak orasiga.
D. Eufilin 2,4% – 10 ml venaga.
- 105. Gipoglikemik koma sababi.**
- A. Insulinni ko‘p yuborish. B. Adrenalin yuborish.
C. Och qoringa to‘yib ovqatlanish. D. Glukoza yuborish.
- 106. Gipoglikemik komada shoshilinch yordam chorasi.**
- A. Insulin yuborish. B. Shirin choy, konfet berish.
C. Ko‘p miqdorda suyuqlik yuborish. D. Prednizolon yuborish.
- 107. Ichki sekretiya bezi kasalliklariga kiradi.**
- A. Bronxit. B. Gastrit.
C. Miksedema. D. Pielonefrit.
- 108. Qalqonsimon bez kasalligiga kirmaydi.**
- A. Qandli diabet. B. Miksidema.
C. Toksik zob. D. Endemik buzoq.

- 109. Endemik buqoq oldini olishda qo'llaniladi.**
 A. Adelfan tab. B. Antistrumin tab.
 C. Parastemol tab. D. Ampitsilin inek.
- 110. Bazedov kasalligi bilan ko'proq kasallanadi.**
 A. Ayollar. B. Bolalar.
 C. Qariyalar. D. Erkaklar.
- 111. Bazedov kasalligida qo'llaniladigan dori modda.**
 A. Antibiotik. B. Suprastin.
 C. Piperazin. D. Merkazolil.
- 112. Bazedov kasalligini aniqlashda qo'llaniladigan tekshirish usuli.**
 A. Endoskopiya, rentgenoskopiya. B. EKG, FKG.
 C. Biopsiya, punksiya. D. UTD, skanerlash.
- 113. Qonda qand miqdorining ko'payishi nima deyiladi?**
 A. Gipoglikemiya. B. Giperglikemiya.
 C. Gipertermiya. D. Gipertoniya.
- 114. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda kuzatiladi.**
 A. Gipertermiya. B. Gipotoniya.
 C. Bradikardiya. D. Poliuriya.
- 115. Diffuz toksik buqoqqa xos bo'lmagan ko'z simptomi.**
 A. Ekzoftalm. B. Shtellvag simptomi.
 C. Grefe simptomi. D. Ptoz.
- 116. Qandli dibet kasalligida nechanchi parhez stoli buyuriladi.**
 A. 9-parhez. B. 5-parhez.
 C. 7-parhez. D. 1-parhez.
- 117. Qon yaratish a'zolariga qaysi organlar kirmaydi?**
 A. Limfa tugunlari. B. Taloq.
 C. Suyak ko'migi. D. Buyrak.
- 118. Qonda gemogloblin miqdori 115 g/l buni qanday ta'riflash mumkin?**
 A. Gemogloblin miqdori me'yorida.
 B. Gemogloblin miqdori ko'tarilgan.
 C. Og'ir kamqonlik.
 D. Gemoglobin ozgina pasaygan.
- 119. Rang ko'rsatkichi bu**
 A. Qondagi gemoglobin miqdorining ko'payishi.
 B. Qondagi eritrotsitlar miqdorining kamayishi.
 C. Eritrotsitdagi gemogloblin miqdorining ko'rsatkichi.
 D. Qonda eritrotsit va gemoglobinning kamayishi.

- 120. Oʻtkir postgemorragik kamqonlik sababi.**
 A. Meʼdadan qon ketishi. B. Gijja invaziyasi.
 C. Semizlik. D. Kox tayoqchasi.
- 121. Vitamin B₁₂ tanqislik anemiyasi sababini ayting.**
 A. Meʼda raki. B. Gastrit.
 C. Tez-tez homilador boʻlish. D. Parhezning buzilishi.
- 122. Vitamin B₁₂ tanqisligi anemiyasini davolashda qoʻllaniladigan dori moddalar.**
 A. Festal. B. Nikotin kislota.
 C. Glukoza. D. Tordiferon.
- 123. Temir tanqisligi anemiyasiga xos belgilar.**
 A. Terining qizarishi. B. Tirnoq moʻrtligi.
 C. Koʻngil aynishi. D. Qorin ogʻrishi.
- 124. Temir tanqisligi anemiyasini davolashda qoʻllanilmaydigan dori modda.**
 A. Farbitol. B. Ferroleks.
 C. Penitsillin. D. Ferrum lek.
- 125. Leykoz kasalligiga xos klinik belgi.**
 A. Kataral angina. B. Koʻngil aynishi.
 C. Bradikardiya. D. Nekrozli angina.
- 126. Leykoz kasalligi qanday tekshiruvga asoslanib qoʻyiladi?**
 A. Rentgen tekshiruvi. B. Siydik tekshiruvchi.
 C. Suyak koʻmigi tekshirish. D. Balgʻam tekshiruvi.
- 127. Oʻtkir leykozni davolashda qoʻllaniladigan dori modda.**
 A. 6-merkoptapurin (sxema boʻyicha). B. Adelfan.
 C. Allozol. D. Pask.
- 128. Oʻtkir leykozda qon tahlilida quyidagi oʻzgarishlardan qay biri kuzatiladi?**
 A. Poykilositoz. B. Rang koʻrsatkichining koʻtarilishi.
 C. Leykemik uzilish. D. Leykotsitoz.
- 129. Gemmoragik diatezga qaysi kasallik kiradi?**
 A. Gemofiliya. B. Temir tanqislik anemiyasi.
 C. Oʻtkir leykoz. D. Bazedov kasalligi.
- 130. Verlgof kasalligiga xos belgi.**
 A. Qorin sohasidagi ogʻriq. B. Burun qonashi.
 C. Gipertermiya. D. Bradikardiya.

- 131. Verlgof kasalligini davolashda qo'llaniladigan dori modda.**
 A. Amidopirin. B. Trombatsitar massa.
 C. Sulfademizin. D. Diakarb.
- 132. Anemiya bu**
 A. Qon miqdorining kamayishi. B. Qon miqdorining oshishi.
 C. Qonga infeksiya tushishi. D. Qon bosimi tushishi.
- 133. Eritrotsitlar mozori deb qaysi a'zo ataladi?**
 A. Taloq. B. Jigar.
 C. Suyak ko'migi. D. Buyrak.
- 134. Eritrotsitlar necha kun yashaydi?**
 A. 3–5 kun. B. 10–15 kun.
 C. 120 kun. D. 3 oy.
- 135. Temir tanqisligiga xos klinik belgi.**
 A. Gipertermiya. B. Dizuriya.
 C. T'am sezgi buzilishi. D. Ich buzilishi.
- 136. O'tkir leykozda kuzatiladi.**
 A. Limfa tugunlari kattalashishi. B. Sovuq qotish.
 C. Harorat pasayishi. D. Ishtaha oshishi.
- 137. O'tkir leykoz qon tahlilida kuzatilmaydi.**
 A. Anemiya. B. Trombotsitopeniya.
 C. Leykotsitoz. D. Leykopeniya.
- 138. Qon kasalliklariga xos bo'lmagan belgi.**
 A. Milklar tez-tez qonashi. B. Suyakdagi og'riqlar.
 C. Limfa tugunlar kattalashuvi. D. Kekirish.
- 139. Birlamchi siydik qayta so'rilishini qaysi gormon boshqaradi?**
 A. Vazopressin. B. Oksitotsin.
 C. Tireotrop. D. Intermedin.
- 140. Gemofilliya bilan xastalangan bemorlar nimadan saqlanishi kerak.**
 A. Ovqatlanishdan. B. Chekishdan.
 C. Shikastlanishdan. D. Semirishdan.

TEST JAVOBLARI

1	D	21	A	41	A	61	B	81	D	101	B	121	C
2	A	22	C	42	C	62	C	82	C	102	D	122	D
3	C	23	D	43	C	63	B	83	A	103	B	123	B
4	D	24	A	44	D	64	A	84	A	104	B	124	C
5	A	25	B	45	D	65	C	85	B	105	A	125	D
6	A	26	C	46	A	66	B	86	B	106	B	126	C
7	D	27	C	47	A	67	C	87	A	107	C	127	A
8	B	28	A	48	C	68	A	88	C	108	A	128	C
9	A	29	B	49	A	69	A	89	A	109	B	129	A
10	C	30	A	50	A	70	A	90	B	110	A	130	B
11	D	31	B	51	D	71	B	91	C	111	D	131	B
12	A	32	A	52	A	72	B	92	D	112	D	132	A
13	B	33	C	53	A	73	B	93	A	113	B	133	A
14	D	34	A	54	D	74	A	94	B	114	D	134	C
15	B	35	D	55	A	75	D	95	C	115	D	135	C
16	A	36	A	56	C	76	A	96	A	116	A	136	A
17	A	37	C	57	A	77	D	97	B	117	D	137	D
18	A	38	B	58	B	78	D	98	A	118	D	138	D
19	B	39	B	59	B	79	B	99	B	119	C	139	A
20	B	40	C	60	C	80	C	100	A	120	A	140	C

TAYANCH IBORA VA ATAMALAR

- Abssess** – turli organlarda bo‘ladigan yupqa kapsula bilan chegaralangan yiringli bo‘shliq.
- Afoniya** – pichirlab gapirish, ovoz chiqmay qolishi.
- Allergiya** – organism reaktivligi o‘zgarishi bilan bog‘liq holda turli moddalarga sezuvchanligining oshishi.
- Alveolalar** – o‘pkadagi havo yo‘llarining so‘nggi kengaygan qismi. Bu yerda havo bilan qon o‘rtasida gaz almashinuvi jarayoni kuzatiladi.
- Atektaz** – o‘pka pufakchalarining havosizlanishi yoki ularda havo kam bo‘lishi natijasida yoki bir qismining puchayishi.
- Asidoz** – organizmda kislota–ishqor muvozanatining kislotaligi oshishi natijasida buzilishi.
- Auskultatsiya** – ichki a‘zolar faoliyatida hosil bo‘lgan tovushlarni eshitish, a‘zolarining qanday ishlayotganligini bilish uchun qo‘llanadigan tekshirish usuli.
- Antikoagulyantlar** – qon ivishiga ta‘sir etadigan moddalar.
- Aritmiya** – yurak ritmining buzilishi.
- Appetit** – ishtaha, taom tanovul qilish.
- Axiliya** – ovqat hazm qilish suyuqliklarining bo‘lmasligi, me‘da shirasida xlorid kislota va fermentlarning bo‘lmasligi.
- Anoreksiya** – ishtahaning batamom yo‘qolishi.
- Azoturiya** – azot siyish, azot birikmalarining ko‘p miqdorda siydik bilan ajralishi.

Anuriya	– siydik ajralmaslik holati.
Albuminuriya	– albuminning siydik bilan ajralishi.
Anafilaksiya	– allergen taʼsir etgan zahoti kelib chiqadigan allergik reaksiyaning bir turi.
Antigenlar	– organizm uchun genetik begona molekulari oqsil moddalar, bakteriyalar va uning toksinlari.
Antitelo	– organizmga antigenlar tushganda qon va toʻqimalarda hosil boʻlgan oqsil tabiatli ummun moddalar.
Antitoksinlar	– mikroblar zahrini neytrallovchi va organizmni zaharlanishdan saqlovchi maxsus moddalar.
Apnoe	– nafas harakatlarida nafasning toʻxtab qolishi.
Asfiksiya	– boʻgʻilish, nafas olish yoʻllari orqali, kislorod va karbonat angidrid chiqishi buzilishidan kelib chiqadigan holat.
Biopsiya	– tiriklik vaqtida tekshirish – bemorga tashxis qoʻyish maqsadida aʼzo hamda toʻqimalarni gistologik tekshirish.
Bradipnoe	– nafas olishining susayishi, minutiga 12 marta kam boʻlishi.
Bronxoektaz	– bronxlarning kengayishi, surunkali bronxit asorati.
Bronxoskopiya	– kekirdak va uning pastki qismlarini bronxoskop bilan koʻrish, tekshirish.
Bronxospazm	– mayda bronxlar va bronxiolalar teshigining torayishi.
Bradikardiya	– yurak urishning sekinlashuvi, minutiga 60 tadan kam urishi.
Bronxlar	– oʻpka toʻqimalariga havo yetkazib va aksincha havoni tashqariga chiqarib turuvchi, shuningdek oʻpkani turli mikroblardan tozalab turuvchi aʼzo.

Biopsiya	– tiriklik vaqtida tekshirish bemorga tashxis qo‘yish maqsadida a‘zo hamda to‘qimalarni gistologik takshirish.
Dezinfeksiya	– mikroblarni yo‘qotish, turli vositalar bilan tashqi muhitdagi mikroblarni qirish.
Disfagiya	– og‘riqli yutim, halqum mushaklari falajlanishi natijasida yutishning buzilishi.
Dekompensatsiya	– moslashuv mexanizmlarining buzilishi, funktsional yetishmaslik, moslashuv jarayonining keyingi bosqichi.
Diastola	– yurak mushaklari bo‘shashuvidan uning bo‘shliqlarining kengayishi va qon bilan to‘lishi.
Diastolik shovqin	– yurak kasalliklarida diastola davrida qo‘shimcha turli tovushlar paydo bo‘lishi.
Diastolik bosim	– yurak diastolasida qon tomirlaridagi bosim (minimal bosim).
Dieta (parhez)	– bemorlar yoki kasallikdan tuzalib kelayotganlar uchun tavsiya etilgan ovqatlanish tartibi va tarkibi.
Defekatsiya	– ahlat ajratish.
Dispeptik	– hazm sistemasiga oid shikoyatlar paydo bo‘lishi.
Dezintoksikatsiya	– odam va hayvon organizmidagi zararli moddalarni zararsizlantirish jarayoni.
Desensibilizatsiya	– organizmning biror modda ta‘siriga o‘ta sezuvchanligining kamayishi yoki bartaraf etish.
Diurez	– siydik.
Ekssudat	– ekssudatsiya tufayli to‘qimalarda yoki yangi hosil bo‘lgan bo‘shliqlarda to‘planadigan yallig‘lanish suyuvligi.
Ekstrosistoliya	– yurak urish maromini buzilishi va navbatdan tashqari urishi.

EKG	– elektrokardiograf.
Endogen	– organizmning ichki muhitiga bog‘liq bo‘lgan sabablar natijasida vujudga keladigan narsa, birorta hodisaning ichki muhitga bog‘liq bo‘lishi.
Ekzogen	– tashqi muhit ta’sirida kelib chiqqan, organizmga biror tashqi omilining ta’siri tufayli yuz bergan.
Ekzoftalm	– ko‘zning chaqchayib turishi.
Fibrogastroduodenoskopiya	– gastroskop yordamida me’dani va o‘n ikki barmoq ichakni ichki qismini ko‘rish usuli.
Gipoksiya	– to‘qimalarida kislorod miqdorining kamayishi.
Giperacidli	– giperxloridriya bilan xarakterlanuvchi, kislotaligi oshgan.
Gipoacidli	– gipoxloridriya bilan xarakterlanuvchi, kislotaligi pasaygan.
Gipertrofiya	– hujayralar, to‘qimalar va a’zolarning hajm jihatidan qalinlashib ketishi.
Gipoizostenuriya	– siydik nisbiy zichligining kamayishi.
Gipoproteynuriya	– oqsil moddalarining qonda kamayishi.
Giperxolesterinemiya	– qonda xolesterin miqdorining ko‘payishi.
Gematuriya	– siydik bilan qon ajralishi.
Glomerulonefrit	– buyrak koptokchalarining yallig‘lanishi.
Glukozuriya	– siydikda glukoza paydo bo‘lishi.
Gipoglikemiya	– qonda glukoza miqdorining kamayishi.
Giperglikemiya	– qonda glukoza miqdorining oshishi.
Grefe simptomi	– ko‘z soqqasi pastga harakatlantirilganda ustki qovoqning yumilishi kechikishi.
Herpes labialis	– lablarga uchuq toshishi.
Huruj	– kuchli og‘riq sezgisi.

Huqha	– davolash va diagnostika maqsadida yogʻon ichakka anus orqali maxsus asbob yordamida suyuqlik yuborish.
Immunitet	– organizmning yuqumli va yuqimsiz agentlar va moddalarga berilmasligi, patogen mikroblarning koʻpayishiga va zahar hosil qilishiga yoʻl qoʻymasligi, qarshi turishi.
Infiltratsiya	– organ yoki toʻqimaning kasallik tufayli oʻzgarishi, toʻqimaga turli moddalarning shimilib toʻplanishi natijasida ularning qotishi.
Ingalyatsiya	– dori moddalarini yuqori nafas yoʻllariga gaz yoki bugʻ holatida kiritish.
Ishemiya	– mahalliy kamqonlik qanday boʻlmasin biror organ yoki toʻqimaning qismiga oqib keladigan qonning kamayib qolishidan kelib chiqadi.
Irrigoskopiya	– yoʻgʻon ichakni rentgen orqali tekshirishda ichakni retrograd toʻlatishdan foydalanish.
Kollaps	– oʻtkir oʻtadigan tomir yetishmasligi, tomirlar tonusining pasayishidan kelib chiqadigan holat.
Krepitatsiya	– gʻichirlash, sochlarni bir-biriga ishqalanganda chiqadigan ovozni eslatuvchi tovush.
Krizis	– tana harorati yuqori raqamlargacha koʻtariladi va bir necha kun shu darajada turadi, keyin esa bir necha soat mobaynida keskin pasayib ketadi.
Krupoz pnevmoniya	– oʻpkaning bitta yoki bir nechta boʻlagi yoki segmenti yalligʻlanishi.
Kvinke holati	– karavotning oyoq tomoni biroz yuqori boʻlishi (25–30 sm ga).
Koronorografiya	– yurakni rentgen nurlari orqali tekshirish.
Kardiogramma	– yurak mexanik harakatining yozuvi.
Kateterlash	– organizmning kanal va boʻshliqlariga uni boʻshatish uchun yoki yuvish uchun kateter kirgiziladi.

Kolonoskopiya	– yoʻgʻon ichak shilliq pardasini koʻzdan kechirish
Leykotsitoz	– qonda leykotsitlar sonining 9–10 ⁹ /l dan ortishi.
Lizis	– haroratning asta-sekin pasayib borishi.
Laporoskopiya	– qorin boʻshligʻini maxsus yorituvchi asbob bilan tekshirish usulidir.
Leykosituriya	– siydikda leykotsitlar koʻpayishi.
Metastazlar	– birlamchi oʻsma zarrachalarining qon va limfa tomirlari boʻylab tarqalib borishi natijasida ikkilamchi oʻsmalar hosil boʻlishi.
Meteorizm	– ichakda gaz, havo yigʻilishi sababli ichning dam boʻlishi.
Mebius simptomi	– konvergensiyaning susayib qolishi.
Nikturiya	– tungi diurezning ortishi.
Nafas qisishi	– qiynalib nafas olish va chiqarish, nafas olish tezligi va chuqurligining buzilishi nafas yetishmovchilik hissi bilan oʻtadi.
Oliguriya	– siydik kam ajralishi.
Patogenez	– kasallikning avj olib borish mexanizmidir.
Perkussiya	– obyektiv tekshirish usuli boʻlib, tukillatib urib koʻrishdir.
Plevra	– koʻkrak qafasi devorining ichki yuzasi va oʻpkaning tashqi yuzasini qoplab turadigan seroz parda.
Plevra punksiyasi	– plevra boʻshligʻiga qovurgʻa oraliqʻidan nina kirgʻizish, plevra boʻshligʻidan suyuqlikni aniqlash yoki chiqarish uchun qilinadi.
Plevrit	– plevra boʻshligʻida va sathida ekssudat hosil boʻlishi bilan davom etadigan yalligʻlanishi.
Pulsatsiya	– qon tomirlar devori va ularga yaqin toʻqimalarning yurak qisqarishi natijasida mahalliy toʻlqinsimon tebranish.
Puls	– yurakdan qon tomirlarga chiqqan qon harakati taʼsirida tomirlar devorining bir meʼyorda toʻlqinsimon tebranishi.

Pepsin	– oshqozon shirasining oqsillarini parchalaydigan asosiy fermenti kislotali muhitda faollashadi.
Penetratsiya	– yaraning chuqurlashishi, yoyilishi, penetratsiyasi, yara kasalligining og'irlashishi, oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichakdan infiltratsiya va destruksiya jarayonlarining qo'shni a'zolariga – jigar, charvi va oshqozon osti beziga kirib borishi.
Perforatsiya	– teshilish, teshik hosil bo'lishi.
Pielit	– buyrak jomlarining yallig'lanishi.
Poliuriya	– siydik ko'p ajralishi.
Piuriya	– siydikda yiring paydo bo'lishi.
Proteinuriya	– siydikda oqsil paydo bo'lishi.
Polidepsiya	– ko'p suv ichish (chanqash).
Polifagiya	– doimiy yuqori ishtahada bo'lish.
Qabziyat	– ich qotishi.
Residiv	– ma'lum bir voqea, jarayonning takror yuz berishi, kasallikning qaytalanishi.
Reabsorbsiya	– qayta so'rilish, masalan birlamchi siydikdan suv va boshqa moddalarning qayta qonga so'rilishi.
Sianoz	– kapillyar qon aylanishining buzilishi natijasida terining ko'karishi.
Simptom	– turli kasalliklarning taraqqiy qilishida vujudga keladigan belgilar.
Stenoz	– naysimon a'zolar va fiziologik teshiklarning torayib qolishi.
Sistolik bosim	– yurak sistolasida qon tomirlardagi bosim (maksimal bosim).
Sekretsiya	– shira ajralish jarayoni bez (a'zolar) hujayralarning organizm uchun zarur sekret (shira) ishlashi va chiqarishi.

Steatorreya	– yogʻ moddalarining oshqozan – ichak yoʻlida hazm boʻlmasligi natijasida ularning koʻp miqdorda ahlat bilan chiqishi.
Sistit	– siydik qopining yalligʻlanishi.
Sistoskopiya	– sistoskopiya qovuq boʻshalishini sistoskop yordamida koʻzdan kechirish.
Sindrom	– simptomlar (belgilar) yigʻindisi. Organizmning patologik holatlarini belgilaydigan belgilar majmuasi.
Sensibilizatsiya	– organizmning biror allergenga sezgirligining ortib ketishi.
Spazmolitik vositalar	– tomirlar, ichki aʼzolar va bronxlar shilliq mu-shakllarni boʻshashtiradigan dori moddalar.
Taxikardiya	– yurak urishining tezlashishi.
Uratlar, oksalatlar, fosfatlar	– siydik toshlari tarkibidagi moddalar.
Uromer	– siydik solishtirma ogʻirligini oʻlchovchi apparat.
Uremiya	– azot almashinuvining oxirgi mahsulotlari mochevina, siydik kislotalari organizmdan batamom chiqilmay, qonda toʻplanib orga-nizmnı zaharlaydi.
Vezikulyar nafas	– oʻpkaning sogʻlom holatida eshitiladigan nor-mal nafas tovushi.
Zondlash	– zondlar yordamida meʼda, ichak shirasini oʻrganish, tekshirish.
Zaharlanish	– organizmga tashqi yoki ichki muhitdan tushuvchi zararli moddalar taʼsiridan kelib chiquvchi patologik holat.
Shtellvag simptomi	– koʻzning kam pirillashi, «uzoq vaqt tikilib turish».
Shok. Zarba	– organizmning odatdan tashqari qoʻzgʻatuv-chilar taʼsiriga tushishi va unga oʻziga xos javob sifatida vujudga keladigan xarakterli simptomlar majmuasi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

Asosiy adabiyotlar

1. *M.F. Ziyayeva, M.D. Xodjasheva.* Kattalarda hamshiralik parvarishi. 1-qism, «Niso poligraf» nashriyoti, – Toshkent, 2014.
2. *M.F. Ziyayeva.* Terapiya. – T.: «Ilm Ziy» nashriyoti, 2010.
3. *Э.В. Смолева.* Сестринское дело в терапии, – Ростов-на-Дону, «Феникс», 2005.
4. *G‘.O. Haydarov, Sh. A. Ermatov.* Ichki kasalliklar. – T.: «Abu Ali ibn Sino» nashriyoti. 2002.

Qo‘shimcha adabiyotlar

- 1) *Ф.Г. Назиров* и другие. Лекарственные препараты в Узбекистане, Справочник Видаль, «Астрофарм сервис», – М., 2008 г.
- 2) *N.M. Kalonova.* Kattalarda hamshiralik parvarishi amaliyoti, – Samarqand. 2008.
- 3) *D.M. Sobirov, A.Z. Gazizov, B.X. Ismailova.* Tibbiy muolajalar. – T.: «Voris» nashriyoti. 2007.
- 4) *F.G. Nazirov.* Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish. – T.: «Abu Ali ibn Sino» nashriyoti. 2003.
- 5) Internet ma’lumotlari.

MUNDARIJA

KIRISH	3
---------------------	---

1-bob. KATTALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

1.1. «Kattalarda hamshiralik parvarishi» faniga kirish	5
1.2. Katta yoshning o'ziga xos xususiyatlari	10

2-bob. TERAPEVTIK KASALLIKLAR VA KLINIK TEKSHIRUVLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

2.1. Terapevtik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishining xususiyatlari	16
2.2. Bemorlarni bevosita (subyektiv) va bilvosita (obyektiv) tekshirish usullari	25
2.3. Bemorlarni tibbiy asbob-uskunalar bilan tekshirish	31
2.4. Laborator tekshirish usullari	37
2.5. Nafas a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	41
2.5.1. O'tkir va surunkali bronxit kasalliklari.....	55
2.5.2. Pnevmoniya kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	62
2.5.3. O'pka absessi kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	68
2.5.4. Bronxoektatik kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	71
2.5.5. Plevrit kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	73
2.5.6. Sil kasalligi bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	76
2.5.7. O'pka emfizemasi va o'pka raki bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	84
2.6. Yurak va qon-tomir a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	88

2.6.1.	Stenokardiya kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	100
2.6.2.	Gipertoniya kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	108
2.6.3.	Oʻtkir qon tomir yetishmovchiligi	113
2.6.4.	Oʻtkir va surunkali yurak yetishmovchiligi	116
2.7.	Ovqat hazm qilish aʼzolari kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	124
2.7.1.	Gastrit kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	135
2.7.2.	Meʼda va oʻn ikki barmoq ichak yara kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	141
2.7.3.	Ichak kasalliklari	147
2.8.	Jigar kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	155
2.8.1.	Surunkali gepatit kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	168
2.8.2.	Jigar sirrozi kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	172
2.8.3.	Xoletsistit kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	178
2.9.	Buyrak va siydik ajratish aʼzolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi	182
2.9.1.	Sistit kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	196
2.9.2.	Piyelonefrit kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	197
2.9.3.	Glomerulonefrit kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	200
2.9.4.	Buyrak-tosh kasalligi.....	205
2.9.5.	Oʻtkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi	211
2.10.	Qon va qon yaratish aʼzolari kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	229

2.10.1. Anemiya kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	234
2.10.2. Leykoz kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	246
2.10.3. Gemorragik diatez kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	249
2.11. Ichki sekretiya bezlari va moddalar almashinuvi buzilishi kasalliklarida hamshiralik parvarishi	252
2.11.1. Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	257
2.11.2. Qalqonsimon bez kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	264
2.12. Allergik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	271
2.12.1. Bronxial astma kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	274
2.12.2. Anafilaktik shok	278
2.12.3. O‘tkir eshakyemi	287
2.13. Biriktiruvchi to‘qima kasalliklarida hamshiralik parvarishi.....	291
2.13.1. Revmatoid artrit kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.....	294
2.13.2. Revmatizm kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	297
2.14. Kasb-kor kasalliklarida hamshiralik parvarishi	307
2.14.1. Pnevmonioz kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi	309
2.15. Salomatlik va sog‘lom turmush tarzi	313
AMALIY KO‘NIKMALAR.....	319
TESTLAR.....	373
TAYANCH IBORA VA ATAMALAR.....	388
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	396

O'quv nashri

M. F. ZIYAYEVA, M. D. XODJASHEVA

KATTALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI
(Terapevtik kasalliklar va klinik
tekshiruvlar)

Kasb-hunar kollejlari uchun o'quv qo'llanma

Muharrir *A. Ziyadov*
Badiiy muharrir *J. Gurova*
Texnik muharrir *D. Salixova*
Musahhih *H. Zakirova*
Kompyuterda sahifalovchi *B. Babaxodjayeva*

Original maket «NISO POLIGRAF» nashriyotida tayyorlandi.
Toshkent viloyati, O'rta Chirchiq tumani, «Oq-ota» QFY,
Mash'al mahallasi Markaziy ko'chasi, 1-uy.
Litsenziya raqami AI №265.24.04.2015.

Bosishga 2017-yil 10-noyabrda ruxsat etildi. Bichimi 60×84^{1/16}.
Ofset qog'oz. «Times New Roman» garniturasida. Kegli 12,5.
Shartli bosma tabog'i 25,0. Nashr b.t. 23,25. Adadi 354 nusxa.
Buyurtma №622.

«NISO POLIGRAF» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent viloyati, O'rta Chirchiq tumani, «Oq-ota» QFY,
Mash'al mahallasi Markaziy ko'chasi, 1-uy.